



SAĞLIK EĞİTİMİ KONGRESİ

7-10 MART 2012 / Pendik Green Park Otel / İSTANBUL



www.saglikegitimkongresi.org

**ULUSLARARASI KATILIMLI
SAĞLIK EĞİTİMİ KONGRESİ
7-10 MART 2012 / İSTANBUL**

KONGRE DÜZENLEME KURULU

KONGRE ONURSAL BAŞKANLARI

Prof. Dr. Ömer DİNÇER / Milli Eğitim Bakanı

Prof. Dr. Recep AKDAĞ / Sağlık Bakanı

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Gökhan ÇETİNSAYA / YÖK Başkanı

Dr. M. Emin ZARARSIZ / MEB Müsteşarı

Prof. Dr. Nihat TOSUN / SB Müsteşarı

KONGRE YÜRÜTME KURULU BAŞKANI

Prof. Dr. M. İ. Safa KAPICIOĞLU

YÜRÜTME KURULU

(Soyisme göre alfabetik sırayla)

Prof. Dr. Selami AKKUŞ

Prof. Dr. Hürrem BODUR

Prof. Dr. Ahmet METİN

Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK

Dr. İbrahim TOPÇU

Op. Dr. Ayşe TURAN

Uzm. Dr. Engin UÇAR

ORGANİZASYON

AJANSFA - Tel: 0 212 272 61 06

www.ajansfa.com • info@ajansfa.com

YAPIM ve İLETİŞİM

AJANSFA

Kore Şehitleri Cad. Yonca Apt. K:1 D: 5 Zincirlikuyu - Şişli / İSTANBUL

Tel: 0212 272 61 06 www.ajansfa.com

EDİTÖR

Mehmet NALBANT

BASKI

İKLİM MATBAACILIK

Tel: 0212 613 40 41

İÇİNDEKİLER

AÇILIŞ ve PROTOKOL KONUŞMALARI

Prof. Dr. M. İ. Safa KAPICIOĞLU / Kongre Yürütme Kurulu Başkanı	8
Prof. Dr. Gökhan ÇETİNSAYA / YÖK Başkanı	10
Prof. Dr. Recep AKDAĞ / Sağlık Bakanı	12
Mini Konferans / Dr. M. O. Kurtkan KAPICIOĞLU / Yıldız Teknik Ü. Öğretim Üyesi	19

**1. OTURUM - SAĞLIK EĞİTİMİNDE İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI ve
EĞİTİM POLİTİKALARI**

Prof. Dr. Mustafa SOLAK / Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörü	
Sağlık Eğitimine Tarihsel Bakış ve Mevcut Durum Değerlendirmesi	25
Yrd. Doç. Dr. Haluk ÖZSARI / İstanbul Üniversitesi	
Sağlık İnsan Gücü Planlamasında Üniversitelerin Rolü ve Beklentileri	29
Prof. Dr. Kayıhan PALA / Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Bşk.	
Türkiye Sağlık İnsan Gücü Politikalarına Eleştirel Bakış	32
Uzm. Dr. Hasan ÇAĞIL / Türkiye Kamu Hastaneleri Kurum Başkanı	
Eğitim Ve Araştırma Hastanelerinin Sağlık İnsan Gücü Yetiştirilmesindeki Önemi ve Kamu Hastaneleri Birliği Bağlamında Konumu	47
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN / Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü	
2023 Vizyonu Çerçevesinde Sağlık İnsan Gücü İhtiyacı ve Sağlık Bakanlığının Beklentileri	49
1. Oturum Soru-Cevap	58

2. OTURUM - TIPTA ve DIŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK EĞİTİMİ

Uzm. Dr. Engin UÇAR / Sağlık Bakanlığı TUK Sekreteryası	
TUK Çalışmaları, Mevcut Durum ve Gelecek Vizyonu	65
Op. Dr. Orhan KOÇ / Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı	
Sağlık Bakanlığı İhtiyaç Analizi ve 2023 Vizyonu	68
Prof. Dr. Ahmet GÜL / İstanbul Üniversitesi	
Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Sorunları Ve Çözüm Önerileri	78
Prof. Dr. Celal TÜMER / Diş Hekimi	
Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi	82
Prof. Dr. Selami AKKUŞ / Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı	
Sağlık Eğitiminde Afiliasyonun Yeri, Önemi ve Sorunları	85
2. Oturum Soru-Cevap	91

3. OTURUM - YÜKSEK ÖĞRETİMDE SAĞLIK EĞİTİMİ

Prof. Dr. Haydar SUR / İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dekanı	
Sağlık Eğitiminde Lisans ve Ön Lisans Programları	96
Prof. Dr. Sait BİLGİÇ / Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektör Yardımcısı / YÖK Üyesi	
Sağlıkta Lisansüstü Eğitim	98
Prof. Dr. Hasan Fevzi BATIREL / Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı	
Mezuniyet Sonrası Eğitim	100
Uzm. Dr. Cevat ŞENGÜL / OHSAD Genel Sekreteri	
Eğitilmiş İnsan Gücü Açısından Özel Sektörün Beklentileri	104
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ / Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesi Başhekimisi	
Sağlık Eğitiminde Hasta Odaklılık ve Eğitimin Hasta Odaklı Kurgulanması	107
3. Oturum Soru-Cevap	110

4. OTURUM - YABANCI ÜLKELERDE SAĞLIK EĞİTİMİ ve DENKLİK

Doç. Dr. Servet TATLI / Harvard Medical School	
ABD'de Uzmanlık, Sertifikasyon ve ACGME.....	124
Dr. Zlatko FRAS / UEMS Lazan Officer Geçmiş Genel Başkanı	
UEMS ve Avrupa'da Uzmanlık Eğitimi.....	133
Prof. Dr. Salih HOŞOĞLU / Dicle Ü. Tıp Fak. Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	
Komşu Ülkelerde Sağlık (Tıp) Eğitimi ve Denklik.....	136
Prof. Dr. Marcus HOFFMAN / Karlsruhe Üniversitesi	
Almanya'daki Sağlık Eğitimi ve İmkanlarının Değerlendirilmesi.....	140
Op. Dr. Ayşe TURAN / Uluslararası İlişkiler MA	
Sağlık Eğitiminde AB, ABD ve BM 2020 Milenyum Projeksiyonu.....	143
4. Oturum Soru-Cevap.....	149

5. OTURUM - YABANCILARIN TÜRKİYE'DE SAĞLIK EĞİTİMİ

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN / Medipol Üniversitesi Rektörü	
Yabancıların Türkiye'de Sağlık Eğitimi Vakıf Üniversite Deneyimi ve Bakış Açısı.....	154
Prof. Dr. Yavuz ÇOŞKUN / Gaziantep Üniversitesi Rektörü	
Devlet Üniversitesi Deneyimi ve Bakış Açısı.....	159
Prof. Dr. Murat BOZKURT / Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi	
Eğitim Araştırma Hastanesi Deneyimi ve Bakış Açısı.....	163
Kamuran ÖZDEN / Sağlık Bakanlığı Bakan Danışmanı	
Yabancıların Türkiye'deki Sağlık Eğitiminde Sağlık Bakanlığının Rolü ve Ülkemizin Kapasite Kullanımı.....	171
Dr. Mejdı Abdulla ADAM / Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH	
Türkiye'de Eğitim Alan Bir Kişi Olarak Sağlık Eğitiminin Yorumu ve Beklentiler.....	175
5. Oturum Soru-Cevap.....	177

6. OTURUM - SAĞLIK MESLEK LİSELERİNİN DURUMU ve GELECEĞİ

Prof. Dr. Halis Yunus ERSÖZ / Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı	
Doç. Dr. Sinan YOL / TUK Üyesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	
Sağlık Meslek Liselerindeki Sağlık Eğitimine Tarihsel Bakış ve Mevcut Durum.....	182
Doç. Dr. Ömer AÇIKGÖZ / Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürü	
Sağlık Meslek Liselerinin Geçmişi ve Mevcut Durumu.....	184
Muammer DEMİR / MEB Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü Şube Müdürü	
Gelişmiş Ülkelerde Lise Seviyesinde Sağlık Meslek Eğitimi.....	187
Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN / Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Bölümü	
Hemşirelik Eğitimi Çerçevesinde Sağlık Meslek Liselerinin Değerlendirilmesi ve Öneriler.....	195
Uzm. Dr. Alaattin DİLSİZ / Sağlık Bakanlığı	
Sağlık İnsan Gücü İhtiyacı Çerçevesinde Sağlık Meslek Liselerinden Sağlık Bakanlığı'nın Beklentileri.....	199
6. Oturum Soru-Cevap.....	202

7. OTURUM - SAĞLIK EĞİTİMİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR ve ARAÇLAR

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU / İstanbul İl Sağlık Müdürü	
Sağlık Eğitimi.....	207
Dr. Ünal HÜLÜR / Sağlık Bakanlığı İdari Mali İşler Daire Başkanı	
Sağlık Eğitiminde Bilgisayar Teknolojilerinin Yeri ve Önemi.....	208
Prof. Dr. Alper CİHAN / İstanbul Üniversitesi	
Uzaktan Eğitim Teknolojilerinin Sağlık Eğitiminde Yeri.....	212

Prof. Dr. Uğur DİLMEN / Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü	
Uzmanlık Eğitiminde Uzaktan Eğitim –Zekai Tahir Burak Modeli.....	215
Prof. Dr. Hikmet KOÇAK / Atatürk Üniversitesi Rektörü	
Sertifikasyonda Uzaktan Eğitim.....	220
Prof. Dr. Hakan LEBLEBİCİOĞLU / Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektör Yardımcısı	
Uzaktan Eğitim ve Ebelik Lisans Tamamlama.....	227
7. Oturum Soru-Cevap.....	231

8. OTURUM - SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YASASI ve TAM GÜN YASASININ SAĞLIK EĞİTİMİNE YANSIMALARI

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL / TBMM Sağlık, Aile, Çalışma, Sosyal İşler Komisyonu Başkanı	
Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasası ve Tam Gün Yasası Ne Öngörüyor?.....	234
Prof. Dr. Kamil ADALET / İstanbul Üniversitesi	
S.B. Teşkilat Yasası ve Tam Gün Yasası'nın Vakıf Üniversitelerindeki Yansımaları.....	237
Prof. Dr. Adnan YÜKSEL / Bezmi Alem Üniversitesi Rektörü	
T.C. Sağlık B. Teşkilat Yasası ve Tam Gün Yasasının Vakıf Üniversitelerindeki Yansımaları.....	240
Prof. Dr. A. Yaser MÜSLÜMANOĞLU / Bağcılar Eğ. ve Ar. Hast. Başhekimisi	
S.B. Teşkilat Yasası ve Tam Gün Yasasının Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki Yansımaları.....	250
Adem KESKİN / Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşaviri	
Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasası ve Tam Gün Yasası ile Sağlık Mevzuatında Neler Değişti.....	252
8. Oturum Soru-Cevap.....	256

DİĞER BİLDİRİLER

Prof. Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU / Adnan Menderes Üniversitesi Rektörü	
Sağlık Eğitimi Kongresi hakkında.....	271
Prof. Dr. Tülay CANDA / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı	
Sağlık Eğitimi Kongresi.....	273
Prof. Dr. Hakkı GÖKBEL / Selçuk Üniversitesi Rektörü	
Dr. Uğur Ufuk İŞİN / Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Pediatri Bölümü	
Asistan Hekim Gözüyle Sağlık Eğitim Kongresi.....	279
Hasan Uygur KOÇ / Konya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	
Sağlık İş Gücü Planlamasında Anestezi Teknikerlerinin Sorunları.....	281
Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN / Karadeniz Teknik Üniversitesi Dekan Yardımcısı	
Sağlık Eğitim Kongresi ve Bu Kongre Sonrası İçin Öneriler.....	284
Prof. Dr. İbrahim YILMAZ	
Tıp Eğitim ve Öğretiminde İbn-i Sina'nın Yeri.....	285
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN / Konya Üniv. Meram Tıp Fak. Göz Hastalıkları AD	
Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Hakkında Bazı Düşünceler.....	286
H. Z. OKTAN, B. E. ŞAHİN, O. KIZILKAYA, A. E. ÖZTÜRK, Dr. A. MURT, Dr. A. ŞENEL	
Tıp Fakültesi 1. Sınıfından Uzman Hekimliğe Giden Süreçte Tıp Eğitimi.....	290
Ş. HANALIOĞLU, N. ENVER, M. Ö. NİFLİOĞLU	
Son Dönemdeki Yasal Değişikliklerin Tıpta Uzmanlık Eğitimine Etkisi.....	297
Teşekkür Mesajı.....	303
Kısaltmalar.....	304



SAĞLIK EĞİTİMİ KONGRESİ

**AÇILIŞ ve PROTOKOL
KONUŞMALARI**



PROF. DR. M. İ. SAFA KAPICIOĞLU

Kongre Yürütme Kurulu Başkanı

Sayın Sağlık Bakanım, Sayın Milletvekillerim, Sayın YÖK Başkanım, Sayın Sağlık Bakanlığı Müsteşarım, kıymetli rektörlerimiz, dekanlarımız, genel müdürlerimiz, öğretim üyelerimiz, öğrencilerimiz, asistanlarımız, değerli sağlık çalışanları, değerli meslektaşlarımız, basınımızın güzide temsilcileri, hanımefendiler, beyefendiler kongremize hoş geldiniz, hepinizi saygılarımla selamlıyorum.

Bugün güzel bir tesadüf olarak 8 Mart Dünya Kadınlar Günü, bu vesileyle dünya kadınlar gününü kutluyorum. Özellikle de kadın sağlık çalışanlarımızın bugününü kutluyorum.

Bugün kongremizde hayatın vazgeçilmez unsuru olan sağlığın eğitim bahsini konuşacağız. Sağlık eğitimi denince, öncelikle sağlık hizmet sunumunda yer alan kişilerin eğitimi akla geliyor. Ancak bununla beraber bu topyekun toplumun sağlığını ilgilendiren bir husus ve doğumdan ölüme kadar süren bir süreç. Hepsinin de bildiği gibi son on yılda sağlık alanında çok büyük atılımlar gerçekleşti. Bizler bugün bu atılımların eğitim lehçesini irdedeceğiz. Bu kongrenin amacını, sağlık eğitimi ile ilgili bir ufuk yapmak ve geleceğe yönelik üretilecek politikalara ışık tutmak olarak özetleyebiliriz. Bugüne kadar neler yapıldı, sorunlarımız nelerdir, ne gibi çözümler üretebiliriz ve bundan sonra neler yapmalıyız sorularının cevaplarını arayacağız hep birlikte. Takdir edersiniz ki konu çok geniş, kalıcı olmak adına 2,5 günlük bu kongrenin birbirini takip eden sekiz oturumunda tartışılacak konuların yer aldığı bir kongre kitabını en kısa sürede hazırlayıp, siz değerli katılımcılara sunacağız. Bu kitapta programda yer alan konuşmaların yanı sıra, sorular, bunlara verilen cevaplar ve katkılar da yer alacak.

“İnsanı yaşat ki devlet yaşasın” diyen bir medeniyetin mirasçıları olarak eğitimin öncelikle de sağlık

eğitiminin bilgi ve tecrübe birikimlerinin ilgili alıcılara aktarılmasının ötesinde bir şey olduğunu, başarılı bir eğitim sürecinde insanların birbirlerini iyi ve doğru anlaması gerektiğini unutmamak gerekiyor.

Sağlık çalışanlarının eğitimlerinde vurgulanması gereken temel noktanın kendisine ızdıraplı, sorunlu ve kaygılı haliyle gelen kişilere, insanlığın kendisini emanet ettiği bilgi ve tecrübeye kendi kattığı şefkatle cevap veren sosyal görevliler yetiştirmek olduğunu düşünüyorum. İnsana ait tüm değerleri, bizden hizmet bekleyenler için korumak hem görevimiz hem de sorumluluğumuzdur.

Bu kongre Milli Eğitimi Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu destekleriyle, Bilim İnsanları Dayanışma Derneği, SAYED (Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği), Eğitim Hastaneleri ve Öğretim Elemanları Derneği ve Mezuniyet Sonrası Tıp eğitimi Derneği tarafından düzenlenmektedir.

Kongre yürütme kurulu başkanı olarak, öncelikle bakanlarımız Sayın Ömer Dinçer ve Sayın Recep Akdağ ile YÖK Başkanımız Gökhan Çetinsaya'ya, Müsteşarlarımız Emin Zararsız ve Nihat Tosun beyefendilere kongremize destek oldukları için şükranlarımı arz ediyorum.

Yine gerek panel başkanları, gerek konuşmacı olarak kongremizde görev alan değerli katılımcılara ve sizlere teşekkür ediyorum. Böyle bir kongreyi düzenleyerek sağlık eğitiminin hemen her gün tartışılmasını sağlayan derneklerimize, temsilcilerine ve katılan diğer sivil toplum kuruluşlarına minnettar olduğumu belirtmek isterim. Yine bu kongreye maddi destekleriyle katkı veren kuruluşlarımızın değerli temsilcilerine de teşekkür etmek istiyorum. Dışarıda tanıtım mekanlarını ziyaret ederek ürettiklerini yakından tanıma fırsatı bulabilirsiniz ve son olarak da kongre sekreteryasını birlikte yürüttüğümüz Ajansfa'ya da teşekkür etmek istiyorum. Güzel bir kongre olması için çalışıldı. Mutlaka eksiklerimiz, noksanlarımız vardır. Bunun için sizlerin engin hoşgörüsüne sığınıyor ve bu kongrenin sonrasında pek çok konuda ayrı ayrı sempozyumlar düzenlenmesi ihtiyacını da ortaya çıkartacağına inanıyorum.

Değerli katılımcılar, her yönüyle dünyanın gözünü diktiği ve yakından izlediği lider ülke olan 21.yy. Türkiye'sinde sağlık eğitimi alanında da büyük gelişmeler olacağı inancı ve bu kongrenin yeni ufuklar açması dileğiyle saygılarımla kabulünü arz ederim.



PROF. DR. GÖKHAN ÇETİNSAYA

Yüksek Öğretim Kurulu Başkanı

Sayın Bakanım, Türk Yüksek Öğretim camiasının ve tıp camiasının değerli mensupları, hepinizi saygıyla selamlıyor ve kongremize hoş geldiniz diyoruz.

Sağlık eğitimi konusunda tüm paydaşları bir araya getiren bu kongrenin, bizi ortak çözüm yollarına kavuşturacağına olan inancımla hepinize tekrar saygılarımı sunuyorum ve hoş geldiniz demek istiyorum.

İnsanı gözetken, gelişme, huzur ve barışı esas alan toplumlar için sağlık eğitimi konusu öncelikli bir alandır. Toplumun yaşam kalitesini ve geleceğini ilgilendiren bu önemli alana toplumun bütün kesimlerinin, özellikle de siyaset yapıcılarının ilgisiz kalması düşünülemez. Hükümetlerin en önemli görevlerinden biri, toplumun beden ve ruh sağlığını temel alarak yaşam kalitesini yükseltmektir. Bunun için gerekli olan siyasi irade gösterilmeli ve sağlıklı toplumu oluşturacak altyapı hazırlanmalıdır. Ülkemizde son yıllarda bu yönde reform niteliğinde başarılı çalışmalar yürütülmektedir. Bu bağlamda hasta hakları temelli yapılan iyileştirmeler gerçekten memnuniyet vericidir. Sağlık hizmetlerinin herkese ve ihtiyaç duyulduğu anda verilebilmesi, bu hizmetleri yürütecek sağlık personeline bağlıdır. Tam da bu noktada, sağlık personelinin eğitimi nasıl olmalı ve nasıl bir sistem oluşturulmalı soruları karşımıza çıkmaktadır. Bu çerçevede dört noktanın öne çıktığını belirtebiliriz:

- 1) Sağlık personeli çağdaş sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayacak bilgi, beceri ve tutumlarla donatılmalı,
- 2) Sağlık sorunlarını takım anlayışı ile çalışarak çözebilecek evrensel niteliklere ve ülke gerçeklerine göre yetiştirilmeli,

3) Üretken bir şekilde değerlendirilmeli ve ülke çapında dengeli bir istihdam sağlanmalıdır,

4) Sağlık hizmeti sunacakların nitelikli eğitim alabilmesi ve bu eğitimin doğru hedefler üzerinden ülke şartlarına uygun şekilde planlanması, ilgili kurumların ortak bir strateji oluşturmalarına bağlıdır. Bu konularda paydaşlar, kurumlar elbette ki farklı düşünebilirler. Fikir ayrılıklarının yarattığı zenginlikten yararlanarak üzerinde uzlaşılan bir yol haritası ülkemizin geleceği ve menfaati açısından çok önemli olacaktır.

Sağlık eğitimi ve istihdam politikalarının doğru yönlendirilebilmesi insan kaynakları ve sağlık alt-yapısına yönelik güvenilir veri tabanlarına bağlıdır. Bu veriler içinde bulunduğumuz bu dönemde ancak elde edilebilmiştir. Planlama ve yatırımlar açısından çok kıymetli olan bu veriler iyi analiz edilmeli ve gelecek planlaması paydaşlarca birlikte yapılmalıdır.

Dünyadaki kırılgan ekonomik gelişmeler göz önüne alındığında sağlık harcamalarının ekonomiye yansımaları da titizlikle izlenmelidir. Ülkemiz sağlık çalışanlarının kurumsal farklılıklarıyla ortaya çıkan farklı özlük hakları uygulamaları sağlık eğitimin geleceğini tehdit etmekte, haksız rekabete neden olmakta ve sürdürülebilirliği imkansız kılmaktadır. Artık geçmiş dönemlerde kalan ve sadece hekim tarafından sürdürülebilen bireysel sağlık hizmeti sunumu yerini ekip çalışmasına bırakmıştır. Bu yeni model, sağlık çalışanlarının tüm katmanlarını içine almakta ve ileri teknolojiyle desteklenmiş kurumsal ekip çalışmasını ön plana çıkartmaktadır. Nitelikli sağlık hizmeti için nitelikli insan kaynağı yetiştirilmesi gerekliliği hizmet kalitesini ve planlamasını etkileyen önemli bir eğitim sorunu olarak gündeme gelmektedir. Yüksek Öğretim Kurulu olarak tam gün yasasının sağlık eğitiminin kalitesi, sürdürülebilirliği ve planlaması açısından bir zorunluluk olduğunu biliyoruz ve destekliyoruz.

Değerli bilim insanları, bu hissiyat içerisinde bu kısa konuşmayı fırsat bilerek yüksek öğretim kurumlarımızın geleceğini yakından ilgilendiren mutlaka tartışılması ve çözüm bulunması gereken birkaç konu başlığını dikkatlerinize sunarak konuşmamı tamamlamak istiyorum. İlk değinmek istediğim husus, sağlık hizmeti sunumunda haksız rekabete neden olan kamu ve özel sektör arasındaki mevzuat farklılıklarıdır. İkincisi, özlük hakları açısından birimler arasında haksız rekabete yol açan uygulamalardır. Üçüncü konu, lisans ve lisansüstü sağlık eğitimindeki kontenjan planlama sorunlarıdır. Dördüncü konu başlığımız, sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan istihdam kotalarının coğrafi dengesizlikler ve mecburi hizmet politikalarıdır. Bir diğer konu başlığı, bilimsel araştırma altyapısı, ileri teknoloji kullanımı ve AR-GE yatırımlarının yüksek maliyetleridir. Ve son olarak bu kongrede tartışılmasını umduğum bir diğer konu başlığı, nitelikli sağlık hizmeti sunumu ile nitelikli insan gücü yetiştirmek üzere kurgulanan eğitim finansının karşılıksız kalması meselesidir. Bütün bu sorunlar nitelikli insan kaynağı planlaması yahut istihdamına mevzuatın izin vermediği ve kamu kaynağı dışında bir alternatifi bulunmayan üniversite hastanelerimiz ve fakültelerimiz açısından derinlemesine irdelenmesi gereken sorunlardır.

Umuyorum ki bu irdeleme süreci hizmet ve ürün kalitesi, çalışma huzuru ve daha da önemlisi kaliteli sağlık eğitimi bağlamlarında hepimizin yüzünü güldüren gelişmelere kapı açacaktır.

Kongremizin sağlık eğitimi ve sağlık hizmetine yönelik sorunların ilgili kurumlarca birlikte, bilimsel ve objektif kriterler ışığında tartışılması ve ortak çözüm yolları geliştirilmesine katkıda bulunmasını diliyorum. Kongrenin düzenlenmesinde emeği geçen bütün arkadaşlarımı canı gönülden tebrik ediyor, hepinize saygılar sunuyorum.

**PROF.DR. RECEP AKDAĞ**

Sağlık Bakanı

Saygıdeğer eğitimciler, hanımefendiler, beyefendiler ve değerli misafirler, öncelikle, salonda bulunan herkese hayırlı sabahlar dileyerek sözlerime başlamak istiyorum. Benim Bakanlık dönemimde, buna benzer geniş katılımlı bir sağlık eğitimi toplantısı olmadı ama daha önce olup olmadığını biraz önce Safa Bey'e sordum. 2000 yılında bir Sağlık Eğitimi Şurası adı altında iki günlük bir toplantı yapılmış. Onun dışında böyle geniş katılımlı bir toplantı yapılmamış. Dolayısıyla bu toplantıyı tertip eden ve toplantıya katkı sağlayan bütün paydaşları tebrik ediyor, emeği geçen bütün arkadaşlarıma teşekkür ediyorum. Bu arada elbette süreç içerisinde sağlık eğitimi ile ilgili birçok atölye çalışması yapıldı. YÖK bu konuda kendi içerisinde birçok çalışmalar yaptı, ayrıca meslek örgütlerinin çalışmaları var. Bizim Bakanlık olarak bu çalışmalara verdiğimiz katkılar var ama söylediğim gibi, böyle geniş katılımlı konuların tartışılacağı, bir anlamda bir taban oluşturmak üzere bir toplantının yapılıyor olması gerçekten çok değerli.

Değerli katılımcılar, eğitim son derece önemli bir alan. Bilgi de aslında medeniyetin en önemli kaynaklarından bir tanesi. Biliyoruz ki, hangi toplum, hangi ülke doğru bilgiyi doğru zamanda üretebilmişse, o toplum ve ülke gelişmiştir.

Bugün dünyada bilgi üreten ve bu bilgiyi bir şekilde hizmete ya da üretime dönüştüren, bunu pazarlayabilen ülkelerin refah seviyelerinin arttığını görüyoruz. Tabi ki, refah kavramı sadece zenginlikle, üretimle, bilgiyle alakalı değildir. Onun bir de medeniyet yönü vardır. Bilgi, eğitim ve sağlığın bir araya geldiği alan olan sağlık eğitimi konusu ise aslında her bireyin aynı zamanda da her toplumun vazgeçilmez ihtiyacı ve herkesin hakkı olan sağlık hizmeti alma ihtiyacının çok önemli

bir parçasıdır.

Sağlık alanında bilgi ne için üretilmeli? Bu üretimin birincil hedefi elbette insana hizmettir. Sağlık eğitiminden bahsettiğimiz zaman tıp fakültesi öğrencileri, hemşirelik öğrencileri ve diğer sağlık çalışanları konunun direkt muhatabı olmaktadır. Bu eğitimlerin bir doğrudan doğruya muhatabı olan öğrenciler var, bir de bu eğitimi veren değerli eğitimciler var. Burada karşılıklı bir ilişki var. Bu ilişkinin bireyin ve toplumun ihtiyaçlarıyla örtüşecek şekilde kurgulanması gerekiyor.

Sonuçta bu eğitilmiş insanlar bir şekilde istihdam edilecek ve topluma hizmet verecek. Dolayısıyla, evrensel bilginin burada, ülke gerçekleriyle de örtüştürülmesi gerektiği açıktır.

Türkiye'de sağlık eğitimi genellikle bir tartışma ekseninde konuşulmuştur. Özellikle sayısal anlamda Türkiye'de sağlık işgücü, insan gücü yeterli midir, yoksa yetersiz midir tartışması bana göre, aslında çok da derinleşmesi gerekmemesine rağmen, yıllar boyunca en çok konuşulan konu oldu. Özellikle AK Parti Hükümetlerinin göreve başladığı 2003 yılından evvel, Türkiye'de sağlık işgücü yetersizliğinden bahsedildiğini hemen hemen hiç işitmedik. Genellikle doktor sayısının fazla olduğu, öğrenci sayısının azaltılması gerektiği, 14 Mart Tıp Bayramı'nın geleneksel söylemi haline geldi.

Daha enteresan bir durum, doktorlar Türkiye'de iş bulmakta zorluk çekmiyorlardı ama 2002'nin sonlarında örneğin, hemşireler, iş bulmakta da zorluk çekiyorlardı. Başbakanımızla hangi şehre gidersek gidelim, önümüze hemşireler, diğer sağlık meslek mensupları çıkıp, istihdam arayışı içerisinde örgütlü bir biçimde tavırlarını ortaya koyuyorlardı. Özellikle ilk yıl nereye gitsek tedirgin oluyordum. Önümüze çıkacaklar, protesto edecekler, niye bize iş vermiyorsunuz, diyecekler diye. Gelin görün ki, yıllar içerisinde ortaya çok farklı bir tablo çıktı. Sağlık Bakanlığı olarak hemşire, paramedik ya da benzeri diğer sağlık personelinin istihdamı için kadro ilan ettiğimizde özel hastaneler ve üniversiteler bize gelip diyorlardı ki, aman bu kadroların sayısını fazlaştırmayın. Niçin? Çünkü hemşireler size geliyor biz hemşiresiz kalıyoruz. Oysa o günden bugüne kadar hemşirelik öğrencilerinin sayısında büyük artış var, aslında hemşirelerin sayısında da kısmi bir artış var. Aynı meseleyi biraz önce değerli YÖK Başkanımız da, çok önemli bir cümle ile ifade etti.

Bu konu doktor istihdamı ve dağılımının nasıl gerçekleştirileceği hususunda da karşımızda. Sağlık Bakanlığı olarak doktorların ülke dağılımıyla ya da özel sektör-kamu dağılımıyla ilgili olarak kurallar koymuş durumdayız. Örneğin özel sektör istediği kadar doktor istihdam edemiyor. Niçin? Çünkü büyük bir ihtiyaç var da onun için. İstihdam alanları açısından herkesin kapıştığı bir sağlık alanından bahsediyoruz. Oranlara baktığımızda dünyayla özellikle Avrupa ile kıyasladığımızda görüyoruz ki, Türkiye'de doktor sayısı çok yetersiz, hemşire sayısı çok yetersiz, diğer bazı sağlık personel sayısı da çok yetersiz. Mutlaka bu sayıların artırılması gerekir. Örneğin, Avrupa'da her yüz bin kişiye 350 ilâ 360 hekim düşerken, Türkiye'de her yüz bin kişiye 2012'nin başı itibarıyla 160 hekim düşmektedir. Avrupa'da her yüz bin kişiye 700'ün üzerinde hemşire ve ebe düşerken, Türkiye'de her yüz bin kişiye 200 civarında hemşire ve ebe düşmektedir. Bir taraftan öğretmenler sokaklarda gösteri yapıyorlar bize iş verin diye, öbür taraftan sağlık sektörünün bileşenleri özel sektör, üniversiteler, Sağlık Bakanlığı hastaneleri tarafı ya da kuruluşlar tarafı da sağlık personelini paylaşmıyor.

Gerek TÜİK'in yaptığı anketlerde gerek diğer bazı anketlerde diplomalı kişiler açısından istihdam sorununun en az yaşandığı ya da hemen hemen hiç yaşanmadığı alan Türkiye'de sağlık alanı. Elinizde sağlık ile ilgili bir diploma var ise mutlaka iş buluyorsunuz. O zaman burada sayıyı arttırmamız gerektiği açık. Ama tabi olarak bu durumda sayıyı arttıralım ama kaliteyi ne yapacağız tartışması ortaya çıkıyor. Hükümet ve Sağlık Bakanlığı olarak YÖK ile birlikte eğer biz iyi bir düzenleme yapmazsak, özellikle nüfusu az küçük şehirlerde oluşturulmuş olan tıp fakültelerinin, hakikaten hekim

yetiştirmek ve asistan yetiştirmek açısından yetersiz kalacağı açıktır. İki yüz bin, üç yüz bin nüfuslu şehirlerimizde tıp fakülteleri var. Dolayısıyla müfredatları hem öğrenciler için hem uzmanlık öğrencileri için sadece teorik tarafı ile değil, pratik tarafını da çok doğru bir biçimde tanımlayıp, bu tanımlamaların altının tam olarak doldurulmasını sağlamamız gerekir. Nasıl olacak bu? Örneğin 250 bin nüfuslu bir kentte tıp fakültesi ve asistan var. O zaman bu asistanın burada göremediği hastalıklar varsa, tedavi edemediği hasta grupları varsa, yapamadığı ameliyatlara varsa oradaki nüfus eksikliğinden dolayı biz o asistanı başka bir şehre götürmeli, başka bir kuruluşa götürmeli ve orada eğitiminin eksik kalan tarafını tamamlamalıyız. Yani onun elinde bir öğrenim dosyası varsa o dosyanın içeriğini mutlaka doldurmalıyız.

Tıpta Uzmanlık Kurulu bu çalışmaları yapıyor. Bundan zannediyorum bir yıl kadar önce Antalya’da müfredatlar ile alakalı büyük bir toplantı yapıldı. Tabi bir de işin temel tıp tarafı var. Gerek doktorlar ile alakalı olarak, gerekse diğer meslek alanları ile ilgili olarak bu noktada, hakikaten hükümetle, YÖK’le, MEB’le ve Devlet Planlama Teşkilatı’yla Sağlık Bakanlığı olarak el ele vermeliyiz. Madem sayıyı arttırmak zorundayız ki bunun bana göre tartışılacak bir tarafı yok, o zaman bu sayıya ulaşmak için gerçekten olması gerektiği biçimde bir eğitim standardı oluşturmalıyız. Bu sayıya ulaşmak için altyapıyı nasıl hazırlayacağız, insan kaynaklarımızı nasıl paylaştıracakız, belki zaman zaman uzakta eğitimi, teletıbbi nasıl kullanacağız, bana göre bunları tartışmanın zamanı gelmiş de geçmiş durumdadır.

YÖK’ün de bu konuda bazı açılımlar yapması gerekiyor. Nasıl açılımlar, mesela daha esnek çalışma modelleri oluşturmalıyız. Ben, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunuyum. 1978 yılında tıp fakültesine girdim. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi de Türkiye’nin en eski tıp fakültelerinden biriydi. Zannediyorum, 80’li yıllar falandı, yeterince patoloji eğitimi verecek hocamız yoktu. Nasıl yapıldı o zaman? Ankara Tıp Fakültesi’nden bir patoloji hocası geldi, patoloji derslerini biraz da yoğunlaştırılmış bir programın ardından öğrenebildik. Buna benzer yöntemleri mutlaka geliştirmek durumundayız. Aslında bu toplantıda devlet planlama ayağı bence eksik kalmış durumda. Kongre düzenleyicilerinden Safa Bey’e sordum, çağırılmamışlar devlet planlamacıları. Oysa bu son on yıl içerisinde biz ilk defa DPT, YÖK ve Sağlık Bakanlığı olarak, sağlık insan kaynakları ile ilgili bir rapor hazırladık ve o rapor üzerinde aslında birçok şey şekillenmeye başladı. Yani sağlık insan kaynağı açısından halkın bir ihtiyacı var., Bu eğitilmiş insan kaynağını yetiştirecek kurum ise birinci derecede üniversiteler ve YÖK’tür. Bunun ülke bazında planlanması lazım. Devlet üniversitelerinin kaynağı bütçeden karşılandığına göre devlet planlamanın bu düzenlemeyi yapmasında büyük yarar var. İhtiyaçlar büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı’nın yönettiği bir alanda olduğuna göre, Sağlık Bakanlığı’nın halkın ihtiyaçlarını göz önüne alarak ortaya koyduğu dönüşüme uyumlu bir insan gücü yetiştirilmeli. O halde bu işin birlikte yapılması gerektiği açık. Mevzuat bize, kendi başımıza hareket etme özgürlüğü vermiş olsa da, burada uygun bir koordinasyonun vazgeçilmez olduğu çok açık. Bunu başatabiliyoruz son yıllarda. Bu durum bu işin geleceği açısından bence umut vericidir. Umarım ki, bu toplantı yine bu bağlamda ortak düşünmenin ve ortak hareket etmenin bir aracı olabilsin.

Sağlık eğitiminin teknik tarafından çok bahsetmeyeceğim, bunlar bundan sonraki oturumlarda muhtemelen tartışılacak. Bundan 20 yıl öncesinde başlayan birtakım tartışmaların içinde bulmuştum kendimi. O zaman ben de üniversitede bir öğretim üyesiydim. Probleme dayalı öğretim, vakaya dayalı öğretim nedir biliyoruz. Şu anda tıp fakültelerimizin ya da eğitim hastanelerimizin bu noktada ne kadar ilerlediğini bilmiyorum ya da bu husustaki eğilimlerin, temayüllerin nereye kadar taşındığını da bilmiyorum ama bildiğim bir gerçek var. Eğer herhangi bir biçimde öğrencilerimizi 200-300 kişilik anfilere koyarak, burada bir hocaların ders anlattığı, öğrencilerin not aldığı

bir eğitim düzeni ile götürüyorsak bu işi, burada büyük bir yanlış vardır. “Grand visit” adı altında, hocalarımızın peşine belki 10-20-30 kişiyi takarak yaptığı “visit”ler ile de bu işin yürüyeceğine inanmıyorum. Artık böyle bir çağda değiliz. Teorik eğitimin mümkün olabildiğince dijital ortamlarla sağlanabildiği, çok tecrübeli bir hocaların bir konferans ile tecrübesini aktarması şeklinde büyük salon ya da anfi derslerinin yapıldığı bir sisteme kanaatimce dönmek durumundayız.

Şahsen ben tıp eğitimi alırken keyifle bu işi yaptım. Hem öğrenciliğimde hem asistanlığımda severek bir eğitim aldım. Ama şunu da itiraf etmeliyim ki, Erzurum’da da Hacettepe’nin usulüyle komite usulü bir eğitim vardı. Her komite bittikten sonra öğrendiklerimi unutup, ikinci komitede öğreneceklerime odaklanmak zorundaydım. En azından ben böyleydim ve inanılmaz bir bilgi yükü altında yıllarca ezildik. Bu ne kadar gereklidir? Ben bunun da tıp eğitiminde tartışmaya açılması gerektiğine inanıyorum. Biz inanılmaz bilgi yükü altında örneğin, ilaçları öğreniriz, ama 2012 yılında akılcı ilaç kullanımı diye bir sorunun hepimizin başında derin bir sorun olarak var olduğunu da biliriz.

Bir araştırma yaptık, aile hekimliği seviyesinde yani birinci basamakta en fazla teşhis konan 10 hastalık var. Yani toplam teşhislerin %80’ini oluşturuyor. Üst solunum yolu enfeksiyonu, diyabet, hipertansiyon gibi yaygın hastalıklar bunlar. Özellikle üst solunum yolu enfeksiyonları açısından enteresan bir sonuç çıktı. Burada enfeksiyoncu hocalarımız da var. Belli uluslararası ya da evrensel standartlara göre hekimlerin tercih ettiği ilaçlar ne kadar doğrudur diye baktığımızda sonuç %20 çıktı. Altın standardın kullanıldığı reçeteler %20 çıktı. Üstelik teşhislerin de hepsinin doğru olduğu kabul edilmişti. Üst solunum yolu enfeksiyonları genelde viralidir. Oysa bunun pratikte genelde bakteriyelmiş gibi antibiyotik verilerek tedavi edildiğini de biliyoruz. Bir de işin o tarafına bakarsak %20 herhalde %10’a-%5’e düşebilirdi. Şimdi o zaman biz burada bir yanlış yapıyoruz. Herhalde eğitirken bir yanlış yapıyoruz, beni bağışlayın ben de üniversiteden geldiğim için bunları rahatça konuşabiliyorum. Şunu söylemeye çalışıyorum, bu kadar aşırı bir farmakoloji eğitimi yükü altında öğrenci yıllarca boğuşurken, mezun olduğunda hala böyle bir reçete yazıyorsa bu eğitimde bir yanlışlık vardır. Yani şapkamızı önümüze koyacağız, bunu kabullenerek yola çıkacağız ki, bu işi düzeltebilelim.

Türkiye’de son yıllarda sağlık alanında gerçekten büyük işler gerçekleştirdik. Bunu Türk halkı büyük bir vefa duygusuyla yapılan bütün anketlerde ortaya koyduğu gibi, uluslararası kuruluşlar da ortaya koyuyorlar. Türkiye’nin sağlık sistemi artık bir model olmuştur. Başka ülkelerin de alıp kullanabileceği özgün bir model. Kaynakları olabildiğince verimli kullanarak sağlık hizmet sunumunu bir taraftan her vatandaşa ulaştırdık, öbür taraftan da vatandaşlarına bu hizmetin ulaştırılabildiği diğer gelişmiş ülkelerle kıyasladığımızda, kat be kat ucuza mal edildiği verimli bir sistem oluşturduk. Gelin görün ki, bu sistemin oluşturulmasında en büyük katkıyı sağlayan sağlık çalışanlarının üstlerindeki iş yükü, belki de yine diğer Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında en ağır iş yükünü oluşturuyor. Bunun sebebi de birinci derecede insan işgücü sayısındaki eksikliktir.

Biraz önce bahsettiğim oranlarda doktor ve hemşire sayısına sahipseniz fakat ülkenizin her insanına sağlık hizmeti sunmak kararlılığınızdaysanız, vatandaş da bunu algılamış ve talebini de buna göre oluşturmaya başlamışsa, o zaman hakikaten sağlıkçıların üzerindeki yük çok artmış oluyor. Bu yükü biz süratle azaltmak durumundayız. Onun için kaliteden taviz vermeden, altyapıyı iyi oluşturarak bu sayıları hep birlikte arttıracakız.

Tıp fakültesi eğitiminin ya da sağlık personelinin eğitiminin bir usta-çırak ilişkisi eğitimi olduğu genellikle kabul edile gelmiştir. Bunu biz sık sık da kullanırız. Değerli arkadaşlar, aslında tam gün

uygulamalarının eğitimi ilgilendiren en önemli yönü budur. Şimdi bu konu son iki yılda çok tartışıldı. 2010'un başında bu kararı alıp Kanunu yaptıktan sonra yüksek mahkemelerin ya da idari yüksek mahkemelerin bu işin içine çok fazla karışması dolayısıyla benzeri birçok işte olduğu gibi biraz karmaşık bir ortam ortaya çıktı. Biz bunu YÖK ile birlikte, hükümet olarak çözmeye çalışıyoruz. Çok da kolay olmuyor doğrusu. Ama tartışmanın zaman zaman getirildiği bir nokta var. Şöyle tartışanlar var bu konuyu: "Efendim tam günden sonra eğitim mahvolacak. Çok kötü olacak bu işler" diye, olmayan bir husus tartışılıyor Türkiye'de.

Üniversite tarafını konuşalım. Üniversitelerimizde tıp fakültelerinde 13 binin üzerinde eğitimci, hoca var. Bu 13 binin üzerindeki hocadan bin kişi eğitimci olarak kaldı. 300 kişi de ücretsiz izin aldı. Bu 1300 kişiyle ilgili olarak sistemin işleyişinden kaynaklanan bazı sorunlar olduğunu varsayalım, kabul edelim %10'u oluşturuyor. Geride %90 hoca işte tam gün çalışmaya başladı. Biz bunu çok verimli bir biçimde kullanabiliriz. Hatta zaman zaman yine tartışmalara temel teşkil eden performans konusuyla da bunu çok doğru bir biçimde ilişkilendirebiliriz. Belki, bu salondaki değerli arkadaşlarımızın da bir kısmının söyleyeceğimden gerçekten haberi olmayabilir. Çünkü bunu televizyon konuşmalarında ya da toplantılarda bize sık sık soruyorlar. Mecliste soruyorlar. En son mecliste yine bir soru sordular: "Nobel ödülü alan bir öğretim üyesine 140TL verilecekmiş. Performansta böyle yapmışsınız, bu ne rezalettir. Siz Nobel ödülü alana nasıl 140TL verirsiniz Sayın Bakan". Ben de dedim ki: "Nobel ödülü alana öyle performans filan değil, onu altına boğmak lazım. Yani hiçbir yerden olmasa ben ona 40 tane sponsor bulur onun böyle üstünden aşağıya altına boğacak bir imkan temin ederim". Hepinizin huzurunda söz veriyorum şimdiden. Keşke Türkiye'den bir kişi tıp alanında bir Nobel ödülü alsaydı. Her türlü takdirin üstündedir. O insanı öyle performansla filan ölçemezsiniz. İşin enteresan tarafı, hakikaten bir şekilde formel anlamda Nobel ödülü herhangi bir ödül olarak değerlendirilmiş ve bu ödülün karşılığı 140TL sayılmışsa bu YÖK'ün yaptığı yönetmelikle ilgili bir şey. Bunun hükümetle ya da Sağlık Bakanlığı'yla yakından uzaktan alakası yok.

Biz Hükümet olarak, tam gün kanununda, kazançların üst sınırlarını sabit maaşın şu kadar katı kazanç öğretim üyesine takdim edilebilir, şeklinde belirledik. Peki, nasıl takdim edeceğiz bunu üniversite olarak? Nasıl bir yönetmelik yaparsanız öyle takdim edeceksiniz. Nitekim YÖK yaptı bu yönetmeliği, biz de destek olduk. Şuraya getirmeye çalışıyorum konuyu; eğer biz performans çalışmalarını eğitimle ilişkilendirmek istiyorsak, doya doya, istediğimiz kadar ilişkilendirebilecek durumdayız. Şu anda yapılmış kanunlar buna müsait, yeni bir kanun yazmaya lüzum yok. Top sizde yani Gökhan Hocam ve performansı eğitimle ilişkilendirmek de gerekir bence.

İnsanoğluyuz, hepimiz unutkanız. Bu tam gün yasası uygulamasının öncesine bir gitmek ve bu işler nasıldı bakmak lazım. Örneğin, ben bir tıp fakültesi hocasıyım. Yarım gün çalışıyorum, eski tabiriyle part-time çalışıyorum. Sabah 9'da geliyorum, 11'de-12'de özel çalışmaya çıkıyorum. Yani 2-3 saat hastanedeyim. Peki, üç saat olduğunu varsayalım bunun, iyimser bir tahminle. Benim dışarıdan o özel iş yaptığım yerden tabi olarak hastaneye getirdiğim ve takip ettiğim hastalar var. Eğer ürolog isem bir hasta ameliyat ettim, çocukçuysam muayenemden önemli bir hastamı getirdim, yatırdım. Onlarla ilgilenmem gerekir, onların bizim tabirimizle vizitini yapmam lazım. Ameliyat yapmışsam hiç değilse hatırlarını sormam lazım. O zaten benim zamanımın çoğunu alacak. Ondan sonra muayenehaneye gittim. Şimdi peki nerede eğitim yapacağız, bu nasıl bir eğitim oldu. Öğrenci nerede, asistan nerede burada.

Açık konuşalım. Asistan bütün iş yükünü yüklenen bir hamal olmuştur artık. O hocası olmam sıfatıyla benim bütün işlerimin de yükünü yüklenmek zorunda. Bir de çömez asistan diye bir şey var ki, zaten kambur kambur üstüne. Ne varsa kliniğe gelir gelmez, her şey onun üstüne boca edilir.

Bende yaşadım geçmişte bunu. O çömezlikten kurtulunca, kıdemli hale gelince süreci tabi görme-ye başlıyorum, ben çektim arkadaş bu çömez de çekecek diyorum. Şimdi burada asistan nerede? Asistan eğitimi ya da öğrenci eğitimi nerede. Bir de bizim üniversitelerimizde bir icat çıkardılar. 1990'lı yılların başında çıktı bu icat. Atatürk Üniversitesi'nde öyle çıktı ama diğer tarafları çok bilmiyorum. Normalde biz orada asistan olarak, uzman olarak, hoca olarak şunu bilirdik: Asistan vardır, hoca vardır, hasta hazırlanır, hep birlikte yapılır, bir ekip çalışması yapılır, birden bire hocaların kapılarının önünde şöyle küçük küçük makbuzlarla insanlar kucaklarında çocuklarıyla beklemeye başladılar. Allah Allah bu da neyin nesiymiş? Ben o zaman yardımcı doçenttim. Öğrendik ki, özel muayene diye bir şey çıkmış. Bunun da üniversitelerimizi ne hale getirdiği çok açık. Uygulama güya önce mesai dışı başladı, ondan sonra saat üçe taşındı, ondan sonra öğle vaktine taşındı. Ama çok iyi biliyoruz ki, fiili hayatta sabah vaktine de taşındı. Peki, öğrenci nerede, asistan nerede, eğitim nerede. Sonuç, böyle bir yerde eğitim olmaz. Dolayısıyla ortaya koyduğumuz sabit maaş ve performans ödeme sisteminin, eğitimi geliştirmek açısından da şu anda elimizde çok önemli bir enstrüman olduğuna inanıyorum. Bu enstrümanı kullanmak, üniversitelerin elindedir. Umarım ki, önümüzdeki yıllarda bu araç daha iyi kullanılır.

Bir konuya daha temas ederek konuşmamı bitirmek istiyorum. Değerli YÖK Başkanımız konuşmasının son cümlesinde önemli bir şey söyledi: "Kamu kaynağı dışında geliri bulunmayan devlet üniversiteleri." Aslında şu anda hukuki mevzuat ve şartlar kamu üniversitelerinin de, devlet üniversitelerinin de kamu kaynağı dışında kaynak temin etmesini mümkün kılıyor. Döner sermaye kanunları bunun için çok iyi bir baz oluşturdu. Tıp fakültelerinde toplam gelirin %50'sine kadar, diğer fakültelerde %85'ine kadar öğretim üyelerine ve diğer çalışanlara ek ödeme dağıtabilecek bir sistem var. Üniversitelerin bu tarzda üretmeye artık alışması lazım. Bütün Batılı üniversitelerde olduğu gibi, Türkiye'deki üniversitelerin de bunu öğrenmesi gerekiyor.

Tıp fakültelerinin hastanelerinin gelirleri var. Kendileri kaynak üretebiliyorlar. Gelen hastaların da çoğunun kaynağı sosyal güvenlik, dolayısıyla devletten gelmiş oluyor. Bu bir dereceye kadar da doğrudur. Ama Türkiye bugün sağlık turizmi açısından, inanılmaz potansiyeller taşıyan bir ülke konumuna geldi. Bunu mutlaka üniversitelerimiz, eğitim veren kurumlarımız da en iyi şekilde değerlendirmelidir. Sadece özel hastaneler değil, kamuya ait kurumlar da bunu en iyi şekilde değerlendirmelidir. Çünkü bilginin en mükemmel şekilde biriktiği kurumlar aslında tıp fakültelerimiz, özellikle de köklü tıp fakülteleri, eğitim hastanelerimizdir. Buralarda son derece iyi yetişmiş öğretim üyelerimiz var. O zaman bir taraftan Türk halkına hizmet ederken öbür taraftan Avrupa'dan, Ortadoğu'dan, Afrika'dan, Asya'dan gelecek hastalara da hizmet ederek, bu hizmet sunumu sırasında bir katma değer oluşturmamız mümkündür. Böylece, bir taraftan bizim eğitimimiz zenginleşir, öte yandan da mali gücümüz artar.

Türkiye'de geçtiğimiz yıl tedavisi yapılan 100 bin ile ifade edebilecek yabancı hasta oldu. Yüz binin üzerinde, elimizde rakamlar var ama çok güvenilir değil. Önümüzdeki 10 yıl içerisinde biliyorsunuz bizim hükümet olarak büyük bir 2023 vizyonumuz var. Bu 2023 vizyonu çerçevesinde Türkiye dünyanın en çok yabancı hasta çeken ülkesi durumuna gelebilir. İmkânlarımız var. Belki sayımız eksik olabilir ama çok iyi yetişmiş bir insan gücümüz var., Belli alanlarda maharetleri çok yüksek olan, bilgi düzeyleri oldukça yüksek olan bir sağlık eğitimcileri ordusu var. Üniversitelerimiz bence bu imkânı en iyi şekilde kullanmalıdır.

Ümit ediyorum ki, bu sağlık eğitimi kongresi bize hükümet olarak ve Sağlık Bakanlığı olarak yol gösterici olacaktır. Şundan herkes emin olmalıdır; Başbakanımız ve hükümetimiz adına sağlık işlerinden sorumlu olarak benim, önümüzdeki dönemde ajandamda en önemli konulardan biri bu

ağır iş yükü altında çalışan sağlık çalışanlarının rahat ettirilmesidir. Bunun içinde elbette eğitimci-ler de var. İmkânlarının artırılması, ortamlarının düzeltilmesi, kazançlarının artırılması, emeklilik imkânlarının iyileştirilmesi gibi konular gündeme gelecek. Özellikle emeklilik imkânlarının iyileştirilmesi ile ilgili olarak birtakım temel çalışmalar yaptık. Şimdi maliyecileri ikna etmemiz gerekiyor hep birlikte. Herhalde biraz mesafe aldık diye düşünüyorum. Maliyeciler ile ilgili küçük bir nükte anlatıp bitireceğim. “Bir maliyeci kaza eseri denize düşüyor, yüzme de bilmiyormuş, kıyıda küçük bir iskele var, kurtarmak için vatandaşlar oradan ellerini uzatıyorlar, diyorlar ki, ver elini. Fakat adam bir türlü elini vermiyor. Birisi koşup geliyor ve diyor ki, o maliyeci, ver elini deme, al elimizi, de. Adamı ancak öyle kurtarabiliyorlar”. Tabi, onların görevi de biraz bu. Kaynaklar sınırlı olduğu için yetiştirmeye çalışıyorlar.

Ben bu kongreye yüksek katılımınız için hepinize Türk halkı adına, tıp öğrencileri, asistanlarımız adına, çok teşekkür ediyorum, inşallah bu buluşmalar hayırlara vesile olacaktır. Hepinize başarılar diliyor, saygılar sunuyorum.

MINİ KONFERANS

BİR DAVRANIŞ DEĞİŞTİRME SÜRECİ OLARAK EĞİTİM

Dr. M. O. Kurtkan KAPICIOĞLU, osmankurtkan@gmail.com

Yıldız Teknik Üniversitesi Öğretim Üyesi

Herkesin konuştuğu bir kavram var, davranış değişikliği konusu. Bu çok önemli bir kavram, çünkü herkes davranışı değiştirmek istiyor. İnsan davranışı devler, büyüklerimiz, ebeveynlerimiz, amirlerimiz ve belki de kendimiz tarafından değiştirilmek istenen bir kavram. Müsaade ederseniz hem okuduğum, hem yaşadığım bir iki anekdotla başlamak istiyorum. Bunların ilki, Fatih Sultan Mehmet’in şehzadesiyle ilgili okuduğum küçük bir anekdot. Bu, benim davranışlarımı değiştirmeme de etkili olmuştur.

Şehzadenin hocası, muhtemelen Akşemsettin ve diğer hocaları küçük şehzadeye eğitim veriyorlar. Şehzade derslerden sıkılıyor, hocası şehzadeyi biraz azarlıyor. Şehzade geliyor babasına, yani Fatih Sultan Mehmet Han’a diyor ki, “Sen nasıl bir padişahsın? Senin oğlunu bugün hoca azarladı.” Şehzadeyi dinleyen Fatih, “Ben yarın gereğini yaparım, oğlum sen hiç merak etme” diyor. Akşamleyin hocayı davet ediyor, “Ben yarın senin yanına geleceğim ve senin neden böyle bir davranışta bulunduğuna karşı biraz hiddetli konuşacağım. Sen de bana misliyle, hatta daha fazla mukabele edeceksin” diyor. Ertesi gün, şehzadenin elinden tutarak hocaların huzuruna varıyorlar ve “Sen benim şehzademi nasıl azarlarsın” diye hocaya kızmış oluyor. Hoca, “Sen nasıl bir padişahsın? Kendi şehzadeni yetiştirmeyi bilmezsin” türünden cümlelerle padişaha daha üst perdeden kızmış oluyor. Fatih, yavaşça şehzadeyi huzurdan alıyor. Bir kaç adım geriye çıktıktan sonra, hafif yan dönerek oğlunun kulağına, “Çok yavuz bir hoca var. Bir tek yolumuz var, onun sözünü dinleyeceğiz ve dediklerini yapacağız. Yoksa, ikimizin de hali perişan” diyor. O gözünde cihan hâkimi olan babasının böyle bir sözü karşısında, hocaların değeri ve onun davranış değişikliğine katkısını tasavvur edebiliyoruz.

Yaşadığım konu, 1980 de Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesine başladığım yıldaydı. Okulumuza yurt dışından öğrenciler gelmişti. Gelen öğrenciler, Avrupa’nın birkaç ülkesinden ve daha çok da Orta Doğu’dandı. Sudanlı Abdullah’ı hiç unutmam. Hartun’dan gelmişti ve tatlı bir Türkçesi vardı. Bana aynen şöyle söylemişti, “Osman abi! Hartun’da hala sizin medeniyetin izleri var, biliyor musun?” Biz o zaman duyardık ama o derece derin yüzleşmemiştim. “Hala orada sizin isminiz okunur, sohbetlerde adınız geçer, sizin medeniyetiniz öyle bir medeniyetti” diyerek sürdürmüştü sözlerini.

Yine Irak’tan gelen Diyar vardı, onu da hiç unutmam. Burada isimlerini zikrediyorum, çünkü çok kıymetli arkadaşlarımdı. Görüşemiyoruz şimdi. Soyadı, Erzurumlu’ydu. Dedeleri, Erzurum’dan giderek Kerkük’e yerleşmişler. Diyar, hep bizim medeniyetimizin izlerini anlatırdı. Davranış değişikliğinin bir medeniyet tasavvuru ve insan endekslili olduğunu, orada çok iyi hissettiğimi burada arz edebilirim. Onları buradan kalben tekrar yad ediyorum. Onlar, gerçekten davranışlarını değiştirmiş olarak, yani içsel olarak bir değişiklik süreciyle bizi karşılaşmışlardı. Sevgiyle, muhabbetle bakıyorlardı bize.

Son küçük bir anekdotum, doktora bitirdiğim senedeydi. Hacettepe Üniversitesi’ndeki hocamla birlikte doktora yemeğine gitmiştik. Kendisi Trabzonlu idi ve bana bir anısını anlatmıştı. “Osman, biz beş kardeşiz ve hepimiz üniversitede okuduk, okuyoruz. Ben öğrenciyken, seksen yaşında bir babaannemiz vardı bizim. Biz yaz tatilinde memlekete gittiğimizde bizi karşılar, bize der ki, ‘size bir soru soracağım’ ve bize güncel bir soru sorardı. Biz onu biliriz, bilemeyiz ama ‘dönüşte size cevabı

söyleyeceğim’ deyip bizi tatil bitimi uğurlarken cevabı verirdi. Kimimiz fizik mühendisliği okuyoruz, ben felsefede okuyorum, tıpta okuyan kardeşimiz var vs. Bir gün, ‘hayatta en önemli şey nedir?’ diye sordu. Nedir hayatta en önemli şey? Sağlık! ‘Ben, sağlık babaanne’ dedim. Babaannem, ‘onu, bizim kör İsmail’in oğlu da söylüyor, o değil’ dedi. Hepimiz bir şeyler söyledik. Babaannem, ‘Bilemediniz, siz nerede okuyorsunuz? Nasıl okuyorsunuz?’ diyerek bizi azarladı. ‘Şimdi gidin bahçeye çalışın, eylülde söyleyeceğim’ Uzatmayalım, eylülde cevabını verdi babaannem. ‘Hayatta en önemli beş şey vardır. Bir tanesi, insanın vatani ve kalbidir. Biz Hazar Denizi’nin kuzeyinden göç ettik. Vatanımız yoktu, değerlerimize hiç saygı yoktu. Biz, hiç bir yaşantımızı yaşayamadan perişan bir haldeydik. Ne sağlığın ne de başka bir şeyin kıymeti var. İkincisi, sizi sevenlerin hayatta olmasıdır. Üçüncüsü, sizin sevdiklerinizin hayatta olmasıdır. Dörtte sağlık gelir. Beşincisi, bir iş bulacaksın ve çalışacaksın. Bir meşguliyetin olacak’ dedi ve bizi uğurladı.” Böyle anlatmıştı hocam.

Bu konuşmanın ana mesajının davranış değiştirme ama içsel bir davranış değiştirme olduğunu arz etmek istiyorum müsaadenizle. Gerçekten kalp değişmeden davranış değişmiyor. İnsanın kalbi kabul etmeden, ikna olmadan, rahatlamadan, ruh tatmin olmadan davranış değişmiyor.

Hepimizin önünde öğrencileri var, derse giriyoruz. Çocuklarımız var, “ders çalış” diyoruz, olmuyor. Söylüyoruz olmuyor, kural koyuyoruz olmuyor, ceza veriyoruz olmuyor. Ne zaman ki ben kabul ettim diyor, o zaman oluyor.

Eğitimin klasik bir tanımı: Bireyin davranışlarında, kendi yaşantısı doğrultusunda kasıtlı olarak ve isteyerek arzu edilen değişimler meydana getirme sürecidir. Klasik tanım budur. Burada çok önemli bir nokta var. Kendi eğilimleriyle olacak, tabii ki silah zoruyla olmayacak bu değişim. İstenilen düzeyde olacak ve istenilen arzu edilen doğrultuda olacak. İşte problem burada başlıyor. Karar verici kim olacak? Hangi tür davranış değiştirmeye ve nasıl olacağına kim karar verecek? Kimin doğrusuna göre davranış değişecek? Asıl soru bu. Buna devletler, kurallar, kanunlar, yasalar, töreler, gelenekler sürekli çözüm arıyor ya da çeşitli ifadeler getiriyorlar. Sonuçta davranış değiştirme sürecinin karar vericileri, insanın yaşadığı çağda dünden yarına olan süreçte ve bugünde kümülatif olarak bir anlam bütünlüğü içinde olması gerekiyor. Biz bunu anlatırken, yasalardan başlarız törelere kadar ineriz karar vericileri olarak.

İnsanda davranış üç alanda değişiyor. Bunların dışında değişim göstermiyorlar. Bir de sosyal alan var bütüncül olarak ama bunlar aynı zamanda öğrenme alanları, burada değişiyorlar. Ben 1963 yılında doğdum. Ankara’da okudum ve akademik çalışmamı, yani mastır ve doktoramı Hacettepe Üniversitesinde yaptım. Daha sonra devlette çalıştım ve şuan Yıldız Üniversitesi’ndeyim. Bu üç alanın üçünü de yaşadım. Kendi hayatımda yaşadım, çünkü mesleğimi severek, arzu ederek, isteyerek yapıyorum.

Bizim zamanımızda tıp eğitimine ağırlık veriliyordu. Aileler, çocuklarını tıp okusun diye organize ediyorlardı. Bizde iki kardeşiz abim ve ben. Abim tıp okuduğu için benimde tıp okumam hususunda epey bir zorlama yapıldı. Zorlamalara karşı direnerek kendi yolumu buldum. Sosyal alanlar, benim kendimi daha iyi hissettiğim alanlardı ve orada nasip oldu. Burada en önemli noktanın olanın duyusal alan olduğunu arz etmek istiyorum. Diğer üç alan da çok önemlidir, hem de çok çok önemlidir. Hepsini bir bütündür, ayıramaz ama insanı motive eden, insanın içini dolduran ortadaki duyusal alandır.

Küçük bir örnek arz edeyim, biz bir çalışmamızda öğretim üyelerine, öğretmenlere ve velilere sorduk. “Çocuğunuzda ya da öğrencinizde görmek istediğiniz ilk üç özellik, kazanmasını beklediğiniz üç davranış nedir? Lütfen, birinci sıraya koyduğunuz en önemlisi olsun” dedik. Genel kanaat ilk üçte; iyiliksever, özgüveni yüksek ve konuşmasını, oturmasını, kalkmasını bilen, doğru, dürüst, ahlaklı, vatansever, değerlerine sahip gibi hep duyusal alanın kelimelerini söylediler bize. Analitik yeteneği olsun, çok iyi problem çözsün, değerlendirme yeteneği çok müthiş olsun, kavrasın diyenler

çok azdı ilk üçte. Ama gelin görün ki, eğitim sisteminde verdiklerimize bakın, sınav sistemimize bakın, vs’ye bakın, kaç soru çözdün ile başlıyor. Biz buradan medeniyet tasavvuruna insan yetiştirmek istiyoruz. Bu çok zor ama çok şükür son yıllarda çok ciddi bir çaba içerisindeyiz. Biz bunu yurtiçi, yurt dışı kongrelerde görmektediriz ve görüyoruz, mutlaka sizlerde görüyorsunuzdur.

Herkese beklediği aslında doğru insan modelidir. O doğru, herkese göre değişse de bir genel kanaat vardır fakat eylemlerimiz, birbirimizle ilişkilerimiz bu konuda bizi biraz daha güncelle doğru zorluyor ve itiyor. Biraz bu konuya dikkat etmekten yanayım doğrusu. Bilimsel alanla ilgili bir kaçta keyifli örnek vermek istiyorum. Çok böyle hüznü bir havada da olsun istemiyorum.

İstanbul’da bir arkadaşla balık almaya gittiğimizde, arkadaşım kovanın içinde yüzüp çırpınan balıklara bakıp, “Bunlar tazemi?” diye sormuştu balıkçıya. Balıkçı cevabı hemen yapıştırmıştı, “Yok abla, pil takip oynatıyoruz.” diye. O leğenin içerisinde balıklar, diğer balıkları satmak ve bilimsel örnek vermek içindir.

Fazla kilolarından şikâyetçi olup akupunktura gitmeye karar veren tombik anneme, babamın yorumu: “Sana bu saatten sonra inşaat çivisi çaksak fayda etmez hanım.” O günden beri küsler ve barışmalarını bekliyoruz.

En çok sevdiğim alan ve en çok sevdiğim örnek; Halife, Leyla’ya “O Leyla dedikleri sen misin? Mecnun, senden dolayı perişan oldu ve kendini kaybetti? Sen, diğer güzellerden üstün değilsin” demiş. Leyla, “Sus! Zira sen Mecnun değilsin.”

Sevgili anneanneciğim! Havaalanında polis memurunun amacı sana sarılmak değil, üzerini aramaktı. Hadi sarılıp sırtını sıvazladın, birde üstünü örtmenin ne gereği var? Ama candan sıcak samimi bir davranıştı. Bu birçok şeyi özetler efendim. Çok sık kullanırım ben bunu ama çokta hoşuma gider.

Frene gerek yok, nasılsa şimdi koşturaya başlar. Koşturaya gerek yok, şimdi nasılsa frene basar. Bizim hayatımızda bu çoktur ve bundan sonra ki kareyi görmek istemeyiz. Genelde böyle çok kalırız. Beklentilerimiz vardır, bir iş ortada kalmıştır çünkü. Doğrusu, bu gerçekten önem vermemiz gereken bir konudur. Karşı tarafın ne anladığı çok önemlidir. Ne hissettirdiğimiz çok önemlidir. Neyi vermeye çalıştığımız çok önemlidir.

Üniversitede en çok sınav deyince, öğrenciler korkar. Sınav deyince, herkes susar. Neden bu? Biz bir korku yerleştirmişiz ve sürekli tetikliyoruz onu söyleyince. Sürekli olarak insan davranışında bir takım farklılaşmalar meydana geliyor.

Karşı tarafın davranışını değiştirmeye çalıştığımız sırada, karşı tarafın ruh hali de bizim bütün atmosferimizi etkiler. Çünkü biz iletişiminizi özellikle tek taraflı değil, çok taraflı yapmak ve kucaklayıcı olmak zorundayız. Sağlık çalışanı olarak da insan olarak da böyle bir davranış içerisinde olmalıyız.

Bir de ekol ve okul meselesi vardır. Yurtdışında ekoller vardır. Ekoller, kendi anlayış biçimlerini hayata geçirmek için okullar kurarlar. Okullar örgün eğitimidir. Eğitim yaşam boyu sürer, beşikten mezara kadardır. Eğitim her an olabilir ama örgün eğitim, okullarda müfredat çerçevesinde ve belli kalıplar içerisinde eğitici olan, programı olan, ölçmesi olan bir bütünsel yapıdır. Eğitim her yerde ve herkeste olabilir ama her bir bireyin kalitesi, o eğitimi kümülatif olarak etkiler. Zaten eğitimin bir medeniyet tasavvuru olması, insan davranışını değiştiriyor olması bundan kaynaklanır.

Mimariye baktığınız zaman, orada insanın ve medeniyetin izini görürsünüz. İç dünyası yansımasıdır, sanatında, dilinde, kültüründe, sinemasında, televizyonunda. Değiştirmek istediği mesajı oraya verir. Biz, bir dönem okul binalarımızın ruhsuz olduğunu söyledik ve doğrudur. Şimdi son yıllarda daha hoş sizi kucaklayan mimarilerle karşılaşılıyor. Evet, burada bir tasavvur var ve bu bir davranış değişikliğidir. Çocuk, o koridorda yürürken bir şey hissetmelidir. Evin ortamı aynı şekildedir ve biz

toplumumuzu şekillendirirken bir ekol olmak istiyorsak evlerimizi, okullarımızı, örgün olarak öyle kurarken davranış boyutlarımızı da halk eğitimiyle, meslek eğitimiyle, hizmet içi eğitimlerimizle, her türlü eğitimle de desteklemek zorundayız.

Dünyamız gerçekten çok küçülüyor ama bir şey var büyüyen. İki özellik kıyamete kadar baki kalacaktır. Biri insan, öteki de insanın değerleri. Dünya küçülüyor ama insanın önemi büyüyor farkındaysanız. Bir başka gerçek, iletişimimiz azalıyor günden güne. İnsan önemli fakat paradoksu beraber yaşıyoruz. Biniyoruz otobüse veya uçağa, oturuyoruz koltuğa, takıyoruz kulaklığımızı, önümüzde de bir ekran. Yanımızdakine bir merhaba, iyi günler, hayırlı yolculuklar demiyoruz gidiyoruz. Bireyselleşmeye başladık ve bu tehlikeli bir durum.

İnsan çok önemli bir varlık, bütün değişim insanda meydana geliyor, insanla oluyor ve korkunç derecede arkadan gelen bir teknoloji var. Bunu hepimiz yakinen görüyoruz. Şuan da hepimizin evinde bütün telefonlarımız internet bağlantılı, bütün tabletlerimiz elimizde, bu sunu şuan her yere ulaşabiliyor, herkes cebinden izleyebiliyor. Böylesi gelişen bir dünyanın beş on sene sonrasının okul düzenini, insan davranışları değişim düzenini lütfen dikkatlerinize arz ediyorum. Onun için insanın içine, kalbine endeksli bir davranış değiştirme modülü koymamızın gerektiğine inanıyorum ve bunu çok önemsiyorum. Her şey burada bitecek, çünkü sonuçta o düğmeye basacak olan insan, o düğmeye bastırarak olan da içsel motivasyon, yani kalbinden gelecek olan motivasyondur. Doğru veya yanlıştır ama buna çok dikkat etmemiz gerekiyor diye düşünüyorum.

Sağlık ve eğitim, ikisi de kalite noktasında birleşirler. Her ikisi de yaşam boyu sürer. Her ikisi de insan odaklıdır. Her ikisi de kalite için vardır ve her ikisi de aslında soyut kavramlardır. Karşınızdaki muhatabınız, hastanız, öğrenciniz, her kimse tatmin olursa sağlığın bir anlamı vardır. Bilgi ediniyorsa, kazanım sağlıyorsa bir anlamı vardır. Yoksa hiçbir anlamı yoktur. Onda ki kazanımın adıdır, sağlık ve eğitim. Onun kendi iç dünyasında ki, “Çok teşekkür ederim, çok sağ olun, Allah razı olsun bir harf öğrettiniz, sağlığıma yeniden kavuşturdunuz” demesidir, onu ve sizi mutlu eden. Onun için ikisi de aslında kalitatiftir. Kantitatiften öte kalitatif bir davranıştır.

Kalite her zaman bana göre, benim naçizane kanaatim ruhla ilgilidir. Kaynaşmayla ilgilidir. Akışla ilgili bir konudur. Mesela yapılan birkaç araştırma var, buraya almadım. Çok iyi diyalog kuran doktorların hastalarının iyileşme oranlarında yükselme, hastanın doktorunu hukuk nezdinde şikâyet etme oranında çok büyük düşmeler var. Bunun tam tersi de var. Doktoru ofisinden çıktıktan sonra hastalara, ilacı nerede nasıl kullanacağı sorulmuş. %45 civarı tam olarak bildiğini belirtmiş. Demek ki, bazı iletişim sorunlarını da beraber taşıyoruz. Bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik hali, bunu benden daha çok iyi bilirsiniz.

Sosyal ve ekonomik olarak, üretici bir yaşam sürdürmeyi de daha sonra ekliyorlar bu tanıma. Sağlık eğitimine baktığımız zaman, eğitim fakülte ve yüksekokullarda yapılıyor. Sağlık, hizmet işinde yapılıyor, sertifikalı yapılıyor, ileri eğitimlerle yapılıyor ki, ileri eğitim çok önemliymiş.

Sürekli gelen o teknolojiyi yakalayarak ve insanı kaybetmeden ilişkiyi kurmak çok önemli bir konu. Burada özellikle son yıllarda benim yakınlarımın da sigarayı bıraktığından ve davranışlarını değiştirdiğinden biliyorum, onun için rahatlıkla söyleyebilirim. Sigarasız bir yaşamın, gerçekten yürütülen politikalarla çok önemli oranda azaldığını gördüm. Benim hiç bırakamaz dediğim bir doçent arkadaşımız vardı, “Hocam sigarayı bıraktım” dedi. Çok şaşırdım, adeta yerd sigarayı. Programa katılmış ve bırakmış. Obeziteyle mücadele, biraz bende ona son zamanlarda itibar etmem gerekiyor. Koruyucu hekimlik, evde sağlık hizmetleri, sağlık çözümü çok yeni ve çok önemli kavramlar. Eğitimle ilgili, bütün çalışanları ve hizmet alanlarını etkileyen bir konu.

Benim sevdiğim bir koordinat var. Davranışımızı değiştirmek, aslında bizim elimizde olan bir şey. Küçük bir ipucu belki, şimdi burada en üstte şöyle bakalım. Gücün kullanımının iki ucu var. Koruma ve paylaşma. İlişki kurmanın ve kullanmanın da iki ucu var. İş görme ve ortaklık düzeyi. Tabii ki, burası bizim için önemli, pozitif anlamda da önemli. Burada en sıkıntılı alan; takdir edersiniz ki, şurasıdır. Yani daha buyurgan, daha üstten ve daha paylaşma açık olmayan kısım. Karşının davranışını değiştirmek istiyorsa, takdir edilmenin çok önemli olduğunu vurgulamak isterim. Takdir duyusal alanın bir göstergesidir, bir ifadesidir. Konuşmaya, eleştiriye başlarken; önce o performansı gösteren kişinin olumlu özelliklerini, başarılarını, o performansla ilgili yapabildikleri güzel özellikleri ifade edip, yapamadıklarını, eksik kaldıklarını sonradan söylemek çok olumlu bir davranıştır. Karşı tarafı etkiler. “Sen şöyle yapmadın, çokta umut bağlamıştık, bir türlü yapmadın” diyerek başladıktan sonra, “Şunları çok iyi yaptın” demenizin çok fazla bir etkisi olmuyor.

Korumadan ziyade, yavaş yavaş şuraya doğru gelmekten yanayız. Paylaşmanın ve ortaklığın yüksek olduğu, liderliğin öne çıktığı, yöneticilikte daha paylaşımın olduğu, karşı tarafın dinlendiği, onun kendini iyi hissettirildiği, özgür hissettirildiği fakat bir sonuca, çözüme odaklı gitmek gerektiğini, sorun arayıcı, ayıp arayıcı olmadığının gösterilmesidir. Karşı tarafa değer veren, onura eden ama bir beklenti içinde olduğumuzu gösteren, ekip olarak yürümemizi gösteren yer efendim. Burası tabi bir ortaklık var ama gene koruyor. Burada da evet bir paylaşımdan söz edebiliriz ama iş görme düzeyinde bir mesaj iletme vardır. Biz daha çok şu boyutta karşı tarafı etkilemek istiyorsak, o davranışın değişmesini arzu ediyoruz ve sağlıyoruz demektir.

Ben, bitirmeden önce gene bir küçük anekdotla son vermek istiyorum. Buna Tuğrul İnanç Beyefendinin sohbetinde şahit oldum. Ben biraz bu davranış değiştirme, insan davranışını değiştirme boyutuna biraz vizyoner olarak bakmaktan yanayım, yani dünya ölçeğinde bakmaktan yanayım. Biz artık dünyanın gerçekten çok önemli bir üyesiyiz. Buna öğrenciliği saymazsak, benim yirmi altıncı senem, eğitim bilimleri alanındaki çalışmalarım, yurtiçinde ve yurtdışında bulunmama nasip oldu. Yurtdışında ders vermek nasip oldu. Son yıllarda itibar olarak dediklerimizin karşı tarafta makes bulması açısından çok önemli mesafeler kat ettiğimizi görüyorum. Ve gerçekten yüreğimizi açarak, iç dünyamızı açarak, hiç kapalı olmadan, içimizi kapatmadan, özgüvenimizi küçültmeden özgürce bakabilen bir birey olmak çok önemli bir şey.

İyi bir gelecek istiyorsak, çocuklarımız için bu anekdot Bosna’da geçiyor. Savaş sonrasında Bosna’da çok şiddetli, çok vahim katliamlar yapıldı. Türk Birliği de orada görev alıyor, savaş bittikten sonra. Türk Birliği’ne verilen görev, bölgede lojistik destek sağlıyorlar. Orada ki katılan subayın anlattığı bir anekdot bu. Tuğrul Bey’de onun sohbetinde karşılıklı konuşmalarımızda ifade etti. Dedi ki “O da aynı şekilde, insanın bu kadar davranışına etki eden bir olayı bende gözyaşıyla dinledim” dedi o zaman. Su ve yiyecek dağıtılıyor bölgede, su sıkıntısı var. Türk Birliği de su ve lojistik desteği sağlıyor orada Bosnalı Müslüman halk, Müslüman olmayan Sırp ve Hırvatlar da sıraya girmişler su ihtiyaçlarını karşılamak için. Kumanyalarını alıyorlar. Herkese bir buçuk litrelik sulardan bir tane veriyorlar. 70-80 yaşlarında iki yaşlı su almak için sıraya giriyor. Arkalarına, kuyruğa bir yaşlı daha geliyor ama koltuğunun altında bir tane bir buçuk litrelik su var. Öndeki yaşlılardan biri o yaşlıya dönerek, “Sen almışsın bir tane, bir tane daha mı alacaksın?” diye soruyor. “Evet ben bir tane daha alacağım” diye cevaplıyor. “Evde çok mu kalabalıksınız?” diye sormaya devam ediyor. Arkadaki yaşlı, “Hayır, ben evde tek kişi yaşıyorum” diye cevaplıyor soruyu. Önceki yaşlı biraz da kızarcasına, “Neden?” diyor. Cevap aynen şu; “Bu suyu kim veriyor? Türk Birliği veriyor. Bu suyun birini ihtiyacım için kullanacağım. Ben, hacca gidemedim. Bu suyu, ben ölürken zenzem niyetine benim dudaklarıma sürerler, ona saklayacağım” diyor. Bu kalbe endeksli davranış değişikliği için iyi bir örnektir ve dünyada bizi götürecek olan da budur.



1. OTURUM

SAĞLIK EĞİTİMİNDE İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI ve EĞİTİM POLİTİKALARI

SAĞLIK EĞİTİMİNE TARİHSEL BAKIŞ VE MEVCUT DURUM DEĞERLENDİRMESİ

Prof. Dr. Mustafa SOLAK, ozkalem@aku.edu.tr

Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörü

2008 yılından bu yana Yüksek Öğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı ve Planlama Teşkilatı bir araya gelerek çok yoğun çalışmalar yaptık. Bu çalışmalar sonucunda iki rapor hazırlandı. Şimdi sizlere o raporun üstüne Türkiye'nin genel bir fotoğrafını takdim etmeye çalışacağım. Bu takdim sırasında verilen rakamlarda bazen küçük farklılıklar olacaktır. Rakamlardaki bu farklılıklar; bazen af yasasından gelen öğrencilerle, kaydı silinen ya da öğrenci verilmeyen vs. durumlarla ilgilidir.

Rakamlara geçmeden önce, sağlık eğitimi ile ilgili mevzuat hakkında çok kısa bilgi vereyim. Mevzuatın ana konusu, ana unsuru 2547 sayılı kanunun 1. ve 7. maddesi ile tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili 3. maddesinin T bendinin 3. fıkrasıdır. Yani yasal dayanaklarımız bunlardır. Bu maddeler kapsamında eğitim ve uzmanlık eğitimi sürdürülmektedir.

Yine önemli olduğu için bir slaytta toplamaya çalıştım. Tıp fakültelerinin işleyiş ve teşkilat şeması ile tıp eğitiminin düzenlenmesine ilişkin mevzuata, dört temel kanun ve yönetmelik var. Birincisi, ilgili kanunun 7. maddesidir. İkincisi, Yükseköğretim Kurulu'nun çıkardığı yönetmeliğin özellikle hekimlik, hemşirelik, ebelik gibi alanlarından mezun olanların AB ülkelerinde denklik sayılması için düzenlemeye getirdiği çerçeve yönetmeliğidir. Üçüncüsü, tıp fakültelerinin işleyiş ve teşkilat şemasına yönelik bölümde anabilim dalı ve bilim dallarına ilişkin karardır. Dördüncüsü de - uzun yıllar bununla da çalışmıştık- Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi'nin 2 Şubat 2002 tarihinde Çukurova Üniversitesi'nde yaptığı toplantıda alınan UÇEB kararıdır. Daha sonraları bu karar, çekirdek eğitim programı diye sürekli kullanılmaya başlandı. Artık yeniden güncellenmesine de ihtiyaç duyulmaktadır.

Ülkemizde sağlık eğitimi; ortaöğretim, ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeylerinde sürdürülmektedir. Bu eğitimler farklı kurumlarca yürütülmektedir. Bu slaytlarda, yani üç adet slaytta Türkiye'de sağlık eğitimi veren kurumları toplamaya çalıştık. Devlet, vakıf ve diğer kurumlar diye. Birinci slaytta; tıp fakülteleri, Sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri, dış hekimliği fakülteleri, eczacılık, hemşirelik ve sağlık bilimleri fakülteleri yer almakta ve sırasıyla mevcut durum 83, 74, 67, 43, 26, 03 ve 32 kurum olarak yer almaktadır. Dört yıllık yüksekokulları ise; sağlık yüksekokulları, hemşirelik yüksekokulları ve sağlık idaresi yüksekokulları ile diğerleri şeklinde sıralayabiliriz. İki yıllık meslek yüksekokulları kapsamında ise; sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu ve sağlık bilimleri meslek yüksekokulu yer almaktadır. Bir diğer durum, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Anadolu sağlık meslek liseleri ile özel Anadolu sağlık meslek liseleri de lise düzeyde teknisyen ve hemşire eğitimini toplam 331 okulda sürdürmektedir.

Ülkemizdeki sağlık eğitiminde yetkili kurumlar, eğitim birimleri ve eğitim gören toplam öğrenci sayılarına baktığımızda şöyle bir tablo görmekteyiz. Devlete bağlı olan liselerde 70254, özel Anadolu sağlık meslek liselerinde 2575, bakanlığımıza bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7501 ve yükseköğretim kurumuna bağlı 165 üniversitemizde 127111 öğrenci eğitimini sürdürmektedir.

Şimdi de ülkemizde sağlık eğitimi veren kurumların 1991-2000 süreci içinde bir genel veri değerlendirmesine bakalım. Buraya geçmeden 2010-2011 eğitim yılı fakülte ve yüksekokul ÖSYS kontenjanlarını görmemizde fayda var. Sonra yirmi yıllık sürece bakacağız. Toplam kontenjan 37 bin 458, eğitim gören öğrenci 127066. Biraz önce de değindiğim gibi 127111'di. Aftan gelen ve farklı uygulamalar nedeniyle küçük rakamsal değişiklikler bulunuyor.

1991-2001 tarihleri arasında tıp fakültelerine bakıldığında;1991 yılında 24 fakültede 33500 öğrenciyle eğitime devam ederken, 2010-11 yılında 63 fakültede 41000 öğrencinin olduğunu görüyoruz. Fakülte sayısındaki artışa paralel olarak öğrenci sayısında artış aynı oranda değil. Öğrenci/öğretim üyesi oranlaması bakımından oran, 4/25 dolayında. Aynı konu dış hekimliği fakültelerinde 1991 yılında, 9 fakültenin 5190 öğrencisi var. 2010-2011 öğretim yılında, 25 fakülteye karşın 8042 öğrenci eğitim sürdürüyor. Öğrenci öğretim üyesi oranı ise 8.6. Eczacılık fakültelerine baktığımızda 1991 yılında fakülte sayısı 7, toplam öğrenci 4771 iken, 2010-2011 öğretim yılında fakültesayısı 15 olmuş, öğrenci sayısı ise 6368. Öğrenci öğretim üyesi oranı ise 14.1 dolayında.

Hemşire yetiştiren yükseköğretim kurumlarında sıkıntı olduğu için son iki yılda kurulan birimler ile kontenjanları ve toplam öğrencileri bir slaytta toplamaya gayret ettik. Hemşire yetiştiren birimlerimiz farklı. Geçen sene üç tane hemşirelik fakültesi kuruldu. Bunların dışında sağlık bilimleri fakültesi, hemşirelik yüksekokulu, sağlık bilimleri yüksekokulu, sağlık yüksekokulu, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda da hemşirelik eğitimi veriliyor. Toplam kontenjanı 44784 dolayında.

Biraz önce ifade ettiğim üzere, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Anadolu sağlık meslek liselerinin 39129 öğrencisi bulunmaktadır. Aynı konu fizyoterapist yetiştiren yükseköğretim kurumları için de geçerli. Bunların da son iki yılını toplamaya gayret ettik. Sağlık bilimleri fakültesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon yüksekokulu, sağlık yüksekokulu, sağlık bilimleri yüksekokulunda toplam kontenjan, 2010-2011 kontenjanı 1873 ve toplam öğrenci 11682 lisans düzeyinde eğitim görmektedir. İki yıllık teknikerlere baktığımızda ise iki okulda toplam 6664 öğrenci, teknikerlik eğitimi, fizyoterapi teknikerlik eğitimi almaktadır.

Bu slayta baktığımızda tıp fakültesi mezunları ile tıpta uzmanlık kontenjanları ve yerleşen öğrenci sayıları açısından önemli olduğu için son on bir yılı da gözden geçirmeye gayret ettik. 2001 yılında tıp mezunu sayımız 4925, kontenjan 4438 ve yerleşen 4289 iken, 2011 yılında bu 5076'ya, kontenjan 5658'e ve programda yerleşen 5105 rakamını gösteriyor. 2008-2009 öğretim yılında 6434'e varan yerleşme, 5105 dolayına inmiş durumda. Tıp fakültelerinin yük değerlendirmesi bakımından bir değerlendirme yapalım istedik. Tıp fakültesi sayısı 2010-2011 öğretim yılı başında 63 iken, öğretim üyesi sayısı 9809, kontenjanımız 7950, eğitim gören öğrenci 41669, tıpta uzmanlık öğrencisi 13170 ve tıp bilimlerinde lisansüstü eğitim gören öğrenci sayısı ise 4331 kadardır.

Tıp fakültelerinde eğitim ve öğretimle ilgili bazı genel değerlendirmelere ipucu yakalamaya çalıştık. Bu çalışmayla eğitim türü ve bazı gereçleri görmek istedik. Baktığımızda eğitim türünde ağırlık entegre eğitim ve entegre eğitime yakın karma eğitimi görüyoruz.

Ülkemizdeki 63 tıp fakültesindeki mikroskop sayısı 7271, yani öğrenci kontenjana yakın bir rakam. Oysa, kadavra sayısında sıkıntının olduğu görülüyor ve mesleki beceri laboratuvarı bakımından da 122 rakamı fakülte sayısı ile pek ilişkili gözüküyor. Yatak sayısına bakıldığında; üniversite hastanelerinde 37627, Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde ise bu sayı 72308. Yoğun bakım yatağı açısından üniversite hastanelerinde 4411, Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde ise 1005 olarak görülüyor. Ameliyat salonuna bakıldığında; üniversite hastanelerinde 869, Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde 627 kadar.

Şimdi de tıp, diş hekimliği, eczacılık ve hemşirelik fakültelerinin genel bir akademik personel fotoğrafını gösterelim istedik. Yukarıdan aşağıya, profesörden itibaren araştırma görevlisi, soldan sağa her birinin devlet, vakıf ve yeni kurulan üç fakültemizle hemşirelik de dâhil genel bir değerlendirmesini görelim istedik. Sonuç 25969 akademik personel zenginliğimiz söz konusu. Buraya kadar verdiğimiz bilgileri 2 slaytta bir genel bakış açısından sizlere takdim etmeye çalıştık.

Tıp eğitimi ile tıpta uzmanlık eğitimi veren kurumlara genel bir bakış yapacak olursak, üniversitelerin sayıları devlet, vakıf ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi olmak üzere üst tarafta belirtilmiştir. Akademik düzeyler, toplam öğretim üyeleri, tıp eğitimi öğrenci sayısı, lisansüstü eğitim gören öğrenci sayısı ve uzmanlık eğitim öğrenci sayısı diye tıp fakültelerinde üç ayrı eğitim sürdürülmektedir. Tıp eğitiminde 41669, lisansüstü eğitimde 4331, uzmanlık eğitiminde 13170 kişi öğrenim yapmaktadır.

Bakanlığımızın eğitim hastanelerinde ise, eğitim görevlisi olarak tanımlananların toplam sayısı 1293 kişidir. Baş asistan düzeyinde 1215 kişi vardır. Toplam eğiticiler sayısı 2505'dir. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin sayısı ise 7501 olarak görülüyor. Genel bir bakışla bakacak olursak, tıp eğitimi ile uzmanlık eğitimi veren kurumlara öğrenci kapasitesi açısından ise biraz öncekinin biraz daha detaylı açıklaması gibi kontenjanlar gören sayı 2011 kontenjan eğitim gören sayı tıp bilimleri lisansüstü öğrenci sayısı ve toplam öğrenci sayısı diye sağ sol sütunlarda belirtilmiştir. Üniversitelerin tıp fakülteleri ile eğitim gören birimlerde 59094 öğrenci eğitim görüyor. Bakanlığımızda 7501 öğrenci eğitim görüyor. Bunları ülke geneline baktığımızda, üniversitelerde eğitim gören sayı 12704, diğer eğitim kurumlarında 7967 ve toplamı 20671.

Tıp ve sağlık bilimleri alanında lisansüstü eğitim verilerine baktığımız ve sağlık bilimlerini ile tıp bilimlerini ayrı göstermeye çalıştığımız zaman, önce toplam öğrenci sayımız 2010-2011 öğretim yılında 15839'dur. Bunun 4255'i tıp fakültelerinde, 74 kadarı da Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde lisansüstü eğitim görmektedir.

Burada, lisans düzeyinde sağlık eğitimi programlarının öğrenci verilerini göstermeye çalıştım. Acil bakımdan tıbbi biyolojik bilimlere ki, bazıları 2010-2011 yılında öğrenci alımı durdurulan programlar da var. Ağırlıklı olarak psikoloji, ebeliği görüyoruz. Aşağıda da sosyal hizmetler programlarının öğrenci sayılarının öne çıktığı görülüyor.

Burada ise, ön lisans düzeyinde bazı eğitim programlarının öğrenci verileri açısından bakıldığında yine sosyal hizmetler, ardından tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik, sağlık kurumları işletmeciliği gibi belli programlar öğrenci kapasiteleri bakımından daha öne çıkmış durumdadır. Ülkemizdeki üniversitemizin sağlık eğitimine ilişkin toplam öğrenci kapasitesine bakacak olursak, bütün yükümüzmü görmek istersek, üniversiteler toplamı 127111, diğer eğitim kurumları toplamı 1241, Türkiye toplamı 128352 öğrenci sağlık alanında değişik programlarda ön lisans, lisans, tıpta uzmanlık ve lisansüstü eğitim görmektedirler.

Otuz adet slaytta toplamaya çalıştığım verilerden çok kısaca genel bir değerlendirme yapmak istiyorum. Tıp, tıpta uzmanlık ve tıp bilimlerinde lisansüstü eğitim gören 59094 öğrenci ile tıp fakültelerinin ciddi bir eğitim yükü altında olduğu görülüyor. Yine tıp fakültelerinde öğrenci, öğretim üyesi oranı 4.8 yazmışız, 4.25 civarında iyi bir oran, ancak tıp fakültesi öğretim üyelerinin tıp fakültesi dışında dış hekimliği, eczacılık ve sağlık bilimleri gibi diğer lisans ve önlisans programlarında da yoğun olarak derse girdiklerini gördük.

Yine son on yıl içinde tıp fakültesi sayısında önemli artış gerçekleşmesine karşın, uzmanlık öğrencisi sayısında artışın olmadığı görülüyor. Bu durum, tıp fakültelerinde özellikle sağlık hizmetini ve sağlık eğitimini bir derecede olumsuz etkilemektedir. Sağlık eğitiminde önemli bir yeri olan uygulama laboratuvarları, nitelik ve nicelik olarak yetersizlikler içermektedir.

Ayrıca sağlık eğitiminin tüm katmanları için gerekli olan kadavra destekli eğitime yönelik, yeterli sayıda kadavra olmadığı görülmektedir. Bu da sağlık eğitiminin kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Devlet tıp fakülteleri ile vakıf tıp fakülteleri arasında akademik personel sayısı ile öğrencisayısı bakımından da farklılıklar bulunmaktadır.

Hemşirelik eğitimi lise, önlisans ve lisans düzeyinde sürdürülmektedir. Fizyoterapi eğitimi ise ön lisans ve lisans düzeyinde sürdürülmektedir. Yukarıda böylece örneklendiği üzere bu alanlarda eğitim; lise, önlisans ve lisans düzeyinde sürdürülmesine karşın, mezunları aynı iş ortamında, aynı yerde, aynı yetki ile mesleki görevlerini sürdürmektedirler.

İlginç bir durum da sağlık eğitimi gören toplam öğrenci içinde, kız öğrenci sayısının çok daha fazla olduğunu görmekteyiz.

SAĞLIK İNSAN GÜCÜ PLANLAMASINDA ÜNİVERSİTELERİN ROLÜ VE BEKLENTİLERİ

Yrd. Doç. Dr. Haluk ÖZSARI, hozsari@istanbul.edu.tr
İstanbul Üniversitesi

Sağlık insan gücü denildiğinde; öncelikle bir örgütte çalışanların tümüne insan gücü denildiğini, insan gücü, personel ve insan kaynakları kavramlarının eş anlamlı olduğunu hatırlamamız gerekir. Örgütün mevcut ve gelecekteki amaçlarını başarabilmek için doğru zaman ve yerde, doğru nitelik ve nicelikte insana sahip olmak için girilen eylemlerin tümüne de insan gücü planlaması denildiğini vurgulamak gerekir.

Hepimizin bildiği gibi sağlık hizmetlerinin üç temel unsurundan birisi, insan gücüdür. Sağlık insan gücü de kamu ve özel sektörde her çeşit sağlık hizmetini üreten personelin tümü için verilen bir isimdir. Aslında bu bir ekip ama basit bir toplamdan oluşan bir ekip değildir. Üst düzey ve sağlık hizmetlerinin özelliği gereği, eğitim görmüş profesyonelleşmiş bir ekiptir.

Sağlık insan gücü sürecine baktığımızda üç önemli aşama var. Planlanma, üretim yani yetiştirilmesi, istihdam ve yönetim. Sağlık insan gücü sürecinde etkin faktörler konusunun üstadı olarak bilinen, benim de kendisiyle bir ara birlikte çalıştığım, şu anda Sağlık Bakanlığımızın da birlikte çalıştığı, Peter 01.55.37'nin sıraladığı etkin faktörler diye sıraladığı bazı başlıklar var. Diyor ki, uygulanan sağlık politikası ve varılmak istenen hedef bilinmelidir. Mevcut sağlık verilerinin yeterliliği ve güvenilirliği bilinmelidir. Sağlık uygulamalarının yeterince ve etkin kontrol derecesi bilinmelidir. Sağlık sektöründe özel sektörün yeri ve rolü bilinmelidir. Hükümetin bu konudaki yaklaşımı bilinmelidir ve tabii ki ülkenin gelişmişlik düzeyi bilinmelidir. Planlama açısından bakıldığında amaç; insan gücü sürecinin yer alacağı çerçeveyi sağlamak, ölçüt ekip sayısını istenilene getirmek için gereken yapı, strateji, bölgesel planlama, yerel programlar ve uzlaşma. Tabii ki, hedefte sayısal olarak x sağlık ekibine, y niteliğinde, t zamanında nasıl ulaşılabileceğini belirlemek.

Üretim de böyle. Yetiştirilecek insan gücünün sayısı ve nitelikleri bunun ölçütü. Stratejisi de eğitimin amacı ve eğitim yöntemlerinin aracının belirlenmesi, doğal olarak da hedefi sayısal olarak yine x sağlık ekibini, y nitelikte, t zamanda sağlamak.

Son olarak istihdam ve yönetim başlığına baktığımızda, yetişmiş insan gücünün etkin ve verimli bir biçimde kullanabilmesi çok önemlidir. Etkin ve verimli kullanabilmenin ölçütü; insan gücü dağılımı, bunun kullanım modeli ve buna bağlı olan çıktılarıdır. Stratejisi de ülkenin bütünsel programı, bölgesel özelliklere yönelik programı, bunun entegrasyonu denetimi ve sürekli eğitimidir. Sonuç olarak hedefimizde istihdam ve yönetimde tanımlanan kitle, belirlenen nitelikte hizmet için x birim bir çıktı sağlamak.

Bugün ülkemizde, benim gördüğüm kadarı ile planlamanın aşamalarının üç basamağı aşılmış. Artık dördüncü basamağında da epey mesafe kat edildiği bir noktadayız. Önce bir bilgi toplanıyor. Mevcut durum projeksiyon ve raporlamalar yapılıyor. Kalite, kantite ve dağılımı belirleniyor. Kaynak ve ihtiyaçlar arasında varsa uyumsuzluklar tespit ediliyor ve bunların çözümüne gidiliyor. Organizasyon ve yönetime ait sorunlar çözülüyor. İnsan gücü stratejilerinin ve çerçeve planının belirlenmesi sağlanıyor. Daha sonra bir gelişim planı hazırlanıyor ve bu plan uygulamaya konup izlenip değerlendiriliyor.

Dünyada insan gücü planlamasında beş önemli yöntem var. Aynı sağlık finansmanında olduğu gibi hiçbirisinin tek başına kullanılmadığı, hep birbiriyle eşleştirilerek kullanıldığı, en eskiden en yeni-

ye doğru nüfusa, kuruma, hizmet kullanımına verebileceğiniz paraya, finansmana ve en önemlisi de çalıştırdığınız sağlık insan gücünün iş yüküne dayalı planlamalar yapılabilir. Mevcut duruma bakıldığında çok önemli şu bilgiyi paylaşmakta sanıyorum hepimiz hemfikiriz. Ülkemizde tıp fakültelerinin kadro sayılarına bakıldığında aslında piramidin tersine döndüğünü görüyoruz. Bu çok ciddi bir tespittir. Aslında bu tespiti dün bu kongrenin açılışında öğrencilerin oluşturduğu panelde bir tıp fakültesi öğrencisi, “buna artık piramit değil kum saati dememiz gerekir” dedi. Ben de dün akşam bu slaytı, acaba piramit mi kum saati mi şeklinde isimlendirsem diye düşündüm. Gerçekten Türkiye’de sağlık insan gücüne tıp fakülteleri açısından bakıldığında, sayısı ne yazık ki istenilen sağlık insan gücü piramidine uygun değil. Çarpıcı gerçekler diye birkaç başlığı sizle paylaşmak istiyorum. Bazı üniversitelerimizin anabilim dallarında profesör, doçent, hatta yardımcı doçentin dahi olmadığını görüyoruz. Bazı örnekleri buraya taşımaya çalıştım. Temel tıp bilimlerinde;Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde tıbbi mikrobiyoloji, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde deontoloji, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde fizyoloji, Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde tıbbi biyoloji, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde tıbbi biyoloji, Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde anatomi, fizyoloji, histoloji ve embriyoloji, tıbbi biyoloji, tıbbi mikrobiyoloji, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde tıp eğitimi anabilim dallarında ne yazık ki profesör, doçent, yardımcı doçent bulunmuyor. Diğerlerini ise tek tek saymayacağım.

Temel bilimlerinde belirgin hale gelen bu sıkıntı, üniversitelerde dâhili tıp bilimlerinde de var. Bakınız dermatoloji, nöroloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, nükleer tıp gibi bir takım anabilim dallarının olmadığı daha doğrusu profesör, doçent ve yardımcı doçentin hiç bulunmadığı üniversitelerimiz var. İç hastalıkları anabilim dalında hiç öğretim üyesinin bulunmadığı üniversitelerimiz var. Aynı durum cerrahi tıp bilimleri için söz konusu. YÖK’ün 6 Mart 2012 kayıtlarına göre, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde anestezi reanimasyon anabilim dalında hiç profesör, doçent, yardımcı doçent yok. Kayıtlara göre, bu liste bu şekilde uzayıp gidiyor.

Bir ilginç saptama da profesör, doçent, yardımcı doçent sayısı üçten az olan bazı anabilim dallarımız var. Temel tıp bilimlerinde, Türkiye’deki bütün üniversitelerimiz içinde biyofizik 27 yerde yok. Tıbbi biyoloji, 25 yerde bu özellikte. Yani sayısı üçten az profesör, doçent, yardımcı doçent var. Histoloji embriyolojide bu sayı 20, anatomide 19, fizyolojide 16, biyoistatistik tıbbi bilişimde 16, tıp tarihi etik de 13, tıp eğitiminde 10, biyokimyada 10, parasitolojide 6, tıbbi biyokimyada 6, tıp eğitimi ve bilişiminde 5, tıbbi mikrobiyolojide 5, deontoloji ve tıp tarihinde 4, mikrobiyolojide 3, bunları böyle sıralıyorum. Bu sıralama tabii bazı mükerrerlikleri de bize gösteriyor aslında. Onun için bazılarını özellikle tuttum. Dâhili tıp bilimlerinde, hiç detayına girmeyeceğim ama bu kadar anabilim dalında üçten az profesör, doçent, yardımcı doçent var. Çok önemli ana branş dediğimiz branşlarda bile bu sayının üçten az olduğunu görüyoruz. Cerrahi tıp bilimlerinde durum çok farklı değil. Yani sadece temel bilimlerin belirgin eksikliği kısmen cerrahi ve dâhili tıp bilimlerine de yansımış.

Şimdi tartışma başlığı olarak üniversite hastanelerinde uzman ihtiyacı var mıdır yok mudur sorusunu sormadan önce biz ne durumdayız onu bir görelim. Sağlık Bakanlığı, istatistik yaylığı 2010’a göre üniversite hastanelerine yapılan başvuru sayısı 20 milyon, devlet hastanelerine yapılan 235 milyon. Fark, 11.7 kat. Üniversite hastanelerinde yatan sayısı 1.5 milyon, devlet hastanelerinde yatan hasta sayısı 6 milyon. Fark 4.2 kat. Üniversite hastanelerinde çalışan uzman hekim sayısı 11843, devlet hastanelerindeki uzman hekim sayısı 31527. Fark, 2.6 kat. Bu uzman hekim tanımlaması, Sağlık Bakanlığımızın istatistik yaylığından alınmış bir sayıdır. Neleri uzman olarak düşündükleri konusunu, birlikte önümüzdeki günlerde zaten tartışmamız gerekiyor.

Peki, ya on yıl sonra! Her kurumun kendini on yıl sonra nasıl bir gelecek beklediğine yönelik planlamaları var. Sağlık Bakanlığımızın da var, üniversitelerimizin de var. Bu süreç bu haliyle giderse, tıp

fakültelerinin yüzde yüz artmasına rağmen, uzmanlık eğitimi kontenjanı Türkiye’de 4204’den ancak 5074’e çıkarılıyor. Biz aslında, TUS kontenjanının düzeltilmesini talep ediyoruz. Asistanlarımızın gerçekten azaldığını sizlerle altını çizerek paylaşmak istiyoruz. Yasal bir zorunluluk olan, asistanlar iş yapmasın ve sağlık hizmeti vermesin konusunda acaba üniversitelerin uzman desteği ile bu ihtiyacı karşılanabilir mi tartışmasını gündeme getirmek istiyoruz.

Son olarak, bir takım kritik karar noktalarının bu kadar değerli bu sektöre emek vermiş kişilerin bir aradayken tartışılması gerektiğine inandığım için şu son iki slaytı sizinle paylaşmak istiyorum. Sağlık insan gücü planlamasının olmazsa olmazı; doğru sayıda kişinin doğru yerde, doğru zamanda, doğru becerilerle, doğru tutum ve davranışlarla ama bir o kadar önemlisi doğru maliyetle istihdam edilebilmesi için şu başlıklara çok önem vermeliyiz. Kritik karar noktalarını ve bu tartışma başlıklarını önümüzdeki süreçte gerekirse sonuçlandırmalıyız.

Birincisi, sağlık insan gücü yönetiminin bir sahibi olmalı. Bu, bir tek sahip mi olmalı? Yoksa Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, Devlet Planlama Teşkilatı bunun doğal birer paydaşı mı olmalı? Eğer geçmişteki kalkınma planlarına bakılırsa, Devlet Planlama Teşkilatı’nın beş ayrı kalkınma planında beşer yıllık dönemler halinde, her birinde ayrı bir yöntemle sağlık insan gücü planladığını görürsünüz.

Bir başka konu, sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütleri bu sürecin neresinde ve ne kadarında olmalı? Hep tartışılır, eğitim araştırma ve hizmet sunumu birbirinden ayrılabilir mi? Ayrılırsa, nasıl bir sınır konulabilir? Yoksa bir arada, birbirini destekler biçimde devam edebilir mi?

Yeni sağlık meslekleri tanımlandı. Sağlık Bakanlığımızın çıkardığı yeni yasal düzenlemelerle 1219 sayılı tababet ve şua batı sanatlarının tarzi icrasına dair kanundan bugüne hiç değişmeyen ve ilk defa geçtiğimiz yıl tanımlanan yeni meslekler oluştu. Peki, biz bunlara, bunların eğitimine üniversiteler olarak hazır mıyız? Bunların istihdamına yönelik önerilerimiz hazır mı? Örneğin öğretim üyesi yetiştirme anlamında, hemşirelikle ilgili farklı farklı projeksiyonlar var. Sağlık Bilimleri fakültelerinin içinden ayrılan hemşirelik fakülteleri var. Bunların öğretim üyeliklerini destekleme anlamında hazır mıyız? Dolayısıyla, bu konuları sorgulamamız gerekir.

Üniversite öğretim üyeleri doktor mudur, hoca mıdır? Bu çok kritik bir tartışmadır. Bu tartışmanın çok net bir şekilde sonuçlanması gerekir. Biraz önce belirttim. Asistanların yasal olarak iş yapmadığı durumda, acaba üniversitelerin uzman istihdamı olabilir mi? Ki, var şu anda. Bu doğru bir ihtiyaç mı? Doğruysa nasıl takviye edilmelidir? Sadece temel bilimlerde değil, klinik bilimlerde de öğretim üyelerinin olmadığı veya az olduğu yerleri düşünürsek, acaba temel bilimler olmadan bir üniversite eğitimi düşünülebilir mi? Düşünülemezse ne yapmak gerekir? Bunların hepsinin ortak cevabı, aslında buradaki paydaşların birbirini rakip değil bir çözüm ortağı olarak görmesi gerekir. Birlikte çalışabilirliğe ve ortak akla ulaşması gerekir diyorum ve kendisinden ders almaktan çok onur duyduğum Ortadoğu Teknik Üniversitesi İşletme Fakültesi rahmetli öğretim üyesi Muhan Soysal’ın derslerinde kullandığı iki tane tabloyu sizinle paylaşarak söyleyeceklerimi bitirmek istiyorum.

Bu Picasso’nun tablosu, burada her şey karmakarışık. Çok anlaşılıyor. Bu da aynı tablonun Velaskes tarafından yapılanı. Burada da neyin ne olduğu daha anlaşılıyor. Rahmetli Muhan hoca, bu slaytı koyar ve arkasından şöyle derdi; “Hayatta hiçbir şey Velaskes’in resmi kadar belirgin ve net değildir. Hayat, gerçekleri size Picasso’nun resmindeki gibi şekil değiştirmiş olarak gösterir. Picasso’nun resmine bakarak Velaskes’in resmini görenleriniz başarılı olacak, diğerleri kübik şekillere bakıp yanlış anlamlar çıkarmaktan gerçekleri hiç göremeyeceklerdir.”

Aslında sağlık sisteminin de böyle olduğunu söylerdi rahmetli Muhan Soysal. Ben ortak aklın, birlikte çalışabilirlik ortamının bu kargaşayı, yani Picasso ve Velaskes resimleri arasındaki farkı ortadan kaldıracığına inanıyorum.

TÜRKİYE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ POLİTİKALARINA ELEŞTİREL BAKIŞ

Prof. Dr. Kayıhan PALA, kpala@uludag.edu.tr

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı,
Bursa Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı

Bu yazıda Türkiye’de uygulamaya konulan sağlık insan gücü politikaları eleştirel bir gözle ele alınacaktır. Eleştiri, doğruları ve yanlışları gözler önüne sererken; olabildiğince belgeye ve kanıta dayalı olarak yapılmaya çalışılacaktır.

Yazıya başlamadan önce, Sağlık Eğitimi Kongresi’nin düzenlenmesinde emeği geçen herkese teşekkür etmek isterim. Bu Kongre’de Sayın Sağlık Bakanı’nın ve YÖK Başkanı’nın izlediği bir oturumda konuşmacı olmaktan, sorunları en sorumlu kişilerle yüz yüze konuşma olanağı bulmak açısından büyük bir memnuniyet duydum.

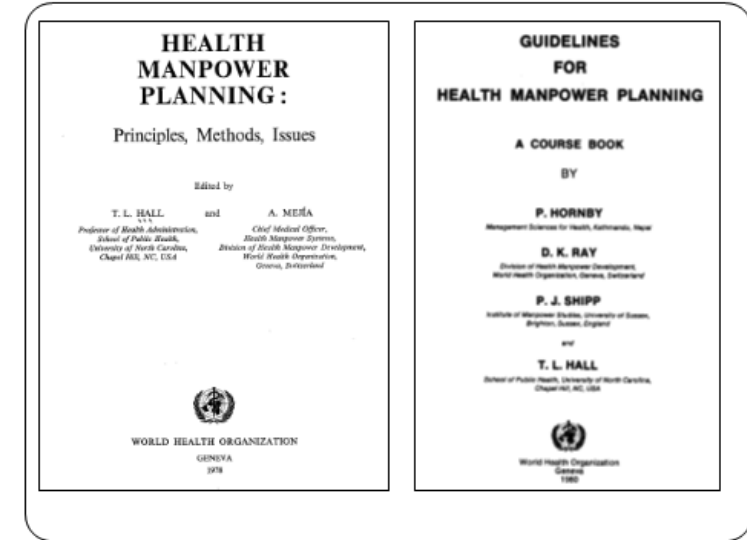
Öncelikle YÖK, Sağlık Bakanlığı ve DPT tarafından 2010 yılında yayınlanan “Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu” kitabının hazırlanmasında emeği geçenlere teşekkür ederek başlamak isterim. Bu durum raporu ile sağlık insangücü alanında daha önce bilinmeyen ya da yanlış bilinen birçok konu, üzerinde tartışma yapılabilir hale gelmiştir. İkinci olarak Sayın Sağlık Bakanı’na geçen hafta Bölümümüz tarafından Halk Sağlığı uzmanlarının yönetici olarak istihdam edilmesiyle ilgili yaptığımız başvuru sonrasında bizi telefonla arayarak karşılıklı görüşme olanağı sağladığı için de teşekkür etmek isterim.



Şimdi bana verilen konuşma başlığını, bana verilen süreye uygun olarak kısaca ve ana hatlarıyla ele almaya çalışacağım.

Sağlık insangücü planlamasında «Bilimsel» yaklaşım benimsenmedi!

Eğer benimsenseydi, planlamanın bu alanda yapılmış çalışmalar ve yayınlanmış bilimsel kitaplarıdaki aşamalara göre yapılması beklenirdi. Biliyorsunuz bu konuda 1970’li yılların sonunda Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanmış iki önemli yapıt bulunmaktadır^{1,2}.



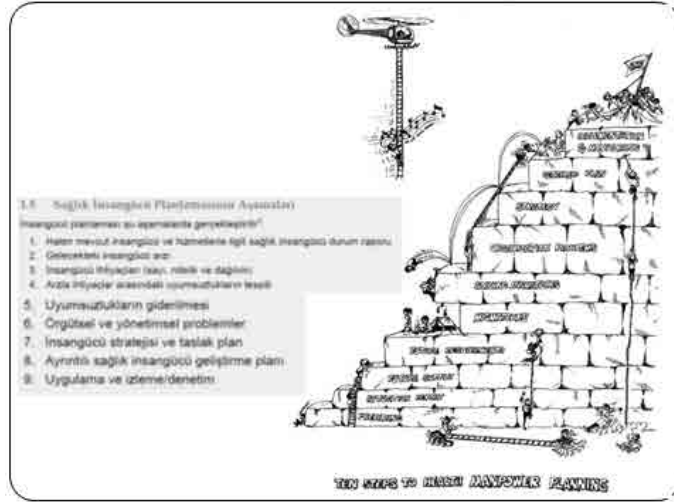
Dünya Sağlık Örgütü’nün yaklaşımına göre planlama sürecinin aşamalarında altı adım bulunmaktadır. Her adım bir birini izler ve çok önemlidir. Ancak yalnızca dördüncü adımdaki “Politika ve plan formülü: İletişim” başlığı altında yazılanlar bile ülkemizde sağlık insangücü planlamasında bilimsel bir yaklaşımın izlenmediğinin kanıtıdır. Ne seçenekler gözden geçirilmiş, ne de ilgili gruplarla karar sürecine dönük tartışmalar yapılmıştır.



İyi bir gelişme olarak, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu’nda sağlık insan gücü planlamasının aşamalarına yer verildiği gözlenmektedir. Ancak, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, yetkililerin bir merdiven çıkar gibi basamakları sırasıyla ele almaları uygun olacaktır. Yoksa bugünlerde dile getirildiği gibi “Türkiye’nin iki yüz bin doktora ihtiyacı var” sözüne bir biçimde erişmek için en üst basamağa helikopterle ulaşmak, bilimsel yolla bağdaşmayan bir yaklaşım olacaktır.

1 HealthManpowerPlanning: Principles, Methods, Issues. Edited by T. L. Hall and A. Mejia, World Health Organization, Geneva, 1978.

2 GuidelinesForHealthManpower Planning.A Course BookBy P. Hornby, D.K. Ray, P.J. Shipp, T.L. Hall, World Health Organization, Geneva, 1980.



Sağlık insangücü planlaması Dünya Sağlık Örgütü'nün kitabında da yer aldığı gibi; aşağıdaki değişkenler gözetilerek yapılmalıdır:

Demografik veriler,

Ekonomik veriler,

Toplumun sağlık durumu ve sağlık gereksinimi,

Sağlık hizmetlerinin kullanımı,

Sağlık insan gücünün durumu,

Sağlık sisteminin özellikleri ve

Sağlık insan gücünün eğitimi.

Bu değişkenlerin etkisi ayrıntılı olarak ele alınmalıdır. Örneğin 2002 yılında 65+ nüfusun oranı gelişmiş ülkelerde %15'in üzerindeyken, Türkiye'de yalnızca %5.8'dir³. Aynı yıl hekime başvuru sayısı Türkiye'de 2.5 iken, İsveç'te 2.8, Finlandiya'da 4.3 ve Belçika'da 7.9'dur⁴. Yaşlılarda sağlık hizmeti kullanımının gençlere göre en az iki kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Salt bu nedenle bile nüfus farklılıklarını gözlemlesizinsin sağlık insangücü planlaması yapmak doğru değildir. Aynı yaklaşımı sağlık kuruluşlarının dağılımı/olanakları ve toplumun sağlık hizmeti kullanma alışkanlığı için de göstermek gerekir.

Biz 1996 yılında Gemlik'te yaptığımız bir çalışmada hastalanma sayısını yılda 3.8, hekime başvuru sayısını ise yılda 2.7 olarak bulmuştuk. Bu çalışmada yaşlı (65+)kişilerin başvuru sayısı yılda 5.1 olarak bulunmuştu⁴.

İşbirliği ve eşgüdüm sağlanamadı!

Bu durum Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu'nda da dile getirilmektedir (Bölüm 1.6; madde 7).

3 OECD Health Data 2002.

4 Pala, K, N. Tugay Aytekin ve H. Aytekin, "Gemlik İlçe Merkezinde Kişilerin Hastalanma Sıklıkları ve Hekime Başvuruları", *Toplum ve Hekim*, 81:10-25 (1997).

1.6 Sağlık İnsangücü Planlama Çabalarındaki Başarısızlığın Nedenleri

Dünyada ve ülkemizde bu güne kadar etkili ve gerçekçi bir insangücü planlamasının yapıldığını söyleyebilmek pek de mümkün değildir.

Ülkemizde yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen, çeşitli sebeplerden dolayı netbir sonuç alınamamıştır.

Dünyada da birçok ülke, sağlık insangücü planlaması çabası içinde olmuştur. Yapılan bu çalışmalar, kimi zaman sonuçlandırılmamış ya da sonuçlandırılmasına rağmen iyi uygulanamamıştır. Bunun nedenlerini kısaca şu şekilde ifade etmek mümkündür:

1. Makro planlarla, mikro planların örtüşmemesi,
2. İnsangücü arzı, kayıpları, özel sektör dağılımı, hizmet çıktıları gibi birtakım verilerin sağlıklı olmaması,
3. Planlamaların kısa süreli ve krizleri atlama çabasıyla yapılması, krizin geçmesiyle planlamayla ilgili destek ve kaynakların ortadan kalkması,
4. Hükümetlerin kısa sürede değişimleri ve buna bağlı önceliklerin değişmesi,
5. Enflasyon dalgalanmaları ve ekonomik krizlere bağlı bütçe kısıtlamaları ve bunun istihdama yansması,
6. Plan dokümanı ile plan süreci arasında sağlıklı bir denge kurulamaması.
7. Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları ile istihdam noktasındaki kararorganları arasındaki irtibatın ve etkileşimin zayıflığı (Hükümet, öğrenci alımına vemüfredata direkt müdahil olamayacağından, planlamada ve politikada tavsiyeleri alabilmeli ve destek sağlayabilmelidir.)

Rapor'da etkili ve gerçekçi bir sağlık insangücü planlaması için dikkate alınması gerekli önemli bazı noktalar sıralanırken (Bölüm 1.7) kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğinin sağlanması birinci sırada yer almaktadır.

1.7 Etkili ve Gerçekçi Bir Sağlık İnsangücü Planlaması İçin Dikkate Alınması Gerekliliği Önemli Bazı Noktalar

Sağlık insangücü planlamasının başarılı olabilmesi, planlama sürecinde ve uygulamada ortaya çıkacak sorunların üstesinden gelinebilmesi için şu önemli noktalarplanlamanın her aşamasında dikkate alınmalıdır.

1. Kurum ve kuruluşlar arası işbirliğinin sağlanması,
2. Planlamaya esas teşkil edecek güvenilir veri bankası oluşturulması,
3. Planlamada uygulanacak yöntemin uygunluğunun tartışılması,
4. İnsangücü tahmin modellerinin ulusal ve bölgesel gerçeklere uygunluğunun test edilmesi,
5. Sağlık insangücü kategorilerinin birlikte birbiriyle ilişkili biçimde planlanması,
6. Çok sıkı bir şekilde olmasa da planlamanın ülkenin genel sağlık politikasına uygunluğunun sağlanması,
7. Planın uygun değişikliklerle sık sık güncellenmesi,
8. Projeksiyonların makul ve mantıklı olup olmadığının test edilmesi,

9. Projeksiyonların uzun vadeli, uygulamanın ise kısa vadeli yapılması.

Rapor'da on bir ayrı başlıkta sağlık insangücü planlama çalışmalarında işbirliği yapılacak kuruluşlar tanımlanmıştır (Bölüm 1.8). Özel sağlık sigorta kuruluşları ve AB Genel Sekreterliği ayrı başlıklarda ele alınırken, bunların arasında sendikaların ve meslek örgütlerinin ayrı bir başlıkta ele alınmaması doğru bir yaklaşım değildir. Kaldı ki, Sağlık Bakanlığı'nın SAİK (Sağlıkta insan kaynakları) konusunda etkin rol oynayan iki büyük uluslararası kuruluş olarak Avrupa Birliğini ve Dünya Bankası'nı gösterdiği de bilinmektedir⁵. Özellikle Dünya Bankası'nın sağlık insangücü planlama çalışmalarında etkin bir rol oynaması, Sağlık Bakanlığı'nın tutumunu göstermesi bakımından düşündürücüdür.

1.8 Sağlık İnsangücü Planlama Çalışmalarında İşbirliği Yapılacak Kuruluşlar

Sağlık insangücü planlama çalışmalarında Sağlık Bakanlığının işbirliği yapacağı kurum ve kuruluşlar şunlardır:

1. Devlet Planlama Teşkilatı,
2. Yüksek Öğretim Kurulu,
3. Türkiye İstatistik Kurumu,
4. Nüfus Etütleri İdaresi,
5. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı,
6. Sivil Toplum Örgütleri ve Dernekler,
7. Milli Eğitim Bakanlığı,
8. İşçileri Bakanlığı,
9. Özel Sağlık Sigorta Kuruluşları,
10. AB Genel Sekreterliği,
11. Dünya Sağlık Örgütü.

Kurumlar arasındaki işbirliğinin zayıflığı, hazırlanan raporlardaki verilere de yansımaktadır. Örneğin Bursa Tabip Odası'nın kayıtlarında, 2010 yılında Bursa'da bulunan pratisyen hekim sayısı 1266'dır⁶ ve bu sayı Rapor'daki verilerden daha yüksektir.

Planlama yaklaşımı «ilgili gruplarla» tartışılmadı!

Bu konudaki en çarpıcı örnek, sağlık insangücü planlamasıyla ilgili olarak Türk Tabipleri Birliği (TTB) ile hiçbir tartışmanın yapılmamış olmasıdır. Oysa TTB'nin bu alanda pek çok çalışması, kitabı ve belgesi bulunmaktadır. Bunların en önemlilerinden birisi 2008 yılında yayınlanan Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler⁷ adlı rapordur. Raporda 100.000 kişi başına düşen hekim sayısının, sağlık göstergeleri bakımından tek başına belirleyici olmadığına ilişkin kanıta dayalı görüşler yer almaktadır. Bu bağlamda, 100.000 kişi başına düşen hekim sayısının Türkiye'den daha az olduğu kimi ülkelerin (Çin, Brezilya vb.) Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından hesaplanan insani gelişmişlik endeksi sıralamasında daha üstte yer aldığı raporda açıkça gösterilmektedir. Türkiye insani

⁵ Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007; s.44.

⁶ Bursa Tabip Odası kayıtları.

⁷ Füsün Sayek TTB Raporları 2008, Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/emekgucurapor.pdf>.

gelişmişlik endeksi sıralamasında 84. Sırada iken, Çin 81. ve Brezilya 70. sıradadır. Üstelik raporun yayınlanmasının ardından, Türkiye'nin 100.000 kişi başına düşen hekim sayısı son birkaç yıl içerisinde hızla arttığı halde; insani gelişmişlik endeksi sıralamasındaki yeri iyileşeceğine, inanılmaz bir ölçüde kötüleşmiş ve Türkiye 2011 yılında sıralamada 92. sıraya gerilemiş bulunmaktadır⁸. Üstelik kişi başına düşen ulusal gelirin miktarı söz konusu olduğunda, bu gelire göre sıralamadaki yerinin yirmi beş sıra daha yukarıda olması gerektiği (bir başka deyişle, Türkiye'nin performansının -25 olduğu) UNDP raporlarında açıkça duyurulmaktadır⁹. UNDP 2011 raporuna göre Türkiye, ne yazık ki kötü performans açısından en üst sıralarda yer almaktadır.

TTB tarafından yayınlanan Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler adlı rapora göre, 198 ülke ve 256 bağımsız değişken göz önüne alınarak yapılan hesaplama göre Türkiye'de (2008 yılı için) 109.446 hekim bulunması yeterli olacaktır⁸. Bu sayının hesaplanma yöntemi ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve planlama yapılırken göz önüne alınmalıydı. Bakanlık açısından eğer yöntemle ilgili çekinceler söz konusuysa, yapılması gereken iş çekincelerin bilimsel bir düzlemde tartışılması olmalıydı. Bunlar yapılmaksızın TTB'nin ve hazırlanan raporun yok sayılmaya çalışılması; asıl sorunun Bakanlık tarafından dayatılan "daha fazla hekim" söyleminin desteklenmemesi ile açıklanabilir.

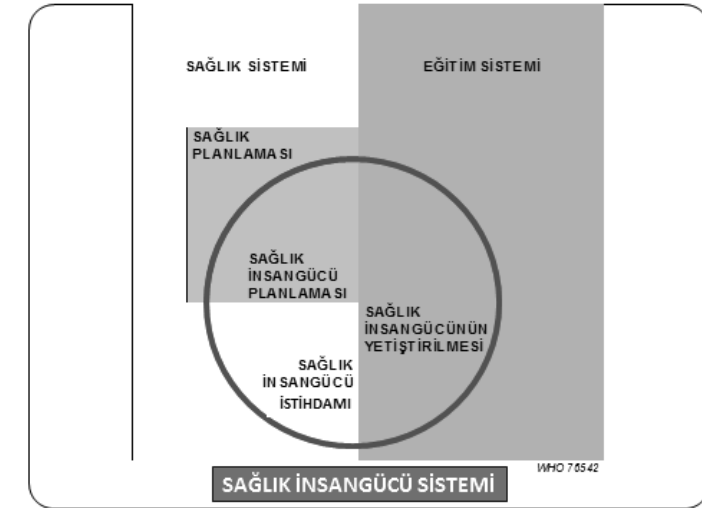
Sağlık insan gücü bir "süreç" olarak ele alınmadı!

Bilindiği gibi sağlık insangücü bir süreçtir ve üç ana bölümden oluşur:

Sağlık insan gücü planlaması,

Sağlık insan gücü yetiştirilmesi ve

Sağlık insan gücü yönetimi.

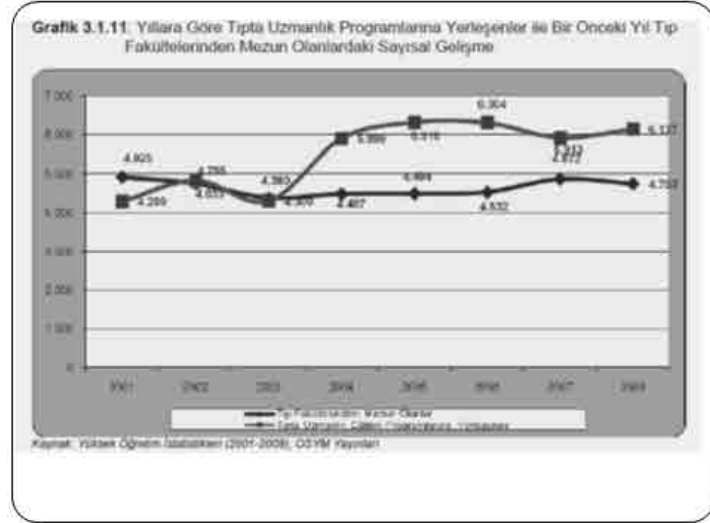


Bu süreçte, sağlık insangücü planlaması sağlık planlamasından, sağlık insangücünün yetiştirilmesi eğitim sisteminden ve sağlık insangücünün istihdamı sağlık sisteminden bağımsız olarak değerlendirilemez!

⁸ UNDP Human Development Reports 2011, <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>.

Sağlık insan gücü planlamasının “Sağlık Sistemi”nden bağımsız ele alınamayacağı göz ardı edildi!

Sağlık insan gücü planlaması sağlık sisteminden bağımsız ele alınamaz. Sistemin öncelikleri (koruma ya da tedavi), birinci basamağın etkinlik düzeyi, sevk sisteminin varlığı, yataklı tedavi kurumlarının durumu ve uzman / pratisyen hekim dengesi gibi sağlık sisteminin başat özellikleri sağlık insan gücü planlaması sırasında göz ardı edilmemesi gereken kavramlardır. Ancak ülkemizde sağlık insan gücü planlamasının mevcut sağlık sisteminden ve sağlık politikalarından bağımsız olarak ele alındığı bir gerçektir. Ne 1960-1980 döneminde sosyalleştirmenin örgütlenme özelliklerine uygun, ne 1981-2002 döneminde, ne de 2003 sonrasında Sağlıkta Dönüşüm Programına uygun olarak sağlık insan gücü planlaması yapılmış ve yetiştirilmiştir. Buna kanıt olarak mevcut iktidarın tıp fakültelerinden mezun olan hekim sayısından daha fazla TUS kadrosu açması gösterilebilir. Bu durumda, aile hekimi başına düşen kişi sayısının 2004 yılından bu yana 4.000 kişinin altına düşürülmemesine gerekçe olarak pratisyen hekim azlığı gösterilemez! Hükümet bu sayıyı azaltmakla ilgili bir önceliğe sahip olsaydı, aradan geçen sekiz yıl boyunca en az 5.000 hekimi –ek olarak- aile hekimi olarak istihdam edebilirdi. Ancak bu yol tercih edilmemiş, aksine uzmanlaşmak güdülenmiştir.



Sağlık insan gücü planlaması hekim sayısına odaklanarak yürütüldü!

“Arz” ve “İhtiyaç” doğru tahmin edilemedi!

“Ekip” anlayışı yok sayıldı!

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından 1990 yılında yabancı bir şirkete yaptırılan çalışmada⁹ sağlık insan gücü planlaması ile ilgili olarak mevcut durum ve sorunlar içerisinde yer alan saptamalar ne yazık ki büyük ölçüde bugün halen geçerliliğini korumaktadır:

İşgücü hedefleri Batı Avrupa’nın kaba ortalamalarını esas almaktadır (*Bugün de Türkiye bu kaba ortalamalar ile kıyaslanmaktadır*).

Sağlık bakımının etkili bir şekilde sunulması için gerekli personel kompozisyonu bulunmamaktadır. Pratisyen hekim başına düşen ebe/hemşire sayısı çok azdır ve hekimler içinde uzman hekim-

9 T.C. Devlet Planlama Teşkilatı Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü, Nihai Rapor, PriceWaterhouse, Aralık 1990.

lerin sayısı pratisyenlere göre çok fazladır (*Aradan geçen yıllar boyunca bu tabloda bir iyileşme olmamış, aksine hekimler içerisinde pratisyen hekimlerin oranı daha da azalmıştır*).

Personelin yaş dağılımı veya hizmet süresi hakkında hiçbir bilgi bulunmamaktadır (*Burada olumlu bir gelişme sağlanmış, çalışanlarla ilgili bir veritabanı oluşturulmuştur*).

Tayin ve terfide liyakatin esas alındığı «İşe En Uygun Kişi» anlayışı bulunmamaktadır (*Bu yaklaşım ne yazık ki günümüzde de geçerliliğini korumaktadır*).

DPT tarafından mezun olacak hekim sayısı bile geçmiş yıllarda doğru tahmin edilememiştir. Bundan daha önemlisi, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında 2000 yılında 97.600 olarak belirlenen hekim gereksinimi; beş yıl sonrası için 2005’te %24,7 artışla 121.700 olarak saptanmıştır. Beş yıllık süre içerisinde bu kadar yüksek bir gereksinim artışının bilimsel bir izdüşümden açıklanabilmesi olanaklı değildir.

SAĞLIK İNSAN GÜCÜ ARZI VE İHTİYAÇI PROJEKSİYONU (DPT – VIII.BYKP)
2005 yılı hekim sayısı = 102.500

İNSAN GÜCÜ	2000		2005	
	ARZ	İHTİYAÇ	ARZ	İHTİYAÇ
Hekim	80.900	97.600	89.000	121.700
Diş hekimi	14.200	21.500	16.000	28.300
Eczacı	21.800	21.600	21.300	26.200
Hemşire	71.000	172.800	77.100	212.800

Yıllar boyunca özellikle birinci basamaktaki ekip anlayışı da yok sayılmıştır. Birinci basamakta tıbbi, paramedikal, idari, terapist ve sosyal alanlarda olmak üzere çok çeşitli insan gücünün ekip olarak bir arada çalışmasına gereksinim duyulduğu halde; ülkemizde birinci basamak ekibi uzun yıllar boyunca ağırlıklı olarak pratisyen hekim, hemşire, ebe ve tıbbi sekreterden oluşmuştur. Aile hekimliği sistemine geçilmesi ile birlikte getirilen “aile sağlığı elemanı” kavramıyla bu kapsam bile daraltılmış bulunmaktadır.

BİRİNCİ BASAMAK EKİBİ

Tıbbi	Paramedikal	İdari	Terapist	Sosyal
Genel pratisyen	Halk sağlığı hemşiresi	Uygulama müdürü	Fizyoterapist	Sosyal çalışma uzmanı
Dış hekimi	Hemşire	Danışma memuru	Yazı yazdırma terapisti	Toplum psikiyatristi
Toplum geriatrisyeni	Optisyen	Yardımcı idari personel	Konuşma terapisti	Psikolog
Okul sağlık memuru	Ebe	Sekreter	Diyetisyen	Hukukçu
	Gezici sağlık izlemcisi			Evde sağlık yardımcısı
	Eczacı			

Ülkemizde özellikle son yıllarda sağlık insan gücü planlaması neredeyse tek başına “sayı” üzerinden konuşulmaktadır. Oysa sağlık insan gücünün en az sayısı kadar, niteliği, dağılımı (coğrafi, kurumsal, uzmanlık alanı), çalışma koşulları (çalışma saatleri, vardiyalı çalışma, iş riskleri vb.) ve istihdam olanakları da önem taşımaktadır.

Mevcut durumdan yola çıkılarak “gerçekçi” hedefler belirlenmedi!

Anımsanacağı gibi 1990 yılında yapılan iki önemli saptamadan daha önce söz etmiştik:

“Pratisyen hekim başına düşen ebe/hemşire sayısı çok az” ve

“Hekimler içinde uzman hekimlerin sayısı pratisyenlere göre çok fazla”.

Her iki sorun alanında da önemli gelişmeler sağlanamamış, ebe ve hemşire yetiştirmek sağlık insan gücünün ne planlaması ne de yetiştirilmesi aşamalarında öncelik olarak ele alınmamış; hekimler içerisinde uzman hekimlerin oranı da yıllar geçtikçe arttırılmıştır.

ÜLKE	HEKİM			HEMŞİRE			HEMŞİRE / HEKİM
	SAYI	BİN KİŞİYE DÜŞEN	YIL	SAYI	BİN KİŞİYE DÜŞEN	YIL	
İRAN	31.394	0,45	2004	91.385	1,31	2004	2,9
TÜRKİYE	96.000	1,35	2003	121.000	1,70	2003	1,3
JAPONYA	251.889	1,98	2002	993.628	7,79	2002	3,9
KANADA	66.583	2,14	2003	309.576	9,95	2003	4,6
İNGİLTERE	133.641	2,30	1997	704.332	12,12	1997	5,3
ABD	730.801	2,56	2000	2.669.603	9,37	2000	3,7
KAZAKİSTAN	54.613	3,54	2003	92.773	6,01	2003	1,7
AZERBAYCAN	29.687	3,55	2003	59.531	7,11	2003	2,0
TÜRKMENİSTAN	20.032	4,18	2002	43.359	9,04	2002	2,2

WHO 2006

Türkiye’de Yıllara Göre Uzman-Pratisyen Hekim Dengesi (1950-2007)

Yıllar	Uzman		Pratisyen		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	
1950	3.647	53	3.248	47	6.895
1970	8.818	64	5.025	36	13.843
1990	24.900	49	25.739*	51	50.639
2000	38.064	45	47.053*	55	85.117
2002	43.660	46	51.530*	54	95.190
2007	72.515	70	30.662	30	103.177

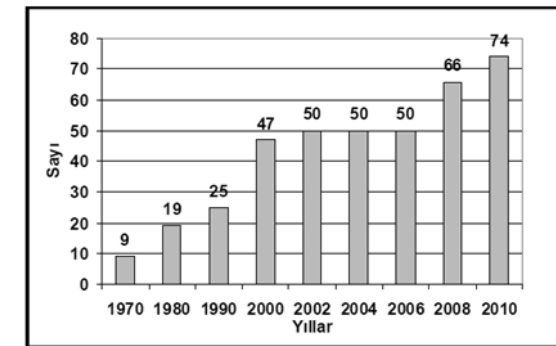
*Asistanlar dahil.

