

# T D B D



SAĞLIKTA  
DÖNÜŞÜM  
PROJESİ

SAĞLIKTA  
DÖNÜŞÜM  
PROJESİ





## Geride kalan bir yıl

TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım göreve gelmelerinin üzerinden geçen bir yılı değerlendirdi. Yıldırım, dişhekimliğinde uzmanlık sorunu, yeni dişhekimliği fakülteleri ve hazırlanmakta olan Genel Sağlık Sigortası tasarısı hakkında TDB'nin görüşlerini ve çalışmalarını aktardı.



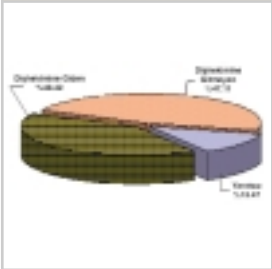
## Terör dişhekimliğini de vurdu

15 ve 20 Kasım tarihlerinde İstanbul dört bombayla sarsıldı. Saldırlara karşı TDB'nin de aralarında bulunduğu sivil toplum örgütleri ortak bir tepki örgütlerken dişhekimliği bileşenleri de saldırıları lanetledi. Dişhekimliği firmalarının yoğunlaştığı Galatasaray da bombaların hedeflerinden biriydi.



## Dosya: Genel Sağlık Sigortası

Hükümet, yıllardır gündemde olan bir projeyi somutlaştırma yönünde bazı adımlar atarken sağlık alanının tarafları da gündemdeki taslağın olumlu-olumsuz yanlarını ve uygulamada çıkabilecek sorunları tartışıyor. Dişhekimliği hizmetlerinin yeri de dahil olmak üzere bu ciddi dönüşüm projesini çeşitli açılardan ele alan yazı ve röportajları kapsamlı bir dosya olarak sunuyoruz.



## Bitmeyen şarkı: Yeni dişhekimliği fakülteleri

Yıllar geçiyor, iktidarlar değişiyor, mantık değişmiyor. 'Bizim vilayete de bir fakülte' kolaycılığıyla kurulan yeni fakülteler, hem dişhekimliği eğitiminin hem de dişhekimlerinin sorunlarına yeni sorunlar ekliyor. Bu sayımızda bilimsel veriler ışığında yeni fakültelerin hangi 'ihtiyaca' yanıt vereceğini araştırdık.



## Dişhekimliğinde omuz patolojileri ve egzersiz

Dişhekimleri gerek tekrarlayan zorlayıcı yaralanmalar veya kümülatif travmalar, gerekse aşırı kullanıma bağlı omuz eklemi patolojileriyle karşılaşır. Bazı patolojiler istirahat ile düzülürken bazı durumlarda tedavi edici egzersizler kullanılmalıdır



## Dişhekimleri tehlikede mi?

Yüksek hızlı döner aletlerin gürültüsünün neden olabileceği zararlardan son yıllarda sıkça söz ediliyor. Dr. J.M. Hyson, JADA'da yer alan **Hava türbinleri ve işitme kaybı** başlıklı yazısında olası tehlikeleri ve bugüne dek konuyla ilgili yapılmış çalışmaların ortaya çıkardığı bulguları sıralıyor.

- Sahibi TDB Yönetim Kurulu Adına Genel Başkan  
**Celal Korkut Yıldırım**
- Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Genel Sekreter  
**Murat Ersoy**
- TDB Yayın Kurulu Sorumlusu  
**Tatyos Bebek**
- TDBD Yayın Kurulu  
**Recep Erdöndü**  
**Neşe Dursun İnceoğlu**  
**Sertaç Peker**
- TDBD Bilimsel Danışma Kurulu TDB Eğitim Komisyonu'dur
- Editör  
**Hakan Sürmen**
- Görsel Yönetmen  
**Şeref Kartal**
- Reklam için başvuru  
Tel: (212) 327 84 41 (pbx)  
Fax: (212) 327 84 43
- Ofset Hazırlık **Studio**  
Baskı-Cilt **Stil Matbaası**
- Editöryal üretim ve yapım  
**Nisan İletişim**  
Cihannüma Mah. Salihefendi Sok.  
No:4/9 K:6 Mistaş İşhanı  
Beşiktaş/İstanbul  
nisaniletisim@superonline.com  
Tel: 0212. 327 84 41  
Fax: 0212. 327 84 43
- Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi  
Ziya Gökalp Caddesi No: 37/11  
Yenişehir-ANKARA  
Tel: (312) 435 93 94  
Fax: (312) 430 29 59  
www.tdb.org.tr  
e mail: tdb@tdb.org.tr
- ISSN: 1303-9784

## REKLAM İNDEKSİ (Alfabetik)

APRANAX.....	03
AKADEMİK DENTAL.....	14-15
BRAUN.....	05
CAN MEDİKAL.....	55
COLGATE.....	Ön kapak içi
DENTANET.....	50-51
DENTOSAN.....	06
DMS.....	63
EDAD.....	32
GÜLOĞUZ DIŞ DEPOSU.....	31
GÜNEY DIŞ.....	28-73
İPANA.....	Arka kapak içi
METCO.....	21
MİCRON.....	37-41
ORAL B.....	04
ÖNCÜ DENTAL.....	45
RF SYSTEM.....	27
SIGNAL.....	Arka kapak
SÖNMEZ MEDİKAL.....	49
UNİMED.....	07
3M.....	67



**Celal K. Yıldırım**  
TDB Genel Başkanı



# terörün gücüne ve gücün terörüne karşı

**2**003 yılı sonunda Türkiye; onlarca masum insanın ölümü ve yaralanmasıyla sarsıldı. Yaşanan katliam sonrası iktidarın suçluların adını koyma konusundaki kararsızlığı, muhalefetin yaşanan vahşetten prim toplama gayreti Türkiye’de siyaset yapma anlayışının olgunluk düzeyini gösterdi.

Sağlık hizmetlerinde temel yaklaşım hastanın rahatsızlığını teşhis edip nedenlerini ortadan kaldırmaktır. Eğer tanıda yanılırsanız tedavi sürecinde hastaya başka zararlar vermeniz kaçınılmazdır.

Aynı şekilde terörün nedenlerini, sonuçlarını doğru tahlil edemezseniz; kestirme yoldan emniyet tedbirleri ve özgürlükleri kısıtlayarak terörü önleyeceğinizi düşünürseniz eylemi yapanların -yaptıranların- amacına hizmet etmiş olursunuz. Yapılması gereken, toplumsal duyarlılığı sağlayarak ideolojik bağnazlığa düşmeden terörün gücüne ve gücün terörüne karşı ortak akılla tepki göstermektir.

Dişhekimliği günü haftası etkinlikleri içerisinde ortak aklın kullanımının en güzel örneğini yaşadık. Dişhekimlerinin işsiz kalmasının ana nedeni olan yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasının durdurulmasına karşı dişhekimleri, dişhekimliği fakültesi dekanlarıyla ortak bir basın toplantısı düzenledik.

Dişhekimliği bileşenleri güçlerini ortaklaştırdıkları zaman sorunların en kısa zamanda çözülebileceği görülecektir.

19 000 kişilik bir kitlenin yani bizlerin gücümüzü, sesimizi birleştirdiği zaman önümüzdeki sorunların, engellerin bir bir kaldırılabilceğini bilmeliyiz. Yani gücümüzün farkına varmalıyız. Yaz döneminde hazırlanan çeşitli yönetmelik, genelge ve kanuni düzenlemelerle sağlık hizmetlerinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarından alınmasına olanak tanındı. Dişhekimliği hizmetlerinin kapsam içerisinde olup olmadığı ve dişhekimliği hizmetlerinin nelerden alınacağı ile ilgili kararsızlık Ekim ayındaki uygulamalarla netleşmeye başladı. Maliye Bakanlığı, Özel Sağlık Kuruluşları Derneği ile yaptığı protokolde hizmetleri özel hastaneler, dal merkezleri ve polikliniklerden alınmak üzere sınırlandırdı. Muayenehaneleri kapsam dışına bıraktı.

Muayenehaneleri hizmet sunumu dışına tutan bu uygulamanın yanlışlığını, haksız rekabete yol açtığını ve adil olmadığını Sağlık ve Maliye Bakanlığı yetkililerine milletvekili meslektaşlarımızla birlikte de olmak üzere defalarca anlattık.

TDB sorunların çözümünü her zaman diyalog içerisinde; ikna etme ve ikna olma anlayışı içerisinde sürdürmüştür.

Bu sürecin işlemediği noktada da tepkisini gösterme rüştünü ispatlamış bir kurum olarak gereğini yapma kararlığı içerisinde olduğumuzu herkesin bilmesini isteriz.

Yeni yılın ülkemize, insanlığa ve mesleğimize esenlik getirmesi dileğiyle.

# TDB Gündemi

## 1219 değişikliği çalışmaları

Diğer sağlık mevzuatı gibi 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un değiştirilmesi hükümetin gündemindedir. Bu değişikliğe hazırlık olması amacı ile hazırlanan taslak Gaziantep'te yapılan TDB Başkanlar Konseyi toplantısında tartışılmıştı. Başkanlar Konseyi'nde gelen görüş ve önerilerle yeniden düzenlenen tasarı taslağı yeniden Odalarımıza ve fakültelere gönderildi. Alınacak değerlendirmelerle 1219 sayılı yasa taslağına son şekli verilecek.

## Tüketiciyi Koruma Protokolünde yeni adım

TDB ile DİŞSIAD arasında Haziran ayında imzalanan Tüketiciyi Koruma Protokolü'nün hayata geçirilmesinde önemli bir işlevi bulunan hakem heyeti oluşturuldu. Heyette şu isimler yer alıyor:

Ayhan Berk (TDB)

Bülent Çelik (TDB)

Prof.Dr. Serdar Çintan (Üniversite)

Ferizan Peker (DİŞSIAD)

Ali Çakır (DİŞSIAD)

Tüketiciyi Koruma Protokolü'ne göre dişhekimiyile firma arasında bir sorun çıktığında çözümü için -tarafaların yasal hakları saklı kalmak koşuluyla- bilirkişi olarak hakem heyeti karar verecek. Hakem heyetinin kararı bağlayıcı nitelikte olacak.



## Asgari Ücret Tarifesi Hazırlıkları

2004 yılı AÜT hazırlıkları sürüyor. Hacettepe Üniversitesi öğretim üyesi Doç. Dr. Çetin Akar tarafından sürdürülen ve AÜT'nin bilimsel metotlarla yeniden

belirlenmesi çalışmaları ve Odalarımızdan gelen değerlendirmeler doğrultusunda hazırlanan 2004 yılı AÜT Sağlık Bakanlığı'na gönderildi. Sağlık Bakanlığı'nın onayından sonra Resmi Gazete'de yayımlanacak AÜT, merkezî olarak bastırılarak Odalarımıza gönderilecek.

## Diş Koruma Günleri sona erdi

6-25 Kasım 2003 tarihlerinde gerçekleştirilen Diş Koruma Günleri kampanyası tamamlandı. 3126 meslektaşımızın katıldığı kampanyanın

geri dönüşleri sürüyor. Odalarımızdan da görüşlerini istediğimiz kampanya MYK'mızda da yeniden değerlendirilecek ve önümüzdeki yıllara yönelik politikamız belirlenecek.



## Genel Sağlık Sigortası tartışması

Hükümetin 2004 yılında uygulamaya başlamayı hedeflediği GSS tasarısına yönelik değerlendirmelerimizi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na göndermiştik.

GSS kapsamında Temel Teminat Paketi içinde yer alması düşünülen dişhekimliği hizmetlerinin ne olacağı konusunda Ankara'da geniş kapsamlı bir toplantı yapıldı. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı dişhekimiyi Yavuz Yenidünya, Prof.Dr. İnci Oktay, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Mustafa Gür, Dr. Gökhan Yıldırımkaya, Maliye Bakanlığı'ndan Abdurrahman Vargül ve TDB yöneticilerinin katıldığı iki gün süren toplantıda İstanbul'da uzun zamandır sürdürülen temel teminat paketinde yer alacak koruyucu ve tedavi edici dişhekimliği hizmetlerinin neler olduğu ve kapsamı çalışmalara katılan Bakanlıkların temsilcilerine sunuldu. Olumlu bir havada geçen toplantıların sonunda ortak çalışmaların sürdürülmesine karar verildi.



## 22 Kasım'ın ana konusu yeni dişhekimliği fakülteleriydi

22 Kasım Dişhekimliği Günü ve Ağız Diş Sağlığı Haftasının ana konusu yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmaması olarak belirlenmişti. Bu konuda MYK üyemiz ve komisyon sorumlumuz Tuncer Taşkın ta-

rafından ayrıntılı bir dosya hazırlandı.

17 Kasım 2003 Pazartesi günü TDB yöneticileri İstanbul'da dişhekimiyi milletvekilleri Prof.Dr. Muzaffer Gülyurt, Remziye Öztoprak, Süleyman Gündüz ve Seyfi Terzibaşoğlu, M.Ü. Dişhekimliği Fak. Dekanı Prof.Dr. Funda Yanıkoğlu, Yeditepe Üniv. D.F. Dekanı Prof.Dr. Türker Sandallı ve İDO Başkanı Rifat Yüzbaşıoğlu'nun katıldığı bir basın toplantısı yapıldı. Çok sayıda basın mensubunun katıldığı basın toplantısında yeni dişhekimliği fakültelerinin neden açılmaması gerektiği ayrıntılı olarak anlatıldı. 10 dişhekimliği fakültesi dekanı da mesajlarıyla basın toplantısına destek verdiler.

Hazırlanan dosya yaptıkları yerel basın toplantılarında kullanılmak üzere tüm Odalarımıza gönderildi.

## TDB'nin çeşitli kurullarda temsili

Birliğimiz, değiştirilen 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Kanunu'nda yer alan Reklam Kurulu ve Tüketici Konseyinde temsil edilmektedir.

Reklam Kurulunda Birliğimizi bundan böyle dişhekimiyi Eser Cilasun temsil edecek. GSS kurumu kanununda yer alan Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulunda da Birliğimiz temsil edilmektedir. Birliğimizi burada da dişhekimiyi Nezh Yavuz Tan temsil edecektir.

Türkiye İsrافی Önleme Vakfı toplantılarında da Birliğimizi Tüketici Hakları Komisyon üyemiz Serap Akpınar temsil ediyor.

## Döner sermaye uygulaması

1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline çalışma şartları, süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene vb. unsurlar dikkate alınarak döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına ilişkin çalışmalar sürüyor.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi amacıyla 2004 yılı başından itibaren döner sermayeli kuruluşlarda görevli personele ek ödeme yapılacak.

Halen 11 ildeki (Bolu, İstanbul, Manisa, Afyon, Balıkesir, Adıyaman, Erzurum, Tokat, Muğla) sağlık kuruluşlarında sürdürülen pilot uygulamanın sonucu hazırlanan yönerge taslakları Sağlık Bakanlığı'nca tartışmaya açıldı.

Bu amaçla önce Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinde yayımlanan yönerge taslakları 4 Aralık 2003 tarihinde yapılan toplantıda değerlendirildi.



# TDB'nin Kamunun muayenehanelerden hizmet almasına yönelik çalışmaları sürüyor

**TDB yetkililere; dişhekimliği hizmetlerinin özelden alınmaması uygulamasının yanlış bir uygulama olduğu, ama bu hizmetlerin muayenehaneleri dışlayarak diğer sağlık kuruluşlarından alınmasının ise çok daha büyük bir yanlış olacağı uyarısını yaptı.**

Nisan ayından bugüne kadar geçen süreçte, devlet memurları ve emekli sandığına ait yasa ve yönetmelikler, memur ve emeklilerin özel sağlık kuruluşlarından hizmet almasını sağlamak amacıyla değiştirilmiş, tamamlayıcı genelge, tebliğ ve protokoller çıkarılarak bu hizmetlerin hangi şartlarda ve hangi kuruluşlarca verileceği tanımlanmıştır.

TDB, en başından itibaren gerek Maliye Bakanlığı'nın gerekse Sağlık Bakanlığı'nın konuyla ilgili üst düzey bürokratları ile defalarca görüşmüş olup, onlara yeni mevzuatlarda dişhekimliğiyle ilgili belirsizlikler olduğu, diğer sağlık alanlarındaki gibi dişhekimliği hizmetlerinin de özelden alınmasının gerekliliğini ifade etmiştir. Bürokratlar ise dişhekimliği hizmetlerinin hiçbir şekilde özelden alınmasının düşünülmediğini, bu çalışmaların sadece diğer sağlık alanlarını kapsadığını belirtmişler ve hiçbir kuruluşa dişhekimliği hizmetlerine yönelik ödeme yapılmayacağını ısrarla bildirmişlerdir. Bunun üzerine TDB hukuksal yola başvurarak dişhekimliği hizmetlerinin özelden verilmesini engellemeye çalışan mevzuatla ilgili iptal ve yürütmeyi durdurma davası açmıştır. Bu arada TDB, özel sağlık kuruluşları-

nın ve özellikle de muayenehanelerin, resmi kurum hastalarına bakabilmeleri için, bir yandan gerekli girişimleri yaparken, diğer yandan da bu hizmetlerin nasıl verileceğine ve maliyetlerine yönelik çalışmasını bitirmek üzeredir. Genel sağlık sigortasına geçilse de geçilme de dişhekimliği hizmetlerinin sunumunun tamamen değişmesi gerektiği görüşünde olan TDB, çağdaş bir ağız ve diş sağlığı sisteminin nasıl olması gerektiğine yönelik çalışmasını kısa bir süre içerisinde sonuçlandıracak ve yetkili makamlara önerilerini sunacaktır. Bu çalışmaların içerisinde, Sağlık, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bürokratları da yer almakta ve çalışmanın her aşamasından bilgileri bulunmaktadır.

Nisan ayından Eylül'e gelindiğinde dişhekimliği hizmetlerinin muayenehaneler dışında kalan bazı özel poliklinik ve merkezler tarafından verildiği ve bazı kuruluşların hizmet bedellerini tahsil ettiği haberleri üzerine Maliye Bakanlığı yetkilileri ile yapılan görüşmede şimdiye kadar hiçbir ödeme yapılmadığı belirtildi. TDB de, yetkililere; dişhekimliği hizmetlerinin özelden alınmaması uygulamasının yanlış bir uygulama olduğu, ama bu hizmetlerin muayenehaneleri dışlayarak diğer sağlık kuruluşlarından alınmasının ise çok daha büyük bir yanlış olacağı, bu sürecin muayenehane hastalarını poliklinik ve diğer merkezlere yönlendireceği, zaten zorlukla ayakta duran serbest dişhekimlerinin ise muayenehanelerini kapatmak tehlikesi ile karşı karşıya kalabilecekleri uyarısını yaptı.

Kasım ayı içerisinde, muayenehaneler hariç olmak üzere dişhekimliği hizmetlerinin özelden alınmasına karar verildiği haberi üzerine Maliye Bakanlığı Müsteşarı ile bir görüşme yapıldı. Görüşmede AKP'li milletvekillerinden Dişhekimisi Remziye Öztoprak ve Dişhekimisi Orhan Seyfi Terzibaşoğlu'da yer aldı. Görüşmede TDB Başkanı Celal Yıldırım'ın "neden muayenehaneler sistem dışında bırakılıyor, bu işin mantığı nedir lütfen bize anlatın, biz de dişhekimlerine bunu izah edebilirim" sorusuna

Sayın Müsteşar; "tıp doktorlarının muayenehanelerinin de sistem dışında kaldığı, muayenehane sayılarının çok olduğu, bu yüzden kontrolün zor olduğu, halbuki poliklinik sayılarının daha az olduğu, dişhekimlerinin de poliklinik açabilecekleri, zaten muayenehanelere halen sevk hakkının olduğu, gerekirse bekleme sürelerinin 90 günden daha aşağıya çekilebileceği" şeklinde yanıtlar vermiştir.

Toplantıda Sayın Müsteşara, tıp doktorları ile dişhekimlerini karşılaştırmanın yanlış olacağı, hekimlerin % 90'ının resmi kurumlarda çalıştığı halde, resmi kurumların yetersiz olduğunun ifade edilip özelden hizmet alınmasının devletin bir hatası olduğu, dişhekimliği hizmetlerinde ise durumun tam tersi olduğu, dişhekimlerinin % 25'inin ancak kamuda çalışabileceği ve hizmetlerin büyük bir kısmının tüm ülkeye yayılmış muayenehanelerde verildiği, dişhekimlerini poliklinikleşmeye itmenin ülkenin kaynaklarını heba etmek anlamına geleceği, yarı bu uygulamadan vazgeçilirse dişhekimlerinin yaptıkları yatırımların borcuyla başbaşa kalacağı, ayrıca muayenehane sayılarının fazla olduğu gerekçesi ile kontrolünün zor olacağı iddiasına karşılık, eczanelerin de sayısının çok olduğu ve istenirse TDB'nin de aynen TEB gibi kendi kontrol mekanizmalarını kurabileceği ve Maliye Bakanlığı'nın iş yükünü üzerinden alabileceği, son olarak da muayenehanelerin uygulama dışında bırakılması kararı kesinleşirse, bu durumu dişhekimlerinin kabul etmesinin mümkün olamayacağı söylenmiştir.

Dişhekimisi milletvekilleri de TDB Başkanı Celal Yıldırım'ın görüşlerine destek vererek bu durumun mutlaka çözümlenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Toplantı sonucunda, 2004 yılına yönelik olarak çalışma yapmak üzere bütçe çalışmalarının yoğunluğu sebebi ile Aralık ayının ikinci yarısında tekrar toplanmaya karar verilmiştir. Bu arada da TDB'nin, konuyu iletme üzere Başkan Recep Tayyip Erdoğan ve Maliye Bakanı Kemal Unakıtan'dan randevu talebi sürmektedir.

# Döner sermaye uygulaması ve bazı sorunlar

**Sağlık Bakanlığı, personele hizmete katkısı oranında döner sermaye ek ödemesi yapılmasına ilişkin olarak 1. ve 2. basamak sağlık kurumlarında uygulanacak ek ödeme yönerge taslağını hazırlayarak 4 Aralık 2003 tarihinde Türk Dişhekimleri Birliği'nin de aralarında bulunduğu örgütlerin davet edildiği bir toplantı düzenledi. Toplantıda TDB uygulamanın sorunlu yanlarına ilişkin eleştirilerini gündeme getirdi.**

Sağlık Bakanlığı, personele hizmete katkısı oranında döner sermaye ek ödemesi yapılmasına ilişkin olarak, Bakanlığa bağlı on kurumda yaklaşık 8 aydır sürdürdüğü uygulamayı, yeni yıldan itibaren tüm Sağlık Bakanlığı kurumlarında başlatmayı planlıyor. Buna yönelik olarak Bakanlık 1. ve 2. basamak sağlık kurumlarında uygulanacak ek ödeme yönerge taslağını hazırlayarak 4 Aralık 2003 tarihinde aralarında Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, Türk Sağlık-Sen, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Türk Hemşireler Derneği, Türkiye Fizyoterapistler Derneği, Türk Psikologlar Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Biyologlar Derneği, Diyetisyenler Derneği ve Ankara'da bulunan bazı has-

tanelerin temsilcilerinin de bulunduğu bir toplantı düzenledi.

TDB, toplantıyla ilgili daveti alır almaz odalara bir duyuru çıkararak, üyelerinin bu konuyla ilgili görüşlerini bildirmesini istedi. Odalardan gelen veriler, Özlük Hakları Komisyonu'nca değerlendirildi ve çıkan sonuç TDB görüşü olarak toplantıda belirtildi.

Öncelikli olarak maaş artışı talebinde bulunuldu, fakat ek ödeme yoluyla gelir artışına da sıcak bakıldığı belirtildi. Taslak üzerinde TDB'nin düzeltilmesini istediği uygulamalar ise şöyle sıralandı:

- Taslaktaki puanlama sistemi hekimlere göre düşünüldüğünden bu puanlama sisteminde dişhekimi mağdur olmaktadır. Bir hekim günde 800-1000 puan toplayabilmekteyken aynı kurumda çalışan dişhekimi çok az bir puan toplayabilmektedir. Bu durum bazı yerlerde dişhekimlerinin kendi yanlarında çalışan personelden bile daha düşük bir ek ödeme almasına neden olmaktadır.

- Dişhekiminin yaptığı tedavi ve muayene hizmetleri taslakta yazıldığı gibi 12 adetle sınırlı değildir. Dişhekiminin yaptığı bütün girişimlerin puanlandırılması gereklidir. Puanlandırmada 2 kritere dikkat edilmesi gereklidir.

a) Dişhekimi diğer hekimlerle beraber çalışıyorsa, bir gün içerisinde maksimum kapasiteyle çalıştığında diğer hekimlerin ulaştığı puana ulaşabilmelidir.

b) Dişhekimi sadece dişhekimlerinin olduğu bir kurumda çalışıyorsa, farklı bölümlerde çalışan dişhekimleri arasında iş yoğunluğu-puan ilişkisi açısından bir denge sağlanmalıdır.

- Ayrıca koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerine yönelik okul ve halk eğitimi gibi bazı uygulamalar da puanlandırılmalıdır. Bu eleştiri ve önerilerimiz toplantıyı düzenleyen Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Prof.Dr. Sabahattin Aydın tarafından yerinde bulunmuş olup TDB'nin buna yönelik puanlama önerisini dikkate alacağını bildirmiştir.

- İzinlerin kullanılmasında bir miktar

esneklik getirilmesi açısından hekimin net performans puanının hesaplanmasında tıpkı 2. basamak taslağında olduğu gibi 1. basamak taslağında da aktif çalışılan gün katsayısı kullanılmamalıdır.

- Geçici görevlendirmelerde, gidilen kurumda döner sermaye yoksa kişilerin kendi kurumundan döner sermaye alması gerektiği,

- Serbest meslek katsayısı diye bir katsayı uygulamanın yanlış olacağı, çalışanların motivasyonunu azaltıp, huzuru bozabileceğini, (bu arada katsayının 0.5'ten 0.7'ye çıkarıldığı bildirildi)

- Ek 1'deki ek ödeme tavan tutarına esas teşkil eden farklı katsayı tablosunun yanlış olduğu ve çalışanlar arasındaki uçurumu iyice arttıracığı,

- 1. basamak yönerge taslağında döner sermaye komisyonunda dişhekiminin de olması gerektiği,

- 2. basamak kurumlar bölümünde sadece yataklı tedavi kurumlarından bahsedildiği, halbuki bağımsız ağız diş sağlığı merkezlerinin bunun dışında olduğu ifade edildi.

Diğer katılımcılar genel olarak kendi üyeleriyle ilgili benzer sorunları gündeme getirdiler. Toplantıya katılan sendika temsilcileri ve TTB üyesi, çalışanların alacakları ek ödeme miktarları arasında büyük farklar oluşabileceğini ve taslağın bu haliyle çıkması halinde çalışanlar arasındaki huzuru bozabileceği uyarısını yaptılar. Yine TTB üyesi, ek ödeme uygulamasının doğru bir uygulama olmadığını bunun yerine maaş artışı istediklerini ve kararlı olduklarını ifade etti.

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı'nın, tüm Sağlık Bakanlığı çalışanlarını ilgilendiren bir uygulama için, çalışanların temsilcilerinin katıldığı bir toplantı organize etmesi ve birçok konuda katılımcıların görüşü doğrultusunda taslağın düzeltileneceğinin ifade edilmesi bundan sonraki gelişmeler konusunda umut verdi.



## IDEX 2003 fuari CNR Expo'da yapıldı



**I**DEX 2003 fuarı 16-19 Ekim 2003 tarihleri arasında İstanbul Yeşilköy'deki CNR Kongre Merkezi'nde gerçekleştirildi. DIŞSIAD'ın CNR'la birlikte organize ettiği fuarın açılışına TDB Genel Başkanı Celal K. Yıldırım da katıldı. 16 Ekim 2003 günü gerçekleştirilen açılış töreninde DIŞSIAD Başkanı Yusuf Ar-

pacıoğlu, TDB Genel Başkanı Celal K. Yıldırım, Erzurum Milletvekili Dişhekim-i Prof.Dr. Muzaffer Gülyurt ve CNR Fuarlar Direktörü Gülek Dağlar birer konuşma yaptı.

Türkiye'den ve yurtdışından çok sayıda firmanın katıldığı fuar dört gün süreyle dişhekimlerini ağırladı.



## Çanakkale Dişhekimleri Odası 6. Bilimsel Sempozyumu

**Ç**anakkale Dişhekimleri Odası'nın düzenlediği 6.Bilimsel Sempozyum 26 Ekim 2003 tarihinde gerçekleştirildi. 2000 yılında kurulan Çanakkale Dişhekimleri Odası bu sempozyum kapsamında ilk kez uygulamalı kurslara yer verdi. "Doldurma Teknikleri ile Kanal Tedavisi Uygulanmış Dişlere Kompozit Restorasyon" ve "Döner Aletlerle Kök Kanalı Şekillendirme" konulu kurslar Prof.Dr.Raif Erişen tarafından verildi.

Çanakkale Dişhekimleri Odası, Bilimsel Dişhekimliği'nin 95.yılıni çeşitli etkinliklerle kutladı. Ağız ve Diş sağlığı Haftası'nın başlangıcında Oda yetkilileri Çanakkale Valisi Süleyman Kamçı'yı ziyaret ederek, etkinliklerle ilgili bilgi verdiler ve yeni dişhekimliği fakültesi açılmaması konusunda görüşlerini anlattılar.

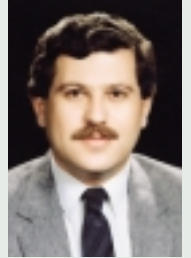
Ayrıca Çanakkale'de Ramazan ayı bo-

yunca Çanakkale Sanayici ve İşadamları Derneği'nin çadırda yoksullara verilecek yemeğin bir geceliğini de Çanakkale Dişhekimleri Odası'nın vermesi teklifi kabul edilerek Oda üyelerinin de desteği ile 21 Kasım'da yoksullara yemek verildi ve yemeğe katılanlara diş macunu ve broşür dağıtıldı. Yine bu etkinlikler çerçevesinde Kirazlı Yatılı Bölge Okulu, Turgutreis İlköğretim Okulu ve Atatürk İlköğretim Okulu'nda ağız, diş sağlığı eğitimi verilerek öğrencilere Türk Dişhekimleri Birliği'nin gönderdiği diş macunları ve diş fırçaları dağıtıldı.

Ağız Diş Sağlığı Haftası etkinlikleri, 22 Kasım günü Atatürk Anıtı'na çelenk konularak saygı duruşunda bulunulması ve akşam geleneksel yemek ile meslekte 25.yılıni dolduran dişhekimlerine plaketleri verilerek sona erdi.

## Hacettepe Ü. Dişhekimliği Fakültesi dekanlığına Prof.Dr. Osman Taha Köseoğlu atandı

**L**953 Fatsa doğumlu olan Köseoğlu 1978 yılında Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesinden mezun oldu. Aynı yıl fakültenin Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim



Dalına asistan olarak girdi. Almanya, Nürnberg-Erlangen Üniversitesi Maksillofasiyal Cerrahi Kliniğinde 2 yıl klinik asistanı olarak çalıştı. 1983 yılında doktorasını verdi. DAAD bursuyla, Köln Üniversitesi Maksillofasiyal Cerrahi Kliniğinde araştırma asistanı olarak çalıştı. 1987 yılında doçent, 1995 yılında profesör oldu.

Doktora Danışmanlığı ve Araştırma Proje Yöneticiliği yanında çeşitli idari görevlerde yer aldı. Ankara Dişhekimleri Odası ve TDB'nin çeşitli aktivasyonlarında çalışmalarına katıldı. 2001-2003 yılları arasında H.Ü. Mezunlar Derneği Başkanlığı, 1999-2003 yılları arasında Dişhekimliği Fakültesi İşletme Koordinatörlüğü ve 1997-2003 yılları arasında Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Dişhekimisi Zehra (Köylü) Köseoğlu'nun eşi, Naz Köseoğlu'nun babasıdır.



**Türk Dişhekimleri Birliği Genel Başkanı Celal K. Yıldırım göreve gelmelerinden bu yana geçen bir yılı dergimiz için değerlendirdi. Değerlendirmelerini son bir yılın öne çıkan konuları olan uzmanlık sorunu, yeni dişhekimliği fakülteleri ve Genel Sağlık Sigortası tasarısı üzerinde yoğunlaştıran Yıldırım meslektaşlarımıza da sorunlara müdahil olmaları için çağrı yaptı:**

# 'Sorunlarımızı öncelikle diyalogla çözmeye çalışıyoruz'

**TDB Genel Kurulu'ndan bu yana yaklaşık 1 yıllık bir zaman geçti. Görevi aldığınızda dişhekimliğinin yoğunlaşmış bazı sorunları vardı. Bunların bir tanesi dişhekimliğinde uzmanlığın geldiği noktaydı. Uzmanlık konusunda gözlemlediğimiz kadarıyla oldukça mesafe alındı. İsterseniz oradan başlayalım. Dişhekimliğinde uzmanlık konusunda ilerleme nasıl sağlandı?**

Dişhekimliği bileşenleri arasında bu konuyla ilgili olarak yanlış ve eksik bilgilenmekten kaynaklanan sorunlar vardı. Bu sorunun tartışılmasıyla birlikte birbirimizi etkileme süreci çok hızlı yaşandı. Şimdi bir uzlaşma noktası yakalanmış durumda. Sorunun çözümünde hem parlamentodaki milletvekillerimizin hem de konuyla ilgili olan bilimsel dernek başkanları ve fakülte dekanlarımızın çok ciddi çabaları oldu. TDB bu konuyla ilgili olarak Dişhekimliğinde Uzmanlık kurulunu oluşturdu. Bu kurul TDB'nin konuyla ilgili komisyonuna ek olarak bilim dernekleri temsilcilerinden oluşan bir kurul. Uzman dişhekimine hangi alanlarda ihtiyaç olduğu ve uzmanlık eğitiminin ilgili temel kriterleri üzerine bir çalışma yapacak.

**Hangi dallarda uzmanlık olması gerektiği yönünde bir sonuç var mı?**

Antalya'daki kurultayda ortodonti ve o-

ral-maksillofasial cerrahinin uzmanlık olmasına karar verdik. Bizim o kurultaydaki kararımız diğer dallarda uzmanlıklar kesinlikle olmasın şeklinde bir yaklaşım değil. Biliyorsunuz AB direktifleri sadece iki dalda uzmanlığı almış olanlara serbest dolaşımı olanaklı kılıyor. Biz de bu sürecin dışında kalmamak için uzmanlığın o iki dalda olması konusunda bir mutabakat sağladık. Başka dallarda uzmanlığın olup olmaması konusunda ise bahsettiğim Kurulun çalışmaları bizi yönlendirecek.

**Bu çalışmaların sonuçlarının ne kadar bir zaman içerisinde alınmasını bekliyorsunuz?**

Bu çalışma dinamik bir çalışma. Yani bugün Türk Dişhekimliğinin bileşenleri oturup x sayıda karar verirler ama 5 sene sonra oturup tekrar süreci sorgularlar ve diyebilirler ki 'artık şu dallarda uzmanlığa ihtiyacımız yoktur, şu dallarda vardır'. Şu anda uzmanlık tüzüğü'nün hukuksal olarak durumu nedir diye sorarsanız, danıştığınızın aldığı kararlarla uzmanlık tüzüğü'nün ana iskeletini oluşturan kurul ve komisyonlar geçersiz kaldığı için artık ortada bir uzmanlık tüzüğü yok. Sağlık Bakanlığı'nın bu konuyla ilgili bir çalışması var. Bu, tüzük şeklinde mi olacak, yeni bir yasa şeklinde mi olacak henüz net değil. Biz bu konuyla ilgili mutaba-

katımızı Sağlık Bakanlığı'na sunduk.

**Önceki hükümet döneminde açılmasına karar verilen 2 fakülteye ilaveten geçtiğimiz aylarda da KTÜ bünyesinde bir Dişhekimliği Fakültesi açılması kararı alındı. Bu gelişmeyi nasıl yorumluyorsunuz?**

Türkiye'de insan gücünün nicelik ve niteliği konusunda karar veren bir yapı yok. Ne kadar dişhekime ihtiyacımız var diye bir sorgulama yapılmıyor. Şu anda kamuda ve özelde çalışan dişhekimlerinin iş verimlilikleri nedir? Bunların verimliliklerini artırmak için ne yapmak lazım? Gelecekteki dişhekimliği hizmetlerine talebin artışı ne düzeyde olacak şeklinde bir çalışma yok. TDB ve dişhekimliği fakülteleri olarak yıllardır biz Türkiye'nin yeni dişhekimliği fakültesine ihtiyacı olmadığını, insan gücü planlaması yapıldıktan sonra karar verilmesi gerektiğini ifade ettik. Artık öyle bir noktaya geldi ki iş, bardak taşmaya başladı.

Türkiye'de sağlık bilinci ve satın alma gücü gibi nedenlerden dolayı toplum dişhekimliği hizmetlerini kullanmıyor, kullanamıyor. O zaman yapılması gereken hizmetin kullanılabilirliğini gözlemleyip insan gücünü ona göre planlamak. Türkiye'de şu anda toplumun dişhekimliği hizmetini kullanma sıklığı yılda 0.7. Gelişmiş ülkelerde ise bu sayı 5. Yani 7 ka-



tı bir farklılık söz konusu. Dişhekimlerinin muayenehanedeki günlük hasta sirkülasyonları ortalama 6-7 civarında. Gelişmiş ülkelerde örneğin İngiltere, Almanya gibi ülkelerde bu sayı 30-50 arasında. Bu, şunu gösteriyor, dişhekimleri verimli çalışmıyor.

Dişhekimliği fakültelerinin açılmaması konusunda özellikle dişhekimii milletvekillerimizden çok ciddi bir destek alıyoruz. Bunun yanı sıra dişhekimliği fakültelerinin konuyla ilgili duyarlılıkları çok çok iyi. Yaptığımız basın toplantısında 4 tane milletvekilimiz yanıımızdaydı. Prof.Dr. Muzaffer Gülyurt, Seyfi Terzibaşoğlu, Remziye Ötoprak ve Süleyman Gündüz. Yine o toplantıda iki dekanımız, Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Funda Yanıkoğlu ve Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Türker Sandallı yanıımızdaydı. Diğer 10 fakültenin dekanının yazılı desteğini aldık. Süleyman Demirel Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi dekanlarıyla yaptığımız telefon görüşmelerinde görüşlerimizi uygun bulmalarına rağmen faksları elimize ulaşmadı.

### **TDB bu konuyla ilgili kendi üyelerini harekete geçirme yönünde bir çalışma yaptı mı?**

Türkiye çapında yaptığımız bir imza kampanyası var. İmza kampanyasını Gaziantep'te yaptığımız Başkanlar Konseyi toplantısında kararlaştırmıştık. Arzu edilen imzaları topladık. Bazı odalarımız gerçekten çok iyi çalıştı. Denizli, Diyarbakır, Zonguldak çok çok iyi çalıştı. Bazı Odalarımızsa gerekli duyarlılığı göstermediler. Şimdi biz bu imzalarımızla Sağlık Bakanlığı ve YÖK nezdinde girişimlerde bulunacağız.

Odalarımızın aynı zamanda bizim dişhekimii milletvekilleriyle kurduğumuz ilişkiye benzer bir ilişkiyi kendi bölge milletvekilleriyle de kurması lazım. Kendi bölgelerinden seçilen milletvekillerine dosyamızı sunarak dişhekimliği fakültelerinin açılmasını önlemeleri gerekmektedir. Dişhekimlerinin yaşam koşullarının düzelmesi ve muayenehanelerin verimli çalışmasının yolu Türkiye'nin ekonomik koşullarının düzeltilmesi ve hasta sirkülasyonunun artmasıyla mümkün. Türkiye'nin ekonomik koşullarını düzeltmek TDB'yi aşan bir şey. Fakat TDB ve Dişhekimleri Odaları olarak biz dişhekimliği fakültelerinin açılmasını önleyebiliriz. Bunun hem dişhekimlerine hem de ülkeye faydası var. Nedeni şu; bir dişhekimliği fakültesinin açılmasının bedeli trilyonlar. Bir dişhekimliği öğrencisinin

## **'dişhekimii hizmetleri dışardan alınacaksa bu sadece özel hastaneler ve polikliniklerle sınırlı kalmamalı, muayenehanelerdeki dişhekimlerine de açılmalıdır'**

yıllık eğitim maliyeti 5000-7500 dolar. Yani bir kişinin devlete maliyetini ortalama 30 bin dolar. O kişinin aynı şekilde ailesine de bir maliyeti var. Topladığınız zaman 50 bin dolar gibi bir rakam yapar. Siz her sene yüzlerce öğrenciyi fakültelerden mezun ederek ve kamuda istihdam edemeyerek onlara zorunlu olarak muayenehanenin açılması için de milyarlarca harcama yaparak o parayı da toprağa gömüyorsunuz. Oysa bu parayı çok rahatlıkla sağlık hizmetlerinde kullanabilirsiniz. Akıllı devlet, akıllı yönetici bunu yapmak zorunda.

### **Klasik siyaset tarzının bu dönemde de bir şekilde egemen olduğunu gördük. Bu neden bir türlü kırlamıyor?**

Türkiye'de sivil toplum örgütleri siyasetçilerden çok daha fazla öngörülü. Ama kral çıplak demek biraz cesaret ister, şimdi bu cesareti gösteren insanlar var. Milletvekili meslektaşlarımız bu cesareti gösteriyor. Örneğin geçen hafta Muzaffer Gülyurt hocamızın parlamentoda yaptığı bir konuşma var. Bugüne kadar birileri kalkıp da o kürsüden dişhekimliği fakültesi veya üniversite açılmamalıdır şeklinde konuşma yapmamıştı. Bütün siyasetçilerin -genel olarak söylüyorum- ucuz yöntemlerle kendi illerinde fakülteler veya üniversiteler açarak oranın ekonomisini canlandırarak gibi bir düşünceleri var. Oranın ekonomisini canlandırırken Türkiye'nin ekonomisini çökerttiklerini düşünmezler. Ama bunu parlamentodaki milletvekili meslektaşlarımız yaptılar. Giderek bu yaygınlaşacak. Yani Türkiye gücün yönlendirdiği değil aklın, bilginin yönlendirdiği bir toplum olmak zorunda. Aynı şekilde gücün yönlendirdiği siyasetçilerin değil aklın yönlendirdiği siyasetçilerin hakim olduğu bir parlamentoya sahip olmak zorunda. Bu olduğu za-



man zaten Türkiye'nin önü açılacaktır. **Yeni açılan fakültelerle ilgili öneriniz nedir?**

Varolan fakültelerin kapatılması, hukuken mümkün olmakla birlikte siyaseten bunu yapabileceklerine inanmıyorum. Ama şunu çok rahatlıkla yapabilirler. Bazı fakültelerimiz hem öğrenci kontenjanı açısından hem öğretim üyeleri açısından çok fazla dolu. Buraların kontenjanlarının bir kısmı yeni açılan fakültelere kaydırılabilir. Bu yapıldığı zaman bu fakültelerdeki eğitimimizin kalitesi de artacaktır. Eski fakültelerin de kontenjanı düşürüldüğü için onların kalitesi de artacaktır. Burada en büyük sorun öğretim görevlisinin kaydırılmasıyla ilgili problem ortaya çıkar. İkamet yeriyle ilgili çok ciddi sıkıntıları olmayan insanları o bölgelere teşvik ederek göndermek mümkün olabilir. Bunun yöntemlerini bulmak zorundayız. İstendikten sonra yapılabilir.

### **Maliye Bakanlığı'nın Sağlık Bakanlığı'yla mutabık kalarak yaptığı bir düzenleme var. Ekim ayından itibaren uygulamaya konan, dişhekimliği hizmetlerini Emekli Sandığı mensuplarına ve 657'ye bağlı olan kişilerin ve bakmakla yükümlü oldukları yakınlarının dişhekimliği hizmetlerini özel hastane ve polikliniklerden alabilmeleri gibi bir kararı var. Muayenehanelerin bu kararın dışında bırakılmasını nasıl değerlendiriyorsunuz?**

TDB Eylül ayından beri bu uygulamanın adil olmadığı, dişhekimleri arasında ayrışmaya yol açtığı ve hizmetin daha kaliteli sunulmasını engelleyeceği konusunda Sağlık Bakanlığı'nı ve özellikle Maliye Bakanlığı'nı bilgilendirme ve kararı değiştirme yönünde girişimlerde bulundu. Geçtiğimiz ay milletvekillerimizle birlikte Maliye Bakanlığı müsteşarıyla yaptığı

mız görüşmede 'dişhekimi hizmetleri dışardan alınacaksa bu sadece özel hastaneler ve polikliniklerle sınırlı kalmamalı, muayenehanelerdeki dişhekimlerine de açılmalıdır' şeklinde görüşlerimizi ifade ettik. Buna yönelik gerekçelerimizi kendilerine sunduk. Bunun en kısa zamanda çözümlenmesini talep ediyoruz. Eğer talebimiz kabul edilmezse toplumu bilgilendirmeye ve siyasi iktidarın bu konudaki yanlısını topluma anlatmaya yönelik etkinliklerimiz olacaktır.

### **Genel Sağlık Sigortası tasarısı şu anda gündemde. Tasarıyı genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz, temel eleştirileriniz neler?**

Dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda değişik modeller var. Bir tanesi, bütçeden sağlığa ayrılan payla karşılanması, bir diğeri bireylerden toplanan primlerle karşılanması ve bir diğeri de cepten ödeme yapılmasıdır. Hiçbir ülkede tek bir sistem yok. Birinin daha ağırlıklı olduğu uygulamalar var. Türkiye'ye baktığımız zaman şu anda her biri uygulanıyor. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile ilgili bir çok başlılık var. Bunu sona erdirecek olan sistemin bizim açımızdan Genel Sağlık Sigortası olması veya devlet bütçeli bir sistem olması tartışması çok teknik bir tartışmadır. Genel Sağlık Sigortası'na karşı çıkan kurumlar ve kişiler var. Gerekçelerinin haklı tarafları da var. TDB olarak bizim şu anda kendimizi kilitlediğimiz nokta; dişhekimliği hizmetlerinin de dışardan satın alınmasına yönelik bir sistem kurulması ve kamuda çalışan meslektaşlarımızın çalışma alanlarının belirlenmesi. Bize göre bir dişhekimi emeğini ya kamuda kullanmalı ya da özelde. Hem kamuda çalışıp hem özel muayenehanecilik yapılmaması lazım. Kamu çalışanlarına sosyal yaşamlarını sürdürebilecekleri bir ücret verdiğimizde ben inanıyorum ki hiçbir kamu çalışanı özel alanda emeğini değerlendirmeyecektir. Eğer böylesi bir düzenleme söz konusu olursa o zaman kamu alanında çalışan meslektaşlarımızın daha verimli hizmet üretmesi söz konusu olacaktır.

Kamuda çalışan sağlık çalışanları ile özelde emeklerini kullananların birbirini sinerjik anlamda tamamlayacak bir rekabet içerisinde olmaları lazım. Bunun için de hizmet kullanıcılarının her iki alandan da hizmeti alabilmesine yönelik bir düzenleme gereklidir. Bu ister Genel Sağlık Sigortası, ister başka bir şey olur. Biz böyle bir sistem kurulması gerekliliğine inanıyoruz. Yani kamuda çalışan Ahmet Varol ile kendi muayenehanesine



sahip olan Mehmet Varol'un hizmetin kalitesi konusunda aynı koşullarda yarışmasını sağlamak lazım. İsmi ne olursa olsun böyle bir sistem kurulmasının sağlık sisteminin olmazsa olmaz çıkış yolu olarak görüyoruz. Çünkü sağlık sektörü şu anki yapılanmasıyla tükenmiş durumdadır. Sağlık sektöründeki sorunların çözümü insanların vicdanına bırakılmaz. Kuralları konmuş bir sistem gereklidir.

### **Genel Sağlık Sigortası sistemi primlerle mi yoksa devlet bütçesinden ayrılan payla mı finanse edilecek?**

Şuanki taslakta hem kişilerden prim toplanacak hem de vergi gelirinin belli bir yüzdesinin sisteme aktarılacağı yazılı. Birisinde adını koyuyorsun. Diyorsun ki; ben senden şu kadar parayı sağlık harcamalarında kullanmak için alıyorum. Ötekisinde diyorsun ki ben senin kazancının yüzde bilmem kaçını alıyorum, işte bu kazançla eğitim, ulaşım, sağlık gibi hizmetleri vereceğim diyorsun. O hizmetleri verip vermediğin neye bağlı? Toplumsal muhalefetin bu konuyla ilgili baskısına bağlı. Genel Sağlık Sigortası'nda ne diyorsun? Ben senden şu parayı sağlıkla ilgili alacağım diyorsun. Bunun için ödeme yapan insanların bunun hesabını sorması daha doğrudan olacaktır.

### **Genel Sağlık Sigortası'nda insanlar parayı kendi sağlık hizmetleri için ödüyorlar. Bütçeye vergi öderken ise yurttaş olarak başkalarının da yararlanacağı sağlık hizmetlerine katkı yapıyor...**

Genel Sağlık Sigortası'nda da insanların kazancına göre prim toplanıyor. Sistemin mantığı çok kazananın daha çok parasını almak, az kazananın daha az parasını almak. Zenginden yoksula, gençten

**Bize göre bir dişhekimi emeğini ya kamuda kullanmalı ya da özelde. Hem kamuda çalışıp hem özel muayenehanecilik yapılmaması lazım. Kamu çalışanlarına sosyal yaşamlarını sürdürebilecekleri bir ücret verdiğimizde ben inanıyorum ki hiçbir kamu çalışanı özel alanda emeğini değerlendirmeyecektir.**

yaşıya, sağlıklıdan hastaya doğru bir sistem kuruluyor.

Genel Sağlık Sigortası için endişelerden biri şu: 'Türkiye'de insanlardan prim toplayamazsınız.' Gerçekçi bir kaygı. O zaman şöyle bir durum gündeme geliyor Türkiye'de zaten kayıt dışı ekonomi %60'lara varmış, vergi de toplanmıyor. Türkiye'nin ağırlıklı vergi geliri dolaylı vergilerden oluşuyor. Yani KDV. Bu vergiyi de kimden alıyorsun? Türkiye'nin yoksulundan alıyorsun. Yani tüketiciden alıyorsun. Zaten Türkiye'de adil bir vergi sistemi yok. O zaman ya bu noktada duracaksın veya sistemi değiştirmek zorundasın. Burada en büyük problem, Genel Sağlık Sigortası olarak topladığın primlerin sağlık harcamalarını karşılayamadığı noktada devletin şu veya bu şekilde sağlık harcamalarını sübvansane etmesi lazım. Tasarıda böyle bir şeyin olması devletin sosyal devlet görevini yerine getirmesini sağlamayabilir. Bu noktada hizmet kullanıcılarının, onların örgütlerinin, sendikalarının, sivil toplum kuruluşlarının, tüketici derneklerinin vs. siyasi iktidarı zorlaması gerekli. Yani devletin kaynaklarının sosyal amaçlı kullanılmasına yönelik zorlaması lazım. Zorlamadığı noktada iktidarı elinde tutan gücün yapacağı çok açıktır. Şu anda ne yapıyorsa o zaman da aynı şeyi yapacaktır. Oradaki parayı keserek başka bir noktada kullanacaktır.

### **Koruyucu hizmetlerin durumu ne olacak?**

Sağlık hizmetlerinin temeli koruyucu sağlık hizmetleridir. Buna öncelik vermeyecekler şeklinde bir endişe var. Buna biz de katılıyoruz. Ama akli başındaki siyasetçi şunu görmek zorundadır. Sağlık hizmetlerindeki harcamayı düşürmenin

yolu koruyucu sağlık uygulamalarına öncelik verilmesinden geçer. Biz geçen haftalar içerisinde devletin ilgili kurumlarıyla, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile yaptığımız toplantıda kendilerine önerdiğimiz Genel Sağlık Sigortası'yla ilgili olmazsa olmaz koşul koruyucu ağız diş sağlığı hizmetleriyle ilgili projemiz oldu. Bunu yapmadığı sürece devletin ağız ve diş sağlığı harcamalarını düşürmesi mümkün değildir.

### **Geçtiğimiz bir yıllık sürede siyasi iktidarlar ve Sağlık Bakanlığı'yla ilişkileriniz nasıl seyretti?**

Türkiye'de muhalefet dediğiniz zaman ne olursa olsun karşı tarafın tezlerine farklı alternatif sunmaktır. Ne olursa olsun muhalif olmaktır. Bizim böyle bir anlayışımız yok. Önce kendimizi tanımlıyoruz. Kendimizin konuyla ilgili isteklerimizin ne olduğunu tarif edip, bu tarif çerçevesinde eğer iktidar farklı bir önerme içerisinde bulunuyorsa öncelikle kendi uyarılarımızı ve önerilerimizi sunuyoruz. Bir ilerleme sağlanmadığı zaman muhalefetimizi tabii ki yapıyoruz. Ama onların önerileri uygunsa körlemesine muhalefet gibi bir duruşumuz yok. Şu bir gerçeklik, Türkiye'de iktidarla diyalog içerisinde olan insanlar eleştirilerini yöneltmek konusunda çekinceli davranıyor. Böyle bir kültürümüz var. Ama bu anlayışı, bu kültürü değiştirmek lazım. Yani ben Ahmet'le yakın olabilirim ama onun yanlışları ve eksikliklerini ona ifade etmek zorundayım. İyi dost böyle olmak zorunda. İyi bir muhalefet de iktidarın yanlışlarını ifade eden, onun doğru yapmasını sağlayan ve yapamadığı noktada da toplumu bu konuyla ilgili bilgilendiren bir yapıdır. TDB'nin politikası bu. Bu anlamda biz hiçbir dönem hiçbir siyasi iktidara karşı ne uzaklık ne yakındık.

Türkiye'de siyaset yapma anlayışı çok zor değişiyor. Sivil toplum örgütlerine, yerele, topluma açık olma süreci çok yavaş işliyor. Maliye Bakanlığı'yla Bütçe Uygulama Talimatı ve hizmetlerin dışarıdan satın alınmasıyla ilgili sıkıntılarımız nedeniyle bazı sorunlar var. Diğer üç bakanlıkla Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı ile ilişkilerimiz iyi. Siyaseti etkilemek ve değiştirmek zorundayız. Biz onları kendi sorunlarımızla ilgili duyarlılaştırdık. Şimdi, duyarlılığı bilgiyle desteklemek lazım. Bilgiyle desteklemenin ardından bilginin bilince çıkması mümkün olur. Eğer biz bunları bilince çıkartabilirsek sorunlarımızı çözebiliriz.

### **Uluslararası ilişkiler konusunda bu dönemde bir gelişme sağlandı mı?**

Geçmişten gelen kurumsal ilişkilerimiz oldukça iyi bir noktada. Son FDI Sidney Kongresi'nde Türkiye'den katılan meslektaşlarımız çalışma gruplarında yer alarak çok iyi bir performans gösterdiler. Nermin Yamalık hocamızın projeleri kabul edildi. Biz henüz bu projenin önemini çok iyi kavramış değiliz. Türkiye'den bir akademisyenin FDI'n komisyonunda bir projesinin kabul edilmesi ve ondan başka projelerin istenmesi Türkiye'de akademik alandaki insan kalitesinin belirli bir düzeye geldiğini gösteriyor. Biz bu nitelikte insanların uluslararası açılımına yönelik her türlü desteği sunma hızımızı ve sunma olanaklarımızı artırdığımız sürece Türkiye'nin hem yurtdışındaki tanınabilirliği hem de FDI'n uluslararası kongresinin Türkiye'de yapılmasının alt yapısını oluşturmuş oluyoruz. TDB'nin kendisini kilitlediği noktalardan bir tanesi de Dünya Dışhekimleri Birliği'nin kongresinin Türkiye'de en kısa zamanda organize edilmesi. Burada en büyük sıkıntılardan bir tanesi Türkiye'de bu konuyla ilgili fiziki alt yapı yetersiz. İstanbul'da kongre vadisi olarak adlandırılan alanda birtakım değişiklikler olması söz konusu. Bu değişikliklere yönelik olarak biz de önerilerimizi hazırlıyoruz. Dosyamızı sunacağız.

### **Sanayi ile ilgili ilişkilerde gelinen nokta nedir?**

Biliyorsunuz sanayiye biz ikiye ayırıyoruz. Ağız ve diş bakım ürünleri endüstrisi ve bizim muayenehanelerde kullandığımız cihaz ve malzemelere yönelik üretim ve pazarlamada bulunan kesim. Ağız diş sağlığı bakım ve ürünleri endüstrisiyle projelerimiz sürüyor. Her biriyle farklı farklı çalışmalar yapıyoruz. Bizim yıllardır ifade ettiğimiz bir hedefimiz vardı. Türkiye'de resmi ve özel kurumlar, toplumu ağız diş sağlığı konusunda bilgilendirmek üzere çalışmalar yaparlar. Bu çalışmalara harcanan emek ve kullanılan maddi kaynaklar ne yazık ki yapılan çalışmanın sonucuyla değerlendirildiği zaman çok da olumlu değil. Biz hem insan gücünün hem de kaynakların tek kanaldan kullanılabilmesi amacıyla 1999 yılında Ulusal Ağız Diş Sağlığı konseyi kurulması konusunda bir karar almıştık. Bu kararın içerisinde her iki endüstri, devletin ilgili yapıları, sivil toplum kuruluşları ve TDB vardı. Bu yıl bunun sonucunu almaya çalışıyoruz. Zannediyorum ki 2004 yılı içinde Ulusal Ağız Diş Sağlığı Konseyi kurularak Türkiye'de toplum ağız diş sağlığı eğitimi konusunda ortak

projeleri üretmek ve uygulamak üzere çalışmalar başlayacak.

