

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM ve TIP EĞİTİMİ

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) 1999 yılı raporunu “Transition 1999-Human Development Report for Central and Eastern Europe and the CIS” adıyla özel bir konuya, eski sosyalist ülkelerde sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlikte yapılan özelleştirmelere ayırdı. Raporunda yer alan saptama ve görüşlerden bazıları şöyleydi: Sosyalist blokta 1989’da günde 4 Amerikan dolarının altında parayla yaşayan 14 milyon kişi varken, 1994’de bu sayı 147 milyon kişi olmuş, yani on kattan fazla artmıştı. Özelleştirmeler sonrasında Polonya’da çocukların %60’ı malnütrisyonluydu. Rusya’da 1989’dan 1994’e dek anemik olan gebe kadınların oranı üç kat artmıştı. Özbekistan’da 1994’te 15-50 yaş arası kadınların yüzde 65’i, okul öncesi çocukların yüzde 59’u, bebeklerin yüzde 75’i anemikti. Can alıcı nokta, ‘kayıp kişiler (raporda geçen adıyla ‘missing persons’) idi: ‘Kayıp kişiler’ geçen yaklaşık 10 yıllık dönemde, ölmeleri beklenmemesine karşın, ölen insanlardı. ‘Kayıp kişiler’ Rusya Federasyonu’nda 5.9 milyon, Ukrayna’da 2.6 milyon, sözü edilen ülkeler toplamı için 9.7 milyon idi. Eski sosyalist ülkelerde uygulanan sağlık ve sosyal güvenlik reformu, on milyon kişinin ölümüne neden olmuştu! Dahası, “artan hastalık ve ölümlülük, beklenen yaşam süresindeki belirgin (erkeklerde 4 yıl) azalma yanında; artan alkol tüketimi ve uyuşturucu bağımlılığıyla, çok yükselen intihar hızları ile yansıyan toplumsal çöküş” egemen olmuştu. Gerçekte daha önce Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bürosu sosyalist ülkelerde sağlıkta özelleştirmenin başlamasıyla ortaya çıkan tehlikenin uyarısını vermişti: Parayla aşı almak zorunda bırakılan Rusya ve Ukrayna halklarının çocuklarında sırasıyla %12 ve %3 oranında Difteri görülüyordu! Rusya, Letonya ve Litvanya’da doğuştan beklenen yaşam sürelerinde 3-4 yıl içinde 5 yıla dek ulaşan düşmeler olmuştu ve nedeni bebek ölümlerinde ortaya çıkan hızlı yükselmelerdi. Ancak Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ve Dünya Bankası (DB)’nin maşasına dönüşen DSÖ için tüm ülkelerde yaşama geçirilmesi gereken bu uygulamanın kulağa hoş gelen güzel bir adı vardı: SAĞLIK REFORMU !!

Kapitalizmin sağlığa yaklaşımı: Hizmet Ticareti

Sağlık reformu uluslararası sermayenin insan sağlığından, daha doğrusu sağlıksızlığından nasıl kazanç sağlayacağını formüle eden yaklaşımın kısa adıydı. Kapitalizmin küreselleşmesinin gelişimi üç aşama gösteriyordu:

- Sömürgeci küreselleşme: Ücretsiz emek, yani kölelik üzerine,
- Emperyalist küreselleşme: Sermaye ihracına, dayanıyordu.
- Neoliberal küreselleşme: **Kuralsızlaştırma** temeline dayanıyor, Keynes’çi ‘Refah devleti’ni küçültmeyi ve ikincil kapitalist ülkeler ve sosyalist ülkelerdeki evrensel direnci kırmayı amaçlıyor; yeni bir ‘refah efsanesi’ olan özgürlük, rekabetin yararı, verimlilik, toplam kalite gibi yalanlardan yola çıkıyordu. **Verimlilik** adı altında sunulan tekeller devlet kapitalizminin birikim sürecinin somut temelinde ise -yalnızca 1900-1975 yıllarında işçi gerçek ücretlerinde beşte birden fazla azalma olurken, işveren karlarındaki artışın dörtbuçuk katı aşmasıyla ortaya çıkan- emek sömürüsü yatıyordu.

İyi ama, mal üretimindeki karlılığın hizmetle ne ilgisi vardı? Uluslararası sermaye hizmet adı altında sunulan ve çalışanlar adına kendi kazancından kayıplara yol açan sağlık ve sosyal güvence alanlarına artık başka bir gözle bakıyordu. 1986-1993’te Uruguay Toplantıları adıyla yürütülen etkinliklerde yeni bir kavram oluşturuldu: ‘Hizmet Ticareti’. Artık hizmet üretimi de mal üretimi gibi kar amaçlı bir süreç olacaktı. 1995’te Dünya Ticaret Örgütü kuruldu ve ticaret kavramına yeni ve küresel bir boyut getirildi. Bunu ‘Hizmet ticareti genel anlaşması’ (GATS) izledi; Türkiye tarafından da hemen imzalanarak 2006 yılı sonuna dek sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin özelleştirilmesi kabul edilmiş oldu.