Sağlık insan gücünün yetiştirilmesi ile ilgili sorunlar göz ardı edildi!

Tıp fakülteleri, taşrada, nitelikli sağlık hizmeti sunulan sağlık kuruluşu olarak değerlendirilmiştir. Yeni tıp fakültelerinin açılması sırasında hiçbir bilimsel ölçüt göz önüne alınmamıştır. Ülkemizde 2006 yılında 50 olan tıp fakültesi sayısı, dört yıl içinde %50 artışla 2010 yılında 74’e ve 2012 yılında 83’e yükselmiştir. Sanırım bu kırılması epeyce zor bir dünya rekoru olarak kayıtlara geçmiş durumdadır.

Benzer bir durum uzman hekim yetiştiren eğitim hastaneleri için de geçerlidir. Mart 2008’de 48 olan eğitim hastanesi sayısı, Ocak 2010’da 61’e yükselmiştir. İki yıldaki artış oranı %27’dir.

Grafik 1: Türkiye’de yıllara göre tıp fakülteleri sayıları



Literatüre göre en çok tıp fakültesi bulunan ülkeler arasında Türkiye 37 tıp fakültesi ile 12. Sırada bulunmaktayken; 74 fakülte ile altıncı sıraya yükselmiş durumdadır¹⁰. Bu hızla ilk üç sırayı epeyce zorlayacağı anlaşılmaktadır. Bugün artık kendisinde ya da komşu bir ilinde tıp fakültesi olmayan ilimiz kalmamış durumdadır.

10 Boulet J, Bede C, McKinley D, Norcini J. An overview of the world's medical schools. MedTeach 2007 Feb;29(1):20-6.

Yılda yaklaşık 5.000 olan tıp fakültesine giren öğrenci sayısı 2007 yılından bu yana arttırılmaya başlanmış, 2010 yılında 8.000'i geçmiş bulunmaktadır. Bu sayının önümüzdeki yıllarda 12.000'i aşması gerektiği konuşulmaktadır.

Tıp fakülteleri konuşulurken nitelik değerlendirmesi göz ardı edilmekte, öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının azlığına dikkat çekilerek (Türkiye'de bu sayının 3.5-4 olduğu söylenmektedir); daha fazla öğrenci alınması gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Oysa özellikle temel bilimlerde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayıları çok fazladır. Örnek olarak bu sayılar İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi ile Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 34'ün üzerindedir¹¹.

İstihdam ile ilgili sorunlar göz ardı edildi!

Bilindiği gibi sağlık insangücünün yönetimi ile ilgili ilkeler Dünya Sağlık Örgütü tarafından şöyle sıralanmaktadır¹²:

İstihdam ve insan gücünden yararlanma politikalarının geliştirilmesi,

Sağlık insan gücü gereksiniminin izlenmesi,

Coğrafi, kurumsal ve uzmanlık alanlarına göre insan gücünün dağıtımı,

Sürekli eğitim ve insan gücünün denetimi,

Kariyer gelişimi için fırsatlar ve teşvikler sağlanması,

Performans değerlendirmesi ve

İnsan gücünün verimli kullanılabilmesi için gereksinim duyulan lojistik desteğin sağlanması.

Yıllar içinde, özellikle son yıllarda insan gücünün dağılımı ile ilgili bir takım olumlu gelişmeler sağlanmakla birlikte; başta istihdam politikaları olmak üzere diğer konularda önemli olumsuzlukların yaşandığı bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan taşeron işçi sayısı 2002 yılında 11.000 iken, bu sayı on kattan fazla artarak 2011 yılında 120.000'e yükselmiş bulunmaktadır. Sağlık Müdürlüğü de içinde olmak üzere, yönetici olmak için eğitim, deneyim vb. hiçbir ölçüt aranmaksızın, sadece iktidara yakınlık, akrabalık, arkadaşlık, hemşerilik vb. gerekçelerle yöneticiler atanabilmektedir.

Siyaset sağlık insangücü sürecinde «güven» vermiyor!

Bu konuda çok sayıda örnek vermek olanaklı olmakla birlikte, çarpıcı bir örnek olarak mecburi hizmet uygulamasından söz edilebilir. Bilindiği gibi 1980 sonrasında mecburi hizmet ile ilgili olarak üç yasal düzenleme yapılmıştır¹²:

2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun ile hekimlere mecburi hizmet getirildi (25.8.1981),

4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile mecburi hizmet kaldırıldı (24.7.2003) ve

5371 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun İle Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Ya-

11 Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2010, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2010.pdf

12 Türk Tabipleri Birliği Hukuk Bürosu.

pılmasına Dair Kanun ile hekimlere mecburi hizmet yeniden getirildi (5.7.2005).

Mecburi hizmet kaldırılırken sunulan gerekçeleri savunanlarla, iki yıl sonra yeniden mecburi hizmeti getirenlerin aynı iktidar, hatta aynı kişiler olması gerçekten de açıklanması zor bir duruşu/ yaklaşıma karşımıza getirmiş bulunmaktadır. Gerekçede yer alan kimi açıklamalar –anımsanacağı gibi- şöyledir:

“2514 sayılı Kanunla, ... hekimlere başka hiçbir meslekte olmayan bir yükümlülük getirilmiştir.

Yine bu Kanunun 22 yıllık uygulaması sonucunda; hekimlerin yurt sathında dengeli ve adil dağılımının zorlamalarla sağlanamayacağı, personelin özlük haklarının bölgelere göre özendirici hale getirilerek gönüllülük esasına dayalı bir istihdam politikasının benimsenmesinin etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak açısından daha uygun olacağı... kanaatine varılmıştır.

2514 sayılı Kanun yürürlükte olduğu sürece tıp fakültelerinden mezun olan pratisyen tabiplerin tamamı ile Devlet hizmeti yükümlülüğünden muaf olanlar dışındaki tüm uzman tabiplerin yılda yaklaşık 7000-8000 kişi atamalarının yapılması gibi bir zorunluluk söz konusu olacaktır.

Ancak, mevcut kadrolarımızla bu yükümlülüğü yerine getirmemiz mümkün olamayacağı gibi, bir süre sonra hiç ihtiyacımız olmadığı halde zorunlu olarak tabip istihdamı yapmak gibi halen ülkemizin içinde bulunduğu ekonomik şartlar ve kamuda personel istihdamını azaltmaya yönelik hükümet politikaları ile çelişen bir durumla karşı karşıya kalmamız kaçınılmaz olacaktır.

Sağlık sistemi ile uyumlu «gereksinim» saptanmadı, saptanmıyor!

“Güncel örnek: «Türkiye'nin en az 200.000 hekime gereksinimi var»

Bugünlerde, Sağlık Bakanlığı tarafından ülkenin en az 200.000 hekime gereksinimi olduğu iddia ediliyor, hatta üst düzey bir Bakanlık yetkilisinin bu sayıyı 240.000 olarak söylediği de biliniyor. Ancak bu sayıların nasıl hesaplandığı bilinmiyor!

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu¹³ incelendiğinde, Türkiye'de 2010 yılında 100.000 kişi başına 44 pratisyen hekim düştüğü, DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamasının ise 68 olduğu anlaşılıyor. Bakanlık ısrarla, daha önceki bölümlerde dile getirdiğimiz bilimsel yaklaşıma karşın, halen Avrupa bölgesi ortalamalarını baz almaya çalışıyor. Oysa gelişmiş ülkeler tarafından tercih edilen bir yaklaşım değil bu. Bakın 2012'de ülkemizde 100.000 kişi başına düşen pratisyen hekim sayısının 51'e ulaştığı tahmin ediliyor. Aynı sayı örneğin Hollanda'da yalnızca 53, İsviçre'de 52. Sevk zincirinin zorunlu olduğu bir aile hekimliği sistemine sahip olan Hollanda neden pratisyen hekim sayısını Avrupa ortalamasına yükseltmek için bir çaba harcamıyor? Önümüzdeki yıl bu ölçütte Hollanda'yı geçecek olmamıza karşın, neden daha yüksek sayıda gereksinimimiz olduğu ısrarla iddia ediliyor? Burada söz konusu olan, Hollanda'nın ölçüt olarak alınması değil, gereksinim hesaplanırken, tek başına Avrupa'nın kaba değerlerinin alınmasının yanlış olduğunun vurgulanmasıdır. Bu konunun daha ayrıntılı olarak tartışılması gerektiğini düşünüyoruz.

Aynı sorun uzman hekim gereksiniminin hesaplanmasında da karşımıza çıkıyor. Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu¹⁴ incelendiğinde, Türkiye'de 2010 yılında 100.000 kişi başına 80 uzman hekim düştüğü, DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamasının ise 272 olduğu anlaşılıyor. Bu sayı İngiltere'de 145, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “performansı en iyi sağlık sistemi” olarak gösterilen Fransa'da 175'tir. İngiltere ve Fransa Avrupa'nın kaba ortalamaları üzerinden gereksinim hesaplamaya kalkmazken, ülkemizde Sağlık Bakanlığının neredeyse tek ölçüt olarak Avrupa'nın kaba ortalamalarını almaya çalışması doğru değildir.

13 Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, YÖK, Sağlık Bakanlığı, DPT. Haziran 2010, Ankara.

Bakınız aralarında Kanada, İngiltere, Yeni Zelanda ve Japonya gibi ülkelerin bulunduğu birçok ülkede tıp fakültesi kontenjanları sınırlandırılırken¹⁴, Türkiye'nin bilimsel olmayan yollarla saptamaya çalıştığı gereksinim sayıları yüzünden, başta tıp fakültelerindeki eğitimin kalitesi olmak üzere, sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi aşamasındaki pek çok sorun giderek büyümektedir.

Bu arada, ülkemizdeki planlamanın ve buna bağlı olarak insangücü yetiştirilmesinin yanlışlığını göz önüne serecek başka veriler de elimizin altında bulunmaktadır¹⁴. Örneğin ülkemizde 100.000 kişiye düşen beyin ve sinir cerrahisi uzmanı sayısı (1.7) Avrupa ülkeleri ortalamasının (1.2) çok üzerindedir. Plastik cerrahi (0.9-1.1) ve çocuk cerrahisi (0.7-0.8) uzmanı sayıları ise Avrupa ülkeleri ortalamasına çok yakındır. Ancak bu yakınlığın ayrıntılı olarak irdelenmesi gerekir. Üroloji uzmanlığı alanından bir örnek verilecek olursa, 100.000 kişiye düşen üroloji uzmanı sayısı ülkemizde 2.8 ve Avrupa ülkeleri ortalaması 3.3 olmasına karşın; bu sayı İrlanda'da yalnızca 0.5, Fransa'da 1.1, Finlandiya'da 1.9, Hollanda'da 2.0 ve Danimarka'da 2.1'dir. Görüldüğü gibi ülkemizdeki sayı çok sayıdaki Avrupa ülkesinden yüksektir. Buna karşın halen Avrupa ülkelerinin ortalaması üzerinden gereksinim hesaplamaya kalkışmak kesinlikle doğru bir yaklaşım değildir.

"Türkiye'nin 200.000 hekime gereksinimi var" iddiası, bir an için Hükümetin Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan vaz geçtiğini de düşündürülebilir! Çünkü yapılan hesaplama Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile uyumlu değildir.

Bilindiği gibi 2004 yılında çıkarılan aile hekimliği kanunu ile 3.500/4.000 kişiye bir aile hekiminin istihdam edileceği açıklanmıştır. Bakanlık önümüzdeki yıllarda bu sayının 2.000'e kadar düşürülmesinin planlandığını ve bu sayıyla birlikte "sevk sistemi"ne geçileceğini de açıklamıştır. Bu durumda 2023'te istihdam edilecek aile hekimisi sayısı en fazla 41.500 olacaktır (Nüfusun 2023'te en fazla 83 milyon olacağı tahmin edilmektedir). Bilindiği gibi, SDP'nin ve Genel Sağlık Sigortası'nın ilkelerine göre hastalananların %80'inin de aile hekimleri tarafından tedavi edilmesi hedeflenmektedir. Hekime başvuru sayısı eğer 8 olarak varsayılırsa (ki bu sayı nüfusları bize göre çok daha yaşlı olmasına karşın, halen pek çok Avrupa ülkesindeki sayıdan yüksektir), uzman hekime yılda 2 kez başvuru söz konusu olacaktır. Bu durumda (uzmanlık alanlarına göre değişmekle birlikte) 2023'te gereksinim duyulan uzman sayısı yaklaşık 30.000¹⁵ olacaktır. Bırakınız bugünü; bizim kaba hesaplamamızın uzmanlık alanlarına, kurumlara ve coğrafi dağılım özelliklerine göre gözden geçirilmesi halinde; gereksinim duyulacak uzman hekim sayısının bunun dört katı olacağı (30.000x4=120.000) varsayılırsa bile, 2023'te toplam 161.500 hekimin (41.500+120.000)SDP'nin ilkelerine göre yeterli olacağı anlaşılmaktadır. O zaman, bugün için 200 bin hekim gereksiniminden söz edenlerin, "150.000 uzman hekimin nerede istihdam edileceğini" açıklıkla ortaya koymaları gerekir! Bugün açıklanan gereksinim duyulan hekim sayıları adil bir istihdamdan uzak sayılardır ve bunun hekim emeğinin değersizleştirilmesine yol açacağı kesindir.

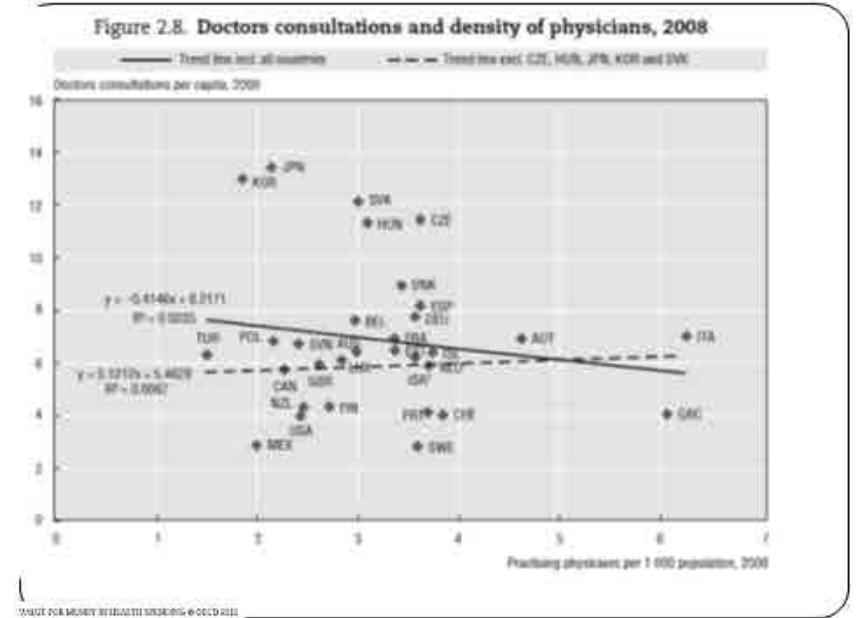
Sağlık çalışanları sağlık insangücü sürecinde yok sayılıyor!

Sayın Bakan, sağlık hizmetleriyle ilgili hemen her konuşmasında halkın memnuniyetine vurgu yapmaktadır. Kuşkusuz, bir politikacı açısından, sorumlu olduğu hizmet alanlarından toplumun memnuniyetinin yüksek olması önemlidir. Ancak özellikle sağlık gibi "bilgi asimetrisi"nin çok yüksek olduğu bir alanda, toplumun memnuniyetinin neredeyse tek ölçüt olarak kullanılması doğru bir yaklaşım değildir. Kaldı ki, toplumun sağlık politikalarından memnuniyeti Sayın Sağlık Bakanı'nın

iddia ettiği gibi %75'lerde de değildir. Bu yılın Ocak ayında yapılan bir araştırma Hükümetin toplum tarafından en çok beğenilen icraatının/faaliyetinin sağlık sistemi ile ilgili olduğunu ve bu alandaki çalışmalarını olumlu bulanlarının oranının da %56.7 olduğunu göstermektedir¹⁶.

Sayın Bakan, en az toplumun memnuniyetine verdiği önem kadar, sağlık çalışanlarının memnuniyetine de önem vermelidir! Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan memnuniyet araştırmasına göre, sağlık çalışanlarının memnuniyeti pek çok alanda (iş doyumu, motivasyon, bağlılık vb.) çok düşüktür¹⁷. İşin ilginç yanı, en düşük memnuniyet oranları il sağlık müdürlüklerinde karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuçlardan Sayın Bakan'ın yürütmekte olduğu SDP açısından kendi Bakanlığının taşra teşkilatını bile yeterince ikna edemediği anlaşılmaktadır.

Gelinen nokta düşündürücüdür: Bir yandan Bakanlık nüfus başına düşen hekim sayısının çok az olduğunu iddia etmekte; öte yandan bu "az sayıdaki hekim" birçok Avrupa ülkesindeki iş yükünden çok daha fazla bir iş yükü ile karşı karşıya bırakılmaktadır! Bugün İsveç'te 4'ün altında olan yılda kişi başına hekime başvuru sayısı, ülkemizde SDP sonrasında 2003'ten bu yana 2.5'ten hızla 8'e kadar yükselmiş bulunmaktadır. Hekime başvuruyu bu kadar yüksek bir hızla artıran nedenlerin ortaya çıkarılmasında ve titizlikle analiz edilmesinde büyük bir yarar bulunmaktadır. Nüfusu bizden çok daha yaşlı ülkelerde daha az başvuru yapılırken, bizim insanlarımızı bu kadar yüksek başvuruya yönelten nedenler nelerdir? Üstelik, kamu hastanelerine yapılan her üç başvurudan neredeyse biri acile yapılmaktadır. Bilindiği gibi, bu oran da başka ülkelerle kıyaslanamayacak düzeyde yüksektir.



Sayın Bakan, elimizde sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliği ile ilgili çok sayıda gözlem, yakınma ve çalışma bulunmaktadır. Bunlardan yalnızca bir tanesini sizinle paylaşarak konuşmama son ve-

14 Simoens S. and Hurst J. The Supply of Physician Services in OECD Countries OECD Health Working Papers, DELSA/HEA/WD/HWP (2006) 1.

15 Nüfus 83 milyon, yılda uzman hekime başvuru sayısı 2, yıllık çalışma günü sayısı 200 ve bir uzman hekimin günde bakacağı en çok hasta sayısı 30 olarak alınmıştır.

16 Türkiye Sosyal-Siyasal Eğilimler Araştırması Kantitatif Araştırma Raporu, Kadir Has Üniversitesi, 17 Ocak 2012.

17 Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2010.

receğim. Bursa'da bir sendika tarafından yapılan çalışma durumu bütün çıplaklığıyla ortaya koymaktadır¹⁸.

Meslekten memnuniyet	%50,8
Yeniden bu mesleği seçme	%32,9
Çocuğunun aynı meslekte olmasını isteme	%16,4
Sağlık Bakanı'nın değer verdiğini düşünme	%27,5
Yöneticilerden kaynaklanan sorun	%67,0
Sağlık kuruluşlarında çalışma koşulları yetersizliği	%47,8

Sayın Bakan ve Sayın YÖK Başkanı, bu olumsuz tablo ilgili tarafların bir araya gelerek sağlık insan gücü süreci ile ilgili olarak çözüme yönelik ivedi girişimlerin hayata geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık çalışanlarının bu kadar mutsuz ve kaygılı olduğu bir ortamda, nitelikli bir sağlık hizmeti sunmak olanaklı değildir.

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN SAĞLIK İNSAN GÜCÜ YETİŞTİRİLMESİNDEKİ ÖNEMİ VE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ BAĞLAMINDA KONUMU

Uzm. Dr. Hasan ÇAĞIL

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurum Başkanı

Resmî Gazete'nin 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 mükerrer sayısında yayınlanarak yürürlüğe giren, 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile Sağlık Bakanlığı teşkilatı içerisinde "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu" oluşturuldu. Bu kurumun görevi; bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ikincive üçüncübasamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi ile birlikte bu hastanelerdeki her türlü koruyucu, teşhis, tedavi, rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamaktır.

Bu kararname, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar ile üniversitelerin ilgili birimleri arasında karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde kaynakları birlikte kullanabilme imkânı sağlamaktadır. Üniversite tarafından birlikte kullanılan kurum ve kuruluşlarda görevli personelin profesör ve doçent kadrolarına atanabilmesi için bakanlığa ve bağlı kuruluşlarına ait eğitim görevlisi kadroları da kullanılabilir ve yine aynı şekilde üniversiteler de kendi talepleri doğrultusunda kamu hastane birlikleri içerisinde yer alabilirler.

Bu kararname ne gibi yenilikler getirecek?

İllerde kamu hastane birlikleri oluşturulacak. Sağlık hizmetlerini, kamu hastanelerinin hepsini aynı çatı altında toplayan birlik yapıları oluşturulacak. Bu güne kadar yaklaşık 820 hastanenin her birinin personeli ve satın alması ayrı ayrı hesaplanırken, bundan sonra belirlenmiş yaklaşık olarak 88 veya 90 tane birlik bölgesinde tek çatı yönetimi ile ölçek ekonomisinden faydalanan yapılarla devam edeceğiz sağlık hizmetlerini sunmaya.

Profesyonel bir yönetim oluşturarak, yerinden yönetimi sağlayacağız. Böylece, sınırlı olan kaynaklarımızı etkin ve verimli kullanma imkânına kavuşacağız kurulacak olan bu birlikler sayesinde. Kaynaklarımızı daha etkin kullanabilmek için bu sistemi oluşturuyoruz.

Daha önce nasıldı? Her hastanelerimizde; başhekim, başhekim yardımcıları, başhemşire, hastane müdürü ve bunların da yardımcıları vardı. Şimdi nasıl olacak? Şimdi ise; birlik bölgesinde birlik sekreteri, ona bağlı tıbbi hizmetler başkanı, mali hizmetler başkanı, idari hizmetler başkanı ve bu yapının altında hastane yöneticileri olacak. Hastane yöneticilerinin altında ise; her bir hastane için başhekim, idari işler ve mali işler müdürü, sağlık bakım hizmet müdürleri olacak. Burada farklı bir şey daha var. Daha önce yönetim kadrosunda olanlar, 657 sayılı kanuna göre atamayla göndermiş olduğumuz kişilerdi. Şimdi ise, sözleşmeli personel olacak. Sekreterinden itibaren alttaki şu sayıda, bütün yapıdaki insanlar sözleşmeyle çalışacaklar. Bu sözleşmede de özellikle il sekreteri ile yapılan sözleşmelerde, belirli kurallar olacak. Bunlar kararnamenin tanıdığı olduğu, belirlemiş olduğu hastane ve birlik yapısındaki beklenen hedeflere ulaşma veya mevcut yapıdan kaybedilecek durumlara göre performans hedefleri belirleniyor. Bunlara bağlı olarak birlik sekreterinin sözleşmesinin devamı veya feshi düşünülüyor. Ayrıca yine sağlık hizmetleri açısından kırmızı çizgiler, kırmızı noktalar var. Oralara da dokunulduğunda fesih tekrar gündeme gelecek.

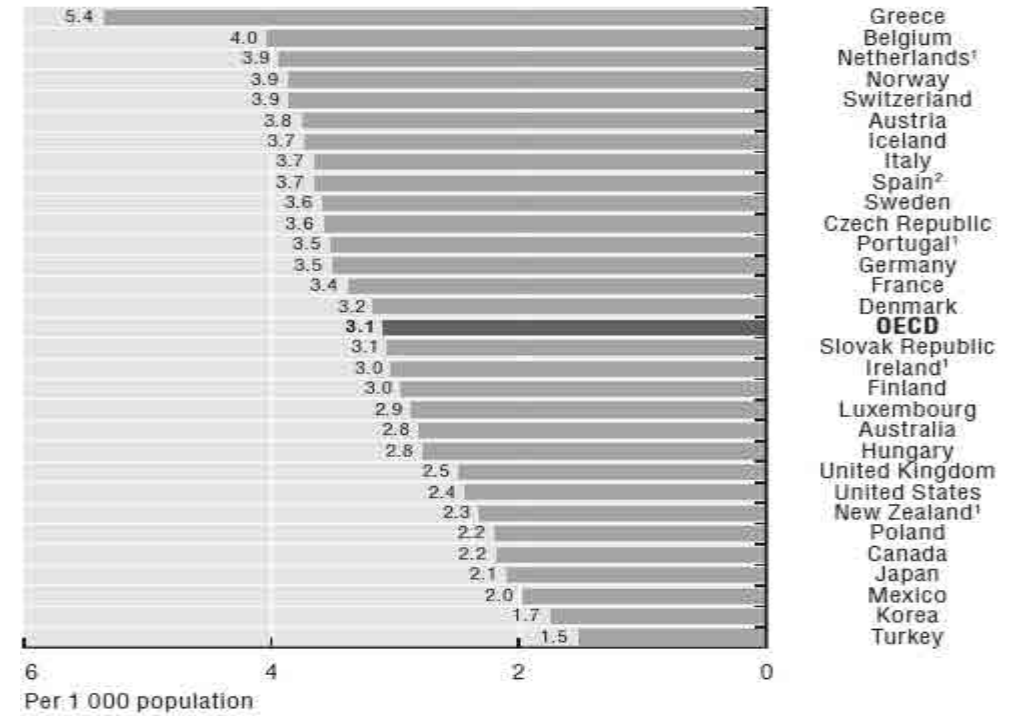
Sağlık hizmetlerinde, eğitim hastaneleri ve sağlık eğitimi açısından önemi nedir?

Sağlık eğitimi vermekte olan hastanelerimiz de eğitim araştırma hastanelerimiz de yine bu birlik yapıları içerisinde yer alacaklar. Özellikle bazı büyük illerdeki birlik yapılarımızda, çok sayıda eğitim araştırma hastanesi olacak. Burada eğitim açısından avantajının şu olduğunu düşünüyoruz. İçerisinde belirli sayıda eğitim araştırma hastanesi veya birkaç tane ikinci basamak hizmet hastanesi olan bir birlik düşündüğümüzde; insan, çalışan insan, mekân, fizik, makine, donanım gibi her türlü kaynağın ortak olarak kullanılması sağlanacak. Yine eğitim için gerekli olan insan hasta açısından bakıldığında da bütün kaynakların ortak kullanılması söz konusu olacak. Bugün için henüz yayınlanmadı ama düşüncemiz, eğitim araştırma hastanelerinin başhekimlerinden oluşan “eğitim koordinasyon konseyi” gibi bir konseyin birlik sekreterine bağlı olarak çalışmasını planlıyoruz. Bu konseyin il içerisindeki eğitim hizmetlerinin daha verimli ve daha etkin bir şekilde yapılabilmesi, tüm kaynakların ortak kullanılabilmesini sağlaması ve il sekreterliğine özellikle bu konularda danışmanlık yapması gibi bir yapı düşünüyoruz. Üniversitelerin de bu gibi yapıların içerisinde olması durumunda zannediyorum şimdiki afiliasyondan daha rahat bir şekilde bu yapıyı uygulayabileceğiz. Çünkü sağlık hizmetlerinin tek bir yönetim altında olması, bugün karşılaştığımız problemlerin çoğunu ortadan kaldıracaktır. Benim kamu hastanelerinin eğitime yönelik bunun sonrasında yani getirebileceği en büyük kazanç olarak görmüş olduğum şey kaynakların ortak ve verimli etkin kullanılabilmesidir. Hepinize teşekkür ediyorum.

2023 VİZYONU ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ İHTİYACI VE SAĞLIK BAKANLIĞININ BEKLENTİLERİ

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

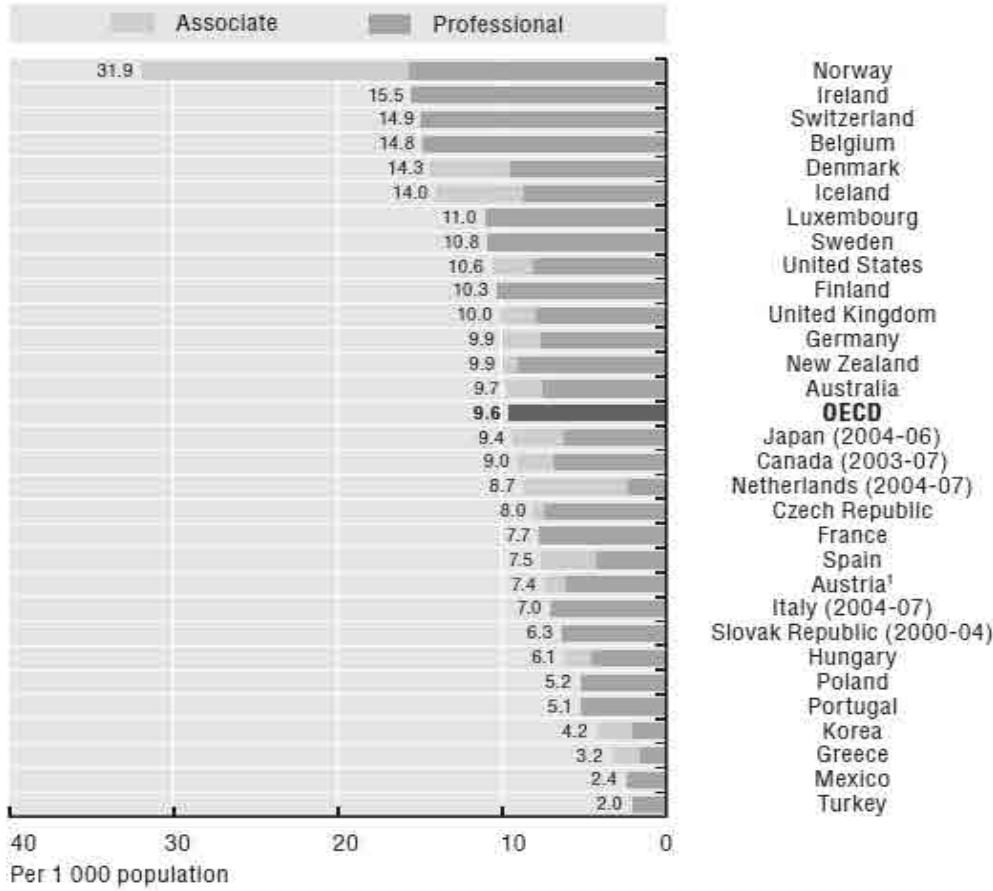
Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

3.2.1 Practising physicians per 1 000 population, 2007 (or latest year available)Türkiye, 1000 kişiye düşen **hekim** sayısı açısından OECD Ülkeleri içinde son sıradadır.

Kaynak: OECD Health at a Glance ,2009

3.8.1 Practising nurses per 1 000 population, 2007 (or latest year available)

3.8.2



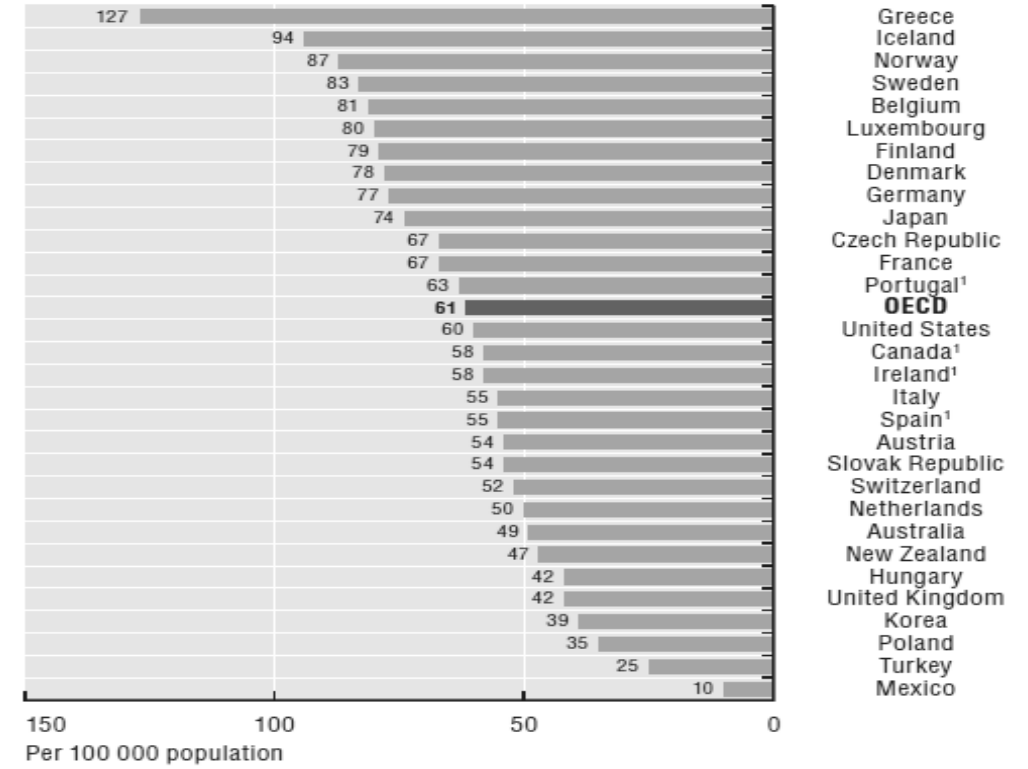
Türkiye, 1000 kişiye düşen **hemşire** sayısı açısından da OECD Ülkeleri içinde

Son sıradadır.

Kaynak: OECD Health at a Glance ,2009

3.11.1 Dentists per 100 000 population, 2007 (or latest year available)

per

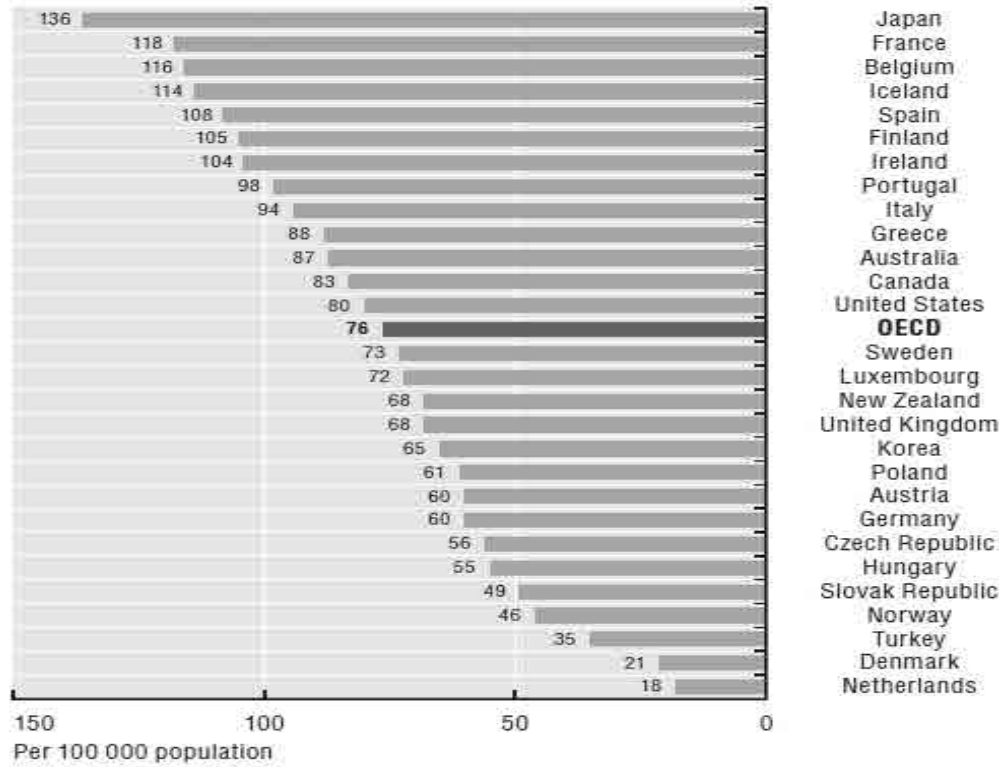


Türkiye, 100.000 kişiye düşen **diş hekimi** sayısı açısından OECD Ülkeleri içinde sadece Meksika'dan daha iyi durumdadır.

Kaynak: OECD Health at a Glance ,2009

3.12.1 Pharmacists per 100 000 population, 2007 (or latest year available)

per



Türkiye, 100.000 kişiye düşen **Eczacı** sayısı açısından da OECD Ülkeleri içinde Sondan 3. sıradadır.

Kaynak: OECD Health at a Glance ,2

Türkiye’de sağlıkta insan kaynakları (SAİK) düzeyi OECD, Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleriyle kıyaslandığında çok düşüktür. SAİK düzeyi genel olarak bu bölgelerin yarısı kadar olup, hemşire düzeyi ise yaklaşık dörtte biri kadardır.

	Türkiye	OECD	DSÖ Avrupa Bölgesi	Avrupa Birliği
Hekim	1,67	3,10	3,29	3,30
Hemşire (+ebe)	2,24	8,75	8,52	8,55
Diş Hekimi	0,29	0,61	0,48	0,66
Eczacı	0,36	0,76	0,49	0,77

Kaynaklar: OECD Health at a Glance 2009-2011; SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010;

HFA-DB (DSÖ Avrupa Bölgesi veritabanı), erişim: 03.03.2012

Sağlıkta insan kaynakları 2023 vizyonuna yönelik çalışmalar:

Bu konudaki çalışmalarımız Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü’nün koordinasyonunda, Bakanlığımızın ilgili birimlerinin katılımıyla 2007 yılından bu yana devam etmektedir.

Bakanlığımızın Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 vizyonuna yönelik çalışmaları Hıfzıssıhha Mektebi’nin koordinasyonunda Mayıs 2006 tarihinde başlamıştır.

Türkiye’de sağlıkta insan kaynaklarının mevcut durumunu ortaya koyan verilerin derlenmesinin sonra Mart 2007’de Dünya Sağlık Örgütü ve Harvard Halk Sağlığı Okulu ile işbirliği içinde hızlı değerlendirme analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda “Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi” adlı rapor hazırlanarak kitap halinde yayınlanmıştır.

Raporun hazırlanması takiben buradaki bulguları değerlendirmek ve politikaların analizini yapmak amacıyla 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında Sağlık sektörünün tüm temsilcilerini bir araya getiren geniş katılımlı bir çalıştay düzenlenmiş, çalıştayın sonuçları “Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı” adıyla rapor haline getirilmiş ve aynı isimle bir kitap halinde yayınlanmıştır.

Bu çalıştaydan elde edilen çıktılarla birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye’de SAİK planlama sisteminin geliştirilmesi ve Stratejik İnsan Kaynakları Planı’nın hazırlanması hedeflenmiştir.

Bu doğrultuda Hıfzıssıhha Mektebi tarafından 05-09 Kasım 2007 tarihleri arasında “Sağlıkta İnsan Kaynakları Stratejik Planlama Çalıştayı” yapılmıştır. Çalıştayın amacı gelecekteki 10-15 yıllık süreç içinde sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetlerini sunacak personele ilişkin ihtiyaçlarda olabilecek değişikliklerle ilgili görüş oluşturarak SAİK stratejik planına temel oluşturacak arz ve ihtiyaç projeksiyonlarını gerçekleştirmektir. Çalıştaya Sağlık Bakanlığı ve sektörün diğer temsilcilerinden (MB, MEB, DPT, YÖK, vs) üst düzey katılım olmuştur.

Bu çalıştayda 2023 vizyonuna temel oluşturan fikirler uzman görüşüne dayanılarak oluşturulmuştur. Söz gelimi, hangi hastane türünde ortalama kaç yatak olmalıdır ve hastane türlerine göre hangi saik kategorisinden yatak başına ya da hastane başına kaç personel bulunmalıdır gibi konular uzmanları tarafından karşılıklı olarak tartışmalar ile netleştirilmeye çalışılmıştır.

Çalıştay sonrasında ortaya çıkan bilgiler karar vericiler düzeyinde tartışıldıktan sonra DSÖ tarafından geliştirilmiş “DSÖ saik arz ve ihtiyaç projeksiyonları yazılımı” kullanılarak projeksiyonlar gerçekleştirilmiştir.

Bundan sonra Bakanlığımızın politika değişikliklerine göre kurulan modelde zaman zaman değişikliklere gidilmiş, mümkün olduğunca yeni gelişmeler plana yansıtılmaya çalışılmıştır. Çoğunda Sayın Bakanımızın da katılarak başkanlık ettiği toplantılar sonucunda son hali verilen 2023 yılı vizyonuna ilişkin rapor, basım aşamasındadır.

Bu çalışmalar neticesinde 2023 yılında ulaşılması gereken SAİK düzeyi, çok çeşitli faktörlerin ve ekonomik fizibilitenin değerlendirilmesiyle belirlenmeye çalışılmıştır.

Sonuç olarak eldeki imkanlar doğrultusunda saik düzeylerinin artırılması kararlaştırılmıştır.

Bu doğrultuda 2023 yılında temel SAİK kategorileri için öngörülen değerler belirlenmeye çalışılmıştır.

Sağlıkta insan kaynakları 2023 Yılı vizyonunda bazı meslek grupları için öngörülen SAİK düzeyleri yaklaşık olarak aşağıdaki gibidir :

	Sayı	1000 kişiye düşen SAİK düzeyi
Hekim (Toplam)	200.000	2,37
Hekim (Uzman)	137.000	1,62
Hemşire (+ebe)	400.000	4,75
Diş Hekimi	29.000	0,34
Eczacı	33.000	0,39

Kaynak: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın aşamasında olan “Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu” (Uzman hekim sayısına aile hekimleri dahil değildir.) 2023 yılı için nüfus: TÜİK.

2010 yılı sonu itibarıyla mevcut durum ve 2023 yılı vizyonunda öngörülen SAİK düzeyleri aşağıda karşılaştırılmıştır.

Her SAİK düzeyinde artış söz konusudur.

	2010 mevcut durum		2023 Vizyonu Öngörülen	
	Sayı	1000 kişiye düşen personel	Sayı	1000 kişiye düşen personel
Hekim (Toplam)	123.447	1,67	200.000	2,37
Hekim (Uzman)	84.629	1,15	137.000	1,62
Hemşire (+ebe)	165.115	2,24	400.000	4,75
Diş Hekimi	21.432	0,29	29.000	0,34
Eczacı	26.506	0,36	33.000	0,39

SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010;

Kaynak: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın aşamasında olan “Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu” (2023 yılı için Uzman hekim sayısına aile hekimleri dahil değildir. 2010 yılı için asistanlar uzman hekimlere dahildir.)

Hekim	100.000
Hemşire (+ebe)	260.000
Diş hekimi	12.000
Eczacı	12.000

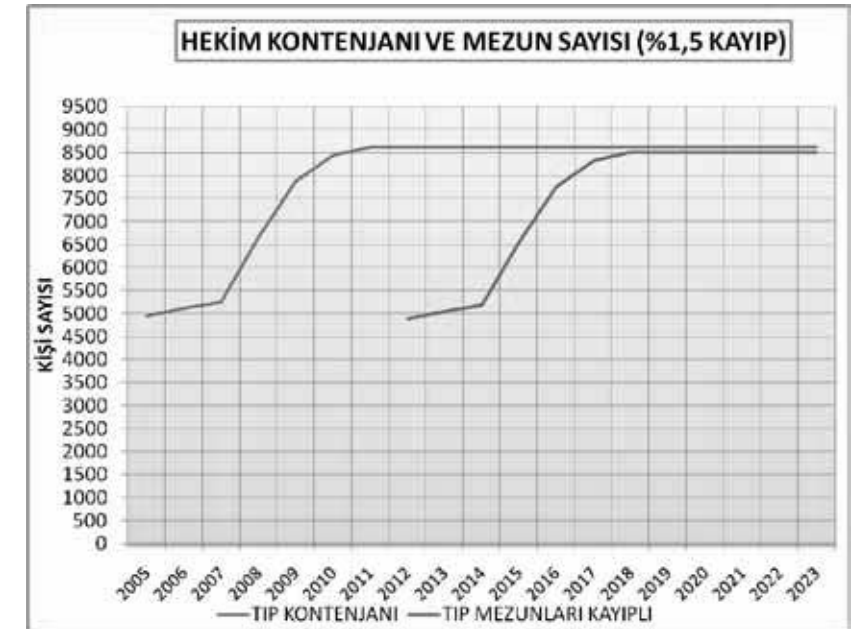
Tablo, temel SAİK kategorilerinde 2023 vizyonunda ön görülen SAİK düzeylerine ulaşılabilmesi için 2011 yılından itibaren 2023 yılına kadar kaç personelin daha İstihdam edilmesi gerektiğini göstermektedir. Meslekten kayıp oranı % 1,5 olarak alınmıştır.

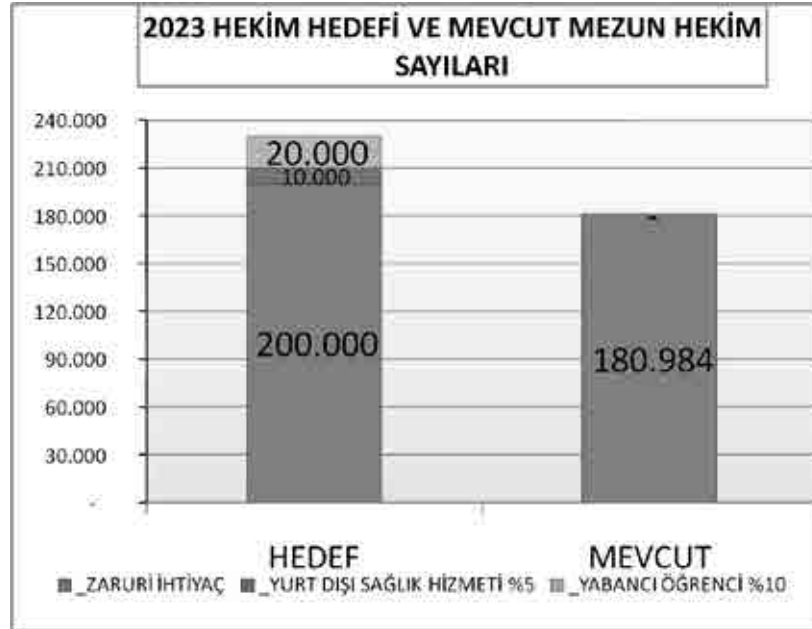
2023 vizyonunda ön görülen SAİK düzeylerine ulaşılabilmesi için yeni istihdam edilmesi gereken personel sayılarına göre eğitim için de projeksiyonlar yapılmalı ve yüksek öğretim kontenjanları bu doğrultuda planlanmalıdır.

Örneğin halen eğitimde olan öğrenciler ve eğitimden kayıplar da dikkate alındığında 2011-2012 öğretim yılından 2017-2018 öğretim yılında kadar 70.000 öğrenci daha tıp fakültelerine alınmalıdır.

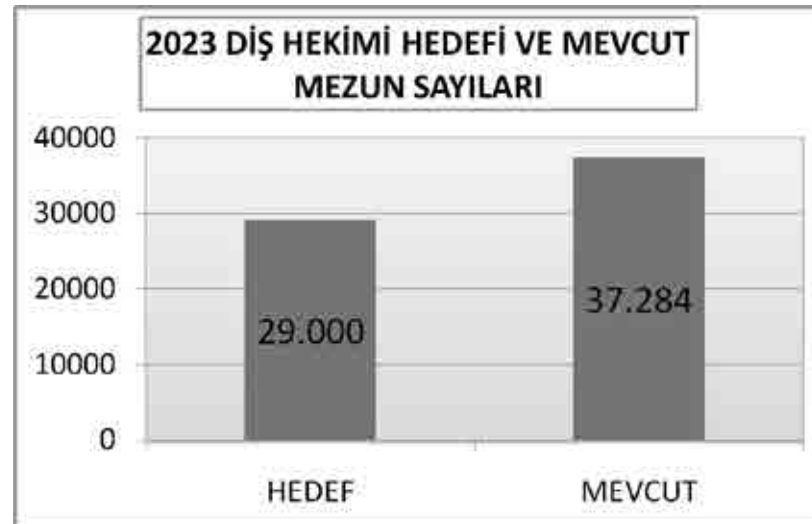
2023 vizyonu dinamik bir süreçtir ve mevcut koşulların değerlendirilmesi suretiyle belirli aralıklarla güncellenmelidir.

Hem bu güncelleme hem de eğitime yönelik detaylı projeksiyon çalışmaları devam etmektedir.

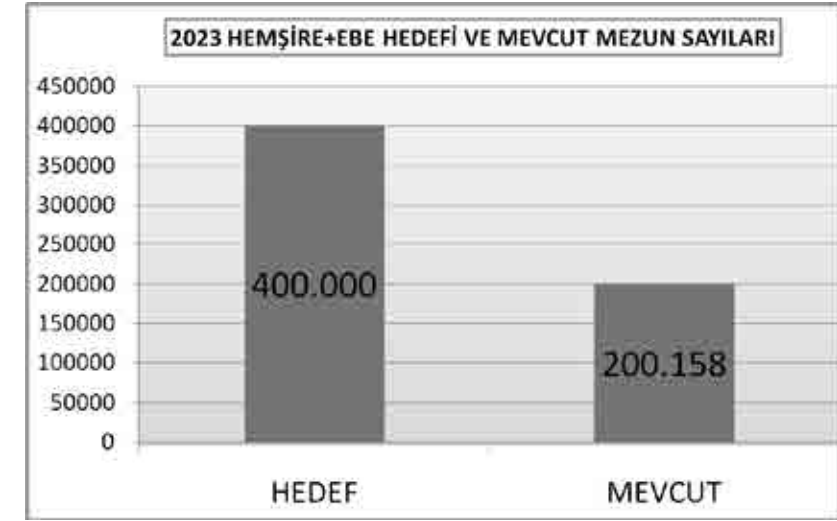




2023 yılında 230 bin hekim hedefine ulaşılabilmesi için tıp kontenjanı yıllık 12 bin'e çıkarılmalıdır. Mevcut yıllık 8.627 tıp kontenjanı ile 2023 yılında hekim sayının 180 bin olacağı tahmin edilmektedir.



2023 yılında 29 bin Dış Hekimi hedefine ulaşılabilmesi için mevcut yıllık 2.271 kontenjanın yeterli olduğu düşünülmektedir.



2023 yılında 400 bin hemşire + ebe hedefine ulaşılabilmesi için kontenjan yıllık 34 bin'e çıkarılmalıdır.

Mevcut yıllık 11.391 kontenjan ile 2023 yılında hemşire + ebe sayının 200 bin olacağı tahmin edilmektedir.

1.OTURUM SORU-CEVAP

Sayın başkanım bende çok kısa teknik bir katkıda bulunmak istiyorum. Şimdi tıp fakültelerinde asistan üzerinde yürüyen bir hizmet akışı var. Bu ret edilemeyecek bir şey hepimiz bunun farkındayız ama bunun çözümü konusunda ne yapacağımız çok net değil. Tıp fakültelerinde artık uzman istihdamının mutlaka tartışılması ve bunun bir yönteminin bulunması lazım. Bu yapılmadığı müddetçe mevcut hizmetlerin aksamaması için boyuna asistan istemek zorunda kalıyoruz. Buda gereksiz uzman yetişmesine yol açıyor. İkincisi de toplumun ikinci basamaktan hizmet alma hatta üçüncü basamaktan hizmet alma alışkanlığı var. Bu epey eskiye dayanan bir alışkanlık bunun zaman içerisinde toplumun alışkanlığının değiştirilmesi gerekiyor. Burada birinci basamağın güvenin artırılması lazım, birinci basamakta ki şu anda verilen hizmetin, kalitesi, niteliği bunu sağlayabilecek bir düzeyde mi buda bir soru işaretidir. Çünkü orada aile hekimi uzmanı yok sonuçta aile hekimi yetkisi verilmiş pratisyen arkadaşlarımız var. Bu süreci nasıl aşabiliriz dolayısı ile bu uzman ve pratisyen veya birinci basamak, ikinci basamak sorununun çok geniş platformlarda, çalıştaylarda üniversitenin, YÖK'ün ve Sağlık Bakanlığı'nın katılımı ile çözülmesi gerektiğine inanıyorum. Sayın bakanımızdan, Sağlık Bakanlığı bürokratlarımızdan, YÖK başkanımızdan bu konun aciliyetini, önemini vurgulayarak bir çalışmanın ve somut adımın atılmasını arz ediyorum. Teşekkür ediyorum.

Uzm. Dr. Cengiz SANDIKLI- Urla Devlet Hastanesi Başhekim: İşin mutfağından gelen bizzat uygulamadaki sorunları da bilen bir kişi olarak burada bulunmaktan mutluluk duyduğumu ve bu eğitim kongresinin düzenlemesine teşekkür ediyorum. İlk önce Kayahan hocam ve Haluk hocamın sözlerini tabanında konuşmak istiyorum. Bir kere Sayın Haluk Bey çok güzel söyledi kurumlar ve kuruluşlar birbirlerini rakip olarak görmemeli yani bir pencereden bakmak durumunda. Rakip olarak gördüğümüzde, diğer alanları görmediğimiz zaman sorunların çözümlerini doğru üretemeyiz. Sayın Kayahan beyin verdiği rakamlara baktığımız zaman objektif olmayan konularla karşılaşırız. Sadece sayısal olarak bakıyoruz Hollanda küçücük bir ülke, düz bir ülke. Ulaşım, eğitim, mali, güvenlik v.s geniş bir sorumluluğu olmamasına rağmen ve hasta sayısı çok daha düşük olmasına rağmen biz kalkıp hekim sayımızı onlarla karşılaştırdığımız takdirde sorun yaşarız. Ben Batman'da 11 yıl çalışmış bir hekimim oradaki hasta sayısının, eğitim, güvenlik, belediye alt yapılarının ne şekilde olduğunu gören bir hekim olarak eğer biz belediye alt yapılarının bozuk olduğu bir sistemde, hasta sayısının çok olduğu bir sistemde o zaman biz hekim sayısını diğerleri ile karşılaştıramayız. Hekim sayısı çok daha yüksek olmalı, bir kere bunu dikkate almamız lazım. İkincisi uygulamada biz görüyoruz hem uzman hekim, hem pratisyen hekim ihtiyacımız çok yüksek acilde pratisyen hekim sayım yeterli değil. Uzman olarak İzmir'in ilçesinde çalışmama rağmen hastalarım geliyor ve bana diyor ki daha az hasta bakarak daha fazla zaman ayrılması burada sayın bakanımızın ve Sağlık Bakanlığı'mızın tümü ile hekim sayısındaki ihtiyacında belirlemelerinde bu istatistik rakamların ellerinde olduğu için çok rahatlıkla hekim ihtiyacını belirlemede çok doğru kararlar veriyorlar. Çünkü biz mutfaktayız, biz bunları bizzat görüyoruz. Hekim sayısının artırılması ve bunu arttırırken öğretim üyesinin sayısının da arttırılması gerekir. Ve nitekim doçent, yardımcı doçent öğretim üyesindeki ihtiyaçları belirtirken de eksiklik ve yokluk diye ifade edildi. Bunun olması içinde mutlak hekim sayısının artması gerekiyor ve uzman sayısının da artması gerekiyor. Yani sadece düz hekim olarak bakmaktan ziyade, bunun eğitimini veren insanlar olarak da bakmamız ve bilim seviyesinde yükselmemiz önemlidir. Sayın bakanımız sabahki konuşmasında bizim mali, özlük ve emeklilik haklarımız konusunda da girişimler olduğunu söyledi. Ben bundan son derece mutluluk duydum. Hakikaten çok zorda olan eşit seviyede maalesef ek ödeme alamayan hasta sayısı v.s durumlardan

dolayı mağdur olan hekim arkadaşlarım da var. Bu nedenle bu katkıları söylemek istedim, çok teşekkür ediyorum.

Prof.Dr.Recep ÖZTÜRK-YÖK Üyesi (Oturum Başkanı): Konu ile ilgili eleştirilerinize Kayahan hoca kısa bir cevap verecek ardından tartışmaya devam edeceğiz.

Prof. Dr. Kayıhan PALA- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi/ Bursa Tabipler Odası Başkanı: Değerli meslektaşım konuşmam da Hollanda'yı şu açıdan örnek vermeye çalıştım. Hollanda'yı örnek alalım diye değil ama Avrupa birliğini ya da dünya sağlık örgütünün ortalama değerlerini yalnızca önümüze bir hedef olarak koymayalım. Başka ülkelerde durum nedir onların sağlık sistemleri ile bu rakamlar arasında bir bağlantı var mıdır? Çünkü Hollanda'yı görenler bilirler etkin bir aile hekimliği sistemi ve sevk zinciri zorunluluğu vardır. Dolayısı ile oda düşünülmesi gereken parametrelerden birisidir demeye çalıştım.

Prof. Dr. Muhittin ŞİMŞEK-YÖK Yürütme Kurulu Üyesi: Sayın bakanım, insanların birbirleriyle olan iletişimi kopuksa bundan zarar görecektir olan taraflardır. İki kişidir, çevresidir o kadar ama kurumlar birbirleri ile iletişimi kopuksa bundan millet zarar görür, devlet zarar görür. Küçük bir istatistik vermek istiyorum 1988 yılında Türkiye'de 21 tane tıp fakültesi var, 2700 öğretim üyesi var ve 4100 kontenjan var. Aradan 20 yıl geçiyor Türkiye'deki tıp fakültesi sayısı 45'e çıkıyor, hoca sayısı 3 katı aşıyor 8500- 9000 oluyor, tıp fakültesi kontenjan sayısı 4115 kaynak israfı anlamına geliyor. Ama ne oldu? Kurumlar kendi aralarında iletişime geçtiler dediler ki, Türkiye'nin böyle bir sıkıntısı var. Sağlık konusunda ciddi bir sıkıntısı var. Hatta bir ara sayın bakanımız o kadar bunalmıştı ki, yurt dışından da doktor getirelim tartışmasını bile açmıştır. Ama şimdi bugün bakıyoruz Kayahan hocamızın da eleştirdiği belki haklı olarak eleştirdiği ama artık merak etmeyiniz kontenjanı dondurduk. Eğer hoca oranı kadar tıp fakültesi oranı kadar kontenjan artmış olsaydı bugün Türkiye'nin 25 bin daha hekim olacaktı. Dolayısı ile bu iletişim kurumlar arasında ki bu iletişimi çok fevkalade önemsiyorum. O kadar ki sağ olsunlar bir YÖK'ü davet ettiğimiz zaman geçtiğimiz dönemlerde sayın bakan geldi 6 saat orada yaptığı işleri anlattı. Eksiklikleri, sıkıntıları dile getirdi ve kendisi de bizim verdiğimiz teklifleri not olarak kabul ettiler. Bu iyiye gidişin bir göstergesidir. Ben, şahıs, birey olarak doğrusunu söylemek gerekir ise bu toplantıdan inanılmaz derecede memnun kaldım. Hatta biraz önce YÖK Başkanıyla da konuştuk. Doğrusu sağlıkta yaptığımız bu çalışmaların şu istatiki verilerin bütün birimler için mühendislik için, sosyal birimler için önümüzde olması gerektiğini de arz etmek isterim.

Prof.Dr.Recep ÖZTÜRK-YÖK Üyesi (Oturum Başkanı): Safa hocamız, Kayahan hocamıza bir soru yöneltecek, daha sonra Muzaffer Şeker hocama söz vereceğiz.

Prof. Dr. M. İ. Safa KAPICIOĞLU- Keçiören EAH Başhekim, TUK Üyesi, Kongre Yürütme Kurulu Başkanı: İki husustan bahis etmek istiyorum. Birincisi tıp fakültelerindeki öğrenci sayısı ve anfilerdeki yoğunluktan bahis etti Kayıhan hocamız. Ben 1983 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunuyum. 1977 yılında Tıp Fakültesi'ne girerken 500 öğrenci olarak girdik. Bugün 500 öğrenci alan tıp fakültesi var mı bilmiyorum. Ve biz ikili öğretim yaptık yani bir hocamız aynı dersi iki kere anlatırdı. Yani bu bir çözüm olabilir, bunu söylemek istedim. İkincisi de bu insan gücü planlaması yapılırken Kayıhan hocamızın bahis ettiği çok değerli bir çalışma var. 198 ülkede ve 262 değişkenle yapılan bu çalışmayı Hacettepe Üniversitesindeki bir toplantı da Feride Aksu Tanık hanımefendi sunmuştur. Aynı soruyu orada da sormuştum . Kendilerine sorum şuydu. Bu 198 ülkenin içerisinde bizim örnek aldığımız gelişmiş ülkeler var mı? Ve bu değişkenler tüm bu ülkelerde aynı standartla mı kullanıldı? Bu sorunun cevabını da çok net olarak alamamıştım. Çünkü bu çalışmanın yapıldığı ülkeler içerisinde gelişmiş ülkelerin olmadığı cevabını almıştım. Birde değişkenler çok fazla

olduğu için standart verilerin elde edilmesinde bazı sıkıntılar olduğunu düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Kayihan PALA- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi/ Bursa Tabipler Odası Başkanı: Teşekkür ederim bana söz hakkı verdiniz. Önce şunu söyleyeyim 326 öğrenci, 220 derslikli bir anfi bende orada öğretim üyesiyim. Başka bir şey söylemeyeceğim yorumu size bırakıyorum. Dediğiniz yöntem uygulanabilir mi evet uygulanabilir ama şu anda öyle bir sistemimiz yok. Biz bu öğrencileri nasıl sınav yapacağız diye kara kara düşünüyoruz. İkinci söylediğiniz çalışma ile ilgili ben çalışmaların ayrıntılarını bilmiyorum. O ekte yer almadım ama bu çalışmayı dinlemiş olmanız ve etkilenmiş olmanız bence çok güzel. Belki bu çalışmada sizin söylediğiniz zaafı giderecek sağlık bakanlığının da katıldığı, akademisyenlerin bulunduğu yeni bir çalışma üretilebilir. Bu bence çok daha güzel olur, o zaman rakamlar daha ayakları yere basan rakamlar olur.

Prof. Dr. Muzaffer ŞEKER- Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektörü- Öncelikle olarak sunum yapan değerli hocalarımıza teşekkür ediyorum. Çünkü bir hayli güç ver toplanan ülkede yaşıyoruz. Burada iki konuyu belirtmek istiyorum, özellikle Haluk Bey'in vermiş olduğu bilgiler içerisinde eğer fotoğrafa tam bakmak istiyorsak, bir başka veriyi daha sunması gerektiğini düşünüyorum. Öğretim üyesi sayısı 10'dan fazla olan ana bilim dalları veya 6'dan fazla olan ana bilim dalları gibi bir çalışmaya ihtiyacımız var. Bu anlamda sayın bakanımızın da konuşmasında belirttiği gibi öğretim üyesi mobilizasyonu (hareketliliği) diye tanımlayabileceğimiz insan gücü kaynağının sağlıklı kullanılabilmesi için yapılması gerekenler var. Ancak elimizdeki insan gücünü ancak bu şekilde kullanabiliriz, yoksa coğrafi dengesizliği başka türlü gideremeyiz. Bir diğer konu konuşmalarda ortaya çıkan bir tablo var ki temel tıp bilimlerinde mutlaka pozitif ayrımcılığa ihtiyaç var. Ve dengeli bir temel tıp bilimi politikası oluşturulması gerekiyor. Yoksa hepimizin rakamlar üzerinden söyleyebileceği çok farklı yorumlar olabilir. Ama acil bu iki konu öne çıkıyor. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hamit OKUR- Medeniyet Üniversitesi Rektörü- Ben kamu hastaneleri birlikleri konusunda söz almak istedim. Sözüme Mustafa Solak hocamızın verileri ile başlamak istiyorum. Mustafa Solak hocamız üniversitedeki tıp fakültesindeki öğretim üyesi sayılarının 17 bin civarında olduğunu belirttiler. Eğitim araştırma hastanelerinde ise 2000 civarında öğretim üyesi mevcuttur. Tıpta eğitim yüküne baktığımızda bu yükün en az yarısını eğitim ve araştırma hastaneleri kaldırıyor. Dolayısı ile öğretim elemanı arasında ciddi bir çarpıklık söz konusu burada sayın bakanımızın ve bakanlığımızın bir uygulamasını takdir ederek teşekkür etmek istiyorum. Üniversitelerin eğitim araştırma hastaneleri ile devlet hastanelerinin iş birliği protokolü dolayısı ile üniversitelere yetişmiş insan gücü bu şekilde ciddi anlamda ihtiyaç olan eğitim ve araştırma hastanelerinde karşılığını bulmuş oldu. Şimdi sayın doktor Çağır bey, kamu hastaneleri birliklerinde eğitim koordinatörlüğünden bahis ettiler. Bu işbirliği protokolünde "tıp fakültesi dekanı ile eğitim araştırma hastanesi başhekimisi uyum içerisinde çalışır ve eğitim faaliyetini yürütür" hükmü mevcut. Bizde bunu güzel bir şekilde uygulamaya devam ediyoruz. Bu kamu hastane birliklerinde birkaç farklı üniversite ile afile olmuş eğitim araştırma yada devlet hastanelerinde bu eğitim koordinatörlüğü uygulaması nasıl olacak? Bunu merakla beklediğimiz için öğrenmek istedim. Bu konuda somut bir düşünceleri, uygulamaları olacak mı? Teşekkür ediyorum.

Uzm. Dr. Hasan ÇAĞIL- Kamu Hastaneleri Kurum Başkanı- Afilyasyonu devam etmekte olan üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleri bundan sonraki birlik yapısı içerisinde nasıl bir şeye dönecek? Bunu bizde çalışıyoruz ama bu atılmış olan adımlardan geri dönmeyeceğiz. Zaten birlik yapısında da maksadımız buydu. Eğitime katkısının da bu yönde olacağını kaynaklarının ortak kullanılması yönünde de söylemişim. Şu an çok net bir şekilde şunu şöyle yapacağım diye söyleyebileceğim bir şey yok. Ama çalışmalarımız var.

Prof. Dr. Mehmet Zeki Taner- TUK Üyesi: Son zamanlarda özel sağlık sektörünün hem sağlık bütçelerinden aldığı pay, hem fiziki kapasiteleri, teknik kapasiteleri hem de kamu sektöründen transfer ettiği deneyimli, birikimli akademisyenleri dikkate alırsak, bunların da mutlaka sağlık eğitimi kapsamında hizmete dahil edilmesi gerektiğine inanıyorum. Bununla ilgili çalışmalar yaparsak yararlı olur diye düşünüyorum.

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM-Türk Hemşireler Derneği: Sağlık eğitimi konusunda her zaman kabul edilen, olmazsa olmaz olarak kabul edilen hemşirelik var. Bu anlamda tabii dünyada bütün ülkelerde sayısal açık bir noktada tartışılabilir. Teşvi içinde öyle dünyanın en gelişmiş ülkelerinde asla istenilen sayıya her zaman ulaşılmamıştır. Türkiye içinde bu böyle olacaktır fakat Sayın Solak hocamızın bir tablosu vardı. Bilmiyorum diğer katılımcılar bundan etkilendiler mi? Ama ben çok etkilendim. O tablo içerisinde bütün sağlık meslekleri tamamıyla sağlık formasyonu alırken, orta öğretime dayalı olarak tek başına formasyon alan hemşireliktir. Oysa hemşirelik bilindiği gibi dünya sağlık örgütüne diğer uluslararası kuruluşların ortaya koyduğu önerilerle, sağlık bakım sisteminin geliştirilmesinde olmazsa olmaz ile niteliği ile tartışılmaz bir yere sahiptir. Evet, sayısal açığı ülkeler gidermeye çalışırken çeşitli alternatifler yapıyorlar. Ama en önemli şey toplumun tüm kesimlerinin katılımı ile bir araya giriyorlar. Ama hiçbir ülke bizim ülkemizde olduğu gibi temel eğitim standardını aşağıya çekerek bu açığı kapamaya gitmiyor. Son şey kamu hastane birliklerinin son yapısal hemşirelik hizmetlerinin hezimetle uğradığını söylemek istiyorum. Oradaki yapılanmalarda hastanelerinin tarihi boyunca var olmuş hemşirelik kavramının kaldırıldığını görüyoruz. Tıp hizmetleri müdürlüğü, tıp hizmetleri direktörü kaldı mı? Hekimlerin ısrarı üzerine başhekimlik yer almasına karşı başhemşirelik olmadı. Sağlık bakımları müdürü, tıp dışındaki tüm profesyonelleri içeren bir yapı öngörüyor. Bu yapıda hemşirelik olacağı tanımlanmıyor. Bir diyetisyen hemşirelik hizmetlerini yönetebilir, bu da çok ağır olur. Hemşirelerinde diğer meslekleri yönetmek gibi bir iddiası yok. Teşekkür ederim.

Prof.Dr.Recep ÖZTÜRK-YÖK Üyesi (Oturma Başkanı): Efendim, şimdi soru kısmını burada bitiriyoruz. Şimdi Sayın Bakanım ve Sayın YÖK başkanım sağ olsunlar oturumun sonuna kadar izlediler. Kendilerinin bu tartışmalar konusunda son söyleyeceği mutlaka olabilir. Sayın Bakanım.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ-Sağlık Bakanı: Bütün katılımcılara çok teşekkür ediyorum. Hakikaten çok yararlı bir oturum oldu. İki gün önce bir İngiliz uzmanla bir konu tartıştık, o İngilizce olarak ifade etti. Ancak ben şimdi otururken Türkçeye çevirdim. Bir değişim sürecinde "karmaşık kolaylık" diye bir tabir var, bir de "basit zorluk" diye bir tabir var. Ben bir akademisyenim ama Sağlık Bakanı olduğum sürece pratisyenim. Bir pratisyen olarak basit zorluğu uygulamam gerektiğini çok iyi biliyorum. Nedir basit zorluk? Türkiye'de sağlık iş gücü sayısı arttırılmalı, beraberinde yüksek kalitede tutulmalıdır. Bu iş gücünü oluşturmak için hangi eğitimi verecek ise temel tıp eğitimi, anfi ihtiyacı bunların hepsi de tamamlanmalıdır. Hem de en kısa sürede. Bu basit zorluktur. Bana göre ihtiyaçtır. Karmaşık kolaylık da formüllerin arkasına geçmek, bir takım teorilerden bahis etmektir. Arkadaşlarımız çok güzel istatistiksel bilgiler verdiler. Türkiye'nin bir gerçeği var. Türkiye'de artık doktor dağılımı düzenlidir. Bir defa pratisyen doktor dağılımı o kadar düzenli ki, bunu mevcut pratisyenleri 100 birim üzerinden değerlendirirseniz dağılım 90 ile 110 arasında değişiyor. Bunu çok az ülke başarmıştır bugüne kadar ama biz bunu başarabildik. Uzman dağılımı, bunu Sayın Pala gösterdi. Grafiklerde oda artık oldukça düzenlidir. Birisi çok düzenli, diğeri de oldukça düzenli. Uzman dağılımı da bir çok batılı ülkede bu kadar düzenli değil. Hele Türkiye gibi kırsal çok alan bir coğrafya düşünürseniz, mesela Konya'nın 30 küsur ilçesi var, Erzurum'un Erzurum'a 180 km uzaklıkta ilçesi var, ve orada sağlık hizmeti vermek zorundasınız şimdi oldukça düzenli dağılmış uzmanlarımız var. En kısa sürede Türkiye'de geniş katılımlı bir çalışma yaparak ki, buna Sayın Pala'nın da iştirakini çok

arzu ederim, doktora müracaat edenler ne kadar gereksiz müracaat ediyor yada müracaat etmesi gereken insanlar müracaat ediyor mu? sorularını cevaplayalım. İkisini de birbirinin üzerine toplayarak bir araştırma yapalım. Bugüne kadar olan tecrübelerimle inanıyorum ki, muhtemelen mevcut müracaatlardan gereksiz müracaatlar çıkacak. Bunları bir şekilde azaltmaya çalışmalıyız ama onun belki iki katı kadarda müracaat etmeyen vatandaş çıkacak. Biliyor musunuz bu ülkede saha araştırması yaptığımız zaman diyabet olarak %10 ila % 13 çıkıyor ama kendisinin diyabet olduğunu bilenler % 5 ila 6 çıkıyor. O zaman bu müracaat sayılarının hayali olmadığını, ihtiyaç olduğunu hele Türkiye gibi obizetinin son derece yüksek olduğu, kalp hastalıklarının yüksek seyrettiği bir ülkede, diyabetin yüksek olduğu bir ülkede bu başvuru sayılarının önümüzdeki yıllarda bütün koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen azaltılamayacağı bir gerçektir. Eğer koruyucu hizmetlerden bahis edersek, sağlıkta koruyucu hizmetlerin Türkiye’de zirveye çıktığı bir konumdur. Mesela biz hastalık yükünden bahis ederken, geçmişin ağır enfeksiyon yükünden bahis etmiyoruz. Ama bireysel yaşamla ilgili olan hastalıklar herhalde önümüzdeki 20-30 sene bütün çabalarımıza rağmen önemli bir yükü oluşturacak. Şimdi hayati soruyu soruyorum biraz önce İzmir’den bir arkadaşımız konuştu, bir başka arkadaşımız konuştu. Doktor sayısının bu düzenli dağılımla birlikte en fazla olduğu şehirler Ankara ve İzmir’dir. Burada Ankara’da çalışan arkadaşlarım bana desinler ki, yada İzmir’de çalışan doktor arkadaşlarım bakanım bizim işimiz gücümüz yok oturuyoruz. Ankara’da o kadar çok hastamız var ki, boğuluyoruz. Bunun adına pratisyen hekim deseniz, aile hekimi deseniz, uzman deseniz değişmez ki. Türkiye’de hekimler üzerinde çok büyük iş yükü var. Biz bir randevu sistemine geçiyoruz, Martin sonunda İstanbul dahil bütün Türkiye’de geçeceğiz. Yapabildiğimiz randevu aralarında 10 dakika olarak ayarlamaktır. Türkiye’de ortalama bir hasta ile doktorun karşılaşma süresi 2000 yılında 4,5 dakikaydı. Yani sistemden dolayı şimdi bunu 10 dakikaya çekebiliyoruz. Ama ben çocuk sağlığı hastalıkları uzmanıyım, hayatımı politikaya girmeden önce bu yönde harcadım. Ben 20 dakikadan önce bir hastaya bakmam. Şimdi biz doktorlarımıza diyoruz ki, 10 dakikada bak. Eskiden 4 dakikada bakıyorlardı, şimdi 10 dakikada bakmaya çalışın diye yöntemler aramaya çalışıyoruz. Doktorun işini daha nasıl azaltırız? İşin özü şu değerli hocalarım. Türkiye’de 120 bine yakın hekim vardır. Bir hekim desin ki, efendim bizim işimiz gücümüz yok akşama kadar oturuyoruz. Siz hekim sayısını neden arttırıyorsunuz? Varsa böyle bir şey kalsın söylesin. Böyle bir şey olmadığına göre yanlış bir tartışmayı yanlış yerden götürüyoruz. Yani bu ülke dağın başındaki hastasını helikopter uçakla taşıyor da öğrencilerine anfi mi yapamayacak? Burada bir kusur varsa, o bugüne kadar YÖK yönetimleri ile ya da üniversite yönetimleri ile hükümet arasındaki iletişim kusurudur. Anfi yaparız, temel bilimlere öğretim üyesi de yetiştiririz, öğretim üyelerinin bilgilerinin paylaşılmasını da sağlarız. Yeter ki buna inanalım. Türkiye’nin buna gücü yeter, öğretim üyesi oluşturmaya da gücü yeter, amfi yapmaya da gücü yeter. Bugün küçük şehirlerde tıp fakültesi açmışsak, onları bir şekilde değerlendirerek eğitimleri sağlamaya da gücü yeter. Ama doktor sayımız az mıdır, çok mudur tartışmasını bağışlayın abes görüyorum. Bunu en iyi biçimde nasıl gerçekleştireceğiz, o sayılara nasıl ulaşacağız biz bunu tartışalım. İşin bir diğer tarafı da şudur değerli katılımcılar. Konuşmamda da söylemeye çalıştım. Türkiye sağlık turizmi açısından dünyanın en önde gelen bir ülkesi durumuna hızla ilerliyor. Çok kaliteli doktorlarımız var, kaliteli sağlık hizmeti sunabiliyoruz ve bunun maliyetlerini çok hesaplı sunabiliyoruz. Tabiri caizse biz dünya tekellerinin belini kırdık. Türkiye’de ilaçta ucuz, MR çekimi de ucuz, cihaz da ucuz, malzeme de ucuz. Dolayısıyla bu ülkede kaliteli ve mükemmel bir sağlık hizmeti sunma imkânımız var. Doktor sayımızın artmasından neden korkuyoruz? Türk Tabipler Birliği başından beri Küba modelini önermiştir. Şimdi hala öneriyor mu bilmem ama bir çok konuşmada bunlar önerildi. Hatta Küba’ya birlikte gidecektik de biz o zaman eczacılar birliği başkanı ile gittik. Küba’da Türkiye’nin nüfusunun altı katı doktor var, biz Türkiye’de doktor yetiştirmekten neden korkuyoruz? Biz Türkiye’de doktor yetiştirirsek, hemşire yetiştirirsek o zaman sağlık çalışanları mutlu olacak. Evet, bir çok sebebi vardır sağlık çalışanlarının mutsuz olmasının,

çok mutlu olduklarını da maalesef söyleyemiyorum. Ama sağlık çalışanının en büyük mutsuzluğu, daha doğrusu mutsuzluğunun en büyük kaynağı aşırı iş gücüdür. Biz Türkiye’deki hastaları Yemen’e mi göndereceğiz? Biz onlara Türkiye’de bakmak zorundayız. Ona koruyucu sağlık hizmeti de versek, sağlık promosyonu hizmeti de versek, tedavi hizmeti de versek bunu Türk doktorları ve Türk hemşireleri yapacaklar. Bu ülkede çalışan insanlar yapacaklar. O zaman biz bu sayıyı arttırmaya mecburuz. Bunu kabul ettiğimiz zaman bu tartışmaların bir yerde noktalanması durumunda ben inanıyorum ki, işimiz kolaylaşacak. Umarım bu kongre, bu noktalarda da önümüz açacak. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK-YÖK Üyesi (Oturma Başkanı): Sayın Bakanım, teşekkür ediyoruz.



2. OTURUM

TIPTA ve DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK EĞİTİMİ

TUK ÇALIŞMALARI, MEVCUT DURUM VE GELECEK VİZYONU

Uzm. Dr. Engin UÇAR, ucar.engin@saglik.gov.tr

Sağlık Bakanlığı TUK Sekreteryası

Ekranda, 11.04.1928 gün ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'u görülmektedir. Bu meşhur kanunumuz, hala sağlık meslekleriyle ilgili geçerli olan ana kanundur. Sanatlarının altını çizdim, çünkü bizler bir bağlamda sanatçıyız. Bu kanunun çıktığı yıllarda klinik branşlarda dokuz, laboratuvar branşlarda altı adet olmak üzere toplam on beş adet uzmanlık vardı. Kanundan sonra çıkan tüzükle, bu uzmanlık alanları tarif edilmişti. İç hastalıklarının emrazı dahiliye, kadın doğumun fenni vilade ve emrazı nisaiye diye anıldığı dönemler.

Uzmanlık eğitimi, pek çok mevzuatla yönetiliyor. Mevzuat dediğiniz zaman; kanundan başlayıp tüzükle devam eden, yönetmelik, yönerge, genelge hatta sorulan bir soruya karşı idarenin verdiği cevaplar bile mevzuat olarak kabul edilebilir. Bu, dinamik bir süreç şeklinde yüzyıla yakındır ülkemizde devam eden bir eğitim.

Şuan ekranda gördüğünüz, 1929 yılında çıkan ve uzmanlık eğitimi düzenleyen ilk tüzüktür. O zaman ki adıyla, nizamname. Tababet ve ihtisas vesikaları hakkında nizamname, Reisi Cumhur, Gazi Mustafa Kemal, Başvekil İsmet, Sağlık Bakanımız Doktor Refik o zaman. tuksaglik.gov.tr Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun resmi yayın yaptığı web sitesi, bu bir ekran görüntüsünde mevzuat silsilesini görüyorsunuz 1929'dan 1947 ye ve 1956 ya doğru gidiyor. 1929 da değişiklik var. Diğer tüzüklerde de değişiklikler var. 1973 tüzüğü, uzun süre yürürlükte kalan tüzüğümüz. 1974 renkli isimle olan bir yönetmelik, oda çok uzun süre yürürlükte kaldı. 2002, 2007 ve 2009 diye devam ediyor silsile.

Şuan ekranda gözüken, 2009 yılında yürürlüğe giren ve bizim TUE dediğimiz, uzmanlık eğitiminin detaylarının düzenlendiği ana yönetmelik. Uzmanlık eğitimiyle ilgili başka mevzuatlarda var. Sağlık hizmetleri temel kanunu var. Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği var. Yükseköğretim kanunun kendisi var. Yanda uzmanlık eğitimine giriş sınavı yönetmeliği var.

Tıpta Uzmanlık Kurulu, bu mevzuat silsilesinde nerede yer alıyor? İlk defa 1973 yılında asistanlık sınav sorularının hazırlanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, 1973 tüzüğünde bugün ki görevlerine çokta benzeyen bir yapıyla tarif ediliyor. İsmi, Tababet Uzmanlık Kurulu o zaman. Tababet Uzmanlık Kurulu'nun yapısı, görevleri, çalışma şekli, uzmanlık eğitimi yetkisi vermesi, kaldırması, sınav jürisinin kuruluşu gibi çeşitli konuları aslında 1973'e göre beni şaşırtacak kadar detaylı olarak planlanmış ve mevzuatımıza girmiş.

Hemen ertesi yıl, yani 1974 yılında çıkan yönetmelikte; madde 1 ve 5'de asistan yetiştirmeyi yetkili kılacak sağlık kurum ve birimlerinin niteliklerinden tutun, müfredat hazırlamaya, jüri oluşturmaya, yetkili kılınmış bir kurul ama bunları kullanmamış. Uzun süre kullanmamış.

1983 yılında, tüzük değiştiğinde TUK'un ilk defa sahneye çıktığını görüyoruz. Bir geçici maddeyle tüzüğü değiştirmişiz. Tüzüğün 5. maddesinde belirlenen ana dallarda uzmanlık hakkını kazanmış olup, ana dalla ilgili yan dallardan birinde diye devam ediyor. Ana dalla ilgili ihdas edilen yan dallara uzmanların başvurmaları ve Tababet Uzmanlık Kurulu'nca değerlendirilerek uygun görülenlere bakanlıkça belge verme işlemi, 1983'te ilk defa tahsis edilmiş. Bugünkünden hiçbir farkı yok yani. 1990 yılına geliyoruz, yine tüzük değişikliği. Kardiyoloji ana dal olmuş fakat kardiyoloji uzmanlık belgesi almak isteyenlere tababet uzmanlık kurulu karışmamış. Orada otomatik bir sistem var, çokta ilginç. Ağırıklı iç hastalıkları, kardiyoloji ağırlıklı iç hastalıkları asistanlarının kardiyolojiye

geçmesi ve kardiyolog olarak mezun olması şeklinde bir düzenleme var. Geçici 3. madde de ise, çocuk enfeksiyonu ve neonatoloji yan dallarının ihdası var. Aynı şekilde Tababet Uzmanlık Kurulu'na görev ve yetki verilmiş.

1995 yılına geldiğinde geriatri, ayrıca ilk ve acil yardım ihdas edilmiş. Acil tıbbın dedesi diyebileceğimiz bir uzmanlık dalı bu, ilk ve acil yardım. Bazı yerlerde tartışmalar olduğunu duyuyorum. 'İlk ve acil yardım ya da acil tıp cerrahi bir branş mıdır, dahili bir branş mıdır?' diye. 1995'te oluşturulduğunda iç hastalıkları ve genel cerrahiye açık, yani ikisine birden açık bir dal olarak oluşturulmuş. Bu da çok ilginçtir.

1995 ve 2000 yılları arasında tüzük değişikliği için çalışmalar yapılmış. Bir kaos dönemine girilmiş tabiri caizse. Sene 2000 ve Tababet Uzmanlık Kurulu beş yıldır toplanamıyor. 2001 yılında, 1974 yönetmeliğinin değiştirilmesi amacıyla ve gündemiyle Tababet Uzmanlık Kurulu toplanıyor. Yeşil renkli gözüken satır kurulun kabul ettiği konuları özetliyor. TUK'un görüşü alınarak EPK, koordinatör şef, branşa göre yatak sayıları gibi bazı standartların mevzuata katıldığı bir dönem. Kırmızı olanlar ise TUK tarafından reddedilmiş, olumsuz görüş verilmiş ve mevzuat olmaktan çıkmış olanlar. Buda çok ilginçtir. Mesela dokuza karşı iki, o iki kişi kimdi bilmiyorum, merkezi mesleki bilgi sınavı yapılması görüşüne olumlu görüş vermiş.

2002 yılında, 1973 tüzüğü kaldırılıyor. Ahmet Necdet Sezer'in Cumhurbaşkanı olduğu dönemde Bülent Ecevit Başbakan, Osman Durmuş Sağlık Bakanı ve bir tüzük yayınlanıyor. Tüzük üzerinde çok tartışmalar oluyor. Açılan bazı davalar var. Çok sayıda dava var. Özellikle de Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun sürekli bir kurul olması niteliğinde dayanılarak Tıpta Uzmanlık Kurulu'yla ilgili kısımları önce yürütmesi durduruluyor sonra iptal ediliyor. Bazı uzmanlık dallarıyla ilgili kısımlar yine aynı şekilde ve neticede, tüzük tam fonksiyonelliğini kaybediyor. TUK, 2002 yılında iki defa toplanıyor. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun görevlerinden ilki, tüzüğe bağlı bir yönetmelik çıkarması fakat bu yönetmeliği çıkaramıyor. Sonrasında, TUK üyelerinin devam etmemesi üzerine toplanamaz bir hale geliyor. İş daha da çıkmaza giriyor. Bu arada açılan davalar sonucunda 2005 te ayrı bir tüzük çalışması başlıyor, bud a düşünle sonuçlanıyordu tabiri caizse. 2005 yılı mayıs ayında Danıştay'dan da olumlu görüş alınarak taslak, Danıştay dairesi tarafından onaylanarak yürürlüğe konulmaya çalışılıyor. Fakat başka bir Danıştay dairesi tarafından tüzük tasarısı reddediliyor.

2007'ye geliyoruz. 1219 sayılı kanununda bir madde değiştirilerek Tıpta Uzmanlık Kurulu kanunla tarif ediliyor. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun toplanmasını temin edecek o mevzuattaki boşluk, idare tarafından giderilmeye çalışılıyor. Kanun çıktıktan sonra ilgili kurumlar üye vermediği için bir yıl boyunca bu kurul yine toplanamıyor. Kanun çıkar çıkmaz ilk gönderilen üye, Gülhane askeri tıp akademisi üye belirliyor ve gönderiyor. Bunu da belirtmek istiyorum. 663 sayılı kanun hükmünde kararname üzerinden daha bir yıl bile geçmedi. Galiba, Tıpta Uzmanlık Kurulu'yla ilgili süremiz şu anda çok kısaldı.

Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun faaliyetlerinden kısaca bahsedeyim. Tıpta Uzmanlık Kurulu düzenli çalışmalarına başladığından bu yana, Temmuz 2008-Mayıs 2009 arasında TUEY'e taslak çalışmalarını yapıyor ve yönetmeliği çıkarıyor. Esas kritik rollerinden birisi, asistan planlamasıyla ilgili Türkiye toplam kontenjanları ve kurumlara dağıtılmış kontenjanların yayınlanmadan önce onaylandığı bir kurul Tıpta Uzmanlık Kurulu. Uzmanlık öğrencisi nakillerini yapıyor. Kurumlara inceleme ve değerlendirme ziyaretleri yapıyor. Müfredat ve standartlarla ilgili görevi, bence en önemli görevlerinden birisidir. Bu konuda çalışmak üzere, TUKMOS komisyonları oluşturuldu. Müfredat ve standart oluşturma sistemine ait komisyonlar. 96 uzmanlık dalında, bine yakın hocamız burada görev yapıyor. Birinci dönemleri bitti. Birinci dönemi tamamlayan komisyonlar, taslak şeklinde olan komisyonla-

rın ürününü müfredat ve standartlar konusunda bakanlığa teslim etti.

İkinci dönem üyeler, önümüzdeki dönemde bu konudaki çalışmalarını nihayete erdirecek. Çekirdek müfredat ve standartlar resmileşecek. 1973 yılından bu yana üzerinde çalışılmayan, güncellenmeyen rotasyonlarla ilgili Tıpta Uzmanlık Kurulu yine bu komisyonlar marifetiyle bir çalışma yürüttü ve yeni rotasyonlar ilan edildi.

İhdas edilen dallara başvurular, 2009 yılında yaklaşık 2500 kişi. Başvurunun mahkeme kararıyla değerlendirilen kısmı, 2500. Bunlardan 1250 civarında olanı, belgelendirildi. 2011 yılında ise, 1219 ile ihdas edilen dallara 1600 civarında başvuru var. Bu konudaki çalışmalar, henüz sona ermedi.

Tanınımlılık listesi, denklikle ilgili bir husus olduğu için üzerinde çok durmayacağım.

Gelecek vizyonunda, insan gücü ve analizi planlaması iş yükü parametreleri ve asistan kapasite endeksi olarak ikiye bölüyorum. Bir de standartlar ve müfredatlar belirlenmeli ki, yapılabilirsin. Bir ölçüt ortaya konulabilmeli ki, denetleme yapılabilirsin. Bu üçü, birbirine bağlıdır aslında. İş yükü parametrelerinde bir uzmanlık alanında reel iş yükü ile ideal iş yükünü öncelikle tespit etmemiz gerekiyor. İnsan gücü planlamasının, bence en önemli noktası budur.

SAĞLIK BAKANLIĞI İHTİYAÇ ANALİZİ VE 2023 VİZYONU

Op. Dr. Orhan KOÇ

Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlığa ayrılan kaynakların rasyonel kullanılması ve atıl kapasite yaratılmaması amacıyla ülkemizin coğrafi yapısı ve nüfus dağılımı, nüfusun sağlık merkezine uzaklıkları, bölgenin ulaşım kriterleri ve mevcut sağlık envanterleri dikkate alınarak bölgesel planlama çalışmaları başlatılmıştır. Bu anlayış çerçevesinde 29 Sağlık Hizmet Bölgesi oluşturulmuştur.



Ayrıca, ülke genelinde tesis ve donanım bakımından ileri teknoloji ve yüksek maliyet gerektiren, alanında uzmanlaşmış nitelikli sağlık insan gücü gerektiren özellikli sağlık hizmetlerinin (kemik iliği, organ nakli merkezleri, robotik cerrahi sistemleri, cyberknife, mikro cerrahi uygulamaları vb.) planlanması kapsamında 10 üst bölge merkezi belirlenmiştir.

Bölge merkezli sağlık planlamasında, nüfus yoğunluğu, sosyo-ekonomik yapı, kentleşme ve sanayileşme, ulaşım alt yapısı, sağlık hizmeti sunumunun kalitesi ve kapasitesi gibi temel göstergeler baz alınarak bölge sağlık merkezi statüsünü üstlenebilecek iller, sağlık bölgesinin merkez ili olarak saptanmıştır. Sağlık bölge merkezi olarak belirlenen illerden ileri seviyede sağlık hizmeti almak üzere alt bölge merkezi iller ve sağlık hizmeti sunumu bakımından bu illere bağlı güçlendirilmiş ilçeler tespit edilmiştir. Toplam ve merkez nüfusu ile sosyo-ekonomik yapılanması bakımından ikinci basamak yataklı tedavi kurumu planlanması rantabl olmayan küçük ilçeler ise sağlık bölgesi yapılanması içerisinde güçlendirilmiş ilçelere bağlanmıştır.

Neden Hastane Rollerini?

Bölgesel sağlık yapılanması, yataklı sağlık tesisi hizmet sunum rollerinin yeniden belirlenmesi ihtiyacını doğurmuştur. Roller, hastanelerin hizmet verdikleri nüfusun sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç ve beklentilerine uygun yapılar tasarlanmıştır.

Hastane sınıflandırmasındaki kriterler:

Nüfus,

Sosyo-ekonomik yapı, ulaşım olanakları,

Mevcut insan gücü,

Sağlık tesisinin şartları,

Hizmet sunum kapasitesi.

Hastane Rollerinin Kurum Bazlı Belirlenmesi ve Gruplandırılması

A-I Grubu Genel Hastaneler

Bakanlıkça ilgili mevzuatına göre en az beş branşta eğitim yetkisi verilmiş ve buna göre eğitim kadroları tamamlanmış, üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, eğitim araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü ve aynı zamanda uzman ve yan dal uzman tabiplerinin yetiş-tirildiği genel dal yataklı tedavi kurumları A-I Grubu hastaneler olarak adlandırılır.

Kriterleri:

Bakanlıkça ilgili mevzuatına göre eğitim yetkisi verilmiş olması,

Bakanlıkça eğitim yetkisi verilen uzmanlık dallarında eğitim kadrosunun tamamlanmış olması,

Bünyesinde Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu oluşturulabilmesi,

Hastanenin statüsünün gerektirdiği ileri tetkik ve tedavi hizmetleri ile görüntüleme hizmetlerinin kurum bünyesinde veya hizmet alımı yolu ile karşılanabilmesi,

Asgari dört branş olmak kaydıyla, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın-doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları (kadın-doğum ve çocuk branşlarında o ilde dal hastanesi mevcut ise bu branşlar istisna tutulur), beyin cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, kardiyo-ve anesteziyoloji ve reanimasyon branşlarında 6 ve üzeri uzman tabip bulunması ve müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilmesi,

Kurum harici veya il dışından üçüncü basamak sağlık hizmeti ihtiyacı için sevkle gelen hastaların kabulünü yapması ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilmesi,

Bünyesinde; III. Basamak yoğun bakım ünitesi ve III. Seviye Acil Servis bulunması gerekir.

Ortalama uzman doktor standardı sayısı 400 civarında

A- II Grubu Genel Hastaneler

Bölge sağlık merkezi statüsündeki illerde veya bu merkezlere bağlı illerde faaliyet gösteren, eğitim-araştırma statüsü bulunmayan ve aşağıdaki kriterlere uygun olan genel hastaneler, A-II Grubu Hastaneler olarak adlandırılır.

Kriterleri:

Sağlık bölge merkezi konumundaki illerde veya bu ilere bağlı alt bölge merkezi olan illerde ikinci basamak, yataklı sağlık tesisi statüsünde faaliyet göstermesi,

Bünyesinde; dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk hastalıkları olmak üzere enaz dört branşın her birinden (ilgili branşlarda dal hastanesi bulunan yerleşim merkezleri hariç olmak üzere) 6 ve üzeri uzman tabip bulunması ve müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilmesi,

Ağır ve yüksek riskli hastaların yatırılarak takip ve tedavilerinin sağlanabilmesi, komplike hastaların kabul ve tedavi edilebilmesi,

Bünyesinde III. Seviye Acil Servis bulunması,

Bünyesinde; III. Basamak yoğun bakım ünitesi bulunması,

Hastanenin statüsünün gerektirdiği tetkik ve tedavi hizmetleri ile görüntüleme hizmetleri gereksinimlerinin kurum bünyesinde veya dışarıdan hizmet alımı yolu ile karşılanabilmesi gerekir.

Ortalama uzman doktor standardı sayısı 250 civarında

B-Grubu Genel Hastaneler

Kriterler :

İl merkezinde veya güçlendirilmiş ilçe merkezi konumunda olan ilçelerde faaliyet göstermesi,

24 saat esasına dayalı olarak dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti tutulabilmesi,

Bünyesinde en az II. Seviye acil servis ve II. Basamak yoğun bakım ünitesi bulunması, gerekir.

Ortalama uzman doktor standardı sayısı 120 civarındadır.

C-Grubu Genel Hastaneler

Kriterleri:

Güçlendirilmiş ilçelerde veya sağlık hizmet sunumu bakımından sağlık bölge planlaması kapsamında güçlendirilmiş ilçe merkezleri ile irtibatlandırılmış ilçelerde faaliyet göstermesi,

Bünyesinde; dört ana branşta uzman tabibin hizmet vermesi ve ilave olarak diğer branşlardan en az ikisinden uzman tabip bulunması,

Bünyesinde en az I. basamak yoğun bakım ünitesi ve I. seviye acil servis bulunması gerekir.

Ortalama uzman doktor standardı sayısı 50 civarında

D- Grubu Genel Hastaneler

Kriterler:

Dört ana branşta; her branş için en az 1 uzman tabip planlanmasının yapılmış olması ve aile hekimi dahil olmak üzere birden fazla uzman tabibin mevcut olması,

Mevcut uzmanlık dallarında uzman düzeyinde poliklinik muayene hizmetleri verilebilmesi ve yatırılan hastaların uzman düzeyinde takip ve tedavisinin sağlanabilmesi,

Acil sağlık hizmetlerinin 1. seviye acil servis yapılanması içerisinde sunulabilmesi,

Bünyesinde, ameliyathane, ameliyat sonrası bakım odası, dış polikliniği, doğumhane, monitörlü

gözlem odası bulunması,

Diyaliz biriminin ihtiyaca göre yapılandırılabilmesi,

Lüzumu halinde D grubu hastanelerin E-I grubu hastane statüsüne dönüştürülebilmesi, gerekir.

Ortalama uzman doktor standardı 12 civarında

E-Grubu Hastaneler

E-I Grubu Hastaneler: Toplam nüfusu 18 bin ve üzerinde olan ilçelerde faaliyet gösterir. Uzman doktor standardı 12 dir.

E-II Grubu Hastaneler: Toplam nüfusu 9 bin ila 18 bin arasında olan yerleşim birimlerinde faaliyet gösterir. Uzman doktor standardı 2 dir.

E-III Grubu Hastaneler: Toplam nüfusu 9 bine kadar olan yerleşim birimlerinde faaliyet gösterir. Uzman doktor standardı 2 dir.

ÖZELLİKLİ PLANLAMA GEREKTİREN SAĞLIK HİZMETLERİ

Çocuk Travma Merkezleri,

Kardiyovasküler Cerrahi (Kvc)

Yoğun Bakım Hizmetleri, İnme Merkezleri

Perinatal Merkezler,

Prematüre Retinopatisi,

Mikrocerrahi (El Cerrahisi)

Yanık Merkez/Ünite,

Robotik Cerrahi,

Robotik Yürüme Rehabilitasyon Sistemi,

Hiperbarik Oksijen Tedavisi

Radyasyon Onkolojisi, Nükleer Tıp,

Patoloji Merkezi,

Organ Ve Kemik İliği Nakli

AKTİF ÇALIŞAN UZMAN HEKİM SAYILARI

YILLAR	SB	ÜNİVERSİTE	ÖZEL	TOPLAM	Yıllık Artış (%)
2005	23.366	11.168	12.045	46.579	
2006	24.222	11.942	13.899	50.063	7,5%
2007	24.308	11.461	15.786	51.555	3,0%
2008	24.174	11.570	18.629	54.373	5,5%
2009	25.897	11.792	20.157	57.846	6,4%
2010	29.343	11.837	18.985	60.165	4,0%
2011	31.327	13.106	20.335	64.768	7,7%

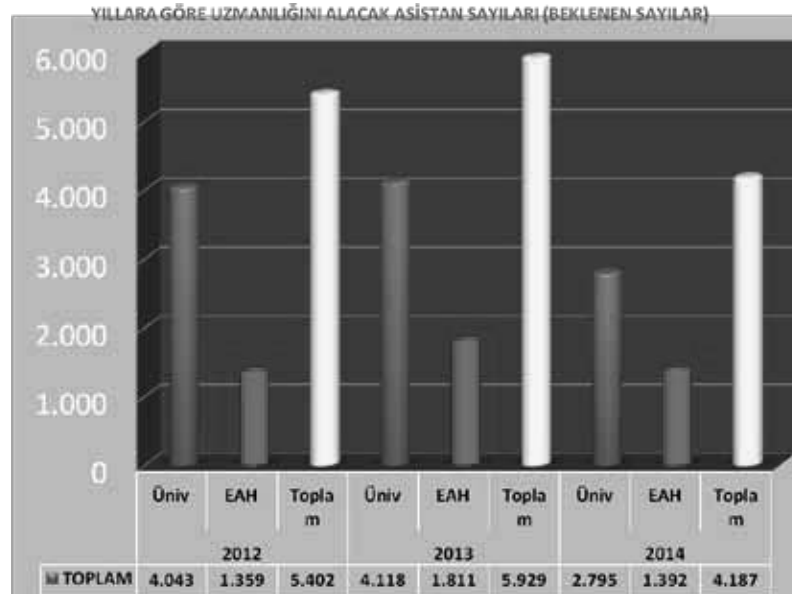
UZMAN HEKİM DURUMU

2012 Yılı Uzman Hekim Sayısı 64.768

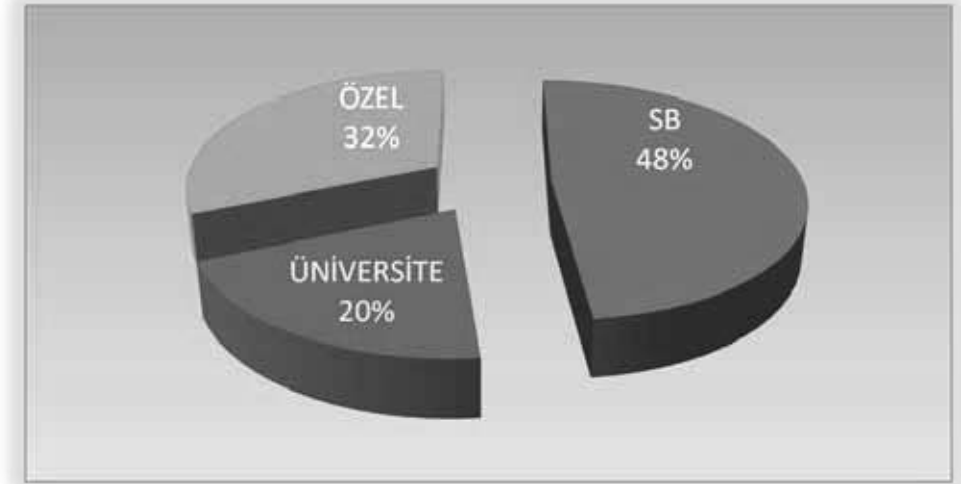
2023 Planlanan Uzman Hekim Sayısı 118.050

11 yılda 53.282 uzman ihtiyacı söz konudur. Ortalama yıllık sisteme dahil olan uzman sayısı (İhtiyaçımız olan branşlarda) 4.500 civarındadır.

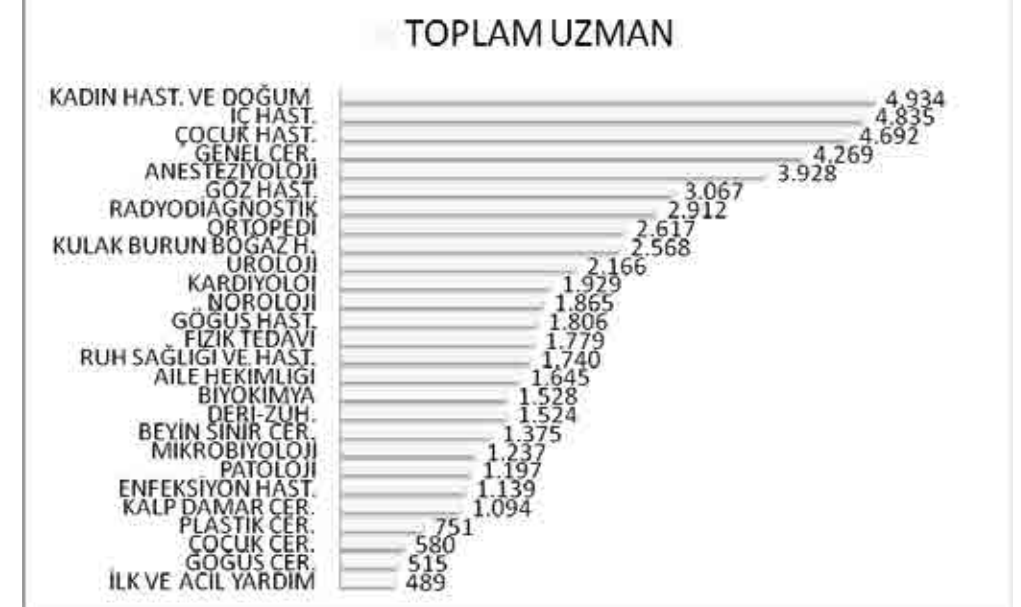
Hedeflenen sayıya ulaşabilmemiz için ortalama 6.000 civarında uzman sisteme girmelidir.



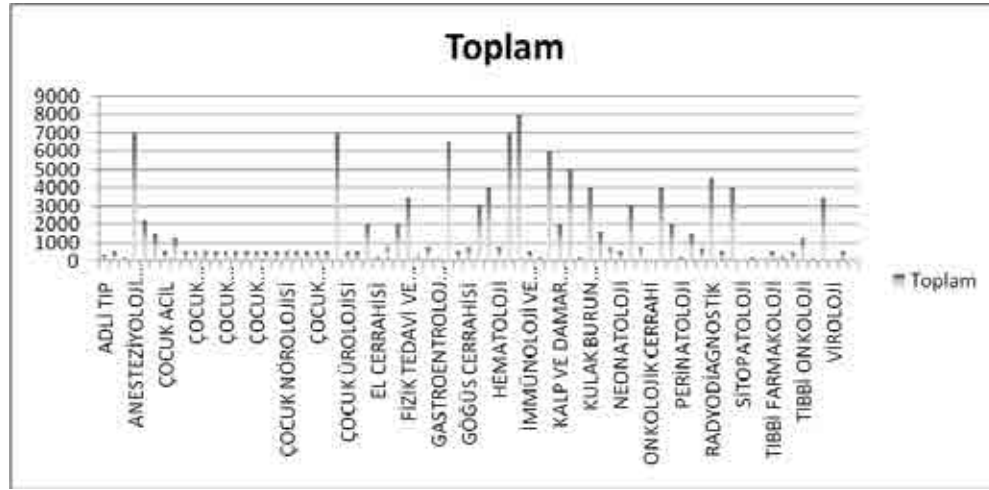
UZMAN HEKİM DAĞILIMI



BAZI BRANŞLARDA UZMAN DAĞILIMI



2023 PLANLANAN UZMAN HEKİM SAYISI



SAĞLIK BAKANLIĞININ İHTİYACINDAN FAZLA PLANLANMIŞ UZMANLIKLAR

2012'DE ÇALIŞANLAR	SB ÇLŞ	ÖZEL ÇLŞ	ÜNV. ÇLŞ	2012-2014 UZMAN OLACAKLAR
ANATOMİ	6	0	213	199
FİZYOLOJİ	21	2	211	186

PLANLAMADA DİKKAT EDİLECEK BRANŞLAR

BRANŞ	2023 PLANI	TAHMİNİ UZMAN HEKİM	İHTİYAÇ FAZLASI
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON	7.500	8.316	+816
ÇOCUK CERRAHİSİ	1.250	1.436	+186
ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ	2.000	2.158	+158
GÖĞÜS CERRAHİSİ	750	1.041	+291
KALP VE DAMAR CERRAHİSİ	2.000	2.263	+263
MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYO.	1.600	2.106	+506
NÜKLEER TIP	720	863	+143
RADYASYON ONKOLOJİSİ	680	887	+207
BİYOKİMYA VE KLİNİK BİYOKİMYA	1.500	1.935	+435

DİŞ HEKİMLERİ VE UZMAN DİŞ HEKİMLERİ ÇALIŞANLARI

Kurum	Dış Hekimi	Ağız,Dış. ÇeneCer.	Ağız,Dış. Çene Rad.	Çocuk Dış H.	Endo-donti	Orto-donti	Peri-odo.	Prote-tik Dış Ted.	Restora-tif Dış Te.
SAĞLIK B.	6286	68	8	53	42	19	61	111	26
ÖZEL	2320	141	4	64	61	173	109	134	
ÜNİV.									
TOPLAM	8606	209	12	117	103	192	170	245	26

DİŞ HEKİMLİĞİ UZMANLIKLARI

AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ			AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RAD.			ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ			ENDODONTİ			ORTODONTİ			PERİODONTOLOJİ			PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ			RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ		
std	uzm	PDC	std	uzm	PDC	std	uzm	PDC	std	uzm	PDC	std	uzm	PDC	std	uzm	PDC	std	uzm	PDC	std	uzm	PDC
559	68	155		8	40	559	53	102	311	42	73	323	19	127	300	61	91	436	111	139		26	54

YATAK PLANLAMASI

Türkiye genelinde halen 25 olan 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 29 yatağa yükseltilecektir.

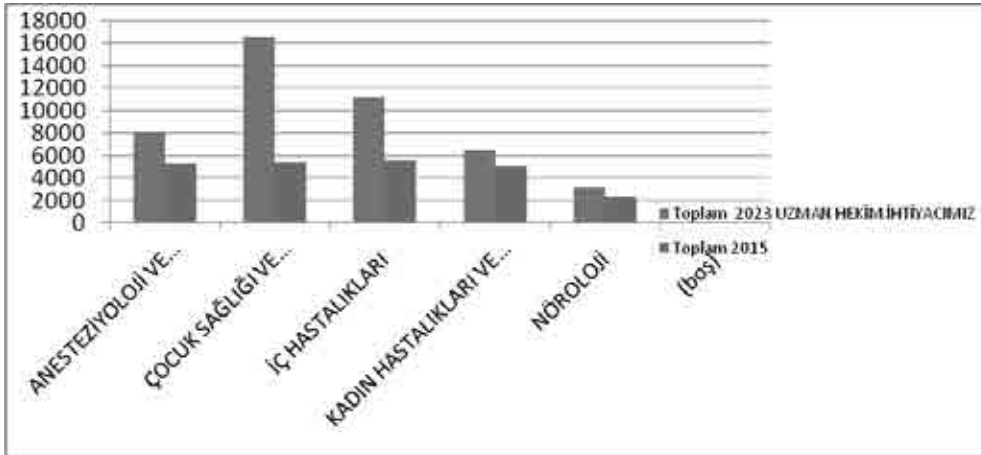
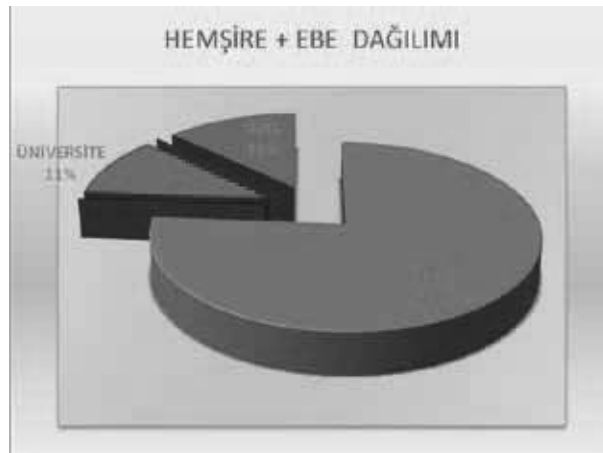
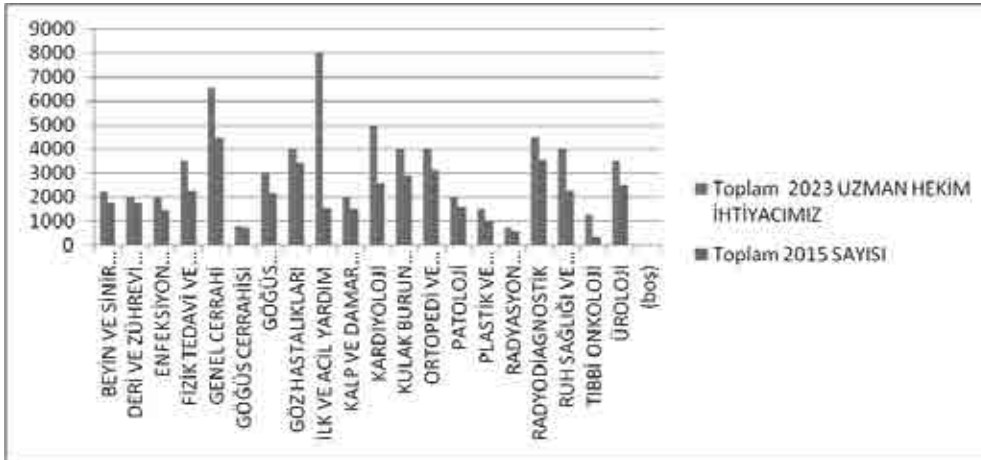
SEKTÖREL DAĞILIM

% 64 Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler

% 18 Üniversite Hastaneleri

% 18 Özel Hastaneler

KURUM ADI	Mevcut Yatak Sayısı	2015 Yatak Sayısı	2023 Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	122.184	140.402	140.402
Özel*	28.590	40.176	40.176
Üniversite*	35.254	36.739	36.739
Diğer	878	878	878
Genel Toplam	186.906	218.195	218.195

2023 YILINA GÖRE YANDAL UZMANI VEREN BRANŞLAR**2015 YILINDAKİ UZMAN SAYISI İLE 2023 PLANLAMA KARŞILAŞTIRMASI**

100.000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı

DSÖ Avrupa Bölgesi ortalaması 727

AB ortalaması 745

Türkiye 227

HEMŞİRE SAYISI VE PLANLAMASI

	2012	2023
HEMŞİRE SAYISI	168.432	350.000
YATAK SAYISI	186.906	218.195
YATAK BAŞINA DÜŞEN HEMŞİRE SAYISI	1,1	1,6

2023 yılı için ulaşılması hedeflenen yatak sayısı bakımından hemşire ihtiyacının 181.568 olacağı öngörülmektedir.

Bu nedenle her yıl ortalama 18 bin hemşire mezun edilmesi gerekmektedir.

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNİN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Prof. Dr. Ahmet GÜL, dr.agul@yahoo.com

İstanbul Üniversitesi

Aslında taşların fazlasıyla yerinden oynadığı bir dönemdeyiz, ortada taş da kalmamış olabilir. Eğer yeniden bir düzenleme yapılacaksa, mevcudu iyi değerlendirerek ve önümüzü de iyi görerek bir planlama yapmak gerekir. Bu çerçevede, uzmanlık eğitiminin de sorunlarını ve tüm dünyada mevcut çözümleri birlikte tartışmamız doğru olacaktır.

Her şeyden önce, uzmanlık eğitimi dediğimizde, hangi eğitimi kastediyoruz bunu belirlememizde yarar var. Bu iş, hepimizin yıllardır bildiği gibi bir usta çırak ilişkisi olarak başlayıp ilerlemiş, hala da bir usta çırak ilişkisinin önemli yerinin olduğu bir eğitim. Alaylı eğitimden resmi bir eğitime, uzmanlık eğitime geçildiği günden itibaren işin içinde uygulama odaklı bir eğitim mi olacak, yoksa araştırma odaklı bir eğitim mi olacak meselesi hep tartışlagelmiş. İşin ikinci bir tarafı var ki, bu biraz bizim ülkemize mahsus ve ciddi sorunlarımızdan birisi. Bu gözle hiç bakmıyoruz. Bu bir doktora eğitimi midir? Bunu beraberce bir tartışmamız gerekiyor.

Uzmanlık eğitiminin nasıl bir eğitim olacağını kararlaştırsak; bu eğitim nerede, kimler tarafından verilmeli? Bu eğitimi verecek kimselerin nitelikleri neler olmalı? Her şeyden önce bu eğitim hangi ihtiyacı karşılamalı?

On altı uzmanlık alanından başlayarak bugün yan dallara gelene kadar pek çok uzmanlığın geliştiğini biliyoruz. Ben iç hastalıkları ve romatoloji uzmanıyım. Bu nedenle iç hastalıklarından bir örnek vereceğim. Bu da dünyada iyi kötü iç hastalıklarının kendi içindeki uzmanlık alanlarının geliştiği yıllar. 1940'larda; alerjiyi, kardiyolojiyi, gastroentolojiyi, göğüs hastalıklarını, 1970'lerde; endokrinolojiyi, hematolojiyi, enfeksiyon hastalıklarını, nefroloji, romatolojiyi görüyoruz.

Günümüzde ise, ihtiyacı karşılamaya yönelik ve bu konuda bilimsel verileri özel bir eğitimle ayrı bir hizmet sunabilme şansının doğduğu alanlarda, yeni yeni uzmanlık alanları da belirebiliyor. Ve siz o hizmeti ancak öyle bir eğitimi alan insanların elinden verir hale gelebiliyorsunuz. Örneğin; kardiyoloji içinde invaziv girişim yapan bir dal oluşabiliyor ve bunu yapan ve yapmayan kardiyoloğun becerisi farklı olabiliyor. Siz transplantasyonla uğraşan bir hepatologsanız, herhangi bir gastroentoloji uzmanından daha farklı bir eğitim almanız ve o konuda yetkin hale gelmeniz gerekebilir. Dolayısıyla uzmanlığın ortaya çıkması, bilgi birikiminin belirli bir düzeye gelmesi ve ancak o bilgi birikimini edinen insanların verebileceği hizmetlerin ortaya çıkmasına paralel gelişiyor. Bugün ana dallar, o dallar üzerinde gelişen yan hatta onun yanı olan dallar aslında günlük ihtiyaçları ve gelişmemizle beraber gelişiyor.

Bu anlamda uzmanlık eğitimi belirlenirken, üst kurulların belki ana görevlerinden birisi, ülkemiz koşullarında ihtiyaç duyulan ana uzmanlık alanları neler ve bu uzmanlık alanlarının alt dalları neler ve bunların en ideal eğitiminin verilebileceği koşullar neler bunların belirlenmesidir.

Önce isterseniz bu uzmanlık alanlarına giriş sınavlarıyla başlayalım. Tıp fakültesinden mezun olan herkes bir uzmanlık eğitimi almayabiliyor. Bugün biz pratisyen hekimi pek çok ülkedeki GP karşılığı olarak kullanıyoruz ki, bu doğru değil. Aile hekimliği olarak görev yapan pek çok pratisyen hekim var. Tıp fakültesi sonrasında hiçbir eğitim almadığı halde, bugün hızlıca ve çokça uzmanlık eğitimi vermeye başlayarak belki neredeyse mezun olandan çok sayıda insanın uzmanlık yaptığını sabah söylediler. Dolayısıyla bu oranlar değişebiliyor. Ama biz sürekli olarak rakamlar üzerinde duruyo-

ruz. Belki rakamlardan daha çok nitelikler üzerinde kafa yormamız gerekiyor. Bunun da tartışılacağı ortam herhalde bu ortam olmalı.

Uzmanlık eğitime giriş sınavlarının merkezi hale gelmesi, ülkemiz adına bir devrim sayılır. Bu oldukça önemli bir gelişme ve bunun ciddi kazançları var. Her şeyden önce bu sayede, tıp eğitiminin bir standardizasyonun olduğunu düşünüyoruz. Sonuçta her fakülte kötü bir başarı ölçütü de olsa, tıpta uzmanlık sınavındaki başarı oranını kendi mezunlarının başarısını değerlendirmede kullanıyor. Siz bu sayede verilen tıp eğitiminin asgari koşulları sağlayıp sağlamadığını görüyorsunuz ve hepsinden önemlisi mezunlara fırsat eşitliği sağlıyorsunuz. Fakat göz ardı ettiğimiz bir kısım da var. Pek çok ülkede bu merkezi sınav sonrasında bir ek sınav daha yapılır. Biz gelen hekimlerden de biliyoruz ki, tıpta uzmanlık sınavını başardıktan sonra bir mülakat, o mesleğe ilginin test edilmesi, o mesleği yapıp yapamayacağının irdelenmesiyle ilgili bir boşluğumuz var. Bu ürkütücü gelebilir ama tüm dünyada merkezi sınav sonrasında bir mülakat ihtiyacının olduğunu unutmamamız lazım. Bunun eksikliğini hissettiğimiz alanlardan birisi, size herhangi bir uzmanlık alanında sınavı başarıyla gelen öğrencinin girdiği konuyla ilgili temel teorik bilgisinin oldukça zayıf olmasına dayanıyor. Tıpta uzmanlık sınavına çalıştığı için mükemmel temel bilimler çalışmış olabiliyor ve aynı zamanda kadın doğum, çocuk hastalıkları, iç hastalıkları, genel cerrahi çalışmış oluyor ama eğer o genel cerrahiye girmişse, genel cerrahinin teorisini okumadan oraya girebiliyor. Oysa geçmişte ihtisas sınavı başarıyla girildiği zaman genellikle o konuda ilgisi, bilgisi, hatta bir miktar deneyimi olan asistanlarımız olurdu. Doğrusu o günleri bir anlamda aradığımızı söylemeliyim. Bunu merkezi sınav sonrası ek bir değerlendirmenin ihtiyacının karşılığı olarak söyleyebilirim.

Uzmanlık eğitimi nerelerde veriliyor? İki temel yer var. Üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastaneleri. İki kurumun da birbirlerine rakip olmadığını unutmamak gerekiyor. Maalesef bugün tartışılan konular bilimsel gerçeklerden veya ihtiyaçlardan başka birbirinden bağımsız, rakip ve düşman kurumlar haline gelmiş olmaları ve bunun getirdiği sorunlar var. Her iki kurumda da yerine göre eğitim veren akademik personelle ilgili farklılıklar var. Eğitim koşulları değişken ve uygulama imkânları farklı. Hasta sayıları ve hasta profilleri farklı. Çalışma koşulları farklı. İşin kötüsü, buraya giren tıpta uzmanlık öğrencisinin aldığı sabit ve ek ödemeler farklı. İnanır mısınız? Pek çok doktor, alacağı ücrete göre ihtisas yerini seçebiliyor. Bu ne kadar acı bir şeydir.

Bu arada standardizasyonun sağlanmaması, başarı ölçütü veya tercih nedeni olarak bize neleri getirebiliyor? Bu imkânları değerlendirdiğimiz zaman, her şeyden önce eğitim veren akademik personelle ilgili sorunlarımız var. Önemli bir kısmının akademik birikimler açısından dengesiz olduğunu kabul etmemiz gerekiyor, çünkü biz kimleri akademisyen yapıyoruz konusunda sorunlarımız var. Sadece eğitim araştırma hastaneleri değil, maalesef Anadolu'nun değişik yerlerinde açılan küçük tabela üniversitesi diyebileceğimiz üniversitelere bağlı hastanelerde de tek bir eğitime bağlı uzmanlık eğitimi veren yerler var. Dolayısıyla özellikle dâhili dallarda bir şeffe, bir öğretim üyesiyle verilen eğitimin düzeyini size bırakıyorum. Bu eksikliği zorunlu rotasyonlarla telafi etmeniz de mümkün değil, çünkü günümüzde rotasyonların algısı da pratikte çok da başarılı bir eğitim alınan alan gibi gözüküyor.

Hasta profillerinde farklılıklar var. Şöyle ki, uzman yetiştirmek istediğiniz kişiyi toplumda sık görülen hastalıklar konusunda eğitmek zorundasınız. Bugün için pek çok üçüncü basamak sağlık hizmeti veren yerlere, bu hastalar başvurmuyabiliyor. Aslında başvursa bile, yeterli sayıda başvurmayabiliyor. Bunun tam tersi, gerçekten o uzmanın bilmesi gereken ama seyrek görülen hastalıkların görüldüğü yerler de ancak belli yerler oluyor ve uzmanlık eğitimi veren her kurumda bu nadir görülen hastalıklar konusunda hem hasta profili, hem de bundan anlayan ve bunu tedavi eden hekim veya öğretim üyesi profili olmayabiliyor. Böyle bir dengesizlik de var. Bu, yeterli sayıda ve

yeterli nitelikte uygulama imkânının çok da dengeli olmadığını gösteriyor.

Bugün için temel sorun, aslında üniversiteyle eğitim araştırma hastanesi kavramlarının karışmış olması ve bir miktar da eğitim araştırma hastanelerinin artık üniversiteye dönüşmesi. Bunun örnekleri de var. Oysa kuruluşları, gelişmeleri ve akademik yapıları bambaşka olan kurumlarla, uzmanlık eğitimi vermek üzere olan kurumlar, üniversiteye, akademiye, akademiler de ana fonksiyonlarının yanı sıra başka fonksiyonlar üstlenmeye zorlanmış durumda. Dünyada bu işin gittiği yer üniversitelerin, üniversitelere bağlı, onlarla beraber afileye çalışan ama onların kontrolünde olan çok sayıda hastane ile ortak çalışmasına dayanıyor. Bu bir afileasyon, doğru. Afileasyon da aslında yeni bir şeymiş gibi tartışılıyor ve sunuluyor. En eski tıp fakültesi mezunu olmaktan gurur duyduğum İstanbul Tıp Fakültesi'nin geçmişinde; Cerrahpaşa Hastanesi'nin, Haseki Hastanesi'nin, Zeynep Kamil Hastanesi'nin, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin, Şişli Etfal Hastanesi'nin hepsinin tıp fakültesinin hastaneleri olarak çalıştığını unutmamamız gerekiyor. Bugün şimdi ayrı bir tıp fakültesine dönüşen Gureba Hastanesi, hastanenin bir parçası Aşağı Gureba, Yukarı Gureba, Haseki ayrı bir parçası, Cerrahpaşa ayrı bir parçası. Yani o dönemde işleyen formülü maalesef kaybetmiş durumdayız. Bugün olması gereken de aslında üniversitelerle birlikte çalışan ama üniversitelerin kontrolünde çalışan ve akademik yapılanması da sürekli denetlenen bir afileasyona ihtiyaç var. Bunun amacı, her şeyden önce uzmanlık eğitimi veren tüm akademik ve yardımcı personelin bu kurul tarafından seçilmesini gerektiriyor. Bugün ki yöntemde maalesef atama ile gelen, mecburi hizmet için gelen, başka nedenlerle gelen uzmanlarla, sadece eğitim amacıyla oluşturulmuş kurumlarda çalışan kişileri aynı havuza toplayamıyorsunuz. Bu nedenle ciddi sorunlar oluyor.

Şu andaki haliyle afileasyon yapılan yerlerde, eğitim amaçlı kamu hizmeti ile rutin amaçlı kamu hizmeti karıştırılıyor. On dakika kamu hizmeti için bugün belki makul bir süre olabilir ama eğitim amacıyla bunu yapıyorsanız, yanınızda öğrenciyle veya tıpta uzmanlık öğrencisiyle bu eğitimi yapıyorsanız yirmi dakika da yetmeyecektir, yarım saat de yetmeyecektir, kırk dakika da yetmeyecektir. Ama oradaki amacınız eğitim olduğu için onunla geçireceğiniz zamanın ayrı bir önemi var. Buna ayrılacak zamanınızın olması gerekiyor. Yani sizin o kurumda, o afileasyon yapan hastanede eğitim ve uygulama için ayrı bir zamanın ayrılmış olması gerekiyor. Mesai bitsin, sonra bilimsel toplantınızı yaparsınız mantığıyla bunların devam etmesi de sürmesi de mümkün değil. Böyle yaptığınız zaman da bugün ki performans sisteminde o kurumun ayakta kalması mümkün değil. Demek ki bizim ayrı eğitim araştırma hastaneleri oluştururken, bunların ayakta kalmasını sağlayacak altyapıyı da kurmaya ihtiyacımız var. Bunu yaparken ücretleri, çalışma koşullarını da dengelemek zorundayız.

Bir diğer konu ise, doktora konusudur. Çok düşünmüyoruz ama tıpta uzmanlık eğitimi, bugün için resmi anlamda bir doktora eğitimidir. Yani PHD dediğimiz doktora eğitimi. Çünkü siz eğer bir akademik unvan almak amacıyla doçentlik sınavına başvurursanız, diğer disiplinlerde aldığınız doktora eğitiminin eşdeğeri, tıpta uzmanlık eğitimi olarak sayılıyor. Yani bir alanda uzmanlaşmışsanız, fizikte, kimyada, matematikte mühendislik dallarında doktora yapmış kişiyle eşdeğer sayılıyorsunuz. Ama biz bugün tıpta uzmanlık eğitimi, doktora eğitimiyle aynı şartlarda vermiyoruz. Hatta bunu, hiçbir akademik özelliği olmayan veriyor. Yani Sağlık Bakanlığı hastanesinin hiçbir üniversite ile bağlantısı yok, hatta üniversitelerde doktora eğitimi fakülteler değil, enstitüler veriyor. Yüksek lisans eğitimi veren yerler onlar. Dolayısıyla burada ciddi bir çelişkimiz var. Biz, bunu yıllar öncesindeki tüzüğe dayanarak bir tür uzmanlık tezi ile açıklamaya çalışıyoruz. Biz uzmanlık eğitimi verdiğimiz, yani bir alanda uzmanlaşmasını sağladığımız kişiye tez yaptırıyoruz. Bu tezlerin büyük çoğunluğu akademik anlamda yeterli değil ve son derece düzensiz. Yapılmış olmak için yapılıyor ve önemli bir çoğunluğu da yayına dönüşmüyor. Biz, bunu doktora eşdeğeri bir eğitim verdik kılıfı olarak kullanıyoruz. Nedenine gelecek olursak; eğitimcilerin büyük çoğunun akademik formasyonu yeterli değil, çünkü onlar

da böyle bir düzeyden geçmişler. Bugün hiçbir üniversiteye bağlı olmadan doktora karşılığı uzmanlık almak, bunun sonrasında doçent olmak, bunun sonrasında hiçbir üniversitede çalışmadan profesör olmak mümkün. Bunun örnekleri de var. Bu, yetersiz bir akademik gelişme demektir.

Bizim uzmanlık eğitimi vermesini planladığımız kişiler, sadece uzmanlık eğitimi verecekse sorun yok. Bu uzmanlık aynı zamanda doçent ve profesör de yetiştirecekse, orada sorunlarımız başlıyor. Yaptığımız bu tezlerin aslında uzmanlık eğitimiyle bir ilişkisi yok.

Dünyada ne var? Eğer amacımız hekim ve akademisyen yetiştirmekse, bunun örnekleri var. Şu an mecburi hizmet buna engel ama ya tıp fakültesi eğitimi sırasında NDPHD dediğimiz programlara dâhil olur, hem doktor hem de PHD olarak mezun olursunuz veya uzmanlık eğitimi sırasında birkaç yıl ara verir, hem uzmanlık hem de doktora değeri alabilirsiniz. Bunun Avrupa ve Amerika'da çok güzel örnekleri var. Bu akademisyen uzman yetiştirmek için önemli. Diğerlerinde gerçekten tez yapmanın anlamını bilmiyoruz. Bu anlamda doçentlik sınavını bir kere daha vurgulamak gerekir. Dünyada diploma ile verilen doktora sonrasında böyle bir unvan yok. Biz bunu sadece diploma ile veriyoruz ve diploma ile insanları bir akademik belgeye, akademik kadroya kavuşturuyoruz. Burada standartizasyona ihtiyaç var. Tıpta Uzmanlık Kurulu, bunu sağlamak için kurulmuş bir kurul ama aynen Yükseköğretim Kurulu gibi bağımsız bir kurul olmak zorunda. Ama bu kurulun web adresine baktığınız zaman, "tuksaglik.gov.tr" yani Sağlık Bakanlığı'nın bir alt kurulu olarak işliyor. Aslında bağımsız, uzmanlığı denetleyecek bir kuruma ihtiyacımız var. Bu müfredat oluşturma, kurumsal akreditasyon ve bunların hepsi için gerekli. Ama unutmayalım ki, dünyada özellikle sınavları ve yeterliliği test eden uzmanlık dernekleri var. Merkezi yeterlilik sınavlarını da board sınavlarını da yapanlar bunlar. Burada da ya bağımsız kurulların denetiminde uzmanlık derneklerine ihtiyacımız var veya bunların birlikte ortak çalışarak geliştirecekleri ayrı yöntemlere ihtiyaç var. Çünkü yetiştirdiğimiz uzmanın da bu şekilde test edilmesi gerekir.

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK EĞİTİMİ

Prof. Dr. Celal TÜMER

Diş hekimi

Türkiye’de diş hekimliği eğitimi, İstanbul Darıfün’u Tıp Fakültesi’ne bağlı olan Eczacı ve Dişçi Mektebi içinde 1909 yılında başlamış ve ilk eğitim süresi üç yıl olarak belirlenmiştir. 1933 üniversite reformunun ardından dişçilik eğitimi, eczacılık ve ebelik eğitiminden ayrılarak diş tababeti mektebi kurulmuştur. Okul, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne bağlı kalmış ve eğitim süresi dört yıla çıkarılmıştır. 1949 yılının Nisan ayında İstanbul Diş Hekimliği okulunda diş cerrahisi, protez, ortodonti ve diş hastalıkları tedavisi kürsüleri kurulmuş, yine diş hastalıkları tedavisi kürsüsü altında çocuk dişleri servisi açılmıştır. 1964 yılında da İstanbul Diş Hekimliği Okulu, fakülte haline getirilmiş ve eğitim süreci beş yıla çıkartılmıştır.

İstanbul’daki gelişmeleri Ankara ve İzmir’de Diş Hekimliği yüksekokulları ve fakültelerinin açılışı izlemiş, dördüncü diş hekimliği fakültesi 1970 yılında Erzurum’da açılmıştır. Şu anda, ülkemizde kırka yakın diş hekimliği fakültesi bulunmakta ve lisans eğitimi süresi beş yıl olarak devam etmektedir.

Türkiye’de diş hekimi sayısına bakacak olursak, yaklaşık 22 bin aktif diş hekimi var. Ülke nüfusumuz da 73 milyon civarında olduğu düşünülürse, bir diş hekimine düşen hasta sayısı 3321 olarak gözleniyor. Amerika Birleşik Devletleri’ne baktığımızda, 313 milyon nüfusa sahip olan bu ülkede 140900 diş hekimi var. Ortalama bir diş hekimine 2147 hasta düşüyor. Avrupa Birliği’ne baktığımızda, birlik ülkesi ülke toplam nüfusu yaklaşık 515 milyon ve 345 bin aktif diş hekimi var. Burada bir diş hekimine düşen hasta sayısının 1500 olduğunu görüyoruz. Bu değerlerin altında ve üstünde olan ülkeler de var. Genel ortalamanın 1500 olduğunu görüyoruz.

Peki, diş hekimindeki uzmanlık eğitiminin tarihi nedir? Oldukça maceralı bir tarihi var. İlk olarak 20 Ocak 1956’da tababet ihtisas nizamnamesinde ortodonti ile başlamış ve iki yıllık bir eğitim süresi öngörülmüştür. 6 Eylül 1962’de tababet uzmanlık tüzüğünde ortodonti iki yıl, diş ve maksülle fasüller protez iki yıl olarak belirlenmiştir. Daha sonra, 5 Nisan 1973’te tababet uzmanlık tüzüğünde ortodonti üç yıl, çene yüz protezi üç yıl olarak belirlenmiştir. 19 Haziran 2002’de tababet uzmanlık tüzüğü ile ağız, diş, çene hastalıkları ve cerrahisi eğitim süresiyle beş yıl, periyodontoloji, pedodonti, ortodonti ve diş protezi olmak üzere 5 alan belirlenmiş ancak bu 2002 yılında yayınlanan tüzüğün ekinde yer alan diş hekimleri ile ilgili uzmanlık dalları kısmının iptali istemiyle Danıştay 8. dairesinde açılan davada, 30.09.2004 tarih ve K2004/3549 sayılı kararla eski tüzükte diş hekimleri ile ilgili iki uzmanlık ana dalı öngörülmekteyken, yeni tüzükte bu iki ana dala üç ana dal daha eklenmesinin gerekçelerinin hukuken geçerli olabilecek bilimsel bir raporla ortaya konulmadığından, davaya konu düzenleme iptal edilmiştir. Yani uzmanlık bu beş dalda da kaldırılmıştır.

18 Temmuz 2009’da yine tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmeliği bu sefer altı dalda konularak eğitim yılları da burada belirlenmiş. Ancak, yine açıklanan nedenlerle 2577 sayılı idari yargılama usulü yasasının 27. maddesinde belirtilen koşullar gerçekleşmiş olduğundan tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmeliğinin ek 2 sayılı çizelgesinin yürütülmesinin durdurulmasına 15.11.2010 gününde oy birliğiyle karar verilmiştir.