İkinci alanımız ise özel muayenehanedeki cihaz ve malzemeleri satan firmalarla geçmişte yanlış anlamadan kaynaklanan bir problem vardı. Bu problemler Antalya'daki kongreyle birlikte aşıldı. DIŞSIAD ile birlikte Türkiye'yi bu coğrafyanın bilim ve fuar merkezi yapma yönünde bir mutabakatımız var. Sık sık toplantılar yapıyoruz. Endüstri dışarıya açılma; ürünlerimizi ihraç etme konusunda kendilerini daha hazırlıklı hissediyorlar. Sanıyorum bu noktada da çok iyi gelişmeler olacak.

### **Son olarak geçtiğimiz haftalarda İstanbul'da yaşanan bombalı saldırılara ilgili düşüncelerinizi alabilir miyiz?**

Terörün gücü ve gücün terörünü reddetmek lazım. Güç odakları egemenliklerini dünya ülkelerine kabul ettirmek için zor kullanıyor. Kendine uymayan birtakım ülkelere şu veya bu şekilde şiddet uygularsan ve bunu da demokrasi adına yaptığını ifade edersen kimseyi inandıramazsın. Bu açıkçası gücün terörüdür. Buna karşı birtakım insanların terörü bir araç olarak kullanması ve bunun sonucunda masum onlarca, yüzlerce insanın ölmesini de kabullenmek mümkün değil. TDB geçmişte olduğu gibi günümüzde de hem devletlerin terörüne hem de bireylerin terörüne karşı çıkmıştır.

Türkiye'ye yönelik yapılan son terör eyleminin arkasında Türkiye'yi daha çok istikrarsızlaştırmak gibi bir hedef var. Bu anlamda Türkiye Devleti, Türkiye'deki siyasetçiler, sivil toplum örgütleri bu senaryoyu çok iyi okuyup buna göre kendi politikalarını üretmek zorundadırlar. Fotoğrafi çok iyi değerlendirmek lazım. Bana göre bu fotoğrafın arkasında sermayenin küresel dünyasını kurmak isteyenler var. Bu küresel sermayeye karşı insanlığın küresel dayanışmasını gündeme getirmek lazım.

Eğer dünya nüfusunun %10'u dünya gelirinin %80'ine sahipse veya Türkiye'de 12 milyonluk nüfus günde 1 dolar, 13 milyonluk nüfus da günde 2 dolar kazanıyorsa ve diğer taraftan 2 veya 3 milyonluk nüfus günde bilmem kaç bin dolar kazanıyorsa bu ülkede de, bu dünyada da huzurun olması mümkün değildir. Sosyal adalet sağlanmadığı sürece bu tür olayların olmasına zemin hazırlanır. Bunu poliseye önlemlerle, birtakım demokratik hakları kısıtlayarak çözmeye olanağına sahip değiliz. Bunun için yapılması gereken, ülkeler arasındaki ve ülke içerisindeki sosyoekonomik farklılıkların ortadan kaldırılmasıdır.

**TDB 11. Uluslararası  
Dışhekimliği Kongresi ve  
Expodental 2004 bu yıl  
İstanbul Dışhekimleri  
Odası'nın organizasyonu  
İstanbul Lütfi Kırdar Kongre  
Merkezi'nde gerçekleşecek.  
Son anda NATO toplantısının  
Haziran'a alınması nedeniyle  
Mayıs ayında yapılmak  
zorunda kalınan kongreyle  
ilgili olarak İstanbul  
Dışhekimleri Odası Başkanı  
Rifat Yüzbaşıoğlu'dan  
bilgi aldık.**



## **TDB 11. Uluslararası Dışhekimliği Kongresi**

# **17-22 Mayıs 2004 tarihlerinde yapılacak**



**Rifat Yüzbaşıoğlu**

**TDBD: Kongre tarihlerinde bir değişiklik gerçekleşti sanırız. Kongrenin kesin tarih ve mekanını sizden öğrenebilir miyiz?**

Kongremizi 17-22 Mayıs 2004 tarihlerinde, yine Lütfi Kırdar Kongre Fuar Merkezi'nde gerçekleştireceğiz. İlk üç gün her zamanki gibi yine oda yöneticilerinin ve yetkililerin katılacağı meslek sempozyumu, son üç gün de bilimsel bölüm ve fuar olacak.

**TDBD: Kongrenin içeriği hakkında bilgi alabilir miyiz?**

TDB kongreleri, ülkemizin her zaman en büyük kongreleri olmuştur. Bu saptama, kongrenin üçlü sac ayağı, yani bilimsel, sosyal ve fuar için de geçerlidir.

11. Kongremizin de İstanbul'umuzun bir dünya kenti, kıtalararası metropol özelliğine yakışır biçimde gerçekleşeceğini rahatlıkla söyleyebiliriz. Bildiğiniz gibi bu kongreyle birlikte İstanbul'da yapılan TDB kongrelerinin beşincisi gerçekleşmiş olacak. Kongre Organizasyon Komitesi içinde yer alan meslektaşlarımızın hepsi daha önceki kongre çalışmalarında görev almış meslektaşlarımız. Deneyimli bir ekiple birlikte olmak, yaratıcı fikirlerin uygulanmasında cesur adımların atılmasını da beraberinde getiriyor. Kongre etkinliğine hakim bir ekiple 5. Kongremize hazırlanıyoruz. İnaniyoruz ki meslektaşlarımızın beklentilerinin üzerinde, unutulmaz tatlar ve keyifler sunacağımız bir kongre gerçekleştireceğiz

**TDBD: Kongre tarihlerinde yapılan değişikliğin nedeni nedir?**

Bu kongremiz, hiç tahmin edilmeyen, e-

dilmesi mümkün olmayan bir engelle karşılaştık. Geleneksel olarak Haziran ayının ikinci yarısında gerçekleşecek kongremizi, NATO toplantısının öne alınması nedeniyle (ABD başkanı Bush'un programı gereği) Mayıs ayına almak zorunda kaldık. İCEC (Lütfü Kırdar)'la Haziran 2004 için gerekli anlaşmalar yapılmış olmasına karşın, kongre tarihimizi öne almak zorunda kaldık. Çünkü tüm yasalarını AB normlarına uydurma çabasına karşın, hala devletin istediği zaman istediği toplantı salonuna el koyma yetkisi var. Siz ne kadar uluslararası bir toplantı organize ederseniz edin, ne kadar yurt dışı-yurt içi katılımcı, öğretim üyesiyle anlaşma yapın duyurular bastırın, sonunda "her şeyin hakimi olan", sizin toplantı salonunuza da el koyuyor ve siz bir anda boşlukta kalıyorsunuz. Umarım bunlar değişecek ve yasalarımız, bizim onları ciddiye aldığımız kadar bizi ciddiye alacak.

# ‘Kaynaklar eğitime ve koruyucu hekimliğe yönlendirilmeli’

**Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcılığına meslektaşımız Yavuz Yenidünya atandı. Yenidünya'nın bu göreve gelmesi mesleğimiz açısından da önemli bir gelişme. Sağlık Bakanlığı'nda dişhekimliğiyle ilgili kararların alınmasında mesleğin sorunlarını bilen bir insan olarak Yenidünya'nın önemli adımlar atacağına inanıyoruz. Göreve atanması dolayısıyla kendisiyle yaptığımız röportajı sunuyoruz.**

**TDBD: Görev açısından geldiğiniz noktayı nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Tabii bir defa dişhekimliği meslek ve tahsilini seçmek eğitimde geçen yıllar, sapan ile altını duvara sallama korkusu, ilk detertraj hastası, ilk çekim, ilk dolgu derken ilk protez ve mesleğin verdiği güzel heyecanlarla hayata atılmak, askerde geçen acemilik günleri ve Anadolu Coğrafyasının Karlıovasında depoda bekletilen ünit, Cumhuriyet Tarihinin dişhekimi görmemiş insanlarına hizmet ulaşturmada görev almanın gururu ihmal edilmişliğin dayanılmaz ağırlığı ile sorumluluğun verdiği yükü denkleştirme gayreti, kamu hekimliğinde geçen 10 (on) yılın sonunda ülkemizin ikinci diş hastanesinde başlayan idarecilik görevi ile geçen 5-6 yılı ve sonunda devletin ağız ve diş sağlığı konusunda politikalarının oluşturulduğu en yüksek noktada olmak her şeyden önce ulusuna, halkına hizmette bir görev adamı olmanın verdiği mutluluk, onur gerçekten güzel şey. Gerek Sayın Bakanımın gerek Müsteşarımın uzun yıllar tüm kesimlerin üst düzey yönetici talebi konusunu değerlendirmeleri ve duyarlı davranmaları, bize verilmiş bir fırsat olarak değerlendirilmeli ve sorunların çözümünde geç kalınmadan gerekenin yapılması

konusunda iyi bir noktadır diye düşünüyorum. Gerek TDB gerek Üniversite camiasından gerekse TBMM çatısı altındaki meslektaş vekillerimizden gelen sevgi dolu saygın bir duruşla verilen destek ve sergilenen beraberlik her türlü takdirin üstünde olup ufkun görüldüğü hissi ile daha sağlıklı bir gelecek kuşak duygusunun mutluluğu ve heyecanı emek ve sevgimizin en temel dayanakları olarak bize bu noktada esas gücü vermekte ve sevinçli kalmaktadır. Diş Dostlarının dediği gibi Dişler Yolunda...

**TDBD: Sağlık Bakanlığındaki yapılanma nasıl olmalı?**

Bilindiği gibi Bakanlığımızda ağız ve diş sağlığı ile ilgili çalışan 3 ana bölüm bulunmaktadır. Birincisi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesindeki koruyucu ve birinci basamak hizmetler, ikincisi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü bünyesindeki gebe ve çocuk sağlığı ve üçüncüsü Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesindeki ikinci basamak tedavi edici hizmetler gibi üç şube müdürlüğü ve bir Daire Başkanlığı ile temsil edilmektedir. Organlar ve kanunlar tabii ki önemlidir. Ama asıl olan emek ve sevgi ile donatılmış insan unsuru ö-



**Yavuz Yenidünya**

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Dişhekimi Yavuz Yenidünya 1958 Yusufeli doğumlu. 1981'de Marmara Ün. Dişhekimliği Fakültesi'nden mezun olan Yenidünya 1984 yılında Bingöl-Karlıova'da kamuda dişhekimliğine başladı. 1994 yılında Bursa Diş Hastanesi Başhekimliğine getirildi. Döner sermaye kaynaklı fiziki mekan-donanım ve otomasyonlu ek bir hastane yaptı. 1996'da Artvin Vakfını kurarak Kurucu Başkan olarak altı yıl görev yaptı. Almanca bilen Yenidünya evli ve 3 çocuk babasıdır.

zelliğidir. Bu nedenle Bakanlıktaki yapılanma ve yönetmelikler konusunda değişik yaklaşımlar ve görüşler olabilir ve zamanla bu değişiklikler de oluşturulabilir. Kusuru yönetmelik ve organlarda aramayı sanki biraz tembellik ve kolaylık tercihi olarak görüyorum. Mistik gelebilir ama Yunus, bir dergahta çoğunlukla odun taşıyan belki de aştta tuzu bulunan bir emek insanı idi ama sevginin ve aşkın şahikasını hissetti ve yazdı. Samimi emek uygun teşkilatlanma yeni yönetmelikleri oluşturur kanısındayım. Hiçbir yüzün böyle bir çalışan karşısında direneceğine inanmamaktayım. Onun için dillendirilen Bağımsız Daire Başkanlığı veya yeni bir Genel Müdürlük çatısı altında tüm organları toplayıp tek elden hizmet etmekte düşünülebilir. Bir üst kurul veya konsey de zamanla geliştirilen organlar olarak önümüze çıkabilir.

#### **TDBD: Hedefleriniz için neler söyleyebilirsiniz?**

Göreve gelir gelmez önce durumumuzu görmeye çalıştım. Eldeki bilgi ve deneyimlerden bir çıkış yolu çalışması başlattık. Yukarıda da açıkladığım gibi her çevreden gelen sıcak, samimi ve sevgi dolu yaklaşım birlik ve beraberliği getirdi. Sorunların tespitinde, durum değerlendirilmesinde ve geleceğin düzenlenmesinde ulaştığımız ortak çözüm düşünceleri hedeflerimizin gerçekleştirilmesinin hiç de zor olmadığı ve bir şeylerin düzelip işlerin yoluna gireceği konusunda bize derin ve gizli bir sevinç duygusu verdi. Bu hislerle eğitimle başlayarak koruyucu hekimlikle devam edecek ve biraz daha esnek bir çözüme bırakma düşüncesinde olduğumuz tedavi edici hizmetlerin ekonomik kaynaklara uygun düzenlenmesi, gerçek ve ciddi hedeflerimiz arasında bulunmaktadır. Bizce devletimizin anayasasının, sosyal devlet şemsiyesi altında değerlendirebileceğimiz iki önemli görevi vardır. Birincisi, toplum ve bireylerin ağız diş sağlığı eğitim konusu, ikincisi ise başta okul öncesi çocukları, okul çağı çocukları, gebeler ve ebeveynlere muhakkak koruyucu hekimlik hizmetlerinin ulaştırılması tartışmasız çok önemlidir. Yakın gelecekte kötüleşmenin durdurulması, uzak gelecekte tedavi edici hizmetlerin sorunların çözümünde yeterli olması, ana hedefimizdir. Çok

ciddi bir hazırlık ve çalışma içindeyiz. Gerek İÜDHF'den çok kıymetli ve saygıdeğer İnci Oktay ve Gülçin Saydam hocalarımızın, gerek ulus ve insanına aşık TDB Başkanı Celal Yıldırım ve diğer samimi desteğini esirgemeyen kuruluş ve meslektaşlarımızla ve tabii Sayın Bakanımız ve Müsteşarımızın candan katkıları ile çözümleri uygulamaya koyma konusunda başarılı olacağımıza inançım tamdır.

#### **TDBD: TDB ile Sağlık Bakanlığı ilişkileri hakkında ne düşünüyorsunuz?**

Aslında Birlik odalardan kaynaklanan tatsız hatıraların merkezi gibi ilk anda soğuk bir duruş gösteriyor olsa da gerek Bakanlıktaki arkadaşların oluşturduğu iyi ilişkiler gerekse karşılık samimi ve saygın tavır ve tabii ki çözümlerle de sağlanan büyük mutabakat hiç şüphesiz umutların yeşerdiği, birlik ve beraberliğin düşünceden eyleme dönüşme olgusu mutluluğumuzdur. TDB ve çok saygıdeğer Başkanımızla oluşturulan tam güven görevdeki paylaşım ve sorumluluk dolayısıyla benzeşiktir. Tespitte, değerlendirmede ve çözümde ortak hareket diğer sorunların ve sektörlerin örnek alacağı bir boyutta gelişir ve olgunlaşır düşüncesiyle TDB tek üyesi meslektaşımın, yönetim organlarına, kıymetli Başkanına önyargısız sevgi ve emek dolu tavırlarından dolayı teşekkürü borç bilmekteyim.

#### **TDBD: Sağlıkta dönüşüm projesinde dişhekimliğinin yeri nedir?**

Pek tabii ağız diş sağlığı hizmetleri ge-

nel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlıkta dönüşüm hakkaniyet ölçüsü gözetilerek, organizasyon, finansman ve hizmet sunumunun etkili ve verimli olması ile gerçekleşecek bir projedir. Dişhekimliği hizmetlerinin en acınası ve vahim tarafı Cumhuriyet tarihi boyunca ağız diş sağlığı ile ilgili toplumsal ve bireysel bazda eğitim ve koruyucu hizmetlerin hiç denecek kadar az verilmesidir. Bu hizmetlerin eksikliği ağız diş sağlığı ölçümlerinde önemli bir değer olarak kabul edilen DMF indeksinin %83'e ulaşması gibi korkunç bir durum nedeniyle acil hal sinyalleri verme noktasına gelmiştir. Bu acil durum tespit ve kabulü ile kaybedilmiş kuşaklar ve hizmetleri neresinden tutup negatiften durağanlığa ve sonunda da pozitive çevrilebileceğidir. Tabii ülkemizin kıt kaynaklarının elverdiği ölçüde ciddi bir düzelme temin edileceği açıktır. Kaynak kullanmada bugüne dek yapılan eksik ve yanlış tercihlerin eğitim ve koruyucu hekimliği dönüştürülmesi ile çok ciddi sağaltım kazanımlarına ulaşacağımız ve gelecek kuşakların kaybedilmeden yaşatılması sağlanmış olacaktır. Sağlıkta dönüşüm, plan, GSS, hakkaniyetli hizmet sunumu, insan gücü, bilim, geçerli tedavi tanımı ve kontrolü, hizmet sunumu, akılcı ilaç ve tüm sistemin işlevsel olarak kontrol edilebilir bir bilgi birikimiyle bağlanması sonunda oluşacağı ve ayrı tutamadığımız ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin bu dönüşüme en kolay entegre edilebilecek bir esnekliğe sahip olması en büyük şansımızdır.

## **Ağız ve Diş Sağlığı Konseyi kuruluyor**

**1**999 yılında İstanbul'da yapılan 6. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin Meslek Sorunları Sempozyumu Ağız ve Diş Sağlığı Bakım Ürünleri Kurultayı gündemi ile toplanmıştı. Kurultayda Birliğimizce önerilen ve kabul gören, ağız ve diş sağlığının korunması, bilgi düzeyinin yükseltilmesi, ağız ve diş sağlığı bilincinin oluşturulması amacıyla Ağız ve Diş Sağlığı Konseyi kurulması önerilmişti. Uzun zamandır ifade ettiğimiz Kon-

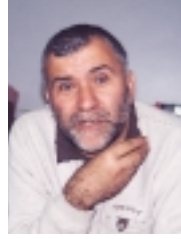
seyin kuruluş aşamasına gelmesini çok önemli bir gelişme olarak kabul ediyoruz. TDB, Sağlık Bakanlığı, MEB, Diyanet İşleri Başkanlığı, TSK, ESAM, endüstri gibi kurum ve kuruluşların yer aldığı Konseyin hazırlıkları büyük bir hızla yürüyor. Konsey, ulusal çapta projeler üretilmesi, çalışmaların tek elden yürütülmesi ve koordinasyonun sağlanması, tanıtım ve bilgilendirmenin doğru yapılması gibi işlevler üstlenecek.



# Terör

## dişhekimliğini de vurdu

**Türkiye'yi sarsan bombalama eylemlerinin ikinci dalgasının adreslerinden biri Galatasaray'daki Britanya Konsolosluğu'ydü. Konsolosluğun bulunduğu Hamalbaşı Caddesi yıllardır dişhekimliği sektörünün yoğunlaştığı bir bölgeydi. Saldırı sonrası -büyük bir şans eseri can kaybı olmasa da sektörümüzün birçok çalışanı yaralandı, birçok işyeri yerle bir oldu. Patlamalardan zarar gören dişhekimliği firmalarına patlamayı ve sonrasını sorduk.**



**Arif Sönmez**  
(Dentanet)

Patlama sırasında bizim büroda asma katta toplantı yapıyorduk. Camın önündeydim, konsolosluğun kapısının karşısındaydım. Patlamayı benim kadar iyi gören yoktur sanırım. Görenlerin hepsi hayatta değildir yani. Kamyon geldi. Kapıya yaklaşma açısından normal olmadığı belliydi. İçeriye kadar girdi araba. Çok terdigin olmuşum hatta bir doktorla telefonda konuşuyordum, eyvah demişim. Polis niye bu kamyonu bu kadar sokuyor diye düşünüyordum. Sonra girdiğini görünce demek izni falan var diye düşündüm. Tam o sırada da zaten patlama oldu. Dışarıya alev topu çıktı arabanın arkasından. Sonra şok dalgaları geldi. Cam çerçeve, arka duvarlar, alt bölmeler hepsi uçtu. Malzeme, masa, sandalye hiçbir şey kalmadı. Hepsi havaya uçtu. Ben sadece boğulduğumu hissettim. Çok kötü bir gaz vardı içeride. Dedim herhalde bu sefer hem bomba attılar hem kimyasal bir gaz verdiler.

**Kayıpların maddi kısmının telafi edilmesi anlamında devletin herhangi bir yardımı oldu mu?**

İşyerinde bazı enkazlar vardı. Enkazdaki çavuşa söyledim. Almalarını rica ettik. Yapmadılar. Diğer birine söyledim yapmadılar. Belediye Başkan Yardımcısına söyledim gene ilgilenmediler. Belediye Başkanının bizzat kendine söyledim. Yine ilgilenmediler. Baktım, Anadolu Dış Deposu'ndaki enkazı boşalttılar. Gittim sordum hikmeti nedir diye. 300 dolar para verdim ben dedi. Desteği bu sayın Belediye Başkanının. Kimse timsah gözyaşı dökmesin. Devletten de belediyeden de bir destek görmedik. Olacağı da benzemiyor.

**Dişhekimliği camiasından yeterli bir dayanışma gördünüz mü?**

Yeterli değil, yeterlinin de ötesinde büyük ilgi gördük. Sağ olsun TDB Başkanı bizzat olay yerine geldi. Bizzat bize geçmiş olsun dileklerini ilettiler. Hastanedeyken konuşmuyordum çünkü atardamarım yırtılmıştı, hareket etmemem gerekiyordu. Birçok insan telefonla aradı, sağolsunlar. İDO Başkanı Rifat Bey aradı. Bizim sektörden arkadaşlarımızın destekleri vardı. Tabii ki DİŞSİAD'ın büyük desteği vardı.





**Ali Çakır**  
(ADT Dental)

Patlama anında ben binadan içeri girmiştim birinci kattaki şirketimizin kapısına gelmiştim. Zili çalmak üzereydim. İşte o anda bir patlama sesi ve arkasından binanın ana girişinden yukarı toz, toprak, çakıl, kimyasal şey birlikte bir akıntı halinde sel gibi böyle üstümüze geldi. Kapı kendiliğinden açıldı zaten o anda. Elemanlar panik halinde dışarı çıktılar. İçeriye bir göz attık göz gözü görmüyor. Hemen o panikle biz de dışarı attık kendimizi zor bela. Tam mahşer yeri idi. Çok büyük bir karmaşa vardı. Hemen köşede 3-4 tane diş deposunun olduğu bir bina vardır. Oraya baktık. Onun yanında zaten Dentanet var, onun yanında da Anadolu Diş Deposu var. Hiçbirisinin ön cephesi yoktu. Birçok arkadaşımız yaralandı. Bende çizik bile yok. En korumalı yerdeydim. Ancak bu kadar iyi bir tesadüf olabilir. 30 saniye önce kapının önündeydim. Orada olsam veya ofise gelip yerime oturmuş olsam ki yerim tam camın kenarındır, hiç kurtuluş şansım olmazdı.



**Gökay Saraç**  
Şafak Diş Deposu

Ben o sırada şirketteydim. Vergi günü olduğundan kasada bir işlem yapıyorduk. Patlama esnasında bizi kasa korudu zaten, cam çerçeve sonra komple içeriye girdi. Kendimize geldiğimizde diğer arkadaşlara göre durumumuz iyiydi. Dışarıya baktığımızda herkes sağa sola kaçıyordu. Ciddi yaralıları vardı. Durumu iyi olan arkadaşlar da onları taşımak için aşağıya indiler. Gördüğümüz kadarıyla Evre Diş Deposu'ndan 4 tane arkadaşımız yaralandı. Beyoğlu Diş Deposu'ndan bir arkadaşımızın gözlerinin birinin görmeme ihtimali vardı. Ertuğrul Diş Deposu'ndan Gazanfer Bey'in ciddi bir yarası vardı. Dentanet'ten Arif Bey'in ciddi bir yarası var. Zaten biz ondan sonra da o yaralı arkadaşlarımızı götürüldükleri hastanelerde ziyaret etmek için çıktık. Çok kötü, feci bir olaydı.

#### Dayanışma çabaları yeterli miydi?

Böyle bir olayda bizleri sevindiren veya gurur veren şu oldu, gerek TDB Başkanı Celal Bey, gerek İDO Başkanı Rifat Bey, EDAD'ın Başkanı Galip Gürel, müşterile-

**Binaya girerken bir tuhaflik var mıydı?**  
Yok. Ben o gün arabamı tamirciye bıraktım. Normalde erken gelirim. Yerimde oturmuş olsaydım yoktum zaten şimdi. Bu konuşma da olmazdı. İstiklal Caddesi'nden öyle yürüyerek dükkanlara baka baka geldim. Garip bir durum da gelmedi bana. Aslında kamyon da oralardaymış. Galatasaray Lisesi tarafından gelip burada bir süre durmuş, lastiği de inmiş. Herhalde polis niye durdun falan der diye patlatıp geldi buraya. İnmiş lastiği. Hatta orada bir seyyar satıcı senin lastik patlak demiş ama adam hiç bakmadan basmış gaza. Oraya birisi girdi herhalde arkasından bu da giriyor. Beton bariyeri vardır konsolosluğun içinde. Buraya vurup patlıyor. O zaman işte bu yandaki iki bina anında havaya uçuyor. Konsolos da o anda orada. Duvar dibinde ayakkabıcı vardır orada ayakkabısını boyatmış, Pano'cular çağırılmış gel çay iç diye. Öğleden sonra gelirim demiş. Cesedi karşıdaki Anadolu Diş Deposu'ndan çıktı.

#### Devlet olay anında ve sonrasında yeterli hassasiyeti gösterdi mi?

İlk müdahale açısından ben çok olumlu gördüm her şeyi. Hemen anında herkes oraya ulaştı. 15-20 dakika sonra bütün

rimiz ve ismini şu anda hatırlamadığım bir sürü insan telefonlarla bir ihtiyacımızın olup olmadığını, hastalarının durumunu sürekli öğrenmek istediler. Böyle olaylar karşısında yalnız olmadığımızı, arkamızda böyle bir camianın olduğunu bilmek bizim için gurur vericiydi.

#### Bu saldırının mali ceremesini de firmalar mı çekmek zorunda kalıyor?

Tabii şu anda işyeri sahipleri çekmek zorunda kalıyor. Çeşitli sözler veriliyor ama bunların hepsi lafta kalıyor. Sigorta şirketlerinin herkesin hasarını ödeyeceğini düşünmüyoruz çünkü o arkada yazan in-ce, ufak yazılar okunmadan imzalar atılıyor. Çoğunun terör sigortası olmadığı için maalesef bu imkanlardan yararlanamayacak. Ya da zararımız 10 milyarsa 5 milyar lira ödüyor. Maalesef kendi gücünüz, kendi imkanınız varsa ayağa kalkacaksınız. Yoksa devletten beklerseniz uzun süre işyiniz kapalı kalır. Zaten görüyorsunuz, geldiniz, dolaştınız, insanlar yavaş yavaş ayağa kalkıyor. Hayat da devam ediyor, ayağa kalmak zorundayız. Onları beklersek aç kalacağız. Onları beklemeden kendi gücümüzle kendi imkanlarımızla ayağa kalkacağız. Tabii ki daha sonra haklarımızı aramak için olayın bo-yutlarını araştıracağız.

sistem kurulmuştu. Ama aradan kaç gün geçti bugün ayın 6'sı. 20'sinde oldu olay. İki haftada geldiğimiz noktayı sorarsanız tam bir hayal kırıklığı. İlk iki gün itibariyle tutulan tespit tutanaklarına şimdi bakıyoruz hepsi dışarıdan bakıp söylenmiş işte: 'cam çerçeve inik'. Cam çerçeve inik ama içerisi de yok. Mesela benim ofis polis tutanağında cam çerçeve yok görünüyor. Ama benim ofise gelin ofis yok şimdi. Tamamen duman olmuş. Sektörün durumu çok zor. Benim şahıs olarak firma olarak sigortam var teröre karşı. Bazı arkadaşların sigortası da yok, ya da terörü kapsamıyor. Biz yaptırmasız ama sigortada ne kadarını karşılar onu bilmiyorum. Dişhekimliği camiasına, DİŞSIAD olsun TDB olsun ve bazı tanıdığımız dişhekimleri olsun hepsine çok teşekkür ediyorum. Şahsım olarak beni hepsi aradılar. DİŞSIAD zaten kendi örgütümüz, onlar kantağa geçtiler. TDB Başkanı Celal Bey; kendisine çok teşekkür ediyorum, hemen aradı var mı bir şey diye. Arkasından diğer Oda yetkilileri aradılar. Sağolsun hepsi sordular. Tabii ilk gün arayan insanlara öyle bir anlatmışız ki olayın şokuyla ay-nen ben de polis tutanağı gibi cam çerçeve kırıldı, o kadar demişim. Ben bile hasarı yeni yeni anlayabiliyorum.

## Bombalamadan zarar gören ve adres-telefon bilgileri değişen firmalar

### ADT Bilgisayar ve Dental Ürünler San. ve Tic. Ltd. Şti.

Adres : İstiklal Caddesi Danışman Geçidi No:222/18 Galatasaray / İstanbul  
Telefon: 0212-251 90 80 / 251 90 79  
Faks : 0212-251 52 76

### Dentanet Tıbbi Gereçler Ltd.Şti.

Adres : Tarlabası Caddesi No:158 Kuşulu Han Beyoğlu / İstanbul  
Telefon: 0212-297 53 00  
Faks : 0212-297 53 03

### Beyoğlu Diş Deposu

Adres : Tadilat Halinde (18 Aralık 2003 tarihinden sonra eski yerinde ve aynı telefonlarla faaliyetlerine devam edeceklerdir.) Şu anda ulaşılacak telefon numaraları:  
Telefon:0533 214 60 75 Turan Yetim  
0535 524 91 65 Bülent Şenol  
0533 747 15 72 Bülent Karşlı

### Olayda hasar görüp de adres, telefon bilgileri değişmeyen depolar:

Anadolu Diş Deposu, Evre (Atlas) Diş Deposu, Şafak Diş Deposu, Temed A.Ş. Eren Diş Deposu, Akplastik Suni Diş ve Ltd.Şti., Onur Diş Deposu





# Sivil toplum örgütleri saldırıları lanetledi

Çeşitli sivil toplum örgütleri, düzenledikleri eylemlerle, İstanbul'daki bombalı saldırıları protesto etti. Başta İstanbul, Ankara, İzmir olmak üzere Türkiye'nin bir çok ilinde bir araya gelen göstericiler terörü kınadı. İstanbul Beyoğlu'nun değişik noktalarında bir araya gelerek Taksim'de toplanan Türk-İş, Hak-İş, DİSK, KESK, Türkiye Kamu-Sen, Memur-Sen, Türk Tabipleri Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği ve TİSK'in öncülüğündeki çok sayıda meslek örgütü ve sivil toplum kuruluşu başkanları, daha sonra Cumhuriyet Anıtı'na çelenk koyarak, saldırılarda hayatını kaybedenler için saygı duruşunda bulundular. Taksim Meydanı'nda düzenlenen eylemde "Şiddete ve Teröre Karşı Barış" pankartı açılırken, hazırlanan ortak bildirisi ise sanatçı Mustafa Alabora tarafından okundu. İstanbul'daki saldırıların kınandığı bildiride, şu görüşlere yer verildi: "Bu saldırılar, bilinmelidir ki dünyayı diledikleri gibi yönetmek, insanlığı diledikleri gibi sömürmek peşinde koşanların gizli politikalarının sonuçlarıdır ve her zaman olduğu gibi bedeli, bu politikaların oluşumunda en küçük rolü ol-



mayan masum insanlara çıkarılmaktadır. Bizler insanız diyorsak, bu saldırılara ve altında yatan kirli politikalara sessiz kalamayız, suskun olamayız. Susmak, boyun eğmek, teslim olmaktır. Buradan tüm dünyaya ilan ediyoruz, teslim olmayacağız, susturulmuş, yıldırılmış, korkutulmuş bir toplum olmayacağız. Bugün 'şiddete ve teröre karşı barış' diyerek meydan okuyoruz. Hangi gerekçeyle, hangi biçimde gelirse gelsin, yaşam hakkımıza, özgürlüklerimize, demokrasiye yönelmiş tehditlere karşı duracağız. Ülkemizi, dünyayı kana bulan, çatışmaları körükleyen çifte standartların maskelenmiş oyunlarını bozacağız. Bugün ve her gün, özgür, demokratik barış içinde bir ülke ve dünya için hazırız."

## Dişhekimliği bileşenlerinin teröre karşı ortak açıklaması

**Türkiye halkını yılgınlığa itmeye ve toplumda nifak tohumları yerleştirmeye çalışanlar, halkımızın sağ duyusu ve sabrı karşısında başarısız olacaklardır!**

Şon terör eylemi yeni can kayıplarına, büyük yaralanmalara ve maddi hasarlara yol açtı. Galatasaray'daki bombalamada dişhekimliği sektöründen bir çok çalışanımız ağır, orta ve hafif derecelerde yaralandı. Terörle çirkin emellerine varmak isteyenler tarihte her zaman başarısız olmuşlardır. Terörü ve teröristleri kullananlar er veya geç bu kör silahın kendilerine döneceğini unutmamalıdır.

Türkiye halkını yılgınlığa itmeye ve toplumda nifak tohumları yerleştirmeye çalışanlar, halkımızın sağ duyusu ve sabrı karşısında başarısız olacaklardır.

Dinlerin, ulusların, etnik toplulukların ve kültürlerin toprağı Türkiye; bu zenginliğini ve birlikteliğini dünyada egemen güç olmak için her türlü yola baş vuranlara karşı koruyacaktır. Ülkemiz üzerinde oynanmak istenen oyuna karşı toplumsal bir dayanışma içerisinde olmak, hayata daha sıkı sarılmak tüm sosyal kesimlerin görevi olmalıdır.

- Türk Dişhekimleri Birliği
- Ankara Ün. Dişhek. Fak.
- Atatürk Ün. Dişhek. Fak.
- Başkent Ün. Dişhek. Fak.
- Cumhuriyet Ün. Dişhek. Fak.
- Çukurova Ün. Dişhek. Fak.
- Dicle Ün. Dişhek. Fak.
- Ege Ün. Dişhek. Fak.
- Gazi Ün. Dişhek. Fak.
- Hacettepe Ün. Dişhek. Fak.
- İstanbul Ün. Dişhek. Fak.
- Marmara Ün. Dişhek. Fak.
- Ondokuz Mayıs Ün. Dişhek. Fak.
- Selçuk Ün. Dişhek. Fak.
- Süleyman Demirel Ün. Dişhek. Fak.
- Yeditepe Ün. Dişhek. Fak.
- Diş Malzemeleri Sanayici İşadamları Derneği (DIŞSIAD)



# 'Tasarının hazırlanmasına dişhekimliğinin bütün kesimleri katkıda bulundu'

**1928'den beri yürürlükte olan 1219 sayılı yasanın günün koşullarına göre değiştirilmesi amacıyla bir süredir TDB tarafından çalışmalar yapılmaktaydı. Bu çalışmalar sonucunda bir yasa tasarısı taslağı hazırlandı ve dişhekimliği camiasının bütün kesimlerinin eleştirisi ve katkılarıyla son şeklini aldı. Yakında TBMM'ye sunulacak olan tasarıyla ilgili olarak TDB adına çalışmayı yürüten MYK üyesi Salih Gül'den bilgi aldık.**

**TDBD: 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun değiştirilme ihtiyacını ortaya çıkaran nedenler nelerdir?**

Ülkemizde bilimsel Dişhekimliğinin temelleri 95 yıl önce atılmıştır. Dişhekimliği mesleğini yapabilmek için Yüksek Öğrenim alınmasının zorunlu hale getirilmesini sağlayan kanun ise 75 yıl önce 11.04.1928 tarih ve 863 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

1923 yılında Cumhuriyeti kuran kadrolar Tababet ve Şuabatı sanatlarını yani Tabiplik ve Dallarının bir an önce çağ'a uygun hale getirilmesi konusunda ki kararlılıklarını, Cumhuriyetin ilanından ki-

sa bir süre sonra bu kanunu çıkarıp, yürürlüğe koymalarıyla göstermişlerdir. Bu kanun yürürlüğe konulduğu dönemde, çağının gerekleriyle örtüşen, çağdaş ve mükemmel bir kanundu. Bu anlamda bu yasa'yı hazırlayan kadroları minnet, şükran ve saygıyla anıyorum.

Ama ne yazık ki zaman içinde kendini geliştiremeyen kişiler veya zamana ayak uyduramayan mesleklerin ortadan kalkması gibi kanunların da zamana uyarlanmaması ve geliştirilmemesi yok olup gitmelerine veya işlevsiz kalmalarına neden olmaktadır. 1219 sayılı yasa'da Tababet ve Şuabatı Sanatlarının çok büyük hizmetler yapmasına rağmen gerekli değişiklikler ve güncellemeler yapılmayarak bir çok alanda uygulamaya ters düşme durumunda bırakılmıştır. Aradan geçen 75 yıl içerisinde ağız-diş sağlığının genel sağlığın bir parçası olduğu ve bu alanda hizmet veren dişhekimlerinin de tıbbın önemli sağlık hizmetleri veren klinisyenleri olduğu gerçeği kabul edilmiştir

Ayrıca yasanın yapılmasında kullanılan dil gerekli güncelleştirmeler yapılmadığı için günümüzde herkes tarafından anlaşılabilir değildir. Günümüz Türkçe'sinden oldukça uzaktır.

Yasanın kapsamına aldığı terimler ya tamamen ortadan kalkmış veya günümüzde karşılığı bulunmamıştır.

Yasanın ele aldığı konuların içeriği de zaman içinde genişlemiş, ekonomideki ve teknolojiye gelişmeler bu alana yansımış, ayrıca toplumun dişhekimlerinden beklentilerinde değişiklikler meydana gelmiştir.

75 yıl önce hazırlanmış mevcut yasa toplumun ve dişhekimlerinin isteklerine ve beklentilerine cevap veremeyen, yaşamın dinamizmine ayak uyduramayan statik bir metin olma durumunda bırakılmıştır. Bütün bu nedenlerden dolayı gerekli de-

ğişiklikleri yapmak zorunluluk halini almıştır.

**TDBD: Değişiklik hazırlıkları sırasında nasıl bir yöntem izlediniz? Yasa Tasarı Taslağı nasıl bir süreç izledi?**

Bir dönem önce de 1219 ve 3224 ile ilgili çalışmaların içinde olduğumdan TDB Merkez Yönetim Kurulu bu görevi bana verdi. TDB'nin arşivinde bu konuda yapılmış bir çok çalışma ve hazırlık vardı. Öncelikle bu çalışmaları inceleyip bu güne kadar olan çalışmaları taradım. Mevcut kaynaklardan ve günümüz ihtiyaçlarından yola çıkarak bir yasa taslağı hazırladım. TDB Yönetimi olarak bu görüşler ışığında yasa'yı tekrar elden geçirdik. Kalemle alınan bu tasarı taslağı, konu hakkında bilgisi olan TDB ve Oda organlarında görev almış meslektaşlarımıza gönderdik. Onlardan edindiğimiz katkılarla oldukça netleşen Tasarı Taslağı Antalya'da yaptığımız Kongre öncesi tüm odalarımıza gönderildi. Antalya'da Meslek Sorunları Sempozyumu kapsamında yaptığımız Oda Başkanları toplantısının gündemine alındı. Ayrıca Gaziantep'teki Oda Başkanları toplantısında Başkanların görüşüne sunulan tasarı taslağı oldukça ilgi gördü. Başkanların hepsi bu konudaki duyarlılıklarını tek tek yasa maddeleri konusundaki düşüncelerini söyleyerek ve geç saatlere kadar süren toplantıdan ayrılmayarak gösterdiler.

Baştan beri de anlattığım gibi tasarı taslağı oldukça demokratik bir süreçten geçti. Her düzeyde tartışıldı. İlgili kesimlerin hepsinin görüşü alındı, her kesim katkıda bulundu. Tasarı taslağı yazım hataları ve hukuka aykırılıkları aykıldıktan sonra, yasanın diğer bir tarafı olan dişhekimliği fakültesi dekanlarının görüşleri alınacak. Böylece tasarı taslağı ilgili her tarafın katkıda bulunduğu, fikri-

nin alındığı bir taslak olarak dişhekimliği camiasının yani Türk Dişhekimleri Birliği'nin ortak bir üretimi olacaktır.

### **TDBD: Yasayı hazırlarken belli başlı hangi konulara ağırlık verdiniz?**

Akademisyenlerin ve sahada çalışanların en çok ihtiyaç duyduğu ve sıkıntısını yaşadığı konu dişhekimliği mesleğinin görev ve yetki tanımıydı. Mesleğimizin çalışma alanının sınırlarının ve yetkilerinin belirlenmesi her kesiminin ihtiyacıydı. Mevcut yasa ağızda yaptığımız herhangi bir cerrahi müdahaleyi bile tartışma konusu yapıyor, hatta geçmişte yaptığı diş çekimi nedeniyle mahkemelere gitmek zorunda kalan meslektaşlarımız bulunuyordu.

Önemli konulardan biri de birkaç yıldır tartışmasını yaptığımız dişhekimliğinde uzmanlık konusuydu. Bu tartışmalar tarafları üzecek ve kıracak boyutlara varmak üzereydi. Bunun önlemleri bir an önce alınmalıydı. Bu nedenle Antalya'da yaptığımız "Dişhekimliğinde Uzmanlık Kurultayı" bizim için çok önemliydi. Bu kurultaydan da dişhekimliği camiası büyük bir olgunluk göstererek başarıyla çıkmasını bildi. Burada alınan kararların ışığında 1219 sayılı yasanın değişiklik önerileri tarafların uzlaşmasıyla daha ger-

çekçi olarak hazırlandı

### **TDBD: Bundan sonraki süreç nedir?**

Bundan sonraki süreç taslağın dişhekimliği fakültelerinin dekanlarınca incelenmesi ve Sağlık Bakanlığı'na teslimi. Daha sonra da Bakanlar Kurulu, Meclis komisyonları ve Mecliste görüşülmesi süreciyle devam edecek.

### **TDBD: TDB'nin görevi burada bitiyor mu ?**

Ne mümkün... TDB, yasanın her kademesindeki değişiklikleri ve ilaveleri izlemeye devam edecek. Değişiklik Taslağı yasalasana kadar yalnız TDB yönetimi değil tüm meslektaşlarımızın yasanın düzgün çıkması konusunda sorumlulukları ve görevleri olduğunu unutmamalarını rica ediyorum.

### **TDBD: Mevzuata yönelik başka çalışmalarınız var mı?**

Toplu çalışma yerlerinin tüm boyutlarıyla incelenmesi ve disiplin yönetmeliğinin yeniden düzenlenmesi ile ilgili komisyon çalışmalarımız var.

### **TDBD: Bu komisyonların çalışmaları nasıl gidiyor?**

Komisyonlarda çalışma yöntemi olarak

öncelikle e-posta imkanını kullanmak istedik. Çünkü bu sık sık TDB Merkezinde yapılacak toplantılara kıyasla daha ekonomik olacak hem de komisyon üyelerinin katkıları ölçülebilecekti. Katkı yapmayan veya bu konuda birikimi olmayan kişilerin komisyonları işgal etmesi engellenmiş olacaktı. Ama komisyon üyesi olarak düşündüğümüz kişilere gönderdiğimiz e-postalara ilgili birkaç kişinin dışında cevap alamadık. Bütün bunlara rağmen komisyonları aktif hale getirmek için çabamız sürüyor.

Kamunun polikliniklerden, tıp merkezlerinden ve özel hastanelerden hizmet almaya başlaması toplu çalışma yerlerinin önemini biraz daha artırdı. Bu anlamda bu çalışma yerlerinin sorunlarının sosyal, ekonomik, mali, hukuki yönlerini araştırıp meslektaşlarımıza bir rehber hazırlamamız gerekiyor. Çalışmalarımızı bu yönde sürdürmeye devam edeceğiz. Bu konularda katkı yapacak meslektaşlarımız görüşlerini TDB'ye faks ya da e-mail yoluyla iletebilir.

Disiplin yönetmeliğinde değişiklik önerileriyle ilgili çalışmalarımız devam ediyor. İstanbul Dişhekimleri Odası'nın bu konudaki çalışması elimizde. Diğer Oda ve kişilerin önerileri alındıktan sonra çalışmalarımız sonuçlanacak.

# TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ ORGANİZASYONU



Ayrıntılı bilgi için lütfen TDB'ye müracaat edin



**Paris 2004**  
07-10 Nisan 2004  
**Yeni Delhi 2004**  
10-13 Eylül 2004



## EURO EXPO DENTAL





# Genel Sağlık Sigortası

*Hükümet, yıllardır gündemde olan bir projeyi somutlaştırma yönünde bazı adımlar atarken sağlık alanının tarafları da gündemdeki taslağın olumlu-olumsuz yanlarını ve uygulamada çıkabilecek sorunları tartışıyor. Dişhekimliği hizmetlerinin yeri de dahil olmak üzere bu ciddi dönüşüm projesini çeşitli açılardan ele alan yazı ve röportajları kapsamlı bir dosya olarak sunuyoruz.*



Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Prof.Dr. Osman Hayran:

## Sağlık hizmetleri için hangi kaynaklar kullanılmalı?

**S**ağlık hizmetlerine olan talep ile bu hizmetlerin topluma maliyeti dünyanın her yerinde giderek artmaktadır. Bunun başlıca nedenleri, ortalama yaşam süresinin uzaması, bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile hasta beklentilerinin artmasıdır.

Ortalama yaşam süresinin giderek uzaması sonucu, tanı ve tedavisi daha zor ve pahalı olan kronik hastalıklar önem kazanmaktadır. Tıp alanındaki hızlı bilimsel ve teknolojik gelişmeler her gün yeni tanı ve tedavi yöntemlerini hizmete sunmaktadır. Yeni bilgi ve teknolojilerin gelişmesi ile daha önce hiç talep edilmeyen bazı pahalı hizmetler ihtiyaç haline gelmektedir. Bunlara ek olarak insanlar arası iletişimin artması ve tüketici bilincinin gelişmesi, hastaların ihtiyaç duydukları her türlü sağlık hizmetine, en kısa yoldan ulaşma istekleri ile sunulan hizmetin kalitesine ilişkin beklentilerini arttırmaktadır.

Tüm bu etkenler bir araya gelince sağlık hizmetlerine olan talep, bunun sonucu olarak ta yapılan harcamalar artmakta ve bu hizmetlerin finansmanı için model ve kaynak arayışları önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel sorun, hizmetler için ihtiyaç duyulan paranın hangi kaynaklardan ve nasıl bulunacağı sorunudur.

Bu amaçla kullanılan başlıca 4 kaynak bulunmaktadır :

- 1- Cepten yapılan harcamalar
- 2- Özel sigorta
- 3- Sosyal sigorta
- 4- Devletin vergi gelirleri

Böyle bir sınıflama yapılmakla birlikte neredeyse hiçbir ülkenin sağlık sistemi için bu yöntemlerden birisi tek başına yeterli olmayıp genellikle çeşitli yöntemlerin birlikte kullanımı söz konusudur. Bu sınıflama, "gönüllü" den "zorunlu"ya doğru, ya da "bireyci"den "devletçi"ye doğru bir sınıflama olarak

da ele alınabilir.

Cepten yapılan harcamalar, finansman için kullanılan en eski yöntemdir. Buna göre sağlık hizmetleri, tıpkı diğer mal ve hizmetler gibi alınıp satılabilen hizmetlerdir. Bu iş için alıcı ve satıcının karşılaştığı bir piyasa vardır. Sağlık hizmetine ihtiyacı olan her kişi cebinden harcayacağı paranın gücü ölçüsünde dilediği hizmeti bu piyasadan satın alma hakkına sahiptir. Parası çok olanın dilediği zaman her türlü sağlık hizmetinden sınırsızca yararlanabileceği, parası az olanın ise en temel sağlık hizmetlerinden bile mahrum kalabileceği bu finansman modelinde kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması konusunda eşitlik söz konusu değildir.

Cepten yapılan harcamalar, ekonomik açıdan zayıf olan ülkeler ile örgütsüz toplumlarda çok görülen bir kaynaktır. Kişilerin hangi sağlık hizmetlerine, ne zaman ve ne kadar ihtiyaç duyacaklarının genellikle bilinmemesi nedeniyle beklenmedik bir hastalık ya da kaza anında cepten yapılması gereken harcamaların karşılanamayacak boyutlarda olabilmesi nedeniyle, zaman içerisinde "risk paylaşımı" esasına dayalı sağlık sigortacılığı anlayışı ortaya çıkmıştır.

Özel sigorta, kişilerin sağlıklı oldukları dönemlerde prim adı altında bir kenara ayırdıkları miktarı belirli paralar ile, sınırları ve miktarı önceden saptanmış olan çeşitli sağlık hizmetlerini, ihtiyaç duydukları anda alabilmelerini sağlama amacını taşımaktadır. Bu modele göre genellikle hizmeti sunanlar ile alanlar arasında üçüncü bir taraf olarak finansmanı sağlayan bir kuruluş bulunmaktadır. Ancak bazı durumlarda hizmetlerin sunumu ve finansman sağlanması aynı kuruluş tarafından da yapılabilmektedir. Kişiler sağlık durumları ve taşıdıkları sağlık riskleri dikkate alınarak kendileri için belirlenen primler karşılığı sigortalanmakta ve buna uygun sağlık hizmetinden yararlanabilmektedir. Kişinin sağlık durumu ile ilgili risklere

göre ödeyeceği prim miktarı değişmekte, hem sağlık durumu hem de ödediği prim miktarına göre de yararlanacağı sağlık hizmetinin boyutları farklılık göstermektedir. Özel sağlık sigortasında zorunluluk olmadığı gibi kişilerin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmasını sağlamak gibi bir amaç da söz konusu değildir.

Özel sağlık sigortasının en yaygın olduğu ülke ABD'dir.

Gerek cepten yapılan harcamalar, gerekse özel sağlık sigortası, zorunlu olmamaları nedeniyle toplumun tümünü kapsamamakta, kişilerin ekonomik gücüne bağlı olduğu için de sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizliğe neden olmaktadır.

Batıda sanayi devrimi ile birlikte ortaya çıkan sosyal sigorta modeline göre, özellikle bazı işkollarında çalışanların ihtiyaç duyacağı sağlık hizmetleri işveren veya işveren/işgören tarafından ödenecek primlerden oluşan gelirlerle finanse edilmelidir. Bu konuda işverenler ve çalışanların katılımı sağlanmalı, toplanan gelirlerden oluşan fonların kullanımı devletin ya da kamu adına görev yapan ve kar amacı gütmeyen kuruluşların denetiminde olmalıdır. Tarihsel gelişim içerisinde önce "hastalık sandıkları" şeklinde ortaya çıkan sosyal sigorta anlayışı, ortaya çıkacak sağlık risklerinin paylaşımı esasına dayanmaktadır. Genellikle çalışan kişilerin gelirlerinden sağlıkları için düzenli olarak ayrılacak paraların, işveren tarafından da katkı sağlanarak, ilerde hastalandıklarında ya da kaza geçirdiklerinde ihtiyaç duyacakları sağlık hizmetlerini karşılamak amacıyla bir kenara ayrılması bu modelin temelini oluşturmaktadır. Bu şekilde, sağlığı tehlikeye giren bir kişi, normalde kendi geliri ile altından kalkamayacağı harcamaların karşılanabilmesi olanağına kavuşmuş olmaktadır.

Sosyal sigorta konusunda en köklü geçmişe sahip olan ülke Almanya'dır. Genellikle tedavi edici hizmetler için

geliştirilmiş olan sosyal sigorta uygulamaları, zorunlu ya da gönüllü olabilmektedir. Toplumun belirli kesimlerini ya da tümünü kapsayabilmektedir. İşveren ve işçi katkıları farklı oranlarda olabilmekte, sigorta karşılığında yararlanılabilecek hizmetlerin kapsamı da farklılık gösterebilmektedir.

Toplumun çıkarlarını ve iyiliğini ön planda tutan anlayışa göre, sağlık hizmetlerinin finansmanından devlet sorumludur. Devlet insanların sağlığı için kaynak yaratmalı, bulmalı ve kullanılmalıdır. Bunu insanların isteğine veya tercihlerine bırakmadan ve herkes için yapmalıdır. Devletin bu işi yapması için kullanacağı başlıca kaynak vergi gelirleridir. Tüm vatandaşların ihtiyaç duyacağı her türlü sağlık hizmeti, talep edilsin ya da edilmesin, devletin vergi gelirlerinden finanse edilmelidir. Bu modele göre sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda vergi verenler ile vermeyenler ya da az verenler ile çok verenler arasında fark yoktur. Sağlık için özel bir vergi alınması söz konusu olmadığı gibi, kişilere yapılacak sağlık harcamaları konusunda da çoğu zaman bir sınır yoktur. Var olan sınırlar, hizmetlerin kötüye kullanımını, israfını önlemek amacıyla konulmuş, denetim amaçlı sınırlardır.

Vergi gelirleri ile finansman konusunda en gelişmiş uygulamalar İngiltere ile İskandinav ülkelerinde görülmektedir. Devletin vergi gelirleri ile finansman, talep etsinler ya da etmesinler, tüm vatandaşların her türlü sağlık hizmetinden diledikleri anda yararlanabilmelerini sağlaması nedeniyle kapsayıcı ve eşitlikçi bir finansman modeli olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan kaynakların, toplumlara, zamana ve sağlık hizmetlerinin gelişimine göre farklılık gösterdiği hatta bir tür evrim geçirdiği dikkati çekmektedir.

On dokuzuncu yüzyıla kadar egemen olan tarım toplumlarında sağlık hizmetleri genellikle usta-cıracak usulü ile yetişmiş hekimlerin, genellikle evde bakım şeklinde verdiği bireysel hizmetlerdir. Daha çok yoksullar ve kimsesizler için dini ya da yardım kuruluşlarınca kurulan hastanelerin yapısı ve işlevi bugünkü modern hastane anlayışından çok uzaktır.

On dokuzuncu yüzyılın ortalarında a-

nestezinin keşfi ve sepsis kavramını ortaya çıkışı hastane anlayışını değiştirmiştir. Gene bu dönemde Florence Nightingale'in hasta bakımını ayrı bir disiplin haline getirmiş olması, yani hemşirelik mesleğinin gelişmesi, ardından mikroskop ve mikroorganizmalar konusunda kaydedilen gelişmeler, sağlık hizmetleri ve hastane kavramlarında köklü değişimlere yol açmıştır.

Daha önce paralı ve saygın bireyler için evlere giderek sağlık hizmeti veren hekimler, artık çeşitli teknolojilerle donanımlı hastanelerde başka sağlık meslekleri ile birlikte ekip halinde sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. On dokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren söz konusu olan bir diğer gelişme de sanayi devrimidir.

Sanayi devrimi, işçi sınıfının ortaya çıkmasını, bir arada çalışan insanlar arasında dayanışma ruhunun gelişmesini, dolayısıyla iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı sigorta anlayışının geli-

**Türkiye'de cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı oran olarak neredeyse kapitalizmin beşigi sayılan ABD'nin iki katıdır. GSMH'dan sağlığa ayrılan payın düşüklüğü ve cepten yapılan harcamaların fazlalığı açısından Türkiye ile Rusya'nın birbirine çok benzediği dikkati çekmektedir.**

mesi sonuçlarını doğurmuştur. Önce Batı Avrupa'da, gönüllülük temelinde dayanışma ruhu ile ve belirli sağlık sorunları karşısında risk paylaşımı amacıyla oluşturulan "hastalık sandıkları", yirminci yüzyılın ilk yarısında zorunlu "sağlık sigortaları"na dönüşmüş ve Amerika kıtalarına da yayılmıştır. Bu dönemde işçi sınıfı adına mücadele eden bolşeviklerin iktidara gelerek kurduğu Sovyetler Birliği'nde ise, sağlık hizmetleri tamamen devletin sorumluluğunda sunulmaya ve finanse edilmeye başlamıştır.

İkinci Dünya Savaşının hemen ardın-

dan, daha önce sosyal sigorta modelini benimsemiş olan İngiltere, İrlanda ve İskandinav ülkeleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin vergi gelirlerinden yararlanmaya başlamışlardır. Sosyal sigorta uygulamasını 1883 yılından beri sürdürmekte olan Almanya başta olmak üzere bazı Batı Avrupa ülkeleri ise bu dönemde sosyal sigorta anlayışını geliştirerek ve dönüştürerek sürdürmüşlerdir.

Ülkemizdeki ilk sosyal sigorta uygulaması sayılan (1921 yılındaki Ereğli maden işçileri için yapılan sınırlı düzenleme dışında) 1950 tarihli "Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu"nun yayınlanması da bu döneme rastlamaktadır.

1960'lı yıllarda gelindiğinde, daha önce finansmanı büyük ölçüde özel sigortaya dayanan ABD ile özel sigortanın neredeyse hiç olmadığı, ancak cepten harcamaların yaygın olduğu Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda bir "sosyalleşme" hamlesinin gerçekleştiği görülmektedir.

Ülkemizde önce 1961 yılında "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun", daha sonra 1965 yılında "Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu" ile sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanında devletin ve sosyal sigortanın rolü artırılmıştır. ABD'de ise aynı dönemde yoksullar için Medicaid, yaşlılar için Medicare isimli düzenlemeler ile devlet, sağlık hizmetleri finansmanında varlığını göstermeye başlamıştır.

Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra, 1990'lı yıllarda Rusya ve Doğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetleri finansmanı için sosyal sigorta ağırlık kazanmaya başlamıştır. Aynı dönemde ABD'de sağlık hizmetlerinde devletin rolünü arttırmaya ve harcamaları kontrol altına almaya yönelik reform çabaları, Batı Avrupa'da ise gene devletin rolünü artırma amaçlı düzenlemeler dikkati çekmektedir.

Doksanlı yıllar Türkiye'de "reform", "özelleştirme" ve "genel sağlık sigortası" tartışmaları ile geçmiş, ancak, 1990 yılında özel sağlık sigortalarının kurulmasına ilişkin düzenlemeler dışında kayda değer bir değişiklik olmamıştır. Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından, ülkeler için geçerli olabilecek sihirli formüller ve mutlak doğrular bulunmamaktadır. Eskinin sosyalist ve devletçi Doğu Avrupa →

Ülke	Gayri Safi Milli Hasıladan sağlığa ayrılan pay (%)	Devletin yaptığı sağlık harcamalarının toplam devlet bütçesi içindeki payı (%)	Devletin yaptığı sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%)	Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%)
Türkiye	5.0	9.0	71.1	28.8
ABD	13.0	16.7	44.3	15.3
Almanya	10.6	17.3	75.1	10.6
İngiltere	7.3	14.9	81.0	10.6
Rusya	5.3	14.5	72.5	23.4
Hindistan	4.9	5.3	17.8	82.2

\* Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 yılında yayınladığı ülke sağlık istatistiklerinden yararlanılarak hazırlanmıştır (<http://www3.who.int/whosis/country/indicators>)

**Tablo 1: Çeşitli ülkelerde sağlık harcamalarının durumu (2000) \***

ülkeleri finansman modellerini özele de yer veren sosyal sigorta modeline dönüştürmeye çalışırken, kapitalist ve pek çok hizmeti özelleştirmiş olan bazı Batı Avrupa ülkeleri sağlık hizmetleri finansmanında genel vergi gelirlerini kullanmayı, yani devletin rolünü arttırmayı tercih etmektedir.

Bugünkü yapısı ile özel sigortacılığın en yaygın olduğu ülke olan ABD, sosyal sigortacılığın anavatanı sayılan Almanya, finansmanı ağırlıklı olarak devletin vergi gelirleri ile sağlamayı benimseyen İngiltere, komünist sistemden sosyal sigorta sistemine geçiş sürecini yaşamakta olan Rusya, kendine özgü sağlık sistemleri olan Hindistan ile Türkiye'nin sağlık harcamalarına ilişkin bazı istatistik bilgileri Tablo 1'de verilmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi Gayri Safi Milli Hasıladan sağlığa ayrılan payın en fazla olduğu ülke ABD'dir. Devlet bütçesinden sağlık için en fazla payı ayıran ülke Almanya'dır, ancak toplam sağlık harcamaları içerisinde devletin payının en yüksek olduğu ülke İngiltere'dir. Cepten yapılan harcamalar konusunda ise Hindistan başı çekmektedir. Türkiye'de cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı oran olarak neredeyse kapitalizmin beşinci sayılan ABD'nin iki katıdır. GSMH'dan sağlığa ayrılan payın düşüklüğü ve cepten yapılan harcamaların fazlalığı açısından Türkiye ile Rusya'nın birbirine çok benzediği dikkati çekmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu çoğu kez sağlıklı biçimde tartışılmamaktadır. "Sağlık sigortası" kavramı genellikle "özelleştirme" ile eşanlamlı kullanılmakta, konu tartışılır-

ken kavram kargaşası yaşanmaktadır. Özünde temel sağlık hizmetleri ile ilk basamak tedavi edici hizmetlerin sunumu için bir örgütlenme modeli olarak ortaya çıkan, daha uygulamaya fırsat bulamadan pek çok maddesi değiştirilen ve tam 40 yıldır gündemde olan "sosyalleştirme", hala bir finansman modeli olarak algılanabilmekte ve ideolojik nedenlerle savunulmaktadır.

Özellikle meslek örgütlerinin ülke sorunları karşısında genellikle hükümetlere muhalif olan tavırları ile hükümetlerin meslek örgütlerine olan her zamanki önyargılı tavırlarının yapıcı bir etkileşime dönüşmemiş olması, üniversite akademisyenleri ile siyasi partiler arasında sağlıklı bir ilişkinin kurulamamış olması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konularında gerçekçi modellerin geliştirilmesini engellemiştir.

Aslında sağlık hizmetleri, özellikleri gereği ne tamamen devlet tarafından sunulması ve finanse edilmesi, ne de tamamen piyasa koşullarına bırakılması mümkün olmayan türde hizmetlerdir. Örneğin, temiz içme suyu sağlanması ya da atıkların uzaklaştırılması gibi çevreye yönelik bazı koruyucu sağlık hizmetlerini piyasaya bırakmak mümkün olmadığı gibi, AIDS, Tüberküloz gibi toplum sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıklarla savaş konusunu da bireylerin ödeme güçlerine bırakmak doğru değildir.

Sağlık, temel insan haklarından birisi, üstelik önde gelenidir. Üstelik bu temel hak diğer hakların gerçekleşmesi için ön koşuldur. Buna hiç kimsenin itirazı olamaz. Bu hakkın tüm yurttaşlar için, bir "toplum sözleşmesi" olan "devlet" tarafından sağlanması, korunması, gö-

zetilmesi gerekliliğine de kimsenin itirazı olamaz. Ancak, her konuda olduğu gibi sağlık konusunda da "ihtiyaçlar sonsuz, kaynaklar sınırlı"dır. Kişi başına düşen milli gelirin düşük, vergi gelirlerinin sınırlı olduğu ülkelerde, sağlığın genel bütçe içerisinde diğer sektörlerle rekabete girerek en fazla payı alabilmesi ne yazık ki mümkün olamamaktadır. Çünkü, maalesef sağlık konusu bu tür ülkelerde ne politikacıların ne de sıradan insanların öncelikli konuları arasında yer alamamaktadır.

Bu nedenlerle, sağlık hizmetlerinin finansmanı konusuna teorik doğrular veya ideolojiler açısından bakmak yerine ülke koşulları ve gerçekleri açısından bakmak, daha hızlı ve geçerli çözümler üretilmesini sağlayacaktır. ■

## KAYNAKLAR

1. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: Analysis of current strategies. World Health Organization Regional Publications, European Series, No.72, Copenhagen, 1997:115-116.
2. Wallace RB, Doebbeling BN (eds.). Public Health & Preventive Medicine. Fourteenth edition, Appleton&Lange, 1998:1116.
3. Bodenheimer T, Grumbach K. Financing universal health insurance: taxes, premiums, and the lessons of social insurance. Journal of health politics, policy and law, 1992;17(3):438-462.
4. Roemer MI. National health systems of the world. Oxford, Oxford University Press, 1991.
5. Taylor RJ, Taylor SB(eds.). The AUPHA Manual of Health Services Management. An Aspen publication, Maryland,1994:286.
6. World Health Organization. Health economics, a WHO perspective. WHO Task Force on Health Economics, 1995:5.



TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Uğur Yapar:

## Sağlık mevzuatında neler değişti?

**Sağlıkta dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi yönünde çalışmalar sürerken buna paralel olarak sağlık mevzuatında da bazı değişiklikler yapıldı.**

**Oldukça köklü dönüşümleri içeren bu değişiklikleri kronolojik sırayla derledik.**

1 Şubat 2003 tarihinde 2003 yılı Bütçe Uygulama Talimatı resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Bu talimatla; memurların, memur emeklilerinin, yeşil kartlıların ve Bağ-Kurluların tedavilerine ilişkin esaslarla bu tedaviler için 2003 yılı boyunca ödenecek birim ücretler açıklanmıştır.

Anayasaya ve 657 sayılı yasaya aykırılığı mahkeme kararlarıyla sabit olmasına rağmen, B.U.T.ları her sene rakamları değiştirilerek yeniden çıkarılmaktadır.

Anayasa Mahkemesi B.U.T.larının bütçe kanununa konmasını anayasaya aykırı bulmaktayken, Danıştay da devlet memurlarının özel sağlık kuruluşlarında yaptıkları tedavileri için TDB tarifesine göre ödeme yapılması gerektiği halde B.U.T. ile kısıtlama getirilmesini yasaya aykırı bulmaktadır.

TDB olarak B.U.T.taki ilgili maddelerin iptali ve yürütmesinin durdurulması için dava açtık. Nitekim TDB ve diğer bazı kurumların açtığı davalar sonucunda danıştay 23 Mayıs 2003 ve 7 Ağustos 2003 tarihlerinde, daha önceki senelerdeki kararlara benzeyen yürütmeyi durdurma kararlarını yine vermiştir.

Ama maalesef idare hiçbir şey olmamış gibi bu talimatı uygulamaya hala devam etmektedir.

\*\*\*

13 Nisan 2003 tarihinde Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle;

- Vakıf üniversitelerine ait hastaneler de özel hastane kapsamına alınmıştır.
- Hastanede tam gün çalıştırılmak zorunda olan hekimlerin başka bir yerde çalışmaları yasaklanmıştır.
- Her diş ünitesi için bir adet dişhekimisi bulunmak zorundadır.
- Hastanelerin ağız diş ve çene hastalıkları ve cerrahisi, polikliniği ve ameliyathanelerinde bulunması gereken alet ve ekipmanlar ek 4'te belirtilmiştir.

\*\*\*

17 Nisan 2003 tarihinde devlet memurlarının tedavi yardımı ve cenaze giderleri yönetmeliğine bir ek madde eklenmesine dair yönetmelik Resmi Gazete'de yayımla-

narak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle;

- Devlet memurlarının özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alması kolaylaştırılmıştır.
- Özel sağlık kurumlarında yapılacak paket tedavi uygulamalarına olanak sağlanmıştır.

• Özel sağlık kurum ve kuruluşlarına ödenecek tedavi bedeli ise B.U.T.da belirlenen fiyatlarla sınırlandırılmıştır.

Yönetmeliğin genel gerekçesi;

• 1982 anayasasının 56. maddesinde devletin herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenleyeceği ve bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık kurumlarıyla sosyal kurumlardan yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getireceği belirtilmiştir.

• Devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin daha iyi imkanlarla tedavilerinin sağlanması ve sağlık kurumları arasındaki rekabetin sağlanarak kalitenin artırılması amacıyla tıbbi donanım ve ekipman olarak belli seviyeye ulaşmış özel sağlık kurumlarına doğrudan veya paket tedavi uygulaması açısından hasta sevkinin yapılması amaçlanmıştır.

Eklenen maddenin gerekçesi;

• Yönetmelik kapsamında olanların daha iyi imkanlarla tedavilerinin sağlanması amacıyla resmi ve özel sağlık kurumları arasında sağlanacak rekabetle kalitenin artırılması böylelikle sağlık hizmetlerinin verimlilik, etkinlik ve tutumluluk ilkeleri çerçevesinde yerine getirilmesinin sağlanması amaçlanmıştır.

Gerekçelerden de anlaşılacağı üzere devlet, rekabet yolu ile daha iyi hizmeti sağlamak ve böylelikle de tasarruf ve verimi artırmak amacıyla yönetmeliği değiştirmiştir.

\*\*\*

30 Mayıs 2003 tarihinde teşhis ve tedavi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarına hasta sevkine ilişkin usul ve esaslar hakkında tebliğ Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu tebliğle;

• Devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri tedavileri için özel sağlık kurumları ve özel polikliniklere de gidebileceklerdir.

• Hizmeti veren kurum ve kuruluşlar türlerine göre farklı fiyatlandırmaya tabi olmuşlardır. 1. basamak kuruluşlarından sayılan özel poliklinikler baktıkları hastaların faturalarını B.U.T.dan %30 eksisine keseceklerdir. 2. basamak sağlık kuruluşları ise B.U.T. fiyatlarında faturalama yapacaktır. Doğrudan 2. basamağa giden hasta için, özel sağlık kurumuna ancak 1. basamak ücreti ödenecektir.

\*\*\*

05 Haziran 2003 tarihinde 30 Mayıs 2003 tarihli tebliği açıklamak amacıyla Maliye Bakanlığınca bir genelge yayımlanmıştır.

Bu genelgeyle tebliğde eksik olan yerlere açıklama getirilirken özel tıp merkezlerinin faturalaması ile ilgili olarak da B.U.T. fiyatlarından % 30 düşük olacağı belirtilmiştir.

• 30 Mayıs 2003 tarihli tebliğde muayenehanelerden ve dişhekimliği hizmetlerinden bahsedilmemektedir. TDB olarak, Maliye ve Sağlık Bakanlığının en üst düzeydeki yetkilileriyle defalarca görüşmemize rağmen, muayenehanelerden verilecek dişhekimliği hizmetleriyle ilgili olarak herhangi bir sonuç alamamamız üzerine, 17 Nisan 2003 tarihli yönetmelik, 30 Mayıs 2003 tarihli tebliğ ve 5 Haziran 2003 tarihli genelgenin iptali ve yürütmesinin durdurulması davasını açtık.

\*\*\*

25 Haziran 2003 tarihinde devlet memurları kanunu ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu'nda değişiklik yapılmasına dair kanun resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla;

• 657 sayılı kanunda memur ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin özelde tedavi olmaları için eskiden resmi kurum raporu gerekiyken yeni düzenlemede resmi lafı kaldırılarak sadece tabip ibaresi yeterli görülmüştür.

• Uzun süreli bazı hastalıklarda ilaç katkı payı alınmaması için eskiden resmi sağlık kurulu raporu gerekiyorken, yeni düzenlemede sağlık kurulu ifadesi yeterli görül-



müştür.

- Emeklilik kesenekleri % 15'ten % 16'ya çıkarılmıştır.
- Memurların aylıksız hizmetle ilgili ödemeleri eskiden aylıksız izin süresinin bitim tarihini takip eden üç ay ile sınırlıyken, yeni düzenlemeyle bu süre emekliliğe ayrılmadan altı ay öncesine kadar uzatılmıştır.

• Emekliler eskiden sadece resmi kurumlar ile bazı kamuya yararlı vakıf ve derneklere ait sağlık kuruluşlarında tüzükte yazan hükümlere göre tedavi olabildiklerken, yeni düzenlemeyle özel sağlık kurum ve kuruluşlarında da yönetmelik hükümlerine göre tedavi olabileceklerdir.

Kanunun genel gerekçesi; devlet memurlarıyla emeklileri ve bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin tedavileri resmi sağlık kurumlarında yapılmakta, ancak bu kurumların sayılarının yeterli olmaması nedeniyle hastane polikliniklerinin önünde yığılmalar ve uzun muayene kuyrukları meydana gelmektedir. Bu kuyrukların önlenmesi ve hastaların doktora ulaşmasında kolaylık sağlanması için hemen her mahallede bulunan ve tıbbi teknolojideki gelişmelere uygun olarak donatılmış bulunan tıp merkezlerinden faydalanılması amacıyla bu kanun hazırlanmıştır.

1. ve 3. madde gerekçeleri; devlet memurlarıyla emeklileri ve bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin tedavilerinin, resmi kurumlar yanında Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlandırılan ve denetlenen özel sağlık kurum ve kuruluşlarından da sağlanmasının önünü açmak ve hastaya hastane ve hekim seçme özgürlüğü tanınması amaçlanmıştır.

\*\*\*

10 Temmuz 2003 tarihinde ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelik Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle

• Özel hastane poliklinikleri ayakta teşhis ve tedavi yönetmeliği kapsamına alınmıştır.

• Muayenehaneler ve poliklinikler birinci basamak sağlık kuruluşları, merkezler ise ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak belirlenmiştir.

• Merkezler tıp merkezi, özel dal merkezi ve teşhis merkezi olmak üzere sınıflandırılmışlardır. Tıp merkezlerine en az bir diş üniti ve dişhekimisi zorunluluğu getirilmiştir.

• Polikliniklerin, birden fazla uzmanlık alanı veya birden fazla alanda hekimlik hizmeti veren kuruluşlar olduğu tarifi getirilmiştir.

• Sağlık kuruluşu müstakil binada değil ise, kat maliklerinden alınacak muvafakat

belgesi alınması zorunluluğu getirilmiştir.

• Tıp merkezlerinde ve özel dal merkezlerinde kadrolu hekimlerin çalışma saatleri resmi çalışma günlerinde Valiliklerce belirlenen resmi mesai saatiyle uyumlu olacak. Poliklinikler ise çalışma saatlerini kendileri belirleyerek Müdürlüğe bildirecekler.

• Sağlık kuruluşlarında nöbetçi hekim hariç olmak üzere adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmeyen hekim ve diğer sağlık personeli çalıştırılmayacaktır.

\*\*\*

24 Temmuz 2003 tarihinde eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılmasıyla bazı kanun ve kanun hükmünde karamamelerde değişiklik yapılması hakkında kanun Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla;

• Bakanlar Kurulu'nca belirlenecek olan il ve ilçelerde açılacak olan kadrolarda çalışacak olan sağlık personeli sözleşmeli olacaktır.

• Hizmet süreleri bir yıl ile sınırlıdır. Taraflardan biri en geç bir ay önce karşı tarafa yazılı olarak bildirmese sözleşme bir yıl daha uzar.

• Sözleşme, iki ay öncesinde bildirmek koşuluyla tek taraflı olarak her zaman feshedilebilecektir.

• Sözleşmeli personel kazanç getirici başka bir iş yapamayacaktır.

• Sözleşmeli personel ancak boş bir sözleşmeli personel kadrosuna atanabilecek.

• Uzman tabip, tabip, eczacı ve dişhekimleri kura ile atanacaklardır.

• Sözleşmeli personel istihdam edildiği hizmet biriminin olduğu yerde ikamet etmek zorundadır.

• Sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi 40 saattir. Ancak ilgili valilik farklı çalışma süreleri ve günlük çalışma saatleri belirleyebilir. Bunlar için ek bir ücret ödenmeyecektir.

• Otuz günü aşan hastalık izinlerinde yarım ücret ödenecektir.

• Kesintisiz on yıl süreyle sözleşmeli personel olarak çalışanlar bu süre içinde hiç ceza almamışlarsa sürekli sözleşmeli personel olma hakkını elde etmiş sayılacaklardır.

\*\*\*

2 Eylül 2003 tarihinde sözleşmeli sağlık personeli atama ve nakil yönetmeliği Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle;

• Sınav ve kurayla yapılacak atamaların nasıl olacağı ile sözleşmeli personelin nakil usul ve esasları ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

• Sözleşmeli personel atamalarında eş, öğrenim, sağlık durumu ve diğer hususlar göz önüne alınmayacaktır.

• Halen memur olanlar kura için başvurula-

bileceklerken, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşundan emeklilik veya yaşlılık aylığı alanlar sözleşmeli olarak çalışamayacaklardır.

• Kura ile atanmış olan sözleşmeli personelin en az bir yıl çalıştıktan sonra isterse başka bir sözleşmeli kadrosuna nakil isteyebileceği ve sözleşmeli personel arasında karşılıklı yer değiştirmelerin olabileceği yönetmelikte belirtilmiştir.

\*\*\*

06 Eylül 2003 tarihinde emekli ve malül aylığı bağlanmış olanlarla, bunların kanunen bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri, dul ve yetim aylığı alanların muayeneye tedavileri hakkında yönetmelik Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle;

• Emekli ve yakınlarının resmi kurum ve kuruluşlar dışında özel sağlık kurum ve kuruluşlarında da muayene ve tedavilerine olanak sağlanıyor.

• Özel ve resmi sağlık kurum ve kuruluşları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak gruplandırılıyor.

Resmi kurum tabiplikleri, belediyelere ait tabiplikler ve poliklinikler, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, SSK sağlık istasyonları, dispanserler ve özel poliklinikler birinci basamak sağlık kuruluşları olarak değerlendiriliyor. Hastalar sağlık karneleri ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuracak. (Özel muayenehaneler kapsam dışı bırakılıyor)

Birinci basamak sağlık kuruluşları hastaları gerekirse bu kuruluşlardan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk edecekler.

Kamuya ait yataklı veya yataksız eğitim vermeyen genel ve özel dal hastaneleriyle özel hastaneler, tıp merkezleri ve özel dal merkezleri, ikinci basamak sağlık kurumları olarak değerlendiriliyor.

Eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri ilk kez üçüncü basamak sağlık kurumları olarak tanımlanıyor. (Vakıf üniversitelerine bağlı hastaneler ikinci basamak olarak değerlendiriliyor.)

• Özel sağlık kurum ve kuruluşları sunmuş oldukları sağlık hizmeti için fark talep edeceklerse ilk başvuruda hastayı bilgilendirmek zorundadırlar.

• Madde 21'e göre ise dış tedavilerinin bedeli talimatta belirlenen esas ve usullere ve talimatta belirlenen ücret tarifesi üzerinden ödenmektedir.

Not: Bugün yapılan uygulamada, muayenehaneler madde 21'e göre hasta bakmaktayken, diğer özel sağlık kuruluşları ise doğrudan hasta kabul edebilmekteler ve hiçbir kısıtlamaya tabi tutulmadan yaptıkları tedavilerin ücretlerini sandıktan alabilmektelerdir. →

- Kronik hastalığı olan hastalara düzenlenen sağlık kurulu raporları artık süresiz olarak geçerli olacak. Bu hastalara bir defa reçete düzenlenecek, reçetelerde sadece doz belirtilecek, kutu adedi yazılmayacak. Hastaların ilaçları bittiğinde, eczacılar yeni reçete sayfasına verilen ilacın adını ve kutu sayısını yazarak hastaya ilaçlarını verecek. Böylece kronik hastalıklarda doktorların sürekli aynı ilaçları reçetelemesi uygulaması kalkıyor.

- Sağlık kurum ve kuruluşları, bir ay içinde tedavi yaptıkları kişilerin giderlerini ayrı bir cetvelde toplamak suretiyle izleyen ay içerisinde sandığa gönderirler ve fatura bedelleri sandığa ulaştıktan itibaren 45 gün içinde kendilerine ödenir.

\*\*\*

09 Eylül 2003 tarihinde Maliye Bakanlığı tedavi giderleriyle ilgili bir genelge yayımlamıştır. Bu genelgeyle;

- Özel tıp merkezleri ve Kızılay tıp merkezleri 05 Haziran 2003 tarihli genelge uyarınca B.U.T. fiyatlarına göre % 30 indirimli fiyat uygulaması uygulamaktayken, söz konusu indirim tutarları özel tıp merkezlerinde %20, Kızılay tıp merkezlerinde ise % 15 olarak uygulanacaktır.

\*\*\*

23 Eylül 2003 tarihinde memur, emekli ve yakınlarının özel sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene ve tedavi edilmeyle ilgili protokol imzalanarak yürürlüğe girmiştir. Bu protokol; Maliye Bakanlığı, Emekli Sandığı ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını temsil eden dernekler arasında imzalanmıştır. Bu protokolle;

- Muayenehaneler hariç olmak üzere bütün özel kurum ve kuruluşları sağlık sistemine entegre edilmişlerdir.

- Sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastalar, bu kurum ve kuruluşlarda full-time çalışan ve kamuda çalışmayan hekimler tarafından muayene ve tedavi edileceklerdir.

- Paket fiyat uygulanacak hizmetler, KDV mükellefi olmayan kurumlarda aynen, KDV mükellefi olan kurumlarda ise KDV ilave edilerek faturalandırılacaktır.

- Diğer fiyatlandırma ve hasta kabul esasları daha önce çıkmış olan yasa, yönetmelik, tebliğ ve genelgelere uygun olarak yapılabilmektedir.

\*\*\*

30 Ekim 2003 tarihinde sözleşmeli sağlık personeli atama ve nakil yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle;

- Kuraya başvuracak olanlar sözleşmeli personel pozisyonları arasından en fazla üç tercihte bulunabileceklerdir

- Bakanlık isterse kuraları bilgisayar ortamında yapılabilecektir. ■



**Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı  
Prof.Dr. Sabahattin Aydın**

## Genel Sağlık Sigortası tüm sağlık hizmetlerini vermeyi taahhüt ediyor

**TDBD: Şu anda ülkemizde kamu çalışanları ile emekliler ve bakmakla yükümlü olduğu kimseler dişhekimliği hizmetlerini özel muayenehanelerden satın alamıyorlar. Genel Sağlık Sigortası Sistemi içerisinde de aynı uygulamanın süreceği söylenmektedir. Bu konuda ne diyorsunuz?**

Öncelikle bu önyargının nereden kaynaklandığını bilmiyorum. 2004 yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile ilgili şu anda gerçekten yoğun bir şekilde çalışma sürüyor. Bu çalışmanın ana taslağını temel olarak Sağlık Bakanlığı olarak biz yaptık. Ancak şu anda esas sahibi Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile birlikte aynı taslağın üzerinde olgunlaştırma çalışmalarını yapıyor. Henüz net olarak taslak ortaya çıkmadı. Dolayısıyla bunun içinde dişhekimlerinin veya bir başka sağlık hizmet grubunun eskisinden olduğundan daha farklı bir yapıya bürüneceğine dair bir bilgi yok. En azından çalışan ekibin başında olan biri olarak ben, böyle bir bilgiye sahip değilim. Dolayısıyla bunun doğru olmadığını düşünüyorum öncelikle. Ama bu bilgi şununla karışmış olabilir mi? 2004 yılında tüm ülkeye yaygınlaştıracağımız performans dayalı döner sermaye uygulamalarında dişhekimliği uygulamalarının bir sınırı olduğu gerçek. Belki buradan çağrışımla böyle bir yanlış kanı oluşmuş olabilir. Hastanelerimizde yapılan, bütçe uygulama talimatında da tanımlanan hizmetlerin puanlanması söz konusudur. Ben bu konuda bütün sektör temsilcileriyle toplantı yaptım. Bu toplantıda Türk Dişhekimleri Birliği temsilcisi de vardı. Onlara da eğer burada bir eksiklik varsa, yapılan hizmetlerin, bütçe uygulama tali-

matında tanımlanan hizmetlerin eksikleri varsa, bunları koyabileceğimizi beyan ettik. Dolayısıyla bu tür bir değişim şu anda söz konusu değil.

**TDBD: Genel Sağlık Sigortası Sistemi içerisinde sizce dişhekimliği hizmetlerinin yeri ne olmalıdır?**

İsterseniz bunu iki kademeli olarak söyleyeyim. Çünkü Genel Sağlık Sigortası bütün sağlık hizmetlerini ve özellikle bireylerin ihtiyacı olan temel sağlık hizmetlerinin hepsini vermeyi taahhüt eden bir sigorta sistemidir. Onun içinde dişhekimliği hizmetlerinin, bugün için dişhekimlerince lüks olduğu kabul edilen ya da olmasa da olur diye tanımlanabilecek hizmetler varsa, bunlar teminat paketinin dışına alınabilir. Ama bunun dışındaki hastalıkların teşhis edildiğinde tedavisini gerektirecek bütün hizmetler teminat paketinin içine alınmalıdır. Genel Sağlık Sigortası içinde dişhekimliği hizmetlerinin ayrı, diğer genel tababet hizmetlerinin ayrı olarak değerlendirilmesi, yani hastanın ihtiyacı karşısında

**'... hastalıkların teşhis edildiğinde tedavisini gerektirecek bütün hizmetler teminat paketinin içine alınmalıdır. Genel Sağlık Sigortası içinde dişhekimliği hizmetlerinin ayrı, diğer genel tababet hizmetlerinin ayrı olarak değerlendirilmesi, yani hastanın ihtiyacı karşısında bu hizmetlerin farklı değerlendirilmesi söz konusu olamaz.'**

farklı değerlendirilmesi söz konusu olamaz. Ama burada şöyle bir sıkıntı var. Ben dişhekimleriyle çok sık görüşmeler yaptım. Türk Dişhekimleri Birliği Başkanıyla bu konuda gerçekten çok sıkı bir diyalogumuz var. Fikir alışverişinde bulunuyoruz. Koruyucu hekimlik içinde veya aile hekimliği içinde, dişhekimliğinin yeri konusunda, Türkiye'de çok belirli bir tanımlama yok. Bu konuda biz zorluk çekiyoruz. Bunu itiraf ediyorum ama dişhekimleri de zorluk çekiyor. Dişhekimleri aile hekimliği hizmetinin neresinde olmalıdır sorusunu dişhekimleri bize net olarak getirirlerse, biz her zaman kabul etmeye hazırız. ■

# Sağlık sistemleri

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nde ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık politikası; "İrk, din, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın, herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı" olarak ve sağlık ise; "yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" şeklinde tanımlanmıştır. Ülkelerde, sağlık politikaları ve sağlığın kurumsallaşması, tarih boyunca toplumların politik ve ekonomik koşullarına, toplumsal yapılarına, değer sistemlerine, sağlık koşullarındaki toplumsal değişim ve gereksinimlerine göre şekillenmiştir. Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilitasyon yapmak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltebilmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne "sağlık hizmetleri" denilmektedir.

Sağlık sistemi bazı ülkelerde iyi işlemekte fakat diğerlerinde zayıf kalmaktadır. Bu sadece gelir ve giderlerdeki farklılıklar sebebiyle değildir, benzer sağlık harcamaları düzeyleri olan ülkelerde de performans, belirgin farklılıklar göstermektedir. Sağlık sistemlerinin dizaynı, yönetimi ve finanse edilme şekilleri insanların yaşamını ve geçimlerini etkilemektedir. İyi performansla İyi bir sağlık sistemi ne yapar? Bir sağlık sistemini iyi yapan nedir? Bir sağlık hizmet veren bir sağlık sistemi ile kusurlu çalışan bir sağlık sistemi arasındaki farklar; ölüm, sakatlık, yoksulluk ve umutsuzluk yönde-

rinden ölçülebilir. Dünya Sağlık Örgütü ilk kez dünyadaki sağlık sistemlerini analiz etmiştir (21 Haziran 2000, Cenevre). 191 Üye Ülke' de 5 performans göstergesi kullanılarak yapılan değerlendirmede en iyi genel sağlık hizmetini sağlayan Fransa'yı İtalya, İspanya, Umman, Avusturya ve Japonya izlemiştir.

Bulgular, 21 Haziran' da 2000 Dünya Sağlık Raporu:Sağlık Sistemleri-Performansı Geliştirme' de yayınlanmıştır. Rapora göre ABD sağlık sistemi, GDP' sinden diğer tüm ülkelerden daha büyük pay ayırmasına karşın performans olarak 191 ülke arasında 37. sırada bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerine GDP 'sinin sadece % 6'sını ayıran İngiltere sıralamada 18incidir. Bazı küçük ülkeler-San Marina, Andorra, Malta ve Singapur ikinci sıradaki İtalya'nın hemen arkasında yer almaktadır.

DSÖ' nün değerlendirme sistemi 5 göstergeye dayanmaktadır: toplumun genel sağlığı seviyesi; toplumdaki sağlık eşitsizlikleri(veya farklılıklar); sağlık sisteminin genel karşılık verme seviyesi( hasta memnuniyeti ve sistemin ne kadar iyi işlediği); karşılık vermenin toplum içinde dağılımı(çeşitli ekonomik statülerden insanların sağlık sisteminin verdiği hizmeti nasıl bulduğu) ve sağlık sisteminin toplum üzerindeki finansal yükü (masrafları kimin ödediği).

2000 Dünya Sağlık Raporunda , tüm dünyada sağlık sistemlerinin performansını geliştirmek amacı ile, ilgi alanlarını halk sağlığı ve kişisel sağlık hizmetleri sağlanmasının ötesinde, insan sağlığı üzerinde etkili olan diğer önemli halk politikaları alanları-

na genişletmek için nasıl bir sağlık sistemi dizayn edileceği tartışılmıştır. Rapor sağlık sistemlerinin amaçlarını anlamaya yardımcı olmak yolunda yeni bir yön açmaktadır. Bunların tanımlanma amaçları sağlığı geliştirmek ve korumaktır, fakat başka esas amaçları da bulunmaktadır. Bunlar, insanların sağlık bakımı için ödedikleri ve sistemin kişilerin nasıl tedavi edildikleri konusundaki beklentileri ile ilgili değerlendirmelerdir. Karmaşık bir etkileşim setini anlamamanın başlangıç aşamalarında olmamıza rağmen, bazı önemli sonuçlar ortaya çıkmaktadır:

- Bir ülkenin sağlık sistemini performansının tüm sorumluluğu hükümette bulunmaktadır. Toplumun sağlığının dikkatli ve sorumlu yönetimi iyi bir hükümetin özüdür. İnsanların sağlığı ulusal bir önceliktir: hükümetin sorumluluğu bunun devamlı ve kalıcı olmasını sağlamaktır.
- Dolar olarak sağlık harcamaları yönünden pek çok ülke performans potansiyellerinin altına düşmektedir. Sonuç, çok sayıda önlenebilir ölüm ve sakatlıkla engellenmiş hayatlardır.
- Sağlık sistemleri sadece insanların sağlığını geliştirmekle değil onları hastalıkların finansal masrafindan korumakla da ilgilenmektedir.

Sağlığı geliştirmek sağlık sisteminin ana amacı olmasına rağmen, tek amacı değildir. İyi sağlık hedefi iki taraflıdır: ulaşılabilen en iyi ortalama seviye-iyilik- ve bireyler ve gruplar arasında mümkün olan en az farklılık-Hakkaniyet. İyilik, sağlık sisteminin insanların beklentilerine iyi cevap vermesi; hakkaniyet ayrım yapmaksızın herkese eşit karşılık vermesi anlamına gelmektedir. Rapor ayrıca üç genel amaca ulaşma denemesinde ilk kez ulusal sağlık sistemi performansı indeksi sunmaktadır: iyi sağlık, toplumun beklentilerine karşılık verilmesi ve finansal katkının adaleti. Bu amaçların hem seviyesi hem de dağıtımı önemlidir. Bunlarla ilgili ilerlemeler sistemin dört hayati fonksiyonu ne kadar iyi yürüttüğüne bağlıdır: hizmet sağlanması, kaynak yaratımı, fi-

Ülkeler	Kişibaşı GSMH (USD)	Sağlığa ayrılan pay (%)	Doktor başına düşen nüfus	Dişhekimi başına düşen nüfus	Bebek ölümleri (binde)	Yaşam beklentisi (yıl)	
						Erkek	Kadın
Almanya	26570	10.4	1336	1318	5	73.6	79.9
İngiltere	21410	5.1	1719	2100	6	74.0	79.0
Fransa	24210	10.3	318	1390	5	74.5	82.5
Belçika	25380	7.8	309	1245	6	73.0	80.0
Avusturya	26830	8.0	2000	2600	5	74.5	81.5
Çek Cumhuriyeti	5150	7.3	1350	1380	5	69.0	75.0
ABD	29249	2.9	435	1810	7	75.9	75.9
Kanada	19380	22.0	514	1834	5	75.0	81.0
Türkiye	2986	2.4	1291	3600	35	66.2	70.9

\*2000 yılındaki değerlerdir.

nansman ve yöneticilik.

Sağlık sistemleri; geçen 100 yıl boyunca ulusal sağlık bakımı sistemlerinin kurulmasını ve sosyal güvence tasarılarının genişlemesini de içeren reformlar geçirmiştir. Daha sonra bunları, temel sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle dünya genelini kapsayacak herkes için sağlık- amacı izlemiştir. Pek çok üstünlüklerine rağmen, bu rota insanların sağlık bakımı için taleplerine çok az dikkat göstermesi ve onun yerine neredeyse yalnızca görünen ihtiyaçlara konsantre olmuş olması yönünden eleştirilmektedir. Ülkenin sağlık sisteminin tüm işleyişindeki asıl sorumluluk hükümetindir. Nüfusun refahına yönelik dikkatli ve titiz bir yönetim iyi bir hükümet için asıl önemli olandır. Bunun anlamı, her ülke için, en iyi ve en adil sağlık sisteminin mümkün kaynakla kurulmasıdır. Halkın sağlığı her zaman ulusal önceliktir ve bunun için hükümet sorumluluğu sürekli ve daimidir.

Sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri arzının bir sonucu olarak yorumlanan ve "hayat kalitesi" göstergeleri adı altında da tanımlanan "genel ölüm ve bebek ölüm oranları" ile "doğuşta hayatta kalma ümidi" göstergelerinin Türkiye'deki durumu dünya ve AB ortalamasıyla karşılaştırıldığında; Türkiye'de sağlık sektörünün gelişmiş ülkelere göre geri kaldığı görülmektedir. Kaba do-

ğum hızı Türkiye'de (1999) binde 20.8 iken, AB'de (1989) binde 10-15, dünyada (1992) binde 26'dır. Kaba ölüm hızı, aynı yıllar için, Türkiye'de binde 6,3 iken, AB'de binde 7-11 ve dünyada binde 9'dur. Yine aynı yıllar için, bebek ölüm hızı Türkiye'de binde 36,3 iken, AB'de 10-15 ve dünyada binde 53'dür. Doğuşta hayatta kalma ümidi göstergesi, Türkiye'de 69 yıl iken, AB'de 75 yıl ve dünyada 66 yıldır (Sağlık Bakanlığı, 1990a; YILDIRIM, 1994:23; DPT, 1999 Yılı Programı:40). Bu verilerden de görüldüğü gibi, Türkiye sağlık hizmetlerinde, gelişmiş ülkelerin 1980'li yıllarda yakaladığı düzeyin bile çok gerisinde kalmış olup, dünya ortalamasının biraz üstündedir.

### Bazı Ülkelerin Sağlık Sistemleri

#### Kanada

Eyalet hükümetlerince kurulmuş sağlık sigortaları vardır. Her eyalet kendi sağlık sistemini federal yasa ve yönetmeliklere bağlı olarak yürütür ve federal bütçeden bir miktar destek alır. Sağlık harcamalarının %73'ü kamu tarafından finanse edilmekte, %20'si ise cepten yapılan harcamalardan oluşmaktadır. Hizmeti asıl satın alanın hükümet olması nedeniyle bütçenin hastane ve hekimlere dağılımı kontrol altındadır. Eyalet yönetimi, hastanelerin oluşturduğu bir kon-

sorsiyum ile meslek odalarının görüşü doğrultusunda bütçeyi belirler. Kanada eyalet sağlık sistemi, hastane hizmetlerinin, ayakta bakım hizmetlerinin ve yaşlılar için ilaç sağlanması hizmetlerinin tamamını finanse etmektedir. Özel sigortanın geçerli olduğu başlıca alanlar ise, hastane özel odaları, ambulans hizmetleri, evde hemşire bakımı ve bazı eyaletlerde ilaç ücretleridir. Kanadalıların yaklaşık %60'ının bu tür hizmetler için özel sağlık sigortası vardır. Kanada sağlık hizmetlerinin büyük kısmı kar amaçlı gütmeyen hastaneler ile serbest çalışan hekimlerce sunulmaktadır. Hastane yataklarının ancak %5'i kar amaçlı özel yataklardır. Özel hastaneler kamu sigortasından yararlanamamaktadır. Kamu finansmanının 2/3'ü eyaletler, 1/3'ü ise federal hükümet tarafından karşılanmaktadır.

#### Almanya

Almanyadaki sağlık sistemi sosyal sigorta temeline dayanmaktadır. Alman toplumunun hemen hemen tamamı, birbiri ile rekabet etmeyen, özel gruplara hedeflenmiş yasal statüsü olan hastalık fonları ile özel sigortalara tabidir. Mevcut 1200 hastalık fonu toplamın yaklaşık %88'ini kapsamaktadır. Bunlar işçi veya işverenden bordro kanalıyla yapılan kesintilerle finanse edilmektedir. Hastalık fonuna tabi olan bi- →

Ülkeler	Devlet kliniklerinde ücretsiz dişhekimliği hizmeti alanlar	Ulusal sağlık (sigorta) sistemi içinde dişhekimliği hizmeti alanlar	Ulusal sağlık (sigorta) sistemi içinde karşılanan tedaviler
Almanya	Hiç kimse. Bu halk sağlığı servisleri lokal olarak çalışır ve yalnızca hastaları muayene ve yönlendirme yetkileri vardır, tedavi yapamazlar. Ayrıca okullarda ki koruyucu programları yürütürler, hizmetler ücretsizdir.	Nüfusun genel olarak %92 si ödentili, yasal sağlık sigorta sistemi üyesidir. Kalan %8 gelir düzeyi düşüktür ve aldıkları hizmetin bedeli Eyalet tarafından ödenir.	Yetişkinler için ortodontik ve koruyucu tedaviler, implantlar, her türlü yüksek maliyetli kozmetik /estetik tedaviler ve fonksiyonel olmayan tedaviler haricindekileri kapsar.
İngiltere	Yaşlı, Özürlü, Özel ihtiyaçları olan kimsele	Tüm popülasyon	Tüm tedaviler
Fransa	N/A	Tüm popülasyon	% 75 Konservatif tedavi ve cerrahi, protez ve ortodonti
Danimarka	3-18 yaş grubu popülasyon ve özürlüler	Tüm popülasyon	Proflaktik ve temel tedaviler
Avusturya	Tüm Popülasyon	Sağlık sigortası olan herkes (yaklaşık % 94)	Konservatif tedaviler, takıp çıkarılabilen protezler ve ortodontik apereyler
Çek Cumhuriyeti	-	Tüm Popülasyon	Tüm tedaviler
ABD	Medicade (yoksullar için) kapsamındaki hastalar - Eyaletlere göre değişmekte. 1-21 yaş grubunda (EPSDT) uygulanacaklar. (Erken, Periyodik, Tarama kapsamında Diağnoz ve Tedavi)	Medicare (yaşlılar için) kapsamındakiler. Medicade; Federal fakirlik düzeyinin altındaki popülasyon (Eyaletlere göre farklılık gösterir)	-

Çeşitli ülkelerdeki ağız diş sağlıgsistemleri

reylerin %9'u ayrıca özel sigorta kapsamındadır. Hastalık fonuna tabi olmaksızın sadece özel sigortadan yararlananların oranı ise %10'dur. Tüm sağlık harcamalarının %73'ü hastalık fonlarınca, %11'i ise doğrudan yapılan cepten ödemelerle karşılanmaktadır. Alman hastalık fonları ilk iki hafta alınan bir katkı payı dışında tüm hastane masraflarını karşılamaktadır. Ayaktan bakım hizmetlerinin %100'ü de hastalık fonlarınca karşılanmakta, reçetelenen ilaçlar için 2\$ katkı payı alınmaktadır. Almanya'da ambulatuvar hizmetler ile yatarak bakım hizmetleri birbirinden ayrıdır. Ambulatuvar hizmette görev alan hekimlerin ücretleri hastalık fonları ile yapılan sözleşmelere uygun olarak ödenir. Özel hasta ücretleri sabit bir ödeme planına tabidir. Hastalık fonuna bağlı hastaların hastane masrafları sözleşme ile belirlenmiş günlük ödemeler şeklinde yapılır. Bu günlük ödemenin içerisinde kamudan hizmet alan hastanın hekim ücreti ile özel sigortası olan hastaların "hizmet başına ödeme" ücretleri yer almaktadır. Hastanelerin %50'si kamuya ait olup, %35'i gönüllü kuruluşların özel hastaneleri, %14'ü ise hekimlere ait kar amaçlı özel hastanelerdir. Hastanede çalışan hekimlerin çoğunluğu ücretli çalışan statüsündedir. Ambulatuvar hizmet hekimleri ise serbest çalışmaktadır.

### Japonya

Japonya'daki finansman sistemi Almanya'daki sosyal sigorta sistemine benzemektedir. Japonya toplumunun tümü üç uygulamadan birisine bağlıdır: İşçi Sağlık Sigortası, Toplum Sağlık Sigortası, Yaşlılar İçin Sağlık ve Tıbbi Hizmetler. Tüm nüfusun %62'si İşçi Sağlık Sigortasının bir parçası olan ve işverence desteklenen fonlara bağlıdır. Küçük işletmeler, kendi işinin sahibi olanlar ve çiftçiler Toplum Sağlık Sigortasına bağlıdır. Bu sigorta, yerel hükümet ile özel kuruluşlar tarafından birlikte yönetilmektedir. Yaşlılar İçin Sağlık ve Tıbbi Hizmetler uygulamasının kaynakları ise diğer fonlardan sağlanmaktadır. Sistemin finansmanı işçi ve işverenden alınan gelire orantılı primlerle sağlanmaktadır. Japonya'da özel sigortacılık sınırlı olup, tüm sağlık harcamalarının %72'si kamu tarafından, %12'si ise cepten yapılan ödemelerle karşılanmaktadır. Japonya nüfusunun %52'si İşçi Sağlık Sigortasına, %48'i ise diğer iki sigortaya bağlıdır. İşçi sayısı 700'den fazla olan işletmelerin işverenlerin, devlet sigortaları dışında ayrı bir sigorta oluşturması mümkündür. Japon sisteminde, hastane bakım hizmetlerinin, işçiler için %90'ı, bağımlıları için ise %80'i sigorta tarafından karşılanmaktadır. Toplum Sağlık Sigortası, hastane giderlerinin %70'ini karşılamaktadır. Ayaktan bakım hizmetlerinin karşılanma oranı, işçi sigortalarında %70, Toplum Sigortalarında da %70'dir. Yaşlıların %100'ü aylık 6\$ katkı payı ile sigorta kapsamındadır. Re-

çete edilen ilaçların karşılanma oranı ise, İşçi Sigortasında %90, Toplum Sigortasında %70, yaşlılar için %100'dür. İşçi Sağlık Sigortaları, bordro kanalıyla alınan vergilerle finanse edilmektedir. Toplum Sağlık Sigortasının %50'si federal ve yerel hükümetin vergi gelirleri ile, geriye kalanı da gelire orantılı primlerle finanse edilmektedir. Japonya'da hastane ve hekim ücretleri ülke çapında yapılmış sözleşmelere göre ödenir. Kamu hastanelerindeki hekimler maaşlı olup özel çalışan hekimlere hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Japonya'da ilginç olarak hekimler ilaç reçeteleme ve dağıtımından önemli ölçüde gelir sağlamaktadır. Japonya'daki hastanelerin %80'i özel olup genellikle hekimlere aittir. Bunların dışında kar amaçlı hastane yoktur.

### Fransa

Fransız sağlık sistemi de Almanlarda olduğu gibi Bismarck modeli olarak bilinen sosyal sigortacılığa dayanır. Tüm toplum zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Bu sigorta, sosyal güvenlik sistemi tarafından finanse edilmekte, ancak Almanya'daki hastalık fonlarına benzer kuruluşlarca yönetilmektedir. Bu amaçla kurulmuş olan başlıca üç büyük ve çok sayıda küçük hükümet dışı özerk kuruluş faaliyet göstermektedir. Sistem, işveren ve işçilerden alınan vergilerle finanse edilmektedir. Tüm sağlık harcamalarının %74'ü kamuya ait olup, %17'si cepten yapılan harcamalardır. Toplumun %80'inden fazlası kar amacı gütmeyen kuruluşların özel sigortasından yararlanmaktadır. Ticari amaçlı sigortadan yararlananların oranı %2 kadardır. Fransa'da kamu hastaneleri genel bütçeden finanse edilmekte, özel hastanelerdeki ödemeler sözleşme ile belirlenmiş günlük ücretlerden oluşmaktadır. Hastane yataklarının %65'i kamuya, %35'i ise özel sektöre aittir. Özel yatakların yaklaşık yarısı kar amaçlı diğer yarısı ise kar amacı gütmeyen kuruluşlara aittir. Kamu hastanelerinde çalışan hekimler maaşlı olup, özel hastanelerdeki ise sözleşme ile belirlenmiş hizmet başına ödeme ile ücretlendirilmektedir. Ambulatuvar bakımda çalışan hekimlerin çoğunluğu ile özel hastanelerdeki hekimler kendi işinin sahibi iken, kamu hastaneleri ile belediye sağlık merkezlerinde görevli hekimler maaşlıdır.

### İngiltere

İngiltere'de toplumun neredeyse tamamı genel vergilerden finanse edilen bir sistemin kapsamındadır. Maliyetlerin %85'i hükümet tarafından, %15'i ise işçi ve işverenlerden vergilendirme yoluyla Ulusal Sigorta Fonuna aktarılmaktadır. Hükümetin dışında özel pazar olmakla birlikte bunun kapsamı hayli küçüktür. Nüfusun %9'unun özellikle elektif cerrahi işlemler için ek bir özel sigortası vardır. Özel sigortalar büyük ölçüde işverenlerce finanse edilmektedir.

Sistem, ayaktan bakım hizmetlerinin tamamını, hastane bakımını ve reçetelenen ilaçları kapsamaktadır. Reçetelenen ilaçlar için bir miktar katkı payı söz konusudur. İngiltere'de hastane işleten ve hekim çalıştıran 190 yerel sağlık bölgesi bulunmaktadır. Hastane yataklarının %90'ı kamuya ya da gönüllü kuruluşlara ait olup Ulusal Sağlık Sistemine dahildir. İngiliz hekimler sağlıkta "pazar" ilkelerine ilgi göstermemektedir. Hastane hekimleri genellikle maaşlıdır. Ayaktan bakım hizmetleri için kişi başına geri ödeme uygulanmakta, ücretler sözleşme ile belirlenmektedir. Hastanelerin çoğunluğuna sahip olan Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemi bunlar için yıllık bütçe belirlemektedir. Pratisyen hekimler, ilk basamakta eleme görevini üstlenmiştir.

### İsveç

İsveç'te toplumun tümü otomatik olarak işleyen bir kamu sistemine tabidir. Fonların %10'u işverenden alınan vergiler, %65'i yerel vergiler, %6.5'i ise federal vergilerden oluşmaktadır. Nüfusun %7'sinin ek olarak özel sektör işverenlerince finanse edilen sigortası vardır. İsveç'teki sistem, sigortalının günlük 10\$ katkısı -yılıda 150\$'ı aşmayacak şekilde- ile hastane masraflarının %100'ünü, her muayene için 10\$ katkı -yılıda 150\$' aşmayacak şekilde- ile ayaktan bakım hizmetlerinin %100'ünü, reçetelenen temel ilaçların da %100'ünü kapsamaktadır. İsveç Sağlık Sistemi 23 Yerel Konsey ile 3 Belediye Bölgesince yönetilmektedir. Yerel Konseylere ait ya da bunlar tarafından işletilen bölge hastaneleri geri ödemeye dayanan bir yıllık bütçe ile çalışmaktadır. Ayaktan bakım hizmetlerinin büyük kısmı bölgesel ilk basamak kliniklerince yürütülmektedir. Hastane hekimleri maaşlıdır. Yeni yapılan düzenleme ile hastane ödemelerinin operasyon başına ya da tanı başına ödeme şeklinde yapılması planlanmaktadır. Halen koroner bypass, lens takılması ve kalça protezi gibi işlemler için uzun bekleme listeleri bulunmaktadır.

Kanada hastanelerinde yatış süreleri uzundur. Amerikan hastane ve hekimlerinin gelirleri daha fazla olup maliyetleri de hayli yüksektir. Almanya, sanayileşmiş ülkeler arasında sağlık harcamaları/GDP oranını düşüren belki de yegane ülkedir. 1980'de %8.4 olan bu oran 1990'da %8.1'e düşmüştür. Bunun olası nedeni hızla büyüyen ekonomiye bağlı olarak GDP'nin sağlık harcamalarından daha hızlı artıyor olmasıdır. Japonya'nın sağlık harcamaları/GDP oranı İngiltere'den sonra en düşük ikinci orandır. Bu ülkedeki kişi başına sağlık harcaması ABD'dekinin yarısı kadardır. İngiltere GDP'sinden sağlığa ayrılan payı en az olan sanayileşmiş ülkedir. Bu durum 1980'lerden beri geçerli olup sağlık harcamalarındaki artış, GDP'deki artışın pek az üzerinde olmuştur. ■



**Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı  
Müsteşar Yardımcısı Mustafa Gür:**

## **Bütün sosyal güvenlik sistemini yeniden tasarlıyoruz**

**TDBD: Genel Sağlık Sigortası nasıl bir ihtiyaçtan doğdu?**

Genel Sağlık Sigortası, kuşkusuz şu anda yaşadığımız sorunlardan ortaya çıkıyor. Sanıyorum Genel Sağlık Sigortası'ndan ilk kez 1967 yılında söz edildi. Bu tarihten sonra hazırlanan kalkınma planlarının ve hükümet programlarının bir kısmında yer aldı. Ama bugün geldiğimiz nokta itibarıyla Sosyal Güvenlik Sistemi'nin ve Sağlık Sistemi'nin mali sürdürülebilirliği ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, vatandaşın bu yöndeki taleplerinin karşılanması mümkün görülmemektedir. Bu alanda kullandığımız kaynakları da sınırsız şekilde artırma imkanımız olmadığına göre, biz, artan sorunların giderilmesi, vatandaşın bu anlamdaki beklentilerinin karşılanması, sistemin hazineye, maliyeye bağlılığının giderek azaltılabilmesi için dünyanın da bizden önce denediği ve büyük ölçüde başardığı modelleri denemek istiyoruz, zorlamak istiyoruz.

Aslında, tüm nüfusu kapsayan bir sağlık sigortası sisteminin kurulması konusu ülkemizde uzun yıllar çokça tartışıldı. Ancak bu tartışmalar özellikle son bir buçuk yıldır tartıştığımız yoğunlukta olmadı. Genel Sağlık Sigortası, yeni hükümetin acil eylem planıyla çok büyük bir kararlılıkla gündeme geldi. Yaklaşık 11 aydır da bizim bakanlığımız sorumluluğunda değişik bakanlıkların, kuruluşların katkılarıyla oldukça önemli bir noktaya gelindi. Bu yöndeki düzenlemeler bakanlıkların, ilgili tarafların görüşüne sunuldu. Şimdi onları değerlendirme aşamasındayız. Amacımız nedir burada? Öncelikle sağlık, insanın en temel ihtiyacıdır. Sağlık sigortası tüm nüfusu kapsasın ki, herkese asgari bir sağlık sigortası temin edelim ki, insanların doğum nedeniyle, ölüm nedeniyle hastanelerde rehin kalmalarını. Sağlıklı bir topluma ulaşım ve toplumun refahını sağlayalım. Bu alanda hiçbir şekilde kontrol edemediğimiz kaynakları daha akıllıca yönetebilelim.

**TDBD: Genel Sağlık Sigortası gibi bir sistem, sizce ülkemiz için uygun bir sistem mi?**

Bizim ülkemizde, kuşkusuz hem sektörel olarak hem de bölgesel olarak çok dengesizlikler var. Aslında, belki bu dengesizlikler de Genel Sağlık Sigortası'nı zorunlu kılıyor. Çünkü siz bugün varlıkları veya sadece sosyal güvenlik sistemi içinde olanlara sağlık hizmeti verebilir konumdasınız. Oysa in-

sanlar toplum içinde bir arada yaşıyor sonuçta. Toplumun bir kısmı en acil, en öncelikli olan sağlık hizmetini alamazken veya çok kısıtlı alırken, diğer kısmının bu hizmeti alması, daha başka sosyal dengesizliklerin, hatta çatışmaların, huzursuzlukların oluşmasına, vatandaşla devlet arasındaki ilişkilerin bozulmasına, yozlaşmasına neden olabilir diye düşünüyoruz. Sağlık, insanların en temel hakkıdır. Anayasamız da bu hakkı çok net bir şekilde tanımlamaktadır. Ancak realite, Anayasada ve yasalarda yazılandan çok farklı maalesef. Çünkü bu hakkın gerçekleşmesi bir mali yük işi. Bunun da mümkün olabildiğince hem hak ve yükümlülüklerde, hem de bu alandaki harcamalarda bir norm birliğinin sağlanması ile gerçekleştirilebileceğini düşünüyoruz. Dolayısıyla Genel Sağlık Sigortası ülkemiz için uygun bir sistem. Yani, ülkenin dengesizlikleri bence Genel Sağlık Sigortası'nı zorunlu kılıyor. Çünkü herkesin kendi imkanlarıyla sağlık hizmetini alma imkanı yoktur. Bu sorunun arkasında sanıyorum gizli bir soru var. Yani Genel Sağlık Sigortası'nı devreye soktuğumuz zaman; bu kadar dengesizlik, bu kadar büyük nüfus var, talep çok artacak. Bu nasıl karşılanacak. Biz, sadece genel sağlık sistemini değil, bütün sosyal güvenlik sistemini yeniden tasarlıyoruz. Konuyu diğer unsurlarıyla birlikte bütün olarak düşündüğümüz zaman sistemin toplamında kayıpları, mükerrerlikleri önlemeye yönelik tedbirlerin de bize önemli ölçüde tasarruf sağlayacağını düşünmekteyiz. Aslında kaynak yönünden, kamunun harcadığı toplam kaynağın çok fazla abartılmayacağını düşünüyoruz. Şu anda bizim kısıtlamalarımız var. Tasarımları hazırlarken dikkat ettiğimiz hususlardan bir tanesi biliyorsunuz mevcut prim oranlarının artırılmamasıdır. Mevcut prim oranlarını artırmadan herkesi kapsayacak bir sağlık sigortası sistemi getirmek, elbette biraz zor bir denklem. Zaten şu anda sağlık sisteminin bir açığı var. Bir de böyle hizmet genişlemesiyle daha da artacak olan yükün nasıl karşılanacağı gibi bir soru çok sık soruluyor bize. Ama biz, dediğimiz gibi, sadece sistemin mevzuatını değiştirmekle yetinmiyoruz. Sistemin iyi ve etkin işlemesi, harcamalarla, gelir ve giderler arasındaki trafiğin iyi kontrol edilebilmesi için, mutlaka sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin iyi bir altyapıya kavuşturulmasını da istiyoruz. Bunu en kısa zamanda planlıyoruz. Böyle olduğu zaman, bizim şu anda hiçbir şekilde

kontrol edemediğimiz mükerrer hizmetlerin ve fazla harcamaların önüne büyük ölçüde geçebileceğimizi düşünüyoruz bir. İkincisi, zaten sistemde bu yönde, yani açıklarını kapama yönünde ve hazineye bağlılığını azaltma yönünde bazı tedbirler de var biliyorsunuz. Sağlık hizmeti, herkese verilebileceği için, herkesten toplanan gelirlerden bunun karşılanması da mantıklıdır. Ancak bu, her zaman hazine kaynaklarıyla karşılanması anlamına da gelmiyor. Sistemin açıklarının bir kısmının vergilerden alınacak paylarla karşılanması, ama bunun ucu açık, bu sadece sınırlı bir katkıdır. Onunla ileriye yönelik projeksiyon yapabilmesini ve kendi geleceğini planlayabilmesini ve kurumun kendi performansına göre sağlık sigortacılığını yönetmesini öngörmektedir.

**TDBD: Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu arasında kesin bir ayrışma oldu. Sizin bakanlığımız burada öne çıktı. Özellikle finansman konusunda. Sağlık hizmetlerinin finansmanı sunumunun arasındaki koordinasyonu kim sağlayacak?**

Sağlık sigortacılığında, dünyada da pek çok ülkede olduğu gibi bir tek yapıyı tanımlamak zorunluluğu var. Sağlık sigortasının tek elde toplanmasıyla, bir kere kaynak yönetiminde biz önemli ölçüde etkinliğe kavuştuk. Sağlık hizmetinin sunumuyla finansmanı ayırmakla, bu iki kesim arasında bir ihtisaslaşmanın olacağını ve bir ayrışmanın olacağını, dolayısıyla herkesin kendi alanında yoğunlaşmasının sağlanabileceğini düşünmekteyiz. Buradan da hem hizmetin iyileşmesinden, hem de kaynağın kullanımından bir beklentimiz var doğrusu. Bu ikisi arasındaki koordinasyon meselesine gelince, kuşkusuz bu modeli uygulayan ülkelerde olduğu gibi, sağlıklı finanse eden ve sunan kuruluşların sağlık politikalarının geliştirilmesinde, sağlık hizmeti sunum standartları ile sağlık hizmetiyle ilgili kalite ve fiyat noktasında kuşkusuz yakın bir işbirliği içinde olması ihtiyacı var. Bunun için ayrı bir yapı henüz tanımlanmış değil, ama bu iki bakanlık şu anda çok iyi bir işbirliği sergiliyor. Bunun belki sürekli kılınması gerekiyor. Rekabete açık ortamda ülkenin bütün sağlık tesislerinin kullanılması ama burada sağlık politikalarını, normlarını belirleyenle sağlığın finansmanını sağlayan sigorta kuruluşu arasında çok sıkı bir ilişki kurulmasını gerektiğini kabul ediyorum.

**TDBD: GSS sanki daha çok özelden hizmet alacakmış gibi bir düşünce var. Yeni düzenlemeden sonra varolan kamu kurum ve kuruluşlarının durumu ne olacak? Hastaneler, dispanserler gibi...**

Hizmet yönünden birbirlerinden hiçbir farkı olmayacak. Bu ister SSK Hastanesi, ister devlet hastanesi, ister ise özel hastane olsun. Hizmet satın alınırken birinden nasıl alınıyorsa diğerinden de öyle alınacak. Ama

bunlar arasında geçişler için, basamaklar arasında geçişler için, elbette bir sevk sistemi tanımlanacak ve bu sisteme entegre olabilen yaşayacak daha doğrusu. Yani burada gizli rekabet var. Gizli değil belki açık rekabet var. Biz, bu rekabeti de istiyoruz. Buradaki rekabette hastaya da biraz seçme özgürlüğü tanırsak rekabeti daha güçlendirebiliriz diye düşünüyoruz. Buradan hem hasta yararlanacak, hem biz finans sigorta kuruluşu olarak yararlanacağız, hem de bu sağlık kuruluşlarına kaynak aktaran kamu hazinesinin önemli ölçüde yararlanacağını düşünmekteyiz. Bizim sadece gelirleri artırma yönünde değil, bu sistemi iyileştirirken harcamaları da azaltma yönünde de bir beklentimiz var doğrusu. Kurgumuz hep bu yönde.

**TDBD: Kamu kurum ve kamu kuruluşlarının daha önceden sağlık personeli var. Bunlar ne olacak? Siz diyorsunuz ki 'bu işi başarabilen personel kalacak'. Peki başaramayanlar ne olacak?**

Ben şunu demek istedim aslında, şu anki sistemde kurum, hem sağlık sigortası sağlıyor, hem de sağlık hizmeti veriyor. Kurumun kendi hastanesi zora girdiği zaman bunu merkezdeki ödeneklerle takviye ediyoruz. Veya devlet hastanesini ele alalım. Devlet hastanesi bir hizmet veriyor, sıkıştığı zaman Sağlık Bakanlığı merkezinden ödenek alıyor. Şimdi bir vesileyle bunlar istisna olacak diyoruz. Senin yatak kapasitenle, doktor kapasitenle ben uğraşmayacağım. Bunları sen büyük ölçüde planlayacaksın ve personel alımıyla, bina yapımıyla büyük ölçüde sen ilgileneceksin. Ve senin bu risklerini sen üstleneceksin. Yeni durum için böyle. Varolanlar bu sisteme adapte olacaklar. Bu sisteme uyum sağlamaya çalışacaklar. Yani burada personel meselesinde eğer özerklik tanırsak zaten elbette belki özel modellerle veya yerinden yönetim modelleriyle sağlayamadığımız sağlık hizmetleri olabilir. Bazı bölgelerde bu hizmeti bu modelle sağlayamayabilirsin. Onun için merkezde veya bakanlıkta bir miktar sağlık tesisi yerinde bulunduruluyor olabilir. Bunlar için anlayabilirim ama büyük ölçüde yetki ve sorumluluğu aktardığımız sağlık tesislerine sonradan yeniden himayeler, takviyeler, teşvikler olmaz. Bunun büyük ölçüde azalması gerektiğini düşünüyorum.

**TDBD: Peki zarar ederse kapanacak mı bu tesisler?**

Diğer sağlık tesisleri bunu değerlendirecek. Orada beceremedi, başka yerde becerecek. Ülkede şu anda bir nüfusu dikkate aldığımız zaman, mevcut kapasite hem fizik olarak, hem personel olarak fazladır diyemiyoruz ki. Aralarında bölüşecekler veya iyileşecekler başka bir şey yok. Ve bunu da kendileri büyük ölçüde belirleyecek.

**TDBD: Basamaklı Sağlık sisteminde dışhekimliği hizmetlerinin yeri ne olacak?**

Ben de o sorunun cevabını arıyorum.

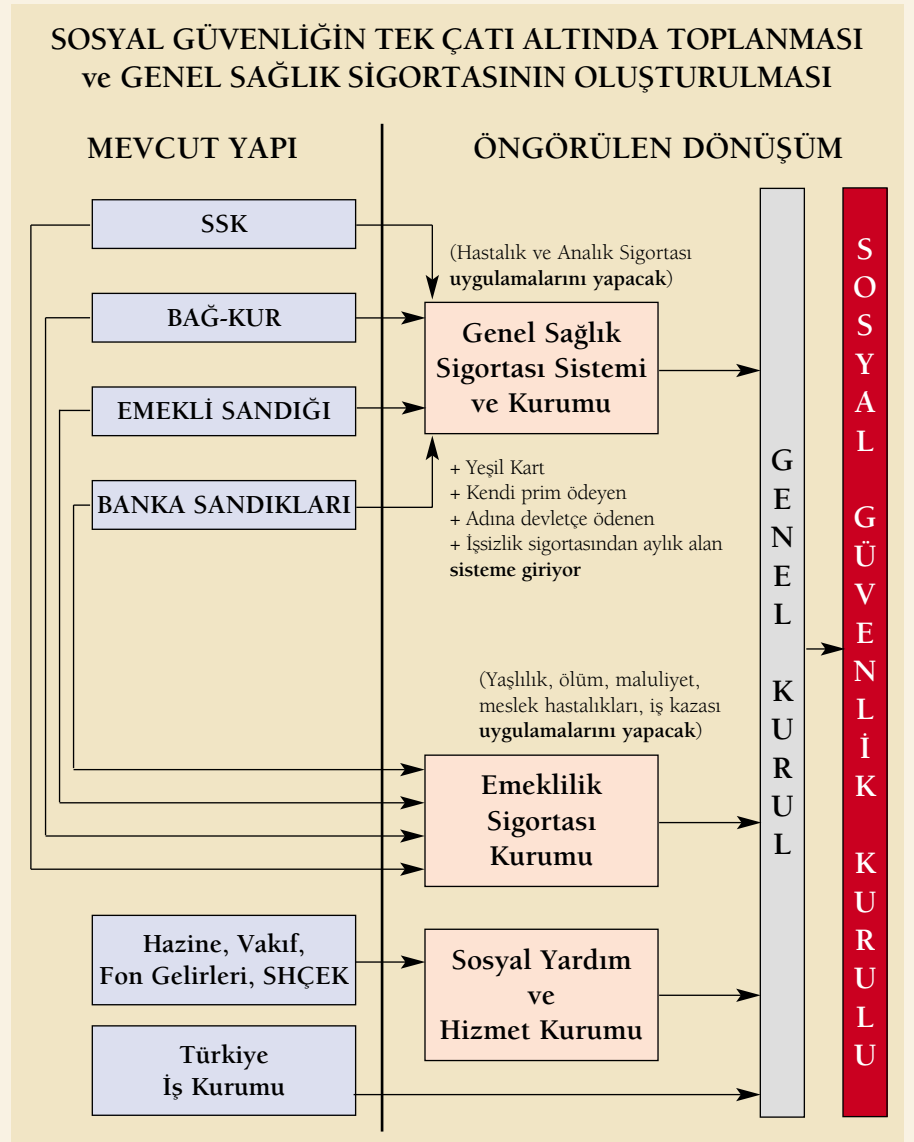
**TDBD: Dışhekimliği hizmetleri Genel Sağlık Sigortası'nın neresinde olacak? Meslektaşlarımız merak ediyorlar.**

Şimdi ben yukarıda da açıklamıştım. Genel Sağlık Sigortası'nı kurgulayanlar olarak bizim mantığımızda herkesi kapsayan bir sağlık sigortacılığı yapıyorsak ülkedeki tüm kapasiteyi değerlendirmek zorunda olduğumuzu düşünüyorum. Burada şu kapasite, şu kurum hastaneleri önceliklidir, öteki kurum tesisleri ikinci önceliklidir anlayışıyla gidersek biz tüm kapasiteyi tam olarak değerlendiremeyiz. Buradan yararlanamayız. Buradan rekabeti sağlayamayız. Buradan vatandaşımızın beklediği hizmeti bulamayız. Cebimizde, kasamızda paramız olsa bile yakalayamayız ki o paradan da tasarruf etmek için bu rekabeti, bu bütün kapasiteyi devreye sokarak sağlayabileceğimizi düşünürüz. Dolayısıyla burada dışhekimlerin sağlık sigortası sistemi ile yüz yüze gelmeleri gerektiğini düşünüyorum. Bu çerçevede kişiler bir kurum hastanesinde de çalışıyor olabilir, dışarıda da çalışıyor olabilir ama verdiği hizmet sağlık hizmetiye fark etmez. Veya o sağlık hizmetini finanse eden kuruluşun

belirlediği standartta hizmet veriyorsa, o fiyatta veriyorsa ona açık olacak olacağına düşünüyorum. Ama bu modelin doğrusu ben esas meslek örgütünden de özgün bir yaklaşımla olması gerektiği, geliştirilebileceğini ve bizim bunu dikkatle değerlendirebileceğimizi söyleyebilirim.

**TDBD: Teminat paketinde yer almaya- cık, paket dışında kalabilecek hizmetler var mı?**

Şu anda hazırlandığı kadarıyla paket, şu anda verilen paketlerin gerisinde değil. Sosyal güvenlik kuruluşlarının verdiği hizmetlerin gerisinde değil. Ama yaptığımız hesaplamalar, daha doğrusu bu finans kuruluşlarının, özellikle yabancı finans kuruluşlarının bizim tasarımları değerlendirme sürecinde, paketin çok bonkör olduğu söylenmektedir. Ve bunun Genel Sağlık Sigortası'nı ülke genelinde uygulamasını riske edebileceğini ifade etmektedirler. Herkese uygulanan bir sistem olarak çok geniş tutulması yerine kademelendirilmesi düşünülebilir mi şeklinde telkinler yapılmaktadır. Doğrusu bunu değerlendireceğiz. Yani paketi çok geniş tutalım diye Sağlık Sigortasının ülke genelinde uygulanmasını riske etmemek gerektiği- ➔



ni düşünüyorum. Ülke koşulları, ülkenin sosyoekonomik koşulları geliştikçe, ilerledikçe kademeli olarak paketi açmak veya önce bir küçük uygulamayı ülke genelinde yapıp ondan sonra sonuçlarını gördükten sonra açmak olabilir. Ama her durumda biz, şu anda vatandaşlarımızın bu anlamdaki haklarında bir geriye gidişi önlemeyi düşünüyoruz.

**TDBD: Koruyucu hizmetlere ayrılan pay %1 iken ilaca %55-60 civarı pay ayrılıyor. Yeni düzenlemelerde koruyucu hizmetlerin yeri ne olacak? İkinci sorum, elimizdeki kaynakları kullanırken öncelikle neye yöneleceğiz? Bu konuda siyasi iradenin ve sizin öncelikleriniz nedir?**

Tamamen haklısınız, katılıyorum bu değerlendirmeye. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek, uzun vadede belki Genel Sağlık Sigortası'nın yüklerinin de azaltılabileceği düşünülebilir. Ben, Genel Sağlık Sigortası'nın bir boyutuyla koruyucu sağlık hizmetlerini desteklemesi ve teşvik etmesini kendi çalışma gruplarına öneriyorum. Bunu değerlendiriyoruz, ama bir başka gerçek de koruyucu sağlık hizmetleriyle Sağlık Bakanlığı görevli. Bunun için hazine kaynakları aktarılıyor. Şimdi bu kaynakta dublikasyonu önlememiz lazım. Bu kaynak Sağlık Bakanlığı'na verilir, koruyucu Sağlık Hizmetlerinde aksama olur ve bu nedenle de Genel Sağlık Sigortası'nın riskleri artırırsa hem kaynağı harcamış oluyoruz hem Genel Sağlık Sigortası'nın yükünü arttırmış oluyoruz. Bunu garanti etmemiz lazım.

**TDBD: Genel Sağlık Sigortası içinde koruyucu hekimlik hizmeti geri alınacak, bunu Sağlık Bakanlığı uygulamaları mı belirleyecek diyorsunuz?**

Hayır. Şu andaki realite o. Şu anda Sağlık Bakanlığı bunun için görevli ve koruyucu sağlık hizmetleri için bütçeden kaynak alıyor. Ama bu bir biçimde yerine getirilmiyorsa ki şu anda aksamalar var, Bu durumda Genel Sağlık Sigortası'nı kurduğumuz zaman onun riskleri artacak, maliyetleri artacak. Dolayısıyla Genel Sağlık Sigortası ile Koruyucu Sağlık Hizmetleri finansmanı arasında bir ilişki kurmamız lazım diye düşünüyorum. Ya da Koruyucu Sağlık Hizmetleri'nin verilmesini garanti etmemiz lazım. Aksi halde biz Genel Sağlık Sigortası'nı belirsizliğe taşımış olabiliriz. Beklenmedik risklerle karşılaşılabiriz. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin finansmanının bir kısmını ya GSS olarak üstleneceği, ki bu biraz GSS'nin yükünü, maliyetini artırır ya da bu Sağlık Bakanlığı'nın mutlak yerine getireceği görevleri arasında olmalı. Bakanlığın bunun için gerekli destekleri sağlayarak yürütmesini arzu etmekteyiz. Ya da GSS'ye muhatap olacak vatandaşların bu hizmetleri alma şartını getirmek durumunda kalacağız.

**TDBD: Dişhekimliği hizmetlerinde zaten**

**birçok uygulama koruyucu hekimlik uygulaması. Bu GSS'nin içinde yer alacak mı?**

Bunun yer alması gerekir diye düşünüyorum. Burada şu andaki primlerde bu öngörülüyor. Sonuçta bu GSS'ye ilave yükür, ama GSS'nin bunları üstlenmesi kendi lehine. Kendi risklerini azaltacağı için, lehine, ama burada iki defa kaynak kullanmak akılsızlığına düşmememiz lazım. Sağlık Bakanlığı bu kaynağı alıyorsa oradan beklememiz lazım o hizmeti. Yok alıyor da o hizmet akıyorsa o zaman bu kaynak kullanımında etkinliği sağlamamız lazım veya GSS'ye böyle bir kaynak tarif etmemiz lazım. Sağlık Bakanlığı'ndan o kaynağı tenkis etmek, düşürmek lazım gelir. GSS'nin sorumluluğuna bırakılması GSS'nin lehine bir şey. Biz bunu arzu ediyoruz. Bunu da düşünüyorum ama şu andaki maliyetlerle ancak üstüne bir yük biner.

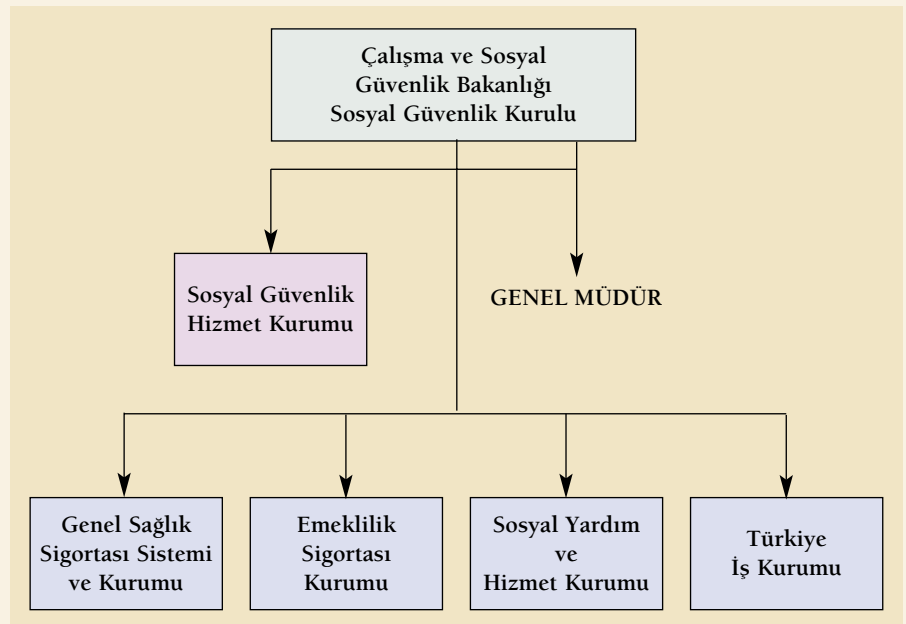
**TDBD: Dişhekimlerine bir mesajınız var mı?**

Ben, dişhekimlerini diğer meslek kuruluşlarından oldukça farklı bir çalışma temposunda buldum doğrusu. Meslektaşlarımızdan geliyor bu. Meslektaşlar bu anlayışta olmasa örgüt de bu çizgide olmaz. Son derece teknik, son derece mesleki sorumluluk içinde hareket eden ve bu anlamda kamuya da yol gösterici yönde katkıları olan, çalışma sergiliyorlar. Ben bu nedenle de tüm dişhekimlerine ve onların birliğine teşekkür etmek istiyorum. Birlikte olduğumuz dönemlerde benim için en azından yararlı görüşmeler oldu. Belki dişhekimlerimiz daha çok özelde çalışmaları için olacak, işin sürdürülebilir yanını, vatandaşın, hastanın memnun edilebilir nitelikte hizmet boyutunu ve kamu sorumluluğu içinde bir anlayışta olduklarını görüyorum. Bu da çok önemli bir katkı diye düşünüyorum.

**TDBD: Son olarak eklemek istediğiniz bir şey var mı?**

Şu ana kadar konuştuğlarımız daha çok Genel Sağlık Sigortası açısından belki ama sisteme bütün unsurlarıyla baktığımız zaman sistemin hem GSS, emeklilik sigortaları, hem de sosyal yardım hizmetleri, yeşil kartlar vs. yeniden düzenleyen çok büyük bir dönüşüm projesi ve bu ayakların birbirinden etkileşimi, yeniden tanımlanması ve bu etkileşimden ortaya çıkacak artı ürün bütün ayaklar için çok önemli. GSS'nin sistemin diğer ayakları olan sosyal güvenliğin emekli sigortaları, sosyal yardım hizmetleri diğer ayaklarıyla birlikte ele alınmış olmasından sağlayacağı yararlar da var. Ve buradan mesela bir yeşil kartta olduğu gibi kişinin gelir tespiti yapılmaksızın varlıklı, yoksul mu olduğuna bakılmaksızın veya bir kişinin sağlık karnesi üzerinden başkalarının yararlanmasını dikkate aldığımız zaman veya bir kişiye sağlık tesisine gönderip hangi işlemle muhatap olduğunu ve ne kadar bir faturayla geri döndüğünü hiçbir şekilde takip edemeyen bir sistemi düşündüğümüz zaman bunları hepsini karşılıklı birbiriyle çek edecek, büyük ölçüde de diğer ayaklarda düşündüğümüz önlemlerle kayıt dışını azaltacak mekanizmaları bir arada düşündüğümüz zaman aslında sistemin açığı daha az olacak çünkü kayıp işini azalttığımızda sistemi bütün olarak dolayısıyla GSS'nin de gelirlerini büyük ölçüde arttırmış olacağız. Dolayısıyla GSS sisteminin ve diğer sosyal güvenlik sisteminin birlikte uygulanmasıyla yakalanacak bir sinerji var. Bu sinerji nedeniyle biz aslında çok fazla abartılı maliyet artışları değil tam tersine abartılı tasarruflar beklemekteyiz.

Biz üç yıllık bir deneme-uygulama süreci tanımlamaktayız. Ondan sonra sistemde Bakanlar Kurulu'nun üç yılda bir vergilerden ayrılan payı (şu anda % 3.5) yeniden gözden geçirip değiştirme imkanı var. Dolayısıyla üç yılda büyük ölçüde dengenin oluşacağını düşünüyoruz. O üç buçukluk katkının ne olması gerektiğini gerçekte o zaman göreceğiz. ■







**Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu  
Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehtap Tatar:**

## **Bu koşullarda GSS, vergiye dayanan bir sistemden daha eşitlikçi ve uygundur**

**TDBD: Ülkeler sağlık sistemlerini reorganize ederken hangi kriterleri dikkate almalıdır?**

Bir ülke sağlık sistemini reorganize ederken, ilk olarak neden reorganizasyon sorusunun cevabını verebilmelidir. Bu sorunun cevabı, o ülkenin sağlık sistemi ile ilgili temel problemlerinin neler olduğunu ve reform çalışmalarının hangi noktalarda odaklanması gerektiğini ortaya koyacaktır. Bu sürecin mümkün olduğu kadar ilgili tarafların katılımına açık olması, objektif kriterlere ve bilimsel verilere dayalı olarak gerçekleşmesi, sorunların doğru olarak belirlenmesini ve olası çözümlerin sağlıklı olmasını sağlayacaktır.

Bir sağlık sistemini değerlendirirken üç ana, dört de ara kriterden söz edilebilir. Ana kriterler; i) sağlık sisteminin ülkenin sağlık düzeyine yaptığı katkı, ii) sistemi kullananların duyduğu tatmin düzeyi, iii) mali risk koruması olarak sınıflandırılabilir. Ara kriterler ise verimlilik, erişim, kalite ve eşitliktir. Sağlık sisteminde yapılan her değişiklik bu kriterleri olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir gibi, bazen bir kriter olumlu katkıda bulunurken diğerini ise önceki konumundan daha kötü bir konuma getirebilir. Bu durumda kriterlerin hangisinin daha önemli ve öncelikli olduğu konusunda politik ve toplumsal düzeyde karar verilmesi gerekir. Sorunuzu yanıtlayabilmek için bu kriterlerin ne olduğu üzerinde kısaca durmakta yarar bulunmaktadır.

Ana kriterlerden birincisi, sağlık sisteminin ülkenin sağlık düzeyine yaptığı katkıdır. Bir ülkenin sağlık düzeyine sağlık sektörü veya daha spesifik olarak sağlık hizmetleri sistemi dışında bir çok başka sektör veya ögenin katkıda bulunduğu tartışmasız bir gerçektir. Bunlar arasında ülkenin genel ekonomik düzeyi, eğitim, beslenme durumu, çevre ve bunun gibi bir çok alan sayılabilir. Ancak sağlık sisteminin işleyişi de sağlık üzerinde büyük etkiye sahiptir. Bu nedenle, herhangi bir reform çalışmasında getirilen yeni düzenlemenin ülkenin sağlık düzeyine ne yönde katkıda bulunabileceğinin ortaya konması gerekmektedir. Bu katkının boyutuna ilişkin değerlendirmeler, alterna-

tif öneriler arasından en iyisinin seçilmesi konusunda da politika belirleyicilere rehberlik edecektir.

İkinci ana kriter, sistemi kullananların duyduğu tatmin düzeyidir. Burada sistemi kullananlar hem genel olarak toplumu hem de sistem içinde hizmet veren tüm tarafları içermektedir. Herhangi bir reformun amacı göreceli olarak bir önceki konumdan daha iyi konuma ulaşmaktır. Ancak bu tüm tarafların eş zamanlı olarak verilen hizmetten tatmin düzeyinin artacağı anlamına gelmez. Tatmin düzeyini artırmak için yapılan ya da yapılması düşünülen reformlar, bazen aşırı açığa çıkarılacak olan ara kriterlerle çelişebilir. Örneğin, sigorta kapsamındaki bireylerde hizmet kullanımı esasında katkı payı alma yönünde yapılan düzenlemeler gereksiz kullanımı kontrol altına almayı ve dolayısı ile verimliliği artırmayı amaçlarken, sigorta kapsamındaki bireyler bu düzenlemeden memnun kalmayabilir.

Üçüncü ana kriter mali risk korumasıdır. Birey açısından bakıldığında, sağlık hizmeti ihtiyacı hem nitel hem de nicel olarak belirsizdir ve yüz yüze kalınabilecek mali yük bireylerin çoğunluğu için karşılanması güç ve hatta imkansızdır. Bu nedenle bireylerin hastalandıkları ya da sistemi kullanmak zorunda kaldıkları dönemlerde karşı karşıya kaldıkları mali yükü optimize etmek için çeşitli finansal düzenlemeler geliştirilmiştir. Sağlık sigortasının ortaya çıkış nedeni de temelde budur.

Yukarıda sözü edildiği üzere bir sağlık sistemini değerlendirirken ayrıca göz önünde bulundurulması gereken dört ara kriter bulunmaktadır: verimlilik, hizmetlere erişim, eşitlik ve kalite. Bu dört kriter çoğu zaman birbiri ile etkileşimde bulunup birbirini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Örneğin ülke düzeyinde sağlık hizmetlerini daha adil bir biçimde sunmak için yapılan bir düzenleme verimlilik ilkeleri ile çelişebilir. Benzer şekilde, hizmetlere erişim ile ilgili olarak yapılan düzenlemeler hizmetlerin daha adil sunulmasını olumlu yönde etkileyebilir. Burada unutulmaması gereken önemli bir nokta sağlık sisteminde reform çalışmalarında yapılacak her de-

ğişikliğin bu kriterleri de etkileyebileceğidir. Bu nedenle her türlü reform önerisinin bu kriterler açısından etkisinin ne olacağı ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmelidir.

Verimlilik, hem kuramsal hem de uygulama açısından oldukça karmaşık ve tartışmalı bir kavramdır. Temel olarak iki tür verimlilikten söz edilebilir: teknik verimlilik ve tahsis verimliliği. En yalın anlatımıyla teknik verimlilik herhangi bir mal ya da hizmetin minimum maliyetle üretilmesine işaret eder. Temel olarak ürettiğimizi nasıl ürettiğimiz ile ilgilidir. Tahsis verimliliği ise önceden belirlenen amaçlara ulaşabilmek için doğru çıktının üretilip üretilmediği ile ilgilidir. Verimlilik kavramının arkasındaki en önemli motivasyon kaynağı kaynakların kıtlığı ve mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılma zorunluluğudur. Herhangi bir reform çalışmasının verimlilik üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak daha önce de belirtildiği gibi bazen diğer kriterleri geliştirmek için yapılan düzenlemeler verimlilik kriteri ile çelişebilir. Bu durumda politika belirleyicilerin tercih yapmaları gerekecektir.

İkinci ara kriter hizmetlere erişimdir. Erişim, en yalın hali ile fiziksel ulaşılabilirlik ve kullanım olarak ele alınabilir. Fiziksel ulaşılabilirlik girdilerin nüfusla karşılaştırılabilir olarak coğrafi dağılımı ile ölçülebilir. Eğer bir coğrafi alan sağlık girdileri anlamında, örneğin (doktor, hastane yatağı gibi) diğer coğrafi alana göre daha dezavantajlı ise reform çalışmalarında bu konuda düzenlemelerin yapılması da göz önüne alınabilir. Fiziksel ulaşılabilirlik sağlansa bile sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda problemler yaşanabilir. Bireyin sağlık hizmetlerini kullanım kararını etkileyen çok çeşitli faktörler arasında kullanım sırasında karşı karşıya kalınacak mali yük, hizmete ulaşım süresi, kültürel faktörler, alışkanlıklar ve davranış modelleri sayılabilir. Reform önerileri, getirilen yeniliklerin erişimi hem fiziksel hem de kullanım anlamında ne yönde etkileyeceğini ortaya koymalıdır.

Üçüncü ara kriter kalitedir ve bu kavram gerek sağlık sektöründe gerekse diğer

sektörlerde sıklıkla kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalitenin klinik kalite ve hizmet kalitesi olarak iki boyutundan söz edilebilir. Klinik kalite, en yalın anlatımıyla, bireyin mevcut teknoloji ve bilgi birikimi çerçevesinde alabileceği en iyi hizmeti alması olarak tanımlanabilir. Hizmet kalitesi ise sağlık sistemi içinde verilen otelcilik hizmetleri, yemek, yardımcı sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi öğelerden oluşur. Genellikle bu ikinci boyut hastalar tarafından birincisine göre daha kolay değerlendirilebilir.

Dördüncü ve son kriter eşitliktir. Eşitlik konusu da literatürde çeşitli boyutları ile ele alınan ve tartışılan bir konudur. Eşitlik en yalın anlatımı ile ikiye ayrılarak ele alınabilir: yatay eşitlik ve dikey eşitlik. Yatay eşitlik, aynı sağlık ihtiyacına sahip bireylerin aynı maliyetle karşı karşıya olması olarak tanımlanabilir. Buna göre, örneğin aynı hastalığa sahip iki birey aynı hizmeti almalı ve aynı maliyetle karşı karşıya kalmalıdır. Dikey eşitlikte ise aynı hastalığa sahip olmayan bireylerin eşit olmayan hizmeti alması söz konusudur. Örneğin kalp hastası bir birey ile grip hastalığı olan bir birey kaçınılmaz olarak farklı hizmetleri alacak ve farklı maliyetlerle karşı karşıya kalacaktır.

Herhangi bir reformun temel amacı mevcut durumu daha iyiye götürmek ve toplumsal faydayı maksimize etmek olmalıdır. Yukarıda sayılan kriterlerin tümünün birbiri ile etkileşimi söz konusudur ve politika belirleyiciler herhangi bir reform önerisini hayata geçirmeden önce bu önerilerin bu kriterleri ne yönde etkileyebileceği konusunda objektif ve bilimsel verilerle hareket emelidir. Reformları hayata geçirmenin ön koşullarından biri de bu reformdan etkilenen tarafların katkı ve katılımını sağlamaktır.

### **TDBD: Sağlık hizmetlerinin finansman modellerini avantaj ve dezavantajları ile kısaca özetleyebilir misiniz?**

Genelde sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarını kamu ve yarı kamu kaynakları ile özel finansman kaynakları olarak ikiye ayırmak mümkün. Kamu ve yarı kamu kaynakları genel vergi gelirleri, açık finansmanı, tahsisli vergiler ve sosyal sigorta olarak sınıflandırılabilir. Bunlar arasında en önemlileri vergi ve sosyal sigortadır. Kısaca, ulusal ve uluslararası borç olarak finansman olarak tanımlanabilen açık finansmanı ve sigara alkol ve bunun gibi ürünlerden alınan vergilerin bir bölümünün sağlık hizmetlerine aktarılması olarak tanımlanan tahsisli vergiler tek başlarına finansman

kaynağı olamayacağı için burada ele alınmayacaktır.

Genel vergi gelirleri tüm dünyada sağlık hizmetlerinin çeşitli boyutlarını finanse etmek için kullanılan önemli bir finansman kaynağıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanında daha önemli rol oynamaktadır. Dünya'da temel olarak vergilere dayalı bir finansman modelini benimsemiş ülkeye örnek olarak Birleşik Krallık gösterilebilir. Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) vergilerden finanse edilen ve temel olarak hizmetlerin kullanımını noktasında herkese eşit ve minimum katkı payı ile sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan bir sağlık sistemidir. Bu sistem 'Beveridge' tarafından geliştirildiği için literatürde 'Beveridge' sistemi olarak adlandırılır. Vergilere dayalı sağlık finansman modellerinin özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki en önemli problemleri, vergi yapısındaki problemler ve toplanan vergilerin miktarıdır. Genellikle bu ülkelerde toplanan vergi miktarı, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde olmamaktadır. Bu ülkelerde vergiler genellikle katma değer vergisi gibi gelir ile doğrudan ilişkili olmayan satış üzerinden alınan vergilerden toplanmaktadır. Tersine artan oranlı vergiler olarak nitelendirilen bu vergiler gelir düzeyi ile ilişkili olmadığı için özellikle toplumun yoksul kesimlerinin aleyhine önemli eşitsizliklere neden olmaktadır. Vergi yapısının adil olmadığı bir toplumda, vergilere dayalı bir finansman modeli toplumda mevcut eşitsizliklerin daha da derinleşmesine yol açacaktır.

İkinci finansman kaynağı sosyal sigortadır. Sosyal sigorta genellikle sadece sağlık hizmeti değil, aynı zamanda yaşlılık, maluliyet gibi alanlarda da finansman sağlar. Sosyal sigorta, temel olarak hem işçi hem de işverenden işçinin ücretine dayalı olarak alınan belirli bir katkı payı ile finanse edilir. Genelde devlet de bu sisteme ayrıca katkıda bulunur. Esas olarak kişinin ödediği primler sağlık hizmetinin kullanımını esasına herhangi bir maliyetle karşılaşmaması için alınmakla birlikte, özellikle aşağıda kısaca değinilecek olan "ahlaki tehlike" nedeniyle bazı hizmetler için kullanıcı katkıları söz konusu olabilir. Sosyal sigortaya dayalı sistemlerin en bilinen örneği Alman sistemidir ki Bismarck döneminde geliştirildiği için literatürde 'Bismarck' sistemi olarak geçmektedir. Sosyal sigortayı özel sigortadan ayıran en önemli fark sosyal sigortanın 'risk paylaşımı' esasına dayanmasıdır. Risk paylaşımında kişilerin içinde buldukları sağlık sistemi göz önü-

ne alınmaksızın gelirleri ile orantılı olarak elde edilen primler bir havuzda toplanır ve bu havuzdan ihtiyacı olanlar için kullanılır. Bu durumda sağlık düzeyi iyi olanlardan kötü olanlara doğru bir sübvansiyon söz konusudur ki bu da sosyal fayda açısından son derece önemlidir. Sosyal sigorta, hizmet sunumunda başka sağlık kurumlarından hizmet satın alabileceği gibi kendi kurumları aracılığı ile de hizmet verebilir. Sigorta ile ilgili en önemli iki konu gereksiz kullanım ve ahlaki tehlikedir. Hizmet kullanım anında kişinin bazı durumlarda kullanıcı katkısı ödemesi ve hizmete erişim için yaptığı harcamalar dışında karşı karşıya olduğu maliyet sıfıra yakındır. Bu da kişiyi zaten prim olarak katkıda bulunduğu bir sistemden sınırsız, bazen de gereksiz kullanması yönünde motive edebilir. Gereksiz kullanımın miktarı ve nedenleri konusunda literatürde çeşitli çalışmalar vardır, ancak neyin gereksiz olduğunun tanımlanması özellikle klinik anlamda oldukça güçtür. Özellikle ilk uygulamaya geçildiğinde sigortanın sağlık hizmetlerinin kullanım miktarını artırması doğrudan gereksiz kullanım olarak nitelendirilmemelidir. Bunun temel nedeni kişilerin finansal bariyerler ortadan kalktıktan sonra aslında ihtiyaç duydukları, ancak kullanamadıkları hizmetleri kullanabilir hale gelmeler olabilir. Gereksiz kullanım ile yakından ilgili bir başka kavram "ahlaki tehlike"dir. Ahlaki tehlike, kişinin normal zamanda talep etmeyeceği bir hizmeti sigorta kapsamında olması halinde talep etmesidir. Bu, hasta tarafından olabileceği gibi sağlık hizmetini sunanlar tarafından da gerçekleştirilir. Yapılan araştırmalar doktorların sağlık güvencesine sahip olduğunu bildiği hastalara daha farklı teşhis ve tedavi yaklaşımları benimsediğini göstermektedir. Sigorta kurumlarının bu durumlara karşı önlem alması ve gerekli kontrol mekanizmalarını kurmaları gerekir. Ancak, bazen bu kontrol mekanizmalarının maliyeti ciddi düzeylere ulaşabilir. Üçüncü finansman kaynağı, özel sigortadır. Özel sigortayı sosyal sigortadan ayıran en önemli iki fark, sağlık dışında emeklilik ve maluliyet gibi alanları kapsamaması ve sigortalının riskini esas alan bir prim esasını benimsemesidir. Bu durumda kişiler sahip oldukları sağlık statülerine ya da mevcut yaşam tarzlarına göre belirlenen bir prim öderler. Burada en önemli problem 'ters seçim' problemidir ki özel sigortacılığın genelde sağlık ihtiyacı/riskleri yüksek olanları sistem dışına itme eğilimi olarak tanımlanabilir. Yukarıda belirtilenlerin dışında kul- →

lanıcı katkıları da sağlık hizmetlerinde önemli finansman kaynağıdır. Kullanıcı katkılarının hem talep hem de arz üzerinde çeşitli etkileri söz konusudur ki ayrıca ve ayrıntılı bir şekilde ele alınmalıdır.

**TDBD: Türkiye’de sosyo-kültürel ve ekonomik eşitsizlikler ile bölgeler arasında gelişmişlik farklılıkları var. Bu durum göz önüne alındığında GSS Türkiye için uygun bir sistem midir?**

Türkiye’de de dünyanın her ülkesinde değişen derecelere mevcut olan ekonomik eşitsizlikler ve bölgeler arası farklılıklar bulunduğu bir gerçek. Öncelikle ekonomik farklılıklar üzerinde durulabilir. Ekonomik eşitsizlikler ülkenin geçirdiği ekonomik kriz dönemlerinde daha derinleşmekte ve toplumun daha büyük bir bölümünü etkilemektedir. Sağlık sistemimizin mevcut finansman şekli de sağlık alanındaki eşitsizliklerin derinleşmesine neden olmaktadır. Temel olarak sağlık güvencesi açısından Türkiye’de nüfus; Emekli Sandığına bağlı olanlar, Sigortalar Kurumuna (SSK) bağlı olanlar, Bağ-Kur’a bağlı olanlar, devlet memurları, özel sağlık sigortasına sahip olanlar, herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayanlar ve Yeşil Kartlılar olarak yedi gruba ayrılabilir. Toplumun farklı kesimlerine sağlık güvencesi sağlayan bu farklı kurumların farklı katılım koşulları ve farklı teminat/fayda paketleri söz konusudur. Sağlık güvencesine sahip olan gruplar arasında bile sağlık hizmetleri kapsamı, hizmetlere erişim, fayda paketinin niteliği gibi konularda önemli farklılıklar söz konusudur. Örneğin; Emekli Sandığı mensupları hizmet kullanımı esnasında kendi tercih ettikleri herhangi bir sağlık kurumunun hizmetlerinden faydalanabilirken, SSK mensupları son dönemlere kadar öncelikle kendi kurumlarını kullanmak, ancak sevk edildikleri takdirde Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumları kullanmak konumunda idi. İçinde bulunduğumuz yıl içerisinde Sağlık Bakanlığı ile Çalışma Bakanlığı arasında imzalanan bir protokol gereğince SSK mensuplarının Sağlık Bakanlığı imkanlarını da kullanabilmesi amaçlanmıştır. Bu gruplar arasında sağlık hizmetlerinin kapsamı ve erişim açısından en avantajlı konumda olan grup devlet memurlarıdır. Bilindiği üzere devlet memurlarının sağlık harcamaları bağlı oldukları kurumun bütçesinden karşılanmakta ve ilaçlardan alınan katkı payları dışında devlet memurlarının kendilerine sağlanan hizmetin finansmanına bir katkısı bulunmamaktadır. Yine bu yıl

içerisinde yapılan önemli bir değişiklikle devlet memurları özel sektörden de faydalanma olanağı sağlanmış ve hizmetlere erişimin kapsamı daha da genişletilmiştir.

GSS Türkiye için uygun bir sistem midir? GSS’nin getireceği en önemli katkı, şu anda sağlık güvencesine sahip olmayanları kapsam altına almasıdır. Ayrıca şu anda mevcut sistemlerin tek bir çatı altında toplanması çalışmaları, yukarıda sözü edilen eşitsizliklerin giderilmesi ve yönetsel verimliliği sağlamak konusunda da önemli katkılarda bulunacaktır.

Yukarıda mevcut finansman modellerinin olumlu ve olumsuz yönleri konusu üzerinde durulmuştu. Türkiye’de mevcut vergi sistemi ve toplanan vergilerin miktarı, vergilere dayalı bir finansman modelinin benimsenmesini güçleştirmektedir. Ayrıca mevcut yapı korunarak vergiye dayalı bir sisteme geçilmesi, özellikle eşitlik kriterini olumsuz yönde etkileme potansiyeli taşımaktadır. Bu nedenle, bana göre GSS’ye dayalı bir sistem, Türkiye’nin bugünkü nesnel koşulları düşünüldüğünde vergiye dayalı bir sistemden daha eşitlikçi ve uygundur. Ancak sorunuzda belirttiğiniz gibi, erişim ve hizmet kalitesi konusunda özellikle bölgeler arasında bir dengenin sağlanması gerekir. Bunun yanı sıra, sigortanın özellikle ahlaki tehlike ve gereksiz kullanım boyutları ile ilgili gerekli önlemlerin alınması gerekir..

**TDBD: GSS’nin sağlık harcamalarını artıran bir sistem olduğu söyleniyor, siz ne düşünüyorsunuz?**

Sağlık sigortasının sağlık harcamalarını artırması, beklenen bir sonuçtur. Bunun temel nedeni sigortaya bağlı olarak kullanımın artmasıdır. Birçok ülkede yapılan araştırmalar sağlık güvencesi olması durumunda, sağlık hizmetlerinin hem bireyler hem de doktorlar tarafından daha çok kullanıldığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle sigortaya dayalı reformlar planlanırken mevcut kullanım oranları değil, kullanımındaki potansiyel artış göz önüne alınmalıdır. Mevcut kullanım oranlarına dayanılarak yapılan hesaplamalar sağlık finansman sisteminin yüz yüze kalacağı mali yük ile ilgili olarak yanıltıcı rakamlar verebilir. Ayrıca sağlık sektöründe arzın talep yaratma özelliği göz ardı edilmemeli ve sadece hizmet talep edenlerin değil, hizmeti sunanların da davranış modelleri göz önüne alınmalıdır.

**TDBD: GSS içinde diş hekimliği hizmetlerinin yeri ne olmalıdır?**

Ağız ve diş sağlığı hem bireysel hem de toplumsal iyilik hali açısından son derece önemlidir. Yapılan araştırmalar kişinin ağız ve diş sağlığının düzeyi ile gelir düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki olduğunu göstermektedir. Düşük gelir grubundaki kişiler daha kötü ağız ve diş sağlığı statüsüne sahipken, gelir düzeyi arttıkça hem göstergeler hem de kullanım artmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde diş hekimliği hizmetlerinin hangi düzeyde kapsanması gerektiği konusunda tartışmalar ve farklı yaklaşımlar söz konusudur. Özellikle özel sigortacılık açısından ağız ve diş sağlığı hizmetleri genellikle genel sağlık kapsamı dışında bırakılmakta ve birey isteğe bağlı olarak ayrıca özel sağlık sigortası satın alabilmektedir. Ulusal sağlık sistemine örnek olarak verilen Birleşik Krallıkta belirli gruplar dışında kalanlar (belirli bir gelirin altında kalanlar, hamileler ve emzikeliler, öğrenciler gibi) ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden ücret ödeyerek yararlanabilmektedir. Hollanda sağlık sistemi ise belirli bir yaş grubundan sonra kişinin ağız ve diş sağlığından kendilerinin sorumlu olduğunu bu nedenle de karşı karşıya kaldıkları maliyetlere katlanmaları gerektiğini benimsemiş ve çocukluk çağı ve koruyucu hizmetler dışında ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin finansmanını bireylerin sorumluluğuna bırakmıştır.

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı statüsünün her türlü değerlendirme altında oldukça kötü olduğu bilinen bir gerçektir. Kötü ağız ve diş sağlığı yanında, koruyucu hekimlik anlamındaki uygulamalar da gelecek için çok ümit vaat etmemektedir. Bu gerçekler ışığında eldeki sınırlı kaynaklar da göz önüne alındığında yukarıdaki sorunun cevabının ne kadar zor olduğu anlaşılır. Kanımca özellikle ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamalar kesinlikle GSS kapsamında olmalıdır. Ancak buna paralel olarak devletin toplumda ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi konusunda bireysel sorumluluklara yönelik bilinçlendirme çabalarına da çok fazla önem vermesi gerekmektedir. Kısa dönemde özellikle belirli gelir düzeyinin altındakileri, 0-15 yaş grubundakilerin ağız ve diş sağlığı uygulamaları ve koruyucu dişhekimliği uygulamaları kapsam içerisine alınmalı, ancak toplumsal bilinçlenme sağlandıktan sonra sadece 0-15 yaş grubundakiler ve koruyucu dişhekimliği uygulamaları kapsam içine alınmalıdır. Burada devletin temel rolü, ağız ve diş sağlığı konusunda toplumsal bilinçlenmeyi sağlayan politikalara ağırlık vermek olmalıdır. ■



**Sağlık Bakanlığı Eski Proje Koordinatörü Dr. Haluk Özsan:**

## **GSS sistemine bir an önce geçilmeli**

**TDBD: Genel Sağlık Sigortası Türkiye için uygun bir proje mi?**

Ben gerek kamudaki gerek özel sektördeki meslek yaşamımın neredeyse 5/4'üne yakın bir bölümünü sağlık reformları süreci içinde yaşayarak geçirdim. Kiminde mutfağında, kiminde işin başında, kiminde özel sektör ayağında. Ama şunu söylemek istiyorum; Türkiye'de gerçekten Genel Sağlık Sigortası artık vakit geçirilmeden geçilmesi gereken bir finansman modelidir. Bu finansman modelinde 10-15 senedir çok büyük mesafeler katedilmiştir, çok güzel çalışmalar yapılmıştır. Görüyorum ki bugünkü siyasi otorite de bu çalışmaların üstüne yol almak istiyor. Bu anlamda Genel Sağlık Sigortası Türkiye için uygun bir modeldir. Bir başka nedeni de Türkiye gibi gelir dağılımı uçurumları olan ülkelerde, vergi adaletsizliği olan ülkelerde, vergi bazlı sağlık hizmetlerinin finansmanı bugünkünden çok daha iyi olmayacaktır ama prim bazlı olup da ödeme gücü olmayanları devletin finansa ettiği bir sistem bugünkünden daha sağlıklı, rasyonel işleyen bir finansman alt yapısında sürdürülebilirliği de beraberinde getirecektir.

**TDBD: Prime dayanan sigorta sistemlerinde ödemeler aksadığında sistemde bir tıkanma oluyor(SSK ve Bağ-Kur örneklerinde olduğu gibi). Genel Sağlık Sigortasında da böyle bir tıkanma olursa devlet kaynak açısından nasıl bir çözüm düşünüyor?**

Prim tahsilatında bir takım önlemler almayı dolayısıyla herkesten prim tahsil edebilmeyi düşündüklerini söylüyorlar. Bir diğeri bu primi uygun yerlerde değerlendirmeyi, gidip gayrimenkul almayı, sadece hizmete yönelik değerlendirmeyi düşünüyorlar. Ama tabi ki bugünkü sistemdeki maliyetler üzerinden tasarılan yeni bir sistemde yanlış öngörüler olabilir, belli açıklar olabilir. Hatta Genel Sağlık Sigortasının tüm nüfusu kapsamasının beraberinde getirdiği bir talep artışı olabilir. Dolayısıyla bu da maliyete yansiyacaktır. Yine hem sayın Müsteşar Yardımcısının hem yetkililerinin, Çalışma Bakanlığı'nın söylediği gö-

re vergi bazlı bir destek düşünüyorlar. % 3,5 oranında bir vergi bazlı destek konumuna getireceklerini söylüyorlar. Bence eğer rasyonel düşünülürse kendi kendine ayakları üzerinde durabilecek bir Genel Sağlık Sigortası yönetimi ve sadece finansmanından sorumlu bir Genel Sağlık Sigortası yönetimi oluşursa bu yanlışlar olsa bile, bu eksiklikler olsa bile zaman içinde tamamlanarak yürür diye düşünüyorum.

**TDBD: İleriye yönelik bir projeksiyon hazırlandığına göre şu andaki talep mi yoksa oluşacak talep mi dikkate alınıyor?**

İki şeyi dikkate aldıklarını söylüyorlar. Birincisi; hem nüfusumuz yaşlanacak, yaşlanan nüfusun hizmet talebinde artış olacak, dolayısıyla maliyete yansıyan bir artış olacak hem de bugün coğrafi ve ekonomik ulaşılabilirliği olmayan hizmette Genel Sağlık Sigortası geldiğinde sistem içine girecek insanların yarattığı bir talep artışı olacak. Bugün 1993 çalışmasına göre hizmet kullanım sıklığı 2,44 yani insanların sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı yılda 2,44. Özel sağlık sigortalarında yapılmış bir çalışmada bu 6-7 gibi rakamlarda oynuyor. Demek ki en az iki üç misli talep artışı olabilecek burada. Bu talep artışına yönelik de hazırlıklı olduklarını söylüyorlar. Dilerim gerek vergi bazlı bir sübvansiyon (% 3,5) gerek projeksiyonları dikkate almaları bu sistemi daha açıksız, daha rasyonel gösterebilir. Ama benim naçizane önerim olabildiğince pilot uygulamalarla bu hizmeti ülkeye yaygınlaştırabilirlerse gördükleri açıkları hemen ortadan kaldırarak götürme şansları olabilir.

**TDBD: Genel Sağlık Sigortası hayata geçtiğinde Özel Sağlık Sigortasının da devreye girebileceğinden söz ediliyor. Bu konuda biraz açıklama yapabilir misiniz?**

Genel Sağlık Sigortası bir genel teminat paketi tanımlıyor. Diyor ki ben zorunlu olarak tüm vatandaşlara şu hizmeti, şu paketi vereceğim. Bu paketin sosyal sigortacılık anlamında içermediği bazı bölümler olabilir. Örneğin tek kişilik oda-

da yatma, yurtdışına sevkler, bazı medikal, tıbbi endükasyondan çok başka endükasyonlardan istenen hem sağlık hem otelcilik hizmetleri, katkı paylarında paylaşım olabilir. Bunun içinde Özel Sağlık Sigortalarının bütün dünyada yaptığı (özellikle Almanya ve Hollanda örnekleri burada çok belirgindir), bir tamamlayıcı sağlık sigortası modeli var. Bu model kamunun vermekte olduğu hizmetin kapsamadığı bölümleri, tamamlayıcı sağlık sigortası paketi ile özel sağlık sigortalarının hizmet verdiği kişilere sunabilmektedir. Zaten yaklaşık 8-9 aydır benim de içinde olduğum altı kişiden oluşan bir çalışma grubu tamamlayıcı sağlık sigortası paketi neleri içermelidir, nasıl yürürlüğe konmalıdır konusunda çalışma yapmaktadır. Aslında bu Almanya ve Hollanda başta olmak üzere bütün dünyada uygulanıyor. Türkiye gibi cepten harcamaların çok yüksek oranda olduğu bir ülkede Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sağlık riskini paylaşma anlamında iyi bir sinerji yaratacak diye düşünüyorum.

**TDBD: Sigorta şirketleri eğer sigortaya katılım sayısı fazla olmazsa bu konuda başarılı olamayacakları söylüyorlar. Devlet hiç kimseyi sigortasız bırakmayacağına göre tamamlayıcı sigorta paketi için özel sigortalara talep olacak mı?**

Sigorta şirketlerinin hep göz önünde tuttıkları bir oran var. O da hasar prim oranı dedikleri oran. Yani ne kadar prim toplamışsınız bunun ne kadarını hasara ödemişsiniz. Eğer siz paydayı yani topladığımız primi yani kapsamı arttırabilirseniz dolayısıyla riskinizi de azaltmış olacaksınız ve sonuç olarak da hasar prim oranınız düşük olacak. Devlet böyle bir temel teminat paketini üstlendiği zaman hele hele hem özelden de alabilirsin kamudan da alabilirsin bu hizmeti diyerek üstlendiği zaman bunun dışında kalan kısımlarda ben tamamlayıcı sağlık sigortasına çok ciddi talep olabileceğini düşünüyorum. Hem ödeme gücü açısından hem de hizmet farklılığını talep eden insanlara da bir alternatif sunabilme açısından böyle bir hizmet verildiği anda

kapsamının giderek artacağını düşünüyorum.

**TDBD: Genel Sağlık Sigortası kavramı 1950'lerden beri Türkiye'de gündemde olan bir kavram. Neden daha önceki hükümetler bunu gerçekleştiremediler? Bu hükümet bu konuda neden bu kadar iddialı?**

Şimdi olayın iki boyutu var, bir teknik boyutu bir siyasi boyutu. Türkiye'de bir şeyleri yapmaya başladığınızda bürokratik anlamda da teknik anlamda da belli bir hazırlığın olması gerekiyor. Son 10-15 yılda gerçekten ülke gerek Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, gerek Maliye Bakanlığı, gerek Devlet Planlama Teşkilatı Hazine Müsteşarlıkları ve önemlisi Sağlık Bakanlığı olarak bu işe çok hazırlandı, çok kaynak harcadı. O kaynak sadece para değildir. Bu kaynak, insanların zamanıdır, insanların üretimidir o anlamda çok çalıştı ve belli bir noktaya geldi. Görebildiğim kadarıyla bu siyasi otoritenin de hem seçim bildirgesinde hem hükümet programında hem acil eylem planında bunlar çok öncelikli yer alan başlıklar. Kalkınma planlarına baktığınızda neredeyse 70'li yıllardan beri her kalkınma planında yer alıyor. Genel Sağlık Sigortasına geçişte geçmişte siyasi nedenlerle olabilir, ülkenin öncelikleri nedeniyle olabilir, hazırlanmış çalışmaların yasallaşmasında başarılı olunamamış olabilir ama bu bir birikimdir bir deneyimdir. Ama ben biliyorum ki hiç olmazsa bu kadar birikimin üstüne böyle bir siyasi otorite varken ve gerçekten de paylaşarak gidilebilecek teknik bir süreç önümüzde açıkken yani sivil toplum kuruluşlarıyla, meslek birlikleriyle, hizmeti sunanlarla, katılımı bu dizaynı yapıp Genel Sağlık Sigortasına geçmek için uygun bir zamandır. Bir de nüfus yapısı demografik yapı açısından bakıldığında da 2015 yılında Türkiye nüfusunun yaşlılık oranı 65 yaş üstü oran bugünkünün nerdeyse bir misline yakın bir orana ulaşacak. Bugün %5,7-%6'larda olan 65 yaş üstü nüfus yapılan projeksiyonlara göre 2015 yılında yani bundan 10-13 yıl sonra çok değil, 2013 yılında %10-%9,5'lara ulaşacak, bu çok önemli bir rakamdır. Hem maliyetlerimiz artacak hem sağlık sigortasına girerken risklerimiz artacak dolayısıyla o anlamda bu süreci iyi değerlendirmemiz gerekir.

**TDBD: Genel Sağlık Sigortasına geçiş hizmetlerin kalitesini mi artıracak, maliyetini mi düşürecek? Avantaj ve dezavantajları nedir?**

Aslında çok objektif konuşmak gerekirse bugün Türkiye'de herkes sağlık hizmetini bir biçimde alıyor. Kimi bunu kötüyü kullanarak alıyor, emekli sandığı, SSK karnesini başkasının karnesini kullanarak bu hizmetleri talep ediyor. Kimi kendi kurumu üzerinden alıyor. Belki de Genel Sağlık Sigortasına geçiş herkesin yerli yerine oturmasını sağlayacak. Hizmeti finansa edenlerin de, hizmeti sunanların da, hizmeti alanların da neyse bunun doğru yerleri oralara oturmasını sağlayacak. Ne olacak bir tarafta finansmanla sunum ayrılacak. Finansmandan sorumlu olanlar sağlıklı emekliliği birbirinden ayırtacaklarını söylüyorlar ki yıllardır zaten üzerinde çalışılan konu bu, doğrusu da bu. Hizmeti sunanların hepsinden kamu özel ayrımı gözetmeksizin hizmet alacaklarını söylüyorlar. Bu da son derece doğru. Hizmet içinde rekabeti beraberinde getirecek. Ama tüm bunlarda dikkat edilmesi gereken nokta sağlık hizmetinin sosyal olma vasfının asla gözden çıkarılmamasıdır. Çünkü sağlık hizmetinde talebi tüketici belirlemez. Çünkü sağlık hizmetinde karşınızda hizmeti sunan profesyoneller vardır ki sağlık ekonomistleri bunun monopolleşmeye çok eğilimli olduğunu hatta monopol olduğunu iddia ediyorlar. Sağlık hizmetleri ikame edilemez, yerine konulamaz. Devletin bir sosyal sorumluluğu vardır. Aslında Genel Sağlık Sigortası'nın ödeyebilenden primini alarak ödeme gücü olmayanın primini ödeyerek bu risk paylaşımını, bu sosyal toplumsal paylaşımı, dayanışmayı getirmesi bence bugün için en uygun bir sistemdir. Ama tabii burada çok dikkat edilmesi gereken başka bir nokta var. Önce finansmanı düzeltelim öbür ayaklarını sonra yapayım dediğinizde işin birinci basamağını organize etmediğinizde işin ikinci, üçüncü basamağını organize etmediğinizde hastaneleri özzerkleştirmede bugünkü ve bugün gibi Ankara'dan yönetmeye kalktığımızda her kurumun ayrı hastanesi olması özelliğini devam ettirdiğimizde ve özelle kamuyu birbirine rakip gibi görmeye devam ettiğimizde bu hizmetin finansmanını düzelttiğinizi zannedersiniz ama bugünkü maliyetin çok daha üstünde bugünkü kalitenin çok daha altında sağlık hizmetine ulaşma gibi bir riski de beraberinde getirirsiniz. Ben yakın çevremde tanıdığım bürokrat, teknokrat ve akademisyenlerle şunu paylaşmaya çalışıyorum; bu ülkede yaklaşık 15-20 yıldır sağlık reformları tartışılıyor. Eğer doğru bir şey yapılmazsa toplumun sağlık reformuna olan iyi niyeti, hevesi köreltil-

cek ve bir daha çok doğru bir şey yapmaya kalktığımızda bile kimse size inandırmayacak. O anlamda bu sürecin katılımı götürmenin ve bu riskleri olabildiğince minimize ederek götürmenin çok yararlı olacağını düşünüyorum.

**TDBD: Son çıkan yönetmelik ve tebliğlere bakıldığında kamuda çalışanlar özel kurum ve kuruluşlardan hizmet alırken muayenehanelerden yararlanamıyor. Oysa dişhekimlerinin % 80'i muayenehanede çalışıyor. Bu durumu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Ben bunu bir başlangıç olarak değerlendiriyorum. Ama bu başlangıcın çok uzamaması gerektiğini ve gerçekten eğer herkes her yerden hizmet satın alabilsin, rekabet edilebilsin deniyorsa devletin minimumları belirleyerek yani asgari hizmet, kalite, fiyat standartlarını belirleyerek her yerden hizmet alabilmesini bunun içinde muayenehanelerin de olması gerektiğini altını çizerek düşünüyorum ancak dişhekimlerinin çok daha özel bir profili olduğunu siz de söylediniz herkes söylüyor. Bugün ülkede toplam dişhekimisi sayısının dörtte üçü sadece özel çalışan dişhekimisi eğer siz bu hizmeti sadece kamu üzerinden almaya devam ederseniz bu dörtte üçü görmezden gelirsiniz hizmette rekabeti sağlayamayacağınız gibi kaliteyi de fiyatla ilgili gelmesi gereken rasyonel gerçekçi noktayı da yakalayamama riskine sahipsiniz. Ama ben bunu bir başlangıç olarak görüyorum geçen sene bu zamanlar konuşsaydık deseydik ki özel kurumlardan da hizmet satın alınacak herhalde bunu bir hayal olarak görürdük. Bence bunu gerçekleştirmesi nedeni ile siyasi otoriteyi kutlamak gerekir. Çok büyük de risk alıyorlar. Ama eksiklikleri ile girdiler bu işe. Bürokratlarla da konuşulduğunda söyledikleri evet haklısınız biz bu işi tamamlayarak gireseydik bu iş 6 ay 1 yıl gibi bir zaman alacaktı. Biz biran önce girmek istiyoruz, eksikliklerimizi de yolda düzeltiriz. Dilerim yolda düzeltirler, dilerim devlet adına bu kötüye kullanılacak sağlıkta çünkü kötüye kullanım oranı hem hizmet sunan hem hizmeti kullanan açısından ne yazık ki çok fazla. Hizmet fazla kötüye kullanılmadan, gerçek amacına hizmet edecek biçiminde yürür. Bu bir başlangıçtır, ben bu başlangıcın dişhekimlerinin muayenehanelerinden de hizmet satın alınarak devam edeceğini sanıyorum. Herhalde Sağlık Bakanlığı ile Maliye Bakanlığı oturacak ve bunu özel muayenehanelerden de alacak biçimde genişletecek. ■



İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı  
Öğretim Üyesi Prof.Dr. İnci Oktay

## Ağız diş sağlığı ve Genel Sağlık Sigortası tasarı taslağı

Ülkemizde 'Genel Sağlık Sigortası' (GSS) sistemine geçiş hazırlıkları, ağız diş sağlığı açısından, hem ulusal sağlık politikamızın hem de bu yeni yapılanmada diş hekimlerinin nasıl yer alabileceği konusunu gündeme getirmiştir.

1990'lı yıllardan bu yana yapılan bir çok çalışmada 'Ulusal Sağlık 21' politikalarında olduğu gibi ulusal hedefler ve çözümleri üzerinde durulmuştur. Ancak günümüz koşullarında durum yeniden değerlendirildiğinde, ulusal hedeflerin iki ana noktada odaklanması gerektiğini görmekteyiz.

1. İleri yaş gruplarında, şiddet ve yaygınlık açısından yüksek düzeylerde bulunan ağız diş hastalıklarının azaltılmasını hedef alan, çocuk ve genç yaş gruplarını kapsayan koruyucu ağırlıklı sağlık kazanımı projelerinin hazırlanması, 2. Varolan tedavi ihtiyaçlarının karşılanmasında; etkinlik, verimlilik ve maliyet yarar analizleri yapılmış, kanıt dayalı diş hekimliği esaslı, önceliğin birinci basamak diş hekimliği hizmetlerine verildiği, hizmetlere olan talebin de dikkate alındığı bir hizmet planlamasının yapılması.

Ulusal sağlık kazanımı projeleri olarak; bilim dalmız tarafından 5 yıl süreli, ülkemiz koşullarını dikkate alan ve bir

model olma özelliğini taşıyan 'Okul Ağız Diş Sağlığı' programı ile 'Ulusal Ağız Diş Sağlığı Eğitimi' projesi önerilmektedir. Konunun detayları bir başka yazıda ele alınacak, araştırma sonuçları ve gerekçeleri bildirilecektir.

Ancak, GSS açısından henüz, toplum esaslı koruyucu programların, hangi kurum tarafından yürütüleceğinin kararına varılmamış olması bütçe ve uygulama açısından belirsizliğe neden olmaktadır. Bu konu aynı zamanda Ulusal Sağlık Politikası ile GSS çalışmaları arasında olması gereken uyumun nasıl sağlanabileceği açısından da önem taşımaktadır. GSS'nin topluma vereceği hizmetlerin, ulusal hedeflere göstereceği uyum, sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından dikkate alınması gereken önemli bir noktadır. Zira bazı ülkelerde, politika hazırlayıcıları ile uygulayıcılarının farklı olmasından kaynaklanan pek çok sorunun çözümlenmesinde, ciddi zorluklarla karşılaşıldığı bilinmektedir. Varolan tedavi ihtiyacının karşılanması planlamalarında bir yandan toplumun ağız diş sağlığı düzeyinin yükseltilebilmesi için bu hizmetlerin taşınması gereken özellikler, bir yandan da hizmetlerin satın alınması koşulları önem taşımaktadır.

Örneğin; sağlığın korunması ve gelişti-

rilmesi açısından birinci basamak sağlık hizmetleri özel bir önem taşımakta ve bu hizmetlerin tüm toplum kesimlerine katkı payı olmaksızın verilmesi gerekmektedir. Araştırmalar, birinci basamak katkı payı alınmasının talebi sınırlayıcı bir faktör olarak rol oynadığını bildirmektedir. Oysa, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının sağlık düzeyinin yükseltilmesinde

Yaş Grubu	Tedavi Maliyeti(\$)
04-05	26 520 000
06-13	119 479 525
14-19	107 272 620
20-24	93 973 134
25-29	97 922 708
30-34	91 117 080
35-44	148 080 781
45-54	36 364 555
55-64	13 315 406
65+	5 884 906

**Tüm yaş gruplarında, sadece diş çürükleri ve gingivitis tedavisine öncelik verildiği ve talebin %10 olduğu varsayıldığında**

ne kadar önemli olduğu açıkça bilinmektedir.

Dişhekimliği hizmetlerinde karşılaştığımız sorunlardan biri de birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin genel sağlıkta olduğu gibi kolaylıkla birbirinde ayrılmamasıdır. Ağız diş sağlığı hizmetleri aşağıda görüldüğü gibi ağırlıklı olarak birinci basamakta yoğunlaşmaktadır.

Dişhekimliği hizmetlerinin sınıflamasında ve GSS kapsamına entegrasyonunda karşılaştığımız sorunlardan biri de birinci basamakta yer alan ancak maliyetler açısından çok yüksek boyutlara ulaşan protezlerle ilgili olarak bu hizmetlerde katkı payının alınması zorunluluğudur.

GSS kapsamına alınacak hizmetlerin belirlenmesinde, maliyetler kadar ihtiyaç-arz talep dengesinin de dikkate alınması gerekmektedir. Hizmetlere olan talebin özellikle son yıllarda önemli bir

### DIŞ HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ

Birinci basamak hizmetler	İkinci basamak hizmetler	Üçüncü basamak hizmetler
Muayene Acil tedavi Koruyucu uygulamalar Dolgu Endodonti Profesyonel temizlik Çekim Ağız hastalıkları Yer tutucu Kuron Radyografi Koruyucu ortodonti Protez	Komplike konservatif tedavi Ortodonti Periodontal cerrahi Ağız ve çene cerrahisi	Ağız diş bölgesindeki tümör ve kanserler Konjenital ve edinsel malformasyonlar

düşüş içinde olduğu bilinmektedir. Ancak diş hekimliği hizmetlerinin GSS kapsamına alınmasının, talebin yükselmesine etkili olabileceği düşünülmektedir. Önemli sorunlardan biri de talebin GSS'nin karşılayabileceğinin çok üstüne çıkması endişesidir. Bu durumda kaynak yetersizliği ve diş hekimine ödeme yapılamaması gibi bir durumla karşılaşılabilir. Zira araştırmalara göre ülkemizde ağız diş sağlığı harcamalarının yılda 600 milyon dolarla bir milyar dolar arasında olduğu ifade edilmektedir. Oysa toplumun tümünün ağız diş sağlığı sorunlarının tedavi maliyetinin 11 milyar doların üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir.

Yukarıdaki bilgilerin ışığında, tedavi hizmetleri açısından her yaş grubu için öncelikli hizmetlerin belirlenmesi gerekmektedir.

Tüm yaş gruplarında, sadece diş çürükleri ve gingivitis tedavisine öncelik verildiği ve talebin %10 olduğu varsayıldığında, karşımıza çıkan tablo yanda görülmektedir.

Maliyetlerin hesaplanmasında Türk Dişhekimleri Birliği tarafından yaptırılan maliyet araştırması dikkate alınarak dolgu ücreti ortalama 25 \$ olarak hesaplanmıştır. Ancak, hazırlanan ana raporda maliyet hesapları daha detaylı olarak dikkate alınmaktadır. Tablodaki harcamaların toplamını incelediğimizde maliyetlerin 739.930.709 \$'a ulaştığı görülmektedir.

Bir önemli nokta da, bu maliyet hesapları içine sağlık kazanımı projelerinin maliyetlerinin de ilave edilmesi gerekliliğidir.

Ayrıca, tasarımı ile ilgili önemli bir nokta da Genel Sağlık Sigortası yönetiminde, hizmeti satın alan ve geri ödemeyi yapan kurumların dikkate alınmasına karşın, hizmet sunucularının sistem içinde temsil edilmesinin söz konusu olamamasıdır. Bu durum da sağlık personelinin, sistem karşısında yalnız bırakılmakta ve ileride, örnekleri diğer ülkelerde de görüldüğü gibi hekimlerin meslek odaları dışında yeni örgütlenmelere yönleneceği düşünülmektedir. Sonuç olarak; ağız diş sağlığı hizmetlerinin GSS kapsamına entegrasyonunda bir çok sorunla karşılaşılmasına rağmen, tüm beklentilere cevap olabilecek ortak bir yaklaşım geliştirme çabalarının yoğun olarak devam ettiğini ifade edebiliriz. ■



**TDB Toplum Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Örgütlenme, Finansman ve Sunumu Komisyonu Üyesi Necati Hilmi Küçükaydız:**

## Sağlık sisteminde yeni bir dönem: Genel Sağlık Sigortası

**S**ağlık hizmetlerinin finansmanı bütün dünyada üzerinde önemle durulan ve tartışılan bir konudur.

Çeşitli ülkelerde uygulanan bu sistemleri üç grupta toplayabiliriz. Bunların ilki bütün sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vatandaşlara verilmesidir. Bu sistemde sağlık giderleri tamamen devlet tarafından karşılanmakta, bireylerin katkısı bulunmamaktadır. Sistemin finansmanı kaynağı genel vergilerdir. İkincisi tamamen pazar şartlarına dayanan bireylerin doğrudan cepten ödemelerle harcamada bulunarak hizmet satın almalarıdır. Üçüncü model ise sağlık sigortası modelidir. Bu sistemde bireyler belirli miktarda prim öderler, bir havuz oluşur sağlık harcamaları buradan yapılır. Endüstrileşmiş ülkeler çoğunlukla bu sistemi benimsemiş olsalar da gelişmiş ülkelerin çoğunda bu üç sistem birlikte karma bir şekilde uygulanmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin finansmanının karmaşık yapısından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle hizmetler ne tamamen kişiler tarafından özel harcamalarla ne de tamamen kamu yararına başka bir kurum tarafından finanse edilebilirler. Ancak tüm sistemlerde devletin varlığı bir zorunluluk gibi görünmektedir.

AB ülkelerinin sağlık hizmetleri konusunda standart bir yapıları yoktur. Her ülke sağlık sorunlarını kendi koşullarına göre çözmeye çalışmakta ve sistem ile ilgili arayışlarını sürdürmektedir.

AB ülkelerinin sağlık hizmetleri konusunda standart bir yapıları yoktur. Her ülke sağlık sorunlarını kendi koşullarına göre çözmeye çalışmakta ve sistem ile ilgili arayışlarını sürdürmektedir.

### Ülkemizde durum

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerini değerlendirirsek yaklaşık 10 milyon kişinin sosyal güvenceden yoksun olması, hizmetlerde çok başlılık, finansmanda ayrışma, hizmeti sunan kurumların koordinasyonsuzluğu, kaynak israfı, önceliklere göre önlem alınmaması, hizmetlerde eşitsizlik, hizmetlere ulaşımındaki güçlükler ülkemizi sağlık göstergeleri açısından az gelişmiş ülkelerin konumuna düşürmüştür. Bu durum yetkilileri Türk sağlık sisteminde yeni bir düzen arayışına yöneltmiş olsa da birbirlerini izleyen iktidarlar arasındaki politik u-

yumsuzluklar ve istikrarsızlıklar alınmış olan kararların ve çıkartılan yasaların hayata geçirilmesinde gecikmelere hatta geriye dönüşlere neden olmuştur.

Mevcut iktidar, sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili önlemlerin alınması

devletin görev ve sorumluluğudur düşüncesiyle sağlık sistemimiz sürecinde çeşitli aralıklarla gündeme gelen ancak neticelenemeyen Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemini hayata geçirmeyi amaçladı. Bu amaçla çalışmalar sürdürülmekte ve 2004 yılı Haziran ayı öncesi sistemin hayata geçirileceği yetkililer tarafından ifade edilmektedir.

### TDB yakından izliyor

Türk Dişhekimleri Birliği çalışmaları yakından izliyor ve katkı vermeye çalışıyor. GSS'ye ilk örnek uygulama →

**GSS'nin hedefi sağlığı sosyalleştirmek ve sağlıkta sosyal güvenliği sağlamak olmalıdır.**

Bismarck sigorta modelidir. Almanya'da uygulanmaya başlamıştır ve hala devam eder durumdadır. Model çeşitli ülkelerde de benimsenmiştir ve bazılarında uygulanmaktadır.

GSS; sağlık alanında ülke halkının bugününü yarınını güvence altına almayı amaçlayan hukuksal altyapısı oluşturulmuş, birbirleri arasında koordinasyon olan kurumlardan teşekkül eder. GSS'nin hedefi sağlığı sosyalleştirmek ve sağlıkta sosyal güvenliği sağlamak olmalıdır.

Sağlık sektöründe üretilen mal ve hizmetler incelenirken bunlardan kimlerin yararlandıklarına bakarsak burada iki kesim mevcuttur: kamu ve özel. Tedavi edici hizmetlerde büyük oranda özel, koruyucu hizmetlerde genellikle kamu ağırlıklıdır. Sistem, kamu ve özeli bir arada bulunduran koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikteliğini zedelemeyecek bir yapıda olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin felsefesi hizmetlerin kişinin bulunduğu yerde aile ya da toplum içerisinde günlük yaşantısında sunulmasıdır. Bu nedenle hizmetlere ulaşılabilirlik önemli bir boyuttur. Hizmetler sınırsız, kaynaklar devamlı sınırlıdır. Kaynak kullanımında verimlilik esas alınmalıdır. Sağlık hedeflerinin gerçekleşmesi kaynakların tam ve iyi kullanılabilirliğine bağlıdır. Sistemde sağlık hizmetlerinin yönetimi önemli bir konudur. Gelişmiş ülkelerde desantralize yönetim, az gelişmiş ülkelerde ise merkezîyetçi yönetimler mevcuttur. Devletlerin rolü planlama, kontrol ve denetleme ile sınırlıdır. Ülkemizde de mevcut altyapı koşullarına uygun bir yönetim tarzı seçilmelidir.

GSS'nin tüzel kişiliği, özerk bir yapısı olmalıdır. Yeni sistem, hizmetlerden yararlanmayan tüm toplum kesimlerini kapsamlı herkesin prim ödediği zorunlu bir sigortacılık şeklinde işlemelidir. Sisteme girmemek bir hak olarak tanınmamalıdır. Bunun tersi sistemdeki sosyal dayanışmayı bozucu ve katılan bireylerin prim yükünü artırıcı olur. Sistem zafiyete uğrar. Sağlık hizmetlerini finanse eden mevcut tüm kurumlar başta sosyal güvenlik kurumları sisteme kaynak aktaracak bir rol üstlenmelidir. Sağlık Bakanlığı hizmetleri planlayıcı, programlayıcı ve koruyucu hizmetlerin sunumu için sorumluluk üstlenmelidir. Sistem kamusal finansmanı (sağlığa ayrılan payı) dikkate almalı bunun katkı-

sını sağlamalıdır. Aksi takdirde sistemin yükü tamamen bireylere kaydırılacaktır. Toplumun bir kesimi prim ödemeyecek duruma düşecektir.

Sistem oluşturacağı teminat paketinin içeriğini geniş tutmalı mümkün olduğu ölçüde tüm hizmetleri kapsamalıdır. Bireylerin sisteme ve teminat paketine karşı sorumlulukları belirlenmeli, hizmet kullanımına düzenlilik getirilmelidir. Teminat paketinde hizmetlerde öncelikler olmalı. Hizmetlerin ücretlendirilmesinde meslek birlikleri ile ortak çalışılmalıdır. Meslek birliklerinin hizmetlerin ücretlendirilmesiyle ilgili yaptıkları maliyet esaslı çalışmalar dikkate alınmalıdır. Prim sistemi asgari ücretle-

### **Sistem işleyişinde hasta,**

#### **hekimini seçmede**

#### **serbest olmalıdır.**

### **Sistem, kamu ve özelden**

#### **(sektörlerden) hizmet alırken**

#### **kalite için bunların rekabet**

#### **koşullarını sağlamalı**

#### **ancak taraflardan birini**

#### **zayıflatmak gibi uygulamalara**

#### **yer verilmemelidir.**

re uygunluk teşkil etmelidir. Mütevazı bir prim karşılığında mütevazı hizmet anlayışı kalite ve standardizasyonu zedeleyecektir. Hizmet sunucuların emeğinin de bu bakışla düzenlenmesi doğru olmayacaktır.

Sözleşmelerde kuralsız ayrımcılık yaparak hizmet almak, hizmet üretmek, eşitlik ve hakkaniyet ilkeleri ile çelişir. Mevcut durumda sağlık hizmeti sunan ve özel yasalarla kurulduklarını iddia eden, genel yasaların önüne geçmek isteyen vakıf, dernek gibi kuruluşlara ayrıcalık tanınmamalıdır. Sistem işleyişinde hasta, hekimini seçmede serbest olmalıdır. Sistem, kamu ve özelden (sektörlerden) hizmet alırken kalite için bunların rekabet koşullarını sağlamalı ancak taraflardan birini zayıflatmak gibi uygulamalara yer verilmemelidir.

Sistemde hizmetlere eşit normlar getirilmeli, sevk zinciri basamaklar arası uyum, aile hekimliği uygulaması olmalı, kullanıcı katkılarında öncelikler göz önüne alınmalıdır. Sistemin kontrolü ve denetimi belirli bir enformasyon sistemiyle yapılmalı veya kamu hizmet sunumu içerisinde ayrı bir insan gücü istihdamı ile gerçekleştirilmelidir.

GSS, hizmeti sunan ve talep eden her iki kesimin özelliklerini saptamalıdır.

Mevcut demografik ölçütleri tespit ederek ihtiyaç-talep ilişkisini belirlemeli, finansal bedelleri hesaplamalıdır.

### **Ağız ve diş sağlığı hizmetleri**

Sistem, diş ve dişeti hastalıklarını bir halk sağlığı sorunu gibi algılamalıdır. Bu hastalıkların genel sağlık ile ilgili yarattığı tahribatlar, ağrı çekme, fonksiyon bozuklukları, sosyal yaşam ile ilgili yarattığı sorunlar bireylerin yaşam kalitesini bozmaktadır. Bu nedenle bu hastalıkları bireylerin sorumluluğuna bırakarak önlenabilir rahatsızlıklar olarak tanımlamak sağlıklı bir tespit değildir. Diş ve dişeti hastalıklarının teminat paketi kapsamında bulunması bir zorunluluk olmalıdır.

Bu hizmetler teminat paketinin kapsamına alınırken koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikteliği gerçekleştirilmeli, dişhekiminin emeğini ucuza satması, hizmetlerin ucuza satın alınıp kalitenin düşürülmesi gibi uygulamalara düşülmemelidir.

Teminat paketinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerini kapsamasının yararları olacaktır. Birincisi, bireylerin hizmetleri kullanımında bir artış olacaktır. Bunun sebebi prim ödeyen bireylerin bu haklarını kullanmayı bir sorumluluk olarak algılamalarıdır. Yapılan araştırmalar mevcut durumda sosyal güvencesi olan kişilerin hizmetleri cepten ödemelerle satın alanlara göre hizmetleri daha çok kullandıklarını açıklamaktadır. İkincisi bireylere hekimini seçmesi gibi bir serbesti getirecektir. Bu alan genişletilecektir. Bir diğer yararı dişhekimleri arasında kazanç farklılıklarının azalması, kapatulmasını sağlayacaktır. Ayrıca dişhekimlerinin dağılımının dengelenmesi ile ilgili uygulamaların yararı olacaktır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde basamaklandırma ve sevk sistemi büyük ölçüde uygulanacak bir düzenleme olmalıdır. Ancak belirli dallarda (uzman-



lık alanının) bu işlem yürütülebilir. Bunun nedeni bu hizmetlerin büyük oranda ayakta tedavi hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda verilmekte ve hizmetlerin büyük bir bölümü uzman olmayan dişhekimleri tarafından verilmektedir. Bu durum genel sağlık hizmetleriyle benzerlik teşkil etmediğinden sevk kısıtlı olmalıdır. Gelişmiş ülkelerdeki ağız ve diş sağlığı hizmetleri direkt başvuru şeklinde uygulama ile yürütülmektedir.

### **Koruyucu hekimlik**

Genel sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde de önceliklerin olması bir gerekliliktir. Sağlık hizmetlerinin genel felsefesinde bireyin hastalıklara karşı öncelikli korunması ile ilgili düzenlemeleri yapmaktır. Bu düzenlemeler sağlık hizmetlerinde sık rastlanan, çok sakat bırakan ,ölüm oranı yüksek yaşam kalitesini en fazla bozan hastalıkların önlemesine öncelik verilmelidir.

Diş ve dişeti hastalıklarının ortaya çıkmadan önlenmesi oluşan hastalıkların basit tedavi ve düşük maliyetlerle giderilmesi kişilerin yaşam kalitesini bozmayacağı gibi harcamaların büyük oranda azalmasını sağlayacaktır. Bu nedenle ağız diş sağlığı hizmetlerinde de öncelikli gruplar ve öncelikli tedaviler olmalıdır.

Öncelikli gruplar yaş grubu olarak 0-19 yaş düşünülmelidir. Bunlara hamileler ve engelliler de ilave edilmelidir.

Öncelikli tedaviler koruyucu olarak koruyucu ortodontik vakalar dişeti hastalıklarının tedavisi, endodonti, dolgu-çekim tek kron röntgen ve bazı özel vakalar öncelikle tedaviler olarak kabul edilmelidir.

### **Katkı payları**

Hizmetlerde katkı payı genel sağlık ve ağız diş sağlığı hizmetlerinde hizmetin kullanımını ihtiyaç dışı hizmet kullanımını önlemek kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla katkı payı uygulaması olmalıdır. Ancak katkı payları hizmet kullanımını önleyici bir oranda düzenlenmemelidir. Çünkü katkı payı cepten ödemedir. Toplumun bir kesimi söz konusu ödemeyi yapmayıp hizmet almak istemeyecektir. Ağız ve diş sağlığı alanında katkı payları tedavi türleri ve yaş gruplarında farklı olmalı örneğin koruyucu hizmetler ve çocuk yaş gruplarında katkı payları daha

düşük tutulmalıdır. Katkı payları hizmetlerin ücretlendirilmesi ile ilişkili olduğundan asgari ücrete uygunluk teşkil etmeli oran olarak hiçbir tedavi türünde %50,yi geçmemeli Katkı payları GSS,nin finansmanı, ihtiyaç ve talep duruma göre değişebilir olmalıdır. Katkı payları tespitinde meslek birliğinin görüşüne başvurulmalıdır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde katkı payları,  
Yaş grubu özellikli  
0-19 yaş grubu  
20-45 yaş grubu  
45 yaş üstü gibi gruplandırılabilir.

Tedavi türleri ile ilgili  
Dolgular  
Kanal tedavisi  
Çekim  
Tek kron  
Diş taşı temizliği

0-6 yaş katkı paysız (ücretsiz) 7-14 yaş az ölçüde katkı payı 15-19 biraz daha yüksek olabilir. Çekim katkısız, diş taşı temizliği çok düşük bir katkı payı olabilir. 19-45 yaş grubu katkı payları 15-19 yaş grubundan biraz daha yüksek olabilir. Bu yaş grubundada çekim katkı paysız olmalı , diş taşı temizliği dolgu+endodontik uygulamalarda düşük bir katkı payı olmalı.

45 yaş üstü- protez katkı payları düşük tutulmalı bunun yanı sıra diğer tedavi türlerinde katkı payları 19-45 yaş gruplarına göre daha yüksek olabilir. Çekim katkısız olmalıdır.

### **Hizmet sunucularına ödeme**

Teminat paketinde hizmet sunuculara nasıl bir ödeme şekli olmalıdır. Sigorta sistemlerinde uygulamalar;

1.Maaş+prim, 2.Kişibaşı ödeme, 3.Hizmet başı ödeme şeklindedir. Kuşkusuz bunların avantaj ve dezavantajları vardır

Maaş+prim kamusal alan ve toplu hizmet alanlarında uygulanmaktadır. Teminat paketi diğer iki şikkın uygulanabilirliğini koşullara göre değerlendirmelidir. Sistemin başlangıcında dişhekimleri dağılımı, istihdam, demografik sorunlar mevcut ihtiyaç göz önüne alınarak hizmet başı ödeme sistemi daha uygun olacaktır. Sistemin işleyişine belirli bir düzenlilik ve talep oranı belirlendikten sonra kişibaşı ödeme sistemi uy-

gulanabilir. Koşullara göre her iki sistem karma bir şekilde uygulanabilir.

### **Kamunun durumu**

GSS sisteminde ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşlarının çalışmalarına yeni düzenlemeler getirilebilir.

Bunlardan birincisi bu kurumlar belirli bir yaş grubuna katkı paysız hizmet verebilir.

İkincisi koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile birlikte okul programlarına yönlendirilebilir. Bu kurumlar aynı standart ve kriterlere sahip olmaları koşulu ile ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan özel sağlık kuruluşları ile eşit statüde GSS'ye hizmet verebilirler.

Sistemde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin tanımı, bu hizmetlerde çalışacak insan gücü için bir adlandırma yapılmalı, bunların eğitimi verilmesi, bu hizmetleri GSS sözleşmeli dişhekimlerinden ve kamuda istihdam edilecek eğitici dişhekimlerinden alınmalıdır.

GSS hizmetlerin kontrolü için kamu hizmet sunumu içerisinde bir insan gücü oluşturmak yada Enformasyon sistemi gibi bir işleyişe başvurmalı Enformasyon sisteminde meslek birliğinin yer alması bir gerekliliktir. TDB,nin Enformasyon sisteminde yetki ve sorumlulukları olmalıdır.

GSS'nin teminat paketinin tüm hizmetleri kapsamadığı durumlarda tamamlayıcı sağlık sigortası teminat paketlerinde oluşturulabilir.

GSS yapacağı sözleşmelerde TDB,nin hizmet üreten birimlerinin standardizasyonu, sürekli dişhekimliği eğitimi gibi kurumsal düzenlemelerde önemli yetki ve sorumlulukları olmalı, dişhekimlerinin kamu ve özelde coğrafik dağılımları ile ilgili ortak hareket etmelidir.

Sürekli Dişhekimliği Eğitimi uygulamaları GSS, TDB ve Sağlık Bakanlığı üçlü ilişkilerinde sürdürülmelidir.

Sonuç olarak; vatandaşlarına eşit, erişilebilir sağlık hizmeti verebilmenin finansman ve sunum koşullarını oluşturmak sosyal devlet olmanın gereğidir..

Yeni uygulanacak olan sistemi sektörel bir bakışla değerlendirmeden sosyal dayanışma ve sağlıkta sosyal güvenlik ilkesiyle katkı verirsek, hizmet alıcı ve hizmet sunucuları doğru bir noktada buluşturabileceğimizi ümit ediyorum. ■



Türk Tabipleri Birliği:

# GSS'nin Türkiye'de başarılı olması güç

## GSS'nin Türkiye'nin içinde bulunduğu koşullarda başarılı olması güçtür.

Sosyal sigortaya dayalı "iyi kurulmuş" finansman sistemlerinin başarılı olarak yürütülebilmesi için aşağıdaki dört koşulun yerine getirilmesi gerekmektedir:

- Sosyal sigortayı toplumun tümüne zorunlu kılarak sigorta riskinin yayılması,
- İşverenlerin tümünden sürekli ve düzenli olarak prim toplanması,
- Kamu ya da "kar amacı gütmeyen" kuruluşlar aracılığıyla sigorta sağlanması,
- Düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında dengeli gelir dağılımını sağlamak için bir mekanizmanın geliştirilmesi.

Hükümetin GSS girişiminde bu dört ilkedan (a) ve (c)'yi sağlamaya çalıştığı gözlenmekle birlikte; (b) ve (d) için ne gibi önlemler aldığı açık değildir. GSS prim ödemeye dayalı bir sistemdir. Türkiye, toplumun prim ödeme konusunda "istekli" olmadığı bir ülkedir ve bu isteksizliğin temelinde yoksulluk, populizm (sürekli çıkarılan prim afları) ve kötü yönetim yatmaktadır. Bugün Bağ-Kur'un prim alacaklarının yalnızca %15'ini toplayabildiği bilinmektedir. SSK'da bu oran daha yüksek olmakla birlikte (%82) %100 düzeyinde değildir. Prim toplama zorluğu GSS'nin önündeki önemli sıkıntılardan biridir ve Çalışma Bakanlığı'nın GSS'yi bir seçenek olarak sunarken prim toplamayı nasıl güvence altına alacağına ilişkin toplumu ikna etmesi gerekmektedir. TTB, Türkiye'de GSS için sürekli/düzenli olarak prim toplanamayacağını düşünmektedir.

"Düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında dengeli gelir dağılımını sağlamak için bir mekanizmanın geliştirilmesi" konusu ise, Türkiye'nin önündeki en önemli sorunlardan biridir. Gelir dağılımı giderek bozulmakta, sınıflar arasındaki gelir düzeyi farklılıkları art-

maktadır. AB ülkelerinde 0,21 düzeyinde olan Gini Katsayısı Türkiye'de 0.49 düzeyindedir. Gelirin bu kadar adaletsiz dağıldığı bir ülkede, prime dayalı bir sigorta sistemi ile sağlık hizmeti sunmayı zorunlu hale getirmek, toplumun sağlığını olumsuz etkileyecektir.

**Sağlık hizmeti pahalılaşacaktır.** Bir yandan GSS için kurulacak yeni kurumlarla birlikte yönetsel maliyetler artacak, diğer yandan GSS hizmet satın almaya dayalı bir sistem olduğu için sağlık hizmetlerinin bedeli yükselecektir. Bu durum hem vatandaşın cebinden fazla para çıkmasına, hem de dev-

## Prim toplama zorluğu

### GSS'nin önündeki önemli

### sıkıntılardan biridir ve Çalışma

### Bakanlığı'nın GSS'yi bir seçenek

### olarak sunarken prim toplamayı

### nasıl güvence altına alacağına

### ilişkin toplumu ikna etmesi

### gerekmektedir.

letin bütçeden ayırdığı payın artmasına yol açacaktır.

**Vatandaşın yararlandığı sağlık hizmeti "Temel Teminat Paketi" ile daraltılmaktadır.** Temel teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetleri için vatandaş ya ikinci bir prim ödeyerek özel sağlık sigortası yaptırmak, ya da sağlık harcamalarını cebinden karşılamak zorunda kalacaktır. Yoksullar her iki seçenekten de yoksun kalacağı için, bu durum sağlıkta eşitsizlikleri artıracaktır.

**Vatandaşın bugüne kadar cebinden para harcamadığı hizmetler için**

**"katkı payı" alınacaktır.** Sağlığı ticareti yapılabilen bir meta olarak algılanan anlayış, katkı payı söz konusu olduğunda da "arz/talep", "rekabet" ve "kar/zarar" kavramları üzerinden katkı paylarını saptamaya yönelebilir ve bu durum da toplum sağlığı için tam bir "felaket" olabilir.

**Primini ödeyemeyen hizmetten yararlanamayacaktır.** Bu durum, sağlığı en temel insan hakkı olmaktan çıkarmakta, "Ticari bir ürün" niteliğine büründürmektedir. Kabul edilemez.

**Emekliler prim ödemek zorunda kalacaklardır.** Zaten çok güç koşullarda yaşam mücadelesi veren emeklilerden prim kesilmesi kabul edilemez.

**Sağlık çalışanları "sözleşmeli" statüye zorlanacaktır.** Hükümetin GSS ile birlikte yürütmeye çalıştığı aile hekimliği, yerel yönetimler ve kamu idare yasaları bir arada ele alındığında; kamu çalışanlarının iş güvencesinden yoksun ve sözleşmeli statüde çalıştırmalarının hedeflendiği gözlenmektedir.

**Prim ödeme gücü olan/olmayanların nasıl saptanacağı açık değildir.** Ülkemizde yaşayanların gelir, menkul ve gayrimenkullerinin bilinmemesi, prim ödemeye baz alınacak sınırların belirlenmesini ve kimlerden prim alınacağını saptanmasını neredeyse olanaksız kılmaktadır. Yeşil Kart'ın gereksinimi olanlar yerine, varsıllar tarafından da kullanılmasının engellenmediği bilinmektedir. Kayıt dışı ekonomi yok edilmeden, prim toplamaya dayalı bir sağlık sigortası sistemine geçmek, primin yalnızca geliri bilinen kişilerden toplanmasına yol açabilir ki; bu da hem gelir dağılımını daha da bozabilir hem de sağlıkta eşitsizlikleri artırabilir. ■



**Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi  
eski Genel Sekreteri Dr. Şükrü Güner:**

# GSS için öncelikle bütçeden yeterli pay ayrılmalıdır

20 yılı aşkın süredir Genel Sağlık Sigortası (GSS) ülke gündeminde düşmüyor.

Her gelen Sağlık Bakanı'nın ilk ele aldığı konu GSS oluyor. Hesaplar yapılıyor, demeçler veriliyor. Çıktı, çıkacak diyor. Bir bakıyorsun, ya iktidar gitmiş, ya bakan...

Bu fasit daire yeni gelen Bakan'la tekrar başlıyor...

İşte, GSS konusunda bugünlere kadar geldik. Yine gündemimizde.

## GSS'de madalyanın ön yüzü

Sağlık düzeyimizin Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında, en az bir Avrupa ülkesi insanından 10 yıl daha az yaşıyoruz, bebek ölüm hızımız onlardan 4 kat daha fazla.

Nüfusumuzun en az üçte biri, sağlık açısından sosyal güvenceden yoksun.

İlk basamak sağlık hizmetleri yıllarca ihmal edildi, gerekli önem verilmedi.

İkinci, üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ise hizmeti almanın yolu; ya "gereğini" yerine getireceksin, paran olacak, ya da şans işi.

Özetle bugün ülkemizde, insanlarımızın büyük bir çoğunluğu, ya yetersiz bir sağlık güvencesi kapsamındadır ya da sağlık güvencesi yoktur. Ve bugün ülkemizde, verimli, etkili, kalite güvencesi olan, hakkaniyetle alınan, bir sağlık hizmetinden bahsetmekten çok uzacağız...

İşte böyle bir ortamda;

- Kim istemez; tüm insanlarımızın sağlık açısından sosyal güvence altında olmasını,

- Kim istemez; Prim ödeyemeyeceklerin primleri, kısmen ödeyebileceklerin de eksiksinin, Genel Bütçe'den karşılanmasını,

- Kim istemez; Hasta ile hekim, hasta ile hastane arasında, parasal ilişkinin olmasını...

Bu soruların cevabı, "herkes ister" olacaktır.

O zaman bu sorunları çözmek için, haydi hep birlikte Genel Sağlık Sigortasını çıkartalım. Vatandaşın primleri

sonra, yok olur gider.

Sağlıkta sorunu finansman çözse idi, gayri safi milli hasılasından % 15 in üzerinde pay ayıran ABD, dünyada sağlıkta en başarılı ülke olurdu.

Sağlık sorunumuza, finansman sorunu olarak bakmak eksiktir, yanlıştır.

Sağlıkta;

- Tıp eğitiminden diğer ve yardımcı sağlık personeli eğitime,

- Uzmanlık eğitiminden mezuniyet sonrası eğitime,

- İlk basamak sağlık hizmetinden hastane hizmetine,

- Acil sağlık hizmetinden hizmete ulaşma sorununa,

- İlaç konusundan sağlık sarf malzemesi konusuna,

- Sağlıkta fiziksel kapasiteden sağlık teknolojilerine,

kadar birçok sorunun içinde yaşıyoruz. Bu sorunları burada ele alıp tek tek incelemek bana tanınan hakkın boyutlarını aşar. Ama birkaçı üzerinde duracağım.

## İlk basamak sağlık hizmetleri

Yıllarca bu ülkede temel sağlık hizmetlerine yeterli ilgi gösterilmemiş, ilk basamak sağlık hizmetleri ihmal edilmiştir.

İlk basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme modeli olan ve yasalaşan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu, gelişip güçlendirileceğine, alternatif modeller aranmıştır. Bulunan model "Aile Hekimliği" olmuştur.

İlk basamak sağlık hizmeti ile koruyucu hekimlik hizmetinin bir arada veril-

## Hizmet verecek kadroları

**tamamlamadan,**

**böyle bir ortamda**

**genel sağlık sigortası,**

**para toplamadan öteye**

**gidemeyecektir.**

toplayalım. Sağlığımızı güvence altına alalım!

Bu satırların yazarı GSS'ye karşı değildir. Ama konuya bu şekilde bakmaya karşıdır...

## GSS'de madalyanın arka yüzü

Genel Sağlık Sigortası, bir finansman konusudur. Finansman sağlanması demek, sorunun çözümü demek değildir. Yeterli kaynak sağlansa bile sistemi iyi çalıştıramazsan, o kaynak kısa bir süre

mesi amaçlandığı sağlık ocakları ve sağlık evlerinin alternatifi, aile hekimliği olamaz.

Burada aile hekimiyle aile hekimi uzmanlığını karıştırmayalım. Sayıları çok az da olsa, aile hekimi uzmanlarından, temel sağlık hizmetlerinde ve ilk basamak sağlık hizmetlerinde çok önemli rol üstlenmelerinin gerekliliğini düşünürüm. Ama bu düşüncenin de sağlık ocaklarının alternatifi olmadığını ve kısmen de bu örgütlenmenin içinde düşünülmesi gerekliliğini savunuyorum.

Bu arayışlar sonuç vermediği gibi uygulamada, sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin de ihmal edilmesi sonucunu doğurmuştur.

İşte sonuç; sağlık ocaklarının Doğu Anadolu'da % 20'si hekimsiz, sağlık evlerinin yine aynı bölgede % 90'ı ebesiz. Türkiye genelinde sağlık evlerinin % 75'inde ebe yok.<sup>1</sup>

**Hizmet verecek kadroları tamamlamadan, böyle bir ortamda genel sağlık sigortası, para toplamadan öteye gidemeyecektir.**

### **Tıp eğitimi**

Son 20 yılda, birbiri ardı sıra açılan tıp fakülteleriyle -özel tıp fakülteleri de dahil olmak üzere- sayı 50'nin üzerine çıkmıştır.

Hiçbir Avrupa ülkesinde bu sayıda tıp fakültesi yoktur. Nüfusu bizden fazla Almanya'da bile 33 tıp fakültesi vardır. Sonuç; tıp eğitiminde kalite sorununu gündeme getirmektedir. Eğitim yetersizdir. Hekim sayımız hızla artmış ve 95 bini aşmıştır.<sup>2</sup>

Geçmiş yıllarda ilk tercih olan tıp eğitimi, şimdi ortalama 10. sıralarda yer alıyor.

Hekim sayısının artışına oranla, yardımcı sağlık personeli sayısı, örneğin hemşire sayımız yetersizdir. Bir hekime karşılık 1 hemşire bile düşmemektedir. Ülkemizde hekim dağılımı da dengesizdir. Hekimlerin üçte biri üç büyük ilde toplanmıştır. İstanbul, Ankara ve İzmir'de bir hekime 500'ün altında kişi düşerken, Bitlis'te 2700, Muş'ta 3000, Şırnak'ta 4500 kişiye bir hekim düşüyor.

**Şimdi soruyorum; tıp eğitiminin yetersizliklerinin, yardımcı sağlık personelinin eksikliklerinin yaşandığı, hekim dağılımının dengesiz olduğu bir ortamda, insanları sigortaladığı-**

**nızda hizmeti nasıl vereceksiniz?**

### **İlaç sorunu**

Ülkemizde sağlık harcamalarında ilacın payı % 40'a kadar çıkmaktadır. Büyük bir ilaç tüketimi vardır. İlaçta KDV % 18'dir.

**İlaç tüketimi konusunda yapılan öneriler de hep göz ardı edilmektedir.**

**İlaçta KDV düşürülmelidir.**

**Tane ile ilaç tüketimine geçilmelidir.**

Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye ilaçta KDV oranı en yüksek ülkelerden birisidir. Avrupa ülkelerinde ilaçta KDV oranı, ülkede uygulanan standart KDV oranından düşüktür.

İlaç zorunlu ve vazgeçilemez bir tüketim maddesi olduğu için, temel gıda

## **Her şeyden önce Genel**

### **Sağlık Sigortasına samimi**

### **bakan bir siyasi iktidar,**

### **genel bütçeden yeterli payı,**

### **en azından başlangıçta**

### **% 7'yi ayırıp,**

### **konuya ciddi olarak**

### **baktığını göstermelidir.**

maddelerine uygulandığı gibi genel KDV oranından daha düşük oranların uygulanması sosyal açıdan da bir gerekliliktir. Bu nedenle, ilaçlarda KDV oranının temel gereksinim maddelerinde olduğu gibi en azından % 8'e indirilmelidir

İlaçta KDV İtalya'da 10, Yunanistan, Finlandiya'da 8, Hollanda, Belçika'da 6, Portekiz'de 5, İspanya'da 4, Fransa'da 2.1 – 5.5, İsveç ve İngiltere'de 0' dir.<sup>3</sup>

**Bugünkü ortamda, Genel sağlık sigortası için toplanan primler, ilaç sektörünü ihya etmekten başka ne işe yarayacaktır?**

### **Hekim seçme özgürlüğü**

Uzun zamandan beri alanımızda "hekim seçme özgürlüğü"nden bahsedilmektedir.

Kulağa hoş gelen bu kavram, gerçekçi değildir, fantezidir.

Sağlık hizmetinde sanki tüm sorunlar

bitti, iş hekim seçme özgürlüğüne kaldı.

Önemli olan iyi bir eğitimle hekim ve uzman hekim yetiştirmek. Sonra da hizmetin denetimini yapmaktır.

Yapılan anketler, olanak bulsalar bile, insanlarımızın hekim seçme konusunda da objektif kriterleri kullanmadığını göstermektedir. Hekim seçmede, güler yüz, sempati, hemşerisi olması gibi kriterler öne çıkmakta, asıl olması gereken, hekimlik bilgisi gibi kriterler değerlendirilmemektedir.<sup>4</sup>

Ülkemizde "**hakim seçme**" özgürlüğü var mı? Benim davama bu hakim bak-sın diyebiliyor muyuz? Hekime ulaşılmayan bir ortamda, hekim seçme özgürlüğünden bahsetmek ne kadar gerçekçidir?

Belki 10. sırada gündeme alacağımız bir konuyu, gündemin baş maddesine taşımak, aldatmacadan başka bir şey değildir.

### **Sonsöz**

Genel Sağlık Sigortası gibi temel bir konuya, ciddi yaklaşımlar yapmak zorundayız. Kişi başına yılda 50 dolar toplanarak hesaplar yapmak, bu girişimi sonuçsuz kılar. İnsanlarımızın parasını toplayıp ilaç, sarf malzemesi gibi alanlara kaydırmaktan başka bir işe yaramaz. Sağlık alanımızdaki temel sorunlarda iyileştirmeler yapmamız lazım.

Genel Sağlık Sigortası konusunda Ülkemizde güven sorunu vardır. Bugüne kadar yapılan hiçbir çalışma, kaynak sorununun çözümünü, gerçekçi olarak gösterememiştir. Prim ödeyemeyeceklerin veya kısmen ödeyebileceklerin ödentileri nasıl karşılanacaktır? Tüm vatandaşları sigortalıyorsunuz. Ülke çapında sağlık hizmetlerini hangi kaynakla yaygınlaştıracaksınız? Yoksa "**eski tas, eski hamam**" mı olacak?

Her şeyden önce Genel Sağlık Sigortasına samimi bakan bir siyasi iktidar, genel bütçeden yeterli payı, en azından başlangıçta % 7'yi ayırıp, konuya ciddi olarak baktığını göstermelidir.

**Böylece GSS hakkında güven ortamına bir başlangıç sağlansın ve ödeyebilecek kişilerden prim istemeye de yüzü olsun... ■**

### **KAYNAKLAR**

1. www.saglik.gov.tr
2. www.ssk.gov.tr
3. www.ieis.org.tr/101soru



**İsviçre Hayat Sigorta Genel Müdür Yardımcısı  
Kaspas Zakaryan**

## Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

### **TDBD: Genel Sağlık Sigortası sistemi hakkındaki görüşlerinizi alabilir miyiz?**

Ülkemizde sağlık sistemindeki sistem-sizliğe çözüm bulmak amacıyla daha önce olduğu gibi son hükümet de çaba sarfediyor. Bunun bir sonucu olarak önerilen model GSS uygulaması. Hedeflenen, tüm nüfusu tek sosyal güvenlik çatısı altında toplayarak geliri olandan prim alıp, geliri olmayanın primini ise devletin üstlenerek herkesin sağlık hizmetine ulaşmasını sağlamak.

Tabii bu tanımlamaya bakınca herşey çok güzel ve çok doğru. Ancak sorun bunun ayrıntılandırılmasında.

Öncelikli bu sistem için gerekli olan finansman olup olmadığı tartışmalı. Mevcut durumda sosyal güvenlik sistemlerinde çok yüksek oranda açık var ve bunun genel bütçeden kapatılması gerekirken; GSS'nin uygulanmaya başlamasıyla

- hala sosyal güvenlik sistemini hiç kullanmayıp harcamalarını cebinden yapan bir kitle de GSS içinden pay almaya başlayacak ve %18-20 civarında bir artışa yol açacak;

- devlet hastanelerinde dostluk veya acıma duygusu ile ihtiyacı olan insanlara faturasız hizmet verilirken, yapılan tüm hizmetler faturalandırılmaya başlayacak. -kamu hastanelerinde performans bağlı gelir uygulamasının başlamasıyla kesilen fatura tutarlarının 4-5 katı arttığı söyleniyor-

Finansman sorunu herkesçe kabul edildiğine göre, o zaman GSS içeriği olarak verilecek olan hizmetin kapsamını tartışmak gerek.

- Türkiye'de 5,5 milyon kişi (aileleri ile düşünüldüğünde 22 milyon) asgari ücretle geçiniyor -ülkemizdeki asgari ücret Dünya Bankası'nın kabul ettiği yoksulluk sınırının biraz üzerinde-;

- Türkiye'de işsizlik oranı %11,5 civarında (2,5 milyon kişi, aileleri de katıldığında 10 milyon kişi);

- Ücretlilerin de aslında gerçek anlam-

da gelir kaybına uğramış olduğunu düşünürsek;

Yılda 200 \$ ortalama kişi başı sağlık harcaması ile OECD ortalaması 2100 \$'ın çok uzağında olan sağlık harcamalarımızı mevcut sosyal hakların gerisine çekme şansımızın ve hakkımızın olmadığını düşünüyorum.

Bana göre kamu sigortası (GSS'deki Temel Teminat Paketi-TTP içeriği) insanımızın karşılaşılabileceği tüm sağlık risklerini, lükse ve keyfiyete kaçmadan ve sağlığını tehlikeye sokmayacak asgari koşulları sağlayarak karşılayacak bir içerikte olmak zorunda.

**Kamu sigortası (GSS'deki Temel Teminat Paketi-TTP içeriği) insanımızın karşılaşılabileceği tüm sağlık risklerini, lükse ve keyfiyete kaçmadan ve sağlığını tehlikeye sokmayacak asgari koşulları sağlayarak karşılayacak bir içerikte olmak zorunda.**

Bunu yaparken de herkesin geliri ile orantılı olarak katılacağı bir prim alınmalı, bunu veremeyecek durumda olanların primi ise devlet güvencesi altında olmalı.

### **TDBD: Yeni sistemde Özel Sağlık Sigortalarının (ÖSS) yeri ne olabilir?**

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) son yıllarda sigortalı sayısını arttırmakta zorlanan ve patinaj çeken ÖSS için bir çıkış gibi görünmekte. 10 yıldan fazla bir süredir hizmet veriliyor olmasına rağmen toplam ÖSS üyesi sayısı 700.000'i aşamadı; yani toplumun %1'den daha azı. Benzer bir modelin uygulandığı Almanya'da bu oran %10'larda .

Peki nedir tamamlayıcı sağlık sigortası? TSS, kamu sigortası tarafından karşılanmayan ve bu nedenle kişilerin kendi üzerinde kalan sağlık risklerini teminat kapsamı veya teminat yüzdesi olarak karşılamak üzere hazırlanmış bir sigortadır.

Türkiye'deki Özel Sağlık Sigortası şirketlerinin bu konuda heyecan duymakla birlikte gerçekleşmesini bekleyecekleri durumları unutmamaları gerekir:

- TTP'nin içeriği net olarak tanımlanmalı, katılım payları belirlenmeli;
- Mükerrer prim ödemesi ortadan kaldırılmalı;
- Sağlık kurum ve kuruluşlarının aynı işlem için kamu sigortalıları ve özel sigortalılara farklı fiyat uygulamasına son verilmeli;
- Tanı tedavi protokolleri, kodlama sistemleri, elektronik provizyon ve elektronik faturalama sistemlerinin mutlaka kullanılmalı.

Önümüzdeki günlerde bu düzenlemelerin başlaması ve hastanelerin ve hükümetin konuya yaklaşımının ortaya çıkması, bizlerin hangi hızla konuyu sahipleneceğimizi ve içine gireceğimizi belirleyecektir.

Tamamlayıcı sigorta paketinde neler olacak ?

- Kamu sigortası tarafından karşılanmayan veya kısmen karşılanan teminatlar;
- Otelcilik hizmetleri;
- Öğretim üyesi, servis şefi veya tanımlanmamış ücretle çalışmayı kabullenmeyen doktorların farkları;
- Hizmete ulaşmada sevk zincirine uyulmayan durumlar;
- Ameliyatta kullanılan malzemede veya ameliyat tekniğindeki standart dışı uygulamalar;
- Paket dışında kalan ilaçlar ve katılım payları; tanı tedavi protokolleri dışındaki tetkik talepleri;
- Kamunun fiyatı ile çalışmayacağını ilan etmiş kurumlardaki farklar. ■

# Her türlü iyileştirmenin teşvikçisi olacağız

■ Sedat Azak\*  
■ Hüseyin Çelik\*\*

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde geçerli olan tüm kurallar yeniden yazılmaktadır. 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlatılan Price Waterhouse Sağlık Master Planı ile başlayan süreç, bugün sonuçlanma aşamasındadır.

Çalışmalar, vatandaşlarımızın sağlık yaşam standartlarının yükseltilmesi ve gelecek nesillere daha yaşanabilir bir Türkiye bırakılması hedefini gözetmeli, kaynak tüketen değil, kaynak üreten bir sağlık sektörü temel hedefler arasında yer almalıdır.

Bugün için sağlık hizmetlerinde mevcut durumun ne olduğu sorusunun bir önemi kalmamış, bunun yerini, bizi gelecekte nasıl bir sağlık sisteminin beklediği olgusu almıştır. Artık gelecek yılların sağlık sistemini öngörürken yeni kuralların bilinmesine ve tartışılmasına gereksinim duyulmaktadır.

Sağlık Kuruluşları Derneği olarak tüm sağlık sektörü yanında, Türkiye genelinde yaklaşık 600 üyemizi etkileyecek bu sürecin sonunda ortaya çıkacak sağlık sistemi yakından izlenmekte ve konuyla ilgili görüş ve önerilerimiz yetkili mercilerle paylaşılmaktadır. Bu yazımızda 59. Hükümet tarafından oluşturulmaya çalışılan sağlık sisteminin temel bileşenlerine yer verilecek ve genel bir değerlendirmesi yapılacaktır. Sağlık hizmetlerinin bütününe etkileyen dönüşüm çalışmaları aşağıdaki başlıklarla özetlenebilir.

1. Kamu sağlık hizmeti finansmanını tek elde toplamak amacıyla Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması hedeflenmektedir,
2. Sağlık hizmetlerinde norm birliği hedeflenmektedir,
3. 1930'lu yıllardan kalma sağlık mevzuatının tümüyle güncellenmesi hedef-

lenmektedir,

4. Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha efektif yürütülmesi amacıyla aile hekimliği modelinin yaşama geçirilmesi hedeflenmektedir,
5. Kamu sağlık hizmeti sunumunda sağlık tesislerinin tek elde toplanması ve bir sonraki aşamada yerel yönetimlere devredilmesi hedeflenmektedir,
6. Kamu sağlık tesislerinin işletmecilik ilkelerine uygun, özerk bir yapı içerisinde yönetilmesi hedeflenmektedir,
7. Kişinin hekimini ve hastanesini seçmesi önündeki engellerin kaldırılması hedeflenmektedir.

Elbette bu çalışmaların hiçbiri ilk defa gündeme gelen hedefler değildir. Önceki Hükümetler dönemlerinde de defalarca yaşama geçirilmesi için çaba gösterilmiş, büyük ölçüde siyasal istikrarın sağlanamaması nedeniyle yasalaştırılması mümkün olmamıştır. Ancak bugünkü siyasi ve ekonomik koşullar tüm kamuoyunda artık reformların uygulama zamanının geldiği yönünde umut verici bir ortam yaratmıştır.

Yukarıda yer verdiğimiz çalışmalara başlıkları itibarıyla değinerek, oluşturulmak istenen yapının gelecekte ne tür sonuçlar doğuracağını kısaca irdelemeye çalışacağız.

## **1. Kamu sağlık hizmeti finansmanını tek elde toplamak amacıyla Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması hedeflenmektedir.**

Genel sağlık sigortası, sistemin finansman yapısının yönetimini kamu adına tek elden yürütecek, hizmet sunan kamu ve özel tüm sağlık kurumlarını hizmet satın alma yöntemleriyle etkin bir şekilde yönlendirme ve denetleme olanağına kavuşacaktır. Bu yapı ile sağlık hizmetlerinin finansmanından tek başına Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) yetkili olacaktır. Sağlık Bakanlı-

ğının da hizmet sunucu olarak görev alacağı yapıda ÇSGB sözleşmeler aracılığı ile sağlık hizmetlerinin fiyatını, kalitesini, rekabet yapısını önemli ölçüde belirleme olanağına sahip olacaktır. Bu nedenle GSS yasasının içeriği, yeni düzende oldukça önem taşımaktadır.

## **2. Sağlık hizmetlerinde norm birliği hedeflenmektedir:**

Mevcut yapıda kişilerin çalışma statülerine bakılarak belirlenen sağlık hizmeti normları, uluslararası kurallara da uygun olarak vatandaşlık temelinde dayalı ve eşit bir şekilde belirlenmektedir. Bu durum aynı zamanda sağlık hizmetlerindeki bürokrasiyi ve karmaşıklığı da belirgin ölçüde ortadan kaldıracaktır. Sunulacak sağlık hizmeti normlarının belirlendiği temel teminat paketinin içeriği, özel sigorta şirketlerinin tamamlayıcı sağlık sigortası geliştirmesinde de önemli derecede etken olacaktır.

## **3. 1930'lu yıllardan kalma sağlık mevzuatının tümüyle güncellenmesi hedeflenmektedir:**

Sağlık hizmetleri alanında yer alan tüm yasalar büyük ölçüde 1920 ve 1930'lu yıllarda hazırlanmış ve üzerinde ciddi değişiklikler yapılmamıştır. Hazırlandığı dönemde oldukça çağdaş kurallar içeren yasalar, günümüz koşullarında sağlık hizmeti sunum ve denetiminin etkin bir şekilde yürütülmesini sağlamakta yetersiz kalmaktadır. Yasal değişiklikler ile sağlık meslek çalışanlarının, tıp uygulamalarının ve mülkiyetin kamu ya da özel sektör elinde olmasına bakılmaksızın sağlık hizmetlerinin çağdaş normları göre yürütülmesi hedeflenmelidir.

## **4. Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha efektif yürütülmesi amacıyla aile hekimliği modelinin yaşama geçirilmesi hedeflenmektedir:**

Tüm sağlık hizmeti sistemlerinin en temel ve öncelikli hedefi, bireyin ve toplumun sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamaktır. Özellikle kaynakları kıt olan ülkelerin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik yapacağı her türlü çaba çok yüksek katma değer yaratmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin topluma yaygınlaştırılmasında uygulanacak aile hekimliği modelinin başarısı, zaman içinde tedavi edici sağlık hizmetleri pazarında daralma yaratacaktır. Bu nedenle ülkemizdeki yatırım ve insangücü planlamasında aile hekimliği uygula-

masının sonuçları göz ardı edilmemelidir.

## **5. Kamu sağlık hizmeti sunumunda sağlık tesislerinin tek elde toplanması ve bir sonraki aşamada yerel yönetimlere devredilmesi hedeflenmektedir:**

Kamu adına sağlık hizmetinin sunumunda yaşanan verimsizlikler bu uygulama ile büyük ölçüde ortadan kalkacaktır. Sağlık hizmetlerine kişilerin daha hızlı ve daha az bürokrasi ile ulaşmasının önündeki engeller kaldırılmış olacaktır. Sağlık hizmetleri sunumunun tek elde toplanması, diğer taraftan hizmet sunumunda kamu sağlık kurumlarının özel sektör sağlık kurumları ile daha rahat rekabet etmesinin de temelini oluşturması beklenmektedir. Dernek olarak, kamu sağlık hizmeti sunumunda sağlanacak her türlü iyileşmenin teşvikçisi olacağımızı, ancak bu anlayışla eşit rekabet koşullarında halkımızın hak ettiği kaliteli ve maliyet etkin sağlık hizmetinin sunulabileceğini düşünüyoruz.

## **6. Kamu sağlık tesislerinin işletmecilik ilkelerine uygun, özerk bir yapı içerisinde yönetilmesi hedeflenmektedir:**

Bugün itibarıyla sübvansiyon gerçek anlamda buna gereksinim duyan kişilere değil, verimsiz ve hantal sağlık kurumlarına yapılmaktadır. Her türlü koşulda sübvansiyon edilen kamu sağlık kurumları oldukça verimsiz koşullarda çalışmakta, kaynak tüketen bir yapıya dönüşmektedir. Ayrıca hizmet sunumunda hasta memnuniyetinin odak alındığı uygulamalar da hayata geçirilememektedir. Özerk sağlık işletmeleri ile kurumlar kendi gelirleri ile giderlerini karşılamak durumunda kalacaklar, hasta garantisi olmadığı için uygulamalar hasta memnuniyeti sağlamaya yönelik bir yapıya dönüşecektir. Ayrıca kamu sağlık tesisleri kendilerini yönetme erkine sahip olacaklardır. Bu yapının etkin bir şekilde çalışabilmesi için hizmet fiyatlarının maliyetlere uygun olarak belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini riske etmemek için asgari fiyat tarifesinin hazırlanmasını gerekli kılmaktadır.

## **7. Kişinin hekimini ve hastanesini seçmesi önündeki engellerin kaldırılması hedeflenmektedir:**

Kişilerin hastalandıklarında en temel

haklarından olan hekimini ve hastanesini seçme özgürlüğüne yönelik ilk somut uygulamalar Devlet Memurları ve Emekli Sandığı hastaları için hayata geçirilmiş bulunmaktadır. Aynı hakkın kullanımının SSK ve Bağ-Kur hastalarına da tanınması gerekmektedir. GSS tarafından belirlenecek temel fiyat tarifi kadarının ödenmesi suretiyle kişiler, istedikleri hekim ve sağlık kurumlarında tedavi olma olanağı elde edeceklerdir. GSS'nin fiyat tarifesinin üzerinde hizmet sunan sağlık kurumlarından hizmet alan kişiler aradaki farkı kendi ödeyecek ya da buna yönelik tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırabilecektir. Bu uygulama ile sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde var olan fiyat baskısı kontrol edilmiş olacak, sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kurumları fiyatlarını ve kalitesini sürekli iyileştirmek baskısı ile karşı karşıya kalacaklardır.

Kurulacak hiçbir sistem mevcut sistem kadar kötü olamaz. Mevcut sistemden memnun olan hiçbir taraf bulunmamaktadır. Yukarıda yer verilen bileşenlerin biri diğerine girdi-çıkıttı açısından katma değer yaratmaktadır. Bu nedenle tüm reform bileşenlerinin ele alınarak, ulaşılabilecek sağlık hizmetleri yapısının analiz edilmesi gerekmektedir. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi halinde, sonuçta tüm tarafların mevcut durumdan daha kazançlı olacağı bir yapı ortaya çıkması beklenmektedir. Kuşkusuz bu hedefler de eleştiriye açık ve bir takım mahsurları da beraberinde taşımaktadır. Ancak bugüne kadar hiçbir şey yapmayarak geldiğimiz nokta, çok daha fazla kamu kaynağının yok olmasına yol açmıştır.

Avrupa Birliğine üyelik sürecinin yoğunlaştığı bu dönemde toplum olarak mevcuda razı olma seçeneğimiz de yoktur. Bu reformlar sadece kamunun görev ve sorumluluğunda düşünülemez. Tüm sivil toplum kuruluşlarının yapıcı görüş ve eleştirilerini kamuoyu ile paylaşması daha sağlıklı ve mutlu bir toplum için hayati önem taşımaktadır. Dernek olarak üyelerimizi ve tüm sağlık sektörünü Sağlıkta Dönüşüm programının hedef ve stratejilerini tartışmaya davet ediyoruz. ■

\* Dr., Sağlık Kuruluşları Derneği Genel Sekreteri

\*\* Uzman, Sağlık Kuruluşları Derneği Üyesi



# Yeni dişhekimliği fakülteleri ve Türkiye gerçekleri

Bilimsel Dişhekimliğinin 95. Yılı nedeniyle Türk Dişhekimleri Birliği ve İstanbul Dişhekimleri Odası 17 Kasım 2003 günü ortak bir basın toplantısı düzenlediler. Toplantıya milletvekili meslektaşlarımız Prof.Dr. Muzaffer Gülyurt, Remziye Öztoprak, O.Seyfi Terzibaşoğlu, Süleyman Gündüz ve dişhekimliği fakülteleri adına Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Türker Sandallı ve Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Funda Yanıkoğlu katıldılar. Toplantıya katılmayan 10 dişhekimliği fakültesi dekanı da yazılı olarak desteklerini iletiler.

TDB MYK üyesi Tuncer Taşkın, Türkiye’de ve Avrupa’da ağız diş sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı durumlarını ortaya koyarak yeni dişhekimliği fakültelerine neden ihtiyaç olmadığını açıkladı. Fakülte dekanları ve milletvekilleri yaptıkları konuşmalarda fakülte açılmaması konusunda fikir birliği içinde olduklarını ifade ettiler ve TDB’nin bu konudaki çabalarını destekleyeceklerini söylediler. TDB’nin bu amaçla meslektaşlarımızın katılımına açtığı imza kampanyasında toplanan 6 bin imza Sağlık Bakanlığı’na ve YÖK’e iletilecek.





# Yıl 1974, konu aynı!

TDB'nin yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmalarına karşı düzenlediği basın toplantısında bir konuşma yapan Prof.Dr. Yılmaz Manisalı hocamız 30 yıl önce de aynı popülist düşüncelerle fakültelerin açıldığını aktardı. 1974'te, kendilerinden bu konuda istenen görüşe karşı verdikleri yanıtı da okuyan Manisalı'dan söz konusu belgeyi yayımlamak üzere rica ettik. Diyarbakır'da kurulması düşünülen dişhekimliği fakültesi (şimdiki Dicle Ü. Dişhekimliği Fakültesi) için İstanbul Ü. Dişhekimliği Fakültesi'nden görüş istenmesi üzerine fakülte tarafından verilen yanıtı sunuyoruz.

Diyarbakır'da kurulması düşünülen Dişhekimliği Fakültesi hakkında Fakültemiz, Öğretim Üyelerinden Prof.Dr. Gazanfer Zembilci'ye gönderilen mektup evvela Fakülte Yönetim Kurulunda görülmüş ve durumun Fakülte Kuruluna intikali öngörülmüştür. 12.6.1974 tarihinde toplanan Fakülte Kurulunda;

- 1- Gerek Diyarbakır'da ve gerekse başka bir şehirde kurulacak fakültenin ne şekilde faydalı olacağı,
- 2- Yardım edilmesi gerektiğinde daha evvel kurulmuş olan fakülteye öncelik tanınmasına,
- 3- Bir öğretim üyesinin konsantre ders veremeyeceğine,
- 4- Coğrafi durum dolayısıyla yardım etmenin müşkül olacağına,
- 5- Yeni fakülteler açılmadan önce, öğretim üyesi ihtiyacını karşılamak üzere, yurtiçi ve dışı kuruluşlara doktora öğrencisi gönderilmesine, (Hangi fakülte de görev alacağı önceden tespit edilmek üzere).
- 6- Memleketin dişhekimine ihtiyacının



17 yıl önce 1986'da Hürriyet Gazetesi'nin sağlık sayfasında 22 Kasım vesilesiyle yeni dişhekimliği fakültelerinin yol açtığı sorunlardan bahsediliyor.

kati olarak hesaplandıktan sonra ihtiyaç tespit edilerek, ekonomik nedenlerinde hesap edilmesi gerektiği, aksi takdirde insan gücünün israf edileceğine, 7- Devlet Planlama Teşkilatının 1969 da yaptığı çalışmada dişhekimisi sayısı bakımından 1974 de ulaşılması gereken rakama erişildiğinin tespit edilmiş bulunması, 8- Bir fakülte kurulabilmesi için yeterli sayıda öğretim üyesi bulunması gerek-

tiğine, 9- Yalnız teorik ders vermenin bir yardım temin etmeyeceği ve faydası olmayacağı düşünceleri belirtilmiş ve bu duruma göre yapılan oylama neticesinde 14 oyla bu kurumun sakıncalı olacağına karar verilmiştir. Durumu saygı ile arz eder, karar örneğinin de ekli olarak takdim eylerim.

Dekan  
Prof.Dr. Lem'i Belger



# TÜRKİYE'DE DİŞHEKİMLERİNİN DAĞILIMI

İL	TOPLAM DİŞHEK. SAYISI	DİŞHEK. DÜŞEN NÜFUS	ODAYA KAYITLI DİŞHEK. SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN GSMH (USD)	İL	TOPLAM DİŞHEK. SAYISI	DİŞHEK. DÜŞEN NÜFUS	ODAYA KAYITLI DİŞHEK. SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN GSMH (USD)
ADANA	428	4,321	378	2,339	K.MARAŞ	107	9,368	97	1,584
ADIYAMAN	32	19,494	21	918	KARABÜK	48	4,690	41	1,587
AFYON	98	8,290	79	1,263	KARAMAN	47	5,175	36	2,012
AĞRI	27	19,583	12	568	KARS	28	11,608	18	886
AKSARAY	57	6,949	43	966	KASTAMONU	61	6,155	23	1,781
AMASYA	54	6,764	42	1,439	KAYSERİ	177	5,991	165	1,806
ANKARA	2,386	1,680	1,890	2,752	KIRIKKALE	46	8,337	32	2,725
ANTALYA	585	2,940	598	2,192	KIRKLARELİ	89	3,691	76	3,590
ARDAHAN	6	22,293	2	842	KİRŞEHİR	46	5,505	34	1,488
ARTVİN	36	5,332	21	2,137	KİLİS	10	11,472	7	1,817
AYDIN	247	3,849	238	2,017	KOCAELİ	283	4,262	279	6,165
BALIKESİR	275	3,914	254	2,005	KONYA	507	4,324	378	1,554
BARTIN	29	6,351	25	1,061	KÜTAHYA	62	10,595	51	1,805
BATMAN	31	14,733	28	1,216	MALATYA	111	7,691	109	1,417
BAYBURT	13	7,489	7	1,017	MANİSA	239	5,273	233	2,459
BİLECİK	29	6,701	16	2,584	MARDİN	41	17,198	30	983
BİNGÖL	14	18,124	10	795	MERSİN	368	4,488	325	2,452
BİTLİS	24	16,195	17	646	MUĞLA	245	2,920	233	3,308
BOLU	78	3,470	54	4,216	MUŞ	15	30,244	10	578
BURDUR	55	4,669	47	1,951	NEVŞEHİR	59	5,253	44	2,117
BURSA	541	3,928	565	2,507	NİĞDE	41	8,490	28	1,781
ÇANAKKALE	107	4,346	106	2,335	ORDU	93	9,546	70	1,064
ÇANKIRI	33	8,193	17	1,136	OSMANİYE	69	6,649	60	1,157
ÇORUM	102	5,854	67	1,654	RİZE	63	5,809	52	1,897
DENİZLİ	286	2,972	288	2,133	SAKARYA	164	4,611	150	2,108
DIYARBAKIR	191	7,135	139	1,313	SAMSUN	324	3,732	250	1,680
DÜZCE	51	6,162	44	1,142	SİİRT	25	10,547	13	1,111
EDİRNE	92	4,376	87	2,403	SİNOP	42	5,371	30	1,459
ELAZIĞ	68	8,377	67	1,704	SİVAS	129	5,853	62	1,399
ERZİNCAN	39	8,124	25	1,158	Ş.URFA	87	16,591	72	1,008
ERZURUM	167	5,613	106	1,061	ŞIRNAK	18	19,622	12	638
ESKİŞEHİR	162	4,358	150	2,513	TEKİRDAĞ	162	3,849	152	2,498
GAZİANTEP	158	8,134	149	1,593	TOKAT	102	8,118	54	1,370
GİRESUN	66	7,937	44	1,443	TRABZON	169	5,770	151	1,506
GÜMÜŞHANE	22	8,498	13	1,075	TUNCELİ	16	5,849	6	1,584
HAKKARİ	15	15,772	4	836	UŞAK	77	4,186	67	1,436
HATAY	252	4,975	219	1,757	VAN	44	19,944	31	859
IĞDIR	17	9,920	10	855	YALOVA	47	3,587	43	3,463
ISPARTA	134	3,833	100	1,510	YOZGAT	68	10,043	38	852
İSTANBUL	4,819	2,079	5,298	3,063	ZONGULDAK	135	4,560	130	2,969
İZMİR	1,938	1,739	1,407	3,215	TOPLAM	18,228	3,720	16,379	2,146



# Yeni dişhekimliği fakülteleri hangi ihtiyaca yanıt verecek?

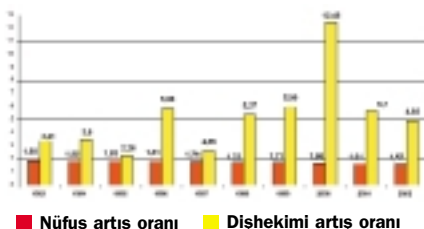
■ Tuncer Taşkın\*

## Türkiye’de nüfus ve dişhekimliği oranları ile sağlık harcaması

Dünyada ve özellikle ülkemizde yaşanan siyasi ve ekonomik krizlerin yansımalarını acı bir şekilde hissetmekteyiz. Halkımız alım gücünün her geçen gün düşmesi sonucu; insanca yaşama koşullarına ulaşamamaktadır. Bu durumdan sağlık hizmetlerinin hem sunucuları (sağlık çalışanları) hem de kullanıcıları (vatandaşlar) etkilenmektedir.

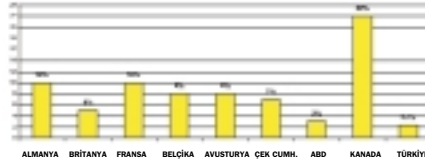
Her iki kesimin de hoşnut olmadığı hizmet sektörlerinin başında dişhekimliği hizmetleri gelmektedir. Halkımız dişhekimliği hizmetine değişik nedenlerle ulaşamamaktadır. Buna karşılık dişhekimliği alanında yetişmiş insan gücü muayenehanelerinde sorunlarla başbaşa kalmaktadır.

Ülke nüfusumuz 2000 yılı nüfus sayımına göre 67.421.000’dir. 1970 yılından günümüze nüfus artış hızında düşüş dikkat çekmektedir. Bugün Türkiye’nin yıllık nüfus artışı % 1.5 civarındadır.



■ Nüfus artış oranı ■ Dişhekimliği artış oranı  
Tablo 1 - Türkiye’de nüfus ve dişhekimliği artış oranları

Buna karşılık dişhekimliği fakültelerinin 1990’lı yıllardan itibaren hızla çoğalması ve kontenjan fazlalığı ile dişhekimliği artışı yıllık % 6 civarında seyretmektedir. (Tablo 1)



Tablo 2 - Sağlığa ayrılan pay

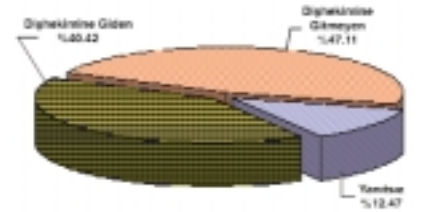
Diğer yandan ülkelerin yıllık bütçelerinden sağlığa ayırdıkları pay (Tablo 2) ve 2000 yılı kişi başına gayri safi milli hasıla miktarları sağlık sorunlarında gelişen noktayı belirleyen kriterlerdir. Maalesef ülkemiz her iki açıdan da gelişmiş ülkelerin oldukça gerisindedir. Genel sağlığa ayrılan paydan (%2.4); ağız diş sağlığına düşecek miktar ile bulunduğumuz noktadan ileriye ulaşmak olanaklı değildir.

## Dişhekimlerinin dağılımı ve ağız diş sağlığı durumu

Türk Dişhekimleri Birliği’nin Ekim 2003’de yaptığı çalışmaya göre Türkiye’de bilfiil olarak çalışan 18.906 dişhekimine 3.566 kişi düşmektedir. Buna rağmen bir dişhekimine İstanbul’da 2.079, Tokat’ın Pazar ilçesinde 20.295, Gaziantep’in Nurdağı ilçesinde 38.429, Şanlıurfa’nın Viranşehir ilçesinde 93.853, İzmir’de 1739 ve Tunceli Merkez’de 3032 kişi düşmektedir.

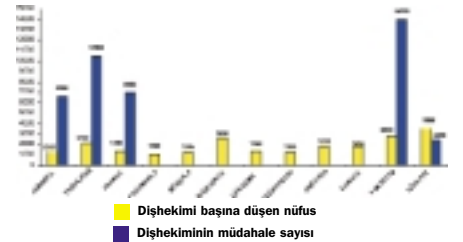
Ülkemizin gerek sağlık kültürü ve eğitim düzeyinin düşüklüğü, gerekse halkın alım gücünün yetersizliği nedeniyle

dişhekimliği hizmetleri kullanılmamaktadır/ kullanılmamaktadır. Halkımızın % 47,11’i son bir yılda dişhekimine gitmemiştir. Yaşamı boyunca hiç dişhekimine gitmeyen nüfus oranı ise % 12,5’dur. (Tablo 3)



Tablo 3- Son bir yılda dişhekimine giden nüfus

1992 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü tarafından yapılan araştırma sonucuna göre; gelişmiş ülkelerde nüfusun dişhekimine gitme sıklığı 5 iken, ülkemizde bu oran 0.7’dir. Yani dişhekimine başvuru gelişmiş ülkelere göre 7 kat daha azdır. Dişhekimine başına düşen nüfus ile Dişhekiminin yıllık müdahale sayısı karşılaştırıldığında insan gücü planlamasının yanlışlığı ortaya çıkmaktadır. (Tablo 4)



Tablo 4- Dişhekimine düşen nüfus ve hasta müdahale sayısı

Türkiye’de insanların ağız diş sağlığı ile ilgili mevcut durumuna baktığımızda;

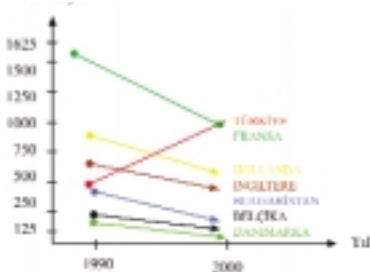
- 6 yaş grubunda süt dişi dizisinde çürüksüz kişi oranı %17’dir.

- 35-44 yaş grubunda kırsal kesimde çürük prevalansı %95-98, şehir çevresinde %79, şehirlerde ise %76'dır.
- 20-24 yaş grubunda diş çürüğü nedeniyle kişi başına tedavi edilmesi gereken diş sayısı 5.48'dir. Bu oran 25-29 yaş grubunda ise 7'dir.
- Bütün diş dizini ağızda yer almış olarak kabul edilen 12-13 yaşlarında her 100 çocuktan 81-84'ünün dişlerinde çürük bulunmaktadır. 30-34 yaş grubunda ise 100 kişiden çürüğü olmayan kişi sayısı yalnızca 3'tür.

Nüfus başına düşen dişhekimi oranındaki dengesizlik Türkiye'nin batısı, doğusu, kuzeyi ve güneyinde aynıdır. Görüldüğü gibi koruyucu dişhekimliği hizmetlerini organize etmeden, dişhekimine gitme alışkanlığı oluşturmadan sadece dişhekimi sayısını arttırmak, ağız diş sağlığı sorunlarını çözmemektedir.

Gelişmiş ülkeler uyguladıkları genel sağlık sistemleri ve ulusal projelerle vatandaşlarını ağız diş sağlığı konusunda bilinçlendirmiş ve koruyucu dişhekimliği hizmetlerini zorunlu hale getirerek sorunlarını asgariye indirmişlerdir. Bu durumda mevcut dişhekimliği fakültelerini kapatma veya öğrenci kontenjanlarını ciddi anlamda düşürme yoluna gitmişlerdir.

Ağız diş sağlığına yönelik ulusal politikalar oluşturulmadığı için toplumun ağız ve diş sağlığı sorunları üçüncü dünya ülke insanları ile aynı seviyededir. Sorunu dişhekimliği fakülteleri açarak ve kontenjanları artırarak çözüme yolu bir açmazdır. (Tablo 5)

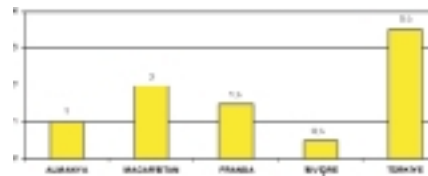


**Tablo 5 - Dişhekimi mezun sayılarının yıllara göre değerlendirilmesi**

## Ülkemizde dişhekimliği eğitimi ve sorunlar

Ülkemizde Ekim 2003 itibarıyla 15 dişhekimliği fakültesi vardır ve 14'ünde

dişhekimliği lisans eğitimi verilmektedir. 4 yeni dişhekimliği fakültesinin açılma kararları alınmış ve dekanları atanmıştır. Fakat bu fakültelerin alt yapı, eğitim materyalleri ve öğretim kadrosu konusundaki endişeler ve belirsizlikler devam etmektedir. Kaldı ki 1993 yılında açılan Çukurova Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesinde bir öğretim üyesine 15.3 öğrenci düşmektedir. Yine aynı yıl açılan 19 Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesinde 10.5 ve 1995 yılında açılan Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesinde ise 11.2 öğrenci düşmektedir. (Tablo 6) Ünit başına düşen öğrenci sayısı bakımından da fakültelerimiz diğer ülkelere oranla yetersiz durumdadır. Çukurova Üniversitesi Dişhekimliği fakültesinde ünit başına 8 öğrenci düşmekte ve ülke ortalaması 3.5 öğrenci civarındadır. Bu oran Almanya'da 1, Macaristan'da 2, Fransa'da 1.5 ve İsviçre'de 0.5 olarak ülkemiz şartlarının oldukça üzerindedir. (Tablo 7)



**Tablo 7- Ünit başına düşen öğrenci sayısı**

FAKÜLTE ADI	ÖĞRETİM ÜYESİ	ÖĞRENCİ SAYISI	ÜNİT SAYISI	Öğretim Üyesine düşen öğrenci sayısı	Ünit başına düşen öğrenci sayısı
Ankara Üniv.D.F.	85	573	198	6,7	3,3
Atatürk Üniv.D.F.	33	272	117	8,2	2,6
Başkent Üniv.D.F.	2	-	17	-	-
Cumhuriyet Üniv.D.F.	16	160	100	10	1,8
Çukurova Üniv.D.F.	12	184	25	15,3	7,8
Dicle Üniv.D.F.	26	171	87	6,5	2,3
Ege Üniv.D.F.	75	607	211	8,0	3,2
Gazi Üniv.D.F.	79	487	160	6,1	3,5
Hacettepe Üniv.D.F.	75	560	191	7,4	3,3
İstanbul Üniv.D.F.	108	768	265	7,1	3,3
Marmara Üniv.D.F.	48	567	72	11,8	8,5
19 Mayıs Üniv.D.F.	20	210	74	10,5	3,1
Selçuk Üniv.D.F.	30	301	127	10,0	2,6
S. Demirel Üniv.D.F.	16	180	58	11,2	3,4
Yeditepe Üniv.D.F.	24	266	100	11,0	2,9

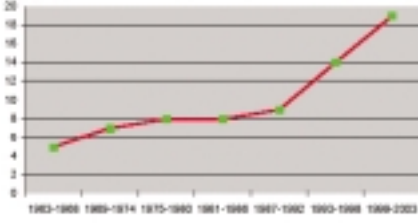
**Tablo 6 - Ülkemizde eğitim veren dişhekimliği fakültelerinin değerlendirilmesi**

Tüm bu veriler ışığında Özel İhtisas Komisyonunun yukarıda belirtilen tespiti ve önerisi daha gerçekçi olarak tekrar değerlendirilmelidir.

Dişhekimliği fakültelerimizin bu kadar sorununa paralel olarak mezunlarının da sorunları artmaktadır. Bir dişhekimliği öğrencisinin devlete yılda maliyeti 5 bin \$'dır. Ayrıca ailenin bu kadar olmasa bile ciddi harcamaları olmaktadır. Oldukça pahalı bir eğitimden geçen dişhekimlerini mezun olduklarında daha zor şartlar beklemektedir. Tüm zorlukları aşarak muayenehanesinde çalışan ve hiçbir gelecek garantisi olmayan dişhekimlerinin sıkıntıları gün geçtikçe artmaktadır.

2000 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Hizmet Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından gerçekleştirilen çalışma sonuçları bu ifadeleri destekleyen verileri ortaya koymuştur.

Türkiye'de özellikle 1990 yılından itibaren yeni dişhekimliği fakülteleri açılması hızlanmıştır. (Tablo 8) Hiçbir plan ve program olmaksızın, fakültelerin teknik ve fiziki alt yapıları hazırlanmadan ve öğretim elemanları yetersiz olarak açılan fakültelerimizin bugün verdikleri eğitimin ve hizmetin değerlendirilmesi gerekmektedir. (Tablo 8) →



**Tablo 8- Ülkemizde dişhekimliği fakültelerinin yıllara göre açılma sıklığı**

1990 yılından sonra açılan fakültelerimizin ciddi sorunları öğretim üyelerimizin bireysel yoğun çabalarına rağmen çözümlenememektedir. Bugün içinde buldukları olumsuz şartlar; 8.Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel ihtisas raporunda belirtilmiş ve öneri haline getirilmiştir:

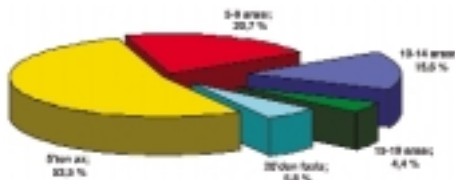
"Eğitim kurumları kapasitesine ilişkin kararların 4-6 yıl gibi uzun sürede sonuç vereceği, bu nedenle rasyonel olmayan değişikliklerin düzeltilmesi olanaksız sorunlar yaratacağı da unutulmamalı, sağlık alanında insan gücü planlamaları geleceğe yönelik yapılmalıdır."

#### **Ağız dış sağlığı hizmetlerinin kullanımı**

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve FDI (Dünya Dişhekimliği Birliği); günlük hasta sayısını 8-10 kişi, çalışma saatini ise 8-10 saat olarak ön görmektedir. Ülkemizde ise dişhekimliği çalışma saati olarak öngörüye uymakta ama hasta sayısı olarak yarı yarıya düşmektedir. (Tablo 9-10)



**Tablo 9 - Dişhekiminin çalışma saatleri**



**Tablo 10 - Günde başvuran hasta sayısı**

#### **Son söz**

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi dişhekimliği eğitimi en pahalı eğitimlerden birisidir.

Dişhekimliği fakültesinden mezun olanlar ya kamu sektöründe ya da özel sektörde çalışmaktadır. Ne yazık ki kamuda dişhekimliği istihdamı yeterli değildir. Muayenehane açan dişhekimleri onbinlerce dolar yatırım yapılmasına rağmen boş oturmaktadır. Yetmiş binlerce dişhekiminin zamanını ve bilgisini boşa geçirerek ülke ve toplum sağlığı yararına kullanamaması kabul edilir bir durum değildir. Tüm dünya ülkelerinde dişhekimliği mesleğini icra edenler kendi mesleklerinin, çocukları tarafından da sürdürülmesini isterler ve yönlendirirler. Ancak 1997 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmaya göre dişhekimlerinin % 59'u çocuklarının dişhekimliği istememektedir. Bu sonuç dişhekimleri-

nin mesleklerinden memnuniyetsizliğini ortaya koymaktadır.

#### **Öneriler**

- Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması hemen durdurulmalıdır.
  - Açılmasına karar verilen Fakültelerin açılmaması yönünde karar değişikliğine gidilmelidir.
  - Karar değişikliğine gidilemez ise ülke kontenjanı sabit kalmak şartı ile fakültelerin kontenjanları fizik, teknik ve öğretim üyesi insan gücü koşullarına göre düşürülerek yeni fakültele dağıtımı yapılmalıdır.
  - Dişhekimliği alanında ihtiyaç ve talebi değerlendiren bir insan gücü planlaması yapılmalıdır.
- Bu planlama çalışmaları, Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimliği Fakültelerinin de içinde bulunduğu bir kurul tarafından yapılmalıdır. ■

## **İhtiyaç duyulmayan fakülte açılması ülke kaynaklarının israfı demektir...**

### **Türk Dişhekimleri Birliği'nin 22 Kasım Ulusal Dişhekimliği Günü'nde yaptığı basın açıklamasının metnini yayımlıyoruz.**

Ülkemizin dişhekimine ihtiyacı olmadığına yönelik bilimsel gerekçeleri ve buna ilişkin verileri geçmiş dönemlerdeki ve bugün işbaşında bulunan iktidara, Sağlık Bakanlarımıza ve ilgili makamlara hem sözlü hem de yazılı olarak sunmamıza ve görüşlerimizin de uygun bulunmasına rağmen, halen yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasını anlamakta zorluk çekiyoruz.

Şu anda açılma kararı verilen 4 Dişhekimliği Fakültesinin hangi bilimsel ve toplumsal gerekçelere dayandırıldığı netleşmeden, Akdeniz ve Gaziantep Üniversiteleri de dişhekimliği fakültesi açılması yönünde senato kararı almışlardır.

Ülkemizde dişhekimliği hizmetlerinin yaklaşık %80'i özel sağlık kuruluşlarında verilmektedir. Ve son yıllarda giderek artan bir şekilde meslektaşlarımız, iş yerlerinde ya boş oturmaya ya da muayenehanelerini kapatıp, başka geçim alanları bulmaya çalışmaktadırlar.

Devletin ve ailelerin milyarlarca lira harcama yaparak 5 yıl eğitim aldıracağı dişhekimlerinin resmi kurumda is-

tihdam edilememeleri-edilmemeleri ya da milyarlarca lira yatırım yaparak açtıkları muayenehanelerinde boş oturmaları ekonomik ve insani açıdan doğru değildir.

Yeni Dişhekimliği Fakültelerinin açılmasına; "Evet" demek, "diplomalı işsiz yaratmak" ve "devletin-halkın cebinden çıkan değerini boşa gitmesi" demektir.

Türkiye ve Türkiye halkının, çağdaş ülke insanların yaşam koşullarına eriştirilmesi hedefinin yakalanabilmesi, geçmiş iktidarların popülist politikalarından uzak durulması ile gerçekleşecektir. Hiçbir yetkilinin bu tespiti karşı çıkmamasına rağmen yapılanların farklı olması, ülkemizin ve mesleğimizin geleceği ile ilgili endişelerimizin daha da arttırmasına neden olmaktadır. Bu konudaki duyarlılığımız meslektaşlarımıza, halkımıza ve ülkemize karşı sorumluluğumuzun gereğidir.

Endişelerimize ve kaygılarımıza sadece katılmakla kalmayıp, bize ve halkımıza karşı sorumluluk ve yetkilerinizi bilimin ve aklın yol göstericiliğinde kullanacağımız inancı ile saygılar sunarız.

**Meslektaşımız, Erzurum Milletvekili Prof.Dr. Muzaffer Gülyurt'un yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasıyla ilgili olarak TBMM Genel Kurulu'nda 19 Kasım 2003 günü yaptığı konuşmanın tutanaklarını sunuyoruz.**

# Yeni fakülteler sıkıntı doğurur

*Başkan – Gündem dışı üçüncü söz isteği. Ağız ve Diş Sağlığı Haftası münasebetiyle, Erzurum Milletvekili Sayın Muzaffer Gülyurt'a aittir.*

*Buyurun Sayın Gülyurt (AK Parti sıralarından alkışlar)*

*Süreniz 5 dakika.*

Muzaffer Gülyurt (Erzurum) – Sayın Başkan, değerli milletvekilleri; Bilimsel Diş Hekimliğinin 95 inci yıldönümü ve Ağız ve Diş Sağlığı Haftası münasebetiyle gündem dışı söz almış bulunuyorum; Yüce Meclisimizi saygıyla selamlıyorum.

22 Kasım 1908 yılında İstanbul Üniversitesi, o zamanki Darülfünuna bağlı olarak tıp fakültesi bünyesinde diş tababeti okulu kurulmuş olup, o günden beri bilimsel manada dişhekimliği ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri yürütülmüş bulunmaktadır.

22 Kasım 1908'de kurulduğu için, 22 Kasım günü Dişhekimleri Günü ve bu hafta da Ağız ve Diş Sağlığı Haftası olarak ülkemizde yıllardan beri kutlanmaktadır.

Bu haftalarda yapılan toplantılarda, genellikle, dişhekimliğinin mesleki sorunları, meslektaşlarımızın özlük hakları konuşulur. Ülkemizdeki sağlık politikaları gündeme getirilir ve ulusal sağlık politikası konusu üzerindeki görüşler tartışılır. Ayrıca, ağız ve diş sağlığının eğitimi ve çağdaş bir hizmet anlayışının nasıl olması gerektiği konusu gündeme gelir, meslektaşların sürekli eğitimleri konusu tartışılarak çözüm yolları araştırılır.

Bunun yanında, ülkemizde önemsenmesi gereken en önemli konulardan birisi olan koruyucu hekimlik ve koruyucu dişhekimliği konusu, yine bu hafta içerisinde gündeme gelecek konuşulur ve uygulamaları yapılır.

Bu yıl da, bütün bu sorunlar yanında öne çıkan diğer bir sorun, bir konu bulunmaktadır; o da, ülkemizde yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması konusudur. 1960'lı yıllara kadar sadece İstanbul Dişhekimliği Fakültesi eğitim ve öğrenimini sürdürürken ve oradan dişhekimliği meslektaşlarımız yetişirken, 1960'lı yıllardan sonra dişhekimliği fakültelerinin sayısı artmaya başlamış ve bugün 15 adet dişhekimliği fakültesi eğitim ve öğretimini sür-

dürüyor bulunmaktadır. Son alınan kararlar doğrultusunda 4 yeni dişhekimliği fakültesinin açılması kararlaştırılmış ve buralara dekanlar atanmış; ama henüz öğrenci alınmamıştır.

Şimdi, burada, bir inceleme yapmak durumundayız. Türk Dişhekimleri Birliği'nin ve dişhekimliği fakültelerinin dekanlarının ortaklaşa yaptıkları toplantıda görülen olay şudur; ülkemizde, bundan sonra artık dişhekimliği fakültelerinin açılmaması gerekmektedir. Bizim de aynı kanaati taşıdığımızı burada ifade etmek istiyorum çünkü bir öğrencimizin devletimize maliyeti yıllık 5000 ila 7000 dolar civarındadır. Böylesine ağır bir yükümlülük ülkemizin bulunduğu şu ekonomik sıkıntı içerisinde yeni fakülteler açarak devlete tekrar yeni bir yük getirmek oldukça sıkıntılı olmaktadır.

Bunun yanında, yeni fakülte açılımlında dikkat edilmesi gereken önemli konular şunlardır; acaba öğretim üyesi sayımız yeterli midir? Ayrıca ülkemizde hekim sayısı ve hekimlerin dağılımı ne orandadır? Bunun yanında alet, gereç ve donanım açısından baktığımız zaman dişhekimliği fakültelerinin açılması gerçekten sıkıntı doğurmaktadır. Bütün bunlara baktığımızda elimizdeki veriler dikkate alındığında yeni bir fakülte açmanın sıkıntılar doğuracağı bir gerçektir. Ancak burada dişhekimliği fakültesi açılmasını sadece geçmiş hükümetlerin popülist yaklaşımlarına yükleyemeyiz. Bununla beraber üniversitelerimizin senatolarında aldığı kararlar bir de Yüksek Öğretim Kurumumuzun aldığı kararlarda önemlidir çünkü o kararlar alındıktan sonra ancak üniversitelerde hükümetler dişhekimliği fakültelerinin yenisi açma ihtiyacını duymaktadırlar.

Bunların dışında Avrupa Birliği ülkelerinin normlarına baktığımız zaman ülkemizdeki sağlığa ayrılan payın gayri safi milli hasılanın ve dişhekimine insanlarımızın başvuru oranının düşük olduğunu görmekteyiz. Bugün ülkemizde dişhekimine başvuran insanların oranı yüzde 40 civarındadır. Yani halkımızın yüzde 60'ı hekime gitmemekte ve ağız ve diş sağlığı hizmetini alamamaktadır.

*(Mikrofon otomatik cihaz tarafından kapatıldı)*

*Başkan – Sayın Gülyurt, tamamlayın efendim. Buyurun.*

*Muzaffer Gülyurt (Devamla) – Tamamlıyorum Sayın Başkanım.*

Bu açıdan düzenlemeler yapılmalı ve yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasıyla istihdam edemediğimiz dişhekimisi sayısının artırılmaması gerekmektedir. Bu açıdan, Sağlık Bakanlığımızın yapmış olduğu çalışmalar takdire sayandır.

Son olarak dişhekimisi olmayan ilçelerimize 160 adet dişhekimisi kadro ataması yapılacaktır. Ancak bunun da yeterli olmadığını, daha dişhekimisi olmayan 100'ün üzerinde ilçemizin bulunduğunu ve birçok ilçemizde 1'den fazla dişhekiminin olmadığı dikkate alırsak Sağlık Bakanlığımızın ve diğer bakanlıklarımızın da bu konu üzerinde biraz daha gayret göstermelerini ve istihdamı sağlayıcı tedbirler alınması gerektiğini vurgulamak istiyorum.

Cümlelerimi şu noktayı vurgulayarak tamamlamak istiyorum. Bugün ülkemizde dişhekimliği hizmeti üniversitelerimizde, devlet hastanelerimizde ve Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerimizde ayrıca diğer sağlık kuruluşlarımızda verilmektedir. Ancak ağız ve diş sağlığı en fazla yüzde 80 oranında özel sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir.

Bu nedenle, Sağlık Bakanlığımız ve Maliye Bakanlığımız hastaların özel sağlık kuruluşlarına sevkini ve oradan sağlık hizmeti almasını kolaylaştırmak için çeşitli yöntemler, çeşitli tedbirler almışlardır. Ancak burada muayenehane hekimlerinden de bu tür hizmetlerin alınmasının gerekli olduğunu, bunun hem hastalarımız için hem de meslektaşlarımız için önem arz ettiğini burada ifade etmek istiyorum. Bu vesileyle, sözlerimi bitiriyor Bilimsel Dişhekimliğimizin 95. yıldönümünün memleketimize, ulusumuza ve meslektaşlarımıza hayırlı olmasını diliyorum, hepimizi saygıyla selamlıyorum. (Alkışlar)

*Başkan – Teşekkür ediyoruz Sayın Gülyurt. Sayın milletvekilleri saat 18.00'de toplanmak üzere birleşime ara veriyorum.*

*Kapanma saati: 16.28 ■*



**Erzurum Milletvekili Prof.Dr. Muzaffer Gülyurt:**

## ‘Yeni açılışlara mani olmaya çalışacağız’

**TDBD: Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasıyla ilgili görüşlerinizi alabilir miyiz?**

Başından beri ben ülkemizde yeni bir fakülte açılmasının doğru olmadığı düşüncesindeyim. Fakülteyi açıyorsunuz ama öğretim üyesi bulma sıkıntısı çekiyorsunuz. Şimdi Trabzon’da yeni dişhekimliği fakültesi açıldı. Dekanı atandı. Dişhekimliği alanında bir hayli profesör hocamız var ama tıp fakültesinden bildiğim kadıyla bir mikrobiyolog hocamız dekan olarak atanmış. Daha dekanını mesleğimizden bir kişi bulup da atayamadık. Öyleyse bundan sonra yeni açılışlara mani olmaya çalışalım, mevcutlar için de fazla öğrenci alan okulların kontenjanını azaltarak yeni açılanlara yaymak suretiyle belki bir tedbir alabiliriz.

Öğrenci bulabilirsiniz ama öğretim üyesi bulmak kolay değil. Bir de bizim fakültelerimiz sosyal bilimlerdeki açılan fakülte gibi değil. Dişhekimliğinde her bir öğrenciye düşecek bir ünit koymamız lazım. Bütün bunları dikkate aldığımız zaman, eğitimin kalitesini arttırmak, iyi bir dişhekimini yetiştirmek, onların hasta üzerinde çalışmalarını temin etmek gibi kriterler dikkate alındığında yeni bir dişhekimliği fakültesinin açılmasının doğru olmadığını

düşünüyorum. Ne yazık ki geçmişte popülist düşüncelerle fakülte sayısı artırıldı. Bizim dönemimizde de bir-iki fakültenin açıldığını ben sonradan duydum. Bunlara karar verildiyse artık yeni bir karar verilmemeli diye düşünüyorum. Çünkü ben biliyorum ki meslektaşlarımızın büyük bir kısmı iş yapamaz durumdadır. Muayenehanesini kapatıp başka işlerde çalışan dişhekimlerini ben biliyorum. Benim öğrencilerimden de bizim öğrencimiz olmayan diğer meslektaşlarımdan da çok büyük talepler geliyor.

Benim üniversiteden gelmem nedeniyle birçok öğrencimiz her gün bana geliyor. Geçenlerde Ankara’nın Gölbaşı semtinde, 20 yıl önce mezun olmuş bir öğrencim geldi. Hocam dedi bundan sonra artık devlet dairesine girebilir miyim, bana yardımcı olur musunuz? Niye dedim bu kadar zamandır muayenehane çalıştırıyor sun, artık muayenehanen yerleşmiştir senin. Yok hocam dedi. Ben muayenehanemi kapatıp, memur olmak istiyorum. Beni bir hastaneye tayin ettirir misiniz? 20 yıllık bir dişhekimiyim.

Devletin de yeterince eleman alma şansını yok. O nedenle, işsiz dişhekimlerini arttırmanın gereği yoktur. Ülkemizin ihtiyacı ne kadardır, bir projeksiyon yapılmalı.

Nasıl uzmanlık alanında oturduk günlerce çalıştık; uzmanlık durumumuz nedir, hangi branşlar uzmanlık olmalıdır, tartıştık ve neticede ülkenin ihtiyacına göre bir karar alındı. Burada da dişhekimliğiyle ilgili bir araştırma yapılmalı bir projeksiyon ortaya konmalı. Ona göre ihtiyaç varsa açılmalı ama şu anda görülen ihtiyacın olmadığıdır.

**TDBD: Yeni hükümetin bu konuda herhangi bir görüşü var mı? Siz yeni hükümeti bu konuda etkileyebilir misiniz?**

Şöyle bir şey var. Herkes kendi iline bir üniversite veya yeni bir fakülte açılması konusunda adeta bir yarış içerisinde. Tamam, ülkemizde üniversite sayısı ne kadar çok olursa okuyan insan sayısının o oranda artışı anlamına gelir ve bu da okumuşluk, kültürel düzeyin yükselmesi anlamına gelir ama dişhekimliği fakültesinin bir ayrıcalığı var. Her bir öğrencinin devlete maliyeti yılda en az beş bin dolardan başlıyor. İhtiyaç yokken devletin bu kadar yükünü altına girmesi doğru değil. Bazı illerdeki üniversitelerimiz hemen karar alıyorlar YÖK’e bildiriyorlar, YÖK de kabul ediyor ama işin bir de ekonomik yönünü düşünmemiz lazım. İnsanların geçimlerini nasıl temin edeceğini düşünmek lazım. Yeni mezun olan öğrencilerimizi görüyorum, hepsi ille de üniversiteye veya bir devlet hastanesine girmeye çalışıyor. O bakımdan yeni fakülte açmak bence doğru değil. Tabii ki biz bu konuda bakanlarımıza ve gerekirse sayın Başbakanımıza bu konuyu arz ederiz. Bu durumu açıklarız. Onların da bu konuyu anlayışla karşılayacağına ben inanıyorum. ■



**Sakarya Milletvekili Süleyman Gündüz:**

## ‘Seçmen siyasetçiye baskı yapıyor’

**TDBD: İhtiyaç olmadığı araştırmalarla ortaya konmasına rağmen neden yeni fakülteler açılıyor sizce?**

Bana birçok yerde mesleğiniz nedir diye sordukları zaman dişhekimiyim diye söylüyorum ve bunu çok önemsiyorum. Çünkü Türkiye’de özellikle AB sürecinde en önemli sorunlarımızdan bir tanesi mesleksiz insanlarımızın çok fazla oluşudur.

Sakarya Üniversitesi’nin de talepleri var. Tıp fakültesi açmak istiyorlar, dişhekimliği fakültesi açmak istiyorlar. Ben Sakarya milletvekilimim. Dolayısıyla seçmenim bu anlamda bana baskı yapıyor. Çünkü malumunuz ki Türkiye’de siyaset bu şekilde yapılıyor. Siyaset zemini buna açık

çünkü esnaf her yeni açılan bir fakülteye yeni bir para kazanma aracı olarak bakıyor.

Bir hatıramı nakledeceğim. Sakarya Üniversitesi’nde bir bilgisayar mühendisliği bölümü açılacaktı. Rektör diyor ki ‘50 tane bilgisayar aldık. İşte bir tane de oda bulduk. Tamam kardeşim fakülteyi açtık.’ Dolayısıyla dişhekimliğine indirgersek 100 tane ünit koyduğumuz zaman iş bitmiş olacak. Yani her öğrenciye bir tane ünit temin etmemiz de mümkündür ama fakülte bundan ibaret değil. Her açılan fakülte öğretim üyesi sıkıntısıyla başka bir fakültenin altını oyacak. Dolayısıyla Türkiye’de benim ilk idrak ettiğim şeylerden bir tanesi bilim insanının yetiştirilmemiş ol-

ması. Keşke ülkenin her tarafına adil bir dağılım yapabilecek bir yaptırım gücümüz olsaydı da çok yetenekli ve nitelikli insanları yetiştirip o bölgelere gönderebilseydik. Ama maalesef hem hekim hem öğretim görevlisi dağılımının ne kadar adaletsiz olduğunu ne kadar eşitsiz olduğunu hep beraber görüyoruz.

**TDBD: Bu sorun nasıl çözümlenebilir?**

Bugün güçlü bir tek parti iktidarı var. Bu partinin 6 tane dişhekimiyim milletvekili var. Bu çok önemli bir şey. Bakın dişhekimleri sizden yapılan bütün tekliflere açık. Bilimsel dişhekimliğinin 95. yılı, Birliğimizin de 18. yılıdır. İlk defa siyaset sınıfı TDB ile ilgili her türlü düzenlemeye açık. Bunu da TDB çok iyi değerlendiriyor. Biz beraber oluyoruz ve bunları sürekli değerlendiriyoruz. Ama tabii öncelikle üniversite, TDB ve Sağlık Bakanlığı’nın eşgüdümünde olması ve koordinasyonunu da Birliğin yapması gerekiyor. Nitekim bu konuda arkadaşlarımız gerçekten çok başarılı olarak çalışıyorlar. ■



**Ankara Milletvekili Remziye Öztoprak:**

## ‘Kontenjanlar azaltılabilir’

**TDBD: Dişhekimliği fakültelerinin varolan durumunu ve yeni fakülte açılması kararlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Mesleğimi çok sevdiğim için milletvekili olur olmaz sorunlarını çözmek için çabalamaya başladım ve ilk işim Sağlık Bakanlığıyla konuşmak oldu. Dişhekimliği fakültelerinin açılmaması konusunu da ilettilik. Her meslekte en önemli şey eğitimidir. Eğitimi tam olarak veremediğimiz zaman o mesleği tam olarak icra ettirmiş sayılmayız. Sağlığa % 2.4 pay ayrılabilen bir ülkede dişhekimliğine ne kadar pay ayrılır ve pay ayrılmayan bir ülkede dişhekimliğinin hali ne olur? Dişhekimliği çok masraf isteyen, emek isteyen bir meslek. Fakültelerin teknik donanımı tam olmalı, öğretim üyeleri maddi yönden doyurulmalı ve belirli sayıda öğrenciye iyi bir eğitim verebilmelidir. Biz ne yapmışız? Fakülteler kapasitelerini, kontenjanlarını doldurmuş, her yıl 100-150 öğrenci alıyor. Mezun olan öğrencilerimizin çoğu mesleğini 3-5 yıl bir yerlerde çalışırken bir şeyler öğrenerek tamamlamaya çalışıyor. Bu böyle gelmiş ama böyle gitmemeli diyorum. Fakültelerin açılmasına bir dur denilmesi gerekir diyorum. Bundan başka mevcut fakültelerimizin de olanaklarının düzeltilmesi gerekir diyorum. Öğrencilerin kontenjanının azaltılması gerekir bence.

**TDBD: Bu konuda siz hükümet nezdinde neler yapabilirsiniz?**

Elbette yeni fakültelerin engellenmesi için bizlerin de çaba göstermesi gerekiyor. Şimdi diyeceksiniz ki siz çaba göstermediniz de mi bir fakülte açıldı? Bizler çaba gösterdik ama burada hükümetin de bir kabahati olduğunu ben düşünmüyorum. Hükümetimiz tamamen hem mesleğimizle hem de diğer mesleklerle barışık bir tutum sergiliyor. Ben Birlik Başkanımızın beni araması üzerine hemen Sağlık Bakanımıza gittim. Kendisiyle uzun bir görüşme yaptım. Bütün bunları anlattım. Daha önce fakülte açılmaması gerektiğini söylediğimiz halde bu fakültenin açıldığına üzüldüğümüzü söyledim. Ama kendisinin söylediği şeydu: Bu fakülteler bir anda açılıyor. Ön-

ce karar veriliyor. Karar da sadece siyasi çevrelerde verilmiyor. Fakültelerde veriliyor, üniversitelerde, YÖK’te veriliyor. Seçmenler siyasetçilerine baskı yapıyor. Siyasetçiler hükümetlerine baskı yapıyor. Ve en sonunda Bakanlar Kurulu’nun önüne geliyor ve neticesinde dönüşü zor bir yola giriliyor. Bunun için biz hemen

Sağlık Bakanımızla bir çalışma yaptık. Dedi ki meslek örgütü olarak kendi verilerinizi hazırlayınız bize sununuz. Biz de kendimizde olan verileri bir araya getirelim. Ve birlikte bir çalışma yapalım. Bu çalışmanın neticesinde biz elimize sağlam sebepleri alalım. Başbakanımıza gidelim, bakanlara gidelim. Bundan sonra hiç kimseye söz vermeyiniz, bu mesleğin durumu budur, fakülte açılmaması gerekir diye hem ben sizler bunu bu şekilde söyleyelim ve bundan sonrakiler için baştan tedbir almış olalım dedi. Biz de Birlik başkanımızla birlikte bu çalışmaları yaptık. Çok başarılı olduğumuz da inanıyorum. Ve inşallah bundan sonrakileri de önleyeceğimizi tahmin ediyoruz. ■



**Muğla Milletvekili O. Seyfi Terzibaşoğlu:**

## ‘Bilgi eksikliğinden kaynaklanan bir durum var’

**TDBD: Yeni fakülte açılmasıyla ilgili görüşlerinizi alabilir miyiz?**

Türkiye’de yeni dişhekimliği fakülteleri açılıyor, bu dişhekimliği fakülteleri artık ülkeye ihtiyaç olmayan fakültelerdir. Fazlalıktır bunlar. Uygulanmalı bir meslek dalında fakülte açmanın zorlukları vardır. Dişhekimliği fakültelerinde ağırlıklı olarak alet edevata, cihazlara gereksinim vardır. Dişhekimliği fakültesini açtık işte muhtelif yerlerden birkaç öğretim üyesi temin ederiz, bu işi yürütürüz diyemezsiniz. Özellikle bir fakültedir.

Bir de Türkiye’deki rakamlara bakmak lazım. Ülkenin ekonomik durumuna bakmak lazım. Bir dişhekimi, devlete, yapılan hesaplamalara göre; bir yılda beş bin dolara mal olmaktadır. Bu da hatırı sayılır bir rakamdır. Ülke kaynaklarının israf edilmesine yol açar. Bugün ülkemizde onbeş dişhekimliği fakültesi var. Dört tane açılma kararı olan var. Bunlarla birlikte ondokuz oluyor. Bu ihtiyacın fevkindedir. Özellikle şehir merkezlerimizde çok dişhekimi vardır. Mesela bugün İstanbul, İzmir, Ankara, Bursa, Adana, Antalya ve hatta Muğla bile dişhekimliği yoğunluğu bakımından normalin üzerindedir ve dişhekimi arkadaşlarımız bugün yeterli hasta bulamadıkları için başka işler yapmaktadırlar. Bugün ülkemizde on dokuz bin dişhekimi var.

Bu, ülke ihtiyacının üstündedir. Ayrıca başka bir problem de var. Türkiye’de dişhekimine gitme alışkanlığı çok düşük seviyede.

**TDBD: Fakülte açılımlında hükümetin herhangi bir etkisi olmuyor mu?**

Hükümetin tabii ki etkisi oluyor ama daha önceden alınmış karar bunlar. Üniversitelerin aldığı kararlar. O üniversitelerin ısrarlarıyla bu fakülteler için açılma kararı verilmiş. Ama bu aşamadan sonra yapılabilecekler işler var. Mesela, eğer bu fakültelerin açılışı durdurulamazsa alınacak öğrenci kontenjanlarını düşürmek lazım. En azından bunlar yapılabilir.

**TDBD: Mecliste bu konuda çabalarımız olacak mı?**

Gayet tabii. Bu konuda mecliste bakan arkadaşlarımız düzeyinde zaten girişimlerimiz oluyor. Ben birebir ilişkilerde bu konuda arkadaşlarımla görüştüm. Ama kabinedeki arkadaşlarımızın bunun derinliğini bu derece bildiklerini zannetmiyorum çünkü yeterli bilgilendirilmiş değiller. Biz bilgilendirmeye çalışacağız. Kötü niyet yok. İyi bilgilendirilme sağlanmasıyla inanın bunlar durur, kontenjanlar kısıtlanır, bu şekilde halledilebilir. Hiç olmazsa yirminciye mani olabiliriz. ■





**Marmara Ü. Dişhekimliği Fakültesi Dekanı**  
**Prof. Dr. Funda Yanıkoğlu:**

## 'Önce varolan fakültelerin problemlerini çözelim'

**TDBD: Yeni fakültelerden bahsetmeden önce varolan yerleşik fakültelerde durum nedir?**

Eski fakültelere olması gereken maddi desteğin yapılması şarttır çünkü öğrencilerimize özellikle eğitim verebilmek için mali açıdan özgür olmalıyız. Ama bugün gerek döner sermayemiz gerek bütçemiz maliyeye bağlı durumda. Şu an gelen öğrencimiz uygulamalı eğitimde hasta bakıyor. Onların baktığı hastayla fakülteler kazanç sağlıyor. Ve bu kazançla tekrar malzeme alarak eğitimde kullanıyoruz.

Mali açıdan kendi kazandığımız parayı

kullanma özgürlüğümüz yok. En önemlisi o. Her taraftan bağlanmış durumdayız. Bir de bu çarkın dönebilmesi için gerekli olan Emekli Sandığı anlaşmasını özel hastaneye de açıyorsunuz; bu durumda hasta tabii ki özel hastaneyi daha kolay tercih edecek. Fakültelerde verilen o kontrollü uygulamanın, her bir aşamanın bir asistan ve öğretim üyesi tarafından bakılıp kontrol edilmesinin çok büyük avantajlarını gözardı edebilenler olabiliriyordur tabii.

**TDBD: Çözüm nedir size?**

Bugün öğrenci sayısı azaltılmalıdır, uy-

gulamalı eğitimin kaliteli verilebilmesi açısından. Yeni fakülteler kesinlikle açılmamalı. Yeni uygulamalar düşünülebilir. Mezun olan hekim hemen muayenehane açmak yerine 2 yıl diyelim tecrübeli hekimlerin yanında staj yapabilir. Bu TDB ve fakülteler tarafından denetlenebilir, ortak bir platformda. Yeni mezunlar halkın ağız diş sağlığı konusunda bilinçlendirilmesinde görevlendirilebilir. Diş sağlığıyla ilgili sigorta anlaşmaları yapılabilir. Ama onun dışında gerçekten mevcut fakültelere gerekli desteğin verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Yenileri kesinlikle açılmamalı. Herkes bildiğim kadarıyla birbirine topu atıyor ama esas olarak görülen o ki her bir milletvekili ister istemez kendi şehirden gelen baskıyla üniversite açılmasını istiyor. Bunu meclise kabul ettiriyor. Devletin bir çok sektöründe olduğu gibi kimin görevinin ne olduğu net belli olmayıp, hiç kimse sahiplenmiyor. ■



**Dicle Ü. Dişhekimliği Fakültesi Öğretim Üyesi**  
**Doç. Dr. Kahraman Gündüz Güzel:**

## 'Ekmek bulamayana pasta ye demek gibi'

**TDBD: Fakülteniz ne zaman kuruldu? Kurulduğu zaman nasıl bir alt yapıya sahipti?**

Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, 1976 yılında kuruldu. O zaman adı Diyarbakır Dişhekimliği Fakültesiydi. Kurucu Dekanı veteriner hekimi bir profesördü. İlk başta 20 öğrenci alındı. Laboratuvarlarla idari bina ve dershaneler ayrı ayrı yerlerde idi.

Fakülte, 1979 yılında Diyarbakır'da şehrin dışına doğru, hibe edilen 3 katlı bir binaya taşındı. Ben, 1979 yılının Kasım ayında asistan olarak çalışmaya başladım. O zamanlar Ankara Üniversitesi'nden 2 doçent (biri protezci, diğeri tedavici) ayda bir gelecek dersler veriyordu. Toplam 18 öğretim elemanıydık. Bilim doktoru olanların 4-5 tanesi 1980-1981 yıllarında fakülteden ayrıldılar. Bu yıllarda fakülte tekrar şehir içinde mülkiyeti Kızılay'a ait bir binaya taşındı. Yine 3-4 ay taşınma sıkıntıları yaşandı. Veteriner hekimi dekanımız yeni rektör tarafından görevinden alındı, yerine biyolog bir profesör atandı.

Daha sonra bilindiği gibi 2547 Sayılı YÖK kanunu çıktı ve yeni bir rektör a-

landı. Fakülte 1982 yılında tekrar taşındı. Bu sefer şehirden 17 km uzakta olan Tıp Fakültesi merkez binasının zemin katında klinikler, 5. katında idari ve öğretim üyelerinin odaları ve tam ters kısmında bulunan zemin katta da dershaneler olacak şekilde yerleşildi. Rotasyonlar başladı. Gelenler gidenler, istifa edenler oldu.

1984 yılında şu anda bulunduğumuz binanın temeli atıldı ve 1987 yılında da dişhekimliği bir Dekanımız oldu.

1986-1987 yıllarında öğretim üyesi sayısı 9'a düştü. Fakültemizin kuruluşundan 11 yıl sonra yani 1993 yılında yeni binamıza taşınabildik.

Şimdi fakültemizde yeter sayıda ünit, fotoğraf var. Her klinikte, merkezi su, hava ve tüp (ancak her markada ve her çeşitte) sistemimiz var. Cihazların onarımında ve parça temininde zaman zaman sıkıntılar yaşanıyor.

Fakültemizde 171 öğrenci var. Öğrenci sayısı çok olmadığından ünit başına 1 öğrenci düşüyor. Önceleri öğrenci sayımız çok, ünit sayımız azdı. Öğrenciler ünit için sabah 6'dan itibaren sıraya giremiyorlardı.

**TDBD: Teorik derslere kimler giriyor? Laboratuvarlarımız yeterli mi?**

Teorik derslere genellikle öğretim üyeleri giriyor. Laboratuvarlarımız yeterli. Ancak teknik eleman eksikimiz var.

**TDBD: Fakültenizde kaç öğretim üyesi var? Bir öğretim üyesine düşen öğrenci sayısı kaçtır?**

26 öğretim üyemiz (4 prof., 9 doçent, 13 Y.Doç.Dr.) var. 171 öğrencimiz var. Bir öğretim üyesine yaklaşık 7 öğrenci düşüyor.

Protez, ortodonti, cerrahi, pedodonti a-nabilim dallarında yeterli sayıda öğretim üyesi var. Ancak, tedavi, periodontoloji ve oral diağnoz dallarında yeterli değil. Fakültemize her yıl 33 öğrenci alınıyor. Öğrencilerin % 70-80'i bu bölgede yaşayanlar.

**TDBD: Fakültenizin kuruluşundan bu yana yaşanan sıkıntılar gözönüne alındığında yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasını nasıl karşılıyorsunuz?**

27 yıllık olan Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi henüz tamamen oluşturulamamışken yeni fakülteler açmak kabaca "ekmek bulamıyorsan pasta ye" demektir. Yazık bu ülkenin gençlerine. Hem de ne yazık ki bizim fakültemiz kurulduğunda ülkenin 7. fakültesi idi. Şu anda 15 tane aktif olarak eğitim-öğretim veren fakülte, 5 tane de "kapı arkasında" bekleyen kanunu çıkmış fakülte adayı bulunmaktadır. ■



**Yeditepe Ü. Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Türker Sandallı:**

## **‘Sesimizi biraz daha gür çıkarmalıyız’**

### **TDBD: Yeni bir fakülte açılmasının mali külfeti nedir?**

İdeal bir eğitim yapabilmek için bir öğrencinin bize maliyeti 10 bin dolar. Ama biz idealini yapmaya çalışıyoruz. Yani fantomuyla, kompozit dolgu maddesiyle, aletiyle edevatıyla, sterilizasyonu, maskesiyle, eldiveniyle bir öğrencinin bize maliyeti 10 bin dolar. Yeni açılacak bir fakülteye 10 bin dolar dan senede 40 öğrenci alırlarsa ne tutar maliyeti? 400 bin dolar falan. 5 sene için 5’le çarpım, 2 milyon dolar. Daha bunun içerisinde binası vs. hiçbir şeyi yok. Demek ki ihtiyaç olmadan açılacak 4 tane yeni dişhekimliği fakültesinin devlete maliyeti 8 milyon dolar. Ailelere maliyetleri ayrı. Devlet bizim gibi değil. Biz yine 12 bin 500 dolar harcıyoruz. Devlet para da almıyor. Bunun hepsi zarar.

İkincisi, bu fakülteleri kurduk, maliyetini de ödedik; peki öğretim üyesini nereden bulacağız. Bundan 7-8 sene önce açılan dişhekimliği fakültelerine öğretim üyesi bulamazken bir yardımcı doçent veya doktorası olan asistan 3-4 derse birden girerken ben orada ideal bir eğitim yapacak öğretim üyesini nereden bulacağım?

Üçüncü problem; devlet dedi ki ‘ben çok zenginim, öğretim üyesi önemli değil, köy okullarında ben senelerce bu şekilde idare ettim, dişhekimliği fakültelerin de bu şekilde eğitim verdireceğim’ dedi ve 5 sene sonra esas felaketle başa kaldık. Bu çocukları eğittik ve mezun ettik. Nereden iş bulacak? Şu anda benim pek çok meslektaşım muayenehanesini kapatmakla karşı karşıya kalıyor. Ben burada dekanlık yapıyorum. Devlet fakültelerinin dekanına gitmiyorlar. Ben özel sektörüm diye bana geldikleri için biliyorum. 10-15 senelik muayenehanesini kapatıp da gözyaşlarıyla ben ailemi geçindiremiyorum hocam ne olur bana bir iş bul, bir asistanlığa, ayda 700-800 milyon lira maaşa bile razıyım diye her gün benim kapımı çalan 4-5 tane meslektaşım oluyor. Onların üzüntüsü benim üzüntüm oluyor. Peki 10 senelik hazır muayenehane kapanan bu meslektaşlara biz iş bulamazken yeni mezun ettiğimiz öğrencilerimize nasıl iş bulacağız? İmkani olan muayenehane açacak, diş depoları para kazanacak ama bizim meslektaşlarımız mesleğinden soğuyup başka işler yapacak. Bu yazıktır, günahıdır.

### **TDBD: Peki neden alınmıyor bu kararlar?**

Politik nedenlerden dolayı. Bölge milletvekilleri seçmenlerden oy alacak. Ama ben şunu anlamıyorum eğer bu milletvekilleri hükümetlerini ve başbakanı sıkıştırarak kendi şehirlerinde bir üniversite açacaklarsa bırak açsınlar ama bunun içerisinde illa dişhekimliği fakültesi sokuşturmaya gerek yok ki. Seçmenleri onlardan hiçbir zaman illa dişhekimliği fakültesi olacak diye diretmiyor ki. Onların dedi kebabçıların, tostçuların, oradaki lokantacıların, kırtasiyecilerin işlerinin açılabilmesi için bir üniversite açılması. Ayrıca eğer dişhekimliği fakültesi kurmak bu kadar rantabl olsaydı Koç Üniversitesi ya da Sabancı Üniversitesi dişhekimliği fakültesi açardı. Sakıp Bey, benim çok iyi aile dostum olur. Kaç de-

fa söyledim burayı açmadan önce, ‘ben o kadar akılsız mıyım hocam’ demiştir bana. ‘Dişhekimliği fakültesi her zaman zarara sokar’ demiştir.

### **TDBD: Açılmış olan fakültelerin kapanması gibi bir durum sizce mümkün olabilir mi?**

Bence mümkün. Ben milletvekilleriyle aynı görüşte değilim. Bugün koskoca YÖK yasasını bile durduruyorlar. Üniversite açarlar ama dişhekimliği fakültesini bunun ucuna ilave etmezler. Dişhekimliği fakültesinden yoksun bir üniversite açılsın. Şart değil. Zaten doğru dürüst öğretim üyesi bulamazken nasıl bir de tekrar KTÜ dişhekimliği fakültesine öğretim üyesi bulacaklar. Ne yapacaklar? Eskiden bize yaptıkları gibi yapacaklar. Bu sefer diyecekler ki Ankara, İstanbul beslesin.

### **TDBD: Peki çözüm olarak bundan sonrası için ne yapılmalı?**

Bundan sonra yapılacak tek bir şey var. Milletvekilleriyle, Odalarla, Birlikle ve dişhekimliği fakültesi dekanlarıyla yumruğumuzu masaya vuracağız, sesimizi biraz daha gür çıkaracağız. Başka hiçbir çaremiz yok bizim. İcabında hep birlikte toplanacağız, gideceğiz. Yani milletvekilleri bize yol gösterecekler, biz de gideceğiz parlamenterlerle toplantı yapacağız. Başka yapılacak bir şeyde göremiyorum. Medyayı arkamıza alacağız. Ne yaparsak yapacağız sesimizi yükselteceğiz başka çaremiz yok. Bütün dünyada böyle oluyor.

### **TDBD: Kontenjanları kaydırarak sabit tutmak bir çözüm olabilir mi?**

Kontenjanın sabit tutulması değil sürekli düşürülmesi lazım. Ben Üniversite lerarası Kurul üyesiyim. Dolayısıyla YÖK’ün bir direktmesi yok. YÖK dekanlara soruyor. Diyor ki önümüzdeki sene kontenjanınızın artmasını istiyor musunuz, istemiyor musunuz? Orada bütün dekanlar kontenjanın düşmesini istiyoruz deseler YÖK buna karşı çıkmıyor ki. Hiçbir şekilde direktmesi olmadı. ■

# Fenol ve aldehitler: Neden hala ısrar ediyoruz?

## ■ Bilge Hakan Şen\*

Endodontik tedavinin hedefi, kök kanallarının genişletilmesi, irigasyonu, dezenfeksiyonu ve sızdırmaz bir şekilde kapatılmasıdır. Bu hedefi yerine getirirken, kanal tedavisinin özellikle dezenfeksiyon ve doldurma aşamalarında birçok kimyasal madde kullanılmaktadır. Bunlar arasında özellikle fenol ve türevleri ile aldehitler dikkat çekmektedir. Bu maddelerin endodontik kullanımı, Avrupa ve Kuzey Amerika'daki dişhekimliği veya endodonti birlikleri tarafından yasaklanmakta veya dişhekimlerinin bilgilendirilmesi ile azaltılmaktadır. Ülkemizde ise, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim sırasında bu konudaki bilgilendirilmenin eksik olması nedeniyle, bu maddeler yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yazının amacı, fenol ve/veya aldehit içeren bu maddelerin kullanımı sonucu ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ve yan etkiler konusunda dişhekimlerini ve ilgili kuruluşları bilgilendirmek ve uyarmaktır.

### Fenol ve türevleri

**Fenol** [(C<sub>6</sub>H<sub>5</sub>OH) (asit fenik) (karboksilik asit)], dişhekimliğinde dezenfeksiyon amacı ile kullanılan en eski bileşiklerden biridir. Sıklıkla kafur içinde sulandırılır ve endodontide kafurlu fenol (%30 fenol; %60 kafur; %10 etil alkol) solüsyonu kullanılır.

**Monoklorfenol** (C<sub>6</sub>H<sub>4</sub>OHCl), üç izomere sahip bir fenol türevidir. Bu üç izomer arasında en etkin olanı paramonoklorfenoldür. Dişhekimliğinde genellikle kafurla beraber kullanılır (kafurlu paramonoklorfenol [CMCP]- %35 paramonoklorfenol; %65 kafur). Yüksek toksisiteye ve iritatif özelliğe sahiptir. CMCP, kök kanallarına konduğunda, dentine ve periapikal

dokulara süratle difüze olur. Daha sonra sistemik dağılımı gerçekleşir. 30 dakika da sistemik sirkülasyondan, 2 saatte ise idrardan izole edilir.<sup>(1)</sup>

**Timol** [(C<sub>6</sub>H<sub>3</sub>)HCH<sub>3</sub>C<sub>3</sub>H<sub>7</sub>], önceleri birçok endodontik preparat içinde yer almakla beraber, toksisitesi fenolden de yüksektir. **Krezol** (C<sub>6</sub>H<sub>4</sub>OHCH<sub>3</sub>-metilfenol), 3 izomere sahiptir ve bunlar arasında antiseptik olarak en etkin olanı metakrezoldür. Endodontide kullanılan bileşiklerde, üç izomerin karışımı bulunur (tri-krezol). En sık kullanılan karışım ise formokrezoldür (%19 formaldehit; %35 krezol; %46 su ve gliserin). Antimikrobiyal etkisi bakterisidal değil, bakteriyostatiktir.<sup>(2)</sup> Kök kanallarında kullanımı, periapikal<sup>(3)</sup> ve periodontal<sup>(4)</sup> dokularda iyileşmenin ve rejenerasyonun gecikmesine; hatta bazı durumlarda diş ve alveoler kemik kayıplarına neden olur.<sup>(5)</sup> Formokrezol, dezenfektan olarak kullanımının yanı sıra, süt dişlerinde pulpotomi amacıyla da kullanılmaktadır. Ekspoze pulpalar üzerine uygulandıktan sonra yalnızca alveoler kemikte değil, aynı zamanda sistemik sirkülasyonda ve birçok organda formokrezol varlığı gösterilmiştir.<sup>(6-8)</sup> Pulpotomi ajanı olarak kullanıldığında, kromozomal sapmaları artırdığı ve bazı çocuk hastalarda mutajenik özellik gösterdiği saptanmıştır.<sup>(9)</sup> İçeriğindeki formaldehite bağlı olarak toksik, mutajenik ve karsinojenik kabul edilen bu maddenin, hala çocuklarımızda kullanılıyor olması ve dişhekimliği fakültelerinin gereken özeni göstermemesi en hafif deyimıyla hayret vericidir. Fenol ve türevlerinin antimikrobiyal etkilerinin düşük<sup>(10)</sup> ve kısa süreli<sup>(11)</sup> olduğu, diğer yandan yüksek oranda toksik oldukları göz önüne alındığında, modern endodontide klinik kullanımlarının *olmaması* gerektiği açıkça ortadadır.

### Aldehitler

#### Formaldehit (CH<sub>2</sub>O)

Formaldehit metanolün tam olarak yanmamasından oluşan bir gazdır. Formalin (formol), ağırlık olarak %37 formaldehit gazının sudaki solüsyonudur. Polimerizasyonu engellemek için %10-15 metanol

de eklenir. Bu karışım, sıklıkla %40'lık formalin olarak adlandırılır. Paraformaldehit (trioksümetilen) ise, formaldehitin (%91-99) polimerik hidrat tozudur.

Formaldehit içeren tüm bu formların lokal veya sistemik yan etkileri bulunmaktadır. Formalinin topikal uygulanması lökoplakiyi endükler ve karsinoma in situ'ya benzeyen lezyonlara neden olur. Formaldehit inhalasyonu solunum sisteminde tümör oluşumu için potansiyel bir risk faktörüdür ve inhalasyon sonrası nazal, laringeal, bronkiyal veya pulmoner lezyonlar görülebilir. Hayvan çalışmaları formaldehitin üreme potansiyelini etkileyebileceğini göstermektedir. Kütanöz nekroz veya kontak dermatit gibi dermatolojik lezyonlar, ya da rinit, astım, yaygın ürtiker ve anafilaktik şok gibi ani aşırıduyarlılık reaksiyonları ortaya çıkabilir. Tüm bu etkilerden öte, formaldehitin insanlarda önemli mutajenik ve karsinojenik etkileri bulunmaktadır.<sup>(12-15)</sup> Formaldehit; protein, DNA ve RNA ile etkileşen son derece reaktif bir kimyasaldır ve mutajenik etkisini metilen köprüleri yolu ile adenin dimerleri oluşturarak gösterir.<sup>(16)</sup>

#### Glutaraldehit (C<sub>5</sub>H<sub>8</sub>O<sub>2</sub>)

İki aldehit grubu içeren düşük molekül ağırlıklı renksiz bir solüsyondur. Güçlü fiksatif özelliklere sahiptir ve proteinlerle geri dönüşümü olmayan bağlar yapar. Formaline oranla doku difüzyonu daha yavaştır, fakat en az formaldehit kadar gen toksisitesi gösterir.<sup>(17)</sup> Solunum yolları iritasyonu, potansiyel nörotoksitesisi ve gelişimsel etkileri, bu aldehitin sistemik etkileri arasında sayılabilir.

#### Genel Dişhekimliğinde Kullanım

Aldehit bileşikleri, dişhekimliğinde genel olarak alet ve yüzeylerin soğuk dezenfeksiyonunda kullanılmaktadır.

Glutaraldehit veya formaldehiti alet ve yüzey dezenfeksiyonunda kullanan yardımcı dental personelin bu maddelere karşı normal bireylerden daha fazla alerjik kontak dermatit (AKD) geliştirdiği ortaya konmuş<sup>(18)</sup> ve glutaraldehit kökenli AKDnin uzun dönemli morbidite ile ilgili olduğu bildirilmiştir.<sup>(19-20)</sup> Soğuk kimyasal

sterilizasyon için birçok alternatifin olduğu günümüzde, aldehit kökenli bileşiklerin potansiyel ve kümülatif yan etkilerine rağmen hala kullanılması dişhekimleri de dahil olmak üzere tüm dişhekimliği personelinin sağlığını tehlikeye atmaktadır.

### Endodontik Kullanım

Aldehitler, endodontide süt dişlerinin pulpotomisinde, pulpa devitalizasyonunda, kök kanallarının dezenfeksiyonunda ve en önemlisi, daimi ve geçici kök kanal patlarında kullanılmaktadır.

Aldehitler haptten özelliği taşıdıkları için, pulpotomi sırasında uygulandıkları pulpa dokusunun antijenik hale gelmesine ve periapikal bölgede enflamasyona neden olabilirler.<sup>(8)</sup> Kök kanallarının genişletilmesini takiben kanallara yerleştirilen formaldehitin, başta oral dokular olmak üzere plazmada, idrarda ve tüm vücutta dağılım gösterdiği saptanmıştır.<sup>(21)</sup> Pulpayı devitalize etmek için kullanılan paraformaldehitli bileşikler (Tablo 1), yüksek toksisite ve ani kimyasal iritasyon nedeniyle gingival, periodontal ve alveoler dokuların nekrozuna neden olmakta; dolayısıyla diş kayıpları ve komşu kemikte sekestrasyonlar ortaya çıkmaktadır.<sup>(22-24)</sup> Bu preparatlar ayrıca anafilaktik reaksiyonların da kaynağı olabilmektedir.<sup>(25-27)</sup>

Paraformaldehit, genellikle çinko oksit öjenol (ZOE) kökenli daimi kanal patlarına karıştırılarak kullanılmış ve bu yaklaşım öjenol içeren kanal patlarını daha da toksik hale getirmiştir. Bu patlar içindeki paraformaldehit miktarı %2-8 arasında değişmektedir. Paraformaldehit içeren ZOE kökenli daimi kanal patları N2 (Ghimas, İtalya) ve Endomethasone'dur (Septodont, Fransa) (Tablo 2). Traitement SPAD (SPAD, Fransa) ve Forfenan (Septodont, Fransa) ise çinko oksit-rezorsinol kökenli olup paraformaldehit içerirler. Ayrıca AH26 (Dentsply, DeTrey, Almanya) gibi epoksi rezin kökenli olup sertleşme sırasında formaldehit açığa çıkaran kanal patları da mevcuttur.

Endodontik patların içinde formaldehit bileşiklerinin kullanılması yıllarca popüleritesini korumuştur, çünkü formaldehit periapikal bölgedeki sinir hücreleri sonlanmalarını nekroze eder ve böylece enfla-

Marka	İçerik
N2 (Ghimas, İtalya)	Paraformaldehit, çinko oksit, titanyum oksit, bizmut nitrat, öjenol, fıstık yağı, gül yağı
Endomethasone (Septodont, Fransa)	Paraformaldehit, deksametazon, hidrokortizon asetat, timol iyodür, çinko oksit, öjenol
Traitement SPAD (SPAD, Fransa)	Formaldehit, çinko oksit, baryum sülfat, titanyum dioksit, hidrokortizon asetat, kalsiyum hidroksit, gliserin, rezorsinol, hidroklorik asit
Forfenan (Septodont, Fransa)	Formaldehit, enoksolon, baryum sülfat, rezorsinol, hidroklorik asit

Tablo 2. Formaldehit içeren kanal patları

matuvar süreçleri maskeler. Hasta daha az semptom vereceği için gerçek zarar yıllar sonra ortaya çıkar.<sup>(28)</sup> Formaldehit içeren kanal patlarının hem *in vitro*,<sup>(29)</sup> hem de *in vivo*<sup>(30)</sup> çalışmalarda çok toksik olduğu belirlenmiştir. Doku temasını takiben çok kısa sürede koagülasyon nekrozu oluşur ve maksimum seviyeye 3 günde ulaşır. Doku, formaldehitte doygun hale geldiği için oluşan nekrozun tamiri aylar sürebilir. Bu istenmeyen doku reaksiyonu, klinik olarak, periapikal dokuda lokalize enflamatuvar reaksiyonlar olarak gözlenebilir.<sup>(31)</sup> Köpeklerde yapılan bir çalışmada, endodontik tedavide N2 veya Endomethasone kullanımının genel bir ankiloz ve kök rezorpsiyonuna neden olduğu gösterilmiştir.<sup>(32)</sup> Endodontik tedaviyi takiben, paraformaldehitin sistemik dağılımına bağlı olarak hipersensitivite reaksiyonları ortaya çıkabilmektedir.<sup>(33-35)</sup> Paraformaldehit içeren ZOE kökenli kanal patlarının özellikle maksiller sinüste aspergilloz vakalarına neden olduğu da bildirilmiştir.<sup>(36-37)</sup> Ayrıca, bu patların şiddetli nörotoksik potansiyele sahip olduğu ve mandibular kanala taşındığında paresteziye neden olduğu birçok olgu bildiriminde vurgulanmıştır.<sup>(38-42)</sup> Ashında mandibular kanala başka bir kanal patının taşınması da paresteziye yol açar, ancak diğer patların neden olduğu parestezi zamanla azalır ortadan

kalkarken, paraformaldehite bağlı parestezi ömür boyu kalıcı olmaktadır.<sup>(43)</sup> Amerika Birleşik Devletleri'nde N2'nin ithali 1980 yılında yasaklanmış, ancak bazı dişhekimleri N2'nin muadilini (RC-2B) üreterek piyasaya sürmüştür. Amerika Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ise bu kez, RC-2B'nin ve paraformaldehit içeren tüm kanal patlarının satışını yasaklamış ancak sorumluluk dişhekiminde olmak üzere muayenelerinde veya eczanelerde hastaya özel hazırlanmasına izin vermiştir. Bu uyarılara rağmen, bu patları kullanarak komplikasyonlara neden olan dişhekimleri bazı vakalarda \$250.000-\$1.000.000 tazminat ödemek zorunda kalmışlardır.<sup>(43)</sup> Amerika Endodontist Birliği de bir bildiri yayımlayarak paraformaldehit içeren kanal patlarının kullanımına karşı tavır almıştır (Bknz. Ek). Ülkemizde neler olup bitiyor? Dental ve medikal literatürde, fenol ve/veya formaldehit içeren endodontik ajanlar, dezenfektanlar ve kanal patlarının neden oldukları komplikasyonlarla ilgili yüzlerce yayın varken, hep beraber "üç maymun"u oynuyoruz!!! Bu konuyla ilgili olarak dişhekimlerini ve toplumu bilgilendirmede en önde yer alması gereken dişhekimliği fakültelerimizin bazılarının endodonti kliniklerinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı diş hastaneleri ve kliniklerinde ve hatta endodonti doktorası yapmış dişhekimlerinin muayenelerinde bu maddelerin kullanılıyorsa karşısında "pes" diyerek kenara mı çekilmeliyiz?

Bu yazıyla; Türk Endodonti Derneği'ne, Türk Dişhekimleri Birliği'ne ve Sağlık Bakanlığı'na çağrıda bulunuyorum: "Lütfen gereğini yapınız!". →

\* Doç.Dr., Ege Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Endodonti Bilim Dalı Öğretim Üyesi, İzmir

Marka	İçerik
Toxavit (Lege Artis, Almanya)	Paraformaldehit, lidokain, m-krezol, öjenol, gliserol
Caustinerf Forte (Septodont, Fransa)	Paraformaldehit, lidokain, fenol
Caustinerf Deciduous (Septodont, Fransa)	Paraformaldehit, lidokain, kafur, paraklorofenol
Depulpin (Voco, Almanya)	Paraformaldehit, lidokain

Tablo 1. Pulpa devitalizasyonu için kullanılan paraformaldehit içeren ajanlar

## Ek.

### Amerika Endodontistler Birliği'nin paraformaldehit içeren kanal dolgu maddeleri ve patları ile ilgili bildirisi

Amerika Endodontistler Birliği (AAE) endodonti pratiğinde en yüksek kalitede hasta bakımı sağlanmasına kendini adanmıştır. AAE, buna bağlı olarak, kök kanal tedavisi ile ilgili etkin ve güvenli materyallerin kullanımını aktif olarak desteklemektedir. AAE, ayrıca, özel hasta veya özel durumlar için "güvenli" veya "en etkin" materyaller konusunda ortaya çıkabilecek profesyonel düşüncedeki yasal farklılıkları da göz önüne almaktadır. Profesyonel düşüncedeki bu yasal farklılıkların tanınmasında, AAE spesifik materyallerin kullanımını onaylamamaktadır. Bununla beraber, AAE etkin ve güvenli olmadıkları kanıtlanan paraformaldehit içeren materyallerin kullanımına karşı durmaktadır. Paraformaldehit içeren endodontik dolgu maddeleri ve kanal patları güvenli olmadıkları için endodontik tedavi sırasında kullanılmamalıdır. Yoğun bilimsel araştırmalar göstermiştir ki, paraformaldehit içeren kanal dolgu maddeleri ve patları kök kanal sistemine komşu dokularda geri dönüşü olmayan zararlar yaratmaktadır. Bu zararlar şunlardır: Bağ dokusu ve kemiğin destrüksiyonu, inatçı ve kontrol edilemeyen ağrı, mandibular ve maksiller sinirlerde parestezi ve distezi, maksiller sinüsün kronik enfeksiyonları. Ayrıca, bilimsel bulgulara göre, paraformaldehit içeren bu kanal dolgu maddeleri ve patlarının neden olduğu zarar, yalnızca kök kanalına komşu dokularla sınırlı kalmamaktadır. Bu materyallerin aktif içeriklerinin vücuda dağıldığı, ve kan, lenf nodülleri, adrenal bezler, böbrek, dalak, karaciğer ve beyine enfiltrasyon gösterdiği bulunmuştur.

Halk sağlığı ile ilgili endişeler ve bu konudaki davalar, AAE'nin bu materyallerin kullanımı sonucu zarar gören çok sayıdaki hastadan haberdar olmasını sağlamıştır. Şüphesiz, zarar gören başka hastalar da vardır ancak bunlar kamuoyu önüne henüz çıkmamıştır.

Güvenli ve etkin kanal dolgu maddeleri ve patları piyasada mevcuttur. Bu alternatiflerin olması nedeniyle; Amerika Endodontistler Birliği, endodontik tedavi sırasında standart hasta bakımını ve özenini düşürdüğu için paraformaldehit içeren kanal dolgu maddeleri ve patlarının kullanımını tavsiye etmemektedir.

## KAYNAKLAR

1. Fager FK, Messer HH. Systemic distribution of camphorated monochlorophenol from cotton pellets sealed in pulp chambers. J Endod 1986;12:225-30.
2. Ellerbruch ES, Murphy RA. Antimicrobial activity of root canal medicament vapors. J Endod 1977;3:189-93.
3. Yamasaki M, Nakamura H, Kameyama Y. Irritating effect of formocresol after pulpectomy in vivo. Int Endod J 1994;27:245-51.
4. Breault LG, Schuster GS, Billman MA et al. The effects of intracanal medicaments, fillers, and sealers on the attachment of human gingival fibroblasts to an exposed dentin surface free of a smear layer. J Periodontol 1995;66:545-51.
5. Kawakami J, Muto T, Shigeo K, Takeda S, Kanazawa M. Tooth exfoliation and necrosis of the crestal bone caused by the use of formocresol. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;95:736-8.
6. Myers DR, Shoaf HK, Dirksen TR, Pashley DH, Whitford GM, Reynolds KE. Distribution of 14C-formaldehyde after pulpotomy with formocresol. J Am Dent Assoc 1978;96:805-13.
7. Pashley EL, Myers DR, Pashley DH, Whitford GM. Systemic distribution of 14C-formaldehyde from formocresol-treated pulpotomy sites. J Dent Res 1980;59:602-8.
8. Block RM, Lewis RD, Hirsch J, Coffey J, Langeland K. Systemic distribution of 14C-labeled Paraformaldehyde incorporated within Formocresol following pulpomies in dogs. J Endod 1983;9:176-89.
9. Zarzar PA, Rosenblatt A, Takahashi CS, Takeuchi PL, Costa Junior LA. Formocresol mutagenicity following primary tooth pulp therapy: an in vivo study. J Dent 2003;31:479-85.
10. Bystrom A, Claesson R, Sundqvist G. The antibacterial effect of camphorated paramonochlorophenol, camphorated phenol and calcium hydroxide in the treatment of infected root canals. Endod Dent Traumatol 1985;1:170-5.
11. Messer HH, Feigal RJ. A comparison of the antibacterial and cytotoxic effects of parachlorophenol. Dent Res 1985;64:818-21.
12. Lewis BB, Chestner SB. Formaldehyde in dentistry: a review of mutagenic and carcinogenic potential. J Am Dent Assoc 1981;103:429-34.
13. Lewis B. Formaldehyde in dentistry: a review for the millennium. J Clin Pediatr Dent 1998;22:167-77.
14. Goldmacher VS, Thilly WG. Formaldehyde is mutagenic for cultured human cells. Mutat Res 1983;116:417-22.
15. Swenberg JA, Kerns WD, Mitchell RI, Gralla EJ, Pavkov KL. Induction of squamous cell carcinomas of the rat nasal cavity by inhalation exposure to formaldehyde vapor. Cancer Res 1980;40:3398-402.
16. Auerbach C, Moutschen-Dahmen M, Moutschen J. Genetic and cytogenetical effects of formaldehyde and related compounds. Mutat Res 1977;39:317-61.
17. Yue L, Wang M, Zhou Z. Usage of the geno-toxicological studies in the biological evaluation of dental materials. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi 1995;30:6-9, 63.
18. Ravis SM, Shaffer MP, Shaffer CL, Dehkhaghani S, Belsito DV. Glutaraldehyde-induced and formaldehyde-induced allergic contact dermatitis among dental hygienists and assistants. J Am Dent Assoc 2003;134:1072-8.
19. Kiec-Swierczynska M, Krecisz B, Krysiak B, Kuchoicz E, Rydzynski K. Occupational allergy to aldehydes in health care workers: Clinical observations and experiments. Int J Occup Med Environ Health 1998;11:349-58.
20. Fowler JF Jr. Allergic contact dermatitis from glutaraldehyde exposure. J Occup Med 1989;31:852-3.
21. Hata GI, Nishikawa I, Kawazoe S, Toda T. Systemic

- distribution of 14C-labeled formaldehyde applied in the root canal following pulpectomy. J Endod 1989;15:539-43.
22. Di Felice R, Lombardi T. Gingival and mandibular bone necrosis caused by a paraformaldehyde-containing paste. Endod Dent Traumatol 1998;14:196-8.
  23. Stabholz A, Blush MS. Necrosis of the crestal bone caused by the use of Toxavit. J Endod 1983;9:110-3.
  24. Tal M, Kaufman AY, Buchner A. Bone necrosis and dentine resorption caused by Toxavit: a case report. J Br Endod Soc 1978;11:77-9.
  25. Wantke F, Hemmer W, Haglmüller T, Gotz M, Jarisch R. Anaphylaxis after dental treatment with a formaldehyde-containing tooth-filling material. Allergy 1995;50:274-6.
  26. Sporic Z, Paranos S. Allergy to a tooth root devitalizing material. Allergy 2001;56:249.
  27. Ebner H, Kraft D. Formaldehyde-induced anaphylaxis after dental treatment? Contact Dermatitis 1991;24:307-9.
  28. Cohen S, Burns RC. Pathways of the pulp. 8th ed. Mosby, St. Louis, 2001.
  29. Spangberg L, Langeland K. Biologic effects of dental materials. 1. Toxicity of root canal filling materials on HeLa cells in vitro. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1973;35:402-14.
  30. Spangberg L. Biologic effects of root canal filling materials. The effect on bone tissue of two formaldehyde-containing root canal filling pastes: N2 and Riebler's paste. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1974;38:934-44.
  31. Engstrom B, Spangberg L. Effect of root canal filling material N2 when used for filling after partial pulpectomy. Sven Tandlak Tidskr 1969;62:815-29.
  32. Pitt Ford TR. Tissue reactions to two root canal sealers containing formaldehyde. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985;60:661-5.
  33. Forman GH, Ord RA. Allergic endodontic angio-oedema in response to periapical endomethasone. Br Dent J 1986;160:348-50.
  34. Haikel Y, Braun JJ, Zana H, Boukari A, de Blay F, Pauli G. Anaphylactic shock during endodontic treatment due to allergy to formaldehyde in a root canal sealer. J Endod 2000;26:529-31.
  35. el Sayed F, Seite-Bellezza D, Sans B, Bayle-Lebey P, Marguery MC, Bazex J. Contact urticaria from formaldehyde in a root-canal dental paste. Contact Dermatitis 1995;33:353.
  36. Beck-Mannagetta J, Necek D, Grasserbauer M. Dental aspects of solitary maxillary sinus aspergillosis. A clinical, microanalytical and experimental study. Z Stomatol. 1986;83:283-315.
  37. Beck-Mannagetta J, Necek D. Radiologic findings in aspergillosis of the maxillary sinus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986;62:345-9.
  38. Barkhordar RA, Nguyen NT. Paresthesia of the mental nerve after overextension with AH26 and gutta-percha: report of case. J Am Dent Assoc 1985;110:202-3.
  39. Dempf R, Hausamen JE. Lesions of the inferior alveolar nerve arising from endodontic treatment. Aust Endod J 2000;26:67-71.
  40. Fanibunda KB. Adverse response to endodontic material containing paraformaldehyde. Br Dent J 1984;157:231-5.
  41. Grossman LI, Tatoi J. Paresthesia from N2. Report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1978;46:700-1.
  42. Kleier DJ, Averbach RE. Painful dysesthesia of the inferior alveolar nerve following use of a paraformaldehyde-containing root canal sealer. Endod Dent Traumatol 1988;4:46-8.
  43. Ingle JI, Bakland LK. Endodontics. 4th ed. Williams & Wilkins, Philadelphia, 1994.

**Fenol ve aldehit içeren ürünlerin komplikasyonları olduğu iddialarıyla ilgili olarak TDB bu ürünleri üreten firmalara birer yazı göndererek ürünlere hakkında detaylı açıklama istemiştir. Gelen yanıtlar dergimizde yayımlanacaktır.**

# Dışhekimliğinde omuz patolojileri ve egzersiz

## ■ Sevgi Sevi Subaşı\*

Omuz eklemi vücudun en geniş hareket açıklığına sahip eklemdir. 3 ana ve 1 yardımcı eklem yapısından oluşan omuz eklemi bu aşırı fleksibilitesi stabilitesinin de azalmasına neden olur (1,9,17). Eklem, anatomik konumu gereği travmatik ve non-travmatik patolojilere açıktır. Dışhekimleri gerek tekrarlayan zorlayıcı yaralanmalar (repetitive strain injury-RSI-) veya kümülatif travmalar (cumulative trauma disorder-CTD-); gerekse aşırı kullanıma bağlı omuz eklemi patolojileri ile karşılaşılır. Bazı patolojiler istirahat ile düzelirken bazı durumlarda tedavi edici egzersizler kullanılmalıdır (11,12,17).



Şekil 1. Omuz kasları.

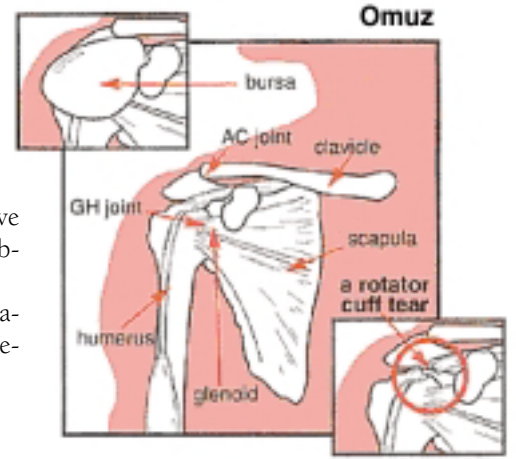
Omuz sıkışma sendromu ve rotator manşet lezyonları meslek nedeniyle üst ekstremitelerini statik pozisyonda uzun süre kullanan kişilerde sıklıkla görülür (5,7,17). Bunun dışında travma (mikro ve makro), donuk omuz, tendinöz olaylar, bursitler, osteoartritler ve subluksasyonlar omuza ait diğer problemlerdir (2,3,4,7,10,11,17). Omuz ağrısı kişinin verimliliğini ve yaşam kalitesini kötü yönde etkilemektedir (8).

### Omuz patolojileri risk faktörleri

- Yaş,
- Genetik yatkınlık,
- Vibrasyonlu veya darbeli aletlerin uzun süreli kullanımı,
- Uygun olmayan postüral ve ergonomik koşullar,
- Omuz ve boynun yakın ilişkisi gereği risk faktörleri de etkileşim içinde olacaktır;
  - Görüş alanını artırmak için boynun bir yöne doğru bükülmesi,
  - Uzun süreli statik boyun ve omuz fleksiyonu,
  - Uzun süreli omuz abduksiyonu ve fleksiyonu,
  - Üst ekstremitte desteğinin az olması,
- Üst ekstremitte için risk faktörleri;
  - Yanlış dirsek ve bilek pozisyonu,
  - Vibrasyonlu alet kullanımı,
  - Zayıf alet dizaynı,
  - Etkilenim süresi ve şiddetinin artması (5,7,12,14, 16,17,19).

### Rotator manşet

Rotator manşet tendonları omuz etrafına yapılan 4 kasa içine alan kas grubudur. Bu kaslardan supraspinatu omuzu kaldırır, subscapular kas omuzu içe doğru döndürür, infrasupinatus ve teres minor kasları omuzu dışa doğru döndürürler (1,5,17).



Şekil 2. Rotator manşet yırtığı.

Rotator manşete ait patolojilerde, zamanla kullanılmamaya bağlı olarak humerus başı depresörlerinde atrofi olur ve sıkışma meydana gelir (1,5,11,12,17). Omuzun aşırı kullanımında rotator cuff tendonunun inflamasyonu veya zorlanması sonucu tendon yırtığı da görülebilir (5,8,10,12).

### Omuz patolojilerini önleme ve korunma stratejileri

- Omuz esnekliği, kuvveti ve en önemlisi endüransının (dayanıklılığının) yapılan aktivitelerin gerektirdiği düzeye ulaştırılması,
- Kas güçlendirmesi,
- Fleksibilitiyi geliştirme,
- Fleksibilitiyi artırırken stabiliteyi koruma,
- Propriyosepsiyon (eklemin durumu hakkında bilgimizi oluşturan duyarlar) eğitimi,
- Dayanıklılık artırma,
- Egzersiz öncesi iyi ısınma ve germe,
- Tedavi sırasında dinlenme ve egzersiz aralıkları verme,
- İstirahat pozisyonlarının uygun kullanımı; →

• Üst ekstremitelerde rahatça vücut yanında, dirsekler açık ve parmaklar hafif fleksiyonda.

- Ergonomik koşullara uyma,
- Uygun teknik kullanma,
- Amaca yönelik ve ergonomik olarak dizayn edilmiş çalışma koşulları,
- Uygun postür,
- Tekrarlayıcı aktivitelere sebep olan ve kan akımını bozan vibrasyonlu veya darbeli aletlerin iki saatten fazla kullanılmaması <sup>(3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14)</sup>

### Tedavi yaklaşımları

Omuzu zorlayıcı aktivitelerden tedavi sürecince kaçınmak gerekir. 15- 20 dakikalık soğuk uygulama ödem durumunda yararlı olacaktır. Ağrının azalmasıyla beraber egzersizlere başlanabilir. Skapular kaslar egzersiz programına dahil edilir. İstirahat, aktivite modifikasyonu, nonsteroid antiinflamatuvar (NSAI) ilaçlar ve egzersizin yeterli olmadığı durumlarda cerrahi endikasyon vardır. Konservatif tedaviye cevap alamıyorsa akromionun traşlanması, akromioplasti sıklığı ortadan kaldırır <sup>(3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,20)</sup>

### EGZERSİZ:

#### DİKKAT!

1. Egzersize engel bir durumunuz veya akut ağrılı tanısı kesinleşmiş bir patolojiniz varsa öncelikle doktorunuza ve fizyoterapistinize danışınız.
2. Egzersizlerden önce ısınmak amacıyla hafif terlemeye neden olacak düzeyde bir yürüyüş, hafif koşu gibi bir egzersiz yapın veya omuz bölgesine 10-15 dakika sıcak uygulama (sıcak su torbası, sıcak suya batırılmış bir havlu olabilir) ile yaralı bölge ısıtılabilir.
3. Germe egzersizleri hiçbir şekilde ağrı oluşturmamalıdır.
4. Yükü yavaş ve kontrollü artırın. Ağrı veya rahatsızlık durumlarında yük miktarı veya tekrar sayısını azaltın.
5. Ciddi bir problem varsa egzersizi bırakın ve fizyoterapistinize başvurun.
6. Egzersizin ardından omuza 8-10 dakika kadar buz uygulaması yapılabilir. Buzu ıslak bir havluya sararak uygulayın.
7. Egzersizlere günde 3 kez 10 tekrarlı olarak başlanabilir. Tekrar sayısı 25' e kadar çıkabilir. Hareket yapılırken 5 saniye kadar bekleyiniz.
8. Tekrar sayısı birkaç haftada bir 5 kadar, ağırlık ise 500 gr. civarında artırılabilir.
9. Tedavi sonrası veya dinlenme arala-

rında da egzersiz yapabilirsiniz.

### Sarkaç Egzersizleri (Pendulum-Codman Egzersizi):



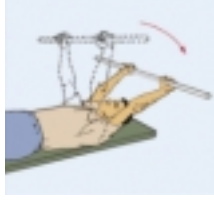
Şekil 3.

Şekil 3. Ağrı ve spazmlı durumlarda bile rahatça kullanılabileceğiniz, dokulara zarar vermeden spazmı azaltan bu egzersizde;

Bir kolla masa kenarından tutup öne doğru eğilin, 500 gram kadar bir ağırlık tutarak kolunuzu vücudun önünde;

1. Sağa sola
2. Öne ve arkaya
3. Çember çizerek sallayın. Kol tamamen gevşek olmalı ve kendi ağırlığıyla birkaç kez sallanmalıdır. Ağırlık en fazla 2 kg.' da sınırlanabilir.

### Aktif Omuz Hareketleri



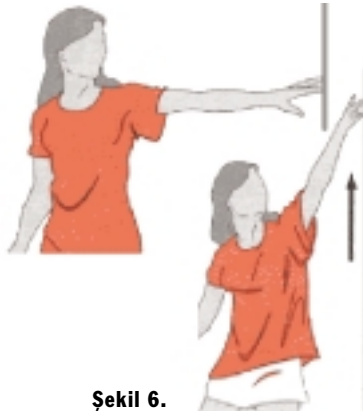
Şekil 4.



Şekil 5.

Sopa egzersizleri yatarak tercihen ayakta;

1. Şekil 4. Sopyayı başınızın üzerine çıkarın ve yavaşça indirin.
2. Şekil 5. Sopyayı her iki yöne doğru kolunuzu birer kere yana açtıracak şekilde itin.



Şekil 6.

Şekil 6. Duvar tırmanma egzersizinde; elinizi duvara uzatın ve yere paralel bir

biçimde yerleştirin. Önden ve yandan olmak üzere kolunuzu, parmaklarınızla birer birer çıkararak duvar yardımıyla götürebildiğiniz yere kadar kaldırın.

### Germe Egzersizleri



Şekil 7.

Şekil 7. Kollarınızı öne uzatın ve yere kapanın. Bu egzersizi masa üstünde de yapabilirsiniz. Gerginliği hissedip, 15'e kadar sayın.



Şekil 8.

Şekil 8. Dirsekler düz bir şekilde kollarınızı arkada birleştirin. Kollarınızı yukarıya kaldırın ve germe yapın, 15'e kadar sayın.



Şekil 9.

Şekil 9. Kollar vücut arkasında iken bir havluyu üstten sağlam elle alttan hasta elle tutun. Üstteki elle havluyu çekip alttaki eli yukarıya doğru hareket ettirin.



Şekil 10.

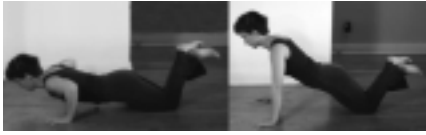
Şekil 10. Posterior kapsül germe; bir kolu göğüse yapıştırıp, elle omuzdan tutun. Diğer elle dirsekten tutarak, dirseğinizi vücuda doğru itin, 15'e kadar sayın.

## Vücut Ağırlığıyla Yapılan Propriosepsiyon ve Güçlendirme Egzersizleri



Şekil 11.

1. Şekil 11. Skapula rotator kaslarını güçlendirme; kollarınızı duvara koyup şnav çekme hareketi gibi bir öne bir geriye gidin. Bu egzersizle programa başlanıp kaslar güçlendikçe sırayla 2 ve 3 numaralı egzersizlerle geçilir.



Şekil 12.

2. Şekil 12. Yüz üstü, diz ve dirsek bükülerek yere yatılır, dirsek dikleştirilerek kalkılır.



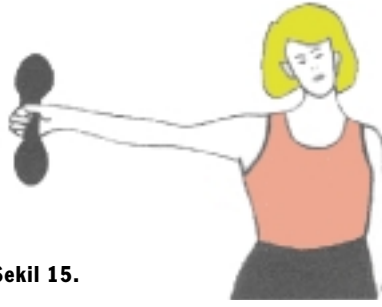
Şekil 13.

3. Şekil 13. Yüz üstü, dirsek bükülerek yere yatılır, diz düz tutulurken, dirsek dikleştirilerek kalkılır.



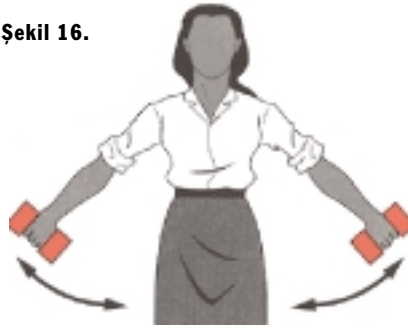
Şekil 14.

Şekil 14. Ağırlığı, dirseğinizi düzelterek önden yukarı doğru kaldırın, 5'e kadar sayıp yavaşça indirin.



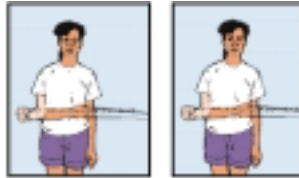
Şekil 15.

Şekil 15. Ağırlığı, kol düz olarak yandan yukarıya doğru kaldırın, 5'e kadar sayıp yavaşça indirin.



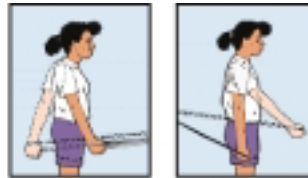
Şekil 16.

Şekil 16. Butterfly olarak adlandırılan supraspinatus kasını güçlendirme egzersizinde her iki elinize ağırlık alın (1-2 kg ile başlayabilirsiniz). Kollarınızı vücudunuzun iki yanında tutup, hafifçe içe doğru çevirin ve kollarınızı iki yanda omuz hizasına kadar kaldırın, 5'e kadar sayıp yavaşça indirin.



Şekil 17.

Şekil 17. Rotatorları güçlendirme; kapı koluna bağladığımız lastik bandı kol vücut yanında ike tutun. dirsek 900 bükülü olarak şekildeki gibi yana çekin, 5'e kadar sayıp yavaşça bırakın.



Şekil 18. Deltoid kasını çalıştırmak için kapıya bağladığımız lastik bandın karşısına geçin. Dirseğiniz düz bir şekilde lastiği geriye doğru çekin, 5'e kadar sayıp yavaşça bırakın<sup>(2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18)</sup>

\* Fizyoterapist, Araştırma Görevlisi, İzmir D.E.Ü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu

## Kaynaklar

1. Michael J. DePalma, Ernest W. Johnson, Detecting and Treating Shoulder Impingement Syndrome. The Role of Scapulothoracic Dysfunction. The Physician And Sportsmedicine, July 2003, 31(7): 25-32
2. Rick Sandor. Adhesive Capsulitis: Optimal Treatment Of 'Frozen Shoulder', The Physician And Sportsmedicine, September 2000, 28(9) : 23-29
3. Rick Sandor, Scott Brone. Exercising The Frozen Shoulder. The Physician And Sportsmedicine, September 2000, 28 (9) : 83-84
4. Alvin R. Loosli, June Quick. Recovering From Shoulder Pain: Tips For Swimmers. The Physician And Sportsmedicine, February 96, 24(2): 33
5. Preston M. Wolin, Joyce A. Tarbet. Rotator Cuff Injury: Addressing Overhead Overuse. The Physician And Sportsmedicine, June 97, 25(6): 54
6. Edward R. Laskowski, Karen Newcomer-Aney, Jay Smith. Refining Rehabilitation With Proprioception Training: Expediting Return To Play. The Physician And Sportsmedicine, October 97, 25 (10): 89
7. William W. Briner, Jr, Holly J. Benjamin. Volleyball Injuries: Managing Acute And Overuse Disorders. Physician And Sportsmedicine, March 1999, 27(3): 48
8. Fongemie AE., Buss DD, Rolnick SJ. Management of shoulder impingement syndrome and rotator cuff tears. Am Fam Physician. 1998; 57(4): 667-674.
9. Hall C.: The shoulder girdle, In: Hall C.M., Brody L.T. (eds.), Therapeutic exercise, Moving toward function, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999, 575- 625
10. Mantone J.K., Burkhead W.Z.Jr., Noonan J.Jr.: Nonoperative treatment of rotator cuff tears, Friedman R.J. (ed.), Conservative management of shoulder injuries. Orthop Clin North Am. W.B. Saunders Comp., Philadelphia, April 2000; 31(2), 295-312
11. Morrison D.S., Greenbaum B.S., Einhorn A.: Shoulder impingement, Friedman R.J. (ed.), Conservative management of shoulder injuries, The orthopedic clinics of North America, W.B. Saunders Comp., Philadelphia, April 2000; 31(2), 285-294
12. W. Ben Kibler.: Rehabilitation of the Shoulder, Functional rehabilitation of sports and musculoskeletal injuries, Aspen Publisher, Inc., Gaithersburg, Maryland, 1998, 149-170.
13. Wang CH, McClure P, Pratt NE, Nobilini R. Stretching And Strengthening Exercises: Their Effect On Three-Dimensional Scapular Kinematics. Archives of Physical Medicine And Rehabilitation, 1999; 80(8):923-929.
14. Ergonomics and the Dental Care Worker. Murphy DC, ed. Washington, DC: American Public Health Association 1998.
15. Sports Injury Clinic, 2003. www.sportsinjuryclinic.net, 2003.
16. Neer, C.S.II.: Impingement lesions. Clin Orthop 1983; 173:70-77.
17. American Physical Therapy Association ' ' Taking Care of Your Shoulder ' ' A Physical Therapist' s Perspective- Brochure 1996.
18. Gül Baltacı, Ayfenur Beffer, Volga Bayrakçıoğlu, Nevin Ergun. Omuz Sıkma Sendromunun Konservatif Tedavisinde Manipulatif Yöntemlerin Etkisi. Journal Of Arthroplasty & Arthroscopic Surgery, 2002; 13 (1): 27-33.
19. Avni Dayıcan, Cenk Öztürk, Süleyman Portakal, Güray Özkan, Asım Çelöz, Bülent Özkurt. Subakromial Sıkma Sendromunda Cerrahi Tedavi. Journal Of Arthroplasty & Arthroscopic Surgery, 2002; 13 (2):73- 77.





Soruların yanıtlarını en geç 24 Ocak 2004 tarihine kadar SDE Yüksek Kurulu Ziya Gökalp Caddesi No:37/11 Kızılay/Ankara adresine mektupla, 0 312 430 29 59'a faksyla ya da tdb@tdb.org.tr adresine e-mail ile gönderen meslektaşlarımızdan en az 7 soruyu doğru cevaplayanlar 6 SDE kredisi almaya hak kazanacaklardır.

Web sitemizdeki SDE bölümüne girmek için kullanacağınız şifre: **kredi**

## Sürekli Dişhekimliği Eğitimi kredilendirilmiş soruları

1- Klinik periodontitisin tanımına aşağıdakilerden hangisi dahil değildir?

- En çok erişkinlerde görülür
- Çocuklarda da görülür
- Plak akümüasyonu ile ilişkilidir
- Sadece 35 yaş üstündekilerde görülür
- Hastalığın ilerlemesinde sistemik faktörler etkili olabilir

2- Kök kanal dolgusunun yapılmasını geciktirmenin en önemli nedeni hangisi olabilir?

- Dişin asemptomatik olması
- Geçici dolguda oynama
- Kök kanal boşluğunun kuru olması
- Fistül yolunun kaybolması
- Hepsi doğru

3- Beş yaşındaki bir çocukta kronik alveoler abse görülen bir süt azı dişinin tedavisi ne olmalıdır ?

- Süt dişi kalıcı diş gelene kadar ağızda tutulmalıdır.
- Süt dişi geçici dolgu materyali ile kapatılmalıdır.
- Süt dişine kanal tedavisi uygulanmalıdır.
- Süt dişi çekilip yerine yer tutucu uygulanmalıdır.
- Süt dişi çekilmelidir ancak yer tutucuya gerek yoktur.

4- Dudak damak yarıklı olarak doğan çocuklarda;

- Bebek hemen ameliyat edilmelidir.
- Bebeğe hemen bir beslenme plağı

yapılmalıdır.

- Bebeğe herhangi bir müdahale yapılmamalıdır.
- Hepsi doğrudur
- Hepsi yanlıştır.

5- Bir dişin hareketli bölümlü protez desteği olarak değerlendirilmesinde aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Silindir şeklindeki ve ince-sivri köklere sahip dişler tork tipi streslere karşı oldukça yüksek dirence sahiptir.
- Alveoler kemik desteğinin kalitesi ve miktarı önemlidir.
- Kron-kök oranı 2:1 olduğunda destek ve stabilite özelliği uygundur.
- Destek dişin ark üzerindeki konumu ve karşıt oklüzyon tipi önemlidir.
- Periodontal dokuları açısından herhangi bir lezyon veya enfeksiyona sahip olmaması gerekir.

6- Aşağıdakilerden hangisi periodontal tedavi planlamasının aşamalarındandır?

- Acillerin tedavisi
- Cerrahi faz
- Restoratif faz
- İdame fazı
- Hepsi

7- Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisinin intravenöz yoldan verilirken,

enjeksiyon yerine infüzyon şeklinde uygulanması doğrudur ?

- Klindamisin 600 mg
- Ampisilin 500 mg
- Amoksisilin 500 mg
- Sultamisilin 500 mg
- Ornidazol 500 mg

8- Yerinden fırlamış kök ucu kapalı bir daimi diş replante edildikten sonra nasıl splintlenmelidir?

- Semi rijid splint ile iki hafta süreyle
- Semi rijid splint ile altı hafta süreyle
- Semi rijid splintle altı ay süreyle
- Rijid splint ile üç ay süreyle
- Rijid splint ile altı ay süreyle

9- Aşağıdakilerden hangisi orta düzeyli dezenfeksiyon için tercih edilmez.

- % 3 formaldehit
- % 2 glutraldehit alkali solüsyon
- Quaterner amonyum
- % 1 klor bileşiği
- % 1 iyot

10- Hangisi ölçü maddelerinin seçiminde etkili olan faktörlerden değildir?

- Yumuşak dokuların durumu
- Alveol kretlerinin rezorpsiyon miktarı
- Alveol kretlerinin şekli
- Yumuşak damağın lokalizasyon miktarı
- Ağız tabanının durumu

### SDE CEVAP FORMU (Doğru cevabı daire içine alınız)

- |    |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | a | b | c | d | e | 6.  | a | b | c | d | e |
| 2. | a | b | c | d | e | 7.  | a | b | c | d | e |
| 3. | a | b | c | d | e | 8.  | a | b | c | d | e |
| 4. | a | b | c | d | e | 9.  | a | b | c | d | e |
| 5. | a | b | c | d | e | 10. | a | b | c | d | e |

Adı Soyadı :

Adresi :

İmzası :

## TDBD 77. Sayı CEVAP ANAHTARI

- 1. C** Doğru cevap "c" seçeneği olup, hastaların %86-%100'ünde adı geçen organizma izole edilmiştir.
- 2. E** Süt dişlerinde tedavi seçeneği pulpa açılımına göre belirlenmelidir. İğne uçundan küçük açılımlarda sağlıklı bir pulpanın varlığı durumunda direkt pulpa kaplaması yapılır. Pulpa açılımı daha büyük ve enfeksiyon belirtisi yoksa (durdurulabilen kanama varlığı) amputasyon, kanama durdurulamıyorsa tedavi kanal tedavisi şeklinde olmalıdır. Ancak bu kriterlere mutlaka radyografik bulgular eklenmelidir.
- 3. A** Prokain ester grubu bir lokal anestetik olup, Einborn tarafından sentezlenmiştir. Kimyasal olarak paraaminobenzoik asitin dietilaminoetanol ile esterleşmesinden oluşur. Alerjik reaksiyon oluşturabilme potansiyeli, kısa yarı ömrü ve kısa etki süresi nedeniyle prokain günümüzde çok fazla kullanılan bir lokal anestetik değildir. Etki süresi oldukça kısa (45-60 dakika) bir lokal anestetiktir. % 0,5 – 1 solüsyonları infiltrasyon anestezisinde, % 1,5 – 2 solüsyonları ise sinir blokajında kullanılabilir. Önerilen maksimum doz 10 mg/kg dır.
- 4. D** RPI kroşe bir bar kroşe sistemidir. Bu kroşe sistemi mezial rest (R), distal proksimal plak (P) ve I şeklindeki bar kroşe (I) parçalarından oluşur. Bu nedenle cevap "d" seçeneğidir.
- 5. E** Taşkın kanal preparasyonunun önlenmesi için hepsi önemli olduğundan doğru yanıt "e" şıkkıdır.
- 6. C** Doğru cevap "c" şıkkı olup, hamilelik gingivitisinde etken organizma P.intermedia, ANUG'da ise etken organizmalar P.intermedia ve orta boy spiroketlerdir.
- 7. D** Plesentanın seçici geçirgen olması nedeniyle hamilelik döneminde florür tableti kullanılması ile fötusa istenilen düzeyde geçiş olmamaktadır. Bunun yanı sıra tabletlerin postnatal dönemde kullanımı topikal bir etki de sağlayabilecektir.
- 8. A** Tutucu (andırkat) bölgesi meziolingualinde yer alan, normal konumundan devriler uzaklaşmış olan mandibular molar dişlerde ve meziobukkal yönde devrilen maksiller molar dişlerde halka kroşe kullanılması uygundur. Maksiller molar üzerinde kullanıldığında, kroşe meziolingual yüzeyinden başlayarak, meziobukkal yüzey üzerindeki andırkatta sonlanır. Halka kroşe yardımcı uzun bir kroşe olduğundan, kavrama kolu olmadan kullanılmamalıdır. Mandibular molar dişlerde ise mezial yüzeyden başlayarak, meziolingual yüzeydeki andırkatta sonlanır. Mezial ve distal fossada bulunan iki okluzal turnağı bulunur. Bu nedenle cevap "a" seçeneğidir.
- 9. D** Dajani AS, Taubert K, Wilson W, ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları bir çalışmada ( Prevention of bacterial endocarditis recommendations by the American Heart Association. Circulation 1997; 96: 358-366) dental yaklaşım öncesinde önerilen antibiyotik profilaksilerinde ornidazol'un yer almadığı gözlenmiştir.
- 10. D** Kanal aletlerinin apikalden çıkması sonucu oluşan apikal perforasyonlarda; pat ve güta perkanın bölgeden çıkmasını önlemek için ilk kanal boyutundan daha kısa ve geniş bir aletle kanalda yeni bir dentin matriksi oluşturulmasına Back-up denir.

## Kredilendirilen etkinlikler



*TDB – SDE Yüksek Kurulunun 03.12.2003 tarihli toplantısında değerlendirilen etkinlikler:*

### **Trabzon Dişhekimleri Odası** **Tel: 0462.321 47 70**

Etkinliğin Adı : 22 Kasım Dişhekimliği Haftası Eğitim Semineri  
Etkinliğin Tarihi : 06.12.2003

### **Edirne Dişhekimleri Odası** **Tel: 0284.212 09 81**

Etkinliğin Adı : Bilimsel Toplantı  
Etkinliğin Tarihi : 07.12.2003

### **Bursa Dişhekimleri Odası** **Tel: 0224.222 69 69**

Etkinliğin Adı : 13.Uludağ Sempozyumu  
Etkinliğin Tarihleri : 12-14.12.2003

### **Denizli Dişhekimleri Odası** **Tel: 0258.264 41 03**

Etkinliğin Adı : Oral İmplantoloji Semineri ve Kursu-2  
Etkinliğin Tarihleri : 13-14.12.2003

### **Uşak Dişhekimleri Odası** **Tel: 0276.224 13 32**

Etkinliğin Adı : Uşak Dişhekimliği Günleri  
Etkinliğin Tarihleri : 13-14.12.2003

### **Samsun Dişhekimleri Odası** **Tel: 0362.435 44 78**

78Etkinliğin Adı : Oral İmplantoloji Semineri ve Kursu-2  
Etkinliğin Tarihi : 20.12.2003

### **Isparta Dişhekimleri Odası** **Tel: 0246.218 19 93**

Etkinliğin Adı : 2003 Yılı Bilimsel Toplantıları-5  
Etkinliğin Tarihi : 28.12.2003

### **İstanbul Dişhekimleri Odası** **Tel: 0212.296 21 05**

Etkinliğin Adı : Kurs  
Etkinliğin Tarihi : 05.01.2004

### **İstanbul Dişhekimleri Odası** **Tel: 0212.296 21 05**

Etkinliğin Adı : Seminer  
Etkinliğin Tarihi : 09.01.2004

### **Estetik Diş. Akademisi Dern** **Tel: 0212.224 08 50**

Etkinliğin Adı : EDAD Sürekli Eğitim Seminerleri  
Etkinliğin Tarihi : 12.01.2004

### **İstanbul Dişhekimleri Odası** **Tel: 0212.296 21 05**

Etkinliğin Adı : Konferans  
Etkinliğin Tarihi : 18.01.2004

### **İstanbul Dişhekimleri Odası** **Tel: 0212.296 21 05**

Etkinliğin Adı : Kurs  
Etkinliğin Tarihi : 19.01.2004

### **İstanbul Dişhekimleri Odası** **Tel: 0212.296 21 05**

Etkinliğin Adı : Seminer  
Etkinliğin Tarihi : 23.01.2004

### **İstanbul Dişhekimleri Odası** **Tel: 0212.296 21 05**

Etkinliğin Adı : Klinik Kurs  
Etkinliğin Tarihi : 30.01.2004



# Hava türbinleri ve işitme kaybı Dişhekimleri tehlikede mi?



## HAVA TÜRBİNLERİNİN SESİYLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1959 yılında New Yorklu dişhekimisi Dr. J. Mittelman, hava türbinlerinin gürültüsünün neden olabileceği zararlarla ilgili olarak dişhekimlerini uyarmıştır. Dr. Mittelman'ın bu konuyla ilgili endişesi; her saniye olan titreşimlerin, belli bir süre sonra işitme sistemine geri dönüşümsüz hasarlar vereceği yolunda olmuş ve aynı zamanda hava türbini ve ultrasonik kavitrone kullanımının dişhekimisi ve yardımcılarında sebep olabileceği işitme kaybını kontrol etmeleri için düzenli olarak audiogram muayenesi yaptırmalarını tavsiye etmiştir. Aynı zamanda korunma amaçlı zeytinyağı içinde bekletilmiş ve fazla yağı sıkılmış pamuk tamponların çalışma esnasında kulak tıkaçı olarak kullanılmasını tavsiye etmiştir.

## Hava türbinleri kayışlı döner el aletlerine karşı

1959 yılında ABD Halk Sağlığı Birliği tarafından desteklenen, Cantwell ve arkadaşlarının hazırladığı hava türbinlerinin gürültüsünün etkisi ile ilgili araştırma projesinde Ritter R Borden Airotor hava türbini ile Page –Chayes kayışlı döner aleti karşılaştırılmıştır. Hava Türbinin boşta (diş dokusu üstünde değil) 4800-9600 Hertz'de 84 desibel ses çıkardığı, kayışlı döner el aletinin ise işitme sistemi için daha az tehlikeli olduğunu söylemişlerdir. Bunun sonunda Cantwell ve arkadaşları iki el aletinin de ne meslek hayatı boyunca günde 8 saat çalışan dişhekimleri, ne de hastalar için risk oluşturmadığını belirtmişler, işitme sistemi için ge-

çici rahatsızlıklar olabileceğini ama kalıcı rahatsızlıkların söz konusu olmadığını söylemişlerdir.

## Audometrik kontroller için gereksinim:

1960'larda dişhekimisi Dr. H.Kessler dişhekimliği muayenehanelerinde işitme sisteminin korunması ile ilgili konuların sözcüsü olmuştur. 1960 yılında dişhekimlerinin olası işitme kaybı ile ilgili problemlere dikkati çekmiş ve aynı zamanda düzenli audiometrik kontrolleri tavsiye etmiştir.



## Kulak tamponları

Aynı zamanda dentofasiyal konuşma danışmanı olan Dr. Kessler, işitme ve görmenin beş duyumuz arasında en önemli ikilisi olduğunu ve koku alma, tad ve dokunma duyularından daha çabuk bozulabildiğini belirtmiştir. İşitme kaybının dişhekiminin mesleki aktivitelerini engellemeyeceğini, ama psikolojisini, özellikle korku ve yalnızlık duygularıyla, kişisel ve kişilik problemleriyle olumsuz yönde etkileyeceğini belirtmiştir.

Kessler ayrıca bazı tip işitme kayıplarında baş dönmesinin de tabloya eklenme-

## ■ Dr. J.M. Hyson\*

Dişhekimliği pratiğinde önce pedallı ve daha sonraları elektrikli döner aletlerin kullanılmasına başlanması ve geliştirilmesi mesleğimizdeki şüphesiz en önemli buluşlardan biri olmuştur. 1914 yılında devrim olarak görülen, dakikada 3000 devir hızındaki elektrikli döner aletlerin keşfinden sonra, yüksek devirli aletler ile tanıştığımız 1950 lerin ortalarına kadar bir duraklama devri yaşanmıştır.

ABD ordusunda çalışan dişhekimisi Dr. John Borden ve Robert Nelsen'in 1956 yılında hava türbinleriyle ilgili projeleri, tam anlamıyla dişhekimliğinde yeni bir dönemi açmıştır.

Dakikada 300.000 devirli olan 'Borden Airotor', 1957 yılında S.S. White firması tarafından piyasaya sürülen ilk hava türbinli el aleti olmuştur. Bu alet, daha sonraları geliştirilecek olan ultra hızlı döner aletlerin öncüsü olmuştur.



sinin diş hekimini olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir. Ve dişhekimlerine bu aletlerle çalışmaları esnasında tamponları önermiştir.

1962 yılında Dr. Hopp, 64 California Üniversitesi öğrencisi ile yaptığı çalışmada öğrencilerde herhangi bir 'Akustik Travma' ya rastlamamış ama yinede kullanılan aletlerin ses tonunun ve frekans spektrumunun akustik travma potansiyeli olduğunu göstermiştir.

1963 yılında Dr. Schubert ve Glorig, iç kulak yapısının döner aletlerin oluşturduğu seslere çok uzun dönem maruz kalması sonucu daimi hasar görebileceğini ve ağrı duyularını uyaracağını belirtmişlerdir.

1965 yılında Dr. Taylor ve arkadaşları, 70 dişhekimini ve 29 öğretmende işitme kaybını karşılaştırdıkları bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışma sonunda, tribün sesine 2-3 yıl maruz kalan dişhekimlerinin işitme eşliğinde belirgin bir şekilde azalma tespit etmişlerdir.

1968 yılında Dr. Von Krammer, türbinlerin neden olabileceği Kronik Akustik Travmaya karşı uyarılmış ve kişisel kulak tampon ve tıkaçları tavsiye etmiştir.

1969 yılında Dr. Ward ve Holmberg, Minnesota'da 156 gönüllü dişhekimini kontrol etmiş ve bunun sonunda yüksek devirli aletlerin işitme sistemine vereceği hasarın az olduğunu ama önemsenmesi gerektiğini belirtmiştir.

1972'de Dr. Weatheron ve arkadaşları, Tennessee Üniversitesi'nde 30 dişhekimliği öğrencisi ve klinik personeli ile yaptıkları bir çalışmada, klinik çalışanlarının işitme seviyelerinin öğrencilerinden daha düşük olduğunu görmüşlerdir. Bunu yaş farkına ve klinik içindeki gürültünün uzun süreli etkisine bağlamışlardır.

1974 yılında Amerikan Dişhekimleri Birliği Dental Materyaller ve Aletler Konseyi, ultra yüksek hızlı döner aletlerin sesine uzun süre maruz kalmanın işitme sisteminde hasara neden olabileceğini kabul etmiştir. Konsey dişhekiminin yaş ve fiziksel durumunun, sese maruz kalma süresinin, sıklığının da bunu etkilediğini belirtmiştir.

Eski model türbinler 8000 Hz'lik bir ses seviyesine sahipken, yeni modeller de bu seviye 2000-6000 Hz'e kadar düşmüştür. 1000 Hz'den yüksek her ses işitme sistemi için tehlikelidir.

Konsey korunma amacıyla döner aletlerin optimum bakımını, muayenehanedeki diğer gürültünün azaltılması için gerekli yapılanmayı (ses izolasyonu, uygun yer ve tavan döşemeleri, kompresörün ve diğer ses çıkartan aletlerin uygun yerleşimi) ve kulak tamponları ile kişisel korunmayı tavsiye etmiştir.



1978 yılında Dr. Park da yaptığı çalışma sonucunda, hekimin çalışma pozisyonuna göre bir kulağın diğerinden daha fazla etkilenebileceğini belirtmiştir.

1978 de New York'da Dr. Franco ve arkadaşları tarafından işitme kaybını değerlendirmek amacıyla tek kanallı audiometer le yapılan 72 dişhekimini kapsayan bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda aynı yaş gruplarındaki dişhekimleri ve halktan insanlar karşılaştırıldığında, işitme dereceleri açısından istatistiksel olarak bir farklılık görülmemiştir. Araştırmacılar dişhekimliği pratiğini yapma süresi ve işitme azalması arasında doğru bir orantı olduğunu, dişhekimisi olmayan toplulukla kıyaslandığında da bunun meslekten bağımsız ve yaşla orantılı olduğunu göstermişlerdir.

1980'li yılların başlarında tıp doktorları da yüksek seslere maruz kalmanın iç kulağa geçici veya daimi hasar verebileceğini kabul ettiler.

1980 yılında Dr. Zubick ve arkadaşları, 111'i türbin kullanan dişhekimini, 26'sı uzman dişhekimini ve 80 tıp doktoru olmak üzere toplam 217 kişide yaptıkları çalışmada iki grup dişhekiminde de tıp doktorlarına göre işitme kaybında anlamlı farklılıklar görmüşlerdir. Bu çalışmada ayrıca sağ elini kullanan dişhekimlerinin sol kulaklarında daha fazla işitme kaybı bulunurken, sağ elini kullanan tıp doktorlarında bir farklılık gö-

rülmemiştir. Sol kulağın çalışma esnasında türbine daha yakın olduğu ve bu yüzden 'toksik ses derecesi' 'ne daha çok maruz kaldığını belirtmişlerdir.

1984 de Dr. Sheldon ve Sokol, ses nedenli işitme kaybının farkına varılmadan ağrısız bir şekilde ilerlediğini ifade etmiştir.

1985'te Dr. Coles ve Hoare, iki dişhekiminde ses nedenli işitme kaybı vakası bildirmişlerdir. Ayrıca kulak-burun-boğaz uzmanları ve işitme uzmanlarının dişhekimliği muayenehanelerindeki sesli ortamın işitme gücünü ve kulak çınlamasına neden olacağı görüşüne katılmadıklarını belirtmişlerdir.

1990 yılında Dr. Wilson ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada modern cihazların doğru kullanıldıkları takdirde belirgin bir işitme kaybı riski oluşturmayacakları belirtilmiştir.

1992'de Dr. Merrell ve Claggett, dişhekimlerinin düzenli olarak işitme kaybı ile ilgili muayene olmalarını ve kulak koruyucuları kullanmalarını tavsiye etmiştir.

1995 yılında Dr. Fabry, dişhekimlerinin halktan farklı olarak bir risk taşıyıp taşımadığını araştırmış ve türbinler ve işitme kaybı arasında sebep-sonuç ilişkisi olduğuna dikkat çekmiştir.

Amerikan Mesleki Güvenlik ve Sağlık Kanunu (OSHA) rehberinde, türbinlerin 100 desibel gürültüye sahip oldukları ve buna da günlük 8 saatten fazla maruz kalmanın tehlikeli olabileceği belirtilmiştir. Daha eski türbinlerin ise 100 desibelden fazla sese sahip oldukları ve bunlarla da 2 saatten fazla çalışılmaması gerektiği tavsiye edilmiştir.

1999 yılında Hinze ve arkadaşları da yaptıkları çalışma sonucu dişhekimlerine kulak tamponlarını tavsiye etmişlerdir.



**Çeviren: Sertaç Peker**

\* JADA 2002/133 den çevrilmiştir

İşitme ile ilgili detaylı bilgiyi ve bazı işitme testlerini aşağıdaki sitelerden inceleyebilirsiniz.

<http://www.hearthisorg.com/>

<http://www.healthyhearing.com>

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

<http://www.westernhearing.com.au/>

<http://www.jarrettsville.org/myhearing/>

# GNU felsefesi ve Linux işletim sistemi



■ A. Murat Eren\*

**GNU felsefesi özet olarak yazılım alanında yapılan üretimlerini insanlığın ortak malı olarak düşünen insanların geliştirdiği bir akım. Bugünün insanının, bir yazılımı kullanan kişinin, kullandığı yazılım üzerinde, yazılımı üreten kişi kadar hakka sahip olmasını kabul etmekte güçlük çekmesi çok doğal... Özgür yazılım akımı ile beraber, GPL şemsiyesi altında geliştirilen bir yazılım özel bir çaba sarf etmeye gerek bırakmadan, başlangıcından sonuna değin toplamun ve bilimin yararına geliştirilmiş oluyor.**

**G**ün geçtikçe kalabalıklaşan bir topluluğa yön veren GNU Felsefesini ve Özgür Yazılım Akımını duymadıysanız bu yazıya bir göz gezdirmenizde fayda var.

Bu yazıyı okumak ve bahsedilen düşünceleri özümseyebilmek için bilgisayar konusunda uzman olmanız kesinlikle gerekmemektedir. Fakat, başlamadan önce, kavramların aynı anlamlarını kullandığımızdan emin olmak için aşağıdaki bazı bilgisayar terimlerin tanımlarını yapmak yerinde bir hatırlatma olacaktır: **Donanım** (Hardware): Bir bilgisayarın veya başka bir benzer sistemin fiziksel, dokunulabilir, gerçek parçaları (ses kartınız, işlemciniz, disk sürücüleriniz, monitörünüz, yazıcınız gibi).

**Yazılım** (Software): Donanımlar üzerinde elektronik olarak saklanabilen bilgisayar programları ya da verilerin tümüne verilen isim (işletim sisteminiz, mp3 dosyalarınız, mp3 çalıcı programınız, metin belgeleriniz gibi).

**Kaynak Kod** (Source Code): Bir programın, herhangi bir programlama dili ile yazılmış, insana yakın orijinal formu. Programlar, kaynak kodların çeşitli derleyicilerden geçirilerek bilgisayarın anlayabileceği bir forma dönüştürülmüş halleridir. Örneğin mp3 çalıcı programınızı bilgisayarınızda çalıştırabilirsiniz fakat onun nasıl çalıştığını anlayabilmeniz için kaynak koduna bakmanız gerekir. En ilkel hali ile kaynak kod için, ait olduğu programın bilgisayara ne yaptığını ve nasıl çalıştığını tam olarak anlayabilmemizi sağlayan yazılı halidir diyebiliriz.

## **Stallman: Bilgi paylaşılmalıdır**

Bu çok kısa ve genel bilgilendirmenin ardından, "Bilim ancak kolektif olarak gelişir ve bilgi paylaşılmalıdır" diyen Richard M. Stallman'ın öncülüğünü gerçekleştirdiği GNU'nun ne anlama geldiğini açıklayarak başlayalım ve Stallman'ın söylediği, kimsenin hayır diye-

meyeceği bu söz ile 1984 yılında başlayan GNU hareketi arasında nasıl bir bağ olduğundan bahsedelim.

GNU'nun açılımı, 'GNU is Not Unix'tir. Yani GNU, 'GNU, Unix değildir' anlamına gelmekte olan özyinelemeli (rekürsif) bir kelimedir. Richard M. Stallman, 1970'li yıllarda MIT (Massachusetts Institute of Technology)'nin Yapay Zeka laboratuvarlarında serbest yazılımı bir yaşam şekli olarak benimsemiş bir grupla beraber 1980'li yılların başına kadar yazılım geliştirici olarak çalışmıştır. Bu grup ile olan birlikteliğinin sona erişinin ardından kendisini o dönemlerde ivme kazanan bazı akımlardan dolayı benimsenmeye başlanılmış yeni bir sosyal sistem içerisinde bulmuştur, Stallman bir röportajında\* o günleri şu şekilde nitelendirmekte: "Kendimi özgür olmayan (kaynak kodu kapalı olan) yazılımların hakim olduğu ve kullanıcıların yardımsız bırakıldığı, parçalanmış ve birlikte çalışmanın korsanlık olarak nitelendirildiği çirkin bir sosyal sistemin içinde buldum. Bu tür bir yaşantıyı reddettim. Ancak işimi özgürlüğe ve birlikte çalışmaya adanmış zaman yaptıklarımın gurur duyabileceğime karar verdim."

## **Özgür yazılım ücretsiz mi olmalıdır?**

Ve 1984 yılında tamamen özgür yazılımların meydana getirdiği bir işletim sistemi ve işletim sisteminin araçlarının geliştirilmesi çalışması böylece başlamış oldu, işte bu çalışmanın adı GNU idi. Yazılan özgür yazılımların bir şemsiye altında toplanması için 1985 yılında yine Stallman tarafından FSF (Free Software Foundation) kuruldu ve GNU yazılımları korumak üzere GPL (General Public Licence) adı verilen yazılım lisansı duyuruldu. GPL lisansı ile lisanslanan özgür yazılımların amaçları özgürlüklerini korumaktan başka bir şey değildir. Özgür yazılımlar hakkında sık rastlanan



bir yanlış anlama, özgür yazılımların ücretsiz olduğudur; genellikle böyle olmakla beraber, özgür yazılımlar ücretli olabilirler, fakat kaynak kodları ücretlendirilmelerinden bağımsız olarak açıktır. Bir yazılımın, 'özgür yazılım' olarak değerlendirilebilmesi için yazılımın kullanıcılarına neleri sağlaması gerekir?

- Yazılımı kullanan kişi onu her türlü amaç için çalıştırmakta özgürdür. Özgür yazılımlar kullanıcıları kısıtlamazlar.
- Yazılımı kullanan kişi yazılımın nasıl çalıştığını incelemekte ve kendi özel ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilmesi için yazılım üzerinde değişiklik yapmakta özgürdür. Kendisi yeterli bilgiye sahip değilse bunu bir başkasına da yaptırabilir.
- Yazılımı kullanan kişi elindeki yazılımı dağıtmakta ve toplum ile paylaşmakta özgürdür.
- Yazılımı kullanan kişi yazılımı geliştirmekte ve geliştirdiği yeni halini toplum ile paylaşmakta özgürdür.

GPL'nin bu hükümlerine bakıldığında 'yazılımı yazar' kişi ile 'yazılımı kullanan' kişi sanki birbirine karıştırılmış gibi görünüyor. İnsanın, özellikle günümüz koşullarında bir yazılımı kullanan kişinin, kullandığı yazılım üzerinde, yazılımı üreten kişi kadar hakka sahip olmasını kabul etmekte güçlük çekmesi çok doğal... Özgür yazılım akımı ile beraber, GPL şemsiyesi altında geliştirilen bir yazılım özel bir çaba sarf etmeye gerek bırakmadan, başlangıcından sonuna değin toplumun ve bilimin yararına geliştirilmiş olur. Çünkü bu lisans ve yaklaşım sayesinde,

- Yazılım geliştiricileri tekerleği yeniden keşfetmekle vakit harcamaz, daha önceden üretilmiş olan araçları yazılımlarına ekleyerek bunlar üzerine yeni şeyler inşa edebilir.
- Aynı işi yapan yazılımların en iyi yönleri alınarak kullanıcılara optimum çalışan, kaliteli yazılımlar hızla sunulabilir. Kullanıcılar var olan yazılımlar arasından istediğini deneyerek kendi ihtiyaçlarını rahatça seçebilir.
- Kullanıcılar özgür yazılımlara çok makul fiyatlar ile ya da -çoğunlukla- sıfır maliyetle sahip olabilir, dolayısıyla yazılım ücretlerine ayırdıkları kaynaklarını donanımına ya da diğer ihtiyaçlarına ayırabilir, yaşam ve çalışma standartlarını yükseltebilirler.
- Yazılımın kaynak koduna da sahip ol-

duklarından, kullanıcılar kritik yazılımların nasıl çalıştığını anlamak için kaynak kodlarına bakabilir, isteklerine göre özelleştirebilir ve kaynak tasarrufu sağlayabilir. Elbette kullanıcılar yazılım üretimi konusunda bilgili olmak zorunda değildir, ne bir programcı kiralamak kullanıcı için, ne de var olan bir yazılım



**Siz kabul etmeseniz de, özgür yazılımlar ve Linux sizin kullanmanız için hiç bir karşılık beklemeden size sunulmuş birer hediyedir. Sizin malınızdırlar, ve onlara sahip çıkmak ya da çıkmamak özgürlüğü de diğer tüm özgürlükleriniz gibi sizin elinizdedir. Bu akım ve bu akımın ürettikleri, toplumların refah seviyesini yükseltmek için çalışan bilime ve gelecek nesillere bir mirastır.**

üzerinde değişiklik yapmak bir programcı için zordur.

Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda, özgür yazılım akımı bilişim dünyasının acımasız çarkları arasında açan bir çiçek gibidir. GPL'nin zekice düşünülmüş hükümleri sayesinde bu akımın önü kendi menfaatlerinden dolayı kapalı kaynak kodu savunan, küçük bir kitleyi doyuran egoist yazılım devleri tarafından bir türlü kesilememektedir ve Free Software Foundation'un kurulduğu 1985 yılından bu yana internet teknolojisinin de hızla yayılması ile bu akım bütün ülkelere sıçramış durumdadır. Açık kaynak kodlu özgür yazılımlar yukarıda bahsedilen özellikleri ile şu avantajları da beraberinde getirmektedir:

- **Güvenilirlik:** Açık kaynak kodlu yazılımların belki de en büyük artışı olan güvenilir oluşları, kimi çevreler tarafın-

dan doğru olmayan bir mantıkla bir dezavantaj gibi gösterilmeye çalışılmakta ve topluma 'Açık kaynak kodlu bir yazılımın tam olarak nasıl çalıştığı kaynak koduna bakılarak bilinebildiği için yazılımın barındırdığı güvenlik problemleri saldırganlar tarafından kolaylıkla tespit edilip kullanılabilir' gibi bir düşünce yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Fakat açık kaynak kodlu bir yazılım, doğası gereği geliştirilmesi sürecinden kullanımı zamanına değin on binlerce göz tarafından denetlenmektedir. Var olması muhtemel bir güvenlik problemi ya da kötü niyetli bir programcı tarafından bilinçli olarak yerleştirilebilecek bir kod parçası yazılım sizin elinize ulaşmadan tespit edilmekte ve hızla düzeltilmekte ya da size ulaşması engellenmektedir. Ayrıca kimse, binlerce insanın kolektif bir şekilde geliştirdiği bir yazılımın güvenilmez olduğunu iddia edersen, sınırlı sayıda kişinin geliştirdiği ve kaynak kodunu kapattığı bir yazılımın güvenilirliğini kimin, nasıl garanti edeceği sorusuna yanıt veremez.

- **Sağlamlık:** Yine açık kaynak kodlu yazılımların doğal geliştirme süreci içerisinde çok sayıda insan tarafından denenmeleri ve kaynak kodlarının gözden geçirilmesi sonucunda ortaya yüksek kalitede, stabil ve kuvvetli yazılımlar çıkmaktadır.

- **Esneklik:** Kaynak kodu açık bir yazılım hızla ve kolaylıkla yeni bir sistem üzerinde çalışacak şekilde yeniden yapılandırılabilir, bir kısmı çıkarılarak kapsamı daraltılabilir ya da eklenen yeni fonksiyonlarla kapsamı genişletilebilir.

- **Uygulama Desteği:** Çok geniş bir yelpazede ve çeşitlilikteki bir çok açık kaynak kodlu özgür yazılım her gün duyurulmaktadır. Herhangi bir konudaki ihtiyaç açık kaynak kodlu yazılımlarla hızlı ve kaliteli bir şekilde çözüme kavuşturulabilmektedir.

Hepsinden ötesi, bahsedilen yazılım sizin kendi malınız olmaktadır. Yukarıda da bahsedilen GPL lisansı uyarınca üretilmiş bir yazılım üzerinde, onu hazırlayan kişi kadar hakka sahip olmanız inanılmazı güç bir şeydir. İnsanların bu durum karşısında şu şekilde bir değerlendirme yapması çok sık rastlanan bir durumdur: 'Bir yazılımın kaynak kodunun açık ya da kapalı olması, özgür olması ya da olmaması benim için neyi değiştirir?'

Aslında çok şeyi değiştirmektedir.

Bu şekilde düşünen kişilerin bir kısmı, bilgisayarlarında lisans bedelleri ödemiş, kopya yazılımlar kullanmaktadırlar, dolayısıyla ellerindeki yazılımların yasal kısıtlamaları ve hükümlerinden dolayı hırsız durumuna düşmekte ve yasaları çiğnemektedirler; sırf ihtiyaçlarını karşılamak istedikleri için hayatları boyunca yapmayı akıllarından bile geçirmeyecekleri suçları işlemiş sayılmaktadırlar.

Bir kısmı da bilgisayarlarında kullandıkları yazılımların lisans bedellerini ödemekte, fakat kullandıkları yazılımın lisans hükümleri uyarınca lisans bedeli ödenmiş yazılımlarının bir kopyasını çok yakın arkadaşları dahi istese ona 'hayır' demek durumunda kalmaktadırlar. Demedikleri taktirde de arkadaşlarını ilk kısımdaki insanlar genellemesine itmektedirler. Yani lisans bedelini ödedikleri taktirde dahi bir yazılıma sahip olamamakta, yazılımı özgürce kullanamamakta, özgür olamamaktadırlar. İşte bu durum, Richard M. Stallman'ın "bu yaşam şeklini reddettim" dediği yaşam şeklidir. Peki bunca koşuşturma arasında Linux'un yeri nerededir? (Linux, linuxs şeklinde telaffuz edilir).

### GNU hareketinin meyvesi: Linux

Linux, Linus Torvalds adında Finlandiyalı bir bilgisayar mühendisinin 1991 yılında Helsinki Üniversitesi'nde bir öğrenci iken kişisel bilgisayarında kullanmak üzere geliştirmeye başladığı bir işletim sistemi çekirdeğidir (işletim sisteminin çekirdeği, işletim sisteminin beyni diye tabir edebileceğimiz kısımdır). İnternet'te yaptığı duyuru sonucunda tüm dünyadan bir çok programcının da desteğiyle hızla gelişmiş ve halen aynı destek ile gelişmekte olan açık kaynak kodlu, özgür bir yazılımdır. Hızlı bir sürecin sonunda Linus'un geliştirdiği çekirdek, GNU hareketinin bir meyvesi ve aynı zamanda taşıyıcısı haline gelmiştir. GNU için yazılmış özgür yazılımlar çok kısa süre içerisinde Linux çekirdeği ile uyumlu çalışabilecek hale getirilmiş ve

ortaya güçlü, esnek ve açık kaynak kodlu bir işletim sistemi çıkmıştır. GNU/Linux olarak anılması gereken işletim sistemi zaman içerisinde telaffuz kolaylıklarından ötürü Linux olarak anılmaya başlanmıştır. Şu anda GNU yazılımlarını ve diğer özgür yazılımları bir araya getiren ve tüm bunları bir Linux çekirdeği ile beraber toplu, derlenmiş ve kurulumu çok kolay bir işletim sistemi olarak piyasaya süren irili ufaklı bir çok çalışma mevcuttur. Fedora, Debian, SuSe, Mandrake, Slackware bunlardan çok bilinen bir kaçıdır. Her biri, normal bir bilgisayar kullanıcısının biraz dikkat ederek bilgisayarına kurabileceği ve neredeyse hiç yabancılık çekmeden kullanabileceği kadar rahat bir kurulum arayüzüne sahip bir şekilde dağıtılmaktadır. Bu dağıtımlar üniversitelerin Bilgi İşlem Dairesi başkanlıklarından, bilgisayar mühendislikleri bölümlerinden ya da sadece dağıtım işini üstlenmiş internet sitelerinden çok cüzi miktarlar karşılığında temin edilebilmektedirler.

Türkiye'de de dünyanın her yerinde olduğu gibi Linux ile tanışmak isteyen ve yukarıda vaad edilen şekilde bir bilgisayar yaşantısına adım atmak isteyen kişileri bir araya getirmek ve desteklemek vazifesini üstlenmiş ciddi ve özverili organizasyonlar mevcuttur. LKD (Linux Kullanıcıları Derneği), tüm Linux camiasının buluşma noktası olmayı hedefleyen ve bütün özgür yazılım hareketlerine kucak açmış bir dernektir. Her yıl düzenlenen ve 4 gün süren Linux Şenlikleri ile 3-4 paralel salonda yapılan seminer oturumları ile insanlar Linux ile ilgili çeşitli konularda bilgilendirilmekte, hiç bilmeyenlerden profesyonel bilgisayar kullanıcılarına kadar herkesin faydalanabileceği etkinliklere Türkiye'nin dört yanından konuşmacılar ve izleyiciler katılmaktadır. E-posta listelerinde özgür yazılım ve linux konusunda yardım almak isteyen kişilere yardım edilmekte, düzenli ve gezici seminerler ile kitleler ücretsiz bilgilendirilmektedir. Türkçeleştirme, yeni özgür yazılımların geliştirilmesi gibi çalışmalara destek ve-

rilmektedir.

Şu anda nerede ise tüm üniversite bilgi işlem merkezlerinin yanı sıra, NASA, IBM, HP, Boeing, HSBC, CityBank, SonyEricsson, Nokia, Siemens, Samsung, General Motors, Hyundai, Oracle, E-Toys gibi çok büyük kuruluşlar Linux kullanmakta ve bir şekilde özgür yazılımlara destek olmaktadır.

### 'Özgür yazılım kullanmayı hak ediyorsunuz'

Peki, şu anda nasıl linux sahibi olabilir ve onu kullanmaya başlayabilirsiniz? Bu sorunun yanıtı da çok basit:

- En yakın üniversitenin bilgi işlem daireesine 3 adet boş CD ile gidip size tavsiye ettikleri bir Linux dağıtımını çekmelerini rica edin.
- <http://liste.linux.org.tr/> adresine girip 'linux-baslangic' isimli e-posta listesine üye olun ve listeye 'ben linux kullanmak istiyorum, bana yardım edin' diyin. Sonrasının nasıl geldiğine siz de şaşıracağsınız.

Bütün bunlar sanki bir pazarlama şirketinin serzenişleri gibi görünmekte, insanın aklına 'Peki bunca insan neden bu fikrin peşinden koşuyor? Bu kişilerin menfaati nedir?' soruları takılmaktadır. Siz kabul etmeseniz de, özgür yazılımlar ve Linux sizin kullanmanız için hiç bir karşılık beklemeden size sunulmuş birer hediyedir. Sizin malınızdırlar, ve onlara sahip çıkmak ya da çıkmamak özgürlüğü de diğer tüm özgürlükleriniz gibi sizin elinizdedir. Bu akım ve bu akımın ürettikleri, toplumların refah seviyesini yükseltmek için çalışan bilime ve gelecek nesillere bir mirastır. Richard M. Stallman'ın söylediği gibi, 'Özgür yazılım kullanmayı hak ediyorsunuz'.

Bilg. Müh.,  
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,  
Bilgisayar Mühendisliği Bölümü.  
e-mail: meren@comu.edu.tr

### Linkler:

[www.lkd.org.tr](http://www.lkd.org.tr) Türkiye Linux Kullanıcıları Derneği.  
[www.linux.org.tr](http://www.linux.org.tr) Özgür yazılım kullanıcılarının buluşma noktası.  
[www.belgeler.org](http://www.belgeler.org) Linux ve özgür yazılımlar hakkında derlenmiş bir çok Türkçe belge.  
[www.gnu.org](http://www.gnu.org) GNU resmi web sitesi.

\*Bahsi geçen röportaj, 2000 yılı Aralık ayında Umut Gökbayrak tarafından gerçekleştirilmiştir. Röportajın tamamı, <http://www.umutgokbayrak.com/showdoc.php?docid=12> adresinde yer almaktadır.

**Türkiye'de de Linux ile tanışmak isteyeneri bir araya getirmek ve desteklemek vazifesini üstlenmiş ciddi ve özverili organizasyonlar mevcut. LKD (Linux Kullanıcıları Derneği), bu örgütlerden biri.**



**Linux Kullanıcıları Derneği**



### ■ Mustafa Güler\*

Ülkemizin ekonomik yapısında ortaya çıkan değişimler sonrasında her alanda olduğu gibi sağlık alanında da rekabet istekleri ile karşılaşmıştır. Rekabet için de, diğer sağlık kuruluşlarının önüne geçebilmek için ilk yapılan şey reklam olmuştur. Kimi zaman açık kimi zaman gizli reklamlar her türlü ortam kullanılarak "tüketiciye" ulaştırılmaya çalışılmıştır. Türk Dişhekimleri Birliği ilgili hukuksal düzenlemelerden gelen yetkilerini kullanarak dişhekimlerinin ve dişhekimliği alanında faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarının reklam yapmasının önüne geçmeye çalışmıştır/çalışmaktadır. Bu çabanın iki gerekçesi bulunmaktadır: Birincisi hukuksal düzenlemelerin reklamı yasaklamış olması ikincisi ise sağlık hizmeti sunanların reklam yarışına girmelerinin yaratacağı kısır döngünün önlenmesi gayretidir. Hukuksal düzenlemelere baktığımızda dişhekimlerinin, dişhekimliği alanında faaliyet sunan özel sağlık kurum ve kuruluşlarının reklam yapmalarının yasak olduğu görülmektedir. Ülkemizde dişhekimliği uygulamalarının esaslarını

# Reklam... Nereye kadar?

belirleyen temel yasa 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanundur. Anılan Yasa'nın 40.maddesi "İcrayı sanat eden diş tabipleri ve dişçiler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini bildiren ilânlar tertibine mezun olup diğer suretlerle reklâm ve saire yapmaları memnurdur." hükmünü içermektedir. Görüldüğü gibi hükümde dişhekimlerinin yapacağı ilanlarda uyulması gereken kurallar hiçbir kuşkuya ve yoruma yer bırakmayacak derecede açık olarak düzenlenmiştir.

Uyulması gereken etik kurallar ise Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinde belirlenmiştir. Anılan Tüzükte de Yasadaki hükme paralel bir düzenleme getirilmiştir:

Madde 8 - Tabiplik ve diş tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilemez. / Tabip ve diş tabibi, yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olup, ne suretle olursa olsun, yazılarında kendi reklâmını yapamaz. / Tabip ve diş tabibi, gazetelerde ve diğer neşir vasıtalarında, reklâm mahiyetinde teşekkür ilânları yazdıramaz.

Madde 9 - Tabip ve diş tabibi, gazete ve sair neşir vasıtaları ile yapacağı ilânlarda ve reçete kâğıtlarında, ancak ad ve soyadı ile adresini, Tababet İhtisas Nizamnamesine göre kabul edilmiş olan ihtisas şubesini, akademik ünvanını ve muayene gün ve saatlerini yazabilir.

Her iki düzenleme de dişhekimliği mesleğine ve tedavi kurumlarına ticari bir görünüm verilmesi ile insan sağlığı ile ilgili bir alanda çalışan dişhekimlerinin reklam yapmalarını yasaklamaktadır.

Reklam bir mal ya da hizmetin talebini arttırmak yada insanların mal ya da hizmete talebini yaratmak üzere yapılan her türlü yayın olarak tanımlanabilir. Sağlık alanında reklamın yaratacağı olumsuz etkileri öngören yasa koyucu bunu yasaklamayı uygun görmüş ve

bunu mümkün olan en açık bir biçimde kaleme almıştır.

Yaşam deneyimlerimizden bilmekteyiz ki, bütün bu düzenlemelerdeki yasaklamalardan kaçınmak ve daha etkili olabilmek için son zamanlarda haber adı altında yayınlanan gizli reklamlar tercih edilmektedir. Bu sebeple televizyonların ana haber bültenleri içinde özellikle sağlık kuruluşlarının ismi de verilmek suretiyle haber/reklamlar yayınlanmakta, basında da özellikle gazete eklerinde haber görünümlü yazılar yazdırılmaktadır. Ortaya çıkan bu yönelim özel sağlık hizmeti sunumu alanında da kendini göstermiştir. Özel poliklinik, merkez veya hastanesine bir yer edinme, edindiği yeri genişletme amacıyla dişhekimlerinin açık-örtülü reklamları iletişim mecralarında yerini almıştır. Bu şekilde yayınlanan gizli reklamların da sonuçta reklam olarak değerlendirildiği ve gerekli yaptırımlarla karşılandığının unutulmaması gerekir.

Ayrıca bir özel sağlık kuruluşu veya dişhekiminin reklam yapmaya başlaması diğerlerinde kendilerinin de reklam yapmaları gerektiğine dair düşüncüyü yaratmakta; dişhekimliği alanında sunulan hizmetlerin reklamları her geçen gün daha yoğun, daha maliyetli bir şekilde sunulmaktadır. Reklamlar ile toplumun bilinçlendirilmesi suretiyle dişhekimine başvuran hasta sayısı ve başvuru sıklığının artırılması değil mevcut hastaların başvuru adreslerinin değiştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu şekilde, daha fazla kâr elde etmek için yapılan faaliyet bir süre sonra dişhekimlerinin bütününü düşündüğünde yıkıcı etkiler ortaya koymaktadır.

Bütün bu sebeplerle dişhekimliği hizmetinin sunumunda mesleki rekabet dışında bir rekabetin olmaması için her türlü çabanın gösterilmesi dişhekimliği mesleği ve toplum sağlığı için büyük önem taşımaktadır.

\* Avukat, TDB Hukuk Danışmanı





# İdari para cezaları ve mevzuatlardaki son değişiklikler

## ■ Baset Demirbuğa\*

**4** 958 Sayılı Kanuna göre SSK' da uygulanmakta olan idari para cezalarında değişikli yapılmıştır. Ana başlıklar halinde yapılan değişiklikler.

### İşyerini bildirmeyen;

Bilanço esasına göre defter tutmak zorunda olanlar Asgari Ücretin 3 katı 918.000.000.TL

Diğer defter tutmak zorunda olanlar Asgari Ücretin 2 katı 612.000.000.TL  
Defter tutmakla yükümlü olmayanlar Asgari Ücret Tutarında 306.000.000 TL

### Sigortalıyı bildirmeyen;

Sigortalıyı Bildirmeyen Asgari Ücret Tutarında 306.000.000 TL  
Sigortalıyı Bildirmeyen (Çalışma izni-

nin olmaması durumunda) Asgari Ücretin 2 katı 612.000.000 TL

### Bildirge vermeyen;

Asıl nitelikte olması halinde belgede kayıtlı sigortalı başına Asgari Ücretin 1/5 tutarında 61.200.000 TL

Ek belge niteliğinde olması halinde sigortalı sayısına bakılmaksızın Asgari Ücretin 1/8 tutarında 38.250.000 TL

Hiç belge vermeyenlere ise sigortalı sayısına bakılmaksızın her ay için Asgari Ücretin 3 katı 918.000.000 TL

### Belge ibraz etmeyen;

Bilanço esasına göre defter tutmakla yükümlü iseler Asgari Ücretin 12 katı 3.672.000.000 TL

Diğer defter tutmakla yükümlü iseler Asgari Ücretin 6 katı 1.836.000.000.TL  
Diğer defter tutmakla yükümlü değil iseler Asgari Ücretin 3 katı 918.000.000 TL

Belgenin işçiler tarafından da görülebi-  
lecek bir yere asılmaması halinde asgari  
ücretin 2 katı 612.000.000 TL

Vizite kağıdının verilmemesi halinde  
asgari ücret tutarında 306.000.000 TL  
tutarında işverenler idari para cezası ö-  
demek zorunda kalırlar.

**1479 Sayılı Kanununun 20.Maddesinin 1. fıkrası 02.08.2003 tarih 25187 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 4956 Sayılı Kanunla değiştirilmiştir. 4956 Sayılı Kanununun 44. Maddesine göre; Bağ-Kur ve Diğer Sosyal Güvenlik Kanunlarına göre yaşlılık ve mallülük aylığı bağlananlar tekrar ticari faaliyet dolayısıyla işe başladıkları takdirde, işe başladıkları ayı takip eden ay başından itibaren Bağ-Kur'a 12.basamak priminin %10'u üzerinden**

(Şu anda 17.405.000.TL) Sosyal Güvenlik Destek Primi ödeyecekler.

### Diğer kanunlarda yapılan değişiklikler

12.11.2003 tarih ve 25287 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan 03.11.2003 tarih ve 2003/6345 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 48 ve 51. maddesine göre yıllık tecil faizi oranı ile aylık gecikme zammı nispetleri yeniden düzenlenmiştir.

6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 48. Maddesine göre halen yıllık %60 olarak uygulanmakta olan **Tecil Faizi yıllık % 36** olarak belirlendi.

Yine aynı kanununun 51. maddesine göre aylık % 7 olarak uygulanmakta olan **Gecikme Faizi her ay için % 4** olarak belirlendi.

12/11/2003 tarihinden önce vadesi geldiği halde bu tarihe kadar ödenmemiş olan amme alacaklarının bu tarihten itibaren ödenecek kısımlarına yukarıda belirtilen nispetlerde gecikme zammı uygulanacaktır.

Mükelleflere vergi dairelerine gelmeksiz, vergilerini bankalar aracılığıyla ödenmesi konusunda bir zorunluluk getirilmesi planlanmaktadır.Pilot olarak ilk aşamada tahsilata ilişkin altyapının hazırlanmış olmasının bir sonucu olarak Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde bulunan gelir ve kurumlar vergisi mükelleflerinden başlatıldı.

\* TDB Mali Müşaviri



## HealOzone

Acısız, çürük tedavi sistemi

Delme yok, doldurma yok, iğne yok

**H**ealOzone teknolojisi sayesinde bir çok vakada diş çürüklerinin delinerek temizlenmesine gerek kalmamıştır. OZON gazı herhangi bir virüsü, bakteriyi, mantarı anında yok eden bir gazdır. Devrimseldir çünkü ilk defa bir dişhekimini sizi tedavi ederken dişinizin bir kısmını delmek zorunda değildir. Dişinizde çürük oluşturan mikro organizmalar size veya dişinize hiçbir zarar vermeden yok edilirler. Dikkat edilmesi gereken husus ise mikro organizmalardan arındırılmış dişin remineralize olmasıdır. Kendi kendini tedavi etmektedir! Dişte çürümüş bir alan varsa ve OZON ile tedavi edildiğinde herhangi bir doldurmaya ya da delmeye dolayısıyla anestezide de ihtiyaç yoktur.

### Bütün dişhekimiği vakalarında kullanılabilir mi?

Queen's Üniversitesi tarafından yayımlanan araştırmalar ve dişhekimlerinin denemelerle yaptığı araştırmalar göstermiştir ki bu teknoloji ısırma bölgesinde başlamış olan ve dişin diş eti ile birleştiği yerde başlamış olan çürük bölgelerde çok iyi sonuçlar elde etmiştir. Diğer araştırmalarla ilgili raporlar sırasıyla yayımlanmaktadır ve çok önemli bulgular elde edildiği, dişhekimiğinde de tıpkı tıpta elde edildiği gibi önemli tedavi alanlarına ulaşılacağı ispatlanmıştır. Çünkü OZON gazı temasa geçtiği tüm mikro organizmaları yok etmektedir dolayısıyla bu teknolojiden yararlanmayacak hiçbir dişhekimiği ve tıp alanı bulunmamaktadır.

### OZON gazı bizleri korumaktadır!

OZON fırtınalar sırasında atmosferde oluşan doğal bir gazdır. Güneş'ten gelen zararlı radyasyonu engelleyerek derimizi korur ve hayati bir rol oynar. Aynı zamanda Dünya'daki hayatın düzenleyicilerindedir. HealOzone OZON gazı üretir ve tamamen güvenlidir. Cihaz akıllıca tasarlandığından hiçbir şekilde mühür tam yerine oturtulmadığı sürece OZON gazı dişe verilmez. Diş bir kere tam olarak mühürlendiğinde OZON 10 ile 40 saniye arası dişe uygulanır (çürüğün durumuna göre). Özel mineral katkı içeren sıvı bu uygulamadan sonra dişe uygulanır ve hasta evde dişhekiminin vereceği hasta kitini kullanarak tetiklenmiş ve hızlandırılmış olan remineralizasyon safhasının sürekliliğini sağlar.

**Güney Diş Deposu**  
Tel: 0.212. 346 04 04



## ProPex

apex locater

ProPex gelişen elektronik teknolojilerinin getirdiği yenilikleri kullanarak ve endodonti alanındaki uzun süreli deneyler sonrası oluşturulmuş modern bir apex locaterdir. ProPex dizayn edilirken hekimlerin kullanım sırasındaki ihtiyaçları göz önüne alınarak ergonomik, kompakt, sağlam ve kolay kullanımı sağlayacak şekilde yapılmıştır. Propex'te ulaşılan çok frekanslılık hangi kanal koşulunda olursa olsun (ıslak-kuru) her durumda apikal foremeni net bir şekilde tesbitine imkan verir.

Propex'in geniş ekranı eğenin kanal içindeki kullanım yönünü gösterir. Ayrıca hekim ekranı göremediği zaman, sesli uyarı sistemi Propex'i kullanmasına olanak sağlar. Propex apikale yaklaştığında 2-3 mm kala 2 bip sinyali ile hekimi uyarır. Ayrıca 1 mm sonrasında milimetrenin 1/10 hassasiyet ile gerek görsel gerek işitsel bir şekilde kanal içindeki apikale göre eğenin konumunu tespit eder.

**Dentsply Maillefer**  
Tel: 0.216. 445 76 48

## Niveous Ofis Beyazlatma Sistemi

**E**şsiz olarak tasarlanmış olan In-Office Beyazlatma Sistemi diğer sistemlere kıyasla yarı sürede beyazlatma sağlamaktadır. Niveous diş beyazlatma sistemi bir hastaya uygulanacak olan ampuller şeklinde paketlenmiştir. Önceden karıştırılmış olan jel hidrojen peroksit ve portakal pigmenti karışımından oluşmaktadır. Set içerisinde "Booster" fırçaları bulunmakta olup diş üzerine sürülecek olan jelin dağıtımını sağlayarak beyazlatma etkisinin hızlanmasını sağlamaktadır. Her bir Niveous kit içerisinde 10 adet beyazlatma ampülü, 30 adet "Booster" brushes, Niveous Sıvı İzolasyon Materyali içermektedir.

[http://www.shofu.com/operative\\_esthetics.html](http://www.shofu.com/operative_esthetics.html)



## Isodan

hassasiyet giderici

**D**ental hassasiyetin uzun süreli olarak ortadan kaldırılmasını hedeflemektedir. Restoratif işlemler öncesinde veya dental iritasyonların (soğuk,sıcak gibi fiziksel etkenlerin, asit gibi kimyasal ajanların ve abrazyon gibi fizyolojik etkenler) neden olabileceği dental hiperesteziyi tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır.

<http://www.septodontinc.com/frame.php?prod=iso>

# Kurs Kongre, Sempozyum

## Belarus Dişhekimleri Birliği

### 3.Uluslararası Konferansı

24 – 26 Şubat 2004

Minsk, Belarus

tel: +375 17 223 33 91

fax: +375 17 223 33 86

medica@tc.by

www.tc.by

## 139. Kış Toplantısı

25 – 28 Şubat 2004

Şikago Dişhekimleri Birliği

tel: +1 3128367300

fax: +1 3128367339

lgirardi@chicagodentalsociety.org

## Dubai Dünya Dişhekimliği

### Toplantısı

28 Şubat –1 Mart 2004

Novotel, Dubai Dünya Ticaret

Merkezi, Dubai,

Birleşik Arap Emirlikleri

www.aeedc.com/courses.htm

## IDEM 2004 Uluslararası

### Dişhekimliği Fuarı ve Toplantısı

2 – 4 Mart 2004

Singapur

tel: +49 221 8212374

fax: +49 221 8213325

idem@koelnmesse.de

www.idem-singapore .com

## FDI Sürekli Eğitim 2004

6 – 7 Mart 2004

Kuala Lumpur, Malezya

Malezya Dişhekimleri Birliği

tel: +603 42571542

## Türk Dişhekimleri Birliği

### 11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

17 -22 Mayıs 2004

İstanbul

tel: 0212 219 66 45

fax: 0212 232 05 60

www.ido.org.tr

## 26. ASYA Pasifik Dişhekimliği Kongresi

28 Mayıs - 1 Haziran 2004

Hong Kong Kongre ve Fuar Merkezi

Hong Kong Dişhekimleri Birliği

tel:+852 2871 8787

fax:+852 2871 8898

confdept@hkam.org.hk

www.apdc2004.org

## Avrupa Pediatrik Dişhekimliği Akademisi 7. Avrupa Kongresi

Haziran 2004

Barcelona, İspanya

tel: +34 93 206 46 46

fax:: +34 93 204 97 32

www.eapd.gr

## FDI 2004 Yeni Delhi

### Dünya Dişhekimliği Birliği Kongresi

Pragati Maidan Konferans Merkezi,

Yeni Delhi

10-13 Eylül 2004

congress@fdiworldental.org

## Çanakkale Dişhekimleri Odası

### 7. Bilimsel Sempozyum

10-11 Ocak 2004

Çanakkale Kolin Hotel  
Kongre Merkezi Toplantı Salonu

#### Konuşmacılar:

#### Dr. Galip Gürel / EDAD Başkanı

Kron Köprü Protezleri İçin Dış Kesimi

Ölçü Teknikleri

Estetik Dişhekimliğinde En Son Yenilikler

Serbest Dişhekimliğinde Muayenehane Yöntemi

#### Prof.Dr. Cüneyt Oral

Anesteziler, Teknikler ve Komplikasyonlar

Rezeksiyon, Reimplantasyon

Muayenehane Şartlarında Cerrahi ile İlgili Sorunlar

SDE Yüksek Kuruluna kredilendirme için başvurulmuştur.

Tel – Fax : 0286 214 03 76

e-mail : disodackale@ttnet.net.tr

## Türk Endodonti Derneği

### 9. Uluslararası Endodonti Kongresi

22-24 Nisan 2004

#### Konuşmacılar:

#### M. Torabincjad (USA)

1. MTA'nın klinik kullanımı

2. MTAD yeni endodontik yıkama solüsyonu

#### Larz Spangberg (USA)

1- Hatalı endodontik tedavilerde tedavi tekrarı problemler ve çözümleri

2- Klinik endodontide hayaller ve gerçekler

#### S. Kim (USA)

1- Endodontik mikrocerrahide Operasyon mikroskobu kullanımı

#### R. Nair (İsviçre)

1- Apikal periodontitisin etyolojisi ve patolojisi

2- Dişlerin innervasyonu, hipersensitivite ve endodontik orijinli ağrı

#### P. Wesselink (Hollanda)

1- Yeni kök kanalı şekillendirme yöntemleri: Eksik sorunlar gerilerde mi kaldı?

2- Kök kanallarının dezenfeksiyonu ve tıkanması: Ne kadar gerçek?

#### W. Pertot (Fransa)

1- Son yıllarda Endodontide gelişmeler

#### P. Calas (Fransa)

1- (HERO shaper) kök kanalı şekillendirme aletlerinde son gelişme: Klinik kullanım