Amerika Birleşik Devletleri'nin adı Vietnam saldırısı ile özdeşleşen eski bakanı Henry Kissinger 'küreselleşme Amerikan hegemonyasının öteki adıdır' söylemiyle küreselleşmenin gerçek anlamını açıklıyordu. Başka bir ABD Hükümeti sözcüsü "diğer ülkelerdeki kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi ABD'nin ekonomi politikasının bir parçasıdır" diyerek niyeti daha iyi açıklıyordu. İstanbul'da 1998'de düzenlenen küreselleşme karşıtı bir toplantıda söz alan Daimler Benz yöneticisi Kurt Lauk küreselleşmenin evrensel faşizm özlemini açıkça dile getiriyordu: "Küreselleşmenin önündeki en önemli engel sosyal standartlar, yaşam standartları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkidir. Hiçbir ülkede ekonomik büyüme, sosyal devlet ve sosyal bütünleşme ilkelerinin üçü birden sağlanabilmiş değildir. Çünkü bu ilkeler birbiri ile çelişmektedir. Sosyal Devlet ve Sosyal Bütünleşme ilkeleri ekonomik büyümenin karşısındaki engelleri oluşturmaktadır. Örneğin Avrupa'da Sosyal Devlet ve görece bir Sosyal Bütünleşme olmasına karşın ekonomik büyüme güme gitmiştir". "AB ve Para Birliği hedeflerinin Avrupa'da var olan sosyal devlet ve sosyal bütünleşmeyi geriletliğini ve bu gerilemenin devam edeceğini öngörebiliriz". "Amerika'da da ekonomik büyüme sağlanmış ama bedel olarak Sosyal Devlet ve Sosyal Bütünleşme ilkelerinden vazgeçilmiştir". "Anti-demokratik, totaliter yönetimlerde sosyal devlet yapısının olmaması dolayısıyla, bu sistemlerde ticaret yapanlar daha şanslıdır". Sermayenin çalışanların haklarına karşı açtığı savaşın çığlıkları geride bırakılmış, sıra sıcak çatışmaya gelmişti.

Sağlık reformunun temeli ve sonucu

Sanayileşmiş ülkelerde sağlık reformunun temelleri demografik dönüşüm nedeniyle ortaya çıkıyordu: Nüfus giderek yaşlanıyor, kaçınılmaz olarak sağaltım hizmetlerine ve hastaneciliğe yönelim artıyor, bu sağlık harcamalarında artışa neden oluyor, pahalı teknoloji gelişimi ve pahalı hizmete bilinçli yönelme sonucu kaynakta azalma ve maliyette artış oluyor, genç nüfusun giderek azalması nedeniyle prim ödeyen sayısı düşüyor, Ulusal Sağlık Sistemi hızla ekonomik krize kayıyor, devreye tekelleşme ve kamu hizmetinin özel sektöre devri giriyor, ulusal ve küresel boyutta etkin kuruluş DSÖ olmaktan çıkıp, yerini DTÖ ve DB alıyordu. Tüm bunların sonucu sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinde özelleştirme uygulanıyordu. Ancak sanayileşmiş, işsizi az, ulusal geliri ve prim ödeyebilenleri yüksek olan bu toplumlarda sağlık düzeyinin düşmesi çok beklenmiyordu.

Az gelişmiş ülkelerde sağlık sorunlarının değişmesinin temelinde yatan neden demografik değildi. DTÖ, DB ve onların tetikçisi Uluslararası Para Fonu (IMF), ülkeler halklarının canından kazanabileceği karların peşine düşerek 'uygun bulduğu' hükümetlere baskı yapıyor, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini sağlıyordu. Bu ülkeler gelişmiş ülkelere benzer sürece girdiklerinde dönüşüm ve sonuçlar farklı oluyordu (Şekil.1). Özelleştirme işletmeleşmeye ve tekelleşmeye neden oluyor, tekelleşme hem sağlıksız hizmet üretimine hem rekabete yol açıyor, rekabet maliyet artışı ve yüksek karlara neden oluyor, işsizliğin ve prim ödeyememenin getirdiği sıkıntıyla da bunalan toplum pahalı hizmete ulaşamıyor ve hizmetten yararlanamıyor, iki koldan gelişen olumsuzlukların sonucu olarak SAĞLIKSIZ TOPLUM ortaya çıkıyordu. Tüm bu olumsuz süreçte temel etmen, sağlık ve sosyal güvenliğin serbest piyasacı pazar ekonomisine terk edilmesi, onun da yüksek ve risksiz kazanç peşinde hizmet arzını ödeme gücü yüksek kesimlere yöneltmesinin kaçınılmaz olduğu idi.