Peki, daha sonra ne oluyor? 6.4.2011 tarihli ve 2025 sayılı kanun 10. maddesi hükmüne göre, sekiz dalda diş hekimliğinde uzmanlık şu anda kabul edilmiş durumda. Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce bu kanunla diş tabipliğinde uzmanlık dalı olarak belirlenen alanlardan birinde

doktora eğitimi yapmış olanlar ile bu alanlarda doktora eğitimine başlamış olanlardan eğitimlerini başarıyla bitirenlere uzmanlık belgesi veriliyor. Yani tüm doktoralı kimseler, uzman sıfatını alıyorlar.

Şu anda bu doktoralı kişilerin uzmanlık için başvurduğunda dağılımlarına baktığımızda; ağız diş ve çene cerrahisinde 457, ağız diş ve çene radyolojisinde 110, çocuk diş hekimliğinde 256, endodontide 247, ortodontide 449, periyodontolojide 392, protetik diş tedavisinde 596, restoratif diş tedavisinde 165 tane uzmanın olduğunu görülmektedir. Toplam uzman sayısı 2672 kişidir. Buna şu anda eğitim görenleri de eklersek, herhalde toplam sayının 3200- 3300 civarlarında olduğunu görüyoruz. Amerika Birleşik Devletleri’ne baktığımız zaman diş hekimlerinin yaklaşık yüzde 15’inin uzman olduğunu görüyoruz. 7700 ortodonti, 6700 maksülle fasüller cerrahi, 500 protez ve 6900 olan diğer tüm uzmanları da eklersek, toplam 21800 uzman olduğunu görüyoruz. AB ülkelerine baktığımızda, toplam uzman sayısının 31427 olduğunu görüyoruz ki, oran yaklaşık yüzde 9-10 civarlarında gözleniyor.

Bu nedenle, uzmanlık sayılarını belirlerken gerçekten çok detaylı bir planlama yapmak lazım. Ben de bu ilk sınav öncesi sayın Dr. Engin Uçar’a çok teşekkür ediyorum. Çok büyük bir işbirliği içinde, çok bilimsel çalışmalar yaparak ve ileriye yönelik projeksiyonlara da bakarak sayılar üzerinde gerçekten çok gerçekçi planlamalar yapıldı. Bu planlamalarla, tıptaki uzmanlıkta yapılan yanlışlıkların diş hekimliği uzmanlık alanında yapılmaması sağlanacak. Böylece de çok kontrollü bir kadro sınırılmasıyla bu devam edecek. Bizde sekiz dal olmasına karşın ortodonti ve ağız cerrahisi oral ve maksülle fasüller cerrahide hemen hemen tüm AB ülkelerince tanınan ana iki uzmanlık alanı.

Diş hekimliğinde, uzmanlık eğitimi sınavı bu sene oluyor. 2012 ilkbahar döneminde ve yine bu sene sonbahar döneminde. İlk sınav 22 Nisan’da yapılacak ve sınavda diş hekimliği temel bilimler testi ve diş hekimliği klinik bilimler testi olmak üzere iki test bulunacak. Diş hekimliği temel bilimler testinde 40 soru, diş hekimliği klinik bilimler testinde ise 80 soru yer alacak ve adaylar tek oturumda bu 120 soruyu cevaplayacaklardır.

Peki, kaç kadro veriliyor bu sene? Her iki yarıda toplam senelik kadro 400 kişi. 200 tane ilkbahar döneminde uzman alınacak. Bunların da alanlara dağılımına baktığımız zaman; ağız diş ve çene cerrahisinde 30, ağız diş ve çene radyolojisinde 17, çocuk diş hekimliğinde 23, endodonti 23, ortodonti 38, periyodontoloji 23, protetik diş tedavisi 23 ve restoratif diş tedavisinde 23 olduğunu görüyoruz ve bu da gerçekten çok gerçekçi bir yaklaşım olarak gözleniyor.

Diş hekimliğinde, uzmanlık eğitimi ilk defa başlıyor. Çünkü daha önce doktorayla sürdürüyorduk eğitimlerimizi. Karşılaşabilecek sorunlar ne? TUS öncesi neler olabilir? Lisans eğitimi sürecinde belirli bir standardizasyon sağlanması, ilk şart olmalı. Diş hekimleri Dekanları Konseyi kurulmuştu çözüm olarak. Diş hekimliği eğitimi değerlendirme ve akreditasyon derneği tüzüğü hazırlanarak dernek kurulum aşamasına gelmiş ve ulusal akreditasyon için hazırlıklar sürmektedir.

Önemli diğer bir konu, uzmanlık eğitimi verilecek merkezlerin standardizasyonu. Bu konuda Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Dekanlar Konseyi işbirliği ile standartların mutlaka oluşturulması gerekiyor. Bir kere yeterli sayıda akademik personel olması ve yine bu nedenle akademik personelin niteliği de çok önemli. Bunlar neler olabilir? Gerekli bilgi birikimi, 01.09.55 indekslerde yer alan dergilerde yapılan yayınlar, atıflar ve benzerleri gibi. Bu eğitim açısından da çok büyük önem taşıyor. Bizim Hacettepe modelinde, senatonun aldığı karar gereğince her üç yılda bir mutlaka bir öğretim üyesinin eğer tez danışmanlığı yapabilmesi için 01.10.15 indeksli bir yayın yapması gerekiyordu. Belki böyle bir yaptırım gerekebilir. Çünkü biliyorsunuz çok dinamik bir süreç geçiriyoruz ve bilimsellik de her gün ileri gidiyor. Bu açıdan da böyle şartlar getirilebilir.

Bir başka konu, uzmanlık öğrencisinin kurum ve birimlerde eğitiminin çağdaş standartlarda verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı vardır. Bunu da sağlamak kurum amirlerinin görevidir. Tıpta ve dişte uzmanlık eğitimi yönetmeliğinin 26'ncı madde, birinci fıkrası gereği, tüm fakültelerin teknolojik altyapılarını güçlendirmeleri gerekmektedir. İyi bir uzmanlık eğitimi için özellikle diş hekimliği eğitiminde, uzmanlık öğrencilerinin son teknoloji ile donatılmaları lazım. Afiliasyonlar bir çözüm olabilir mi, tabii ki bu da tartışılabilir. Yine eğitim kurumları, yeni başlayan öğrencilere tüm oryantasyon programlarını vermek zorunda. Diş hekimliği fakülteleri iç dinamiklerini mutlaka ayarlayıp kalite koordinatörlükleri işbirliği ile etkin adaptasyon merkezlerini kurmalıdırlar.

En büyük sorunlarımızdan biri diş hekimlerinin hangi işlemleri yapmaya yetkin olduğu. Diş hekimliği fakültelerinin mezuniyetteki verdikleri yetkinlikler ve yeterlilikler belli. Yalnız tabii ki, diş hekimleri endişe duyuyor. Diş hekimi ne yapar? Uzman ne yapar? Bunun için de çok dikkatli bir çalışmayla bunun belirlenmesi ve bu kişilerin de mağdur edilmemesi lazım.

Son olarak şunu söyleyebiliriz. Uzmanlık eğitimi verecek kurumların akreditasyonlarını sürdürebilmek ve tercih önceliği almak için kendi iç dinamiklerini güncellemeleri, kalitenin yükselmesi, özlük hakları. Buna değinemeyeceğim çünkü bayağı büyük bir konu. Eğitim sürecinin daha ekonomik kullanılması, çünkü doktora eğitiminde altı yıla kadar varan süreçler vardı. Ancak bu demek değildir ki doktora eğitimini de dışlayalım. Mutlaka diş hekimliği fakülteleri içinde doktora eğitimi de belli başlıklar altında devam etmek zorundadır.

SAĞLIK EĞİTİMİNDE AFİLİASYONUN YERİ, ÖNEMİ VE SORUNLARI

Prof. Dr. Selami AKKUŞ / selamiakkus@hotmail.com

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Afiliasyon Nedir?

- Latince karşılığı evlat edinme,
- Günümüzde kurumlar arası işbirliği anlamında kullanılmaktadır.
- Bir kurumda insan kaynağı yeterliliği, diğer kurumda fiziki durum ve malzeme yeterliliği olduğunda;
- İlk kurumdaki çalışanların ikinci kuruma giderek orada hizmet vermesi.
- Kurumlar arası işbirliği olarak görülen afiliasyon, diğer bir yönüyle insan gücü ve alt yapıya yönelik kaynakların verimli kullanılması olarak da anlaşılabılır.
- Afiliasyon ile; üniversitelerde
 - Yönetim ve işletme,
 - Eğitim ve araştırma

Kadrolarının yükü azaltılmaktadır.

Prensipler

- Karşılıklı eşit koşullarda işbirliği,
- Karşılıklı önyargıların giderilmesi,
- Üniversiteler ve eğitim hastaneleri arasında dengenin sağlanması,
- Genel eğitim programı ve rotasyonların belirlenmesi,
- Uzmanlık eğitimi programının belirlenmesi,
- Eğitim hastaneleri ve üniversiteler rakip değil aynı işi yapan akademik kuruluşlar olarak görülmesi.

Dünyada Afiliasyon

- Bir çok ülkede uygulanmaktadır.
- Üniversiteler, Tıp fakültelerinde sadece eğitim ve araştırma kadrosu bulundurarak,
- Klinik eğitimlerini; devlet, vakıf ya da özel hastanelerde yaptırmaktadır.
- ABD'de klinik stajlar tıp fakültesi hastanelerinde veya fakültelerin anlaşmalı olduğu afiliye hastanelerde yapılmaktadır.
- Bu işbirliği genellikle birden fazla hastane ile olmaktadır.

Türkiye'de

- 18 Şubat 2011 tarihinde Sağlık Bakanlığının yayınladığı Yönetmenlik;
- Bu tarihten önce üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri arasında yapılan ortak kullanım protokolleri
 - Rize,
 - Sakarya,
 - Marmara,
 - Erzincan,
 - Ahi Evran,
 - Giresun,

Yönetmenlik Sonrasında

- Başta yeni kurulan,
- Yıldırım Beyazıt,
- İzmir Katip Çelebi,
- İstanbul Medeniyet Üniversiteleri

Olmak üzere şu anda 12 üniversite ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri (Devlet hastanesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi) arasında ortak kullanım protokolü yapılmıştır.

S.B Hastaneleri ile Afiliye Üniversiteler

- Yıldırım Beyazıt,
- İzmir Katip Çelebi,
- İstanbul Medeniyet,
- Marmara,
- Sakarya,
- Rize,
- Erzincan,
- Ordu,
- Giresun,
- Muğla,
- Ahi Evran.

AMAÇ - I

- S.B Eğitim Araştırma Hastanelerinin Üniversitelerde bulunan akademik kadrolar ile desteklenerek;
- Hizmet sunumunun yanısıra eğitim ve araştırma alanlarında etkin olması,
- Yine bu hastanelerin insan gücü çeşitliliği ve hareket alanının geliştirilmesi,
- EAH de bulunmayan ya da az olan uzmanlık alanları Tıp fakültesi öğretim üyeleri ile desteklenerek; aynı çatı altında daha iyi sağlık hizmetine ulaşımın sağlanması.

AMAÇ - II

- Küçük şehirlerde yeni kurulan üniversitelerin o ilde bulunan devlet hastanesi ile afiliye olması ile;
- Kaynakların etkin kullanılması,
- Atıl yatırımların önüne geçilmesi,
- Son yıllarda mali sıkıntıya giren üniversite hastanelerinin desteklenmesi,
- Hizmet maliyetinin azaltılması.

Nasıl bir Afiliasyon?

- Ülkemizde hastane hizmetleri:
- Üniversite Hastaneleri,
- Sağlık Bakanlığı Hastaneleri,
- Askeri Hastaneler,
- Özel Hastaneler

Şeklinde 4 çeşit hastanede hizmet vermektedir.

- Bu kurumlar arasında dengeleri ve özlük haklarını zedelemeyen nasıl bir "Afiliasyon" çalışması yapılabilir?

- Kurumlar arasında dengeler gözetilerek;
- Eğitim kadrolarının,
- Öğrencilerin (lisans ve uzmanlık),
- Çalışanların

Haklarını göz önünde bulundurularak yapılacak ortak çalışmalar (özellikle YÖK ve S.B. arasında) en iyiye ulaşmayı sağlayacaktır. Çünkü afiliasyon ile;

- Geniş eğitici kadro, çok sayıda ve geniş profilde hasta, yani daha iyi bir eğitim olanağı doğmaktadır.

Kanuni Dayanak

- 1987 yılında çıkan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Madde 9 (Ek Madde/2010)
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilir.
- ...ilişkin esaslar, Maliye Bakanlığı ve YÖK'ün görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmenlikle belirlenir.

İlgili Diğer Kanunlar

- 2547 sayılı YÖK kanunu 38 ve 58. maddeler,
- 209 sayılı S.B'na bağlı kurumlarda verilecek döner sermaye kanunu,
- 5947 sayılı (2010) Tam gün,
- 663 sayılı kanun hükmünde kararname (SB teşkilat yapısını düzenleyen).

2547 Sayılı Yasa

- (2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38. maddesine gönderme)

"Sağlık kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulması halinde, ilgilinin isteği ve kurumlarının muvafakatiyle diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık personeli haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için görevlendirilebilirler"

- (2547 sayılı Kanunun 58. maddesinde değişiklik)

"Yükseköğretim kurumlarının tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde ihtiyaç duyulması halinde ilgilinin isteği ve kurumlarının muvafakatiyle diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık personeli haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için görevlendirilebilir"

Yönetmelik ve Protokoller

- Afiliasyon Yönetmeliği 18 Şubat 2011,
- Üniversiteler döner sermaye çerçeve yönetmeliği 18 Şubat 2011,
- Üniversitelerle valilikler arasında imzalanan protokoller.

Eğitim Hizmetleri

- Afiliasyon yönetmeliğine göre:
- Tıpta uzmanlık ve lisans eğitimleri bakanlık asistanları dahil tıp fakültesi dekanının yetki ve sorumluluğundadır.
- Dekan ve başhekim eğitim, araştırma ve sağlık hizmetleri için planlamalar yapmaya yetkilidir .

Sağlık Tesisi İşletimi

- Bakanlıkça atanan başhekim tarafından yönetilir.

- Dekanla işbirliği içinde çalışır.
- Sağlık tesisinin döner sermaye hesapları sadece birlikte kullanılan birimlerle sınırlı olmak kaydıyla,
- Aktif ve pasifleriyle beraber birleştirilir.

Eğitim Sorumluları

- Klinik ve laboratuvarlarda sağlık hizmetleri ve eğitim hizmetleri ayrı sorumlular tarafından yürütülür.
- Eğitim sorumlusu ilgili anabilim dalı başkanıdır.
- Sağlık hizmeti sorumlusu varsa şef veya profesörler, yoksa diğer uzmanlar arasından başhekimce bir yıl süre ile görevlendirilir.
- Eğitim hizmeti sorumlusu sağlık hizmeti sorumlusu olarak da görevlendirilebilir.
- KHK sonrasında eğitim sorumlularının üniversitelerden olma zorunluluğu kaldırıldı,
- Bu durum yetki karmaşasına neden olabilir.

Mali Hususlar

- Sağlık tesisi sunulan hizmetin ücretlendirilmesi bakımından üniversite hastanesi statüsündedir.
- Ek ödeme üniversite personeli için 2547 sayılı kanunun 58. maddesine göre,
- Bakanlık personeli için ise 209 sayılı kanunun 5. maddesine göre yapılır.
- Rektör, rektör yrd, üniversite genel sekreteri ve ilgili birimi dekan ve dekan yardımcılara 2547 58'e göre yönetici payı, Üniversite yönetim kurulu kararı ile birlikte kullanımdaki sağlık tesisinin döner sermaye hesabından yapılır.
- Uygulamalı eğitimle ilgili giderler sağlık tesisi döner sermaye gelirinden karşılanır.

EAH Açısından Faydaları

- Eğitim kalitesi ve araştırma faaliyetlerinde artış,
- Fatura tahakkuk tutarlarının artması ve daha fazla performansla dayalı ek ödeme dağıtılması,
- Ayaktan başvurularda %25 daha fazla gelir elde edilebilmesi,
- Hizmet hastanelerinde bu artış daha fazla olabilmektedir.
- Bu oranlar afiliye hastaneler arasında çok farklı olmaktadır.

Üniversite Açısından Faydaları

- Öğrencilerin daha kapsamlı eğitim almaları,
- Farklı klinik tecrübeden yararlanmaları,
- Farklı hasta profillerini tanımaları,
- Öğretim üyelerinin daha fazla katkı payı almaları,
- Farklı profilde hastaları tanımaları.

Problemler

- Üniversitelerde genel bütçe veya global bütçeden tanımlı minimum sabit ödeme olmaması,
- Tıpta uzmanlık yapmayan tabip ve tabip dışı öğretim üyelerine (Temel Tıp) dağıtılacak ek ödeme- nin az olması.

İdari Yönden

- İşbirliğinde kaynakların kullanımı vali ile rektör veya yetki verecekleri kişi tarafından belirlenir hükmü yer almaktadır.

- Bu hükmün rektör/dekan ve başhekim olarak değiştirilmesi bürokrasiyi azaltacaktır.
- Yine yazışmaların sağlık müdürlüğü üzerinden yapılması zaman kaybına neden olmakta, direk başhekimlikle yapılması gerekmektedir.

Kurullarla İlgili

- Afiliasyon ile EAH'deki Eğitim Planlama Kurulu (EPK) lağvedilmiştir.
- Eğitim ile ilgili kararlar, Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu'nda alınması gerekmektedir.
- Ancak daha önce EPK'da görüşülen bazı konuların fakülte yönetim kurulunda görüşülmesi müm- kün olmamakta,
- Bu durumda doğrudan başhekim yetkilendirilebilir.

Ek Ödeme ile İlgili

- Yardımcı doçentlerle ilgili düzenleme gerekir. (uzman statüsünde değerlendirilmektedir)
- Ek ödemenin 209'a göre Sağlık Bakanlığı yönetmeliğine tabi hükmü getirilmiştir.

Açıkça tanımlanması ya da üniversiteler çerçeve yönetmeliğine atıf yapılması gerekmektedir

- Yönetmelikle tıp fakültesine ait döner sermaye, Sağlık Bakanlığı tesisinin döner sermayesi ile bir- leştirilmiştir.
- Bu sayede ortak kullanımla öğretim üyelerinin sağlık hizmeti dışındaki (eğitim,danışmanlık v.b) gelir getirici faaliyetlerine ait ücretler de hastaneye gelir olarak kaydedilebilmektedir.

Her ne kadar yeni KHK'da

- %65'ine kadarı personele ödenir hükmü olsa da
- Bununla ilgili yönetmenlik çıkarılmadığı için,
- Bu gelirden pay dağıtılamamaktadır.

Kaynaşma ile İlgili

- Bazı afiliye S.B hastanelerinde, hastane uzmanlarının mevcut akademik personele danışmak yeri- ne, hastaları başka kurumlara sevk etmesi,
- Üniversite tarafından atanan personel ile hastane yöneticileri arasında disiplin ve sicil amirliği konusunda yetki karmaşası olması.

Personelle İlgili

- Sağlık tesisinde görev yapan personelin sicil, disiplin ve tüm özlük işlemleri kadrosunun bulundu- ğu kurumun ilgili mevzuatına göre yürütülür.
- Eğitim sorumlularının ve hizmet sorumlusunun üniversite personeli olması halinde Sağlık Bakan- lığı kadrosundaki asistanların üzerinde yaptırım etkisinin ortadan kalkacağı dolayısı ile ortak bir mevzuat hükmü geliştirilmesi uygun olacaktır.

Araştırma Görevlisi Kadrosu

- Ne kadarının S.B kadrosundan, ne kadarının üniversite kadrosundan alınacağı belli değil.
- Ortak kullanımın iptali halinde üniversitelerin asistansız kalması durumu söz konusu olabilir.
- Ayrıca sağlık uygulama ve araştırma merkezinde görevli üniversite personelinin çalışma düzeni, ast-üst ilişkileri muallakta olan konulardır.

Hasta Hakları

- Bakanlık personeli ile ilgili şikayetler, hasta haklarına bildirilmekte ve bu birim tarafından sonuçlandırılmaktadır.
- Üniversite personelleri ile ilgili hasta şikayetlerinde ise mevzuatta açık bir hüküm yoktur.
- Şikayetler dekanlığa bildirilmekle yetinilmekte,
- Aynı çatı altında çifte standarta sebep olmakta.

Öneriler

- Sağlık Bakanlığı ve YÖK ortak çalışılarak eşit şartlarda yeni yönetmelik hazırlanması,
- Tıp fakültelerine kaliteli eleman istihdam edilebilmesi için idari personele de ek ödeme yapılması,
- Akademik değerleri ön plana çıkaran bir planlama yapılmalı.

Mevcut Durum

- Danıştay 10 ve 11. Daireleri Afiliasyon Yönetmeliğinin iptali için açılan davalar ile ilgili:
- Yönetmeliğin bazı maddelerinin Anayasa mahkemesine gönderilmesine (Yönetmeliğin dayanağı olan kanun maddesinin Anayasaya aykırı olduğu gerekçesiyle)
- Bu maddelerle ilgili yürütmenin durdurulmasına,

Karar vermiştir. (26 Ekim 2011)

ANCAK

- Şimdiye kadar yapılmış protokoller ile ilgili istenen yürütmeyi durdurma talebini ise reddetmiştir.

Olası Senaryo

- 1. Yönetmeliğin iptali. (Pek ihtimal dahilinde değil)
- Olsa da SB bu konuda kanun yapma hazırlıklarını tamamlamış görünüyor.
- 2. Bazı maddelerinin iptali (ki bu maddeler SB'nı dominant duruma getirdiği iddiasıyla) mahkeme, üniversitelerin özerkliğini zedelediğine karar vermiştir.
- Yani yeni bir düzenleme olarsa da, üniversiteler lehine olacaktır.

2.OTURUM SORU-CEVAP

Prof. Dr. Hamit OKUR-Medeniyet Üniversitesi Rektörü (Oturma Başkanı): Buyurun sorularınızı alalım.

Prof. Dr. Orhan CANBOLAT- Gazi Üniversitesi: Tüm konuşmacılara teşekkür ederek sözüme başlamak istiyorum. Birinci sorumu yönelteceğim. Orhan Bey'e yöneltmek istiyorum. Sunumunda Tıp Fakültesindeki yatak sayılarını 35 binden 36 bine çıkarmak istiyoruz diye bir ifade geçti. Gelecek on bir yılda hastanesi veya yatağı olmayan tıp fakülteleri mi planlanıyor?

Kadro yetkisi size ait değil ama yatak yetkisi bakanlığa ait. Bunun pratiğinde ne olabilir, onu öğrenmek istiyorum.

Uzm. Dr.ORHAN KOÇ- Kamu Hastaneleri Kurum Başkan Yardımcısı: Aslında bir ilde kaç yatak olmalı sorusunun bir cevabı var. Bu, üniversite, özel ve Sağlık Bakanlığı arasında fark etmez. Bir planlama yaptık ve yayınladık. Bu çalışma YÖK ve DPT ile birlikte yapıldı. Bu şu anda yayınlanmış bir kitap halinde. Ancak bunda tabii ki bir revizyon olabilir. O zaman yapacağımız şey şudur. Üniversitede bir kapasite artırımı öngörüyorsak, kamudaki yatırımlarımızı kısıtlamamız gerekir. Veya özeline payını değerlendirmemiz lazım. Üniversite hakikaten daha farklı bir kapasite oluşturmak istiyorsa, o da planlamalara uygunsa ve Sağlık Bakanlığı kendi yatağını azaltarak üniversiteye pekala verebilir. Zaten afiliasyondaki en büyük çıkış noktalarımızdan birisi de bu. Mesela siz Erzurum'a bir üniversite açılıyorsunuz. 300 yataklı bir üniversite hastanesine ihtiyacınız var. 300 yatak da kamu hastanesi hizmet vermek isterse 600 yataklı bir kapasite buraya fazla, o zaman birleştirilebilir. Aynı şekilde nitelikli sağlık hizmetlerinde de bu böyledir. Afyon'da siz üniversite olarak yeni bir şey yapmışsınızdır. Sağlık Bakanlığı kendi yatırımını geri çekip üniversitenin yatırımına destek vermelidir. Çünkü o ilin ihtiyacı neyse onu kurgulamak lazım. Sayılar değişmeyecek şeyler değil ama bir planlamanın da baz olarak olması lazım.

Prof. Dr. Orhan CANBOLAT- Gazi Üniversitesi: Teşekkür ediyorum. Ben ikinci kısa sorumu Ahmet Bey'e yöneltmek istiyorum. Şimdi burada afiliasyonun, afiliye edilmenin veya evlat edinmenin karşılığı esasında evrensel anlamda üniversitenin devlet veya x hastanelerini afiliye etmesi. Bizde durum herhalde tersine döndü. Sağlık Bakanlığı üniversiteleri afiliye etmeye başladı. Bununla ilgili ne düşünüyorsunuz. Bir şeyim var sizin sözünüzden çıkarak; Üniversitelerdeki tıpta uzmanlık veya devlet hastanelerindeki tıpta uzmanlık öğrencilerini veya asistanlarının uzmanlık tezlerini kaldırma ile ilgili fikirlerinizi almak istiyorum. Bir de Selami Hocama pratik bir şey sormak istiyorum. Bu Marmara örneği, Rize örneği ve sizin hastanenizin tıp fakültesi örneği var. Üç pratik örnek. Bu üç pratik örneğin afiliye olma açısından pratik yaklaşımlar ne oldu. Biraz onu açabilir misiniz? Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr.AHMET GÜL- İstanbul Üniversitesi: Çok teşekkürler. Öncelikle kişisel kanaatim eğer taşlar yerine oturuyorsa, afiliasyonda eğitimden sorumlu olan akademik bir kurum olmak durumunda ve afiliye olan hastaneler her türlü akademik ve aslında idari sorumluluğunu da üniversitenin aldığı, beraber işletilen, üniversitenin personeli, idaresi, eğitimini denetlediği bir hastane haline gelmesi. Mevcut haliyle sürdürülebilir bir sistem olarak ben görmüyorum. Çünkü sürekli bir çatışma, bir kompedisyon, gereksiz bir ben, çıkar ilişkileri ortaya çıkacaktır. Oysa doğru olan bu değil. Dünyanın çözüm yolu da bu değil. Burada herkes bence görevini tanımlamak zorunda. Benim kişisel kanaatim Sağlık Bakanlığı'nın planlama, Türkiye'nin ihtiyaçlarını belirleme, ne nitelikte uzman ihtiyacı olduğunu saptama konusunda tabii ki yetkisi var ama bunun uygulaması konusunda herhalde

hakim olan kurum akademik anlamda üniversiteler olmalı. Fakat bu afiliye hastaneler, size istihdam gücü sağlayabilir. Kadrolar açabilir, yeni akademisyenler atayabilirsiniz. Sayınızı arttırabilir, genişletebilirsiniz. Yeni tıp fakülteleri değil yeni afiliye hastaneler yoluyla hizmeti genişletebilirsiniz. Herhalde ilerleme çözüm böyle olmalı. Bizim genellikle tıp fakültesi dendiğinde, özellikle halkın beklentisi daha nitelikli hizmet veren bir hastaneye kavuşmak. Aynı şey eğitim araştırma hastanesi için de geçerli. Bunu sayıca ayrı ayrı yerler açmaktansa, kontrolünü bir üniversiteye verdiğiniz, onunla afiliye hastanelerin sayısını arttırmak, böylece denetimi de onun eline vermek. Ama burada hiçbir zaman Harvard’a afiliye Brigham and Womens, “Ben ayrı bir birimim. Bakanlığa bağlıyım. Harvard sadece benim dekanımı atar, başhekimimi şu atar” gibi bir kavga içinde olamaz. Bu da sürdürülemez. Bu bence önümüzdeki yıllarda böyle devam etmeyecek bir sistem. Uzmanlık tezi için net düşüncem şu; gerçek anlamda uzman yetiştirmek istiyorsak tez anlamsız ve gereksizdir. Ama akademisyen uzman yetiştirmek istiyorsak ki, bunun ayrı bir grup olarak tanımlanması gerektiğine inanıyorum. Yani her uzman ileride akademik bir gelecek beklentisi içinde olmayabilir. Akademik çalışmak isteyen insanların, bunu ayrı bir doktora eğitimi şeklinde tezli olarak sürdürmesi gerektiğini düşünüyorum. Mevcut haliyle sadece uzmanlık eğitimi için hangi kurumla yaparsa yapsın tezin anlamsız olduğunu düşünüyorum.

Prof. Dr. Hamit OKUR-Medeniyet Üniversitesi Rektörü (Oturum Başkanı): Selami Bey

Prof. Dr.Selami AKKUŞ-Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı: Şimdi Marmara, Rize bizdeki Yıldırım Beyazıt örneklerinden söz edersek üçü de farklıdır. Rize derken eski yani yönetmelik önceki protokolü kastediyorum. Şimdi Marmara Üniversitesi bir hastaneye taşındı, Sağlık Bakanlığı’nın bir hastanesine taşındı. Bu hastanede sadece başhekim Sağlık Bakanlığı kadrosunda. Diğer bütün kadro üniversite bünyesinde. Bizdeki sıkıntı ise akademik personelin çoğu Sağlık Bakanlığı kadrosunda. Asistanların neredeyse tamamı Sağlık Bakanlığı kadrosunda. Akademik personelin bir kısmı şu an için giderek tabii ki artıyor ama üniversite kadrosunda. Yani bunların üçünde çok farklı sıkıntılar veya örnekler var.

Prof. Dr. Hamit OKUR-Medeniyet Üniversitesi Rektörü (Oturum Başkanı): Teşekkür ederiz. Buyurun.

Prof. Dr. Taner YÜCEL Diş Hekimleri Birliği Başkanı ve İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Öğretim Üyesi: Teşekkür ederim. Öncelikle Safa Hoca’yı ve ekibini bu kongreyi için düzenlediği için kutluyorum. Ama diş hekimliği konularının daha fazla ve diş hekimliği eğitiminin daha geniş bağlamda ele alınmasını da isterdik doğrusu. Bu sağlık eğitimi kongresi içerisinde ama inanıyorum ki bundan sonraki toplantılarda diş hekimliği konuları da daha ağırlıklı bir şekilde konuşulur. Diş hekimliğindeki uzmanlık hakikaten çok yeni. Biraz önce sevgili Celal, gayet güzel anlattı. Şimdi bütün bu tıp alanında yaklaşık yüz yıldır ve ülkemizde gelişen, tıptaki uzmanlık olaylarını sizlerden dinledikçe, doğrusu diş hekimliğindeki bu yeni uzmanlığın getireceği sorunları da, mesleğe getireceği sorunları da daha ciddi olarak düşünmek gerektiğini düşünüyorum. Çünkü tıp eğitimi ile diş hekimliği eğitiminin ayrı fakültelerde yapılmasından dolayı dünyada genel kabul gören durum, diş hekiminin mezun olduktan sonra diş hekimi unvanıyla bütün meslek uygulamalarını yapabilmesi şeklindedir. Tıpta ifade edilen pratisyen hekim sözcüğü, diş hekimliğinde yoktur. Diş hekimliği fakültesini bitiren her diş hekimi, direk olarak ağız içinin bir uzmanı olarak çıkar ve o nedenle de uzmanlık kavramı zaten diş hekimliği mesleğine çok daha geç girmiştir. Hala da çok sınırlı olarak biraz önce Celal’in de ifade ettiği gibi AB ülkelerinde çok sınırlı sayıda uzmanlık kabul edilmektedir.

Ben özellikle şunu vurgulamak istiyorum. Özellikle bu kongrenin biraz önce Ahmet Hoca’nın ifade ettiği gibi daha detaylı bir şekilde uzmanlık eğitimi akademik kariyere yol açacak bir eğitim

mi olacağı, yoksa daha çok uygulama ağırlıklı, odaklı bir uzmanlık eğitimi mi olacağı konusunun burada tüm çıplaklığıyla açığa kavuşmasını istiyorum. Çünkü benim bildiğim kadarıyla akademik yaşantı, doktora eğitimsiz sürdürülemeyecek bir alandır. Bu bizim ülkemizde ne yazık ki bir defacto durumu olarak bu şekilde yürütülmektedir. Ama bunun, bu eğitim kongresinde açıklığa kavuşmasını rica ediyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hamit OKUR-Medeniyet Üniversitesi Rektörü (Oturum Başkanı): Teşekkür ederim. Buyurun.

Doç Dr. Murat POLAT -Bursa Yüksek Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimisi - Benim şöyle bir sorum olacak. Bu akademik çalışmalarda, bu tez çalışması olabilir, makale ile ilgili bir çalışma olabilir. Çalışmaya aldığınız hastaların ücretini SGK şu anda ödemiyor bildiğim kadarıyla. Şimdi ben genel cerrahim. Şöyle bir örnek vermek istiyorum. Bir mide kanseri, artık bunun tedavisi standardize edilmiş, tümünü bana göre ödemesi gerekiyor. Şayet bu standardın dışına çıkan bir çalışma varsa, bu çalışma ile ilgili hastanın hiçbir ücretini ödemiyor. O da zorlaştırıyor çalışmaları. SGK ile görüşülerek bu konuda standart kısmını ödemesi, onun dışındakini ödememesi sağlanabilir. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hamit OKUR-Medeniyet Üniversitesi Rektörü (Oturum Başkanı): Ahmet Bey kısaca bir cevap verecek. Buyurun.

Prof. Dr. AHMET GÜL- İstanbul Üniversitesi: Yani bir Etik Kurul üyesi olarak buna cevap verebilirim. Şu anki mevcut klinik araştırmalar yönetmeliğine göre de eğer rutin olarak uygulanan işlemler varsa, siz rutin uygulamaları araştırmanızın kapsamında tutmadan, ek yapacağınız incelemeleri kendiniz ödemek kaydıyla tabii ki yapabilirsiniz. Yani hastanız mide kanseri ameliyatı olmuştur. Ama siz onun genetik incelemesini yapıyorsanız, tabii ki kanser ameliyatının parasını da kendiniz ödemek zorunda değilsiniz. Bu rutin uygulamadır. Onun parasını tabii ki SGK öder ama onun dışına çıktığınız tüm uygulamalar sizin bütçenizde yer almak zorunda.

Prof. Dr. Hamit OKUR-Medeniyet Üniversitesi Rektörü (Oturum Başkanı): Evet teşekkür ederiz. Buyurun.

Prof. Dr. Ömer KARAHAN-Konya Eğitim Araştırma Hastanesi: Tıpta uzmanlık eğitimi konusunda, tıpta uzmanlık eğitiminin eksikleri konusunda yaptığımız bir anketin sonuçlarını kısaca burada ifade etmek istiyorum. Tıpta uzmanlık eğitimi noktasında bu vakte kadar hep branş eğitimi konusundaki eksikler yanlışlar üzerinde durulmuş, biz branş eğitimi dışında donanım eğitimi ve uyum eğitimi esas alan bir çalışma yaptık. Türkiye’deki 28 eğitim veren hastaneden 1290 kişinin katılımıyla gerçekleştirdiğimiz anketin sonucuna göre asistanlarımızın uyum eğitimine ihtiyacı olduğu, yabancı dil, motivasyon, Türkçe’ye hakimiyet, Türkçe’yi iyi kullanma noktalarında genel donanım eğitimine ihtiyaçları olduğu, diksiyon, etik, hasta hekim ilişkileri konularında eğitim alma ihtiyaçlarının olduğu yüzde 50’nin üzerinde istek ve talepler şeklinde ortaya çıktı. Bir başka şey biraz önce tartışılan Ahmet Bey’in gündeme getirmesiyle birlikte bilimsel donanım noktasındaki eksiklerle ilgili olarak, araştırma görevlisi adını verdiğimiz insanların maalesef araştırmayla ilgili, hiçbir eğitimi yok. Onun için bu insanlar araştırma projelerinin hazırlanması, tez konusunun bulunması, tez hazırlanması, istatistik programlarının kullanımı, gerek TÜBİTAK, gerek bakanlık, gerek üniversiteler gerekse AB araştırma fonlarının kullanımı noktasında “eğitim verilmesini ister misiniz?” noktasındaki sorularımıza yüzde 80’in üzerinde olumlu cevap aldık. Türkiye’de bu kongreyi düzenleyenleri bu vesileyle tebrik etmek isterim. Eğitim noktası çok önemli ve çok ihmal edilmiş bir konu. Sabah ki oturumun başkanı Türkiye’de Nobel alabilecek beyinlerin olduğunu ifade etti. Türkiye’de Nobel alabilecek insan yapımız var ama “biz lider olabilecek insanları acaba üniversitelerde ve üniversite

sonrası, mezuniyet sonrası eğitimde heder ediyor muyuz?” sorusunu gündeme getirmemiz lazım. Ben bu noktada şu örneği vermek istiyorum. Yurt dışında 5 milyon Türk var. Ama 5 milyon Türk’ün içerisinde 70 milyon Türkiye nüfusundan daha fazla yıldız futbolcu yetişiyor. Demek ki Türkiye’de heder edilen insanlar oralarda değerlendiriliyor. Aynı durumun bilim ortamında da geçerli olduğu kanaatindeyim ve donanım eğitimine, tıpta uzmanlık eğitiminde yer verilmesi gerektiğini savunuyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hamit OKUR-Medeniyet Üniversitesi Rektörü (Oturma Başkanı): Teşekkür ederiz. Son olarak buyurun

Dt. Yasemin GELİŞEN- 75. Yıl Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi: Sayın başkanlar, sayın katılımcılar. 76 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Diş Hekimliği Yüksekokulu’ndan mezunum. 4 yıl temel tıp eğitimimi tamamen tıp fakültesi öğrencileri ile aynı nitelikte aldım. Bizim dönemimizde temel tıp eğitimini bir diş hekiminden önce bir tıp doktoru olarak aldık. Daha sonra diş hekimisi olarak mezun olduk. Benim anlatmak istediğim diş hekimliği fakültelerinde genel tıp formasyonundan gittikçe uzaklaştığını görüyorum. Yeni mezun arkadaşlarımız, bunlar doktoralı, uzman, genel diş hekimisi olabilir ama kesinlikle mesleki mezuniyetten sonra psikosomatik hastalıklar, sistemik hastalıklar hepsine uzak kaldılar, çünkü genel tıp formasyonundan uzaklaştırıldıkları için genel tıp formasyonu verilmediği için teknisyen niteliğinde yetiştiriliyorlar. Diş hekimliğinde 8 dalda uzmanlık oldu. Biz bunun için kararın yanındayız ama bizim yaptığımız işlerle ilgili olan katsayı farkının düşürülmesi gerektiğini düşünüyorum. Benim yaptığım dolgunun çarpanı, tedavi uzmanı ile eğer aynı işlemi yapıyorsam aynı katsayı ile çarpılması gerekmektedir. Uzman bir diş hekimisi her dalda uzman olamaz. Tıpta bir ürolog sadece ürolojide uzman. Katsayısı ona göre hesaplanmalıdır.

Ben şunu öğrenmek istiyorum. Genel tıp formasyonu uzaklaştıkça, diş hekimliği fakültelerinde bu uzmanlıkların yan uzmanlık olması diş hekimliğinin kendisinin uzmanlık olarak nitelenmesi gerekmektedir. Bu konudaki sayın Celal Tümer’in düşüncelerini öğrenmek istiyorum.

Prof. Dr. Celal TÜMER- Hacettepe Üniversitesi: Şimdi diş hekimliği fakültelerinden mezun olanların kazandığı belli yetkinlikler var biliyorsunuz. Bu yetkinlikler çerçevesinde diş hekimleri gereken her türlü müdahaleyi yapabilir. Ama uzmanlığın da ayrı bir özelliği var biliyorsunuz.

Cerrahideki bir uzman ne yapar? Çene kırığını yapar, işte kisti yapar, sinüs lifting yapar. Ama normal bir diş hekimisi dişi çekebilir. Ama sizin katsayı ile söylediğiniz konular teknik konular.

Dt. Yasemin GELİŞEN- 75. Yıl Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi: Şimdi sonuçta kamuda çalışan hekimlerin de çalışma barışının bozulmaması lazım. Yani çalışma barışının bozulmaması için de eşitlik ilkesinin, eşit işe eşit ekonomiye katkı için sizlerin değerlendirmesi çok önemli. Tabii ki benim yaptığım işin uzmanı olmayacak. Yapamadığım işlerin uzmanlığı olacak. Düşünülmesi gereken bu. Genel formasyondan uzaklaşılması gerekiyor diş hekimleri olarak. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hamit OKUR-Medeniyet Üniversitesi Rektörü (Oturma Başkanı): Süremizi epey aştık. Bundan sonraki oturumu 15 dakika sonra yani 16.15’de başlatmak üzere oturumu kapatıyorum. Hem konuşmacılara hem sizlere çok çok teşekkür ediyorum. Saygılarımla.



3. OTURUM

YÜKSEK ÖĞRETİMDE SAĞLIK EĞİTİMİ

SAĞLIK EĞİTİMİNDE LİSANS VE ÖN LİSANS PROGRAMLARI

Prof. Dr. Haydar SUR, haydarsur@yahoo.com

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dekanı

Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık İnsangücünü "Asıl işi ve uğraşı sağlığın geliştirilmesi olan insanlardır" şeklinde tanımlamaktadır. Her yıl yayımlanan dünya sağlık raporlarında, her yıl bir konu ele alınır. 2006 yılında ele alınan konu, dünyada sağlık insangücü ve bununla ilgili sorunlar olmuştur. "Working together for health" (Sağlık içinde hep birlikte çalışmak) adıyla yayımlanan bu kitapta, sorunlar ayrıntılarıyla ele alınmıştır. Bu tanım da yer alan toplumun sağlığının geliştirilmesi ifadesini hiç ama hiç akıldan çıkarmamalıyız. Sağlık profesyonelleri olarak bizim varlık nedenimiz budur.

Diğer bütün mesleklerle üye olanlardan sağlık profesyonellerini ayıran çok önemli farklılıklar vardır. Bunu tam anlayabilmek için öncelikle sağlık hizmetlerinin ayırıcı özelliklerini iyi bilmek gerekiyor:

Sağlık hizmetlerinin genel özellikleri:

- Olmazsa olmaz,
- Ertelenemez,
- Devletin tamamen çekilmesi mümkün değildir,
- Devletin herşeyi yapması mümkün değildir,
- Kamu özel işbirliği kaçınılmaz,
- Pahalıdır,
- Yüksek düzeyde mesleki bilgi ve beceri ister,
- Yüksek düzeyde teknoloji kullanır,
- Sadece hekimlik ve hemşirelik değildir,
- Toplamların duyarlılık alanlarından biridir.

Bu derece özellik gösteren hizmetleri sunacak kişilerin de iyi yetişmiş olması gerekmektedir. Teknik olarak iyi donanıma sahip olmak da yetmez, iş ahlakını mesleki uygulamalarına iyice sindirmiş kişilere ihtiyaç vardır. Denilebilir ki, sağlık hizmetlerinde (dolayısıyla sağlık sistemlerinde) başarıya ulaşmada sayıca yeterli, iyi yetişmiş ve insani özelliklerini güçlendirmiş sağlık personeli kadar kıymetli hiçbir şey yoktur. Gelişmiş ülkeler dahil bütün ülkelerde en çok sıkıntısı çekilen kaynak sağlık insangücüdür.

Ülkemizde Duruma Kısa Bakış

Meşhur 1219 sayılı 1928 yılında kabul edilmiş olan Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile hekimlik, dişhekimliği ve dişçilik, ebelik meslekleri tanımlanmıştır. 1953 yılında çıkarılan 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun ve 1954 yılında çıkarılan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (5634 sayılı 2007 tarihli yasa ile değişikliğe uğratılmıştır) ile yasada tanımlanmış toplam beş meslekten ibaret yelpazemiz, daha sonraları yasalara göre daha hafif düzenleme metinleriyle genişletilmeye çalışılmıştır. Nihayet Torba Yasa olarak bilinen 2011 tarihli ve 6225 sayılı yasada klinik psikolog, psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknikeri/teknisyeni, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi labo-

ratuvar teknisyeni, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, od-yometri teknikeri, diyaliz teknikeri, fizyoterapi teknikeri, perfüzyonist, radyoterapi teknikeri, ecza-ne teknikeri, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri isimleriyle otuz meslek adı sayılmıştır. Böylelikle yasal olarak tanımlanmış toplam otuz beş sağlık mesleğimiz bulunmaktadır.

Bu mesleklerin teknisyen olarak belirtilenleri lise, tekniker olarak belirtilenleri de lise üzerine 2 yıl üniversite eğitimi (ön lisans) gerektirmektedir. Hemşirelik, ebelik, beslenme ve diyet, fizyoterapistlik, sağlık yönetimi ve çocuk gelişimi meslekleri 4 yıllık üniversite eğitimi (lisans) ile elde edilmektedir. Bunların dışında hekimlik 6 yıl (yüksek lisans), dişhekimliği ve eczacılık ise 5 yıl üniversite eğitimi gerektiren mesleklerdir.

Yürütülen işin her ayrıntılı durumuna yeni bir meslek şubesi açarak işi iyice abartmış bulunan ABD'de, sağlık meslekleri sınıflanırken meslek birliklerinin standart kodlamalarında ana meslek başlığı ile seksen, iyice ayrıntılandırılmış geniş listelerde ise dört yüzü aşkın meslek adı sıralanmaktadır.

Bütün sağlık meslekleri için istisnasız sorulması ve üzerinde düşünülmesi gereken temel soru, "Bu meslek niçin var?" sorusudur. Varlık nedeninin tam olarak anlayamadığımız ve anlatamadığımız bazı mesleklerin lağvedilmesi gerekecektir. Yine temel bir soru da bazı meslekler için "Bu meslek niçin yok?" olmalıdır. Sözügelisi, sayıları onbinlerle ifade edilen mezun verdiğimiz ve gerçekten de olması gereken bir meslek olan tıbbi sekreterlik yasada yer almamıştır. Hiçbir sağlık mesleğine ne iş olsa yapsın mantığı ile yaklaşılmalı ve yardımcı sağlık personeli gibi genellemelerden özenle kaçınılmalıdır. Bu özen gösterilmezse, sayıları giderek daha da artacak ve elli-altmışları bulacak mesleklerin uygulamada sınırları muğlak hale gelir ve işin erbabını üretmemizin bir anlamı kalmaz.

İşin erbabını üretmek sözü de çok iddialı bir ifadedir. Belirli bir mesleğin çalışma alanını tanımlarken unvanı vereceğimiz kişilerin de bu tanımlanan işi gerçekten yapabileceğini garanti altına almak zorundayız. Böylece sağlık mesleklerinde nitelik sorununa gelip dayanıyoruz. Ülkemizdeki büyük eksiklik sadece diploma vererek kişileri çalışma hayatına göndermek, başkaca hiçbir filtreden geçirmemiş olmaktır. Bunu yapmaya mecburuz, çünkü sağlık personeli kıtlığını birçok meslekte yaşamaktayız. Bu mesleklerin ülkede talebi arzı ile dengelenince elbette yeni bazı süzgeçleri devreye sokmak gerekecektir. Talebin arz ile dengelenmesi demek optimum sayıda, ne eksik ne fazla elemanı üretilip bir denge tutturmak demektir. Nitelikte denge ise, o meslek mensubuna yaptırılacak işi bilgi ve beceri anlamında yerine getirebilecek bir düzeyde eğitim vermek, burada da ne eksik ne de fazla bir düzeye erişmemek anlamını taşımaktadır.

Birçok sağlık mesleğinin yetiştirilmesinde öğretim üyesi sıkıntısı çekildiği bir gerçektir. Diğer kaynakların yetersizliği belki bir noktaya kadar kapatılabilir ama öğretim üyesi eksik kalınca sağlık insangücünde hedeflenen kalitenin zinciri kopmakta ve sonrasında hayır gelmemektedir. Dışarıdan doldurma kişileri yürütülen eğitimler mezun vermekte ama bu mezunlar ülkenin ihtiyacını giderememektedir.

SAĞLIKTA LİSANSÜSTÜ EĞİTİM

Prof. Dr. Sait BİLGİÇ, sbilgic@omu.edu.tr

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektör Yardımcısı / YÖK Üyesi

Lisansüstü Eğitim; Yüksek lisans, Doktora ve Uzmanlık programlarından oluşmaktadır. Yüksek lisans ve Doktora programları 2547 Sayılı Kanunun 50 inci maddesine göre hazırlanan "Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nce" esasları belirlenen ve üniversitelerin bu esaslara göre hazırladıkları yönetmeliklere göre yürütülmektedir.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi ise "Tababet ve Şuabatı San'atlarının tarzi icrasına dair 1219 sayılı Kanun'a" göre hazırlanan "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne" göre yürütülmektedir (Resmî Gazete 18.07.2009 tarih ve Sayı : 27292).

Lisansüstü eğitim mevzuatında;

Tezli yüksek lisans programının amacı, "öğrencinin bilimsel araştırma yaparak bilgilere erişme, bilgiyi değerlendirme ve yorumlama yeteneğini kazanmasını sağlamak".

Tezsiz yüksek lisans programının amacı, "öğrenciye mesleki konuda derin bilgi kazandırmak ve mevcut bilginin uygulamada nasıl kullanılacağını göstermek".

Doktora programının amacı, öğrenciye bağımsız araştırma yapma, bilimsel olayları geniş ve derin bir bakış açısı ile irdelleyerek yorum yapma ve yeni sentezlere ulaşmak için gerekli adımları belirleme yeteneği kazandırmak".

Uzmanlık eğitiminin amacı, "belirlenen alanların birinde kişinin sanatını uygulama hakkı ve uzmanlık unvanını kullanma yetkisi kazandırmak".

olarak tanımlanmıştır

Özellikle doktora eğitimi, bilim adamı olmanın başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Uzmanlık eğitimi tamamlayanların da bilim adamlığını tercih hakları bulunmaktadır. Ancak uzmanlık eğitiminin asıl amacı, alanlarında uzman hekim yetiştirmektir. Amaçları bakımından uzmanlık eğitimi ile tezsiz yüksek lisans programları birbirine benzerlik göstermektedir. Öğrenciye mesleki konuda derin bilgi kazandırmak ve mevcut bilginin uygulamada nasıl kullanılacağını göstermek ortak bir amaç olsa da uzmanlık eğitiminde daha çok uygulamaya yönelik bir eğitim vardır ve uzmanlık tezi hazırlanır. Tıp bilimlerinde 2010-2011 eğitim yılındaki lisansüstü öğrenci sayısı yaklaşık olarak 17500 olarak bilinmekte ve bunun 13170'i tıpta uzmanlık öğrencisi, kalanı ise yüksek lisans ve doktora öğrencilerinden oluşmaktadır. Sağlık alanındaki lisansüstü öğrencilerin % 75'ini oluşturan tıpta uzmanlık öğrencilerine bugün sorulduğunda ;

- Mevzuattaki sürelerin çok üzerine çıktığı,
- İyi eğitim alamadıkları, çoğu zaman kendi kendilerine öğrenmek zorunda kaldıkları,
- Ağır bir iş yükü altında oldukları ve sadece işgücü olarak görüldükleri,
- Mesai bitiş kavramının bulunmadığı,
- Tezlerin yayınlanabilecekleri yeterlilikte yapılmadığı,

gibi sorunların dile getirildiği görülmektedir. Özellikle tez konusunda ortaya çıkan bu sonucun

dikkate alınarak tez yapmanın seçmeli olmasının daha yararlı olacağı savunulmaktadır.

Bu görüşü, Özgen U ve arkadaşlarının 2011 yılında "Türkiye Klinikleri J Med Sci" de yayınladığı çalışmalarında; Türkiye'de yapılan uzmanlık tezlerinin uluslararası bilime katkısı araştırılmış ve 22625(1985-2005) tezden 1397(%6,2)'sinin uluslararası yayın haline getirilmiş olduğu tespit edilmiştir. Bunun da %6,6 sınıfın üniversite hastaneleri, %8,6 sınıfın askeri hastaneler ve %1,3 ününde devlet hastanelerinde yapılan tezlerden üretildiği görülmüştür. Oysa bir başka çalışmada, Çukurova Üniversitesinde sağlık bilimleri alanında yapılan 109 doktora tezinden 35'inin(%32), 144 yüksek lisans tezinden 7'sinin(%4,8) uluslararası yayın haline getirilebildiği tespit edilmiştir.

Daha detaylı çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte bu çalışmaların sonuçlarına bakarak doktora tezlerinin uluslararası bilime daha fazla katkı sağlayabildiğini söyleyebiliriz. Asıl amacı uzman hekim yetiştirmek olan uzmanlık eğitimi sırasında mecburi tez hazırlama yerine, getirilecek bir değişiklik(detaayları çok iyi çalışılmak kaydıyla) isteyenlerin tez yapmak istediklerinde doktora tezi yapma hakkı verilmesinin ve diğer uzmanlık eğitimi öğrencilerinin tez yapmadan uzmanlık hakkını kazanabilmelerinin sağlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM

Prof. Dr. Hasan Fevzi BATIREL, hbatirel@marmara.edu.tr

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Mezuniyet sonrası eğitim konusundan önce, Marmara Tıpla ilgili kısa bir bilgi vermek istiyorum. Marmara üniversitesi Tıp Fakültesi, bir işbirliği anlaşması yaparak Sağlık Bakanlığıyla ortak bir hastanede şu anda işi yürütüyor. Fakat Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin şartları diğer afilliye hastanelerden oldukça farklılık arz ediyor. Biz tamamen boş bir hastane binasının içine girdik ve bizim hastanemizde akademik ünvanlı bir Sağlık Bakanlığı personeli çalışmıyor. Sadece uzman düzeyinde olan kişiler çalışıyor. Bütün sağlık ve eğitim hizmeti öğretim üyeleri tarafından veriliyor. Asistanlarımızın neredeyse tamamı üniversite kadrosunda olan kişiler. O yüzden bizim örneğimiz, özelimiz içinde sorunlar barındırmakla beraber şu dönemde bizim binamızın olmadığı göze alındığında kendimize ait uygun bir çözüm gibi görünüyor. Ama her tıp fakültesi için böyle bir çözümü, açıkçası kimseye tavsiye edecek konumda değilim.

Mezuniyet sonrası eğitimden bahsedeceğim, ancak tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili bir-iki konuya değinmek istiyorum. Ben göğüs cerrahiyim, o nedenle bir miktar cerrahiye yoğunlaşarak anlatmak istiyorum.

Şimdi bütün eğitim kurumlarında karşılaşılan en önemli sorunlardan bir tanesi, kişilerin eğitimle ilgili davranışlarını değiştirmek ve eğitimi nasıl vereceklerini belirlemek. Çünkü eğitim ve öğretimle davranışımızı değiştiremiyoruz. Bir hocayı nasıl slayt hazırlaması gerektiği veya slayt hazırlayıp hazırlamaması gerektiği veya dersi nasıl anlatması gerektiğiyle ilgili en ufak bir öneride bulunduğu- nuzda size verdiği karşılık “Ben on yıllık, yirmi yıllık hocayım. Bana mı öğretiyorsun ders anlatmayı” olacaktır. Bu davranış, gerçekten hepimiz için geçerli. Çünkü biz bir değişime gittiğimiz zaman; acaba bildiğimiz bir şeyi geride mi bırakıyoruz, çok önemli bir şeyi ihmal mi ediyoruz hissine kapılıyoruz. Bir parçamızı, bizi şekillendiren tecrübelerimizi sanki geride bırakıyor gibi hissediyoruz. Bu nedenle eğitimle ilgili reformların çok düzenli, kalıcı ve ısrarcı bir şekilde yapılması gerekiyor. Bunun öyle kısa vadeli bir çözümü olmadığı ve uzun vadede ancak çözülebileceğini de herkesin anlaması gerekiyor. Bugün yapılacak bir eğitim yatırımının sonucunu ancak on yıl sonra alabilirsiniz.

Ben, çok iyi bir eğitimci olan Dr. Clement Hiebert bir yazısındaki bir cümlesini paylaşacağım. Kendisi, Harvard Tıp Fakültesi mezunu ve yemek borusu cerrahisi idi. 2008 yılında, Parkinson hastalığının komplikasyonlarına bağlı bir nedenle hayatını kaybetti. Yazısında diyor ki; “Bizler bir geleneğin muhafızlarıyız. Bilgi bize verilmiştir. Onu parlatıp, temizleyip bir sonraki nesle aktarmak zorundayız.”

Şimdi, gerçekten bilgiyi aktarmak zorundayız. Sonuçta hizmet verdiğimiz belirli bir süre var. Bu bilgiyi aktarabilmemiz için bir zaman gerekiyor. Bu zaman da burada bulunmanın onurunun karşılığı olarak ödediğimiz kiradır. Bu ifade, gerçekten çok güzel bir ifadedir. Eğer biz burada bulunuyorsak, yani profesör, doçent unvanı taşıyorsak, bu eğitimi ve bilgiyi aktarma zamanını insanlara ayırmamız gerekiyor. Doktor kelimesinin öğretmekten geldiğini de hepimiz bilmemiz gerekiyor. O nedenle eğitime ayrılan zamanı boşa geçen bir zaman gibi görmek veya gereksiz gibi görmek aslında akademisyenliğin ruhuna baştan aykırı veya bunu herhangi bir şeye sınırlandırmak akademisyenliğin ruhuna aykırı.

Mezuniyet sonrası eğitimin unsurları, dünyada tanımlanmış aslında. Yeniden keşfetmeye çok fazla gerek olacak bir durum yok. Öncelikle içeriğinin belli olduğu bir müfredat hazırlanması gerekiyor. Biz ne öğretmek istiyoruz? Bir ihtisas eğitimi verdiğimizde, bunun müfredatı ne olduğunun yazılı

ve yazılı olmayan unsurlarıyla belirlenmesi lazım. Başka, bilinen bir eğitici ve eğitim yeri lazım. Eğitimin kalitesi ve yeterli sayıda olması çok önemlidir. Geçen yıl bir kongrede, yanılmıyorsam Teflik hocamız söylemişti. Trabzon'da bir eğitim araştırma hastanesinde bir öğretim üyesi ile bir şef belki on beş asistana eğitim verirken, tıp fakültesinde beş-altı öğretim üyesinin eğittiği altı-yedi asistan var. Şimdi bu ikisi arasında mutlaka kalite farkı olacaktır. Eğitim yeri, eğitimin kalitesi bunlar gerçekten mezuniyet sonrası eğitimde kaliteyi yakalamak açısından çok önemli. Tabii ki, aynı zamanda üzerimizde de büyük bir yük var. Çünkü bu kişilere uzman yetkisi veriyoruz. Herhangi bir şekilde hasta olarak o kişilerin karşısına gelebiliriz. Bunu çok iyi düşünmek gerekiyor.

Sorunları tabii ki izlemek gerekiyor. Klinik görevlerle eğitim faaliyetleri arasında bir denge oluşturmak gerekiyor. Muhakkak eğitim için ayrılmış, özellikle eğitim için ayrılmış bir zaman olması gerekiyor. Bir başka konu; bir kişiyi mezun ederken hangi kriterlere göre, ne tür yetkinlikler kazandıklarını ortaya koyduktan sonra mezun etmemiz gerekiyor?

Bizim klasik eğitim sistemi, hepimizin yetiştiği büyük çoğunluğumuzun yetiştiği eğitim sistemi nedir? İşte belirli zamanlar geçiriyoruz klinikte. Dört yıl, beş yıl. Bunun sonucunda işin doğası olarak işi öğrendiğimiz düşünülüyor. Çok iyi hatırlıyorum ilk insizyon yapıp dikiş attığımda hocam sevinerek “İşte bak! Biraz eli kırıldı” demişti bir başka arkadaşım. Yani elin kırılması, kriterlerden bir tanesiydi. Neyin yapıldığı, ne amaçla yapıldığı ve sonunda ne elde edilmek istendiğinin iyi tanımlı olması lazım. Maalesef ülkemizdeki birçok kurumda, tanımlanmış amaçları olan programlanmış bir eğitim yoktur. En iyi üniversitelerimiz için de bunu söyleyebiliriz. Daha bu işin çok başındayız.

Bu anlatacaklarım bizim çömez asistanımızın tipik bir günü. Sabah 8'de işe başlıyor, akşam 8- 9'da çıkıyor. Cerrahi asistanı ise sabah 8'de değil, hatta 7'de başlıyorlar işe. Akşam 8-9'da işleri ancak bitiyor. Eve geldiklerinde perişan bir haldeler. Görüyorsunuz, asistanlar korkunç bir iş yükü altında ezilmiş durumda. Bunu dünyanın diğer ülkeleri de yaşamış süreç olarak. Sadece biz yaşamıyoruz. Bundan 25 yıl önce, New York'da, 33.53 Kanunu diye New York eyaletine ait bir kanun çıkartılıyor. 33.58 genç bir kız, 18 yaşında. 34.01 hastanesine aşırı heyecan, acıtasyon, baş ağrısıyla gidiyor. Gittiğinde iki nöbetçi asistan var. Asistanlardan biri çömez, diğeri ise kıdemlidir. Hastanın önemsiz bir histerik problem olabileceği düşünülüyor. Bu histerik problem nedeniyle yatırılıyor, hasta takip ediliyor. Hastanın acıtasyonu gece bir miktar artıyor. Artınca hastaya sedatizasyon madde haloperidol ile bir iki tane başka sedatize ilaç veriliyor. Gece 3'de arest oluyor. Ondandır da maalesef kaybediliyor. Kıdemli asistan elli tane hastaya baktığından hastayla ilgilenen enerji kalmamış. Bu hastanın arest olup ex olmasının üzerine babası Sidney, 34.46 dava açıyor, bu davayı kazanıyor ve bu eforu sayesinde Amerika'da 110 saat olan ortalama asistan çalışma süresi 80 saatle sınırlandırılıyor. Şimdi bizde ne kadar çalışıyor. Bizim cerrahi asistanlarımız her halde 110-120 saat çalışıyor. İnanılmaz efor sarf ediyorlar. Buna eğitimi de entegre etmek zorundayız. Yani bu kişiler, kendi görevleri olmayan alt unsur kişilerin yapması gereken işleri de yaptıkları için 110-120 saat çalışıyorlar. Amerika'da şu anda 80 saat sınırlaması tartışılıyor, olmaması lazım deniyor. Bazı asistanlar da çok mutlu değil, eğitimi biraz azalttığı söyleniyor ama yine de ülkemizde daha bunu tartışacak konumda dahi değiliz. Şu anda hepimiz memurun kanununa tabiyiz. Asistanlar; “ben dokuz saat çalışıyorum ve gidiyorum” derse, gidebilir. Hiçbir şey de yapamayız. Sekiz saatten fazla çalışmam diyene.

Hasta yükü önemli mi eğitim açısından? Önemli. Burada iki tane büyük hastane görüyoruz. Biri- si Massachusetts General Hospital, diğeri de Brigham and Women's. Bunlar Amerika'da ilk beşe, dünyada ilk ona giren dünyanın en iyi hastaneleri. 2001 yılındaki bir eğitim toplantısında, Temmuz ayında Harvard Tıp Fakültesi mezunu asistanlar tıp öğrencilerinden, genel cerrahi ihtisasını herkes 36.17'de seçti. Brigham and Women's'ı da kimse seçmedi. Bu büyük bir olay oldu. Bunun sebebi de şuydu. Çünkü Massachusetts General Hospital yılda 80 vepal yapıyordu, öbür tarafta 40 vepal

yapılıyordu. Asistanlar, daha çok ameliyata girmek istiyorlardı. Ameliyat sayısı, hasta sayısı bir kliniğin eğitimi açısından son derece önemlidir. Mesela Amerika'da 400'ün altında vaka yapan göğüs cerrahisi klinikleri eğitim veremezler. Benim klinikte eğitim aldığım yılda 200 vaka yapılıyordu Marmara'da göğüs cerrahisinde, şu anda 700-800 civarı vaka yapıyoruz. Beş yılda bin vaka görmüş oldum. Ama yurt dışına gittiğinizde, belki bir yılda iki bin vaka görebiliyorsunuz.

Eğitimde sonuç odaklı sisteme geldiğinizde, mezuniyet sonrası eğitimde akreditasyon konseyinde altı temel kriter var. Hasta bakımını iyi bilecek, iyi tıbbi bilgisi olacak, iletişim becerileri yetkin olacak, profesyonel insanlar olacak, neyi nerede yapacaklarını ve doğru olanı yapacaklarını bilecekler. İşe odaklı öğrenecekler ve kendilerini geliştirecekler. İş yaparken bir sistem dâhilinde bunları yapacaklar.

En önemli aşamalardan biri de eğitim veren merkezlerin akreditasyonu. Bunun içine bir de elektronik sistemler ve simülasyonlar giriyor. Gerçekten ileride çok önümüze çıkacak yüksek, sanal highfidelity dediğimiz çok net görüntülerle ortaya çıkan tıbbi simülasyonlar. Bu simülasyonlarda, iyi geri bildirimler, tekrar ettirebilme, zorluğunu ayarlayabilme gibi çok farklı stratejiler izleyebiliyoruz. O yüzden eğitim artık sadece klinikte öğrenilen bir durum olmaktan çıkarak aynı zamanda elektronik sistemlerin de entegre edilmesi gereken bir döneme giriyor. Mesela ABD'de yapılan ankette asistanların en çok kullandıkları tıp kaynağı 'uptodate' çıktı, yani internetten girip en son bilgiye ulaştığınız kaynak. Dolayısıyla kimse 'textbook' açıp bakmıyor artık. Uptodate'den baktığı, bu ilaç kullanılır mı, bunda endike mi, değil mi? Ona göre karar veriyor. Bizler bir miktar orta nesil, belki aramızda biraz daha gelişmiş kişiler olabilir ama genç arkadaşlarımız bu işe aşırı adapteler. Asistanlar arasında, öğrencilerin arasında Facebook sayfaları var ve bu 'e-öğrenmek' geçici bir moda değil. Birçok nedenle bilgi aktarımını burada yapabiliyorlar. Etkili ve verimli olabiliyor online öğrenme. Aynı zamanda kendileri bir grup kurup birbirlerine bilgi verebiliyorlar. "Bugün bu hastayı gördüm şöyle bir şey oldu. Bunda bunu gördüm." gibi. 'Ama yine de teknoloji kral değil' bu sözcük çok güzel. Pedagoji kral, teknoloji kraliçe olabilir.

Tabii, sonuçta ne olursa olsun bu bir usta çıkar ilişkisidir gerçekten. Bu hekimlik bir ustadan öğrenilir. Sonuçta değerlendirme de çok önemlidir. Özellikle performansa ve yeterliliğe dayalı değerlendirme, bu ancak bir eğitici tarafından yapılabilir. Kişinin kendisini değerlendirme yöntemlerinin de ortaya konulması lazım.

Konulardan biri de eğiticilerin eğitimiydi. Bir eğiticinin yeterli eğitim ve yeterli eğitici vasfına sahip olması için devamlı güncellenmesi gerekir. Aldo Castanado, dünyanın en iyi çocuk hastanesinde çocuk kalp cerrahi şefliği yapmış bir kişi. Emeklilik töreninde söylenen, Amerika ve Amerika dışından gelen 120 kişiyi yetiştirmiştir. Şimdi bizler Profesör unvanı taşıyoruz. Bir cerrahi branşında, kaç kişi yetiştirebiliriz diye soruyoruz kendimize. Dâhiliyede belki biraz daha fazla yetiştirebiliriz. On beş-yirmi kişiyi yetiştirmek, bütün akademik hayatında çok büyük bir başarıdır bence bu ülkede. Elli kişi yetiştirebilir misiniz? Çok zor. Çünkü sistem buna müsait değil. Bu kadar ayrıntılı bir şekilde kurulmamış.

Sadece eğiticinin eğitiminin ötesinde, eğitici kişinin kendisini en iyi kanıta dayalı tıp konusunda da güncellemesi gerekiyor. Bilgiler, tıp bilgisi beş yılda bir yenileniyor. Buna yetişmek, çeşitli alanlarda yetkinlik kazanmak için o kişinin bilimsel aktivitesinin durmaması gerekiyor. Ben yine bir örnek vermek istiyorum. Ronald 40.54 cerrahide herkesin bildiği son derece ünlü bir kişidir. Eğiticinin eğittiği kişiye karşı tutumunun ne kadar önemli olduğunu söylüyor. "Cerrahlar vardır, ameliyathaneye girince o niye böyle, şu niye böyle diye konuşmaya başlar, hemşireye kızarlar. Halbuki, bunların hepsi cerrahın egosuna çok faydalı olabilir ama sadece işi bir şeyler öğrenmek ve yardım etmekten

ibaret olan asistanı ve bütün ekibi de motive eder." O nedenle, hocanın asistana tavrı veya asistanın asistana tavrı çok önemli. Bizler, o kişileri eğitmek nedeniyle oradayız. O yüzden işlerin vaktinde yapılması bir sistem üzerine olması çok önemli.

Ortak bir takım engeller var önümüzde. Çünkü Türkiye'de yetki, bir sürü yerlere dağılmış durumda. Sağlık Bakanlığı'nın elinde farklı yetkiler var, YÖK'ün elinde farklı yetkiler var. Tıp fakültelerinin elinde farklı yetkiler var. Uzmanlık derneklerinde bir takım düzenlemeler yapılıyor. Yeterlilik Kurullarında bir takım düzenlemeler yapılıyor. TUK'dan bahsedildi. Tıpta Uzmanlık Kurulu, bütün rotasyon işlerini belirliyor. Bu kurul bir yere bağımlı mı? Evet, Sağlık Bakanlığı'nın web sitesi altında bulunuyor TUK.

Burada bu kadar yabancı örnekten sonra, bir de Türk örnek vermek istiyorum. Sabuncuoğlu, 1400'lü yıllarda yaşamış bir cerrah. Hekimliği bir sanat olarak görüyor. Buradaki yeşille yazdıklarım, ACGMA kriterleri acaba uyuyor mu diye baktım. "Bu sanat içerisinde çok farklı insanlarla karşılaşsın, demek ki iletişim becerinin yüksek olması lazım. Buna ilişkin bir sistem kurman gerekir. Müşkil maraz, yani zor hastalıklarla ilgili bilgi görgü sahibi olursun o zaman tıbbi bilginin iyi olması lazım. Bir işi hor görüp adını Yavuz yapmayasın, yani profesyonel bir şekilde hareket etmelisin. En basit iş ve en zor iş hepsi ayrı ayrı yeterli miktarda ilgiyi gerektirir. İyileşmeyecek hastaya müdahale eski tabirle etmemelisin, yani hasta bakımını doğru yapmalısın. Yine dünyaya aşırı şey yapıp kendini insanların gözünde küçük düşürmemelisin, yani iş odaklı olarak işi gerçekten doğru yapıp insanların karşısında bu işi öğrenmen gerektiğini, öğrendiğini göstermelisin ve tabii ki insafli olmalısın." Bunların hepsi bence eski öğütlerle de oturuyor. Ama sistem kurmak gerekiyor.

Sonuçta Türkiye'de bu mezuniyet sonrası eğitime yönelik bir stratejik bakış açısı geliştirmek lazım. Müfredatı bütün bu bahsettiğimiz alt unsurları belirleyecek, bağımsız bir yeterlilik konseyi olmalı. Aynı yurt dışındaki örnekler gibi. Bunlar, bu özellikle akademik camianın öncelikleri arasında olmalı. Bir tane eğiticinin olduğu yere, on beş asistan girmemeli. Bunların kriterleri belli olmalı. Seksen altı tıp fakültesi var, seksen altısında da göğüs cerrahisi olmak zorunda değil. İçinde onar tane iyi cerrahın olduğu, yirmi tane göğüs cerrahisi merkezi yeterli Türkiye'ye. Ama ne getiriyor bize? A+ hastanemiz var, o zaman her şey olmak zorunda. Böyle bir şeye ihtiyacımız yok. Yani bunların hepsini düzenleyecek, söz sahibi olan bir tek yetkili ve bağımsız bir konseye ihtiyacımız var. Özellikle eğiticileri, bilimsel açıdan yeterli hale getirmemiz lazım. Aynı zamanda bilimsel araçlarını yenilememiz lazım. Yine öğrencinin ve eğitilenin önündeki öğrenme engellerini de kaldırmamız lazım. Burada altyapı imkânları ve eğiticilerin kalitesini kastediyorum. Bu Mehmet Akif'in başka amaçla söylediği bir sözdür ama doğrudan doğruya 'bilimden alarak ilhamı, asrın idrakine söyletmeliyiz tıbbımızı' diye çevirdim.

EĞİTİLMİŞ İNSAN GÜCÜ AÇISINDAN ÖZEL SEKTÖRÜN BEKLENTİLERİ

Uzm. Dr. Cevat ŞENGÜL, cevata@hekimonline.com

OHSAD Genel Sekreteri

Özel sağlık sektörü dediğimiz zaman ne algılıyor? Boyutlarımız ne aşamada?

Özel sağlık sektörünü rakamlarla tanıtmak istiyorum. 490 civarında SGK ile anlaşmalı hastanemiz var. Buna ilaveten 541 tıp merkezi, 442 dal merkezi, 363 diyaliz merkezi toplamda 1950 SGK ile anlaşmalı merkezimiz var. Ruhsatlı olan özel hastane sayısı toplamda 530'a ulaşmış durumda. 19700 civarında uzman hekim istihdam ediyoruz. 200.000 çalışmamız var. Yıllık doksan milyon insanımızı muayene ediyoruz. Üç milyon yatan hastayı tedavi ediyoruz ve iki milyon ameliyat gerçekleştiriyoruz.

Kamuya ihale SGK'ya sunulan özellikli işlemlerde, özel sağlık sektörünün payını vurgulamak istiyorum. Niçin bu rakamları veriyorum? Bizim sunmuş olduğumuz hizmetin rakamsal değeri, Türkiye'de özel sağlık sektöründe çalışan nitelikli insan sayısı ile orantılı değil ve bu konuda ciddi sıkıntılarımız var. Bunu net olarak ortaya koyabilmek için ilk önce sektörün rakamlarla büyüklüğünü vermeyi uygun buldum. Beyin cerrahisinde tüm Türkiye'deki işlemlerin yüzde 32'si, yoğun bakım hizmetlerinin yüzde 45'i, kardiyojloji hizmetlerinin yüzde 47'si, kalp cerrahisinin yüzde 54'ü ve diyaliz hizmetlerinin yüzde 81'i özel sağlık sektörü tarafından verilmektedir. Genel anlamda baktığınızda ise kamuya yani sosyal güvenlik kurumuna sunulan sağlık hizmetinin yaklaşık yüzde 35'i özel sağlık sektörü tarafından verilmektedir. Bunun karşılığında nitelikli sağlık personeli olarak hekimleri ele alırsak, Türkiye'de 2010 yılı sonu itibarıyla 123447 toplam hekim sayısının 19.5'ü, yani 24000'i özel sektörde görev yapmaktadır. Yine, 114772 toplam hemşire sayısının yüzde 14.9'u, bir başka deyişle yüzde 15 civarı olan 17 209 adedi özel sağlık sektöründe görev yapmaktadır.

Özel sağlık sektörünün eğitilmiş insan gücü ihtiyacı dediğimiz zaman, bunu üç gruba ayırarak incelemek mümkün. Hekim, hekim dışı sağlık personeli ve profesyonel sağlık yöneticisi şeklinde gruplandırabiliriz.

Öncelikle hekim ihtiyacına göz atmak gerekirse; Türkiye'deki hekim arzının arzı, ihtiyacı ve mevcut sayısını gözden geçirmemiz gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın planlama uygulamalarını ve bunun hekim istihdamına ve özel sektöre yansımalarını incelememiz gerekir. Özellikle tam gün yasasının özel sektör hekim ihtiyacına olan etkisini değerlendirilmelidir.

Dünya sağlık örgütü, ocak ayında 2011 yılı istatistik rakamlarını açıkladı. Buna göre Türkiye, Dünya sağlık örgütü Avrupa lejyonunda yer alıyor. On bin kişiye düşen hekim sayısı Avrupa lejyonu ortalamasında 33, Türkiye'de ise bu rakam 14.5. Türkiye, on bin kişiye düşen hekim oranında yaklaşık yüzde kırk Avrupa lejyonundan daha düşük durumda.

2011 yılının verilerini ihtiva eden OECD'nin klasik sağlık istatistik kitapçığı da ocak ayında yayınlandı. Burada bin kişiye düşen hekim sayısı, OECD ortalaması 3.1 iken Türkiye'de bu oran 1.6.

Sağlık Bakanlığı verileri de hemen hemen benzer tarzda. Tıp fakültelerinin öğretim üye ve öğrenci sayıları konusunda 2010 itibarıyla 38536 öğrenci ve 10513 öğretim üyesi var. Burada dikkatimizden kaçmaması gereken enteresan bir konu var. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı konusunda, Türkiye'de yüz güldürücü bir oran söz konusu. 2010 yılı itibarıyla bir öğretim üyesine 3.52 öğrenci düşüyor. Bu oran, Avrupa'nın birçok ülkesinden çok daha iyi olduğumuzu göstermektedir. Almanya'da bu oran 19.8, İtalya'da 15, Fransa'da 10.8, İspanya'da 8.7.

Elbette sadece öğretim üyesi, tıp fakültesinde öğrenci yetiştirmek için yeterli değil. Bunun çok daha faktörlü ihtiyaçları var. Onlarla sıralanabilir. Fiziksel yapı ihtiyacı, tıbbi cihaz ihtiyacı, finansal problem vs. ama en azından bir kalemde iyi olduğumuzu görmek de yüz güldürücü.

Bilindiği gibi tam gün yasası, 1219 sayılı tababet ve şüabat sanatlarının tarzi icrasına dair kanunun 12. maddesi tam gün yasasının 7. maddesiyle değişti. Bu değişiklikle, hekimler artık hem özel sektörde hem de kamuda aynı anda çalışmamaya başladılar.

Bize nasıl zararı oldu? Bize şöyle denildi. "Bu bir yol ayrımıdır. Hekimler isterlerse kamuda çalışmayı, isterlerse özel sektörde çalışmayı tercih edebilirler." Maalesef bu yol ayrımı tek yol idi ve başka bir seçenek yoktu. Çünkü özel sektörde çalışmak isteyen, çalışma tercihinde bulunmak isteyen hekimlerin çalışmasına imkân sağlayacak kadrolarımız dondurulmuştu. Kadrolarımız yoktu, bu nedenle hekimlerin çoğu kamuda çalışma mecburiyetinde kaldılar.

Özel hastaneler, 15 Şubat 2008 öncesinde part time olarak kamu ve özelde birlikte çalışan hekimlerin kadrolarını tam gün yasasıyla kaybettiler. Yani şöyle: Bir hekim tam gün yasasından önce sizde part time olarak çalışıyor ve kamuda kadrosu varken eğer bu hekim, sizi değil de kamuyu tercih edip kamuda çalışma yönünde tercih belirtirse, o zaman sizdeki part time kadrosunu özel hastane olarak kaybetmiş olunuz.

Biz özel sektör olarak şikâyet etmeyi biraz severiz. Bazen şikâyetlerimiz, Nasreddin Hoca'nın baklava yerken "ah öldüm" demesi gibi algılanır. Haklılık payı da vardır ama şunu size rahatlıkla söyleyebilirim. Biz, bu 15 Şubat 2008 yılında çıkan özel hastaneler ve ATT yönetmeliğinden çok çektik ve artık bıçak kemiğe dayandı. Bu yönetmelikte ne oldu? Bu yönetmeliğin 6. Maddesiyle; ruhsatlı çalışan hastanelerimize tek bir hekim ve branş alamamaya başladık. Bu planlama adı altında uygulandı. Hukuka götürdüğümüzde, Anayasa'nın 56. Maddesi Sağlık Bakanlığı'na planlama yapma yetkisi verdiği için bizim hukukla ilgili başvurularımız maalesef reddedildi. Üç yılı aşkın süredir yaklaşık on beş bin civarında uzman hekim mezun olmuş ve bunlar kamuda çalışıyor iken, bu hekimlerin içinden bir tanesini alamamış olduk. Maalesef planlama, şu anda özel sağlık sektörüne yasak tarzında uygulanmaktadır. Özel sağlık sektörünün hekim dışı sağlık personeli ihtiyacı yani hemşire ve ebeyle ilgili değerlendirmeyi yaptığımızda; hemşirelerin yüzde 15'i, sağlık memurlarının yüzde 22'si ve ebelerin yüzde 8.4'ünün özel sektörde görev yaptığını görüyoruz.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 verilerine göre on bin kişiye düşen hemşire ve ebe oranı, Avrupa lejyonu ortalaması 74.7'dir. Türkiye'nin ise hemşire ve ebe oranı 18.5. OECD'nin istatistiğinde, OECD ortalaması da burada sadece hemşireler değerlendiriliyor ebeler değerlendirme dışı tutuluyor. Bin kişilik nüfusa 8.5 hemşire düşerken, Türkiye ortalaması, 1.5'larda. Türkiye'nin nüfusa göre hemşire ihtiyacını AB bölge ortalamasını yaklaştırmak zaten şu anki durumda mümkün değil. Hemşire mezunu veren kurumlar ve öğretim üyesi sayısı da mümkün değil. Ancak iki katına, Meksika gibi ülkelerin seviyesine çıkarmak için Türkiye'de 2013 yılında 189496 hemşireye ihtiyaç olduğu net olarak hesaplanıp söylenebilir. Bunu İspanya seviyesine yani yüzde 5 civarına çıkarmak için ise üç yüz binin üzerinde, üç yüz altmış bin civarında hemşireye ihtiyacımız olduğu söylenebilir.

Hemşire ihtiyacı ile ilgili çok ciddi bir sıkıntı, hemşire yetiştiren eğitim kurumlarının sayısının ve çok daha önemlisi hemşire yetiştiren kurumlardaki öğretim üyesi sayısının yetersizliği ile karşımıza çıkıyor. Hekimlerdeki öğretim üyesine düşen öğrenci oranı, maalesef hemşirelerde tam tersi olarak karşımıza çıkıyor.

Hemşire eksikliği ile ilgili neler yapılabilir? Sahada gözlemlediğimiz net bir şey var, özel hastanelerde de kamuda da hemşireler asli görevlerinin dışında da hizmet veriyor. Siz de değerlendiriyor,

görüyor ve gözlemliyorsunuzdur. Yani ben üzülerek izliyorum. Hemşireler maalesef çoğu zaman evrak kayıt elemanı gibi değerlendiriliyor. Önerimiz, hemşirelerin kesinlikle asli görevlerini yapmaları, yani hemşireler direk hasta ile temas haricindeki görevlerinden muaf tutulmaları gerekir diye düşünüyorum. Şunları da görebiliyoruz. Bildiğiniz gibi aile hekimliği uygulamasında, her hekimin yanına bir hemşire görevlendirildi. Buralarda çok iyi yetişmiş ve yoğun bakım tecrübesi olan ameliyathane hemşirelerinin, aile hekimlerinin yanında ATT hemşiresi gibi çalıştığını, poliklinik hemşiresi gibi çalıştığını ve evrak doldurma ile ilgilendiğini görüyorum. Bunların çok yanlış olduğunu düşünüyorum. Hemşirelerin yaptığı evrak işlerini üzerine alacak bir hemşire yardımcısı teriminin tartışılması gerektiğini, bir meslek grubu olarak bunun düşünülmesi gerektiğini düşünüyorum. Bir başka önerimiz, mesleğin cazip hale getirilmesi son derece önemli. Hemşire yetiştiren eğitim kurumu ve öğretim üyeleri sayıları artırılmalı.

SAĞLIK EĞİTİMİNDE HASTA ODAKLILIK VE EĞİTİMİN HASTA ODAKLI KURGULANMASI

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ, ozlutevfik@yahoo.com

Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesi Başhekimisi; KTÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı; KTÜ Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HAHUM) Müdürü; Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY) Başkanı

İçerik

- Tanımlar
 - Hasta Odaklılık
 - Girdi ve Çıktı Odaklı Eğitim
- Sağlık Eğitiminin Hasta Odaklı Kurgulanması
 - Amaç, görev analizi, öğrenim hedefleri, insan gücü planlaması, süreç, materyal, ölçme değerlendirme

Tanımlar

Hastaya Odaklılık: Sağlıkta her aşamada hastayı dikkate alarak, hastayı önceleyerek, hasta tarafının temsil edildiği karar mekanizmaları geliştirerek, uygulama süreçlerinde hastanın katılımını sağlayarak hareket etmektir.

Hasta Odaklı Sağlık Eğitimi: Sağlık profesyonelleri eğitiminin, toplumun sağlık ihtiyacı ve hastaların sağlıklı ilişkili ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla yönelik olarak planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılmasıdır. Hasta odaklı eğitim için referans değerler: Hasta ihtiyaçları (tıbbi, insani), hasta güvenliği, hasta hakları, etik ilkeler, hasta beklentileri, hasta şikayetleri ve hasta memnuniyetidir.

Eğitimin kurgulanmasında farklı iki önemli ekol söz konusudur. **Girdi Odaklı Eğitimde** esas olan bilgidir. Belirli bir bilginin, belirlenmiş bir süreç içerisinde aktarılmasına odaklanılır. **Çıktı Odaklı Eğitimde** ise, esas olan çıktıdır. Eğitimin sonunda nasıl bir ürün elde edilmek isteniyorsa, eğitimin içeriği, süreci ve ölçme/değerlendirme buna göre kurgulanır.

Çıktı odaklı bir eğitim kurgulanırken öncelikle eğitimi alacak kişilerin uygulamada üstlenecekleri görevlerin analizi ve buna göre eğitim ihtiyaçlarının tespiti gerekir. Buna göre de eğitimdeki amaç ve öğrenim hedefleri belirlenmelidir. Bu amaç ve öğrenim hedeflerine göre eğitimin yöntemi, içeriği ve eğitim materyalleri geliştirilmelidir. Bu planlamaya uygun olarak uygulama yürütülmelidir. Ölçme, değerlendirme yöntemleri de görev analizleri ve öğrenim hedeflerine uygun olarak seçilmelidir. En sonunda da tüm bu süreç değerlendirilmeli ve gereken modifikasyonlar yapılmalıdır.

Sağlıkta asıl olan hastadır. Sağlık hizmetinin asıl alıcısı hastadır. Ancak burada hasta sözcüğü bir patolojik sorunu olan kişi anlamında değil, Hasta Hakları Yönetmeliğinde tanımlandığı gibi “sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişi” anlamında kullanılmaktadır. Dolayısıyla koruyucu hekimliğin ilgi sahasına giren kişiler ile sağlık eğitimi, sağlık danışmanlığı, bağışıklama, aile planlaması, sigara bırakma, gebe ve sağlıklı çocuk kontrolü gibi bireysel koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunda olan sağlıklı kişiler de hasta sözcüğü içerisine girmektedir.

Sağlık profesyonelleri, sadece hastanın ihtiyaçlarını karşılamak, hastanın sorununu çözmek, hastanın yüzünü güldürmek için yetiştirilirler. Sağlık profesyonellerini gerekli kılan, değerli kılan, anlamlı kılan hastadır, hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Dolayısıyla sağlık eğitimi bütünüyle bu amaçla uygun olarak hasta odaklı bir anlayışla kurgulanmalıdır.

Sağlık Eğitiminin Hasta Odaklı Kurgulanması

Hasta odaklı sağlık eğitimi kurgulanmasında eğitimin amacı: Toplumun sağlık ihtiyacı ve hastaların sağlıkla ilişkili ihtiyaçlarının tümüyle karşılanabilmesi için yeterli bilgi, beceri ve tutuma sahip, uygun sayı, donanım ve çeşitlilikte sağlık profesyonelleri yetiştirmektir. Bu amaca yönelik olarak yetiştirilecek sağlık profesyonellerinden beklenen birincil ve ikincil görevler Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Sağlık Profesyonellerinden Beklenen Temel Görevler

Birincil Görevler	İkincil Görevler
Herkesin sağlıklı doğmasını sağlamak Herkesin sağlığını geliştirmek Herkesin sağlığını korumak Hastaların tanısını koymak Hastaları tedavi etmek Hastalıkların progresyonunu önlemek Hastaları rehabilite etmek	Maliyet-Etkinlik (ekonomi) Hasta Güvenliği Etik (deontoloji) Hasta Hakları Sağlık Hukuku Hasta Memnuniyeti

Eylem: Tanımlanan görevleri yerine getirilebilmeleri için sağlık profesyonellerine gereken bilgi, beceri (entelektüel, iletişim, motor) ile bu birikimleri hasta lehine kullanma tutumunun kazandırılması sürecidir. Giderek genişleyen, derinleşen ve özelleşen tıbbi bilgi ve beceri, sağlık profesyonellerine hasta karşısında mutlak bir “güç” sağlar. Eğer bu gücü hasta lehine kullanma tutumu kazandıramazsak, bu güç kontrolden çıkar Kontrolsüz güç ise, “güç” değildir. Tablo 1’deki ikincil görevler bu tutumun kazandırılmasıyla alakalıdır.

Hangi profesyonelden, ne kadar yetiştirilmeli: Toplumun sağlık ihtiyacının ve hastaların sağlıkla ilişkili ihtiyaçlarının nitelik ve nicelik olarak belirlenerek, uygun çeşitlilik ve sayıda profesyonel (hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, laborant, sağlık teknisyenleri, teknikerleri, sağlık idarecisi, işletmeci, bilişimci, hukukçu, tıbbi sekreter, vb) yetiştirilmelidir.

Neyin, ne kadar öğretileceği, yani eğitimin içeriği, müfredatı (Çekirdek eğitim programı, genişletilmiş eğitim programı), görev analizlerine uygun olarak belirlenmelidir. İçerik: Hastalarımızın ihtiyaçlarının karşılanması bakımından neyin, ne kadar önemli/ öncelikli/ gerekli olduğu, sorusundan hareketle belirlenmelidir. En sık görülen, en fazla öldüren, en çok sakat bırakan, en yüksek tedavi maliyetlerine yol açan hastalıklara öncelik verilmelidir. Sadece tanı ve tedaviye odaklanılmalı tütün kullanımının, glisemik indeksi yüksek gıda tüketiminin ve diyetle alınan tuzun azaltılması gibi koruyucu hekimlik görevlerinin yerine getirilmesi noktasında gereken bilgi, beceri ve tutum kazandırılmalıdır.

Nasıl öğretileceği sorusuna cevap aranırken de hasta bazlı eğitim formları (entegre eğitim, PDÖ, uygulamalı eğitim, vb) tercih edilmelidir. Hangi sıralamayla, zamanlamayla öğretileceği, bir programla belirlenmelidir. Bu bağlamda iki farklı yaklaşımın kullandığı farklı yöntemler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Eğitim Yöntemleri

Girdi Odaklı Eğitim Yöntemleri	Hasta Odaklı Eğitim Yöntemleri
Kürsü Dersleri	Senaryo olgular
Slayt Dökümü	Klinik olgu tartışmaları
Ders Notu	Maketler
TUS Kitapları	Simüle Hastalar
Kitap	Gönüllü Hastalar
	Hastalar

Nerede öğretim sorusu cevaplanırken de benzer şekilde olabildiğince hastayla karşılaşılacak doğal görev alanlarına benzetilmiş mekanlar (simulasyon merkezleri, poliklinik ve servisler, vb) tercih edilmelidir.

Girdi odaklı ve hasta odaklı eğitimde ağırlıklı olarak tercih edilen bazı ölçme değerlendirme yöntemleri örnek olarak Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 3. Sağlık Eğitiminde Girdi ve Hasta Odaklı Ölçme Değerlendirme Yöntemleri

Çoktan seçmeli	PMP (Hasta Yönetim problemleri)
Tamamlamalı	CORE (çoklu seçmeli sınav)
Doğru-yanlış	OSCE (objektif yapılandırılmış klinik sınav)
Kısa cevaplı	ICE (integre yapılandırılmış klinik sınavlar, gözlemleme, video kayıt, vb)
Açık uçlu	
Sözlü	

Özetle; her alandaki sağlık profesyonellerinin eğitiminde amaç, müfredat, süreç (uygulama) ve değerlendirme tümüyle hasta odaklı olmalıdır.

3. OTURUM SORU-CEVAP

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Değerli katılımcılar söz sizin. Saate baktığımda çok da gecikmeden zamanında olduğumuzu, yaklaşık bir 15-20 dakika soru cevap seansları açacağımı söylemek isterim. Bütün parmakları görüyorum. Sırayla söz vereceğiz. Yalnız özel bir istirahatım var sizden. Bu, benim kadar da yumuşak salon başkanı bulamazsınız. Korsan bildiri sunacaksanız bunu bir dakikadan ötelemeyin. Lütfen ne söyleyecekseniz bir dakikaya sıkıştırın. Tercihen soru sorun. Peki oradan dünya kadınlar günü erkeklerden başlamak biraz kabalık olacak hocam. Hemşirelikteki hocalarımız var onlardan alalım ve bütün parmakları gördüm. Sırayla gitmeye çalışalım.

Ebubekir ÖZBEK-Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi Profesyonel Sağlık Eğitim Uzmanı: Ben Sağlık Meslek Lisesi'nde okurken, radyoloji bölümü okudum. Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olduğum sene, radyoloji kaseti görmeden sağlık meslek lisesinden mezun oldum. İçeriğimiz konumuzun içeriği eğitim olduğu için sağlık eğitimi, bu içeriğin müfredattaki oranı nedir. Şimdi bunu görebiliyorum. Daha sonra hastaya film çekerken, işte derin nefes al tut ne demektir, bunu niye yapıyoruz oradaki bunu bilmeden film çekmeye başladık. Uludağ Üniversitesi Radyoloji okuduk. Ben ta ki 12 sene çalıştım. Uludağ Üniversitesi Radyoloji okuduktan sonra hastaya derin nefes al dedikten sonra, akciğeri neden çektiğimizi ancak o zaman öğrendim. Onu da koşuşturarak öğrenmeye çalıştık. Sağlık meslek lisesinden yeni gelen stajyer öğrenciler ,hasta çok olduğu zaman “ya uf bu kadar hasta mı olur” derdi okurken bunu söyleyen bir öğrencinin, mesleğe başladıktan sonraki hizmet verimliliği ne kadar olur bilemiyorum. Sahada da özel veya kamu sektöründe bu yardımcı sağlık personelinin çalışırken ki verimliliğinin inanılmaz düşük olduğunu gördüm. Manheinn Tıp Akademisi'nde Radyoloji çalışanları gözlemledim. Radyoloji teknisyeni veya radyoloji teknikeri filmi çekiyor, hastayı doktora gönderirken doktora her şey hemen hemen hazır gibi. Doktor her şeyi orada görebiliyor. Yani yardımcı sağlık personelinin eğitimindeki müfredatın içeriğinin doğruluğunda ben çok bir şey göremedim. Bunu birebir yaşadım.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Teşekkür ediyoruz.

Hasan Uygur KOÇ- Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi Teknikeri: Anestezi Teknikerleri Derneği Yönetim Kurulu üyesiyim aynı zamanda. Yeterli derecede eğitim alabiliyor mu ön lisans mezunu sağlık çalışanları? Bunu tartışmaya açmak istiyorum. Ben Atatürk Üniversitesi mezunuyum. Rahmetli Sebahattin Uslu hocamın öğrencisiyim. Bize hiç göz açtırmazdı, iyi bir eğitim aldığımıza da inanıyorum o dönem. Ancak ben mezun olduktan sonra basit bir enjeksiyonu dahi öğrenemediğimi fark ettim. Ben kötü bir öğrenci olduğumdan mı yüksekokulumu derecede de bitirdim. Ama hiç görünmedi, hiç gösterilmedi çünkü programa dahil olunamadı. Şimdi ben kendi mesleğimi dünya çapında da biraz araştırma fırsatı buldum. Bu mesleği yapanların yurt dışındakilerin hep lisans düzeyinde hatta Amerika'da yüksek lisans düzeyinde. Yalnız bizim ülkemizde sadece ön lisans programı olarak sınırlandırılmakta. Aynı zamanda siz bir tanımda bulunmuştunuz. Çok hoşuma gitti. Sağlık iş gücü nedir diye açıkladınız da. Asıl işi uğraşı sağlığı geliştirmek olan insan kaynağıdır dediniz. Bu çok doğru çok hoşumuza da gitti benim de. Şimdi iki yılda mezun olan, iki yıllık okuyan bir insan sağlık mesleğini nasıl geliştirebilir? Bu insanlara sağlık konusunda bir kariyer imkanı sunmazsak bunları otuz yıl boyunca aynı işi aynı motivasyonla yapmasını nasıl sağlayabiliriz? Bunları sizin görüşlerinize açmak istiyorum.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Teşekkür ediyorum Hasan Bey. Yalnız baltayı taş vurdunuz Erzurum Üniversitesi rektörümüz Prof. Hikmet hoca burada. Ben önce ona bir söz vermek istiyorum. Sonra dekanımız Hasan Fevzi Hoca'ya da bir söz vermek istiyorum. Buyurun Hocam.

Prof. Dr. Hikmet KOÇAK- Atatürk Üniversitesi Rektörü: Sebahattin Hoca'yı da rahmetle anıyoruz. Gerçekten hem başhekimlik, hem dekanlık yapmış bir hocamızdı. Genç yaşta vefat etti. Ön lisans programlarının şu anda devamı düşünülen programlardan bazıları bildiğim kadarıyla Türkiye'nin de gerçeği. Gerek hemşirelikte ve diğer bölümlerde bana göre de lisans tamamlama yapılmalı diye düşünüyorum. Bir programda yalnızca hemşirelik lisansı tamamlama. Diğerlerinin de olması gerekir diye düşünüyorum.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Teşekkür ediyoruz hocam. Fevzi Hocam

Prof. Dr. Hasan Fevzi BATIREL- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı: Ben çok kısa şunu söylemek istiyorum, arkadaşımızın söylediğine destek manasında. Özellikle yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanan tekniker arkadaşlar veya ekibin içerisinde, sağlık ekibinin içerisinde yer alan bütün arkadaşlarımızın eğitim kaliteleri çok önemli. Çok iyi hekimlerin olduğu klinikler de var ama aynı mortaliteye veya aynı kaliteye erişmek için bütün bileşenlerin eş kalitede olması gerekiyor. O nedenle yardımcı sağlık personelinin iyi yetişmesi ve daha doğrusu sağlık ekibinin içerisinde yer alan bütün arkadaşların yeterli donanımda olmasıyla ancak hasta bazında mükemmel sonuç elde ediliyor. Yani bu nedenle gerçekten ekibin bütün elemanlarının eşdeğer manada iyi eğitim alması çok kritik mevzulardan birisi.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Teşekkür ediyorum. Doktor forvet olduğu için golü attıkça onda kalıyoruz ama kaleciden gerideki diğer takım arkadaşlardan çok önemle bahsetmemiz gerekiyor.

Sinan KAPLAN- Ankara Çubuk Sağlık Meslek Lisesi Acil Tıp Teknikerliği Bölüm Şefi; Şimdi bugün sabahdan beri izliyorum. Genel olarak sağlık personeline ihtiyaç olduğundan bahsediliyor ama beş yıl önce çıkan Hemşirelik Kanunu'na yapılan bir ekle beş yıldır öğrenci alıyorduk. Önümüzdeki yıl hemşirelik öğrencisi liselere alınmayacak. Bu kanunun süresi bitti. Hala hemşire ihtiyacımız var. Sağlık meslek liselerinin gelecek eğitim öğretim yılında hemşire alınıp alınmayacağı hala belli değil. Yani bu ihtiyacı karşılamazsa hazır kurulmuş bir düzen var, buradan karşılayabiliriz. Tabii ki bunların yetersizlikleri ve okulların farklı yerlerde olması hasebiyle yeterli olmadığı durumlar olabilir. Ama bunlar bir şekilde hizmet için karşılıklı giderilebilir. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Sinan Bey öyle bir konuya neşter attın ki, sabaha kadar buradayız bu salonda. Peki teşekkür ediyoruz görüşünüzü dile getirdiğiniz için.

Türkünaz Atabek AŞTA: Değerli konuşmacılara, değerli konular için teşekkür ediyorum. Ben İstanbul Üniversitesi'nden Hemşirelik Fakültesi'nden Türkünaz Atabek Aşta. Şimdi hiçbir genel platformda hemşireliğin bu kadar dile getirildiği bir toplantı olmamıştı. Sevinayım mı, altından ne çapan çıkacak diye üzüleyim mi bilemedim şu anda. Çünkü diğer değerli konuşmacılarımız da konuştu. Her yerde en çok rol ve çatışmaların yaşandığı bir meslek grubu hemşirelik. Herkes hemşire olmak istiyor nedense. Herhalde Türkiye'nin işsizlik sorununu hemşirelikle çözümleyeceğiz diye düşünüyorum. Hekim, eczacılık, diş hekimliği, hemşirelik. Evet diğerleri kimdi diyoruz. Fizyoterapistler, diyetisyenler hiç bunlardan söz edilmedi. Bunların açığı yok mu? Bu açığı kapatmak için acaba hemşireler de diğer meslek gruplarına geçebilir mi? Çok özür diliyorum. Çok uzun konuşmak

istemiyorum. Peki buradan ne çıkıyor? Az önce değerli radyolojideki arkadaşım çok güzel bir şey konuştu. Sağlık meslek lisesinden mezun olduğu zaman hasta sayısını görünce şaşkına uğrayan bir çocuk. Ben bu kadar hastayı ne yapacağım diye. Değerli meslektaşım da halen sağlık meslek liselerinin açılmasının devamından bahsediyor. X hastanesinin, özel hastanesinin bir servisinde en kaliteli bakım alan birisini düşündüğümüz zaman ve sağlık hakkının çok temel bir hak olduğunu da bildiğimiz zaman. Peki, rehberdeki x kişinin bakım almasında, bakım olgusunu bu kadar kalitesiz, donatısız, tabela hemşirelik okullarından mezun olan hemşireler nasıl o kadar kaliteli bakımı verecek? Peki, o insanın kaliteli bakım almaya hakkı yok mudur? Ben bunu sorguluyorum. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Teşekkür ediyorum. Bu sorunun cevabını vermek üzere panelden söz almak isteyen varsa. Buyurun hocam.

Bir katılımcı: Şimdi öncelikle bir tanımı düzeltmek istiyorum. Hasta dediğimiz zaman sadece patolojik sorunu olan kişi değil, sağlık hizmetini alma durumunda olan kişileri kastediyoruz. Yani sağlıklı kişiler de sağlık hizmetine ihtiyaç duyabilir bunu vurgulamıştım. Gerçekten sağlığın bir hak olduğunu düşünüyoruz ve bu hakkın hiçbir şekilde bir kısıtlamaya maruz kalmaksızın herkes için olduğunu düşünüyoruz. Yani insan olduğu için herkes sağlıklı olma, sağlıklı yaşama hakkına sahiptir. İhtiyacı olan sağlık hizmetine ulaşabilmelidir. Bir ayırım olmamalıdır. Herkes bu haktan yararlanmalıdır ve kamu otoritesinin de temel fonksiyonu burada sağlıkta bu yolu açık tutmaktır yani temelde siz söylediniz sayın başkan. Dediniz ki "Devlet bu işten elini çekemez ve her işi de devlet yapamaz ama devletin yapması gereken herkesin ihtiyacı olan sağlık hizmetine kolayca ve onurlu bir şekilde ulaşmasının önünü açık tutmalıdır. Bunun için gereken bütün engeller kalkmalıdır. Gereken bütün altyapı, personel, insan kaynakları, teknolojik destek, eğitim her ne gerekiyorsa sağlanmalıdır." Amacımız da zaten bu tartışmalarda onu elde etmek.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Teşekkür ediyoruz. Hocamın sorusuna ben de bir katkıda bulunmak isterim. Niçin beslenme, fizyoterapi, sosyal çalışma, çocuk gelişimi, bir tıp kadar bir hemşirelik kadar tartışılmıyorun cevabı, sağlık mesleklerinde profesyonelleşme macerası ile ilgili bir şeydir hocam. Hekimlikten sonra eczacılık ve diş hekimliğini de bir yana koyarsak profesyonelleşme sürecini en çok ileriye götürmüş olan meslek tabii ki hemşireliktir. Bu birincisi. İkinci bir nedeni daha var. Hastane sistemlerini bir üretim bandı üzerinde düşünürsek, üretim bandının esas iki unsuru çekirdek kor dedikleri, kor grup dedikleri o çekirdek grubu hekim ve hemşire meydana getirmektedir. Bunun dışında fizyoterapist de, diyetisyen de, eczacı da diğer tekniker arkadaşlar da hiç kimse kusura bakmayacak, ben de sağlık yöneticisiyim, sağlık yöneticileri de hekim ve hemşireler hastane içinde işlerini iyi yapsınlar diye oradalar. Yani bizim hastaya olan katkımız aslında, hekim ve hemşire üstünden gidecek. Bu açıdan baktığımız zaman 400 profesyonel başlık saydık şurada biraz önce. Bunların içinde hasta ile sıcak temas açısından en önemli iki meslek hekimlik ve hemşireliktir. Bu nedenle bunu siz sevindirici olarak bulmanız gerekiyor. Sahada ise koruyucu hekimliğin yanında ikinci bir meslek var, ebelik. Onun da hakkını yemeyelim. Hekimden emir almadan işini gören tek sağlık mesleğidir. Hekimlik dışında ebelik. O da dolayısıyla hekimlik, hemşirelik ve ebelik olarak bu üçü diğerlerinden biraz daha ayrı özellik taşımaktadır. Bunun altını çizmek lazım.

Prof. Dr. Osman GÜNAY: Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp fakültesi Dekan Yardımcısı; Teşekkürler. Ben Cevat Bey'in konuşmasına ufak bir itirazda bulunacağım. O her ne kadar çok memnun olduğumuz bir şey diye bir rakam verdi ama o Cevat Bey'in hatası değil zannediyorum raporda ciddi bir hata var. Türkiye'de tıp fakülteleri öğretim üyesi başına 3.52 öğrenci düşerken, Almanya'da

17 gibi bir rakam verildi. Fransa da benzer. Bu rakam doğru olması mümkün değildir. Rakamın doğrusunu ben şu anda söyleyemem ama bunun doğru olması mümkün değil. Üniversitede bırakın tıp fakültesini, tarih eğitiminde bile öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının Almanya'da böyle olması mümkün değil. Bu raporun hazırlanmasında zannediyorum bir hata var, dikkat edilmesi gereken bir hata var. Dinleyiciler bir yanlışla kapılmasınlar diye düzeltmek istedim teşekkür ederim.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Çok teşekkür ediyoruz verdiğiniz katkılar için hocam teşekkürler.

Op. Dr. Tonguç SUGÜNEŞ- Ankara İl Sağlık Müdür Yrd.; Sayın bakan sabah toplantıda DPT yetkililerinin olmadığını söyledi. Ben sağlık hekiminin finansmanının ne şekilde organize edileceğinin, ne şekilde organize edilmesi gerektiğinin sorusunu öncelikle size sormak istiyorum. İkincisi profesyonel sağlık yöneticisi kim olmalı? Kim olmalı hekim dışı kişiler mi?

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Profesyonel sağlık yöneticisi.

Op. Dr. Tonguç SUGÜNEŞ- Ankara İl Sağlık Müdür Yrd.; Yöneticisi. Hekim mi olmalı? Hekim dışı kişilerden mi gerçekleşmeli? Hekim dışı kişiler için Türkiye henüz buna hazır mı? Türkiye'de olduğu gibi ön lisans programlarının çok hızlı bir şekilde üniversitelere birden bire ön lisans birimlerinin genişliği, örneğin Ankara'da bir üniversite kuruldu. Hemen hızlıca bir jet ön lisanslı sağlık yöneticiliğinde ne kadar anlam taşıyacağını. Bunun dışında sizin çok yakın takip ettiğiniz, Sefa hocamla da bu konuyu paylaşmıştım. Tıp Fakültesini bitiren hekimlerin ihtisas sınavına girerken tüm mesela cerrahi ortopedi ya da benzeri branşların yanında, hekimlik yönetici ya da sağlık yöneticiliğinde de ihtisaslaşma olabilir mi? Mutfağı bilme mekanizmasından hareketle ihtisasta böyle bir şey uygulanabilir mi bununla ilgili görüşlerinizi almak isterim.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Çok teşekkür ediyorum Tonguç Bey. Sorunun iki bacağı var. Sağlık profesyonelleri yetiştirirken eğitimin finansmanı ile ilgili sıkıntılara dikkat çektiğiniz için teşekkür ediyorum. Ama bu bir şekilde hükümet merkezinde bir fon oluşturmakla ilgili bir sıkıntıdır ve ilgililerin dikkatlerine sunayım. Sadece bir kongre konusu olmaya değer bir başlıktan bahsettiğimiz altını çizirim. Böyle bir kongre düzenlerseniz, kim buna ev sahipliği yaparsa memlekete çok hayırlı bir iş yapmış oluruz diye düşünüyorum. İkinci sorunuza ben şahsen cevap vermek isterim. Bu sağlık yöneticisi kim olsun hekim mi olsun, hemşire mi olsun? İşletmecisi mi olsun sorusu her zaman soruluyor ama temelde çok önemli bir şey olduğu için hep konuşmamız lazım. Hekimliğin ya da hemşireliğin doğal olarak sınırlanmayacağı yönetim fonksiyonları var. Yani siz bir hekime belli kaynakları emanet ettiğinizde onu o ortamı ameliyathaneyi, hasta muayene odasını, hasta sahiplerini şunu bunu yönetmek zorundadır. Gerekirse eczacıyı da yönetmek zorundadır. Bundan kurtulamazsınız. Bu işinizin bir parçası. Bunun dışında bazı durumlarda hekime üstüne üstlük klinik şefliği ve benzerliği nedenlerle başka yönetim yükleri de biner. Bu da işinin bir parçasından sayılıyor. Bir başka nokta hekimin iradesi ile ilgili kendi tercihidir. Profesyonel yönetimde rol alacak mıdır, almayacak mıdır? İsterse almayabilir. Eğer almak istiyorsa kapıdan girişte vize uygulayacağız. Her hekim, hekim diplomasını gösterdi diye kerameti kendinden menkul yönetici sayılmamalıdır. Bu noktada işletme bilimlerinden nasibini almasını kendisine önereceğiz. Bunun tersi de olabilir. Sağlık işletmesini yönetmekse maksat, iktisat biliminden, işletmeden, diğer yönetim bilimlerinden gelen birisi de buna talip olabilir. O zaman da ona diyeceğiz ki halk sağlığı, sağlık yönetimi, sağlık kurumları yöneticiliği gibi konulardan birinde master ve tercihen doktora yap gel. Doktorayı sadece akademik amaçla ele alınan bir derece olmaktan dünya yavaş yavaş çıkarıyor. Sektörde endüstride kurumda bulunan kişiler de işini daha

iyi görmek için gerçi akademik bir derecedir ama doktoranın büyük faydası olduğu vurgulanıyor. Ben de buna inananlardanım. Dolayısıyla eğer yönetim bilimlerinden biri geliyorsa mutlaka halk sağlığı, epidemiyoloji, bioistatistik, tıbbi terminoloji, sağlık hukuku, hastalıklar bilgisi gibi temel bilgileri kendisine vermeden işletmeyi ona teslim etmememiz gerekiyor. Bu hesapça bir sağlık işletmesinin en üst düzey yöneticisi ya da üst düzey yöneticileri doktor olabilir, hemşire olabilir, diyetisyen olabilir. Fizyoterapist olabilir. Çocuk gelişimcisi de olabilir. Ya da işletmecisi de olabilir vs. önemli olan sağlık bilimlerinden ve yönetim bilimlerinden ikisinden birden nasiplenmiş insan olmak zorunluluğu vardır. Birinden biri eksik kalınca neresi eksikse ona göre komplikasyon çıkacaktır. Benim sözlerim bundan ibaret. Sözü Recep Hoca'ya verelim.

Doç. Dr. Recep ALP -Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürü: Teşekkür ediyorum hocam. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürüyüm. Şimdi bizim burada bir katkımız olsun diye ben söz aldım. Hemşirelik bölümümüz var. Hemşirelik ve hekimliği sağlamak adına uygun daha doğrusu tüm lisans sağlık çalışanlarına uygulayabileceğimiz bir model olarak sunuyoruz. Şöyle bir şey yaptık. Kendi öğretim üyesi ve öğretim görevlilerini araştırma uygulama merkezini bir laboratuvar, bir uygulama alanı olarak kabul ederek orada görevlendirdik. Ders uygulama ihtiyacını öğrencilerimiz kendi hocalarından görmüş oluyorlar. Kendi hocalarının önünde uygulamaya çıkmış oluyorlar. Öbür sistemde ise, sadece devlet hastanelerine gidip orada misafir öğrenci, misafir durumunda kalıyorlardı. Uygulamalara direk katılım sağlanamıyordu. Bir diğer husus da eğitimlerini tamamlamaları açısından da intern sistemine döndük. Tıp fakültesi modeline benzer bir modele geçtik. İlk 3 senede yoğun bir teorik bilgi, son senede de tüm gün hastanede intern olarak çalışacaklar. Bu sene ilk öğrencilerimizi bu şekilde aldık. 17 yıllık bir okuluz. Şu anda sıkıntı yaşıyoruz. Neden sıkıntı yaşıyoruz. Hemşire hocalarımız hemşirelikten ziyade biz akademisyen olduk, bizim ne işimiz var hastanede yaklaşımı var. Yani biz hekimler şu anda ben nöroloji uzmanı olarak, nöroloji uzmanlığı yaparken ben hasta bakmaktan sıkıntı yaşamazken, neden hemşirelik hocaları uygulamaları yapmıyor sıkıntısı ile karşılaştık. Tabii zaman içerisinde, ne işimiz var orada diyen hocalarımız biz bunu bu şekilde beklemiyorduk, yani sadece hemşirelik hizmetinden yararlanmak için bizi hemşire olarak gönderiyorlar düşüncesi vardı. Bizim oradaki hedefimiz hocamın hasta dediği, odak olarak hasta kabul ettiği şeyi biz öğrenci olarak düşündük. Yani çıktıyı öğrencimiz mezun olduğu zaman işe hakim ve işi uygulayan olarak mezun olsun istiyoruz. Bu şekilde bu model Türkiye'ye uygulanabilir bir modeldir. Bütün lisans ve önlisans programları kendi içinde dizayn edilerek uygulanabilir. Yönetmeliğini yazdık, YÖK'e sunduk. Başkanlığa sunduk. Arzu eden bütün hocalarımıza gönderebilirim.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturma Başkanı):Teşekkür ediyoruz.

Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN- Dokuz Eylül Üniversitesi: Teşekkürler. Ben sayın Şengül'ün söyledikleri üzerine birkaç katkım olacak. Teşekkür ediyorum önce düzeltmeniz için. Öğretmenlerin hemşire olması konusunda. Ben hemşirelik eğitim derneğini temsilen konuşuyorum. Şimdi yardımcı hemşireliği tartışmaya açmak istediniz. Bu konudaki görüşlerinizi paylaşmak isterim. Hemşire yardımcısı, yardımcı hemşirelik değil.

Hemşire yardımcısı. Adında hemşire olan yeni bir personel türüne aynı şekilde yaklaşıyoruz. Bu konuyu yakın zamanda değişik paydaş gruplarla yaptığımız bir toplantıda konuştuk. Grubumuzun görüşleridir aynı zamanda söyleyeceklerim. Şimdi bugün gerçekten de çok ciddi bir hemşire sıkıntısı var. Bugünkü koşullarda hemşire yardımcısı ya da yardımcı hemşire ile bu sorunu çözmeye çalışmanın bizim için anlamı şudur. Bu yeni yardımcı olarak adlandırdığımız yeni grup hemşirelik görevlerini yapmak durumunda kalacaktır. Geçmişte de bu yaşanmıştır. Bu tecrübemizden ötürü

biz hemşirelik camiası olarak adında hemşire ya da bakım personeli olan yeni bir sağlık çalışanı grubunu desteklemediğimizi söylemek istiyorum. Şu nedenle çok duyarlı davranıyor hemşireler bu konuya. Hiçbir meslek yoktur ki farklı düzeylerde diplomaya sahip olsun ama aynı görevleri yerine getirsın. Türkiye'de maalesef hemşirelik yıllardır bu sıkıntıyı yaşıyor. Şu anda yaşamız ve görev tanımlarımız yenilenmiş olmasına rağmen çok yakın bir geçmişte bunları yaşadık. Hemşire yetersizliği olduğu için bu tür çözümlerin bu sorunları yeniden derinleştireceği kanısındayız. Ben de öyleyim. Gerçekten özellikle yöneticiler farklı düzeylerdeki hemşirelerin yeniden çalışma ortamına gelmesi konusuna son derece duyarlılar. Özel sektörle ilgili konuya da şöyle kısa bir katkı yapmak isterim. Gerçekten izliyoruz özel sektördeki hemşire devriminin ne kadar hızlı ve sıkıntı verici olduğunu. Ama o konuda da şöyle düşünüyorum. Özel hastanelerin problemi aslında hemşire yetersizliğinden çok hemşireleri tutamamakla ilgili bir sıkıntı var. O nedenle çözümün hemşireleri tutma stratejilerine odaklanması lazım. Sabahleyin sayın bakan da bu konunun üzerinde durdu aslında. Hemşirelerin çalışma koşullarının düzeltilmesi herhalde ilk stratejik yaklaşımlar ve çözüm arayışları bu yönde olmalı diye düşünüyorum. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturma Başkanı): Hocam özel sektör sıkıntıyı çekmezse sıkıntı devlete transfer olacak. Sonuçta ortadaki hemşire sayısını arttırmadığınız sürece bu sıkıntıyı birisi yaşamıyorsa topu öbür tarafa vermiş olacak. Özel sektör parayı arttırsa diyelim beşer bin lira maaş verse, alsa bütün kadrolarını kimden alacak hemşireyi. Devlettekilerden alacak. Bu sefer sıkıntı oraya transfer olmuş olacak. Dolayısıyla bizim çözüm önerisi olarak ortaya koymamız gereken şey kalite, sorunlarını hep tartışırken sayıca ihtiyacı karşılayacak 189000 dediler bizden önceki sunumda. Hadi onu yarıya indirdi bir de 90000 diye ikinci varsayımı söyledi. Bugünkü hesapla gidersek 90000 açığı biz otuz yılda falan tamamlıyoruz. 4000 hemşire giriyor sisteme. 1500 de çıkış oluyor. Üç bin üç bin 30 senede tamamlayacağımız bir sıkıntı var. Bence bunlardan biraz daha teknik olarak bizi doyuracak başka çözümler üretmeniz gerekiyor gibi geliyor. Bu raporları da bekliyoruz sizden açıklığı. İkili öğretime geçmek dahil. Eğer lise düzeyinde eğitime yeniden yeşil ışık yakılmayacaksa, ki ben onun bir seçenek olarak bile tartışılmasına karşıyım. Üniversiteler bunu bakanlığın bu ihtiyaç bildirisi karşısında sayıyı kaliteden en az ödün vererek, sıfır ödünle bu olmayacak şeydir. En az ödün vererek sayıyı nasıl arttıracığımız konusunda seçenekler en az üretip bunlardan birisinde varız dememiz lazım. Aksi takdirde bize sormaz hale gelebilirler. Çünkü sahadaki baskı çok artmış durumda. Ben üniversite hocası olarak üniversitemizin hemşirelik fakültesi kuruldu. Kendi ebelik bölümümdeki hemşire hocaların havuzuna bakıp bir de fakültemin içinde hemşirelik bölümü kursam mı diye ben kendi kendime bir çözüm üretmeye çalıştım ve sizin görüşlerinizi buradan resmen sormak isterim bu konuyla ilgili. Buyurun Aytolon hocama da bir söz verelim.

Uzm. Dr. Cevat ŞENGÜL – OHSAD Genel Sekreteri: Bu konuda ben de söz almak istiyorum. Bu hemşire yardımcılığıyla ilgili şunu ifade etmek istiyorum. Bu salonda olan tüm hemşireler ve hekimler veya bir şekilde hastanelerde çalışan diğer yöneticiler şunu net olarak görürler. Hemşirelerin asli görevi gibi tanımlanan, yani direkt hasta ile temas eden işlemlerin haricinde bence çok fazla angarya gördüğümüz işler var. Bakın ben 12 sene özel hastanede başhekimlik yaptım. Hemşireler tarafından da çok sevilen bir başhekimim. Ben hemşire arkadaşların bu yönüyle çok kıymetli olan mesleklerinin doğru icra edilmediğini düşünüyorum. Emin olun hemşire arkadaşların ben bunun için bir hastanın yatışından itibaren hemşire arkadaşların yaptıklarını izlemek amacıyla o prosesi bizzat kendim gözlemledim. Hastanın yanında duran. Emin olun hastaya dokunma anına kadar anemnezi değerlendirme dışı bırakırsak hastaya dokunma anı yani tansiyon ölçülmesine kadar yaptıkları işlemlerin bir çoğu bence bir hemşirenin yapması gereken şeyler değildi. Bunlar çok ciddi anlamda vakitlerini işgal ediyor. Benim hemşirelere yardımcı olması gereken bir pozisyon tanım-

lamalıyız derken ifade ettiğim şey budur. Gene bu özel sağlık sektörünün hemşire tutamaması ile ilgili ifadenizi sayın bakanın ifadesiyle, Sağlık Bakanımızın ifadesiyle tam aynı olduğunu söylemek istiyorum ve bir hatıramı burada anlatmak istiyorum. Biz özel hastaneler ve sağlık kuruluşları derneği olarak sayın Sağlık Bakanımızı sık ziyaret ediyoruz. Bir ziyaretimizde yine bu hemşire konusu gündeme geldi. Sayın bakan kendi hatırasını şöyle anlattı: “Antep’te bir vesile ile gezideydik. Antep’te Türkiye’nin ilk özel hastanesi faaliyeteymiş bana söylediler. Amerikan hastanesi, ismini vermekte beis yok. Burayı ziyaret eder misiniz sayın bakanım dediler, biz de ziyaret ettik. Ziyaret sırasında hastanenin başhemşiresi sayın bakanım bu çok fazla miktarda onbinlere varan hemşire alımlarıyla özelden çok fazla hemşire kamuya kaçıyor. Bu da bizi çok sıkıntıya sokuyor. Hemşire bulamıyoruz deyince ben de dedim ki, hemşire hanım söyleyin yöneticilerinize o hemşire arkadaşlara yeterli maaşları versinler. Yüksek maaşları versinler. Az çalıştırsınlar. Onlar da kamuya geçmesin.” Ben sayın bakana söylediğimi size burada da söylüyorum. Sayın bakanım dedim “eğer biz o hemşire arkadaşlara bir şekilde cezp edici rakamları veya şartları verirsek siz de dedim bu hemşire arkadaşlara, doktorlara koyduğunuz gibi planlama koyarsınız” Evet dedi koyarım. Bakın yazı da Sağlık Bakanlığı’nın tura da Sağlık Bakanlığı’nın. Biz özel sektör olarak paranın dik gelmesini bekleyeceğiz. Bu sözlerimi de ifade ettim. Yani şu an rakamları gördünüz. Bir realite var. OECD ortalamasının yaklaşık 7 kat düşük hemşire sayısı var. Yani yorganımız kısa. Başımıza çeksek ayağımız açıkta kalacak, ayağımızı çeksek başımız açıkta kalacak. Bu bir realite iken yani işte özel sektör hemşire kaçırıyor falan değil de hemşire sayısının yeterli olmasıyla ilgili çözümleri mutlaka bulmalıyız diye düşünüyorum. Teşekkürler.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturma Başkanı): Ayto- lan Hocam buyurun.

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM- Türk Hemşireler Derneği: Teşekkür ederim. Haydar hocam sa- ğo- lun başkanlığınızda çok rahat bir şekilde kendimizi ifade edebileceğimizi düşünüyorum. Çok uzun tutmayacağım. Bir dönem Milli Eğitim Bakanlığı döneminde şöyle bir şey vardı. Öğrenciler olmasa Milli Eğitim Bakanlığı ne kadar güzel yönetilir şeklinde. Şimdi hastalar olmasa aslında bu tartışma- ya gerektirecek hiçbir şey de olmayacak gibi geliyor ama burada çok samimi söylüyorum asıl bizim için hastalığı ve hastayı oldurmamak olduğu noktasında buluşmamız gerektiğini düşünüyorum. Yani bakın siz sözlerinizin başında söylediniz hatta Tefik hocam hasta odaklı baktığı zaman biz biraz şöyle tedirgin olduk. Çünkü biz önce sağlığı geliştirme, koruma ve önlemeye dayalı hizmetler ağırlıklı bakıyoruz ki, hasta olmasın ve potansiyel kazansın. Şimdi bu noktadan baktığımız zaman zaten ülkelerin sağlık politikalarının yönlerini belirlemede meslekler de o politikalara doğru yöneliyorlar. Örneğin hemşirelik mesleğinin temel varlık nedeni, sağlığın geliştirilmesi, korunması ve hastalıkların önlenmesi temeline odaklanıyor.

Şimdi sabahleyin sayın bakanımız ve diğer konuşmacılar şunu söyledi. Türkiye’de gerçekten koru- yucu sağlık hizmetleri yani temel sağlık hizmetleri son derece iyi ve gelişmiş. İyi sonuçlarımız var. Bunu anlamış olmalı değil mi? Daha az hasta olmalı, ben öyle anlıyorum. Koruyucu, geliştirici sağlık hizmetleri büyümüşse hocam, hasta ve hasta potansiyelinin düşmesi lazım. Ama biz bir o kadar da her geçen gün artan hastane kuruluşlarına sahibiz. İşte özel hastaneler büyüyor. Yani bugün sağlık insan gücünün ihtiyacını ortaya koyan en önemli faktör giderek artan sayıda hastaneler. Niye artıyor. Şöyle bir şey mi var yani bu toplum gerçekten hasta bir toplum ya da potansiyel bir hasta olacak. Bu anlama gelmiyor mu çünkü hastaneler ne iş yapacak hocam? Hastaneler, hastaların tanı tedavi hizmetlerini yürütecekler. O halde demek ki, böyle bir potansiyel var ki çok sayıda özel has- tane ya da kamu açacağız. Çünkü bir pazarımız var. Şimdi işin gerçek tarafı sayın Haydar hocam da bana katılacak, işin ticari yönünün ortaya çıkması değil mi hocam, yani sağlık hizmetlerinin paraya

dönüştürülebilir olmasının getirdiği sonuçlar. Biz bunları biliyoruz ama bu politikalara girmek is- temiyorum. Şimdi burada sorun sayın Cevat Bey’e, gerçekten teşekkür ediyorum yani medyadaki sözünüz, söylemedim dediniz ama bunun arkasından şöyle bir şey geldi. Belki duymuşsunuzdur. Örnek tıbbi sekreterler Medimagazin’de yayınladılar. Bir buçuk sayfa bir yazı. O kadar uygun gerek- çeler vermişlerdi ki, şöyle diyorlar hocam. Aslında hemşireliğe en uygun aday biziz. Öğretmenden hemşire olmaz ama bizden hemşire olur. Şimdi siz de ifade ediyorsunuz dilimizde. Diyorsunuz ki, hemşireler kendi meslek alanının dışında birçok işlerle meşgul oluyorlar. Onlar için bir ara insan gücüne var diyorsanız işte tıbbi sekreterlik ve emin olun şu anda hemşirelerin büyük bir kısmı tıbbi sekreterler tarafından görülecek işler nedeniyle yüzlerini hastaya dönemiyorlar. Sayın Haydar ho- cam, biraz önce bir vurgu yaptı gerçekten meslekleşme süreci anlamında hemşirelerin sıkıntısı var. Şu anda temel mesleki kriterlerini yükseltmeye çalışıyor. Bunun en birinci yolu şudur. Meslek eğiti- mi üniversite programı içerisinde odaklamak ve asla aşağı çekmemek. Şimdi biz bir yandan bunu yokluyoruz bir yandan buna uygun meslek alanı oluşturuyoruz. Temel mesleki bilgimizi üretiyoruz. Bu bilgiyi uygulamaya yansıtmaya çalışıyoruz ve yönetme özerk bir şekilde yönetme yönünde ça- balarımız var. Bir yandan bunlar olurken özellikle meslek dışından, mesleğe özgü hak etmediğimiz türde öneriler ve saptamalar tabii ki bizde de yer alıyor ve inanılmaz bir motivasyon bozukluğuna yol açıyor. Son zamanlarda hemşirelerin özellikle hemşirelerin sayısal açığı ,yetersizlik yok demiyo- ruz hemşire açığı yok asla demiyoruz. Bu var. Ben 35 senedir bu sektördeyim. Geçmişte 300 tane aynı kurumda hemşire varken hemşire açığımız var diyorduk. 500 oldu hala var. Bakın bugün çalış- tığım kurumda 1200 hemşire var, yine hemşire açığı var. Emin olun hasta sayısı yine aynı. Şimdi so- run buna nasıl çözüm getirileceğinde. Bu sayılar sadece nüfus başına alınan kriterle belirleniyor ya biz bu kısma katılmıyoruz. Diyorum ki biz mezun ettiğimiz sayıda hemşireyi aynı derecede istih- dam ediyor muyuz? Bu insanların tamamı bu diplomalıları hemşirelikte çalışıyorlar mı? Başka mes- leğe gidenler ne kadar? Evinde şu anda oturup çocuğuna bakan, istihdam edilen sayı nedir? Biz gerçekten yeterli düzeyde özendirebiliyor muyuz işe. İşte kalıcı tutabiliyor muyuz? Bütün bunlara baktıktan sonra sağlıklı verilerle emin olun şu 400 bin ve 200 binlik sayıların çok daha azaltılacağını düşünüyoruz ve biz bu süreç içerisinde bu sağlıklı veriler gelsin, onun üstüne asla mesleğin temel eğitiminden ödün vermeden alt düzeyde herhangi bir hemşire formasyonu tanımadan mevcut eğitim sistemi üstünde birçok iyileştirme ya da bütün okullara dair kontenjanların arttırmaya, belki farklı eğitim modellerini yürütmeye. Bakın önemli bir entegre model bütün eğitimler konuşuldu hocam. Tıp modeli gerçekten önemlidir ve uygulamalı meslekler için şu anda bana göre en ideal modeldir. Ama hemşirelik eğitimi başka. Başlatılmış bir uygulama var. emin olun bu çok yararlı ola- caktır. Belki eğitim sistemini değiştirme yönünde de bir çabaya girecektir. Yani bunların tamamı bu şekilde en genel politikalarından, toplumun ihtiyacına varıncaya kadar. Emin olun bütün meslekleri bizler ve hep birlikte bu toplumun yararına her tür çabayı her türlü başarabiliriz.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturma Başkanı): Teşek- kür ediyorum. Hocam...

Prof. Dr. Tefik ÖZLÜ- KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimi; -Pardon söz alabilir miyim?

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturma Başkanı): Alabi- lirsiniz hocam ama ben bir cümle eklemek isterim Tefik hocam. Siz biraz daha uzun konuşacaksı- nız. Elimde bir tıp gözlemcisinin anıları diye bir kitap var. Tübitak’dan. Okumanızı kuvvetle öneri- rim. Çok yararlandığım şeyler var. Orada ta 1910 ve 30’lu yıllardaki bir doktor adayı şöyle anlatıyor kendisini. Sistem öyle bir sistemdi ki, hocaların verdiği derslerden daha çoğunu öğrenciler bir araya gelip birbirimize öğretiyorduk diyor. Ben bugün bile öğrencilerin bir araya getirip bir kendileriyle yüzleşmelerini, tartışma grupları oluşturmalarının bugün bile çok önemli bir öğrenim ve öğretim

kaynağı olacağını düşünüyorum. Doktorların, asistanların. Ama o kadar hizmetlere yoğunlaşıp tık nefes oluyoruz ki, bırakın asistanı hemşireyi falan öğrenciler dahi hizmetten başını alıp çok fazla bu tarz tartışma gruplarına katılamıyorlar. Gerçek bu. Yani tam bir iş yükü altında eziliyoruz. Yine de kaliteyi kotarmaya çalışıyoruz. Tefvik hocam buyurun.

Prof. Dr. Tefvik ÖZLÜ- KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimisi; Teşekkür ediyorum. Şimdi insan gücü istihdamı ile ilgili düşüncemi söyledim. Bunlar ülkenin ihtiyaçlarına dönük olarak hazırlanması gerekir. Ülkenin ihtiyaçlarını şu anda tam olarak bilemiyoruz. Aslında bu veriler SGK'nın elinde var. Aile hekimliği bilgi sisteminde var. Bizim hastalarımızla ilgili dokümanlar eskiden hiç yoktu. Ne kadar sağlıklıdır, değildir onlar tartışmaya açık ama var. Saha çalışmaları da yapılabilir. Buna göre ihtiyaçlar belirlenebilir. Ama somut bir olay var. Bugün biz hekimler şikayetçi olmuyor muyuz günde 70 tane hasta bakıyorum, 80 tane hasta bakıyorum. Böyle olmaz hastama zaman ayıramıyorum. Biz şikayetçiyiz, hekim örgütleri şikayetçi. Bir sorun var bu sorunun çözülmesi lazım. Sorunu nasıl çözeceğiz. "Yeni tıp fakültesi açalım"" hayır asla olmaz öyle bir şey açılmaz" Tamam açmayalım. "Mevcut tıp fakültelerinin kontenjanını arttıralım."" Asla böyle bir şey olamaz hayır." Peki arttırmayalım. "Yabancı hekim çalıştıralım."" Olmaz istemiyoruz yabancı hekim olmaz." Peki olmasın. Ne yapalım. "Mecburi hizmet koyalım, dağılımı düzeltelim."" Hayır hekim mecburi hizmet niye koyuyorsunuz koymayın." "Peki sözleşmeli hekim çalıştıralım." "Hayır." Ya kardeşim yani çözüm istemiyor musun yani nedir? Çözüm bulmamız lazım, yani bu insanlar perişan oluyor. Hekim de perişan oluyor. 70 tane 80 tane günde hasta bakan hekimler var. Yani bir sorun var ortada buna bir çözüm bulmamız lazım. İyi niyet lazım. Yani her şeye hayır demekle bir sorun çözülüyor. Şimdi hemşire açısından baktığımızda da aynı sorun var. Ben başhekimim. 800 yataklı bir hastane çalıştırıyorum. Şu andaki mevcut hemşirelerimizle hizmet veriyorum. 6 yataklı yoğun bakımda 2 tane hemşire çalışıyor gecesi. Yani ben orada yeterince hizmet veremiyorum. Kapatsam benden başka hizmeti verecek o koca dört milyonluk nüfusa hizmet verecek başka bir hastane referans hastane de yok. Yani mecburen veriyorum. Belki bazı hemşirelerimiz evinde çocuk bakıyor olabilir ama sonuçta bir sorun var. Yani onları nasıl çekeceğiz sisteme bilemiyorum ama yani sonuçta bir sorun var burada. Bunu çözmemiz lazım. İkinci de ben tanımladım yine tanımlıyorum. Hasta deyince bundan rahatsız olacak bir şey yok. Hasta sadece patolojik sorunu olan kişi değildir. Hasta sağlık hizmetine ihtiyaç olan kişidir. Bunun tanımı mevzuatımızda vardır. Hasta hakları yönetmeliğinin başlangıcında bu tanımlanmıştır. Hastanın kim olduğu orada bellidir. Sağlık hizmetine olan ihtiyacı kişilere göre farklılık gösterir. Kimisi gelir eğitim almak için, kimisi gelir sigarayı bırakmak için. Kimisi gelir gebelik danışmanlığı için. Aile planlaması için vs. vs. Ama şunu demek istiyorum. Hasta olmasaydı sağlığa gerek olmazdı. Aslında koruyucu hekimlik dediğimiz de hasta içindir. Hasta olunmasın diyer. Hasta olmasaydı hastalık olmasaydı koruyucu hekimliğe de gerek kalmazdı. Dolayısıyla işin odağı hastadır. Koruyucu hekimliğin de esas odaklandığı nokta insanlar hasta olmasın diye çalışmaktır. Onun için hastadan hiç gocunmaya rahatsız olmaya veya tedirgin olmaya gerek yok. Bizim işimiz bu biz hastaya hizmet için varız. Ama ben şunu söylemek istiyorum tekrar. Bu özel sağlık kurumlarını falan günah keçisi haline getirmenin de bir anlamı yok. Bugün sağlıkta hepimiz paraya odaklanmış durumdayız. Hep performans peşinde koşmuyor muyuz? Biraz daha puan alacağız, biraz daha para alacağız. Hastanemizin gelirini arttıracğız. Kamu kurumları da aynı şeyde yarışıyor. Yani dolayısıyla bütün suç da özel sektörde değil diye düşünüyorum doğrusu.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Peki Cevat Bey'in de çok kısa bir şey var değineceği.

Uzm. Dr. Cevat ŞENGÜL- OHSAD Genel Sekreteri; Kısa olmayabilir çünkü soru oldukça veya ve özel sektörle ilgili konular oldukça uzun. Birincisi özel hastane sayısı niye bu kadar artıyor. Ekono-

mik para kazanma kaynaklı. Elbette sonuç itibarıyla özel bir işletme açıyorsanız, bundan kar etmeyi düşünmekten daha doğal bir şey olamaz. Yalnız bu işin tarihçesini iyi değerlendirmek lazım. Bakın 2003 yılından önce Türkiye'de 300 civarında özel hastane vardı. Bu özel hastaneler sadece cepten ödeme yapan veya özel sağlık sigortalarını kullanan hastalara hizmet veriyorlardı. 2003 yılından sonra sağlıkta dönüşüm hamlesiyle birlikte bildiğiniz gibi SGK hastaları yani emekli sandığı, bağkur ve ssk hastaları özel hastanelerden hizmet almaya başladılar ve özel hastaneler bir anda çok ciddi anlamda hasta talebi ile karşı karşıya kaldılar. Ekonomideki kuraldır; her zaman talep karşılığında arzla cevap bulur. Özel hastane sayısı arttı. Bakın şu tespate kesinlikle katılmıyorum. 2008 ocak 15 itibarıyla Türkiye'de hiçbir özel hastaneye tekrardan açılma izni verilmedi. Yani bu çok önemli bir şey yani özel hastaneler açılıyor derken şu an sanki hala özel sektör büyüyor, özel hastaneler açılıyor zannediliyor. Hayır 2008 15 Ocak öncesinde ön izin almış özel hastanelerin açılmasıyla rakam 530'a çıkmıştır. Bunu düzeltmek istiyorum. İkinci hemşirelerle ilgili bu medyada yer alan konuya girmek istiyorum. "6 ayda öğretmenler hemşire olur" diye bir ifadede bulunmadım. Ama şu konunun sonuna kadar arkasındayım. Türkiye'de hemşire sayısı yeterli değil. Hemşire sayısının mutlaka yeterli seviyeye çıkarılması gerekir. İki, hemşirelerin mutlaka üzerindeki hemşirelik dışı işlerin alınması lazım bizi kendi işleriyle ilgilenmeleri lazım. Üçüncüsü, Türkiye'de çok ciddi anlamda bir yetişmiş kaynak gücü problemi olduğu ortada. Çok ciddi anlamda bakın 2011 ilk kez TÜİK mesleğe bağlı işsizlik oranlarını açıkladı Buna göre bazı mesleklerde işler acısı durumlar var. Yüzde 25'lerin üzerinde işsizlik oranları var. Şimdi birçok üniversitede branşlar arası geçişler oluyor. Şimdi öğretmen arkadaşlar, 4 yıllık fakülte mezunu. Hemşirelikle örtüşen dersleri olabilir. Bu insanlardan hemşire olmak isteyenler eğer ÖSS'ye girdiği zaman puanı hemşireliği tutuyorsa, YÖK, Sağlık Bakanlığı ve bir şekilde Milli Eğitim Bakanlığı'nın dahil olduğu bir konsorsiyumla diğer derslerini tamamlayarak pratik eğitimlerini tamamlayarak elbette ki hemşirelik mesleğine sahip olabilirler. Bunun önünü kapatacak hiçbir şey olamaz. Ben size sorayım. Bugün bir öğretmen ÖSS'ye girip tekrar üniversiteye girip hemşire olamaz mı? Olur tabii. Denklikle ilgili uygulama Türkiye'de yok mu elbette var. Elbette olmalı bakın Türkiye'nin kanayan yarısı. Her dönemde yüzlerce, binlerce, onbinlerce öğretmen atanamadığı için sıkıntı yaşıyor Türkiye'de. Türkiye'de TÜİK verilerine göre işsiz olan bilgisayar mühendisi sayısı yüzde 25'in üzerinde. Bu bağlamda Türkiye'de çok kötü bir insan planlaması, çok değerli olan insan işgücünün yanlış planlaması söz konusu. Bu planlamanın doğru yapılması lazım ve ihtiyaç olan mesleklerde, diğer meslek gruplarından da doğru eğitimler doğru sürede verilerek elbette ki kaydırmalar yapılabilir. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Ben de teşekkür ediyorum. Peki buyurun.

Seher Hanım: Çok teşekkür ediyorum hocam. Aytolon hocamı dinledik, diğer hemşire ve hocalarımızı dinledik. Gerçekten bu özellikle son konuşmalar hemşire ve hekim kökenli sorunlar. Çok haklı olarak sağlık profesyonelleri içinde en eski meslekler olduğu için bu konuşmaya da hakları olduğunu düşündüm doğrusu. Çok şeylerine de katılıyorum. Öncelikle bir katkım iki tane de merakım var. Soru sormak istiyorum hocam. Katkım şu. Siz yasal nitelikteki metinsel yazımlarda 42 çeşit sağlık mesleğinden, sağlık profesyonellerinden bahsedildi dediniz. Biz podoloji olarak 43'ü adayız orada. Eğitimde yeniden yapılanma doğrultusunda sağlık planlarını, eğitim öğretim planlarını yapıp YÖK'e teklifte bulunduk. Türkiye'deki diyabetli hasta sayısı düşünüldüğünde Türkiye'nin böyle bir eğitime, eğitim almış bu profesyonel gruba, sadece bu alana ihtiyaç olduğu düşünülmüş ve YÖK'e teklif edildi. Kocaeli Üniversitesi olarak bunu açacağız.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Tebrik ediyoruz çok isabetli olmuş. Başarılar diliyoruz.

Seher Hanım; Teşekkür ederim. İkinci söyleyeceğim şey bu toplantının amacı ya da çıktısı olarak ne bekliyoruz? Çünkü gerçekten sizin de başta söylediğiniz gibi sağlık profesyonellerinin eğitimi o kadar geniş bir konu ki, planlamasından eğitimin niteliği, kişi sayısı, öğrenci mezun sayısı, sahadaki kişi sayısı gibi. Ben yine sizin sunumunuzda meslek tanımlarının çok iyi yapılması, çerçevelerin, sınırların, yetkilerin çok iyi belirlenmesi gerektiğini söylediniz. Evet ben bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda çalışan bir öğretim elemanı olarak en basit olarak ilk ve acil yardım programı açıyoruz paramedik ve ATT ayrımıyla karşılaşıyoruz. Örneğin böyle bir toplantı sizin de söylediğiniz program açarken bölümlerini açarken veya bu tür toplantılar örneğin odyometristle, odyolog, işte att ile paramedik. İkisi de ön lisans ayrıca. İkisi de çok yakın branşlar. Bu ayrımlara ne gerek var. Acaba bakanlığa bu toplantılar sonucunda bir tavsiye ya da kongrenin sonucu şeklinde bir şeyler gidecek mi? Ya da yetkili kurumlara, YÖK'e. Böyle bir çıktısı olacak mı bu toplantının? Bir konu daha söyleyeceğim hocam, ikinci soru olarak düşünebilirsiniz. Sağlık Mesleklerinin eğitim kadrolarının hepsi hekimlere emanet ediliyor. Bu yönde nasıl çözümler öneriyorsunuz öncelikle eğitim kadrolarının eğitilmesi ve bu iş gücü için herhalde önce eğitmenler üretilmesi gerekiyor diye düşündüm. Bu konuda katkınız ya da bu kongrenin katkısı ne olacak onu merak ediyorum teşekkür ederim.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Biz de teşekkür ediyoruz Seher hanıma. Şimdi arenanın büyük ağabeyliğini yapmış olmak ve sağlık hizmet kuruluşlarının da kaynaklarının çoğunda birinci derecede söz sahibi olmak nedeniyle eğitim seviyelerinin de yüksekliği nedeniyle yoklukta hekimlere emanet edilmesi akılcı bir yoldur. Ben de olsam öyle başlarım. Ama daha sonra her mesleğin kendi profesyonel eğitmenlerini hocalarını literatürünü, jargonunu, periyodiklerini, mümkünse meslek örgütlerini oluşturması için de desteklemek zorundayız. Demek ki bu 42 mesleğin çoğunda yapacak çok iş var. O açıdan katılıyorum. Podoloji için de tekrar şans diliyorum.

Ahmet Emin ÖZTÜRK - Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 4. Sınıf Öğrencisi; Teşekkür ediyorum sayın başkan. Ben Ahmet Emin Öztürk.. Hasta odaklı eğitimden bahsedildi ve bu eğitimin bu şekilde yapılması gerektiği söylendi. Ben baktığımda kendi adıma öğrendiğim ne varsa hani öğrendim bu konuyu öğrendim dediğim şeyleri hastalarımından öğrendim ve daha sonra insanlar konuştuklarında da periferde gittiğinde öğrenirsin tarzında laflar gelince de hiçbirinin farklı olmadığını gördüm. Hastadan öğrenildiğini anladım. Peki düşündüğümüzde biz 6 yıllık bir eğitim süresince ilk 3 senemizde hasta olmadan amfilerde 3 senemizi geçiriyoruz. Daha sonra geri kalan 3 senemizde de hastayı göreceğimiz yerde TUS sınavına çalışmayla ilgili yine hastadan uzaklaşıyoruz. Neden biz öğreneceğimiz bir 6 senede bu kadar uzaklaşıyoruz diye düşündüm.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Şöyle geri planında bir neden var. Gerçi akılcı bir neden. Hekimin muhakeme gücü hasta ile ilişkisinde ya da bilinmezlik durumunda ya da hastadan aldığı doneleri kendi mesleki değirmeninde öğütürken sahip olması gereken bazı bilimsel düşünce sistemlerine ihtiyacı olduğu söyleniyor. O düşünce sistemini de lise eğitimi almış genç insanlara aktarmak tıp eğitiminin 3-4 senesini ancak alabilir. Hasta ile yüzyüze teması yeterince sağlayamayınca bunu da diplomadan sonraki eğitim sürecine ertelemek gibi bir şey yaşıyoruz Tıbbiyede geçen sürede tıp öğrencilerinin hiçbir şey öğrenmedikleri görüşüne katılmıyorum. Böyle bir şey söz konusu olamaz. Çok şey öğreniyoruz. Bir sağlık kuruluşuna girip çıkmak bile profesyonelce belli aletleri tanımak belli terminolojiye hakim olmak hastaya neren ağrıyor demenin usulünü öğrenmek bile bizim 3-4 senemizi alıyor ve hasta bir şey söylediği zaman arkamızda önce zihnimizde uzun hastalıklar ya da rahatsızlıklar listesi oluşuyor. Sorularla bunu kısa liste haline getiriyoruz ve ondan sonra tahliller filan yaparak kesin tanıya gidiyoruz ön tanıdan. Bu süreci öğrenmek aslında öyle 5-6 senede hemen hop deyince verilebilecek

bir şey değil. Ben giderek bunun 10 senelere doğru uzayacağını, uzman eğitiminin değil, pratisyen eğitiminin 10 yıllara doğru uzayacağını öngörüyorum. Gittikçe işimiz zorlaşıyor. Hasta odaklı davranarak bir yandan da bu bilgileri her hastaya onun anlayacağı ve seveceği usulden yapmak gibi çeşitliliğimizi artırmamız gerekecek. O açıdan çok moralinizi bozmayın. Ama hasta temasının olduğu uygulama şeylerini yoğunlaştırın diye öneririm. Tabii ki müfredatımızda bozukluklar filan varsa onları da buralarda konuşacağız.

Prof. Dr. Hasan Fevzi BATIREL - Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı: Bana ikinci kez söz verdiğiniz için teşekkür ederim. Yalnız sözlerime sitemle başlayacağım. Şimdi biz az çok hepimiz aynı fikirdeyiz. Böyle bir intiba uyandı bende. Ama kendimiz söylüyoruz kendimiz dinliyoruz sanki öyle bir şey var, imaj var. Çünkü bu işe yön veren, stratejileri belirleyen bu işin üst yönetimi, Sağlık Bakanlığı'ndaki ve YÖK'teki Yükseköğretim Kurumundaki yetkilileri de keşke aramızda görsək, onları da bu söylemlerimizi iletebilseydik. Anestezi teknisyenleri olarak teknikerleri olarak şöyle bir sorunla da karşılaşıyoruz biz. Ben Konya'da bir araştırma yaptım dernek adına. Biz anestezi teknikerleri olarak sadece Konya merkezindeki anestezi teknikerlerinin yüzde 40'ını başka meslek gruplarından olduğunu öğrendik. Aynı zamanda yani hemşire açığımız var diyoruz da belki o hemşire açığının bir kısmı da buralarda gizleniyor. Bir diğer şey de Sağlık Bakanlığı'ndaki imkanların özel hastaneler ve üniversite hastanelerine sağlanmaması. Mesela çalıştığım hastanedeki ameliyathane oda sayısı 24. 24 tane gündüzde eleman bulunması gerekirken bizim çalıştığımız eleman sayısı 36 ve bunların sadece 3'de biri anestezi eğitimi almış. Yani bizim alaylı diye tabir ettiğimiz işi orada öğrenen insanlar. Tabii bu iş kalitesini iş gücünü de açıkçası aksatan istihdamı da olumsuz yönde etkileyen bir şey. Peki benim 2 kilometre yanımda olan bir Sağlık Bakanlığı hastanesindeki oda sayısını ileteyim size. 12 tane ameliyathane odaları var ve teknisyen sayıları 50 tane. Yani 50'ye yakın bir teknisyen sayısı var. Yani 3 katı. Biz bu şartlar altında çalışıyoruz ve açıkçası ben yöneticilerimizin de böyle olmasını istediğini düşünmüyorum. Çünkü özel hastaneler ve üniversite hastaneleri ayakta kalmak için çabalyorlar. İşte bu finansal sorunlar, ödenek problemleri ve birçok sorunlarla karşı karşıya geliyorlar. Ama bakıyorum ki Sağlık Bakanlığı yetkilileri genelde o tarafa bakmayarak sorunları ötelemek gibi bir şeyleri var ve üst yönetimin böyle bir politikası var. Ben açıkçası bunu üzülen de görüyorum. Teşekkür ederim tekrar söz verdiğiniz için.

Prof. Dr. Haydar SUR- İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı (Oturum Başkanı): Çok teşekkür ediyoruz. Sıkıntıların tamamına katılıyoruz. Çözüm üreteceğiz. Prof. Dr. Safa Kapıcıoğlu'nu kapanış konuşması yapmaya davet ediyorum. Buyurun hocam.

Prof. Dr. M. İ. Safa KAPICIOĞLU- Keçiören EAH Başhekimi- TUK Üyesi- Kongre Yürütme Kurulu Başkanı: Teşekkür ediyorum Almanya'daki rakamın yanlış olduğunu belirten bir hocamız vardı şu anda salonda yok herhalde. Öncelikle ben onunla ilgili görüşümü söyleyeyim sonra diğer konulara kısaca değineceğim. Bu raporu hazırlayanlardan birisi olarak biz bu raporu hazırlarken değişik kaynaklardan yararlandık. Resmi yazışmalar yaptık, dış ilişkilerle yazdık. Almanya ile yazıştık. Resmi internet sayfalarına baktık ve bu sonucu bulduk. Bu sonuç yanlış değil. Önce onu söyleyeyim. Başka bir kaynak varsa lütfen hocamız veya katılımcılardan bizi bu konuda aydınlatırlarsa çok memnun oluruz ve bunu da hemen yayınlarız. Bir diğer husus bu kongrenin tabii ki çıktısı olacak. Ben açılış konuşmamda belirttim. Bu kongrede sunuları olan, sunum yapan değerli hocalarımızın sunumlarının metin haline dönüştürülerek kongre kitapçığını yazacağız. Bu birinci husus. İkincisi burada neredeyse kongre sunuları kadar belki ondan daha fazla tartışmalar oldu. Siz de görüyorsunuz. Buradaki sorular ve cevaplar ve bunların deşifre edilmeleri ile de bu kongre kitabı hazırlanacak. Onun ötesinde bu kongreye katılıp görüşlerini sunmakla beraber ayrıca yazılı olarak belirtmek isteyen değerli katılımcılar da olursa lütfen bizimle temasa geçsinler biz bunları da bu

kongre kitabında yayınlayacağız ve bunlar bütün paydaşlarla paylaşılacak. Hep dönüp dolaşıp rakamlara geliyoruz dayanıyoruz. Bu tabii şöyle olmamalı Nasreddin Hoca'ya sormuşlar dünyanın merkezi neresi demişler. Burası demiş. Nereden biliyorsun demişler, isterseniz ölçün bakın demiş. Şimdi bu bu kadar basit bir şey değil. Yani öğleden önceki toplantılarda da bahsedildi. Salt ve basit bir gerçek var. Gelişmiş ülkeleri referans alıyoruz. Buradaki sayılara göre ve rakamlara göre özellikle hekim ve hemşire açığımız ortada. Şimdi bunu yok sayarak ya da yok sayar gibi görülerek hiçbir yere varamayız. Bir kere bunu kabul edeceğiz. Ha şunu diyebilirsiniz. Gelişmiş ülkelerdeki rakamlar yanlış ya da orada hakikaten bu personel fazla. Böyle bir durum var mı? Hayır yok. Yani gelişmiş ülkelerdeki doktor sayısı hemşire sayısı olması gerekenden çok fazla değil. O halde bu sayıları basit olarak baz almamız doğru bir şey. Yeterli mi değil. O halde kaliteyi de korumak suretiyle sorunları ortaya koyup çözüm önerilerini üretmemiz gerek. Yani bu işi nasıl çezeceğimizi ortaya koymamız gerekiyor. İşte bu kongrenin amacı da bu. Yıllarca yapılmayan sağlık eğitimiyle ilgili bu kongreyi yapmaktaki amacımız da bu değerli katılımcılar. Yarın ki programda da özellikle sağlık meslek liselerinin tartışılacağı bir bahis olacak bir panel olacak. Orada da burada konuşulanların pek çoğunun ben tartışılacağını ve değerli sonuçlar ve çıktılar alacağımıza ben inanıyorum. Dün akşam öğrenci ve asistanlarla yaptığımız toplantılarda şunu söyledim. Sabahtan akşama kadar bıkmadan usanmadan şikayetiniz nedir diye soran başka bir meslek var mı bilmiyorum. Yani sabah hastaneye gelip beyaz önlüğü giydikten sonra bir hekim akşam evine gidinceye kadar kapısından içeri her girene tanıştıktan sonra, selamlaştıktan birbirini tanıdıktan sonra ilk sorduğu soru “Şikayetiniz nedir?” olmaktadır. Siz hiç bir markete gittiğiniz zaman veya bir yere hizmet almaya gittiğiniz zaman size şikayetiniz nedir diye soruyorlar mı? Hayır. Hastaneler aslında müşteri odaklı yerler. Yani ızdırabı olan, sıkıntısı bir sorunu olan danışılacak bir problemi olan insanların geldiği yerler veya sağlık merkezleridir. Bunun için beyaz önlüklüler sağlık çalışanları gerçekten çok farklı bir iş yapıyorlar. Burada mesele sadece hasta hakkı meselesi de değil, hasta hakkı aynı zamanda doktor hakkı, aynı zamanda sağlık çalışanı hakkıdır. Bunlar topyekun değerlendirilebilir. İşte bu 2.5 günlük kongrede dün akşamdan itibaren çok güzel bir başlangıç yaptığımızı ve sonunda da herhalde siz değerli katılımcıların da büyük katkılarıyla bunun ortaya çıkacağını düşünüyorum. Konuşmalar sadece uzayda bir titreşim dalgası olarak kalmayacak. Mutlaka yazıya dökülecek bunun için de en azından ben şahsım adına en fazla gayreti göstereceğimi buradan ifade etmek istiyorum ve en kısa sürede bu kitabı da kongre raporunu da hazırlayacağımızı belirtmek istiyorum. Teşekkür ederim.



SAĞLIK EĞİTİMİ KONGRESİ

4. OTURUM

YABANCI ÜLKELERDE SAĞLIK EĞİTİMİ ve DENKLİK

ABD de UZMANLIK, SERTİFİKASYON ve ACGME

Doç. Dr. Servet TATLI, statli@partners.org

Assistant Professor of Radiology

Harvard Medical School

Ülkemizde son yıllarda sağlık alanında büyük ve olumlu değişiklikler dikkati çekmekte, sağlık hizmeti yaygınlaşmakta ve halkımızın bütününü içine alacak bir şekilde organize edilmektedir. Ancak yurt dışından bakıldığında Türkiye'deki tıp eğitiminde sağlık hizmetine paralel bir gelişim ortaya konulduğu söylemek pek mümkün olmamaktadır. Birçok değerli öğretim görevlisi hocamızın ferdi ve lokal gayretlerine rağmen, ülkemizdeki tıp eğitiminde bir çok seviyede yıllardır süregelen, ciddi ve önemli eksiklikler göze çarpmakta bu da modern dünya standartlarına uygun kalitede doktor yetistirme amaç ve gayretlerini olumsuz etkilemektedir.

Bu sunumun amacı Amerika'daki tıp eğitim sistemini, seçme, değerlendirme ve akreditasyon da dahil olmak üzere kabaca gözden geçirmek ve Amerika'daki sistemin ışığında ülkemizdeki tıp eğitiminde yapılabilecekler konusunda kısa bir değerlendirmede bulunmaktadır.

I. Tıp Doktoru Eğitiminin Basamakları:**a) Tıp Fakülteleri**

ABD'de tıp eğitimini "undergraduate", "graduate" ve "post-graduate" olarak üç doneme ayırmak mümkündür. Tıp fakültesine girmek isteyen her adayın lise eğitiminden sonra "pre-med" denilen 4 yıllık bir üniversite eğitimini tamamlamış olması gerekmektedir. Bir anlamda ülkemizdeki lisans eğitime denk gelen bu süreçte sanat, mühendislik, bilgisayar ve enformasyon sistemlerinin yanında fizik, biyoloji, kimya, organik kimya, matematik, biyoistatistik ve ingilizce dersleri verilmektedir. Bu dönemin tamamlanmasını takiben üniversiteden "bachelor of science" diplomasını alan adaylar diledikleri tıp fakültelerine başvurabilmekteler. Bazı adaylar tıp fakültesine başlamadan önce temel tıp bilimleri konularında master veya doktora eğitimi alarak veya bir araştırma laboratuvarında çalışarak hem bilimsel araştırmayı öğrenmekte hem de tıp fakültelerine kabul şanslarını arttırmaktadırlar. Bu seçenekler öğrencilere tıp fakültesi eğitimi süresince de sunulabilmektedir.

Tıp eğitimi; ilk 2 yılı temel bilimlere ait didaktik dersler, sonraki 2 yılı da eğitim hastanelerinde klinik rotasyonlara ayrılmak üzere toplam 4 yıldan oluşmaktadır. Ülkemizden farklı olarak bu 4 yıllık döneme intörnlik dahil edilmemektedir. Tıp fakültesinin son yılına "sub-internship" denilmekte ve bu yılda öğrenci tıp fakültesinin izin verdiği herhangi bir hastahane rotasyonları yapabilmektedir. Bu süreç teknik olarak Türkiye'de 6.sınıfa denk gelmektedir ve ülkemizdeki ile karşılaştırıldığında öğrencinin ilgi alanına göre tercih edebildiği rotasyonların fazlalığı dikkati çekmektedir. Bu durum öğrencinin daha sonraki dönemde yapmak istediği uzmanlık dalı ile ilgili daha fazla tecrübe edinmesine, dolayısıyla o uzmanlık dalına daha iyi bir şekilde hazırlanmasına imkan sağlamaktadır.

İlgili olan tıp fakültesi öğrencileri eğitim süresince halk sağlığı, hastane yönetimi, liderlik ve ekonomi gibi değişik dallarda master programlarına da dahil olabilmektedir. Bu programları bitirenler tıp doktorluğu (MD) yanında halk sağlığı (MPH) yada iş yönetimi (MBA) uzmanı gibi unvanlar kazanmakta ve ileride sağlık sisteminin yöneticileri olmaya aday olarak yetişmektedirler. Yine ilgi duyanlara, hem hekim hem de araştırmacı yetiştirmek amacı ile, temel bilim dallarında (kanser, nörolojik bilimler, genetik gibi) master veya doktora seçeneği de sunulmaktadır.

c) Uzmanlık Eğitimi

Amerika'da klinik asistanlık eğitimi ülkemizdeki gibi tıp fakültesinden sonra 3 - 6 yıllık bir süreci oluşturmaktadır. Aile hekimliği, acil, dahiliye, pediatri ve fizik tedavi 3 yıl, kadın doğum, patoloji ve psikiyatri 4 yıl, genel cerrahi ve kulak burun ve boğaz uzmanlık dalları 5 yıllık bir eğitimi gerektirmektedir. Vücudun bir bölümüne yoğunlaşmış veya genel hasta bakımı içermeyen anesteziyoloji, dermatoloji, nöroloji, göz hastalıkları, radyoloji, radyasyon onkolojisi, ortopedi, üroloji gibi bölümlerde asistanlık yapmadan önce iç hastalıkları, genel cerrahi veya çocuk hastalıkları gibi daha genel bölümlerde 1 yıllık (transitional / preliminary) asistanlık yapılması zorunluluğu bulunmaktadır. Ülkemizdekinden farklı olarak Amerika'da asistanlığın ilk yılına intörnlik denilmektedir. Bu süre içerisinde intörn kıdemli asistanın yakın gözetiminde hastanın tüm sorumluluğunu taşımakta ancak eğitim sürecinin daha başlangıcında oldukları gerçeği her zaman göz önünde tutulmaktadır.

Fakülte ve eğitim hastanelerinde de genellikle iş yükü uzmanların üzerinde bulunmakta ve asistanların bütün klinik aktivitelerini bir uzman gözetiminde yapması gerekmektedir. Mesela kendi branşım radyolojiden örnek verecek olursak, hiç bir görüntüleme çalışması bir uzman görmeden raporlanamaz ve görüntüleme eşliğinde yapılan müdahaleler de ne kadar basit olursa olsun yine bir uzman gözetiminde yapılır. Uzman müdahalenin her safhasında bulunmasa da en azından o kritik noktalarında bulunmalıdır. Örneğin bu kritik nokta görüntüleme eşliğinde yapılan bir biyopsi için işlem planının yapıldığı ve biyopsi iğnesinin hastaya yerleştirildiği andır. Hastaneden hastaneye bazı farklılıklar gösterse de bir asistanın eğitimi süresince yapacağı mecburi rotasyonlar önceden belirlidir. Tıp fakültelerinde olduğu gibi değişik alanlarda ilgisi olanlar bu bilgilerini geliştirebilmeleri için seçmeli rotasyonlarını ilgi duydukları ve kabul alabildikleri bölüm ve hastanede geçirebilirler.

Asistanlık programlarında genelde teorik eğitim (didaktik ders, seminer, konferans) için günlük bir zaman ayrılmakta ve asistanların bu derslere katılımları sıkı bir şekilde takip edilmektedir. Uzman ve öğretim görevlileri yanlarında çalışan asistanları bu eğitim saatlerinde, hangi klinik görevde bulunduklarına bakmaksızın, mazur görmek zorundadırlar. Mesala benim de öğretim görevlisi olduğum asistanlık programında asistanlar, bir saati didaktik seminer diğer saati de vaka çalışması olmak üzere, her gün 12:00-2:00 arası ders görmekteler, öğle yemeklerini de bu dersler sırasında yemekteler. Buna ilaveten her rotasyonda o rotasyona ait vakaların tartışıldığı daha kısa süren vaka çalışması saati olmaktadır. Yani bir asistan günlük yaklaşık 2.5 saat kadar teorik bir eğitim almaktadır. Asistanlara teorik eğitimin yanında yoğun bir pratik eğitim de verilmekte, yaptıkları invaziv prosedürler ve cerrahi müdahaleler kayıt ve takip altında tutulmaktadır. Eğer bir asistan, o uzmanlık dalının gerektirdiği eğitimi (mesela bazı cerrahi müdahaleleri) kendi hastanesinde alamıyorsa, o eğitimi alabilmesi için başka hastanelere rotasyonlara gönderilmektedir. Bu eğitimin yanında, daha çok üniversite hastanelerinde olmak üzere, asistanlara ilgilendikleri alanda deneyimi bulunan "mentor" öğretim görevlilerinin gözetiminde laboratuvar ve klinik alanda araştırma olanağı sağlanmaktadır. Asistanlık sürecinde hem asistanın aldığı eğitimi takip etme hem de destek sağlama noktasında baş asistan, program direktörü ve kurumun tıpta uzmanlık eğitimi (Graduate Medical Education (GME)) ofisi öncü rol oynamaktadır.

d) Yandal Eğitimi

Yandal (fellowship) eğitim süreci klinik asistanlık sonrasındaki 1-3 yıllık bir dönemdir. Yandal eğitimi esnasında, klinik eğitimin yanında araştırmaya da önemli bir süre ayrılmaktadır. Bu süre bazı programlarda yandal süresinin yarıya yakınına ulaşabilmekte hatta geçebilmektedir. Hastanelerde fellowlar asistanlardan daha fazla sorumluluk sahibi olarak çalışsalar da hala eğitim sürecinde oldukları gerçeği göz önünde tutulup, aynı asistanlarda olduğu gibi, her türlü hasta bakım faaliyetlerini bir uzman gözetiminde yapmaktadırlar. Yine asistanlık programlarında olduğu gibi her yandal programı öğrencilerine yoğun bir teorik ve pratik eğitim imkanı sağlamaktadır.

II. Seçme ve Sertifikasyon:**a) MCAT ⁽¹⁾**

Tıp fakültelerine kabul için üniversite akademik başarı puanı (GPA, grade point average) ve tıp fakültesi giriş sınav (MCAT, medical college admission test) puanı yanında deneyim, referans mektupları, araştırmalar, gönüllü faaliyetler ve mülakat performansı önem arz etmektedir. Tıp fakültelerine öğrenci seçme sisteminin detaylı açıklanması bu sunumun amaçlarının dışındadır.

b) United State Medical Licensing Examination (USMLE) ⁽²⁾

USMLE bir doktorun güvenli ve etkili bir sağlık hizmeti verebilmesi için sahip olması gereken temel unsurları ölçen sınavlar serisidir. Tıbbi bilgi ve hasta bakım becerisiyle birlikte hekim adaylarının değer yargıları ve davranış biçiminin de değerlendirilmesine olanak sağlar. Bu sınavlar, doktorluk lisansı veren kuruluşlara ülke genelindeki tıp mezunlarını standart bir şekilde değerlendirme imkanı tanımaktadır. Bunun yanında asistanlık ve yandal programları tarafından aday seçiminde bu sınavlar önemli bir unsur olarak kullanılmaktadır. USMLE sınavları Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) tıp fakültesi diplomasına ilaveten doktorluk lisansı alabilmek için gereklidir. Sınavlarda hangi konulara ait soruların sorulacağı belli olup esas maksat seçme değil, tıbbi açıdan öğrenilmesi önem arzeden konuların bilinmesinin temini, dolayısıyla eğitimin standardizasyonudur.

USMLE birbirini tamamlayıcı nitelikte olan toplam 4 sınavdan oluşmaktadır. Step 1 (basic science) temel bilimler bilgisini ölçen bir sınav olup, tıp eğitiminin 2.yılından sonra alınabilmektedir. Sınav başvurusu elektronik ortamda yapılmakta ve resmi tatiller hariç yılın hemen her günü sınava girmek mümkün olmaktadır. Sınav her biri 60 dakika olan 7 blok ve toplamda 322 sorudan oluşmaktadır. Sorular temel bilimler konularının klinik bilimler açısından önemli kısımlarını içermektedir. Step 2 CK (clinical knowledge) klinik bilimler bilgisini ölçen bir sınav olup 3. sınıftan itibaren alınabilmektedir. Bu sınavın başvurusu da elektronik ortamda yapılmakta ve sınav 8 bloktan oluşan yaklaşık 346 soru içermektedir. Sınavda klinik hayatta en çok rastlanılan ve bilinmesi zaruri konular irdelenmekte ve değişik senaryolarla öğrencinin bu konuları iyi anlayıp anlamadığı değerlendirilmektedir. Step 2 CS (clinical skills - pratik sınav) de yine 3. sınıftan itibaren alınabilmektedir. Başvurusu elektronik ortamda yapılan bu sınava ABD'deki belli sınav merkezlerinde, resmi tatiller hariç yılın hemen her günü girilebilmektedir. Sınav süresince 12 hastadan her birinin öyküsü alınıp, muayenesi yapıldıktan sonra hasta notu yazılmakta. Öykü ve fizik muayene için 15 dakika, hasta notu için ise 10 dakika olmak üzere her hastaya ortalama 25 dakika ayrılmaktadır. Ülkemizde benzeri olmayan bu sınavda hastalar (bunlar aslında bu iş için eğitilmiş profesyonel eğitmenler) adayların tıbbi bilgilerini uygulama, dili kullanma ve iletişim becerilerinin yanında hastaya olan yaklaşım tarzlarını da değerlendirmektedirler.

USMLE sınavlarının ilk ucunu (step 1, step 2CK, step 2CS) alanlar tıp fakültesi sonrası asistanlık eğitimine başvuruya hak kazanıyorlar. USMLE Step 3 ise asistanlık öncesinde veya asistanlık esnasında alınabilen iki günlük bir sınav olup birinci basamak sağlık hizmetleri veren bir pratisyen hekimin özellikle yaygın, önemli hastalıkların ve halk sağlığı sorunlarının tanısı, tedavisi, uygun şekilde yönlendirilmesi ve önlenmesi hususundaki bilgi ve becerisini ölçmeyi amaçlamaktadır. Sınav çoktan seçmeli sorular (11 blok, 60'ar dakika ve toplamda 480 soru) ve acil, poliklinik ve yatan hastalarla ilgili vaka simülasyonlarını (9 vaka, toplam 180 dk) içeren iki ana bölümden oluşmaktadır.

c) National residency Match Program (NRMP) ⁽³⁾

Tıp fakültesi öğrencileri son sınıfın başında ulusal bir yerleştirme programı (NRMP) ile girmek istedikleri asistanlık programlarına başvuruyorlar. Adaylar elektronik ortamda tıp fakültesindeki aka-

demik başarılarını (dekan mektubu ve transkript), USMLE puanlarını, referans mektuplarını (en az üç tane olmak üzere), kısa akademik geçmişlerini, başarılarını ve hedeflerini açıklayan kişisel ifadelerini (personal statement), araştırma ve gönüllü faaliyetlerini bu yerleştirme programı (NRMP) yardımıyla girmek istedikleri asistanlık programlarına yönlendiriyorlar. Asistanlık programları da yine bu yerleştirme programı (NRMP) yoluyla kendilerine başvuranlar arasından ilgilendikleri adayları mülakata çağırıyorlar ve mülakat yaptıkları adaylar arasından en çok almak istedikleri adaydan başlamak üzere bir tercih listesi oluşturuyorlar. Adaylar da yine mülakata gittikleri programlar arasından girmek istedikleri programları listeliyorlar. Yerleştirme programı (NRMP) adaylar ve asistanlık programları tarafından kendilerine teslim edilen bu listelere göre adayları yerleştiriyor ve yılın belli bir gününde (match) açıklıyor.

Yandal programlarının çoğunluğunda seçme ve yerleştirme asistanlıkta olduğu gibi ulusal bir yerleştirme programı tarafında yapılmakta ise de böyle bir yerleştirme programının mevcut olmadığı veya yerleştirme programının dışında kendi pozisyonunu kendi ilan edip, müracaat eden adayları kendisi mülakat yapıp seçen programlar da bulunmaktadır.

d) Eyalet Tıp Boardları (State Medical Board) ⁽⁴⁾

Türkiye'de tıp fakültesi bitirme dışında bir şart gerektirmeyen pratisyen hekimlik için ABD'de en az bir yıl klinik asistanlık yapmak gereklidir. Pratisyen hekim ABD'de "primary care physician" veya "general practitioner" olarak geçmekte ve aile hekimliği, dahiliye, çocuk hastalıkları veya daha nadiren kadın doğum veya acil hekimliğini bitirmiş hekimlerden oluşmaktadır.

ABD'de doktor olarak çalışmak için "tıp doktoru lisansı" almak zorunludur. Tıp fakültesi diploması ve USMLE Step 1 ve 2. (CK ve CS) aşamaları geçmiş olmak sınırlı (limited) lisans için yeterlidir. Daha çok asistanlık ve yandal eğitimleri sırasında alınmakta olan bu lisansa sahip doktorlar kendi başlarına hasta tanı ve tedavi yetkisine sahip değillerdir ve ancak bu yetkilere sahip baska bir doktorun gözetiminde çalışabilmektedirler. Doktorlara kendi başlarına hasta tanı ve tedavi etme yetkisi veren "full" lisans için ise yukarıdakilere ek olarak, eyaletten eyalete değişmekle birlikte, en az bir sene asistanlık eğitimi ve USMLE Step 3'un alınmış olma şartı aranmaktadır. Tıp doktorluğu lisansı her eyaletin kendi (tıp) medikal boardları tarafından verilmekte ve genellikle iki yılda bir yenilenmesi gerekmektedir. Bu lisanslar yenilenirken doktorların kişisel bilgilerinin (adres, telefon vs) güncelliği ve alınması mecburi olan mezuniyet sonrası eğitimin (continuing medical education: CME) alınıp alınmadığı gibi hususlar kontrol edilmektedir. Yine eyaletten eyalete değişmekle birlikte her doktordan her dönem için en az 50 saatlik bir kurs, seminer katılımı istenmektedir.

III. Eğitimin Standardizasyonu, Takip ve Değerlendirme:**a) Liaison Committee on Medical Education (LCME) ⁽⁵⁾**

Amerika'daki tıp fakültelerinin başlangıçtaki akreditasyonunu sağlayan ve sonrasında da verdikleri eğitimin kalitesini denetleyen, bu konudaki otoritesi Amerika Eğitim Bakanlığı (US Department of Education), eyaletlerin tıp boardları, USMLE ve ACGME gibi diğer temel sağlık ve doktor organizasyonları tarafından da tanındığı bağımsız bir kuruluştur. Öğretim görevlilerinden, yöneticilerden, çalışan hekimlerden, halktan, ve tıp fakültesi öğrencilerinden oluşan LCME üyeleri yılın belli günlerinde biraraya gelerek hazırlanan raporlar ve anketler üzerinden, belli zaman aralıklarıyla tıp fakültelerini de yerinde ziyaret ederek Amerikadaki tıp fakültelerinin yapı, fonksiyon ve performans yönüyle belirlenmiş standartlara uygunluğunu araştırır ve sonuçlarını yıllık raporlarla duyurur.

b) The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) ⁽⁶⁾

ACGME uzmanlık ve yandal eğitimi veren programların değerlendirilmesi ve akreditasyonundan

sorumlu eğitim ve araştırma maksatlı bağımsız bir kurumdur. Misyonu asistanların eğitim kalitesini değerlendirme ve ilerletme yoluyla sağlık sistemini ve hasta bakımını iyileştirmek olan ACGME, eğitim programlarını belirlenmiş standartlara göre eşit ve adil olarak değerlendirme görevini üstlenmiştir. Bu kurumun amacı asistanlık programlarını değerlendiren en etkili metodları geliştirmek, programların eğitim kalitesini ilerletmek, ve var olan problemlerini tespit edip çözüm önerileri geliştirmektir. ACGME bünyesinde her uzmanlık dalı için ayrı olmak üzere toplam 28 adet değerlendirme komitesi bulunmaktadır. Her komitede 6 – 15 hekim bulunmaktadır. Aralarında asistan ve yandal öğrencisi de bulunan hekimler ACGME üyesi kuruluşlar tarafından aday gösterilir ve seçilir. American Board of Medical Specialties, American Hospital Association, American Medical Association, Association of American Medical Colleges ve Council of Medical Specialty Societies ACGME'yi oluşturan kuruluşlar arasındadır.

ACGME asistanlık veya yandal eğitimi veren programları belli aralıklarla denetler. Bu denetlemeler esnasında; asistan / yandal öğrenci sayıları, öğretim üyelerinin sayı ve kalitesi, rotasyonların süresi, rotasyonlarda görülen ortalama vaka sayıları, nitelik ve nicelik açısından eğitim faaliyetleri, çalışma koşulları, çalışma saatleri ve nöbet sistemlerinin standartlara uygunluğu incelenir. Eksiklik tespit edilen programlara öncelikle uyarı verilir (probation) ve düzeltilmesi gereken noktalar açıklanır. Uyarı verilen programlar bir yıl içinde tekrar denetlenir ve eksiklikler giderilmemişse, akreditasyon iptal edilir. Asistan eğitimi veren hastanelerde programların, kurumun ve ACGME politika ve kurallarına uygunluğunu kontrol eden graduate medical education (GME) ofisleri de bulunmaktadır.

c) Asistan ve Asistanlık Eğitimi Veren Programların Değerlendirilmesi

Asistan eğitiminde değerlendirmeler önemli bir yer tutmaktadır. Her asistan birlikte çalıştığı öğretim görevlileri tarafından (genellikle elektronik ortamda), beraber çalıştığı diğer asistan, diğer personel (hemşire, teknisyen gibi), hatta kendisi tarafından belli aralıklarla değerlendirilir. Bunun yanında hasta anketleri yapılarak bu değerlendirmenin tüm yönleri tamamlanmış olur. Aylık değerlendirmelerin dışında 3-6 ayda bir program direktörü ile (birebir ve/veya toplu) durum değerlendirmesi yapılır, asistanların eğitimleri, gelecek planları gözden geçirilir. Asistanlar 6 temel alanda değerlendirilmektedir; tıbbi bilgi, hasta bakımı, pratiğe dayalı öğrenim, dili kullanım ve iletişim, profesyonellik (sorumluluk, iş ahlakı) ve sistemi kullanma becerisi.

Eğitim programlarında asistan veya yandal uzmanlık öğrencisi de birlikte çalıştığı öğretim görevlilerini değerlendirmektedir. Asistan veya yandal uzmanlık öğrencisinin isminin saklı tutulduğu bu değerlendirmeler program direktörü veya bölüm başkanına sunulur ve öğretim görevlilerinin idari ve akademik ilerlemelerinde dikkate alınır.

Asistanların eğitim düzeyini ve programın eğitim vermedeki başarısını ölçmek amacıyla yılda bir kez ABD geneli bir sınav yapılmaktadır. "in service exam" denilen bu sınava o bölümdeki tüm asistanlar katılır ve sınav neticesine göre hem asistanların hem de eğitim programlarının yıllık planlarında gerekli değişiklikleri yaparlar. Klinik asistanlık ve yandal eğitimi tamamlamış olan hekimler ABD genelinde yapılan uzmanlık (board) sınavına girmeye hak kazanırlar (7). İlgili uzmanlık dalının board kurulu tarafından hazırlanan ve uygulanan bu sınav her branş için ayrı zamanlarda ve formatta (yazılı ve/veya sözlü) olmaktadır. Amacı adayın asgari bilgi ve beceride olup olmadığını test etmek olan bu sınavı geçen adaylar belirli bir süre için (5 – 10 yıl) board sertifikası almış olurlar. Doktorların uzmanlaştıkları bu dalı icra edebilmek için, board sınavını almaları zorunlu değildir, ancak bir çok tıp eğitimi ve idari pozisyonları bu sınavın alınmasını şart koşmaktadır. Hastane yönetimleri, sağlık sigortaları ve hastalar da sınavı almış olan hekimleri tercih etmektedirler.

IV. Tıp Fakültelerini ABD Dışında Bitirenlerin Denkliği - Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)⁽⁸⁾

Amerika'da sağlık hizmeti veren doktorların yaklaşık dörtte biri tıp fakültesini Amerika dışında bitirenlerden oluşmaktadır. Yine asistanlık pozisyonlarının yaklaşık dörtte biri tıp fakültesini Amerika dışında bitirmiş doktorlar tarafından doldurulmaktadır. Bu oran yandal pozisyonlarında daha da fazladır. ECFMG tıp fakültesini ABD dışında bitirenlerin denkliğinin (tıp fakültesi diploması ve transkript ile) konfirme edilmesi ve ABD'deki sisteme entegrasyonunu sağlayan ulusal bir kurumdur. Amerika dışında alınmış olan tıp eğitiminin kalitesinin ölçülmesi ve klasifiye edilmesi de yine ECFMG nin organizasyonu ile, Amerika'daki tıp fakültesi öğrencilerinin de aldığı, USMLE sınavları sayesinde gerçekleştirilmektedir (USMLE Step 1, Step 2 CK ve Step 2 CS). Böylece Amerika dışında tıp fakültesini bitirenler Amerikada ki tıp öğrencileri ile aynı sınavları alıp, aynı puan sistemine tabi olduklarından, aldıkları tıp eğitiminin kalitesinin aynı kriterlere göre değerlendirilmesi mümkün olabilmektedir. USMLE sınavlarını alan her tıp fakültesi mezunu ECFMG sertifikası almaya hak kazanır. Bu sertifika klinik herhangi bir pozisyona kabul için şart olmakla birlikte, klinik sorumluluk gerektirmeyen araştırma veya gözlemci pozisyonları için gerekmemektedir. ECFMG sertifikası olan, tıp eğitimini Amerikada dışında bitirmiş her doktor, asistanlık ve yandal uzmanlık programlarına başvurabilir ve kabul edildiği takdirde tıp eğitimini ABD'de almış kişilerle aynı maaş ve özlük hakları ile çalışabilir. ECFMG sertifikası, doktorluk mesleğini bağımsız olarak icra edebilmek için yeterli olmayıp çalışılacak eyaletin tıp boardundan doktorluk lisansının alınması gereklidir ki, bu lisansın daha önce bahsettiğimiz gibi diğer bazı şartları vardır.

V. Akademik Yükselme Sistemi ve Kriterleri:

Amerika'da akademik titrler klinik bilgi ve deneyime göre değil, akademik aktivitelere göre belirlenir. Akademik titrler sözlü veya yazılı bir sınav olmaksızın akademisyenlerin müracaat dosyalarının meslekte tanınmış diğer akademisyenlerin referansları (peer-review) ile birlikte değerlendirilmesi neticesinde bağlı bulunan üniversitelerin yetkili kurulları tarafından verilir. Adayların akademik yükselmeleri kendilerinden bir üst yöneticileri tarafından teklif edilir, kürsü başkanı ve departmanın akademik yükselme komitesi tarafından kabul edildiği takdirde sırasıyla dekanlık, üniversite yükselme kurulu ve rektörlük tarafından kurumun kural ve gelenekleri ışığında incelenir ve uygunluğu saptandığı takdirde akademik yükselme onaylanır.

Akademik titr sadece üniversitedeki o pozisyonda iken geçerlidir, süresiz olabileceği gibi belli bir süreyle sınırlı olabilir. Akademik olmayan bir pozisyona geçen akademisyen akademik titrini de bırakmıştır. Hatta başka diğer bir kurumun akademik bir pozisyonuna geçen adayın dosyası o kurumun akademik kurulları tarafından yeniden değerlendirilir ve aday kendi akademik birikimine ve o kurumun kural, politika ve geleneklerine göre akademik bir titrle onurlandırılır. Mesela baska bir üniversitedeyken "associate professor" olan birisi Harvard Üniversitesine gelince daha düşük bir rank olan "assistant professor"luk hatta "instructor"luk gibi bir pozisyondan görevine başladığı az görülen bir uygulama değildir.

Akademik yükselmede göz önüne alınan kriterler arasında yayın (original article), araştırma, grant, patent, eğitim faaliyetleri (öğrenci, hasta, asistan-fellow, ve diğer meslektaşlar), klinik veya temel bilimlerde yenilik (innovation), kazanılmış ödüller, hasta bakımı ve klinik aktiviteler, konuşmalar (seminerler, davetli konuşmalar), idari roller, mesleki dernek, kuruluş ve kongrelerdeki aktiviteler, mesleki dergiler ve diğer yayın kuruluşlarındaki roller ve lokal, ulusal ve uluslararası tanınırlık bulunmaktadır. Bunun yanında üniversitelerin kendi akademik yükselme kriterleri de mevcuttur. Hekim akademik geçmiş ve başarılarına göre araştırmacı (investigator tract) veya klinisyen-öğretmen (clinician teacher tract) akademik yükselme yollarından birini seçebilir.

Akademik dereceler yükselme sırasına göre şu şekildedir; instructor (klinik / araştırma) eğitiminden sonraki ilk basamağı oluşturur ve tekrar uzatılabilmek üzere bir yıl için verilir. Assistant professor lokal tanınmışlık gerektirir ve üç yıl için verilen bir pozisyonudur. Associate professorluk üzerinde çalışılan konuda ulusal tanınmışlık gerektirir ve beş yıl için verilir. Profesörlük uluslararası tanınmışlık gerektirir ve sınırsız bir süre için verilen tenure (without time limit) ve belirli bir süre belirtilmeden verilen non-tenure (indefinite duration) pozisyonlarını içerir.

VI. Türkiye'deki Tıp Doktoru Eğitiminde Yapılabilecekler:

a) Tıp Fakülteleri

İlk aşamada tıp fakültesi eğitiminin kalitesinin artırılması gerekir. Eğitim yüzlerce kişilik anfilerden daha küçük sınıflara çekilmeli, daha interaktif bir hale getirilmelidir. Eğitim, tıp fakültesi öğrencisinin ileride ne tür bir hizmet vereceğine veya hangi alanda uzmanlaşacağına bakılmadan en ince detayların ezberletildiği bir formattan çıkarılıp klinik olarak önemli olan ve mutlaka bilinmesi gerekli önemli konuların mantık silsilesi içerisinde öğretilmesi hedeflenmelidir. Mesela, öğrenciye temporal kemiğin en ince anatomik detaylarının ezberletilmesi yerine temporal kemikte klinik olarak önemli oluşumlar ve bunların niçin önemli olduğu vurgulanarak öğretilmelidir. Eğer öğrenci bu konuda uzmanlaşacak ise, detayları daha sonraki eğitim süreçlerinde öğrenecektir.

Eğitim verilirken modern eğitimin imkanları sonuna kadar kullanılmalı, konular tariften ziyade göze ve kulağa hitap edecek şekilde sunulmalı, bilgiye ulaşma kolaylaştırılmalıdır. Sınıfta not yazdırma uygulamasından vazgeçilmeli, her dersin kitapları,, notları önceden belli olmalı, öğrenci çalışıp gelebilmelidir. Hatta mümkünse dersler videoya çekilip, arzu eden öğrencinin tekrar tekrar dinlemesine fırsat tanınmalıdır. Bu hususta bilgisayar ve internet teknolojilerinden alabildiğine faydalanılmalıdır.

Eğitimin kalitesinin artırılması, fakültelerin kendi inisiyatiflerine bırakılmamalı tıp fakültelerindeki eğitimin kalitesini denetleyen bir mekanizma kurulmalıdır. Bunun yanında ülkemiz genelinde tıp eğitiminin standardize edilmesi için gerekli adımların atılması da gerekmektedir. Mevcut sistemdeki Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ezbere dayalı ve sadece asistanlık programlarına aday seçmede kullanılan bir sınav hüviyetindedir. Tıpta uzmanlık sınavı USMLE örneği, ülkemiz şartlarına uygun kısımlarından hareketle tıp fakültesi öğrencilerinin genel bilgisini ölçecek bir hale getirilebilir. Teorik bilginin yanında pratik uygulamanın da değerlendirildiği bir sınav halinde organize edilebilir. TUS hakkında yapılabilecekler hususundaki düşüncelerimizi başka bir sunumda detaylandırmak üzere bu konuyu geçiyoruz.

b) Uzmanlık Programları

Asistanlık programlarının verdiği eğitimin kalitesi, ülkemizin bir ucundan diğerine programların imkan ve eğitime verdiği öneme göre oldukça değişken bir yapı sergilemektedir. Maalesef ülkemizde asistanlar yaygın bir şekilde hasta bakımı sağlayan ucuz iş gücü olarak kullanılmakta, bazen aşırı, bir çok zamanda uzman gözetiminde olmadan çalıştırılmaktadır. Böyle uygulamaların hem hasta bakımı hem de asistan eğitime olumsuz katkıları aşıkardır. Gözlemlediğimiz kadarıyla bu husustaki düzenlemelere de uyulmamakta ve bazen yapılması zorunlu rotasyonlar sadece kağıt üzerinden yapılmış gibi gösterilmektedir. Bir çok programda asistanlık eğitimi usta çırak ilişkisinden öteye geçememekte, formal bir eğitim programı ve uygulaması da bulunmamaktadır. Asistanlık sonunda yapılan uzmanlık sınavı da sadece bir formaliteden ibaret olup, su andaki haliyle hiçbir ölçücülüğü olmamakta ve asistanlık eğitime de hiç bir katkısı bulunmamaktadır.

Asistanlık programlarının sağladığı eğitimi kalitesinin artırılması için ACGME benzeri bir yapı oluşt-

rularak asistan eğitiminin standartların tespiti, kontrolü ve takibi sağlanabilir. Kanaatimizce böyle bir yapıya ivedilikle ihtiyaç vardır. Uzmanlık sınavı formatı da mutlaka gözden geçirilmeli ve uzmanlık sınavı merkezi bir hale getirilmelidir. Uzmanlık sınavları sadece adayları değil aynı zamanda programları da değerlendiren bir sınav olarak düşünülmeli, asistanların bilgi ve uygulama yönünden yeterliliği ölçülürken, programların verdiği eğitimin de ülke genelinde standardizasyonu sağlanmalıdır. Böyle bir sınavın asistanlık programlarının verdiği eğitime, bu programlardan mezun olan hekimlerimizin kalitesine ve dolayısıyla hasta bakımına çok olumlu katkıları olacağı şimdiden söylenebilir.

c) Pratisyen Hekimlik

Bu hususta da acil dönemde atılabilecek ve hasta bakımına ve doktorlarımızın eğitimine önemli katkıları olabilecek adımlar olduğunu düşünüyöürz. Tıp fakültelerinin öğrencilerini teorik ve pratik olarak birinci basamak sağlık hizmeti vermeye hazırladıkları söylenemez. Sağlık Bakanlığı da doktor ihtiyacı olduğu gerçeğinden yola çıkarak bütün tıp fakültesi mezunlarına herhangi bir seçme veya değerlendirmeye tabi tutmadan, tıp fakültelerinin verdiği eğitimi ve diplomayı yeterli kabul ederek doktorluk lisansı verip, iş imkanı sağlamaktadır.

Bizim teklifimiz yeni mezun olmuş doktorlarımızı birinci basamak sağlık hizmeti vermeye hazırlayan kısa süreli asistanlık, kurs ve seminer programları oluşturulmasıdır. Bu programlarda ülkemizde yaygın görülen sağlık problemlerinin tanısı, tedavisi ve gerektiğinde ileri tetkik ve tedavi merkezlerine yönlendirilmesi ele alınıp işlenmelidir. Yine böyle bir kursta her yaş grubuna yönelik koruyucu hekimlikten hasta ve diğer personel eğitimine, sağlık yönetiminden kaynakların uygun ve verimli kullanılmasına kadar sağlık sistemimizi meşgul eden diğer önemli konular işlenebilir.

Yukarıda bahsedilen eğitim programına ilaveten, tıp fakültesi mezunlarına bağımsız olarak doktorluk mesleğini icra etme yetkisi, yani tıp doktoru lisansı verilmeden önce, Amerika'daki USMLE step 3 benzeri bir sınava tabi tutularak birinci basamak sağlık hizmeti verebilecek seviyede olup olmadıkları ölçülebilir. Doktor açığı endişesinin olduğu böyle bir dönemde böyle bir sınavın mevcut doktor sayısını düşüreceği iddia edilebilirse de seçici olmaktan ziyade, eğitici-öğretici şekilde organize edilecek bir sınavın böyle bir olumsuzluğa da sebep olması önlenabilir. Mesela geçip kalmaktan ziyade, belli puan üzerinde alanlara mecburi hizmet kurasında bazı avantajlar gibi değişik imkanlar sağlanarak adayların bu sınavları ciddiye alması sağlanabilir. Birinci basamak hizmeti verecek bir doktorun bilmesi gerekli bütün tıbbi ve pratik bilgileri içeren ve ülkemizdeki değişik tıp fakültelerinden mezun olan doktorların standardizasyonunu sağlayacak böyle bir sınavın doktorlarımızın eğitimine, hasta bakımına, hatta ülkemizin ekonomisine sağlayacağı katkılar şimdiden öngörülebilir.

İkinci bir hususta çalışmaya başlamış ister birinci basamak ister diğer basamaklarda sağlık hizmeti veren hekimlerimizin mezuniyet sonrası eğitimlerinin devamlılığının sağlanmasıdır. Tıp biliminin ve hasta bakım kriterlerinin devamlı değişken olduğu düşünülürse, doktorlarımızın sadece tıp fakültesinde iken aldıkları eğitime dayanarak yıllarca yeterli bir sağlık eğitimi vermesi beklenemez. Yani doktorların sağlık eğitimlerinin mezuniyet sonrası da devam etmesi, bilgilerinin yenilenmesi, ispatlanan yeni kriter ve standartlarla beslenmesi gerekir. Bu eğitimi almaları da kendi inisiyatiflerine bırakılmamalı ve belli kurallara bağlanmalı ve takip edilmelidir. Doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının lisansları süresiz olmamalı, belirli süreler için verilen lisansların veya diğer bazı haklarının devamlılığı belli zaman aralıklarıyla alınan mezuniyet sonrası eğitime bağlanılmalıdır.

d) Doçentlik Sınavı

Akademik yükselmede özellikle de doçentlik unvanının verilmesinde klinik bilgi ve beceri değil de

akademik faaliyetlerin göz önünde tutulmasını önermekteyiz. Klinik bilgi ve becerinin değerlendirilmesi uzmanlık sınavının daha etkin uygulanmasıyla sağlanmalı ve böyle etkin bir uygulamadan geçerek uzmanlık lisansı alan her hekimimizin böyle bir bilgi ve beceri düzeyine sahip olduğu varsayılmalıdır. Akademik yükselmeye ise Amerika da olduğu gibi araştırma, eğitim, klinik yenilik faaliyetleri, yayınlar, patent, kazanılan araştırma fonları ve ödüller, idari ve mesleki derneklerdeki ve yayın organlarındaki roller, konuşma ve seminerler, lokal, ulusal ve uluslararası tanınırlık gibi akademik hayatın gerektirdiği unsurlar göz önüne alınabilir. İstenirse sözlü sınav geleneği devam ettirilebilir ve bu sınavda adayın yukarıda sıraladığımız konulara vakıfıyeti gözden geçirilebilir. Böyle bir değerlendirme ve sınav formatının ülkemizdeki akademik çalışmaların kalitesinin yükselmesine çok olumlu katkıları bulunacağı kanaatindeyiz.

Sonuc:

Amerika'daki sağlık eğitimi sisteminin ışığında bakıldığında ülkemizdeki sağlık eğitiminde değişim ve gelişim ihtiyacı belirgin olarak göze çarpmaktadır. Bu ihtiyaç tıp fakültelerinde verilen eğitimden başlayarak akademik yükselme kriterlerine ve doçentlik sınavlarına varıncaya kadar her aşamada hissedilmektedir. Bu sunumdan Amerika'daki sağlık eğitim sisteminin tamamıyla alınıp ülkemize uygulanmasını önerdiğimiz çıkarılmamalı, biz sadece Amerika modelinden hareketle sistemimize ve insanımıza uyan tıp eğitiminde seçme, değerlendirme ve akreditasyon kurum ve uygulamalarının ülkemizde de oluşturulması gerektiğini savunuyoruz.

Özellikle tıp fakülteleri, asistanlık ve yan dal programlarında verilen eğitiminin standartlarının tespiti, kontrolü ve takibini ülke çapında sağlayacak kurumların oluşturulması zorunluluk arz etmektedir. Ülke genelindeki eğitim programlarını standardize edecek merkezi sınavlarla her aşamada verilen eğitim takip edilip yönlendirilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti verecek hekimlerimizin işe başlamadan özel bir eğitimden veya eğitici bir sınavdan geçmesi teklifi mutlaka göz önüne alınmalıdır. Mevcut tıpta uzmanlık sınavı, asistanlık sonrası yapılan uzmanlık sınavı ve doçentlik sınav formatlarının değiştirilmesi değerlendirilmelidir.

Bizim yukarıda önerdiğimiz kurum ve uygulamaların benzerlerinin ülkemizde de mevcut olduğu ve oluşturulmaya başlandığı söylenebilir ancak unutulmamalıdır ki, ülke genelinde etkin ve yaygın bir şekilde tanınıp uygulanmayan böyle oluşumlardan beklenen faydanın görülemeyeceği de açıktır. Biz bu sunumda sağlık da eğitim derken özellikle tıp doktoru eğitimi üzerinde durduk ve detayına girmeden ilk aşamada gözümüze çarpan konular üzerinde değerlendirmeler yaptık. Tartışılan ve gündeme getirilen öneriler hemşire, teknisyen gibi diğer bütün sağlık personelinin eğitimi içinde gündeme alınabilir ve alınmalıdır da.

Referanslar:

1. <https://www.aamc.org/students/applying/mcat/>
2. <http://www.usmle.org/>
3. www.nrmp.org/
4. www.fsmb.org/
5. www.lcme.org/
6. www.acgme.org/
7. <http://www.abms.org/>
8. www.ecfm.org

Not: Bu sunumun hazırlanmasındaki katkılarından dolayı Dr. Umit Tapan'a (Caritas Carney Hospital, Tufts Medical School, Boston, MA, USA) teşekkürlerimizi sunuyoruz.

UEMS VE AVRUPA'DA UZMANLIK EĞİTİMİ

Dr. Zlatko FRAS, zfras@t-2.net

UEMS Lazan Officer Geçmiş Genel Başkanı

Benim Türkiye ile olan ilişkim, altı yıldır yönettiğim UMS'deki Türkiye Tabipler Derneği üyeliği vasıtasıyla. Sanırım Avrupa Standartlarının, Avrupadaki durumuna dair biraz konuşabilirim. İlk olarak, benden önce Amerikan sistemini sunan meslektaşına onunkinden oldukça farklı bir yorumda bulunmak istiyorum. Amerika Birleşik Devletleri federal bir devletler grubudur. Avrupa'da biz böylesi bir federe devlete sahip olmamıza rağmen, Avrupa Birliği bile onlardan daha çok ittifak halindedir. Kalitenin akreditasyonu için bu standartların oluşturulması süreci, bir anlamda farklı bir şekilde ilerlemiştir. Amerikada yukarıdan aşağı, Avrupa'da ise bir anlamda aşağıdan yukarıya doğrudur. Ayrıca Türkiye'yi geçiş sürecindeki bir ülke olarak algıyorum ve Türkiye'nin eninde sonunda Avrupa Birliği'ne katılacağına inanıyorum. Bence bu sürece en başından itibaren katılmak için bir fırsatı mevcut.

İlk olarak; Avrupadaki sadece öğrencilerin ve doktorların değil, aynı zamanda hastaların da hareketliliğiyle ilgili bazı anahtar kelimeler mevcuttur. Son zamanlarda bu kelimeler daha da aktif hale geldi. Sınır ötesine sağlık hizmetleri ihraç edildi ve 2014'te hastaların kendi ülkeleri dışında da sağlık hizmetlerinden faydalanacağı anlamına gelen çalışmalar olacak. Neden şimdi değil? Avrupa Birliği bir konfederasyon olduğu için belirli bölgelerdeki ve bu bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerinin tek olması anlamına gelen, hizmet prensibi mevcuttur. Her üye devletin sorumlusu olduğu sağlık hizmetleri için hizmet prensibi mevcuttur. Bahsettiğim bu yeni yönerge ile bu durum yavaş yavaş değişmektedir. Tıbbi uzmanların eğitimiyle ilgili olarak, bu hizmet prensibi milli kuralların ve düzenlemelerin çoğu durumda engelleneceği anlamına gelmektedir. Bu, ayrıca Avrupa seviyesinde herhangi bir standardın takdiminin bir kanundan ya da başka bir şeyden ayrı olarak oluşturulması gerektiği anlamına gelir.

Burada, aynı zamanda temsilcisi olduğum UMS hakkında birkaç bilgi vermek istiyorum. Avrupadaki tıbbi kuruluşlar arasında en eskisi, yirmi dokuz tam üye ülkesi ve Türkiye Tabipler Birliğinin de arasında bulunduğu, beş bağlı üyesi bulunan oldukça büyük bir kuruluştur. Hali hazırda yaklaşık birbuçuk milyon Avrupalı uzman doktoru temsil ediyoruz.

UMS'nin esas belkemiğini ise, kırk farklı uzmanlık alanından oluşmasıdır. Tüm bunlar biraraya konulduğunda, iki binden daha fazla doktor, UMS'nin aktivitelerine dahil olmaktadır.

UMS çalışmalarının üç temel alanı; doktora eğitimi, sürekli devam eden profesyonel gelişim ve hekimlerin tıbbi uygulamaları için kalite güvencesidir. Bunlar, bizim her stratejimizde açıkça ifade edilir. Bunu pratikte uygulama adına, bu üç farklı alan için üç farklı komite belirledik ve şu anda CME için en önemli ve aktif olanı Avrupa Akreditasyon konseyidir. Bu tıbbi uzmanların yeterliliklerinin akreditasyonu için çalışan Avrupa konseyi, henüz kuruldu ve hala deneme safhasındadır. Burada söylemeliyim ki, biz bu kurula Avrupalı uzmanların tıbbi değerlendirmeleri için katıldık. Avrupa seviyesinde bir kurul ve UMS'nin eğitiminde çalışan bir grup, burada belirtmeliyim ki bu çalışma grubunun eş başkanı olan sevgili arkadaşım Ankara Üniversitesinden Profesör Umut Akyol sayesinde biz burada hem temsilciyiz hem de Türkiye ile bir bağlantıya sahibiz.

Elimizde birçok UMS planı var ve bunlar tıbbi uzmanların eğitimi üzerine bir bildirge ile başlıyor. Neredeyse yirmi yıllık bir geçmişi var. Biz şu anda sadece onu yenilemek, CPD eğitim merkezleri hakkındaki ve arasında doktora eğitiminin değerlendirilmesinin beyanının da bulunduğu tüm farklı dökümanları düzenleme sürecindeyiz. Bunu, size daha çok uygulamalı nedenlerle anlatacağım.

UMS, Avrupa seviyesinde nasıl kabul gördü? Aslında biz çoğunluğu AB kanunlarının hazırlanması üzerine olan farklı seviyelerde çalışmalar yaptık. Bunun için çok zaman harcamadık, kısa sürdü. Neden biz uyum süreci üzerine konuşuyoruz? Çünkü biliyoruz ki, milletler arasında ve küresel anlamda farklılık yaratan şey insan kaynaklarının bilgisi ve yeterliliğidir. Ben bu konuda günümüze değil, geleceğe yoğunlaşmak istiyorum. Ayrıca hali hazırda bazı modellere de bakacağız. Uyum süreci için birçok farklı mesele mevcuttur. Eğer programlarla başlarsak; bizim standart hale getirilmiş bir program ve yetkinlik listesi, değerlendirme, lisans sertifikası ve başlıklar üzerine çalışmamız lazımdır. Bildiğiniz gibi tıp çok hızlı ilerlediği için, sürekli olarak bilgi ve kabiliyete ihtiyaç mevcuttur. Bu şu anlama gelir ki, lisans ve sertifika yenileme sistemlerinin Avrupa ile aynı seviyede olması gerektiğine daha çok inanmalıyız. Eğer doktorların yetkinliği üzerine konuşmak gerekirse ki, hastaların güvenliği ve bakım kalitesi üzerine konuştuk ama doktorlar hakkında konuşmadık, yetkinlikleri üzerine düşündüğümüzde daha öncede söylediğim gibi onların bilgi, yetenek ve tutumları üzerine konuşuyoruz. Çünkü bunlar bütününde yetkin bir doktoru oluşturuyor.

Bu modele göre, biz şu anda UMS'nin bakış açısından Avrupa seviyesinde bir mozaik bir araya getiriyoruz. Sadece hasta yönetimi, tedavisi ve hasta muamelesiyle ilgili olmayan birçok farklı yetkinlik tabii ki mevcuttur. Bazıları bunları tek ve temel yetkinlikler olarak görebilirler ama ayrıca iletişim ve iç gözlem de önemlidir. Bizim yapmak istediğimiz, bu konuları uyumlu hale getirmek. Bunun için UMS uzun zaman önce çalışmalara başladı. Ekim 1993'de kabul edilen tıbbi uzmanların eğitiminin sözleşmesinden ve içerdiği tüm temel alanlardan, doktora eğitimi, standardizasyon, doktora eğitiminin uyumundan bahsettim. Her bir uzmanın programı ile ilgili olan, sözleşmedeki altıncı bölüm denilen kısma geldik. Şu anda UMS'de 39 bölümümüz var. Bu demek oluyor ki, 39 farklı uzmanlık alanını tanımlıyoruz. AB seviyesinde bundan biraz daha azı mevcut, 30 civarında. Şu anda bazı görüşmeler devam etmektedir.

Ben size kendi alanım olan kardiyolojiden bir örnek vermek istiyorum. Bununla ilgili çalışmalara on beş yıl önce 1996'da, UMS'nin kardiyoloji çalışmalarına Avrupa Kardiyoloji topluluğu ile iş ortaklığı olan Kardiyoloji Uzmanlığı Avrupa Komisyonu ile başladık. Bu on beş yıl içinde farklı aşamalara ve kardiyologlar için düzenlenmiş 2006'da temel programın son versiyonuna ulaşıldı. Burada eğitimin değerlendirilen bütün yönleri mevcuttur. Ayrıca gerekli olan becerileri içeren temel programa, tanımlanan yetkinliklerin farklı seviyelerini içeren programın konuya özel bölümlerine ve ayrıca gösterge numaralarına da sahibiz. Bir kardiyolog, bu gösterge numaralara ulaşamazsa, o değerlendirilmeye alınamaz ve sertifika kazanamaz. Mesela, her bir ayrı bölüm için gerekli olan amaç, bilgi, beceri, tutum ve davranışları belirledik. Şimdi ise değerlendirme süreci. Tekrar, program ve tüm aday ülkelerin bu programı benimsemesiyle ilgili olarak, Avrupa seviyesindeki kalite güvencesini garanti ediyoruz. Böylece farklı ülkelerdeki tıbbi uzmanlar aynı seviyede yetkinliğe sahip oluyorlar.

Bunu nasıl başarmak istiyoruz? Daha önce de söylediğim gibi bilgi ile. Bizim yapılandırılmış bir programımız ve tanımlanmış, biçimlendirilmiş değerlendirmelerimiz var. Sonra, beceriler için oluşturulmuş yaklaşımlara ve gerçek hayat eğitimi için eğitim ve değerlendirmelere sahibiz. Ayrıca, bilgisayar kayıtlarında ve değerlendirme kâğıtlarında tavsiye edilen malzemeleri temin ettik. Bu pratik becerilerin doğrudan gözlenmesinin en önemlisi olduğu anlamına geliyor. Birbirinden farklı tüm tutum değerlendirmelerini birleştirdiğimiz profesyonelliği ve diğer çeşit CPD'leri unutmuyoruz.

Avrupadaki sürecin birkaç yıl içindeki durumunu nasıl öngöreceğiz? Bilgi değerlendirmesinde, aynı zamanda pratik beceri değerlendirmesinde ve profesyonellik değerlendirmesinde, Avrupa seviyesinde bir standart haline gelmek için tüm Avrupa ülkelerince tanımlanmış ve benimsenmiş belirli alanlar olacaktır. Size şu e-portfolyo'u ve internet kayıt defterini (e-log book) göstermek istiyorum. Şu anda bizim yaptığımız Avrupa portfolyosunu geliştirmek, bunların hepsini içeren Avrupa elektronik platformuna ve sonunda, şu anda sahip olmadığımız için, elektronik olarak güçlendirilmiş bir çeşit Avrupa sertifikasına sahip olmak.

Bunu biraz daha ayrıntılı açıklamak zorundayım. Çünkü başlangıçta belirttiğim gibi Avrupa'da yukarıdan aşağı algısını oluşturmak kolay değil. Tabii ki, ilk olarak değerlendirmeleri göz önünde bulundurarak tartışmaya açık olan belirli noktaları açıklamalıyım ve söylemeliyim ki, biz yetkinliğin tarafındayız. Biz kontrolden ziyade sürekli devam eden değerlendirmelerin tarafındayız. Güvenilirlik, geçerlilik v.s. gibi meselelerle ilgili metodolojilerle ve aynı zamanda örgütsel meselelerle ilgili çokça konuşuyor ve tartışıyoruz. Çünkü uzmanların eğitiminin değerlendirilmesinde ve lisanslarda, sertifikalarda, diplomalarda Avrupa'daki değişik bölgelerde farklı sistemlere sahibiz. Farklı yapılanmalar mevcut. Bir ülkede üniversiteler etkin role sahip iken başka bir yerde bakanlıklar, başka bir yerde tıbbi dernekler... Biz bunların bir şekilde standardize edilmesini, bir araya getirilmesini ve en uygun ifadeyle uyumlu hale gelmesini istiyoruz. Ulaşmak istediğimiz ise, tıbbi uzmanların Avrupa seviyesinde bireysel yeterlilik sertifikasyonu sonunda uyumlu hale gelmesidir.

Böylesi bir sürecin bir yıl gibi bir sürede tamamlanamayacağını biliyoruz ama bizim düşüncemiz bunun şu on yılın sonuna biteceğidir. Peki, zorluğu nedir? İşte bu Avrupa'da şu anda sahip olduğumuz yapıdır. Bildiğiniz gibi tıp eğitimi çoğu ülkede yaklaşık olarak altı yıldır. O yüzden biz üç yıldan altı yıla kadar farklı bir doktora, tıbbi uzmanlık eğitimine sahibiz. Detaylara girmeyeceğim. Sonrasında hayat boyu öğrenme devam etmektedir. Bizim burada sunmak istediğimiz, Avrupa'ya buradaki standartlara uygun tıbbi uzmanlar sunmaktır. Söylemeliyim ki biz yetkili makamlara engel olmak istiyoruz, çünkü bu Avrupa standartlarına çok karmaşık gelecektir. Hizmet prensibinin mevcut olduğunu ve federasyon olmayan ama gerçek bir devletler birliği olan yeni bir sisteme çok yavaş dönüştüğümüzü söyledim. Avrupa seviyesinde niteliklerin akreditasyonu ECMSQ ile biz kalitenin kıyaslamalı standartlarını temin etmek istiyoruz. Yine hastaları konuşuyoruz, doktorları değil.

Bu eğitim merkezlerinin nasıl kontrol edileceği üzerine çok konuşuyoruz. Bizim planımız sertifika yenileme. Avrupada, her beş yılda elektronik portfolyo ve elektronik platform temelli olacak. Yapısı nasıl işleyecek? Söylediğim gibi doktora eğitimi ve Avrupalı uzmanların tıbbi değerlendirmesi üzerine çalışan bir grup olacak.

Tıbbi düzenlemelerin farklı yönleri üzerine bir silüet ile bitiriyorum. Çünkü benim aklımda bunlar olmalı ve bunlar tıbbi mesleklerin sorumluluğu olarak kalmalıdır. Çünkü bizler tıbbi mesleklere has özelliklerle de ilgileniyoruz. Burada, UMS'de beş çift düzenleme görüyoruz. Bunun yanında kişiye özel düzenlemeler, takım odaklı düzenlemeler, iş odaklı düzenlemeler, ulusal düzenlemeler ve bunların üzerinde uluslararası düzenlemeler ortak standartlar oluşturmak adına yapılandırılabilir.

Biz tıbbi profesyonellerin sorumluluk alacaklarını garanti etmesinden yana iken, UMS yapısal ve fonksiyonel elementleri birbirine kombine edilmesinden yanadır. Neden? Çünkü aslında tıbbi eğitim tıp mesleğidir ve doktorların günlük işleri hakkında konuşursak her zaman öğrenme üzerine konuşuyoruz. Yani biz her zaman öğreniyoruz. Akreditasyon üzerine olan bu konuşma nedeniyle biz tabii ki tıbbi eğitimden ve kişilerden yanayız. Şunu da belirtmeliyim ki, benim ülkem Slovenya'da, 1992 den bu yana devlet tarafından bize verilmiş tam sorumluluğa sahibiz ve bu sistem oldukça iyi çalışıyor.

Neden tıbbi derneklerin önemli rolü vardır? Çünkü onlar CPD ya da durmadan devam eden mesleki gelişmeleri sağlayan tıp mesleğinin temel elementlerini savunuyorlar. Otonomi, ahlaki kurallar, bu kalite güvencesinin dışındadır. Bununla bitiriyorum. UMS'nin Avrupa'da bunu önemseydiğini söylemek istiyorum ve benim kafamda bir kardiyolog olmama rağmen, koruma bizim mesleğimizin esasıdır.

*UMS

*CPD(Continuing Professional Development) Mesleki anlamda sürekli gelişme

*CME (Continuing Medical Education) Sürekli tıbbi eğitim

*ECMSQ

KOMŞU ÜLKELERDE SAĞLIK (TIP) EĞİTİMİ VE DENKLİK

Prof. Dr. Salih HOŞOĞLU / hosoglu@hotmail.com

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Giriş

Ülkemiz ciddi anlamda hekim ve diğer sağlık personeli açığı yaşamaktadır. 2006 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde 1000 kişiye düşen hekim sayısı ortalama 3,1 iken Türkiye’de bu sayı 1,6 idi. O tarihten beri bu oran çok değişmemiş görülmektedir. Şu anda elimizdeki verilere göre her bin kişiye düşen hekim yaklaşık 1,75 civarındadır. Geçmişte bu konuda kurumlar arasında ciddi bir görüş ayrılığı olması nedeniyle daha fazla hekim yetiştirmek için uzun zaman adım atılamadı. Daha sonra başlayan iyileştirmeler de henüz meyvelerini vermiş değildir. Tıp eğitiminin uzun ve pahalı olması nedeniyle yeni eğitim kurumları açmak ve buralardan öğrenci mezun etmek uzun zaman gerektirmektedir. Yakın gelecekte tıp fakültelerimizden daha fazla hekim mezun olması ve ülkemizin ihtiyaçlarını karşılaması beklenmektedir.

Yakın tarihlerde hekim açığını karşılamak için yurtdışından hekim getirilmesi gündeme geldi ve yoğun şekilde tartışıldı. Bu konuda kamuoyunda yeterli bilgi birikimi olmadığı gibi hangi ülkelerden ve nasıl hekim getirilebileceği de bilinmezlerden biridir. O nedenle bu yazıda Türkiye’ye komşu veya yakın coğrafyada olan ve ülkemizin hekim kabul edebileceği ülkelerde tıp eğitimi incelemek amaçlandı. Ayrıca sağlık işletmeciliğinde ve tıp eğitiminde önemli bir tartışma alanı olan tıp fakültesi hastaneleri modeli dışında yapılan eğitimin gözden geçirilmesi amaçlandı. Ülkemizde daha önceden bütün tıp fakülteleri kendi hastanelerinde eğitim vermekteydi. Ancak son yıllarda Sağlık Bakanlığı ile ortak hastane işletmeciliği modeli de gündeme geldi. Bu modelin benzerlerinin başka ülkelerde uzun zamandır yürürlükte olduğu da bilinmektedir.

Tıp Eğitimi İncelenecek Ülkeler:

- 1-Hindistan
- 2-İran
- 3-Bulgaristan

Hindistan’da Tıp Eğitimi

Hindistan geleneksel tıp okulları ve bunların tüm dünyayı etkilemesi ile dikkati çeken bir ülkedir. Ancak aynı zamanda modern tıp alanında da ciddi mesafeler almış ve çok sayıda hekimi başka ülkelere göndermekte olan bir ülkedir. Hindistan sömürge döneminin etkisiyle tıp eğitiminde İngiltere modelini takip etmektedir. Hindistan’da tıp eğitimi Medical Council of India adlı kurumun kontrolündedir. 2011 itibarıyla 251’i aktif ve 71’i de onay almış ve kurulma aşamasında olmak üzere toplam 322 tıp fakültesi bulunmaktadır. Bu fakültelerin yıllık öğrenci kabul kapasiteleri kırk binin üzerindedir. Hindistan’da tıp eğitimi almak oldukça zor ve ciddi sınavları başarmayı gerektiren bir süreçtir. Tıp fakültesine girmek için yapılan merkezi sınavı veya eyalet sınavını kazanmak zorunludur. Merkezi devlet sınavına yaklaşık 200.000 kişi girmekte ve sadece 2000 kişi kazanabilmektedir. Kazanan öğrenciler iki yıllık premedikal eğitimi başarmak zorundadırlar. Bu öğrencilerin sadece % 15’i bir üst seviyeye geçebilmektedirler.

Hindistan Medikal Konseyi

Tıp eğitiminin kalitesini ve standartlarını Medical Council of India belirlemektedir. Tüm fakülteleri yıllık olarak denetlemektedir. Bu kurumun tıp ve diş hekimliği ile ilgilenen iki alt ünitesi vardır. Hindistan genelinde kurumun izniyle tıp fakülteleri MBBS (Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery) denen tıp doktoru diploması ve uzmanlık diploması verebilmektedirler. Hindistan’da tıpta uzmanlık alanları Türkiye’dekine oldukça yakındır. Hindistan tıp okulları eğitim kalitesi ile uluslararası iddia sahibidirler. Amerika’da birinci basamak hekimlerinin % 44’ü dışarıdan gelmektedir ve bunların içinde Hindistan eğitimliler ilk sıradadır.

Hindistan’da Tıp Doktorluğu Diploması

Bu diploma 5,5 yıllık bir standart eğitimi içerir. Bu eğitimin içinde bir yıl mecburi intörlük eğitimi de bulunmaktadır. Başlangıçta “iletişim, etik ve probleme dayalı öğrenim” dersleri alınmaktadır. Bunu üç basamakta alınan bir eğitim takip eder: İlk basamak 12 ay süreli temel tıp bilimleri içerir. Bunlar Anatomi, Fizyoloji ve Biyokimya dersleridir. Öğrenciler tüm derslerin sonundaki bitirme sınavlarında başarılı olmak zorundadırlar. Sonraki aşama 18 ay süren Farmakoloji, Patoloji, Mikrobiyoloji ve Adli Tıp eğitimi verilmektedir. Öğrenciler aynı zamanda poliklinik ve klinik ziyaretleri ile bilgi ve görgü edinirler. Daha sonra tüm klinik stajlarını tamamlayarak MBBS finaline girme hakkı elde ederler.

İran’da Tıp Eğitimi

İran’da tıp eğitimi birçok yönden incelenmeye değerdir. Çünkü İran modernleşme aşamaları ve zamanlaması açısından Türkiye ile birçok alanda benzerlikler göstermektedir. Ancak ülkelerin modernleşme tarihlerindeki inişler çıkışlar benzerlik gösterse de sağlık eğitiminin gelişimi oldukça farklılıklar göstermektedir. İran’daki sağlık eğitimi organizasyonu belki de dünyada tek örnek olarak Sağlık Bakanlığına bağlı olarak yürütülmektedir.

İran’da daha önceleri çok az bir kesime hitap eden tıp eğitiminin yaygınlaşması 1979 devrimi sonrasında patlama tarzında gerçekleşti. 1965-1966 akademik yılında İran’da sadece altı tane tıp fakültesi vardı. Bu rakam 1979 devrimi öncesi 13’e yükselmişti. 2006’da 48 tıp fakültesi eğitim vermekteydi ve bunlardan 38’i devlet üniversitelerine bağlı fakülteler idiler. Bu sayı 2008’de 42 fakülteye yükseldi.

Tıp Eğitiminin Organizasyonu

İran’da 1984’de Tıp Fakülteleri de dahil tüm sağlık eğitim kurumları diğer birçok ülkeden farklı olarak doğrudan Sağlık Bakanlığına bağlandı. Bu uygulama ile tıp üniversiteleri tüm kamu hastanelerini kullanabilmektedirler. Buradaki kritik nokta hastanelerin de tıp fakültelerinin de aynı bakanlığa bağlı olmasıdır. Eski Sovyetler ve birçok başka ülkede Tıp Fakülteleri Yüksek Öğretim Bakanlığı ya da dengi kurumlara bağlı iken hastaneler Sağlık Bakanlığına bağlıdır. O nedenle hastanelerde verilen sağlık eğitimi konusunda üniversite yönetimleri ile hastane idareleri arasında ciddi kopukluklar olmaktadır ve ciddi sürtüşmelere yol açmaktadır. Bu açıdan İran’daki sistemin farkı önemlidir.

İran’da devlet üniversitelerinde öğrenciler ücretsiz okumaktadırlar. Üniversitelerin tüm giderleri merkezi bütçeden karşılanmaktadır. Ayrıca Tıp Üniversitelerine bağlı “Uluslararası tıp fakültesi” adı altında özel tıp fakülteleri bulunmaktadır. Bu fakülteler daha düşük puanla ve belli bir eğitim ücreti ile öğrenci kabul etmektedirler.

Özel Üniversiteler

İran’da üniversitelerdeki devlet tekeli bir şekilde kırılmış bulunmaktadır. Gene devletin üst düzeyi-

nin kontrolünde ve sahipliğinde 1982'de kurulan Islamic Azad University (IAU) bünyesinde tıp ve tıp dışı tüm branşlarda eğitim verilmektedir. Bu üniversiteler bağışlarla ve öğrencilerden aldıkları paralarla yürütülmektedir. 2008 yılında tüm üniversitelerde 3,5 milyonu aşan öğrenci eğitim görüyordu. Bunların yaklaşık 1,7 milyonu IAU'da eğitim görmekteydi. Bu üniversitenin ülke içinde ve dışında yaklaşık 400 kadar yerleşkesi bulunmaktadır. Aynı zamanda tıp eğitimi alanında da oldukça iddialıdırlar.

Bulgaristan'da Tıp Eğitimi

Türkiye'den yurtdışına tıp eğitimi almaya gidenlerin en çok tercih ettikleri ülkelerden biri de Bulgaristan'dır. Bulgaristan küçük bir ülkedir ve ilk tıp fakültesi 1918'de eğitime başlamıştır. Bulgaristan'da tıp eğitimi intörlük dahil altı yıldır (12 sömestir). Halihazırda Bulgaristan'da toplam 5 tıp fakültesi bulunmaktadır. Ülkede nüfus artışı olmaması hatta nüfusun azalmakta olması ve özellikle Avrupa Birliğine girdikten sonra ciddi boyutlarda dış göç verilmesi nedeniyle Bulgaristan üniversiteleri yoğun bir şekilde yabancılara yönelmiş durumdadırlar.

Bulgaristan üniversiteleri komünizm döneminde de dışarıdan öğrenci kabul etmekteydiler. Günümüzde Bulgaristan'da kendi öğrencilerine daha nitelikli ve ciddi eğitim verdikleri biliniyor. Eğitim ücretlerinin Sofya Tıp Fakültesinde bile Türkiye'nin yarısı kadar olması cazip gelmektedir. Ancak yabancılar için eğitim düzeyini çok düşük olduğu söylenebilir.

Yabancılar için Tıp Fakültesi öncesi en az dokuz, uzmanlık veya doktora öncesi ise en az altı ay Bulgarca kursu mecburidir. Fakülteler kendi öğrencilerini kendileri almaktadırlar. Bulgar öğrenciler için Biyoloji ve Kimya notları ve sınavları esas alınır. Eğitim dili Bulgarcadır. Bazı fakültelerde İngilizce eğitim programları da bulunmaktadır. Eğitim ücretleri yabancılara iki kat olarak uygulanmaktadır. Tıp Fakülteleri kendi hastanelerine sahip değildirler. Anlaşmalı oldukları hastanelerinde pratik eğitimi yaptırmaktadırlar.

Tıp fakültesi eğitimi

Bulgaristan'da tıp eğitimi toplam altı yıldır ve Türkiye'dekine çok benzemektedir. İlk iki yıl prekliniktir. Sonraki üç yıl klinik eğitim verilir. Son sene ise intörlük yapılmaktadır. Intörlükte sınav yoktur ancak beş değişik branşta çalışırlar (İç Hastalıkları, Cerrahi, Kadın Doğum, Sosyal Tıp ve Pediatri). Uzmanlık eğitimine girişte yapılan sınavlarda yazılı ve mülakat sınavlarını geçme mecburiyeti vardır. Uzmanlık süreleri 3 ile 5 yıl arasında değişmektedir.

Dışarıdan doktor getirtmek

Dünyada doktor fazlalığı Eski Sovyet Cumhuriyetleri ve bazı batılı ülkelerde vardır. Yabancı ülkelerden doktor getirmede en muhtemel ülkeler Eski Sovyetler ve Hindistan olarak görülmektedir. Ancak Eski Sovyet Cumhuriyetlerinde tıp eğitimi ciddi zafiyet içindedir ve buralarda yetişen hekimlerin yetersiz olduğu genel bir kanaattir. Dünyada Hindistan en fazla doktor yetiştiren ülke konumundadır. Ancak Hindistan hekim yoğunluğu birçok ülkeden çok daha aşağılardadır. Türkiye'ye Avrupa'dan doktor gelmesi ihtimali düşüktür. Çünkü Avrupa ülkelerinde doktor ve diğer sağlık personelinin maaşları Türkiye'den oldukça yüksektir. Bu nedenle Avrupa ülkeleri hekim kaynağı olarak düşünülemezler.

Türkiye dışından alınan diplomaların denkliği

Türkiye'de tartışılan önemli bir konu da dışarıdan alınan diplomaların Türkiye'deki denkliğidir. Denklik için hangi kriterler olmalı ve denklik neyle belirlenmelidir? Halen müfredat denkliği (aldıkları derslerin aynı yada benzer olması) esas alınmaktadır. Bu yaklaşımda eğitimin kalitesini göz

ardı edilmektedir. Çünkü ders başlıkları ve hatta içerikleri aynı olsa bile çok düşük kalitede eğitim veren fakültelerin varlığı kesindir. Bu durum özellikle eski Sovyet Cumhuriyetleri ve Eski Doğu Bloku ülkelerinde sık karşılaşılan bir durumdur ve bu nedenle buralardan alınan diplomaların denkliği daha dikkatli değerlendirilmelidir.

Denklikte çözüm olarak bazı esaslar belirlenebilir ve bunlar üzerinden başvurular değerlendirilebilir. Özellikle Amerikan sisteminde uygulanan kademeli sınavların benzerleri Türkiye'de de ihdas edilebilir ve bu sınavları geçenlere hekimlik hakkı verilerek daha kaliteli hekimlere sahip olunabilir.

Türk vatandaşları için belirlenecek bazı esaslar konuyu çözmeye yardım edebilir. ÖSS'den asgari puanı şartı, seçilmiş yabancı fakültelerden mezun olanlara öncelik verilmesi, merkezi ve objektif bir sınavlar problemi çözmede esas alınabilir. Yabancılar için de benzer uygulamalar problemi çözebilir.

Kaynaklar

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu. Haziran 2010, YÖK Yayın No: 2010/1.

<http://www.highereducationinindia.com/india/medical-institutes.php>

<http://www.mciindia.org/>

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60483-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60483-2/fulltext)

Aweek J. Medical education in India: Student's perspective. Nation MJ India 2008; 21: 92-93.

Ananthakrishnan N. Medical education in India: is it still possible to reverse the downhill trend? Natl Med J India. 2010;23:156-60.

Sood R. Medical education in India. Med Teach. 2008; 30:585-91.

Changiz T, Haghani F, Masoomi R. Design and implementation of a web directory for medical education (WDME): a tool to facilitate research in medical education. Med Arh. 2012;66:133-6.

Aghili MM, Zia-oddini H, Mirmoghtadaee P, Kelishadi R. National plan of establishment and maintenance of the health management system in schools and grading for awarding stars. Med Arh. 2012;66(2):129-32.

Azizi F. The reform of medical education in Iran. Med Educ. 1997;31:159-62.

Tavakol M. Medical Education Under Economic Sanctions in Iran Academic Med; 2009;84; 1324.

Hamilton J. The renewal of medical education in Iran: progress and challenge. Med J Islam Rep Iran 2011;25:53-56.

Aleksandrova S. The Bulgarian Health Care Reform and Health Act 2004. Med Law 2007; 26:1-14.

Feschieva N, Mircheva I. Proofs of the necessity of medical informatics for the physicians in Bulgaria. Stud Health Technol Inform 2001; 84(Pt 2):1019-22.

www.medfac-sofia.eu/en_struktura.htm

ALMANYA'DAKİ SAĞLIK EĞİTİMİ VE İMKANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Marcus HOFFMAN , dr.marcus.hoffmann@web.de

Karlsruhe Üniversitesi

Başkanım, değerli meslektaşlar, Benim konum, Almanya'daki sağlık eğitimi. Almanya'daki sağlık sektöründe kullanılan terminolojiden bahsederek başlamak istiyorum. Sağlık sektörünü ifade eden bu yeni terminoloji enerji sektörüyle, otomobil sektörüyle v.s. oldukça benzerdir. Toplumumuzda yeni bir sağlık anlayışı mevcuttur. Artık sağlık sektörünü bir maliyet faktörü olarak düşünmüyoruz ve sağlık sektörünün gerçekte neden iş piyasasında istikrar sağlayıcı bir sektör olduğu üzerine tas-laklar hazırlamıyoruz.

2008-2009 yılları arasında ve küresel ekonomik kriz süresince, Almanya'nın tüm ekonomisinde çok az bir büyüme mevcut iken, sağlık sektöründeki meslekler arttı ve bu süreçte %15'lik bir artış gös-terdi ki, bu toplum için oldukça önemlidir. Bu süreçte, 600,000 kişiye iş sağlandı. Bunların çoğu hemşireydi. Almanya'da hemşirelik eğitimi, seminerler eşliğindeki üç yıllık eğitim stajını kapsamak-tadır. Doktorlar! Doktorların eğitimi çoğu Avrupa ülkesiyle aynıdır. Altı yıllık eğitim, artı özelleşme eğitimi.

Büyük bir demografik değişim yaşanmak üzere, hatta çoktan başladı. 2030 yılı ile ki, bu tarih çok uzak bir tarih değil, hatta yirmi yıl kadar bile uzağımızda değil. Oldukça güvenilir verilere göre Almanya'daki altmış yaşındaki ya da daha büyük olan insanların sayısı %34 oranında artacaktır. Bu demek oluyor ki, Alman nüfusunun 3 te 1'i altmış yaşın üzerinde olacak. Bu da artan hastalıklar yüzünden 1,4 milyonluk modern hastane vakalarına neden olacaktır. Sadece yaşlı nüfusun bakımı için Almanya'da 3,5 milyon insana ihtiyaç duyacaktır. Bu nedenle bizde sağlık sektörüne kesinlikle artan bir talep var.

Bütününde, ekonomi için harika bir tablo. Sağlık sektörü teknolojiyi kullanıyor, meslekler yaratıyor v.s. Ama şuraya bir soru işareti koymak istiyorum ki, 2030 yılı itibariyle Almanya'nın 150.000 hekim eksiki olacak. Sadece hastanedeki hemşire çalışanlarını düşünsek, bu zaman diliminde neredeyse yarım milyon hemşiremiz eksik olacak. Sağlık sektöründeki meslekler için büyük bir talep mevcut. Toplamda 7,5 milyon çalışana ihtiyacımız var, bu nedenlerle bizim bu grubu %37 oranında arttır-maya ihtiyacımız var.

Diğer taraftan, 2020'ye kadar, yani bundan sadece sekiz yıl sonrasına kadar, yedi binden fazla he-kim emekli olmuş olacak. Altı yıl eğitim aldıktan sonra, tıp fakültelerinden mezun olanların ço-ğunun ihtisasına devam etmesi gibi başka meselelerimizde mevcut. Danışmanlık şirketlerinde çalışmaya başlıyorlar. Diğer ülkeler daha cazip maaşlar, daha iyi eğitimler teklif ettiği için, bunu sağlıyorlar ya da sağlamıyorlar ama kesinlikle daha iyi bir iş-yaşam dengesi sunuyorlar, bu yüzden yurt dışına gidiyorlar.

Son on yıl içinde mezun olan hemşirelerin sayısı neredeyse %20 oranında düştü. Neden? Neyseki Almanya, eski sahip olduğu modeli değiştiriyor. Bir tarafta değişimler diğer tarafta doktorlar. Bir takım çatırtılar var, yönetimde küçük farklılıklar var. Çok az görev birliği mevcut...

Bizim yapmak zorunda olduğumuz şu ki, sağlık sektöründeki mesleklerin cazibesini arttırmak zo-rundayız. İnsan kaynakları yöneticilerinin genel yaklaşımı, yüksek maaşın olması. Bu da bir prob-lem, çünkü bizim ödeme yapabileceğimiz belli bir miktar paramız var. Daha esnek çalışma saatleri olsun ama hastaya yedi gün yirmi dört saat hizmet sunmak gerek. Nasıl olacak bu iş? İş dengesini

geliştirmek v.s. Bunların hepsi iyi hoş ama bunlar sağlık hizmetleri sisteminde daha çok meslek oluşmasına yol açmaz.

Diğer bir soru şu, gelecekte kim ne yapacak? Biz yeterli uzmana sahip değiliz. Çalışma yükünü nasıl paylaştırabiliriz? Grafikte gösterdiğim ve eski modelde olduğu gibi her bir çalışan ayrı ayrı mı ça-lışsın? Yeni uygulama takım çalışması, yetkinlik odaklı kurumlar ve bunlarını hepsi hastaya avantaj sağlamalı v.s. Yeni modelde, çalışanlar birbirleriyle daha da yakınlaşıyorlar. Yetkinliklerin bir ara-ya getirilmesi ve çeşitliliğin artmasına rağmen, gidilen yolların örtüşmesi söz konusu ve kesişen alandaki kırmızı noktaları görüyorsunuz. Uzmanların doğmasının konusunda yeni bir eğilim var ve bu ekonomik ve demografik baskı sayesinde oluşmaktadır, ihtiyaç duyuyoruz ve yeni meslekler ediniyoruz. Bu nedenle bizim yasa koyucularımız, Birleşik Devletlerinkini ve orada neler olduğunu incelediler.

1960'larda Birleşik Devletlerde; hekimlerin yardımcısı olan, doktor ve hemşireler arasındaki boşlu-ğu dolduran, gelişmiş uygulama sağlayan bir grup tedarikçi kişiler uygulamasına başladı. İnternet üzerinden bazı videolarım var. Amerikadaki en iyi meslek, hekim asistanlığı ve Birleşik Devletlerde en hızlı büyüyen meslek. Bu, Birleşik Devletlerde ortaya çıktı çünkü AB'de, özellikle Almanyada ortaya çıkan benzer probleme onlar da sahipti.

Obama'nın sağlık hizmetleri reformu ile binlerce hekim eksikliği için proje hazırladılar. Önümüzdeki iki yıl içinde, otuz milyondan fazla Amerikalı sağlık hizmetlerinden gelir elde ediyor olacak. Onlar da Almanyada yüzleştirdiğimiz benzer nüfus değişimine ve artmakta olan kronik hastalığa sahipler. Bu yüzden Birleşik Devletlerdeki tüm hastaneler, doktorlar ile hemşireler arasındaki boşluğu doldurma imkânı sağlayan gelişmiş uygulamaları göz önünde bulundurarak işe alım çalışmalarını arttırdılar.

Onlar bunu yapabilir mi? Yardım edecek yeterli hekim asistanı yetiştirebilirler mi? Evet, yapabilirler. 2015 yılı ile Birleşik Devletlerin ulaşmayı hedeflediği rakam yaklaşık 200,000 hekim asistanıdır. Bu inanılmaz bir rakam. Peki, ne yapıyorlar? Eğitim için, hasta bakımı yönetimi için uğraşılar. Hem kendilerini eğittiler hem de kurumlarını. Onlar eğitim sürecinde altı yıllık tıp öğrencileri ile birlikte klinik rotasyona gitmekte, araştırmalar yapmaktalar, kalite teminatında bulunmakta, hastalarla iletişime yardımcı olmakta ve doktorları zorlayan ve onların işini yapmasına engel olan işlerin dü-zenini sağlamaktalar. Birleşik Devletlerin büyük avantajı ise parayla ilgiliydi, yüklü maaşlar ödendiler ve daha az sorumluluk güvencesi sağladılar. Bu, Birleşik Devletlerin özel meselesidir.

Demek istediğim şu: bir doktoron listesine daha çok hasta eklemeyi becerebilmek. Yani mesela bir kalp cerrahı, damarı göğsü açarken ve bir bypass yaparken, damarı çıkarmak için bir hekim asistanına sahip ise, tabii ki sen de uzman olarak günde iki ya da üç tane bypass yapabileceksin. İşte, tüm mesele bu. Hekim asistanları, doktorlara yüksek riskli prosedürlerin kontrolünde zaman kazandırıyorlar ve hasta bakımında daha iyi bir devamlılık sağlıyor. Çünkü o hekim asistanları, benzer departmanda uzun bir süre kalıyorlar. Hastane sürekli hekim asistanlarının vardiyalarını de-ğiştiriyor ve mesleki eğitim elde ediyorlar. İşte, Birleşik Devletlerin sonucu; o gelişmiş uygulama tedarikçileri, mesela hekim asistanları hekimler ile hemşireler arasındaki boşluğu dolduruyorlar ve siz onları Birleşik Devletlerin her yerinde görebiliyorsunuz. Şu anda 80,000 den fazlası var ve önemli olan şu ki, onlar hekimlerin denetimi altındalar.

Şimdi, Almanya'daki yasa koyucular bunu uyguluyorlar ama özellikle sağlık hizmetlerinde yasaların oluşumu uzun bir süre alıyor. İlk girişim 2007'de yapıldı ve şimdi 2010'da hekim asistanlığı progra-mının birinci aşamasına başladı. Sağlık yasasının adaptasyonu mevcuttu ve ben hekim asistanlığı takvimi için taslağın birazını hazırladım... Sorumlusu olduğum Alman tıp okulları, mesela Heidel-ber ya da Freiburg okulu, tıp uzmanlarının dernekleri ile birleştirilerek geliştirildi. Biz onlara beyler

mesleğinizi daha iyi yapmanız ve hastalara daha iyi bakım sağlamanız için nasıl asistanlara ihtiyacınız var diye sorduk. Proje Birleşik Devletlerin hekim asistanlığı programıydı. Sınıflardaki derslerde öğrenmeye yönelik problemlere yoğunlaşıldı, bu zaten daha öncede derslerde yoğunlaşılan bir şeydi. Birleşik Devletlerde olduğu gibi altı yıllık tıp öğrencileriyle birlikte klinik rotasyondur.

Biz uluslararası anlamda ve ayrıca Avrupa Birliği tarafından dünya genelinde tanınmak için çalışıyoruz. Üyesi olduğum hekim asistanlarının Avrupa'daki Derneği, Amerika'daki dernek benzeri standartlara sahipler. Avrupa bu konuda oldukça geniş çaplı, hatta belki de dünya çapında.

Sistem nasıl işliyor? Bizim öğrencilerimiz üç yıl eğitim alıyorlar. Programa kabul edilmelerinin şartlarından biri, onların öncelikle hemşire olmalarıdır. Bu yüzden onlar üç yıllık hemşirelik eğitimi alıyorlar. Bazıları ameliyathanede ya da yoğun bakımda uzman hemşirelerdir ve sonra onlar üç ay boyunca, altı kez klinik rotasyona gidiyorlar.

Her dönem; üniversitedeki üç aylık seminer derslerini ve üç aylık klinik rotasyonunu içermektedir. Birinci ve ikinci yıl ortak temel eğitime göre program hazırlanıyor ve üçüncü yıl özel alanlara, daha çok cerrahi alanlara ya da klasik tıbbi alanlara dağılıyorlar. Bu, birinci ve ikinci dönemden bir örnektir. Temel olarak tıp okullarında olduğu gibi, biz staj eğitimini ve temel bilimleri yoğunlaştırdık ayrıca anatomiye, fizyolojiye v.s. Bu, Birleşik Devletler standartlarıyla oldukça yakındır. Daha sonra, klinik tıpta ilerledik. Tüm bu alanlar dâhildir ve ayrıca klinik rotasyon sürecinde bilgilerini nasıl uygulayacaklarını da öğrendiler. Bu, üçüncü yıldaki ameliyatlar için bir takvim örneğidir. Bu yara operasyonlarının, plastik cerrahinin vs. tıbbi kurulu ile geliştirildi. Onların hepsi buraya bir veri girişinde bulundu. Özel anatomi ve ameliyat için gerekli aletleri çalıştılar. Klinik rotasyon çalışmalarını güvenilir kılmak için, klinik kayıt defterlerini kullanıyoruz. Danışman kişi, klinik rotasyon için öğrencinin gerekli becerileri edindiğini onaylamak zorundadır. Mesela burada karınla ilgili bir çalışma ama meslektaşlarımızın da vurguladığı, ayrıca önemli bir nokta bunun bilgi, beceri ve tutumlarla ilgili olmasıdır. Bu bir beyin, kafa ve kalp meselesidir. Başka bir bağlı olduğumuz nokta, nereye yerleştirdiğimizle ilgilidir. Amerika da büyük bir Travma Hastanesi mevcuttur. Orada da bir süre çalıştım. Burası, Irak ve Afganistandaki çatışmalarda ölenlerin Birleşik Devletlere nakledilmeden önce taşındığı yerdir. Burası, önemli travmalar içindir.

Biz anlaşmanın beyannamesini yeni bitirdik bu nedenle bizim klinik rotasyonlarımız Amerikan enstitülerinde gerçekleşebilir ki, onlar zaten hali hazırda Almanya'dakilerde bulunmaktadır. Bunun bizim eğitimimizi etkileyeceğini, besleyeceğini ve iyi hekim asistanları yetiştirmemize yardımcı olacağını düşünüyoruz.

Konuyu toparlarsak, sağlık hizmetleri personeline olan ihtiyaç, kesinlikle artmaktadır. Bizim yetiştirdiğimiz doktorların ve hemşirelerin çoğunluğunun kendi mesleklerinde kalmadığını belirttim. Biz azalan sayıda mezuna ve hastalarla ilgilenmek isteyen az sayıda insana sahibiz. Bu alanda büyümek v.s. için çözüm; devletimize, tıbbi kuruluşlara ve hemşire derneklerine sunulan önerilerdedir. Mesela, oluşturduğumuz hekim asistanları gibi. Biz bu modeli, Almanya'daki diğer bölgelere taşımaya başladık bile. Birbuçuk yılı klinik rotasyon sürecinde hastanede yardımcı geçen ve üç yıllık eğitim nedeniyle pazarlamak için oldukça az bir zaman. Maliyeti de oldukça az. Mesela, bir tıp öğrencisinin maliyetiyle biz, on hekim asistanı yetiştirebiliriz.

SAĞLIK EĞİTİMİNDE AB, ABD VE BM 2020 MİLENYUM PROJEKSİYONU

Op. Dr. Ayşe TURAN, turanayse@gmail.com

Uluslararası İlişkiler MA

Her alanda aşama kaydetmek isteyen insanoğlu, birinci ve ikinci dünya savaşlarını geçirmiş olmasından ders aldı. Avrupa kıtasında kurulan Avrupa Birliği'nin temel kuruluş felsefesi, insanların bir daha aynı acıları yaşamaması için, ekonomik alanda fırsat eşitliğine dayalı bir birlik kurmak oldu. Birleşmiş Milletler bu ortak amacı bütün dünya çapında, insan haklarına dayandırdı. ABD ise, en iyi uygulamayı en ucuza nasıl üretebilirim düşüncesi ile sürekli ölçümler yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinin 2000'li yıllarda hem ekonomik hem sosyal ağırlığı, ülkelerin gayrisafi milli gelirlerinin %15'ni sağlık hizmetlerine harcamaya başlamaları ile gündeme oturdu.

BM girişimi ile 100 ülkeden 1000 uzmanın, iki yıl çalışması sonucu, 8 Eylül 2000 yılında 189 ülke lideri tarafından imzalanan 2020 Milenyum deklarasyonunu yayınlandı. Bütün Dünya'da tarihi bir başlangıç yapmayı amaçlayan MİLENYUM (1000 yıl veya Milat demektir) yeni ve daha mükemmel bir başlangıcı ifade etmektedir.

İnsani değerler, barış, fakirlikle mücadele, çevre, insan hakları, dezavantajlı gruplar, Afrika ve BM'in güçlenmesi temel ilkeleri hedef ilan edildi. Sağlık hakkı, insan hakları altında ele alınarak her ülkenin kendi sağlık parametrelerini 2020 yılına kadar BM hedeflerine yaklaştırmaları istenmektedir. BM Dünya'da belirlediği değişiklikleri açıkladı.

BM'in raporundaki başlıca sağlık parametreleri şunlardır:

- Dünyanın birçok bölgesinde çocuk sayısı azaldı.
- Şehir nüfusları arttı.
- İnsan yaşamı uzadı.
- İnsan hareketleri arttı.
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların payı arttı.
- Depresyon ve kalp hastalığı, obezite, kanser, alkol kullanımı ve kazalar insan sağlığını tehdit etmektedir.
- HIV ve TB yayılımı kontrol altına alınıp, ters yöne çevrilmelidir.
- Antibiyotik direnci artması ile tedaviler gecikmektedir.
- Sağlık harcamaları yükseldi.
- Koruyucu hekimlik arttırılmalıdır.
- Kamuya ait sağlık kapasitesi güncellenmelidir.

BM'in 2020 önerileri:

- İstatistikler toplanmalıdır.
- Sağlık eğitiminde ihtiyaç analizleri yapılarak kalifiye sağlık elemanı yetiştirilmelidir.
- Sağlık hizmetleri ulaşılabilir olmalı, bölgeler arası dengesizlikler düzeltilmelidir.
- Sağlık hizmetleri kalitesi yeni teknolojilerin tanınması ile sürekli arttırılmalıdır.
- Sağlık yönetimi bütün sağlık çalışanlarına öğretilmelidir.
- Halk, sağlık dilinden anlamalıdır

0-5 yaş grubu çocuk ölümlerinin 2/3 oranında azaltılması Dünya çapında bir hedeftir. Anne ölümlerinin 3/4 oranında azaltılması bütün devletlere verilen bir ödevdir. Dezavantajlı grupların hizmetlere ulaşabilirliği garanti altına alınmalıdır. Halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması takip edilmelidir. Afrika Sahra altı kısımdan ve kriz bölgelerinden sağlık personeli alınması, istihdam edilmesinin önlenmesi- 2010 Aşemlesi'nde imzalanarak BM garantisi altına alındı. BM 2020 Milenyum sağlık alanındaki hedeflerini bu şekilde yayınlayarak bu hedefleri bütün ülkelerin tutturabilmesi için tedbirlerini almalarını ve 2020 yılında başarılarını BM'de gelip anlatmalarını istedi. Bu hedefleri uygulayabilecek sağlık personeli yetiştirilmesi ulusal politikalar içinde kapsamalıdır. Esasen, BM'in 2020 milenyum sağlık hedefleri insan haklarına dayandırılmaktadır.

2020 yılında AB'nin sağlık alanında ilan ettiği hedefler ise, hasta güvenliğine ve bakım kalitesine (patient safety – quality of care) dayandırılmaktadır. AB, 2020 yılında sağlık alanında 1,000,000 sağlık iş gücü açığı ile karşılaşacaktır. AB'de çalışan nüfusun %10'unu sağlıkta çalışmaktadır. Sağlık harcamalarını %70'i çalışanlara ödenmektedir. AB'nin acilen kaliteli, genç sağlık iş gücüne ihtiyacı vardır. Komşu olan Türkiye'deki genç ve işsiz nüfusun doğru planlama ve kaliteli sağlık eğitimi ile sağlıkta işbirliğini geliştirmesi gereklidir. AB 2020 yılında hastaların ve sağlık hizmetlerinin serbest dolaşımına geçmek zorunda kalacaktır. 2020 yılına 8 yıl kaldı. Sağlık gücünün AB'de serbest dolaşımında Türk sağlık gücü varlığı kalite kontrolü için faydalıdır. AB sağlık iş gücünde yeterlilik için bilgi, ustalık ve davranış (knowledge, skill, attitude) aramaktadır. AB sağlık hizmetleri seviyesine, hasta güvenliği temelinde ulaşabilmek için AB genel bütçesinden para ayrıldı. Kaliteli sağlık personeli yetiştirilmesi amacı ile kullanılacak bu bütçeye, Türkiye girmelidir. En büyük genç nüfus bu zaman diliminde Türkiye'dedir ve işsizliğe etkin bir çözüm sağlayacaktır. AB'de sağlık çalışanlarının serbest dolaşımı için sağlık diplomalarının karşılıklı tanınması ancak eğitim içeriğinin de benzer kalitede yapılması ile mümkündür. Hem BM hem de AB sağlık eğitiminde yabancı dil bilgisine büyük önem verilmektedir. Bugüne kadar AB üye ülkelerinde uygulanan sağlık eğitimlerinin eğitim sürelerini eşitlemeye çalışıldı. Bilimsel alanda meydana gelen ilerlemeler sebebi ile bilinmesi gerekenler sürekli artmaktadır. Son iki yılda öğrenilmesi gerekenler, müfredatlar karşılaştırılarak irdelenmektedir. Ortak alanlar oluşturulup her ülkedeki müfredat içerikleri yayınlanmaktadır. Devletler birbirlerinin eksikliklerini görüp hasta güvenliği temelinde bu eksikliklerin tamamlanmasını talep etmektedir. 2020 yılında Sağlık Hizmetlerinin serbest dolaşımı başladığında özel hastaneler üye devletlerde kurulup hizmet satabilecektir. Akreditasyon, 'Ülke içi ve AB düzeyinde' planlanmaktadır. Akreditasyon kurulları oluşturulmaktadır. Avrupa Birliği üye devletlerindeki bütün teknik elemanlar AB Komisyonunda çalışmaya davet edilirler. Bazı büyük meselelerde ortak çalışan uzman sayısı 250 000 kişiyi bulabilir. Akreditasyon halkasında bu uzmanların arasından seçilecek kurullara Türkiye'den de katılım sağlanmalıdır. Hasta güvenliği tanımı altında tartışılan bütün hukuk temelleri Türkiye hukuk sistemine uyarlanmalıdır.

Günümüze gelene kadar son 20 yılda AB'de otomatik tanınan sağlık meslekleri: Tıp doktorları, Hemşireler, Diş hekimleri, Ebeler ve Eczacılar oldu. AB'de üye devletlerde faaliyet gösteren diğer sağlık meslekleri de karşılıklı tanındı. İngiltere ve bazı üye ülkeler geçiş dönemi engelleri uyguladılar, bazı ülkeler yabancı sağlık personeli davet ettiler.

Yabancı tıp doktor oranının toplam doktor oranı %10'dan fazla olan AB ülkeleri şunlardır: Belçika, İrlanda, İngiltere, Norveç, İsveç, Avusturya, İspanya, Portekiz, İsviçre ve Slovenya'dır.

Yabancı hemşirenin toplam hemşireye oranı %10'dan fazla olan AB ülkeleri şunlardır: İtalya, İngiltere, Avusturya ve İrlanda'dır. Yabancı sağlık iş gücü çalıştırmak sadece AB ülkelerinde değil gelişmiş bütün ülkelerde yapılmaktadır. Dünyada yabancı doktor oranları arasından örnekler şunlardır: Yeni Zelanda %40, İngiltere %36, İrlanda %35 ve ABD %26'dır. Ayrıca İsviçre, Slovenya, Avustralya'da

%24, Kanada, Norveç, Avusturya'da %15-20, İspanya, Portekiz, Belçika'da %10-12 ve Polonya, Macaristan, Finlandiya, Fransa, Almanya, İtalya'da %5 dir. Yabancı Diş hekimlerinin toplam diş hekimlerine oranının %10'dan fazla olan AB ülkeleri şunlardır: Finlandiya %43.2, Avusturya %40.8, İngiltere %33.7, Belçika %19.3 ve Macaristan'da %9.7 dir.

Dünya'da yabancı sağlık gücü çalıştırmak stratejik bir mesele oldu. BM, bazı ülkelerin az sayıda olan sağlık gücünün çalınmasından endişe ederek, World Health Assembly 2010'da 'A Code of Practice for the International Recruitment of Health Personnel' i yayınladı ve üye devletlere imzalattı. Bu çalışmada üçüncü dünya ülkelerinden sağlık iş gücü alınması yasaklanmaktadır. 3.Dünya ülkeleri için ikili karşılıklı anlaşmalar ve ortak eğitim programları düzenlenecektir.

AB Konseyi kararı 2011 Belçika'da yayınlandı. AB'deki sağlık insan gücünün yetiştirilmesi için: 'Investing in Europe's Health Workforce of Tomorrow: Scope for Innovation and Collaboration' (İşbirliği içinde yarının Avrupa Sağlık Gücüne Yatırım Yapılması) yayınlandı. AB'nin bu amaçla kabul ettiği yol haritası, Sağlık Eğitiminde öncelikleri (Green Paper) şu konuları içermektedir: En iyi uygulamalar Merkezleri (Center of Excellence) kurup ortak kullanma, istatistik, planlama, hastanede eğitim, yeni teknolojilerin öğrenilmesi, yaşlanma sebebi ile erken ve geç dönem yaşlılarına ait yeni hastalık modelleri, yaşlıların çoğul süregelen hastalık durumlarına hakim olma, insan hareketlerinin artması ile hastalıkların yayılmasında alınacak önlemler ve tropik hastalıklardır.

AB'de sağlık iş gücü önerileri (Human resources for health in Europe) tartışıldı: Multidisipliner, transdisipliner, interdisipliner ve entegre çalışabilecek tıp uzmanlarına ihtiyaç vardır. Uzman Eğitimcilerin yetiştirilmesine ortak destek verilmeli ve bilim adamları paylaşılmalıdır. Ek sağlık insan gücü ihmal edilmemelidir. Klinik Çalışanları, Sosyal Hizmetler, Geleneksel Bakıcı/hizmetliler, tamamlayıcı ve alternatif hizmetler de yetiştirilmelidir. Tıp doktorları eğitimleri sırasında halk Sağlığı hizmetlerini ve sağlık yönetimini de öğrenmelidir. Sağlıktaki ilerlemeler sebebi ile ileri sağlık meslekleri (eczacı vs) gibi üst ihtisaslara önem verilmelidir. AB'deki demografik değişiklikler sebebi ile AB'de sağlık iş gücü riskleri arasında daha az sayıda genç, doktor olmak istiyor, İş gücü çeşitliliği yeterli değil, farklı sosyal ve etnik kaynaklı eleman yetiştirilmelidir. Sağlık çalışanlarının kazanılması için iş yükünün ağırlığı azaltılmalı, çalışma saatleri aşılmamalı, nöbet süreleri ve dinlenme AB çapında düzenlenmelidir. Halen bütün dünyada sağlık iş gücündeki kadın egemenliği dengelenmelidir. Yaşlanan sağlık iş gücü hem ABD hem AB'nin ortak sorunudur. Çalışma alanından emekli olarak ayrılan 55 yaş üstü çalışanların geri kazanılması için çözümler üretilmelidir. Uzman sağlık müfettişleri, epidemiyolojist, biyolojist, vb yeni sağlık meslekleri düzenlenmelidir. AB'ne veya üye ülkeler içinde uzmanların göç etmesini önlemek için 'circular training' sistemine geçilmelidir. İleri merkezlerde eğitime giden doktorlar kendi ülkelerinden çok uzun süre ayrı kalmamalı, zaman zaman eğitime gidip gelmelidir.

AB'de sağlık eğitimi ve istihdamı araştırmaları arasında Prometheus Projesi ve AB Komisyonu çalışmaları sürmektedir. Bologna Süreci'nde doktor, hemşire ve ebelerin minimum eğitim süreleri kabul edilmiştir. Üye devletlerin 2/5'inde bulunan uzmanlıklar otomatik kabul görür. AB'ne katılan yeni üyelerdeki sağlık iş gücü Romanya, Bulgaristan, Polonya gibi ülkelere kayma yaptı. Ancak kendi ülkelerinde maaşlarda %25 lik bir artış sağlandığında ülkelere geri döndüler. AB'de beklenen büyük sağlık iş gücü göçü gerçekleşmedi. Hatta Polonyalı doktorlardan batıda hemen kimse kalmadı. AB'de sağlık eğitimi önerileri: İhtiyaç araştırılmalı, eğitici yetiştirilmeli, kapasite artırılmalı, planlı yatırım yapılmalıdır. Sağlık çalışanının ustalık kazanması ölçülebilmelidir. Engelli vatandaşlar da diğer insanların aldığı hizmetlerden faydalanabilmelidir. CPD (Continuous Professional Development) Kaliteyi artırma ve güvenlik testleri uygulanmalıdır.

Emekliler, güncellenerek ve eğitilerek geri kazanılmalıdır. Yöneticilik eğitimi, bütün sağlık çalışanlarına verilmelidir. AB düzeyinde kotalar oluşturmalı, esneklik ile çalışan fazlası paylaşılmalıdır. Yabancı dil eğitimi, AB'nin ilkelerinden mobilite için şarttır. Gözlem birimi (Observatory EU), üye devletlerde karşılıklı eğitim/mobilite yöneticileri takip edecektir.

AB'de sağlık bilgilerini takip ağıları: Avrupa Referans Merkezleri Ağı, Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Ağı ve Elektronik dosyalama Ağı (e-health) ülkemizin en kısa zamanda uyum sağlaması gereken yapılarıdır. Sınır Aşan Sağlık Hizmetleri AB yönetmeliği (Cross Border Healthcare Directive) önümüzdeki iki yılda gelişecektir. Sağlık Yöneticilerinin AB düzeyinde bilgi paylaşımı artacaktır. İngiltere, Norveç ve Hollanda'nın resmi yabancı doktor alım stratejileri vardır. Bu anlayış AB düzeyine çıkacaktır. Eurostat AB'nin istatistik kurumudur. Sağlık çalışan sayıları ve dağılımları ile eğitimde olanların sayıları ve dağılımları, uzmanlık alanları, coğrafi dağılımları, yaşları, cinsiyetleri ve geldikleri bölgeler takip edilmektedir. AB sağlık insan gücünü yetiştirmek amacı ile AB düzeyinde fonlar oluşturmuştur. AB fonlarında sağlık eğitimine ayrılan kaynaklar şunlardır: Structural Funds- Sağlık iş gücü yetiştirmek için alt yapı fon kaynakları, ESF (European Social Fund)-yeni üyeler, ERDF (European Regional Development Fund) 5.2 milyar Euro-alt yapı geliştirme, çalışanların ustalıklarını artırma, iş ortamının iyileştirilmesi, konsültasyon ve danışmanlık almak için harcanacaktır.

İngiltere, AB ülkeleri arasında sağlık iş gücü dolaşımına en çok engel çıkaran üye devlettir. İngiltere'de çalışan doktorların 1/3 den fazlası yurt dışında eğitim almış yabancı doktorlardır. Internal Market Information System (IMI) sağlık iş gücünün özellikleri hakkında bilgi depolar. Ana kriterleri: Yabancı dil bilgisi, eğitim süresi ve uzmanın ehil olma durumu takip ediliyor. İngiltere eczacılara eczane açma izni vermiyor ve ek kriterler istiyor. Bu ek beklentiler AB ilkelerine aykırıdır. Şartlarda basitleştirme ve homojenizasyon için sağlık eğitim müfredatı içerikleri karşılaştırılmaya başlanmıştır. Bunun için ABD'deki sağlık eğitimi kriterlerinden danışmanlık alınmaktadır. AB'de sağlık eğitimi akreditasyon temelleri şu alanlara oturur: Tıbbi nitelik tanımları, tıbbi müfredatın karşılaştırılabilirliği, minimum eğitim şartları, şeffaflık ve hata-disiplin suçlarının karşılıklı haber verilmesidir. Son yıllarda kalite, 2011 Profesyonel Nitelikler Direktifi (AB)'ne dayandırılmaktadır. Üçüncü ülkelerden alınan diplomanın AB'de geçerliği için üye devletlerde 3 yıl tecrübe aranmaktadır.

ABD'de bilimsel çalışmaların denetimi, 1863'de NAS National Academy of Sciences (Ulusal Bilim Akademisi) nin kurulması ile başladı. 1904'de AMA American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) kuruldu. CME The Council of Medical Education son dönemde sağlık eğitimi takip eden kurumdur. Dünyada en kapsamlı sağlık eğitimi kalite kontrolleri ABD'de yapılmaktadır. ABD'de sağlık eğitiminin incelenmesi tarihi gelişimi Amerikan Başkanı'nın talebi ile ve 1908 -1910 Carnegie Vakfı'nın parasal desteğinde, Dr. Abraham FLEXNER'i görevlendirmesi ile başladı. Flexner, bütün tıp fakültelerini tek tek inceleyip çok kısa zamanda yarıdan fazlasının kalitesini yeterli bulmayıp kapanmaları için rapor yazdı ve Amerikan yönetimi yetersiz olan tıp fakültelerini kapattı. Bu dönemde John Hopkins Hastanesi'nin verdiği eğitim esas alındı. 1970'de kurulan, IOM (Institute of Medicine), Tıp Enstitüsü olarak eğitimi takip etmeye başladı. 1992'de EBP Evidence Based Practice, kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesi ABD'de başladı.

ABD 2020 Sağlık Eğitimi Projeksiyonu, 2012'nin Ekim ayında İOM tarafından yayınlanacaktır. 2008-2010 AAMC American Ass.of Medical Colleges (Tıp Okulları Birliği) sağlık eğitiminde ihtiyaçlarını yayınladılar: Nüfus artışına oranla tıp doktoru sayısının anlamlı artmadığı ve ülke dağılımına uygun insan gücü planlaması yapılmasının gereği anlatıldı. ABD'de nüfus yaşıyor ve doktorların %26 sı da 60 yaş üstüdür. Doktor kullanım sıklığı artıyor ve yeni Obama sağlık reformu ile daha da artacaktır. Federal hükümet tarafından sağlık eğitimi bütün ABD sathında bir ölçüde para yardımı ile düzenlenmektedir. Tıp Okullarına ve sayılarına kotalar uygulanmaktadır. Bazı branşların gelişmesi

veya gerilemesi bu federal katkı ile kontrol edilmektedir.

2011 Aralık ayında, ABD Kongresi'nde sağlık eğitimi çalışması yapıldı. Tıp Enstitüsü'ne 2012 yılında ibraz edilmek üzere araştırma yapması görevi verildi. Tıp Enstitüsü'nde çalışan saygın bilim adamları 2000 gönüllü uzmandan oluşur. Genellikle şeref için kendilerine verilen ödevleri inceler ve rapor sunarlar. Bunların arasında 300 Nobel ödüllü bilim adamı vardır. Ülkenin en iyilerini temsil ederler. IOM-Tıp Enstitüsü organizasyonu altında ABD'deki sağlık eğitimi konusunda kapsamlı bir raporu (Policy Guidelines 2000-2020) hazırlayıp, 2012 Ekim ayında Amerikan Kongresi'ne sunacaklar. Böylece, ABD Sağlık Eğitimi'nin nasıl düzenleneceği ortaya çıkacaktır.

2012 yılında Obama, Çocuk Hastalıkları üst ihtisaslarına verilen Federal yardımı kısınca, Tıp Fakülteleri Birliği Yüksek Yargıya müracaat etti. Yardım geri kazanıldı. Bu zorlama ile ülkedeki sağlık eğitimi kalite tartışması Kongre'ye taşındı.

ABD, sağlık eğitimini, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracak, maliyeti azaltacak bir araç olarak görmektedir. Amerika'daki sigorta ödemelerini yapan MedPAC (Medicare Payment Advisory Commission) Doktor İşvereni özelliği ile yetiştirilmesini istediği doktor tipini ayrıca vurgulamaktadır. Ülke çapında sağlık gücünün dengesiz dağılımı, düşük kalite (GME Tıp Eğitimi), yatırım kotaları, nitelik ölçümleri, entegre tedaviyi multidisipliner yürütme, bilgi teknolojilerini kullanmayı öğrenme ve sağlık hizmet sistemi değişiklikleri yapılması istenmektedir.

2011'de The Josiah Macy Foundation doktor nitelik araştırması yaptı. Sağlık iş gücü sayısı, nüfus demografisi, yaşam tarzı değişiklikleri tıp eğitimine yansıtılmalıdır sonucuna ulaştı. Collaboration-ortak paylaşım, Communication-haberleşme, Transition in care-tedavi safha geçişleri, üst ihtisas dalları artırılması ve ustalık ölçümüne dikkat çekildi.

Amerikan Kongresi Demokrat ve Cumhuriyetçi Parti ortak önerisi: Amerikan tıp eğitimi politikasının yeniden yapılandırılması için temel verilerin elde edilmesidir. Bütün tıp öğrencilerinin %59.8'i devlet tıp fakültelerinde okumaktadır. Yeni sağlık reformu ile tıbbi hizmet alımı artacaktır. Amerikan bütçesinde kara delik oluşturan sağlık harcamalarında tasarruf sağlık eğitiminde yeni müfredat ile etkin, kaliteli hizmeti ucuza üretmek şeklinde planlanmaktadır.

Amerikan Akreditasyon sistemi hızla bütün Amerika'yı kapsamaktadır. Her eyalette en az bir tıp okulu akredite edilmiştir. Geri ödemelere dahil edilen ve edilmeyen sağlık harcamaları tıp öğrencilerine öğretilmektedir. İlham edilmiş gruplara özel önem verilmektedir. Her eyaletin nüfusuna oranla okul sayısı saptanmakta, yeni okul açmak için izin verilmekte ve devlet desteği gönderilmektedir. Yeni okulun alabileceği öğrenci sayısı ve değişik etnik kökenlere verilen sayılar burs ve kontenjanlarla düzenlenmektedir.

Amerikan Sağlık Tıp Fakülteleri Birliği (AAMC), 2010 tıp doktorları profilinde şunları saptamıştır: 258.7 aktif doktor/ 100 000 nüfusa çalışmaktadır. Ortalama 90.5 aile hekimi / 100 000 nüfusa çalışmaktadır. 31.4 tıp öğrencisi sayısı / 100 000 nüfus başına eğitim almaktadır. Son 10 yılda tıp öğrenci sayısı %13.9 arttı. Bütün doktorların %30.4'ü kadın doktordur. Çalışan doktorların %24'ü yabancı doktordur.

Amerika'da bazı eyaletlerde sağlık çalışanları çok yoğun, bazı eyaletlerde ise çok seyrektir. Tıp Fakültesi yerleşimlerine karar verirken göz önünde tutulan fakülte mezunlarının genellikle mezun oldukları yerde kalma yaklaşımlarıdır. Tıp fakültesi mezunlarının %38.6'sı aynı eyalette uzmanlığa giriyor. Mezuniyet sonrası %47.8'i yerel kalıyor. Eğitim ve ihtisasını aynı eyalette yapanların %66.6'sı aynı eyalette yerleşiyor.

2020 ABD'de tıp doktoru projeksiyonunda, 2020 yılında ABD'de 972 000 tıp doktoru olacaktır. An-

cak, ihtiyaç 1 075 000 ve aradaki doktor açığı 100 000 kadardır. Bu sebeple tıp doktorlarının üretkenliğinin artırılması ve yardımcı personel üretilmesine (NPC (Nonphysician Clinicians), teknoloji kullanımı artırılmasına ve monitorizasyona ihtiyaç vardır.

BM, AB ve ABD'nin 2020 sağlık eğitim projeksiyonlarının ortak noktaları şunlardır:

Yaşlanan nüfus ve farklılaşan yaşam şartlarına bağlı yeni hastalık modelleri ortaya çıkmaktadır. Yeni teknolojilerin öğrenilmesi ve entegre çalışma ile sağlık hizmetlerinin daha ulaşılabilir olacaktır. Sağlık yöneticiliği tıp eğitiminde müfredatlara dahil edilmelidir. Dezavantajlı grupların ihtiyaçları ihmal edilmemelidir. Entegre tıp yaklaşımı kullanılmalıdır. Yabancı dil bilgisi sağlık çalışanları açısından önemli bir şarttır. AB'de sağlık hizmetlerinin serbest dolaşımında yabancı dil bilgisi resmi şarttır.

Değişen dünya şartları, bütün dünyada sağlık alanında ortak sorunlara, benzer çözümler getirmektedir. Dünyada sağlık iş gücü açığı vardır. Nüfus, ortalama yaşam süresi uzadığı için artmıştır ve yaşlanmıştır. Yaşlanma ile birlikte yaşa bağlı hastalıklar artmıştır. Sağlık hizmetleri daha çok pahalıdır. Sağlık iş gücünün daha bilgili ve talebe uygun yetiştirilmesi esastır. Sınırlı sayıdaki sağlık çalışanlarının ortak ve etkin kullanımı hedeflenmektedir. Üst ihtisaslaşma teşvik edilmekte, disiplinler arası iş birliği için eğitim önerilmektedir. Telemedicine, e-dosyalama, sağlık kartı gibi teknolojilerin kullanılması istenmektedir. Doktorlara yardımcı kalifiye sağlık personelinin yetiştirilmesi planlanmaktadır. Dezavantajlı grupların ihmal edilmemesi için uyanıklık istenmektedir. Tıp eğitimi sağlık hizmetlerinin maliyetinin azaltılmasında bir araç olarak görülmektedir. BM gelişmiş ülkelere çağrıda bulunarak geri kalmış ülke vatandaşlarından sağlık alanında yetiştirilmek ve tekrar ülkelerine gönderilmek üzere dairesel göç adı altında (circular migration) destek eğitim programı uygulamalarını istedi.

Türkiye genç nüfusu, AB'ne komşu coğrafyası ve tıp alanındaki bilgi birikimi ile sağlık eğitimini akredite ederek, sağlık alanında uluslararası görev almaya ve ulusal sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaya namzettir.

Kaynaklar:

- 1-Eurohealth Observer, Vol 17/ No.4/ 2011-4.
- 2-http://ec.europa.eu7internal_market/qualifications/docs7news/20110706-evaluation-directive-200536ec_en.pdf.
- 3-The Gren Paper :Modernizing the Professional Qualifications Directive (COM (2011) 367 final) Brussels, 22 June 2011.
- 4- Health Professional Mobility and Health Systems, Evidence from 17 European Countries, Edited by M. Wismar, European Observatory Studies Series No: 23.
- 5- Institute of Medicine, USA. Website.
- 6-18.02.2012 de yayınlanan: Health for Europe's Future: Health 2020 Report.Z.Jakab WHO Regional Director.

4. OTURUM SORU-CEVAP

Prof. Dr. Faruk AYDIN- Karadeniz Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı: Konuşmacıların her birine tek tek teşekkür ediyorum. Aklın yolu bir. Amerika modeli tabii ki çok güzel bir model. Hepimiz biliyoruz ama Türkiye'de henüz uygulayabilir miyiz bilemiyorum. Türkiye'de UDEK'in burada olmasını beklerdim. UDEK de burada olsaydı da onlar da bir şey söyleseydi. Türkiye'deki sorunu ben şöyle görüyorum. Standardizasyon yok. Eğitim hastaneleri uzman yetiştiriyor, hiçbir standart yok. Üniversiteler daha iyi durumdadır. Bunu, mutlaka bunu dile getirmemiz gerekiyor ve burada çözümümüz gerekiyor. Eğer sağlık eğitimini tartışıyorsak uzmanlık eğitimi. Türkiye'de uzman eğitimi ne kadardır, ne kadar değildir? Dün rakamlar söylendi. Gerçekten uzman ihtiyacımız düşük. Üniversiteler bunu yeterli sayıda yetiştirebilir. Yani söylemek istediğim standardizasyon konusunda UDEK burada olsaydı ve nasıl uzman istiyoruz, nasıl hekim istiyoruz? Bir de yurt dışından gelen, yani bunu saptamak mümkün, Türkiye'de bu çalışmalar yapıldı. Kurumlar arasındaki iletişimi bir şekilde arttırmak zorundayız, bunu sağlamak zorundayız diyorum. Bunu sağlayalım. Yani buraya ne düşünüyor bakanlığa ne düşünüyor, YÖK'e ne düşünüyor yapsın ve bu iletişimi UYEMS örneğinde olduğum gibi sağlasın. İkinci olarak da Hindistan'dan bize hekim gelme şansı yok. Çünkü Hindistan nüfusu bir milyar. Hekim başı bin kişiye düşen hekim sayısı bir. Orda da Amerika'ya gidişin nedeni daha iyi yaşam standardı yakalamak adınadır. Yoksa hekim fazlalığı nedeniyle gitmiyorlar. O yüzden, yani hani oradan hekim gelmesi falan filan ama önerilerinizi çok doğru buldum. Türkiye'de hekimlik yapabilmek için o aşamalardan mutlaka geçilmesi gerekiyor. Bulgaristan da dahil teşekkür ediyorum.

Dr. Öner GÜNER- S.B. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürü (Oturma Başkanı) Teşekkür ediyorum. Buyurun. Soru olursa soru. Katkıları da kısa tutmamızı istirham edeceğim çünkü vakit çok ilerledi.