Sağlık reformu gerçek anlamıyla bir özelleştirme programıydı. Sermayeye kazanç sağlayan sağlamlar değil, hastaları; bu nedenle sermaye insanın sağlıklılığını sürdüren kamusal tümelci sistemlere karşı olmalıydı. Sağlam insanların hastalanması, hastalananların gereksinmelerinin abartılarak sömürülmesi, ileri teknoloji ile desteklenerek yeni hastalıkların ortaya çıkarılması ve yinelenen yöntemlerle giderilmesi, tüm bu işlemler sırasında kağıt üzerinde ödenmiş görünen primlerin piyasaya nakit olarak sürülmesi ve katkı payı gibi ek ödemelerle de desteklenmesi, uluslararası sağlık sermayesinin temel amacıydı.

Reform süreci

“Küreselleşme”ye göre çözüm olarak sunulan REFORM’un aşamaları üçtü:

- Sağlık kavramı (tanımı)nda değişim
- Sağlık ölçütünde değişim
- Finans kaynağında değişim

Sağlık tanımı DSÖ tarafından 1946’da “bedensel, ussal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu” olarak yapılmıştı. Düşsel de bulunsa, hoş giden ve benimsenen bu tanımlama, Alma Ata Bildirgesi’ndeki gizli özelleştirme amaçlarıyla uyumlu olarak değiştirilmeliydi. DSÖ 1981’de bu tanımı “kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık” olarak yeniledi. Artık DB’nın “üretebilene sağlık hizmeti” yaklaşımı geçerli oluyor, üretemeyen sağlık hizmeti hakkı elde edemiyordu.

Sağlık ölçütü öteden beri “iyilik durumu” iken, DB’nın 1993’teki “Sağlığa Yatırım” raporu ile İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı’na [=Disability Adjusted Life Years (DALY)] dönüştürülmüştü. Bu bir hastalık yükü tanımlamasıydı ve birimi ABD dolarıydı. Herkes yaşaması beklenen süre, sahip olduğu hastalıklar ve gelecekte beklenen sağlık hizmet maliyeti açısından ve ABD doları birimiyle puanlanıyor, kimlik kartına yüklenen puanla, daha yüksek puanı olan “rakibi” karşısında, sözgelimi yoğun bakım yatağı hakkını, yitirebiliyordu.

Finans ögesi modelin tetik düzeneği idi. Anahatlarıyla dünyada iki temel finans yaklaşımı vardı: ‘Vergi ile Finans’ yöntemini seçen ekonomik sistemlerde herkesten ödeyebildiğince vergi toplanıyor, bu parayla bir fon havuzu oluşturuluyor, herkese gereksindiği ölçüde sağlık hizmeti harcaması yapılıyordu. Çalışmayan, prim ödeyemeyenler de bu fondan, genel bütçenin de katkısıyla, yararlanabiliyordu. Bu yaklaşım genelde ‘sosyal devlet’ olarak tanımlanıyordu. İkinci yaklaşım ‘Genel Sağlık Sigortası’ (GSS) idi. Bu modelde ödeyebilenden teminat paketinde satın almaya karar verdiği hizmetlere göre prim alınıyor, paket ne tür hizmet içeriyorsa, ona yönelik hizmet veriyordu. GSS bir özel sigorta şirketleri bileşimi olduğu, onlar da finans kapitalin bankacılık ögesi tarafından kurulduğu için salt kar amacı güdüyor, kanser ve diyabet gibi ‘risk taşıyan’ hastaları hizmet kapsamına almıyor, bunun dışında prim ödemiş birçok hasta da hastalığı teminat paketi güvencesinde olmadığından GSS dışında kalıyordu. Sağlıkta çok kolay yükseltilebilen maliyet ve kar marjı sermaye açısından GSS’yi çekici kılarken; sosyal güvenlikte sanal ortamda bulunan primin sıcak para olarak finans kapitale aktarılmasının dayanılmaz çekiciliği, aynı dönemde bireysel emekliliği gündeme taşıyordu.