Uzm. Dr. Engin UÇAR- Tıpta Uzmanlık Kurulu Sekreteryası: Bütün konuşmacılara teşekkür ediyorum. Benim sorum Servet Tatlı hocamıza. Amerika Birleşik Devletleri'nde uzmanlık eğitimi kurumlarındaki asistanların maaşları ve kontenjanlarının açıklaması ile ilgili bir iki cümle söylemesini istiyorum. Maaşları nasıl veriliyor, kim veriyor, hangi kaynaktan veriyor? Diğer kontenjanlar belirlenirken ülkenin ihtiyacı ile ilgili bir analiz yapıp kurumlara bir kontenjan dağıtılması söz konusu mu yoksa pek çok alandaki o liberallik orada da var ve kurumların kendi eğitim kapasiteleri ile mi paralel olarak belirleniyor? Bir de arada bir paradigma farkı var asistanlıkla ilgili. Ülkemizde daha çok hizmete yönelik bir istihdam aracı olarak görülüyor asistan. Siz de bunun yanlış olduğunu belirttiniz. Amerika'da ise öncelikle öğrenci dediniz. Öncelikle öğrenci pozisyonundaki bir asistanın eğitim kurumuna istihdam edilmesinde kurumun motivasyonu nedir? Nereden kaynaklanıyor? Eğitim kurumu neden asistan almak istiyor? Teşekkürler.

Doç. Dr. Servet TATLI- Harvard Medical School: Sağolun doktor Engin Bey. Şimdi işin birkaç yönü var. Asistanlık sayılarının belirlenmesi ile ilgili önemli bir soru. Öncelikle asistanlık maaşları ülkenin genel sağlık ihtiyaçlarını giderecek eleman yetiştirmesi açısından devletin federal devletten, medicare'den geliyor asistanlığın ödemeleri. Ana olarak oradan geliyor. Böyle olunca asistanlık, genel asistanlık sayılarında devletin federal devletin bir tercihi var. İhtiyaçlara göre bir tercihi var. O kurumun imkanları ile orantılı olarak, fakülte sayıları değişik hastalıkları görme imkanları, yatak sayıları. Bununla orantılı olarak ACGM'in verdiği bir oran var. Siz şu kadar asistan alabilirsiniz, bu kadar asistan alabilirsiniz diye belli bir sayıda oran var, yani imkanlarla bu paralel bir şekilde değişiyor. İkinci sorunuza gelince şimdi asistanlar ne kadar olsa ağırlıklı olarak öğrenci gibi görünse de bizim anladığımız manada sadece öğrenci gibi değil. Günlük işlerin işleyişinde uzmanların çok ciddi

bir şekilde yardımcısıdır. Bir dereceye kadar, yani onların işlerini tamamen görüyor değil ama bir dereceye kadar onların elinin altında pratik olarak yardımcısıdır. Yine de ucuz işgücü sayılabilirler yani. Ama bizim anladığımız Türkiye'deki anladığımız kadar ileri bir seviyede değil tabii ki bu. Bu yüzden dolayı insanlar özellikle eğitim kurumları asistan, mümkün olduğu kadar asistan almak durumundalar. Çalıştırmak durumundalar ve o hususla ilgililer.

Dr. Öner GÜNER- S.B. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürü (Oturum Başkanı): Teşekkür ediyoruz hocam. Hocam önce siz buyurun.

Bir katılımcı: Konuşmacılardan şöyle bir intiba edindim. Biz nasıl Hindistan'a, Sovyetler Birliği'nden ayrılan Türki Cumhuriyetlerden doktor getirmek için hesaplar yapıyorsak, Amerika Birleşik Devletleri ve Almanya da o oluşan sağlık personeli açığı için de Türkiye iyi bir yetiştirme kaynağı olabilir. Yarın bir gün Avrupa Birliği bir gecede bir cümlelik de değişiklik yapabilir. Mesleklerin dolaşımı ile ilgili bir karar alabilir ve tüm sağlık personelimizin belli bir yüzdesini bir gecede kaybedebilirsiniz. Çünkü Türkiye'nin yetiştirmiş insan gücü çok kıymetli. Çok genç, iyi eğitilmiş ve önemli bir kısmı da çabuk adapte oluyor, dil öğreniyor. Bunu yurt dışında yaşayan Türklere biliyoruz. Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunduğumuz dönemde birçok üniversitenin derneklerini orada gördük. ODTÜ Mezunları Derneği vardı. Avrupa'da böyle dernekler var. Bu tehlike Türkiye için de var. Ama bu konu hiç burada dile gelmedi. Sadece mesleklerin dolaşımı tek cümle ile rahatlatırsa biz elimizdeki yetiştirmiş insan gücünün önemli bir kısmını birkaç ayda kaybedebiliriz.

Dr. Öner GÜNER- S.B. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürü (Oturum Başkanı): Bu uyarınız için teşekkür ediyoruz hocam.

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN- Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi: Mezuniyet öncesi eğitim komisyonu başkanım. Çok kısa teşekkürle başlamak istiyorum. Safa hoca başta olmak üzere bu birlikteliği gerçekleştirdikleri için. Üniversite ve Sağlık Bakanlığımızın eğitimcilerini bir araya getirdikleri için ve yabancı konuklarımızla da bizi tanıştırdıkları için. Özellikle Servet arkadaşımıza teşekkür ediyoruz. Amerika Birleşik Devleti uygulamasını sundular. Benim dünkü oturumuma da bir atıfta bulunmak istiyorum. Sayın Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dekanı demişlerdi ki "Biz yalnızca uzman öğrenci yetiştirmiyoruz. Akademisyen de yetiştiriyoruz. Ama özel sektör bu akademisyenlerimizi alıyor. Sanki biz onlar için akademisyen yetiştirme durumundayız ve bu bizi çok üzüyor." Siz de buyurdunuz ki, her üniversitenin akademisyenlikte yükseltme kriterleri farklıdır. A üniversitesindeki bir profesör B'ye gittiğinde artık profesör değildir. O zaman herhalde tartışmamız gereken konu akademik kariyerin de kuruma özgü oluşudur. Bunun başka bir amaçla kullanılmaması gerekir. Doçent de zaten eğitici demektir. Profesör daha genel anlamda üst düzey bilgi veren bir kelime ifade etmektedir. Eğitim dışında akademik unvanların kullanılmaması prensibi ve kararları herhalde çok yararlı olacaktır. Ülkemizde sağlık bilimleri konseyinin gerçekleştirdiği bir çep var, çekirdek eğitim müfredat ve buna bağlı olarak da ulusal tıp eğitim akreditasyonu da ülke genelindeki tıp fakülteleri akredite olmaya çalışmaktadırlar. Bu sizin de belirttiğiniz gibi ilk iki dönemdeki ön lisans dönem 4'ün sonundaki lisans dönemi gibi aşamalarda ülkedeki genel standardı korumak için bir öneri getirilmişti. Merkezi tıp eğitim sınavı. Bu ilk önce prestij için kullanılacaktı. Ama daha sonra tıpta uzmanlık sınavında da belirli bir katkı sağlayacaktı. Demin işte siz de buyurdunuz bitiren her kişi Sağlık Bakanlığı tarafından istihdam edilecek diye bir kaide yok. Nasıl ki Dışişleri Bakanlığı'na giren diplomat adaylarımız sınavdan geçiyorlar, bunun gibi Metes 3 de pratisyenlik hekimliği kazanabilir bir nitelik taşıyacaktı. Bunun için hem TUS'daki defektlerin kapatılmasına hem tüm eğitim sisteminin ülke genelinde mezuniyet öncesinin standarda oturtulmasında, bu tip sınavların da katkıda bulunması, bunun için de standart komitelerinin çalışması ve muhakkak ki derneklerin etkin olması önem kazanacaktır. Tekrar teşekkürler.

Dr. Öner GÜNER- S.B. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürü (Oturum Başkanı): Biz teşekkür ediyoruz hocam, yalnız Sağlık Bakanlığı her tıp fakültesi mezununu almasın da şu anda zaten ihtiyacı karşılayacak kadar tıp fakültesi mezunu bulamıyor. Yani bu hani dün de tartışıldı. Hakikaten buna çözüm bulmadığımız sürece, tıp mezunlarının kalitesini tartışmak çok anlamlı görünmüyor.

Prof. Dr. Tahir YAĞDI: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı: Doktor Ayşe hanımın slaytında daha önce bahsedildi dediniz. Bir slaytta bahsettiniz. Kısa bir soru soracağım. Bologna süreci, Bologna kriterleri de vardı o slaytta. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde diğer yurt dışından gelen doktor ve doktor Marcus da buna cevap verebilirler. Bologna süreci ya da kriterleri ne oldu? Yani bununla ilgili ben bu toplantıda bir konu bir chapter, bir başlık görmedim. Bundan vaz mı geçiliyor, yoksa nedir son durumunuz? Bu konuda bir bilgisi olan bir yorumu olan var mı? Teşekkür ederim.

Dr. Öner GÜNER- S.B. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürü (Oturum Başkanı): Son soru, buyurun hocam

Bir katılımcı: Ben Servet Bey'e soru yöneltmek istiyorum. Ülkemizde olduğu gibi birçok ülkede de var. Kuramsal derslerin öğrenilmesinde geleneksel amfi derslerinin yeri hala eskisi gibi ağırlıklı mı olmalı? Bunları öğrenci hangi yöntemlerle öğrensin ki usta çırak ilişkisinde birebir uygulamalara daha zaman ayıralım? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Doç. Dr. Servet TATLI- Harward Medical School: Hocam böyle bir soru için teşekkür ederim. Hakikaten önemli bir soru. Ben Türkiye'nin değişik tıp fakültelerinden gelen öğrencilerle karşılaştığımda soruyorum "Tıp eğitimi nasıl? Hala 500 kişilik amfilerle böyle ağır bir atmosferde not tutturuluyor mu?" Ben bu not tutturulması olayına çok karşıyım. Dün aslında sayın bakanımız da ifade ettiler. Yani iletişim araçlarının bu kadar geliştiği bir dönemde bizim en ileri fakültelerimizde hala amfilere girip de not tutturulma olayı, not yazdırılma olayını doğru bulmuyorum. Yani bütün iletişim araçları aktif bir şekilde, e-mailde, internette elektronik olarak da kullanılarak teorik bazı dersler büyük amfilerde verilebilir ama bunların öğrenilip öğrenilmediği mutlaka küçük gruplarda, birebir iletişimle kontrol edilmeli. Size bir şey söyleyeyim mi? Ben Amerika'ya gelen bizim öğrencilerimizde en çok eksik duyduğum bir şey kendine özgüven. Soru sorma cesareti ve kabiliyeti. Günaydın derken dahi birçok arkadaşımız böyle sesini kısarak söylüyor. Yani önemli olarak arkadaşlara ben oraya gelenlere diyorum ki, bulunduğunuz bir ortamda Amerika bakış açısında orada bulunmanın hakkı ya bir soru sormaktır, ya bir yorum yapmaktır. Hani büyük gruplarda bu mümkün olmayabilir ama küçük gruplarda, Amerikan eğitim sisteminde bu insanlar zorlanıyor. Yazılı testlerde ve sınavlarda ne kadar iyi yaparsanız yapın, sizin bir katkıda bulunmanız için bir beyin fırtınası geçirmeniz, düşünmeniz, bir şeyler ifade etmeniz isteniyor. Bu eğitimin bir parçası. Umarım buna cevap verebildim. Bir de biraz önceki soruyla ilgili veya yorumla ilgili ben de bir yorum katkısında bulunmak istiyorum. Sayın Salih hocam da ifade etti. Bizim yeterli doktorumuz yok. Elemeden, sınavdan geçirmek için dün bir fırsat bulup sayın bakanımıza da ifade ettim. Sınav sadece insanları elemek için yapılmaz. Sınav bir şey öğretmek için de yapılabilir. Öyle de olabilir yani. Ama en azından sınavlar belli bilgiyi standardize etmek için kullanılabilir. Sağlık Bakanlığı bir işverendir. Her tıp fakültesinden mezun olan Hacettepe'den de mezun olanı başka yerden de mezun olanı aynı kategoride koyup almak zorunda değil. En azından onları saha çalışmasını bilme açısından. Hani en sıkıntı çektiğimiz mevzu ben de mezun oldum. Mecburi hizmete gittiğimde ne yapacağım? Nasıl tedavi edeceğim? Şu üst solunum yolları enfeksiyonuna ne antibiyotik yazacağım endişesindeydim. Yani en azından bunları bana öğretecek bir kitapçık, bir kurs, bir sınav olmuş olsa yani işe atayacağımız insanları, atadığımız işlere karşı bir yönüyle hazırlamış oluruz. Bırakalım hepsi geçsinler. Veya çok çok çok azını bırakalım sınıfta. Benim söyleyeceklerim bu kadar.

Dr. Öner GÜNER- S.B. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürü (Oturma Başkanı): Çok teşekkür ediyorum. Ayşe Turan hanımefendi bir cümle ile bir katkıda bulunmak ister.

Uzm. Dr. Ayşe TURAN- Ankara Numune EAH: Efendim demin değerli hocam Avrupa Birliği'ne bir gecede çok sayıda Türk sağlık gücünün gidebileceğini söyledi. Avrupa Birliği komisyonu raporundan aynen aktarıyorum. AB'ye doğu Avrupa ülkeleri girdikten sonra Fransa ve Batı Avrupa ülkelerinde bir Romanya ve Bulgaristan'a karşı maaşların 6/10 kat fazla olmasına rağmen ilk başlangıçta Polonya, Bulgaristan, Romanya gibi ülkelere bazı sağlık çalışanları batıya eğitime çalışmaya gittiler. Fakat ülkeler kendi sağlık çalışanlarının çalışma şartlarını biraz düzeltip, ücretlerinde yalnızca yüzde 25'lik bir artış oluşturduktan sonra bu gidenlerin hepsi ülkelere geri döndüler. Hatta Polonyalılardan batıda hemen hemen herkes dönmüş. Bunu özellikle belirtmek istedim. Şu anda Almanya'da 1200 tane Türk doktor çalışmakta ve bu doktor arkadaşlarımız Almanya'da doğmuş büyümüş yaşamayan arkadaşlarımızdan da Türkiye'ye gelmek için çok sayıda müracaatlar var. Amerika Birleşik Devletleri'nde de 1000 tane Tıp doktorumuz çalışmakta. Türk Tıp doktoru. Bu bakış açısından da onlardan da Türkiye'de gelip çalışmak isteyen çok insanımız var. İnsanlar genellikle demin Amerika'daki yerleşim tıp fakültelerinin mezunlarının mezun oldukları yerde kalma eğilimlerini vermiştim. İnsanlar genellikle yaşamaya alışkın oldukları ülkeleri mesleklerinin icraatında da tercih ediyorlar. Belli insani kriterleri gerçekleştirsek ki, Türkiye'ye yakın tabii ki bu insani kriterleri gerçekleştirmektir.

Dr. Öner GÜNER- S.B. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürü (Oturma Başkanı): Çok teşekkür ediyorum.



5. OTURUM

YABANCILARIN TÜRKİYE'DE SAĞLIK EĞİTİMİ

YABANCILARIN TÜRKİYE’DE SAĞLIK EĞİTİMİ VAKIF ÜNİVERSİTE DENEYİMİ VE BAKIŞ AÇISI

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN, saydin@medipol.edu.tr

Medipol Üniversitesi Rektörü

Yabancıların Türkiye’de eğitimleri deyince, başlıca meslek içi eğitim, ön lisans eğitimi, lisansüstü eğitim, tıp ve diş hekimliği uzmanlık eğitiminden söz edebiliriz. Ne var ki, Vakıf üniversitelerinden yabancıların eğitimine talip olanların henüz yani olmalarından dolayı bu eğitimlerden şimdilik lisans eğitimi dikkat çekmektedir.

Resmi olarak yayınlanmış veriler, 2011 yılına ait ÖSYM verileri olduğu için bu sunumda 2011 yılı verileri esas alınmıştır. Bu verilere göre Türk yükseköğretiminde lisans eğitimi için kayıt yaptıran 429.565 öğrenciden sadece 7.039’u yabancı uyruklu öğrencidir. Yani 2011 yılında kayıt yaptıran öğrencilerin sadece % 1,6’sını yabancı öğrenciler oluşturmaktadır. Toplamda mevcut öğrenciler içinde ise bu oran % 1,0’dır. Tablo 1 de de görüleceği üzere henüz ülkemizde yabancı öğrenci sayısı olması gerekenin çok altındadır.

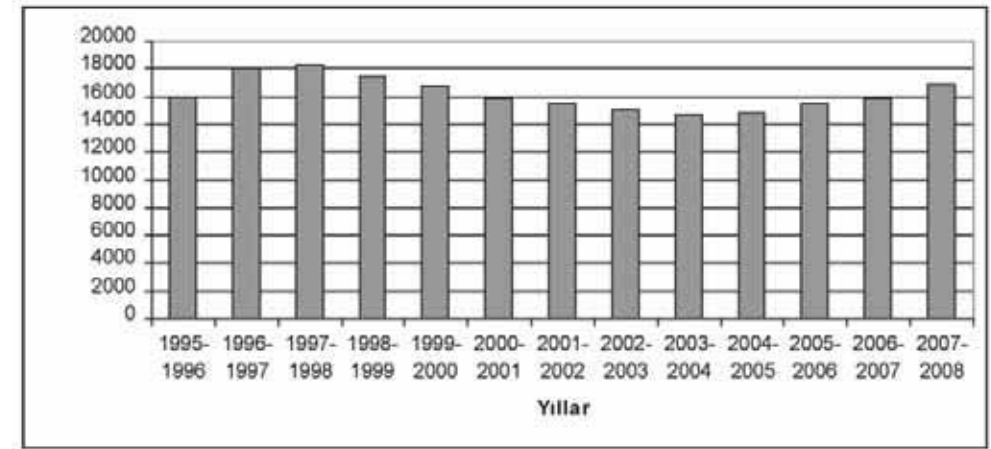
Tablo 1: Yükseköğretimde Yabancı Öğrenciler

	2010 – 2011 ÖĞRETİM YILI					
	YENİ KAYIT			TOPLAM ÖĞRENCİ		
	T	K	E	T	K	E
Y. Öğrenci	7.039	2.410	4.629	25.545	9.076	16.469
Ön lisans	328.891	143.017	185.874	1.078.849	482.974	595.515
Lisans	429.565	216.094	213.471	2.521.095	1.152.136	1.368.959
YÖ/lisans	% 1,6	% 1,1	% 2,2	% 1,0	% 0,8	% 1,2
Toplam	758.456	359.111	399.345	3.599.584	1.635.110	1.964.474
YÖ/Toplam	% 0,9	% 0,7	% 1,6	% 0,7	% 0,5	% 0,8

Kaynak: ÖSYM, 2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri

Doksanlı yıllardan beri bu yabancı öğrenci sayılarına baktığımızda neredeyse ciddi bir değişikliğin olmadığı ve sayılarının sabit seyrettiği görülmektedir (Tablo 2). Sınırlı sayıdaki yabancı öğrencimizin ülkelerine göre dağılımı Tablo 3 de verilmiştir. Bu öğrencilerin de, daha çok bölge ülkelerinden ve özellikle Türkçe konuşan ülkelerden geldiği görülmektedir.

Tablo 2: Yabancı Uyruklu Öğrenci Sayısının Yıllara Göre Değişimi



Kaynak: ÖSYM yıllık istatistiklerinden derlenmiştir.

Tablo 3: 2010-2011 Öğretim Yılı- ilk 10 ülke

	Ülke	Yeni kayıt	Toplam öğrenci	Mezun (2010)
1	Azerbaycan	1.127	3.540	249
2	KKTC	334	3.503	326
3	Türkmenistan	1.113	2.929	128
4	Bulgaristan	302	1.231	136
5	Iran	420	1.305	76
6	Almanya	405	1.143	43
7	Yunanistan	289	1.089	86
8	Moğolistan	189	956	86
9	Afganistan	147	812	44
10	Kazakistan	183	727	67

Kaynak: ÖSYM, 2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri

Bu karamsar tablodan sonra, umut verici bir hususa dikkat çekmek isterim. Son 20 yıllık seyri sabit gibi görünen yabancı öğrenci oranı son yıllarda artmaya başlamıştır. Mesela Trakya Üniversitesi 2011 yılında mezun verdiği öğrenci sayısının 10 katını, İstanbul Teknik Üniversitesi 5 katını, İstanbul Üniversitesi de 3 katını yeni kayıtlı öğrenci kitlesine katmıştır. Kısacası son yıllarda yabancı öğrencilerde artan bir ilgi mevcuttur. Bu yıl en fazla yabancı öğrenci kaydı yapan ilk 10 üniversite aşağıdaki tabloda (Tablo 4) görülmektedir.

Tablo 4: 2010-2011 öğretim yılı yabancı öğrencide ilk 10 üniversite

	Üniversite	Yeni kayıt	Toplam öğrenci	Mezun (2010)	Artış
1	İstanbul Üniversitesi	689	2.611	213	X 3
2	Trakya Üniversitesi	335	605	33	X 10
3	Ankara Üniversitesi	331	1.350	110	X 3
4	ODTÜ	314	1487	126	X 2,5
5	Anadolu Üniversitesi	306	3.311	260	X 1,2
6	Ondokuz Mayıs Ü	302	569	121	X 2,5
7	Marmara Üniversitesi	289	1.334	147	X 2
8	Hacettepe Üniversitesi	215	859	117	X 2
9	İTÜ	206	756	44	X 5
10	Uludağ Üniversitesi	199	886	90	X 3

Kaynak: ÖSYM, 2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri

Sağlık alanında yabancılara verilen lisans eğitime baktığımızda farklı bir tablo ile karşılaşmıyoruz. Tablo 5 incelendiğinde Türkiye’de yükseköğretimdeki 2.521.095 lisans öğrencisi içinde sağlık alanında eğitim gören öğrenci oranının % 3,9 olduğu görülmektedir.

25.545 yabancı öğrenci arasında sağlık alanında eğitim görenlerin oranı da aynıdır. Bu arada 2011 yılında sağlık alanına kayıt yaptıran yabancı öğrenci oranı % 3,3 iken toplam lisans öğrenci popülasyonu içinde sağlık alanına kaydolun öğrencilerin % 5,5 oluşu dikkat çekicidir. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı’nın politikaları doğrultusunda yükseköğretimde sağlık alan kontenjanlarının artırılmış olmasının yansıması olduğu anlaşılmaktadır. Ancak bu artış yabancı öğrencilere yansımış değildir.

Tablo 5: 2010-2011 Öğretim Yılı Sağlık Alanında Lisans Düzeyinde Yabancı Öğrencilerin Karşılaştırılması

Kategori	Yeni kayıt	Toplam öğrenci	Mezun (2010)
Genel Toplam	429.565	2.521.095	287.557
*Sağlık Alanı Toplam	23.473	97.851	13.176
Ö Sağlık/ Ö Genel	% 5,5	% 3,9	% 4,6
Yabancı Öğrenci Toplam	7.039	25.545	1.880
Yabancı Öğrenci-sağlık	232	738	
YÖ sağlık /YÖ Genel	% 3,3	% 3,9	

Kaynak: ÖSYM, 2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri

Tablo 6: 2010-2011 İlk 10 Üniversite Sağlık Alanında Yabancı Öğrenci Yeni Kayıt Durumu

	Üniversite	Yeni kayıt	Sağlık Alanı*	Oran %
1	İstanbul Ü	689	187	27,1
2	Trakya Ü	335	77	22,9
3	Ankara Ü	331	72	21,7

9	ODTÜ	314	0	0
8	Anadolu Ü	306	7	2,3
5	Ondokuz Mayıs Ü	302	34	11,2
7	Marmara Ü	289	16	5,5
4	Hacettepe Ü	215	64	29,7
10	İTÜ	206	0	0
6	Uludağ Ü	199	19	9,5

Kaynak: ÖSYM, 2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri

Tablo 7: Sağlık Alanına Yeni Kayıt Yaptıran Yabancı Öğrenciler, Devlet Üniversiteleri -2010 (ilk 10)

Üniversite	TOPL.	Tip	Diş Hekimliği	Eczacılık	Diğer Sağ. Bl.
İstanbul Üniversitesi	187	116	23	13	36
Trakya Üniversitesi	77	16			61
Ankara Üniversitesi	72	37	18	7	10
Gazi Üniversitesi	70	48	14	7	1
Hacettepe Üniver-sitesi	64	40	6	2	11
Ege Üniversitesi	54	34	8	5	7
Gaziantep Üniver-sitesi	37	18	7		12
19 Mayıs Ü. Üniv.	34	13	4		17
Selçuk Üniversitesi	26	20	2		4
Erciyes Üniversitesi	23	17	4		2

Kaynak: ÖSYM, 2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri

Sağlık alanında kayda değer yabancı öğrenci kabul eden üniversiteler bünyesinde tıp fakültesi bulunan büyük devlet üniversiteleri ya da sınır kentlerdeki üniversitelerdir (Tablo 6). Birkaç istisna dışında yabancı öğrencilerin ilgi odağı tıp fakülteleridir. Mesela İstanbul Üniversitesinde sağlık alanında kayıt yaptıran 187 öğrencinin 116’sı tıp fakültesine kaydolmuştur (Tablo 7). Toplam öğrencileri içinde yabancı öğrencilerin tuttuğu yer olarak bakıldığında vakıf üniversitelerinin devlet üniversitelerinden daha iddialı olduğu görülmektedir. Tablo 8 ve 9’da görüleceği üzere, vakıf üniversitelerinin yabancı öğrenci kapasitesindeki bu olumlu duruma rağmen, sağlık eğitiminin neredeyse adı bile yoktur. Sağlık alanına en fazla yabancı öğrenci alan vakıf üniversiteleri sırasıyla Fatih, Medipol, Yeditepe ve Başkent üniversiteleridir. Bu rakamlar çok mütevazı de olsa Medipol hariç hemen hepsinde hakim alanın tıp olduğu görülmektedir. Medipol üniversitesinde ise bu yılda tıp, diş hekimliği eczacılık ve diğer sağlık bilimleri alanlarında yabancı öğrenci kabul edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 8: 2010-2011 Öğretim Yılı Yabancı Öğrencide ilk 10 Vakıf Üniversitesi

	Üniversite	Yeni kayıt	Toplam öğrenci	Mezun (2010)
1	Fatih Ü	199	646	63
2	Beykent Ü	182	290	-
3	Bahçeşehir Ü	159	197	2
4	Zirve	75	74	-
5	Bilkent	62	145	16
6	Özyeğin	47	164	15
7	Yeditepe/ Bilgi	33/33	128/176	11/2
8	Şehir/İz. Ekonomi	26/26	26/37	2
9	Medipol/Kültür	25/25	25/34	1
10	Aydın	21	29	

Kaynak: ÖSYM, 2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri

Tablo 9: Sağlık Alanına Yeni Kayıt Yaptıran Yabancı Öğrenciler, Vakıf Üniversiteleri - 2010 (ilk 10)

	TOPL.	Tıp	Diş Hekimliği	Eczacılık	Diğer Sağ. Bl.
Üniversite	Yeni Kayıt	Yeni kayıt	Yeni kayıt	yeni kayıt	Yeni kayıt
Fatih Üniv.	26	26			
Medipol Ün.	25	2	9	8	6
Yeditepe Ün.	10	7	3		
Başkent Ün.	10	5	3	1	1
Bilim Üniv.	4	3			1
Haliç Üniv.	3				3
Yeniyüzyıl Ü.	3			2	1
Koç Üniv.	1	1			
Okan Üniv.	1				1

Kaynak: ÖSYM, 2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri

Sonuç olarak, Türkiye’de potansiyelimizin çok altında yabancı öğrenci bulunmaktadır. Yıllardır düşük seviyede sürerken son 2 yılda belirgin bir artış gözlenmektedir. YÖS’ün kaldırılması, üniversite sayısının artışı, vakıf üniversitelerinin rekabet gücü ve ülkenin değişen dış politikasının bu artışta rol oynamış olabilir. Sağlık alanında da durumun farklı olmadığı açıktır. Devlet üniversitelerinde yabancılar sağlık eğitimi çok kısıtlıdır. Yabancı öğrenci kabulünde vakıf üniversitelerinin daha iddialı olduğu görülmekte ise de, sağlık alanında onların da yetersiz olduğu anlaşılmaktadır.

Bu konuyu ele alırken, yabancı öğrenci ile yurt dışı öğrenci ayrımı, bölge ülkelerinden uzak diyarlara, dünya ülkelerine açılım, dil sorunu, yabancı dilde eğitim, yabancı öğrencilerin başarı sorunu, eğitim turizmi, bu öğrencilerin ülke elçileri olması, vakıf üniversitelerinin artışı ile artan rekabet ortamı, eğitim ücretlerinde vakıf üniversitesi, devlet üniversitesi dengesizliği gibi konuların tartışılmasına ihtiyaç vardır.

DEVLET ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ VE BAKIŞ AÇISI

Prof. Dr. Yavuz ÇOŞKUN, dryavuzcoskun@gmail.com

Gaziantep Üniversitesi Rektörü

Türkiye’de yabancılar için sağlık eğitimi dediğimiz zaman, neden Türkiye’ye gelsin diye ilk önce birkaç başlığı gözden geçirmek gerektiğini düşünüyorum. Kimler geliyor? Ona bir bakalım. Ağırlıklı olarak Ortadoğu, Türk Cumhuriyetleri, İran, Afrika ülkelerinden, Avrupa’da yaşayan Türkler ve bir kısım Balkan ülkeleri olmak üzere diğer ülkelerden de ülkemize sağlık eğitiminin tümünü kapsayan alanlarda eğitim amaçlı gelmek isteyen bir popülasyon mevcut. Niye geliyor diye baktıklarımızda, komşuluk en çok öne çıkan hususlardan bir tanesi. Balkanlarda Balkan komşularımız. Ayrıca özellikle Ortadoğu’da Suriye, Irak başta olmak üzere Ortadoğu ülkelerinden gelen insanların ülkemizde eğitim almaları söz konusu. Bunlar bir komşuluğun sonucu. Azerbaycan, özellikle dil birliği olması bakımından büyük avantajı olan bir ülke. Yalnız komşuluk da değil, kültürel bir yakınlık söz konusu. Din birliği, tarihi kültür ortaklığı ve tarihi birliktelikleri var. Osmanlı coğrafyasından kalma genlerin getirdiği bir şey var. Bundan dolayı gelmek istiyorlar.

Alternatiflere göre baktığınız zaman, diğer Avrupa ülkeleri ile veya Amerika ile kıyaslandığında oldukça daha ucuz miktarlarda eğitim alma ücreti söz konusu. AB ve Amerika’ya göre bizim ülkemize vize almaları daha kolay. Bir de son yıllarda yükselen Türkiye trendi, bu alanda da eğitim almak isteyenleri etkilemektedir. Çünkü her ne cepheden bakarsanız bakın; güneyden, kuzeyden, batıdan, doğudan Türkiye hakikaten yükselen bir yıldız. Parlayan bir yıldız olma konumuna gelmektedir. Bu itibarla da Türkiye bir cazibe alanı oluşturmaktadır.

Hangi sağlık eğitimi için geliyorlar? Ön lisans için çok az bir talep var. Ağırlıklı olarak tıp ve diş hekimliği başta olmak üzere, lisans eğitimi için geliyorlar. Lisansüstü alanda da çok gelen var. Bizim üniversitemiz çok fazla yabancı öğrenci alan üniversitelerden birisi. Özellikle lisans eğitiminde olmakla beraber yüksek lisans ve doktora açısından şu anda kampüste tüm alanları kapsamak üzere dört yüze yakın öğrenci var.

Tıpta uzmanlık için gelenler var. Sertifika ve kurs eğitimi ki, bu alan çok önemlidir. Bilgi ve görgü artırma ziyaretleri, seminer, sempozyum, kongre ve konferans gibi diğer etkinlikler aracılığıyla da bilgi paylaşımı ve eğitim amaçlı toplantılar yapılmaktadır.

Ön lisans ve lisansa baktığınızda, sağlıktaki ön lisans programlarında iki yıllık meslek yüksekokullarımızda verilen eğitim dairesinde çok fazla yabancı öğrenciye sahip olduğumuzu söyleyemeyiz. Yabancıların iki yıllık sağlık eğitimi ön lisans programlarına ilgisi bizim üniversitede de çok düşük bir seviyede. Ancak tıp ve diş hekimliği fakültesine ilgi yüksek ve en cazip eğitim alanını oluşturmaktadır. Diğer alanlara baktığımızda; özellikle hemşirelik, fizik tedavi ve rehabilitasyon programları, diyetisyenlik programları da tıp ve diş hekimliğinden sonra önde gelen alanlarını oluşturmaktadır. Söylediğimiz gibi en çok tıp fakültesi ve diş hekimliğine talep var.

Irak, Lübnan ve Suriye ile ikili ilişkiler çerçevesinde yaptığımız resmi görüşmelerde, ilişkiler çerçevesinde, önemli beklentilerden bir tanesi de sağlık eğitiminde hizmet içi eğitimidir. Özellikle hemşirelerin belirli alanlarda hizmet içi eğitimi konusunda ciddi talep mevcuttur. Yoğun bakım, neonatoloji ve diğer bazı alanlardaki hemşirelik eğitimi konusunda bizden ciddi beklentiler olduğunu gördük.

Sıkıntılardan bazılarını öne çıkartırsak, öğrenci seçimi ve kayıt sistemi konusunda belirsizlikler mevcut. YÖS kalkmadan önce biz yine öğrenci almaya YÖS'e dayalı olarak bazen de onu bypass ederek öğrenci almaya çalışıyorduk ikili ilişkiler çerçevesinde. Ama YÖS kalktıktan sonra Türkiye'deki üniversite sayısının da çokluğu dikkate alınınca bireysel kayıtların öne çıktığı ve bu arada öğrencilerin birçok fakülteye, birçok lisans programına başvurarak bazı kontenjanların açıkta kalması sonucunu doğurduğunu da biliyoruz. Bu yüzden burada belki ortak bir platform oluşturmak ki, üniversiteler arasında bu konuda rekabet olması bakımından bunun da kolay olmadığı gözükmeyle birlikte buna dair bir çalışma yapılabilir diye düşünüyorum.

Vakıf üniversiteleri, yükseköğretim ücretleri alıyor. Devlet üniversitelerinde ise bir önceki dönemde üst sınır açık idi ama daha sonra cari maliyenin belirlediği, cari giderler seviyesinde bir üst sınır belirlendi. Bu ücretler, tıp fakültesi ve diş hekimliği örneğinde nispeten fena değil. Diğer branşlara baktığımızda, özellikle doktora öğrencileri açısından baktığımızda, bu rakamların yetersiz olduğunu görüyorsunuz. Bu nedenle, bu konuda yeni bir Bakanlar Kurulu düzenlemesine ihtiyaç olduğunu ve her üniversitenin kendi ücret politikasını oluşturması gerektiği konusunda bir açık kapı bırakılmasının gerekliliğini de vurgulamak isterim.

Eğitim dili, sıkıntılardan bir tanesi budur. Öğrencilere İngilizce mi eğitim verelim, yoksa Türkçe mi? Doğrusu biz, ikisini de öne çıkaran bir anlayış sergiledik. Bizim tıp fakültemizde, aynı anda hem İngilizce hem Türkçe program verilmekte. Mühendislik fakültemiz tümüyle İngilizce olduğu için orada bir sorununuz yok. Ama Türkçe programlara da kayıt olmak isteyen ciddi anlamda öğrenci talebi olduğunda, o zaman güçlü bir Türkçe öğretim merkezi kurmak gerekliliği ortaya çıktı ve şu anda bizim son derece güçlü bir Türkçe öğretim merkezimiz var. Bir sene Türkçe eğitim hazırlığı veriyoruz. Türkçe öğretim sağlıyoruz. Ondan sonra Türkçe programlara öğrenciler devam ediyor.

Şu bir gerçek ki, yaklaşık kırk sekiz ülkeden gelen öğrenciler ilk ve ortaöğretimlerini İngilizce almışlar. Genellikle hepsinde gördüğümüz İngilizceleri çok iyi. Bu yüzden geldiklerinde hiç vakit kaybetmeksizin devam edebilecekleri İngilizce bir program olursa, o zaman onu daha çok tercih ettikleri de bir vaka olarak ortaya çıkıyor.

Temel bilimlerde lisansüstü ve tıpta uzmanlık alanına baktığımız zaman, temel bilimlerde talep çok sınırlı. Sadece biyokimya, tıbbi biyoloji ve belki de birazcık farmakolojide talep söz konusu. Ama klinik bilimlerde, çok şiddetli doktora talebi var. Hâlbuki bizim eğitim sistemimizde uzmanlık eğitimi var. Bizde klinik bilimlerde doktora yok. Irak ve Suriye örneğine baktığımızda, üniversitede akademisyen olabilmek için ihtisasını yapmış ve uzmanlığını almış kişilerin mutlaka bir de klinik bilimlerde doktora sahibi olması gerekmiş. O itibarla bakıldığında özellikle o ülkelerden bize şiddetle klinik bilimlerde doktora talebi söz konusu. Bunu nasıl aşabileceğimizi, nasıl formatlayabileceğimizi doğrusu bilemiyoruz. YÖK'le de görüşmelerimiz oldu. Klinik bilimlerde bir doktora yapılabilir mi? Verilebilir mi? Uzmanlık eğitiminin yanı sıra böyle bir eğitim nasıl formatlanabilir? Nasıl düzenlenebilir? Diye düşünerek, bu alanda ciddi bir çalışma yapılması lazım diye düşünüyorum. Bu vesileyle, bu alandaki lisans, lisansüstü ve uzmanlık eğitimi alanında YÖK'ün, bazı ciddi akreditasyon kurumlarının ve hekimlerin oluşturacağı bazı birliklerin daha çok söz sahibi olması gerektiğini, Sağlık Bakanlığı'nın ise uzmanlık eğitiminde tek kural koyucu olarak ortaya çıkmaması gerektiği görüşümü de sizlerle paylaşmak isterim.

Tıpta uzmanlık için karşılaşılan sıkıntılardan bir tanesi de dil. Gelenlerin iyi dil bilmesi gerekiyor. Türkiye'de mezun olmuş, lisansını Türkiye'de bitirmiş öğrenciler açısından bu fazla sıkıntı değil. Ancak sonradan gelen öğrenciler için bir yıl hazırlık programı da yeterli olamayabiliyor. Bu yüzden bazı sıkıntılar var.

Denklik sınavları da özellikle önem arz ediyor. Çünkü TUS'a girebilmek için denkliği almış olması gerekiyor.

Bunların yanı sıra, uzmanlık eğitiminde nasıl bir ücretlendirme olabilir? Çünkü bu gelenlerin çoğu, bir şekilde ücret alma çabası içerisine düşüyor. Biz bunlara ücret veremiyoruz. Ama döner sermaye- de bazı düzenlemelerle acaba bunlara da bir burs niteliğinde bir ödeme yapılabilir mi? Bunun da kapısının açılması gerektiğini düşünüyoruz.

Önemli adımlardan bir tanesi de sertifika ve kurs eğitimi programları. Bu alanda ciddi beklentiler olduğunu gördük. Çünkü en fazla bazı girişimsel tıbbi işlemler konusundaki eğitimlere, doğrusu kelimenin tam tabiriyle açlık var. Eko, endoskopi, ARCP, laporoskopi gibi, bunu genişletebilirsiniz. Yoğun bakım, intensive care bakımı gibi benzer birçok alanlarda gelip bilgisini, görgüsünü arttırmak, uzunca bir süre bizimle birlikte çalışarak bu konuda deneyimini arttırmak isteyen oldukça fazla talep var.

Buralarda da dil sorunu karşımıza çıkıyor. Klinikte genellikle hekimler İngilizceyi az veya çok iletişim dili olarak kullanabildikleri için bu alanda çok fazla sıkıntı çekilmiyor. Ama hemşireye gelince, dil bir sıkıntı. Çünkü hemşirelerin İngilizceleri yeterince değil. Kaldı ki onların İngilizceleri yeterli olsa bile, bizim hemşirelerin İngilizcesi yeterli olmadığından bir iletişim kurmada sıkıntı olduğu sizlerle paylaşmak istedim.

Girişim gereken konularda bir başka problem, hukuki sıkıntı. Eğer orada herhangi bir malpractice söz konusu olursa, bu ne şekilde değerlendirilecek? Bunun kanun karşısındaki karşılığı nedir? Buna ait bir yapı, belirli bir mevzuat düzenlemesi olmadığını görüyoruz.

Ücretlendirme yapılabilir mi bu kurslar için? Doğrusu biz yapıyoruz. Burada kendimizin koyduğu bazı rakamlarla mesela eko kursu, endoskopi kursu, ERCP kursu gibi bazı şeyleri kendimiz ücretlendiriyoruz. Bunu da döner sermayenin altında yapıyoruz ama bu konuda bir birliktelik, üniversitelerin ortak bir dil kullanması veyahut belirli sınırlar, alanlar tanımlayarak bu alandaki en azından akredite edilebilecek bir kurs sertifika programının neler içermesi gerektiği konusunda da bir çalışma yapmak gerektiğini ortaya sürmek istiyorum doğrusu.

Temel sorunlar; Türkiye'deki sağlık eğitimini tanıtıcı, iyi organizeler, web sayfası veya kaynak yok. Üniversitelerin web sayfalarına baktığımızda, doğrusu İngilizce dışında Arapça olsun, diğer Ortadoğu'ya hitap edebilecek diğer dillerde olsun webde bir tanıtımımız yok. Özellikle sağlık eğitim programlarını fokuslayacak, onu daha öne çıkaracak bu tür çalışmaların yapılması gerektiği, belki bir ortak platform YÖK'ün altında olabilir veya bazı ticari kuruluşlar aracılığıyla yapılabilir. Bu şekilde bir tanıtım programının yerinde olacağını belirtmek isterim.

Bazı üniversitelerde uluslararası ilişkiler ofisi, belirli kimliği elde etmiş ve oturmuş. Ama yeni kurulan ve bu anlamda ciddi sıkıntılar yaşayan üniversitelerde gelen öğrencilere sahip çıkacak, onları gerçekten kucaklayacak, iyi bir uluslararası ilişkiler ofisimizin olması gerekiyor. Biz bu eksikliğimizi gördük ve hemen çok kuvvetli bir şekilde bu ofisimizi destekledik. Şu anda burada iyi bir noktaya geldik diye düşünebiliriz.

Dil problemleri bahsettim. Barınma önemli problemlerden biri. Eğer bazı grupları örneğin on kişilik bir hemşire grubunu getirip hizmet içi eğitim verecekseniz, bunun barınma sorununu çözen paket programlar önermeniz gerekir. Aksi takdirde, gelen her birisi için barınma ciddi anlamda sorun olacaktır.

İçişleri Bakanlığı'nda veya Emniyet'te sorunlarla karşılaşıyoruz. Bu öğrencilerin vize alması, yurt dışında kayıt yaptırdıktan sonra kayıt belgesini alıp tekrar gidip oradan tekrar vize alıp tekrar dön-

mesi gibi bazı çok oyalayıcı problemler var. Öğrencilere de çok bezginlik veriyor. Üniversite olarak da bizim ciddi anlamda bu konuda problemlerimiz oluyor. Bizatihi benim, bazen işin içine girerek Dışişleri Bakanlığı veya İçişleri Bakanlığı'yla konuşarak problemleri çözmem gerekti.

Gaziantep Üniversitesi örneğine gelince, tıp fakültesindeki yabancı uyruklu elli beş lisans öğrencisi var. Kırk beş öğrenciyi son iki yılda almışız. Bu öğrencilerin büyük çoğunluğu İngilizce eğitim programındalar. Türkçe eğitim programında oldukça az, sayılı birkaç öğrenci var. Genellikle hepsi İngilizce eğitim programında yer alan öğrenciler. İngilizce eğitim programına elli öğrenci alıyoruz, bunun yaklaşık yirmi-yirmi beşi yabancı oluyor. Dış hekimliğinde on bir, sağlık bilimlerinde sekiz öğrencimiz var. Temel bilimlerden iki öğrenci doktora yapıyor. Dış hekimliğinde doktora yapan üç öğrencimiz var. Tıpta uzmanlık yapan İran uyruklu bir öğrencimiz var. Sertifika bilgi görgü artırma anlamında da son 3-12 aylık periyotları kapsayan çalışmalarda; Kuzey Irak, Suriye, Azerbaycan ve Gürcistan'dan dokuz öğrencilerimiz oldu.

Karşılıklı ilişkileri arttırmak, özellikle kendimizi tanıtmak açısından ve Türkiye'ye cazibeyi artırmak bakımından bilimsel kongreler, karşılıklı etkinlikler düzenlemek çok önemli bir araçtır diye düşünüyorum. Çünkü bizim karşılıklı Türkiye-Suriye kardiyoloji kongresi yapmamız, Türkiye-Suriye gastroentoloji kongresi gibi etkinliklerimiz bunun dışında çok yakın bazı işbirliklerimiz orada ciddi bir cazibe oluşturmuştur. Ama şanssızlık ki son bir senedir bu noktada önümüz ciddi anlamda tıkanıp, açılmasını bekliyoruz. Ama beklerken de yeni alanları yaratmak, özellikle de Kuzey Irak'ta yeni alanlar açmak konusunda sık ziyaretlerimiz var. Oradaki üniversitelerle de karşılıklı işbirliği anlaşması imzaladık. Karşılıklı ziyaretlerimiz son derece sık. Birinci Ortadoğu tıp günleri ve sağlıkta işbirliği kongresini geçen Eylül'de yaptık geçtiğimiz yıl. Bakanlar düzeyinde ciddi katılımlar olmuştu. Size bu konuda çalışmalarımıza örnek olacak birkaç resim sunacağım Bu Suriye'de başkonsolosumuzun bir ödül töreni. Hastanemizin girişindeki Suriye işbirliği ofisimiz ve içinde Arapça bilen elemanımız. Ortada Vali, ben ve Halep Üniversitesi rektörü Nizar Bey.. Törenlerden etkinliklerden bazı resimler. Bu Türkiye ve Suriye gastroentoloji toplantısının bir resmi. Yine endoskopi kurslarına ait bazı resimler.

EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ DENEYİMİ VE BAKIŞ AÇISI

Prof. Dr. Murat BOZKURT

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi

GİRİŞ

Geniş bir kültür mirasına sahip olan ülkemizin geçmişten getirdiği sorumlulukları ve geleceğe taşıması gereken bazı görevleri vardır. Bunlardan bir tanesi de derin tarihsel bağlarının olduğu dost ve kardeş ülkelerin kalkınmasına destek vermektedir.

Sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleştirilebilmesinin temel taşlarından biri olan etkili ve verimli sağlık hizmeti sunulabilirliğidir. Bu hizmetlerin sunulabilmesi için fiziksel mekan, tıbbi araç gereç ve en önemlisi bu hizmetlerin sunumunu sağlayacak yetişmiş sağlık insangücüne ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemiz tarafından başta Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı olmak üzere çeşitli kurum/kuruluşlar tarafından derin bağlarımızın olduğu ülkelere gerek sağlık hizmet binalarının yapımı olsun gerekse de tıbbi cihaz, malzeme ve ilaç yardımları yapılmaktadır. Bu ülkelerde sağlık hizmetinin daha etkili ve verimli sunulabilmesi amacıyla ülkemizde yabancı uyruklulara verilen örgün sağlık eğitiminin yanısıra çeşitli branşlarda doktor ve sağlık çalışanlarının deneyimlerinin artırılmasına yönelik Sağlık Bakanlığı, Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı ve sivil toplum kuruluşları tarafından eğitim programları düzenlenmekte ve desteklenmektedir. Bu eğitim programları kapsamında hastanemizde çeşitli branşlarda doktor ve sağlık çalışanına eğitim verilmiştir.

Hastanemizde web tabanlı sağlık eğitimleri ve çalıştaylarına başlanıldı ve web tabanlı eğitimlere süreklilik kazandırılması planlanmaktadır.

ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

19 Şubat 2004 tarihinde hizmete açılmıştır. Odaları En fazla 3 yataklı olarak planlanan hastanede 17 tedavi biriminde tek yataklı 75, 2 yataklı 64, 3 yataklı 64 olmak üzere 203 odada toplam 395 yatakla hastalara hizmet vermektedir. Ayrıca yoğun bakım üniteleri ile ayaktan tedavi ünitelerinde (acil servis, yanık tedavi ünitesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitesi, hemodiyaliz ünitesi ve anjiyografi ünitesi) toplam 483 tedavi yatağı bulunmaktadır.

Yatak başı tıbbi gaz ve vakum pendantları bulunmaktadır. Bilgisayar destekli otomasyon ve hemşire çağrı sistemi kurulan hastanede 4'ü laminar akımlı olmak üzere 12 ameliyat salonu bulunmaktadır. Ameliyathaneler branşların özelliklerine göre dizayn edilmiş ve endoskopik cerrahi girişimler (Vats, laparoskopi, endoskopik sinüs cerrahisi, artroskopi) yanında beyin cerrahisi, KBB, plastik cerrahi ve ortopedik cerrahide mikro cerrahi girişimlerini yapılabilecek cihazlar ile donatılmıştır.

Hemodiyaliz ünitesi konusunda eğitim verebilecek şekilde planlanmış olup 7 si enfekte diyaliz hastasına yönelik 25 cihazla donatılmıştır. Bu yapılanmayla 125 diyaliz hastasına hizmet verebilecek kapasitededir. Periton diyalizi uygulamaları içinde uygunluk taşımaktadır.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yapısal özellikleri ve ileri teknoloji kullanılarak oluşturulmuş tıbbi ve teknik donanımı ile ulusal ve uluslararası alanda en yüksek düzeyde sağlık hizmeti amaçlamaktadır.

YABANCILARA VERİLEN SAĞLIK EĞİTİMİ

Son 2 yıl içerisinde Sağlık Bakanlığı ve Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA) ara-

cılığıyla hastanemizde 9 ülkeden toplam 305 sağlık personeline eğitim verilmiştir. Bu eğitimler sadece sağlık hizmeti sunumuna yönelik olmayıp sağlık alanında karar destek ve sağlık yönetimi alanlarını da kapsamaktadır. Bunların dışında hastanemiz doktorları ve diğer sağlık personeli tarafından kamunun yanısıra sivil toplum kuruluşlarının düzenlemiş oldukları programlarla ilgili ülkelere giderek yerel sağlık ekipleriyle birlikte hem oradaki insanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini sunmakta hemde bu esnada birlikte çalıştığı sağlık personellerini eğitmektedir.

Hastanemizden eğitim almış olan toplam 305 sağlık personelinin eğitim konuları ve süreleri değişiklik göstermektedir.

TABLO 1: EĞİTİM VERİLEN PERSONELİN GELDİKLERİ ÜLKERE GÖRE DAĞILIMI

ÜLKELER	ZİYARETÇİ SAYISI
SUDAN	105
KOSOVA	4
GÜRCİSTAN	40
AFGANİSTAN	47
NAHÇIVAN	8
TÜRKMENİSTAN	16
YEMEN	13
AZERBEYCAN	45
ÖZBEKİSTAN	27

Eğitim süreleri incelendiğinde; deneyimlerini artırmak için hastanemize gelen sağlık personellerine 10 gün ile 1 yıl arasında değişen sürelerde eğitimlerin verildiği görülmektedir. Son 2 yıl içerisinde 105 sağlık personeli ile en fazla Sudan'dan eğitim almak için hastanemize başvuru yapılmıştır. Sudanı 47 ziyaretçi ile Afganistan takip etmektedir.

TABLO 2: YABANCILARA VERİLEN HİZMET İÇİ EĞİTİM ALANLARI

EĞİTİM ALANLARI	
DİŞ KLİNİĞİ	EKOKARDİYOĞRAFI
ÜROLOJİ	HASTANE YÖNETİMİ
ACİL SERVİS	GENEL CERRAHİ
YOĞUN BAKIM	BÖBREK NAKLİ
ANESTEZİ VE REANİMASYON	ENFEKSİYON HASTALIKLARI
AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİ	BEYİN CERRAHİ
LAPOROSKOPİK CERRAHİ	DAHİLİYE

ENDOSKOPI	CİLDİYE
TIBBİ LABORATUVAR	KADIN DOĞUM
PEDİATRİ VE YENİDOĞAN	GÖĞÜS HASTALIKLARI
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ	DİYETİSYENLİK
HEMODİYALİZ	PLASTİK CERRAHİ
GÖZ HASTALIKLARI	OBEZİTE
RADYOLOJİ ÜNİTELERİ	HEMODİYALİZ
KALP DAMAR CERRAHİSİ	SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ VE KAYIT

Yabancılar en fazla Radyoloji ve yoğun bakım hizmetleri ile ilgili eğitim almak için hastanemize gelmişlerdir. Sadece tıbbi eğitim almamışlar, bunun dışında sağlık yönetimi ve sağlık istatistik ve kayıtlarıyla ilgili eğitimler almışlardır.

2.1 EĞİTİM VERİLEN PERSONEL VE GELDİKLERİ ÜLKELER

2.1.1 SUDAN

Sudan ya da resmî adıyla Sudan Cumhuriyeti, Afrika'nın en geniş 3. ülkesidir. Başkenti Hartum'dur. Resmi dil ve eğitim dili Arapça'dır. Sudan'da 10.000 kişiye 2,8 doktor ve 11 ebe/hemşire düşmektedir. Sudan'dan gelen sağlık personeli 10 gün ile 1 yıl arasında değişen sürelerde hastanemizde eğitim almıştır.

TABLO 3: SUDAN SAĞLIK GÖSTERGELERİ

	ÜLKE ORTALAMASI	BÖLGE ORTALAMASI	DÜNYA ORTALAMASI
TOPLAM NÜFUS (1000)	42.272	-	-
KENTSEL NÜFUS ORANI (%)	44	49	50
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR (\$)	1.950	5.880	10.599
DOĞUŞTAN BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ (YIL)	59	66	68
15-59 YAŞ ÖLÜM ORANI (1000 kişide)	283	188	176
5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM ORANI (1000 canlı doğumda)	108	72	60
ANNE ÖLÜM ORANI (100.000 canlı doğumda)	750	320	260
15-49 YAŞ ARASI HIV PREVELANSI (1000 kişide)	11	2	8
TÜBERKÜLOZ PREVELANSI (100.000 kişide)	206	174	201

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü 2009 Raporu

2.1.2 KOSOVA

Kosova veya Kosova Cumhuriyeti; Balkanlar'da, Sırbistan, Karadağ, Makedonya ve Arnavutluk devletlerine sınırı bulunmaktadır. *Dünyanın son bağımsız ülkesi* sıfatı, Karadağ'dan Kosova'ya geçmiştir. Kosova 10.887 km²'lik alana, 2 milyon civarında bir nüfusa sahiptir. En büyük yerleşim merkezi başkent Priştine'dir. Kosova Cumhuriyeti'nin resmî dilleri Arnavutça ve Sırpçadır. Kosova'dan gelen 4 doktor hastanemizde birer ay süre ile jinekoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile tomografi eğitimi almıştır.

2.1.3 GÜRCİSTAN

Gürcistan; Karadeniz'in doğu kıyısında, Güney Kafkasya'da yer alan ülkedir. Gürcistan'ın başkenti Tiflis'tir. Gürcistan nüfusu, etnik çeşitlilik göstermesiyle dikkati çekmektedir. Gürcistan nüfusu, dilsel dağılım açısından da çok çeşitlilik göstermektedir. Güney Kafkas dilleri ailesinden Gürcüce, Megrelce, Svanca ve Lazca konuşan, nüfus çoğunluğunu oluşturmaktadır. Gürcistan'da 10.000 kişiye 45.4 doktor düşmekte iken 38.9 ebe/hemşire düşmektedir.

TABLO 4: GÜRCİSTAN SAĞLIK GÖSTERGELERİ

	ÜLKE ORTALAMASI	BÖLGE ORTALAMASI	DÜNYA ORTALAMASI
TOPLAM NÜFUS (1000)	4.260	-	-
KENTSEL NÜFUS ORANI (%)	53	70	50
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR (\$)	4.700	25.530	10.599
DOĞUŞTAN BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ (YIL)	71	75	68
15-59 YAŞ ÖLÜM ORANI (1000 kişide)	164	146	176
5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM ORANI (1000 canlı doğumda)	29	13	60
ANNE ÖLÜM ORANI (100.000 canlı doğumda)	48	21	260
15-49 YAŞ ARASI HIV PREVELANSI (1000 kişide)	1	4	8
TÜBERKÜLOZ PREVELANSI (100.000 kişide)	116	63	201

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü 2009 Raporu

Gürcistan'dan gelen doktorlar laparoskopik cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, jinekoloji ve ultrasonografi, iç hastalıkları, radyoloji (MR ve CT) ile immüno- loji alanlarında birer aylık eğitimler almışlardır. Aynı zamanda Gürcistan'dan gelen hemşireler acil servis ve enfeksiyon hemşireliği alanında eğitimler verilmiştir.

Sağlık koordinatörü olduğum Gürcistan'ında içinde yer aldığı Ankara Kalkınma Ajansı tarafından kabul edilen "Eski Sovyetler Birliği Ülkelerine Yönelik Ankara'da Sağlık Turizmi" proje kapsamında

2012 yılında Gürcistan'dan daha fazla hastayı hastanemizde tedavi etmek istiyoruz. Bunun yanı sıra proje kapsamında da Eski Sovyetler Birliği ülkelerinden gelecek olan sağlık çalışanlarına hastanemizde eğitim vermeyi hedeflemekteyiz.

2.1.4 AFGANİSTAN

Afganistan, resmi adıyla Afganistan İslam Cumhuriyeti Asya'da denize sınırı olmayan bir ülkedir. Doğu ve güneyde Pakistan, batıda İran, kuzeyde Türkmenistan, Özbekistan ve Tacikistan, doğuda da ufak bir sınırla Çin ile çevrilidir. Başkenti Kabil'dir. Resmi dili; Farsça ve Peştuca'dır. Tıbbi hizmetlerin yanı sıra Afganistan'dan gelen 4 kişiye hastane yönetimi alanında eğitim verilmiştir.

TABLO 5: AFGANİSTAN SAĞLIK GÖSTERGELERİ

	ÜLKE ORTALAMASI	BÖLGE ORTALAMASI	DÜNYA ORTALAMASI
TOPLAM NÜFUS (1000)	28.150	-	-
KENTSEL NÜFUS ORANI (%)	24	49	50
DOĞUŞTAN BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ (YIL)	48	66	68
15-59 YAŞ ÖLÜM ORANI (1000 kişide)	399	188	176
5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM ORANI (1000 canlı doğumda)	199	72	60
ANNE ÖLÜM ORANI (100.000 canlı doğumda)	1.400	320	260
TÜBERKÜLOZ PREVELANSI (100.000 kişide)	337	174	201

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü 2009 Raporu

2.1.5 NAHÇIVAN

Nahçıvan veya resmî adıyla Nahçıvan Özerk Cumhuriyeti Azerbaycan'a bağlı ancak Azerbaycan ile sınırı olmayan özerk bir cumhuriyettir. Başkenti Nahçıvan'dır. Nahçıvan, 5.363 km² yüzölçümüne sahiptir. Resmi dili Azerbaycan Türkçesidir. Nahçıvan'dan gelen 8 sağlık personeli hastanemizde anestezi ve yoğun bakım, kardiyoloji, genel cerrahi, acil servis ve radyoloji alanlarında 25 günlük eğitim almışlardır.

2.1.6 TÜRKMENİSTAN

Türkmenistan, resmî adıyla Türkmenistan Cumhuriyeti, 1991'de Sovyetler Birliği'nin dağılıştıktan sonra bağımsızlığını kazanan Orta Asya Türk Cumhuriyetidir. Başkenti, Aşkabat'tır. Nüfusun %94,7'sini Türkmenler, %2'sini Özbekler, %1.8'ini Ruslar, %1.5'ini de diğer azınlıklar oluşturmaktadır. Resmi dili; Türkmence'dir. Türkmenistan'da 10.000 kişiye düşen doktor sayısı 24.4 ve 10.000 kişiye düşen ebe/hemşire sayısı 45.2'dir.

TABLO 6: TÜRKMENİSTAN SAĞLIK GÖSTERGELERİ

	ÜLKE ORTALAMASI	BÖLGE ORTALAMASI	DÜNYA ORTALAMASI
TOPLAM NÜFUS (1000)	5.110	-	-
KENTSEL NÜFUS ORANI (%)	49	70	50
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR (\$)	6.980	23.530	10.599
DOĞUŞTAN BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ (yıl)	63	75	68
15-59 YAŞ ÖLÜM ORANI (1000 kişide)	298	146	176
5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM ORANI (1000 canlı doğumda)	45	13	60
ANNE ÖLÜM ORANI (100.000 canlı doğumda)	77	21	260
TÜBERKÜLOZ PREVELANSI (100.000 kişide)	90	63	201

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü 2009 Raporu

2.1.7 YEMEN

Yemen resmi adı ile Yemen Cumhuriyeti Orta Doğu'da, Umman Denizi, Aden Körfezi ve Kızıldeniz kıyısında, Umman'ın batısında Suudi Arabistan'ın güneyinde yer alan ülkedir. Başkenti San'a'dır. Resmi dili Arapçadır. Yemende 10.000 kişiye 3 doktor ve 6.6 ebe/hemşire düşmektedir. Yemenden gelen sağlık personeline yoğun bakım, genel cerrahi, KBB, Plastik cerrahi, endokrinoloji, göz hastalıkları ve dermatoloji branşlarında eğitimler verilmiştir. Yemenli sağlık personeli bir aylık eğitimlerinin ardından ülkelerine dönmüşlerdir.

TABLO 7: YEMEN SAĞLIK GÖSTERGELERİ

	ÜLKE ORTALAMASI	BÖLGE ORTALAMASI	DÜNYA ORTALAMASI
TOPLAM NÜFUS (1000)	23.580	-	-
KENTSEL NÜFUS ORANI (%)	31	49	50
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR (\$)	2.330	5.880	10.599
DOĞUŞTAN BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ (YIL)	65	66	68
15-59 YAŞ ÖLÜM ORANI (1000 kişide)	209	188	176
5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM ORANI (1000 canlı doğumda)	66	72	60
ANNE ÖLÜM ORANI (100.000 canlı doğumda)	210	320	260
TÜBERKÜLOZ PREVELANSI (100.000 kişide)	85	174	201

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü 2009 Raporu

2.1.8 AZERBAYCAN

Azerbaycan resmi adıyla Azerbaycan Cumhuriyeti, Güney Kafkasya'da bulunan bir Türk devletidir. Başkenti Bakü'dür. Resmi dili, Azerbaycan dilidir. Azerbaycan'da 10.000 kişiye 37.9 doktor ve 84.2 ebe/hemşire düşmektedir. Azerbaycan yoğun bakım, genel cerrahi, dermatoloji, radyoloji ve göz hastalıkları alanında 45 sağlık personeline eğitim verilmiştir.

TABLO 8: AZERBAYCAN SAĞLIK GÖSTERGELERİ

	ÜLKE ORTALAMASI	BÖLGE ORTALAMASI	DÜNYA ORTALAMASI
TOPLAM NÜFUS (1000)	8.832	-	-
KENTSEL NÜFUS ORANI (%)	52	70	50
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR (\$)	9.020	23.530	10.599
DOĞUŞTAN BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ (YIL)	68	75	68
15-59 YAŞ ÖLÜM ORANI (1000 kişide)	176	146	176
5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM ORANI (1000 canlı doğumda)	34	13	60
ANNE ÖLÜM ORANI (100.000 canlı doğumda)	34	21	260
TÜBERKÜLOZ PREVELANSI (100.000 kişide)	172	63	201

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü 2009 Raporu

2.1.9 ÖZBEKİSTAN

Resmi adıyla Özbekistan Cumhuriyetinin 447.400 km²'lik bir yüz ölçümü bulunmaktadır. Özbekistan; Kazakistan, Tacikistan, Afganistan, Kırgızistan ve Türkmenistan'a komşudur. Başkenti Taşkent'tir. Özbekistan'da 10.000 kişiye 26.2 doktor ve 108.1 ebe/hemşire düşmektedir.

TABLO 9: ÖZBEKİSTAN SAĞLIK GÖSTERGELERİ

	ÜLKE ORTALAMASI	BÖLGE ORTALAMASI	DÜNYA ORTALAMASI
TOPLAM NÜFUS (1000)	27.488	-	-
KENTSEL NÜFUS ORANI (%)	37	70	50
KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR (\$)	2.910	23.530	10.599
DOĞUŞTAN BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ (YIL)	69	75	68
15-59 YAŞ ÖLÜM ORANI (1000 kişide)	179	146	176

5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM ORANI (1000 canlı doğumda)	36	13	60
ANNE ÖLÜM ORANI (100.000 canlı doğumda)	30	21	260
TÜBERKÜLOZ PREVELANSI (100.000 kişiye)	227	63	201

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü 2009 Raporu

Yukarıda bahsedilen ülkelerden gelen sağlık personeli dışında; İran Sağlık Bakanı, Romanya Sağlık Bakanı, Irak Meclis Başkanı ve Milletvekilleri, Japon Sağlık Heyeti, Güney Kore Sağlık Heyeti, Körfez İşbirliği Teşkilatı Heyeti hastanemize ziyarette bulunmuştur. Bu ülkelerin temsilcileri ile sağlık eğitiminin geliştirilmesi için görüşmeler yapılmıştır.

3. SAĞLIK EĞİTİMİNDE TEKNOLOJİLER

Bütün bunlara ilaveten hastanemizde sağlık eğitimi için geliştirilen teknolojilerden de faydalanılarak mekandan bağımsız eğitimler yapmak istemekteyiz. Hastanemizde Web tabanlı eğitimlere başlamış bulunmaktayız ve bu eğitimler süreklilik haline getirmek için gerekli altyapı hazırlıkları başlamıştır. En kısa sürede uzaktan eğitim teknolojilerini kullanarak hem yurtiçi hemde yurtdışı eğitimler ve çalıştaylar düzenlemeyi planlıyoruz.

Çok kısa bir süre içerisinde kurmayı planladığımız Tıp Eğitim Merkezinde simülasyon cihazları vasıtasıyla; pratiklerin insan yerine simülörlerde yapılması ve yapılan hataların hiç kimseye zarar vermemesini, yapılacak eğitimlerin interaktif biçimde yapılmasını, takım odaklı eğitim anlayışının yerleşmesini sağlayarak eğitimin tekrarlanabilir, standardize ve sonuçların objektif olarak değerlendirilebilir olmasını sağlamaya çalışacağız.

4. SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009 raporundan da anlaşılacağı üzere tarihsel bağlarla bağlı olduğumuz dost ve kardeş ülkelerdeki sağlık personeli sayısı yetersizdir ve bu ülkelerdeki sağlık göstergeleri genel olarak bölge ortalamalarının altında kalmıştır. Bu bağlamda önümüzdeki süreçte yapmayı planladıklarımızı şu şekilde özetleyebiliriz;

Diğer ülkelerden gelen sağlık personeline eğitim vermeye devam edilecektir.

Orta Asya ve Orta Doğu'daki ülkelerde medikal turizmde geliştirilmesi amacıyla tanıtım ve reklam faaliyetleri yapılacaktır.

Yapılan projeler kapsamında eğitim amaçlı yurtdışına personel gönderimi ve yurt dışından eğitim amaçlı sağlık personeli getirilecektir.

Etkili bir hizmet içi eğitim politikası geliştirilerek hem kendi personelimizin hemde yabancı uyruklu personelin daha kaliteli hizmet verebilirliği sağlanacaktır.

Uzaktan eğitim teknolojileri yatırımlarına hız verilecektir.

Uzaktan eğitim çalışmalarına süreklilik kazandırılacaktır.

Tıbbi Eğitim Merkezinde yerli ve yabancı sağlık personeline eğitimler verilecektir.

YABANCILARIN TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK EĞİTİMİNDE SAĞLIK BAKANLIĞININ ROLÜ VE ÜLKEMİZİN KAPASİTE KULLANIMI

Kamuran ÖZDEN / kamuran.ozden@saglik.gov.tr

Sağlık Bakanlığı Bakan Danışmanı

Sağlık Bakanlığı olarak sağlık alanında diğer devletlerle yürütülen işbirliği faaliyetlerine büyük önem vermekteyiz.

Özellikle, kültürel bağımız olan ülkeler başta olmak üzere bir çok ülke ile kapsamlı ve yoğun bir işbirliğine girdik. Söz konusu işbirliği faaliyetlerine hukuki zemin kazandırılmasını teminen çeşitli ülkelerle Sağlık Alanında İşbirliği Anlaşmaları imzalanmıştır. Halihazırda 55 ülke ile 91 adet Sağlık Alanında İşbirliği Anlaşması mevcuttur.

Bu anlaşmalarda sağlık personeli ve uzman değişimi, sağlıkla ilgili tüm konularda bilgi ve deneyim alışverişi, bilimsel kuruluşlar arasında doğrudan temasların sağlanması konularına ağırlık verilmiştir.

Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nca son dönemde başta Sudan, Yemen, Afganistan, Filistin ve Balkan ülkeleri olmak üzere,

- Sağlık sistemlerinin oluşturulmasında teknik destek,
- Sağlık personelinin Türkiye'de ve ülkelerinde eğitimi,
- Kongre ve konferanslar düzenlenmesi,
- Ortak ameliyatlara ve muayeneler gerçekleştirilmesi

gibi faaliyetler hayata geçirilmektedir.

Ülkemizde sağlık ve tıp alanında mevcut uluslararası standartlardaki bilgi, teknoloji ve tecrübe başta kültürel bağımız olan ve az gelişmiş ülkeler olmak üzere dost ve kardeş ülkelerle paylaşılmaktadır.

EĞİTİM ÇALIŞMALARI:

Bahsekonu Sağlık İşbirliği Anlaşmaları çerçevesinde ya da Dışişleri Bakanlığı ve Başbakanlık TİKA Başkanlığı'nın talepleri ve telkinleri doğrultusunda pek çok ülkenin sağlık personeline ülkemizde kısa ve uzun süreli eğitimler verilmektedir. Bu eğitimler eğitim konusuna göre Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ile Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde gerçekleştirilmektedir.

Bu çerçevede, Afganistan'dan Somali'ye çok geniş bir coğrafi yelpazede çalışmalar sürdürülmektedir. 2000-2011 yılları arasında 30'dan fazla ülkenin sağlık personeline eğitim verilmiştir. Eğitim alan yabancı uyruklu personel sayısı 2500'ü aşmıştır. Söz konusu eğitimler özel durumlar haricinde genellikle 1-3 ay gibi sürelerle planlanmaktadır. Eğitimler planlanırken sağlık hizmetlerinin bir ekip çalışması olduğu gerçeğinden hareketle, bütüncül bir yaklaşım izlenerek sadece hekimlere değil, hemşire, ebe, sağlık memuru, teknisyen gibi diğer sağlık çalışanlarına yönelik de programlar geliştirilmeye özellikle dikkat edilmiştir.

Bu eğitimler sonucu yabancı sağlık personeli, ülkemizde kazandıkları bilgi ve tecrübeyi kendi halklarının hizmetine sunmaktadırlar. Söz konusu personelin ülkelerine dönüşte daha başarılı ve verimli bir şekilde hizmet verdikleri, bir kısmının bu eğitimlerden sonra mesleklerinde yükseldikleri Sağlık Bakanlığı heyetlerince bu ülkelere yapılan ziyaretlerde müşahade edilmektedir.

ORTAK SAĞLIK HAFTALARI DÜZENLENMESİ:

Yabancı sağlık personelinin eğitimine katkı sağlamak amacıyla gerçekleştirilen diğer bir çalışma da ülkemizin imzaladığı Sağlık Alanında İşbirliği Anlaşmalarına istinaden, muhatap ülkelerle Ortak Sağlık Haftaları etkinlikleridir.

Bu itibarla, bugüne kadar Afganistan, Sudan, Moldova, Yemen ve Nahçıvan'da Ortak Sağlık Haftaları düzenlenmiş ve sözkonusu etkinlikler kapsamında işbirliği yapılan ülkelerle Sağlık Bakanlığı uzmanlarının, bilim adamlarının ve sağlık profesyonellerinin birbirleriyle alanlarında ortak konferanslar ve çalıştaylar bağlamında bir araya gelmelerine imkan sağlanmıştır. Ortak Sağlık Haftaları kapsamında Türk doktorlar ve uzmanlar, yabancı meslektaşlarıyla ortak ameliyatlara ve sağlık kontrolleri gerçekleştirmişler ve uluslararası alanda sağlık alanındaki Türk tecrübelerinin paylaşılmasına ve takdir edilmesine vesile olmuşlardır.

ZORLUKLAR:

Yabancı sağlık personelinin ülkemizdeki eğitiminde karşılaşılan en önemli sorunlardan birisi dil engelidir. Gerek ülkemize gelen yabancı uyruklu hekimlerin, gerekse kendilerine eğitim veren Türk hekimlerin önemli bir bölümü İngilizce konuştukları için hekimlerin eğitiminde bu sorunla nispeten daha az karşılaşmaktadır. Ancak aynı durum hekim dışı sağlık personeli için geçerli değildir. Hem yabancı uyruklu, hem de kendilerine eğitim veren Türk yardımcı sağlık personelinin İngilizce dil seviyelerinin yeterli olmaması eğitimler sırasında güçlüklerle yol açmaktadır. Bu nedenle, Türkiye'de eğitim alacak sağlık personelinin ülkelerinde veya Türkiye'de bir Türkçe kursuna tabi tutulduktan sonra çalışmalarına başlamaları eğitimin verimini önemli ölçüde artıracaktır.

Yabancı sağlık personelinin eğitimlerinde karşılaşılan zorluklardan birisi de eğitim süreleridir. Sağlık Bakanlığı'nın verdiği eğitimler genel itibarıyla 1-3 ay gibi sürelerle gerçekleştirilmektedir. Bazı spesifik alanlarda bu süreler yeterli gelmemekte, ancak gerek mevzuat gerekse eğitim finansmanı açısından bu sürelerin uzatılması mümkün olamamaktadır.

Diğer bir zorluk yabancı sağlık personelinin Türkiye'deki ikamet izinlerinden kaynaklanmaktadır. 30 günü aşan eğitimlere katılan sağlık personelinin Türkiye'de kalmaya devam edebilmek için ikamet izni almaları gerekmektedir. Sözkonusu ikamet izinleri ile ilgili işlemler zaman aldığı, hem de ek bir finansman gerektirdiği için zaman zaman güçlüklerle yol açmaktadır.

KAPASİTE KULLANIMI:

Ülkemizde eğitim alan yabancı sağlık personelinin sayısı yıllar içinde artmış olmakla birlikte bu alandaki kapasite kullanımının yeterli olduğu söylenemez.

Türkiye'de son 9 yıldır uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla ülkemizin sağlık hizmetleri sunumunda, dolayısıyla Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde nitelik ve nicelik bakımından ciddi bir kapasite artışı olmuştur. Artık Eğitim ve Araştırma Hastaneleri daha çok yabancı sağlık personeline eğitim verebilecek durumdadır.

Daha etkin bir koordinasyon sağlanması halinde mevcut imkanlarla daha çok sayıda yabancı sağlık personeline ülkemizde eğitim verilmesi mümkün olabilecektir. Bu yönde Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile üniversite hastanelerinin ortak çalışmalar yapması da kapasite kullanımının artırılmasına imkan sağlayacak diğer bir unsurdur.

Aynı şekilde, yabancı sağlık personelinin ülkemizdeki eğitimini yönelik çalışmalara özel sağlık kuruluşlarının, ilaç, tıbbi cihaz ve malzeme alanında faaliyet gösteren özel sektör kuruluşlarının da belli bir program dahilinde katkı sağlaması mevcut kapasiteyi önemli ölçüde artıracaktır.

GENEL DEĞERLENDİRME:

Yabancı sağlık personelinin ülkemizde eğitimleri ve ortak sağlık haftaları düzenlenmesi çalışmaları hem ilgili ülkenin insan kaynakları ve altyapısının gelişmesine destek sağlamaktadır, hem de bu ülkelerde Türkiye'nin tanıtımına katkı yapmaktadır.

Türkiye'de eğitim alan ve/veya Türk sağlık personeli ile ortak ameliyatlara gerçekleştiren yabancı sağlık personeli edindikleri bilgi, beceri ve tecrübelerle sonraki meslek hayatlarında daha başarılı olmakta ve daha iyi konumlara gelmektedir. Dolayısıyla çalışma yapılan ülkelerde Türk sağlık sektörünün bilinirliği ve görünürlüğü artmaktadır.

Ülkemizde eğitim alan yabancı sağlık personeli kendi ülkelerinden yurtdışına hasta transfer etmeleri gerektiğinde Türkiye'yi tercih etmektedir. Sağlık turizminin giderek geliştiği ve ülkeler arasında ciddi bir rekabet alanına dönüştüğü günümüzde bu husus, Türk sağlık turizmüne önemli katkılar sağlamaktadır.

Aynı şekilde ülkemizde eğitim aldığı süre içerisinde Türk ilacı, tıbbi cihaz ve malzemesi ile tanışan ve kullanma imkanı bulan yabancı sağlık personeli bu ürünlere bir yatkınlık ve yakınlık geliştirmekte, dönüşlerinde kendi ülkelerinde bu ürünler için bir pazar oluşturulmasına neden olmaktadır. Bu ülkemizde üretilen ilaç, tıbbi cihaz ve malzemenin yurtdışına ithalini ve yabancı pazarlardaki rekabet gücünü artırmaktadır.

Genel bir değerlendirme yapmak gerekirse, Sağlık Bakanlığı yabancıların Türkiye'deki sağlık eğitiminde öncü ve aktif bir rol oynamaktadır. Ülkemizin yurtdışındaki tanıtımına, yabancı ülkelerdeki nüfuzunun artmasına, dış ticaret kapasitenin artmasına katkıları dikkate alındığında bu çalışmalara devam edilmesi, imkanların ve kapasitenin geliştirilmesi ülkemize kısa, orta ve uzun vadede önemli getiriler sağlayacaktır.

ÜLKEMİZDE EĞİTİM ALAN YABANCILAR

YILLAR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
ÜLKE ADI													
AFGANISTAN			21	1			43	145	72	52	10	50	
ARNAVUTLUK	1	12	1			16				10	15		
AZERBAIJAN	48	31	20	9	7	16	17	36	56	56	74	232	
BOSNA-HERSEK	2	2								8			
BUTAN	-	-	-	-	-	-	-	-	12				
ENDONEZYA							6						
ETİYOPYA					2	1						21	
FLİSTİN					14	6	42	25	33	5	4	4	4
GÜRCİSTAN	1			14		1	2	4	24	16	36	16	
İRAN						24		49	33	28	20	87	
KARADAĞ	6												
KAZAKİSTAN	11	12	5	13						11		6	
KIRGIZİSTAN	9	9	16	2		2	4	4		2		18	4
KKTC	8	11	8	5	6	1	7	22	5	1	6	1	
KOSOVA										3	1	2	
MAKEDONYA											37		
MALEZYA									1		10	26	
MİSİR	1	1	3										
MOĞOLİSTAN							1		1			10	
MOLDOVA (Gökoğuz)	4	7	1							36			
ÖZBEKİSTAN	10	17	18	20	19	5	2	4	5	6	41	6	
ROMANYA		3	2										
RUSYA	1	20											
SUDAN	1			13		20	5	35	67	2	67	59	
SURİYE	1		1										
TACİKİSTAN	9	7	4	2	5	2	2	14	1	2	6		
TÜRKMENİSTAN	5	7	3					3		9	7		
UKRAYNA		4											
YEMEN								1		34	46	50	
SOMALI											10		
TOPLAM	118	143	103	79	53	97	133	346	311	281	390	588	8

TOPLAM 2.650 Kişi

*1 Mart 2012 tarihi itibarıyla

TÜRKİYE'DE EĞİTİM ALAN BİR KİŞİ OLARAK
SAĞLIK EĞİTİMİNİN YORUMU ve BEKLENTİLER

Dr. Mejdi Abdulla ADAM, magdi194@hotmail.com

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH

Saygı değer hocalarım, sayın konuk ve katılımcılar

Hepinizi saygı ile selamlıyorum.

Öncelikle, bu Kongreyi düzenleyen ve emeği geçen tüm kurum ve kişileri kutlamak istiyorum, ayrıca beni kongreye davet ettiklerinden dolayı da herkese teşekkür ederim.

İzninizle kendimi sizlere takdim etmek istiyorum,

Adım Mejdi Abdulla Adam, Sudan uyruklu, kadın hastalıkları ve doğum uzmanıyım, Hartum Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaktayım, aynı zamanda Sudan Sağlık Bakanlığının Türkiye – Sudan ilişkileri ve sağlık iş birliği koordinatörüyüm.

1992 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldum, 1993-97 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında ihtisas eğitimi aldım. Şu anda 4 yıldır Türkiye-Sudan Sağlık iş birliğinin protokolü çerçevesinde, Dr. Zekai Tahir Burak Hastanesinin Tüp Bebek Ünitesinde kursiyer olarak eğitim almaktayım.

İstanbul Tıp Fakültesinde, tıp eğitimi yanında, hocalarımız şefkati ve tüm öğrencileri kucaklamasını gördüm, büyüklere saygı, küçüklere sevgi terbiyesi, tıbbiyeli olmak ve deontolojik ilkelerini öğrendim ve yabancılık çekmeden mezun oldum.

Mezun olduğum dönemlerde, Türkiye de uzmanlık sınavı yabancı doktorları kapsamadığı için, 1993 yılında Hacettepe üniversitesinde düzenlenen Kadın doğum uzmanlık sınavına katıldım ve kazandım.

İhtisas eğitimi başlarken, acaba diğer asistanlarla eşit bir eğitim alabilecek miyim? Yerli asistanlar gibi hastalara muayene ve ameliyat yapma şansım olacak mı? İhtisas eğitiminde ayrımcılık olacak mı, gibi kuşkularım olmuştu. İhtisasa başladığım daha ilk gününde klinik hocalarımla tanıştığım da, hepsi beni güler yüzlü ve sıcak şekilde karşıladılar. İhtisas süresi boyunca hocalarımla ilgisi ve alakası çok iyi idi, diğer eğitim gören arkadaşlarımla hiçbir ayrımcılık yapmadılar, tüm asistanlar yerli olsun veya yabancı olsun, eşit bir şekilde eğitimimizi tamamladık. İhtisas eğitimi boyunca gerek hocalarım gerekse benden kıdemli asistan arkadaşlarımla çok sayıda hasta muayene, teşhis koydum ve çok sayıda ameliyat yapma şansım oldu. Sudandaki asistanlık eğitimi ile kıyaslayacak olursam buradaki eğitim Sudan'dan çok daha üstün ve kaliteli idi.

Yıllar sonra, tüp bebek eğitimi için Zekai Tahir Burak Hastanesinin Tüp Bebek ünitesinde eğitime başladım. Hacettepe de olduğu gibi eğitim sorumluları tarafından gayet iyi şekilde karşılanarak ilgi gördüm, diğer kursiyer arkadaşlarla eşit şartlarda eğitim programına tabi tutuluyorum. Kursiyer olarak, hastalarla bire bir ilgileniyoruz, hastayı değerlendirip, eğitim sorumlusuna danışarak gerekli, muayene ve tetkikleri yaptıktan sonra, klinik şeflerinin de katıldıkları konseyde hastayı aktif olarak tartışıyoruz. Beraberce tedavi şemasını belirleyerek hastayı takip ediyoruz. Yapılan medikal ve cerrahi tedavileri kurs sorumlularının gözetiminde bire bir yapıyoruz. Bu şekilde bir eğitim sisteminden dolayı toplam 6 aylık eğitimimin ilk 4 ayı çok verimli bir şekilde geçti.

Sağlık açısından Türkiye'yi şu anda dünyada çok iyi bir yerde görüyorum. Dünyada uygulanan medikal ve cerrahi tedavilerin neredeyse tamamı Türkiye'de yapılmakta. Türkiye'de Eğitim açısından yerli ve yabancı ayırımı yapılmadan kaliteli bir eğitim verilmekte.

İhtisasa başladığım dönemde yabancılara merkezi bir sınav uygulaması yoktu. Üniversitelere yabancılardan bire bir başvurusu ve klinik içinde usulen bir sınav uygulaması vardı. Şimdi ise yabancı uyruklulara çoğu üniversitede kontenjan ayrılmış durumda ve merkezi bir sınav yapılarak yerleştirilme yapılmakta. Tebrik edilecek bir uygulamadır. Yabancı uyruklu asistanlara maddi olarak çok az da olsa destek olunması ve ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlandırılması çok iyi olur.

Son olarak Türkiye - Sudan sağlık iş birliğinin anlaşmasına değinmek istiyorum. 2003 yılında iki ülke arasında imzalanan bu anlaşma çerçevesinde sağlık yardım ve faaliyetleri düzenlenmiş. Sudanlı doktor ve hemşirelerin eğitimleri Türkiye'de kolay oldu. Benden önceki iki konuşmacının bu yurdukları gibi, bu anlaşma, iki ülkenin halkını yakınlaştırmış ve bir köprü oluşturmuştur. Kendim ve Sudan halkı adına T.C. Sağlık Bakanlığı ve emeği geçen her kеше teşekkür ederim. Ayrıca Şimdiye kadar benim tıp eğitimime katkıda bulunan ve emeği geçen tüm kurumlara ve hocalarıma huzurunuzda şükranlarımı sunarım.

Beni dinlediğiniz için teşekkür eder, saygılar sunarım.

5. OTURUM SORU-CEVAP

Prof. Dr. Selami AKKUŞ- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fak. Dekanı (Oturum Başkanı): Şimdi soru veya katkısı olan varsa onları bekletmeyelim. Buyurun. Soruyu kime sorduğunuzu da söylerseniz.

Prof. Dr. Önder AYDINGÖZ- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanı - TOTBİD Başkanı; Öncelikle bu kongrenin düzenlenmesi için tüm yetkililere teşekkür ediyorum. Başta Safa Kapıcıoğlu hocamız olmak üzere kendisinin nazik daveti ile buradayım. Ancak kongre içinde tespit ettiğim ve daha önceki oturumda da dile getirilen bir eksiklik uzmanlık derneklerinin eğitime katkıları ile ilgili yeterli yerin ayrılmamış olması, gerek TTB UDEK kapsamında yapılan çalışmalar, gerek uzmanlık dernekleri kapsamında yapılan çok ciddi çalışmalar var. Bunlar da yer alabilirdi diye düşünüyorum. Bu arada yabancı uyruklu asistanlarımızla ilgili bir sorun var. Bu arkadaşlarımızın ücretlendirilmesi konusu. Bu üniversitelerden üniversitelere göre veya hastanelere göre farklılıklar gösterebiliyor. Çok iyi yapılmış bir düzenleme yok bildiğim kadarıyla. 2005 yılında 5331 sayılı bir kanun var. Onunla Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinin kastedildiği anlaşıyor. Kanunun yazılışından. 500 liraya kadar döner sermayelerden gelir aktarılabilirliği söyleniyor. Ancak üniversitelerdeki uygulamalar çok farklı. Benim kendi üniversitemde bu arkadaşlarımıza herhangi bir ödeme yapılmıyor. Yasal dayanağı olmadığı söylenerek. Bu kişilere yapılmış bir haksızlık olduğunu, insan haklarına aykırı olduğunu düşünüyorum. Bu konuda belki düzenlemelerin yapılması için harekete de geçilebilir. Bu yani olaylara by passlar yerine daha gerçekçi uygulamalar herhalde iyi olacaktır. Bu arada çok kısa bir şeye daha değinmek istiyorum. Burada herhalde erasmus öğrencilerinden de bir miktar bahsedilebilir. Değişik üniversitelerimizde fakültelerimize değişik ülkelerden gelen öğrenciler var. Tabii bize uzmanlık eğitimi için gelen öğrencilerimize, uzmanlık öğrencilerimize mecburen ya da tam bir uzun süreli tüm tıp fakültesi eğitimi için gelen öğrencilerimize Türkçe'yi öğrenmek bir mecburiyet olarak karşılıklarına çıkıyor ama bu şekilde 6 ay 7 yıl gibi sürelerle Avrupa'dan ya da diğer ülkelerden gelen Erasmus öğrencileri söz konusu değil. Bu nedenle İngilizce eğitiminin en azından bazı fakültelerde olması gerekiyor zannediyorum. İngilizce tıp eğitiminin Türkiye'de ne kadar gerekli olduğu tartışılabilir. Bu hakikaten değişik yönleriyle eleştirilere açık bir konu. Ama Erasmus gibi programlarda ülkemizin karşılıklı olarak yer alması, belli bir düzeyde yer alabilmesi için de en azından bunun olması gerektiğini düşünüyorum. Yani bunlar her zaman öyle yarım tıp fakülteleri değil. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Selami AKKUŞ- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fak. Dekanı (Oturum Başkanı): Hocam buyurun

Bir Katılımcı; Erasmus Programıyla bizim burada bahsettiğimiz program çok farklı. 1. 2, bizim Türkiye'den Erasmus Programıyla dışarıya giden öğrencimiz için dünyanın hiçbir ülkesinde Türkçe eğitim yoktur. Var mıdır yoktur. Buraya da gelecek olan öğrenci birazcık öğrenebilir. Erasmus farklı. Tabii ki Erasmus İngilizce eğitim verelim ya da biz de ayağımızı uyduralım. Ama uzun süre kalacak arkadaşlarımız canlı örnek. Türkçe konusunda birazcık bir şeyler yapmalılar.

Prof. Dr. Selami AKKUŞ- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fak. Dekanı (Oturum Başkanı): Engin Hocam buyurun

Uzm. Dr. Engin UÇAR- Tıpta Uzmanlık Kurulu Sekreteryası; Uzmanlık eğitiminde yabancı uyrukluların istihdam edilmesinde bu ücret problemi gerçekten önemli. Çeşitli burslar aracılığıyla, derneklerin verdiği ya da döner sermaye payıyla bir miktar desteklenebiliyor bu kişiler. Ancak sos-

yal bir probleme yol açıyor. Aynı zamanda sağlık sigortaları da olmuyor bu kişilerin. Veya çocukluk çocukları da olabiliyor. Onların bu sigorta kapsamında bulundurulması ayrıca son zamanlarda bu mesleki mali sorumluluk sigortası çerçevesinde de ödenmesi gereken bir prim var. Ben burada bir katkıda bulunmak açısından üzerinde çalışmaları devam eden bir projeden bahsetmek istiyorum. Başbakanlığa bağlı Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Genel Müdürlüğü'nün bir projesi var. Büyük öğrenci projesi diye adlandırılıyor. Son on yılda yaklaşık elli bin yabancı öğrenciye burs verilmiş. Bu projenin revizyonu şu anda yapılıyor ve bakanlığımızın Başbakanlıkla yaptığı görüşmeler çerçevesinde uzmanlık eğitimi seviyesindeki yabancı öğrencilerin de bu burstan faydalanabilmesinin önünü açmış bulunuyoruz. 2013 yılı için bu bursa online bir başvuru yapılabilecek. Mevcut yabancı uzmanlık öğrencileri de bu bursa başvurabilecek. Yaklaşık 1000, 1100, 1200 lira civarında olması planlanan uzmanlık öğrencileri için bir burs olacak bu. Genel sağlık sigortasını ve meslek sigortasını da ayrıca kapsayacak şekilde planlanması için zorluyoruz. Ayrıca belirtmek istediğim bir şey var. Türkçe ile ilgili. Uzmanlık eğitimi uygulamalı bir eğitim olduğu için ve ülkemizde bu hizmetin sağlık hizmetinin muhatabı olan vatandaşlarımızın yabancı dil bilme oranı çok düşük olduğunu da göz önünde bulundurduğumuzda, uzmanlık öğrencilerinin Türkçe bilmesi, Avrupa dil portfolyosunda tarif edilen kategorilerde B2'ye denk gelen bir seviye bu. Türkçe bilmeleri hayati önem taşıyor. Hem meslektaşları ile yardımcı sağlık personeliyle hem hasta ile iletişimleri çok kritik çünkü didaktik bir eğitim değil bu uygulamalı bir eğitim. Yapabilecekleri hataların önüne geçebilmek için. Burada şöyle bir paradoksla karşılaşıyoruz yalnız. Türkçe bilmeyen bir aday Türkiye'ye geldiğinde hem seçme sınavı yerleştirme sınavı Türkçe, önce Türkçe öğrenip bunun için 6 ay ile 1 yıl arasında en azından bir çaba sarf etmesi gerekiyor adayın. Hem de sonra sınavı geçmesi gerekiyor. Türkçe öğrendikten sonra sınavı geçme garantisi yok. Sınavı geçtikten sonra Türkçe öğrenme veya o B2 seviyesine ulaşabilmesi için kendisine bir süre tanınıyor ama burada henüz çözülememiş bir paradoks var aslında. Bunun üzerinde biraz daha kafa yorup, önerileri alıp çözüm önerilerini alıp, düzenlemeleri belki daha ideale yaklaştırmak mümkün olabilir. Teşekkürler.

Prof. Dr. Selami AKKUŞ- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fak. Dekanı (Oturum Başkanı):

Evet buyurun öğrencim. Araştırma görevlisi, beyin cerrahi Hacettepe'de.

Dr. Sahin HANALIOĞLU- Hacettepe Üniversitesi; Teşekkür ederim. Hocam siz de ifade ediniz. Hacettepe Beyin Cerrahi servisinde araştırma görevlisiyim. Ben kendim aslında aile olarak Azerbaycan'dan 17 yıl önce Türkiye'ye taşınmış ancak sonradan Türk vatandaşlığına geçmiş bir ülkenin çocuğuyum. Şu an Türk vatandaşı olarak asistanlığımıza devam ediyorum ancak yabancı uyruklu asistan arkadaşlarımızın sorunlarını çok iyi biliyorum. Ben de uzun süre yabancı uyruklu olarak öğrenim gördüğüm için. Aslında iki soru soracaktım. Birincisi, hocam ve Engin Bey tarafından hani geniş bir şekilde ifade edildi. Belki bir kez daha tekrar etmekte fayda var. Özellikle ücret ve sigorta sorunu yabancı uyruklular için çok büyük bir sorun. Bir önceki oturumda tartıştığımız Amerika, Almanya, AB ülkelerini örnek almak istiyoruz veya onlardaki iyi uygulamaları öğrenmek istiyoruz. Onların hepsinde asistanların eşit şartlarda ücret alıyorlar. Sigortalılar ve aynı özlük haklarına sahipler. Burası bu konuda Türkiye'nin çok geride olduğunu ve bunun bir an önce halletmesi gerektiğini zannediyorum herkes tarafından paylaşılabilecek. İkinci sorumsa Kamuran Bey'e olacak. Benim kafamda çok iyi anlayamadığım, son dönemdeki bu yetişecek olan yabancı uzmanlardan beklentilerle ilgili bir çelişki var. Bu uzmanlardan beklentimiz bunların kendi ülkelerine dönmesi mi, yoksa yabancı uyruklu doktorların ülkemizde çalışması düşünülen yasa tasarısındaki gibi burada kalıp çalışmalarını mı? Çünkü iki alternatif birbirinden farklı seçenekler sunuyor. Eğer birini tercih ediyorsak eğer bir politika olarak herhangi bir tanesi öncelikliyse, neden her ikisi yönünde ifadeler var da bu tam olarak nasıl bir politikaya oturmuş durumda? Birçok farklı nokta Murat hocam Nahçıvan'ı ayrı bir ülke olarak gösterdi ama Nahçıvan Azerbaycan'ın bir parçası. Yine de ayrı bir slayt olarak hani...

Tamam.. Onu biz Azerbaycan'ın içinde görmek isteriz. Tamam teşekkürler.

Kamuran ÖZDEN- Sağlık Bakanlığı Bakan Danışmanı; Şimdi soruyu Azerbaycan'dan sorduğunuz için öyle anlıyorsunuz. İkisi çok farklı. Bizim amacımız öğrenciyi aldığımız ya da sağlık personelini aldığımız ülkeye yardımcı olmak. O ülkedeki personeli alıp, Türkiye'de eğitmek, Türkiye'de kullanmak değil. Eğitimin amacı budur zaten. Azerbaycan vatandaşı bir sürü arkadaşınız şimdi soruyor. "Türkiye'de yabancı sağlık personeli çalışma yazısı ne oldu?" diye Herkes Türkiye'ye gelip çalışmak istiyor. Onun şartları çok farklı biliyorsunuz. Sadece Azerbaycan olarak düşünmeyin. Türkiye'de kendi Türkçesi ile eğitim yapabilecek Azerbaycan, Nahçıvan, Özbekistan bir nebze. Türkmenistan bir nebze. Onlar da yine Türkiye'de eğitim alarak belli bir süre kalarak. Onun dışında Türkçe konuşan Trakya'daki soydaşlarımız var. Bizim amacımız burada eğitimi verip, insanı yetiştirip kendi ülkesinde sağlık sistemine katkıda bulunmasını sağlamak. Doğrusu da budur zaten.

Prof. Dr. Selami AKKUŞ- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fak. Dekanı (Oturum Başkanı):

Safa Hocam söz istiyor. Daha sonra size döneceğim.

Prof. Dr. Safa KAPICIOĞLU- Keçiören EAH Başhekimi, TUK üyesi, Kongre Yürütme Kurulu Başkanı; Teşekkür ederim. Bundan önceki panel de atıfta bulunarak bir şey söylemek istiyorum. Ölçme, seçme ve yerleştirme merkezi yani ÖSYM'nin yükü her geçen gün artıyor. ÖSYM'nin bünyesinde veya ayrı olarak herhalde bir sağlık sınav merkezinin oluşturulması gerekir diye düşünüyorum. Çünkü sağlık alanında çok ciddi sınavlar gündemde. Çok istenmesine rağmen çok konuşulmasına rağmen, tıpta uzmanlık bitirme sınavlarının da merkezi hale getirilmesi henüz, mümkün olmadı. Bu olduğu taktirde de çok ciddi bir yük gelecek. O bakımdan sağlık alanı ile ilgili bir sınav merkezi, bir sınav sisteminin uygulanması gerekiyor. Yurt dışıyla ilişkilerde Sağlık Bakanlığı tabii bir rol üstleniyor bu çok önemli. Bunun dışında basından da takip ediyoruz pek çok vakfımız yurt dışında sağlık hizmetinde bulunuyor ama bunların sayılarının artması lazım. Sağlıkla giderseniz, o ülkeyi fethedersiniz. Benim kısaca gerçekten sağlık çok önemli bir alan ve o alanı bizim yetişmiş insan gücünü de kullanarak iyi değerlendirmemiz gerekir diye düşünüyorum. Dil sorununu biraz daha tartışacakmışız gibi görünüyor. Benim buradaki kişisel görüşüm ne Türkçe'den ne de şu anda uluslararası kabul gören dil olan İngilizce'den vazgeçmeden bunu bir çift atlı araba gibi düşünerek uygulamamız lazım. Türkçe tıp eğitim olmalı ama bu arada İngilizce'yi de çok iyi bilen eğitimcilerimiz, sağlık çalışanları yetiştirmeliyiz.

Prof. Dr. Osman GÜNAY- Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı; Kamuran Bey'i dil açısından desteklemek için bir örnek vereceğim. Ben kurumumun Erasmus koordinatörüyüm. Bizim Bulgaristan'da ve İtalya'da birer fakülteyle anlaşmalarımız var. Bulgaristan'daki fakülte İngilizce eğitim veriyor. İtalya'daki fakülte İtalyanca eğitim veriyor. Bizim bize başvuran öğrencilerin, istisnasız hepsi İtalya'da eğitim görmek istiyorlar. İtalyanca öğrenip, İtalya'da eğitim görmek istiyorlar. Yani siz güçlü olursanız, tercih edilir olursanız, sizin dilinizi öğrenirler diye düşünüyorum. Teşekkür ederim

Prof. Dr. Selami AKKUŞ- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fak. Dekanı (Oturum Başkanı):

Teşekkür ederiz. Başka soru veya katkı yok. Peki oturumu kapatıyorum.

Prof. Dr. Halis Yunus ERSÖZ

Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

**6. OTURUM****SAĞLIK MESLEK LİSELERİNİN DURUMU ve GELECEĞİ**

Değerli Konuklar; sözlerime başlarken hepinizi saygı ve sevgiyle selamlarım. Böylesi kapsamlı bir Kongrenin hazırlanmasında emeği geçen, başta Sayın Prof. Dr. Safa Kapıcıoğlu olmak üzere, herkesi tebrik eder, teşekkürleri sunarım.

Değerli konuklar; ülkemizde sağlık meslek liseleri sağlık personeli ihtiyacının karşılanmasında önemli bir yere sahiptir. Başta hemşireler olmak üzere acil tıp teknisyenleri, anestezi teknisyenleri, diş protez teknisyenleri, radyoloji teknisyenleri, tıbbi sekreterler ve diğer yardımcı sağlık personeli bu okullarda yetişmektedir. Okullarımızla sağlık sektörü arasında öğrencilerimizin işletmelerdeki mesleki eğitimi ve özellikle okul sonrasında istihdamları alanlarında sıkı bir işbirliği mevcuttur. Bu işbirliği ortaöğretim düzeyinde mesleki eğitim vermeyi, meslek edindirmeyi daha da rasyonel hale getirmektedir. Özellikle okul sonrasında istihdam imkanı bulunması resmi ve özel sağlık meslek liselerine olan talebi artırmaktadır.

Öğrenciler, okul sonrasında doğrudan istihdam imkanı bulabileceklerini düşündüklerinden hem okuldaki teorik eğitim ve hem de işyerlerinde verilen mesleki beceri eğitimi dönemlerinden maksimum düzeyde yararlanmaya çalışmaktadır. Öğrencilerimiz, hastanelerde verilen mesleki eğitimi hayatı boyunca yapmaları en fazla muhtemel mesleği öğrenme ve iş yeri deneyimi kazanma açısından bir fırsat olarak görmektedir. Daha da önemlisi öğrencilerimiz staj yaptıkları işyerini mezuniyet sonrası çalışacakları işyeri olarak görmektedir. Yine bu sektörde işverenler mesleki eğitim sürecine istihdam edeceği çalışanı belirleme süreci olarak yaklaşmaktadır.

Gerçekten, işverenler işletmelerdeki mesleki eğitim döneminde öğrencilere sektörün kalite düzeyini koruma güdüsüyle olabildiğince mesleği öğretmeli, bu kişinin mezun olduğunda aynı mesleği icra edeceğini, ya kendinin ya da komşusunun işyerinde çalışacağını aklından çıkarmamalıdır. Çünkü mesleki eğitim, okullarda verilen teorik ve uygulamalı eğitim ile işletmede yapılan beceri eğitiminden oluşmaktadır. Bu iki alandan birindeki aksama öğrencilerimizin niteliğini etkilemektedir. Mesleki eğitim sisteminin geliştiği ülkelerde okul-sektör bağı çok güçlüdür ve her iki kesim sorumluluklarını bütünüyle yerine getirmektedir.

Değerli konuklar, "Sağlık Meslek Liselerinin Durumu ve Geleceği" konulu bu oturumda sağlık personeli yetiştiren kurumları mercek altına alacağız. Ben şu hususu belirtmek isterim. Kuşkusuz bir mesleğin gerektirdiği yeterlilikler hangi eğitim düzeyinde temin edilebilecekse meslek, o eğitim düzeyinde edindirilmelidir. Kurumsal ve mesleki kaygılar ile mesleki derinleşmeyi sağlamak amacıyla gerekmediği halde bir üst eğitim düzeyinin belirlenmesi hem ülke kaynaklarının, eğitim süresinin uzaması nedeniyle israfına ve hem de verimsiz insan kaynağının artışına yol açmaktadır. Gerçekten, yapılacak işle eğitim düzeyi ve çalışan arasındaki uyumsuzluk başlangıçta olmasa bile uzun vadede çalışanda verim düşüklüğüne yol açmaktadır. Bu tür işletmelerde işgücü devir hızı yükselmekte ve çalışan verimliliği azalmaktadır.

Bu duygu ve düşüncelerle, sözü çok değerli konuşmacılara bırakıyorum...

SAĞLIK MESLEK LİSELERİNDEKİ SAĞLIK EĞİTİMİNE TARİHSEL BAKIŞ VE MEVCUT DURUM

Doç. Dr. Sinan YOL, sinanyol@hotmail.com

TUK Üyesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH

Sağlık Meslek Liselerinin tarihine baktığımız zaman, çok önemli bir noktayı görüyorum. Özellikle mesleki eğitim noktasında bir ihtiyaç varsa, bütün dönemlerde bu ihtiyacı karşılama yolunda bazı ara formüller bulunmuş. Bu benim için çok dikkatimi çeken bir husustur. Tabii hemşirelik veya diğer sağlık mesleklerini ifade ederken bu iş, Cumhuriyet dönemi öncesinde hasta bakıcılıkla başlamıştır. İşte Kırım Savaşı ve Besim Paşa'nın yapmış olduğu gayretler. Burada temel espri, o dönemlerde bu işin hep hastabakıcılık kurslarıyla devam ettirilmiş olmasıdır.

Hilali Ahmer Cemiyeti, bu konuda öncülük etmiştir. Birinci dünya savaşı yıllarında hasta bakıcısı sayımız bu kurslardan yetişmiş, formal bir eğitim almadığı halde kurslarda yetişmiş olan sayının da çok az olduğunu görüyoruz. 1920 yılına gelindiği zaman Amerikan Hastanesi'nde, Robert Koleji kızlar bölümüne alınan öğrencilerin çok az bir kısmı hemşirelik eğitimi verilmek üzere ayrılıyor. Bunlar da Amerikan Hastanesi'nde eğitimlerine devam ediyor ve iki buçuk yıllık bir eğitimle bu kişiler yetiştiriliyor. Sayıya baktığımız zaman 1920 yılında sekiz kişi bu bölüme kaydoluyor. Bir sonraki yıl ise, işte dört yüzün üstünde öğrenciden yirmi dört tanesi bu bölüme kaydolmuş durumda.

Hilali Ahmer Cemiyeti, Kızılay olduktan sonra 1925 yılından daha önce düzenlemiş olduğu hastabakıcılık kurslarını artık bir eğitim sürecine döndürmüş ve burada da çok güzel bir yöntem uygulamışlar. Üç ay + iki yıl. İlk üç ay bu kişiler bir deneme sürecine tabi tutulduktan sonra, iki yıllık daha çok hastane içerisindeki bir eğitimden geçirildiğini görüyoruz. Eğitimlerini hastane doktorları veriyor. Daha önce doktorların düzenlemiş olduğu kurslardaki gibi. Farklı hastanedeki doktorlar, bir başka yerde bu kişilerin eğitimlerine katkı sağlıyorlar.

Hemşire veya hasta bakıcı olmak için aranan şartlar; okuryazar olmak, iyi ahlak sahibi olmak ve sağlıklı olmak. 1925 yılında yirmi dört, 1926'da yirmi, 1927'de yirmi yedi öğrencinin olduğunu görüyoruz. 1925'de kaydolan yirmi dört öğrencinin 1927 yılında ancak on altısı bu okulu bitiriyor, bir tanesi de bütünlemeye kalmış.

Okulun o dönemki talebi çok yüksek olmasına rağmen, okul müdürü bu talepleri karşılayamadığını mektuplarıyla değişik yerlere bildiriyor. O dönemde de aynı sıkıntıların yaşandığını görüyoruz.

1936 yılında okulun müdürü değişiyor ve bu okul artık üç yıllık bir eğitime kavuşturuluyor. 1958 yılında ise dört yıllık sağlık kolejleri haline dönüştürülüyor.

Sağlık Bakanlığı da 1946 yılında, önce Haydarpaşa'da daha sonra Zeynep Kamil Hastanesi'ne taşınmış olan hemşirelik okulunu kuruyor. Burada ortaokul mezunlarını alıyor ve üç yıllık bir eğitimden geçiriyor. Kısa bir süre sonra kapanan Şişli Çocuk Hastanesi'ndeki okul açılıyor. Bunları takiben Haseki Hastanesi'nde ve değişik illerde bu okullar açılmaya başlanıyor. Ancak bu okulların en yoğun bir şekilde ortaya çıktığı dönem 1988-92 yılları arası. Sayıları üç yüzü buluyor.

Burada dikkatinizi çekmek istediğim bir husus; 1958 yılında üç yıllık olan bu okulların eğitimin kalitesini arttırabilmek için dört yıllığa çıkartmış olmakla beraber halen ihtiyaçlar karşılanmadı diye, 1957 yılında bu sefer hemşire yardımcısı kursları düzenlemeye başlıyoruz. Lise eğitimini üç yıldan dört yıla çıkartıyoruz ve beraberinde de hemşire yardımcısı kursları düzenliyoruz. Lise mezunu olan

bayanlara, bir buçuk yıllık teorik ve pratik eğitim vererek hemşire yardımcısı yetiştiriyoruz. Bu, 1967 yılına kadar devam ediyor.

Burada çok önemli bir gelişme olmuş. Ege Üniversitesi'nin ilk açıldığı 1955 yılında rahmetli Muhittin Erel hoca, Tıp Fakültesi ile birlikte hemşirelik okulunu da beraberinde açıyor. Dikkatimi çeken iki husus var bu noktada. Hoca İzmir'de Tıp Fakültesi kurmaya çalışırken, iki önemli eleştiriyi alıyor. Bunlardan bir tanesi taşrada yani Ankara ve İstanbul dışında Tıp eğitimi yapılır mı? Meclis kayıtlarında bu var. Yapılmamalıdır eleştirisini alıyor. İkincisi ise, "mevcut tıp fakültelerini adam ettik de mi, onların ihtiyaçlarını karşıladık da mı yeni bir tıp fakültesi açıyoruz?" eleştirisini alıyor. Aradan geçen elli yılı aşkın bir süre içerisindeki hep aynı konuları konuşmakta olduğumuzu görüyorum. Yalnız yapılan bir önemli hata var burada. Ortak eğitime alıyorlar bu öğrencileri. Birinci yıl FKM'leri beraber okuyorlar. Sonraki üç yıldaki meslek derslerinden sonra hemşire olarak gelen birçok kişi, tıp fakültesine kayıyor. Dört yıl sonra sadece iki tane mezun verebiliyorlar.

Açıköğretim Fakültesindeki eğitimler var. 1996 yılında çok önemli bir gelişme daha var, değişim var. Bu da 1995 yılındaki yüksek sağlık şurası ebe, hemşire ve sağlık memurluğu eğitiminin lisans düzeyinde yürütülmesi kararını alıyor. Bunun üzerine de hükümet, Resmi Gazete'de yayınladığı bir protokol ile yetmiş dokuz tane sağlık meslek lisesi binasını yüksekokul yapmak üzere üniversitelere devrediyor. 1996-2000 yılları arasında sağlık meslek liselerine ebe, hemşire ve sağlık memurları öğrencisi alınmıyor. Tabii Sağlık Bakanlığı'nın bu kararı AB'nin direktiflerine uygun olaraktan da ele alınıyor, değerlendiriliyor. Hemşirelik eğitiminin değişik düzeylerde verildiğini görüyoruz. 2000 yılına gelindiği zaman, Sağlık Bakanlığı aldığı bir karar ile bu protokolü iptal ederek sağlık meslek liselerinin bu bölümlerini tekrar hayata geçiriyor ve tekrar öğrenci almaya başlıyor. Sağlık meslek liselerine tekrar öğrenci alınması ile kaosun ve geldi gittilerin yaşandığı bir dönem başlıyor.

Sağlık Bakanlığı, 2004 yılında sağlık meslek liselerini Milli Eğitim Bakanlığı'na devretme kararını alıyor. Diğer bakanlık bünyesindeki bütün okulların, 5450 sayılı kanun gereği Milli Eğitim Bakanlığı'na devri söz konusu olduğu için. Ancak bu yılda da sekiz yıllık temel eğitimden sonra, dört yıl olan sağlık meslek liselerinin bu bölümlerine öğrenci yetiştirilmesi konusu çok aktif bir şekilde tartışılıyor. Tabii bu dönemde, mahkemeleşme süreçleri var. Öğrenci alınıp alınmaması konusunda büyük bir kaosun yaşandığı, ne yapılması gerektiğinin net olmadığı bir dönem. Ancak Sağlık Bakanlığı bu dönem içerisinde ebe, hemşire ve sağlık memuru eğitiminin, AB direktifleri doğrultusunda yüksekokul düzeyinde olması kararlılığında ısrarlı davranıyor. Bu konuyla ilgili, Sağlık Bakanlığı'nın Milli Eğitim Bakanlığı'na yazmış olduğu birkaç tane yazı var. Bu yazışma sonucu; 2000 yılında eğitime başlayan sağlık meslek liselerine 2005-2006 öğretim yılında okulların bu bölümlerine öğrenci alınmıyor.

Hemşire eğitimini lisans düzeyinde yürütelim derken, bir de realite var. Hemşire sayımız çok az. Bunu çözme yolunda nasıl adımlar atılabilir diye, bunu çözemediğimiz için de Milli Eğitim Bakanlığı hemşire eksikliği nedeniyle, 2007 yılında tekrar sağlık meslek liselerinin ilgili bölümlerine öğrenci almaya başladı. Tabii, burada dengeyi sağlayabilmek çok önemlidir. Bunun nasıl yapılacağını ben den sonraki bütün tartışmacılar sanırım dile getireceklerdir. Ben son olarak; sağlık meslek lisesi, memleket meselesi diyorum.

SAĞLIK MESLEK LİSELERİNİN GEÇMİŞİ VE MEVCUT DURUMU

Doç. Dr. Ömer AÇIKGÖZ

Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürü

Sağlık meslek liseleri; sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu hekimlik dışı alanlara nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesini ve sağlık mesleklerinin geliştirilmesini hedefleyen kurumlardır. Ülkemizde hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla Cumhuriyet döneminde Sağlık Bakanlığına bağlı olarak Sağlık Memurları Okulları, Köy Ebe Okulları ve Hemşirelik Okulları açılmıştır. Bu okullar daha sonra dört yıllık eğitim veren sağlık meslek liselerine dönüştürülmüştür.

Sağlık meslek liseleri, eğitimde birlik ve beraberliğin sağlanması amacıyla 26.01.2006 tarihli 5450 sayılı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Bağlı Okulların Millî Eğitim Bakanlığına Devredilmesi ile Bazı Kanunlarda ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'la Millî Eğitim Bakanlığına devredilmiştir.

29.06.2006 tarih ve 26213 Sayılı Resmi Gazete yayımlanan 19.Mesleki Eğitim Kurulu Kararı ile Sağlık meslek liselerinde eğitim ve öğretime devam edilen Hemşirelik dahil 9 alan; "3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu" kapsamına alınmıştır. Mesleki eğitim uygulamaları, 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu ile Mesleki ve Teknik Eğitim Yönetmeliği esaslarına göre yapılmaktadır. Buna göre sağlık işletmelerinde beceri eğitimi yapan 11 ve 12'nci sınıf öğrencileri iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı sigortalı olmakta, ayrıca asgari ücretin %30'u oranında ücret alma imkânı bulunmaktadır.

Danıştay 8.Dairesinin 21.12.2005 tarih E:2005/2527, K:2005/5311 kararı gereği Başkanlığımıza bağlı sağlık meslek liselerinin Ebelik, Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu bölümlerine 2004-2005 öğretim yılından itibaren öğrenci alınması durdurulmuş olup, 2005-2006 ve 2006-2007 öğretim yıllarında söz konusu bölümlere öğrenci alınmamıştır.

25/2/1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun Geçici 2'nci maddesinin son fıkrası "Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir." gereğince, Başkanlığımıza bağlı sağlık meslek liselerinin Hemşirelik programına 2007-2008 öğretim yılından itibaren (Kız-Erkek) öğrenci alınmaya başlanmış olup, 2012-2013 öğretim yılında öğrenci alımına son verilecektir.

Sağlık meslek liseleri 13.04.2010 tarih 1038 sayılı Makam Onayı ile Anadolu sağlık meslek liselerine dönüştürülmüştür. Halen 310 Anadolu sağlık meslek lisesinde 70.254 öğrenci, 21 Özel Anadolu sağlık meslek lisesinde 2.575 öğrenci ile eğitim ve öğretime devam edilmektedir.

ÖĞRETİME DEVAM EDİLEN ALAN/DAL ÖĞRETİM PROGRAMLARI

Öğretime devam edilen alan/dal programları; "Ortaöğretim Projesi" kapsamında yeterliliğe dayalı ve modüler yapıda hazırlanmış olup, 2008-2009 öğretim yılından geçerli olmak üzere uygulamaya konulmuştur. Sağlık alanında ihtiyaç duyulan meslekler ISCO-88 ve İSCED-97 gibi uluslar arası sınıflandırmalara göre yeniden adlandırılarak diplomaya götüren 4. seviye programlar olarak uygulamaya konulmuştur.

Anadolu sağlık meslek liselerinde; Acil Sağlık Hizmetleri, Anestezi ve Reanimasyon, Çevre Sağlığı, Diş Protez, Hemşirelik, Ortopedik Protez ve Ortez, Radyoloji, Sağlık Hizmetleri Sekreterliği, Tıbbi Laboratuvar alanlarında öğretim yapılmaktadır.

Öğretime devam edilen alan/dal mezunları "Teknisyen, Hemşire, Tıbbi Sekreter" unvanı alır, diplomaları istihdamlarını sağlayan Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilir. İstemeleri halinde kendi alanlarında yükseköğretim ön lisans veya YGS ve LYS sınavları sonunda lisans programlarına yatay ve dikey geçiş yaparak öğrenimlerine devam ederler.

ÖĞRETİM PROGRAMLARININ NİTELİKLERİ

1. Acil Sağlık Hizmetleri alanı öğrencileri öğrenimleri süresince 2.988 saat genel kültür, 1.476 saat okulda mesleki eğitim, 1.600 saat işletmede mesleki eğitim olmak üzere toplam 6.064 saat,
2. Anestezi ve Reanimasyon alanı öğrencileri öğrenimleri süresince 2.880 saat genel kültür, 1.548 saat okulda mesleki eğitim, 1.600 saat işletmede mesleki eğitim olmak üzere toplam 6.028 saat,
3. Çevre Sağlığı alanı öğrencileri öğrenimleri süresince 2.484 saat genel kültür, 1.476 saat okulda mesleki eğitim, 1.600 saat işletmede mesleki eğitim olmak üzere toplam 6.028 saat,
4. Diş Protez alanı öğrencileri öğrenimleri süresince 2.988 saat genel kültür, 1.584 saat okulda mesleki eğitim, 1.600 saat işletmede mesleki eğitim olmak üzere toplam 6.172 saat,
5. Ortopedik Protez ve Ortez alanı öğrencileri öğrenimleri süresince 2.484 saat genel kültür, 2.340 saat okulda mesleki eğitim, 864 saat işletmede mesleki eğitim olmak üzere toplam 5.688 saat,
6. Radyoloji alanı öğrencileri öğrenimleri süresince 2.880 saat genel kültür, 1.548 saat okulda mesleki eğitim, 1.600 saat işletmede mesleki eğitim olmak üzere toplam 6.028 saat,
7. Sağlık Hizmetleri Sekreterliği alanı öğrencileri öğrenimleri süresince 2.772 saat genel kültür, 1.656 saat okulda mesleki eğitim, 1.600 saat işletmede mesleki eğitim olmak üzere toplam 6.028 saat,
8. Tıbbi Laboratuvar alanı öğrencileri öğrenimleri süresince 2.988 saat genel kültür, 1.656 saat okulda mesleki eğitim, 1.600 saat işletmede mesleki eğitim olmak üzere toplam 5.992 saat,
9. Hemşirelik alanı öğrencileri öğrenimleri süresince 2.592 saat genel kültür, 2.196 saat okulda mesleki eğitim, 2.304 saat işletmede mesleki eğitim olmak üzere toplam 7.092 saat eğitim almaktadır.

Hemşirelik mezunlarının Avrupa Birliği üyesi ülkelerde tanınması ve mesleklerini icra edebilmeleri için Avrupa Birliğinin 2005/36/EC sayılı Yönergesi gereği Hemşirelik programı asgari eğitim koşulu "Hemşirelik eğitimi en az dört yıl veya 4600 saat teorik ve klinik eğitimi kapsar. Teorik eğitimin süresi toplam sürenin en az üçte biri, klinik eğitimin süresi ise toplam eğitimin yarısı kadardır." Bu yönerge dikkate alınarak öğretim programları ve ders dağıtım çizelgeleri hazırlanmıştır.

GÖREVLİ ÖĞRETMENLER

Anadolu sağlık meslek liselerinde 3.560 meslek dersleri, 1.429 kültür dersleri öğretmeni olmak üzere toplam 4.989 öğretmen, Özel Anadolu sağlık meslek liselerinde 43 meslek dersleri, 115 kültür dersleri olmak üzere toplam 158 öğretmen görev yapmaktadır.

SAĞLIK MESLEK LİSELERİ MESLEK EĞİTİM İLE İLGİLİ SORUNLAR

1. Sağlık işletmeleri çalıştırdıkları personel sayısının yüzde onundan fazla öğrenciye beceri eğitimi yaptırmak istememektedir.

ALMANYA EĞİTİM SİSTEMİ

İlköğretim (4 yıl)	6-10 yaş	İlkokul (Grundschule)
--------------------	----------	-----------------------

İlköğretim 4. sınıftan sonra öğrenciler başarı durumları, ilgisi ve yeteneklerine göre aşağıdaki okullara yönlendirilirler.

I. Kademe Genel Ortaöğretim (5 - 8 yıl)	Ortaokul/Lise
	5 yıl süreli ortaokul (Hauptschule)
	6 yıl süreli orta dereceli (Realschule)
	8 yıl süreli yüksek dereceli lise (Gymnasium)

II. Kademe Genel Ortaöğretim (2 - 3 yıl)	Meslek okulları
	Berufsfachschule (tam zamanlı meslek okul)
	Fachschule

ALMANYA SOSYAL VE SAĞLIK HİZMETLER EĞİTİMİ

Almanya'da örgün eğitim düzeyinde sağlık ve sosyal hizmetler eğitimi; genelde 9 yıllık temel eğitim tamamlandıktan sonra değişik isimler altında faaliyet gösteren 3 yıllık meslek okullarında verilmektedir.

Sosyal hizmetler kapsamına giren bilim dallarının eğitimi, diğer meslekî eğitim programlarından farklı olarak, resmî devlet okullarından ziyade Özel Sosyal-Sağlık-Teolojik Eğitim Kurumları aracılığı ile yürütülmektedir.

Almanya'da 180'in üzerinde Meslek Yüksek Okulunda sosyal hizmetler kapsamında değerlendirilen değişik bilim dallarının eğitimi verilmektedir.

SOSYAL BAKIMLA İLGİLİ MESLEK ALANLARI

Almanya'da sağlık ve sosyal hizmetlerle ilgili meslek alanlarında eğitim görebilmek için;

"Hauptschule" diploması veya eş değerli bir öğrenim belgesine sahip olmak,

“Orta olgunluk belgesi”ne sahip olmak,

2 yıllık bir mesleki eğitimi başarı ile tamamlamış olmak,

En az 17 yaşında olmak şartları aranmaktadır.

Eğitimler 2 veya 3 yıl sürelidir.

Tam zaman veya yarım zaman modelinde eğitim verilmektedir.

Eğitim sonunda genellikle resmi sınav yapılmaktadır.

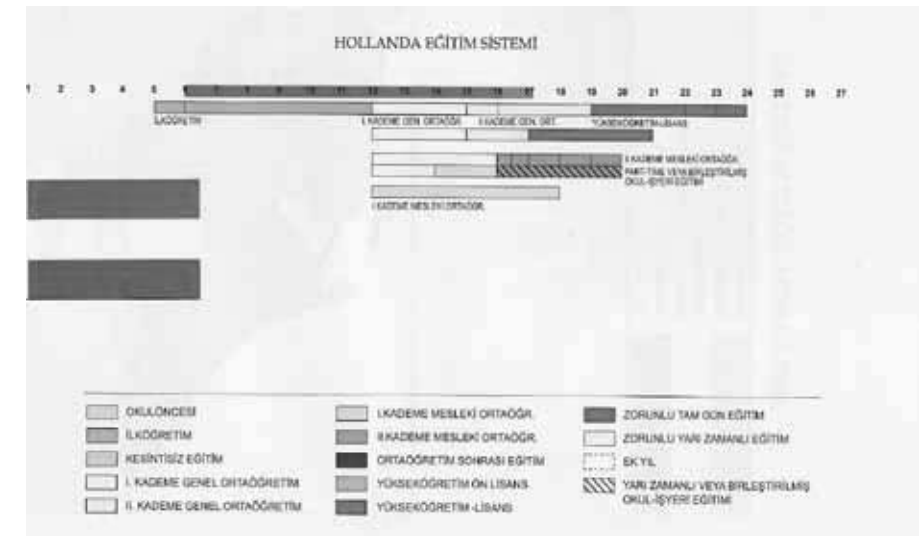
Başarılı olanlara belge düzenlenmektedir.

SOSYAL BAKIMLA İLGİLİ MESLEK ALANLARI

Sosyal bakımla ilgili meslek dallarında eğitime başlama yaşı ve eğitim süreleri

MESLEK DALI	EĞİTİME BAŞLAMA (YAŞ)	EĞİTİM SÜRESİ (YIL)
Ebelik/Doğum Bakıcılığı	17	3
Çocuk Bakıcılığı	17	2
Tedavi Bakıcılığı	17	3
Çocuk Hemşireliği / Çocuk Hasta Bakıcılığı	17	3
Hasta Bakıcısı Yardımcılığı	17	1
Hemşirelik / Hasta Bakıcılığı	17	3
İlk Yardım Asistanlığı	18	2
Masörlük ve Su Jimnastiği Terapistliği	18	2,5
Fizyoterapistlik	17	3
Meslek Hastalıkları Terapistliği	17	3
Diyet Asistanlığı	17	3
Yaşlı Bakıcılığı	17	3
Eczacı Teknisyenliği / Eczacı Asistanlığı	17	2,5
Tıbbi Teknik Laboratuvar Asistanlığı /Tıbbi Radyoloji Asistanlığı	17	3

HOLLANDA EĞİTİM SİSTEMİ



Hollanda'da ilköğretim ve ortaöğretim zorunludur.

Zorunlu eğitim 12 yıl sürelidir.

Temel eğitime (ilköğretim) başlama yaşı 5'tir ve 8 yıl sürelidir.

Temel eğitimin birinci kademesini bitiren öğrenciler zeka ve yetenekleri doğrultusunda ve kendilerine uygulanan testler sonucu üç ortaöğretim türünden birine kaydını yaptırırlar.

Okul türü belli olan öğrenci, kabul edildiği okulun hazırlık sınıfına devam eder. Bu hazırlık sınıfı köprü sınıfı olarak isimlendirilmektedir.

Temel eğitimin birinci kademesini bitiren öğrencilerin okuma hakkı kazanarak köprü sınıfına geçebilecekleri üç ortaöğretim kurumu bulunmaktadır.

1. Orta dereceli meslek eğitimi (MAVO): Ortaöğretim sonucu meslek edindirmeye yönelik çıraklık okullarıdır.
2. Yüksek dereceli genel ortaöğretim (HAVO): Meslek yüksekokulu ve üniversite düzeyinde teknik eleman ve ara insan gücü yetiştirmeye yönelik okullardır.
3. Bilimsel eğitime hazırlayıcı genel ortaöğretim (VWO): Üniversite düzeyinde eğitim veren okullardır. Üst düzeyde edim gösteren öğrenciler bu kademedeki eğitim alırlar.

Meslek eğitiminde üç seviye vardır:

- Orta dereceli meslek eğitime hazırlayıcı eğitim (VMBO)
- Orta dereceli meslek eğitimi (MBO)
- Yüksek meslek eğitimi (HBO)

VMBO, öğrencileri bir sonraki eğitime veya iş pazarına hazırlar.

MBO, mesleki rehberlik ve mesleki eğitim verir. 16 yaşında veya 16 yaşından büyük gençlere ve yetişkinlere yöneliktir. Teknoloji, Ekonomi, Sağlık ve İnsan, Tarım ve Doğal Çevre olmak üzere 4 farklı sektöre eleman yetiştirirler.

HBO, meslek uygulamasında teorik ve pratik ön hazırlığa yöneliktir. Bu eğitim, yüksek okullarda verilir.

Zorunlu eğitimden sonra; sağlıkla ilgili meslek okuluna giden öğrenci;

Bakım Elemanı olabilmek için 17 yaşından itibaren en az 2 yıl okumak ve okulu başarı ile bitirmek zorundadır.

Sağlık Bakımcısı olabilmek için 17 yaşından itibaren en az 3 yıl okumak ve okulu başarı ile bitirmek zorundadır.

Hemşire olabilmek için 17 yaşından itibaren en az 4 yıl okumak ve okulu başarı ile bitirmek zorundadır.

İNGİLTERE EĞİTİM SİSTEMİ



Eğitim 5 ile 16 yaş arasında zorunludur.

Zorunlu eğitim dört temel aşamadan oluşmaktadır.

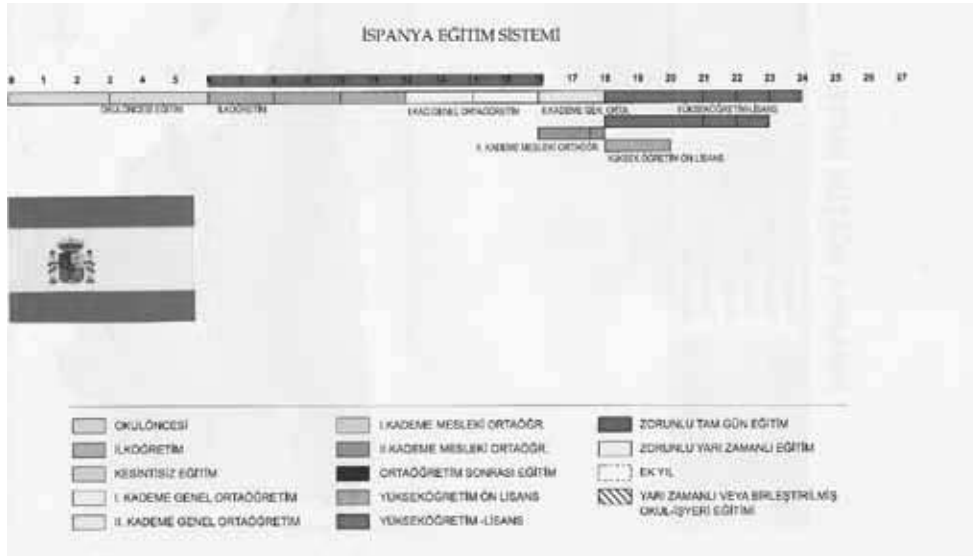
1. Aşama: 5-7 yaş,
2. Aşama: 7-11 yaş,
3. Aşama: 11-14 yaş,
4. Aşama: 14-16 yaş

16 yaşına gelen bir öğrenci GCSE (Genel Orta Okul Sertifikası) almaya hak kazanır.

16 yaşına gelen öğrenci 2 ya da 3 yıl daha öğrenim görerek "A Level" derecesi de alabilir. Bu genellikle üniversite öncesi hazırlık diyebileceğimiz aşamadır.

16-19 yaşlarındaki öğrenciler; akademik/genel, mesleki eğitim hazırlığı ya da mesleki yeterliliğe kadar uzanan çok geniş yelpazede farklı programlardan seçim yapabilirler.

İSPANYA EĞİTİM SİSTEMİ



İspanya'da ilköğretim ve ortaöğretim zorunludur.

İlköğretim 6-12 yaş için ve zorunlu ortaöğretim 12-14 ve 14-16 yaşlarında olmak üzere iki yıllık iki devreye ayrılmıştır.

Mesleki ortaöğretim 16-18 yaş için geçerlidir.

Zorunlu ortaöğretim sonunda başarılı olan öğrenciler, ortaöğretim sertifikası alırlar.

Bu yeterlilik öğrenciye Bakalorya ve orta düzey uzmanlık meslek eğitimine gitme hakkını verir.

Meslek öğretimi, temel meslek öğretimi ve uzmanlık meslek eğitimini kapsar.

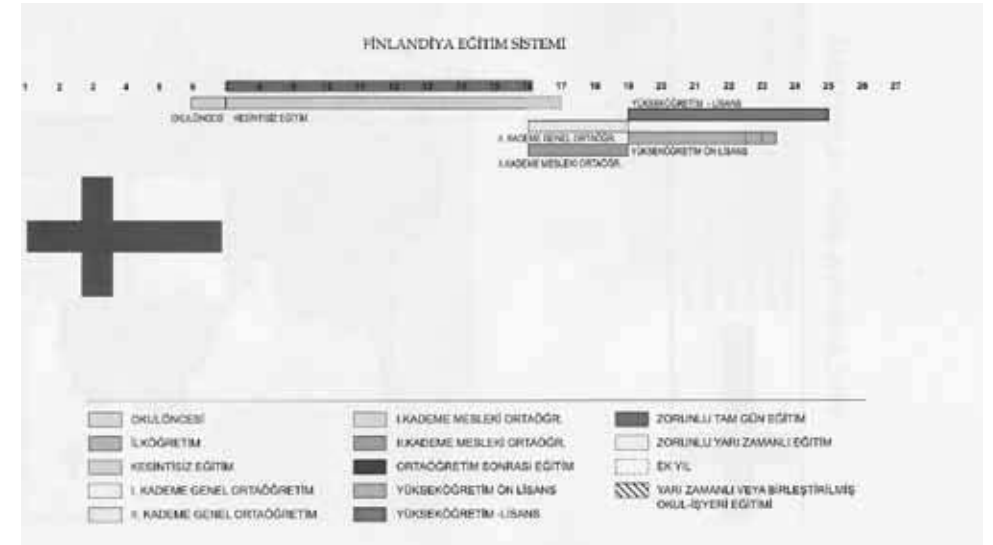
Uzmanlık meslek öğretimi; orta düzey ve ileri düzey olmak üzere iki seviyede yapılanmıştır.

Orta ve ileri düzeyde meslek eğitimi, teorik ve uygulamalı öğretimin yapıldığı meslek modüllerine ayrılmıştır.

Modül grupları içinde sağlık ve sosyo-kültürel gruplar da yer almaktadır.

Ağız ve diş sağlığı, Hasta yaşlı bakımı, Laboratuvar, Radyoterapi, Ayak sağlığı gibi alanlarda sağlık meslek eğitimi verilmektedir.

FİNLANDİYA EĞİTİM SİSTEMİ



Zorunlu eğitim 7 yaşında başlar ve 9 yıl sürer.

Üst ortaöğretim, genel ve mesleki ortaöğretim okulları tarafından sağlanmaktadır.

Lise eğitimi genellikle 16-19 yaş arasındadır. Ancak, pek çok öğrenci özellikle mesleki lise eğitimi tercih etmektedir.

Mesleki ortaöğretimin amacı, bilgi ve mesleki yetkinlik kazandırmak ayrıca ileri çalışmalar için gerekli becerileri kazandırmaktır.

Öğrenciler genel lise ya da mesleki ortaöğretim eğitimi tamamladıktan sonra, yüksek öğrenim için başvuru yapabilir.

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE MESLEKİ EĞİTİM

Amerika Birleşik Devletleri'nde zorunlu eğitim 12 yıldır. Eyaletlere göre ilk, orta, lise eğitimi 4+4+4, 6+2+4, 6+3+3, 6+6 veya 8+4 şeklinde uygulanabilmektedir.

Lisenin 11 ve 12. sınıflarında mesleki eğitime yönelmek isteyen öğrencilere bazı özel amaçlı liseler ve büyük mesleki teknik okullar ortaöğretim düzeyinde teknik programlar uygularlar. Bu öğrencilere diploma yanında mesleki yeterlik belgesi de düzenlenmektedir.

Mesleki eğitim, genelde liseden sonra 2 yıldır ve yüksekokullar sistemi içerisinde yer alır.

Mesleki teknik okullarda öğrenciler, pratik eğitimin yanında meslekleriyle ilgili kavramlar, teorik bilgileri ve tasarım öğrenir.

Bilgisayar bilimleri, mühendislik teknolojisi, iletişim teknolojisi, hemşirelik, sağlık, muhasebecilik, iş yönetimi, tarım ve bahçevanlık alanlarında eğitim verilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlıkla ilgili meslek eğitimleri yükseköğretim kurumlarında verilmektedir.

Sağlık Programları :

Dental Assisting:	Diş Asistanlığı
Medical Assisting:	Tıbbi Asistan
Medical Billing & Coding:	Tıbbi Faturalandırma ve Kodlama
Health Care Administration:	Sağlık İdaresi,
Health Care Technology:	Sağlık Teknolojisi
Health Services:	Sağlık Hizmetleri
Massage Therapy:	Masaj Tedavisi,
Pharmacy Technology:	İlaç Teknolojisi
Physical Therapy:	Fizik Tedavi,
Psychology:	Psikoloji,
Ultrasound / Sonography:	Ultrason
Veterinary Care:	Veteriner

KAYNAKÇA

- <http://www.eurydice.org> (Avrupa Eğitim için Bilgi Ağı).
- Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin Eğitim Sistemleri, 2006.
T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü
- Gelişmiş Ülkelerin Eğitim ve Eğitim Yönetim Sistemleri, 2010.
T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Projeler Koordinasyon Merkezi Başkanlığı
- Denklik İşlemleri Kılavuzu, 2004.
T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı
- Sorularla Alman Eğitim Sistemi, 2001.
T.C. Mainz Başkonsolosluğu Eğitim Ateşeliği
- Almanya'da Sosyal Hizmetler Eğitiminin Özellikleri
Doç. Dr. Ali Seyyar

HEMŞİRELİK EĞİTİMİ ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK MESLEK LİSELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ÖNERİLER

Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN, gulseren.kocaman@gmail.com

Hemşirelik Eğitimi Derneği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Bölümü

Ülkemizde hemşire işgücü ve eğitim planlamasının uygun biçimde yapılmaması nedeniyle hemşire sayısının yetersizliği tüm zamanların sorunu olmuştur. Bu sorun, hemşirelik eğitiminin lise düzeyine çekilmesi ile çözümlenmeye çalışılmaktadır. Bu saptamanın hemşirelik eğitimindeki karşılığını görmek üzere hemşirelik liselerinin geçmişi bu açıdan kısaca şöyle özetlenebilir: Sağlık Bakanlığı 1946 yılında hemşire yetiştiren okullar açmıştır. Lise düzeyinde hemşirelik eğitimi 1959 yılında başlamış ve 1996 yılında bu okulların kapatılarak üniversiteye devredilmesine kadar devam etmiştir. Ancak, yine hemşire yetersizliği gerekçesiyle 2001 yılında hemşirelik liselerine yeniden öğrenci alınmaya başlanmıştır. Meslek liseleri, 2004'de Millî Eğitim Bakanlığı'na devredilmiş, 2005 yılında öğrenci alımı durdurulmuştur. Hemşirelik Yasası'nda 2007 yılında yapılan bir değişiklikle hemşire eğitiminin lisans düzeyinde olması benimsenmekle birlikte; hemşire yetersizliği gerekçesi ile beş yıl daha liselerin hemşirelik bölümlerine öğrenci alınması konusunda geçici bir madde eklenmiştir. Bu süre 2012-2013 öğretim yılında dolmaktadır. Sağlık Bakanlığı, hemşirelik lisans programlarına alınan öğrenci sayısının mevcut hemşire ihtiyacını karşılamadığını; lisans öğrenci sayısında yeterli artış sağlanmadığı takdirde lise eğitiminin 2-3 yıl daha uzatılacağını belirtmektedir. Dünyada ve ülkemizde hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde olması kabul gören bir standart olmasına karşın; ülkemizde, hemşire yetersizliğine hala lise düzeyinde eğitim ile çözüm aranması nedeniyle konunun önemini tekrar vurgulamakta yarar vardır.

Hemşirelik eğitimi neden üniversite düzeyinde olmalıdır?

Hemşirelerin daha çok istihdam edildiği hastanelerde yaşanan değişiklikler, hemşirelerden beklenen rol ve becerileri de etkilemektedir. Bakım ortamındaki bu değişiklikler ve hemşireliğe yansımaları şöyle özetlenebilir:

Yatan hastalar daha ağır olduğu için hemşirelik bakımı daha komplekstir,

Yoğun bakım yatak sayıları artmaktadır,

Hastaların yatış sürelerinin kısalması nedeniyle hastaların taburculuk hazırlıkları daha ileri bilgi ve becerileri gerektirmektedir,

Erken taburculuk ve kronik hastalıklarda artış, evde bakım hizmetlerinin önemini arttırmaktadır,

Kullanılan ileri teknoloji, bilişim alanında ileri bilgi ve beceriyi gerektirmektedir.

Bütün bu değişiklikler, hemşirelik bakımında da ileri bilgi ve beceriye, hatta uzmanlaşmaya gereksinimi arttırmaktadır.

Hemşirelik eğitim düzeyi ile hasta bakım sonuçları arasında nasıl bir ilişki vardır?

Konu ile ilgili araştırmalar, lisans mezunu hemşirelerin bakım verdiği hastalarda komplikasyon ve ölüm oranlarının ve hastanede yatış süresinin azaldığını ve bakımın maliyet etkili olduğunu göstermektedir (AACN, 2009; Newbold, 2008). Aiken ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında da, lisans mezunu hemşire oranı %60 ve %20 olan hastaneler kıyaslandığında, cerrahi hastalarda komplikasyondan ölme oranının, daha fazla lisans mezunu çalıştıran hastanelerde %14 oranında azalma olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik eğitime başlama yaşı kaç olmalıdır?

Avrupa Hemşirelik Dernekleri Federasyonu'nun (EFN) 8 Şubat 2012 tarihinde yayınladığı raporda, hemşirelik eğitime 12 yıllık genel eğitimden sonra başlamanın hemşireler ve hastalar açısından olumlu sonuçları, bakımın güvenliği ve kalitesi için bir gereklilik olduğu vurgulanmaktadır. Aynı rapor incelendiğinde, Avrupa Birliği ülkelerinin çoğunda hemşirelik eğitime başlama yaşının en erken 17 olduğu görülmektedir. Hemşirelik eğitiminin 12 yıllık temel eğitimden sonra yapılmasının bakım sonuçları dışında yararları şunlardır (EFN, 2012):

Hemşireler arası ve diğer sağlık profesyonelleri ile eğitim farklılıklarını kaldırır,

Hemşirelik eğitimi daha çok tercih edilir,

Hemşirelikten ayrılmalar azalır,

Hemşire işgücünün beceri düzeyi artar.

Avrupa Birliği ülkelerinde ve Türkiye'de hemşire eğitimi ile ilgili düzenlemeler

Türkiye, Avrupa Birliği'ne girme çalışmaları kapsamında mevzuatını Avrupa Birliği mevzuatı ile uyumlandırmaya çalışmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hemşirelik de bu uyum çalışmaları içinde yer almaktadır. Avrupa Birliği'ne bağlı olan ülkelerde kime ve hangi koşullarda hemşire unvanı verileceği 77/453/EEC değişik 2005/36 Sayılı Direktifle düzenlenmiştir.

Ülkemizde hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde olmasında ilişkin düzenlemeler şunlardır:

Avrupa Komisyonu'nun mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınmasına ilişkin 2005/36/EC direktifinde hemşirelik eğitiminin, 10 yıllık genel eğitimden sonra, en az 1/3'ü teorik olmak üzere 4600 saat mesleki eğitim olarak kabul edilmiştir (Directive 2005/36/EC). Hemşirelik eğitimi ile ilgili bu standartlar ülkemiz tarafından da benimsenmiştir. Bu bağlamda, Avrupa Birliği ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de Bologna süreci- Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi kapsamında "Temel Alan Yeterlilikleri- Sağlık 72" içerisinde hemşirelik için lisans ve lisansüstü düzeyler için gerekli olan yetkinlikler tanımlanmıştır.

Hemşirelik Yasası, 2007 yılında güncellenmiş ve yasanın 1. maddesinde kimlere hemşire unvanı verileceği eğitim düzeyi olarak da açıkça belirtilmiştir: ".....üniversitelerin hemşirelik ile ilgili **lisans eğitimi** veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olanlara....hemşire unvanı verilir"

Yükseköğretim Kurulu tarafından, 2008, 26775 Resmî Gazetede yayınlanan "Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik"de hemşirelik eğitime kabul edilebilmek için **asgari lise mezunu** olmak gerektiği belirtilmiştir.

Avrupa Birliği ülkelerinde hemşirelik eğitiminin 10 yıllık temel eğitim üzerine yapılması minimum standart iken, bu süre 12 yıla çıkarılmaya çalışılmaktadır. Bugün hiçbir ülkede, 8 yıl temel eğitim üzerine 4 yıl süreli hemşirelik eğitimi ile hemşire unvanı verilmemektedir. Türkiye'de neden hala 8+4 şeklinde lise mezunu hemşirelik eğitiminin tartışıldığını anlamak güçtür. Bundan 12 yıl önce 2000 yılında yapılan Sağlık Eğitim Kongresinde de hemşirelik liselerinin açılması konusunda tartışmalar yapıyordu. O günlerde, Sağlık Bakanlığı yetkililerinin savundukları tez, yüksekokul mezunu hemşirelerin kırsal bölgelere gitmeyecekleri ve hasta bakımı istemedikleri şeklindedir. Bu önyargıların doğru olmadığı anlaşıldığı gibi, 15 yaşında, meslek tercihinin ailelerin yapması nedeniyle gençler istekleri dışında hemşire olmaya zorlanmaktadır. Bu konuda, Uğur Gök'ün (2008) hemşirelerin mesleklerini bırakma nedenlerinin incelendiği çalışmada, sağlık meslek lisesi mezunlarının aile tercihi ile geldikleri için meslekten ayrılma oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik öğrenci kontenjanları: mevcut durum

Tablo 1. Son beş yılda sağlık meslek lisesi ve lisans programı sayıları ile hemşirelik öğrenci kontenjanları: 2007-2011

YILLAR	Hemşirelik programı olan sağlık meslek lisesi sayısı	Meslek liseleri hemşirelik öğrenci sayısı	Hemşirelik lisans programı sayısı	Hemşirelik lisans öğrenci sayısı
2006-2007	----	----	85	4354
2007-2008	195	6528	86	5757
2008-2009	239	8352	91	6604
2009-2010	236	8280	93	6789
2010-2011	245	8568	99	7973
2011-2012	293	10056	99	9331

Kaynak: ÖSYM 2007-2012; MEB, 2007-2012

Tablo 2. Hemşirelik lisans programlarında bir öğretim elemanına düşen öğrenci sayısı

		Bir öğretim elemanına düşen öğrenci (2011-2012)*
Öğretim üyesi	578	65
Öğretim üye+görevlisi	1058	36
Toplam ögr elemanı	1464	26

*2011-2012 toplam lisans öğrenci sayısı: 37.734

Tablo 1'de verilen öğrenci sayılarına göre 2011-2015 arası toplam sağlık meslek lisesi hemşire mezun sayısı 41784 olacaktır. Son beş yılda hemşirelik lisans programlarında kontenjan artışı 4977 (% 114,5), öğretim üyesi artışı ise sadece 127'dir (%40). Tablo 2'de de görüldüğü gibi, içinde bulunduğumuz 2011-2012 öğretim yılında, hemşirelik lisans programlarında bir öğretim üyesine düşen öğrenci sayısı 65'dir. Bu veriler, lisans öğrenci kontenjanlarını arttırmak için bu programların hemşire eğitici kadrolarının ciddi ve hızlı bir şekilde desteklenme gereksinimi açısından önemsenmeli ve ivedilikle harekete geçilmelidir.

Hemşirelik eğitimi ile ilgili diğer sorunlar:

Tüm hemşirelik paydaşları, yardımcı hemşire ya da hemşire yardımcısı gibi çözümleri bakım kalitesi açısından uygun bulmamaktadır. Hemşire sayısının yetersiz olduğu bakım ortamında ortaya çıkacak bir yardımcı grubunun hemşirelik görevlerini yapmaları kaçınılmazdır. Nitekim halen ebeler ve ATT'ler hemşire olarak çalıştırılmaktadır. Bu durum bakım güvenliği açısından göze alınacak bir risk değildir. Ayrıca ülkemizde yıllardır süre gelen farklı eğitim düzeyindeki hemşirelerin aynı görevi yapmaları sorununu yeniden gündeme getirecektir.

İşsiz öğretmenlerden hemşire yaratmak fikri de yukarıda sözü edilen hemşirelik eğitimi için gerekli dünya standartları açısından imkansız bir seçenektir.

Diğer bir konu da halen devam eden hemşirelik lisans tamamlama programlarına hemşire olmayan adayların alınma isteğidir. Bu gruplar kendi alanlarında eğitimi talep etmelidir.

Sonuç ve öneriler

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen 2023 yılı için 400.000 hemşire ve ebe(?) ihtiyacı doğru bir hedef midir? Gerçek hemşire ihtiyacı, hemşire katılımcıların da olduğu bir planlama grubunda saptanmalıdır.

Hemşire yetersizliği sorununa lise eğitimine devam ederek çözüm aranmamalı, hemşirelik lisans programlarının kontenjanları uygun bir plan çerçevesinde arttırılmalıdır.

Eğitimin kalitesi açısından lisans programlarına alınacak öğrenci sayısı uyumlu olacak şekilde hemşire eğitici sayısı arttırılmalı ve alt yapı güçlendirilmelidir. *Sağlık Bakanlığımızın da dünkü konuşmasında "sayıyı arttırmak gerektiği açık ama kaliteyi ne yapacağız?- 7 Mart 2012"* ifadesiyle bu konuya değinmesini; konuşmamda değindiğim eğitimi iyileştirme çabalarının destekleneceği şeklinde yorumlamak isteriz. Sağlık Bakanı tarafından da belirtildiği gibi meslek liselerinde çalışan hemşire eğiticiler yükseköğretim kurumlarına devredilebilir. Bu devirde lisansüstü eğitim alanlara öncelik verilip, lisans eğitimi olanların da lisansüstü eğitim yapmaları sağlanabilir. Ayrıca, değişik kurum ve sektörlerde çalışan ve lisansüstü eğitimi olan hemşireler de atamaları yükseköğretim kurumlarına yapılarak ya da işbirliği protokolleriyle eğitime katkı verebilirler.

Diğer ülkelerde de hemşire yetersizliği sorununun, eğitim düzeyini düşürerek çözümlenemediği unutulmamalı ve hemşirelerin çalışma koşullarında gerekli olan iyileştirmeler yapılarak hemşire kayıpları önlenmelidir.

Sonsöz olarak da, hemşirelik eğitim kararları alınırken **"hemşirelikte lisans eğitiminin, güvenli ve kaliteli bakımının önkoşulu"** olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

AACN (American Association of Colleges of Nursing), 2008-2009 enrolment and graduations in baccalaureate and graduate programs in nursing. Washington, DC , 2009

Aiken L et al. "Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality," Journal of the American Medical Association, 290(12): 2003

Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, Official Journal of the European Union, L 255/22, 30.9.2005.

EFN – Evidence on upgrading the entry requirements of the Nursing education – January 2012

MEB, 2007-2012 Eğitim Öğretim Yılları Sağlık Meslek Liseleri Kontenjan Sayıları. http://egitek.meb.gov.tr/sinavlar/Istatistikler/2009/sbs/I_Yerles_Taban_Tavan/I_YerlesTaban_Tavan_SaglikMeslek.pdf

Newbold D. The production economics of nursing: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies 2008;45(1):120-128

ÖSYM, 2007-2012 Yılları ÖSYS Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler Kılavuzları.

<http://www.osym.gov.tr/belge/1-12890/sayisal-bilgiler.html>

Uğur G, Hemşirelerin mesleklerini bırakma nedenlerinin incelenmesi, DEÜ Yüksek Lisans Tezi, 2008

Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi, Temel Alan Yeterlilikleri, 2011

SAĞLIK İNSAN GÜCÜ İHTİYACI ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK MESLEK LİSELERİNDEN SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN BEKLENTİLERİ

Uzm. Dr. Alaattin DİLSİZ, dradilsiz@gmail.com

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı olarak hemşireliğin lisans eğitimi olmasının gerekliliğine inanmıyor değiliz. Hatta kanunda herkes biliyor, hemşirelik bir lisans eğitimi sonu kazanılan bir meslektir. Ancak sağlık meslek liseleri hala neden tartışılıyor? 2004 yılında, Sağlık Bakanlığı sağlık meslek liselerini Milli Eğitim Bakanlığı'na verdikten sonra, Milli Eğitim Bakanlığı'na hemşire alımının durdurulmasını da istiyor. Zannediyorum iki yıl hemşire alımı duruyor. Yani sağlık meslek liselerinden hemşire alımının durdurulması, Sağlık Bakanlığı'nın bir isteğidir. 2007 yılından itibaren tekrar alıma başlıyorlar. Bunda en büyük etken; ülkenin hemşire ihtiyacını karşılamak üzere yükseköğretimde hemşire kontenjanının arttırılması yönündeki istekler ve o dönemdeki yükseköğretimin üniversite yönetimleri tarafından karşılanmamış olması. Arada diyalogun kurulamamış olması. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı da bir yerde bu geçici hükümle ihtiyacını karşılamak üzere sağlık meslek liselerinde eğitimin önünü açmış oldu. Bu 5 yıllık sürede oldu. Bundan sonra alınacak mı, alınmayacak mı? Bununla ilgili olarak sunumun sonunda bir şeyler söylemek istiyorum.

İnsan gücü planlamaları açısından bakmak istiyorum. Benim bu sunumdaki konum da bu. Sağlıkta insan gücü planlamaları kanunda bakanlığımıza verilmiştir. Yeni yapılanmada Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü bu görevi yürütmektedir. Dolayısıyla bu konuda Sağlık Bakanlığı insan gücü planlamasını yaparak kendi sağlık hizmetlerini verebilmek için bu alanda yeterli istihdamı ve bu istihdamın yönetimini yapmakla görevli bir kurum.

İnsan gücü planlamalarında çeşitli yöntemler var. Bu yöntemlerden sadece birini değil, birkaçını bir arada kullanarak birçok alanda insan gücü planlamasını yapıyoruz. Sonuç olarak hangi meslekten kaç sağlık personeline ihtiyacımız olduğu, bu sağlık meslek mensubunun nasıl temin edileceği ve taleple arz arasındaki dengelerin nasıl sağlanacağı, sağlık insan gücü planlamasının cevaplaması gereken önemli sorular.

Peki, kaç sağlık personeli ihtiyacımız var? Bu sorunun tek bir doğru cevabı var mıdır? Teorik olarak var denebilir ama pratikte yoktur. Neden yoktur? Çünkü şuradaki bu slaytta gördüğünüz etkenlerin her biri sağlık insan gücü planlamasında, sizin planlamalarınızı değiştiren parametrelerdir. Bu parametreler nedeniyle insan gücü planlamasını dinamik olarak yapmamız gerekiyor. Bunları tek tek saymıyorum. Burada bir takım rakamları tablolar halinde göstereceğim. Ama bu tabloların hazırlanması biraz böyle taraflı, belli bir art niyeti taşıyan tablolar. Bu tablo, daha önce toplu olarak gösterildi. Meslek liselerindeki kontenjanlar ve beklenen mezun sayıları. Bu alanlardan sekiz tanesini özellikle beraber değerlendirmek istiyorum.

Bir tanesi anestezi teknisyenliğidir. Bu slaytta göreceğiniz şekilde alanları değerlendirirken aynı alandaki yükseköğretimi de beraber değerlendirdik. 2015 yılından sonraki mezunlar sayısına da sağlık meslek liselerinden gelecek mezunları saymadık. Aslında art niyetten kastım buydu. Şöyle bir sorunun da cevabını aramaya çalıştık. Sağlık meslek liselerinden çıkan mezunları biz istihdam etmesek, onları üniversiteye yollasak veya bazı alanlardaki programlar sağlık meslek liselerinde kapatıldığı zaman bizim insan gücü planlamamız açısından ihtiyacımızı karşılayıp karşılamayacağını bir görelim. Anestezi teknisyenliği konusunda her iki kurumda da yani lise seviyesinde ve yükseköğretim seviyesinde eğitimler devam ediyor. 2023 yılında, mevcut kontenjanlar devam ettirilirse

yirmi sekiz bin anestezi teknisyen ve tekniker olarak mezun sayısına ulaşacağımız görüyoruz. Şu ana kadar istihdam ettiğimiz aktif çalışan, hem teknisyen hem tekniker olarak sekiz bin kişi var. Bu sekiz bin kişiye mevcut mezunları da eklediğimiz zaman, 2023 yılında yirmi dört bin mezunumuzun olacağını görüyoruz. Ancak 2023 yılında bizim sağlık hizmetleri planlamasını göz önüne aldığımızda mevcut hastane yapıları, ameliyathaneler ve bu teknisyenlerin ve teknikerlerin çalıştığı alanları düşündüğümüzde yaklaşık 14500 anestezi teknisyeni veya teknikerine istihdam sağlayabileceğimiz kamuda ve özelde. Dolayısıyla burada bir arz fazlası görüyoruz.

Radyolojide, yine lise ve yüksekokul seviyesinde eğitimlerimiz var. Ulaşacağımız mezun sayısı otuz beş bin gibi bir rakam. Şu anda on üç bin kişiyi istihdam etmişiz. Bu istihdamda da yine mevcut laboratuvarları 2023'te radyoloji teknisyeni ve teknikeri çalıştıracığımız alanları düşünecek olursak yine arz fazlamız görünüyor.

Tıbbi laboratuvar teknisyenliği veya teknikerliği yine her iki kurumda var. Mezun sayıları oldukça fazla görünüyor. Toplam 2023'de beklenen mezun sayısı istihdamımız on altı bin civarında. Burada yirmi iki bin rakamını görüyorsunuz. Bu da yine mevcut laboratuvar imkânlarının 2023'te en fazla istihdam edebileceği teknisyen ve tekniker sayısıdır. Burada da ciddi bir fazla arz görünüyor.

Ortez, protez, ortopedik protez ve ortez teknikerliği-teknisyenliği yine iki öğretimde de var. Bunların sayıları az görülmekle beraber, özeldeki istihdam burada yalnız çok net değil. Bu nedenle elimizdeki sayıdan daha fazla istihdam edilmiş olabilir. Mezun sayısı ile istihdam arasında bir denge olacağını düşünüyoruz.

Diş protezde de yine iki alanda eğitim var. İstihdam ve mezun arasında dengeli bir yürüyüş olacağını düşünüyoruz.

Tıbbi sekreterlik ve dokümantasyon veya bir dokümantasyon ve sekterlik adı altında hem liselerde hem yüksekokulda programlarımız var. 2023'te beklenen sayı seksen üç bin. Şu ana kadar istihdam edilen tıbbi sekreter, teknisyen tekniker sayısı on bin civarında. Bunların yetmiş altı binini şartları zorlayarak istihdam edebiliriz Askerdeki yazıcılar gibi raporlama ve yazı işlerinin olduğu her yerde, bu teknisyen veya tekniker arkadaşlarımızı istihdam edersek 76000 rakamına ulaşırız. Mezun sayımız da 83000, ancak bu 76000 sayısını istihdam edip edemeyeceğimiz çok da belli değil. Daha düşük rakamlarda kalabiliriz.

Bugün en çok tartışılan konu, hemşirelik konusudur. Hemşirelik tarihçesini gördük. Sağlık meslek lisesi ve yüksekokuldaki hemşirelik eğitimlerini biliyoruz. Şu anda her iki kurum da devam ediyor. 138000 hemşiremiz var istihdam ettiğimiz. Şu anki program devam ederse 292000 mezuna ulaşılması gerekiyor. Yalnız burada özellikle biraz önce bahsedilen meslekten ayrılmalar dikkate alınmadığı için bu 292000 rakamının 260000 civarında kalacağını düşünüyoruz. Hedefimiz 400000 hemşire. Bizim işte yaklaşık 200000 doktora ihtiyacımız varsa, 400000 hemşireye de ihtiyacımız vardır. Bunu da rahatlıkla söyleyebiliriz.

Sonuç olarak şunları söyleyebiliriz. Hemşirelik alanı dışında acil tıp, anestezi, radyoloji, tıbbi laboratuvar, diş protez, tıbbi sekreterlik, ortez, protez alanlarında şu anki arz istihdamı fazlasıyla karşılayacak gibi görünüyor. Bu nedenle, bu alandaki öğrenci sayısının azaltılması ve sadece idame sayısında tutulması veya bu alanlardaki öğrencilerin yükseköğrenime geçişi kolaylaştırılarak yükseköğretim eğitimi sağlanmalıdır. İstihdam edileceklerin yükseköğrenimde bu alanda eğitim gören kişilerle, liselerde de bu alanda eğitim görenler arasından seçilmesi, böylelikle eğitim kalitesinin daha da yükselmesini amaçlayabiliriz. Bu ikinci amaç daha yakın görünüyor.

Hemşirelik konusunda uzun söze hacet yok. İhtiyacımız fazla. Mevcut programlar yetiştiremiyor.

Hemşireliğin lisans eğitimi ile kazanılması gereken bir meslek olduğu konusunda hemfikiriz. Sağlık meslek liselerindeki eğitim, tamamen mecburiyetle mecbur kaldığımız bir eğitim. Bu alanda ihtiyacımızın karşılanması için yaklaşık şöyle rakamlar var. Önümüzdeki yıldan itibaren mevcut kontenjanların yüzde otuz artması veya ikinci öğretimde bulunan yüzde kırk oranında öğrenci alınarak arttırılması. Ancak bu şekilde ihtiyacımızın karşılanacağını düşünüyoruz. Yalnız bu kontenjan arttırılmasını çok da rahat söyleyemiyoruz. 2006'dan itibaren yapılan kontenjan artımı yüzde yüz civarında. Dört bin beş yüzlerden dokuz binlere çıkmış bir kontenjanımız var. Bu kontenjanı karşılayacak yeterli öğretim elemanı konusunda ciddi sıkıntılar olduğunu biliyoruz ve burada biz rahatlıkla yüzde otuz-kırk artsın diyemiyoruz. Bu bakanlığın tarafgiri bir bakışıdır. Dolayısıyla karşı taraftaki kısıtları da biliyoruz. Bu kısıtlarla ilgili olarak da yükseköğretimdeki temsilci hocalarımızın daha çok gayret etmelerini bekliyoruz. Eğer bu kontenjanlar artmayacaksa, iki öneri sunuyoruz. Birincisi aslında bizim önerimiz. Sağlık meslek liselerindeki imkânların yüksekokulların ve yükseköğretimdeki kurumların kullanımına açılarak bu kontenjanların arttırılmasında yol alınabilir. Bu konuda çalışma yapılabilir. İkinci öneri, sağlık meslek liselerine öğrenci alımı devam edilmesi, onu hiç istemiyoruz.

6. OTURUM SORU-CEVAP

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı; Yalnız katkı değil de soru olursa doğrudan çok kişiye söz vermiş oluruz.

Bir katılımcı; Konuşmacılara teşekkür ederim ama benim hem katkı olacak hem de katkının içinde soru olacak. Çok özür dileyerek. Önce hemşire kime bakardan başlamak istiyorum. Hemşire insana bakım veren kişidir. İnsan kimdir diye başlamak istiyorum. İnsan biyo, psiko, sosyokültürel bir varlıktır. Peki kendi gelişimini tamamlamayan bir çocuk nasıl insana bakacak? Ben sizlere soruyorum. Sizlerden lise çağında, liseyi yeni bitirmiş çocuklarınız var mı? Bu çocuklarınız hemşire olsaydı kendinize baktırmak ister miydiniz? Bu bir soru ve devam ediyorum. Sayın Ömer Açıkgöz hocamız da “Birey, aile, toplumun sağlığını savunma becerisine sahip mezunlar yetiştirmektir amacımız” dedi. Peki çocuk yaştaki bir insan nasıl birey, aile ve toplumun sağlığını savunacak? Burada Ömer hoca ma sözüm ve son kez de meslekleşme kriterlerinden bahsediyorum. Hemşirelik meslek mi, değil mi? Eğer hakikaten bu kriterlere uymuyorsak biz meslek değiliz. Burada hiç boşuna tartışmayalım. Meslekleşmenin en önemli kriteri en az lisans ve lisansüstü düzeyinde eğitim almış olmak, bağımsız karar verebilen, eleştirel düşünebilen ve toplumun sağlığını koruyan, geliştiren, sürdüren. Şimdi ben size soruyorum. Sağlık meslek lisesi mezunu çocuklarımız hemşire olduğu zaman hiçbir bilgi birikimine sahip olmayan bu çocuklarımız nasıl sağlığın, korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesi ve tedavi bakımında yer alacak ve de nasıl eleştirel bakabilecek? Nasıl kritik düşünebilecek bu çocuklarımız? Benim oğlum da liseye gidiyor. Ben oğlum hemşire olsa, bana bakmasını istemem. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı; Ben de teşekkür ederim. Buyurun Ömer Bey

Doç. Dr. Ömer AÇIKGÖZ- MEB Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürü; Önce teşekkür ediyorum. Şimdi bundan 15-20 yıl önce, 30 yıl önce diploma hakikaten çok kıymetli bir şeydi ve kişilerin meslekleri de diplomalarıyla eşdeğer sayılırdı. Hatta diploma kanunla koruma altına alınırdı ve kanunla bu mesleklerin bu diplomaların hakları tanımlanırdı. Halen de 6 meslek şu anda hem Avrupa Birliği’nde hem bizde böyledir. Fakat bu son yıllardaki gelişmeler, bilgi ve teknolojiye patlama aslında meslekleri de değişime uğrattı. Mesleklerin becerilerini kendi içerisinde bir piramit olarak değerlendirirsek, piramidin altında basit beceriler, en üst tepesinde de karmaşık beceriler var. Avrupa Birliği bu piramidi 3 kategoriye ayırdı kendi içerisinde. Temel beceriler, orta beceriler, yüksek beceriler. Dolayısıyla biz şu anda konumuz olan sorunu tartışırken, temel becerileri eğer yüksek beceri kazandırdığımız kişiye yaptırıcaksak bunun ekonomik maliyetini de düşünmek zorundayız. Yani şunu demek istiyorum. “Yüksek beceri” ile “düşük beceri” kısa sürede bir ince çizgide eşit anlama gelirler. “Yüksek beceri” “düşük beceri” bir işte istihdam ettiğiniz zaman, aynı sonucu elde edersiniz, “yüksek beceri” insanı “düşük beceri” bir işte istihdam ettiğiniz zaman yine aynı sonucu alırsınız. Başarısızlık ve memnuniyetsizlik. Dolayısıyla bu hemşirelik mesleğine yaklaşırken, benim önerim basitten karmaşığa doğru bir defa bu becerilerin seviyelere göre tanımlanması gerekiyor çünkü Avrupa Yeterlilik Çerçevesi ve biz de kanunen bunu kabul etmiş durumdayız. 8 seviyeyi kabul etmiş durumdayız. Yani hemşirelik mesleği, 6. seviyeye hocamızın ifade ettiği gibi lisans seviyesine gittiği zaman bu 5. seviyede, 4. seviyede, 3. seviyede bu mesleğin kendi kategorisinde piramidin içerisinde temel ve orta beceri, çünkü 6. seviye yüksek beceri. Bu becerileri kim yerine getirecek. Bunu düşünmek zorundayız. Ama statü verirken, unvan verirken birisine başhemşire mi diyeceğiz, birisine yardımcı hemşire mi diyeceğiz, birisine hemşire teknisyeni mi diyeceğiz o ayrı bir

konu. Ama beceri açısından baktığımızda temel beceri, orta beceri, yüksek beceriye sahip hemşire şeklinde bir kategoriye gitmemiz lazım diye düşünüyorum. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı; Sinan bey siz bir şey söyleyecektiniz.

Doç. Dr. SinanYOL - TUK Üyesi: Efendim, en son sorunuzla ilgili olarak, “hasta olsanız kendinizi lise mezunu hemşireye teslim eder misiniz” kısmındaki sorunuzla ilgili olarak, ben bir hekimim ama şu anda Türkiye’de 140.000’e yakın hemşire var ve bunların önemli bir kısmının liseden mezun olduğunu biliyoruz. Ben bu sorunuza o arkadaşlarımız adına cevap vermek istiyorum. Ben bir hekim olarak bu arkadaşlarımızın çok çok önemli bir kısmının mesleklerini çok güzel yaptıklarını, bu hizmeti çok güzel verdiklerini, kendilerinden de memnun olduğumuzu, hemşirelik mesleği adına bu arkadaşlarımızın hakkının yenmemesi gerektiğini ifade etmek istiyorum.

Prof. Dr. Mustafa SOLAK- Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörü: Efendim, ben hem katkıda bulunacağım hem de eleştireceğim. Katkıda bulunmam şu. Hemşireliğin Türkiye’de iyice müesses hale gelmesi için fakülteleşmesine katkıda bulunan öğretim üyelerinden biriyim. O süreçte de üç buçuk yıla yakın bu değerli hemşire eğitici öğretim üyelerimizle de yüz yüze geldim. Ancak kendi aralarında birlikteliği sağlamak için o kadar sıkıntı çektik ki, zaman zaman belli bir grup şunu derken diğerleri biraz daha farklı eğilimde oldular. Ardından neyse onlar halledildi. Atatürk Üniversitesi’ne görev verince lisans tamamlama işinde yine hemşire kardeşlerimizin lisans tamamlamasında biz çok ciddi emek verdik Zoru başardık. Bunları biraz özeleştiri olarak alsınlar. Yani kendilerinde de hata var. Buradaki teknik hatalar ayrı, hemşireliğin duayeni olan öğretim üyelerimizin konuya sahip çıkmada heterojen görüşlerinin olması durumu var. Hemşirelikte iki şeye dikkat edilirse çabuk çözülür. Mevcut fakülteler ile öğretim üyesi sayısı belirli düzeyde olanlar pilot okul seçilir. Çok fazla alanda lisansüstü yetiştirmeden biraz daha genel alanda öğretim üyesi ihtiyacı özellikle yüksek lisans ve doktoralarda hızlandırılır. Bunu yaparken de öğretim üyesi fazla olanlara ikinci öğretim veya ikinci sınıf açılarak bir kampanya yapılabilir ve bu üç sene ile beş sene içinde tamamlanır diye düşünüyorum. Ama bu üç şeye de dikkat edilmesinden yanayım teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı; Hocam teşekkür ediyoruz katkılarınız için. Buyurun Filiz hanım.

Filiz Hoca: Teşekkür ederim sayın başkan. Sayın Koç, meslek liseleri memleket meselesidir dediği zaman hemşireliği kastetmemişti. Çünkü hemşireliği kastetseydi, şu anda bir hemşirelik fakültesi açılmamış olacaktı orada ve bir vakfı da hemşirelik vakfı da olmamış olacaktı. Onun dışında birçok üniversite yine beceri eğitimlerini yaptırmak üzere tabii ki sahayı kullanmak istiyor ama bu sahalarda meslek lisesi öğrencileri olduğu için yüksekokullara izin verilmiyor. Bundan haberiniz var mı, bilmiyorum. Ayrıca ATT’ler hemşire olarak kullanılıyor birçok yerde. Bunu biliyor musunuz? Yine bir hemşirelik teknisyeni, yani biraz önce gösterdi hocamız. Hepsine teknisyen teknisyen derler, sadece hemşireliğe hemşire olarak yani profesyonel meslek ismi verilmiş. Bu da çok sıkıntılı görünüyor. Yine mezunlarımız, bir öğretim elemanları eksikliğinden bahsediyoruz. Tamam, biz söz veriyoruz öğretim elemanı yetiştireceğiz ama bu sağlık meslek liselerinin bir an önce kapatılması lazım. Bu OECD rakamlarına da pek güvenemedim açıkçası. Yine ne bekliyoruz, hemşireden ne bekliyoruz bizim için önemli olan bu soru. Ne bekliyoruz? Eğer iğne yapsın, ateş ölçsün, tansiyon baksın diyor-sanız tamam kapatalım bütün üniversiteleri, kapatalım. Bunu bekliyorsanız kapatalım. Ama bunu beklememeniz lazım. Bu profesyonel bir meslek. Bunun seviyesi olmamalı. Varsa hasta bakıcı diyeceksiniz, hemşire yardımcısı demeyin lütfen. Son olarak akreditasyona var mısınız? Teşekkürler.

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı;
Biz teşekkür ederiz. Evet lütfen kısa olursa seviniriz.

Bir katılımcı; Şimdi dünyanın gittiği yeri mevcut sistemimizi mesela şu anda hemşirelikle ilgili lisans eğitimi veren üniversitelerimiz de Bolonya sürecinin kapsamında. Onlar da kendi 6. Seviye, 7. Seviye ve 8. Seviyede bilgi, beceri ve yetkinliklerini tanımlamak zorundalar. Dolayısıyla hakikaten bu bilgi, beceri tespiti tümüyle yapıldıktan sonra alanla ilgili ve bunları seviyelendirdiğimiz zaman eğer 3. Seviye dediğimiz bizim şu anda meslek liselerinin vermiş olduğu eğitim 3. ve 4. Seviye. Eğer bu 3. ve 4. Seviyeye ihtiyaç yoksa evet bu okullar kapatılmalı. Yani bütün bilgi ve beceriler basitten karmaşığa doğru sıralandığında, orta düzeydeki beceride dediğimiz beceriler yoksa bu mesleğin içerisinde evet diploma eğitimi veren okullar kapatılmalıdır. Ama henüz böyle bir envanter tarama çalışması yapılmadı. Dolayısıyla biz şu anda korkarım kendi özlük haklarımız, kanunun bize tanımış olduğu haklardan yola çıkarak böyle bir fikir ileri sürüyoruz. Ülkenin çıkarlarını ön planda tutmamızda yarar var diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı;
Hocam bütün üniversitelerde bu dediğiniz süreç tamamlanmış durumda. Bolonya süreci kapsamında yeterlilikler belirlenmiş durumda. Ama biz aynı yeterlilikleri sağlık meslek lisesindeki öğrencilere kazandırmaya çalıştık kazandırıldı demiyorum, kazandırılıyor diyemiyorum. Kazandırılmış gözülle bakılıyor. Bütün mesele burada. Evet Aytolan hocam.

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM- Türk Hemşireler Derneği; Teşekkürler sayın başkan. 2007 yılında hemşirelik kanununda yapılan değişiklikle, hemşireliğin temel eğitimi lisansa döndürüldü .

Ben bir katkıyla aslında bu uzlaşmayı sağlayacak ve bir yol ayrımı değil de bir yol birleştirecek bir öneri getirmek istiyorum. Türkiye'nin bir gerçeği var, hiç kimse bunu inkar etmiyor. Biz hemşire açığı yok demiyoruz. Üstelik hemşire açığı konusunun en büyük azabını çeken yine biz hemşireleriz. Ya yönetici hemşire olarak ya çalışan hemşire olarak zaten yaşıyoruz. Ama bakın uygulamada göz ardı edilen bir şey var. Biraz önce diğer sağlık teknikerlerinin, teknisyenlerinin dağılımı görüldü. Hemşireliğin ne iş yaptığı, kim olduğu ve ne iş yaptığı konusu çok temel bir konu. Oysa çok net bir ayrımı var. Ama bu bireylere göre, algılara göre değiştiği için, hemşirelik hastanenin tüm alanlarında her işi yapması gereken kişi olarak algılanıyor. Biz diyoruz ki, doğrudan hastaya dokunmak üzere olan alanda zaten var olarak kabul edilmiş bir meslek bu. Onun dışındaki işler için şurada sayılan birçok teknik elemandan yararlanılabilir. Ben size 35 yıllık bir uygulayıcı olarak şunu söylüyorum. Eğer hastanenin hemşirelik alanı dışında tanımlanan rolleri bu disiplinlere aktarıldığı zaman emin olun bu açık çok azalacaktır. Hastanenin her tarafında depoda, ayniyatta, röntgende, laboratuarda, bakın laboratuardaki laborantlara kan aldırılmıyorsunuz siz. Hemşirelerin zamanının önemli bir kısmı kan almakla geçiyor. O kadar laborant fazlası varken neden yerleştirilmiyor sistemlere. Tıbbi dokümantasyonlar şu anda tıbbi sekreterler biz hemşirelik için en uygun adayız diyorlar. Oysa onların işini hemşireler yapıyor şu anda. Hemşirelerin önemli bir mesailerini bu dokümantasyonla geliyor. Önce hemşirelik kanununda tanımlanan rollerine hemşirelerin yönlendirilmesi gerekir. Bu açıklama diğer taraftan kontenjanlarla kapatılmalı. Kesinlikle evet kapatılmalı. Mustafa hocama katılıyorum. Yerleşik kadrosu, öğretim üyesi altyapısı daha uygun olan kurumlar bizler, İstanbul Üniversitesi de buna adayız. Hem kontenjanlarımızı arttırmak hem de lisansüstü merkezler olarak eğitim kadrosuna katkı vermek üzere programlarımızı geliştirebiliriz. Eminim bütün Anadolu'daki yüksekokullar, hemşirelik yüksekokulları kendi mesleklerinin lisans düzeyindeki devamını sağlamak için kontenjanlarda arttırma yapacaklardır. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın bize bu sayıyı 50 binle 100 binle yıllık sayı olarak vermemesi ve belirli aralıklarla bu sayıya erişmemize fırsat vermesi gerektiğini düşünüyorum. Yine YÖK'le Sağlık Bakanlığı'nın bu anlamda anlaşması biz öğretim üyele-

rini de çok rahatlatacaktır. Teşekkür ederim, uzlaşmaya varız.

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı;
Buyurun.

Prof. Dr. Osman GÜNAY Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı; Ben uzun süre gerek meslek yüksekokulunda gerek sağlık yüksekokulunda hem derse girdim hem yönetici olarak çalıştım. Orada şunu fark ettim bu dikey geçişle ilgili. Şimdi yüksekokullara dikey geçiş yok herhalde ama meslek yüksekokullarına dikey geçiş olmasa da sınavla geçiş vardır meslek liselerinde. Burada konuşmalarda geçti. Bu meslek liseleri dikey geçiş aracı olarak kullanılabilir diye. Orada şöyle bir sıkıntı görüyorum. Düz liseden gelen öğrencilerle, işte 4 yıl meslek lisesinde hemşirelik okumuş olan öğrenciler aynı sınıfa konulup aynı dersleri öğreniyorlar. Ve ders anlatırken orada hocalar büyük sıkıntı çektiklerini fark ediyorum. Bu nasıl olacak? Eğer Sağlık meslek lisesinden dikey geçiş yapılacaksa, onların düz liselerden gelenlerden farklı bir şey olması lazım.

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı;
Liseden dört yıllık lisansa dikey geçiş söz konusu değil zaten. Meslek yüksekokullarında var, hemşireliğin de meslek yüksekokulu olarak iki yıllık okulu yok. O olamaz. Teşekkür ederiz. Safa hocam düzenlediğiniz için size ve ekibinize teşekkür ediyorum. Son söz sizin buyurun.

Prof. Dr. M. İ. Safa KAPICIOĞLU- Keçiören EAH Başhekimi , TUK Üyesi, Kongre Yürütme Kurulu Başkanı; Meslek edindirmede gördük ki sağlık meslek liselerinin meselesi memleket meselesi dedi ama Sinan bey hemşire meselesi haline döndü biraz. Gerçekten bu önemli bir mesele. Bunu vurgulamak lazım. Sağlık meslek liselerindeki durumu hemşirelik ve diğerleri diye ayırarak incelemek daha doğru olacak çünkü gördük ki, diğer programlarda sayısal olarak belli bir seviyeye ulaşmış durumdayız ama hemşirelikte çok ciddi bir problem var. Sağlık meslek liseleri, sağlık liselerine dönüştürülebilir mi? Aynı mensubu öğretmen liselerinde olduğu gibi. Çünkü öğretmen liselerinde meslek yani bir öğretmen çıkmıyor. Aynı şey değil belki ama bu tartışılabilir. Mesleklerin seviyelendirilmesi ve sayın genel müdürümüz söylediği çok önemli. Mesleki yeterlilik kurumunun da burada çok ciddi çalışmaları var. Onların da olduğu bir toplantıda belki ayrıca bir tartışılması lazım ama hemşirede kesin olanı bir husus var. Sayımız yetersiz ve bu sayının kısa, orta ve uzun vadede çözümlenmesi gerekiyor. Çözüm odağı da YÖK olarak gözüktüyor. Yükseköğretim kurumumuz bununla ilgili gerekli çalışmaları ve adımları atarsa burada somut öneriler verildi. Umuyorum kısa vadede de ciddi sonuçlar elde ederiz. Yüksek lisans ve doktora konusunda da hemşirelik programlarının çok iyi organize edilmesinin gerektiğini düşünüyorum. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı;
Teşekkür ederim Safa hocam. Ben Mustafa Hoca'nın dediklerinden aynen altına imzamı atıyorum. Bu sorunun da bu şekilde kısa ve orta, uzun vadeli uygulamalarla çözüleceğine inanıyorum. Teşekkür ederim.



7. OTURUM

SAĞLIK EĞİTİMİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR ve ARAÇLAR

SAĞLIK EĞİTİMİ

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU, dokucu@hotmail.com

İstanbul İl Sağlık Müdürü

Kişide öğrenme yaşantıları yoluyla istenilen yönde davranış değişiklikleri meydana getirme süreci olarak tanımlanan eğitim, yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Bireylerin kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürmesi noktasında ise sağlık eğitiminden söz etmek gerekir.

Sağlık eğitimi, bireylere ve dolayısıyla topluma kendi çaba ve eylemleri ile sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmektir. Sağlıklı bir yaşam ise, hem bireyin kendi sağlığı hem de içinde yaşadığı toplumun ve çevrenin sağlığı ile yakından ilgilidir. Bu noktada sağlık eğitimi, bireylerin sağlıklı bir çevrede yaşaması, tedavi hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasının sağlanması ve bireyde yaşam koşullarını iyileştirmek için bilinç kazandırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Sağlık çalışanları açısından eğitim ise, başta hekimler olmak üzere sağlık alanında her kademedede emek veren çalışanları kapsar. Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olarak yürütülebilmesi, nitelikli sağlık çalışanlarına sahip olmayı gerektirir.

Sağlık eğitiminin çağdaş kriterleri taşıyan, sürekli güncellenen bir yapıda olması gerekir. Teknolojinin hızla gelişmesi ve teknolojik yeniliklerin sağlık hizmetlerine kısa sürede yansıyor oluşu sağlık çalışanlarının eğitiminde teknolojiye ayak uydurma zorunluluğunu beraberinde getirmektedir. Sağlık çalışanları dünyada sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmeleri yakından takip etmeli ve kendilerini sürekli yenilemelidir.

Sağlık çalışanları sadece kendi alanlarında değil; sağlık sektörüne bağlı sanayi dallarında, söz konusu her türlü yenilikten ve gelişmeden haberdar olmalı, bu yenilikleri ve gelişmeleri kendi çalışma alanlarına uyarlamak konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalıdırlar.

Sağlık çalışanlarının çalışma alanı insandır ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinde kişilerarası iletişimin önemi yadsınmaz. Bu nedendir ki sağlıklı bir toplum için, sağlık eğitiminde personele etkili iletişim kurma becerisi kazandırılmalıdır.

Sağlık eğitiminde önemle üzerinde durulması gereken bir diğer unsur ise eğitimin dinamikliğidir. Sağlık alanında çalışan personelin mesleğini icra ederken sağlıkla ilgili meslek formasyonunu aldığı okuldan kazandığı bilgi, beceri ve tecrübelerden yararlanması artık yeterli değildir. Çünkü insan sağlığı ile ilgili bilgi ve deneyimlere her an bir yenisi eklenmektedir. Dolayısıyla sağlık eğitimi bu yönüyle değişken ve sürekli bir yapıdadır.

Toplumu oluşturan bireyin sağlıklı bir çevrede yaşaması, sağlığını korumak ve yaşam kalitesini artırmak adına neler yapması ve neler talep etmesi gerektiği konusunda bilinçlenmesi, sağlık personelinin eğitimi ile mümkündür. Bu eğitimin planlanması noktasında sağlık çalışanlarının akademik eğitimlerinde ilerleyebilmeleri için devletin sağlamış olduğu olanaklar artırılmalı, bu konuda gereken düzenlemeler yapılmalı, çalıştıkları alanda ek bilgi ve beceriler kazanmalarını sağlamak için panel, konferans, sertifika programı vb eğitim programlarının düzenlenmesine ağırlık verilmelidir.

Özetle sağlık eğitimi, planlı, teknolojiye kaydedilen gelişmelere paralel, iletişim odaklı, çağdaş, sürekli ve dinamik bir yapıda olmalıdır.

SAĞLIK EĞİTİMİNDE BİLGİSAYAR TEKNOLOJİLERİNİN YERİ VE ÖNEMİ

Dr. Ünal HÜLÜR, unal.hulur@saglik.gov.tr

Sağlık Bakanlığı İdari Mali İşler Daire Başkanı

Ben sizlere hane halkının bilişim teknolojileri kullanımı, sağlıkta dönüşüm ve özellikle sağlık bilgi sistemi içindeki bütün bilişim sistemlerini ve teknoloji kullanımını desteğe ekleyen iyi bir sistem kurgulanması süreçlerinin sağlıkta dönüşüm programı boyunca nasıl gerçekleştiğinden bahsedeceğim. Yine, sağlıkta ve uzaktan eğitimde teknoloji kullanımı da bahsedeceğim konular arasında yer alacak.

Hane halkının bilişim teknolojileri kullanımı şu açıdan çok önemli. Sağlık hizmeti sunumunda hizmet veren tarafta olan sağlık profesyonellerinin karşısındaki hizmet alan tarafın, bu hizmeti alma becerisi ve bunu anlama kabiliyeti ile anlamlıdır. Bu anlamda da teknolojileri vatandaşın nasıl kullandığı ve bu teknolojileri kullanma oranlarına baktığımız zaman, 2011 yılı TÜİK araştırmasına göre Türkiye genelinde %42,9'unun internet erişiminin olduğunu görüyoruz. Bu oran 2010 yılında %41.6 idi. Buradaki kentlerde bu oran yüksek, diğer bölge dağılımına bakıldığında da İstanbul %56 ile birinci sırada ve en düşük olduğu bölge ise %27 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'dir. Dağılımın kentlerde daha yüksek, kırsal alanda daha düşük olduğunu görüyoruz. Aynı çalışmada, hanelerin %39,3'ünün geniş bant internet erişimine sahip olduğunu belirtilmektedir.

Önemli bir veri de internet kullanmada kadın erkek arasında büyük bir uçurumun olmasıdır. 16-74 yaş arasındaki kullanım oranı; erkeklerde %56'larda, kadınlarda ise %36,9'larda. Bu oranın en yüksek olduğu yaş grubu, 16-24 yaş grubudur. Bu yaş grubundaki oran kentsel yerlerde %54, kırsal yerlerde %29'dur. Bunlara milenyum nesli mi diyeceğiz? Tabii, değişik tanımlamalar da yapılıyor. Gerçekten farklı bilişim teknolojileri kullanma becerisi ve daha farklı beklentileri olan bir nesil geliyor. Bunlar bir süre sonra hem hizmet sunumunda, hem de hizmeti alan tarafta yer alacaklar.

Burada internet erişim imkânının yıllar itibariyle artışı görüyorsunuz. Bu oran gittikçe aynı şekilde artıyor. İnternetin daha çok evde kullanıldığını, internet kafelerin azaldığını görüyoruz. Burada diğer alanları ve %7,2 oranı ile en az olarak eğitim alan yerleri görüyorsunuz. Bu oran çok düşük, bu oranın artırılması son derece önemlidir.

Bizim için önemli olan toplumun interneti ne için kullandığıdır. Bu yansıdaki verilere baktığımızda, internet kullananların %72,7 si çevrimiçi gazete ya da dergi okumayla geçirilirken, önemli bir oranda da sağlıkla ilgili bilgi arama takip ettiklerini görüyoruz. O zaman sağlıkla ilgili internetteki dolaşan haberlerin, doğru kaynaklardan alınıyor olması da toplumun doğru bilgiyi alması açısından son derece önemlidir. Çünkü internet kullananların yarıdan fazlası bu alandaki haberlere bakıyorlar. Yine diğer web siteleri aracılığıyla, sosyal ağlar ve %46 gibi mal ve hizmetler hakkında bilgi almak için de internet taraması yapıldığını görüyoruz. Bu da önemli bir veridir. Kamu kurum ve kuruluşlarıyla iletişimde, internet kullanımı hangi oranda diye baktığımızda; sürekli bir artış söz konusudur. Bu oran, Nisan 2009-2010 arasında %27,2 iken, 2010-2011 arasında %38'dir. Bütün kamu kurumlarının e-devlet kapsamı altındaki hizmetlerini arttırmaya yönelik çalışmalarından sonra gittikçe internet kullanımının da arttığını görüyoruz.

Yine önemli bir veri mal veya hizmet siparişleridir. 2010 yılında %15 civarında olan bu oranın 2011 yılında %18,6 olduğunu görüyoruz. Bu alanda birinci sırayı %28,8 ile giyim ve spor oturumlarda konuşulan başlıklardır.

Ben burada sağlık bilgi sistemlerinden ve sağlık dönüşümü ne yenilikler getirdi, ondan bahsedeceğim. En önemli kavramlardan birisi, 2003 yılından itibaren sağlık bilgi sisteminin kurulması ve bunun en tepe noktasında da elektronik hasta kaydının oluşturulması hedefleniyordu. Bakanlık olarak biz bugün itibariyle birinci basamaktaki tüm hastaların, yani yetmiş dört milyon nüfusun sağlık kaydını merkezi veri tabanında tutar durumdayız. Bu verilerden karar destek sistemleriyle bir takım raporlar çıkarıyoruz ama bu yetmez. Bunu hastaların kendisinin rızasıyla, diğer sağlık kurumlarıyla da paylaşılar hale getirilmesini hedefliyoruz. İkinci basamaktaki üretilen sağlık verilerinin sağlık net aracılığıyla toplanması, 2012 yılı içerisinde tamamlanmasını istediğimiz hedeflerden birisidir. Nihayetinde 2013 itibariyle elektronik sağlık kaydını, Türkiye olarak hastaların kontrolü ile sağlık kurumları arasında ya da hastanın istediği kişiler arasında paylaşılabılır bir hale gelmesini hedefliyoruz.

Yine, elektronik provizyon ve faturalama sistemleri özellikle HBYS sistemlerini çok hızlı geliştirdi. Bütün hastane yönetimi bilgi sistemleri faturalama zorunlulukları nedeniyle, mecburen bu altyapılarını kurdular. Bu alt yapının üstüne artık hasta kayıtlarının, yani sağlık verilerinin de toplanmasını hedefleyen bir durumdayız. Merkezi bir veri tabanı oluşması ve bu takiplerin merkezi taraflardan ilgililere, ilgisi kadar paylaşımının açılması son derece önemli bir gelişme olacaktır.

Şu anda sağlıkta dönüşümle birlikte, hizmet formlarına göre atama gerçekleştirildi. Sağlıkta bu bence devrim niteliğinde bir uygulama. Adil bir atama sistemi getirildi. Herkes bu puanlarını sistemden görebiliyor. Hatta atamanın sonrasında kendisine haksızlık edildiğini düşünüyorsa, benzerleriyle kıyaslayarak itirazlar yapabiliyor.

Performansa dayalı ödeme getirildi ve bu performansa dayalı ödemenin ay sonunda yine kullanıcılara eriştirilerek kendi durumlarını görebiliyorlar. Kendi kurumlarındaki diğer insanların durumunu görebiliyorlar.

Sağlık Bakanlığı, merkezi bir veri tabanından bugün itibariyle tüm hastanelerindeki demirbaş ve stoklarını izleyebilir durumda ve hiçbir hastanemiz bir malzeme alırken bu stok durumuna bakmadan, başkasında bu malın fazlasının olup olmadığını kontrol etmeden, fiyatları incelemeyen alım yapamaz. Bütün kurumlarımızda döner sermayeden, genel bütçeden olan kaynaklarının kullanımına ilişkin tek düzen muhasebe sistemi kullanılmakta.

Türkiye'de bir ilk olarak doktor bilgi bankasında, Cumhuriyet tarihinden itibaren bu ülkede doktor olan ve tescili bu ülkede olan herkesin bu bilgi bankasına bir şekilde girişi sağlandı. Burada olmayan doktorların reçete yazamayacağı bir yapı kuruldu. Bu yapı, şu anda sosyal güvenlik kurumuyla da paylaşılar durumda. Önümüzdeki günler içerisinde bunun aynısının diğer sağlık çalışanları için de kurulmasını, bir veri tabanının oluşmasını hedefliyoruz.

Bu yansıdaki husus çok önemli, yani biz bundan böyle ülke olarak 2007'de ilk temeli atılan ulusal sağlık veri sözlüğü 1'in içerisinde 261 veri elemanı ve 47 veri seti vardı. Şu an itibariyle, Nisan ayında yayınlayacağımız USRS 2'nin içerisinde 410 veri elemanı ve 65 veri seti var. Bu sağlık verisi toplama modelinin ABC'sidir. Bunun dışındaki veri toplama modelleri oluşmamalı. Oluşursa, ortak konuşmayı ve ortak paylaşımı gerçekleştirmemiz son derece zor olur. SGK olsun, üniversite olsun veya özel bir sektör olsun sağlık verisiyle ilgili bir yazılım yaptıracağım diyorsa, mutlaka bu veri setini esas alması son derece önemlidir.

Hastane bilgi yönetim sistemlerinde şu anda Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, HBYS'si olmayan hastane yok durumda ve artık dijital hastane konseptini konuşuyoruz. Sağlık Bakanlığı'nın dijitalize olan hastanelere doğru bir hedefi var. Şu anda yürürlükte olan iki tane temel dokümanımız

var; hastane bilgi sistemleri alım kılavuzu ve görüntü arşiv iletim sistemleri alım kılavuzu. Bunlar şartname niteliğinde değil ama bir kılavuz niteliğinde, gerçekten bu kadar hastanesi olan bir bakanlığın bütün alımları kontrol etmesi, koordine etmesi, doğru alımı yapabilmelerini sağlamak gerçekten son derece zor. O nedenle, en azından bu kılavuzlarla bir rehberlik etmeye çalışıyoruz.

Teletip projemiz bu yansıda gördüğünüz gibi daha çok teleradyoloji alanında kullanımı fazla oldu-ğu, içerisinde tele EKG, patoloji, ultrason da var idi. Temelinde bir gönderici hastane ve alıcı hastane modeli kurgulanmıştı. Bugün itibariyle altmış bir gönderici hastanemiz, on da alıcı hastanemiz var. Bu terminaller 2009 yılında kuruldu. Sistem bugüne kadar on bir milyon civarında raporlama gönderildi, bunlar daha çok radyoloji ve tomografi görüntüleri idi. Bunların altı bini kadarı raporlandı, dört bin kadarı bekliyor.

Bu sistemde benim kendimize şöyle bir eleştirim var. Biz bu modelde şunu kurduk, A hastanesine dedik ki; "sen kendi hastanende çalışırken günde sana belli sayıda rapor düşüreceğiz. O raporları da oku." Bu işlemedi ve işlemez diye de düşünüyorum. Mutlaka tek işi bu olan, yani raporlama merkezi gibi bir merkez kurgulayıp o merkezde çalışan hekimlerin olması lazım. Dünyada da bu şekilde yapılıyor.

Biraz da sağlık personeli sistem ve teknoloji kullanımına ilişkin bir takım rakamlar vermek istiyorum. Burada hekim ve sağlık personeli sayılarını görüyorsunuz. Toplamda 351000 personel olan bir bakanlığımız. Bu bakanlığın bugün itibariyle bir takım sistemleri kullanıcı sayısı çok önemli. Bu sayıları şunun için veriyorum. Hangi sistemi kurarsanız kurun, hangi teknolojiyi getirirseniz getirin en önemli ayaklarından birisi, kullanıcı yönetimi kısmı. Siz daha o sistemi kurgulamadan kullanıcı yönetimi kim olacak ve ona bu işi nasıl öğreteceksiniz, işin en başında konuşulması ve karar verilmesi gereken bir konu. Daha sonra bu insanları nasıl takip edeceksiniz ve bunlar değiştiğinde yerlerine konulacak sistemleri otomatik yapılandırdığınızda işin içinden çıkılmaz bir hal alıyor.

Bizim insan kaynakları yönetim sisteminden malzeme kaynakları yönetim sistemine, özel sağlık kuruluşları yönetim sisteminden sağlıknet aile hekimi sistemi ve hastane randevu sistemlerindeki kullanıcı sayılarımızı görüyorsunuz. Burada bizim şöyle bir avantajımız var. Bütün sağlık çalışanları, insan kaynakları yönetim sisteminde zaten elektronik olarak varlar. Dolayısıyla dışarıdan birisi bize ben herhangi şu sisteme kayıt olacağım diye geldiğinde, bizim onu doğrulama yaptığımız bir yerimiz var. İKYS dediğimiz yer. Bu sistemi kurmuş durumdayız. Bütün bilişim altyapılarında da bu son derece önemli.

Aile hekimlerinin teknoloji kullanımıyla ilgili kendimizin yaptığı sistem üzerinden bir araştırmayı paylaşmak istiyorum. Daha önceden hekimlerin internet kullanımını ve bilgisayarla ilgili becerilerini görüyorsunuz. 2011 yılı itibariyle geline durumda bütün aile hekimleri bir otomasyon sistemini kullanmak zorunda ve bunu da şu anda kullanıyorlar. Çünkü eğer bu sistemi kullanamazlarsa, ayın sonunda maaş alamazlar. Yani hekimlerin hepsi şu anda online ve günün sonunda veri göndermek zorundalar. Kendileri de ayın sonunda bu durumlarını görüyorlar hatta kaç bebeğini, kaç gebesini izleyemediyse kendisi itiraz ediyor. "Ben aslında bu bebeği izledim ama sizin sisteminizde görünmüyor." Otokontrol sistemi, aile hekimliği modelinde kurulmuş durumda.

Uzaktan eğitime gelince, trendi görüyorsunuz. Artık içerik geliştirmeye kadar bir sistem, hem kurumlara göre hem de kişilerin kendilerine göre sistemi uyarlayabilecekleri bir hale geldi. Biz de bakanlıkta özellikle standart anlamında sporm uyumlu içerik geliştirecek şekilde, içerikleri hem yüklenicilerden hem kendimiz o standartlara uyduk. Bu nedenle hangi uzaktan eğitim sistemini kullanırsak kullanalım bu içerikler orada rahatlıkla çalışabilir durumdalar.

Hıfzıssıhha mektebinde 2007 yılında başladığımız uzaktan eğitim, bakanlığın ilk tecrübesidir. Uzak-

tan eğitim modeline baktığımızda; burada verilen eğitim sayılarını, toplam ders sayılarını toplam eğitim alan sayıyı görüyorsunuz. En yaşlı ve en genç katılımcı sayılarımızı görüyorsunuz. Şu anda bu sistem hala yürüyor ve içerisindeki temel yönetim becerileri hastane ve sağlık yöneticiliği gibi kursları görüyorsunuz. Buradaki önemli bir konu da bu eğitim içeriklerini ne bakanlık tek başına yazmalı, ne de bütünüyle bir üniversite akademik modelini buraya uyarlamak lazım. İkisi de farklı bir şey bence, yani çünkü yüksek lisans doktora yapanlar zaten tercihlerini yapıyorlar. Burada biraz daha sahada oluşan sorunlara yönelik olarak, yani kendi içinden çıkan vakaları da görerek yazmak gerekir.

Biz Gazi Üniversitesi'nden bir grup hocayla bu çalışmaları yaptığımızda ısrarla şunu söyledik. Eserleri yazmanın ötesinde bize vakalar da oluşturun. Bu vakalar içinde sahaya gidip hekimlerle, hemşirelerle, sağlık çalışanlarıyla görüşülsün ve ona göre bir içerik oluşturun istedik. Kısmen oluştu ama daha zengin hale gelebilir.

Aile hekimlerinin ikinci aşama eğitimi, bu uzaktan eğitim sistemiyle hem bakanlıkta bilgi işlemde şu anda böyle bir alt yapı var, hem hıfzıssıhha mektebinde yeni adıyla sağlık araştırmaları genel müdürlüğünde. Bu iki sistem de kullanılarak herhangi bir genel müdürlüğümüz istediği içeriği geliştirip bu sisteme dönerek eğitimlerini buradan çok rahatlıkla verebilir. Tabii sadece eğitim vermek önemli değil, burada en önemli şey monitör etmektir. Bu sisteme ilişkin kullanıcı yani öğrenci diyelim ya da erişkin, onlar sağlık çalışanlarının davranışları yaklaşımları bir takım ölçeklerle mutlaka ölçülmelidir. Sınavlar yapılmalı ve ara sıra yüz yüze toplantılarla bunlar desteklenmelidir. Gelecek teknolojilerinde artık bizi tabletlerin yerine, dijital kâğıtlar ve holografik klavyeler bekliyor. Organik bilişim dediğimiz bir takım duyularımıza göre de sonuçlar alabildiğimiz bir bilişime doğru gidiyoruz.

Bundan böyle karar destek sistemlerinin çok daha efektif kullanılacağı ve buna göre konuşacağımız, yani sadece veri topluyoruz demeye kalmayıp bunun bilgiye dönüştüğü bir süreci yaşayacağız. Önümüzde artık aynı anda çok işe odaklanabilen, yani %70'in en az bir saatini internet başında geçiren ve yüksek hızlı internet erişimi olan bir nesil var. Buna göre de bir çözümlerimizi üretmek durumundayız. Ona göre önlemlerimizi almak durumundayız.

Özet olarak; teknoloji yatırımı en iyi çözüm müdür, tartışmamız lazım. Çünkü bu alandaki hem IT ürünleri, hem de sağlığın diğer tedavi süreçlerindeki birçok yatırım gerçekten pahalı yatırımlar. Bunu iyi kullanacak, doğru kullanacak insan kaynağını ya da eğitim sürecini tamamlayamadıysak maalesef teknolojik yatırımın en iyi yatırım olmadığını görüyoruz. Hatta bir yük olarak hastanelerimizde kalıyor. Üstün teknoloji en iyisi midir? Bu açıdan Türkiye'de enteresan rakamlar var. En hızlı cep telefonu yenileyen ülkeler arasında beşinci sıradayız. Oysa batıda bir alınan modeli versiyonu kullanmadan ve tam ondan verim almadan bir sonrasına geçmiyorlar ama biz her zaman en sonrasını, en yenisini alma eğiliminde olan bir toplumuz. Bilgi sistemi yönetmek kavramı yine çok önemlidir. Altında ezilmemek adına kurgulanan bilgi yönetim sistemlerine gerçekten hâkim olabilecek bir knowhow oluşturamıyorsa, bir süre sonra bakıyoruz ki ipin ucu kaçmış. Kurduğumuz o sistemin nereye gittiğini, ne hale geldiğini de bilemiyoruz. Bu nedenle de bu bilgi yönetim sisteminin gerçekten iyi analiz edilmesi, daha başından ilgili tarafların masanın etrafında gerekirse saatlerce analize daha fazla zaman ayırması, ondan sonra yazılıma geçmesi lazım. Biz analiz süreçlerine çok az zaman ayırıyoruz, bir araya gelemiyoruz ama ondan sonra da çıkan yazılımdan memnun olmuyoruz. Bunu da bakanlıkta en fazla yaşayan birimiz. Yine sistem tarafından yönetilir hale gelmememiz çok önemli. Son olarak ilgilendiğimiz alan hasta ve hasta yakınları olduğu için üretilen veri de, kişisel veri bir adım ötesi hasta ve sağlık verisi olduğu için mahremiyete ve bilgi güvenliğine son derece dikkat etmemiz gerektiğini düşünüyorum.

UZAKTAN EĞİTİM TEKNOLOJİLERİNİN SAĞLIK EĞİTİMİNDE YERİ

Prof. Dr. Alper CİHAN, alpercihan@yahoo.com

İstanbul Üniversitesi

Eğitimde ne durumdayız, hangi yerdeyiz veya sağlık eğitiminde eğitim teknolojisinde ne durumdayız uzaktan eğitim deyince neyi anlıyoruz, buralarda sorunumuz var mı? Ben, kısaca bunlara değineceğim.

Önce, uzaktan eğitim kavramı bir netleştirmemiz gerekiyor. Ben, İstanbul Üniversitesi uzaktan eğitim merkezinin müdürlüğünü yapıyorum ve YÖK'teki uzaktan eğitim komisyonunun da üyesiyim.

YÖK'te de şu tartışılıyor. Açık öğretim nedir, uzaktan eğitim nedir ve bu iki kavram arasında bir fark var mıdır? Komisyonunda da bunlar tartışılıyor, çünkü gerçekten global anlamda bir kavram kargaşası var. Örgün eğitimi hepimiz biliyoruz. Örgün eğitimin iyisi var, kötüsü var. İyi hoca var, kötü hoca var. İyi anlatan, iyi hazırlanmış ders var, iyi hazırlanmamış ders var.

Uzaktan eğitim deyince, neyi anladığımız biraz karışıyor. Çünkü açık öğretimi başka bir sistem, uzaktan eğitimi başka bir sistem gibi algılıyoruz Türkiye'de mevzuatımız da o şekilde gelişmiş durumda. Açık öğretim mevzuatımız ayrı, uzaktan eğitim mevzuatımız ayrı. Giderek de ayrışıyor.

Dünyada böyle değil. Dünyada open education tarzında başlayan sistem, distance learning'e devşirildi. Yani eğitici ile eğitilenin birbirinden uzak ve mekânlarının ayrı olduğu ortamlardaki eğitim türlerine distance; mesafeli eğitim, uzaktan eğitim dendi. Open education da onun bir parçası, açık öğretim de.

Temelde uzaktan eğitim dediğimizde; öğretici ile öğrenenin aynı mekân, ortam, eş zamanda olmadığı durumlar için önceden hazırlanmış, tasarlanmış, planlanmış eğitim ve öğretim materyallerinin iletişim teknolojileri aracılığıyla sunulmasıdır. Bu materyal radyo, televizyon, internet olacağı gibi cep telefonları, iphone, ipad da olabilir. Eş zamanlı olabilir, eş zamansız olabilir. Bunların hepsi uzaktan yapılan eğitim. Her ne kadar yükseköğretim mevzuatımız öyle demese de açık öğretim, uzaktan eğitim farklı diye bir şey yok artık.

Bu, uzaktan eğitim ihtiyacı nereden geliyor? Yaşam boyu öğrenme, bilginin yayılması insanlığın daimi ihtiyacıdır. Çok geniş öğrenci kitlelerine hizmet verme isteğimiz var. Geleneksel eğitimden yararlanamayanlar için bunlar açılmış durumda. Ayrı niteliklere sahip bireylerden oluşmuş hedef kitleye, farklı uygulamalarla eğitim hizmeti vermek istiyoruz. Yani, bir hoca ile birçok öğrenciyi bir sınıfa kapatıp hadi burada ders yapın diyemediğimiz her ortamda önümüze çıkan bir teknoloji.

Pahalı bir teknoloji mi? Dünyada, en çok tartışılan husus budur. Kitlese eğitimde ucuz, bireysel eğitimde yatırım maliyeti fazla bir teknoloji ama birim maliyete vurunca muhakkak daha ucuz bir eğitim tarzı. Bu konuda tüm dünyada da bolca yayınlar mevcut. Artık uluslararası standartlara göre tasarlanmış müfredatları baz alarak öğrenci merkezli eğitim metotlarına uymak zorundasınız. Çünkü teknoloji bunu gerektiriyor. Hoca merkezli veya bilgi merkezli yapamıyorsunuz. Mutlaka kullanıcıya, öğrenciye yönelik çalışmak durumundasınız. Sistem başka türlü çalışmıyor çünkü. Çok çeşitli teknolojileri bir arada sunabiliyorsunuz.

Buraya hangi aşamalardan geldik? Yüzyıllar önce mektupla başlayan eğitim öğretim sistemleri, radyo televizyonla devam etti. Açık üniversiteler oldu, telekonferanslar oldu ve internet ve web2.0, web3.0 teknolojileri, canlı yayın sistemleri, karşılıklı ders yapma sistemleri, geniş bant teknolojisi

bizi bambaşka bir dünyaya getirdi. Yeni nesil net generation veya yeni kuşak bunu mu doğuruyor yoksa bu sistem bu yeni kuşağı mı doğuruyor? Aslında yumurta tavuk meselesi gibi ikisi de birbirinin potansiyeli, giderek büyüyor artık bu sistem.

Bileşenlerine bakarsak, bu eğitim sisteminde bireysel eğitim veremiyorsunuz. Mutlaka kurumsal olmak zorundasınız. Çünkü arkasında devasa bir teknoloji gerekiyor. Etkileşimli olmak zorundasınız. Telekomünikasyon sistemlerini kullanmak zorundasınız. Öğrenci ve öğretmenin mekândan ayrılması, ortak bilgiyi üretmede daha çok yoğunlaşması temel zorunluluktur. Veri, ses dosya, video paylaşımı gibi birçok paylaşım yapmak zorundasınız. Velhasıl planlı olmak zorundasınız. Öğrenme modeli oluşturmak zorundasınız. Sistemli ve disiplinli çalışmak zorundasınız. Geleneksel eğitimle temel farkı bunlar.

Eğitim işi bir tiyatral sahne olarak niteleniyor eğitim uzmanları tarafından. Tek kişilik bir kadro, tek oyuncu, tek senaryo ve senaryoyu yazan da oyuncunun kendisidir. Çıkıyor bir sıfır karşısına, ne becerisi, ne bilgisi ve nasıl bir senaryo hazırlığı varsa onu anlatıyor. Havaya bilgi ışınlarını yaydığında, öğrenci veya kullanıcı ne kadar alabilirse alıyor. Başka bir etkileşim yok. İnteraktif sorulu cevaplı ders yapalım, öyle hocalar olabiliyor veya öğrenciyi uyutmamak için aktif anlatanlar olabiliyor. Geleneksel eğitim metodunda sınıfta öğrenilen bilgi becerinin kalıcı olmasının oranı, yüzde otuz civarında olduğu tespit edilmiş. Uzaktan eğitim teknolojisinde ise bir fark var. Eş zamanlı veya eş zamansız veya karma eğitim sistemi olsun, mutlaka önceden teknik olarak detay olarak hazırlanmak zorundasınız. Hadi, bugün çıkayım sınıfa da bir şey anlatayım diyerek uzaktan eğitim programları yürümüyor. Peki, nasıl olacak sistemli hazır olmak da yöneticiler, öğretmenler, öğretim teknologları yani bu bilgiyi bir virüs gibi yayılan bilgiye çevirecek insanlar, kendini öğreten bilgiye çevirecek insanlar ve bunun yardımcı görevlileri. Öğrenci paydaşları, rehberler ve bir de sektör, donanım, yazılım internet ve internet hizmetleri gibi büyük bir sektör, bu bilgiyi hazırlamak için uğraşıyor.

Sağlık eğitimindeki yeri, nerede? Aslında tıp eğitiminde yeri derken, bizim hayatımıza da uzaktan eğitim girmiş durumda. Nasıl? İnfomal olarak girmiş durumda. Formal eğitim sistemleri, daha çok diploma kuramı olan sistemler ama infomal eğitim sistemleri dediğimiz bize bilgi sunan aslında internetle bu sürekli kullandığımız sayfalar. Artık dergilerimiz online, sitelerimiz online ve ilaç firmaları online. Medline'in kullanım istatistiklerini görüyorsunuz. On yıl içinde ne kadar büyük bir artış var. Bizim tıp eğitiminde hayatımıza uzaktan eğitim teknolojik olarak girmiş ama formal eğitim sistemi olarak ülkemizde oturmamış durumda.

Okullar ve üniversiteler bu teknolojiyi kullanır durumdalar. Ama Türkiye'de; yurt dışı örneklerinde gördüğümüz gibi Avrupa'daki sistemler, Amerika'daki sistemler, stanford'un siteleri, Fransa'daki sistemler gibi formal standart tüm öğretim teknolojilerini içeren teknolojiyi henüz geliştirmemiş durumdayız. Etik olarak internetteki bilgi durumumuz nedir? Bu tartışılır. Çünkü bize istediğimiz istemediğimiz birçok veri, bilgi ve sağlık duyurusu sistemden yapılabiliyor. Her taraftan okuyabiliyoruz ama bunları denetleyen bir kurumumuz yok. Hastalar, internet üzerinden değişik ticari bilgilerle kandırılabilirler. Açıkça söylemek gerekirse; kitap yok, kurs yok, çalışma yok, gel biz sana sertifika verelim tarzında açık öğretim. Bu şekilde, gösteriş tarzında, eleştirmemek mümkün değil. Peki, nasıl olmalı? Kurumsal olmalı. Bir enstitü, bir okul, bir üniversite tarafından uzaktan eğitimin formal eğitim siteleri Türkiye'de tasarlanmalı. Dersler kurumsal olarak verilmeli. Bütün bağlantılar, paydaşlar, Sağlık Bakanlığı bu konuda oldukça entegre bir faaliyet sürdürüyor. Hepsini kapsamalı. Hepsinin sistemleri öğrenilmeli. Artık dünyada geldiği son nokta, sağlık eğitiminde uzaktan eğitimin yeri derken bunlar çocuk oyunları. Çocukların oynadığı. Benim sekiz yaşındaki kızım da buradan kalp ameliyatı yapıyor, diz ameliyatı yapıyor. Baba, ben de biliyorum artık, doktor oldum diyor. Çok güzel diz ameliyatı yaptım diyor, hasta çok iyi diyor. Soru soruyor, cevap veriyor, oynuyor,

kesiyor, dikeş yapıyor, her şeyi yapıyor burada. Bunlar da yurt dışındaki üniversitelerin eğitim makinelerinin herhalde sahaya sunulmuş hali.

Biz ne yapıyoruz uzaktan eğitim olarak? İstanbul Üniversitesi'nde öncelikle sağlık alanına çok az girdik. İki senemizi bitirdik, üçüncü senemizdeyiz. Uzaktan eğitimin gerektirdiği bütün teknolojileri her türlü yazılım platformunu tamamını kullanıyoruz üniversite olarak. Şu anda on yedi uzaktan eğitim merkezinde diploma programımız, dört tane de açık öğretim fakültesinde olmak üzere yirmi bir diploma programımız var. Toplam dokuz bin öğrencimiz var. Uzaktan eğitim programlarının tamamı, canlı derstir. Artı e-kitap, video görüntü oynatarak öğrenelim setleri, kişisel öğrenim setleri ve yardımcı öğrenim setleriyle donatılmış durumda. Öğreticilerimiz, her birimiz bilgisayarların başına farklı mekânlardan geçerek günde ortalama elli hocamız, bugün mesela saat altıdan sonra elli tane hocamız on bire kadar bilgisayarın başına geçip bu dört bin öğrenciye ders verecekler. Her gün, hafta içi ortalama elli hocamız olmak üzere haftada 250 saat uzaktan eğitim dersi yapıyoruz.

Hocalarımızın verileri, öğrencilerimizin memnuniyetleri, tekniklerimiz, sitemiz, peki bunlar nasıl oluyor? Önemli yerleri, sağlık eğitimindeki yeri neresi? Uzaktan eğitimin temeli, eğitimde yazıdan harekete geçmektir. El yazmasından matbaaya geçmek gibi aslında dünya ikinci matbaa devrini yaşıyor şu anda. Elimizdeki kitaplar o durağan harfleri bir yan yana getirerek oluşturulmuş kelimelerdeki felsefe artık bize obje nesne hareket olarak anlatılmak zorunda. Çünkü nesil değişti, çağ değişti, bilgi arttı ve hızlandı. Daha hızlı öğrenmek zorundayız. Altı yıllık bilgiyi üç yıla niye sığdıramıyoruz veya uğraşıp uğraşıp üç ayda öğrendiğim bilgiyi ben niye on beş günde veya bir haftada öğrenemiyorum? Dünya bunu sorguluyor. Teknoloji bunun için geliyor. Felsefenin de değişmesi gerekir. Her an ulaşılabilir olmak gerekiyor. Bize yöneltilen sistemlerin, eğitimi yöneten-yönetilen sistemlerin bize bu bilgiyi formatlayarak öğreneceğimiz şekilde, en kolay alabileceğimiz şekilde kendini öğreten içeriğe çevirebilmeli.

Uzaktan eğitimi ilk fark etmem, asistanlığım sırasında bir yurt dışı kongresinde olmuştu. Aylarca, yıllarca anatomi kitabından okuyup da bir anatomi bölgesini ameliyat yapmak için öğrenme zorluğumun karşısında, kongrede bir baktım simülasyonla onu bana 5-10 dakikada gösterdiler. Dedim boşuna çalışmışım bu kadar. Keşke bunları önceden seyretseymiş olsaydım. Dolayısıyla bir ham içeriğin gelmesi şurada görüldüğü gibi bize normalde sınıfta anlatılan bilgi burasıdır. Ama bunu uzaktan eğitim teknolojilerine çevirmek için bu proseslerden geçip, tasarlanıp, gruplar üzerinde çalışılıp, bir araya getirip, teknolojiyi içine katıp daha kolay üretilen bilgiye çevirmesi gerekiyor. İnsanların öğrenme modellerine göre tasarlanması gerekiyor. Medya sistemlerinin kullanılması gerekiyor. Sağlık alanında şu anda hastalıkların moleküler mekanizması kursumuz detam tarafından yürütülüyor. Sağlık alanında yaptığımız şu anki yürüyen faaliyetimiz bu. Onun dışında hemşirelik fakültemizde bazı programlar da uzaktan eğitim teknolojilerini kullanıyoruz. Tıp fakülteleri ile ilgili çalışmalarımız yürüyor. Aynı zamanda eğitimde teknolojiyi kullanırken uzaktan eğitim, online, canlı yayın, web destek hizmetlerini veriyoruz. Girişeceğimiz projelerin içerisinde şu an çalıştığımız sanal hastane, sanal okul, second life platformları üniversitelerin sistemleri şu an tasarımları sürüyor.

UZMANLIK EĞİTİMİNDE UZAKTAN EĞİTİM –ZEKAI TAHİR BURAK MODELİ

Prof. Dr. Uğur DİLMEN / ugur.dilmen@saglik.gov.tr

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü

Uzaktan eğitim, eğitim veren ve alanların farklı ortamlarda olması ile gerçekleşen bir eğitim modelidir. Sadece ses veya ilaveten görüntü ile gerçekleştirilmektedir.

Yeni doğan yandal uzmanlık eğitiminde dört yıldan beri ülkemizde kullandığımız bir sistemi tanıtmak istiyoruz. İlk önce Sağlık Bakanlığı'nın kiraladığı TÜRKSAT uydusundaki bir kanal ile bu sistem başlatılmıştır. Salı ve Perşembe sabahları saat 8.15-9.00 arasında Ankara'daki Zekai Tahir Burak ve Dr Sami Ulus ve İstanbul'daki Şişli Etfal ve İzmir'deki Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Yenidoğan Klinikleri arasında yapılan toplantılarda her ay bir klinik ev sahipliğini üstlenerek eğitim yapmaya başlamıştır.

Bu eğitimde adı geçen kliniklerin eğiticileri ve asistanları yararlanmıştır. Üç eğitim yılı dönemince Temmuz ve Ağustos ayları dışında bu sistem kesintisiz olarak devam etmiştir. Teknik nedenlerle bu sisteme yeni hastaneler eklenememiştir. Sistemin ücretinin çok pahalı olması nedeniyle 2011 yılı 30 Haziran tarihi itibarı ile son verilmiştir.

Bunun üzerine webinar sistemi ile ve www.yenidoganuniversitesi.com'da main'l kullanılarak yeni bir sistem 2011 yılı Eylül ayı sonunda çalıştırılmaya başlanmıştır. Bu sisteme başka hastanelerde eklenmeye başlanmıştır. Yeni sistemde çok sayıda izleyicinin programa katılımı mümkün olmaktadır.

* Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim

Uzaktan Eğitim'in SWOT'u

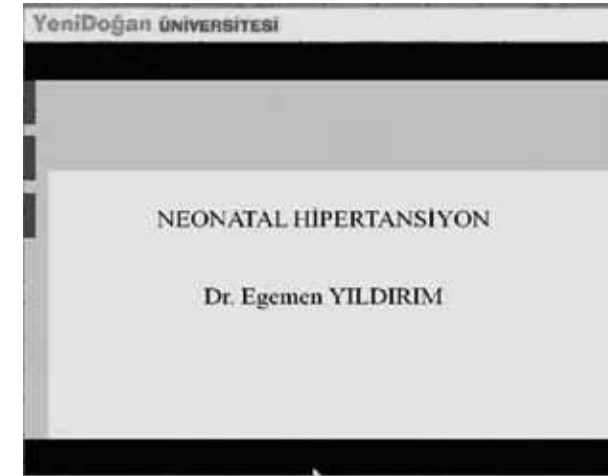
Güçlü Yönleri	Zayıf Yönleri
- Maliyet etkin - Daha az lojistik komplikasyon - Kaydedilebilirlik ve tekrar - Kişisel ölçülebilirlik	- Eğitimci hakimiyetindeki azalma - Bedensel ve duygusal iletişim
Fırsatlar	Tehditler
- TR'deki düşük yaygınlık - Gelişen teknolojik altyapı - Gelişen teknolojik yetkinlik	- Psikolojik direnç noktaları - Kurumların teknolojik hazırlığı

Tablo 1.Uzaktan Eğitimin güçlü yönleri, zayıf yönleri, fırsat ve tehditlerin karşılaştırma tablosu



Resim 1. www.yenidoganuniversitesi.com un giriş sayfası

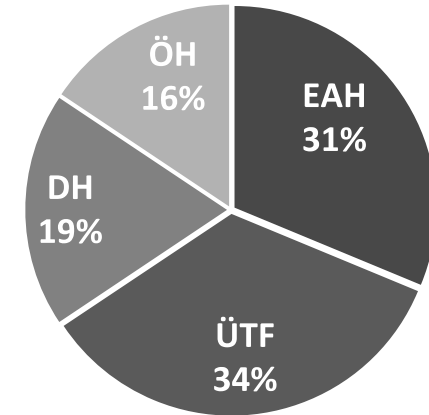
Banttan oturum sayfası



Resim 2. Banttan eğitim sayfası örneği

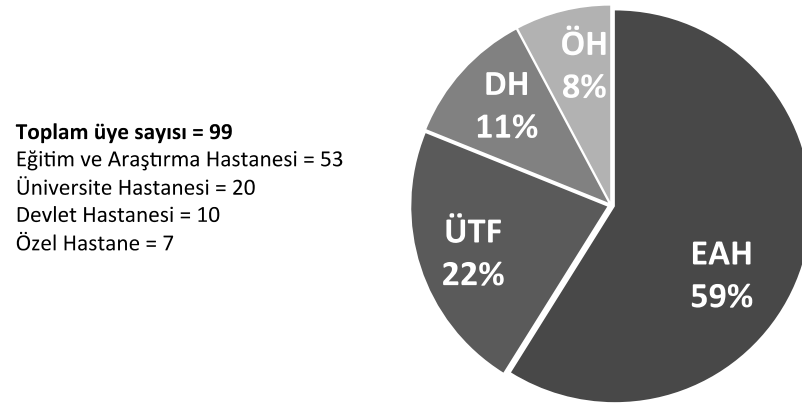
kurum profili

Toplam kurum sayısı = 32
 Eğitim ve Araştırma Hastanesi = 10
 Üniversite Hastanesi = 11
 Devlet Hastanesi = 6
 Özel Hastane = 5



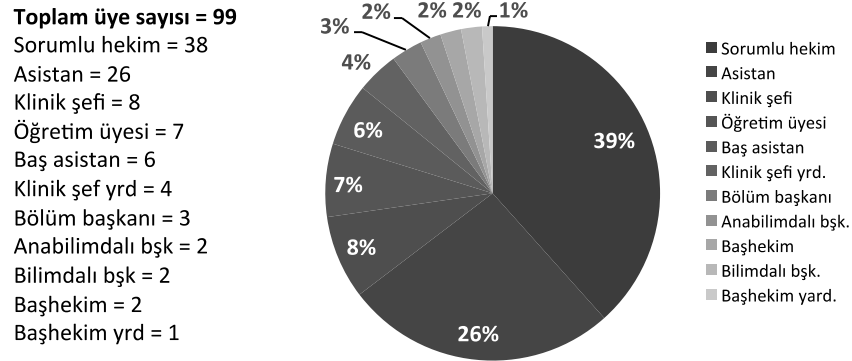
Tablo 2. Katılan kurumların dağılımı grafiği

üye profili: kurumsal dağılım



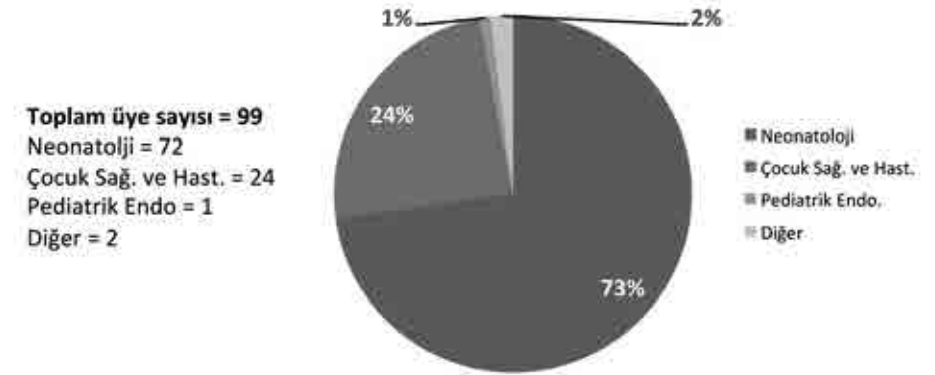
Tablo 3. Üyelerin kurumlara dağılım

üye profili: pozisyon dağılımı



Tablo 4. Mevcut 99 üyenin profili ve pozisyonlarının dağılımı

üye profili: uzmanlık dağılımı



Tablo 5. Üyelerin uzmanlık dağılımı

SERTİFİKASYONDA UZAKTAN EĞİTİM:

Hemşirelik Lisans Tamamlama Programı Örneğinde Atatürk Üniversitesi Deneyimi

Prof. Dr. Hikmet KOÇAK, ata@atauni.edu.tr

Atatürk Üniversitesi Rektörü

Giriş

Çağımızın hızlı dönüşümlerine paralel olarak eğitim süreçleri de dönüşüme uğramaktadır. Eğitim süreçlerin teknolojik tabanlı yürütülmesi, toplumsal beklentileri de dönüştürmüştür. Ağır iş koşulları bireylerin bilgi ve beceri düzeylerinin gelişimi önünde önemli bir engel teşkil ederken, gelişmiş teknolojiler sayesinde bu engellerin aşılması sağlanmıştır. Hemen hemen her meslek türünde yaşanan dönüşümler, bireyin iş koşullarına uyum sağlayabilmesi için gelişimini gerekli kılmaktadır. Bu gereklilik de sistematik eğitim süreçlerinin planlanmasını ve uygulanmasını adeta zorunlu kılmaktadır.

Dünyada ve ülkemizde, toplumsal dönüşümlere ve yaşanan gelişmelere uyum sağlayacak bilgi ve beceriyi kazanmayı hedefleyen bireyler için uzaktan eğitim süreçleri vazgeçilmez öneme sahiptir. Bu bağlamda sertifikasyon ön plana çıkmaktadır. “Doğrulama, onay, onaylama, evetleme, bir iş veya görev gerçekleştirmek için yeterlilik sağlama, kariyer amaçlı temel düzeyde bilgi ve gerekli becerileri doğrulama” anlamına gelen sertifikasyon, özellikle günümüz koşullarında bireysel gelişim ve kariyer hedeflerinin gerçekleştirilmesi açısından bireylere çeşitli fırsatlar sunmaktadır.

Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin başarıyla yürütülmesi ve toplumsal memnuniyet düzeyinin artırılması amacıyla hem dünyada hem de ülkemizde sağlık sektörüne yapılan yatırımların giderek arttığı gözlemlenmektedir. Sunulan hizmetin kalitesi, toplumsal memnuniyet düzeyini artırıcı rol oynamaktadır. Bu bağlamda, alanında uzman, gelişimleri yakından izleyen ve bu bilgi ve beceriye dayalı donanımı, mesleğini icra ederken etkin bir biçimde kullanan sağlık personeline duyulan ihtiyaç da her geçen gün artmaktadır. Sertifikasyon süreci alanında uzman bireylerin gelişim süreçlerine katkıda bulunması anlamında önemli bir yere sahiptir. Sertifikalar aynı zamanda uluslararası çapta kabul görmeyi ve dünyaya açılabilmeyi de sağlamaktadır. Yetkili bir eğitim merkezinin sunduğu hizmetin sonrasında alınan sertifika, aynı zamanda, alanda yetkinliğe sahip olmanın bir göstergesidir.

Sertifikasyon Eğitim Programlarının Amacı ve Yürütülmesi

Sertifikasyon eğitim programları, günlük yaşam koşulları içerisinde ihtiyaç duyulan bilginin sistemli ve planlı olarak elde edilmesini sağlayan etkin süreçleri kapsamaktadır. Yetkili eğitim merkezlerince tasarlanan eğitim süreçlerinde bireyler, alanlarıyla ilgili son gelişmeleri öğrenmenin yanı sıra teknoloji destekli iş yapış biçimlerine de uyumlu davranış becerileri kazanmaktadır. Teori ve uygulamanın etkin biçimde sunumunu sağlayan eğitim süreçleri, alanında uzman eğitmenlerin hazırladıkları içeriklere dayalı yürütülmektedir. Eğitmenler, sektörde hali hazırda projeler gerçekleştirmiş olup; uzmanlıklarını deneyimleri ile pekiştirmişlerdir.

Sertifikasyon eğitim programları, üniversiteler ve özel eğitim kurumları aracılığıyla yürütülmektedir. Sertifika programlarındaki temel amaç, bireylerin alanlarında uzmanlaşmalarını sağlamaktır. Bu uzmanlaşma, bireyde zaten var olan bilgi ve beceri donanımını geliştirmek ve sürekli yenilemek anlayışını kazandırmaya dayanmaktadır. Bu çerçevede sertifika programlarına katılanlar, kısa

zaman aralığında yoğun bilgi birikimine sahip olmaktadır. Sistematik biçimde edinilen bu bilgi, iş yapış biçimleri olarak bireyin yaşamında olumlu dönüşümlere yol açmaktadır. İş yaşamında yeni bilgi ve beceri kazanan personel açısından motivasyon ve verimlilik öncelikli unsurlar haline gelmektedir. Personelde oluşan bu tür gelişimler, yapılan işin niteliğini ve hizmet verilen kesimin memnuniyet düzeyini artırıcı rol oynamaktadır.

Sağlık Alanında Sertifikasyon Eğitim Programlarının Önemi ve Gerekliliği

Toplumların yaşam süreçlerine ve özellikle de sağlık hizmetlerine ilişkin beklentilerinin artması, sağlık sektöründe hızlı dönüşümlerin yaşanmasına ön ayak olmuş; bilimsel bilginin teknoloji tabanlı desteklenmesi sonucunda alanında uzman sağlık personeline duyulan ihtiyaç açığa çıkmıştır. Sağlık alanında uzman personel olmak, mesleğini icra ederken doğru olanı en iyi biçimde yapmak demektir. Bu da yaşanan gelişmeleri yakından izlemeyi ve insan ilişkilerinde başarılı olmayı gerektirmektedir. Tüm dünyada geçerli olan bu uzman personel ihtiyacına dönük en önemli fırsat ise sertifikasyon eğitim programlarıdır.

Yaygın uygulamaya bakıldığında sertifikasyon eğitim programlarının çeşitli faydaları gözlemlenmektedir. Alana ilişkin sertifika almak, öncelikli olarak işe alınma sürecinde bireye kazanımlar sağlamaktadır. Kalifiye eleman olmak, aranan eleman olmak anlamına gelmektedir. Hak kazanılan sertifikalar, çoğu zaman uzmanlığın ispatı işlevi görmektedir. İş başvurularında, özellikle sağlık alanında ‘tecrübe’ önemli bir faktördür. Sertifikasyon eğitim programlarının en önemli katkısı bu bağlamda açığa çıkmaktadır. Eğitim programları süresince alanında deneyimli eğitmenlerin içinde yer aldıkları projeler ve yaşadıkları süreçler, deneyimsiz ve henüz başlangıç aşamasındaki bireyler için önemli katkılar sağlayacaktır.

Küresel ölçekte birbirine benzeşen sektörler, uygulamaları bağlamında da uyumlu çalışmayı hedeflemektedirler. Böylesine bir uyum gereksinimi aynı zamanda sektörlerin kendine özgü dinamikleri çerçevesinde üretken ve verimli olmayı gerektirmektedir. Günümüz yönetim anlayışı personel yetkilendirme prensiplerine dayalı bir işleyişe sahiptir. Yetki ve sorumlulukları çerçevesinde kararlar alabilen, ekip ruhunu benimsemiş personel, etkileşimin önemini bilir ve kurum içi koordinasyonda ‘destek sağlayan’ konumunda olur. Sorun çözümünde kilit kişi olmak, üretim sürecinin önemli bir unsurudur. Bu bağlamda personelin eğitiminin süreklilik taşıması gerekir.

Sağlık sektörü, işleyiş ve uygulamaları bağlamında hızlı hareket etmeyi, çabuk karar almayı ve doğru müdahalede bulunmayı gerektirir. Bu alanda yürütülen sertifika programları, personelin yeni bilgi ve gelişmeleri teorik olarak öğrenmesi ve çalışma alanına uygulayabilme becerisi kazanmasını sağlar. Bu tür eğitim programları, sağlık personelinin dünyanın her yerinde kolaylıkla işlerini yürütmesi ve alanda bir standardın geliştirilmesi açısından önemlidir.

Ülkemizde sağlık sektörünün gelişim seyrine bakıldığında, sağlık personeline duyulan ihtiyacın da gün geçtikçe arttığı gözlemlenmektedir. Hastanelerde ve çeşitli sağlık kuruluşlarında, alanlarında yetişmiş hemşirelere duyulan ihtiyaç ise hızla çözüme ulaştırılması gereken konular arasında yer almaktadır. Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ bu konuya dikkat çekerek, “Gelişmiş AB ülkelerinde her 100000 kişiye 730-740 hemşire düşerken Türkiye’de ise her 100000 kişiye 130 hemşire düşüyor. Bizim hesaplamalarımıza göre yılda 20000’in üzerinde hemşire alınması gerekir ki, 2023 yılına kadar hemşire sayımızı ihtiyacımıza göre artıralım” değerlendirmesinde bulunmuştur. OECD ülkelerinde bin kişiye 8,4 hemşire düşerken; bu rakam Türkiye’de bin kişiye 1,5 kişi olarak kendini göstermektedir. Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre ülkemizde 92 bin 509 hemşire çalışmakta ve 31 bin 607 hemşire açığı bulunmaktadır. TÜİK rakamlarına göre işsizlik oranının yüzde 4 olduğu sağlık sektörü, ülkemizde işsizliğin en az olduğu sektör olarak ikinci sırada yer almaktadır. Eczacıların ve

psikologların yükselttiği işsizlik oranı pozisyon esaslı ele alınınca bu sayı daha da düşmektedir.

Sağlık sektöründe yaşanan bu tür personel ihtiyaç açığının kapanmasında ve alanında uzman bireylerin yetişmesi konusunda sertifikasyon eğitim programlarının önemi açığa çıkmaktadır. Yetişkin eğitimi süreçlerinde efektif çözümler geliştirilebilmesi açısından bu tür programların desteklenmesi ve teşvik edilmesi anlamlıdır.

Sertifikasyon Eğitim Programlarında Uzaktan Eğitimin Avantajları

Uzaktan eğitim, geleneksel öğrenme-öğretme yöntemlerindeki sınırlılıklar nedeniyle sınıf içi etkinliklerin yürütülme imkânı bulunmadığı durumlarda eğitim çalışmalarını planlayanlar ve uygulayanlar ile öğrenenler arasında iletişim ve etkileşimin özel olarak hazırlanmış öğretim üniteleri ve çeşitli ortamlar yoluyla belli bir merkezden sağlandığı bir öğretim yöntemidir. Başka bir ifadeyle; farklı mekânlardaki öğrenci, öğretmen ve öğretim materyallerinin iletişim teknolojileri aracılığıyla bir araya getirildiği kurumsal bir eğitim faaliyetidir.

Teknolojik gelişmelerin ivme kazandığı günümüzde uzaktan eğitimin önemi ve gerekliliği açığa çıkmıştır. Uzaktan eğitim, geleneksel eğitim imkânlarından yararlanamayan bireyler açısından vazgeçilmezdir. Aynı zamanda, yaşam boyu öğrenme süreçlerinin en verimli yollarından biridir. Bu sayede geniş öğrenci kitlelerine hizmet sunulabilmekte; zaman ve mekan sınırlılıkları ortadan kaldırılabilmektedir.

Uzaktan eğitim süreçleri, çeşitli iletişim teknolojilerini eğitim hizmetine sunabilme esnekliğine sahip bir sistem olup; öğrenci odaklıdır. Bu sayede;

Eğitimin sunulduğu merkezden geniş bir coğrafyaya bilgi aktarılabilmekte,

Öğrenciye sunulan geribildirim daha detaylı ve hızlı olabilmekte,

Çeşitli öğrenme materyalleri sayesinde öğrencinin motivasyonu yüksek tutulabilmekte,

Değerlendirme objektif olarak yapılabilmekte,

Bireysel öğrenme öne çıkabilmekte,

Maliyet açısından avantaj sağlanmaktadır.

Sertifikasyonda Uzaktan Eğitim: Sağlık Alanı Örneği

Sürekli eğitim ihtiyacı özellikle sağlık alanında belirgin olarak açığa çıkmaktadır. Sürekli yenilenen ve gelişen sağlık alanında, çalışan personelin ve mesleğini icra etmeye yeni başlayan bireylerin bilgi ve becerilerinin güncellenmesi açısından sertifikasyon eğitim programları çeşitli olanaklar sunmaktadır. Sağlık personelinin verimli ve alanında uzman olabilmesi, işlerini başarıyla yürütebilmesi ve alanda bir standardın oluşması açısından bu tür programlara ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık personelinin yoğun iş temposuna bağlı olarak örgün öğretimden faydalanması oldukça güçtür ve bu bağlamda uzaktan eğitimden yararlanmak önem taşımaktadır. Dünyada ve ülkemizde uzaktan eğitim çerçevesinde hazırlanan ve yürütülen programların sayısı artma eğilimi göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin ve dolayısıyla sağlık personelinin ülkenin en ücra köşelerine kadar yayılması, örgün eğitimi güçleştirirken; uzaktan eğitim programlarının geliştirilmesini de adeta zorunlu kılmaktadır. Sağlık alanında sürekli artan hizmet içi eğitim ihtiyacının uzaktan eğitim süreçleriyle sağlanabilir olması,

Sağlık çalışanlarının profesyonel gelişiminin sağlanması,

Sağlık alanındaki gelişmeleri her zaman takip etmenin olanaklı hale gelmesi,

Sağlık çalışanlarının kolaylıkla kariyer planlamaları yapabilmeleri,

Sağlık çalışanlarının eğitim süreçlerinde zaman ve mekân açısından esneklik olanağına kavuşması,

Mesai şartlarına uygun eğitim imkânları kazanılması

gibi olumlu sonuçlar doğurmaktadır.

Sertifikasyon eğitim programlarında uzaktan eğitim ortamlarının kullanılmasıyla eğitim süreçleri geniş bir coğrafyada etkin hale getirilebilmekte, büyük kitlelere erişmek kolaylaşmaktadır. Bu çerçevede, özellikle sağlık alanında Alternatif Tıp, Acil Yardım/Paramedik, Gerontoloji, Laboratuvar, Medikal Teknoloji, Hemşirelik, Eczacılık, Fizik Tedavi, Halk Eğitimi, Radyoloji, Solunum Terapisi, Spor ve Fitness, Halk Sağlığı, Çeşitli Terapi Uygulamaları, Sağlık Yöneticiliği, Beslenme ve Diyetetik, Aile Hemşireliği, Aile Hekimliği gibi alanlarda uzaktan sertifika programları uygulanmaktadır.

Tablo 1. Sağlık Alanında Lisans Düzeyinde Uzaktan Eğitim Hizmeti Sunan Üniversite Örnekleri

Üniversite	Program Adı
University of New England	Public Health
Chicago School Of Professional Psychology	Certificate: Child and Adolescent Psychology
Rosalind Franklin University of Medicine and Science	Interprofessional Studies
Texas A & M University	Graduate Certificate in Homeland Security - Critical Infrastructure Protection
Nova Southeastern University	Master of Public Health Program
Saint Louis University	Online advanced degrees in Biosecurity & Disaster Preparedness
Rochester Institute Of Technology (RIT)	Health Information Resources (Adv. Certificate)
New York Medical College	Graduate Certificate in Emergency Preparedness
Quinnipiac University	Certificate of Advanced Study in Occupational Therapy
Keller Graduate School Of Management Of DeVry University	Graduate Certificate in Health Services Management
Brandman University	Graduate Certificate in Health Risk and Crisis Communication
Eastern Kentucky University	Certificate in Fire & Emergency Services
University of Illinois At Chicago	Graduate Certificate in Patient Safety, Error Science and Full Disclosure
Saint Leo University Online	Graduate Certificate in Health Care Management
Antioch University Midwest	Individualized Master of Arts
Michigan State University	Sport Leadership & Coaching
Columbia Southern University	Graduate Certificate in Occupational Safety and Health
California State University Northridge	Speech Language Pathology Assistant (SLPA)
University of Maryland College Park	Public Health Informatics
New York Medical College	Graduate Certificate in Industrial Hygiene
Impac University	Health Administration
Institute of Global Education	Nature, Intelligence and Attraction
University of Dallas	Sports & Entertainment Management

Tablo 2: Sağlık Alanında Sertifika Programı Örnekleri

Online Kariyer	
Hemşirelik	
Hemşirelik	Hemşirelik Online Master, Adli Hemşirelik Belgesi vb
Sağlık ve İdari Yöntem	
Yaşlılık hastalıkları bilimi	Geriatrik Sağlık Yönetimi, Uygulamalı Gerontoloji
Sağlık İdaresi	Yüksek Lisans, Lisans ve Doktora ve Sertifika Programları
Sağlık Bilgi Teknolojisi	Sağlık Bilgi Yönetimi, Tıbbi Kayıtlar, Bilgi Kodlama
Doktorlar için MBA	Doktorlar MBAA...
Sağlık	
Laboratuvar	Lisans, Önlisans, Doktora, Sertifika Programları
EMS&Paramedik	Paramedik, Acil Tıp, Acil Sağlık Hizmetleri ...
Sağlık ve Tıp Bilimleri	Lisans, Doktora, Yüksek Lisans Programları
Hekim Yardımcısı	Önlisans, Lisans ve Doktor ve Tıp yardımcı, Yüksek Lisans
Radyolojik Bilim	Radyolojik Teknoloji, Tıbbi Görüntüleme, Radyografi
Sağlık Profesyonelleri İçin	
Alternatif Tıp	Bitkibilim, Geleneksel Çin Tıbbı, Homeopati...
Beslenme	Diyet Yönetimi, Beslenme ve Diyetetik, Beslenme Eğitimi...
Kalite Kontrol ve Güvenlik	Endüstriyel Teknoloji, Kayıp Önleme ve Güvenlik, Tehlikeli Malzeme Yönetimi...
Eczane	Farmasötik Kimya, Farmasötik Bilimler, Eczane Teknisyeni...
Sosyal Çalışma	Toplum Hizmetleri, Sosyal Klinik Çalışma...
Spor ve Fitness	Atletik Performans, Spor Hekimliği, Yaralanma Yönetimi...
Terapi Uzmanları İçin	
İletişim Bozuklukları	Odyoloji, Konuşma-Dil Patolojisi...
Ergoterapi	Yüksek Lisans ve Mesleki Terapi Online Doktora Programları.
Fizik Tedavi	Yüksek Lisans Programı ve Fizik Tedavi Online Doktora Programları.
Solunum Terapisi	Lisans, Solunum Terapisi Önlisans ve Sertifika Programları
Sağlığı Geliştirme ve Eğitim	
Sağlık Eğitimi	Şantiye Sağlık, Sağlık Risk Yönetimi, Sağlık Teşviki
Halk Sağlığı	Halk Sağlığı Hemşireliği, Genel Koruyucu Hekimlik...

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ UZAKTAN EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA PROGRAMI (HELİTAM)

2009-2010 Eğitim-Öğretim yılında öğrenci kabulüne başlayan Hemşirelik Lisans Tamamlama (HELİTAM) Programı, kamu veya özel sektörde görevli olan Hemşirelik ile Sağlık Memurluğu bölümü/programı önlisans mezunu sağlık çalışanlarının uzaktan eğitim aracılığıyla lisans mezunu olmaları amacıyla Sağlık Bakanlığı ile Atatürk Üniversitesi arasında yapılan protokole bağlı olarak yürütülmektedir. HELİTAM Programına kayıt yaptıran öğrenciler ilgili mevzuat gereğince üniversite öğrencisi statüsünü kazanmaktadır. HELİTAM Programında ilk yıl Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Felsefesi ve Temel Kavramlar, Hemşirelikte Eğitim, Temel Bilgi Teknolojileri ve Biyoistatistik dersleri; ikinci yıl ise, Sağlık Mevzuatı ve Hemşirelik, Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler ve İletişim, Yönetim ve Organizasyon, Sosyal Antropoloji ve Hemşirelik Bakım Yönetimi dersleri bulunmaktadır. Tüm dersler alanında uzman öğretim görevlileri tarafından yürütülmektedir.

HELİTAM programında eğitim süreçleri çoklu öğretim uygulamaları esaslı yürütülmektedir. Bu bağlamda asenkron öğretim ortamları kullanılmaktadır. Öğrencilere çeşitli formatlarda ders materyalleri hazırlanmakta; bu materyaller, e-öğrenme paketi, ders notu ve online kaynaklar şeklinde çeşitlendirilmektedir.

Eğitim süreçlerinin sistematik olarak yürütüldüğü Öğretim Yönetim Sistemi üzerinde öğrencilerin tüm faaliyetleri kaydedilmektedir. Her öğrencinin ders içeriğini ne ölçüde takip ettiğine ilişkin bilgiler sürekli kontrol edilmektedir. Öğrenme düzeylerinin ölçülmesi ve öğrencilerin başarılarının belirlenmesi amacıyla dönem içerisinde iki ara sınav (vize), bir dönem sonu sınavı (final) yapılmaktadır. Ara sınavlar, Öğretim Yönetim Sistemi üzerinden gerçekleştirilmekte; dönem sonu sınavları ise belirlenen il merkezlerinde yüz yüze yürütülmektedir. Başarı notunun belirlenmesinde ara sınavların % 10 ve yarıyıl sonu sınavının ise % 80 ağırlığı bulunmaktadır. Öğrenciler programdan mezun olabilmek için programdaki derslerin tümünü almak ve 240 saat staj yapmak zorundadırlar. Programı başarı ile tamamlayanlara Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Lisans Diploması verilmektedir.

2009-2012 yılları arasında programa 25 bin 109 öğrenci kesin kayıt yaptırmıştır. Programda Türkiye'nin tüm illerinden öğrenci bulunmaktadır. Her yaş grubundan öğrencinin bulunduğu programda, başarı oranı % 95 gibi yüksek bir düzeydedir. 2365 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmaya göre HELİTAM programına ilişkin görüşler Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3: HELİTAM Programına İlişkin Öğrenci Görüşleri

2365 öğrencinin katıldığı araştırmada HELİTAM programı hakkındaki görüşler	Katılım (%)
Helitam programının açılması benim için büyük bir fırsattı.	94
Bu programın mesleki açıdan faydalı olduğunu düşünüyorum.	86
Program zaman kaybetmeksizin eğitim alabilmemi sağladı.	80
Program ihtiyaç duyduğum bilgiler edinmemi sağladı.	78
Dersler programın amacına uygundu.	76
Program, lisansüstü eğitime hazırlayacak nitelikteydi.	76
Ders içerikleri programın amacına uygundu.	74
Programdaki derslerin dönemlere dağılımı iyi yapılmıştı.	74
Programdaki ders içerik çeşitleri (okuma, e-içerik, video vb.) yeterliydi.	74
Program iyi bir şekilde tasarlanmıştı.	71
Programda yer alan tüm dersler gerekiyordu.	70
Programda yer almam çalıştığım yerde itibarımı artırdı.	66

Sonuç

Küreselleşmeye ve bilim ve teknikte yaşanan gelişmelere bağlı olarak insanın bilgi gereksiniminin süreklilik kazandığı göz önünde bulundurulduğunda, sertifikasyon eğitim programlarının gerekliliği ve önemi açığa çıkmaktadır. Uzaktan eğitim süreçlerinin sunduğu avantajlarla, sağlık çalışanlarına yönelik kurslar, sertifika eğitimleri, hizmet içi eğitimler, lisans ve lisans tamamlama programları, bazı alanlarda uzmanlık ve yüksek lisans programları ve hatta doktora programları etkin biçimde yürütülebilir.

UZAKTAN EĞİTİM VE EBELİK LİSANS TAMAMLAMA

Prof. Dr. Hakan LEBLEBİCİOĞLU, hakanomu@yahoo.com

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektör Yardımcısı

19 Mayıs Üniversitesi'nde uzaktan eğitimde neler yapıyoruz ve yine tıp fakültesindeki web tabanlı eğitimlerimiz nedir? Uzaktan eğitim merkezine baktığımızda genel olarak yapılanması işte bir müdür, müdür yardımcısı ama bu bir koordinasyon ve işbirliği içerisinde, fakülteler ve meslek yüksekokulları ile birlikte çalışıyorlar. Yine sistem içerisindeki sistem yöneticisi, değerlendirme kurulları ve içerik geliştirme bilimleri ile birlikte çalışılıyor. Derslere baktığımızda, dersleri öğretim elemanları hazırlıyor. Öğretim üyelerimiz çok değişik formatta eğitim materyalleri hazırlıyorlar ama bunlar editörler tarafından mutlaka gözden geçiriliyor. Daha sonra da program koordinatörü ve program kurulları tarafından son şekli veriliyor.

Bütün hazırlıklar, mutlaka bir yapılandırılmış süreçten geçiyor. Bu süreci tamamladıktan sonra ancak öğrenci ile öğrencinin karşısına bu dersler çıkabiliyor. Tabii öğrenci de her aşamada gerek UZEM'le, gerek öğretim elemanlarıyla karşılıklı olarak yine internet erişimini kullanarak bilgi paylaşımında geri bildirimde bulunabiliyor. Sisteme baktığımızda, 24 saat erişilebilir bir ders platformu var. Canlı ders sistemini kullanabiliyoruz. Bütün materyaller sistemde olduğu için öğrenciler istedikleri zaman kendi şifreleri ile girerek bu ders materyallerine ulaşabiliyorlar.

Eş zamanlı olarak beş bin öğrenciye sınav yapabilen bir sistem üzerinde çalışıyoruz. Türk Telekom'un altyapısı bunun için kullanılıyor. Bir başka önemli nokta, öğrenci ile öğretim elemanını buluşturan uzem platformları da mevcut. Kısaca baktığımızda evet videolu ders anlatılıyor PDF formatında ders dokümanları hazırlanıyor. Derslerin ses kayıtları yine sistemin içinde var. Öğrenciler, geçmişe dönük olarak da ulaşabiliyorlar. Ünitelerle ilgili sorular var, yani sınava hazırlanırken de kişiler kendilerini her aşamada deneme imkânına sahipler.

UZEM, eğitime ebelikten başladı, ebelik lisans tamamlama ile başladı ama bunun dışında yine tıp fakültesi ile deneysel hayvan araştırma merkezimizle birlikte minimal invaziv cerrahi kurslarını düzenliyor. Burada da simülasyonları kullanıyoruz. Bir yandan da iktisat fakültesi ile bir başka programın hazırlıkları sürüyor.

Tabii, canlı dersler yapılıyor dedik. Öğretim üyesine mutlaka bu ders anında teknik destek, donanım desteği sağlanıyor. Şu andaki sistem, beş öğrenciye aynı anda ders verebilir nitelikte ve ihtiyaç halinde arttırılabilir durumdadır.

Burada bir ders sırasındaki çekimleri görüyorsunuz. Öğrenci aynı anda ders sırasındaki öğretim üyesini ve bir yandan da slaytları izleyebiliyor. Yine sistemin en önemli noktalarından bir tanesi; öğrenciler derslerle ilgili sormak istediklerini mesaj yoluyla öğretim üyelerine ulaştırabiliyorlar ve öğretim üyeleri de yine düzenli olarak bu sorulara yanıt veriyor. Böylece öğrenci ve öğretim üyesi arasında, eğitim yönünden bir geri bildirim ya da bir bilgi tamamlama şeklinde destek de yer almaktadır. Sınavlar, yaklaşık beş bin kişilik kapasitede online olarak yapılabilir. Ara sınavları online yapıyoruz. Final sınavları, belirlenen sınav merkezlerinde ki, bu ebelik lisans tamamlamada on merkezde yüz yüze yapıldı. Sınav hazırlıkları, UZEM'in kendi merkezinde hazırlanıyor ve ilgili merkezlere gönderiliyor. Programın doğası gereği, hem online sınavlar hem de yüz yüze yapılan sınavlar nedeniyle bu tür bir hazırlık gerekiyor.

Bunun yanı sıra ödev ve proje hazırlama gibi sistemlere de sistemin açık olduğunu söyleyebilirim.

Yine ders takip yüzdesinde, takip etme olanağınız var. Yani bir kişi dersi ne kadar takip ediyor, onu da elektronik imkânlar ölçüsünde takip edebiliyorsunuz.

Burada, UZEM'in ana web sayfasını görüyoruz. Buradan öğrenciler sisteme giriş yaparak tüm işlemlerini yapabiliyorlar. Dersleri tekrar inceleyebiliyorlar. Yine bürokratik işlemleri, idari işlemleri de burada yapabiliyorlar. Burada akademik takvim var, sık sorulan sorular var. Online yardım kılavuzları var ve ders sistemlerine girerek işlemlerini gerçekleştiriyorlar.

Bizim uzaktan eğitim merkezimiz 2009 yılında kuruldu ve işe, ebelik lisans tamamlamayla başladı. Yaklaşık 5150 öğrencisi var. 3660 mezun verildi. İki bin civarındaki ilk mezunlarımız, ebelik lisans tamamlama programında geçen yıl verildi. Altı adet eğitim programı var şu anda. Otuz personelle bu sistem yürüyor. Ebelik lisans tamamlama dışında, ilahiyatla ilgili bir lisans tamamlama programı var. Yine bunu yönetiyoruz.

Bir başka çalışma; eğitim yönetimi teftişi ve planlaması tezsiz yüksek lisans programıdır. Elli civarında bir öğrencimiz var ama Milli Eğitim Bakanlığı'yla işbirliği içerisindeyiz, muhtemelen daha geniş kapsamlı bir eğitim programı olacak. Özellikle ortaöğretimdeki yönetici pozisyonundaki, müdür pozisyonundaki öğretmenlerimize bu tür bir eğitim verebileceğiz.

Belediyeler birliği ile bir çalışmamız var. Yerel yönetimlere dönük bir sertifikasyon programını çalışıyoruz. Evde bakım ve hemşireliği sertifikasyon programı başlayacak.

Bir başka önemli nokta, işte 51 ortak dersleri diye 2547 sayılı YÖK kanununda belirtilen 51 ortak dersleri de buradan ortak vermeye başladık. Gerçekten kolay değil, yani imkânlarınızı çok iyi kullanmanızı sağlayan bir sistem uzaktan eğitim. Nedir bu dersler? Atatürk ilke ve inkılapları, Türkçe ve burada yabancı dili sayabiliriz. Bütün bizim üniversitemizde 14 fakülte ve 15 yüksekokul var. Bu yüksekokulların bir kısmı farklı ilçelerde yer alıyor ve bunlara hoca yollamanız, orada ders yapabilmemiz çok kolay olmuyor. Kimi zaman dışarıdan destek almanız gerekiyor ama uzaktan eğitimde bu 51 derslerini de biz kendi üniversitemizde vermeye başladık. Hem zamandan tasarruf ettik, hem de öğretim üyelerimiz daha rahat çalışma imkânları buldular.

Ebelikte ne yapıyoruz? Üçüncü ve dördüncü sınıf dersleri var. Ağırlıklı olarak ebelle ilgili dersler var. Embriyolojiden normal riskli gebelik ve doğum yöntemlerini içeriyor. Temel bilgi teknolojileri var. İstatistik anlatılıyor. Kadın hastalıkları, yeni doğan sağlığı ve hastalıkları bu sistem içerisinde anlatılıyor.

Bu programın bir parçası olan staj uygulaması Sağlık Bakanlığı ile birlikte, bakanlığının öngördüğü ve öğrencilerin tercih ettiği yerlerde 160 saat yapılıyor.

Ben, uzaktan eğitimin mezuniyet törenine katıldım. Gerçekten ilginç, keyif ve heyecan vericiydi. Torunlarıyla, gelinleriyle ve damatlarıyla gelenler vardı. Hani öğrenmenin yaşı yok derler. O pırlıtyı katılanların gözlerinde hissedebiliyorsunuz. "Biz bunun devamını istiyoruz" dediler, yani yüksek lisans yapmak istiyoruz şeklinde temennileri oldu. Umarım bu tür uzaktan eğitimin yolları zaman içerisinde daha fazla açılır.

Uzaktan eğitimin bazı sorunlu yanları da var. Zaman zaman öğrenci sınırlaması ile karşılaşılıyor. Bu biraz YÖK'ten, biraz başka kanallardan kaynaklanıyor. Sınırlı sayıda üniversitede uygulanıyor ama bunu muhtemelen biraz daha genişletmek lazım.

Açık öğretimde ve uzaktan eğitimde tartışılmaya açılması gereken bir konu var. Fakülte düzeyinde, özellikle tıp fakültesi deyince bir disiplinden ve bir bilim alanından bahsediyoruz ama merkez denilince çok farklı alanlarda çalışan bir sistemden bahsediyoruz. Acaba bu ihtiyacı, bir süre sonra ne

kadar karşılayacak? Belki bunu tartışmamız gerekir. Yine, açık öğretim ve uzaktan eğitim birbirine yakın alanlar ama mevzuata baktığımızda sanki açık öğretimin önü açılıyor da uzaktan eğitimin önü biraz tıkanıyor gibi. Burada biraz daha geleceği düşünmemiz gerekir. Bu alanda ülkemizin çok şeyler yapma yolunda olduğunu ve yapabileceğini görüyoruz.

Başka bir önemli nokta, bu eğitimleri biliyoruz ama mutlaka bir standardizasyonunun olması bir kalite ölçümünün olması gerekiyor. Bizim de mutlaka denetlenebilir olmamız gerekiyor. Bu açıdan neler yapılmalı? Üniversitelere mutlaka fırsat eşitliği sağlanmalı ve üniversiteler birbiriyle birlikte çalışmalı. Yani açıkçası, burada bir yarışmadan çok birlikte çalışmayı gerçekleştirmeliyiz. Hepimiz her yandan aynı konuları çalışıyor olmamamız gerekir. Ülkemizde açılacak çok farklı alanlar var. Örneğin bizim üniversitemizde, Alaçam'da lojistik okulu açıldı. Yani mezunların iş bulmaması gibi bir sorunu yok. Havza'da fizyoterapist teknikerliği diye bir okul, daha doğrusu bir programımız var. Mezunları çıkar çıkmaz iş buluyorlar. Yani böyle biraz da istihdama yönelik programları açmamız lazım ama dediğim gibi bir işbirliği içerisinde olması gerekiyor.

Bir yandan örgün eğitimi, bir yandan uzaktan eğitim, bir yandan da ikisinin birlikte olduğu modelleri sunmak gerekir. Öğrenci kontenjanlarını belirlerken özellikle uygulama ağırlığına, öğretim tasarımı ve kapasiteyi de göz önüne alarak planlama yapmamız lazım.

Maliyetler tek bir merkezden, Bakanlar Kurulu kararıyla belirleniyor. Sizin maliyetlerinizi zaman zaman karşılayamayabiliyor. Düşünün ki, bir program açıyorsunuz ve elli kişiye eğitim veriyorsunuz. Bu maliyeti ne zaman karşılayacak o ücretler? Uzaktan eğitimin açısından mevzuat, güncel ve gerçekçi hale getirilmeli.

Bu bölümde, 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitiminde neler yapıyoruz ondan bahsedeceğim kısaca. Bizim üniversitemizin tıp fakültesinde probleme dayalı öğrenim birinci, ikinci, üçüncü sınıflarda uygulanıyor. Çok kısaca bahsetmem gerekirse bir problemten yola çıkarak öğrenciler birlikte tartışıyorlar. Örneğin sarılıklı bir hasta geldiğinde ya da göğüs ağrısı ile gelen bir hastada neler yapılması gerektiğini bir yönlendirici eşliğinde birlikte tartışıyorlar, çalışıyorlar. Bu oturumları web tabanlı hale getirmeye çalışıyoruz. Vaka yönetim becerisi, EKG, radyolojik görüntü okuma, sınav, elektronik sınav ve analizini gerçekleştirebiliyoruz.

19 Mayıs Üniversitesinde Tıp Fakültesi'nde yeni başladığımız bir simülasyon merkezimiz var. Daha çok web tabanlı. Burada görüldüğü gibi, daha önce bu probleme dayalı öğrenimde her öğrenciye föyler dağıtılıyor ve bütün kâğıtlar basılıyor. Görsel materyal sadece resimlerle sınırlı ama bir filmi rahatlıkla oynatıp öğrenci o anı yaşayabiliyor. İşte, gelen bir hasta! Hastanın şikâyetleri burada verildikten sonra, bununla ilgili sorular sorulabiliyor. Sorunlar nelerdir, yazınız şeklinde. Bunlar değiştirilebiliyor daha sonra. Yatış kararı verilmiş. Daha öncesinde sadece bir elektro kardiografiyi gösterebilirken, kişiye bir monitör görüntüsünü rahatlıkla verebiliyorsunuz. Buradaki kararını öğrenebiliyorsunuz. Vaka yönetim becerileri burada çok rahatlıkla uygulama imkânı buluyor. Tetkik istemi, öğrenci burada istediği tetkikleri seçebiliyor. Hangileri doğru, hangileri yanlış, geri bildirim olarak kendisine dönebiliyor.

Bir başka önemli nokta, sistemi takip etme olanağınız var. Bu probleme dayalı öğrenimdeki her bir basamağın oturumlardan ve bölümlerden oluştuğunu düşünürsek, her bir basamakta ne kadar süre kullanıldığını inceleme imkânına sahip olabiliyorsunuz. EKG simülasyon modülü var. Öğrenci burada bulduğu bulguyu işaretleyip gösterebiliyor. Yine burada ilaç doz ayarlama programını çalıştırabiliyoruz.

Sınavlarda radyolojik görüntüler üzerinden çalışabiliyoruz. Buradaki görüntüde, öğrencinin seçtiği problemlili alan ama asıl problemlili olan başka bir yer. Yani bu şekilde kişiyi test etme imkânına da sahibiz. Yeni başladığımız muhtemelen ilk bizde uygulandı elektronik sınav. Öğrenci, burada gördüğünüz gibi aletin üzerinde soruyu ve daha sonrasında şıkkını seçiyor. Bunu 250 kişiye aynı anda uygulayabiliyoruz ve sınav bittikten sonra hangi soruya kaç doğru cevap verilmiş, hangi soruda zorlanılmış bu şekilde çok farklı parametrelerle anında geri bildirimde de bulunabiliyorsunuz. Öğrenci sınav bittiği vakit o sınavdan kaç aldığını öğreniyor. Bu şekilde de bir yaklaşım söz konusu. Sınav analizi ile birlikte, öğretim üyelerine de bir geri dönüş sağlıyoruz.

Özetlemek gerekirse; zamandan ve mekândan bağımsız, sürekli eğitime uygun, yaşam boyu eğitimle uyumlu, eğitimin yaygınlaştırılmasına katkı sağlıyor. Çünkü birçok insan çok farklı mekânlardan o eğitime bulunduğu yerde ulaşamayacaksa, ulaşma imkânına sahip. Kişisel gelişimi arttırıyor. Eğitiminin de kişisel ve eğitsel becerisini arttırdığı düşüncesindeyim. Güncel bilgiye ulaşıyor. Güncelleme kolaylığı var. Etkili bir geri bildirim var. Gerçekten, hem ekonomik, hem de hızlı bir sistem.

Son olarak; ben, sadece size anlattım bunları. Aslında asıl işi yapan bu ekip. Uzaktan eğitim merkezindeki arkadaşlarımız, ağırlıklı olarak bilgisayar teknolojilerinde görevli olan arkadaşlarımız ama bu alanda çalışıyorlar. Tıp fakültesinde ise; tıp eğitimi anabilim dalındaki arkadaşlarımızla, yine bilgisayar alanında çalışan arkadaşlarımız birlikte çalışıyorlar. Umarım bu sistemi daha geliştirecek öğrencilerimize daha kaliteli bir eğitim verebiliriz.

7. OTURUM SORU-CEVAP

Ebubekir ÖZBEK-İstanbul Lütüfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi; Ben Sayın Safa Kapıcıoğlu hocama bu müthiş kongreyi düzenlediklerinden ve bizim buraya gelmemize neden olduklarından dolayı teşekkür ediyorum. Bu son oturumdaki konumuz web tabanlı ve uzaktan eğitimde hizmet üretmek ve bu hizmetin sunucularını eğitmek. Şimdi benim dikkatimi çeken bir şey oldu burada. Daha doğrusu hizmet sunucuları olarak bizler talep edenlere nasıl bir arzda bulunabiliriz bunun bize nasıl bir getirisi olabilir ve şuan ki yaşadığımız ne? Odağında insan ve insan sağlığı olan sağlık hizmetleri sunumu en ileri teknolojilerle sunmak sunabilmek harika bir olay lakin bu hizmetten faydalanan yani bu hizmeti talep edenler olarak karşı tarafta bulunan sacın diğer ayağı olan halkımız bu kadar teknolojik imkanlardan yararlanan sağlık eğitimcileri ve bizler olarak bu imkanlarımızı hastalarımıza sunarken hastalarımızın karşılığında beklediği ve aldığı nedir? Tüm bu teknolojik faydalanmalardan insanlarımızın eğitimcilerimizden almış olduğu bilgilerden bizler olarak veya poliklinikteki hekimlerimiz olarak ne kadarını biz hastalarımıza verebiliyoruz. Hastalar hala poliklinik odasından ağlayarak ya da sinirli bir şekilde çıkmaya devam ediyorsa, iki gün önceden randevu almış ve hala o odadan ağlayarak çıkabiliyorsa, her türlü şeyi bizim vermemiz gereken bir ortamda başarılı olduğumuz düşünülebilir mi ? Yani burada sosyolojik ve psikolojik olarak eğitim içeriğine değinilmediğini düşünüyorum. Teknolojik imkanlar sunulabilir, dünyanın teknolojilerini getirebiliriz ama bu eğitim süreci içerisinde acaba sosyolojik olguları da değerlendirerek bir eğitim içeriği değerlendirilebilir mi diye düşünüyorum.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU- İstanbul İl Sağlık Müdürü; Peki teşekkür ederiz Ebubekir Bey sağ olun. Buyurun Ünal Hocam.

Dr. Ünal HÜLÜR-Sağlık Bakanlığı İdari Mali İşler Daire Başkanı; Bu konuda vatandaşın sonuçta bu yapılan edilenden vatandaşın memnuniyetini sorguladığımızda yıllar itibarıyla karşılaştırdığımızda şuanda geline nokta yüzde 75'ler civarında ve sektörler arasında da sağlık sektöründen memnuniyet 3. sırada yer almakta. Dolayısıyla bu sağlık eğitimi ve vatandaş memnuniyeti arasındaki bir parametrik ilişkimidir bu böyle bir sonuç olmamasına rağmen bütünün geneline baktığımızda vatandaş verilen sağlık hizmetinden memnun olduğunu görüyoruz. Ama söylediğiniz konu şu açıdan önemli. Biz vatandaşın sağlık eğitimi konusunda da önderlik yapmalıyız. Yoksa bu alanı da sektörünün kendisi dolduruyor yani bir takım vatandaşa yönelik çözümlerle birlikte eğitim içeriklerini de dolduruyorlar. Belki bu yanlış da değil ama ya birlikte olmalı ya da bu konuda Sağlık Bakanlığı, üniversiteler öncülük etmeli. Yani vatandaşın aldığı sağlık bilgileri konusunda da biz belirleyici unsur olmalıyız. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU- İstanbul İl Sağlık Müdürü; Buyurun

Hasan Uygur KOÇ- Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi Teknikeri; Bu sınavların ilk bölümü ben arkadaşlarımdan gördüğüm kadarıyla çalıştığım yerde ilk vize sınavları internet üzerinden yapılıyor, bu öncelikle doğru bir şey midir? Bir ikincisi eğitim alan arkadaşların notlarından öğrendiğimiz kadarıyla bu eğitimi almaktan memnunlar kendilerine katkıda bulunduğunu söylüyorlar. Ancak eğitime katılmadan önceki bilgi düzeyleriyle eğitime katıldıktan sonraki bilgi düzeyleri karşılaştırılmış mıdır? Gerçekten eğitim düzeylerinde artış var mıdır? Eğer bu etkili bir yöntemse hekimin varlığında ya da yokluğunda hastaya kritik müdahaleler yapan anestezi teknikerleri içi böyle bir program uygulanabilir mi? Bu soruyu Sayın Leblebicioğlu ve Koçak hocamıza soruyorum eğer cevapları varsa sevinirim.

Prof. Dr. Hikmet KOÇAK- Atatürk Üniversitesi Rektörü; Evet 2 vize internet üzerinden yapıyor ama final yüzde 80 olan kısmı yüz yüze sınavla yapıldı bizim HELİTAM'dakini söylüyorum. Memnuniyet açısından sadece bir kısmı yüzde 94 oranını söyledik orada aşağı doğru gidersek bir örnek de verdim hani tansiyon ölçmesini nabız saymasını ben yeni öğrendim diye. Bu sağlık hizmetlerine yansıyan yönüdür çünkü bizim aldığımız grupta zaten 2 yıllık meslek yüksek okulu mezunlarıydı. Daha önce hemşerilik yapan şuan aktif çalışan kişiler. Meslek eğitimiyle ilgili kısım orada devam ediyordu. Başka bölümler olabilir mi bana göre olur. Ama bu tabi sadece benim karar vereceğim benim isteğimle olabilecek bir şey değil. Bunun iki tarafı var biliyorsunuz. Yine YÖK ve Sağlık Bakanlığı ayağı var. Yine ortak akıl gereği bu programlar olabilir diye düşünüyorum. Yalnız bir şeyi söylemek istiyorum. Arkadaşım dedi ki vize sınavlarına oldukları yerde katılıyorlar. Evet öğrenciler katılıyor ama vize sınavının genel başarı içindeki payı yüzde 20 ve o özel bir bilgisayar programıyla açılıyor sınavdaki soruların süresi ne kadarsa o kadar süre içerisinde bilgisayarına kendi şifresini girerek giriyor. Bildiğim kadarıyla süre dolduğu zamanda bitiyor.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU- İstanbul İl Sağlık Müdürü; Peki hanımefendi buyurun

Dr. Sabanur ÇAVDAR-İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi; Gerçekten iyi bir sunuydu veriler de güzeldi. Bir hatırlatma yapmakta yarar görüyorum. 90'lı yıllarda birçok meslektaşlarımızın da karşı çıkmasına rağmen biz Açık Öğretim Fakültesi'yle birlikte Ön Lisans programlarını hazırladık, işte 35 bin mezun verdik ve mezunlar da daha sonra gerçekten lisans tamamlama programlarını zorladılar ve geniş bir tabanla 12 bin mezun vermişsiniz kutluyoruz her birinizi. Hemşirelik eğitiminin temeli ne olmalıdır? Lisans eğitimi olmalıdır, böyle bir mesaj veriyorlar hepimize. Sağlık Meslek Lisesi'ne giden insanların önünü açmak zorundasınız, yani o insanlara eğer bir unvan veriyorsanız bu da bir zorunluluktur. Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı'nda olduğum için ve yakın olduğum için biliyorum. Bu programların en büyük sıkıntısı uygulama alanlarıyla ilgili olan sıkıntıdır, hele böyle kalabalık gruplarda. Diyelim ki ben bu program içinde yer alıyorum benim 10 tane lisansüstü öğrencim var, belli dönemlerde üniversite kampüsü içinde onlarla birlikte olmam, dokunmam, birlikte uygulamaya çıkmam da gerekir. Bu konuyu da düşünürsek daha sağlıklı programlar açılacağına inanıyorum ve çalışmalar için de hepinize teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU- İstanbul İl Sağlık Müdürü; Peki konuşmacılara ve katılımcılara teşekkür ediyoruz.



8. OTURUM

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YASASI ve TAM GÜN YASASININ SAĞLIK EĞİTİMİNE YANSIMALARI

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YASASI VE TAM GÜN YASASI NE ÖNGÖRÜYOR?

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL, cevdet.erdol@tbmm.gov.tr

TBMM Sağlık, Aile, Çalışma , Sosyal İşler Komisyonu Başkanı

Konuma bir fıkra anlatarak başlamak istiyorum. Bizim Temel amcasını ziyarete gitmiş, “Emice nasilsun?” demiş. “İyiymiş uşağım siz nasılsınız?” “Ben de iyiymiş emuce, ama bugünlerde biraz moralim bozuk” demiş. “Niye?” diye sormuş amcası. Temel, “Hiç sorma! Bizim tarlaya domuz girdi. Fındıkları mahvetti, mısırlarımı yedi bitirdi, fasulyeleri kırdı geçirdi, tarlayı perişan etti” demiş. Amcası, “Geçmiş olsun uşağım, ha domuz dedin de aklıma geldi, baban nasıldır?” demiş. Domuz deyince, onun babası aklına gelmiş.