Türkiye’de “Sağlıkta Dönüşüm” ve amacı: Karmaşa

Türkiye’de ‘küçük Amerika’ olma düşüyle yaşıt olan Sağlık Reformu 1991’de DB kredileri ile oluşturulan Sağlık Projesi aracılığıyla devreye sıcak olarak sokuldu. Meslek kuruluşları ve sendikaların örgütlü direnişi sonunda yeniden buzdolabına kaldırıldı. Adalet ve Kalkınma Partisi’nin iktidar öncesi ABD ile pazarlıkları sonucu olduğu anlaşılan bir biçim ve hızda, ülkenin içinde bırakıldığı ekonomik darboğaz yanında ‘komşu’ ABD’nin güç dayatması sonucu, “Sağlıkta Dönüşüm” sempatik(!) adıyla yeniden 2003 gündemine, hem de gemileri yakarak taşındı.

Türkiye’de sağlık reformu üç temel öge ile gündeme girdi:

1. Genel Sağlık Sigortası
2. Aile Hekimliği
3. Hastanelerin işletmeleştirilmesi.

Genel Sağlık Sigortası’ndan yukarıda söz edildi.

Aile Hekimliği yapay, gereksinmeye yönelik olmayan, nüfus ve coğrafyaya dayalı bulunmayan, aile ile ilgili olmayan, ‘ekip’le bağlantısı bulunmayan, tümelci olmak yerine sağaltıma dayanan, sevk zinciri niteliği taşımayan, denetimi ve eğitimi olmayan, GSS ile uyumlu olduğu için kara dayalı, bir garip, çağdışı örgütlenme anlayışıydı.

Hastanelerin işletmeleştirilmesi özerk yönetim adı altında mafyalaşmayı özendirerek, salt döner sermayeci kar anlayışına dayanan, rekabetin kırıyla yüklü, hizmet sözleşmeleri ile taşeronluk adı altında yemek ve temizlik hizmetlerinde hastaneciliğe ayağı alıştırılan, özel sektörün fırsatçı ve kapkaççı anlayışını kaçınılmaz olarak taşıyan, üstelik de sağlık çalışanını sözleşmeli personel düzeyine indirgeyen bir yağmacı düzenektir.

Son on beş yılda özellikle eski sosyalist ülkelerde hem *Genel Sağlık Sigortası*'nın, hem *Aile Hekimliği*'nin, hem de *hastanelerin işletmeleştirilmesi*'nin yol açtığı insanlık dışı sonuçlar gözler önündeyken bunları Türkiye'de yeniden gündeme taşımak insanlık suçuydu.

Derin olumsuzluklar içeren ve uygulanması olanaksız bu yapılanma önerisinin Türkiye gibi sağlıkta çok önemli adımlar atmış ve deneyimler kazanmış bir ülkede siyasal iktidarca gündeme getirilmesinin nedeninin uygulanabilirlik değil, yıllardır başarılı olması sistemli olarak engellenen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modelini ortadan kaldırarak bol karlı bir karmaşa ortamı yaratmak olduğu anlaşılıyordu.

Sözleşmeli personel

Sözleşmeli personel sağlık çalışanlarını bekleyen bir karabasan olması nedeniyle özel olarak ele alınmalıydı. Sözleşmelilik iş güvencesi, emeklilik, ücretli izin, toplu sözleşme hakkı, örgütlenme-sendika-grev hakkını ortadan kaldıran, görev tanımı olmayan, dinlenme/uyku hakkı tanımayan, rekabetçi, işsiz eleman birikimi sonucu ucuz işgücü ve esnek çalışmaya gebe bir yapılanmaydı. Sayılan nedenlerle sağlık çalışanlarınca kabul edilemez nitelikte bulunmuştu.

Neler olacak?

Başta eski sosyalist ülkeler olmak üzere birçok ülkede yaşanan reform yıkımlarından sonra, aynı deneyimin Türkiye'nin başına ne belalar getireceğine bakalım. Dönüşüm yürürlüğe girerse neler olacak? Önce temel hedef olan Sağlık Ocağı yok edilecek. Hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreterin ortadan kaldırılması ile koruyucu hizmet bitirilecek. Bütüncül sağlık anlayışı ortadan kaldırılacak. Çoğu klinik uzman olan Aile Hekimleri ile salt sağaltıma yönelik bir hizmet türü oluşturulacak. Hastaneler işletmeleştirilerek salt kazanca dayalı çalışmaları sağlanacak. Sevk zinciri kaldırılarak herkesin istediği yere istediği sayıda gitmesi sağlanacak. Çok hastalanan, hastalandığında kurumdan kuruma dolaşan bir hasta modeli oluşturulacak. Sağlık pazarı iyiden şişirilecek, uluslararası sağlık şirketlerine çok para akıtılacak. Büyüme ve karmaşa nedeniyle sağlık piyasasına devlet denetimindeki prim modeli ve genel bütçe subvansiyonu dayanamayarak çökecek, sistem tümünden özgür bırakılarak salt bankalarca oluşturulan özel sigorta şirketleri ile yürütülür duruma getirilecek. Sağlık, içinde çok hastalık ve gereksiz tetkik, ameliyat, ölüm bulunan, çok fazla para dolaşan, tam anlamıyla liberalleştirilmiş bir piyasaya dönüşecek.

Sıralanan öngörülerin bir uyarıcısı Devlet İstatistik Enstitüsü [Türkiye İstatistik Kurumu (TİK)] verisinde, kamudan özele kaynak aktarımı olarak dikkat çekiyor:

	<u>2001</u>	<u>2004</u>
Kişi Başına Sağlık Harcaması	106 USD	265 USD
Kamu Sağlık Harcamaları	7.6 ktr TL	22.6 ktr TL
Özel Sağlık Harcamaları	1.2 ktr TL	4.3 ktr TL
Toplam Sağlık Harcamaları	8.8 ktr TL	26.9 ktr TL

2004 yılında 2001'e göre sağlık harcamalarının çok arttığı, asıl artışın genel bütçe ve SSK primi gibi kamusal kaynaklarda olduğu görülüyor. Ancak aynı verinin ayrıntılı incelenmesi kamu kaynaklarının özel sektöre kaydırıldığını ve 2005 yılında yaklaşık 16 katrilyon TL'nin kamudan özele aktarıldığını gösteriyor.

Çözüm

Çözüm hiç de güç değil. Türkiye sağlık çalışanlarının çok yüksek bilgi, beceri ve deneyim sahibi olduğu iki anahtar ile:

- Meslek kuruluşları ve sendikalar aracılığıyla özelleştirmeye karşı **Örgütlü Direnme**
- **Sosyalleştirme** yasasının günün koşullarına uyarlanarak uygulanması.

Bu iki koşul, nüfusa dayalı, herkesi kapsayan ve izleyen, ekiple yürütülen, tümelci, ulaşılabilir, ücretsiz, eşitlikçi, öncelikli, sevk zincirli, tek başlı, toplum gereksinmelerine yönelik, toplum denetimli, **Çağdaş Sağlık Hizmeti**'nin yaşatılmasını sağlayacak.

Çağdaş Sağlık Hizmeti'nin uygulama aracı olan ve güne uyarlanan **Çağdaş Sağlık Ocağı**, nüfusa dayalı; kentsel yapılanma ile uyumlu; taşıtlarla donatılmış; gebe, bebek, yaşlı, süregen hastaya ev ziyareti yapan, erken tanı koyan ve bakım veren; laboratuvar, radyoloji, EKG, vb. tanı olanakları geliştirilmiş; diş sağlığı, FTR ve sağlıkçı olmayan personel gibi disiplin çeşitliliği sağlanmış; üst hastaneye sevk, rotasyon, eğitim olanakları sağlayan; yukarıda en üst eğitim birimleriyle bağlantılı; bir yapı içermeli.