YÖK kanunu ve YÖK'teki bu tam günle ilgili konu gelince, aklımıza çok şey geliyor. Karışık, karmaşık bir süreç geliyor. İçine YÖK'ün, Sağlık Bakanlığı'nın, diğer kurum kuruluşların, yargının karıştığı ve bulamaç olan bir şey aklımıza geliyor. İnşallah, önümüzdeki süreç içerisinde bu tam gün kanunu berraklaşır. Henüz tam berrak bir ortamda değiliz, onu ifade edeyim. Ben bir şey anlamadım, kanun çok karışık.

Ben, değişik bir perspektiften bakmak istiyorum. Sağlık ve sosyal güvenlik asla birbirinden vazgeçilemez iki unsur. Eğer iyi irdelemezseniz, şeklen çok yakın gelir ama zirvedeki dağlara ulaşmak çok da kolay olmaz. Bir ülkede eğer sağlık iyi değil ve sosyal güvenlik de iyi değilse, Afrika ülkelerindeki gibi perişanlıkları oynarsınız. Sağlık iyi sosyal güvenlik kötüyse, bu sefer de Amerika'daki gibi çok muazzam hastanelerin hemen yakınında varillerin dibinde aklıktan ve hastalıktan ölen insanları görürsünüz. Çünkü sosyal güvence olmadığından oralara insanlar ulaşamaz. Sağlık iyi değil ama sosyal güvenlik iyiye, bu sefer de zengin Arap ülkeleri gibi olursunuz. Yurt dışından muazzam derecede paralarla sağlık hizmeti satın alırsınız. Asıl olan bu ikisini birlikte, yani adeta kuşun iki kanadını birlikte yükseltebilmektir. Bu, çok zor bir olaydır. Bunu, kısa sürede başarabilen nadir ülkelerden birisiyiz.

Sorun öyle çok kolay bir şey değil ama soruna çözüm üretilemediği için, sorunu aslında sağlık sunumunu üretmesi gereken kesimler üretmediği için, herkes kendi çaresini üretmiş ve karmaşık bir yapı ortaya çıkmış. Bütün bu kurumlar, sağlık hizmeti sunmaya başlamış. Sosyal güvencede insanlar kamplara ayrılmış. Çare olarak hastaneleri birleştirdik, işte vs. Sosyal güvenlik yapısını değiştirdik.

Elde edilen neticelere baktığımızda, çocukları çok iyi aşıladığımızda bakın kızamık sıfırlanmış, kızamık aşılama oranlarının %98'leri bulunduğunu belirtelim. Avrupa ülkelerinin pek çoğu, henüz bunu yakalayamadı. Sıtmayı sıfırlamış durumdayız. Sağlıktan memnuniyet oranı çok yükselmiş.

Nasıl başarılı? Başarının sırrı burada arkadaşlar. DSÖ'nün Avrupa bölgesindeki ülkelerine baktığımız zaman, nüfusa oranla hekim sayısı bakımından en sonuncuyuz. Elli üç ülkenin sonuncusuyuz. O sonuncu olan ülkenin hekimleri de şöyle bir dağılım içindeydi. 2002'deki Ankara'da dört bin kişiye bir doktor düşerken, Ağrı'da yirmi altı bin kişiye bir doktor düşüyordu. Bu kadar çarpık, düzensiz bir dağılım vardı. Şu an gelinen yer, kabul edilebilir bir noktadır. Ankara'da 2002'deki yüz bin kişiye düşen hekim sayısını, şu anda Ağrı'da yakalamış durumdayız ve daha iyi olması için elden gelen gayreti gösteriyoruz.

Hemşirede de durum böyle. Bizim esas sorunumuz, yetişmiş kalifiye sağlık elemanı sorunu olduğunu insanlar yıllarca birbirinden sakladılar. Bizim esas sorunumuz, yetişmiş kalifiye eleman. Hekim, uzman hekim, hemşire ve diğer sağlık mesleklerine ait insanlar.

Türkiye Cumhuriyeti tarihine baktığımız zaman, sağlık eğitimindeki en önemli kazanım bence TUS sınavlarının konmasıdır. TUS sınavları, sağlık eğitimine büyük bir kalite getirdiğini düşünüyorum. Diş hekimliğinde, hep doktora yapılıyordu. Uzmanlık eğitimine, DUS sınavı ile birlikte geçilmesine ve diş hekimliğinde branşlaşma ile ilgili kanunu çıkardığımızda, belli kesimlerden çok ciddi tepkiler geldi. Ben inanıyorum ki; nasıl tıpta uzmanlık sınavı ve branşlaşma tıp eğitimine ve tıp hizmetlerine kalite getiriyor, diş hekimliğinde de bu kalite yakalanacaktır. Eczacılıkla ilgili de belki branşlaşmayı düşünmemiz lazım. Bu da tıp eğitiminin bir konusu olsa gerek ve şu anda gündemde olan 6197 sayılı eczacılar ve eczaneler kanununun yenilenmesi, bu manada da dikkate alınmalıdır.

Sağlık meslekleri ile ilgili yaptığımız tanım, geçtiğimiz dönemde pek çok sağlık mesleğinin tadilat edilmesi çok acil bir durumdu. Bakanlar kurulunu beklemeden, benim ve Sayın Ünüvar'ın imzasıyla bir kanun teklifi vererek olayı hızlandırdık. Böylelikle sağlık mesleklerini de kanuna ihtiyaç duyan meslekleri de sınıflandırmış ve tadilat etmiş olduk. Sağlık personelinin hemşirelik ve ebelik zürinde de çok ciddi eğitim sıkıntıları olduğunu görüyoruz. Bunlarda bir farklı branşlaşmaya mı gide-riz, bu konuyu da mutlaka düşünmemiz lazım.

Sağlık personelinin özellikle yüksek lisanslı doktora yönlendirildiğini görüyoruz. Bu yönlendir-meyi de bazı memur sendikaları üstlenmişler. Ben kendilerini kutluyorum. Çok ciddi çalışmaları olan bu sendikaların, hayırlı bir iş yaptıklarını düşünüyorum. Onlara destek olmamız gerektiğine inanıyorum. Çünkü hekimler veya diğer sağlık çalışanları mesleki hayata atılırken bir mali eğitim-den geçmiyorlar. İnsan yönetiminden, mali yönetimden veya personel yönetimi gibi bir eğitimden geçerek mezun olunmuyor. Mezun, uzman olur olmaz milyar dolarlık bütçenin başına oturuyor ve bunu yönet diyorsunuz. Bunda ciddi sıkıntılar olabiliyor ve konuyu iyi bilmediği için astlarının yön-lendirmesiyle işleri yapmaya zorlanıyor. İşin yürümesi için eşyanın tabiatı gereği, bunları yapıyor ve sonunda bakıyorsunuz ki ciddi sorunlar ortaya çıkıyor.

Biraz önce gösterdiğim tabloda, hekim sayısını arttıralım diye bu süreç içerisinde çok gayret ettik. “Tıp fakültesinin sayılarını da arttıralım” dedik. “Efendim olmaz. Yapılamaz bu çok tehlikeli” diye itiraz edildi.” Peki, tıptaki öğrenci sayısını arttıralım” dedik. “O da çok tehlikeli” denildi. “O zaman yabancı hekim ve hemşire getirelim.” “Bu zinhar olmaz.” “E peki, o zaman ben nasıl bu sayıyı arttırıp hizmet vereceğim?” Bunun cevabı yok. İşte, aslında bizlerin şu anda taşın altına elini koyduğu yer-ler, buralar. Tıp fakültesi sayısı artırılması, öğrenci sayısının artırılması ve yabancı hekim sayısının artırılması konularıdır.

Yabancı hekimi getirelim diye 2006 yılında çıkardığımız ilk kanun, büyük bir tepki ile karşılaşıldı. Zannedildi ki, elli yıl önce Almanya'ya tahta bavulla giden işçilerimiz var bizim. O, herhalde insan-ların hayaline geldi. Domuz deyince baban nasıl demiş ya, onun gibi. Yabancı hekim deyince, tah-ta bavullu doktorlar gelecekler ve Türkiye'yi istila edecekler. Ben Beyoğlu'nda çalışmak istiyorum, öbürü Fatih'te, bir diğeri Çankaya'da. Böyle bir şey yok, o zaman anlatmaya çalıştık. Böyle bir şey asla olamaz. Dil sınavı gerekir, denklik gerekir. YÖK'ün koyduğu kurallar var, hukuki mevzuatımız var. Bunu anlayanlar da anlamak istemediler. Anlamayanlar, zaten anlamadı. Şu anda gelinen nok-tada görüyoruz ki, kanun hükmündeki kararname buna izin vermekle beraber öyle zannedildiği gibi yabancı hekimlerin de Türkiye'de çalışma talebi pek yok.

Tam gün yasasına şöyle global olarak baktığımız zaman, Sağlık Bakanlığı hekimleri bakımından bi-zim arzu ettiğimiz özlük haklarını iyileştirme yönünde bir şey yapabilmek idi. Bunu kısmen ve beni tatmin etmeyen bir şekilde başarabildik. Arzumuz önümüzdeki süreç içerisinde, muhakkak Sağlık Bakanlığı'ndaki hekimlerin özlük haklarını biraz daha iyileştirmek olmalıdır. Araştırma ve eğitim, bu son gelinen noktada artık tam zamanlı çalışıyor Sağlık Bakanlığı hekimleri. Eğitim hastanelerinde, özellikle araştırma ve eğitime çok ciddi zaman ayırabilme imkânı var.

Üniversite hekimleri bakımından, durum biraz farklılık arz ediyor. Malumunuz, henüz berraklaşmamış bir nokta var. Burada, performansla ilgili bir vurgu yapmam gerekiyor. Özellikle üniversite hastanelerimizdeki performans algısını, sadece hastayı muayene etmek olarak algılamamak gerekir. YÖK'ün belki yapması gereken en önemli düzenlemelerden birisi bu olmalıdır. Özellikle eğitim ve araştırmaya, mutlaka daha yüksek performans kriteri getirmeli. Hasta hizmetleri bundan sonra gelmeli. Çünkü eğitim hastanelerinin ve özellikle üniversite hastanelerimizin birinci görevi, eğitim ve araştırma olmalıdır.

Sağlık açısından halkın eğitimi, koruyucu hekimlik bakımından çok önemli bir konudur. Aile hekimleri, belki sahada çok daha aktif olmalılar. Aile hekimleri; tütün kullanımından kanserle mücadelede kadar, tuz kullanımından her şeye kadar, aile sağlığı bakımından insanların eğitimini birebir yapabilme yetkisine ve yakınlığına sahip olan aile hekimlerini, biz burada daha iyi kullanabiliriz. Doktor, ne kadar doktor ilaç yazarsa yazsın, halkımız komşusunun kendisine iyi geldiği ilacı almayı tercih eder. Böyle bir toplum yapımız var. Aile hekimlerini devreye daha ciddi olarak koymamız lazım. Bu belki kötüye kullanımı da azaltır.

Sağlık eğitimi konularında kafa yorması ve bakanlığı da yönlendirmesi gereken en önemli kurum ve kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ve sağlık meslek örgütleri olmalıdır. Ne var ki; sağlık meslek örgütleri ve bazı büyük kısmı sivil toplum kuruluşlarının ideallerine değil, ideolojilerine göre hareket ettikleri için maalesef burada yeterince verimli olamadılar. Hatta proaktif değil, reaktif olmak ihtiyacını hissettiler. Bir şey yapıyorsunuz, ona reaksiyon gösteriyorlar. Öncesinde bir yol göster. Bana önemli bir proje ile gelen bir meslek örgütü, sağlık meslek örgütü maalesef yok. Bundan da büyük üzüntü duyuyorum.

Bizim burada yapmamız gereken, yeni ufuklarda neler yapmamız lazım? Üniversite olarak hangi alanda yönlenmemiz lazım? Tekno kentlerle olan ilişkilerimiz, arge merkezlerini yapmamız ve yaşatmamız, Sanayi Bakanlığı'nın verdiği diğer kaynakları kullanmamız gerekir. Bunun dışında, TÜBİTAK'ın ve diğer kurum ve kuruluşların projelerini üniversitelerimizin mutlaka eğitim açısından çok önemli derecede kullanmaları gerektiğine inanıyorum.

Sağlık turizmne belli üniversitelerimiz belli alanlarda hem eğitim vermeli hem de bundan yararlanmalı diye düşünüyorum. Bu, bize bir sağlık ihracatı getirecektir. Gururla söyleyebilirim ki üniversite, Sağlık Bakanlığı ve özel hastanelerimize tedavi amaçlı olarak yabancı ülkelere yüzbinlerce hasta geliyor. Bu bize gurur veriyor. Bugünlerde tele tıpta, robotik cerrahi kurslarında ve organ naklinde çok önemli başarılar elde ediyoruz. Bunlarla bizim çevremizdeki ülkelere, hem sağlık eğitimi ihracatı yapabiliriz hem de sağlık hizmet ihracatı yapabiliriz. Bu duygularla bizim farklı bir vizyonla sağlık eğitimine bakmamız gerektiğini, tam gün yasasında da bu kriterlerin göz önüne alınarak ve sadece hekimleri kısıtlayan, hekimlere sınırlama getiren bir uygulama değil, diğer meslekleri de dikkate alarak hekimlerle ortak bir şey yapılması kanaatinde olduğumu ifade ediyorum.

Bugünlerde Sayın bakanımız da YÖK başkanımız da bu konuda görüşüyorlardı, mutlaka bir karara varacaklardır. Ben şahsen; hukukçunun dışarıda avukatlık bürosunun olması, mühendislerin proje çizmesi, arkeologların kazı yapması yanında hekimlerin de aynı muameleye tabi olmasından yana olduğumu düşünüyorum. Aksi halde anayasal eşitsizlik olacağı kanaatındayım. Bir hukukçu öğretim üyesi hangi şartlarda değerlendirilecekse, biz de aynı şartlarla değerlendirilelim. Ya hep, ya hiç. Onlara hiçse, biz de buna kabul gelmemiz lazım. Onlara varsa, biz de istememiz lazım. İşin özeti budur. Muhibbi der ki; halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi/ olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi/ saltanat dedikleri ancak cihan kavgasıdır/ olmaya bahtı saadet dünyada vahdet gibi.

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YASASI VE TAM GÜN YASASI'NIN VAKIF ÜNİVERSİTELERİNDEKİ YANSIMALARI

Prof. Dr. Kamil ADALET / İstanbul Üniversitesi

Ben, yönetici vasfımı bir kenara koyarak daha çok kişisel görüşlerimi ve arkadaşlarımla görüşlerini yansıtmaya çalışacağım. Konu tam gün olmakla birlikte, performans, afiliasyon üçlüsünü birbirinden ayırt etmek mümkün değil. Tabii bunun içerisinde siyasetten yeni TCK'ya, ekonomik yapı, YÖK, medya, SGK, öğrenci ve vatandaş ilişkilerini bir arada değerlendirmek gerekiyor.

Eğitim, hizmet ve araştırma özellikle tıp söz konusu olduğunda ayrılmaz üçlü. Eğitim aslında tam gün afiliasyon performans bunlardan tamamen bağımsız ve otuz beş yıldır da arpa boyu yol alınan bir konu. Bu nedenle, gerçek anlamda nasıl olması gerektiğine girmeyeceğim.

Birimiz hepimiz içiniz ama üniversite hastaneleri tek bir yaklaşımla değerlendirilmemeli. Vakıf ve kamuda farklılık var. Anadolu ile metropolde farklılık var. İstanbul Üniversitesi ile İstanbul içindeki diğer üniversiteler arasında farklılıklar var.

Tamgün yasasıyla ilgili olarak Platon'un sözünü hatırlatmak isterim. "İyi insanlar yasalara ihtiyaç duymaz, kötü insanlar ise yasalara zaten uymaz." Bu nedenle ben, son sözü ilk söz olarak söyleyeceğim. Mesai tam gün olmalı, öğretim üyesi tek kurumda çalışmalı, mesainin ötesinde uyanık olduğu sürece kurum düşünülmeli hatta rüyada bile arada bir kurum görülmeli. Ancak karşılığı da sınırsız olmalı. Realite bu ama algı tamamen farklı bir şeydir. Yönetim de aslında algı yönetimi demektir. Algıyla realite her zaman örtüşmez ama algı bazen de gerçeklerin ötesinde değer taşır.

Tam gün yasasında sona gelindi. Tam gün yasası esnetildi. Tam gün yasası biraz daha istedi. Tam günde istisnalar artıyor. Kök hücreye izin çıktı. Ama Sağlık Bakanlığı'nın değerli mensuplarından özür dileyerek web sitesine girdim ve sayfalar dolusu gerekçeyi okudum. Orada sadece eğitimle ilgili bir buçuk cümle vardı. Birincisi; tam gün daha çok vakit ayıracığı için eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerini teorik olarak düzelecek olmasıydı. İkincisi ise, zaman zaman poliklinik hizmetlerinin asistanla yürütüldüğünün görülmesiydi. Algı, niyet bu olabilir. Orada yazılan her satırın, her kelimenin altına ben imzamı atarım. Hepsisi doğru. Yapılan devasa gelişimler var, bunu takdirle karşılıyoruz ama burada farklı birilerini temsil ettiğim için görevimin o olduğunu düşünerek her cümleyi eleştirmeye çalışacağım.

Eğitimle ilgili olarak, doktorlara Türkçe eğitim kastediliyor. Eğer yabancı doktor, benim girdiğim ve üç gün süren sınav gibi, kroninin eseri şahkada bir hafta devam eden bir sınav gibi, sonrasında eğer Türkiye'de çalışacaklarsa sonuna kadar destekleriz. Ama öğretim üyelerinin eğitime katkısı, tıp fakültesi ve eğitim araştırma hastanesinde tatmin edici değil. Şimdi, gerçekler bunlar.

Ayrılan hocalar, geri dönsün mü? Asistanların çoğu "evet" diyor. Asistan öncesi eğitim faaliyetlerine bakalım. İşte, gerçekle niyet arasındaki fark her aşamada eğitim faaliyetleri bozulmuş. Eğitime ayrılan süre azalmış. Eğitimin niteliği düşmüş ve eğitimden memnun değil. Ayrıca asistanın yükü artmış. Eğitim açısından öğretim üyesi profiline bakalım. Olması gerekenin tam aksi bir yapı oluşmuş. Bunların hiçbirisi tam günle ilgili değil. Bunlar, on yılın değil, otuz beş yılın hikâyesi. Biz hala o radikal yapısal bozukluğu, eğitim anlamında değiştiremedik.

Her satırına imza atacağım ve samimiyetle söylüyorum çok iyi niyetle yazılmış bir metin olan bakanlığın web sayfası diyor ki, uzman hekimlerin %10'dan 80'i kendi tercihi ile kapattı. Burada gülme efekti gerek. Kendi tercihi eğer sit com olsaydı. Hekimlerin mali haklarında iyileştirmeler, bura-

da da gülebiliriz. Hekimle hasta arasındaki para ilişkisi kabul edilemez, itibarı bozar. O ilişkiyi güya kestik, itibarımız da çok arttı. Araştırma görevlilerinin Sağlık Bakanlığı'na düşük ödeme yapılması düzelecekti. Üniversite yöneticileri, fiyatlar çok yüksek olmasına rağmen başarısız olduğu için bu da olmadı. Mali sorumluluk sigortası geliyordu, geldi. Temel bilim hocalarımıza bile ödettiler. O hani çok performans alıyorlar ya, oradan ödediler.

Hekimlerin moral motivasyonu artacak. Ne kadar arttığının hepimiz farkındayız. Sağlık çalışanlarının memnuniyeti artacak. Birazdan anketleri göreceğiz. Bireysel haklar adına son derece insanlık dışı olan mecburi hizmet hala devam ediyor. Bakınız, birinci basamaktan sağlık teşkilatına kadar sağlık çalışanları ne kadar memnundur? Hani moral ve motivasyon artmıştı. Gaziantep üniversitesinde tıp fakültesinde yapılan çalışmada, dört hekimden üçü şiddete maruz kalıyor. Eminim bununla moral ve motivasyonlarını çok arttırıyorlardır.

Sağlık kuruluşu ve hekimi seçme hakkı deniyor. İstifa etmeselerdi tabii seçecektik. Birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsizdir, şimdilik 3 TL. Haftalarca bekleme önlenecek, doğru özellerde beklenmiyor. Hastalar hizmete ulaşmak için ödeme yapmayacak, özel hastanelerde %73 fark ödüyorlar.

Ek ödeme, verimlilik arttıracaktı. İstatistiğe bakalım. İstanbul Tıp Fakültesi'ndeki poliklinik sayıları ki, ben senede iki milyon hasta bakan bir hastaneler grubunu aynı zamanda temsil ediyorum. Son kararname ile azalmış. Bu slayta, kötü yönden bakmayalım. Ben, hep negatif gittiğimin farkındayım. Bir yandan da iki milyon hastaya bakılıyordu yine bakılıyor. Ameliyat sayılarına bakalım. İşte! Ayda bin beş yüz ameliyat yapılıyordu, yine yapılıyor ama azaldı. O söylenen radikal değişiklik olmadı, onu belirtmeye çalışıyorum. Kendi birimimde profesör sayısı %50 azaldı. Bakanlık diyor ki, dengesizlik için sözleşmeli personel istihdamı yarattım. Bunu, kölelik düzeni diye niteleyenler de var.

Vekil ebe ve hemşire çalıştırılarak düzeltildi deniyor, burada da kalite endişesi taşıyorum.

Halkın hizmet erişimini özel sektöre kısmen yönlendirdim deniliyor. Üniversiteye, vakıf üniversitesine olması gerekli olan pozitif ayrımcılığın özel sektöre yapıldığını görüyoruz.

Çok zor ve riskli olan bu mesleği, çok yoğun ve stres içinde zavallı doktorlar yapıyorlar. Asistanlar, saat 17'den sonra yorulmasınlar dedik ama hala ayda 7-8 gün nöbet tutuyorlar.

Bir de part timecılar ne yapıyor, full timecılar ne yapıyor o önyargıyı birazdan değerlendireceğiz. Ayrıca mesai dışı özel çalışmada, muayenehaneyi üniversitenin içine taşıyor dedik ama kimse hukuk mühendislik hocalarının ne yaptığını, adalet, eşitlik ve hakkaniyeti sorgulamadı. Benim kendi birimimde full time çalışan bir öğretim üyesi, tam gün öncesi en çarpıcı yanı eğitim araştırma faaliyetleri karşılaştırılıyor. Yanında yine part time çalışan bir öğretim üyesi. İlki senede 7, diğeri 1472 anjiyo yapmıştı. Muayenehanesi olan ve full time çalışıp eğitime çok çok katkı yapacak hocamızın sıfır yabancı yayını vardı, o part time çalışan hocamızın önemli dergilerde dokuz yabancı yayını vardı. Full time çalışan hocamız yedi bin lira maaş alıyordu, dokuz yabancı yayını olan ve bin beş yüz anjiyo yapan hocamız da bin lira alıyordu. Dolayısıyla önyargı ile insanları klasifiye edip bu işte part timeci kötü, bu full timeci iyi diye bir yaklaşım da doğru değil.

Şimdi yasa neyi çözüyor? Her gün işe gel diyordu, gelmedi. Şimdi de gel diyor, yine gelmiyor. Sabah 8'le 2 arası çalışıyordu, çalışmıyordu. Şimdi 5'e çektik yine çalışmıyor. Hizmet yap diyordu. Yapmıyordu. Yasa yine yap diyor, yapmıyor. Eğitim yap diyordu, yine yapmaz. Yayın yap diyordu, yapmayan yine yapmıyor. İstersen dışarıda çalışıyordu, isteyen çalışmıyordu. Bıçak parası alma deniyordu, yine alınıyor. Değişen hiç bir şey yok. Yani, yasayla siz bir şeyi çözemezsiniz. Başka bir şey yapmak gerekiyor.

Biz burada bir yanlışlık yaptık. Doktorlar suçlu, politikacılar suçlu, gazeteciler suçlu. Suç bireyseldir. Biz doktor A.K'yi yakalayacaktık, cezasını verecektik ve af çıkarmayacaktık. Bunu yapmadığımız sürece, bu sorun değişmeyecekti.

Şimdi öğretim üyelerine yükleniliyor. Benim bir doçentim diyor ki, "hocam içimize şeytan soktular." Maymunun gözü açıldı. Bu arkadaşımız üç yıl ücretsiz çalışmıştı. Beş yıldır doçent ve bir kez özel hasta bakmadı. Biz onu bile yoldan çıkaracak bir metot geliştirdik.

İşte bu prototip profesör, yukarıdaki aşamalardan geçen 25 yıl over time geçip devletten 6 saat alacaktır. O televizyonda söylenen prototip değil, benim arkadaşlarım bu prototip. Binlerce hasta ameliyat eder. Binlerce ders sınav yapar. Beş yüzden fazla yayın yapmıştır. Birçok uluslararası konuşma, oturma başkanlığı, toplantı yapmıştır. Ölmeden önce de on yıl part time çalışmıştır. Saat ikiye kadar çalışır, cumartesi vizite gelir, her zor çağrıldığında koşulsuz gider, angaryaya devam eder, rutin poliklinikten biraz kaytarır. Özelde yaptığı, çevre ile bağış sağlar. Eğitim ve araştırmaya katkısı aynen devam eder, bıçak parası almaz. Bu suç, yakalayın ve hapse atın. Tam gün yasasına gerek yok. Dolayısıyla bu insana biz dedik ki, gözleri paraya doymuyor. Asistan çalışıyor, hoca yan yatıyor. Anabilim dalı başkanlığını da bıçak parası almak için kullanıyor.

Burada yüz doktor, altı yüz doktor önemli. Cumhuriyet tarihinin en önemli siyasi kadrosu var. Yüzü kişiyi bırakın, on kişinin yüzünü çizelim ne hale geliriz? Dolayısıyla bu ülkenin adam harcayacak lüksü yok. Dicle kenarında kaybolan koyunun bile hesabını sorarız dedik, onu yapmayalım ama koyunu klonlayıp doğum yaptıran her doktorun hakkını sonuna kadar verelim. Bu örnek benim iki senedir kullandığım bir örnek. Kim kaybetti? Üniversite çok saygın bir bilim adamını kaybetti, parasız hastalar kaybetti, tıp öğrencileri, asistanlar, uzmanlar kaybetti. Köşe yazarları, "hoca tam gün mağduru" deseydi, maddi geliri çok arttı ama gönüllü hala Çapa'da. Daha çok sayıda zengin hasta hocaya ancak ulaşabiliyor.

Profesör A.B üniversiteden ayrılmadı. Çok saygın bir bilim adamını kaybetmedi, eğitimciyi kaybetmedi. Parası olan hocalar, hastayı kaybetti. Daha önce muayenehanesi vardı. Onlar da insan, onların da kaliteli hizmet alma hakkı var ama hoca maddi açıdan zor durumda. Çekirdek ailesi ve onun desteğine alınan geniş aile, önemli maddi kayba uğruyor. Çapa'da cerrahların % 60'ı ayrıldı. Ortalama %30'u kaybettik. Ayrıca muayenehane nedeniyle %15 hastalara dokunamıyor.

Çözüm modeli: Bir kere, eğitimi insandan insanlara yaparız. İlk koşul, üç hudut hukukta ve işletmede olduğu gibi kalsın. Kurum içinde çözüm istiyorsak şöyle yaparız. Tüm hocaları bir ıssız adaya koyalım ve bombalayalım. Anadolu kaplanları gençler alalım, onlar her şeyi götürür. Sut fiyatlarına %200 zam. Kadroyu koruyalım ikinci çözüm. Kotalı hasta payı alınsın. Örneğin, beş ücretsiz hasta bakan beş ücretli hasta baksın. Özel sigorta ve çifte faturalanma mutlaka devreye sokulsun veya kurum dışı destek verisin. Doktorlara maaş vermeyelim, ek ödeme de vermeyelim. Bu sut fiyatlarıyla yine batıyor üniversitemiz. Sadece üniversitemizi kurtarmak için özel hastaneye bir baraj koyalım. Eğitim araştırma vs. o barajı aşanlar dışarıda çalışma hakkı kazansın. Sadece özel hastane ile özel hastane yüz bin dolar üniversiteye yetiştirme ücreti ödesin veya hoca cebinden ödeyip bonservisim cebimde desin. Bu anlaşma sonucunda hoca, on liralık bir işlemi bin liraya yapsın. Bunun 600 lirasını öğretim üyesine, 200 lirasını anabilim dalına, 150 lirasını fakülteye, 40 lirasını üniversiteye, 10 lirasını YÖK üyelerine verelim. Kazan kazan olsun. Kurum kazansın, hocaların maddi durumu gerçek anlamda düzelsin. Senede bir de sözleşme yenilensin. Dolayısıyla yine ilk söz son söz diyorum. Önemsiz insan yoktur.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YASASI VE TAM GÜN YASASININ VAKIF ÜNİVERSİTELERİNDEKİ YANSIMALARI

Prof. Dr. Adnan YÜKSEL, ayuksel@bezmialem.edu.tr

Bezmi Alem Üniversitesi Rektörü

Giriş;

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat Yasası ve Tam Gün Yasası son iki yılda pek çok karmaşık aşama geçirmiştir. Anayasa mahkemesi ve Danıştay'dan da geçerek pek çok değişime uğramış ve şu an bir kanun hükmünde kararname biçiminde uygulanır olmuştur. Bu kanun, toplumun pek çok katmanında farklı algılanmış ve yorumlanmıştır. Dolayısıyla bir algı meselesi haline dönüşmüştür. Devlet üniversitelerinde, Vakıf üniversitelerinde, hastanesi olan üniversitelerde ve bunların alt bölümlerinde farklı farklı algılanmış ve yorumlanmıştır.

Amaç;

Çalışmanın amacı yukarıda bahsettiğimiz ve bir DNA sarmalı gibi açtıkça karmaşılaşan bu yapının özel bir bölümünü çerçeve içine alıp; özellikle tıp fakültesi ve hastanesi olan vakıf üniversitelerindeki yansımaları ortaya koymaktır. Yine bu algı açısından güçlü ve zayıf yönlerini tespit etmek, bunu tespit ederken aynı zamanda yasanın fırsat ve tehdit olarak algılanan yönlerine değinmektir.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın geliştirdiği Teşkilat Yasası ve Tam Gün Yasasıyla ilgili olarak kısaca Swot Analizi olarak anılan algı boyutlarını bu şekilde ortaya koyduktan sonra çeşitli stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayarak; uygulamadaki doğru ve yanlışları da ortaya koyabilmek amaçlanmıştır.

Yöntem;

İlgili yasa hakkında çeşitli toplantılarda ve basın yayın organlarında birçok fikir ortaya konulmuştur. Tüm bu fikirler bizim araştırmamız için de ışık tutucu olmuştur. Ayrıca bu çalışmadan yakın bir zaman önce yapılan Üniversite Hastaneler Birliği çalışma grubu toplantısında çoğunluğu rektör, dekan ve başhekim olan öğretim üyelerinin oluşturduğu kişilerin olumlu ve olumsuz görüşlerini edinmiştir.

Bu fikirler doğrultusunda konuyu tüm yönleriyle irdeleyen çeşitli soruları anket yöntemiyle değerlendirmek istedik. Hedef kitlemiz, hastanesi olan vakıf üniversitesi tıp fakültelerinde çalışan öğretim üyeleri idi. Türkiye 'de hastanesi olan 12 vakıf üniversitesi tıp fakültesi tespit edilmiştir.

Hazırladığımız anket; uygulayıcıyı hem sıkmayan hem de tüm Swot alt boyutlarını da içerebilen ve ölçeklenen yeterlilikte olmalıydı. Ayrıca tarafsız olabilmeyi sağlamak için topladığımız tüm kaynaklar ve toplantı notlarını konuya en azından hekim olarak taraf olmadığını düşündüğümüz üniversitemizin Biyoistatistik Anabilim dalından bir soru havuzu oluşturmasını istedik. Ayrıca bu soru havuzundan; yine üniversitemizde rektör, rektör yardımcısı, dekan ve bölüm başkanlarından oluşan 10 öğretim üyemizle bir odak grup çalışması yaparak ön çalışma için 34 adet soru ortaya konuldu. Bu soruları seçerken üniversitelerin temel 3 görevi olan eğitim, hizmet ve araştırma başlıkları da gözönüne alındı. Soruların cevapları "kesinlikle katılmıyorum" dan "kesinlikle katılıyorum" a doğru 5'li likert tipi şeklindeydi.

34 sorunun 1 tanesi genel memnuniyeti sorgulayan ve diğer soruların geçerlilik ölçütü olarak düşünüldü. Kalan 33 sorunun olumlu ve olumsuz ifade biçimlerini eşit olacak şekilde düzenledik. Üniversitemizden tesadüfi olarak seçtiğimiz 61 öğretim üyesine anketimizi uygulayarak bir ön çalışma yapıldı. Ön çalışmada yapılan faktör analizi ile swot analizine uygun 4 alt boyuttan herhangi birine

giremeyen veya aynı anda pekçok alt boyuta giren, bunun yanısıra ön çalışmada kullandığımız anketin geçerlilik sorusu hariç geri kalan 33 soruyla hem toplamda hem de her bir alt boyutta içtutarlılığı düşüren sorular, içerik olarak uygulayıcıların anlamakta güçlük çektiği sorular ve testin bütünüyle düşük korelasyon gösteren sorular dışarı çıkarıldı.

Ön çalışma sonrası elimizde geçerlilik sorusu hariç 25 soru vardı. Ayrıca öğretim üyelerinin profesör, doçent, yardımcı doçent, uzman veya öğretim görevlisi kadrolarında çalışıp çalışmadıkları, yıl olarak tecrübeleri, yani hem meslekte hem de kurumda çalışma sürelerinin de sonucu farklılaştırabileceği düşünülerek anketin sonuna ek soru olarak eklendi.

Böylece elde ettiğimi 26 likert tipi cevabı olan soru 1 hafta içinde uygulanmak üzere hedef kitlemize ait üniversitelerin yöneticileri tek tek telefonla aranıp haber verildikten sonra, her fakültenin öğretim üyelerine dağıtılıp tarafımıza 1 hafta içerisinde iletilmesi istendi.

İstatistik Analiz

Veri girişleri excel programında yapıldı. İstatistik analizler ise IBM Spss 19 versiyonu ile değerlendirildi. Hem ön çalışmada hem de gerçek çalışmada soruların Swot analizine ait alt boyutların hangisine gireceğini tespit etmek amacıyla Varimax rotasyon yöntemiyle expalanatoryfactor analizi kullanıldı. Faktör analizinin toplam varyansı açıklayıcılık yüzdesi; Keiser Meier Olkin örneklem yeterlilik ölçütü ve en az iki sorunun ilişkili olduğu varsayımını test etmek içinde BartlettSphericity testi uygulandı. Testin toplamı ve alt boyutların iç tutarlılığı Cronbachalpha iç tutarlılık katsayıları ile değerlendirildi. Meslekte ve kurumda çalışma yılı ile olan ilişkiler pearsonkorelasyon katsayısı; kadro durumuna göre kıyaslamalar ise tek yönlü anova testi ve post hocTukey HSD testi ile yapıldı. Geçerlilik ölçütü, genel memnuniyet sorusunun cevapları olumlu ve olumsuz fikir bildirenler olarak iki gruba ayrıldı ve bu iki grup anket puanları açısından bağımsız gruplar için t testi ile değerlendirildi. Alt boyutların arasında anlamlı fark olup olmadığı repeatedanova testi ve fark varsa farkın hangi ikisi arasında olduğu bonferroni ikili kıyaslamaları ile yapıldı. Tüm testlerde anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç

Ön çalışmada cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,78 bulundu. Faktör analizi ve metod kısmında sayılan diğer ölçütler gözönünde bulundurularak toplam 8 soru Swot analizinin herhangi bir alt boyutuna giremedikleri için çıkartıldı.

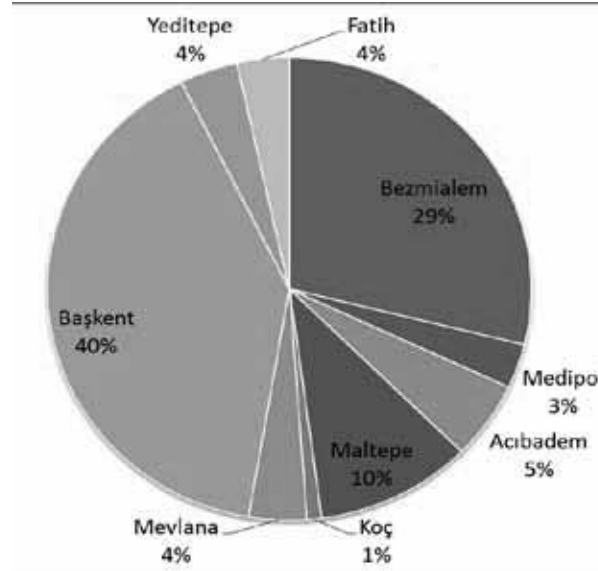
Gönderilen tüm vakıf üniversitesi tıp fakültelerinden 1 hafta içerisinde n=516 anket doldurulmuş olarak geri geldi. Bunların üniversitelere göre dağılımı Tablo1 ve uygulanan üniversiteler içerisindeki yüzde dağılım Şekil 1 'de sunuldu (tablo 1, şekil1) .

Tablo1 . Uygulamanın üniversitelere göre dağılımı

Üniversiteler	Beklenen	Gelen
1) Acıbadem Üniversitesi	180	28
2) Başkent Üniversitesi	300	206
3) Bezmialem Vakıf Üniversitesi	161	149
4) Bilim Üniversitesi	206	0
5) Fatih Üniversitesi	103	18
6) Koç Üniversitesi	13	5

7) Maltepe Üniversitesi	70	54
8) Medipol Üniversitesi	30	16
9) Mevlana Üniversitesi	20	20
10) Şifa Üniversitesi	70	0
11) Ufuk Üniversitesi	75	0
12) Yeditepe Üniversitesi	123	20
Toplam	1351	516

Şekil 1 . Uygulanan üniversiteler içindeki yüzde dağılım



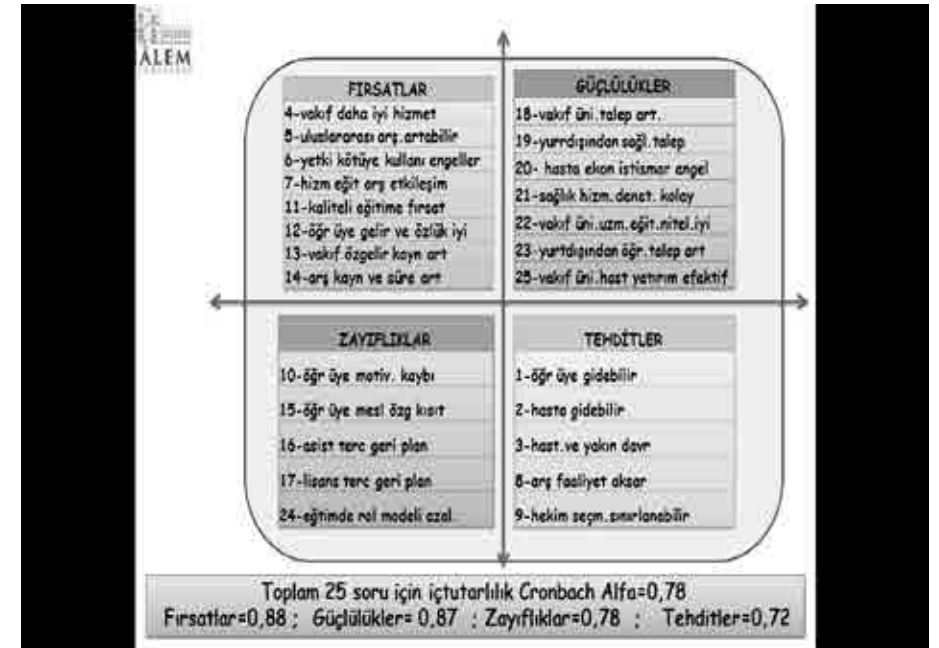
Faktör analizine göre KMO örneklem yeterlilik ölçütü 0,92, toplam varyansı açıklayıcılık yüzdesi %60 ve Bartlett küresellik testi Bartlett'kare değeri 4025 ve $p < 0,001$ bulundu. Varimax rotasyonu sonrası soru numaralarına göre alt boyutlar tablo2'deki gibi bulundu (tablo 2). Ayrıca swot alt boyutlarına giren soruların kısaltılmış hali şekil 2 deki gibi sunuldu (şekil2)

Tablo 2 : Faktör yüklerine göre alt boyutlar

Soru NO	ZAYIFLIKLAR	TEHDİTLER	FIRSATLAR	GÜÇLÜLÜKLER
s1		0,686		
s2		0,720		
s3		0,702		
s8		0,575		
s9		0,509		
s10	0,556			

s15	0,637			
s16	0,860			
s17	0,855			
s24	0,535			
s4			0,464	
s5			0,698	
s6			0,535	
s7			0,733	
s11			0,698	
s12			0,771	
s13			0,721	
s14			0,759	
s18				0,753
s19				0,699
s20				0,703
s21				0,670
s22				0,682
s23				0,690
s25				0,576

Şekil 2. Swot başlıklarına giren soruların kısaltmalarla gösterimi

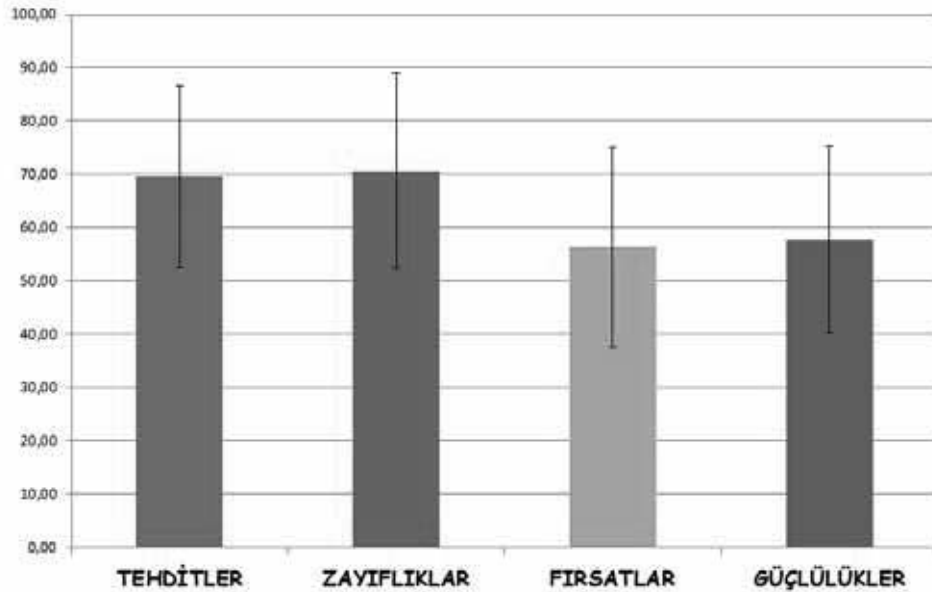


Toplam 25 soru için tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa=0,78 olarak bulundu. Her bir alt boyut için ise Fırsatlar=0,88; Güçlülükler=0,87; Zayıflıklar=0,78; Tehditler=0,72 bulundu. Böylece hem toplamda hem de her bir alt boyut için iç tutarlılıkların yüksek olduğu görüldü. Faktör analizi sonrası elde edilen swot başlıklarının toplam puanları tablo3 ve şekil3deki gibi bulundu. Eşli anova sonrası alt boyutların 100 üzerinden puanları – algı puanı- arasında anlamlı fark bulundu ($F=39,933$ $p<0,001$). Bonferroni çoklu kıyaslamalarına göre Tehditler ve Zayıflıklar; Fırsatlar ve Güçlülükler göre anlamlı olarak daha fazla bulundu (tablo3, şekil3).

Tablo3. Alt boyutların 100 üzerinde ortalama ve standart sapmaları

	ortalama	st.sapma
TEHDİTLER	69,58	16,94
ZAYIFLIKLAR	70,61	18,36
FIRSATLAR	56,32	18,71
GÜÇLÜLÜKLER	57,71	17,51
Repeatedanova $F=39,933$ $p<0,001$		

Şekil 3. Swot başlıklarının toplam puanlarını 100 üzerinden değerlendirme



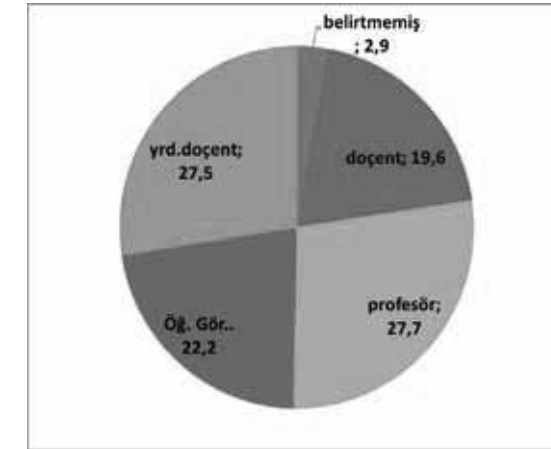
Anketi cevaplayanların meslekte çalışma yılı ortalaması ve standart sapması $17,5 \pm 8,3$ yıl olarak bulundu. Şu an çalıştıkları kurumda çalışma yılı ortalaması ise $5,5 \pm 5,1$ yıl idi. Çalışma süreleri ile verilen cevaplar ve alt boyut toplam puanları arasında incelenen korelasyon katsayılarına göre anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4).

Tablo 4. Meslekte ve kurumda çalışma yılı ile alt boyutların ilişkisi

		Tehditler	Zayıflıklar	Fırsatlar	Güçlülükler
Meslekte çalışma yılı	r	-,008	,007	,001	-,001
	p	,857	,880	,980	,975
Kurumda çalışma yılı	r	,009	,001	-,033	-,050
	p	,845	,983	,472	,266

Kadro ve ünvanlara göre dağılımı şekil 4'deki gibi bulundu. Bu dağılımın swot alt boyutlarına göre ortalamaları tablo 5'deki gibi bulundu. Kadrolar arasında swot alt boyutları toplam puanları açısından tek yönlü anova testine göre hiç bir boyutta anlamlı fark bulunmadı. Zayıflıklar boyutunda anova $p=0,04$ düzeyinde anlamlı gözükse de tukey HSD ikili kıyaslamalarının hiçbirinde anlamlı fark yoktu (şekil 4, tablo 5).

Şekil 4. Anketi cevaplayanların ünvan dağılımı



Tablo 5. Ünvanlara göre alt boyutların puanları

ALT BOYUT	ÜNVAN	n	ortalama	st.sapma	F	p
TEHDİTLER	profesör	134	70,24	17,17	,860	,462
	doçent	97	69,20	16,75		
	yard. doç.	134	70,69	16,60		
	uzman, öğr.gör.	112	67,43	17,75		
ZAYIFLIKLAR	profesör	136	71,94	18,10	1,263	,286
	doçent	98	72,86	19,95		
	yard. doç.	137	69,64	18,22		
	uzman, öğr.gör.	112	68,68	17,41		
FIRSATLAR	profesör	135	55,20	17,42	2,784	,040
	doçent	97	53,12	18,25		
	yard. doç.	136	57,06	19,10		
	uzman, öğr.gör.	112	60,18	19,69		

GÜÇLÜLÜKLER	profesör	135	56,68	16,84	2,195	,088
	doçent	98	55,16	17,32		
	yard. doç.	136	57,86	17,51		
	uzman, ögr.gör.	112	61,05	18,64		

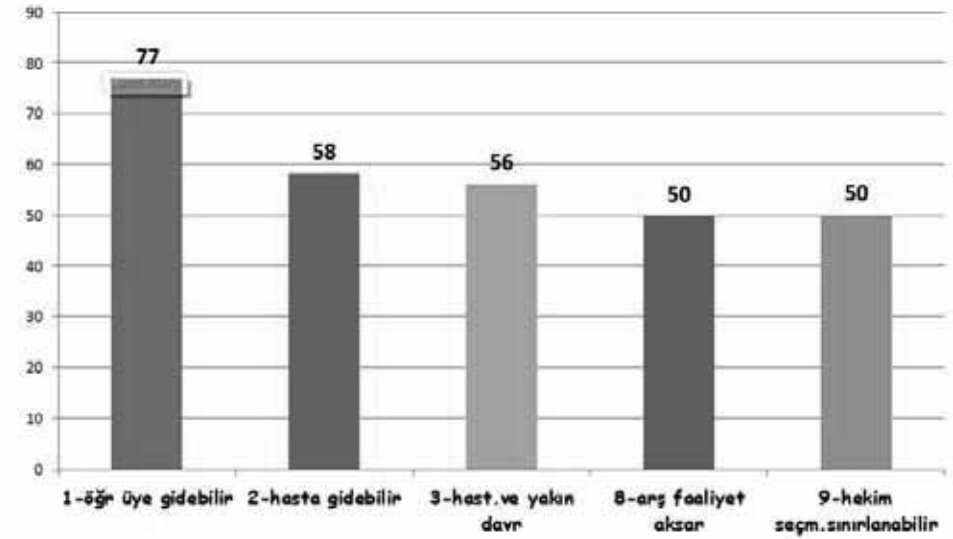
Her bir soruya verilen yanıtları görmek için “kesinlikle katılmıyorum” dan, “kesinlikle katılıyorum” a doğru tüm cevapların yüzde dağılımları elde edildi (tablo 6).

Tablo 6. Her bir soru için ‘kesinlikle katılmıyorum’dan, ‘kesinlikle katılıyorum’a doğru yüzde dağılımları:

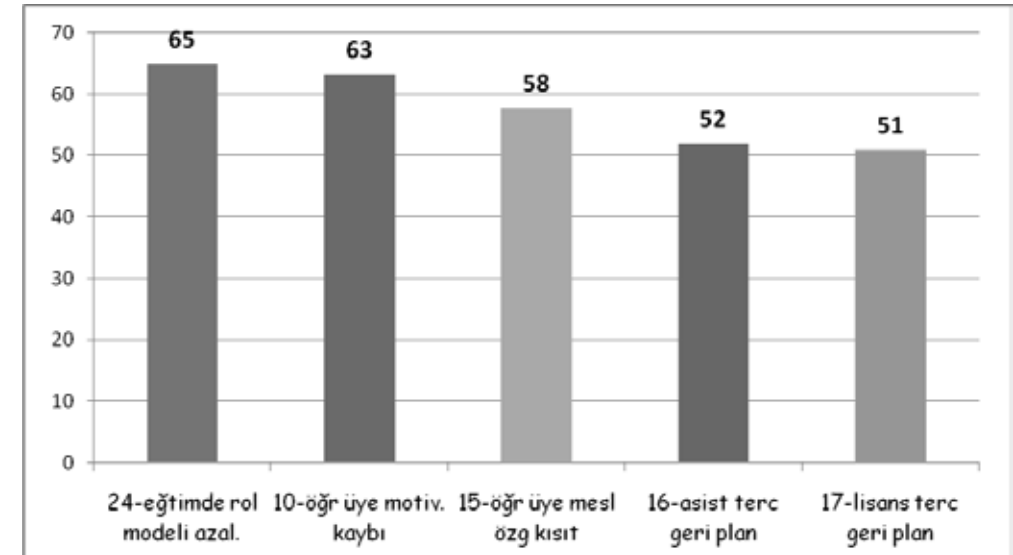
1 Öğretim üyeleri maddi tatmin için başka kurumlara geçebilir.	3,2	8,9	10,9	46,7	30,3
2 Hastalar tamgün çalışan hekim yetersizliğinden başka kurumlara gidebilir.	10,0	17,2	14,4	35,5	22,8
3 Hasta ve yakınlarının hekime davranışları olumsuz etkilenebilir.	8,4	17,7	17,7	30,5	25,7
4 Vakıf üniversitesi hastanelerinde daha iyi hizmet verilebilir.	10,2	14,4	24,6	34,6	16,2
5 Uluslararası rekabette yer bulabilecek araştırma sayısı artabilir.	21,7	21,5	18,7	27,5	10,6
6 Öğretim üyelerinin yetkilerini kötüye kullanmasına engel olunabilir.	20,3	26,1	21,7	22,5	9,4
7 Hizmet, eğitim ve araştırma alanlarının etkileşimi olumlu yönde değişebilir.	21,4	23,2	18,6	28,7	8,2
8 Araştırma faaliyetlerinde aksaklıklar yaşanabilir.	8,0	22,6	19,6	30,1	19,8
9 Hastaların hekim seçme özgürlüğü sınırlanabilir.	10,8	25,0	14,2	29,5	20,6
10 Öğretim üyelerimizde motivasyon kaybı yaşanabilir.	5,8	13,9	17,1	32,5	30,7
11 Kaliteli ve etkin eğitime daha fazla fırsat verilebilir.	17,6	24,6	22,2	27,0	8,6
12 Öğretim üyelerimizin gelirleri ve özlük hakları iyileşebilir.	24,2	31,7	20,2	15,9	8,1
13 Vakıf üniversitesi hastanelerimize öz gelir kaynaklarını arttırabilir.	16,1	23,1	28,7	24,3	7,8
14 Araştırma kaynaklarımız ve araştırmaya ayrılan süre artabilir.	22,7	28,1	18,5	23,3	7,4
15 Öğretim üyelerinin mesleki alandaki özgürlükleri kısıtlanabilir.	9,0	16,0	17,4	34,3	23,4
16 Asistan öğrenci tercihlerinde tıp fakülteleri geri plana düşebilir.	9,2	20,0	19,0	25,9	25,9
17 Lisans öğrencisi tercihlerinde tıp fakülteleri geri plana düşebilir.	8,2	20,4	20,6	26,7	24,2
18 Vakıf üniversitelerimize bağlı hastanelerimize talep artabilir.	9,4	14,6	28,4	36,8	10,8
19 Yurtdışından da ülkemizde sağlık hizmeti alma talebi artabilir.	16,9	24,7	30,6	21,1	6,6
20 Hastaların ekonomik olarak istismarı engellenebilir.	18,6	22,2	25,2	28,4	5,6
21 Sağlık hizmetlerinin denetimi kolaylaşabilir.	14,7	22,1	26,9	29,7	6,6
22 Vakıf üniversitesi tıp fakültelerinde uzmanlık eğitiminin niteliği iyileşebilir.	16,3	25,1	26,5	26,1	6,0
23 Fakültelerimize yurtdışından öğrenci talebi artabilir.	17,7	26,0	31,7	19,6	5,0
24 Kaliteli öğretim üyesi kaybıyla gelecekte eğitimdeki rol modelleri azalabilir.	7,8	11,2	16,2	33,6	31,2
25 Vakıf üniversitesi hastanelerinde yatırımlar daha efektif kullanılabilir.	13,5	15,7	37,1	26,0	7,7
26 Tam gün yasasını genel olarak olumlu buluyorum.	25,7	24,2	21,6	21,2	7,4

“Katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” cevapları bir grup ; “kesinlikle katılmıyorum, katılıyorum ve ne katılıyorum ne de katılmıyorum” cevapları da diğer bir grup olarak birleştirildi. Ve her bir alt boyutta yer alan sorular aynı grafiklerde gösterildi (Şekil 5,6,7,8).

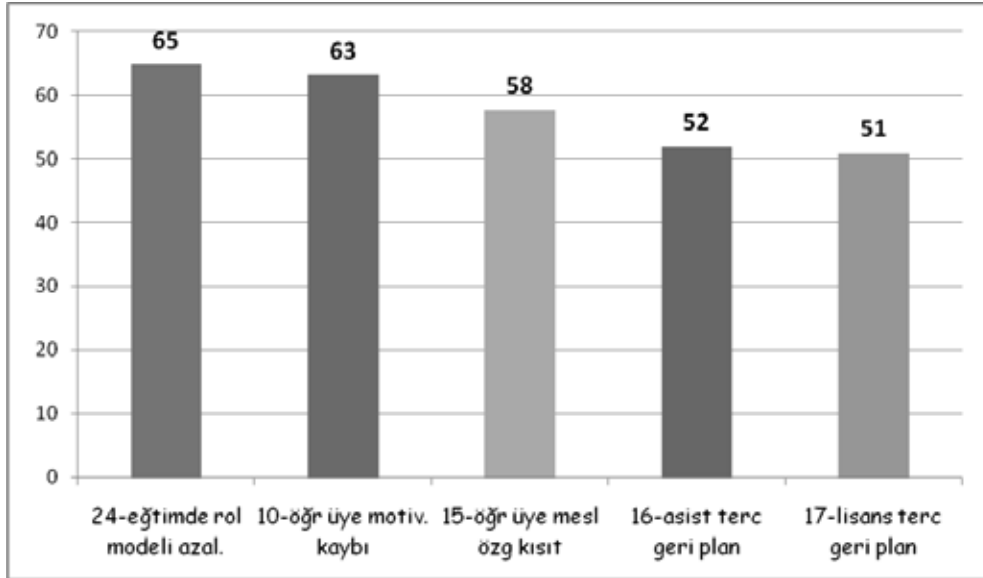
Şekil 5.Tehditler boyutunda algılanan soruların kendi içinde “katılıyorum”ve “kesinlikle katılıyorum”% dağılımı



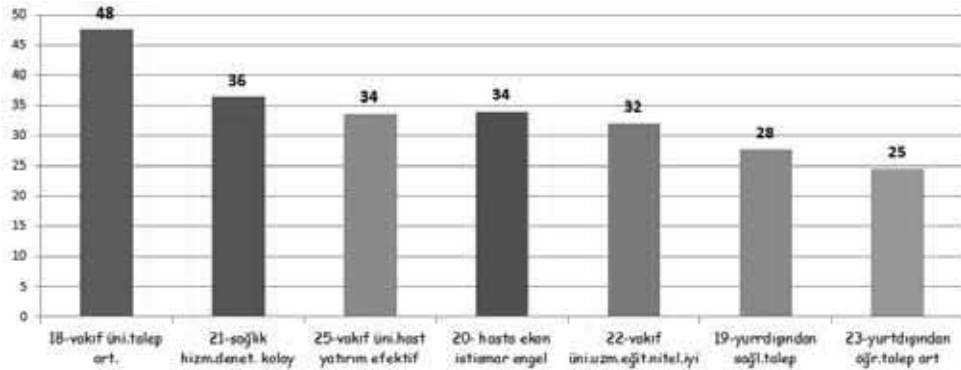
Şekil 6.Zayıflıklar boyutunda algılanan soruların kendi içinde “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum”% dağılımı



Şekil 7. Fırsatlar boyutunda algılanan soruların kendi içinde “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” %dağılımı

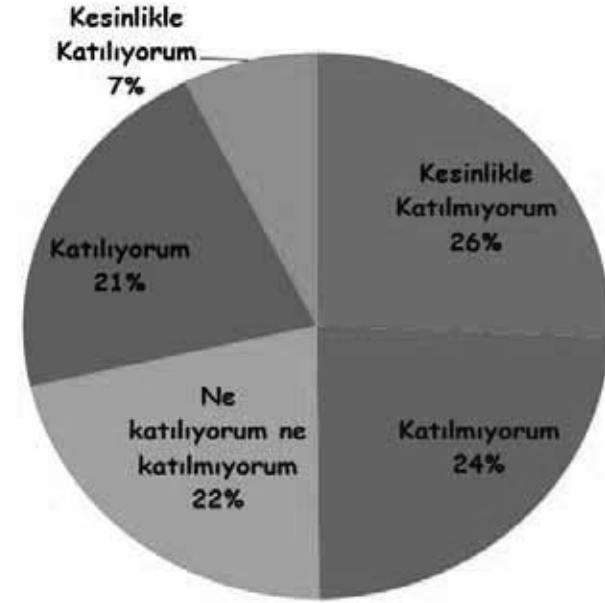


Şekil 8. Güçlülükler boyutunda algılanan soruların kendi içinde “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” % dağılımı

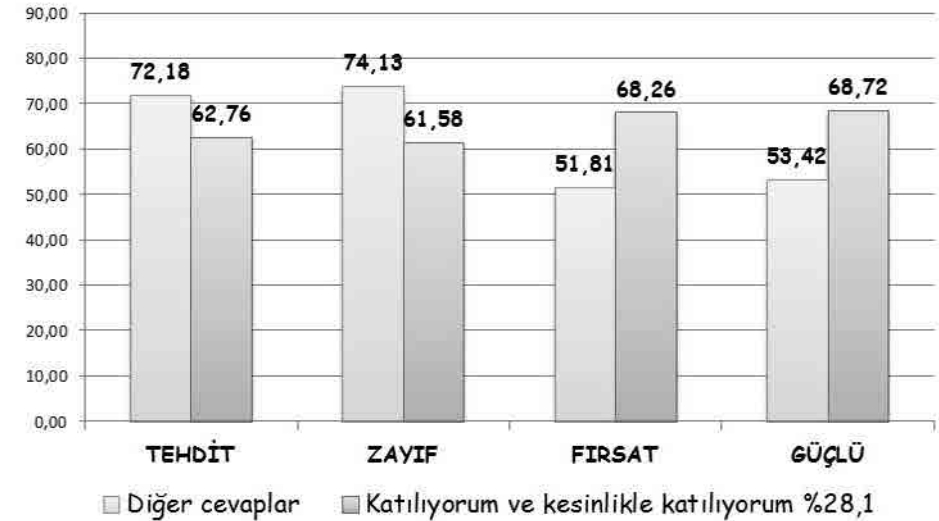


Anketin geçerlilik ölçütü olarak sorulan “Tam gün yasasını genel olarak olumlu buluyorum” ifadesine ait yanıtların yüzde dağılımı Şekil 9’daki gibiydi. Hem anketimizin içerik geçerliliği ölçütü olarak hem de genel memnuniyeti görebilmek amacıyla en sonda sorduğumuz bu soruya göre olumsuz fikir beyan veren öğretim üyelerimizin yüzdesi daha fazlaydı. Bu soru anketin tümüne ait bir geçerlilik ölçütü olarak düşünüldüğünde tüm alt boyutlarda $p < 0,001$ (bağımsız gruplar için testi) ve cevaplar 1’den 5’e doğru ele alındığında tehditler ve zayıflıklar ile ters yönde fırsatlar ve güçlülükler alt boyutu ile de aynı yönde ileri derecede anlamlı $p < 0,001$ korelasyon bulundu (Şekil 10).

Şekil 9. 26.soru “Tam gün yasasını genel olarak olumlu buluyorum” ifadesine ait yanıtların yüzde dağılımı:



Şekil 10. 26.Soru Genel olarak olumlu buluyorum ve Swot alt boyutları



SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YASASI VE TAM GÜN YASASININ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDEKİ YANSIMALARI

Prof. Dr. Ahmet Yaser MÜSLÜMANOĞLU, ymuslumanoglu56@hotmail.com

Bağcılar Eğ. ve Ar. Hast. Başhekim İSTANBUL

Sayın Başkan, değerli meslektaşlarım,

Sağlık Bakanlığı yeni Teşkilat Yasası ve Tam Gün Yasası hem kişisel hem de kurumsal anlamda köklü zihniyet değişikliğini getirmiştir. Getirilen yasaların uygulamasını yapan grup 40-60 yaş arasında olup, bu zamana kadar olan mevcut yasa ve aldıkları medikal ve paramedikal eğitim ve görgülerine göre muayene açarlar ve bu şekilde mesleklerini icra ederlerdi. Devletin kendilerine ödediği maaş 1700 – 2000 lira arasında olup oturduğu evin kirasına bile yetmemekteydi. Bu rakam kiraya yetmediği gibi emekli olduğunda alacağı emekli maaşı bu rakamın da altındaydı. İster istemez hekim, mesaisinin önemli bir kısmını muayenehanesinde harcamak durumundaydı.

Eğitici durumundaki hocalar part-time çalışma özgürlüğünün yanı sıra, kliniklerinde süresiz tek yetkili konumundaydılar. Kongre ve eğitim faaliyetlerine katılma konusunda sınırsız özgürlüğe sahiptiler. Hasta ve hekim ilişkilerinde sorgulanamaz yargılanamaz ve eleştirilemez konumundaydılar.

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde getirilen “Performans uygulaması”, “Tam Gün Yasası”, “Teşkilat Yasası” devrim niteliğinde olup hiç şüphesiz hastalarımıza birçok güzellikler getirmiş, halkımızın takdirine mazhar olmuştur. Ancak eğitici durumundaki hekimlerimiz açısından birçok mağduriyetlere yol açmıştır.

Devrimler sancısız olmaz ancak; hızlı değişim, bir takım belirsizlikler ve gelecek kaygısı, değersizleşme duygusu, muayenehanelerin kapanması, şefliğin kaldırılması rahatsızlıklar ortaya çıkarmıştır. Bunun sonucu olarak kurumlardaki nitelikli personelin ayrılması ve akademik gücün zafiyete uğraması durumu ortaya çıkmıştır.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nün Eğitim Görevlileri ve uzmanlık öğrenciler arasında yaptırdığı bir ankete göre 663 sayılı kanun hükmündeki kararnamenin eğitime katkıları olumlu bulunmuştur. Eğitimi nicelik ve nitelik olarak artırmıştır. Asistanlara daha iyi eğitim olanağı sağlamıştır. Eğitim görevlilerine verilen yetkilerle birebir asistan eğitimi sağlanmıştır. Hastaneler birliklerinde değişik hastanelerde rotasyon imkânı, Üniversitelere afilyasyon, asistanları maddi yönden de daha iyi hale getirmiştir. Hastanemizdeki asistanların ulaştıkları maddi imkânlar, Amerika’daki asistanlardan aşağı değildir. Rakamlar tam gün ve performans uygulaması uygulanmadan önceki dönemlerle karşılaştırıldığında çok iyidir. Eğitim görevlilerine ise 663 sayılı kararname ile bilimsel özerklik uzmanlık öğrencisine birebir ve daha fazla zaman ayırma, mesai ve mesai dışı tam gün hastanede çalışma ile maksimum performans ve maddi getiri, bilimsel çalışmalara katkı, yeni teknolojilere kolay ulaşım imkânı gelmiştir.

Sağlıkta dönüşüm ve ilgili uygulamalar sonucunda hastalara hekim seçme özgürlüğü, hekime ulaşımında kolaylık, daha erken ve daha kaliteli sağlık hizmetine ulaşım gibi çağdaş uygulamalar hayatiyete geçirilmiştir.

Sonuç olarak tüm bedensel ve zihinsel mesaisini kurumda geçirmek durumunda olan eğitim sorumlusu ve eğitim görevlisi hocalarımız, asistanlara etik ve deontolojik örnek davranışlar geliştir-

meleri noktasında daha iyi rol-model olmaktadır. Muayene kaygısı olmadığı için gereksiz tavizler vermemekte, bu durum eğitime ve kurumun işleyişine olumlu katkıda bulunmaktadır.

Ancak uzun ve zahmetli aşamalardan geçerek yetişen Profesör, Doçent, Eğitim görevlisi olan hocalarımız mutlu değildir. Mağduriyetlerinin giderilmesi gerekir; Özlük haklarının bir kısmını kaybetmişlerdir, muayenehaneleri kapanmıştır. Ayrılan hocalarımız “sağlıkta dönüşümün” devrimsel niteliğindeki başarılarına gölge düşürmektedir.

Profesör, Doçent, Eğitim Görevlisi olan hocalarımızın sağlık eğitimi ve sağlık hizmetinin sunumu açısından yükleri, Üniversitelerdeki meslektaşlarından aşağı değildir. Daha yoğun ve uzun mesai yapmaktadırlar, daha az tatil kullanmaktadırlar, daha yıpratıcı bir ortamda çalışmaktadırlar. Üniversitelerdeki meslektaşlarına oranla maddi yönden daha mağdurdurlar.

Saygılarımla.

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YASASI VE TAM GÜN YASASI İLE SAĞLIK MEVZUATINDA NELER DEĞİŞTİ

Adem KESKİN, adem.keskin@saglik.gov.tr

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşaviri

Tam gün kanunu diye andığımız, esas itibarıyla adının 'Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Dair Kanun' diye belirteceğimiz 5947 sayılı kanun, 30 Ocak 2010 tarihli resmi gazetede yayımlanmıştı. Bunun kanunun yürürlük tarihi uyum için farklı belirlendi. Kanunun ilgili hükümleri üniversiteler için bir yıl sonra, bakanlık için de altı ay sonra yürürlüğe girecekti.

Bu kanun neler getirdi? Birincisi; kanunun çıkış amacı, sağlık personelinin ikili çalışmasına son veriyor ve kamu sağlık hizmetlerinde tam süreli çalışma esasına gelişi öngörüyordu. Bunu özellikle öngörüyordu diye belirtiyorum, çünkü arkasından bir takım yargı süreçleri ile uygulama tam olarak şu anda oturtulabilmiş değil.

Üniversite dışındaki sağlık personelinin ikili çalışmasına imkân veren, 2368 sayılı kanunu yürürlükten kaldırmıştı. 5947 sayılı kanunla, üniversitelerde kısmi statüde çalışma sonlandırıldı ve sadece devamlı statüde çalışma esası getirildi. Bunlar yapılırken sağlık personelinin mali haklarında da bir takım iyileştirmeler yapıldı. Özellikle Sağlık Bakanlığı çalışanları bakımından mesai dışı çalışmalarına ek ödeme öngörüldü. Tabip ve diş tabiplerine, döner sermayeden sabit ödeme yapılması ve bunun emekliliğe yansıtılması öngörüldü.

Üniversitelerde de aynen Sağlık Bakanlığı hastanelerinde öteden beri uygulanmakta olan, performans dayalı ek ödeme sistemi getirilmişti. Asker tabipler için de döner sermayeleri yeterli olmadığından dolayı, onlara fiks sağlık tazminatı öngörülmüştü.

Burada örnek olsun diye; Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanların, sabit ve döner sermaye olmak üzere gelir ortalamaları görülüyor. Klinik şefleri sekiz bin, şef yardımcılar yedi bin ve normal uzmanlar da altı bin beş yüz lira civarında gelir elde ediyorlar. Bunların emekli maaşlarına yansımaları da her iki ödemenin emekliliğe yansıtılması çerçevesinde, yirmi beş yıl prim ödeyen bir uzman hekimin emekli maaşı da %80 oranında artmış oluyor.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi çerçevesinde, bazı üniversitelerimizin ek ödeme oranlarını ve ek ödeme miktarlarını gösteren bir tablo. Bunları da fikir vermesi açısından örnek olarak koydum. Tabip ve diş tabibi uzmanlık mevzuatına göre, uzman olanlar için yine mesleki sorumluluk sigortası yaptırma zorunluluğu öngörüldü tam gün yasasında. Bu da hekimleri mali açıdan güvenceye bağlayan bir düzenlemeydi.

Daha önce, kamusal kuruluşlarda çalışanların sigorta primlerinin yarısı kurumdan karşılanıyordu. Özel sağlık kurumlarında ise, primlerin yarısı işveren tarafından karşılanıyordu. Aslında bunun tamamının kurum ve işveren tarafından karşılanması öngörülebilirdi. Bu kanun çalışması esnasında, bu konu çok tartışıldı. Ancak biraz da hekim teşvik etme anlamında, bir miktar prim ödemesi noktasında mutabakat sağlandığı için primlerin tamamının kurum tarafından ödenmesi görüşü benimsenmedi.

5947 sayılı kanunda, iyonlaştırıcı radyasyonla çalışan personelin haftalık çalışma süresi arttırılmış oldu. 35 saat olarak belirlendi ama 35 saat çalışırken maruz kalınan doz limitlerinin de ayrıca takip edilmesi söz konusu. Bu doz limitlerinin aşılmaması için alınacak tedbirler, aşıldığı takdirde neler

yapılacağı, hangi tedbirlerin alınacağı ve izinle geçirilecek süreler de bakanlıkça belirlenecek.

Bilindiği gibi herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan emekli olan kimseler, belli görevlerin dışında tekrar kamu görevine dönemiyor. Bu kanunda hekimleri bu istisnalar kapsamına alarak emekli olduktan sonra da bakanlığın kadrolarına atanabilme yolu açıldı. Bu kanunla getirilen, hekimlerle ilgili düzenlemelerden birisi de budur.

Yine önemli bir düzenleme: Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlar ile üniversitelerin ilgili birimlerinin bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde, birlikte kullanımı sağlandı. Şu anda yaklaşık on beş üniversitemizle bizim hastanelerimizi ortak kullanıyoruz.

5947 sayılı kanun yürürlüğe girdikten sonra bir takım yargı süreçlerinin de başladığını hepimiz biliyoruz. Kanuna karşı anayasa mahkemesince verilen iptal kararı var. Öğretim üyelerinin, yükseköğretim kurumları dışında hiçbir şekilde çalışamayacaklarına dair hüküm iptal edildi. Öbür taraftan Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ve diğer kamu kurumlarında çalışan hekimler bakımından, 1219 sayılı kanunla yapılan gruplandırmanın içerisinde sadece bir yerde çalışabileceğine dair hüküm de anayasa mahkemesince iptal edildi.

Anayasa mahkemesi kararının ardından, uygulamaya ilişkin olarak bir takım idari yargı mercilerinde açılan davalar var. Bu davalarda da muhtelif kararlar verildi. Bu kararların bakanlık lehine olanları da var, aleyhine olanları da var. Bu davaların bir kısmının idari yargı süreçleri halen devam ediyor ve henüz sonuçlanmış, kesin hükme bağlanmış bir durumda da değiller. Bu yargı kararları sebebiyle ortaya bir takım boşluklar çıktı ve uygulamada bir takım belirsizlikler yaşanmaya başladı. Bunların giderilmesi maksadıyla, yeni bir kanuni düzenleme yapılması zarureti doğdu. Bu amaçla, tam günle ilgili 657 sayılı kanun hükmünde kararname ile yeni bir düzenleme daha yapıldı. 26 Ağustos 2011 tarihli resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girdi.

Bu düzenleme ile ne yapıldı? 657 sayılı devlet memurları kanununun memurların ticaret ve diğer kazanç getirici faaliyetlerde bulunma yasağını düzenleyen 28. maddesi, biraz daha tasfiye edildi biraz daha detaylandı. Burada, başka bir işverene bağlı olarak doğrudan doğruya memurların çalışmayacağı ve serbest meslek ifa edemeyeceğine dair açıklık getirildi.

Üniversite bakımından da yükseköğretim kurumlarının kadrolarında bulunan öğretim elemanlarının kanunlarda belirtilen haller dışında, 657 sayılı devlet memurları kanununa tabii olacakları belirlendi. Refakat öğretim üyelerinin ise, yükseköğretim kurumlarında yalnızca eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmak ve döner sermaye faaliyetleri kapsamında gelir elde edilen hizmetlerde çalışmamak kaydıyla, mesai saatleri dışında yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde de çalışabileceklerine imkân sağlandı. Bu yapılırken de öğretim üyelerinin yeni düzenlemelere intibak edebilmeleri ve çalışma alanıyla ilgili kararlarını verebilmeleri için kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren, iki yıla kadar ücretsiz izin hakkı verilmiş oldu.

Tam gün bu şekilde kısaca özetledikten sonra Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat kanununa bakarsak; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarını yeniden yapılandıran 663 sayılı kanun, 2 Kasım 2011 tarihli mükerrer resmi gazetede de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın eski yapısına baktığımızda, üç grup merkez birimi tarif ediliyordu. Ana hizmet birimleri, danışma ve denetim birimleri, yardımcı hizmet birimleri şeklinde. Taşra teşkilatı vardı. Bağlı kuruluş olarak; Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı vardı. Eski yapı bu şekilde tablo halinde getirilebilir.

Eski yapının mahsurlarına kısaca değinirsek; özellikle politika belirleme, düzenleme, denetleme ve hizmet sunumunun bakanlıkta toplanması oldukça mahsur teşkil ediyordu ve bir handikapı.

Bunun sonucu olarak idarecinin karar verme imkânları sınırlı kalıyordu. Kararların merkezden verilmesi ve uygun bulunma mecburiyeti bürokrasiyi arttırıyordu. Kurumsal ve personel olarak uzmanlaşmanın yeterince sağlanamaması söz konusuydu. Merkezin günlük rutin işleri sebebiyle politika belirleme ve sistem yönetimi gibi temel görevleri yeterince yerine getirilemiyordu. Bu alana yoğunlaşamıyordu. İcra ve denetim fonksiyonunun bir arada bulunması, yeterince etkili performans denetiminin yapılamaması sonucunu doğuruyordu.

Bakanlığın yeni yapısına baktığımızda, eski o hizmet birimlerinin tasnifi uygulamasından vazgeçilmiş durumda. Merkez birimleri; doğrudan doğruya hizmet bilimleri ve bir de sürekli kurullar şeklinde örgütlenmiş, bunun karşılığında taşra teşkilatı; il sağlık müdürlüğü, illerdeki bakanlığın temsilcileri ve eskiden farklı olarak da ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulması yolu açılmış oldu. Büyük illerin bütün ilçelerinde, ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulması şeklinde olmayacak uygulama. Küçük bir takım ilçelerde, hala eski sağlık grup başkanlığıyla idari birim yürüyecek. Bağlı kuruluş sayısı arttırıldı, bir takım rutin icra faaliyetleri bakanlıktan ayrılarak bağlı kuruluşlara verildi.

Burada da görüldüğü gibi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerini yürüten bir kurum olarak öngörülüyor. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, hastanelerin işletmesini üstleniyor. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, ilaç ve tıbbi cihazlarla ilgili düzenleme ve denetimleri yapan bir kuruluş olacak. Temel kurgu; bakanlık merkezi artık politika belirleyecek, düzenleme ve denetleme yapacak, sistem yönetimini yürütecek. Bağlı kuruluşlar ise teknik düzenleme ve hizmet sunumu yapacaklar. Bakanlığın görevi çok kısa özetlenmiş. Yeni konseptte uygun olarak yeni hizmet birimleri teşkil edilmiş. Sürekli kurullar olarak; Sağlık Politikaları Kurulu yeni öngörülüyor, Yüksek Sağlık Kuruluşu , Tıpta Uzmanlık Kurulu aynen mevcut. Şu kadar ki, Yüksek Sağlık Şurası'nın misyonunda biraz farklılığa gidildi. Yeni bir kurul olarak da Sağlık Meslekleri Kurulu, mensuplarının mesleki yeterlilik ve müeyyide uygulamasıyla ilgili görev yapacak bir kurul.

İç yapılanmada genel müdür yardımcıları ve şube müdürlükleri kaldırılmış durumda.

Taşra teşkilatı; il sağlık müdürlüğü ve 25000 nüfusun üstündeki ilçelerde, ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulması öngörülüyor. İl sağlık müdürlükleri, bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviri olduğu açıkça belirtiliyor. Önceden sağlık müşavirliği yoktu. Bağlı kuruluşların da koordinasyonunu yapıyor ve uyumlu çalışmasını gözetiyor. Acil sağlık hizmetlerini bizzat sağlık müdürlükleri yürütüyor. Olağanüstü durumlarda sağlık hizmetinin sevk ve idaresini sağlıyor. Ve aynı görevleri de ilçe müdürlükleri, ilçe düzeyinde yerine getiriyor.

Kamu hastane birliklerine baktığımızda, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun il düzeyinde yönetim teşkilatı. İldeki bütün hastanelerin yönetiminden sorumlular. Genel sekreterlik ve hastane yöneticiliğinden oluşuyor. Yöneticiler sözleşme ile görev yapıyor.

Halk sağlığı müdürlükleri, Halk Sağlığı Kurumu'nun ildeki temsilcileri ve teşkilatıdır.

Bakanlık olarak tam günle ilgili kısa bir değerlendirme yapacak olursak; yeni teşkilat kanununda beklentilerimiz, bakanlığın stratejik planlama ve politika geliştirme kapasitesi ve kabiliyetini arttırması. Kurumsal yapının ve hizmet gereklerinin hızlı şekilde yerine getiren etkili saydam ve hesap verebilir olması. İnsan gücü ve maddi kaynakların daha etkili kullanımı, kamuyla özel sağlık hizmetlerinin birlikte planlanması, düzenlenmesi, denetlenmesi, personel odaklı denetim anlayışı yerine sistem ve faaliyet odaklı denetleme anlayışının oluşturulması. Kurumsal uzmanlaşmanın sağlanması ve özellikle de çalışmanın teşvik edildiği, çalışanın ödüllendirildiği bir sisteme geçişin sağlanmasıdır.

Tam günle ilgili çözüm araçları hepimiz biliyoruz. Pozitif hukukun bugüne kadar ki uygulamasında bazı sorunlar olduğu yine hepimizin malumu. Öğretim üyelerinin çalışma düzeninin yeniden tanzimi ile ilgili olarak yükseköğretim kurumuyla müşterek çalışma içindeyiz. Bu çerçevede daimi statüde çalışan öğretim üyeleri dışında, sözleşmeli öğretim üyesi istihdamı üzerinde çalışılıyor. Burada ihtiyaç duyulan ve temininde güçlük çekilen öğretim üyelerinin teorik ve uygulamalı eğitim ve araştırma faaliyetleri bulunmak üzere; üniversite öğretim kurumunun kararıyla sözleşmeli olarak çalıştırılabilmesi düşünülmektedir. Sözleşmeli çalıştırılan öğretim üyelerinin, yalnızca kanunda ve kanun çerçevesinde sözleşme ile tanımlanan işleri yapabilmesi, daimi statüdeki öğretim üyelerinin ek ders ücretinin on katıyla, yirmi katına kadar ücret ödenebilmesi ve yine bunların yönetici olmaması, yönetimle ilgili oy kullanamaması şu anda düşünülen bir çözüm yolu metodudur. Gata ve Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri için de benzer düzenleme öngörülmektedir.

8. OTURUM SORU-CEVAP

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Buyurun Recep Hocam. Kendinizi de tanıtırırsanız hocam, herkes tanıyor olabilir ama.

Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK: İstanbul Üniversitesi Öğretim Üyesi-YÖK Genel Kurul Üyesi: Koşumacılar çok teşekkür ediyorum. Sayın oturum başkanlarımız kısa girişlerle, özellikle Necdet Hocam konunun mutfağındaki birisi olarak konuyu açıkladınız. Şimdi değerli katılımcılar, Cevdet Hocamız çok güzel bir temenniyle sözlerini bitirdi ve başlangıçta girerken çok mutlu olduğunu da belirtti. Daha önce yakalayamadığımız güçlü birliktelikler belki önümüzde dörtlü, beşli, gerekirse onlu birlikteliklerin olabileceği bir ortamdayız. Şimdi bilindiği gibi sayın başkanlarım soru olarak değil de kısa bir katkı. Bütün gelişmiş ülkeler, yükseköğretim yasalarını son onlu yıllarda değiştirdiler. Stratejik planlarına ülkelerinin geleceğine yönelik yükseköğretim yasaları yaptılar. Bizim yasamız malum anayasamız gibi seksenli yıllarda çıkmış üzerine çok yamalar yapılmış ama bunların hepsi operasyonel yamalar. Şu anda da hükümetimiz 2003'lü yıllardan itibaren yükseköğretim yasasını değiştirmeye çalışmış, o günkü koşullarda gerçekleşmemiş. Son olarak tam günle ilgili düzenleme de tamamen takdir edileceği gibi operasyonel bir düzenleme, stratejik bir düzenleme değil. Şimdi sonuçta yükseköğretim yasasında öğretim üyelerinin çalışma şekilleri. Bugün tam gün Anayasa Mahkemesi tarafından da tescil edilmiştir. Tam güne genelde bir itiraz olmadığını görüyoruz. Ama esnek çalışma şekli olarak uluslararasılaşmanın bu kadar yaygınlaştığı bir dönemde, bir hocaların, kendi ülkesinde başka ülkelerde 5/10 üniversitede çalışabildiği bir dönemde, çok farklı kurumlarda gerek kamu, gerekse özel kurumlara danışmanlık verdiği bir dönemde öğretim üyelerinin ancak bir kısmının tıp mensubu olduğu bir dönemde, biz yasamızı mutlaka stratejik bir bakış açısıyla yapmalıyız. Burada sadece Milli Eğitim Bakanlığı değil, Bilim Sanayi Bakanlığı. Malum bazı ülkelerde yükseköğretim Bilim, İnovasyon Bakanlığı gibi bakanlıklar var. Bu bakanlıkların da olduğu bir ortamda artık şu anda gösterilen sözleşmelerin sadece bir kısmını içeren, sözleşmelerin çok farklı katmanları var. Burada sadece üniversiteden kadrosunu ayıran bir kesime bir sözleşme geliyor. Uzmanlık eğitiminin de artık çok güzel belli şeyler var. Asistanlar net olarak diyor ki, biz 5 eğitici istiyoruz en az. Bunun tartışıldığı bir dönemde, tıp eğitiminde geleceğini düşünerek üniversitede, sosyal bilimlerde, mühendislik, fen bilimleri ile ilişkilerimizi düşünerek ne oluruz, hep bir araya gelerek artık operasyonel bir karar çıkarmayalım. Bir sayfalık metin değil yükseköğretim yasası içinde geleceğin 30-40 yılını kucaklayan bir yükseköğretim yasası ve öğretim üyesi vizyonu ile bunu başaralım. Bunu başarmaya muktediriz. Bu toplantı bunu gösteriyor, teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Evet hocam değerli bir katkıda bulundu. Cevdet hocam konunun üç önemli ayağından bahsetti ama bir ayağı sanki biraz eksik kalmış. Sosyal Güvenlik Kurumu ayağı. Yani o ayağı da aslında tamamlasak çok iyi olurdu çok, en azından bu toplantıda onun eksikliğini ben şahsen hissettim. Evet. Buyurun efendim

Uzm. Dr. Cengiz SANDIKLI- İzmir Urla Devlet Hastanesi Başhekimisi; İlk önce bu son saatlerdeki performans için de baya bir kalabalık da görüyorum. Çok teşekkür ediyorum ilgiye. Bu eğitim için de çok teşekkür ediyorum. Ama işin mutfağında gerçekten en başta olan kişiler herhalde pişiriciler ve sunanlar bizleriz. O yüzden bir iki kelime sarf etmek istiyorum. Sayın Cevdet hocam hekimler için özlük hakları vs derken özellikle emeklilik konusunda şu anda temerrüt durumda 1600 lira civarında bir emekli ücreti söyleniyor. Şu andaki hekimlerin de ortalama 5-6 bin lira bir gelirleri olduğu, uzman hekimlerin özellikle belirtiliyor. Fakat tabii bu çalışan düzen içinde her hekim için ortalama ile konuşmak doğru değil. Bireysel baktığınızda bazı hekimin en azından asgari bir sabit ödeme sa-

yesinde üç bin lira olduğu söyleniyor ama bunu aşamayan hekimler de var. Bu dengesizlik, hoşnutsuzluk oluşturabiliyor uzman hekimler arasında. Ayrıca o emeklilik safhası konuşulurken, özellikle işte 25 yıl çalıştığı taktirde maaşı üç bin küsürlere gelecek denirken, özellikle biliyorsunuz şu anda da İntibak Yasası çıktı. Emeklilikte 5 yıl çalışan 10 yıl çalışan doktorlarda emeklilik maaşı hep değişken olacak ve bu maaşta bir eşitsizlik oluşturacak. Yani şu anda uzman hekim emekli oldu ise 1600 lira maaş alacak. 5 yıl sonrasında işte iki bin lira alırken, o yine ona göre düşük alacak. 10 yıl sonra, burada hakikaten güncellenmesi ve şu anda emekli olabilecek olan hekimlerin de bu konuda daha sonra mağdur edilmemek için bir düzenlemenin gerektiğini düşünüyorum. Çok teşekkür ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Buyurun,

Ömer KARAHAHAN: Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Eğitimci; Efendim şimdi burada son zamanlarda yapılan mevzuat değişikliklerinin eğitim araştırma hastanelerine çok müspet yönde katkıları olduğu ve asistanlar açısından eğitim araştırma hastanelerini üniversitelerin önüne geçirdiğini ben ifade etmek istiyorum. En başta ücretlendirme konusu. Biraz önce sunum yapan hocamız bizim asistanlarımız dört-beş bin lira alıyor dedi. Bizim asistanlarımız da hakikaten nöbet parası, performans katkısı ve maaşla beraber 4000-4500 lira gibi bir ücret alıyor. Ama bu tabii üniversitedeki asistanların görmezden gelinmesini gerektirmez. Hepsine mecburi hizmet koyuyoruz. Mecburi hizmete ben karşı değilim. Ama mecburi hizmet bugün Türkiye'de karşılıksız uygulanmaktadır. Bir külfet varsa bunun nimeti olmalıdır. Bunun karşılığı ödenmelidir. Bir başka asistan eğitimine, eğitim araştırma hastanelerine getirisi mevcut. Mevzuatın asistanların çalışma süresi ile ilgili zannediyorum hiç vurgulanmadı. Sağlık Bakanlığı genelgesi ile asistanların gümüşü nöbet tutması engellenmiştir. Türk Cerrahi Derneği'nin yaptığı bir araştırmada asistanların ortalama çalışma süresi 100, 110 saatken, asistanlar 80 saat olabileceği noktasında birleşmişlerdir ve bakanlık bunu kendi bünyesinde gerçekleştirmiştir. Bakanlık bünyesindeki asistanların çalışma süresi 80 saati aşmamaktadır. Ama üniversitelerimiz maalesef halen bu çizgiye gelmekten uzaktır. Bir başka şey, müspet gelişme son 3 senedir Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan asistanlar bir kongre bildirisinde sözlü veya poster sunumunda isimleri varsa, kongre masrafları tamamen hastane kaynaklarından karşılanabilmektedir. Bunlar çok müspet gelişmelerdir. Benim 4 asistanım var. Her sene ikişer kongreye hastane imkanlarından katılabiliyorlar. Ben bunu isterseniz evraklarını hastaneden çıkartarak gönderebilirim. Yani bir kısım arkadaşlar öyle olmadığını ifade ediyor da. Şimdi biz tabii burada kimseye yağcılık yapmak niyetinde söz almadık. Menfi konulardaki görüşlerimizi de ifade edeceğiz. Biraz önce söyledim. Mecburi hizmetle ilgili konu bence karşılığı ödenmediği müddetçe angarya olmak niteliğindedir. Bir başka şey. Benim şu anda hekimlerin en büyük ihtiyacı nedir diye sorulursa; hekimlerin motivasyon, teşvik ve taltife ihtiyaçları var. Maalesef hekimler itibar kaybı noktasında en alt düzeye inmiş durumdadırlar ve dibe vurmuş durumdadır. Ben bu konuda objektif bir şey söylemek istiyorum. Önümüzdeki hafta 14 Mart Tıp Bayramı kutlamaları var. Elinizi vicdanınıza koyun. Önümüzdeki haftaki kutlamaları Nisan başında yapılacak Emniyet Teşkilatının kutlamaları ile öğretmen gününün kutlamalarıyla mukayese edin. Farkı göreceksiniz, saygılar sunuyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Buyurun

Prof. Dr. Tülay CANDA: 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı; Hepimiz en iyiyi bulmak, en doğruyu bulmak için değişik pencerelerden sorunu objektif olarak irdeliyoruz. Bu çok önemli bir nokta ve tüm sorunların çözülebileceğine de yürekten inanıyorum. Ben 40 yıllık hekimim. Her zaman tam gün çalıştım ve herkesin de tam gün çalışması gerekli. Buna inanan bir insanım. Şimdi daha önce Adnan Bey, 9 Eylül Üniversitesi'nde bir profesörün ortalama dokuz bin performansını yansıttı. Hatta biraz fazlaydı. Bu öyle değil. 9 Eylül'de ortalama temel tıptaki profesör üç bin,

dahili tıpta dört bin, cerrahi tıpta altı bin alıyor. Bunu dokuz-on bindir 2 kişi alabilir ama gerçek rakam bu. Neden ayrılıyorlar? İşte sorun bu. İnsanlar şu anda eğer üniversitede, lisede çocukları varsa gerçekten maddi sıkıntıya düştüler. Bunun tek kaynağı bu. Şimdi özel sektör, devlet kurumu maalesef bir tehlikeyi doğurmaya başladı. Hekimler arasında sosyal sınıf farkları geliyor ve bu çok tehlikeli. Hekimler için de motivasyonu, iç barışı bozacak tabii ki tüm insanlar eşit ücret alamaz. Burası bir demir perde ülkesi değil. Bunu kesinlikle biliyorum. Herkes yeteneğine, özelliğine göre ayrı fark alır ama uçurum çok fazla. Şimdi gelir getirmek için sağlık turizmi yapılması ne derece doğru, onun sorgulanması lazım. Evet yapılmalı ama alanlar belirlenmeli. Bugün 9 Eylül'de kanser hastaları yatmak için sıra bekliyor. Ameliyat için sıra bekliyor ve şu anda ne boş yatağımız var, ne boş ameliyathanemiz var. Katsayılar vererek bir sözleşmeli çalıştırma, bu da çok sıkıntılı. Biz bunu kendi içimizde de tartışıyoruz. Yapılan bir işin katsayı ile bir başkasına yaptırılması iç barışı yine sıkıntıya sokacak. Bunun da ben olmaması gerektiğine inanıyorum. Şu anda ücretsiz izinler bir yasal rahatlık getirmek için verildi ama çok sıkıntı çekiyoruz. Ben bugün jüri üyesi başka kurumlardan bulacağım zaman 3,4 yere telefon ediyorum. izne ayrılıyorlar. Bunlar da size sıkıntı yaratıyor. Çözüm ne olabilir? Kişiye değil kuruma katkı payı vermesi gerekir hastaların. Ben bugün İzmir'de şunu size net söyleyeyim, hastanelerin konforuna göre hastalar hem kuruma, altını çizerek söylüyorum kurumun bilgisi dışında orada çalışan hekime de katkı ödüyor. Bu çok net. Eskiden bıçak parası sadece resmi kurumlarda alınıyordu ki söyleniyordu. Ama bugün ikinci bir tehlike baş gösterdi. Özelde çalışan hekimlerin ücretleri aşağı çekilmeye başlayınca ki başlandı. Bunlar o parayı hekime veriyor. Böyle bir tehlike de doğdu. Çok teşekkür ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturma Başkanı); Buyurun

Prof. Dr. Volkan ÖZTUNA –TOTEK Başkanı: Çok teşekkür ederim. Mersin Üniversitesi'nde de Ortopedi ve öğretim üyesi olarak görevime devam etmekteyim. Safa hocamın da buraya nazik davetiyle geldiğimi hatırlatmak isterim. Çok teşekkür ederim kendisine. Öncelikle kayıt ücretinin 550 lira olması sebebiyle akademisyenlerin çok isteseler de buraya kayıt yaptıramadığını beyan etmekle başlamak istiyorum sözlerime. Bu ücretin bir miktar yüksek olduğu çok konuşuluyor ama sizlere de iletilmesi gerektiğini düşünüyorum. Burada çok soru sormak isteyen arkadaşlarım ve hocalarım var. Bana gönderdiler sorularını sormak üzere. Niye katılamadıkları konusunu az evvel ki cümlede ben beyan ettiğimi düşünüyorum. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi bir geleneğe sahip, 10 yıllık bir geleneğe sahip. Konumuz eğitim. Onun için konuşmaları hizmet ağırlıklı konuşmalardan ziyade eğitim başlığının altına çekme kaygısıyla söz aldım. Bu 10 yıllık gelenek şuna sahip. Kurumlarda akreditasyon bilincine sahip olmak, kurum ziyaretlerine başlamak. Kurum ziyaretlerinin alt yapı ve eğitici profilini ortaya koymak. İnsan kaynağı profilini ortaya koymak. Yeterlilik sınavını 10 yıldır yapmak, Avrupa sınavıyla eşdeğer bir sınav olması kaygısıyla kaliteyi kovalamak. Avrupa eşdeğerlik kurullarıyla devamlı bir işbirliği halinde olmak. 3 yıldan beri Türk Ortopedi Derneği'nin yaptığı bir yenilik var. Mayıs ayının son haftasında Türkiye'deki bütün asistanlar ki şu anda 751 ortopedi asistanını aynı anda bir yazılı sınava alarak onlara kendilerinin ne durumda olduğunu gösteren bir geri dönüş verisi sunmak, bunun dışında çekirdek eğitim müfredatı belirlemek. Yani burada aslında hedefler ne konduysa 10 yıldan beri Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi bunu yapmak için canla başla ve sivil irade ile, sivil irade ile büyük bir çaba sarf etmekte. Burada karar alıcı mekanizmanın bu yapılanmanın farkında olduğunu biliyorum. Burada karar alıcı mekanizma bu yürüyen sivil iradeye yardım etmek, onun takıldığı noktalarda çözümler getirmek gibi bir tavır içinde de olması gerekir. Yapılanları görüp, eksik kalan yerlerde bize yardımcı oluruz anlayışının orada hakim olmasını bekliyoruz bizler yeterlilik kurulları olarak. Siz yaptınız ama bundan sonra biz de artık yapacağız hatta sizden daha iyi yaparız diye bir fikir olmadığını düşünüyorum. Sizlerde de böyle bir fikir olmadığını düşünüyorum. Zaten yapılanmış olan ve 10

yıllık bir geleneğe sahip bu yapılara destek atacağınızı da umuyorum. Bu tanıtımdan sonra şunu sormak istiyorum. Siz özel sektörde çalışan bir öğretim üyesine eğer derslere girmesi söz konusu olursa, ders ücretinin 10 katı kadar bir ödenekten bahsediyorken, yani ders anlatmanın bu kadar kıymetli bir şey olduğu görgüsüne ve görüşüne sahipken, zaten bu dersi anlatmakta olan kişilerin ders ücretini arttırmayı niye düşünmüyorsunuz? Teşekkür ederim

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturma Başkanı); Evet buyurun hocam.

Prof. Dr. Salih HOŞOĞLU- Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi: Teşekkür ediyorum. Burada Safa hocam çok büyük bir organizasyon yaptı teşekkür ediyorum, kutluyorum. Yalnız keşke yani yeni kurulan üniversiteler ve Anadolu Üniversitelerindeki hastaneler ve tıp fakültelerini de buraya taşısaydık daha iyi olacağını düşünüyorum. Şimdi Recep Öztürk hocamızın vizyonunu destekleyecek bir şey söyleyeceğim. Böyle yama kanunlarla problemi çözemiyoruz bir de dünya çok değişti, Türkiye çok değişti. İstanbul Üniversitesi'nin ya da 9 Eylül'ün problemleri Türkiye'de büyükşehirlerin problemleri. Yani bunlara daha özel çözümlerle çözmek lazım. Yani yapılacak olan yeni düzenleme ile yeni gelişen üniversiteleri de dikkate alarak, daha büyük açılım olması gerekiyor. İstanbul için diyelim ki özel düzenleme yapılacak ama bu Anadolu'da başka bir mağduriyete yol açacak. Yani bunun dikkate alınması lazım. Doğu'daki üniversiteler yani mesela Erzurum çok yoğun öğretim üyesi kaybetti. Yani bunları dikkate almak durumundayız ve değişen ülkeye göre yeni bir daha açık bir vizyonla, yeni bir kanun ya da Anayasa yapmak lazım ama özellikle ben Anayasa'nın birçok kanunun özel çalışılması ve yeni şartlara göre düzenlenmesi gerektiğini düşünüyorum. Burada kimse bunu tartışmıyor. Herkes performansın nasıl olacağını düşünüyor ama sonuçta birbiriyle iç içe olan bu şeylerin bir çatı yapısının olması lazım. Yoksa biz Doğu'da üniversite açarız, onlar boş kalır. Buna Erzurum örneğini verdim. Birçok üniversitede bu sıkıntı var. Teşekkür ediyorum. İnşallah bu da tartışılır. Bir dahaki sefere bu da gündeme alınırsa daha iyi olacağını düşünüyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturma Başkanı); Hocam buyurun.

Prof. Dr. Kayıhan Pala- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı- Bursa Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı: Öncelikle Adem bey size bir şey söyleyeyim, Uludağ Üniversitesi'nde gösterdiğiniz rakamlar doğru değil. Ortalaması altı bin lira civarındadır. Hastaya el vurmayan temel bilimler ve diğer bölümlerde profesörlerin aylık ek ödeme altında aldıkları para iki bin lira civarındadır. Onun bir düzeltme ihtiyacı olabilir. Sağlık komisyonumuzun başkanı olduğu için Cevdet bey size 3 soru sormak isterim. Birincisi şu. Sivil toplum örgütlerinden ve meslek örgütlerinden proaktif bir yaklaşımı görmediğinizden söz ettiniz. Ama ben biliyorum ki Sağlık Bakanlığı'nın tam gün yasasından tam bir buçuk yıl önce, Türk Tabipleri Birliği bir tam gün yasa tasarısını kanun metni biçiminde size ve Meclis'teki bütün milletvekillerine ulaştırdı. Daha o zaman Sağlık Bakanlığı'nın bir tam gün başvurusu söz konusu değildi. Mesela neden bu gündeme getirilmemiştir, neden tartışılmamıştır Meclis düzeyinde bunun yanıtını almak isterim. İkincisi ben şundan büyük bir rahatsızlık duyuyorum bir üniversite öğretim üyesi olarak. Tam gün yasasıyla birlikte öğretim üyelerinin üniversitede kalıp kalmaması daha çok ekonomik temelli tartışılıyor. Oysa dünyanın saygın üniversitelerinde öğretim üyeliği adanmışlık temelinde tartışılır. Bir öğretim üyesi hiçbir zaman arabasının markasıyla, evinin villasının katıyla bilmem nesiyle övünmez ve kendini var etmez. Onu ilkökul mezunu bir tekstilci ya da benzeri bir insan grubu da yapabilir. Bir öğretim üyesinin asıl varoluş nedeni öğrencileri yetiştirdiğinde aldığı haz, yaptığı yayınlar ve atıflar nedeniyle duyduğu itibardır. Dolayısıyla Türkiye'de öğretim üyeliğinin itibarını artırmak, bir başka deyişle o adanmışlık düzeyini arttırmak için acaba bir şeyler yapılmak niyeti var mıdır? Çünkü üniversitede çalışan bir öğretim üyesi olarak bununla ilgili ben hiçbir şey görmediğimi üzülerek burada paylaşmak isterim. Üçüncü sorum da şudur. Bakın yapılan devrim niteliğinde olduğu

varsayılan bazı arkadaşlarımız öyle söyledi. Sağlıkta dönüşüm programı nedeniyle toplumun bir memnuniyetinden söz ediliyor ki doğru. Ancak bu topluma hizmet sunan sağlık çalışanlarında da çok ciddi memnuniyetsizlikler var. İki rakamı paylaşayım sizinle. İlk gün de paylaşmıştım. Bir tanesi sağlık çalışanlarının ancak yüzde 17'si çocuklarını tekrar bu mesleği seçmesini isteyebileceklerini söylüyorlar. Ne kadar düşük bir rakam olduğunu söylemek isterim. İkincisi şu anda çalışanlar bugünkü aklım olsaydı, üçte birinden çok daha azı ancak bu mesleği seçerdim diye söylüyorlar. Bakın o devrim niteliğindeki meseleye gelince, 2002 yılında 2 milyon olan ameliyat sayısı 2010'da Sağlık Bakanlığı rakamları 8.6 milyon ameliyata çıkmıştır. 2002 yılında bu ülkede yılda toplam 20 milyon acile başvuru varken, 2010 yılında bu 80 milyona çıkmıştır. Dünyanın başka ülkeleriyle kıyasladığımızda nüfusunun yüzde 10'undan daha fazlasının ameliyat edildiği ya da yılda acile başvurduğu ülke bulmakta zorlanırsınız. Benim sorum şudur. Bu kadar sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliğinin yüksek olduğu bir ortamda, bu meseleyi ne kadar sürdürülebilir buluyorsunuz ve bu memnuniyetsizliği ortadan kaldırmak yükseltmek için acaba önümüzdeki eylem planları nelerdir? Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Orhan Canpolat eski bir Sosyal Güvenlik Kurumu genel müdürüdür. Buyurun

Prof. Dr. Orhan CANPOLAT- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi: Tabii burada özetle iki değerli büyüğümüzün kanun yapıcı olarak burada bulunması bu toplantı için çok önemli çünkü nihayetinde söylenen sözleri pratiğe veya hayata geçirecek olan onlar. Yalnız hukuki düzenlemelerin yapılması lazım. Şimdi burada birkaç konuya ben kısa kısa sorularla başvurup onları size yöneltmek istiyorum. Birincisi tabii burada bıçak parası tırnak içinde bu tabii cerrahi branşlara ait bir ifade değil artık ama aforizma oldu bıçak parası ifadesi. Şimdi 2003 yılının başında yüzde 2.5 olan özel sektörün katkısı yüzde 30'a yaklaştığında elimde rakam yok ama özellikle özel sektöre geçen öğretim üyelerinin, hekimlerin toplam sayısına bakıldığında pratikte şöyle bir şey var. Sosyal güvenlik kurumu 2003 yılı itibarıyla özel sektör hastanelerinden ücret alınmasını yasaklamıştı ve bu bir cezayı gerektiriyordu hastadan katkı payının alınması. Günümüze geldiğimizde birincisi bu rakam içindeki artış kişisel olarak cepten ödenen rakamlarda ne kadar artışa yol açtı veya başka bir ifadeyle pratik olarak geçmişte bıçak parası dediğimiz şey acaba özel sektör üzerinden mi gerçekleşiyor sorusu var bunu özellikle Cevdet hocama ve Necdet Hocama yöneltmek istiyorum. Bunu çok önemsiyorum. Yine Cevdet hocamla tartıştığımız bir konu vardı onu yeniden gündeme getirmek istiyorum. Özel sektöre katkı payını almayı serbest bırakırken üniversitedeki öğretim üyelerinin ücret almasının önü kesilerek kapatılarak burada sanki tersine bir eşitsizlik yarattı ve tam gün bu tartıştığımız tüm konular sanki buraya odaklanmış gibi görünüyor. Özellikle yeni yasal düzenlemeler var derken, Adem bey söyledi. Burada sözleşmeli personel ifadesinin bu açıdan da değerlendirilmesini yani hukuki yapı açısından değerlendirilmesini öneriyorum. Tabii burada ikinci bir konu eğitimle ilişkili olarak yeni yasa düzenlemesi yapılacak veya bir kanun çalışması var ise Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinin ve araştırma hastanelerinin belki devlet hastanesi demek doğru ama muhakkak bulunduğu şehirdeki bir üniversite hastanesi ile afiliye edilmesi bu, afiliasyon sonunda öğretim üyelerine akademik unvanlarının verilmesi hususunu önemsiyorum. Bir de tabii bu tıp fakültesindeki sayıyı arttırtma sayın bakanımız da ifade etti. Bu da belki gündeme getirilebilir. Tartışıyoruz. Tıp fakültesi Gazi'yi örnek verelim veya Hacettepe'yi veya İstanbul Tıp'ı. Büyükşehirlerde tıp fakülteleri açmak ve öğretim üyesini sağlamak ve bunlardan daha çok tıp fakültesi mezunu elde etmek önemli diye düşünüyorum. Belki bu değerlendirilebilir. Taşrada iki katına çıkan tıp fakültesi ne rağmen mezun sayısı hemen hemen yerinde kalıyor. Problemleri hepimiz biliyoruz tekrarlamak çok önemli değil. Belki Adnan hocamı ilgilendiriyor. Bir önemli konuda hukuki bir düzenlemeyi gerektiriyor. Şimdi vakıf üniversitesi diye tanımladığımız şeyler arasında vakıf üniversitesi midir?

Şimdi hocam özel ve vakıf diye bir tanımlama yaptı. Dolayısıyla hukuki düzenlemenin artık ülkemizde vakıf değil de yeterli bütçesi olan özel sektöre üniversite açma hakkının verilmesinin zamanının geldiğini düşünüyorum. Çünkü bir taraftan DPT'yi kaldırdık. Geçmiş onu bakanlığa çevirdik düzenleme kalktı. Bir taraftan özel sektöre düzenlemeler getiriyoruz. Bu da sanki bir kafa karışıklığı mevcut gibi. Özellikle kanun yapıcı olan büyüklerimize bunu iletmek istiyorum. Bir başka şey. Burada sayın Müslümanoğlu çok güzel tek cümle ile ifade etti. Onu not ettim. Performansla, tam günle ve tüm gelişmeyle ilgili "Biz güvenli limanınız. Doktorumuz az hastamız çok" dedi. Problem burada esasında. Özellikle bunlara cevap alabilirsem teşekkür ediyorum. Sabrınız için.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Soruları biraz kısa kısa sorabilirsek arkadaşlar çünkü bir de bunun cevapları var. Arkadaşlarımızı da çok sıkamak istemiyorum açıkçası.

Prof. Dr. Nalan AKBAYRAK: Gata hemşirelik Yüksekokulu Müdür Yrd.: Hocalarıma bir şey sormak istiyorum. Bu tam gün ya da işte sağlıkta dönüşüm programı ile biliyoruz ki kamu hastaneleri kurumları bir araya getirildi bir çatı altında bulunuyor. Özellikle kadın personel için ki web sayfasında aynen şöyle yazıyordu: "Kadın personel, doğum, süt izni gibi şekillerde bir süre işinden ayrı kaldığında onun yerine başka bir sözleşmeli eleman alınacağına dair" yazı vardı Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinde. Bu sözleşmeli neden sözleşmeli. Neden sözleşmeliye karar verildi ki buna da diyor-dunuz ki yine o sayfada çalışmayan çalıştırmamak memur zihniyetinden uzaklaştırmak ve kadınlara ne olacak? Kadınlar hekim olsun hemşireler olsun nereye gidiyorlar? Teşekkür ederim

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Evet buyurun Behzat Bey

Dr. Behzat ÖZKAN- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi; Benim sorum Adem Bey'e olacak. Bu kamu hastaneleri birliği yürürlüğe girince özellikle tıp kökenli akademisyenler de sözleşmeli olarak bu sistemde görev alacaklar. Belki sektöre bağlı olarak. Tabii bu tıp kökenli akademisyenlerin sözleşmeleri boyunca eğitim ve araştırma faaliyetlerinin neresinde? Çünkü bu akademisyenler görev yaptıktan sonra tekrar eski yerlerine görevlendirme, akademik yaşamlarına geri döndükleri zaman tabii bu süreç bir kesintiye uğramış olacak. Dolayısıyla bunun sözleşmeye dayalı olarak yeniden gözden geçirilmesi mümkün müdür? Yani hastane yöneticisinin hasta bakması belli bir süre, ameliyatlara katılabilmesi. Bunu sormak istedim teşekkür ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Evet sayın rektörüm Mustafa hocam buyurun.

Prof. Dr. Mustafa SOLAK- Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörü: Bu tip toplantılar çok sayıda kimseyi bir arada bulup söz söyleme fırsatı veriyor. Meclis'te bulunan sayın Necdet Bey hocama ve Cevdet Erdöl hocama sadece iki çift sözüm var. Öğretim üyelerinin özlük hakları konusunda çok uzun süredir bir iyileştirme yapılmadı. Öğretim üyelerinin özlük haklarını iyileştirirseniz onlara yakışan bir maaş verirsiniz ve bu maaş emekliliğe yansır bu birçok problemin çözümünde temel olur. Müsaade edin üniversite kendi problemini özellikle ekonomik problemlerini çok kısa bir sürede çözebilir. Bu potansiyel vardır. Sağlık Bakanlığı bütün hastalara öğretim üyelerinin bakmasını istiyor. Eyvallah bunu yapabiliriz ama hasta başına makul mantıklı bir ücret ödeyerek. Bunu vatandaş ödeyebilir. Buna müsaade edin. Bunu sağlayacak kanuni düzenlemeyi yaparsanız, bunu unvana göre de sıralayabilirsiniz. Hem vatandaş memnun olur hem üniversitelerin geliri artar. Hem vergi alırsınız hem de birçok problem çözülebilir. Özlük hakları ve uygun bir ücretlendirme politikası birçok problemin çözümüne faydalı olur. Bu konuyu arz etmek istedim. Saygılarımla

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Evet son 3 soru diye sayın Muzaffer hocamla.. 5 olsun peki. Evet en arkada arkadaşlar. Mikrofonu yan yana iki arkadaşla hemen hızlı hızlı verirse.

Ekrem YAVUZ- Sağlık-Sen İstanbul 2 nolu Şube Başkanı ; Bir sivil toplum örgütü gözlüğüyle şu eksiki gördüm burada. Şimdi sağlıkta sistemler hep ekip işidir diye konuşuyoruz. Ama sağlıkta sistemler yönetmelikler, kanunlar sağlık eğitimi bu toplantı da dahil hep hekim endeksli konuşuluyor. Yani burada ben şu kürsüde bir hastane müdürü, bir hastane başhekimisi görmek isterdim açıkçası. Bunu göremiyorum hiçbir zaman göremedim. Şimdi de göremiyoruz. Maalesef bir sistemi sağlıklı oturtmak için şöyle bir şey lazım. Ekip işi, bir ekip bir dişliden oluşmuyor. Bu dişliyi hep beraber ele alırsak çok daha sağlıklı olacağını düşünüyorum. Bir de şöyle bakmak lazım. Dün evvelsi gün bazı konuşmalar oldu. Yeni teşkilat yasası ile ilgili teşkilat yasasının böyle bir toplantıyla birkaç defa tekrar edilmesi ve şu sorunun sorulması gerekirdi tüm paydaşlara. "Nasıl bir sağlık sistemi olmalıdır?" Bu soruyu birkaç defa bir çalıştay yapıp tüm sahadan, sivil toplumdan tüm paydaşlardan bilgiler alıp çıkarılsa çok daha iyi olacağını düşünüyorum. Bir de şöyle bir şey söylemek istiyorum. Bir sistem eğer bizim açımızdan bakıldığı zaman devlet açısından, çalışanlar açısından ve halk açısından uyumlu değilse, bu sistemin sağlıklı işleyeceğini düşünmüyorum. Hepinize saygılar sunuyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Buyurun

Dr. Ahmet DEMİROK- İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi: Sağlık Bakanlığı Beyoğlu Göğüs Araştırma Hastanesi Başhekimisi; Sağlıkta gerçekten çok önemli adımlar atıldığını düşünüyorum. Bunlar çok övgüyü hak eden adımlar ama adımlar biraz sık atıldığı için çok hızlı hareket edildiği için hatalar da yapıldığını düşünüyorum. Birkaç başlık altında bazı şeyler söylemek istiyorum. Üniversite öğretim üyeleriyle ilgili olarak daha önce part time çalışan sabah-tan öğlene kadar çalışmalarından sonra özel çalışan kişilere dendi ki, şimdi sabah-tan öğlene kadar da çalışmayacaksınız. Tamamen dışarıda hasta bakabilirsin, dışarıda ameliyat yapabilirsin. Burada hiçbir şey yapamazsın tarzında bir şey söylenmiş oldu. Bunun başka olumsuz tarafları olabilir ama şöyle de denebilir. Körün istediği bir göz, Allah verdi iki göz gibi bir durum oldu. Yani bu eğitim hastaneleri ile üniversiteler arasında çok farklı bir uygulamaya sahne oldu diye düşünüyorum. Üretilen uygulamalar, yeni uygulanan bir takım sistemler, hizmet hastaneleri için çok ideal, çok güzel şeyler ama eğitim hastanelerini uydurmak mümkün olmuyor. Herkes kendine göre uygulamalar yapıyor, uyguluyor gözüküyor ama aslında amaçlanan şey o değil. Performans sistemi de uygulanamıyor, eğitim hastanelerinde, doktor seçme hakkı uygulanamıyor. Merkezi randevu sistemi gibi bir takım olumsuz etkileri olacağını düşünüyorum. Yani tam güne geçişle birlikte ayrılanların aslında eğitime de hizmete de olumsuz etkisi olduğunu düşünüyorum. Asistanlarla ilgili bir şey söylemek istiyorum. Asistanlara resmi olarak hiçbir şey yaptırıyoruz. Ameliyat yapamazlar, hasta bakamazlar her şeyi uzmanlar yapsın, öğretim üyeleri yapsın. Şimdi bunlar uzman olana kadar hiçbir şey yapamıyor gözükürken, uzman olunca birden sihirli değnek değişiyor. Her şeyi yapabilir oluyorlar. Yani gittikleri hastanede her şeyi yapabilirler. Şimdi her şeyi yapmaları mümkün değil ona belki bir sınır da konabilir. Artı asistanken de tabii ki çok şeyi yapabilir. Tıp fakültesi mezunu olan bir doktor hasta bakabiliyorsa, asistanken de hasta bakabilir. Bu bir uzman kontrolünde desteğinde olabilir diye bir açıklama yapılabilir ama sonuçta asistan da bir doktordur. Çok şeyi yapabilir. Hatta onun adına randevu verebilir. Belli bir yıldan sonra şu müdahaleleri yapabilir denebilir. Doktor seçme hakkıyla birlikte de zaten asistanın eğitimi nasıl olacak konusu çok karmaşık. Mutlaka eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerine yönelik olarak düzenlenmesi gerekir diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Evet arkada sayın rektörümüze. Buyurun

?????-Teşekkür ederim sayın başkan. Şöyle bir sorun var . Yeni kurulan tıp fakültelerinde şimdi tam gün yasasının uygulamaya geçiş sürecinde iki yıllık izinler gündeme getirildi ve birçok profesör iki yıllığına üniversiteden izinli olarak ayrıldı. Özellikle bizim gibi üniversitelerde tam ders verme aşamasında profesör olmuş kişilerin, tıp eğitimini yönetecek, yönlendirecek tecrübeli, liyakat sahibi öğretim üyelerinin, tam gün yasasının uygulanmasına paralel olarak üniversitelerden ayrılması, eğitimde beklemediğimiz bir olumsuz durumla bizi yöneticileri karşı karşıya bıraktı. Ben Adem Bey'den özellikle öğrenmek istiyorum. Bu süreçte devam eden bu süreçte acaba buna uygun yeniden bir düzenleme yapılacak mı, ya da doktor beyin söylediği gibi, ek görevlendirmelerle liyakat sahibi, tecrübeli profesör hocaların tekrar eğitim öğretime kazandırılması mümkün olabilecek mi? Çok teşekkür ediyorum. Sorum bu. Bir de hazır mikrofon elime gelmişken bir hafta sonra 14 Mart Tıp Bayramı dolayısıyla bu güzel ilk defa olan Yükseköğretim Kurumu, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın birlikteliğini konuşmalarımıza yansıtırsak çok daha yararlı olur diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Evet hemen yanında Ali Rıza Bey. Son 2 soru demiştik.

Prof. Dr. Ali Rıza ODABAŞ; İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimisi- Eğitim Hastaneleri Öğretim Elemanları Derneği 2. Başkanı; Şimdi sağlıkta çok önemli çok ciddi gelişmeler oldu. Hasta memnuniyeti gerçekten çok iyi bir şekilde arttı ve bu artışla da şüphesiz ki son 8/9 yıl içerisinde atanan şeflerin çok ciddi katkıları var. Şimdi şeflik sistemini çok eleştirdik gerçekten çok eleştirilecek yönleri de vardı. Bir kişinin ömür boyu şef olması kabul edilebilir bir durum değildi. Bir asistan rotasyona gitmezdi, başka bir yere sadece orada kalırdı. Şimdi yeni kararname gerçekten bunu değiştirdi. Herkes burada eğitim görevlisi oldu. Yalnız bu yasanın şöyle bir sakıncası da var. Normalde eğitimle hizmeti ayırdı. Yani burada aynı zamanda akademi uzmanı da normalde kimlik hizmetinden sorumlu olabilecek. Yalnız tabii bu ciddi sakıncaları da meydana getirebiliyor. Normalde eğitim hastanesi olan bir yerde, bir düz uzmanın eğitimden hizmetten sorumlu olması gerçekten ileride çok ciddi sıkıntılara yol açabilir diye düşünüyorum. Aynı zamanda burada şöyle bir gerçek de var. Normalde bu atamaları yapacak eğitimden sorumluyu belirleyecek ve aynı zamanda hizmetten sorumluyu belirleyecek kim? Hastane yöneticisi belirleyecek. Şimdi hastane yöneticisinin normalde kanun hükmündeki kararnameye bakıldığında doktor olması şartı yok. Normalde doktor olmayan bir kişinin eğitimden sonra bir kişiyi belirlemesi gerçekten çok ciddi sıkıntıya yol açacak diye düşünüyorum. Yani yeni çıkacak herhalde torba yasada bunları düzenlemekte fayda var diye düşünüyorum. Burada kim olabilir bu görevlendirmeyi yapacak, hastane başhekimisi olması daha uygun. Yani özetle şunu söylemek istiyorum. Eğitimle, eğitimin sorumlusunu belirleyecek kişinin tek olması lazım ve bunu belirleyecek kişinin de asla başhekim olmamasında fayda var diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturum Başkanı); Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Tahir YAĞDI - Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı; Kısaca Cevdet Hocam bir fıkrayla başlamıştı. Ben de kendi hayatımdaki iki üç tane kısa şeyi aktarmak istiyorum. Bundan 10 yıl önce gibi çok bilinen meşhur bir hastaneye gitmiştim. Prototip bir hastaneydi. Eğitimim için gitmiştim. Orada da 8 adet öğretim üyesi vardı ve ilk gittiğim gün saat 8,9 arası gitmiştim ve hepsini orada görmüştüm. Daha sonra orada kaldığım süreç içinde bu hastaneye gidiş saatlerimi oldukça aşağıya çektim. 8'e çektim, 7 buçuğa çektim. Hastanede kalma süremi de uzattım. Çünkü

ne zaman ameliyathanede, klinikte serviste olsam oradaki öğretim üyelerini orda görüyorum ve onlarla sürekli birebir konuşarak bir şeyler öğrenme imkanı buluyordum. Bir eğitim için gitmişim. Kongremizin adı da sağlık eğitimi kongresi ve oradaki 8 öğretim üyesinin de yaptıkları yayınlar işte indeksteki yayınları, atıfları, vs. baktığım zaman beni oldukça etkilemişti ve kendime bir şekilde orada rol modeller bulmuştum. Aynı şekilde aynı dönemde bu şehirde büyük ülkemizin en önemli üniversitelerinden birinde de böyle bir dönem geçirme fırsatı oldu. Yine eğitim amaçlı ve maalesef saatler içinde görüşmem gereken hocalarla görüşme fırsatı bulamadım. Dersteler miydi, ameliyattalar mıydı, klinikte miydi çok belli değildi ama belli olan bir şey vardı. Hastanede değillerdi. Sekreterlerinden de bilgi alamıyordum, asistanlarından da, uzmanlarından da. Ben bir kalp damar cerrahisi uzmanıyım. Kendi kliniğimizde bu modeli yapabilir miyiz diye görüştük. Öğretim üyesi sayımız yıllar içinde yarı yarıya düştü. Biz de şu anda 8 öğretim üyesiyiz. 8 öğretim üyesi de tam zamanlı olarak hastanede çalışmakta. Öğrenciler hastalar istedikleri an bizimle görüşebilmekteler. Eğer eğitimse bunu gerçekleştiriyoruz. Bilimsel bir yayınsa kişi başına öğretim üyesi başına 3'ün üzerinde yıllık indeks yayın gerçekleştirebiliyoruz. Söylemek istediğim, istedikten sonra eğer o mantaliteye sahipseniz tam zamanlı çalışmanın bir öğretim üyesi için en uygun ortam olduğunu düşünüyorum ancak son olarak bu değişimi sağlayan bu fedakarlığı yapan öğretim üyelerine özellikle üniversitelerde çalışan tam zamanlı öğretim üyelerinin bu dirayeti veya bu performansı bu şekilde ne kadar sürdürebileceğini bilmiyorum, emin değilim. Uzun sürmesini istiyorum. Bu konuda sizlerin bu toplantılar neticesinde herhalde bir mesaj aldığınızı da düşünüyorum saygılar sunuyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturma Başkanı); Soruları bitirdik şimdi cevaplar kısmı. Ben çok değerli konuşmacı arkadaşlarımdan sorulara çok kısa ve net cevaplar vermesini isteyeceğim. Çok sayıda soruları not ettik. Umuyorum arkadaşlarımız da not etmiştir ama Cevdet hocama ilk sözü vereceğim. Emeklilik konusu, özlük hakları, özel üniversitelerin yani vakıf üniversiteleri ile özel üniversitelerin kurulabilmesi bir de sayın Pala'nın STK ve meslek örgütlerinin katkısı niçin dikkate alınmadı şeklindeki ifadesi noktasında. Buyurun hocam.

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL- TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı: Teşekkür ederim. Ben en son soruyu soran Tahir hocamdan başlayayım. Tahir hocam da aynı kanaatleri aslında paylaşıyoruz. Herkesle bu salondakiler paylaşıyor. Öğretim üyeleri tam gün çalışmalı ama hak ettiğini de tam almalı kanaatimiz bu yani. Bunda bir şey yok ama bunu nasıl yapılabilir ciddi bir sorun. Mali kaynaklarla diğer uygulamalarla da belirlenebilmesi gereken önemli bir husus. Kanaatimiz budur. Bunda herhangi bir tereddüt yok. Yalnız burada hekimler üzerinden konuşulmasını bir değerli arkadaşımız Ekrem Bey'di zannediyorum yadırgadığını söyledi ama havacılık konuları da pilotlar üzerinden konuşulur. Yani yer hostesleri veya hatta kule görevlileri de vardır ama havacılık sistemini de tartışsanız. Çünkü oradaki en zor temin edilen personel pilottur. Sağlık mesleklerinde de en zor yetişen buradaki öğretim üyeleridir. Elbette ki onların üzerinden konuşulması veya onları merkeze oturtan bir anlayışla bu işe çözüm bulunması çok mantıklı bir süreçtir. Onu ifade edeyim. Onun dışında aldığım notları kısa kısa ben arz edeyim. Tülay hocam bu yerimiz dar dedi. Biz hasta getiremeyiz manasında söyledi. Hasta getirmek eğitimi sadece sağlık turizmi para olarak değil, memleketin itibarı bakımından da işlev bakımından da önemlidir. Bence yeni yerler belki yapmalarını onlara tavsiye etmemiz lazım. Onun için de yollar belli. Bir diğer konu evet sayın Pala sivil toplum kuruluşları ve TTB ile ilgili bir şey söylemde bulundu. TTB sivil toplum kuruluşu değildir sayın Pala. O kanunla kurulu bir resmi örgüttür. Yaklaşık 10 yıldır ben komisyonun üyesiyim 8 yıldır ben başkanlığını yapıyorum. Bu örgütler ne yaptılar? Aile hekimliği hiçbirini istemeyiz. Çarpıyı koydu önümüze getirdiler. Bunu istemeyiz. Hastaneleri birleştirelim, sigortacılık yapması gereken Sosyal Sigortalar Kurumu hastane işletiyor. Bu mantığına ters olayın. Demiryolları. Sanki hızlı trenlerle Türkiye'yi ördüler. Hastane işletiyor. Bunlar bıraksın bu işi Sağlık Bakanlığı'na

devretsin dedik. Onun da üzerine bir çarpı koydular biz bunu istemeyiz, yanlış yapıyorsunuz. Yani bütün yaptığımız halkın doğru dediği şeylere maalesef bazı örgütler hepsine külliyen yanlış diyerek karşımıza geldiler. Toptancı davrandılar hata burada. Bizim yaptığımız her şey doğru değildir. Kendimizi tenkit ediyoruz zaman zaman. Hepsini doğru yaptığımızı iddia etmiyoruz. Bir yaptığımız öbüründe de değiştiriyoruz. Geri adım attı diyorlar. Evet, doğru yapmak için geri adım da atılabilir. Ama bazı örgütler maalesef yani bizim yaptığımız her şey kötü. Böyle bir mantıkla geldiği zaman karşılık bulmuyor. Yani orada da kendilerine özeleştirme yapmaları lazım. Biz daha faydalı nasıl olabiliriz? Hepimiz TTB'nin üyesiyiz, buradaki bütün tabiiler hepimiz üyesiyiz. Bizim kendi örgütümüz. Ben onu da suçlamıyorum ama oradaki kullanılan mantık ve argümanları kendilerinin otokritiğe tabii tutmaları gerektiğine inanıyorum ben. Hepsini de toptancı olarak suçlamıyorum, yanlış yaptılar demiyorum. Ama bize katkı vermediler diyorum. Keşke proaktif olarak katkı verseler. Mesela şu konuşulan konuda nasıl çözüm bulunabilir diye bir çalıştay yaptılar mı acaba bu arkadaşlarımız, keşke yapmış olup önümüze yapıcı, şöyle düzeltilirse böyle olur diye yol gösterecekler, biz de bunlardan faydalanırsak. Sağlık çalışanlarının memnuniyetini ben sayın Başbakanımıza da direkt olarak söylediğim lafı söyleyeyim. Türkiye'de sağlıkta herkesi memnun ettik. Ancak sağlık çalışanları ve özellikle hekimler hariç. Başbakanımız, ondan ne demek istediğimizi anladı ve sayın bakanımıza da gerekli talimatı verdi. Ben kendilerine özlük haklarıyla ilgili ve emeklilikle ilgili, maaşlarla ilgili gerek öğretim üyelerinin gerek Sağlık Bakanlığı'ndaki hekimlerin sıkıntılarını acizane anlatmaya çalıştım. Sağlık bakanımızla beraber olduğumuz bir yerdedi. O da Sağlık Bakanımıza bu konunun çalışılması için talimat verdi. Onu da zaten bakanımız açıkladı. Benim çocuğum tıpta 4. sınıfta öğrenci. Bir büyüğü olarak ellerinizden öper. Ben de yeniden hayata gelsem yeniden hekim ve yeniden kardiyo uzmanı olmak gerçekten canı gönülden isterim. Evet bir diğer konu ama sizi tenkit etmek için söylemiyorum, sakın yanlış anlamayın hocam yani burada biz gerçekten katkı almak istedik. Ama bunu bulamadık onu söylüyorum ben. Bıçak parasıyla ilgili şeylere ben çok girmek istemiyorum. O ayrı bir etik konudur. Orhan hocam bazı şeyler söyledi. Vakıf üniversitesi ve özel üniversite konusuna gönülden katılıyorum. Özel üniversite olabilmek için Anayasa değişikliği gerekli. O da zaten Anayasa değişikliği gündemde. Tartışılması gereken konulardan birisidir. Şu anda üniversite vakıf üniversitelerimizin şöyle bir algısı var. Buradaki hocalarımızı tenzih ederim yani eskiden olan algıyı söylüyorum. Hastaneci özel hastane şartlarında iyiye bize özel hastane gibi muamele edin diyorlardı. Yok üniversite şartları iyiye bize üniversite olarak muamele edin diyorlardı. Bunu da değiştirmemiz lazım. Ben ona da inanıyorum. Genel olarak benim aldığım notlarda tabii çok şey söylenebilir ama özellikle yine ilk söylediğimi son söyleyeyim. Hekim arkadaşlarımızın tam gün çalışmasına ben de canı gönülden inanıyorum. Ancak aldıkları ücretlerin de ona göre tam olmasından yanayım. Hepinize teşekkür ediyorum. Beni dinlediğiniz için.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturma Başkanı); Buyurun sayın Adalet. Teşekkür ediyorum hocam

Prof. Dr. Kamil ADALET – İstanbul Üniversitesi; Teşekkür ediyorum. Ben yüzlerce konuşma yapmış bir panelist olarak burada ne konuşulmaz onu tahmin etmeye çalışıp bir rolü üzerine alıp onu savundum. Ama biliniz ki, söylediğim ve o da 30 dakikalık bir konuşma 15 dakikaya inince biraz üslup keskin oldu, mesajları vermeye çalıştım. Haftaya bir toplantı yapın ben bu hafta konuştuğumun tam aksi bir şeyi çok savunmaya çalışırım ve samimi olduğumu düşünebilirsiniz. Dolayısıyla üst üste binmeler oldu ama belli bir dilimin görüşünü yansıtmaya çalıştım. Buna rağmen eksik kaldı. Ama siz katkı ve sorularınızla o gediği doldurdunuz. Örneğin akreditasyon ve tıp eğitimi hakikaten az konuşuldu. 12 buçuk saat konuşacağım dediğim konu oydu. Aslında bunun da tam günle ilgisi yok. Hakikaten böyle bir kaygıyla bizim tıp eğitimini tepeden aşağı Anadolu-suyla İstanbulluyla değiştirmemiz gerekiyor. Recep hocamın bu konuda hakikaten çok hassasiyeti

olduğunu biliyorum. Yine Tabipler Odası'nın bir yaklaşımı beni bir parça heep üzmüş sayın hocam belirtti o vesileyle söyleyeyim. İşte performans nedeniyle ameliyat sayısı arttı. Bunu bir tabip odası başkanı da söylüyor. Yani diyor ki, hekimlere hekim korumaya çalışırken hekim 50 lira için lüzumsuz ameliyat yapıyor. Ama bunu diyen tabipler odası başkanı veya bir hocamız diyelim dışarıda 5 bin liraya özel ameliyat yapmaya devam ediyor. O zaman siz de para için mi dışarıda lüzumsuz ameliyat yapıyor musunuz sorusu gelir ve hepimizi incitir. Dolayısıyla bu konunun söylemlerden çıkarılmasını istiyorum. Hiçbir hekim para için lüzumsuz bir iş yapmaz. Yaparsa bu etik değildir ve suçtur. Bu da azınlıktır. Hep baştan beri benim vurgulamaya çalıştığım şey genellemeler yapmadan suç işleyen ismen ortaya çıkarıp cezalandırmaktır. Dolayısıyla tabipler odası söyleminden bence eğer hekimleri korumak istiyorsak o söylemi ortaya çıkarması gerekir. Benim kızım bu sene tıbbaya giriyor. Annesi de hocadır. Tıbbaya girmek istiyor. Annesi hekim olmasını istemedi. Ben bu seneye kadar hep hekim olmasını istedim. Hala da içim böyle gidiyor. İnşallah hocalarım, Sebahattin hocam Adnan hocam onların öğrencisi olur. Recep hocam. Ama bu sene ilk kez, kızım artık bu ülkede hekim olunmaz dedim. Onun için ama ben de bir milyon kere gelsem yine bir milyon da hekim ve kardiyolog olurum. Kızım da o zaman ben başka ülkede olurum deyince sustum. Şimdi 3 haftası kaldı. Çok yoğun biçimde hazırlanıyor ama benim de içim tabii yine itiraf edeyim annesi duymasın, doktor olmasını istiyor. Yeterlilik kurulları söyledim. Burada yemek pişirmekten söz edildi. İşte algıyla realite arasındaki farka çok güzel bir yaklaşım. Niye yemek deyince hanımlar akla geliyor. Son derece yanlış. Eşit derecede kadın ve erkeğin gelmesi gerekir. Ama ben dahil hepimiz hemen hanımı çağırıyoruz. En iyi dünyadaki aşçıların erkek olmasına karşın. Mantiğimiz buradaki hemen hemen hepimiz bunu kabul eder. Ama toplumsal ve genetik bilinçaltımız hemen kadın diyor. İşte bakın algı ve realite arasındaki fark. Maalesef realite bu. Kadın deyince benim de aklıma önce açıkçası erkekten önce kadın geliyor. Zaten diyorum en iyi aşçılar erkek. Hanımlar beni affetsin ama tabii bir kız babası olarak aslında yemek denilince hanımın akla gelmesi biz erkeklerin belki de bir eksikliği. Bunun dışında işte haz duymalı dedi bir hocamız. Villayı ve cipi boş verelim araba markasını dedi. Onları zaten boş veriyoruz. O standart hangimizde var. Ama çocuklarımızın yıllık 35 milyarlık okul masrafını da lütfen göz ardı etmeyelim. Sayın bakanımıza da sayın vekillerimiz de oradaydılar. Söyledim. Cumhuriyet tarihinin gelmiş geçmiş en başarılı sağlık bakanısınız. Sizden doktorlar için ek ödeme istemiyoruz. Hatta maaş da istemiyoruz. Sonra uzun bir açıklamadan sonra yalnız sizin kadar başarılı bir Milli Eğitim bakanı gelene kadar lütfen hocalarımızın çocuklarını ve tüm topluma yayalım. Kolejlerde bedava business class okumayı sağlayan bir milli eğitim bakanı da gelsin demiştim. Toplantıdan sonra da sayın bakana milli eğitim bakanımıza iletmeyin dedim açıkçası onu da itiraf edeyim. Dolayısıyla para sadece villa, cip için değil ama hepimizin en değerli varlıkları evlatlarımızın ille de öz evladımız olması gerekmiyor, eğitimi için gerekli. Bunun dışında ben çok uzatmayayım. Hepinize çok teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturma Başkanı); Evet Adnan hocam buyurun.