Son olarak, tıp eğitimi

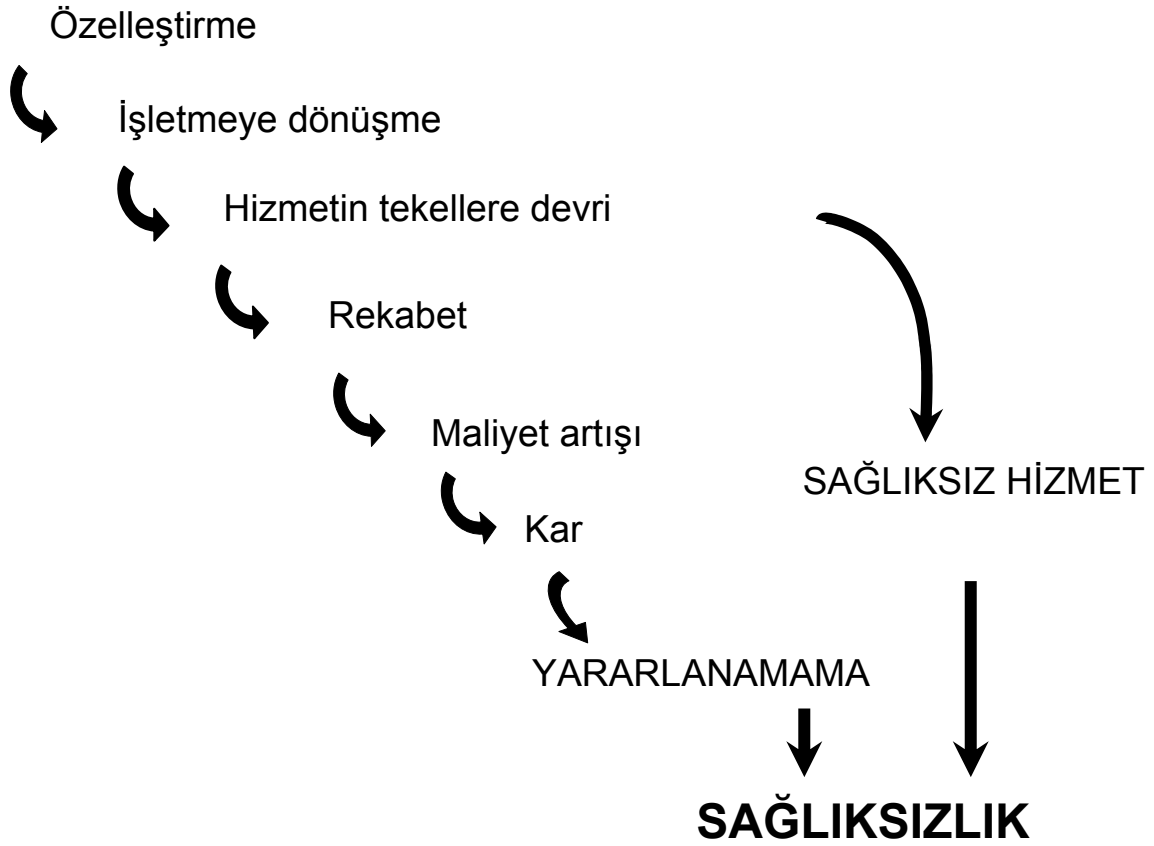
Çağdaş sağlık hizmeti içerisinde ve çağdaş sağlık ocağında çalışacak hekimin yetiştirilmesi amaçları ve yöntemleri, sağlık örgütlenme modeli ile uyumlu olmalı. Sağlık örgütlenmesi planlanırken ekonomik sistemleri belirleyen sınıfsal siyasal yapılanmayı, onun sağlık örgütlenme sistemini belirlediğini, sistemin tıp eğitimi modelini oluşturduğunu, böylece toplumsal değişimin oluştuğunu göz önünde bulundurmak gerekli (Şekil.2).

Sisteme uyan ve modelle uyumlu çalışan hekimin yetiştirilmesi, hizmet içi alan eğitimi, uzmanlık eğitimi, alan-hastane bağlantıları, kredilendirilmesi gibi konularda 1) hizmet sunan kurum (Sağlık Bakanlığı), 2) meslek kuruluşu (Türk Tabipleri Birliği) ve 3) eğitim veren birimin (tıp fakültesi) uyumlu ve eşgüdümlü çalışması beklenir (Şekil.3, üst kutu). Üç kurum, toplumun gereksinme ve hizmete yönelik geri bildirimini ile beslenerek eğitim amaçlarını belirler, eğitim olanaklarını dikkate alarak eğitim programını oluşturur. Eğitim programının uygulanmasında toplumun sağlık gereksinmelerinin karşılanmasına yönelik toplum tabanlı öğrenme birinci derecede rol oynar. Probleme dayalı teknikler ve hastane katılımı toplum tabanlı öğrenmenin temel dayanaklarıdır ve birlikte uygulandıklarında **Aktif Öğrenme** oluşur. Toplumun gereksinmelerine yönelik düzenlenen öğrenme modeli, hizmet sunumunun niteliğini belirler. Hizmetin toplum tarafından birincil sağlık hizmeti sunumunun temel unsuru olan sağlık ocağı düzeyinde denetlenmesi, geri bildirimlerin gerek sağlık ocağına gerek eğitimi planlayan üç kuruma gereksinme olarak sunulması, hizmet ve eğitim modelinin omurgasını oluşturur (Şekil.3).

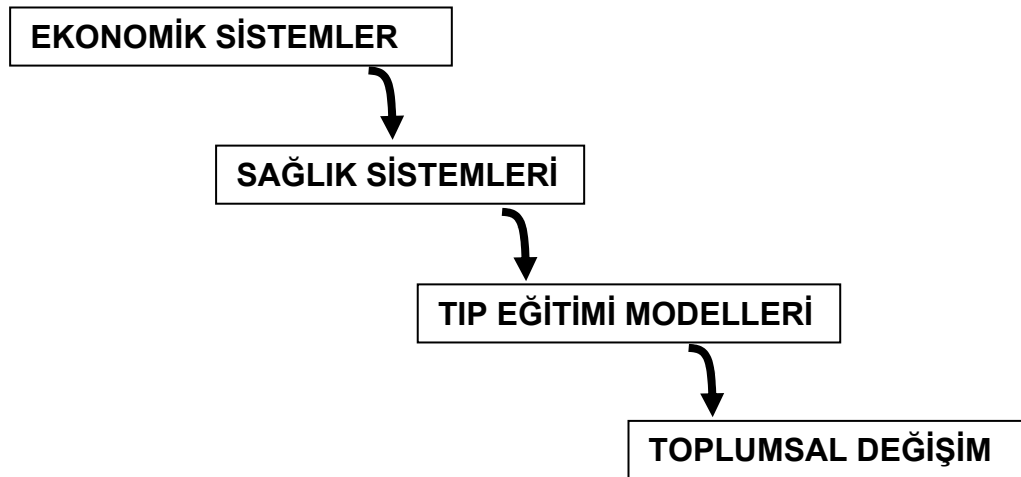
Son söz

Sağlık, başka bir deyişle yaşam, kazanılmış bir insan hakkıdır. Yaşam hakkı ertelenemez, ötelenemez, dışlanamaz. İnsan yaşamı üzerinde parasal kazançlar uğruna planlanan oyunlar çok duyarlı olan insan, özellikle çocuk ve kadın sağlığı üzerinde hızlı ve derin etkiler yapar ve yaşamın sonlanmasına, toplumsal kıyımına neden olur. Toplum, konunun bilincindeki sağlıkçıların öncülüğünde, yaşam hakkına sahip çıkmalı ve sağlıkta özelleştirmeyi engellemelidir.

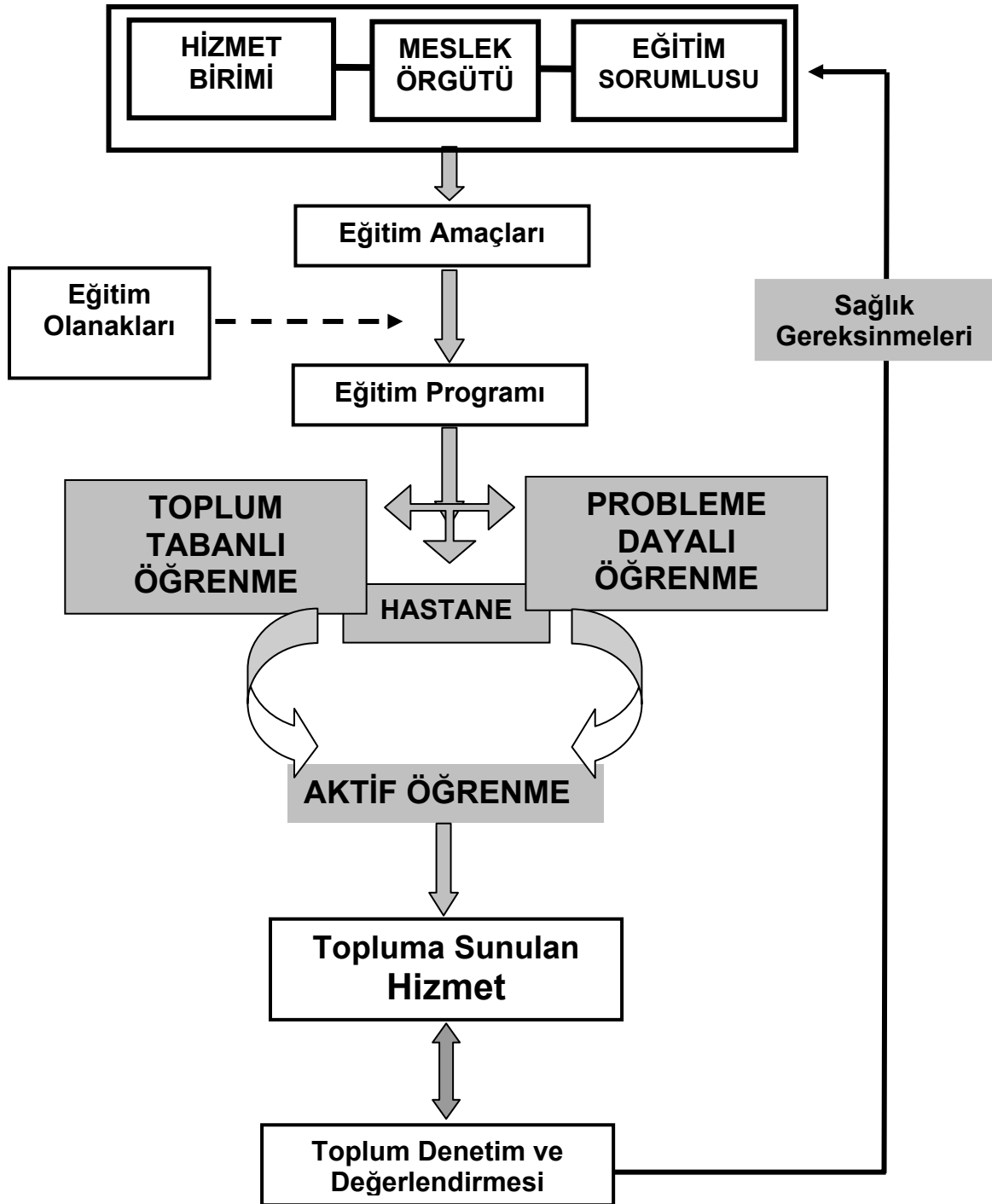
Şekil.1. Az gelişmiş dünyada sağlık ve sosyal güvenliğin özelleştirilmesinin sonuçları



Şekil.2. Tıp eğitiminin sağlık sistemi içindeki yeri



Şekil.3. Tıp eğitimi ve hizmet sunumunda kurumların uyumu ve etkileşimi



KAYNAKÇA

1. Aksakoğlu G. "Medical Education Within The Primary Health Problems", *Medical Education*, 1992; 26:74.
2. Aksakoğlu G. "Field Education for PHC", *Medical Education*, 1993; 27:107.
3. Aksakoğlu G. "Ekonomik sistemler ile tıp eğitimi etkileşimi", *Toplum ve Hekim*, 2001; 16:3:171-6.
4. Aksakoğlu G. "Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor" *Toplum ve Hekim*, 2002; 17:2:91-100.
5. Aksakoğlu G. "Sovyetler Birliği özelinde sosyalist ülkelerde 'sağlık reformu' ", *Toplum ve Hekim*, 2003; 18: 68-80.
6. Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. "Aile hekimliği Türkiye için uygun değildir", *Toplum ve Hekim*, 2003; 18: 251-7.
7. Aksakoğlu G. "Uluslararası sermaye ve bağışıklama pazarı", *Toplum ve Hekim*, 2003; 18: 323-30.
8. Boelen C, Heck JE. *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Geneva: WHO;1995.
9. Boelen C. *Medical education reform: the need for global action*. 1992; 11: 745-9.
10. Fidan D, Aksakoğlu G. "Tıp Eğitiminde Alternatif Yaklaşımlar", *Toplum ve Hekim*, 1997; 79:32-34
11. Fidan D, Aksakoğlu G. "Alternatif Tıp Eğitiminde Linköping Deneyimi", *Toplum ve Hekim*, 1997; 79:40-44
12. Margolis CZ. *Community based medical education*. *Medical Teacher* 2000; 22: 482-4.
13. Musal B, Aksakoğlu G, Uçku R. "Community-based education programme of Dokuz Eylül School of Medicine", *Education for health*, 2003; 16: 218-21.
14. Walton H. *Primary health care in European medical education*. *Medical Education* 1985; 19: 167-88.
15. Walton H. *Six major themes: World conference on medical education, 1988*. *Med Educ* 1986; 20: 378-89.
16. WHO. *Education in primary health care*. Copenhagen: Regional Office for Europe; 1983.
17. WHO. *Changing medical education*. Geneva: The Organization; 1991.
18. WHO. *Doctors for health*. Geneva: The Organization; 1996.
19. WHO, Regional Office for Europe. "Priority research for health for all", Copenhagen:WHO, *European Health for All Series*, No.3, 1988.
20. WHO, Regional Office for Europe. "Health21", *European health for all series* No.6, Copenhagen:WHO. 1999.
21. WHO, UNICEF. "Alma-Ata 1978: Primary Health Care", Geneva: WHO, 1978.
22. World Bank. "World development report 1993: investing in health", New York: Oxford University Press, 1993.
23. World Federation for Medical Education. *World conference on medical education*. [Basılı rapor] Edinburgh: The Organisation; 1988.
24. World Health Organization. "Constitution of the World Health Organisation", Geneva:WHO, 1946.
25. World Health Organization/Unicef. "Alma-Ata declaration on primary health care", Geneva: WHO, 1978.
26. World Health Organization. "Global strategy for Health for All by the Year 2000. 16th plenary session of the World Health Assembly, 1981", Geneva: WHO, 1981.
27. World Health Organization. "Resolution 23", In: 34th session of the World Health Assembly. *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board 1973-84*, Geneva:WHO, 1985.
28. World Health Organization. "Health for All in the 21st century", Geneva: WHO, 1998.
29. Yılmaz G. "Kapitalizmin kaleleri-I: IMF, WB ve AB", Türkiye MAI ve küreselleşme karşıtı çalışma grubu, İstanbul:TTB, 2000.