Prof. Dr. Adnan YÜKSEL- Bezmî Alem Üniversitesi Rektörü: Bana sorulan soruyu Cevdet hocam yanıtladı. Ben de sağlık eğitim kongresi vesilesiyle bir kelime etmek istiyorum. Fazla da vakit almadan. Tabii biz hasta memnuniyeti diyoruz. Çok hasta bakalım diyoruz. Ama iki şey gözden kaçıyor. Tabii Türkiye'nin hekim ihtiyacı var ona odaklanmış durumdayız. Ama lütfen kaliteyi unutmayalım diyorum. Çünkü uzman oluyor ondan sonra kitap kapanıyor bu ülkede. Yıllarca uzmanlık yapıyor bu böyle olmaz.. Bilim çok ilerliyor. Dolayısıyla her iki yılda bir veya 4 yılda bir muhakkak uzman bir sınavdan geçmeli. Bunu konuşmamız gerektiğine inanıyorum. Profesörler hakikaten kendini yetiştirmiş insanlar ama hiçbir standart koymadığımız zaman o büyük beyinleri maalesef işleyen demir ıslıkların tam tersi olarak atıl halde bırakıyoruz. Dolayısıyla profesörlere de her iki yılda bir veya üç

yılda bir bu ülke artık bunu konuşmalı diye düşünüyorum. Çünkü burada kanun yapımcılar var. Sağlık bakanı ve YÖK temsilcileri var. Türkiye artık bunu da konuşmalı diye düşünüyorum. Profesörlere hiç olmazsa 4 yılda bir bunu başımızı öne eğip bunu gerçekleştirmek zorunda olduğumuza inanıyorum. Çünkü hasta sağlığı çok önemli. En büyük hizmet insana yapılan hizmet. Ama kaliteli olmak şartıyla diyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturma Başkanı); Evet Ahmet hocam

Prof. Dr. Ahmet Yaser MÜSLÜMANOĞLU- Bağcılar EAH Başhekimisi; Ben de kısa konuşayım. İki tane benimle ilgili atıf oldu. Bir tanesi ben Bağcılar örneğini verirken konuşmamın başında da söylediğim bizim yetişme şeklimiz toplumun bize verdikleri Çapa, Cerrahpaşa gibi ben de Çapa mezunuyum. O hastanelerin büyüklüğü ve bunun yanında da atıl durumu, Bağcılar'da yok o örneği onun için verdim. Bağcılar yeni kurulan bir hastane 450 yataklı. 12 trilyon cirosu var aylık. Başka benimle aynı olan hastanelerden 3'te bir daha az uzmanla çalışıyorum. 3'te 1 daha az asistanla çalışıyorum ama onlardan da iki katı günde 7 bin 500 hasta geliyor. Yani böyle bir kurgulamada doktor belki biraz daha fazla çalışarak ama daha fazla mutlu oluyor diye düşündüm. İkincisi de hocamın devrim lafımı bana öyle ben algıladım belki beni kastetti, kastetmedi. Tabii ben de 1956 doğumluyum. Hani 1970'leri 80'leri biliyorum. Devrim hep sol jargonda bir kelimeydi. Biz şimdi devrim başkaları da yapabilir, devrimi diye düşündüm ve öyle aldım. Bunu ister biz kabul edelim etmeyelim. Ben de kabul etmekte çok zorlanıyorum ben de özelde çalışan bir hekim olarak işimizi gücümüzü bıraktık yine geldik bu tarafa. Bence bunlar devrimdir diye düşünüyorum. Bu toplantıları daha sık yapmamız gerekiyor ve bunun yanında da son sözüm Sağlıkta eğitim kongresi eğitime çok çok daha fazla önem verecek altyapıyı kurmamız gerekiyor. O da buradaki sayın vekillerimize düşüyor. Organizasyonunu onlar yapmalı biz de inşallah uyguluyoruz. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturma Başkanı); Evet Adem Bey

Adem KESKİN- Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşaviri: Teşekkür ediyorum sayın başkanım. Ben önce bu performansla ilgili olarak Kamil hocama biraz katkı yapmak istiyorum. Gerçekten de bir hekim olarak performanstan dolayı ameliyatların arttığını söylemek yani hekim olmayan biri olarak ben anlayamıyorum. Çünkü bunu söylemek, hekimlere en büyük çamuru atmaktır. Suç isnat etmektir, yani bir hekimin performans endişesi ile performans gayesi ile endikasyonsuz ameliyat yaptığını söylemek hekime suç isnat etmektir. Bunu hekim örgütü nasıl yapar, ben gerçekten anlamakta zorluk çekiyorum. Çünkü bu bir suçtur. Yani endikasyonsuz ameliyat yapmak hukuken mümkün değildir. Yani taksir falan değil. Dolayısıyla bir kere bunu meslek örgütleri ve tabipler olarak asla kabul etmemeliyiz. Buna en başta bizim karşı çıkmamız, itiraz etmemiz gerekir. Tabip odasından tabipler birliğinden aldığı rakamlarla Hürriyet gazetesi bir manşet atmıştı. Hatırlarsınız belki. Apan-disit patlaması, işte performans apandisitleri patlattı diye falan. Bunun üzerine biz bir heyet kurduk ve bunların araştırmasını yaptık. Geriye dönük olarak bütün apandisit ameliyatlarının patoloji raporlarını, endikasyon doğrularını inceledik. Ortaya çıkan sonuç şuydu. Herhalde endikasyonsuz apandisit ameliyatlarında dünyaca kabul edilen yüzde 15-20 arası. En fazla performansın uygulandığı bakanlık hastanelerinde endikasyon yüzde 11, 12 civarında çıktı. Üniversitelerde o zamanlar çok fazla performans uygulanmıyorken, üniversitelerde yüzde 15,16 civarındaydı. Özel hastanelerde de yine öyleydi. Yani endikasyonsuz apandisit ameliyatı dünya literatürünün kabul ettiği rakamların üzerinde değildi. Dolayısıyla bu manşeti en başta TTB tezip etmesi gerekirken, hiç sesini çıkarmadı. Aksine o bilgileri, o manşeti onların verdiği bilgiler çerçevesinde atıldığını da biz biliyoruz. Şimdi Uludağ Üniversitesi'nden ve yanılmıyorsam yine 9 Eylül Üniversitesi'nden hocalarımız performans rakamlarının doğru olmadığını söylediler. Tabii bu rakamları ben kendim yazmadım. Üniversitelerden resmi olarak aldığımız bilgilerdir. Bunların belli bir periyottaki maaş dahil

ortalama kazançlardır. Her biri orada üç kategori öğretim üyesi, prof., doç. ve yrd. doç. olarak verilmişti slaytta ve bunlar ortalama rakamlardır ve üniversiteden alınan rakamlardır. Tabiatıyla değişik olacaktır. Bu ortalama değildir çünkü. Yani bir klinisyen hekimle bir işte temel bilimin hocasının aldığı para, performans parası elbette farklı olacaktır. Olmalıdır. Performansın gayesi de zaten budur. Ve dediğim gibi bunlar ortalama yansıttığı için söylediğiniz rakamlar da doğrudur. Klinik olmayan hocalar, temel bilimlerdeki hocalar doğrudur daha az almıştır performans. Hemşirelik yüksek okulundan hocamız özellikle kadınlar nereye gidiyor dedi. Aslında kadın çalışanlar, kadın sağlık personeli bir yere gitmiyor. Hukukumuzda bilindiği gibi aslında hep kadın çalışanlar lehine pozitif ayrımcılık yapan düzenlemeler yapılmıştır son dönemlerde. İşte doğum izinlerinin arttırılması, süt izinlerinin arttırılması gibi. Dolayısıyla bu noktada ben aleyhe bir durum bilmiyorum. Sözleşmeli çalıştırmayla ilgili hüküm yanılmıyorsa bir yanlış bilgi. Zira kamu hastaneleri birliğinden mevcut sağlık personelinin istihdam rejiminde herhangi bir değişiklik yoktur. İzne ayrılan veya işte doğum iznine ayrılan bir kadın çalışanın yerine herhangi bir şekilde yeni bir eleman istihdamı veya alınması söz konusu değil. Onun kadrosu her zaman saklıdır. Dolayısıyla personel istihdamında herhangi bir değişiklik yoktur ve sadece yöneticiler sözleşmeli çalışacaktır. Yöneticilerin sözleşmeli çalışması söz konusudur kamu hastaneleri birliklerinde. Onun dışında diğer tüm sağlık personeli mevcut tabii olduğu personel rejimine göre çalışmaya devam edecektir.

Yine Behzat hocam söyledi. İki yıl sözleşmeli çalışmayla ilgili. Sanıyorum üniversiteler için düşündüğünüz öğretim görevlilerinin sözleşmeli çalışmasından bahsettiniz siz. Aynı şekilde üniversitelerde olduğu gibi istihdamın da temininde güçlük çekiliyor. Özellikle alanlarda saat ücreti karşılığı öğretim elemanı istihdamıdır o. Diğer kamu hastaneleri birliklerindeki yönetici pozisyonlarındaki sözleşmelilik pozisyonu zaten kamudan çalışanlar bakımından eğer sözleşmeliye geçiş söz konusuysa, onlar kadrolarından ücretsiz izinli sayılacaklardır. Sözleşme süreleri idarecilik görevleri bittiğinde asli görevlerine döneceklerdir. Sözleşmelerinde belirtilebilir iş hacmine göre yöneticilikle beraber asli görevini de yapma imkanları olacaktır. Sözleşmelerine bunlar konulabilecektir. İş potansiyellerine göre. Teşekkür ederim

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR- TBMM Adana Milletvekili (Oturma Başkanı); Evet teşekkür ediyorum. Bence son derece verimli bir oturum oldu. Ama bir iki konu var ki, onlar ya gündeme gelmedi veya da konuşmacılarımız konuyu kendileri ile ilişkili görmedikleri için değerlendirmediler. Ben onlara kısa bir vurgu yapmak istiyorum. Sayın Recep Öztürk'ün tam günü de içeren konularla ilgili kapsamlı bir yasa hazırlanması teklifini gerçekten çok önemsiyorum. Bu son derece önemli. Sayın Volkan Öztuna kardeşimiz kayıt ücretinin yüksekliğini ifade etti. Şikayet etti daha doğrusu. Daha doğrusu kendisine iletilen şikayeti ifade etti. Birazdan sayın Safa Kapıcıoğlu bir değerlendirme konuşması yapacak. Umuyorum buna da değinecektir. Optimumu yakalamak çok önemli. Hem çok sayıda insanın katılımını, hem bu denli güzide konuşmacıları bir araya getirmek, hem de işte bir ücreti yüksek bir otelde bir araya getirmenin optimumunu yakalamak lazım. Bu optimum nedir onu bilmiyorum. Ben sayın Öztuna'nın Türk Ortopedi Derneği'nin çalışmaları hayata geçsin önerisini zımni bir eleştiri şeklinde aldım. Ben öyle aldım en azından. Özel sektörden gelip ders veren öğretim üyelerine ders ücreti veriyorsunuz. Peki bugüne kadar özel sektöre geçmeden kamuda ders verenlere niçin ücret vermiyorsunuz sorusu çok açık bir soru. Onun üzerine artık daha fazla gitmemek lazım. Başışlasın ismini alamadım ama Dicle Üniversitesi'nden hocamızın uygulamaların bölgesel farklılıklara şamil edilmesi önerisini son derece önemsiyorum, gerçekten çok önemli. Sayın Kayhan Pala'nın öğretim üyeliğini adanmışlık duygusuyla özdeş şeklinde değerlendirilmesi kanaatini de kayda geçilmesi adına tekrar etmek istiyorum. Sayın Akbayrak arkadaşımız neden sözleşmeli dedi. Ben de ona yaşadığım bir örneği ifadeyle cevap vermek istiyorum. Geçen yıl seçim gezileri esnasında 4-5 tane arkadaş dediler ki biz sözleşmeli öğretmeniz. Sıkıntılarımız var

falan anlattılar. İşte kadroya geçmek istiyoruz birisi Mardin'de birisi Urfa'da birisi Maraş'ta Adana'ya girmek istiyoruz falan. Ben de onlara dedim ki, vallahi ben de sözleşmeliyim. Olur mu dedi siz milletvekilisiniz. Ben dedim 4 yıllık sözleşmeliyim ve dördüncü yılın sonunda da sözleşmemin yenilenip yenilenmeyeceğini bilmiyorum dedim. Ama dedim sizler zaten sözleşmeniz yenileniyor. Şimdi artık sözleşmeli kavramının da oturması gerektiği kanaatindeyim. Sayın Mustafa Birincioğlu hocamın hasta başına vatandaşın ödemesi kavramını yeniden gündeme getirdi. Bunlar çok tartışıldı, yeniden tartışmaya devam edilecek konudur. Sayın Ekrem Yavuz'un sistem hep hekim endeksli konuşuluyor. Hekim dışı katılım çok az hatta buradaki konuşmacılar arasında en azından bir tane hekim dışı konuşmacı olsaydı önerisini gerçekten gönülden destekliyorum ama olayın iki boyutu var. Birisi belki onun çağırılmamış olması bir eksiklik. Ama benim de düzenlediğim bir takım toplantılarda hekim dışı arkadaşlarımızın bu işlere çok gönüllü olmadığını da görüyoruz. Yani onlar bu kürsüye çıkıp ben hekimlere ne anlatacağım şeklinde bir çekincesinin olduğunu da hep görüyoruz. Artık burada niye böyle oldu bilmiyorum ama bu önerinin çok haklı bir öneri olduğunu düşünüyorum. Sayın Demirok'un misafir öğretim görevlisi kavramını tartışmaya açmasını çok önemli olduğunu düşünüyorum. Pamukkale Üniversitesi rektörümüz sayın Bağcı'nın 14 Mart'ta bu özellikler yansıtılsın, 14 Mart konuşmalarımıza bu güzelliği yansıtalım önerisi çok önemli olduğunu düşünüyorum. Sayın Odabaş'ın Ali Rıza Odabaş'ın eğitim sorumlusu, hizmet sorumlusu kavramını mutlaka açıklığa kavuşturulması gerektiğini, zira hekim dışı bir hastane sorumlusu olursa, o zaman o görevlendirmelerde bir takım sıkıntılar yaşanabileceği endişesinin dikkate alınacağını ve Adem Bey'in de bunu dikkatlice not aldığını düşünüyorum. Özet olarak şöyle bir toparlama yapacaksak, olgu da önemli, algı da önemli. Olguda çok fazla bir sorun olmadığını görüyoruz ama algı ile ilgili bir takım problemlerin mutlaka izale edilmesi, giderilmesi gerektiği çok açık. Sağlık Bakanlığı'nın acizane 5 yıl bu işte çalışmış bir kişi olarak hem çok iyi niyetli hem de çok fazla çalıştığını biliyoruz. Ama bu iyi niyetin tam olarak karşılığının alınmadığını, tam olarak yansıtılmadığını ve algı ile ilgili birazcık daha çalışması gerektiği çok açık. Herkes şunu söylüyor. Tamgün önemli ancak. Ancakdan sonra artık onu sonsuza kadar uzatabilirsiniz. Ancak işte şöyle olmalı, ancak böyle olmalı falan diye. İşte o ancak belki de azaltmak gerekiyor. Belki de daha kapsamlı bir çalışmayla sayın Öztürk en başta olmak üzere YÖK, MEB, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Komisyonu, milletvekilleri vs. çalışmasında yarar var. Ortak çalışmanın çok önemli olduğunu düşünüyorum. Ekip bence ya soruna ortaktır, ya hedefe ortaktır veya da ikisine birden ortaktır. Ben burada çok farklı şehirlerden, farklı konumlardan ve farklı yaklaşımlardan arkadaşlarımızın bir araya gelip medenice bu işi tartışabilmesinin esasında bir ekibin oluştuğunu ama ekip arasında bir anlayış farklılığının giderilmesi mümkün anlayış farklılıklarının olduğunu düşünüyorum. Mutlaka hekimlerimiz başta olmak üzere sağlık çalışanlarımızın, ebelerimizin, hemşirelerimizin, diğer sağlık personelimizin manevi tatmin yönünde herhalde birazcık daha fazla çalışmamız gerekiyor. Ben 10 yıldır hekimlik yapmıyorum ama 10 yıl önce de benim çocuklarım hekim olmayı düşünmüyordu. Çünkü onlar hekim olmakla babasını kendilerinden topluma adadığını düşünüyordular. Benim çocuklarım hekimliği seçmediler ama 10 yıl önce de zaten böyle bir şey düşünmüyordu. Son söz Türkiye kabuk değiştiriyor ama çabuk değiştiremiyor. Çok teşekkür ediyorum.

SAĞLIK EĞİTİMİ KONGRESİ HAKKINDA

Prof. Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU, mbirincioglu@adu.edu.tr

Adnan Menderes Üniversitesi Rektörü

**DiĞER BİLDİRİLER**

Ülkemizde uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Bu program kapsamında gerçekleşen olumlu gelişmeler ışığında, hasta memnuniyetinde önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Ancak sağlık alanında yapılan düzenlemeler hizmeti ve eğitimi veren öğretim elemanları ve sağlık personeli alanında sayısal olarak ve çalışma koşullarında aynı hızla iyileştirmelerin yapılamamasından dolayı gerçekleşen olumlu gelişmelere rağmen birtakım sıkıntılara yaşanmaktadır.

Tam gün yasasında yapılan son düzenlemeler neticesinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma hastanelerinde genel olarak eğitim ve hizmette olumsuz etkilenme yok denecek kadar azdır. Ancak 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'na tabi olan üniversitelerde durum farklılık arz etmektedir. Özellikle büyük şehirlerde ve köklü üniversitelerde muayenehanesi olmadan tam gün çalışan öğretim üyesi sayısında düşüş çok belirgin olup özellikle cerrahi branşlarda bazı bölümler neredeyse öğretim üyesiz kalmış durumdadır. Bunun sonucunda asistanların iş yükü arttı, hocaların öğretim motivasyonu düştü, eğitime ayrılan süre azaldı ve eğitimin niteliğinde düşme oldu. Özellikle muayenehanesi olan öğretim üyeleri mevcut mevzuattaki kısıtlamaları öne sürerek, kimi zaman da bahane ederek eğitime yeterince hatta hiç katkı sağlamıyor. İki yıl ücretsiz izne ayrılan öğretim üyeleri fiilen kadro işgal etmiş olmaları dolayısıyla kadro şişkin görünmesine rağmen fiilen hizmeti ve eğitimi yürüten öğretim elemanı sayısı çok daha az düzeydedir. Bu kısıtlılık sadece uzmanlık öğrencilerinin değil, aynı zamanda öğrenci eğitiminin de olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. 2023 hedefleri doğrultusunda Tıp fakülteleri öğrenci sayısı artırırken, öğretim elemanları alanında yaşanan bu olumsuzluklar eğitim ve öğretime de olumsuz yansımaktadır. Hem eğitim kurumları hem de uzmanlık programlarının sahip olması gereken asgari özellikler ve yükümlülükler belirlenmeli ve bunlar denetlenmelidir. Uzmanlık eğitiminde yakalanmış olan düzeyi devam ettirebilmek ve yükseltebilmek için acil olarak yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu düzenlemeler, yarının uzman hekimlerini yetiştirecek uzmanlık programlarının kalite güvencesini sağlamalıdır. Üniversitelerin eğitim, araştırma ve uygulama hastanelerinin verdiği sağlık hizmetinin asistan ve öğrenci eğitimini de içerdiği ve özellikle vakalar üzerinde yoğunlaşarak 3cü basamak sağlık hizmeti vermeye odaklandığı dolayısıyla rutin sağlık hizmeti verilen hastanelerden farklı olduğu göz önünde bulundurularak, performans sisteminde buna uygun düzenlemeler ivedilikle yapılmalıdır.

Sağlık alanında bir diğer sorun da yardımcı sağlık personeli alanında mevcuttur. Ülkemizde hemşirelik eğitimi lise, önlisans ve lisans düzeyinde sürdürülmektedir. Ancak bu meslek grubunun mezunları aynı iş ortamında, aynı yerde, aynı yetki ile mesleki görevlerini yürütmektedirler. Eğitim düzeylerindeki farklılığın yanı sıra bu meslek grubunda da sayısal yetersizlik söz konusudur. Ülkemiz OECD 2009 rakamlarına göre 1000 kişiye düşen hemşire sayısı açısından da OECD Ülkeleri içinde son sıradadır. Türkiye Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK) düzeyi OECD, Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleriyle kıyaslandığında çok düşüktür. SAİK düzeyi hekim sayısında bu bölgelerin yarısı kadar olup (1,67'ye karşılık 3,10-3,30), hemşire düzeyi ise yaklaşık dörtte biri kadardır (2,24'e karşılık 8,52-8,75). Hemşire sayısındaki yetersizlik bazı kurumlarda hekim sayısı yeterli olmasına rağmen yoğun bakım üniteleri başta olmak üzere yeni ünitelerine açılmasında sıkıntı yaratmaktadır. Hemşire sayısının yetersizliği, özel sektörde hizmet veren hastanelerin yoğun talebi ve daha iyi maddi imkanlar sağlamaları dolayısıyla kamudan özel sektöre transferi arttırmaktadır. Üniversite

hastanelerinin ihtiyaç halinde ödemeleri döner sermaye üzerinden gerçekleşen 4-B kadrosu ile hemşire istihdam etmesi, döner sermaye gelirleri sıkıntıda olan üniversiteler için geçerli bir çıkış yolu olamamaktadır.

Sağlık hizmeti alanında hızla iyileşmeler kaydeden ülkemiz, sağlık eğitimi ve üniversite hastaneleri alanında ortaya çıkan yukarıda bahsedilen sorunları da en kısa zamanda aşma potansiyeline sahiptir. Yapılacak düzenlemeler ile bu sorunların aşılması durumunda, ülkemizin bölge sınırlarının da ötesinde dünyada insanlığa en ileri düzeyde ve kalitede sağlık hizmeti sunan sağlık üssü olma yolunda emin ve hızlı adımlarla ilerleyeceği muhakkaktır. Ülkemizin sağlık politikalarının tartışıldığı geniş kapsamlı ve katılımlı bu kongreye davetiniz ve Kongrenin düzenlenmesindeki emeğiniz için içtenlikle teşekkür eder, en derin saygılarımı sunarım.

SAĞLIK EĞİTİMİ KONGRESİ

Prof. Dr. Tülay CANDA, tulay.canda@deu.edu.tr

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğrenim Kurulu, Çeşitli Uzmanlık Kurullarının, Yurt İçi ve Yurt Dışında Deneyimli Eğiticilerin, Uzmanların katkıları ile düzenlenmiş son derece yararlı bir Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Düzenleme Kuruluna bu nedenle teşekkür ederim.

1972 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunuyum. Ege Üniversitesi, Atatürk Üniversitesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültelerinde görev yaptım. 1979 yılından bu yana Dokuz Eylül Üniversitesi tıp Fakültesinde görevimi sürdürmekteyim. Patoloji uzmanıyım, 1980 de doçent, 1988 de profesör oldum.

Tıp eğitiminin klasik, entegre, aktif (Probleme dayalı) modelli eğitimlerinde eğitici olarak görev aldım.

İlk kez tıp eğitiminin bu günkü durumu, olması gerekli yeri ayrıntılı ve yapıcı bir biçimde tüm paydaşlar ile birlikte ele alınıp tartışıldı. Gerek konuşmacılar, gerekse soru ve katkıda bulunanlar hep daha iyiyi ve olması gerekeni bulmak için düşüncelerini dile getirdi.

KONGRE İLE İLGİLİ TIP DOKTORLUĞUNUN DEĞİŞİK AŞAMALARINDAKİ GÖRÜŞLERİMİ, TOPLANTIDAKİ KONUŞMALARIN IŞIĞINDA AŞAĞIDA ÖZETLEMeye ÇALIŞTIM:

1. Toplantının ilk günü; Tıp Fakültesi Öğrencileri ve Asistanlar İle Etkileşimli Toplantı:

Tıp eğitimi “Lisans düzeyde” Teorik Derslerin Geleneksel Anfi Dersleri: Günümüzde tüm derslerin ağırlıklı olarak bu şekilde yapılamayacağı gün ışığına çıkmıştır. Çoğu öğrenci yoklama için gelmekte, bu derslerde devam zorunluluğu olmamalı, yasal düzenleme yapılabilir.

Önerim: Bunun alternatif yöntemleri uygulanmalı. Anfi derslerinin olabildiğince azaltılması. Sunumlar ayrıntılı bir biçimde görsel materyel ile zenginleştirilip bilgisayar ortamında öğrencilere verilmeli. Kaynak kitap gösterilmeli. Teorik derslere bu şekilde hazırlanan öğrenciler ile interaktif oturumlar yapılmalı.

Uygulamalı derslere daha fazla zaman ayrılmalı.

Tıp eğitimi, Ulusal Tıp Eğitimi gibi Kurullarca çekirdek eğitim programları hazırlayıp bunların uygulanmasını, denetimini, sürdürebilirliğini üstlenmeli. Fakültelerin eğitimlerini AKREDİTE etmeli.

Simule eğitim modelleri: Tıp Eğitim Kurullarının belirleyeceği standart maketler merkezi bütçe / ANKARA (Bakanlık /YÖK) ile tek elden alınıp öğrenci sayılarına göre sayısı belirlenerek tıp fakültelerine verilmeli (Fakültelerin bütçeleri sınırlı olduğundan her zaman ödenek bu yönde kullanılamamakta)

Kadavra: Yasal mevzuat, kimsesi olmayan adli ölümler dışındaki ölümlerin Tıp Fakültelerine kadavra olarak verilme koşullarını belirlemiştir. Bunların uygulanabilmesi için Devlet desteği gerekli. Bu sağlanamadığı ve yetersiz olduğunda yurt dışından kadavra ithalatının merkezi yapıp fakültelere dağıtımının koordinasyonu yapılabilir.

İntörn doktorlar: Sağlık hizmetinin yürütülmesi için intörnlerin ara eleman olarak düşünülmemesi, eğitimleri için bulunduklarının ve tıp fakültesi olmamın öğrenci ile olduğunun bilincinde olunması.

Bunun için tıp fakültelerinde tıbbi sekreter, hemşire, teknik personel desteğinin olanaklar ölçüsünde devlet kadroları ile desteklenmesi (Bu gün çoğu personel, eleman hastanenin döner sermaye bütçesinden istihdam edilmekte, bu da ihtiyacı karşılamamakta, döner sermaye geliri çalışanlara katkı payı, araç-gereç alımı, bakım-onarımları gibi birçok ihtiyaç için kullanılmakta ve bunları karşılamakta yetersiz kalmakta).

İntörn doktorlara asistan doktorların yararlandığı hastane yemekhanesinden ücretsiz yemek yeme hakkı sağlanması, olabilirse son sınıftaki öğrenci harçlarında indirim yapılması.

Öğrenci kulüpleri: Sosyo-kültürel gelişimlerine çok katkısı olan bu kulüplere ayrıca ödenek verilmesi.

Tıp eğitiminde TUS'un etkisinin olabildiğince azaltılması. Bunun çözümü için maalesef bu güne kadar bir çözüm bulamadım. Öğrencilerin en az yarısı 5. Sınıftan, bir kısmı 4. Sınıftan TUS dershanelerine gitmekte.

Sınavlar: Yerel sınavlar yanı sıra genel bilgiyi, beceriyi, yeterliliği ölçen merkezi sınavlar olmalı.

Tıp fakültelerine eğitim ödeneği: Öğrenci sayıları, alt yapısı, gelişen teknolojiye göre eğitim alt yapısını geliştirecek sabit, esnek ödeneklerin ayrılması eğitimin kalitesini artırır.

Gelişmekte olan ve yeni kurulan tıp fakültelerine öğretim elemanı yetiştirme: YÖK tarafından öncelikli olarak temel tıp dalları olmak üzere diğer gerekli dallara yakın ve uzun vadeli öğretim üyesi yetiştirmek amaçlı araştırma görevlisi kadroları ayrılması ve eksiğin giderilmesi için gelişmiş üniversiteler ile işbirliği yapılması.

TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİ EĞİTİMİ:

Sağlık hizmetinin yürütülmesi için asistan isteği olmamalı, asistan eğitim almak ve yetiştirilmek üzere istenmeli. Uzmanlık eğitimi veren kurumlara, Tıp fakültelerine hizmeti yürütecek tıbbi sekreter, teknik personel, hemşire yanı sıra mecburi hizmetten ya da Sağlık Bakanlığı kadrosundan pratisyen hekim, uzman doktor devlet kadrosundan karşılanmalı (Personel sayısı, pratisyen ve uzman doktor sayısı standartlar ile saptanıp olanaklar ölçüsünde karşılanabilir).

Kurumların alt yapısının yeterli eğitim verebilen veremeyeceği belirlenmeli, yetersiz olanlara alt yapı eksikliği giderilinceye kadar asistan verilmemeli ya da eksik olduğu alanlarda yeterliliği kabul edilmiş kurumlara eğitim için gönderilmeli.

Çekirdek Eğitim Programları tüm uzmanlık alanlarında belirlenip öğrenci karneleri oluşturulmalı. Bunlar hayata geçirilmeli, yetkili uzmanlık kurullarınca denetlenip yeterlilikleri onaylanmalı.

Rotasyonlar kağıt üstünde olmamalı, gereği gibi uygulanmalı.

Üniversite, Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri karşılıklı işbirliği ile iyi uzman yetiştirmek, bilgi-beceri eksikliğini gidermek için ortak protokoller yapmalı.

Eğitim programı: Uzmanlık eğitimi veren her dalın elektronik ortamda görülebilen, izlenebilen eğitim programları olmalı ve bunlar uygulanmalı.

Asistanın görevleri tanımlanmalı: Tüm poliklinik sorumluluğu, serviste yatan hastalardan ne ölçüde sorumlu olacağı, görev tanımları belirlenmeli.

Asistanların nöbet süreleri: Kesintisiz en çok çalışabileceği ve haftalık en çok çalışabileceği saatler belirlenmeli ve bunlara uyulması sağlanmalı.

Girişimsel klinik dallardaki tıpta uzmanlık eğitimi: Hasta uygulamalarına geçmeden önce simülasyon, maket, freş, dondurulmuş kadavralar, deney hayvanı modelleri ile beceri kazandırılmalı. Bunun için kaynakların ekonomik kullanılması için bölgesel merkezler kurulabilir, uzmanlık alanlarına göre kurslar ile bu beceri kazandırılır.

2. Tıp Fakültelerinde Öğretim Üyelerinin Görevi ve İş Yükü:

Eğitim-öğretim: Tıp fakültesi öğrencileri, tıpta uzmanlık öğrencileri, sağlık meslek yüksekokulu öğrencileri, yüksek lisans öğrencileri, doktora öğrencileri, eğitim-öğretim kurulları. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin tez danışmanlığı.

Sağlık hizmeti: Klinik dallardaki öğretim üyeleri hasta hizmeti.

Bilirkişilik: Birçok kuruma, mahkemelere bilirkişilik yapmakta.

Jüri üyeliği: Üniversitelere yard doç, doç, prof atama ve yükselmelerinde jüri üyeliği.

Mesleki derneklere "yurt içi ve yurt dışı" yönetim kurullarında yer alma, konuşmacı olma, kurslar düzenleme, eğitim kurullarında yer alma.

Araştırma: Hem kendi görevi nedeni ile araştırma yapmakta, hem de yetismekte olan asistan, uzman, diğer akademik personelin yetişmesinde yol gösterici olma, araştırma yöntemlerini, makale yazımını öğretme.

Dergi danışmanlık: Çeşitli yurt içi ve yurt dışı dergilerde danışman, editör v.b. görevler.

3. Tıpta uzmanlık / doktora: Tıp doktorları tıpta uzmanlığı kadrolu olarak ve tam gün çalışarak yapmakta, devam zorunluluğu bulunmaktadır. O dalda tüm bilgi ve beceriyi kazanmakta, bir laboratuvarı, bir kliniği müstakilen idare edebilme yetkisini almakta, bu belge Sağlık Bakanlığı tarafından onanmaktadır. Doktora ise o dalda kadrosuz, devam zorunluluğu olmayan, bir konuda derinlemesine bilgi sahibi olma, araştırma yapmakla yükümlüdür, sınırlı bir konuda yetkinlik kazanmıştır. Bu nedenle doktora ve uzmanlık biri birinden farklıdır.

4. Pratisyen hekimliği, aile hekimliği özendirme: Tıp eğitimi gören öğrencilerin büyük bir bölümü (yaklaşık %85-90) uzman olmayı hedeflemekte ve TUS endeksli olarak öğrenimini sürdürmekte, teorik bilgiyi kendi kendine, dershaneden öğrenme yolunu seçmekte. Bu tıp eğitimini olumsuz etkilemektedir. Bu soruna çözüm üretilmeli.

5. Tıp fakültelerinde çalışan uzman doktorlar ile Sağlık Bakanlığı'nda çalışan uzmanlar arasında performans ödeme farkı eşitlenmeli. Sağlık Bakanlığındaki ödeme tıp fakültelerinde de uygulanmalı.

6. Tam gün uygulamasının üniversiteye yansması:

Tıp Fakültelerinde TAM GÜN çalışılmalı. Buna kesinlikle inanıyorum ve 40 yıllık mesleki yaşamımda böyle çalıştım.

Bu durumdan özellikle İzmir, İstanbul, Ankara gibi yerleşik tıp fakülteleri olumsuz etkilendi.

Tam gün uygulamasından sonra muayenehanesi olan, özel sektörde çalışan öğretim üyeleri gün içinde sağlık hizmetinde, dolayısı ile uygulamalı eğitimde (lisans ve tıpta uzmanlık) görev dışı kaldılar, diğer bir deyişle gün içinde sağlık hizmetinden emekli oldular. Poliklinikte hasta muayenesini öğretemiyorlar, hasta girişlerini, ilaçlarını yazamıyorlar. Servisteki yatan hastaların öğrenciler ile eğitimlerini yapamıyorlar, hastaların yatırılmasında, tedavilerinin planlanmasında adlarına hasta girişi yapılamadığından yasal yetkileri yok. Girişimsel işlem, cerrahi işlemleri kendi adlarına sistem kayıtları ile girişlerini yapamadıklarından bu hizmetten ve eğitimden uzaklaştılar. Geride kalan öğ-

retim üyeleri tüm uygulamalı eğitimi, hizmeti üstlendiler, fonksiyonel olarak azalmış sayı ile, artmış iş yükü ile bu görevi sürdürmeye çalışmaktalar.

Tümör cerrahisinde komplike hastaların birlikte ekip olarak yaptıkları ameliyatlarda ekip oluşması bozuldu, riskli ameliyatlarda yapılamaz oldu.

Heyet raporu çıkarmada sorunlar yaşanmakta, yeterli öğretim üyesine ulaşılamamakta.

Klinik dallarda profesör olanların bir kısmı hemen özel çalışmayı seçti, diğerleri de düşünmekte.

Bu gün geline nokta tıp fakültelerinin görevleri içinde üzülmeye belirtmeliyim ki, özel sektöre profesör yetiştirme yerini aldı. Özel sektörün sağlık hizmetine katkıları önemli, bunu kabul ediyorum, ama tıp fakültelerinin alt yapılarına maddi desteklerini bu güne kadar ben görmedim. Devlet üniversitelerindeki tıp fakültelerinin özel sektöre öğretim üyesi yetiştirmesi ve bu elemanlardan kurumumuzun yararlanamaması çok moral bozucu.

Ücretsiz izinler: Her geçen haftada ücretsiz izin istekleri var ve bu işlemler yapılmakta. Kadro atama ve yükseltmelerinde diğer üniversitelerden jüride görev alacak öğretim üyelerinin emekli olup olmadığını, ücretsiz izinde olup olmadıklarını öğrenmeden jüri üyesi belirleyemez olduk. Doçentlik jürisinde olup da emekli olan, ücretsiz izne ayrılanlar da olabilmekte.

Tez danışmanlıkları: Başlamış tezlerde ücretsiz izne ayrılan ve emekli olan öğretim üyeleri nedeniyle sorunlar yaşanabilmekte.

Uygulamalı asistan eğitimleri erken emeklilik, ücretsiz izinler ve özel sektörde çalışma nedeni ile olumsuz etkilenmiştir.

7. Kamu tıp fakültelerinden ve kamudaki hastanelerden neden özel sektöre geçiş, bu nasıl önlenbilir: Özel sektör ile kamu hastanelerindeki ücret yelpazesi çok geniş, ücret çok cazip. 40 yıl devlet hizmetinde çalışmış bir profesörün emekli ikramiyesine yakın aylık ücret alan çok sayıda öğretim üyesi var. Bu gün klinik dallarda, özellikle de cerrahi dallarda profesör olan, eşi çalışmayan ya da hekim olmayan öğretim üyelerinin büyük çoğunluğunun evi yok, çocuklarının eğitimlerini karşılamakta güçlük çekiyorlar, iş yükleri ve sorumlulukları fazla, standart bir yaşam için özel sektöre seçiyorlar. Ayrıca biri birilerini de bu konuda etkiliyorlar.

Tam gün yasasından sonra hastaların öğretim üyesini, doktorunu seçim hakkı kalmadı. Ameliyatını yapmasını istediği hekim, ya da önceden doktoru olan ve kendisinin takibini yapan doktoru özel sektörde ve bu nedenle de üniversite hastanesinde bu hizmeti alamıyor. Özel sektöre gidip doktorundan hizmeti orada alıyor. Özel hastanelerde; hastanelerin konforuna, çalışan profesörün tanınmışlığı gibi çeşitli etkenler göz önüne alınarak hastalardan çok farklı, oldukça da yüksek KATILIM PAYI alınmakta, olanağı olan hastalar daha kısa sürede, kendilerince daha güvenli sağlık hizmeti için bunu vermekteler.

Kamuda çalışan hekimlere, üniversitedeki öğretim üyelerine tam gün çalışmak üzere yeterli ücret ödeme yolları aranmalı, ama bu hiçbir zaman yaptığı işleme dayalı puanlama ile olmamalı.

Devletin olanakları ölçüsünde sabit maaşa iyileştirme yapılabilir.

Kuruma ek gelirler sağlanmalı. Olanakları olan ve doktorunu seçmek isteyen hastalardan ek olarak doktora değil kuruma katkı payı alınmalı, bu katkı oranları, özel hastanelerin katkı payları ve ödeme sistemleri göz önüne alınarak Sağlık Bakanlığı ve YÖK'ün ilgili kurumları tarafından belirlenmeli.

8. Devlet üniversitelerinin tıp fakültelerinde temel performans puanı ile ilgili YÖK düzenlemesi gerekliliği: Üniversite hastanelerinde döner sermaye gelirlerinden katkı payları ödenmekte. Bu öde-

menin bir bölümü standart ödeme (A puanı, aidiyet puanı gibi adlandırılabilir) şeklindedir. Bu gün yıllık izin, radyasyon izni gibi izinlerde üniversite hastanelerinde bu yapılmamakta. Oysa Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bu ödeme maaştan ayrı, "hekimlerin deyimi ile dönerin maaşı gibi söylemler", sabit ödeme olarak izinlerde de ödenmektedir. YÖK tarafından benzer bir yasal düzenleme ile üniversite hastanelerinde de bu ödemenin yapılması, çalışanların yasal izinlerini kullanabilmelerini sağlayacaktır. Geçtiğimiz yaz dönemi birçok öğretim üyesi, asistan ve personel zorunluluk hissetmedikçe döner sermaye gelirlerinden aldıkları ödenek tümünden kesildiği için izne çıkamamıştır.

9. Performans puanı ve bunun yansıması: Üniversitede çalışan bir öğretim üyesi olarak bu konuyu üniversite hastanesi açısından yorumlamaya çalışacağım. Hastanede üretilen sağlık hizmeti gelirlerinin bir bölümünün yasal sınırlar içinde çalışanlara dağıtılması ve bunun öğretim üyelerine performans puanları şeklinde yansıması bazı sorunları da getirmiştir. Riskli ameliyat ve işlemler ile riski az, beceri çok önemli olmayan işlemlerin benzer puanlı olması ister istemez kişileri sorgulamaya başlatmıştır. Hangisini yaparsam daha az risk daha çok puan alabilirim gibi.

Hekimlik mesleği çok meşakkatli, özveri ile yapılan bir meslektir. İyi bir hekim Türkiye Cumhuriyeti'nin bir anlamda öz değeridir. Ayrıca akademisyen hekimler, yurt içi ve yurt dışında birçok hekimin yetişmesinde, ülkemizin tanıtımında büyük katkılar sağlamaktadır. Bu nedenle hekimlerimizin görevlerini daha iyi yapması için çalışma koşullarının iyileştirilmesi, hak ettikleri yaşam standartlarının sağlanması için gerekli yasal düzenlemelere gereksinim vardır.

Prof.Dr.Hakkı GÖKBEL, hakkig@selcuk.edu.tr

Selçuk Üniversitesi Rektörü

Sayın Prof.Dr. M. İ. Safa Kapıcıoğlu,

Öncelikle böylesine yararlı bir Kongre'yi düzenlediğiniz ve beni davet ettiğiniz için teşekkür ederim.

"Sağlık Eğitimi" konusunun ülkemizde önemi ölçüsünde ele alınmadığını düşünüyorum. Ülkemizin sağlık politikasına da yön verecek olan bu konuda yıllardır bir Kongre/Şura/Sempozyum düzenlenmemiş olması ve Sağlık eğitimiyle ilgili bazı konularda paydaşlar arasında ciddi görüş farklılıklarının bulunması bunun göstergesi. Bu yüzden 8-10 Mart 2012 tarihlerinde İstanbul'da yapılan Sağlık Eğitimi Kongresini çok önemli ve ülkemizin sağlık eğitimi politikalarını olumlu etkileyecek potansiyelde görüyorum.

Büyük bir tıp fakültesinde dört yıldan uzun süre dekanlık ve dekan yardımcılığı yapmış, 22 yıllık bir öğretim üyesi ve halen bir tıp fakültesi bulunan Selçuk Üniversitesi'nin rektörü olarak sağlık eğitimiyle ilgili bazı konularda düşüncelerimi şu şekilde sıralayabilirim:

- Ülkemizin daha fazla sayıda hekime ihtiyacı olduğunu düşünüyorum. Bu ihtiyacın karşılanabilmesi için tıp fakültelerinin kontenjanlarının artırılması çabalarına ters bakmadım. Ama kontenjanların artırılmasına paralel olarak bence merkezi planlama ve mali destekle fiziksel koşulların iyileştirilmesi, özellikle daha büyük amfilerin yapılması, yeni dersliklerin inşa edilmesi gerekirdi. Yine öğretim üyesi planlaması iyi bir şekilde yapıldıktan sonra yeni tıp fakültelerinin açılmasının doğru olduğuna inanıyorum. Ancak mademki son yıllarda birçok tıp fakültesi açıldı, bu tıp fakülteleri için (özellikle temel tıp bilimlerinde) yeterli sayıda ve kalitede öğretim üyesi yetiştirilmesi adına ciddi gayret gösterilmeli, iyi bir sistem kurulmalıdır.

- Tıp fakültelerinde bir diğer önemli problem intern eğitimi. 6. sınıftaki uygulamalar hakkında sınırlarım hemen hemen bütün tıp fakültelerinde hem öğrencilerin hem de öğretim üyelerinin ciddi şikâyetleri var. Bu konuda iyi bir rapor hazırlanmalı ve öncelikle YÖK, daha sonra ise tıp fakülteleri tarafından bu rapordaki tespitlerin gereği yapılmalı. İternlik tanımlanmalı, gerekirse tıp fakültesi eğitimi 5 yıla indirilip bu 5 yılın ardından maaşlı 1 ya da 2 yıllık bir internlik eğitim süreci oluşturulmalı.

- Bir temel tıp bilimci hekim olarak temel tıp bilimlerinde uzmanlık eğitimi/doktora ikilemi konusundaki politikanın belirlenmesini ve öğretim üyesine en fazla ihtiyaç duyulan alan olan temel tıp bilimlerindeki öğretim elemanlarına pozitif ayrımcılık gösterilmesini talep ediyorum. Bence (1980'li yıllarda olduğu gibi) temel tıp bilimlerinde uzmanlık eğitiminde geçirilen sürenin mecburi hizmetten sayılması yoluyla bu alanlardaki uzmanlık eğitimi hakkında Sağlık Bakanlığı'nın çekincesi engellenebilir.

- Üniversitelerin içerisinde sağlık eğitimiyle ilgili önerilerin gelmesini ve YÖK'ün sağlık eğitimine sahip çıkmasını önemli görüyorum. YÖK tarafından geçen yıl oluşturulan, Tıp Dekanları Konseyi ile irtibatlı yapılanmanın bu teklifleri bir rapor haline getirmesi ve YÖK'ün bu önerileri uygulamaya koymasına çok yerinde olacaktır.

- Sağlık Eğitimi Kongresinin geleneksel hale getirilerek en azından iki yılda bir düzenlenmesini diliyorum.

Saygılarımla.

ASİSTAN HEKİM GÖZÜYLE SAĞLIK EĞİTİM KONGRESİ

Dr. Uğur Ufuk IŞIN , ugurufuk@yahoo.com

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Pediatri Bölümü

Karlı bir Ankara gününün ardından güneşli, ancak rüzgarıyla insanın içini titreten bir soğuğa sahip İstanbul'a inmişti uçağımız... Daha önce defalarca geldiğim, her gelişimde yeniden aşık olduğum bu kente, bu seferki geliş amacım tamamen farklıydı; Türkiye'de sağlık eğitiminin tartışılacağı Sağlık Eğitim Kongresi için gelmiştim bu kez...

İstanbul trafiğinde ilerlerken kafamda pek çok soru vardı. Alışmış olduğum kongrelerden farklı olacağı belliydi, ders anlatılmayacak sağlık eğitimi tartışılacaktı, peki ama kongreye kimler katılacaktı, asistan ve öğrencilerin ne kadar söz hakkı olacaktı, kongrede alınan kararlar bazı şeyleri değiştirecek miydi?

Kongrenin ilk toplantısının başlamasına kısa bir zaman kala otele geldiğim için, öncesinde kimseyle tanışmadan salona geldim ve kendime önlerden bir yer seçtim. Çevremde hiç genç yoktu ve tam sıkılacağımı düşünürken konuşmacılar sahneye çağrıldılar ve ben ilk şaşkınlığımı yaşadım. Toplantının konuşmacıları birinci sınıftan altıncı sınıfa kadar olan tıp fakültesi öğrencileri ve çeşitli kıdemdeki uzmanlık eğitim öğrencileriydi. Hepsi çok iyi hazırlanmış, kendilerini ilgilendiren sorunları kendi bakış açıları ile çok güzel anlatıyorlardı. Genç arkadaşlarımla konuşmaları bittiğinde ise ikinci şaşkınlığımı yaşadım. Oturum başkanlarının TUK üyeleri olduklarını bildiğim toplantıda tartışma bölümünde söz isteyen önümüzdeki kişiler önemli üniversitelerimizin rektörleriydi, yanımda arkamda söz isteyen herkes ya rektör ya dekan ya da en az onlar kadar değerli öğretim üyeleriydi.

İlk kez "sağlık eğitimi verenler ve sağlık eğitimi alanlar" bir aradaydılar ve iki taraf da burada olmaktan çok memnundu. Öncesinde 1 saat planlanan toplantı herkesin ilgisi sayesinde 2 saate uzamış saatin ilerlemesi nedeniyle bitmek zorunda kalmıştı. Toplantı bitmişti ancak benim kafamda sağlık eğitimi ile ilgili pek çok soru oluşmuştu:

1.sınıftan başlayacak olursak, tıp öğrencilerinin de üniversite öğrencisi olduğu unutulmadan mevcut sistemdeki hastaneye yakın, hastane havasındaki prekllinik binaları yerine üniversitelerin kampüslerinde tıp fakültesine de yer verilerek ilk 3 sene sadece öğrenci gibi yaşayarak daha sosyal bir ortamda eğitim verilebilir, böylece de benim de öğrenciliğimde yaşadığım doktor muyum öğrenci mi sorusu ortadan kaldırılabilir, hekim adaylarının hayatlarının en güzel yaşlarını daha iyi daha sosyal geçirmeleri sağlanabilir miydi?

Öğrenciliği boyunca sadece imza alınan derslere giren biri olarak en güzel dersin boş geçen ders, en iyi hocanın ise derse gelmeyen olduğunu düşünmüştüm ben de diğer arkadaşlarım gibi; nasılsa anlatılan ders son 5 yıldır aynıydı ve fotokopiden alacağım notlarda derste yapılan esprilere kadar her şey yazıyordu. Kimsenin derse neden girmedin demeye hakkı yoktu çünkü bütün sınavlardan ortalamanın üstünde başarı göstermişim o fotokopiler sayesinde. Şimdi sağlık eğitimini düşündüğümde derslere aktif katılımın olduğu eğitim görevlilerinin kendilerini yenilediği, fotokopiler yerine ilgili derslerin kaynak kitaplarını okumamız gereken bir sistem oluşturulabilir miydi?

Yetişen kişinin toplumda sadece birey olarak kalmayacağı, toplumun devamlılığını, sağlığını koruyacak belki de tarihte olduğu gibi bulunduğu topluma yöneticilik yapacağı; bir usta çırağı ilişkisi olduğu tüm dünya tarafından kabul edilen hekimlik mesleğinde her öğrenci aktif bir biçimde bir ustaya emanet edilebilir, bu öğretim üyesi o öğrenciyi gerçekten çırağı belki çocuğu gibi kabul

ederek her türlü sorunuyla ilgilenilebilir miydi?

Almış olduğum eğitimde birbirinden bağımsız belki de hastane içinde birbirinden tamamen kopuk anabilim dallarından alınan eğitim gözden geçirilmesi gerekiyordu belki de... Aynı konuları defalara dinledim 6 yıl boyunca. Örneğin hormonlarla ilk tanışmam anatomide olmuştu sonra histolojide, biyokimya, fizyolojide, patolojide, dahiliyede, pediatri, cerrahide, kadın doğumda hep aynı hormonları dinlemiştim 6 yıl boyunca, acaba bu dersler entegre şekilde anlatılsa daha etkili olur muydu?

Stajyer ve intern doktor tanımları tam olarak yapılsaydı, herkesin görevi ve ilgili stajdan ne öğrenmesi gerektiği belli olsaydı daha etkili olurdu belki bu 3 yıl. Kimsenin yapmak istemediği işleri yaparak zaman geçirmektense hayatı boyunca kullanacağı bilgileri öğrenerek geçirmek gerekli bu üç yılı, özellikle de son seneyi... Genel tababet anlamında en çok bilgiye sahip olunması gereken, belki de her şeyin genel anlamıyla bilinmesi gereken, bilgilerin en taze olduğu yıl tıp fakültesinin altıncı yılı. Oysa bizde ilk beş yıl hiçbir şey öğrenilmeden geçirilmiş gibi adeta, 200 kişilik dersane sıralarında geceyarılarına kadar tıp öğrenmeye çalışanların yılı tıp fakültesinin 6. yılı. Ne yazık ki teorik bilgiyi öğrenmek 6. sınıfa kayınca pratik bilgiyi öğrenmek de sahaya yani sağlık ocaklarına ve hastanelere kalıyor. İşte bu yüzden ki damaryolu açamayan, kan alamayan, sutur atamayan, alçı nedir bilmeyen, ilaç adlarını ve dozlarını mümessillerden öğrenen hekimler yetişiyor. Şanslı olanlar gittiği yerlerde bütün bunları öğreniyor kendi kendine, deneme yanılma yöntemiyle... Bu ne kadar etik, ne kadar doğru bilemiyorum?

Uzmanlık eğitimi aldığım süreçte gördüğüm kadarıyla pratik bilgilerin kazanılması için tıp fakülteleri yetersiz kalıyor ve belki de sayının çokluğu nedeniyle ya da gerçekten yapması ve öğrenmesi gereken işler dışında çalıştırılan internler yeterli pratik bilgi edinemiyorlar. Üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri entegre edilerek internlerin bu hastanelerde daha küçük gruplar halinde çömez asistan gibi eğitim alarak pratik ve teorik bilgilerini birleştirmeleri, kendilerini tam donanımlı hissederek kendilerine güvenir bir şekilde mezun olmaları mümkün müdür? Bence teorik bilgisini ilk 5 senede öğrenir, son senesini TUS uğruna feda etmezse mümkündür; öyleyse TUS'un ve dershanelerin gerekliliği sorgulanmalı mıydı acaba?

Uzmanlık eğitiminde ise yine üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri entegrasyonu yapılarak, böylece asistanlar için hasta ve öğretim üyesi çeşitliliği sağlanabilir miydi? Bir taraf hayatı boyunca belki bir daha karşılaşmayacağı vakalarla uğraşarak kendisini geliştirecek yeterli hasta sayısına ulaşamazken, diğer tarafta sürekli aynı vakaları gören iş yükünden bıkmış asistanların olması ironi değil miydi? Uzmanlık eğitimi verilen yer sayısı azaltılıp asistan sayısı artırılarak asistanların iş yükü azaltılıp daha kaliteli eğitim almaları sağlanamaz mıydı?

4+4+4 eğitim sisteminin tartışıldığı günümüzde 5+7+6+4 yılı tamamlamış, +3 için çalışmaya devam eden bir asistan hekim olarak bu ve bunlar gibi pek çok soruyla uyumuştum kongre akşamında.

Sağlık eğitiminin her kurumda kendi içinde sağlık eğitimi alanla ve verenler tarafından tartışılması ve eğitim kalitesinin daha da yükselmesi dileğiyle....

SAĞLIK İŞ GÜCÜ PLANLAMASINDA ANESTEZİ TEKNİKLERİNİN SORUNLARI

Hasan Uygur KOÇ, hasanukoc@hotmail.com

Konya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği, İstanbul merkezli olarak kurulan ve yurt genelinde anestezi teknikerlerinin ve teknisyenlerinin sorunları ve eğitim ihtiyaçları üzerinde çalışan bir kuruluştur. Derneğimizin eğitim ve mesleki gelişim dışında hiçbir amacı ve hedefi bulunmamaktadır. Derneğimizin kuruluşunda ve şu an ki yönetiminde değerli akademisyenler de görev almaktadır. Bugüne kadar yurt genelinde üç eğitim seminerini başarıyla gerçekleştirmiş bulunmaktayız. Düzenlenen bu seminerlerde anestezi çalışanlarının sorunları ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi yönünde anket çalışmaları da yapılmaktadır. Üyelerimiz, bu anketlerde ve bize yaptıkları bildirimlerde genel olarak, kadro imkânlarının sınırlı olduğunu ve aldıkları eğitimlerin yetersizliğine vurgu yapmaktadırlar.

Bu doğrultuda Konya il merkezinde yaptığımız bir araştırmada; üniversite, vakıf ve özel hastanelerde görevli hekim dışı anestezi çalışanlarının yaklaşık % 30'nun diğer sağlık meslek mensuplarından (hemşire, acil tıp teknisyeni vb.) oluştuğu görülmüştür. Yine Konya il merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin ameliyathanelerinin tamamında ise anestezi teknisyeni ve teknikerleri istihdam edilmektedir. Aynı ilde ki YÖK'e bağlı iki üniversite hastanesinde ise 36 ameliyathane salonuna karşılık 54 anestezi çalışanı görev yapmaktadır. Bu çalışanların sadece 21'nin anestezi eğitimi alan anestezi teknisyeni ya da teknikeri olduğu da tespitler arasındadır. Bu ilimizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastanesinde ise 12 ameliyat salonuna karşılık 54 anestezi eğitimi almış teknisyen ve tekniker çalışmaktadır. İki üniversite hastanesindeki anestezi uzmanı sayısı 20 iken bu sayı Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastanesinde 15'dir. Özel ve vakıf hastanelerinde durum: yaklaşık 40 ameliyathane salonunda 45 hekim dışı anestezi personeli çalışmaktadır. Özel hastanede çalışan anestezi personelinin 19'u başka sağlık mesleklerinden oluşmaktadır. Oranlara bakılınca Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda kadrolaşmanın yüksek, üniversite ve özel hastanelerde ise oldukça düşük kaldığı açıkça görülmektedir.

Maalesef yukarıda belirtilen rakamların benzerlerine yurdumuzun birçok yerinde rastlanabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların ameliyathanelerde sadece anestezi teknisyeni ve teknikeri çalıştırmasını sevinçle karşılıyor ve canı gönülünden destekliyoruz. Bunun yanında üniversite ve özel hastanelerin içinde bulundukları şartlar doğrultusunda, ayakta kalma adına başka meslek gruplarını bu kadrolarda istihdam ettiği kanaatindeyiz. Dernek olarak Türkiye de ki sağlık sisteminin geleceğini, eğitim politikalarını, hizmet kalitesini, iş gücü istihdamını belirleyen ve denetleyen kurumların, bu oranlar karşısında daha hassas davranmalarını bekliyoruz. Nasıl bir kadın-doğum uzmanı bir beyin cerrahi uzmanının yerini ikame edemezse, başka sağlık meslek mensupları da anestezi teknikerlerinin yerini doldurmamalıdır.

Burada anesteziye gönül ve emek vermiş, neredeyse meslek hayatının tamamını anestezi geçirmiş çalışanlara da haksızlık edilmemelidir. Bu şekilde çalışan diğer sağlık meslek mensuplarının anestezi işinin dışında bırakılması doğru olamaz. Bu çalışanlarımızın sertifikalandırılmaları onların en tabii hakkıdır. Ancak bundan sonra anestezi çalışanlarının sadece anestezi eğitimi alanlardan oluşması daha uygun olacaktır. Kısaca dernek olarak, liyakat temelli ve tüm kurumları kapsayacak doğru istihdam politikalarının, ülke geleceğine ve sağlık sistemimize daha iyi hizmet edeceğine inanıyoruz.

Anestezi çalışanları ile ilgili diğer sorun ise anestezi uzmanının olmadığı yerlerde hastanın ve anestezi sorumluluğunu operasyonu yapan cerrahın üstlenmesidir. Bu konuda açıklanması gereken bazı noktalar olduğunu düşünüyoruz. Tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi süresince sınırlı anestezi eğitimi alan bir hekimin kendi uzmanlık alanı dışında bir konuda sorumluluk alması anlaşılabilir mi? Konuya başka bir açıdan bakacak olursak, çoğu zaman sadece lise eğitimi almış bir teknisyenin hastaya tek başına anestezi uygulamak zorunda kalması ne ölçüde doğru olabilir? Bu sorunun anestezi teknikerinin eğitiminin tekrar gözden geçirilmesiyle çözülebileceğini düşünüyoruz. Anestezi teknikerlerinin aldığı eğitim nitelikli olarak arttırılarak daha sağlam temellere oturtulabilir. Sağlık sistemimiz içinde, anestezi gibi özellikli, bilgi ve beceri isteyen bir mesleğin mensuplarının, alacakları yüksek eğitimle; güven duygusu gelişmiş, nitelikli birer sağlık elemanı olarak yer almaları oldukça önemlidir.

Sonuç olarak, ülke gerçekleri göz önünde bulundurularak, dengeli ve liyakat esaslı istihdam politikalarının geliştirilmesinin ve hekimin varlığında ya da yokluğunda hastaya müdahale eden sağlık personelinin kısa sertifikasyon benzeri eğitimler yerine, nitelikli yüksek eğitim almasının geleceğimiz için daha iyi olacağına inanıyoruz.

SAĞLIK MESLEK LİSELERİNİN ANESTEZİ BÖLÜMLERİNİN GELECEĞİ

Sağlık eğitiminin bir unsuru olan sağlık meslek liselerinden anestezi teknisyenleri mezun olmaktır. Bahsi geçen liseler eğer gelecekte de varlıklarını sürdürecekler ise burada verilen eğitimin niteliği ve eğitmenlerin yeterliliğine dikkat çekmek gerekir.

Acaba buralardan mezun olanlar mesleki beceri ve bilgiyi yeteri kadar edinebiliyorlar mı? Yine buralarda eğitim verenler ne kadar anestezi pratiğinin içinde yer almaktadırlar? Eğitmenler hızla değişen ve gelişen anestezi bilimine dair bilgilerini nasıl güncellemektedirler? Bilindiği üzere sağlık meslek liselerinde verilen eğitim bir meslek edindirme eğitimi olup önemli bir kısmı sağlık kurumlarında gerçekleşmektedir. Buradan yola çıkarak hastanelerde görev alan tecrübeli teknikerlerin bu liselerde verilen eğitime daha fazla katılmaları yararlı olabilir. Anestezi çalışanlarının birer usta öğretici sıfatıyla öğrencilere kazandırabileceği değerli tecrübelerinin olduğuna inanıyoruz. Aynı zamanda bu liselerin eğitim kalitesinin yükseltilerek, yurt geneline ihtiyaca uygun bir şekilde dağılması sağlık hizmetinin devamlılığı bakımından daha uygun olabilir.

Bu liselerden mezunlarla ilgili bir diğer sorun ise anestezi teknisyenleri ve ön lisans mezunu anestezi teknikerlerinin aynı işi yapıyor ve aynı kadro unvanını (sağlık teknisyeni) paylaşıyor olmalarıdır. Lise düzeyinde eğitim alan biriyle üniversite düzeyinde eğitim alan birinin aynı unvan ve daha da önemlisi aynı sorumlulukları alması ne ölçüde doğrudur?

Anestezi işi özellikli ve emek isteyen bir iştir. Bu bağlamda meslek tanımı daha belirgin olmalıdır. Çalışanlara da eğitim düzeylerine uygun sorumluluklar verilmelidir. Ayrıca anestezi teknikerliği yeniden tanımlanarak zorluk derecesine göre sınıflandırılma ve her kademeye uygun eğitimler düzenlenmesi uygun olacaktır. Bu sebeple üniversitelerde uygulanan anestezi teknikerliği eğitimi lisans düzeyine yükseltilmesi en büyük arzumuzdur. Böylece anestezi teknikerleri kendilerini geliştirme ve anestezi bilimine katkıda bulunma fırsatı yakalayabilirler.

Anestezi teknikerliğiyle ilgili bir diğer husus ise lise mezunu teknisyenlerin ön lisans mezunu teknikerlere göre özel ve kamu hastanelerinde daha fazla istihdam edilmeleridir. İstihdamda izlenen bu politika üniversite eğitimini anlamsızlaştırabilir. Bilindiği üzere anestezi uzmanları 6 yıl tıp fakültesi okuyup üstüne 4 yıl zorlu bir ihtisas sürecinden sonra bu unvanı almaktadırlar. Değerli hekimleri-

miz, bu denli yoğun bir eğitimin ardından hastalarını, sadece lise düzeyinde anestezi eğitimi alan bir teknisyene emanet edebilirler mi?

Dernek olarak asıl amacımız, eğitimin niteliğinin ve düzeyinin yükseltilerek (lisans ve yüksek lisans) gelişen ülkemize yakışan bir anestezi ekibi oluşturmaktır.

UZAKTAN EĞİTİM VE LİSANS PROGRAMI ÇERÇEVESİNDE ANESTEZİ TEKNİKERLERİNİN EĞİTİM İHTİYAÇLARI

YÖK ün 2007 tarihinde yayınladığı Türkiye'nin Yükseköğretim Stratejisi raporunun yükseköğretimin sorunları bölümünde, ülkemizde verilen eğitimin yurt dışı denkliklerinin gerekliliğine vurgu yapılmaktadır. Ayrıca aynı raporun ön lisans ve meslek yüksek okullarıyla ilgili kısmında (sayfa: 169 tan itibaren) bu okullarda okuyan öğrencilerin ve öğretim elemanlarının kendilerini değersiz ve ikincil pozisyonda hissettiklerini (bu durum çalışanlar için de geçerlidir), özellikle görevli öğretim elemanlarının bahsi geçen okulları iyi bir kariyer basamağı olarak görmedikleri belirtilmiştir. Bu okulların hak ettikleri değeri kazanması için ayrı birer fakülte haline dönüştürülmesi ve eğitim verilen bölümlerin lisans düzeyinde okutulmasına dikkat çekilmiştir.

Dünyada ve ülkemizde meslek eğitiminin önemi vurgulanırken, meslek yüksek okullarının ikincil pozisyonda olmaları ve görevlendirilen öğretim elemanlarının buralardaki mesailerini angaryamış gibi görmeleri gelecek adına umut verici değildir. Bu okulların önemi artırılmalı ve anestezi, paramedik gibi hekimin varlığında ve/veya yokluğunda hastalara kritik müdahalelerde bulunan elemanları yetiştiren bölümlerin lisans düzeyine yükseltilmesi büyük önem taşımaktadır.

Hekim dışı anestezi elemanı birçok Avrupa Birliği ve gelişmiş ülkede lisans ve hatta yüksek lisans düzeyinde (örneğin ABD) yürütülmektedir. Bununla birlikte Nijerya, Cezayir, Kongo gibi ülkelerde eğitim, ön lisans düzeyinde kalmaktadır. Ülkemizin gelecek beklentileri yüksektir. Özellikle Türkiye gibi büyük bir ülkeye ve güce sahip, sağlık hizmetinde atılıma geçmiş ve sağlık turizminde cazibe merkezi haline gelmiş bir ülkede anestezi bölümleri ön lisans düzeyinde kalmamalıdır. Dolayısıyla ülkemizdeki anestezi eğitiminin daha yüksek ölçütleri sağlaması ve yurt dışı denkliklerinin olması oldukça önemlidir.

İçinde bulunduğumuz bilgi çağında biz anestezi teknikerlerine biçilen sınırlı eğitim olanakları yeterli gelmemektedir. Bu bağlamda, ebelik ve hemşirelik gibi önemli mesleklerle tanınan ve başarı ile yürütülen, uzaktan eğitim ile lisans tamamlama hakkının biz anestezi teknikerlerine de sağlanması istiyoruz. Daha da önemlisi, vazifesi insan sağlığını korumak ve yaşatmak olan, ameliyathanelerde zor görevler üstlenen anestezi teknikerlerine ön lisans eğitimi günümüz şartlarında yeterli gelmemektedir. Bunun bir istekten öte bir ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz. Biz anestezi teknikerlerine dikilen bu gömlek artık dar gelmektedir. Kendimizi geliştirerek ülkemize ve anestezi bilimine daha iyi hizmet etmek en büyük arzumuzdur.

SAĞLIK EĞİTİM KONGRESİ VE BU KONGRE SONRASI İÇİN ÖNERİLER

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN, ozoran.y@gmail.com

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitim Konseyi Başkanı,
Dekan Yardımcısı

Kongrenin konunun ilgililerini (Sağlık Bakanlığı ve tıp fakülteleri) bir araya getirmesi ve sonraki çalıştay konularına yönelik geniş kapsamı nedeni ile yurt dışı katılımı dünyadaki sağlık eğitimine yaklaşım-yenilikler, Sağlık Bakanlığı'nın yurt dışı ülkelere yaptığı iş birliği örnekleri ülkemizin sağlık eğitimi ve hizmeti açısından bölgesinde örnek olma-lider olma zorunluluğu bunun maddi getirileri vb. temalar irdelendi, görüş alışverişi sağlandı. Safa Kapıcıoğlu hocamıza Sağlık ve Eğitim Bakanlığımız bakan ve yetkililerine teşekkür ederim.

Önerilerim maddeler halinde aşağıda sıralanmıştır. Saygılarımla.

1. Tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı'nın rakip değil birbirlerinin paydaşları olması gerektiği bir kez daha saptandı, bu olumlu bir gelişmedir. Bu bağlamda her iki kurumda sağlık çalışanlarının performans değerlendirmeleri ve kaynak kullanımının eşdeğer olması yararlı olacak işbirliğini güçlendirecektir.
2. Profesör, doçent vb ünvanların eğitim verme ile ilişkili olması nedeni ile çalıştığı eğitim kurumundaki görev süresi ile sınırlı olması, başka amaçla kullanılmaması sağlanmalıdır.
3. Tıp fakültesi mezunlarının görevlerinde yeterlilik kazanabilmesi ve uzman sayısının gereksiz artmaması ve ülke gereksinimine uygun olabilmesi amacı ile mezuniyetten sonra 2 yıl ihtisasa alınmaması önerilebilir (İngiltere bu açıdan incelenebilir)
4. Ülkenin bölgelerine göre sağlık ihtiyacı farklı olacağı ve buradaki fakülte mezunlarının da aynı bölgede genellikle uzmanlık veya pratisyenlik yaptığı göz önüne alınarak fakülte ve eğitim hastanelerini müfredat araştırma tahsisatlarının saptanacak konulara göre ağırlıklı yapılandırılması yararlı olacaktır.
5. Tıp eğitim ve sağlık hizmetleri standartları önceki çalışmalardan bilinmektedir. Bu kriterlere göre yeterlilik koşulu kurumlara getirilmelidir. Bunu izleyerek sınavlarla, anketlerle mezunların ve kurumların değerlendirilmesi faydalı olacaktır.
6. Kongre sonrası saptanacak konu başlıklarına göre çalıştaylarla paydaş görüşleri alınarak çalışmalar sürdürülmelidir.

TIP EĞİTİM VE ÖĞRETİMİNDE İBN-İ SİNA'NIN YERİ

Prof. Dr. İbrahim YILMAZ, ibrahimyilmaz1968@windowslive.com

İbn Sina (980-1037), ölmünden kısa bir süre sonra eserleri Avrupalının ortak bilim dili olan Latinceye çevrilmiş ve üniversitelerde okutulmaya başlanılmış multi disipliner (hezarfen) bir bilim adamıdır. Çocukluk ve gençlik dönemlerinde teslimiyetçi bir ruha sahip değildir. O, insan anatomisini bir bütün olarak ele almış, dış ve iç etkenler üzerinde durmuştur. Ona göre, her yaşın belli bir hali vardır. Çocukluk dönemlerindeki daha ziyade oyundur. Ona göre her şeyin başı, kişisel çabadır.

Bunu kendisi şöyle ifade eder: Bir mesele karşısında şaşırıp kalınca namaz kılar, Allah'a yalvarırdım. Bunun üzerine benim için kapalı olan şey açılırdı. Gece medresede kandil ışığında çalışır, hem okur hem yazardım... Uykuya dalarken de bir takım ilmi meseleler düşünürdüm. Öyle ki bir çok mesele benim için uykuda çözülmüştür.

O, ezberlemenin önemli olduğunu ama anlamının daha da önemli olduğunu dile getirmektedir. Örneğin Aristo'nun Metafizik adlı eserini ezberlediğini ama anlayamadığını, ancak onu Farabi'nin aynı eser üzerindeki yorumlarla dolu çevirisini gördükten sonra anladığını söyler. Bir şeyi anlamak ve yorumlayabilmek onun için çok sevinilecek bir durumdur. Hatta o bundan dolayı fakirlere sadaka dağıttığını bile söyler.

O, tıp eğitim ve öğretiminde gözlem ve deney yönteminden yararlanmakla önemli bir çığır açmıştır. Nitekim bunu şu şekilde ifade etmiştir: "Öğrendiklerimi hastalar üzerinde gözlemlerle tamamliyordum. Deney ve gözlemden kitap okumaktan daha çok yararlandım." Dolayısıyla deney ve gözlemin ne kadar önemli olduğunu vurgulaması, tıp eğitimi açısından bir devrim niteliği taşımaktadır.

İbn Sina, tıp öğretiminde konuları ilk olarak tespit edenlerden birisidir. Bir anlamda o tıp ilminin müfredatını Kanun ve Şifa adlı eserde yazmıştır. O eserlerinde tıp ilminin konularını hafızada tutulması kolay olan kısa notlar halinde ortaya koymuştur. Bundaki amacı tıp eğitim - öğretiminin en iyi ve kolay bir şekilde yapılmasından başka bir şey değildir. Ona göre "tıbbın ve ilmin kanunu, aşkın kanunu"dur. Yani aşk gibi kısa ve özlü olmalı, isteyerek öğrenilmelidir.

Şam, İskenderiye ve Endülüs, sonra da İstanbul mektepleri onun eserlerini ders kitabı olarak okutmuşlardır. Süleymaniye medresesinde onun Kanun adlı eseri okutulmuştur. 1761-1766 yıllarında da bu eserin çevirisi yapılmıştır. Osmanlı'da geç çevrilmiş olmasına şaşılmalıdır. Çünkü o dönem doğuda bilginlerin ortak dili Arapçadır.

Onun bu görüşleri fizyolojik olarak bedenin hareket prensibine dayanır. Buna da çocukluk döneminden başlar, onun sağlıklı olabilmesinin temep kurallarını söyler. Ruhî hastalıkların da telkin yoluyla tedavisini söyleyerek, bir anlam da o psikanaliz ilminin temellerini atmıştır.

MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİ HAKKINDA BAZI DÜŞÜNCELER

Prof. Dr. Nazmi ZENGİN, ngmae2002@yahoo.com

Konya Üniv. Meram Tıp Fak. Göz Hastalıkları AD-Konya

Sorun

Mezuniyet öncesi tıp eğitimi giderek pratikten ve insandan kopan bir hale gelmiştir. Anabilim dalları ve bilim dalları öğrenci eğitimine sadece kendi perspektiflerinden bakmaya başlamışlar, kendi "loji"lerini insanın acısının dindirilmesi ve hayatının kurtarılmasının önüne geçirme eğilimi göstermeye başlamışlardır. Bu tablo, özünde bir sanat olan ve sanatın uygulanması sırasında bilimsel araştırmalara ve verilere dayanan tıp mesleğinin temel ilkelerini sarsacak bir dejenerasyonun habercisidir.

Tıp fakültesi nasıl bir mezun vermeli?

İnsanlık ve ülkemiz için zararlı olacağı açık olan bu eğilimin önüne geçilmesi için mezuniyet öncesi tıp eğitiminin yeniden düzenlenmesi ve bu düzenlemede bilgi, beceri ve tutum kazandırma süreci sonunda nasıl bir "çıktı" oluşturulmak istendiğine odaklanılmalıdır. **Tıp eğitimi sürecinin "çıktı"sı ülkemizin ihtiyacı olan ama mesleğini bütün dünyada da uygulayabilecek donanıma sahip hekimlerdir.**

Tıp fakülteleri olarak mezun ettiğimiz hekim istihdamı büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlandığına ve ülkemizde sağlık alanındaki temel politika yapıcı Sağlık Bakanlığı olduğuna göre Sağlık Bakanlığı "nasıl bir hekim yetiştirmeliyiz?" sorusunun cevabını belirlemekte söz sahibi olmalıdır. Kuşkusuz bu hekimleri yetiştirecek akademinin, yüzyıllara dayanan bir geleneğin temsilcisi ve hekim emeğinin savunucusu olan tıp mesleği örgütlerinin ve yetiştirilen hekimden hizmet alacak kitlenin temsilcilerinin de söz hakkı olmalıdır. Bu amaçla, örneğin Sağlık Bakanlığı'nın 4, Türk Tabipleri Birliği'nin 2, Tıp Öğrencileri Birliği'nin 2, Özel Sağlık Kuruluşları Birliği'nin 1, Hasta Hakları Federasyonu'nun 1 üye ile temsil edileceği Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) benzeri bir kurul, Ulusal Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Kurulu (UMÖTEK) kurulabilir.



Şekil 1. Tıp fakültelerinde eğitim süreci

Öğrenci seçimi

Hekim, bir bilim adamı ya da bir araştırmacı olmaktan önce bir sağlık hizmeti sunucusudur. Hekimin sunduğu bu hizmet sırasında karşısına standart hastalar gelmemektedir. "Hasta yok, hastalık var" sözü bu gerçeği çok veciz biçimde anlatır. Hekim her hastayla karşılaştığında analitik, eleştirel düşünme, sorgulama, akıl yürütme, problem çözme gibi yeteneklerini kullanır. Ayrıca bilgiye ulaşma ve kullanma, yaşam boyu öğrenme, iletişim, ekip çalışması gibi özellikler de hekimliğin olmazsa olmazlarındandır. Bu yetenekler öğrenci seçiminde genel yeteneğe ayrılan payın artırılmasını zorunlu kılar. Tıp öğrencilerinin seçimi sadece matematik-fen puanıyla olmamalı, özellikle biyoloji ve psikoloji vb gibi derslerin ağırlığı artırılmalıdır. Ayrıca tıp fakültesine girecek öğrencinin bir mü-lakattan geçmesi de oldukça yararlı olacaktır.

Temel bilimler

Temel bilimler tıp fakültesinin birinci sınıfından itibaren klinikle entegre olacak biçimde verilmelidir. Örneğin anatomistin göz anatomisini pratisyen hekimin sahadaki klinik ihtiyaçlarını dikkate alarak göz hastalıkları stajında anlatması sağlanmalıdır.

Hekimlik pratiğinde uygulaması olmayan biyofizik gibi bölümler tıp fakültesi dışına -sağlık bilimleri enstitüsüne- alınmalı ve gerekirse mezuniyet öncesi tıp eğitiminden bu derslerin kaldırılması gündeme getirilmelidir. Biyokimya gibi bölümlerin ders programlarındaki ağırlığı tartışılmalı, organik kimya gibi dersler de gerekiyorsa kaldırılmalıdır.

İdeal olan tüm sağlık bilimleri (tıp, eczacılık, veteriner vb) fakültelerine temel bilimler derslerini verecek bir temel sağlık bilimleri fakültesi ya da enstitüsünün kurulmasıdır. Böylece bu alandaki her bir fakültenin ayrı ayrı bu birimleri kurmaya çabalamasının önüne geçilerek hem insan kaynakları hem de ekonomik bakımdan tasarruf sağlanabilir.

Klinik bilimler

Hastanedeki her kliniğin ya da akademik yapılanmadaki her anabilim dalının dersi/stajı olmalı düşüncesinden vazgeçilmelidir. Stajlar entegre hale getirilmelidir. Örneğin nöroloji, nöroşirürji hatta göz hastalıkları aynı stajda birleştirilebilir. Bu tür stajlarda anabilim dalları/klinikler arasında koordinasyonu tıp eğitimi anabilim dalları sağlayabilir.

Stajların bazı bölümlerinin üniversite hastanesi gibi 3. basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda değil 1. ya da 2. basamak kuruluşlarda tamamlanması mezuniyetten sonra çalışılacak ortamı tanıma açısından da fayda sağlayabilecek bir seçenektir.

Acil servisler tıp fakültesi öğrencilerinin eğitiminde ilerideki klinik pratiklerinde her gün karşılaşılabilecekleri ve hayat kurtarıcı girişimler yapabilecekleri durumları görebilecekleri yerler olmaları bakımından fevkalade öneme sahiptirler. Bu bakımdan acil servisteki stajın herhangi bir klinikteki stajla eşit tutulmaması, acil servislerin eğitim imkanları açısından da desteklenmesi gerekmektedir.

Sosyal-yönetimsel beceriler

Uzak olmayan bir gelecekte hekimlerin yönetim-iletişim becerileri en az tıbbi bilgi ve becerileri kadar önemli hale gelecektir. Bu nedenle öğrencilerin yönetim, işletme, iletişim, etik, sağlık hukuku, adli tıp gibi dersleri klinik bilimlerle entegre biçimde almaları sağlanmalıdır.

Müfredat

Yukarıda değindiğimiz üç temel bileşeni dikkate alarak Ulusal Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Kurulu (UMÖTEK) önderliğinde hazırlanan Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) dışında fakültelere

eğitim programlarını belirlemede geniş bir özgürlük sağlanmalıdır. Ayrıca öğrenci ve öğretim üyesi değişim programlarıyla öğrencilerin ilgi ve ihtiyaç duydukları farklı eğitim programlarına katılma-larına imkan verilmelidir.

Müfredatta yabancı uyruklu öğrencilerin varsa kendi ülkeleri ile ilgili özel konulara mutlaka yer verilmelidir. Bu yaklaşım bir tıp fakültesi için yabancı öğrencileri cezbedici bir farklılık oluşturabilir.

Toplumların yaşlanması, kronik hastalıkların artması, tedavi giderlerinin rekor düzeylere ulaşması ve sağlığın devlet tarafından garantilenmesi gereken bir hak olarak algılanmaya başlanması nede- niyle son yıllarda sağlığın korunması geliştirilmesi özel bir önem kazanmıştır. Eskiden beri bir he- kimin görevleri arasında sayılmakla birlikte tıp fakültesi öğrencileri pratikte sağlığın geliştirilmesi konusunda değil daha çok hastalıkların tedavisi konusunda eğitilmişlerdir. Önümüzdeki yıllarda tıp fakültesi müfredatlarında sağlığın geliştirilmesi konusuna geniş biçimde yer verilmelidir.

Eğitim yöntemleri

Ülkemizdeki tıp fakülteleri 1990'ların sonundan başlayıp 2000'lerin ilk yıllarını da içine alan bir za- man diliminde mezuniyet öncesi tıp eğitiminin sorgulandığı ve yenilikçilik rüzgarlarının estiği bir dönem yaşamıştır. Bu dönemde bir çok tıp fakültesinde bazı yenilikler yapılmış, ancak bunların sürdürülebilirliği konusunda kuşku oluşmuştur.

Probleme dayalı öğretim oturumları, hala başarılı uygulamalar olmakla birlikte, geneli ele aldığımızda ne öğrenciler ne de eğiticiler bu konuda bir geleneğe sahip olmadıkları için yeterli kabulü görmemiştir. Kişisel düşüncem bu yöntemin bilişim-bilgisayar teknolojilerinden daha fazla yararlanılarak klasik yöntemlere entegre edilmesinin sağlanmasıdır.

Uzaktan eğitim yöntemleri mutlaka tıp fakültesi programlarında yerini almalıdır. Öğrencinin uygulama olmayan dersleri bu yöntemlerle evinden dahi alması sağlandığında uygulamalı eğitime daha çok vakit ayrılabilir.

Öğretim üyelerinin durumu

Tıp fakültelerindeki klinisyen öğretim üyelerinin iki büyük dezavantajı vardır: 1. Çoğunlukla diğer fakültelerde yüksek lisans ve doktora sırasında verilen bazı dersleri almadan, 2. Herhangi bir eğitim formasyonu almadan eğitici konumuna atanmaktadırlar. Bu durum bu öğretim üyelerinin eğitici becerilerini ve ölçme-değerlendirme becerilerini doğrudan ve olumsuz yönde etkilemektedir. Kişisel kanaatim bu iki önemli eksiğin uzmanlık sonrasında, bu mümkün olmuyorsa yardımcı doçent- liğin ilk iki yılında uygulanacak bir programla giderilmesi yönündedir.

YÖK'ün rolü

YÖK tıp fakültelerinin eğitim kapasitelerinin belirlenmesi, imkanlar ölçüsünde bu kapasitelerin artırılması konusunda aktif rol almalıdır.

Hali hazırda tıp fakültesi öğrenci kontenjanlarının belirlenmesi önemli bir sorundur. Tıp fakülteleri ülkemizin hekim ihtiyacı ile kısıtlı mali ve donanımsal kaynakları arasında sıkışmış durumdadırlar. YÖK tarafından tıp fakülteleri için belirlenen öğrenci kontenjanlarının YÖK'e bildirdikleri kapasite- nin daima üzerinde olduğu bir gerçektir. Kapasitesinin üzerinde öğrenci yetiştirmeye çalışan tıp fakültelerinin eğitim kalitesinde düşüş yaşanacağı açıktır. 8-10 Mart 2012 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen Sağlık Eğitimi Kongresi'nde konuşmacı olan bir öğretim üyesi öğrencilerin tamamını alan bir anfinin bulunmadığından söz etti. Bu tür yetersizliklerin sadece o öğretim üyesinin çalıştığı fakülteyle sınırlı olmadığı bilinmektedir. Sayın Sağlık Bakanı bu sorunun çok kolay çözülebileceğini belirttiler. Kişisel olarak Türkiye Cumhuriyeti hükümetleri için bu tür sorunların gerçek anlamda so-

run bile olmayacağını düşünenlerdenim, ancak pratikte bu sorunlar yaşanmaktadır. Çözüm önerim TBMM'de ya da devletin diğer organlarında bir komisyon kurularak tıp fakültelerindeki sorunların yerinde belirlenmesidir.

Tıp eğitiminde liderlik: Dekan atamaları

Dekanlar tıp eğitiminde kritik role sahiptir. Dekan atamaları üniversite rektörleri tarafından öne- rilen üç aday arasından YÖK tarafından yapılmaktadır. Dekan atamalarında hangi kriterlerin göz önüne alınacağına dair bir düzenleme olmaması bir eksiktir. Dekan adaylarını tespit etmek için bazı üniversitelerde öğretim üyelerinin önüne sandık konulmakta, bazılarında rektör doğrudan aday belirlemektedir. Aday belirleme ve atama yöntemi ne olursa olsun dekanlarda bilimsel per- formansın yanı sıra eğitici olarak başarı, liderlik, mevzuata hakimiyet, bu konularda katılan bilimsel toplantılarla alınan kurs ve sertifikalar, bu alanlarda yapılan araştırma ve yayınlar gibi özellikler mutlaka dikkate alınmalıdır.

Tıp eğitiminde araştırma ve uygulama: Tıp eğitimi anabilim dalları

Dekanlık tıp eğitimin karar alma birimi ise tıp eğitimi anabilim dalı da tıp fakültesindeki eğitimin uygulama birimidir. Tıp eğitimi anabilim dalı öğrencilere, deyim yerindeyse koçluk hizmeti sunma- lıdır. Tıp eğitimi anabilim dalı öğrencinin fakülteye girişten mezuniyetine kadar, hatta mezuniyet sonrasında hizmet vermeyi sürdürmelidir.

Tıp eğitimi anabilim dalları ayrıca tıp fakültesinin diğer tıp fakülteleriyle karşılaştırılması ve öğrenci geri bildirimleri yoluyla eğitim performansını da değerlendirmelidir.

Mezuniyet sonrası

Birçok Avrupa ülkesinde tıp fakültesi mezunu olmak bağımsız hekimlik yapabilmek anlamına gel- miyor. Bağımsız hekimlik yapabilme hakkı ancak bir ya da iki yıl çalıştıktan sonra alınabiliyor. Son yıllarda ülkemizde de benzer görüşler dillendirilmektedir. Kişisel düşüncem bu tür bir uygulamanın hekim açığı olan bir ülke için pratik bir getirisinin olmayacağı yönündedir. Bunun yerine intörlük sisteminin ıslah edilmesi ve süresinin uzatılması daha uygun olacaktır.

Bu görüşlerimizi ifade etme ve tartışma imkanı sunan Sağlık Eğitimi Kongre'sini düzenleyen ekibe, başta Sayın Prof. Dr. Safa Kapıcıoğlu olmak üzere teşekkür ediyor, tüm öğretim üyesi meslektaşları- ma ve sağlık çalışanlarına saygılar sunuyorum.

TIP FAKÜLTESİ 1.SINIFINDAN UZMAN HEKİMLİĞE GİDEN SÜREÇTE TIP EĞİTİMİ

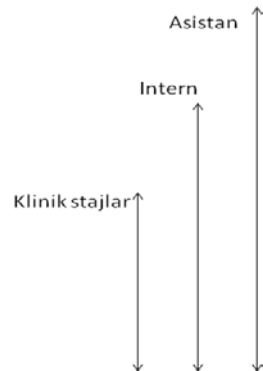
Hülya Zeynep OKTAY¹, Battal Emre ŞAHİN¹, Oğuz KIZILKAYA², Ahmet Emin ÖZTÜRK³,
Dr. Ahmet MURT⁴, Dr. Ahmet ŞENEL⁵

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencisi
2. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi
3. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi
4. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
5. Haydarpaşa Numune Eğitimi Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Sağlık eğitim ortamında radikal olarak algılanabilecek düzenlemelerin devam ettiği bir süreci yaşamaktayız. Düzenlemeler ilgili tüm kurumları ilgilendirecek şekilde yapılırken, her kurum hedeflerini kendine özgü durumunu düşünerek ortaya koymaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak, bütün ile bütünü parçaları arasında uyumsuzluklar gözlenebilmesi olasıdır.

Sağlık eğitiminin öncül iki paydaşı üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı hastaneleridir. Bu iki paydaş eğitimi ilgilendiren konularda birbirlerini tamamlayabilen konumda yer almalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın belirli bilgi, beceri ve yeterliklere sahip yetişmiş insan gücü hedefi ne kadar anlaşılır bir hedefse, üniversitelerin vizyon sahibi ve seçkin hekimler yetiştirmek istemesi hedefi o kadar anlamlıdır. Bu iki kavram birbirleriyle çelişen kavramlar olarak düşünülmemeli, birbirini dengeleyecek şekilde tasarlanmalıdır. Bu sayede gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası eğitim daha verimli yapılandırılabilir.

Özellikle üniversite hastanelerindeki eğitim ortamında öğreten ve öğrenen rollerini farklı zamanlarda eğitimlerinin farklı aşamalarındaki hekimler(veya hekim adayları) üstlenebilir. Örneğin bir uzman, uzmanlık öğrencilerinin, uzmanlık öğrencileri intörnlerin, intörnler ise stajyerlerin eğitiminde yapılandırılmış görevler alabilirler. Aslında bu etkileşimin zaten var olduğu gerçekliğinden hareketle bunu yapılandırmanın çok zor olmayacağı düşünülebilir.



Klinik eğitimin farklı aşamaları (mezuniyet öncesinde ve sonrasında) aynı beceriler kapsamında planlanabilir. Bu planlama Miller'in piramidinin (bkz.Şekil) basamakları olarak düşünülebilir. Bir hekim adayı önce bir bilgiyi öğrenecek (klinik öncesi öğrenci) sonra bunun bağlantılarını kurabilecek (klinik dönem öğrencisi) sonrasında bu bilgi ile alakalı beceriyi gözetim altında uygulayacak (intörn) ve en son basamakta kendisi bağımsız uygulamalar (asistan) yapabilecektir.



Süregelen değişimleri yaşarken kurumsal liderliğin dikkatli yapılandırılması uygun olacaktır. Vizyon paylaşımı, iş birliği içerisinde ortak hedeflerin belirlenmesi ihtiyacını giderecek bir liderlik, başarıya giden yolun daha kolay aşılmasını sağlayacaktır.

Tıp fakültesi öğrencilerinin ve asistanların sorunlarını (ve onların çözüm önerilerini) dinlerken veya okurken muhakkak ki onay verdikleriniz de olacak, farklı şekilde düşündükleriniz de. Onay verilenlerin uygulanma noktasında kararlı hareket edilmesi ve hemfikir olunmayan çözüm önerilerinin eksik kısımlarının onlarla paylaşılması bir sonraki adımı daha güçlü kılacaktır.

Gerek Türkiye'de gerekse tüm Dünya'da bir hekimin sahip olması gereken özellikler hakkında belirlenen görüşlerin başında ahlak sahibi olmak ve analitik düşünme yeteneği gelmektedir.

Türkiye'de üniversite giriş sınavında sayısal alanda sıralaması ilk on bin arasından tıp fakültelerine girmiş bir öğrenci topluluğunun analitik düşünme konusunda sorunlarının olmadığını kabul etmek herhalde yanlış bir yaklaşım olmayacaktır. Yapılması gereken bu analitik beceriye sahip topluluğa doğru müfredat ile eğitim vermek ve onların yönelimlerinin uygun şekilde gelişmesini sağlayacak ortamı sunabilmektir.

Tıp eğitiminin tarihsel gelişimini incelersek, usta-çırak ilişkisi ile başlayan bu süreçte doktora olan talebin artması nedeniyle öğrenci sayılarının giderek artma eğiliminde olduğunu görürüz.

Bu durum eğitici merkezli ve amfi derslerinin ağırlıklı olduğu klasik sistemi geliştirmiştir. Klasik sistemdeki birbirleriyle bağlantı kuramamış çok sistemli yapı öğrencinin konuya geniş bir pencereden bakmasını engellemektedir. Konu bütünlüğü genelde sağlanamamaktadır.

Bu durumun çözümü olarak aynı farklı disiplinlerin konuları birbirlerine paralel olarak işlediği, öğrencinin ilgili bağlantıları yapmasına yardımcı olacağı düşünülen entegre eğitim sistemi ortaya çıkmıştır. Bu süreçte teknoloji hızla gelişmiş bilgi yükü artmış öğrencilik döneminde öğrenilen bilgilerin kısa süre içerisinde yenileri ile değiştiği bir döneme girilmiştir. Eğitimcilerin sorun yaratması muhtemel bu durumun çözümü için ürettikleri yöntem probleme dayalı öğretim olmuştur.

Peki, artık tıp eğitiminde 'mutlu son' da mıyız? Öğrencilerin düşüncesi bu yönde değil.

Bir süreç olarak gelişmiş olan bu farklı eğilimlerin son noktasına, tıp fakültesine henüz başlamış öğrencileri direkt dahil etmemiz, onların bu tarihsel gelişimle bağlantılı hazinenin farkına varamamalarına sebebiyet verebilmektedir. Bu olaya getirilebilecek bir çözüm, tıp fakülteleri öğrencilerinin gelişimini tıp eğitiminin gelişimine paralel tutmaktır; örneğin, dönem 1 derslerinde klasik sistemle,

dönem 2 ve dönem 3 derslerinin entegre eğitim sistemiyle, dönem 4 ve dönem 5 derslerinin ise probleme dayalı öğretim sistemi ile alınmasıdır.

Bu sıralamaya dahil edilmeyen usta-çırak ilişkisinin ise önlük giyme töreninden başlayıp dönem 1 derslerine kadar en az bir ay sürecek oryantasyon döneminde temellerinin atılarak mezun olana kadar her aşamada verilmesi yadsınamayacak faydalar getirecektir. Bu 'oryantasyon' sürecinin ikinci basamağı etik kavramı ve mesleki etik kavramını irdeletmek olacaktır. Üçüncü aşama ise Hipokrat yemininin ve diğer öncü hekimlerin öne sürdüğü mesleki değer yargılarının irdelenmesi olacaktır. Dördüncü aşamada tıp eğitimi tarihinin anlatılması ve dönem etkinlikleriyle bu gelişime aitlik hissinin oluşturulmasıdır. Bu gelişimin son aşaması ise öğrenmeyi öğrenme eğitimidir.

Öğrenciler tıp fakültesine geldiklerinde büyük bir hevesle aldıkları yada edindikleri text-bookları okumaya başladıklarında kendilerine gereken bilgilerle, daha üst düzeyde lazım olacak kısımları ayırt edememekte, bilgi denizi içerisinde kaybolmakta ve bu kayboluşun doğal bir sonucu olarak da ders sunum notlarına yönelmektedirler. Sınav sorularının da sunu notları ile anlamlı derecede paralellik göstermesi öğrencilerin kitaplara zaman kaybı olarak bakmasına neden olmaktadır. Bu sorunun çözümü olarak text-booklara atıf yapan çalışma kitapçıkları sisteminin getirilmesi uygun olabilir. Tabi bu sistemin işlerliği için atıf yapılacak tüm text-bookların kütüphanelere tahsisi gerekmektedir.

Oldukça önemli olan bir diğer konu ise ölçme değerlendirmedir. Analitik düşünme yetisine sahip öğrenci topluluğuna ezber bilgilerin hatırlanmasına yönelik sorular yöneltiliyor olmamız zayıf yanlarımızdan bir tanesidir. Bu kapsamdaki eksiklerimizi giderebilecek yaklaşım, çoklu ölçme/değerlendirme yöntemlerinin bir arada (çoktan seçmeli, eşleştirme, klasik sorular, sözlü sınavlar vb) kullanılmasıdır.

Tıp fakültesi öğrencilerinin sorunlarına genel bir çerçeve çizmek gerekirse, fakülteye isteyerek gelmemiş olabileceğini, amacını belirlememiş olabileceğini, öğrendiklerinin işe yarayacağını düşünmüyor olabileceğini, somut bir sorumluluğu olmadığı için isteksiz olabileceğini veya fakülte öncesi eğitimi yeterli olmayabileceğini düşünebiliriz.

Bu mevcut sorunların çözülmesi için önerimiz, öğrencilerin gerek derslerini gerek bilimsel düşüncelerini gerekse sosyal sorumluluk fikirlerini paylaşabilecekleri çalışma grupları oluşturmaya teşvik edilmesidir.

Öğrencilere farklı dönemlerde farklı amaç ve hedefler sunmak ve bunlara yönelik ihtiyaçlarını karşılamak gerekmektedir. Bu çerçeveye birkaç örnekle değinmeye çalışalım:

Öğrenci ilk senesinde bilgiden önce bir hayat görüşü ve amacı edinmelidir, bu sırada tıp eğitimini kolaylaştıracak tıp dışı derslerle de alakadar olmalı ve sene sonunda profesyonel hayatına nasıl bir yön vermek istediği konusunu düşünmesi yönünde teşvik edilmelidir.

Gerekli insani duygulara sahip olamayan veya tıp eğitimini sağlıklı bir şekilde sürdüremeyecek öğrencilere gerekli iyileştirme imkanları sunulmaya çalışılmalıdır.

Öğrenci, tıp fakültesinin ikinci ve üçüncü senelerinde fizyoloji ve patolojiyi birbiriyle bağdaştırabilmesi ve eğitimine ek olarak kişisel gelişimine yer vermelidir. Sunum hazırlama ve topluluk önünde konuşma, bilimsel bir araştırmayı yürütebilme ve koruyucu hekimlik esaslarını gerçekleştirebilme gibi kabiliyetlere sahip olmalıdır.

Klinik dönemde stajyer sıfatıyla tıp fakültesi hastanesinde çalışmakta olan öğrenciler sorumluluk üstlenmesini bilmelidir, hastane personelinin sevk ve idare etmeyi bu dönemden başlamak suretiyle

öğrenmeleri gerekmektedir. Klinik dönem öğrencileri, gerektiğinde sorumlu kişi olarak personel ile çalışabilmelidirler.

Stajyerler poliklinik/servis/cerrahi hastalarına bilgileri düzeyinde uygun takip ve ilk müdahaleyi kendi kendilerine yapabilecek düzeyde olmalıdırlar. Bu işlemler sırasında elbette ki denetlenmeli ve yanlışlarının düzeltilmesi konusunda uygun desteği alabilmelidirler.

Bu kapsamda oldukça önemli olan bir nokta, stajyerlere hangi bilgi ve becerilere sahip olmaları gerektiğinin açıkça belirtilmiş olmasıdır. Herhangi bir şekilde pratisyenliğinde işine yarayacak bilgiler bu dönemde yapılandırılmaya başlanmalıdır. Bazı temel bilgilerin ders notları haline getirilip stajyerlere sunulması, o bilgilere ulaşılmasını tekrarlanabilir hale getirecektir.

Stajyerlerin bilgi seviyelerinin ölçülmesi; stres oluşturan, ezbere dayalı ve sınavın hemen ertesi günü unutulması muhtemel bilgilere yönelik olmamalıdır.

Staj sırasında öğrencinin hasta ile iletişimi, tanı ve ayırıcı tanılarına yaklaşım algoritması, girişimsel olan veya olmayan işlem becerileri bir bütün halinde göz önünde bulundurularak değerlendirilmeli ve öğrencinin gelişim süreci de kontrol altında olmalıdır.

Stajyerin ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırabilme imkânı da olmalıdır. İçinde bulunduğu stajın gerekliliklerini yerine getirdikten sonra ilgi duyduğu alanda klinik veya cerrahi işlemlere yardımcı olma, araştırma yapma, kongre ve çalıştaylara katılma fırsatı ve zamanı verilmelidir. Klinik dönem öğrencileri bu kapsamda desteklenmeli ve hatta teşvik edilmelidir.

Stajyerin sorumluluğunda en az 1 preklinik öğrencisinin bulunması, her iki tarafın gelişimine katkıda bulunacaktır. Klinik dönem öğrencisi, preklinik öğrencisine deneyimlerini aktarmalı ve fakülte içerisindeki durumunu takip etmelidir. Bu sayede; klinik dönem öğrencisi bilgilerini düzenli aralıklarla gözden geçirecek ve ilgili bağlantıları daha sağlam yapabilecektir.

Stajyerlerin kendi aralarında hasta değerlendirmeleri, sunumlar yapmaları, eğitimler gerçekleştirmeleri teşvik edilmelidir. Bu toplantılar öğretim üyeleri tarafından düzenli olarak kontrol edilmelidir ve onlar tarafından değerlendirilmelidir. Öğrencilerin birbirlerinden öğrenmelerine yönelik oluşturulacak ortam akademisyenlerce de denetlendiğinde öğrencilere faydası daha da artacaktır.

Stajyerlerin mümkün olduğu kadar kendi aralarında ve eğitmenleri ile sosyal etkinliklere katılmaları özendirilmelidir. Bu amaca yönelik etkinlikler düzenlenmelidir.

Önemli olan bir diğer konu da tıp fakültesi öğrencilerinin hekimlik hayatlarını farklı alanlarda da geliştirme imkânının sağlanmasıdır. Günümüzde hekimler sağlık alanında hizmet uygulamalarına ek olarak birçok farklı şekilde görev alabilmektedirler. Ancak tıp eğitimi öğrencilere yoğun olarak hizmet kabiliyeti kazandırmaktadır. Ne var ki, öğrencilerin yönetim, mevzuat, bilimsel araştırma, öğrenci eğitimi gibi farklı konularda da eğitimlerini pekiştirmeleri gerekmektedir.

Öğrenciler ve tıp eğitimciler düzenli olarak bir araya gelmeli, tıp eğitimi ve hekimlik mesleğinin farklı alanlarındaki eğitimle ilgili gelişmeleri beraber değerlendirmelidirler. Bu sayede eğitim ortamları sürekli olarak geliştirilebilecektir. Ayrıca uygun çalışma imkanları ve akademik gelişimle alakalı yol haritaları çıkarılmalıdır.

Ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitiminin 6. sınıfında yer alan ve "internlük" olarak adlandırılan "AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ", genel olarak ilk 5 yılda verilen teorik ve uygulamalı eğitimin pratik uygulamaya yansıtılması ve beceri kazanılması gereken bir dönem olarak tanımlanmaktadır.

Tanımlamaya bakıldığında çok net gibi görülen bu dönemde, maalesef programın ayrıntıları net-

leşmediğinden, her tıp fakültesinde, her staj döneminde birbirinden çok farklı uygulamalar söz konusu olmakta ve belki de ülkemizdeki tıp fakülteleri arasında içerik ve uygulama olarak eğitim standardizasyonun en az olduğu dönem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu dönemde tıp öğrencilerinin eğitiminin halen devam ettiği unutulurak, öğrenciler kendilerine tam bir yetki ve sorumluluk verilmeden, her alandaki hizmet açığının kapatılması için kullanılmaktadır. Bu durumda tıp öğrencileri eğitimlerinin son yılında ne gerçek bir öğrenci gibi yönetmeliklere uygun eğitim alabilmekte, ne de gerçek bir doktor gibi sorumluluk üstlenebilmekte ve değer görmektedirler. Üstelik 6. yılın sonunda mezuniyetin hemen ardından uygulamaya konulan tıpta uzmanlık sınavı (TUS) bu kargaşayı daha da büyötmekte; öğrenciler bir yandan hizmet ayağında kullanıma ve bir yandan da TUS'a hazırlanma kaygısı ile büyük bir handikap içindedirler.

Oysa gerçek anlamda "internlük dönemi" tüm dünyada mesleğe giriş dönemi olarak uygulanmaktadır. Daha doğrusu bu dönem bizde olduğu gibi mezuniyet öncesi eğitimin bir parçası değil, mezuniyet sonrası eğitimin bir başlangıcı olarak yer almaktadır. Dolayısıyla bu dönemde doktorlar görev tanımları yapılmış, yetki ve sorumluluklarla bezenmiş olarak çalıştıklarından, ne yaptıkları işlerden ne de kendilerine eğitim verilmemesinden şikâyet etmektedirler. Zira tek görevleri servislerin işleyişlerine adapte olmak ve özellikle sonraki dönemlerde kendilerine düşecek görev ve sorumluluklarını algılamaktır.

Ülkemizdeki tıp fakültelerinde bu "doktor sınıfı" eğitim, hizmet ve TUS kaosuyla boğuşurken, bulundukları hastanelerde hemşire veya hasta bakıcı düzeyinde işlerin yerine getirilmesinden zorunlu tutulmaktadırlar. Doğal olarak bu insanlara karşı da sorumlu haldedirler. Aslında bu sorumluluğun hiçbir yasal dayanağı yoktur; fakat yıllardır işleyen ve giderek çarpık hale gelmiş düzen, bu durumun gayet doğal görülmesine neden olmaktadır. Sonuç olarak diğer iş gruplarının doldurması gereken bu hizmet boşluğunun veya kargaşasının uzun yıllardır internlük dönemi öğrencileri kullanılarak doldurulduğu görölmektedir. Ayrıca eğitimlerine çoğunlukla doğrudan katkısı olamayan ve yine vasıfsız iş gücü olarak kullanıldıkları nöbetler de bu sorunu hafifletmek yerine büyötmektedir.

Yukarıda bahsedilen karmaşada esasen eğitim almak için hastanede bulunan internlük dönemi öğrencileri, iş ve hizmet yükünü paylaştıkları diğer alanlarda çalışanlara (araştırma görevlileri, hemşire ve diğer sağlık personeli, idari personel) sağlanan hiçbir özlük hakkından da yararlanamamaktadırlar. Örneğin bu "doktor sınıfı" verdikleri hizmetin karşılığında yemek, ulaşım, boş zamanlarında ve gerekli hallerde kullanabilecekleri bir oda, dolap vb gibi fiziki gereksinimlerinin karşılanması konusunda ciddi yetersizliklerle yüzleşmekte ve söz konusu alanlara yönlendirebilecek ödenek bulma konusundaki sorunlar nedeniyle, tamamen yalnız bırakılabilmektedirler. Diğer taraftan bu dönemde çok sık aralıklarla tuttıkları nöbetlerde, her gece nöbeti başına belli bir miktar ücret ödenmesi gibi bir destek almaları gerekirken, kendilerinden herhangi bir öğrenci gibi harç parası talep edilmektedir.

Meslek hayatına yeni başlayan tıp doktorları arasında genel görüş; hastaya yetkilerle donatılmış biçimde ve gönöl rahatlığıyla müdahale edilebilme becerisinin mecburi hizmetin veya asistanlığın ilk aylarında kazanıldığı şeklindedir. Sonuçta tıp fakültelerinin ilk 5 yılında öğretilenlerin üstüne 6. yılda neredeyse hiçbir şey katılamamaktadır. Kısaca eğitim programlarındaki eksiklik ve fakültelere göre değişen ve genelde eğitim adına çok yetersiz kalan uygulamalar, yönetsel ve maddi anlamda destek eksikliği bu dönemin tıp eğitiminin içindeki yeri ve gerekliliğini ciddi bir şekilde incelenme ve tartışma boyutuna getirmiştir.

Bu konuda güncellenmesi ve yeniden yapılandırılması gereken bazı noktalar aşağıda belirtilmiştir:

1) Öncelikle bu "doktor sınıfı"nın içinde bulunduğu dönemin programlanmasındaki belirsizliğin ülke boyutunda yeniden ele alınması ve her fakültede ve hatta her staj uygulamasında benzer program uygulamasının sağlanması büyük önem taşımaktadır. Programın ana hatlarıyla belirlenmesinin yetmeyeceği ve özellikle 6. sınıfta tıp öğrencisinin veya bu "doktor sınıfı"nın kazanması gereken temel becerilerin ne olduğunun çekirdek eğitim programında güncellenerek netleştirilmesi ve ayrıntılandırılması gerekmektedir.

2) Ülkemizde eğitim veren tüm tıp fakültelerine özellikle bu "doktor sınıfı"na yönelik bir ödenek ayrılmasının sağlanması ve kendilerinin yemek, ulaşım ve hastanelerdeki fiziki gereksinimlerinin (oda, yatak, dolap, tuvalet, bilgisayar vb) karşılanması için kullanılmak üzere aktarılması, bu bütçenin harcanmasının rektörlük makamında zorunlu tutulmasının sağlanması gerekmektedir. Yalnız, bunlar yapılırken öğrencilik haklarının kaybolmaması gerekliliği atlanmaması gereken bir ayrıntıdır.

3) Program standardizasyonu ve gerekli özlük hakları ve fiziki koşulların tüm tıp fakülteleri için standart biçimde sağlanması yanı sıra, internlük döneminde öğrencilerden eğitim harcı alınması uygulamasının sonlandırılması gerekmektedir.

4) Bu dönemde tutulan gece nöbetlerinde verdikleri hizmetin karşılığı olarak belli bir miktar ücret belirlenmelidir.

5) Son olarak da "internlük" döneminin, yurtdışı örnekleri gibi, mezuniyet sonrası mecburi hizmetin veya asistanlığın ilk yılına kaydırılması, bu "doktor sınıfı"nın gerekilirse o zamana kadar eğitim gördükleri hastanelerde veya gittikleri sağlık kuruluşlarında ve uzmanlık eğitimine başladıkları hastanelerde bu dönemi gerçek bir sağlık personeli olarak geçirmelerinin sağlanması gerekmektedir.

Bu veya benzeri uygulamaların tıp eğitimimizin ve topluma sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artıracığı ve ülke çapında standart hale gelmesine yardımcı olacağı şüphesizdir.

Diğer taraftan 6. yılın sonunda tüm tıp fakültesi mezunlarının girmekte serbest oldukları ve gelecek korku ve kaygısıyla mutlaka başarmak isteğiyle odaklandıkları tıpta uzmanlık sınavı kendi içinde birçok yanlış barındırmaktadır. Eğitimin, tam olarak neyi ölçtüğü belli olmayan, daha çok eleme niteliğindeki bu tarz bir sınava uygun olmaması, öğrencileri, üniversite giriş sınavları öncesi lise öğrencilerinin yaşadıklarına benzer kaygılar ve yönlendirmelerle, TUS'a hazırlık kurslarına itmekte, hatta bağımlı kılmaktadır. Öğrencilerin çok büyük bir yüzdesi bu kurslara günümüzde dönemlik 7.000 -8.000 TL ödemek zorunda kalmaktadır. Dahası bu kursların Türkiye'de tekel oluşturduğu da yadsınamaz bir gerçektir.

Tıpta uzmanlık sınavı bağlantılı sorunlara yönelik bazı öneriler de aşağıda sıralanmıştır:

Öncelikle sınav tipinin ve uygulama zamanının değiştirilmesine acilen gereksinim vardır. Şöyle ki; 6 yıllık tıp eğitiminin ilk 3 yılında teorik ağırlıklı ve sonraki 2 yılında da pratik veya uygulama ağırlıklı bir eğitim verilmektedir. Hatta yukarıda ayrıntılı olarak belirtilen internlük döneminde ya da son yılda eğitimden çok hizmet ağırlıklı bir çalışma içine girilmektedir. Yani son 3 yılda pratik eğitimin ve uygulamanın yoğunluk kazandığı bir eğitim modelinden bahsedebilmekteyiz. Durum böyle iken, mezunlarımız geleceklelerini yönlendirmek üzere dünyanın en zor sınavlarından biri olarak kabul edilen TUS'a tabi tutulmaktadır. Tıp öğrencilerinin 6 yıl boyunca aldıkları eğitimin yeterliliğini bu anlamda sorgulamasak bile, ki her dönemde ve alanda ciddi yetersizlik ve eşitsizlik olduğu açıktır, mezunların belli bir alanda uzmanlaşabilmek adına başarmaya çalıştıkları bu sınavda, tekrar vurgulamak gerekirse özellikle son 3 yılda uygulamaya ve pratiğe yönlendirilmişken, inanılmaz derecede ayrıntılı, meslek hayatında belki hiç kullanmayacağı teorik bilgilerin sorgulanması ve

adeta mesleki bir yön kazanma değil de, ezberleme yeteneğiyle orantılı başarı oranının hedeflenmesi çok doğru değildir.

Eğitim ortamını etkileyen faktörler; eğitilenlerle ilgili olanlar, eğitmenlerle ilgili olanlar, fiziki alt yapı ve sosyal etkenler olarak özetlenebilir.

Türkiye’de tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin %80’ininden fazlası uzmanlık eğitimlerine devam edebilme amacı taşırlar. Bunun kısaca sebepleri; kazanılması muhtemel statü, kariyer planlarında bir üst basamağı oluşturuyor olması ve mali sebeplerdir. Uzmanlık eğitimlerine devam eden hekimlerimizin yaklaşık 2/3’ü eğitim araştırma hastanelerinde bu eğitimlerine devam ederken, 1/3’ü üniversite hastanelerini seçmektedir. Eğitim araştırma hastanelerinin tercih edilmesinin öncelikli sebepleri; vaka çeşitliliğinin daha fazla olması, hiyerarşik baskının daha az hissedilmesi ve göreceli olarak kazanılan daha yüksek olan ücretlerdir. Üniversite hastanelerinin tercih edilme nedenleri ise; eğitimcilerin daha donanımlı olabilmesi, akademik kariyer imkanlarının daha geniş olması ve genellikle teknoloji/bilişim desteklerinin daha çeşitli olabilmesidir. Elbette ki; hedeflediğimiz eğitim ortamı, belirtilen ayrıntıları uygun ölçülerde bir arada bulundurabilen kurumlardır.

Tıp’ta uzmanlık yönetmeliğine göre uzmanlık öğrencisi ‘...eğitim ve öğrenim gören, araştırma ve uygulama yapan tabip’ tir. Zaten ideali de bu şekilde olmasıdır. Ancak, mevcut sağlık eğitim ortamımızda asistanlar asıl görevleri hasta bakımı hizmetleri olan, eğitim süreçleri de ancak bu görev içerisinde tanımlanabilen tıp doktorlarıdır. Asistan hekimlik, çömezlik sorunu ile bir süre karşılaşılan, rekabet ortamına kendi elinde olmadan itilen, çok sayıda nöbet tutulan, sekreteryaya işlerini ve başta performans sistemi olmak üzere her türlü sorunu sırtlamak zorunda bırakılan bir dönemdir.

Yoğun nöbetler, ek ödeme ile desteklenmeye çalışılan düşük maaş uygulaması, fiziki yapı ve yardımcı personel eksiklikleri asistanlık sürecini karmaşık hale getirmektedir. Bu bileşenler bir araya getirildiğinde asistanlar, gelecekleri ile ilgili karamsarlığa kapılabilmektedir. Uzman olma yolunda ilerlerken hizmet sunumunun ağır yükü altında kalan asistanlık sürecinde eğitim geri planda kalabilmektedir.

Mesai saatlerindeki düzensizlik ve olması gerekenini çok üzerinde olan toplam çalışma süreleri aile yaşamı ve sosyal yaşam üzerinde rahatsız edici etkiler oluşturmakta ve sağlık hizmeti sunumunun kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ortamın stres unsurlarının yoğunluğu düşünüldüğünde tükenmişlik sendromunun belirmesi oldukça olasıdır. Bu olasılık malpraktis olgularını da beraberinde getirebilecektir. Asistanlık sürecindeki öğrenme hedeflerine ulaşılabilmesi ve daha kaliteli sağlık hizmet sunumunun sağlanabilmesi için çalışma saatleri uygun şekilde düzenlenmelidir.

Özellikle son dönemde sağlık alanında yaşanan şiddete uğrama vakalarında bir artış gözlenmektedir. Hasta haklarının sıkça dile getirildiği günümüz sağlık ortamında ‘hekim hakları’ geri planda tutulmamalıdır. Performans sistemi sürekli olarak gözden geçirilmeli, farklı uzmanlık alanlarının kendilerine özgün durumları dikkatlice değerlendirilmelidir. Ek ödeme dağıtımında hakkaniyet çerçevesi yol gösterici olmalıdır.

SON DÖNEMDEKİ YASAL DEĞİŞİKLİKLERİN TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNE ETKİSİ

Şahin HANALIOĞLU¹, Necati ENVER², Mehmet Özgür NİFLİOĞLU³

1 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi
2 İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak., Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi
3 İzmir Katip Çelebi Ü. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Uzman Doktor

GİRİŞ

Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti 2002 – 2012 yılları arasında “Sağlıkta Reform” adı altında; sağlık alanında birçok kanuni düzenleme gerçekleştirmiş ve bu düzenlemeler sonucunda Türkiye’deki sağlık sistemi ve hekimlik pratiği kökten değişmiştir.

Bu düzenlemeler temelde; tam zamanlı çalışma, performans dayalı ödeme sistemi ve Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat yapısı üzerinde yoğunlaşmıştır. Öncelikle Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ve takip eden süreçte, Yüksek Öğretim Kurulu’na bağlı işlev gösteren tıp fakültelerinde hayata geçirilen uygulamalar gerek kamuoyunda gerekse akademisyenler arasında ciddi tartışmalara sebep olmuştur.

Mevcut tartışmalar, en çok tıp fakültesi öğrencileri ile tıpta uzmanlık öğrencilerinin aldığı veya alacağı eğitim üzerine odaklanmakla birlikte, yasal düzenlemelerin tıp fakültelerindeki eğitimi ve tıpta uzmanlık eğitimi nasıl etkilediğine dair bugüne kadar herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu bağlamda yaptığımız çalışmada, son dönemde hayata geçirilen yasal değişikliklerin (kanun hükmünde kararname) tıpta uzmanlık eğitime etkisini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL METOD

Çalışmamızda, tıpta uzmanlık eğitimi alan asistan hekimler hedef kitle olarak belirlendi ve on sekiz soruluk online anket hazırlandı. Anketi, Türkiye’de tıpta uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlere ulaştırabilmek için asistan hekimler ve genç uzman hekimler tarafından sıkça ziyaret edilen www.asistanhekim.org internet sitesi ve çeşitli veritabanlarında kayıtlı olan elektronik postalar kullanıldı. Anket çalışması, Aralık 2011 – Şubat 2012 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Sorular üç başlıkta gruplandırıldı: 1) Demografik veriler ve son yasal düzenlemeler hakkında tıpta uzmanlık öğrencilerinin bilgi seviyesi, 2) Eğitim kadrosu ve hasta döngüsüne ilişkin bilgiler, 3) Eğitim faaliyetlerinin değerlendirilmesi ve öneriler.

BULGULAR

Demografik Veriler ve Son Yasal Düzenlemeler Hakkında Bilgi Düzeyi

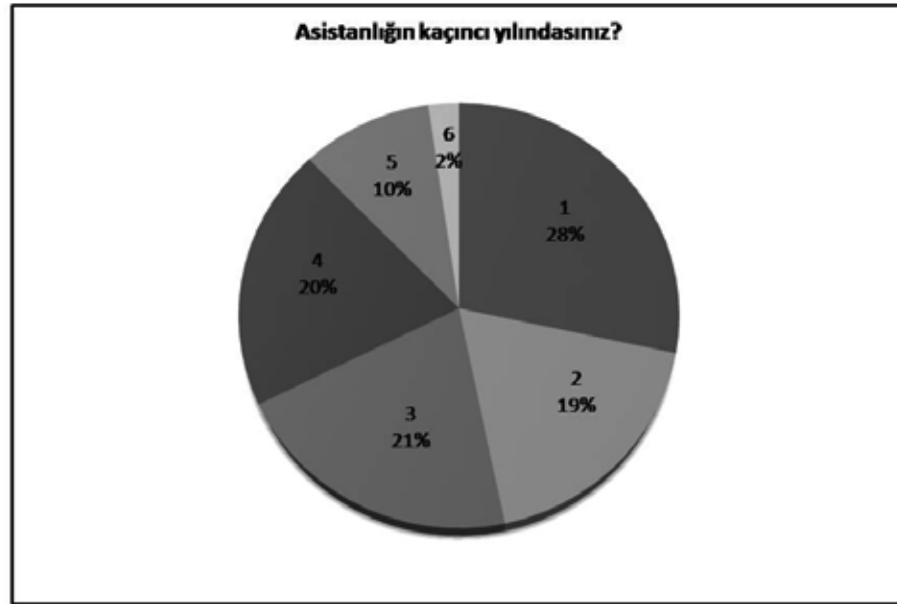
Anketin ilk bölümünde ankete katılan asistan hekimlerin demografik verileri tespit edildi ve son yasal düzenlemeler hakkındaki bilgi düzeyleri ölçüldü.

Anket; asistan hekimler tarafından toplamda 2469 kez görüntülendi, 603 kişi ankete başladı ve 340 kişi anketin tüm sorularını tamamladı. Çalışmaya 46 tıp fakültesi, 52 eğitim araştırma hastanesi ve 40 uzmanlık dalından asistan hekim katıldı. Katılımcıların %68’i tıp fakültesi, %32’si ise eğitim-araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi almaktaydı. Katılımcı sayısına göre ilk altı tıp fakültesi (TF):

Hacettepe ÜTF (63), İÜ İstanbul TF (47), İÜ Cerrahpaşa TF (31), Selçuk Ü Meram TF (28), Gazi ÜTF (23), Dokuz Eylül ÜTF'di (23). Katılımcı sayısına göre ilk beş eğitim-araştırma hastanesi (EAH): İzmir Atatürk EAH (22), Adana Numune EAH (14), İstanbul EAH (13), İstanbul Şişli Etfal EAH (12), Ankara Türkiye Yüksek İhtisas EAH'di (12).

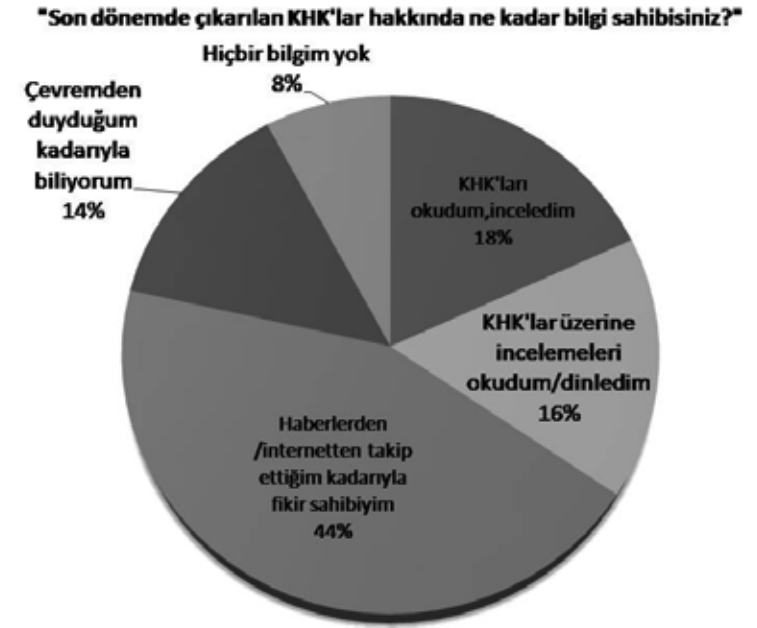
Katılımcı sayısına göre ilk beş uzmanlık dalı: İç Hastalıkları (64), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (47), Kadın Hastalıkları ve Doğum (36), Radyoloji (32), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon'du (30).

Asistanlık yılına göre katılımcıların dağılımı şu şekilde tespit edildi (Şekil-1): Birinci yıl (%28), İkinci yıl (%19), Üçüncü yıl (%21), Dördüncü yıl (%20), Beşinci yıl (%10), Altıncı yıl (%2).



Şekil 1 Asistanlık yılına göre katılımcıların dağılımı

Son dönemde sağlık alanında çıkarılan kanun hükmünde kararname (KHK) hakkında ne kadar bilgi sahibisiniz sorusuna verilen cevapların dağılımı (Şekil-2): KHK'ları okudum, inceledim (%18), KHK'lar hakkında incelemeleri okudum/dinledim (%16), Haberlerden/internette takip ettiğim kadarıyla fikir sahibiyim (%44), Çevremden duyduğum kadarıyla biliyorum (%14), Hiçbir bilgim yok (%8) şeklindeydi.



Şekil 2 Son dönemde çıkarılan KHK'lar hakkında ne kadar bilgi sahibisiniz sorusuna verilen cevapların dağılımı

Eğitim Kadrosu ve Hasta Döngüsüne İlişkin Bilgiler

Eğitim kadrolarında özellikle üç büyük şehirdeki köklü üniversitelerde ve cerrahi branşlarda anlam- lı küçülme tespit edildi. Bazı bölümlerde kıdemli öğretim üyesi sayısının sıfıra indiği ve bu bölümlerde eğitimin yalnızca uzman ve yeni öğretim üyeleri tarafından sürdürüldüğü tespit edilmiştir.

Öğretim elemanlarının eğitime katkı düzeyleri sırasıyla şu şekilde bildirilmiştir: Şu an tam zamanlı çalışanlar: Çok (%17), Orta (%39), Az (%36), Hiç (%8). Daha önce tam zamanlı çalışanlar: Çok (%17), Orta (%42), Az (%32), Hiç (%9). Daha önce yarı zamanlı çalışanlar: Çok (%15), Orta (%30), Az (%35), Hiç (%20).

Çalıştığı bölümde daha önce yarı zamanlı çalışan öğretim üyesi olduğunu belirten (%64) asistan- lara bu öğretim üyelerinin geri dönmesini ister miydiniz sorusu yöneltildiğinde, %65'i evet, %22'si kararsızım, %13'ü ise hayır cevabını vermiştir.

Çalıştığı bölümdeki hasta döngüsüne ilişkin sorulara verilen yanıtların dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo-1)

Hasta döngüsüne ilişkin parametreler	Arttı (%)	Değişmedi (%)	Azaldı (%)
Poliklinikte görülen toplam hasta sayısı	58	27	15

Poliklinikte asistanların gördüğü hasta sayısı	65	23	12
Yatan hasta sayıları/yatak doluluk oranları	42	36	21
Ameliyat sayıları (cerrahi branşlar için)	32	27	41
Tanı ve tedavisi özellik gerektiren vaka sayısı	30	33	37

Tablo-1 Çalışılan bölümdeki hasta döngüsüne ilişkin sorulara verilen cevapların dağılımı

Katılımcıların değişime ilişkin bir yüzde belirtmeleri de istenmiş ve polikliniklerde asistanların baktıkları hasta sayısındaki artış oranının (%25-50), toplamda bakılan poliklinik hasta sayısındaki artış oranına (%10-25) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Eğitim Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi ve Öneriler

Katılımcılara yasal düzenlemeler öncesinde ve sonrasında, asistanlara yönelik eğitim faaliyetlerinden hangilerinin bölümlerinde gerçekleştirilmekte olduğu sorulmuştur. Her bir eğitim faaliyeti için, kendi bölümünde bu faaliyetin bulunduğunu belirten asistan sayıları ve yasal düzenlemeler sonrası değişime ilişkin oranlar aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo-2).

Asistanlar yönelik eğitim faaliyetleri	Önce	Sonra	Fark
Asistanlar için düzenli teorik asistan dersleri	177	140	%21
Seminerler	240	227	%6
Makale saatleri	185	177	%4
Vaka sunumları / tartışmaları	177	160	%10
Klinikopatolojik seminerler	92	64	%30
Diğer bölümlerle ortak - multidisipliner toplantılar	125	87	%30
Pratik beceri saatleri (lab., simulasyon vb.)	73	41	%44
Bilimsel araştırma (klinik ve lab. çalışmaları)	105	69	%36
Diğer eğitim faaliyetleri	97	51	%47
TOPLAM	1271	1016	%20

Tablo-2 Her bir eğitim faaliyeti için, kendi bölümünde bu faaliyetin bulunduğunu belirten asistan sayıları ve yasal düzenlemeler sonrası bu sayılardaki değişime ilişkin oranlar.

Eğitime ayrılan sürenin arttığını belirtenler yalnızca %2 oranındayken, “değişmedi, yeterliydi” diyenler %13, “değişmedi, hala yetersiz” diyenler %62, azaldı diyenler ise %23 oranındaydı.

Eğitimin niteliğindeki değişimi olumlu bulanlar yine yalnızca %2 oranındayken, değişme olmadığını düşünenler %53, olumsuz yönde değişim olduğunu düşünenlerse %45 oranındaydı.

Aldığı eğitimden memnun olanların oranı %21, memnun olmayanların oranı ise % 57 olarak bulunmuştur. Aradaki %22’lik kesim ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara aldıkları eğitime ilişkin bazı ifadelerle katılıp katılmadıkları sorulduğunda alınan cevapların dağılımı ise aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo-3):

	EVET (%)	KARARSIZ (%)	HAYIR (%)
Asistanlar olarak iş yükümüz arttı	82	8	10
Eğitime ayrılan süre azaldı	72	12	16
Aldığımız eğitimin niteliğinde düşme oldu	73	11	16
Hocaların öğretim motivasyonu düştü	77	10	13
Danışacak hoca bulamıyoruz	58	14	28
Özellikli vakaları daha az görebiliyoruz	63	13	24
Ameliyat çeşitliliği azaldı (cerrahi branşlar için)	75	12	13

Tablo-3 Katılımcılara eğitime ilişkin bazı ifadelerle katılıp katılmadıkları sorulduğunda alınan cevapların dağılımı

Son olarak katılımcılara çözüm önerileri alternatifleri sunuldu. En çok destek gören beş öneri şu şekilde sıralandı: Asistanlara bilimsel araştırma ve toplantılara katılım için destek fonları oluşturulsun (%88); Eğitim saatleri mesai saatleri içerisinde yer alsın ve tüm asistanların katılımı sağlansın (%84); Hizmet odaklı performansa dayalı ücretlendirme sistemi kalsın (%84); Eğitim saatleri için belli standartlar ve bunların denetim mekanizmaları getirilsin (%80); Öğrenim hedeflerimizi ve yeterlilikleri de içeren ayrıntılı çekirdek eğitim programları hazırlansın ve uygulansın (%79).

SONUÇ

Tıpta uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin yanıtları göz önüne alındığında; son dönemde hayata geçirilen yasal düzenlemeler ve sağlık alanındaki kanun hükmünde kararname ile nitelikli öğretim üyelerinin çoğu görevlerinden ayrılmış ve özellikle üniversite hastanelerinin eğitim kadrolarında küçülme gözlenmiştir. Nitelikli öğretim üyelerinin çalıştığı kurumlardan ayrılması, üniversitelerde yapılan “özellikli vaka” operasyonlarının sayısını da azaltmıştır. Sürekli değişen mevzuatlar tam zamanlı öğretim üyelerinin ve asistan hekimlerin motivasyonunu bozmuş ve özellikle genç hekimlerde ciddi bir gelecek kaygısı oluşturmuştur. Sağlık alanındaki maddi ve manevi belirsizlik genç hekimlerin bireysel hedef çizmelerini de olanaksız hale getirmiştir.

Performans sisteminin bir sonucu olarak hizmete yönelim artmıştır. Hizmette yönelimdeki artış ise halkın sağlık hizmeti alımındaki memnuniyetini arttırmıştır. Ancak, hizmete yönelimdeki artışın doğal sonucu olarak eğitim ve araştırmanın geri planda kalması, gelecekte nitelikli sağlık hizmeti sunacak hekim ve nitelikli hekim işgücünün yetişmesini tehdit etmeye başlamıştır. Bu durum, Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin, bundan yirmi yıl sonra, nitelikli sağlık gücü anlamında dışa bağımlı hale gelmesine sebep olabilecek kadar tehlikelidir. Stratejik derinlik bağlamında düşünüldüğünde ise; ilgili durum, Türkiye’nin bölgesel sağlık üssü olma yolunda atmaya çalıştığı adımları derinden etkileyebilir ve dinamik olayların yaşandığı Ortadoğu coğrafyasında sağlık anlamında Türkiye’yi

güçsüz hale getirebilir. Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde olan ülkemizin, ilgili müttesebat başlıkları altında da mevcut konuya yer verilecek olması, bu bağlamda hazırlıklı olmamızı gerektirmektedir.

Tıp eğitimi veren kurumların sac ayakları olarak kabul edilen eğitim, araştırma ve hizmet alanlarındaki değişikliklerin ve etkilerin sonuçlarının ortaya çıkış zamanlaması açısından ilginç bir dizilimin olduğunu söyleyebiliriz. Hizmet alanına yapılan müdahaleler sonuçlarını hemen verirken (*bugün*), eğitim alanında bu süre birkaç yıla (*yarın*), araştırma alanında ise birkaç on yıla (*yarından sonra*) çıkmaktadır. Bu nedenle kısa vadede sonuç görmek adına hizmet alanına önemli yatırımlar yapıp, destek verilirken, bir ülkenin geleceğini çizen eğitim ve araştırma alanlarının ihmal edilmemesini ve bu alanların gerçek anlamda öncelik kazanmasını umuyoruz.

Türkiye'de özellikle tıpta uzmanlık eğitiminde karşılaşılan sorunlar sadece bugüne özgü değildir. Bugün olduğu gibi, geçmişte de tıpta uzmanlık eğitiminin kalitesinde ve standardizasyonunda ciddi sorunlarla karşı karşıya kalınmıştır. Önemli olan yarınları planlarken dün ve bugün atılan adımlardan ders çıkarabilmeyi başarmak olmalıdır. Ülkemizde verilen tıpta uzmanlık eğitiminin kalitesindeki artış hepimizin sağlığına olumlu yönde yansiyacaktır.

SOMUT ÖNERİLER

Uzmanlık eğitiminde yakalanmış olan uluslararası standartlarımızı devam ettirebilmek ve yükseltebilmek için acil olarak yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

Başta asistan ve genç uzman hekimler olmak üzere bütün paydaşlar karar verme süreçlerine kalıcı ve etkili bir biçimde dahil edilmelidir.

Bu düzenlemeler, yarının uzman hekimlerini yetiştirecek uzmanlık programlarının kalite güvencesini sağlamalıdır.

Hem eğitim kurumları hem de uzmanlık programlarının sahip olması gereken asgari özellikler ve yükümlülükler belirlenmeli ve bunlar yaptırım gücüne sahip bağımsız kuruluşlarca denetlenmelidir.

Her bir uzmanlık dalı için eğitim müfredatları, kazanılması gereken yeterlilikleri de ayrıntılı ve açık biçimde içerecek şekilde; hazırlanmalı, uygulanmalı, denetlenmeli ve sürekli güncellenmelidir.

Uzmanlık eğitimindeki iki başlılık ortadan kaldırılarak; yerine işlerliği hızlandıracak, standardizasyonu sağlayacak ve siyasi gelişmelerden etkilenmeyecek yeni bir devlet kurumu kurulmalıdır.

Gerçekleştirdiğimiz çalışma daha geniş ölçekli ve farklı grupları da içine alacak şekilde genişletilmelidir. Bu yönde çalışma yapmak isteyenlere "şeffaflık" ilkesi doğrultusunda Sağlık Bakanlığı'nın ve Yüksek Öğretim Kurulu'nun veritabanları uygun kurallar çerçevesinde açılmalıdır. Mevcut alanda çalışma yapan kişi ya da kurumların azlığı göz önüne alınırsa, bu yönde araştırma yapanları teşvik edici önlemler alınmalıdır.

Araştırmanın duyurulmasında destek veren kuruluş ve web siteleri

Medimagazin Gazetesi, drtut.com

TEŞEKKÜR MESAJI

Uluslararası Katılımlı Sağlık Eğitim Kongresi'ne katılamayıp telgraf gönderen;

Sayın, Dr. Mustafa BALOĞLU'na , (Konya Milletvekili)

Sayın, Prof. Dr. Vural KAVUNCU'ya , (Kütahya Milletvekili)

Sayın, Prof.Dr. Hülya GÜVEN'e ,(İzmir Milletvekili)

Sayın, Mehmet ERDOĞAN'a , (Adıyaman Milletvekili)

Sayın, Ömer Faruk KOÇAK'a , (Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı)

Sayın, S.Kenan ŞAHİN'e (Pendik Belediye Başkanı),

Sayın, Ruhsar DEMİREL'e, (Eskişehir Milletvekili)

Sayın, Dr.Muharrem IŞIK'a, (Erzincan Milletvekili)

Sayın, Prof.Dr. Metin Lütfi BAYDAR'a, (Aydın Milletvekili)

Sayın, Prof.Dr. Nurettin DEMİR'e (Muğla Milletvekili),

Sayın, Dr.Şükrü AYALAN'a (Tokat Milletvekili),

Sayın, Opr.Dr. Fuat KARAKUŞ'a (Kilis Milletvekili),

Sayın, Dr.Murtaza YETİŞ'e (Adıyaman Milletvekili)

şükranlarımızı arz ederiz.

Kongre Yürütme Kurulu

KISALTMALAR

Ak Parti	: Adalet ve Kalkınma Partisi
AR-GE	: Araştırma-Geliştirme
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMS	: Emergency Medical Services
EPK	: Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu
HBYS	: Hastane Birliği Yönetim Sistemi
MBA	: Master of Business Administration
ÖSYS	: Öğrenci Seçme Yerleştirme Sınavı
PDÖ	: Probleme Dayalı Öğrenme
SAİK	: Sağlıkta İnsan Kaynakları
SAYED	: Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TUEY	: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği
TOTBİD	: Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği
TOTEK	: Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi
TUE	: Tıpta Uzmanlık Eğitimi
TUK	: Tıpta Uzmanlık Kurulu
TUKMOS	: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UÇEP	: Ulusal Çekirdek Eğitimi Programı
UDEK	: Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu
UZEM	: Uzaktan Eğitim Merkezi
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu