

T D B D

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi • Sayı 79 Şubat 2004





16 TBMM'yle protokol imzalandı

TBMM ile TDB arasında ağız-diş sağlığı hizmetlerinin Birliğe üye dişhekimlerinden alınması yönünde bir protokol imzalandı. Yapılan protokol kapsamında bu hakka sahip olanların teşhis ve tedavileri özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak ve fatura bedelleri TDB Asgari Ücret Tarifesi'ne göre ödenecek.



Mayıs'ta İstanbul'da

TDB. 11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi 20-22 Mayıs 2004 tarihlerinde İstanbul Dişhekimleri Odası'nın organizasyonu ile Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'nde gerçekleştirilecek. Kongre ve Expo-dental'le ilgili gelişmeleri Kongre Genel Sekreteri Mustafa Düğencioğlu'na sorduk.



'TDB'yi sanal ortama taşıyoruz'

TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyesi Mehmet Eskicioğlu TDB'nin bilişim teknolojileriyle ilgili çalışmalarını değerlendirdi. TDB'nin teknolojik gelişmeleri çalışmalarına uyarlama konusunda çok yenilikçi olduğunu söyleyen Eskicioğlu, TDB web sitesinin yenilenmesi çalışmalarını hakkında da bilgi verdi.



'Reform olumlu, sağlık hizmetleri zor'

Bir süredir gündemde olan Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı tartışmaların odağı olmaya devam ediyor. Konuyla ilgili çalışmalar yapan Sabancı Üniversitesi İstanbul Politikalar Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi Fikret Toksöz gündemdeki reformun demokratikleşme ve etkin yönetim açısından olumlu olduğunu, ama sağlık alanının sorunlarını çözmesinin zor olduğunu belirtiyor.



Avrupa'da KDV oranları

Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde sağlık alanında uygulanan KDV oranları, Avrupa Birliği'nde bir ortak KDV sistemi bulunmasına rağmen indirimli oran uygulanmasına izin verildiğinden farklılıklar gösteriyor. Maliye Bakanlığı AB Uzman Yardımcısı Hakan Karabacak konuyu dergimiz için kaleme aldı.



Bilecik Projesi tamamlandı

Türkiye'de ağız diş sağlığı düzeyinin artırılması amacıyla 1996 yılında Bilecik ilinin Osmaneli ve Gölpazarı ilçelerinde başlatılan ve kırsal kesimin tamamı da dahil olmak üzere yaklaşık 3000 öğrenciyi kapsayan okul ağız diş sağlığı programı sonuçları geçtiğimiz günlerde açıklandı.

- 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 Inceoğlu
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)

AKADEMİK DENTAL.....	71
BENLİOĞLU	59
BRAUN.....	05
CAN MEDİKAL	23-24-25
COLGATE.....	Ön kapak içi
DENTOSAN	73
DENTSPLY	48
EDAD	63
GIRAYLAR ORT. LAB.	57
GÜLOĞUZ DİŞ DEPOSU	33
GÜNEY DİŞ.....	13-37-69
İPANA	Arka kapak içi
LİDER DİŞ	38-39
METCO.....	47
MİCRON.....	17
ORAL B	04
ÖNCÜ DENTAL	19
RF SYSTEM	42
ROCHE	03
SENSODYNE	07
UNİMED.....	52-53
3M.....	06
VOCO	60



Celal K. Yıldırım
TDB Genel Başkanı

Deneyerek öğrenme yanlışına düşmeden...

Her yeni iktidarın yaptığı gibi AKP de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması çalışmalarını Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile kamuoyuna sundu. Tartışma sürerken haklı olarak geçmişin getirdiği ve acil olan sorunların çözümüne yönelik adımlar atılıyor.

Bu süreçte sağlık hizmetlerinin özelden alınması (TDB açısından koruyucu dişhekimliği hizmetleri temel alınmak koşuluyla; hangi hizmetlerin verileceği ve öncelikli grupların kimler olacağı belirlendikten sonra yapılması gereken bir uygulamadır) ve sağlık çalışanlarının özlük haklarının iyileştirilmesine yönelik döner sermayedeki puanlama sistemiyle ilgili düzenlemeler yapıldı.

Ne yazık ki süreç yaz boz tahtası gibi işliyor. Bazı illerimizde kısa bir süre de olsa dişhekimliği hizmetleri özel hastanelerden ve bazı yerlerde polikliniklerden alındı. Uygulamayla ilgili Maliye ve Sağlık Bakanlığı'nın hem bakanlık düzeyinde hem de il teşkilatları düzeyinde farklı yorumları ve uygulamaları oldu.

TDB Merkez Yönetim Kurulu; yaratılan haksız "rekabetin" giderilmesi; hizmetin bütün dişhekimlerine açılması ya da bu şekliyle uygulamaya son verilmesi yönündeki talebi yoğun girişimler sonucunda semeresini verdi. 2004 Bütçe Uygulama Talimatıyla resmi sağlık kurumlarından sevk yapılmadan dişhekimliği hizmetlerinin satın alınması uygulaması kaldırıldı.

Üç aydır gündemimizde olan ve geniş bir katılım sağlanarak oluşturulan Döner Sermaye puanlarıyla ilgili önerilerimiz dikkate alınmadan 10 Şubat tarihinde Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Yönergeleri yürürlüğe girdi. Ve haklı olarak kamuda çalışan meslektaşlarımızın yoğun tepkilerine yol açtı.

Ve son olarak bütün bunların üzerine tüy diken bir düzenleme 20 Şubat 2004 tarihli Resmi Gazete'de yayımlandı. Bu düzenlemeye göre Bakanlar Kurulu tarafından kamu yararına çalıştığına karar verilen dernekler, Bakanlar Kurulu tarafından vergi muafiyeti tanınmış vakıflar ve Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları poliklinik ve ağız diş sağlığı merkezleri açabilecekler.

Bu düzenleme vakıflara, derneklere, ticaret odalarına, Esnaf ve Sanatkarlar Konfederasyonuna, bağlı odalara, barolara vb. kuruluşlara dişhekimliği hizmeti sunan yapılar kurabilme olanağı tanıyor.

Sağlık Bakanlığı'nın ve hükümetin bu düzenlemeyle neyi hedeflediğini şimdilik anlayabilmiş değiliz. Ama şu bir gerçek ki ülkemizde yapılan her düzenlemenin arkasında bir çıkar grubu var. Söz konusu düzenlemenin dişhekimlerinin çıkarına olmadığı ama birilerinin çıkarına olduğu aşikardır.

AKP iktidarı icraatlarını tepkilere göre belirleme anlayışını artık terk etmelidir. Zaman kaybettiren, ilişkileri gerginleştiren ve çatışmalara yol açan deneyerek öğrenme yanlışına düşmeden sorgulayan, sorunun muhataplarıyla diyalog içerisinde üretilen bir siyaset yapma anlayışını seçmelidir.

Sevgili meslektaşlar; bu anlayışın ülkemizde bugünden yarına ve kendiliğinden yerleşmesi olanaklı değildir. Bu süreçte mesleki haklarımızın yok edilmesine yönelik girişimlere ve sağlık hizmetlerini ticari bir meta olarak gören piyasa anlayışına karşı gerekli duyarlılığı ve tepkiyi göstermek sadece sizlerin seçtiği, görev verdiği yönetim kurullarıyla sınırlı kalmamalı.

Ve günü geldiğinde tepkimizi her şekilde göstermeye hazır olmalıyız. Saygılarımla.

TDB Gündemi



Sağlık Bakanlığı'na bağlı personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılması

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan personele çalışma şartları, süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan girişimsel işlemler vb. unsurlar dikkate alınarak döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına ilişkin yönergeler yayınlandı.

Önce Bolu, İstanbul, Manisa, Afyon, Balıkesir, Adıyaman, Erzurum, Tokat ve Muğla'da pilot olarak belirlenen 10 sağlık kurum ve kuruluşunda başlayan uygulama 2004 yılı başından itibaren tüm ülkede yaygınlaştırılıyor.

Hazırlanan yönerge taslakları Sağlık Bakanlığının web sitesinde yayınlanmasından sonra, 4 Aralık 2003 tarihinde Sağlık Bakanlığında, aralarında TTB, TDB, TEB, SES, Türk Hemşireler Derneği gibi 13 kurumun temsilcilerinin katıldığı bir toplantı düzenlendi.

Toplantı daveti üzerine önce pilot uygulamanın yapıldığı illerdeki odalarımızın uygulamaya ilişkin önerileri alındı. Daha sonra Özlük Hakları Komisyonumuz, 1. ve 2. basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan meslektaşlarımız ve MYK üyelerimiz Uğur Yapar ve Hanife Özdamar'ın katılımıyla Ankara'da kapsamlı bir toplantı yapıldı. Toplantıdan çıkan görüşler doğrultusunda oluşturulan puanlama önerileri, yönerge taslakları üzerine görüşler belirlenerek

Sağlık Bakanlığı'na gönderildi ve 4 Aralık'taki toplantıya temsilcilerimiz katılarak görüş ve önerilerimiz tekrar dile getirildi.

Bu süreçte TDB'nin yaklaşımı birinci ya da ikinci basamakta benzer koşullarda çalışan pratisyen hekim ve dişhekimlerinin puanlarının ve aldıkları ücretlerin birbirine denk olması gerektiği yönündeydi. Ancak 10 Şubat'ta yayımlanan yönergelerde bunun dikkate alınmadığı görüldü.

Amme alacaklarının tahsilatında değişiklik

Aidatlar başta olmak üzere 'Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun' kapsamına giren Oda alacaklarıyla ilgili olarak Kanunda yapılan değişiklik sonucunda aylık % 4 gecikme zammı alınacak.

6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 51. maddesini değiştiren 5035 sayılı kanun 2 Ocak 2004 tarihinde 25334 sayılı Mükerrer Resmi Gazete'de yayımlandı.

Değiştirilen madde ile "Amme alacaklarının ödeme müddeti içinde ödenmeyen kısmına vadenin bitim tarihinden itibaren her ay için ayrı ayrı %4 gecikme zammı uygulanır.

Ay kesirlerine isabet eden gecikme zammı günlük olarak hesap edilir. Gecikme zammı 1 milyon TL'den az olmaz" hükmü getirildi.



Devlet memurlarının resmi kurum ve kuruluşların yanı sıra özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alması

Maliye ve Sağlık Bakanlıkları arasındaki mutabakat sonucu devlet memurlarının özel sağlık kurum ve kuruluşlarından da hizmet alınmasına yönelik bir protokol imzalandı. 1 Haziran 2003 tarihinden devlet memurları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kamu kurumlarının yanı sıra muayenehaneler dışında kalan özel sağlık kurum ve kuruluşlarından da hizmet satın alabilmesine olanak tanındı.

Daha sonra 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun ilgili maddesi değiştirilerek konu yasal bir zemine oturtuldu.

Devlet memurlarının tedavi ve cenaze giderleri yönetmeliği değiştirildi ve birkaç tane de genelge yayınlanarak konu ya açıklık getirildi.

İlk günden itibaren uygulamadaki aksaklık ve belirsizlikler TDB tarafından Maliye ve Sağlık Bakanlığı yetkililerine aktarıldı. Fakat yapılan görüşmelerde uygulamanın dişhekimliği hizmetlerini kapsam içine almadığı ve dişhekimliği hizmetlerine ödeme yapılmayacağı ısrarla ifade edildi.

Bunun üzerine uygulamanın hem dişhekimliği hizmetlerine açılması, hem de yalnız özel hastane ve polikliniklerden hizmet alınması uygulamasına karşın Danıştay'da dava açıldı.

Öte yandan TDB dişhekimliği hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve temel teminat paketi içinde nasıl yer alması gerektiği konusundaki çalışmalarını sürdürdü. Çalışmada akademisyenler, TDB komisyonu ve Maliye, Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı yetkilileri bulunuyordu.

Eylül ayına gelindiğinde dişhekimliği hizmetleri muayenehaneler dışında kalan özel hastane ve polikliniklerden alındığı haberleri üzerine, uygulamanın adil olmadığı, dişhekimleri arasında ayrışmaya sebep olacağı konusunda Maliye ve Sağlık Bakanlıkları uyarıldı, bilgilendirildi ve karar değişikliğine yönelik girişimlerde bulunuldu.

Dişhekimleri milletvekilleri ile birlikte Maliye Bakanlığı müsteşarı ile görüşüldü. Dışardan hizmet satın alınacaksa muayenehanelerin de kapsama alınması gerektiği ısrarla vurgulandı.

Fatura kontrollerinin de TDB ve odalarca yapılabileceği belirtildi.

Son olarak 2004 yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile özel hastane ve polikliniklerden ağız diş sağlığı hizmetlerinin satın alınmasından vazgeçildi. Bütçe Uygulama Talimatı'nın dişhekimliği hizmetlerine yönelik maddesine konan "Diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan yapılan başvurularda tedavi gideri ödenmez" bentli uygulama kaldırılarak eski (90 günlük) uygulamaya dönüldü.

Yalnız çocukluk ve okul çağı olarak kabul edilen 5-15 yaş grubu çocukların 6 yaş dişlerinin tedavileri için 90 günlük süre kaydı aranmadan tedavisine olanak tanındı.

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü

19 Haziran 2002 tarihinde yayınlanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün çeşitli maddelerine yönelik Danıştay'ın art arda verdiği yürütmeyi durdurma ve özellikle sürekli kurul ve komisyonların ancak yasa ile kurulacağı, tüzükle (Tıpta Uzmanlık Kurulu, Eğitim Kurumlarını Değerlendirme Komisyonu) kurulmasının mümkün olmadığı kararlarından sonra fiilen uygulama olanağı kalmayan tüzük yerine yeni bir Tıpta Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı Taslağı hazırlandı.

Bu taslağı odalarımıza gönderip değerlendirmelerini istedik. MYK ve gelen değerlendirmelerle oluşan TDB görüş ve önerileri Bakanlığa gönderildi.

Tüzükte karmaşa yaratan 4. madde yeniden düzenlenirken, dişhekimliği alanında uzmanlık dalları ortodonti ve cerrahi olarak belirlenmiş bulunmaktadır.

Ayrıca Danıştay 8. dairesinin verdiği çok önemli bir karar daha var. Bu kararda çok önemli bir saptama var. Şöyle diyor Danış-

tay "... idarelerce eski tüzükte dişhekimleriyle ilgili iki uzmanlık ana dalı öngörülmemekte iken yeni tüzükte bu iki ana dal daha eklenmesinin gerekçeleri hukuken geçerli olabilecek bilimsel bir raporla ortaya konulmadığından anılan düzenlemede hukuka uyarlık görülmemiştir. Açıklanan nedenlerle yürütmeyi durdurulmasına" oy birliği ile karar verildi.

Başkanlar Konseyi toplantısı

Türk Dişhekimleri Birliği Başkanlar Konseyi toplantısı 27-28 Şubat 2004 tarihlerinde Nevşehir'de yapılıyor. Toplantının gündeminde yer alan konular şöyle:

- TDB Merkez Yönetim Kurulunun çalışmalarını hakkında bilgilendirme
- Sağlık mevzuatındaki değişikliklerin görüşülmesi;
- Devlet Memuru ve Bakmakla Yükümlü Oldukları Aile Fertlerinin Resmi Sağlık Kurumları Yanında Özel Sağlık Ku-

rum ve Kuruluşlarından da Hizmet Alabilmelerine İlişkin Düzenlemeler

- Sağlık Bakanlığı 1. ve 2. Basamak Sağlık Kuruluşlarında Döner Sermaye Gelirinden Personele Ek Ödeme Yapılmasında Uygulanacak Esaslar

- Sağlık Meslek Birlikleri Kanunu Tasarısı Taslağı

- Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarısı Taslağı

• "Toplu Çalışma Birimleri" hakkında hazırlanan raporun görüşülmesi

• Sağlık hizmetlerinden alınan KDV oranlarının düşürülmesi hakkında görüşme

• Dişhekimlerinin ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan birden fazla şirkete ortak olup olmayacaklarının görüşülmesi

• Dişhekimlerine "Ferdî Kaza ve Hayat Sigortası" yapılması projesinin görüşülmesi

• Dişhekimlerine "Kredi Kartı" verilmesi projesinin görüşülmesi.



Mersin Dişhekimleri Odası engellilerin yanında

Mersin Dişhekimleri Odası Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu son dönem çalışmalarını özellikle zihinsel ve işitme engelli çocuklara yönlendirdi.

2002-2003 dönemi içinde "Nihat Sözmen Rehabilitasyon Merkezi"nde yapılan iki ayrı eğitim çalışması sonucu buradaki çocukların diş tedavilerinde sorunlar yaşandığını görüldü. Bu nedenle bu yıl Ağız Diş Sağlığı Haftası'nda merkezdeki 25 engelli bireyin "Mersin Devlet Hastanesi"ne sevki sağlandı. Hastanedeki görevli dişhekimleri meslektaşlarımızın katkısıyla muayeneleri yapılan ve çekim endikasyonu konulan zihinsel engelli hastaların diş çekimleri gerçekleştirildi. Ayrıca tedavi edilecek olan engelli hastalar gönüllü dişhekimlerinin muayenehanelerine, sedasyon ve genel anestezi gerektiği düşünülen hastalar da Mersin Devlet Hastanesi'ne yönlendirildi.

Bir diğer çalışma "Akdeniz İşitme Engelliler İlköğretim Okulu"nda yapıldı. 6-25 Ekim "Diş Koruma Günleri" kapsamında 6-15 yaş grubundaki 56 işitme engelli çocuğun özel muayenehanelere sevki sağlandı. Yapılan muayenelerde çocukların hemen hepsinde süt ve daimi dişlerde yaygın ve periodontal sorunlar tespit edildi. İşitme engelli 56 çocuğun tedavileri, komisyon üyelerimizin ve gönüllü meslektaşlarımızın katkılarıyla özel muayenehanelerde yapılması sağlandı.

Eğitim çalışmalarının daha geniş kitlelere hitap etmesi amacıyla Atatürk Caddesi'nde stand açıldı. Birkaç yıldır yapılan çalışma bu yıl 17-23 Kasım Ağız Diş Sağlığı Haftası'nda tekrarlandı. Standda broşürler, afişler, diş fırçası ve ağız modeli bulunduruldu. Standla ilgilenen insanlara, sahte dişhekimleriyle ilgili bilgiler içeren, oral hijyen eğitimi anlatan broşür dağıtıldı ve oral hijyen eğitimi verildi. Standda gelen bireylerin sorularına cevap vererek yardımcı olundu. Sahte dişhekimine neden gitmemeleri gerektiği anlatıldı.

Çalışma büyük ilgi gördü ve özellikle yerel basının gösterdiği ilgi ve yaptıkları yayınlar da etkili oldu.

Devlet memurlarının özel poliklinik ve hastanelerden ağız ve diş sağlığı hizmeti almalarına ilişkin karar iptal edildi

TDB'nin karşı çıktığı yanlış uygulama, bu yılki Bütçe Uygulama Talimatı'nda da yine tekrar ediliyor. Bilindiği gibi TDB, kamunun özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın aldığı durumlarda da Asgari Ücret Tarifesi'nin geçerli olması gerektiği iddiasıyla Bütçe Uygulama Talimatı'ndaki bazı maddelerin iptaline ilişkin dava açmıştı. Danıştay'ın yürütmeyi durdurma kararı vermesine rağmen, uygulama geçen yıl aynen devam etmişti. Görünen o ki, bu yıl aynı şeyleri yaşayabiliriz.

2004 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı(BUT) 11 Şubat 2004 tarih ve 25370 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi. Buna göre; diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan yapılan başvurularda tedavi ücreti ödenmeyecektir. Ancak, eskiden olduğu gibi, sevk edildiği resmi sağlık kurumundan herhangi bir sebeple tedavisine 90 gün içinde başlanamayacağı, ilgili dişabibi tarafından belirtilirse belirlenen esaslara göre serbest diştabipliklerine sevkleri yapılabilecektir. Bilindiği gibi Birliğimiz, devlet memurlarının sadece özel poliklinik ve hastanelere sevkine onay veren, ancak muayenehaneleri bunun dışında bırakan yönetmeliğe karşı çıkmış ve muayenehanelerin de bu kapsama alınması yönünde girişimlerde bulunmuştu. Bu yılki Bütçe Uygulama Talimatı'ndaki

önemli bir farklılık; 5-15 yaş gurubundaki çocukların 6 yaş dişlerinin tedavilerinin devlet hastanelerinde 90 günlük süre beklenmeden özel ağız ve diş sağlığı sunulan kurum ve kuruluşlarına sevk edilebileceğidir. Diğeri ise implant ile ilgili ödemenin yer almasıdır.

Bütçe Uygulama Talimatı'nda yer alan bu iki konu ile ilgili değişiklikleri aynen yayımlıyoruz.

5.1. Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Yapılacak Diş Tedavileri

5.1.6. Kemik içi dental implantların bedelleri ödenmez. Ancak , maksillofacial travma ve tümörler sonucu aşırı kemik kaybı olan ya da damak yanığı gibi deformiteleri olan hastalar ile rutin tedavilerle başarılı olunamayan rezorbe alt-üst çene vakalarında(en az 2 en fazla 4 implant ile sınırlı kalmak koşuluyla) klasik protez ile çözülemeyen ve implant tedavisinin zorunlu olduğunun üniversite dişhekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az bir öğretim üyesinin katılımıyla oluşacak bir heyet tarafından karara bağlanması ve kaç ünite yapılacağına belirtilmesi şartıyla bu Talimatın e-ki(EK-7) Diş Tedavileri Fiyat Tarifesindeki tedavi bedeli ile, implant malzemesi(her ünite için); 61.000.000.-TL ödenir. Bu bedelin üzerinde malzeme bedelleri hastalarca karşılanır.

5.2.1 Özel sağlık kurum ve kuruluşlarındaki diş ünitelerinde yapılan tedavi giderlerinin ödenebilmesi için Talimatın bu bölümünde belirtilen sevk usul ve esaslarına uyulması zorunludur. Diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kurulu-

şlarına doğrudan yapılan başvurularda tedavi gideri ödenmez.

5.2.2 Yönetmeliğin 8 ve 10 uncu maddelerinde, özel sağlık kuruluşları sayılan serbest tabipliklere sevk ilke olarak öngörülmemiştir. Bu nedenle, diş tedavileri

için hastaların kendilerine en yakın resmi kurumlarına sevk edilmeleri gerekmektedir. Ancak, diş tedavisi sırasında karşılaşılan güçlükler dikkate alınarak Devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin, doğacak fiyat farkını kendilerinin ödemesi kaydıyla, kendilerinin talep-

leri üzerine serbest diştabipliklerine, aşağıda belirtilen esaslara göre sevkleri yapılabilecektir:

5.2.3. Diş tedavisi için sevk edildiği resmi sağlık kurumlarında herhangi bir sebeple tedaviye 90 gün içinde başlanamayacağı ilgili dişabibi tarafından belirtilmesi ve aynı sağlık kurumu başhekimisi tarafından onaylanması suretiyle istekli olan hastaların serbest diş tabipliklerine veya özel sağlık kurumlarına sevkleri yapılabilecektir. Ancak, bunun için kurumca gönderildiği resmi sağlık kurumu dişabibi tarafından hasta muayene edilip teşhis konulduktan sonra, yapılması gereken bütün tedaviler ve boşlukların ayrıntılı olarak belirlenmesi ve hangi dişin tedavi edileceğinin ağız şeması üzerinde işaretlenmesi gerekmektedir. Yalnız çocukluk ve okul çağı olarak kabul edilen 5-15 yaş gurubundaki çocukların 6

yaş dişlerinin tedavileri için(münhasıran kanal ve dolgular) 90 günlük süre kaydı aranmaz. Tedavi sağlandıktan sonra sevk kağıdında belirtilen tedavinin yapıldığına, kurumun dişabibi veya sevki yapan resmi kurumdaki diştabiplerince onaylanması zorunludur.

Diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan yapılan başvurularda tedavi gideri ödenmeyecek.

Çocukluk ve okul çağı olarak kabul edilen 5-15 yaş gurubundaki çocukların 6 yaş dişlerinin tedavileri için (münhasıran kanal ve dolgular) artık 90 günlük süre kaydı aranmadan sevk yapılabilecek.



TBMM ile TDB arasında protokol imzalandı

TBMM ile TDB arasında ağız-diş sağlığı hizmetlerinin Birliğe üye dişhekimlerinden alınması yönünde bir protokol imzalandı.

Bu protokol gereğince TBMM milletvekillerine, Yasama Organı eski üyelerine, dışarıdan atandıkları Bakanlık görevi sona erenlere tedavi yardımı yapılmasına dair yönetmelik hükümlerine göre hak sahibi olanların, yönetmelik ve protokol hükümleri çerçevesinde teşhis ve tedavileri özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak, reçeteleri düzenlenecek ve fatura bedelleri TDB Asgari Ücret Tarifesi'ne göre ödenecek.

Dişhekim hastalarının teşhis ve tedavisini yaparken yönetmelik ve bu Protokolün hükümlerine uymayı taahhüt edecek. Dişhekimisi anılan görevin yerine getirilmesinde mevcut hukuksal düzen-

lemeler ile bağlı olup, TBMM, hekimlik mesleğinin kendine özgü bağımsız karakteristiğine ve dişhekimleri arasında mevcut rekabet yasağına özen gösterecek, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ne aykırı tutum sergilemeyecek. TBMM tarafından incelenen faturanın bedeli 45 gün içerisinde dişhekiminin ya da özel ağız diş sağlık kurum veya kuruluşunun banka hesabına yatırılacak.

Bu protokol TDB'ye bağlı odalara kayıtlı tüm dişhekimleri için geçerli. Bu protokol hükümlerini ihlal eden, TBMM'ni yanıltmaya yönelik işlemlerde bulunan dişhekimisi veya özel sağlık kurumu bir yıl süreyle kapsam dışı bırakılacak. Protokol süresi imza tarihinden itibaren bir yıl olup taraflardan herhangi birinin sözleşmenin sona ermesinden bir ay öncesinde fesih bildiriminde bulunma-

ması durumunda kendiliğinden aynı süreyle uzayacak.

Protokoldeki özel şartlar gereğince; Özel ağız diş sağlığı kurum ya da kuruluşlarında çalışanlara yaptırılan tedaviler TDB Asgari Ücret Tarifesi'nde yazıldığı şekliyle ve hangi dişe, hangi çeneye ve ağız içinde hangi bölgeye ait olduğu açıkça belirtilerek fatura edilecek. Çalışma saatleri dışında veya gece yapılan tüm uygulamalarda, derhal müdahaleyi gerektiren dişhekimisi raporu faturaya eklenecek. Evde yapılan tüm uygulamalarda tedavinin evde yapılması gerektiğini belirten dişhekimisi raporu (varsa hastalığı ile ilgili heyet raporu) faturaya eklenecektir. Yapılan her türlü tedaviyi gösteren periapikal veya panoramik radyografların faturaya eklenmesi de zorunlu.

Sağlık Bakanlığı'nın

Döner Sermaye Yönergeleri yürürlüğe girdi

Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinde Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge ile Sağlık Bakanlığı'na Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge 01.01.2004 tarihinden itibaren yürürlüğe girdi.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları için çıkarılan yönergenin amaç bölümünde; "Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kuruluşlarda yapılan muayene, girişimsel işlemler ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, sağlık kuruluşlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, 2004 Mali Yılı Bütçe Kanununun 49 uncu maddesinin (k) bendi uyarınca Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli kur-

uluşlarda görevli personele döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemektir." denilmektedir.

Bu yönergede geçen, sağlık kuruluşları ; "İl genelinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve döner sermayeli olan (İl sağlık müdürlükleriyle bunların bünyesindeki sağlık grup başkanlıkları, sağlık merkezleri, sağlık ocağı, sağlık evi, 112 acil sağlık istasyonları, halk sağlığı laboratuvarları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler ve benzerlerinin tamamı) birinci basamak sağlık kuruluşlarını" ifade etmektedir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları için çıkarılan yönergenin amaç bölümünde ise; "Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında çalışan personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hiz-

metlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, 2004 Mali Yılı Bütçe Kanununun 49 uncu maddesinin (k) bendi uyarınca, Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli kurumlarda görevli personele, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemektir." denilmektedir.

Bu yönergede geçen, sağlık kurumları; "Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarını" ifade etmektedir.

Bu yönergeler ile sağlık kuruluşlarında ve kurumlarında çalışan görevli personel bundan böyle puanlama sistemi ile değerlendirilmektedir. Bu puanlamada personelin performansı, kuruluşun/kurumun performansı, kuruluşun/kurumun merkezden uzaklığı, aktif çalışan gün sayısı v.b. kriterler rol oynamaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında "girişimsel işlemler" olarak söz edilen tedavilerin puanları aynıdır.

Asgari ücret tartışmasında Danıştay TMMOB ve odaları haklı buldu

Meslek odalarının asgari ücret tarifeleri konusunda yapılan tartışmalara Danıştay son noktayı koydu.

Rekabet Kurulu'nun TMMOB'nin asgari ücret uygulamasını cezalandıran kararı Danıştay tarafından durduruldu.

Zaman zaman meslek odaları ile bazı kişi ve kurumlar arasında asgari ücret tarifesinin uygulanması konusunda sorunlar ortaya çıkmakta ve tartışmalara neden olmaktadır.

Bu anlaşmazlıklardan birisi de TMMOB'ye bağlı odalarda uygulanan asgari ücret tarifesinde yaşanmıştı. Rekabet Kurulu, kendisine yapılan başvurular üzerine TMMOB'ne bağlı Odaların belirlediği asgari ücret uygulamasının rekabeti yok ettiği ve bu nedenle Rekabet Yasası'na aykırı olduğu iddiasını soruşturma konusu yapmıştı. Kurul, soruşturma sonucunda TMMOB'nin konuyla ilgili yönetmeliklerinin rekabet hukukuna aykırı olduğuna karar vermiş ve TMMOB Yönetim Kurulu üyeleri hakkında Rekabetin Korunması Hakkındaki Yasa'ya aykırı davrandıkları için para cezası vermiş ve uygulamanın sürmesi durumunda süreli para cezasına karar vermişti. TMMOB ise bu kararın iptali ve yürüt-

menin durdurulması istemiyle Danıştay'da dava açmıştı. Danıştay'ın yürütmeyi durdurma kararı bu konudaki tartışmalara bir son vermiş oldu.

Danıştay 10.Dairesi 17.11.2003 günlü(2003-2075 Esas Sayılı) kararı aynen şöyledir:

"... Anayasa'nın 135.maddesi kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ve üst kuruluşlarını" belli bir mesleğe mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadı ile kanunla kurulan ve organları kendi üyeleri tarafından kanunda gösterilen usullere göre yargı gözetimi altında gizli oyla seçilen kamu tüzel kişilikleridir" şeklinde tanımlanmıştır.

Yine Anayasa'nın 124.maddesi uyarınca, Başbakanlık, bakanlıklar ve kamu tüzel kişileri kendi görev ve alanlarını ilgilendiren kanunların ve tüzüklerin uygulanmasını sağlamak üzere ve bunlara aykırı olmamak şartıyla yönetimlik çıkarma yetkisine sahiptirler.

Bu kapsamda kamu kurumu niteliğinin-

de meslek kuruluşlarının üst kuruluşu olan ve kamu tüzel kişiliği bulunan davacı Birliğin kendi görev alanı ile ilgili yönetmelikler çıkarma yetkisi bulunduğu kuşkusuzdur.

Davacı Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği tarafından çıkarılan; Resmi Gazete'de yayımlanmak suretiyle yürürlüğe konulan ve o tarihten itibaren de uygulanması süregelen TMMOB Asgari Ücret ve Çizim Standartları Tesbit Komisyonu ve Kontrol Bürolarının Kurulmasına İlişkin Yönetmelik, TMMOB Mimarlık Mühendislik Hizmetleri ve Asgari Ücret Asgari Çizim ve Düzenleme Esasları Yönetmeliği, TMMOB Serbest Mühendislik ve Mimarlık Hizmetleri Asgari Ücret Yönetmeliği ve TMMOB Disiplin Yönetmeliği hakkında tesis edilen ve anılan Yönetmeliklerin uygulanıyor olması nedeniyle davacı Birliğe para cezası verilmesine ilişkin bulunan Rekabet Kurulunun dava konusu 22.01.2002 tarih ve 02.04-40-21 sayılı kararı yönünden, Yönetmeliklerin hukuksal niteliği dikkate alındığında, 2577 sayılı Kanunun 27.maddesinde yer alan koşulların gerçekleştiği görüldüğünden, yürütülmesinin durdurulması istemi yerinde görülmüştür."

TDB'den bir başvuru kitabı

Dişhekimliğinde Ağrı

"Ağrı" konusu mesleğimizde en çok karşılaştığımız ve hastalarımızın en çok yakındığı konuların başında gelmektedir. Ağız, diş, çene ve çevre dokulardan kaynaklanan ağrıların giderilmesi sorumluluğu dişhekimlerine aittir. Bu sorumluluğun gereklerini yerine getirebilmek, ağrı konusunda yeterli bilgi birikimine sahip olmakla mümkündür.

Bu kitap bu konudaki bilgilerimizi tazelemeyi ve yeni gelişmeleri aktarmayı amaçlıyor. 'Dişhekimliğinde Ağrı' çok geniş kapsamlı olarak hazırlandı ve bir başvuru kitabı konumuna ulaştı.

TDB'den temin edilebilir. (Tel: 0312. 435 93 94)

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ yayını



Dişhekimliğinde uzmanlık dallarıyla ilgili Danıştay'ın yeni kararı

L 9.06.2002 gün ve 24780 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıp'da Uzmanlık Tüzüğü'nün geçici 7. ve 8. maddelerinin dişhekimlerine ilişkin kısımları ile Tüzüğe ekli ek çizelgenin dişhekimleri ile ilgili uzmanlık dalları kısmının iptali ve yürütmenin durdurulması ile ilgili açılan dava sonucunda Danıştay kararı verdi.

Danıştay, eski tüzükte yer alan iki uzmanlık dalına yeni tüzük ile üç ana dal daha eklenmesinin, gerekçeleri hukuken geçerliliği olabilecek bilimsel bir raporla ortaya konulmadığından, anılan düzenlemede hukuka uyumlu görülmediği gerekçesiyle yürütmeyi durdurdu. Konuyla ilgili Danıştay kararını yayımlıyoruz:

"... Dairemizin 2003/2898 esas numarasına kayıtlı davada 27.10.2003 gününde verilen kararlar Tüzüğün 7. ve 8. maddelerinin yürütmelerinin durdurulmasına karar verilmiş olduğundan, bu maddelerin yürütmelerinin durdurulmaları iste-

mi hakkında ayrıca karar verilmesine yer olmadığına karar vermek gerekmektedir. Tüzüğe ekli ek çizelgenin "diş hekimleriyle ilgili uzmanlık dalları" kısmının incelenmesine gelince;

05.04.1973 gün ve 7/8229 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe konulan Tababet Uzmanlık tüzüğü'nde dişhekimleriyle ilgili iki uzmanlık ana dal (ortodonti ve diş protez) öngörülmüş iken, yeni Tüzükle bu sayı beşe (Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi, Ortodonti, Pedodonti, Diş Protezi ve Periodontoloji) çıkartılmıştır.

İdari işlemlerin bir sebebe ve gerekçeye dayalı olması hukukun genel ilkelerindedir. Bu ilke genel anlamda düzenleme veya işlem yapan idareyi uyguladığı ve düzenleme yaptığı yasayı kavramaya, doğru ve anlamlı olgular ortaya koymaya ve denetim yapmaya zorlar. İşlemlerde gösterilen sebep ve gerekçe, işlemin yasaya uygunluğu ve dayanağın değerlendirme, itiraz edip etmeme konusunda il-

gililere yardımcı olmakla birlikte, idarenin saydamlığı, savunma hakları ve idareye güven ilkeleri ve hukuk devleti anlayışının oluşumu noktalarında da büyük öneme sahiptir.

Bu açıklamalar ışığında, davalı idarelerce, eski Tüzükle dişhekimleriyle ilgili iki uzmanlık ana dalı öngörülmekte iken yeni tüzükle bu iki ana dala üç ana dal daha eklenmesinin gerekçeleri hukuken geçerli olabilecek bilimsel bir raporla ortaya konulmadığından anılan düzenlemede hukuka uyumlu görülmemiştir.

Açıklanan nedenlerle; Tüzüğe ekli ek çizelgenin "dişhekimleriyle ilgili uzmanlık dalları" kısmının 2577 sayılı Yasa'nın 27.maddesinde aranılan koşullar gerçekleştiğinden yürütmesinin durdurulması isteminin kabulüne; Tüzüğün geçici 7. ve 8.maddelerinin yürütmesinin durdurulması istemleri hakkında ise ayrıca karar verilmesine yer olmadığına 16.12.2003 gününde oybirliği ile karar verildi.

Dişhekimliğinde Klinik'e abone oldunuz mu?

Dişhekimliğinde Klinik Dergisi

2004 Yılı Abonelik ücreti 40.000.000 TL.

2003 Yılı Abonelik ücreti 30.000.000 TL.

(Dilerseniz 2003 yılında yayımlanan 4 sayıya da sahip olabilirsiniz)



Abone formu

Adı Soyadı : _____ Adresi : _____
Tel : _____
Fax : _____
e-mail : _____

Kredi Kartı Bilgileri:

Kart Sahibinin

VISA Adı Soyadı : _____
MASTER Adresi : _____
EUROCARD Posta Kodu : _____
Şehir : _____
Kart Numarası : _____
Son Kullanma Tarihi : _____

Yukarıda belirttiğim tutarı, VISA, MASTER CARD Kredi kartı hesabıma borç kaydedilerek, TÜRKİYE İŞ BANKASI PANGALTI ŞUBESİ nezdindeki ilgili hesabınıza TÜRKİYE İŞ BANKASI ile İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI arasında yapılan anlaşma koşulları çerçevesinde alacak kaydedilmesini kabul ediyorum.

LÜTFEN HESABIMDAN TL TAHSİL EDİNİZ.

TARİH :

İMZA :

2004 Yılı Dişhekimliğinde Klinik Dergisine;

Türkiye İş Bankası Pangaltı Şubesi 1041 630 289 sayılı hesabımıza 40.000.000 TL. yatırarak ya da yukarıda tarafınıza sunulan Kredi Kartı Bilgileri Formunu doldurup, İstanbul Dişhekimleri Odası'nın 0212-296 21 04 nolu faksa göndererek abone olabilirsiniz.

FDI'nin 2020 yılı hedefleri

FDI ve WHO ilk kez 1981 yılında 2000 yılında gerçekleşmesi planlanan küresel ağız sağlığı hedeflerini yayımlamıştı. Ekim 1999'da "Mexico City'de oluşturulan FDI Toplum-Halk Sağlığı Çalışma Grubu'nun belirlediği 2020 yılı hedefleri de aşağıda sıralanmıştır:

- Ağız sağlığını daha ileri bir seviyeye ulaştırmak ve genel sağlık, psikolojik hastalıkların kaynağındaki oral ve kraniyofasiyal hastalıkların etkisini en aza indirmek
- Bireyler ve toplum üzerinde genel hastalıkların oral ve kraniyofasiyal semptomlarını en aza indirmek ve bu belirtileri sistemik hastalıkların erken tanısı, önlenmesi ve etkili tedavisi için kullanabilmek
- Oral ve kraniyofasiyal hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranını azaltmak
- Oral ve kraniyofasiyal hastalıklardan kaynaklanan hastalık oranını azaltmak ve böylece hayatın kalitesini arttırmak
- En iyi klinik çalışmaların derlemelerinden oluşturulmuş ağız-sağlığı sistemlerinde öncelikli, devamlı ve destekleyici poliçe ve programları geliştirmek
- Ortak risk faktörünü kullanarak oral ve kraniyofasiyal hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulaşılabilir, düşük

maliyetli ağız sağlığı sistemleri geliştirmek

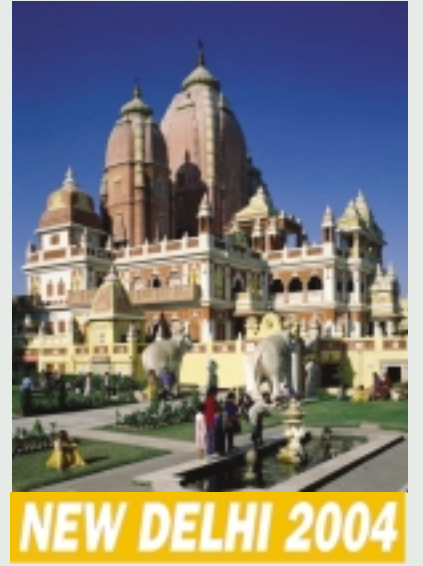
- Sağlığı etkileyen diğer sektörler ile ağız sağlığı gelişimi ve korunmasını bütünleştirmek
- Genel sağlığı arttıracak ağız sağlığı programları oluşturmak
- İlerleme ve giderler açısından ağız sağlığının idamesi için sistem ve metodları güçlendirmek
- Hizmet veren bireylerin sosyal sorumluluğunu ve etik çalışmalarını arttırmak
- Ağız dış sağlığında ülkelerdeki farklı sosyo-ekonomik guruplardaki eşitsizliği ve ülkeler arası farkı azaltmak



• Oral hastalık ve bozuklukların doğru epidemiyolojik devamını bilerek yetiştirilmiş sağlık hizmeti verenlerin sayısını arttırmak.

Hedefler seçilirken bağlı kalınacak lokal öncelikler aşağıda sıralanmıştır:

Ağrı, fonksiyonel bozukluklar, enfeksiyöz hastalıklar, oro-farengial kanser, HIV enfeksiyonunun ağız belirtileri, travma, kraniyofasiyal anomaliler, diş çürükleri, dişlerin gelişimsel bozuklukları, periodontal hastalıklar, oral mukozal hastalıklar, tükürük bezi bozuklukları, diş kaybı, sağlık koruma servisleri, sağlık koruma bilgi sistemleri.



FDI 2004 Dünya Dişhekimleri Konferansı

Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI) Konferansı Eylül ayında Hindistan'ın başkenti Yeni Delhi'de yapılacaktır.

Bilimsel Program ve Sergi Programı 10 -13 Eylül 2004 tarihleri arasında, Meclis Toplantıları ise 4-13 Eylül 2004 tarihleri arasında düzenlenecektir.

Pragati Maidan Konferans Merkezi, Yeni Delhi.

Tarih: 10-13 Eylül

Uluslararası iletişim:

congress@fdiworldental.org

Ücretsiz sunum yapmak isteyenlerin, 'Sunum Başvuru Formu'nu doldurmaları gerekmektedir. Bütün Başvurular FDI Eğitim ve Kongre Komisyonu tarafından değerlendirilmeye alınacaktır. Sunum özetini en geç 1 Nisan 2004 tarihine kadar ilgili yerlere ulaştırmanız gerekmektedir.

Katılımcı olmak için başvurunuzu online ya da doğrudan FDI Fransa merkez ofisine 1 Ağustos 2004 tarihine kadar yapabilirsiniz.

1 Mayıs 2004 tarihinden önce katılım ücretinizi yatırmanız halinde indirimden yararlanacaksınız.

Konuyla ilgili gelişmeleri FDI'nın İnternet sitesinden takip edebilirsiniz.



**TDB 11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi
Organizasyon Komitesi Genel Sekreteri Mustafa
Düğencioğlu'ndan 20-22 Mayıs 2004 tarihlerinde
yapılacak olan Kongre hakkında bilgi aldık:**

'Çok görkemli bir kongre yaklaşıyor'

Kongre hazırlıkları nasıl gidiyor?

Kongre Organizasyon Komitesi oluştuktan sonra ilk iş olarak Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'yle 22 - 27 Haziran tarihleri için anlaştık. Fakat daha sonra aynı tarihler arasında Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'nde NATO toplantısının yapılacağı bildirildi. 2004 yılının en görkemli kongresini yapmak üzere hazırlıklarımızı yaparken çalışmaların bu şekilde etkilenmesi ve İstanbul'daki terör olaylarının da üst üste gelmesi nedeniyle bir miktar sıkıntılar yaşamaya başladık, çünkü ne yazık ki Türkiye'de İstanbul da dahil olmak üzere bu büyüklükteki bir kongre ve fuarın yapılabileceği bir kongre kompleksi yok. Dolayısıyla mecburen kongremizi bir ay öne çekmek zorunda kaldık. 20-22 Mayıs tarihi kesinleştikten sonra çalışmalarımız hız kazandı. TDB'nin kongreleri 92'den bu yana o yılın en görkemli, en geniş katılımı içeren, her yıl katılımcılarının arttığı, dişhekimliğinin bütün bileşenlerinin birbirleriyle kucaklaştığı buluşmalar olmuştur. 2004 yılı kongresi de bu geleneği sürdürecektir.

Tek tek programları değerlendirsek...

Öncelikle bütünsel bir değerlendirme yapmak istiyorum. Bir kere çok büyük bir kongre; yani uluslararası olma niteliğiyle, birçok kesime hitap etmesi niteliğiyle. Dişhekimlerine, teknisyenlere, dişhekim yardımcılara hitap etmesi ve endüstrinin bütün kurumlarıyla kucaklaşması açısından değerlendirildiğinde çok büyük, kapsamlı bir kongre olacak. Onun dışında tek tek ele almak lazım ayrıntıları.

Uluslararası kongrelerin tarihleri ve yeri

uzun zaman öncesinden netleştirilir. Biz uluslararası katılımcı sayısını arttırmak amacıyla yola çıkıyoruz. Uluslararası haberleşmeler yapıldı, başta komşu ülkeler olmak üzere birçok ülkenin dişhekimliği birliklerine duyurularımız gönderildi. Çalışmalar devam ediyor. Daha önceki kongrelerden bir miktar da olsa daha fazla yabancı katılımcı bekliyoruz. Komşu ülkelerden, Türki Cumhuriyetlerden ve de Suriye, Lübnan gibi ülkelerden daha fazla katılımcı geleceğini tahmin ediyoruz.

Tarihlerdeki değişiklik bilimsel programda bir aksamaya yol açtı mı?

Önce yol açıyor gibi gözükse de sonradan aksama olmadığı görüldü. Daha önce yazıştığımız bilimsel konuşmacıların bazıları önce biraz beklemeye aldı. Fakat durum düzeldikçe katılma teyitlerini yerine getirdiler. Terör olaylarından dolayı kesinlikle iptal olmadı. Yurtiçi konuşmacı sayısı 15 civarında olacak. Ayrıca poster ve tebliğ sunan konuşmacılar olacak.

Türkiye'nin her bölgesinden gelen konuşmacılar, -tabi ki bunu bilimsel komite net olarak değerlendiriyor- tebliğlerini, kurslarını, konferanslarını sunacaklar. Bilimsel programda en önemli olaylardan bir tanesi de teknisyenlere yönelik bir konferansımız olacak. Yine dişhekimliği yardımcılara yönelik bir konferansımız olacak. İkinci duyuruda bilimsel programın ayrıntıları net bir şekilde sunulacak.

Bu yıl bazı değişik uygulamalar planlıyoruz. Blok konferanslar bunlardan biri. Ayrıca 'Ye ve öğren'(lunch and learn) şeklinde öğle yemeğinde ek bir tartışma ortamı yaratılacak.

Deneyimli klinisyenlerin konuşmaları olacak. Bu kapsam içerisinde geniş bir yelpazeye yayılıyor. Türkiye'nin geniş yelpazesinden gelen çeşitlilikteki ihtiyaçları düşünürseniz herkese hitap edecek bir programın olduğunu söyleyebilirim. Hem pratiğe yönelik konferansları, hem günceli, hem de en yeniyi görebileceksiniz.



Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'nde düzenlenecek Kongrede alanlarında isim yapmış çok sayıda yabancı bilim insanı da konferans verecek

Daha önceki kongrelerde tipik bazı şikayetler oluyordu. Bunlara yönelik önlemler alındı mı?

Biz bütün hesaplarımızı planladığımız katılımcı sayısının % 15 artması durumunda da işlerin aksamayacağı şekilde yapıyoruz. Kongre merkezi bu konuda çok yeterli. Bahsettiğiniz sorunları bundan önceki İstanbul kongrelerinde çok az yaşadık. Salonlarda dengesizlik yaşanmaması amacıyla blok konferansları büyük salonlara alıyoruz. Konferanslarda yer bulamama gibi bir sorunu büyük bir olasılıkla yaşamayacağız. Burada blok konferanstan kasıt aynı konuyu içeren konuşmacılar peş peşe aynı salonda konuşacaklar. İzleyici bu konu hakkındaki açılımları örneğin yabancı konuşmacının açılımlarıyla yurtiçinden gelen konuşmacının açılımını beraberce görüp değerlendirebilecek. O nedenle büyük salonlarımızı mümkün olduğu kadar blok konferanslara kullanıyoruz.

Fuar hazırlıkları nasıl gidiyor?

Bu sene hoşnut kaldığım taraflarından biri, fuar için endüstrinin çok ilgili olması. TDB kongreleri endüstri tarafından da dişhekimleri tarafından beklendiği gibi beklenen bir kongre. Yani insanlar bu kongreyi dört gözle bekliyor. Tarihi belirlemediğimizden 'neredesiniz, ne yapıyorsunuz' diye merak ediyorlar. Bu çok önemli; endüstrinin bizi kucaklaması, dişhekimlerinin bir an önce kayıt yaptırırım diye gayret sarf etmeleri çok önemli bir olay.

Fuar ve kongre birbirlerini tamamlayıcı unsurlar. Fuar alanının kongre merkeziyle aynı mekanda olmasının yararına inanıyoruz. Böylece katılımcı bilimsel programda öğrendikleriyle ilgili ürünleri fuara gittiği zaman bulabilecek. Şu anda fuar alanının % 80-90'ının rezervasyonu yapılmış durumda.

Sosyal Programın kapsamı netleşti mi?

Biz 3 gün boyunca katılımcıyı alıyoruz, sadece sabah kahvaltısını otelinde yapıyor. Geri kalan kısımda 3 gün bizimle eğlenecek, gezecek. Birinci gün yine açılış kokteylimiz ve akşam da yine eğlendirici bir programımız olacak. Bir sanatçıyla beraber olacağız. Gala yemeğimiz olacak. İkinci günde İstanbul'u gezecek gelen kişiler. Daha çok boğazi gezme yö-

'Bombalama olaylarından sonra

bilimsel konuşmacıların bazıları

önce biraz beklemeye aldı.

Fakat durum düzeldikçe katılma

teyitlerini yerine getirdiler.

Terör olaylarından dolayı

kesinlikle iptal olmadı.'

nünde talep olduğundan sanırım klasik bir vapur gezimiz olacak. Bunun dışında sosyal bir konuşmacımız olacak. İkinci gün kitaplarını imzalayacak. Birkaç isim üzerinde duruluyor, toplumun kabul gördüğü ve de çok güncel bir yazarmız olacak. İkinci duyuruda isimleri açıklayacağız. Onun dışında son gün bir kapanış kokteylimiz olacak. Kapanış kokteylimizden önce arkadaşlarımızın gitmemelerini beklemelerini öneriyoruz. Bir sürprizimiz olacak. Kapanış kokteyline ve kapanış törenine katılan dostlarımız mutlaka bir sürprizle karşılaşacaklar. Onu açıkça vurgulayayım.

Daha önceki kongrelerden alınan istatistikî verilere göre İstanbul'da yapılan kongrelere katılım daha çok il dı-

şından mı kaynaklanıyor?

% 40 civarında İstanbul'dan katılım var. % 60'ı İstanbul dışından geliyor. Aşağı yukarı 2500-3000 katılımın bin kusun civarı İstanbul içinden, 1500-1600 civarı dışardan geliyor. Bu çok önemli bir sayı bence.

Kaç dişhekiminin katılımını bekliyorsunuz?

Katılımın 2500 civarında olacağını tahmin ediyoruz.

Meslektaşlarımıza bir mesajınız olacak mı?

Ben kongre çalışmalarında yer alan bütün arkadaşlarıma teşekkür ediyorum. Özellikle bize yardımcı olan TDB'nin ve İDO'nun bütün üyelerine ve sundukları destekten dolayı endüstrimize teşekkür ediyorum. Mayıs ayında İstanbul'da çok değişik günler olacak bana göre; bu emeğin bu çalışmanın karşılığını meslektaşlarımızın katılımıyla görmek istiyorum. Tüm dostlara Mayıs'ta beraber olalım diyorum.

Bilimsel programdan bazı notlar

- Bu yıl kongrenin bir ana konusu yok. Bunun yerine kongrede güncel ve tartışmalı konulara ağırlık verilerek tartışma ortamı yaratılmasına çalışılacak.
- Yabancı konuşmacılardan bazıları: A. Hoskinson (İngiltere) endodonti, Alberto Fonzar (İtalya) periodontoloji, Newell Johnson (İngiltere) ağız hastalıkları ve tümörleri, P.L. Samaranyake (Hong Kong) enfeksiyon, A. Feilzer ışık kaynakları ve kompozitler konularını anlatacaklar.
- Yardımcı personel için iletişim teknikleri üzerine konferanslar yapılacaktır.
- Diş teknisyenlerine yönelik olarak yeni teknikler hakkında çeşitli toplantılar düzenlenecek.
- İmplantoloji, endodonti ve adesiv dişhekimliği alanlarında kurslar düzenlenecek.
- Yerken Öğren-Lunch and learn bu yıl ilk kez uygulanacak bir eğitim şekli. Bu toplantılarda, öğle yemeği sırasında (yaklaşık 1,5 saat) bir yerli ya da yabancı bilim adamıyla ortalama yedi katılımcı yemek sırasında hem konuşmacıyı yakından tanıyabilecek, hem de kalabalık toplantılarda soramadıkları veya yeterince açıklık getirilemeyen konuları tartışabilecekler.
- Bir başka yenilik de Deneyimli Klinisyen oturumları. Bu oturumlarda yaptıkları çalışmalar ve yayınlarla klinik ustalıklarını kanıtlamış, serbest çalışan deneyimli hekimler belirli konuları kendi bakış açılarından anlatacak ve katılımcılarla paylaşma olanağı bulacaklar.





**TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyesi Mehmet Eskicioğlu
TDB'nin bilişim teknolojileriyle ilgili çalışmalarını değerlendirdi:**

'Mümkün olan bütün işlemleri sanal ortama taşıyacağız'

TDB'nin bilişim teknolojileriyle arası nasıl?

Farklı görüşleri, yenilikleri her zaman değerlendiren ve sürekli doğruyu arayan, ortak aklın sonuçlarına göre hareket eden TDB, doğal olarak yeni teknoloji ürünlerinden yararlanmayı da hep önemsemiştir. Bunun böyle devam etmesi, kendini yenileyen çağdaş adımların sürmesi TDB'nin kimliğinin gerekliliğidir. Bilişim teknolojisinin ülkemize adım atmasıyla kendini bu atmosferin içinde bulması hiç de şaşırtıcı olmamıştır. Yine söylenebilir ki TDB'nin bugün gelmiş olduğu noktayı yaratan unsurlardan biri kendini yenileyen kimliğiyle eskiyen teknolojik ürünlerden kolayca ayrılırken yenilerini kabullenip kolayca içine sindirebilmesidir. TDB'nin hedefi her zaman maksimum verimliliği elde etmek olmuştur. Bu bağlamda TDB'nin bilgi işlem alanındaki yapılanmasını şu başlıklar altında sıralayabiliriz...

Odalar-Üye Programı: Bugün kullanılmakta olan bu program, odalarımızın işlemlerini yaptığı ve sonuçlarını TDB'ye internet üzerinden FTP protokolüyle göndererek yürüttüğü ve takibini yaptığı bir sistemdir. Sistemin çalışması veritabanını oluşturan kütüklerin Birliğe odalar tarafından gönderilmesi ilkesine dayanırken, güncellemelerin sürekliliği önem arz etmektedir.

SDE Programı: Dişhekimlerinin, katıldığı kongrelerde ve odalarca düzenlenen SDE seminerlerinde aldığı puanların takibinin yapıldığı ve sertifikaların çıkartıldığı sistemdir.

web sitesi: Sanal ortamın ülkemizdeki varlığının henüz başında TDB, çağımı-

zın en önemli atılımlarından birisi olan internette bulunması gereken noktaya geç olmadan taşınmıştır. TDB'nin ivedilikle bir siteye sahip olup sunum yapmaya başlaması ile, meslek grubumuzdaki kişilerin buluşma noktası olması ve etkileşimli şekilde iletişimlerini sağlayabilme hedefi örtüşmemektedir.

Bu konudaki hedeflerinizden bahsedebilir misiniz?

Biraz önce değindiğimiz başlıklar, dünyanın bilgisayar alanında yaşamakta olduğu evrim fırtınası içerisinde TDB'nin tuttuğu yeri daha net görmemize yardımcı olacaktır. Geçmişte dönemin teknolojileri, sonrasında da gelişim sürecine bağlı olarak dönemin araçları değerlendirilip yapılandırıldı. Burada her alanda olduğu gibi gelişimin ucunun açık olması yönündeki felsefemiz geçerlidir.

Bilindiği gibi e-Dünya'nın içinde e-Türkiye'nin de olması, çıkarılmakta olan yeni yasalarla e-devlet yolunda atılan adımlar, hukuk alanındaki gelişmeler ve Ulusal Yargı Ağı Projesi (UYAP) bizi oldukça umutlandırmaktadır. Bu projenin bizi doğrudan etkilemesi beklenmemelidir. Yargıdaki 'e' olma çabası ve bunun gerçekleşmesi, diğer alanların ö-

nünü açması açısından önemlidir ve diğer çabaların da hukuki dayanağıdır. TDB'nin e-AB Ülkeleri Dişhekimliği Birlikleri içinde olmasının zamanı gelmiştir ve bunu yerine getirmemiz tarihsel görevimizdir. Koşullar da bunu gerektirmektedir. Yönetimsel işlerin kalitesi ve hızlılığını artırmak için bu çalışmaları yapmaktayız. Yeri gelmişken şunu da söylemem gerekir; AB mevzuatına göre dişhekimliği alanındaki yönetimsel işlemlerde muhatap dişhekimleri birliğidir. Yani önümüzdeki dönemlerde TDB, AB ülkelerinin dişhekimliği hizmetlerinin doğrudan muhatabı olacaktır.

Odalarla TDB'nin online bağlantısının sağlanmasıyla ilgili bir proje vardı. Söz konusu sistem nasıl işleyecek?

Odalarımızın sürekli online olacağı ve merkezi bir veritabanını kullanacak bir sisteme geçmeyi düşünüyoruz. Sistemde bir merkez ve o merkeze bağlı düğümler olacak, odalar güncelleme ve kayıt ekleme gibi işlemlerini merkezdeki veritabanında gerçekleştirecektir. Merkez olan TDB üyelerin tümünü görebilirken, odalar yalnızca kendi kayıtları üzerinde işlemlerini yapabilecek ve bunun yanı sıra birbirleriyle iletişim ha-

www.tdb.org.tr

Meslektaşlarımıza ve diğer ziyaretçilerimize daha kaliteli ve geniş içeriklerle hizmet vermemizi sağlayacak olan sitemiz, sunucu tarafında çalışan bir web yazılım dilinin kullanılmasıyla daha dinamik ve içeriği hızlı yönetilebilir bir yapı kazandı.

linde olabilecekler. Uygulama bir web uygulaması olacağı için düğümlede herhangi bir yazılım olmayacak, bu nedenle odalar bu uygulama için sadece sanal düğümler olacaktır. Web ortamının seçilmesinin nedeni bu uygulamanın bütünlüğü ve erişimin kolaylığı içindir. Üyelerin odalardan nakilleri sırasında aynı işlemler sanal ortamda izlenebilecektir. Gönderen odanın işaret vermesi ve kabul eden odanın onay vermesiyle gerçekleşecek olan nakil işlemi bugüne kadar yaşanan sıkıntıları büyük ölçüde giderecektir. Bu sistem sayesinde tekrarların ortadan kalkması sağlanacak ve dişhekimliğinde insan gücü planlaması en az hatayla yapılacaktır. Yönetmelik işlemlerin evrak üzerinden yürütülmesinin sanal ortamda da olması aşamasına gelmesiyle ve bu uygulamayı gerçekleştirmemizle e-TDB'nin tabanını oluşturabileceğiz. Bu sağlam temel kurulmasıyla üzerinde yapılabilecek olan bilgi alışverişleri ve bunun yanı sıra dünya ile etkileşimli ilişki, kolay ve sağlıklı olacaktır. Diğer bir deyişle yere sağlam basan kurumsal kimliğimizin, e-TDB sürecinin tamamlanması ile yeni ufuklara açılması sağlanacaktır.

Resmi yazışmalar ve işlemler de internet üzerinden yapılabilir mi?

Bu uygulamayla odalarla yapılan tüm yazışmalar sanal ortamda yapılabilir. Hukuksal olarak bunun alt yapısı da hazırlanmakta olduğuna göre TDB ile odalar ve dolayısıyla meslektaşlarımız olağanüstü zaman kazanacak. Genelgelelerin sanal ortamda odalara iletilmesinin gerçekleştirilmesi, bir üyemizle sanal ortamda yazışmanın yapılması ya da bir üyemizin AB ülkelerinden birine gitmesi durumunda gittiği ülkenin meslek kuruluşu ya da sağlık bakanlığınca bizden istediği üye dosyasının gönderilmesi benzeri işlemler birkaç dakika gibi kısa bir sürede gerçekleştirilebilecektir; ki bu norm AB tarafından da betimlenmektedir.

SDE etkinlikleriyle ilgili program yeniden yapılanması hakkında bilgi verebilir misiniz?

Şu anda kendi başına işlemekte olan uygulama, etkileşimli ve planlı oda üye sistemi ve web sitemizle ilişkili tek bir

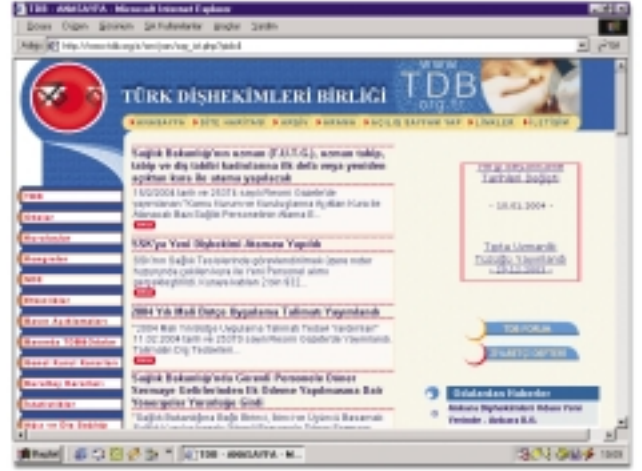
TDB'nin web sitesinin yeni görüntüsünü ele geçirdik. İlk kez burada yayımlanıyor!

sistem içerisinde olan yenilemiş bir düzenek olacak. Katılımcıların kayıtlarının kolay tutulabileceği ve sertifikalarının otonom olarak verilebileceği bir mekanizmadan bahsedebiliriz. Bu sistemin bir yüzü web sitemize açık olacaktır. Bu sayede meslektaşlarımız web sitemize girdiklerinde SDE ile ilgili durumlarını görebilecekler ve kendilerini buna göre ayarlayabilecekler.

Meslektaşlarımız kongre, seminer, konferans ve kurslara akıllı/manyetik kartlarla katılacaklar ve bu katılımlar otonom olarak merkezde bu program ile izlenebilecek. Bu çalışmanın gerçekleşmesi durumunda gerek meslektaşlarımız gerek bağlı oldukları oda görevlileri zamandan kazanacak. Evrak işlemlerine harcanan zamanın ve kayıt işlemleri sırasında olabilecek hataların ortadan kalkmasına yarayacak olan bu uygulamayla hekimlerin kredilendirmesi işlemi mükemmel yaklaşacaktır.

web sitesinde de bazı yenilikler yapıyor galiba...

Şu anda test sunumunu yaptığımız sitemizin yenilenme amacı sitenin özgün bir yapıya kavuşması idi. Sitede bulunan fonksiyonlar (menü, anket, forum, arama, vs.) alıntı olmaktan kurtarıldı. Meslektaşlarımıza ve diğer ziyaretçilerimize daha kaliteli ve geniş içeriklerle hizmet vermemizi sağlayacak olan sitemiz, sunucu tarafında çalışan bir web yazılım dilinin kullanılmasıyla daha dinamik ve içeriği hızlı yönetilebilir bir yapı kazandı. Haberler kısmı bir arşiv alt yapısına kavuştu, böylece haber ekleme, güncelleme, silme işlemleri daha profesyonel bir şekilde yapılabilir.



Önceden elle hazırlanmakta olan içerik şimdi kolaylıkla hazırlanabilecek. Şöyle bir benzetme yapmak gerekirse; varolan sitemiz gazetecilikteki müretteplerin yazma ve basma çalışmalarına benzetilebilir. Test çalışmaları tamamlandıktan sonra sunuma geçecek olan sitemizin ise ofset hazırlık ve basım işlemlerine benzetilmesi hiç de abartılı sayılmaz.

Web sitemizin diğer yeniliklerini sıralarsak;

Artık sitemizde üyelik yapısı da bulunmaktadır.

Site üyesi olan dişhekimlerimiz sadece üye dişhekimlerimize açık sayfalara erişime hakkını elde edebilecekler. (SDE ile ilgili sayfalar)

'TDB Forum'da ilgili yöneticilerin değerlendirdiği konular ile ilgili tartışmaları okuyabilecek, sorularını ve yanıtlarını gönderebilecekler.

'Site içi arama', 'Site haritası' ve 'Arşiv' bölümlerinden site içinde aradıklarına en hızlı şekilde ulaşabilecekler.

Güncel ve dişhekimliğiyle ilgili yön belirleyecek anketler sürekli güncellenebilecek ve eski anketler incelenebilecek. Gelişmiş bir ürün kullanılarak hazırlanan web sitemizde hızlı, sınırsız ve geniş içeriklere/sayfalara ulaşmak mümkün olacak.

Web sitemiz TDBD'nin yakaladığı çizgiyi sanal ortamda gerçekleştirmeyi hedeflemektedir. TDB'nin Internet ortamındaki varlığı en iyi, en güvenilir, en interaktif ve en güzel görünümünün yanında, bilgi teknolojisi hizmetlerinin de verilebileceği özgün bir siteye sahip olmasıyla gerçekleştirilmiştir. Tamamlanmakta olan bu site, TDB'nin dişhekimliği portalı olacaktır.



Fikret Toksöz:

'Tasarı olumlu ama sağlığın çözümü zor'

Kamu Yönetimi Temel Kanun tasarısını genel olarak değerlendirebilir misiniz?

Biz kamu yönetimi temel kanun tasarısını ya da reform tasarısını olumlu karşıyoruz. Yapılan eleştirilere de pek katılmıyoruz. En çok söylenenlerden birincisi ülke bölünecek, ikincisi şeriat devletine yol açacak. Tabii bu tür istekleri olanlar olabilir. Çoğulcu bir toplumda bunu yasaklayarak bir yere varmak mümkün değil ama tabii ki cumhuriyetin temel niteliklerini korumamız gerekiyor. Bunlar çağdaş bir ülke olmanın zaten temel koşullarıdır. Kamu yönetiminde reform Türkiye'de uzun zamandır tartışılıyor. 1960'dan beri bir yeniden yapılanma lafı var. İlk defa 1960'lı yıllarda Mehtap Raporu diye bir şey yazıldı. Çok ünlüydü, 20 sene falan ününü korudu. 1980'lerin başında KAYA Raporu (Kamu Yönetimi Araştırma Projesi) yazıldı. Daha sonra da iktidara gelen ve gelmeyen bütün siyasi partiler sistemden şikayet etmeye başladılar. Çünkü dünyanın stratejik durumu değişti. Türkiye eskiden iki kutuplu dünyada kendi içine kapalı bir ülkedydi. Ama birden bire Türkiye bir bölge devleti olarak ve çok ciddi bir uluslararası ilişkiler ağına kendisini buldu. Bir de teknolojik gelişme, iletişim kolaylıkları pek çok şeyi hem kolaylaştırdı hem de birtakım yeni zorluklar getirdi. Dolayısıyla kamu yönetiminde böyle bir hantallıktan herkes şikayet ediyordu. Temel sıkıntılar bugünkü sistem içerisinde çözülüyor. Bugünkü sistem eski düşünce yapısı içinde. Cumhuriyetin ilk yıllarından beri gelen ulusal devleti korumak ve ulusal devlet içinde bu işi çözmek istediği için bütün ülkelerde geçirilen evrimi şimdi Türkiye de geçiriyor. Bizim bugünkü sistemimiz, etkinliği şöyle sağlıyor kendi mantığı içinde. Kamu hizmetinin hiçbir aşamasında halk yok, sivil toplum yok, uzmanlık yok. Kamu yönetimi bürokratik koşullar içinde birtakım kararlar veriyorlar ve o kararları uyguluyorlar. Parlamento da buna dahil. Ve halkın, sivil toplumun, uzmanlık ve bilginin dışarıda olduğu bir yönetimin sonucunu da işte görüyoruz.

Gündemdeki reform tasarısı buna çare

olabilir mi?

Bütün işin temelinde yatan şey şudur: Bütün bunların sahibi, her şeyin sahibi halktır. Dolayısıyla halk içindeki çeşitli kurumların ya da kuruluşların her türlü kararda birarada olması gerekir ve karar almada paydaşlar vardır. O paydaşların rızası olmadan, o paydaşları işin içine sokmadan alınacak hiçbir karar uzun boylu yürümez ve aksaklıklara neden olur. Bizim mevcut sistemimiz pek paydaşlara sormuyor. Sağlık politikası nasıl oluyor? Usulen bir sağlık şurası gibi bir şey yapıyorlar. Bir yüksek danışma kurulu gibi bir şey yapıyorlar. Orada karar alıyorlar vb. Sonuçta en çok uzmanlığa, bilime dayanması gereken konularda bile kararlar bürokratik mekanizma içinde alınıyor. Ne doktorun ne hastanın ne sağlık personelinin ne de ekonomistlerin bu konulardaki görüşleri alınmıyor.

Bunun işe yaramadığı bütün dünyada görüldü ve bütün mesele bu kararları paydaşlarıyla beraber almak, paydaşlarıyla beraber uygulamak. Yasayla getirilmek istenen şey bu. Demokratik bir kamu yönetimi sağlamak.

Avrupa Birliği de kendi içinde iyi yönetim sağlamak için iki yıl önce bir beyaz kitap çıkardı. Kamu hizmeti, topluma en yakın noktadan en uygun birim tarafından karşılanacaktır şeklinde. AB bu beyaz kitapla sorunların yerinde çözülmesi bakımını getirmeye çalışıyor. Tabii böyle bakınca Türkiye'de bu yasanın çok büyük gürültüler koparması normal, çünkü pek çok alışkanlığımızı gerek yurttaş olarak gerekse bürokrasi olarak değiştirmemiz gerekiyor. Şimdiye kadar uygulamadığımız şeyleri uygulamamız gerekiyor. Dolayısıyla böyle bir yasanın zaten çok fazla bağırtı çağırması çıkarmaması tuhaf olurdu.

Bölücülüğe yol açılır eleştirilerinin dışında sendika konfederasyonları da tasarının neo liberal bir tasarı olduğu ve 'ülkeyi pazar, devleti şirket, yurttaş müşteri' gibi gördüğü eleştirisini getiriyorlar...

Şimdi tabii ki neo liberal politikaların buna yansımaları düşünülemez. Çünkü dünyadaki gi-

Bir süredir gündemde olan Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı tartışmaların odağı olmaya devam ediyor. Konuyla ilgili çalışmalar yapan Sabancı Üniversitesi İstanbul Politikalar Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi Fikret Toksöz gündemdeki reformun demokratikleşme ve etkin yönetim açısından olumlu olduğunu, ama sağlık alanının sorunlarını çözmesinin zor olduğunu belirtiyor.

diş böyle. Türkiye'yi bırakın, en son Almanya'da iktidardaki sosyal demokrat parti çok ciddi çalışmalarla sosyal hakları kısıtlama yoluna gitti. Çünkü kamu bütçesi bunu karşılayamaz hale geldi ve ilk defa olarak Fransa ve Almanya gibi iki büyük ülke AB'nin kurallarına uyamaz hale geldi. Kamu açığı %3'ü geçemez deniyordu %3'ü geçtiler. Şimdi burada yeni bir yaklaşım söz konusu. İlle kamunun elinde olmasına gerek olmadan acaba adil bir paylaşım sağlanabilir mi mesela. Şimdi artık bildiğimiz gibi eski kamu yok. Artık sivil toplum örgütü de kamunun bir parçası. Kamunun bir kısım hizmetlerini sivil toplum da görebilir. Tabii ki bunlar çok kolay olan, mükemmel işleyen şeyler değil ama Çek Cumhuriyeti'nden bir örnek vermek istiyorum. Sivil toplumu geliştirebilmek için Çek Cumhuriyeti'nde uygulanan şey şu; vergi mükellefi herkes istediği bir sivil toplum örgütüne yardım etmek istiyorsa ödemek zorunda olduğu yıllık vergi miktarının %1'ini oraya bağışlayabiliyor. Bu yeni bir kamu bakışı demektir. Şimdi konuya bakışta bir değişme var. Kamu kimdir? Özel sektör kimdir? Elbette birtakım çıkarıcılar olacak, köşe dönücüler olacak ama bunun çaresi bu hizmetlerin desantralize edilmemesi, bir kısmının özel sektöre devredilmemesi, bir kısmının sivil topluma devredilmemesi değil. Bütün her şeyin çaresi daha açık bir toplum yaratmak. Bu şikayetlere yol açan madde, kamu yönetiminin nasıl çalışacağını gösterirken 'kamu niteliğindeki meslek kuruluşları ve sivil toplum örgütleri arasında iletişim ve işbirliği sağlayacağı mekanizmalar oluşturmak, hizmet ve işlev kapasitelerini geliştirmek' diyor. Yani merkezi hükümete bir de böyle görev veriyor.

Sağlık alanına gelirse, tasarıyla örneğin Sağlık Bakanlığının bir anlamda kendini feshetmiş gibi olacağı söyleniyor...

Kanunun 11. maddesi 'kamu hizmetlerinin daha etkili ve verimli olarak yerine getirilebilmesi amacıyla merkezi idareler ve mali idareler kendilerine ait hizmetlerden yetkili organlarının kararı ve uygun görülürse belediye meclisi karar verirse eğer ilgili itibarıyla üniversitelere, noterlere, kamu kurumu içindeki meslek kuruluşlarına, hizmet birliklerine, özel sektöre ve alanında uzmanlaşmış sivil toplum örgütlerine gönderebilir' diyor. Madde bu. Belediye isterse İstanbul'daki sağlık meslek odalarıyla bir araya gelip bunu size devrediyorum, siz yürütün diyebileceksiniz. Yönetimin merkezi ya da yerel olması veya başkasının tarafından ya da en kötü ihtimalle özel sektör tarafından yürütülmesi devletin aradan çıktığı anlamına gelmez. Devletin anayasada belirli olan nitelikleri devam ediyor. Devletin ana görevlerinden bir tanesi

nedir? İnsan sağlığını, refahını ve huzurunu sağlamaktır. Bunu kendisi yapabilir, başkasına yaptırabilir. O durumda denetler, standartlar koyar. Tabii Türkiye'de hep düşünce sistemi mevcut duruma göre çalıştığı için diyeceksiniz ki şikayet etsek de bir şey olmayacak. Halkı işin içine sokmazsanız hiçbir denetim mekanizması işe yaramaz. Bütün mesele, bu paydaşlık meselesinin temel alınmasıdır. Örneğin sağlık alanında bunun paydaşları doktorlardır, sağlık personelidir, bunların kurdukları örgütlerdir, bu konuda eğitim veren üniversitelerdir ve hiç kuşkusuz hastalardır. Bütün bunların bir araya gelmesi lazım.

Tabii çok zor; bir kere böyle bir kültürümüz yok. Böyle bir alışkanlığımız yok. Böyle bir örgütlenmemiz yok.

Bu kanunun bence bütün başarı şansı yeni bir insan tipinde, yeni bir vatandaş tipinde, yeni bir örgütlenme tipinde yatıyor. Örgütlü ve herşeyden haberdar olan bir toplum gerekiyor.

Türkiye bununla ilgili birtakım altyapı hazırlıklarını uzun süredir yapıyordu. Mesela "bilgi edinme hakkı" kanun olarak çıkardı, 1 Nisan'da yürürlüğe giriyor. Vatandaş bundan sonra istediği zaman Sağlık Bakanlığı'na başvuracak. Paraları nerelere, ne kadar harcıyor bütün ayrıntılarıyla bildirilecek. Yani tam bir açıklık sağlıyor. Ama bunun için gerçekten batıda olduğu gibi yeni bir sivil toplum örgütlenmesine, yeni bir insan tipine ihtiyacımız var. Durmadan telefon edip şikayet eden bir insan tipine ihtiyaç var.

Ucu sağlık alanının tümüyle özelleştirilmesine dayanabilecek bu yönelim, özellikle de Türkiye gibi bir ülkede sağlıkla tümüyle içinden çıkılmaz hale getirmez mi?



Sendikalar ve demokratik kitle örgütleri tasarının sendikasılaştırma ve iş güvencesinin ortadan kalkması gibi sonuçlara yol açacağı gerekçesiyle geniş protesto gösterileri yaptılar.

Yeni durumda eğitim hastaneleri dışında kalan sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanserler vb. gibi yerler il özel idarelerine devredilecek ve Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatı olmayacak. Yani il sağlık müdürü olmayacak artık. Buradaki yerel yönetimin sağlık müdürü olacak. Peki Sağlık Bakanlığı ne yapacak? Politikaları saptayacak, standartlar koyacak, bunların uyulup uyulmadığına bakılacak. Kanun her işi yerle bırakıyor ama diyor ki bu hizmetleri size bıraktığım zaman idarenin düşündüğüne riayet edeceksiniz ve kalkınma planına, yıllık programlara uyacaksınız. Yani örneğin nüfus planlaması yapılıyorsa sen burada ona karşı bir politika yürütemezsin. Yani Allah vergisidir, ben çocuk sayısını kısıtlayamam diyemezsin. Ya da ulusal plan 6 yaşındaki çocuklarda senede bir defa diş kontrolü yapılacak diyorsa bunu uygulamak zorunda. Burada vatandaşa ya da sağlık örgütlerine düşen görev bu standartların uygulanıp uygulanmadığını ciddi biçimde kontrol etmek.

Sağlık hizmetlerinde bazı kuşkuvarlar var tabii. Özellikle iki tane sorum var Sağlık Bakanlığın'a. Bunlardan bir tanesi ölçek sorunu. Şimdi Türkiye'de isterse Hakkari'deki bir vatandaş gelip İstanbul'daki bir hastanede tedavi görebilir. Burada böyle olunca, bu seçim esasına da dayanınca diyalim Bakırköy Belediyesi bir tane Ana Çocuk Sağlığı Merkezi yaptı. Dedi ki ben önce burada olanlara bakacağım, başkasına bakmayacağım. Bunu anayasadaki eşitlik ilkesi bakımından yapamaz. Yapmaması lazım ama bu lafta kalan şey. Uygulamada olabilir. Böyle sakıncaları olabilir. Diyebilir ki örneğin diş tedavisinde 'ben buradaki halktan sorumluyum'. Orada da haklı çünkü parayı kendi bütçesinden veriyor. Ama bu Türkiye'nin gelişmemiş bölgelerinin ya da yoksulların aleyhine çalışabilir.

İkinci sorum, bir de bu hizmetleri yerine getirebilmede kapasite meselesi var. Bütün bu hizmetleri devlet götürür. Sen bunu yap diye belediye hizmetlerine verisen hadi İstanbul'da bunu sizler sayesinde, bizim sayemizde bu hizmetler yürütülebilir çünkü siz bağırıp çağıracaksınız, devreye gireceksiniz. Bunlar iyi kötü yürüyebilir. Ama şimdi az gelişmiş bir bölgede bu iş nasıl olacak? Oradaki yönetim kültürü, yönetim kapasitesi buna yeterli değil. Bunun için ciddi bir birikim gerekiyor. Hem halkın hem çalışanların birikimi gerekiyor. Üçüncüsü, şimdiki sistemde İstanbul Tıp Fakültesini bitiren veya Dişhekimliği Fakültesini bitiren birisi kura çekip Hakkari'de hizmet yapıyor. Şimdi bunun yerleştirdiğimiz zaman bu ne olacak? Her il ayrı kadro mu açacak? Sonuçta ne olacak. İki sorun olacak. Birisi, böyle bir ayrım yapmak doğru olmayabilir ama Türkiye'nin gelişmiş bölgelerindeki üniversitelerle diğerlerindeki eğitim düzeyi aynı de-



'Halkı işin içine sokmazsanız hiçbir denetim mekanizması işe yaramaz. Bütün mesele, bu paydaşlık meselesinin temel alınmasıdır.

Bu kanunun bence bütün başarı şansı yeni bir insan tipinde, yeni bir vatandaş tipinde, yeni bir örgütlenme tipinde yatıyor. Örgütlü ve herşeyden haberdar olan bir toplum gerekiyor.'

gil. Şimdi ne olacak? Van Tıp Fakültesinden mezun olanlar oradaki hastanelerde çalışacak. Buradakiler oraya gitmeyecek. İkincisi, buradaki insan belki de şöyle bir şeyle karşılaşacak zaman içinde burada diyelim bin kişiye bir doktor düşecekken beşyüz kişiye bir doktor düşer hale gelecek. Bugün mevcut dengesizliği gelişmiş bölgeler lehine az gelişmiş bölgeler aleyhine daha da bozabilir. Burada en önemli sorun burada yatıyor.

Yerel yönetimler sağlık harcamalarını nasıl finanse edecekler? Bir de gündemde olan Sağlıkta Dönüşüm Projesi bu sistemle birlikte nasıl işleyecek?

Bütün dünyada bu tür desantralizasyon projelerinin en önemli ayağı mali desantralizasyondur. Bizim kanunda bu bölüm yok. Çünkü bu bölümü yapmak çok zor. Avrupa'da federal ülkelerde de federal olmayan ülkelerde de mali eşitleme diye çok önemli bir ölçütler seti var. Türkiye'de kullanılan tek ölçüt var, o da nüfus. Belediyenin nüfusuna göre parayı veriyorlar. Ne bölgeler arasında eşitsizlik var ne yoksullukla mücadele, ne sağlık hizmetlerinin düzeltilmesi için duyarlı olmayan bir sistemle dağıtıyoruz. Mutlaka bunun eşitlenmeyi sağlayacak bir mekanizmayla desteklenmesi gerekiyor öncelikle. Bu nasıl yapılacak? Bunu da zor görüyorum. Çünkü şimdi Türkiye'nin makro ekonomik dengeleri buna pek müsait değil. Onun için bu kanun böyle çıksa da öyle 3-5 senede hemen uygulanabilecek durumda değil. Zaten bunu gördükleri için kanuna bir de madde koymuşlar. Birtakım hizmetler yürütülemezse merkezi hükümet bunu yapar diyor.

Mesela Türkiye'nin pek çok yerinde il özel idareleri hastaneleri idare edemez. Hastanelerdeki sorunlarla başa çıkamaz. Sonuçta yapılmayanların bir kısmı demin söylediğim o maddeye dayanarak geri dönecektir. Göreceksiniz, mahalli idarelerin kanunlarla verilen temel görev ve hizmetlerden herhangi birini ciddi şekilde aksatması ve durumun halkın hayatını önemli öl-

çüde olumsuz etkilemesi durumunda merkezi idare bu aksaklıkların giderilmesi için makul bir süre verir, aksaklıkların bu süre içinde de giderilememesi halinde merkezi idare durumun gerektirdiği tedbirleri alır. Yasada ne derlerse desinler yarın Türkiye gerçeklerinde bunların bir kısmını olmuyor deyip kendileri üstlenecektir. Onun için biz bu kanun çıkarken başbakanlığa ve diğer ilgililere hep söylediğimiz şey şuydu: Buraya bir geçiş süresi koyalım. 10 yıl gibi bir süre tanyalım. Bu kanunu da hemen Türkiye'nin her tarafında uygulamayalım.' Hatta bizim önerimiz bunu Türkiye'de büyükşehir olan vilayetlerinde bunu uygulamayalım. 16 tane büyük şehir var. Görelim bakalım buradaki yönetimler bunu becerebilecekler mi beceremeyecekler mi. Ondan sonra bunu uygulayalım özellikle sağlık ve eğitim hizmetleri için.

İş güvencesinin ortadan kalkması ve performans dayalı değerlendirme gibi sağlık çalışanlarını çok huzursuz eden yönleri konusunu nasıl değerlendiriyor-sunuz?

Bu kolay bir şey değil, çok ciddi bir şey. Türkiye'nin performans kriterlerini tespit etmesi bile yıllar alır. Zaten bu kanun yüzlerce mahkemenin açılmasına neden olacak açıkçası. Yani bu kanun belki beklene ni de hiçbir şekilde veremeyecek. Çünkü başta da söylediğim gibi yeni bir kültür ve ahlak anlayışıyla desteklenmesi gerekiyor. Kamu yönetimi reformu çok temel bir şey yapıyor. Anayasadaki bütün bakışı değiştiriyor. Devlet falan değil önce insan, toplum, halk ve onun örgütlenmesi gelecek, her şey onun üstüne yapılacak. Bu hakikaten çok kolay olmayacak.

Belediyelere baktığımızda ya da il belediye başkanlığına baktığımızda burada çok temel bir şey var. Yerel mecliste sağlık bütçesi, sağlık sorunları konuşulurken tabip odaları, dişhekimi odaları oraya gidecek. Söz hakkı olacak. Bugüne kadar olmayan bir şey. Buna göre belki odaları yeniden düzenlemek gerekecek.

Tasarı hakkındaki endişeleri biraz abartılı

görüyorum çünkü az önce söylediğim gibi zaten bir kısmını yerel yönetimler yürütmeyezse merkez ister istemez geri alacak. Düşünebiliyor musunuz şimdi başbakan Siirt'e gitmiş. Vatandaş bağırıp çağırıyor hastaneye yok, doktor yok, şu yok, bu yok falan. Adam soracak ne oldu diye. Bir, iki, hadi bu hizmeti alalım diyecek. Demokrasiyi denemek lazım. Yani başka türlü öğrenilmiyor. Deneyerek öğreneceksiniz. Ben eminim ki bu kanun özellikle sağlık hizmetleri bakımından Türkiye'de Batı Anadolu dışında öyle doğru düzgün uygulanamayacaktır. Mecburen eski sistem muhafaza edilecektir. Bunun da şöyle bir katkısı olacaktır. Buralarda sağlık hizmetinin demokratikleştirilmesi bu hizmetlerin daha kaliteli olarak verilmesini sağlayacaktır. Halk işin içine girdiği zaman paydaşlık işin içine girdiği zaman pek çok şey değişecektir.

Anladığımız kadarıyla şöyle özetleyebiliriz herhalde: Tasarı genel olarak olumlu, sağlık hizmetleri zor...

Evet, sağlık hizmetleri zor. Zaten şimdi bence bir araştırma yapmaya değer. İstanbul'da acaba hangileri yerel yönetime bırakılacak. Araştırma ve eğitim hastaneleri dışında dediğimiz zaman dışarıda bir şey kalıyor mu acaba? Birinci basamak hizmetleri kalır, onun devri de çok kötü olmaz. Hatta daha iyi olur. Denir ki vatandaşa bundan sonra doğrudan doğruya üniversite hastanesine gelmeyeceksin. Gideceksin polikliniğe. Orada bakılacaksın. Oradan doktor sevk ederse gideceksin. Yani asıl yapılması lazım gelen şey bu. O zaman belki daha iyi bir işbölümü olacak. Ben eminim daha iyi işleyeceğine. Ama batı için söylüyorum. Doğu Anadolu için düşünmüyorum.

Türkiye gibi bir ülkede devletin götürdüğü sağlık hizmetlerinde çocuk ölümleri Bangladeş seviyesindeyse düşünmemiz lazım. Bu kabul edilebilir mi? Türkiye'de bu kadar doktor olsun, Türkiye çok geri bir ülke olmasın ama bu kadar büyük çocuk ölümü Türkiye'nin yüz karası olsun. Bugünkü çağda bu asla kabul edilemez. Burada demek ki bir sakatlık var. Çünkü paydaş işin içinde değil. Ben eminim ki bunun çok iyi uygulamaları çıkacak Türkiye'de. Bu uygulamalar başka yerlerde örnek verilecek.

Benim çok hayrettime mucip olan bir şey var. Şu İstanbul'da öldüğünüz zaman o kadar iyi organize ki cenaze işleri, inanılmaz. Türkiye'yi düşünürseniz beklemediğim kadar organize bir hizmetle karşılaşılıyorsunuz. Neden? Oy alıyorlar? Herkes görüyor. Kalanların oy meselesi var. Gayet iyi düzenlenmiş vaziyette. Sağlıklı insana bakmıyoruz ama ölünün kaldırılmasındaki performans inanılmaz yani. Demek ki birtakım mekanizmalar kurulabilir. Demokratik yöntemlerle çözüm yolu bulunabilir.



'Reklam Kurulu'nda biz de varız'

Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun'da geçtiğimiz yıl yapılan düzenleme sonucu yaklaşık beş aydır Türk Dışhekimleri Birliği de Reklam Kurulu'nda temsil ediliyor. Kurul'un çalışmaları hakkında TDB'yi temsil eden TDB eski Genel Başkanı Eser Cilasan'dan bilgi aldık.

Reklam Kurulu hakkında biraz bilgi alabilir miyiz?

Tüketicinin korunması hakkındaki kanunun 17. maddesi uyarınca ticari reklam ve ilanlarda uyulması gereken ilkeleri belirlemek, bu ilkeler çerçevesinde ticari reklam ve ilanları incelemek ve inceleme sonucuna göre "tüketiciyi aldatıcı, yanıltıcı veya onun tecrübe ve bilgi noksanlıklarını istismar edici, tüketicinin can ve mal güvenliğini tehlikeye düşürücü, şiddet hareketlerini ve suç işlemeyi özendirici, kamu sağlığını bozucu, hastaları, yaşlıları, çocukları istismar edici" olan reklam ve ilanları üç aya kadar tedbiren durdurma ve/veya aynı yöntemle düzeltme ve/veya para cezası verme hususlarında görevli bir kuruldur.

Reklam Kurulu, ticari reklam ve ilanlarda uyulması gereken ilkeleri belirlemede; ülke koşullarının yanı sıra, reklamcılık alanında evrensel kabul görmüş tanım ve kurulları da dikkate alır.

Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'nda bulunan Tüketicinin ve Rekabetin Korunması Genel Müdürü, bakan tarafından görevlendirilerek bu kurulun başkanlığını yürütüyor.

Kurulun sekreteryası hizmetleri, ilgili yönetmelik uyarınca, bakanlık tarafından

yürütülüyor.

Reklam Kurulu kimlerden oluşuyor?
Kurul 25 üyeden oluşuyor ve en az ayda bir defa toplanıyor.

Bu yirmibeş kişiyi şöyle sıralayabiliriz. Bakanlıkça, ilgili Genel Müdür Yardımcıları arasından görevlendirilecek bir üye (aynı zamanda kurulun başkan yardımcısıdır). Adalet Bakanlığınca, bu Bakanlıkta idari görevde çalışan hakimler arasından görevlendirilecek bir üye. TRT kurumunca görevlendirilecek, reklam konusunda uzman bir üye. YÖK'ün reklamcılık alanında uzman, üniversite öğretim elamanları arasından seçeceği bir üye. Türk Tabipleri Birliği'nin görevlendireceği bir üye. Türkiye Barolar Birliği'nin görevlendireceği avukat bir üye. TOBB'nin değişik sektörlerden görevlendireceği dört üye. Türkiye'deki tüm Gazeteciler Derneklerinin kendi aralarından seçeceği bir üye. Reklamcılar Derneklerinin veya varsa üst kuruluşlarının seçeceği bir üye. Tüketicici Konseyi'nin, konseye katılan tüketicici örgüt temsilcileri arasından seçeceği veya üst örgütlerinin görevlendireceği bir üye. Türkiye Ziraat Odaları Birliği'nin görevlendireceği bir üye. TESK'nun görevlendireceği bir üye. TSE'nden bir üye. Diyanet İşleri Başkanlığı'ndan bir üye. TMMOB'nden bir üye. İşçi Sendikaları Konfederasyonundan bir üye. Memur Sendikaları Konfederasyonundan bir üye. Türkiye Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler ve Yeminli Mali Müşavirler Odaları Birliği'nin görevlendireceği bir üye. Ankara, İstanbul, İzmir, Büyükşehir Belediyelerinin kendi aralarında seçeceği bir üye. TEB'den bir üye. TDB'den bir üye.



Örnek 4: Sadıye Hatun Tıp Merkezi'ne ait, Zaman Gazetesi'nde yayımlanan "Romatizma, Kemik Erimesi, Gözlüksüz Bir Hayat İçin Lazer" başlıklı reklam.

Kurulun sekreteryası nasıl çalışıyor?
Kurulun ve gerekli hallerde kurulan ihtisas komisyonlarının sekreteryası hizmetleri, Genel Müdürlüğün görevlendireceği Kurul üyesi ilgili Genel Müdür Yardımcısı ve yeterli Bakanlık personeli tarafından yürütülüyor. Kurulun ve komisyonların raportörlük, dosyalama, evrak ve arşiv hizmetlerini yürütmek. Kurul ve komisyonların toplantı tutanaklarını düzenlemek, bunun başkan ve üyeler tarafından imzalanmasını sağlamak. İlgili kişi, kurum ve kuruluşlarla yazışmaları yürütmek gibi görevleri var.

Kurula başvuru nasıl yapılır?

Kurula başvurular yazılı olarak yapılır. Başvuru sahibi gerçek ve tüzel kişinin adı veya ticari unvanı ve adresini içermeyen başvurular, Kurulca kabul edilemez. Şikayet edilen reklamın yazılı ya da basılı olanlarının asılları dilekçeye eklenir. Eklenecek nitelikte olmayanların fotoğrafları başvuru sahibi tarafından sağlanır. Televizyon filmleri ve radyo reklamları kayıtları, ilgili kanun uyarınca Kurul tarafından RTÜK'ten temin edilir. Ticari reklam ve ilanlarla ilgili olarak, Kurula intikal ettirilmek üzere, illerde Sanayi ve Ticaret İl Müdürlüklerine de başvuru yapılabilir.

Kararlar nasıl alınıyor?

Kurula intikal eden dosyalar, sekreteryası tarafından gerekli yazışma, savunma ve görüşler tamamlandıktan sonra Kurulun gündemine alınarak görüşmeye açılıyor. Kurula gelen dosyalar en geç bir yıl içerisinde görüşülerek karara bağlanmak zorunda. Ayrıca bu kurulda verilen kararlar Sanayi ve Ticaret Bakanlığı tarafından uygulanmaktadır.

Bu kurul ilk defa ne zaman oluşturuldu?

23.02.1995'de çıkarılan Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun uyarınca, 16.08.1995'de yayınlanan yönetmelik ile kuruldu. Ancak gerek, yönetme-



Örnek 2: Özel Clinix Polikliniği'nin Radikal Gazetesi'nin içerisinde dağıtılan "21. Yüzyılda Kanser" broşürü

lik gerekse kanun daha sonra revize edilmiş, 2003 yılında son şeklini aldı.

Siz kurulda ne zaman görev almaya başladınız?

Ben TDB'nin 13.10.2003 sayılı görevlendirme yazısı ile bu kurulda görev yapmaya başladım. Bugüne kadar dört

Kurula başvurular yazılı olarak yapılır. Başvuru sahibi gerçek ve tüzel kişinin adı veya ticari unvanı ve adresini içermeyen başvurular, Kurulca kabul edilemez. Şikayet edilen reklamın yazılı ya da basılı olanlarının asılları dilekçeye eklenir. Eklenecek nitelikte olmayanların fotoğrafları başvuru sahibi tarafından sağlanır. Televizyon filmleri ve radyo reklamları kayıtları, ilgili kanun uyarınca Kurul tarafından RTÜK'ten temin edilir. Ticari reklam ve ilanlarla ilgili olarak, Kurula intikal ettirilmek üzere, illerde Sanayi ve Ticaret İl Müdürlüklerine de başvuru yapılabilir.

toplantıya katıldım. Bu noktada sizlerle özellikle tıp alanlarında ceza verilen bazı örnek dosyaları paylaşmak istiyorum.

Örnek 1 :

Galenic Elancyl isimli ürünün yurt çapında dağıtılan ve "14 günde selülit sorunuzu çözün" başlıklı broşürü. Tıbben böyle bir çözüm bulunmadığını hepimiz biliyoruz. Bu broşür için kurul resen inceleme kararı almış. Kurul bu broşürdeki iddiaların tüketiciyi kandırmak olduğuna kanaat getirince, broşür dağıtımının durdurulmasına ve dağıtım yurt çapında yapıldığı için 35 milyar TL para cezası uygulamasına karar verildi.

Örnek 2:

Özel Clinix Polikliniği'nin Radikal Gazetesi'nin içerisinde dağıtılan "21. Yüzyılda Kanser" broşürü. Başvuruyu TTB yapmış. Broşürde reklam unsurları görüldü. Bu nedenle dağıtımının durdurulmasına ve ulusal 35 milyar TL para cezası uygulamasına karar verildi. (Kusurlu reklam ya da ilan) bölgesel ise bu para cezası 3.5 milyar TL oluyor.

Örnek 3 :

Özel Esenler Ensar Hastanesine ait "Anadoluda Vakit" gazetesinde yayınlanan "Varikozel Ameliyatları" başlıklı ilan. Şikayetçi TTB, 1219 sayılı yasaya ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne aykırı, reklam şeklinde olduğu görüldü. Hem ilanı yayınlayan gazeteye, hem de veren hastaneye 35 milyar TL para cezası ve ilanın durdurulması cezası verildi.

Örnek 4 :

Sadiye Hatun Tıp Merkezine ait, Zaman Gazetesinde yayınlanan "Romatizma, Kemik Erimesi, Gözlüksüz Bir Hayat İçin Lazer" başlıklı reklam. Şikayet eden TTB, yayınlarda tıp mesleği ile bağdaşmayan ve tüketiciyi yanıltıcı reklam unsurları olduğu görüldü. Yayının durdurulmasına ve hem mecra kuruluşuna (gazeteye), hem de reklamı veren Tıp Merkezine ulusal alanda olduğu için ayrı 35.000.000.000 TL. para cezası uygulanmasına karar verildi.

Bu kurulun verdiği kararlara itiraz merci bulunmuyor. Ancak dava yolu açık.



Örnek 3: Özel Esenler Ensar Hastanesi'ne ait "Anadoluda Vakit" gazetesinde yayımlanan "Varikozel Ameliyatları" başlıklı ilan.

Avrupa Birliği'nde (sağlık alanına uygulanan)

KDV oranları ve istisnalar



■ Hakan Karabacak*

Avrupa Birliği'nde, esasını Altıncı Konsey Direktifi'nin oluşturduğu ortak bir KDV sistemi bulunmaktadır. Üye ülkelerin sağlık alanına uyguladıkları KDV oranları ve istisnalara bu çerçevede değinmek gerekir. Altıncı Konsey Direktifi uyarınca üye ülkeler, mal teslimi ve hizmet ifası için %15'ten az olmamak üzere belirleyecekleri bir standart oranın yanında, Direktifin sonuna ekli H Listesinde belirtilen mal ve hizmet kategorilerine ilişkin olarak, %5'ten az olmamak üzere, diledikleri takdirde, bir veya iki indirilmiş oran uygulayabileceklerdir. Sağlık kapsamı altında indirimli oran uygulanabilecek aşağıdaki kategoriler, içeriği sosyal düşüncelerle belirlenen bu listede yer almaktadır:

- Tıp ve veterinerlik amaçlarına yönelik olarak hastalıkların önlenmesi, bakım ve tedavide kullanılan ilaçlar, doğum kontrolüne ve sağlığı korumaya yönelik ürünler;
 - Engellilerin özel kullanımına mahsus tıbbi ekipman ve araçlar ile bunların tamirleri;
 - İstisna hükümleri dışında kalan tıbbi bakım ve dış bakımı hizmetleri ile kaplıca tedavisi kapsamında sunulan hizmetler.
- Üye ülkeler, her ne kadar sağlık alanın-

daki bu mal ve hizmetlerin teslim veya ifalarına standart KDV oranı uygulama hakkına sahip olsalar da, genel olarak indirimli oranlar uygulamayı tercih etmişlerdir. Bununla beraber ortak KDV sisteminde, standart ve indirimli oranların yanında "sıfır oran" veya "en düşük oran" (yüzde 5'in altında) uygulamalarına imkan tanınmıştır. Dolayısıyla bazı üye ülkelerin, özel hükümlerden kaynaklanan sıfır veya en düşük KDV oranlarını sağlık alanına yönelik olarak uyguladıkları görülmektedir. Üye ülkelerin sağlık alanına tanıdıkları KDV kolaylıkları sadece indirimli veya en düşük oranlarla da sınırlı değildir. Altıncı Konsey Direktifinde, toplum yararına yönelik faaliyetlerle ilgili istisnalar başlığı altında sağlık hizmetlerine uygulanacak istisnalara ilişkin hükümlere yer verilmiştir. Direktif uyarınca üye ülkeler,

- Hastaneler, tıbbi bakım ve teşhis merkezleri ve benzer nitelikteki kuruluşlarca sunulan tıbbi bakım ve sağlık hizmetlerini ve kamu hukukuna göre yönetilen kurumlar tarafından üstlenilen bunlarla yakından ilişkili faaliyetleri;
- Tıbbi ve paramedikal uzmanlıklarca sunulan tıbbi bakım hizmetlerini;
- İnsanın kan, süt ve organ teslimlerini;
- Diş teknisyenlerince sunulan hizmet-

Sağlık Alanında AB Ülkelerinde Genel Olarak Uygulanan KDV Oranları ve İstisnalar

(i)=kısmi istisna

	Belçika	Danimarka	Almanya	Yunanistan	İspanya	Fransa	İrlanda	İtalya	Lüksemburg	Hollanda	Avusturya	Portekiz	Finlandiya	İsveç	Birleşik Krallık
Eczacılık ürünleri-ilaçlar	6 21	25	16	8 18	4 16	2.1 5.5 19.5	0	4 10 20	3 15	6 19	20	5 19	8	0 25	0 17.5
Engelliler için tıbbi ekipmanlar	6 21	25	7	8	7	5.5	0	4 20	3	6 19	20	5	i 22	i 25	0
Tıbbi bakım ve dış bakımı (sağlık hizmetleri)	i 6 21	i	i 7	i 6	i 7	i 5.5 19.6	i 21	i	i	i 19	i 10	i 5	i	i	i

ler ile dişhekimleri ve teknisyenlerince sağlanan protez teslimlerini;

• Hasta ve yaralıların, yetkili kuruluşlarca ve bu amaca uygun araçlarla taşınması hizmetlerini istisnaya tabi tutacaklardır.

Bu çerçevede, yukarıda sayılan sağlık hizmetleri tüm üye ülkelerde istisna kapsamına alınmıştır. Direktifin sağlık hizmetleri için öngördüğü istisna, kısmi istisnadır. Bu durum aşağıdaki tablodan da görülebilmektedir. Bilindiği üzere, tam ve kısmi istisna kapsamındaki mal teslimleri ve hizmet ifaları KDV'ye tabi değildir. Bununla beraber, tam istisnada (sıfır oran uygulaması), bu mal ve hizmetlerin alışlarında ödenen KDV'yi indirebilme imkanı bulunurken, kısmi istisnada bu imkan mevcut değildir.

Aşağıdaki tabloda, üye ülkelerde sağlık alanına uygulanan KDV oran ve istisnaları toplu halde görülmektedir.

Ayrıca sağlık alanındaki oran ve istisnalara ilişkin olarak üye ülkeler açısından aşağıdaki açıklamalara yer verilebilir .

Belçika: İlaçlar ile bazı tıbbi ve ortopedik cihaz ve araçların teslimine %6 indirilmiş oranı uygulanır. Tıbbi faaliyetler ile hastaneler, klinikler ve benzeri kurumlarca sunulan sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

Danimarka: Hastanelerde sunulan tedavi hizmetleri, tıbbi faaliyetler, dişhekimlerince sunulan hizmetler ve benzeri sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

Almanya: Doktorlar ve hastanelerde sunulan tedavi hizmetleri kısmi istisnaya tabidir. Bir takım sağlık hizmetlerine de %7 indirilmiş oranı uygulanmaktadır.

Yunanistan: İlaçlar ile engelliler için sağlanan tıbbi ekipmanların teslimlerine ve bazı sağlık hizmetlerine %8 indirilmiş oranı uygulanmaktadır. Hastaneler ve tıbbi mesleklerce sunulan sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

İspanya: İlaçların ve tıbbi ekipmanların teslimlerine sırasıyla %4 en düşük oranı ve %7 indirilmiş oranı uygulanmaktadır. Sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen işlemler kısmi istisnaya tabidir.

Fransa: İlaçlar ve tedavi edici ürünlerin teslimlerine %2.1 en düşük oranı uygulanmakta ve ilaca ödenen KDV daha sonra sosyal güvenlik kurumundan geri alınabilmektedir. Bir takım tıbbi ekipmanların teslimlerine %5.5 indirilmiş oranı uygulanmaktadır. Tıbbi faali-

yetler kısmi istisnaya tabidir.

İrlanda: Ağızdan alınan ve reçete ile satılan ilaçlar ile tekerlekli sandalye, kol-tuk değneği, ortopedik cihazlar ve takma kol ve bacaklar gibi engellilere yönelik tıbbi ekipmanların teslimlerine sıfır oran uygulanmaktadır. Sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

İtalya: Eczacılık ürünleri ve reçeteyle satılan ilaçlar ile engelliler için bir takım tıbbi ekipmanların teslimlerine ve bu kapsamdaki hizmetlere %4 en düşük oranı uygulanmaktadır. Hastaneler ve yetkili kliniklerce sunulan tedavi ve sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

Avrupa Birliği ortak KDV sisteminde, indirimli oran uygulanabilecek alanlar arasında sağlık kategorilerine yer verilmiş ve ayrıca üye ülkelerin sağlık hizmetlerini istisna kapsamına alabilecekleri de ifade edilmiştir. Üye ülkeler de kendilerine tanınan bu imkanları önemli ölçüde kullanmışlardır.

Lüksemburg: Eczacılık ürünleri ile engelliler için sağlanan tıbbi ekipmanların teslimlerine ve bir takım sağlık hizmetlerine %3 en düşük oranı uygulanmaktadır. Bazı sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

Hollanda: Sağlık hizmetleri kapsamında temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik teslim veya hizmetlere genel olarak %6 indirilmiş oranı uygulanmaktadır. Bir takım sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

Avusturya: Hastanelerde sunulan bir takım sağlık hizmetlerine %10 indirilmiş oranı uygulanmaktadır. Bazı sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

Portekiz: Reçete ile satılan ilaçların teslimleri %5 en düşük orana tabidir. Doktorlar tarafından sunulan hizmetler ile tıbbi bakım ve sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

Finlandiya: İlaçların teslimine %8 indirilmiş oranı uygulanmaktadır. Hastanelerde sunulan hizmetler ile tıbbi bakım ve sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

İsveç: Reçete ile satılan veya hastanelere sağlanan ilaçların teslimine sıfır oran

uygulanmaktadır. Bu uygulamaya ilaç ithalatları da dahildir. Sağlık bakım hizmetleri, insan organ, kan ve süt teslimleri kısmi istisnaya tabidir.

Birleşik Krallık: Reçeteli ilaçlar ile tıbbi ve cerrahi ekipmanların teslimine ve sadece engellilere sağlanan hizmetlere sıfır oran uygulanmaktadır. İştme cihazları, diş protezleri ve bazı sağlık hizmetleri kısmi istisnaya tabidir.

Sonuç olarak Avrupa Birliği ortak KDV sisteminde, indirimli oran uygulanabilecek alanlar arasında sağlık kategorilerine yer verilmiş ve ayrıca üye ülkelerin sağlık hizmetlerini istisna kapsamına alabilecekleri de ifade edilmiştir. Üye ülkeler de kendilerine tanınan bu imkanları önemli ölçüde kullanmışlardır. Bu çerçevede, üye ülkelerde reçete ile satılan ilaçların tesliminde indirilmiş oran uygulaması veya sıfır oran uygulaması (tam istisna) tercih edilmiştir. İlaçların reçetesiz tesliminde ise genelde standart oran uygulaması benimsenmiştir. Engellilere sağlanan tıbbi ekipmanların teslimlerinde büyük ölçüde indirimli oran uygulaması tercih edilmekle beraber bazı ülkelerde tam veya kısmi istisna uygulamasına da gidilmiştir. Tüm üye ülkelerde hastaneler ve doktorlarca sunulan tıbbi bakım ve tedavi hizmetleriyle diş bakımı ise kısmi istisnaya tabi tutulmuştur.

* Maliye Bakanlığı AB ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, AB Uzman Yrd.

KAYNAKLAR

- 1- Council Directive 77/388/EEC of 17 May 1977 on the harmonization of the laws of the Member States relating to turnover taxes - Common system of value added tax: uniform basis of assessment, OJ L145, 13.06.1977, Art.12
- 2- Council Directive 77/388/EEC of 17 May 1977, Art 13.
- 3- Bu tablo, aşağıdaki kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır: European Commission, DOC/2908/2003-EN, VAT Rates Applied in the Member States of the European Community, situation at 1st May 2003; Consumption Tax Trends. VAT/GST, Excise and Environmental Taxes, OECD, 2001, s.13; Inventory of Taxes in the EU, European Communities, 2000 (updated).
- 4- Inventory of Taxes in the EU; DOC/2908/2003-EN ve Vergi Politikaları Rel Sektörün Görüş ve Önerileri, 20 Aralık 2001, TÜGİAD Paneli Tebliği & Dünya'da ve Türkiye'de Vergi Oranları İktisadi Etkileri Bazı Mali ve Ekonomik Göstergeler, Ankara/Nisan 2002, s.83-85



Okul ağız diş sağlığı projesi (Bilecik Projesi) özet sonuçları

- İnci Oktay*
- Gülçin Bermek Saydam*
- Ferda Doğan*

Ülkemizde diş çürükleri ve dişeti hastalıkları 14-15 yaş grubundan sonra hızla artmaktadır. İlköğretime yeni başlayan bir öğrencide yaklaşık 4-5 civarında süt dişi çürüğünün yanı sıra, her iki çocuktan birinde de 1 daimi diş çürüğü bulunmaktadır. Daimi dişlerdeki çürükler çocuklar 2. sınıfa geçerken %88 oranında artmaktadır. 6 yaşındaki bir çocuk 15 yaşına geldiğinde ise daimi diş çürüklerindeki artış %900'ü bulmaktadır.

Ülkemizde ağız diş sağlığının iyileştirilmesi, yukarıdaki durum nedeniyle hastalıkların kontrol edilebilir düzeyde olduğu çocuk yaş gruplarında, toplum esası koruyucu programların uygulanması ile mümkün olabilecektir.

Bilim Dalımız, 1996 yılında aşağıda belirtilen amaçlara ulaşabilmek amacıyla, Bilecik ilinin Osmaneli ve Gölpaşarı ilçelerinde kırsal kesimin tamamı da dahil olmak üzere yaklaşık 3000 öğrenciyi kapsayan, 5 yıl süreli bir okul ağız diş sağlığı programı başlatmıştır. Okul projesinin amaçları;

• İlköğretim öğrencilerinde, diş çürükleri ve dişeti hastalıklarının yaygınlık ve şiddetinin azaltılması,

• Dişhekimlerinin, birinci basamak sağlık hizmetleri alanındaki görev ve sorumluluğunun yeniden belirlenmesi,

• Fluorid uygulamalarının, ülkemiz koşullarında toplumsal etkililiğinin ve verimliliğinin incelenmesi,

• Ağız diş sağlığı uygulamalarının, okulun günlük aktivitelerine entegrasyonu,

• Programın sağlık sistemi için bir model oluşturması olarak belirlenmiştir.

Proje kapsamında yer alan koruyucu çalışmalar

Koruyucu programın seçimi aşamasında, tüm alternatif yöntemler maliyet, insan gücü, etkinlik vb. açılardan incelenmiş ve maliyet-etkinlik, maliyet-yarar analizleri de yapılarak aşağıda verilen uygulama bütünü ülkemizin şu andaki koşullarına uygun bir program olarak kabul edilmiştir.

- Öğrenci, öğretmen, veli eğitimi,
- Fluoridli diş macunu kullanımı,
- Fluoridli gargara uygulaması,
- % 1.1 NaF jeli ile diş fırçalama (yüksek risk grubu),
- Profesyonel diş temizliği

Tüm toplumlarda koruyucu programlarda dikkate alınması gereken önemli

bir nokta da, bireylerin benzer çürük riskinde olmadıklarıdır. Toplumun yaklaşık % 20'si çürüğü oluşturan faktörleri daha fazla taşıdıkları için diğerlerine oranla yüksek sayıda çürüğe sahiptirler. Örneğin 12 yaşındaki çocukların % 80'inde ortalama 3 civarında çürükten etkilenmiş sürekli diş bulunmasına karşın kalan grupta çürük sayısı 10'a yaklaşmaktadır. Farklı risk gruplarının önemi, her risk grubu için değişik koruyucu uygulamaları kapsayan programların hazırlanmasıdır.

Projemizde de benzer bir yol izlenmiş ve diş fırçalama, diş ipi, floridlerin kullanımı ile ilgili sağlık eğitiminin yanı sıra, günlük diş fırçalama, haftada bir floridli gargara, yüksek risk grubunda ayda bir floridli jel ile fırçalama kapsayan koruyucu program 5 yıl süreyle uygulanmış ve birinci, üçüncü, beşinci yıllarda muayeneler yapılmıştır.

Projenin uygulama aşamaları

Projenin alan çalışmaları, Mayıs 1996'da başlamış ve Osmaneli ile Gölpaşarı ilçelerinin merkez ve köylerindeki tüm öğretmenlerin projeye katılımlarının sağlanabilmesi amacıyla, öğretmenler proje hakkında bilgilendirilmişler ve tek tek muayeneleri yapılarak kendi ağız diş sağlıkları ile ilgili olarak neler yapabilecekleri konusunda aydınlatılmışlardır.

1996-1997 eğitim yılında, yaklaşık 3552 öğrencinin muayeneleri ve sağlık eğitimleri tamamlanarak tüm öğrencilere 'Bilgi, tutum analizi' yapmak üzere

hazırlanan anket formları uygulanmıştır. Her eğitim yılının başlangıcında ve sonunda öğrencilere, iki tüp macun ve iki diş fırçası dağıtılmıştır.

Muayeneler esnasında her öğrenciye ağızdaki çürük dişler, dişeti hastalığı olan bölgeler ve bunlara neden olan mikrop tabakası özel bir boya ile boyanarak gösterilmiş ve yine ayna önünde her çocuğa verilen diş fırçası ve floridli diş macunu ile dişlerini fırçalaması ve diş ipi kullanılması öğretilmiştir. Ayrıca çocukların temizleme başarıları değerlendirilerek bireye özel yönlendirilme yapılmış daha sonra da tüm sınıflarda slaytlar eşliğinde sağlık eğitimi uygulanmıştır.

Görsel malzemeler kullanılarak yapılan sağlık eğitiminde, çocukların kendi ağız sağlığını, öncelikle kendisinin koruyabileceği ve pek çok ileri hastalığı önleyebileceği bilgisi, çocuklarda öğrenmeyi oluşturacak biçimde verilmiştir.

Muayenelerde diş çürükleri, dişeti hastalıkları, mikrobiyel plak yaygınlığı, diş fırçalamada bireysel başarı incelenerek kaydedilmiştir. Diş çürükleri ve sonuçlarının değerlendirilmesinde daha doğru ve detaylı sonuçlar alınabilmesi amacıyla lezyonun kaviteli, kavitesiz, aktif, inaktif olma özelliklerine göre 9 ayrı derece kullanılmıştır.

Muayenelerin ve sağlık eğitimlerinin tamamlanmasından sonra, öğrenciler % 0.2 NaF gargarasını düzenli olarak projenin 2. yılının sonunda kullanmaya başlamışlardır.

1997-1998 eğitim yılında tüm öğrenciler, geçen yıl verilmiş olan sağlık eğitimini pekiştirmek üzere kontrol edilmiş, bireye özel eğitim tekrarlanmış ve başarı dereceleri formlarına işlenmiştir. Ayrıca devam eden gargara programına ek olarak başlangıç muayenelerine göre saptanmış olan yüksek risk grubundaki öğrencilere (% 15-25) florid jeli (% 1.1 NaF) uygulanmıştır.

Bu eğitim döneminde, Yrd.Doç.Dr. Pınar Ünsal (İ.Ü. Edebiyat Fak. Psikoloji Bölümü) ve Doç.Dr. Tayfun Amman (M.Ü. Spor Hekimliği) ile araştırma bölgesindeki çocukların ebeveynlerinin sağlık ve ağız diş sağlığını nasıl algıladıkları, bu konudaki bilgileri ve onlarda fırçalamaya özendirilecek tutumu oluşturmada dikkat edilecek noktaları belirlemek amacıyla ön anket ve mülakatlar

yapılmıştır. Bu dönemde 5727 geri dönüşümlü veli anketi uygulanmıştır.

1998-1999 eğitim yılında çalışmalara yeni dağıtılan fırçalarla tüm sınıflara fırçalama yöntemi hatırlatılarak başlanmıştır. Bu dönemde de florid gargarası kullanımı devam etmiş ve yüksek risk grubuna da üç kez florid jeli uygulanmıştır.

Ayrıca çalışma kapsamına yeni giren 2. sınıf öğrencilerinin başlangıç muayeneleri ile kontrol grubunda araştırma dışına çıkan 8. sınıflara sağlık eğitimi programları yapılmıştır.

Yrd.Doç.Dr. Pınar Ünsal ve Doç.Dr. Tayfun Amman ile geçen yıl yapılan çalışmaların ışığında 52 soruluk bir anket formu hazırlanarak öğrencilerin anne ve babalarına iletilerek doldurulması sağlanmış ve veli eğitimleri tamamlanmıştır. Yine bu dönem çalışmaları içinde, prog-

ramın değerlendirilerek aksayan yanlarının kontrolü ve yeniden düzenlenmesi amacıyla tüm öğrencilerin ağız muayeneleri tekrar yapılmıştır.

Projenin 4. yılında da koruyucu programın uygulanması denetlenmiş, ağız sağlığı ile ilgili küçük bir oyunun sahneye konması, resim yarışması ve benzer sosyal aktivitelerle konu pekiştirilmiş ve 5. yılda programın devamının yanı sıra, son muayeneler yapılarak çalışmalar tamamlanmıştır.

Projenin özet sonuçları

Yapılan çalışmada bir öğrenci için yaklaşık 900 civarında veri toplanmış bulunmaktadır. Çalışmanın detaylı istatistik analizi devam etmekte olup bu yazıda, sadece daimi dişlerdeki yeni çürük oluşumu incelenmekte ve kontrol grubuna göre çürük azalma yüzdeleri verilmektedir.

Gruplar	1.Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf
İlçe Merkezi	0.17	0.11	0.17	0.29	0.33
İlçe M. Taşımali	0.22	0.03	0.18	0.21	0.33
Köyler	0.08	0.43	0.11	0.17	-
Deney Toplam	0.16	0.13	0.16	0.27	0.23
Kontrol	0.66	0.80	0.81	1.26	2.45

Tablo 1: Deney ve Kontrol Grubunda Çürük İnsidensi (Ara-Son Muayene) Düşük ve Orta Risk Grubu-Süreklili Dişler (5 Yıllık İzleme)

Gruplar	1.Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf
İlçe Merkezi	0.17	0.20	0.36	0.41	0.50
İlçe M. Taşımali	0.31	0.15	0.33	0.44	0.60
Köyler	0.33	0.38	0.29	0.17	1.33
Deney Toplam	0.26	0.22	0.34	0.38	0.59
Kontrol	0.67	0.48	1.42	1.57	3.67

Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubunda Çürük İnsidensi (Ara-Son Muayene) Yüksek Risk Grubu-Süreklili Dişler (5 Yıllık İzleme)

Gruplar	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf
İlçe Merkezi	74	86	79	77	86
İlçe M. Taşımali	67	96	78	83	86
Köyler	88	46	86	87	-
Deney Top.	76	84	80	79	91

Tablo 3: Deney Gruplarında Kontrol Grubuna Oranla Çürük Azalma Yüzdesi (Ara-Son Muayene) Düşük ve Orta Risk Grubu-Süreklili Dişler (5 Yıllık İzleme)

Gruplar	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf
İlçe Merkezi	75	58	75	74	86
İlçe M. Taşımali	54	69	77	72	84
Köyler	51	21	80	89	64
Deney Top.	61	54	76	76	84

Tablo 4: Deney Gruplarında Kontrol Grubuna Oranla Çürük Azalma Yüzdesi (Ara-Son Muayene) Yüksek Risk Grubu-Süreklili Dişler (5 Yıllık İzleme)

	tüm bölgeler				1. bölge	2. bölge	3. bölge	4. bölge	5. bölge	6. bölge
	Ortalama	1+3	2	4	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama
DENEY										
1. muayene	0,207	0,233	0,203	0,158	0,233	0,303	0,165	0,139	0,173	0,165
3. muayene	0,139	0,144	0,133	0,133	0,056	0,296	0,081	0,069	0,157	0,053
Değişim % azalış	32,85	38,20	34,50	15,82	75,97	2,31	50,91	50,36	9,25	67,88
KONTROL										
1. muayene	0,198	0,203	0,158	0,227	0,226	0,274	0,156	0,114	0,183	0,174
3. muayene	0,218	0,260	0,216	0,135	0,097	0,545	0,086	0,085	0,206	0,074
Değişim % artış	10,10	28,08	36,71	40,53*	57,08*	98,91	44,87*	25,44*	12,57	57,48*

1+3: mezial+distal

(*) kontrol grubunda gingival indekste azalış görülen bölümler

2: vestibül

4: palatinal veya lingual

1. bölge	2. bölge	3. Bölge
6. bölge	5. bölge	4. Bölge

(Ağız içi bölgeleri)

Tablo 5: Deney ve Kontrol Gruplarında Gingival İndeks'in Ağız İçindeki Bölgelere Göre Dağılımı (Tüm yaş grupları ve cinsiyetler bir arada değerlendirilmiştir)

	tüm bölgeler			1. bölge		2. bölge		3. bölge		4. bölge		5. bölge		6. bölge	
	toplam	v	p	v	p	v	p	v	p	v	l	v	l	v	l
1. muayene	2,02	2,36	1,63	3,54	1,72	3,11	1,66	3,03	1,83	1,58	1,80	1,12	1,43	2,27	1,84
3. muayene	1,35	1,46	1,23	2,57	0,83	1,98	0,92	1,88	0,50	0,38	2,06	1,27	1,71	0,43	1,28
Değişim % azalış	33,17	38,14	24,54	27,40	51,74	36,33	44,58	37,95	72,68	75,95	14,4*	13,4*	19,6*	81,06	30,43

v: vestibül

p: palatinal

l:lingual

(*): deney grubunda plak indeksinde artış görülen bölgeler

Tablo 6: Deney Grubunda Plak İndeksi'nin Ağız İçindeki Bölgelere Göre Dağılımı (Tüm yaş grupları ve cinsiyetler bir arada değerlendirilmiştir)

Çalışma süresi boyunca diş eti sağlığı durumu Gingival İndeks ile ölçümlenmiştir. Deney ve kontrol gruplarında yaş gruplarına veya cinsiyete ilişkin ayırım yapmadan tüm gruplara ilişkin elde edilen sonuçlar Tablo 5'de verilmektedir.

Tabloda görüleceği gibi Gingival İndeks skorları bütün muayenelerde 0 - 0,5 arasında yoğunlaşmaktadır. Deney grubunda 1. muayenede tüm skorların %84,7'si "0", %10,33'ü "1", %4,56'sı "2", %0,41'i "3" olarak; 3. muayenede ise %89,67'si "0", %7,25'i "1", %2,61'i "2", %0,47'si "3" olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda ise 1. muayenede tüm skorların %85,14'ü "0", %10,48'i "1", %3,87'si "2", %0,51'i "3"; 3. muayenede ise %84,78'i "0", %9,73'ü "1", %4,43'ü "2", %1,06'sı "3" bulunmuştur. İleri düzeyde gingivitis belirtileri görülen bölge sayısı oldukça düşüktür.

Deney grubunda Gingival indekste 5 yıl boyunca görülen iyileşme yüzdesi kızlarda erkeklerle oranla daha fazla olmuştur. Kızlarda %46,23, erkeklerde %20,56, her iki grubun toplamında %32,85 olarak bu iyileşme göze çarpmaktadır. Kontrol grubunda ise gingival indekste kızlarda %1,1, erkeklerde %18,57, her iki grubun toplamında %10,10 oranında olumsuz yönde artış

olduğu görülebilir.

Gingival indeks, ağız 6 bölgeye ayrılarak diş çevre dokuları mezial - distal (1+3), vestibül (2), palatinal veya lingual (4) olarak incelendiğinde elde edilen bulgular da Tablo 6'da yer almıştır. Deney grubunda en dikkat çekici özelliğin hem kızlarda hem de erkeklerde üst ve alt çene ön bölgelerde (2. ve 5. bölgeler) gingival indekste daha az bir iyileşme yüzdesi görülmesidir. Her iki cinsiyetin toplamında üst ve alt çene arka bölgelerde iyileşme (1.,3.,4. ve 6. bölgeler) oranları %50 ile 76 arasında iken ön bölgelerde %2 ile 9 olmuştur. Kontrol grubunda ise üst ve alt çene ön bölgelerde (2. ve 5. bölgeler) 5 yıl boyunca gingival indekste olumsuz yönde artış olmasına rağmen (%98,91-12,57), üst ve alt çene arka bölgelerde (1.,3.,4. ve 6. bölgeler) azalma vardır (%44-57). Hem deney hem de kontrol gruplarından elde edilen bu sonuç, ağızın ön bölgelerinin diş eti sağlığı açısından üzerinde özenle durulması gereken bölgeler olduğu izlenimi vermektedir.

Deney grubunda Plak İndeksi'nde başlangıca oranla 5 yıl sonundaki azalmalar yine kızlarda daha yüksek olmuştur (%39,3). Erkeklerde bu oran %27,23, tüm grubun toplamında %33,17 bulun-

muştur. Plağın kaldırılmasında en fazla başarının kaydedildiği bölgeler alt çene arka bölgelerdeki (4. ve 6. bölgeler) azı dişlerin vestibül yüzleri olmuştur (%75-81).

Gerek Gingival İndeks , gerekse Plak İndeksi çalışma sürecine başlandığı yaşa göre ve çalışmaya katılma süresine göre değişimler gösterecektir. Bu alt grup farklarının istatistiksel analizlerinin yorumlarının yapılması bizi daha ayrıntılı sonuçlara götürecektir.

Projenin değerlendirilmesi

Başlangıç-ara muayene sonuçları deney grubunda kontrol grubuna oranla yeni çürük oluşumunda farklı yerleşim bölgelerinde her iki risk grubunda da ağırlıklı olarak %38 ile %50 arasında azalmıştır. Başlangıç-ara muayenede yüksek risk grubunda bu oranlardan daha düşük koruyuculuğun saptandığı grupların durumu incelenerek programda yeni bir düzenleme yapılmış ve ara-son muayene bulgularında çok daha yüksek oranlara ulaşılmıştır. Ara-son muayene bulguları deney grubunda yeni çürük oluşumunda % 60-90 oranında bir azalma olduğu göstermektedir.

Ayrıca, projenin başında 3. sınıfta olan öğrencilerde başlangıçta ağızlarında bulunan daimi diş çürükleri de dahil ol-



mak üzere proje sonunda yani 12 yaşına geldiklerinde saptanan DMF-T değerleri tabloda da görüldüğü gibi DSÖ'nün 2020 yılı hedeflerine uyum göstermektedir.

Durum maliyetler açısından incelendiğinde, kontrol grubunda proje süresince yeni meydana gelen diş çürüklerinin maliyeti, 1 milyar 655 \$ tutarken deney gruplarında bu miktar % 74 azalarak 438 milyar \$ civarına düşmektedir.

Veli anketi sonuçları

2889 Kadın 2840 Erkek Toplam 5729 kişinin cevaplamış olduğu anket sonuçlarından elde edilen verilerin bir kısmı şöyledir:

- %38'i köyde %59'u ilçede yaşıyor.
- % 64'ü ilkököl %10'u ortaokul %3'ü lise %2.6'sı yüksek okul – üniversite mezunu
- %36'sı ev hanımı %27'si çiftçi %32'si işçi %20'si serbest mes. %17'si memur
- %49'u iki %31'i üç %15'i dört veya daha fazla çocuk sahibi
- % 81'inin evinde herkesin ayrı diş fırçası varken %15'inin evinde bazı aile fertlerinin fırçası var %2'sinin evinde herkesin ortak kullandığı tek bir fırça var.
- %9 dişlerini hiç fırçalamadığını bildirirken %27'si günde bir %18'si günde birkaç defa %45 ara sıra fırçalıyor.
- Şimdiye kadar hiç diş ipi kullanmayanlar %62 ne olduğunun bilmeyenler

%13

- %51'inin ağızda çürük diş var %49'unun diş çektiği için boşluk var %40'ının dişleri fırçalarken kanyor yalnızca %9'unun ağızıyla ilgili hiçbir sorunu yok.
- Dişlerinde bir sorun olduğu zaman dişhekimine hemen gidenler %63 gitmeyenler %30. Gitmeyenlerin %48'i maddi sorunlar %23 dişhekimine korkusu %28'i zaman bulamadığı için gitmiyor.
- Dişlerin çürümesinin nedeni olarak %53 şeker ve tatlı yiyecekler %55 asitli yiyeceklere %20 fırçalamamak %15 mikroplar %14 bakımsızlık cevabını veriyor.
- "Sizce bazı insanlar niçin diş fırçalamaz?" sorusuna verilen ilk 8 yanıt : %77 küçükken öğretilmediği için %55 üşendikleri için %34 tarlada ya da fabrikada çalışırken imkan bulamadıkları için %27 etrafta kimse diş fırçalamadığı için %23 vakit ayıramadıkları için %23 dişlerinden şikayeti olmadığı için %17 fırçalamanın yararına inanmadıkları için %15 fırça ve macuna para ayıramadıkları için şeklindedir.
- Ebeveynlerin %96'sı çocuğumun düzenli olarak diş fırçalama alışkanlığı kazanması benim için önemli diyor. Farketmez diyenler %2.3 önemli değil diyenler % 0.3.
- Aynı şekilde küçük yaşlardan itibaren diş fırçalamaya başlanırsa ileride sağlıklı bir ağıza sahip olmanın mümkün olduğunu düşünenler %93 hayır sanmıyorum diyenler %1.

- "Çocuklara diş fırçalama alışkanlığını kazandırmak öncelikle öğretmenlerin mi yoksa ailelerin mi görevidir?" sorusuna %94 öncelikle ailelerin %5 öncelikle öğretmenlerin diyor ve çocuklarının diş fırçalama alışkanlığını kazanmaları konusunda %92'si anne-babalar örnek olmalı %0.8 buna gerek yok diyor.
- Diş fırçalama biçiminin doğrusu yanlış olur mu sorusuna %80 ebeveyn evet doğru diş fırçalama biçimi vardır derken doğru fırçalamanın kendisine öğretilmesini isteyen veli %58. Doğru şekilde fırçaladığını düşünmeyen %49.
- Süt ve peynir gibi gıdaların dişlerin gelişmesi için faydalı olduğunu %66 biliyor %34 bilmiyor.

Yukarıdaki noktalarda görüldüğü haliyle kendi ağız bakımına ilişkin pek de olumlu tutuma sahip olmayan veliler çocuklarının daha iyi bir ağız bakımına sahip olmasını istiyor hatta bu konuda ailenin sorumluluğunu öğretmene de atıyor kendisinin yapması gerekenleri ifade ediyor ancak bunu sağlayacak bilgisi ve kendi yaşam biçimi içinde bunun yeri olmadığı görülüyor. Yani birincil sosyalizasyonda AILE' de kısa vadede çocukların ağız sağlığı iyileştirecek ağız bakım alışkanlıklarının oluşturulması mümkün değil. O halde bunun sağlanabileceği yer ikincil sosyalizasyon yani OKUL.

PROJEYE KATILANLAR:

Proje Sorumluları:

Prof.Dr. İnci Oktay
Prof.Dr. Gülçin Bermek Saydam
Prof.Dr. Ferda Doğan
Proje Yürütücüleri:
Dr. Dişhekimisi Aslı Aktı,
Dişhekimisi Erdem Özkan,
Dr. Dişhekimisi Hediye Sözer,
Dişhekimisi Kadriye Bahtuşen,
Dr. Dişhekimisi Nilüfer Bora,
Dişhekimisi Remzi Ülgen,
Dişhekimisi Serap Marangoz,
Laborant Muzaffer Gülsoy.

Anket Çalışmaları:

Yrd. Doç.Dr. Pınar Ünsal,
Doç.Dr. Tayfun Amman.

Bilgisayar Yazılımı ve Tablolama:

Meryem Musluoğlu.

Proje Destekçileri:

BANAT ve COLGATE

* Prof.Dr., İ.Ü. Dişhekimliği
Fakültesi Toplum Ağız ve Diş
Sağlığı A.D.

DSÖ 2020 Yılı 12 Yaş Grubu DMF-T Hedefi:1.5 Araştırma Sonucu 12 Yaş Grubu DMF-T Değerleri

	Deney Grubu	Kontrol Grubu
Düşük-orta risk grubu	0.95	2.09
Yüksek risk grubu	2.09	3.52
Toplam	1.36	2.54

Sistemik olarak kullanılan ilaçların oral kavite üzerine etkileri

■ **Gülsüm Ak***

Bazı ilaçlar oluşturdukları yan etkileri nedeniyle periodontal hastalıklar ve diş çürükleri açısından risk oluşturabilirler. Hastanın sistemik olarak kullandığı ilaçların ağız hastalıkları pratiğinde dişetini, alveol kemiğini, dişeti oluğu sıvısını, tükürük akış hızını ve hastanın oral hijyen alışkanlıklarını nasıl etkileyeceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Antidepresanlar hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlarken, oral hijyen uygulamalarını yeterli düzeyde yapması için hastanın motive edilmesini güçleştirmektedir. Sıklıkla kullanılan hipertansiyon ilaçları hastanın kendisini az da olsa depresif hissetmesine neden olmakta, davranış ve motivasyonunu etkilemektedir. Bu ilaçları kullanan hastalar dişhekimi muayenelerine daha sık gitmeli ve oral hijyenin sağlanmasını kolaylaştıran, daha etkili ürünler kullanılmalıdır³⁶.

Dişeti hiperplazilerinin en çok bilinen sebebi fenitoin kullanımıdır. Fakat immunsupresif bir madde olan siklosporin ve kalsiyum kanal blokeri olan nifedipin ve nitrendipinin de fenitoin benzer şekilde hiperplazi oluşturduğu tespit edilmiştir.

Fenitoin 1938 yılından beri epilepsi tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. Fenitoinin yaygın olarak karşılaşılan ve en iyi bilinen yan etkisi dişeti hiperplazisidir. Çoğunlukla fenitoin alınımına başladıktan 2-3 ay sonra görülür ve maksimum dereceye 12 ay sonra ulaşır^{5,12}. Fenitoin nedeniyle oluşan dişeti hiperplazisinin insidansı çeşitli yayınlarda % 0-84.5 oranında bildirilmiş ve ortalama görülme sıklığı %50 olarak kabul edilmiştir^{5,6,12,21,32}. Hiperplazi bukkal ve lin-

gual marjinal dişeti ve dişeti papilinden ağrısız lezyonlar olarak başlar ve dişlerin kronunu dahi örten bir kitle halini alır. Hiperplastik doku soluk pembe renkli ve fibrotik görünümündedir. Bakteri plağı, kötü dolgu, kron ve protezler gibi iritanlar nedeni ile oluşan enflamasyon kızarıklık, ödem ve kanamaya yol açabilir¹². Buna karşın fenitoinin kemik üzerine koruyucu etkisi olduğu bildirilmiştir²⁴.

Fenitoinle bağlı gingival hiperplazi, fenitoin alımının kesilmesi ile kısmen geri dönebilir. Fakat fenitoin epilepsi tedavisinde öncelikle tercih edilen bir ilaç olduğundan dolayı, ayrıca tedavi başarılıysa ilaç değişikliği yapılamaz. Tedavisi cerrahidir. Fakat ilaç kesilmediği takdirde ve ağız hijyeni de kötü ise başarılı olmaz. Birçok araştırmacı fenitoin tedavisi öncesi ve tedavi sırasında iyi bir ağız hijyeni sağlanması ile dişeti hiperplazilerinin önlenebileceğini savunmaktadırlar^{6,9,17,21}.

Organ transplantasyonları kronik ve terminal dönem organ yetmezliği durumlarında başarı ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. Organ transplantasyonu tedavinin son aşaması olmakla birlikte hem hasta hem de doktor açısından yeni bir dönemin başlangıcı olarak kabul edilmelidir. Böbrek, karaciğer, kalp ve kemik iliği transplantasyonları sonrasında tüm hastalar siklosporin A, prednisolon ve azatioprini içeren immun baskılayıcı bir tedavi görürler. Siklosporin yağda çözülebilen bir antibiyotiktir. Siklosporin tedavisine bağlı olarak gelişen doku fibrozisi pek çok organı tutmakla birlikte en yaygın ve en belirgin olarak dişetlerinde hiperplazi şeklinde görülmektedir³⁷. Siklosporin direkt olarak dişeti fibroblastları üzerine etki ederek hücre yapımını ve hücreler arası matriks oluşumunu arttırmaktadır. Aynı zamanda fibroblastların kollajen fagositozunu engeller ve kollajenaz enzim aktivitesini azaltır. Böylece hücreler arasında aşırı kollajen birikimi meydana gelebilir. Bu hiperplastik ce-

vabın derecesi bireyin ilaca bağlı hassasiyetine, ağız solunumu yapmasına, plak ve dıştaşı birikimi gibi dişeti irritasyonlarının mevcut olup olmamasına göre değişkenlik gösterebilir^{22,38}.

Siklosporine bağlı dişeti hiperplazisi görülme oranı %2.5-81 arasında değişmektedir^{10,23,28}. Bu nedenle hastalar için estetik ve fonksiyon açısından önemli bir problemdir. Transplantasyon hastalarında siklosporine bağlı dişeti büyümelerinin tedavisinde lokal iritan etkenlerin ve lokal inflamasyonun azaltılması, oral hijyenin sağlanması en önemli öğelerdir^{31,34}. İleri derecedeki dişeti büyümelerinde cerrahi veya laser gingivektomi uygulaması yapılabilir. Hafif olgularda azitromisin ve klaritromisin grubu antibiyotikler kullanılabilir^{8,18}. Fakat nüks oranı %50'ler civarındadır²⁵.

Nifedipin angina pectoris(koroner arter spazmı, kronik stabil angina) ve ventriküler aritmi tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. Nifedipinin ana işlevi kalp ve vasküler düz kas hücreleri arasında ekstrasellüler kalsiyum iyonlarının akımına engel olmaktır¹⁹. Nifedipin ve diğer kalsiyum kanal blokerlerine bağlı olarak oluşan hiperplaziler, fenitoin ve siklosporin ile oluşan hiperplaziler ile klinik ve histopatolojik benzerlikler gösterir^{3,4,19}.

Amfetamin kullananların bu ilaçtan etkilenme yüzdesi bilinmemesine rağmen, amfetaminler yapışık dişetinde fibröz büyümelere sebep olmaktadır. Bu tip dişeti büyümeleri amfetaminlerle tedavi edilen hiperaktif çocuklarda görülmektedir⁷.

Birçok ilaç ağız kuruluşuna yol açabilir. Bunlar arasında hipertansiyon ilaçları, antihistaminikler, trisiklik antidepresanlar, parkinson ilaçları, sedatif ve anksiyolitik ilaçlar, kas gevşetici ilaçlar, antikonvülsanlar, diüretik ilaçlar, diyaire ilaçları, antikolinergik ilaçlar(atropin,skopolamin), narkotik analjezikler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, semptomimetik ilaçlar (efedrin), de-



Resim 1 ve Resim 2: Siklosporin A'ya bağlı dişeti büyümeleri

konjestanlar, bronkodilatörler ve amfetamin sayılabilir.^{7,30,35}. Ağız kuruluğuna bağlı olarak çiğneme ve yutkunmada zorluk olmakta; hastalar kuru ve yutulması güç yiyecekleri yemekten kaçınmaktadır. Genellikle ilacın kesilmesi ile durum normale döner.

İlaç kullanımı sonucu oluşan ağız kuruluğunun bir yan etkisi de oral kandidiyazistir. Bu hastalarda kandidiyazisin yanı sıra kök yüzeyi çürükleri de meydana gelebilir. Oral kandidiyazis sıklıkla ağız kuruluğu sonucunda meydana gelebildiği gibi bronkodilatörlerin kullanımı sonucunda da oluşabilmektedir. Ağır ve orta dereceli astımlı hastaların tedavilerinde solunum yollarındaki enflamasyonu kontrol altında tutabilmek için bronkodilatör ilaçlara ilave olarak steroid esaslı ilaçlar da önerilmektedir. Kandidiyazisin tedavisinde antifungal ilaçların kullanılması önerilir. Ayrıca bu inhalasyon ilaçlarını kullandıktan sonra ağızlarını suyla veya ağız gargaralarıyla çalkalamaları tavsiye edilir.⁷

Bazı ilaçlar oral dokularda kaposi sarkomu, kurşun pigmentasyonu veya amalgam pigmentasyonunu taklit eden renklemelere neden olmaktadır. Örneğin akne tedavisinde kullanılan minosiklin dişeti dokusunda siyah pigmentasyon oluşumuna sebep olabilir. Minosiklin ayrıca yetişkinlerde sürekli dişlerde siyah, gri renklemelere neden olmaktadır. Cıva içeren diüretiklerin de benzer bir etkisi vardır.²⁶

Pastiller, antiasitler, vitaminler, antifungal ilaçlar ve osteoporoz ilaçlarının içerdikleri şeker nedeniyle ağızda bazı yan etkileri saptanmıştır. Bu ilaçları kullanan hastalar çürük açısından yüksek risk grubundadır. Bu nedenle dişhekimleri hastanın düzenli olarak hangi ilaçları kullandığından haberdar olmalıdırlar. Antiasitler ve antifungal i-

laçlar içerdikleri şeker ile çürüklere neden olurken, C vitamini gibi bazı ilaçlar tükürük pH'sının düşmesine ve mine erozyonuna neden olmaktadır.⁷

Şeker içeren, özellikle de şurup gibi likit formdaki ilaçların, kronik hastalıklara bağlı olarak uzun süre ilaç kullanan çocuklarda çürük oluşumuna sebep olduğu düşünülmektedir.^{2,14,20}. Gerek medikal tedavi uygulamalarındaki artış, gerekse ailelerin çocuklarına doktora götürmeden ilaç vermeleri bu durumu bir halk sağlığı problemi haline getirmektedir. Bunun içindir ki özellikle gelişmiş ülkelerde ilaç üreticilerinin şeker içeren ilaçların şekersiz formlarını da üretmelerini sağlamak için birçok kampanya düzenlenmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının ve ailelerin de bu konuda bilgilendirilmeleri, gerekli durumlarda şekersiz ilaçları tercih etmeleri de son derece önemlidir.^{1,2}. Antiasitler, vitaminler ve soğuk algınlığı ilaçları gibi bazı ürünler de içerdikleri şeker ve pH değişimi nedeniyle çürüklere, erozyonlara ve plak formasyonunun desteklenmesine sebep olmaktadır. Bu ilaçlar aynı zamanda asıl tedavide uygulanan diğer ilaçların etkilerini de değiştirmektedir. Antiasitler diğer ilaçlarla birleşerek onların gastrointestinal sistemden emilimlerini azaltabilirler. Antiasitler aynı zamanda bağırsak kaplamalı ilaçların serbestlenmesini yükseltmekte, asidik pH'a sahip olan ilaçların emilimini azaltmakta, tetrasiklin ve benzeri ilaçlarla birleşmektedir.⁷

Angiotensin-converting enzim(ACE) inhibitörleri(kaptopril ve enalapril gibi antihipertansif ilaçlar) bir yan etki olarak yüz, dudaklar özellikle dil, larinks, farinks nadiren de olsa ince bağırsakları içeren geniş bir alanda anjiödem oluşturmaya eğilimlidir. ACE inhibitörlerinin bu etkisi sıklıkla kullanımdan sonraki ilk haftalarda görülmesine rağ-

men ilk bir yıllık kullanım süresince ortaya çıkabilir.^{11,13,14,15,16,33}. Bu durum ödem yanlılıkla periodontal veya endodontik abse olarak teşhis edilmesine sebep olabilir. Yapılan tetkiklerde dişlere ait bir bulgu saptanmamışsa ilaç kullanımını kesilmelidir. Ayrıca anjionörotik ödemin amiloidoz, Melkerson-Rosenthal Sendromu gibi bazı sistemik hastalıklarla da ayırıcı tanısı yapılmalıdır. ACE inhibitörlerinin ağızda ülser oluşumu, pemfigus ve likenoid lezyonlar gibi kütanöz yan etkileri de saptanmıştır. Ayrıca mukozit gelişimine de sebep olabilmektedir.^{7,27}

Bazı ilaçların gingivitis ve periodontitisi önleyici faydaları vardır. Bu ilaçlar dişeti oluğu sıvısını azaltarak veya artırarak ya da içeriğini değiştirerek etki ederler. Kandaki şeker seviyesini düşürmek için kullanılan hipoglisemik ajanlar aynı zamanda dişeti oluğu sıvısındaki şeker seviyesini de düşürebilmektedirler. Sonuç olarak bu ilaçlar bakteriyel mikroflora için bulunan evreyi değiştirmekte ve böylece periodontal hastalığın ilerlemesini yavaşlatarak faydalı olmaktadır.^{7,29}

Dişhekimleri sadece hastalarının kullandıkları ilaçları değil, aynı zamanda bu ilaçların oral kavitedeki uzun süreli etkileri konusunda da bilgi sahibi olmalıdır. Mutlaka iyi bir anamnez almalı, hastanın her gelişinde güncellemeli ve bu hastalara uygun tedavi planını oluşturmalıdır. Hastalar da hem medikal hem de dental sağlıklarının profesyonel olarak korunmasının gerekliliğini anlamalı, medikal durumdan ve düzenli olarak aldığı ilaçlardan haberdar olmalı; ilaçların reçetede yazıldığı gibi kullanılmasının önemini mutlaka kavramalıdır.

* Doç.Dr., İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.D.

KAYNAKLAR:

- Bentley E, Mackie I, Fuller SS: The rationale, or-
ganisation and evaluation of a campaign to increase
the use of sugar-free paediatric medicines. *Community
Dent Health* 1997; Mar; 14(1): 36-40
- Bradley M, Kinirons MJ: Provision of sugar-free
medicines for young children: the views of a sample
of parents in Northern Ireland
- Brown RS, Sein P, Corio R, Bottemley WK: Nitre-
nedipine-induced gingival hyperplasia- first case re-
port. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 70: 593-
6.
- Brown RS, Beaver WT, Bottomley WK: On the
mechanism of drug induced gingival hyperplasia. *J
Oral Pathol Med* 1991;20: 201-9.
- Butler RT, Kalkwarf KL, Kaldahl WB: Drug-induced
gingival hyperplasia: Phenytoin, cyclosporine and nit-
redipine. *JADA* 1987;114: 56-60.
- Casetta I, Granieri E, Desidera M et al: Phenytoin
induced gingival overgrowth: A community based
cross-sectional study in Ferrara, Italy. *Neuroepidemi-
ology* 1997;16:296-303.
- Ciancio S: Medications: Impact on dental diagno-
sis and treatment planning. *Compend Contin Educ
Dent* 2001; 22(2): 24-28.
- Citterio F, Di Pinto A, Borzi MT et al: Azithromycin
treatment of gingival hyperplasia in kidney trans-
plant recipients is effective and safe. *Transplant
Proc* 2001;33(3): 2134-5
- Dahlöf G, Modeer T: The effect of a plaque con-
trol program on the development of phenytoin-49in-
duced gingival overgrowth. A 2-year longitudinal
study. *J Clin Periodontol* 1986;13:845-849.
- Daley TD, Wysocki GP, May C: Clinical and phar-
macological correlations in cyclosporin-induced gin-
gival hyperplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*
1986;62:417-21.
- Dean DE, Schultz DL, Powers RH: Asphyxia due to
angiotensin converting enzyme(ACE) inhibitor media-
ted angioedema of tongue during treatment of hiper-
tensive heart disease. *J Forensic Sci* 2001 Sept;
46(5): 1239-43.

- Dongari A, Mc Donnell HT, Langlais RP: Drug-in-
duced gingival overgrowth. *Oral Surg Oral Med Oral
Pathol* 1993;76: 543-48.
- Dural Özalp EA: Farmakoloji. 3. Baskı. İstanbul:
Nobel Tip Kitabeleri 2002; 314-16
- Durward C, Thou T: Dental caries and sugar con-
taining liquid medicines for children in New Zeland.
N Z Dent J 1997; Dec; 93(414): 124-9
- Guo X, Dick L: Late onset angiotensin- con-
verting enzyme induced angioedema case report and
review of literature. *J Okla State Med Assoc* 1999
Feb; 92(2): 71-3
- Hall R: Anjioedema and ACE inhibitors. *Periodon-
tal Insights* 1998;5: 6-7
- Köprülü H, Topçu M, Renda Y: Epileptik çocuk-
larda ilaçla oluşan dişeti hiperplazi gelişimine oral
hijyenin etkisi. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Der-
gisi* 1988;12(3): 147-52.
- Kwun WH, Suh BY, Kwun KB: Effect of azithromy-
cin in the treatment of cyclosporine-induced gingival
hyperplasia in renal transplant recipients. *Trans-
plant Proc* 2003;35(1):311-2.
- Lederman D, Lumerman H, Reuben S, Freed-
man PD: Gingival hyperplasia associated with nife-
dipine therapy: Report of case. *Oral Surg*
1984;57:620-22.
- Mackie IC, Bentley E: Sugar containing or sugar-
free paediatric medicines: does it really matter?.
Dent Update 1994 Jun; 21(5): 192-4
- Majola MP, Mc Fadyen ML, Cannolly C et al: Fac-
tor influencing phenytoin-induced gingival enlarge-
ment. *J Clin Periodontol* 2000; 27(7): 506-12.
- Marshall RJ, Bartold PM: Medication induced
gingival overgrowth. *Oral Dis* 1998;4: 130-51.
- Mc Gaw T, Lam S, Coates J: Cyclosporin in-
duced gingival overgrowth correlation with dental pla-
que scores, gingivitis scores and cyclosporin levels in
serum and saliva. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*
1987; 64: 293-97.
- Nakade O, Baylink DJ, Lau KHW: Phenytoin at
micromolar concentration is an osteogenic agent for
human-mandibular-derived bone cells in vitro. *J Dent
Res* 1995; 74(1): 331-37.
- Pernu HE, Hannele Pernu LM, Kunuuttilla LE: Ef-
fect of periodontal treatment on gingival overgrowth
among cyclosporine A-treated renal transplant reci-
pients. *J Periodontol* 1993;64: 1098-1100.
- Poliak SG, Di Giavanna JJ, Gross EG et al: Mi-
nocyline-associated tooth discoloration in young a-
dults. *J Am Dent Assoc* 1985; 20: 2930-32.
- Reinhardt LA, Wilkin JK, Kirkendall WM: Licheno-
id eruption produced by captopril. *Cutis* 1983 Jan;
31(1): 98-9
- Ross PJ, Nazif MM, Zullo T, Sitelli B, Guevara P:
Effects of cyclosporine A on gingival status following
liver transplantation. *J Dent Child* 1989;56: 56-59
- Saxton CA: Scanning electron microscope study
of the formation of dental plaque. *Caries Res.* 1973;
7 : 102-119.
- Scully C: *Clinical Dentistry in Health and Disease*.
Oxford: Heinmann Medical Books 1989; 305-316.
- Seymour RA, Smith DG: The effect of a plaque
control programme on the incidence and severity of
cyclosporine induced gingival changes. *J Clin Perio-
dontol* 1991;18: 107-110.
- Seymour RA, Thomson JM, Ellis JS: The patho-
genesis induced gingival overgrowth. *J Clin Perio-
dontol* 1996; 23:165-75.
- Smoger SH, Sayed MA: Simultaneous mucosal
and small bowel angioedema due to captopril. *South
Med J* 1998 Nov; 91(11): 1060-3
- Somacarrera ML, Hernandez JA, Moskow BS:
Factors related to the incidence and severity of
cyclosporin-induced gingival overgrowth in transplant
patients: A longitudinal study. *J Periodontol*
1994;65: 671-75.
- Sonis ST, Fazio RC, Fang L: *Principles and Prac-
tice of Oral Medicine*. 2nd ed. Philadelphia : WB Sa-
unders Com 1995; 339-342.
- Wynn RL: The top 20 medications prescribed in
1993. *General Dentistry* 1995; March-April: 114-19.
- Wysocki GP, Gretzinger HA, Laupacis A et al: Fib-
rous hyperplasia of the gingiva: A side effect of
cyclosporine A therapy. *Oral Surg* 1983; 55: 274-78.
- Zicardi VB, Abubaker AO, Sotereanos GC, Patt-
erson GT: Maxillofacial considerations in orthotopic
liver transplantation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*
1991; January: 21-26.



sophisticated-travel
organization services

Cemil Topuzlu Cad. Köşem Apt. No:19/3 Selamiyeçeşme - İstanbul T: 0 216 4114301 F: 0 216 4114609 C: 0 533 7380829 info@sophisticated-travel.com



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
TURKISH DENTIST ASSOCIATION

EURO EXPO DENTAL PARIS / 06 - 11 NİSAN 2004





06.04.04:
Lokal saat ile 10.05'de Paris Orly Havalimanı'na varış.
Havalimanından otele transfer ve check-in işlemleri.
Öğleden sonra, otobüs ve Türkçe konuşan rehber eşliğinde
yarım gün PANORAMİK şehir turu.

FUAR 7-10 Nisan Paris

07.04.04:
Hotel / Fuar Alanı / Hotel gıda - dönüş transfer hizmetleri.

08 - 10.04.04:
Paris'de serbest gün.

11.04.04:
Paris Orly Havalimanı'na transfer.




TÜRK HAVA YOLLARI İLE ULAŞIM
HOTEL VILLA LUXEMBOURG 4*
ODA & KAHVALTI KONAKLAMA

Çift Kişilik Odada Kişi Başı Paket Fiyat: 970.- EURO
Tek Kişilik Odada Konaklama Farkı: 355.- EURO

Vize Servis ve İşlemleri Paket Fiyata Dahil Değildir.
Gerekli Bilgiler ve Vize Başvularınız İçin En Geç:
15 Mart 2004 Tarihine Kadar Tarafımıza Başvurmanız Önemli Rica Olunur.

Dişhekimliğinde uygulama hataları (hekim ihmalleri ve hataları)

- Hüseyin Afşin*
- Mehmet Tok**

I. Dişhekimliği ve Uygulama Hataları

A- Giriş:

Adli Dişhekimliği mahkemenin sorularını aydınlatmak üzere dişhekimliğinin çeşitli alanlarındaki ilke ve bilgileri uygulayan bilim dalına başvurur.

Diş bakım standartlarındaki artışa ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak dişhekiminden beklenen bakım standartları yükselmiştir. Bundan dolayı genel kabul gören bakım standartları zaman içinde değişim geçirmiştir.

Buna ek olarak seyahat, iletişim, eğitim, bilgilendirme ve tedavideki gelişmeler dava açma eğilimlerinde artışa neden olmuştur. Aynı zamanda bu gelişmeler ağız ve diş sağlığı bakımından kişisel ve toplumsal beklentilerin yükselmesine neden olmuştur.¹

Bir dişhekimini hastaya yönelik görevlerini yerine getirmediği zaman ihmalden söz edebiliriz. Bu gibi durumlarda yapılması gereken muayene ve tedavinin yapılmamış olması ya da yapılmaması gereken muayene ve tedavi girişiminin yapılması söz konusudur.

Bir ihmal iddiasının unsuru olarak hasta, dişhekiminin yeterince özen göstermediğini, bilgi ve becerisini kullanmakta yetersiz kaldığını, bu nedenlerden dolayı da bedensel ve ekonomik kayba

uğradığını belgelendirmek zorundadır. Malpraktis terimi daha geniş anlamda beceri, bilgi ve bakım eksikliğine bağlı olarak hastada birtakım zararlara neden olma anlamına gelir. Bir dişhekimini aleyhine mesleki sorumluluk yönünden dava açabilmek için bazı temel şartlar gereklidir.²

B- Hazırlık soruşturması için gerekli unsurlar :

- Sorumluluk ihlalinin iddia edildiği tarihte dişhekimini hasta ilişkisi kurulmuş ve sürüyor olmalıdır.
- Yapılması gereken muayene ve tedavinin yapılmamış olması ya da yapılması gereken muayene ve tedavi girişiminin yapılması sonucu dişhekiminin bu sorumluluğu ihlal ettiğinin gösterilmesi gereklidir.
- Dişhekiminin uygulama ya da ihmali ile davacı hastanın gördüğü zararları arasında bir nedensellik ilişkisi olmalıdır.
- Zararların kapsamını gösteren kanıtlar bilimsel olmalıdır.
- Bir malpraktis davası ortaya çıktığında kanıtlama yükü genellikle iddia tarafının üzerindedir. Diğer bir deyimle dişhekimini herhangi bir hata yapmadığını göstermek zorunda kalmadan önce, hasta mahkemeye ilk delillere göre kendisini haklı kılacak bir dosya sunmalıdır.
- Hüküm kanıtların üstünlüğüne göre; adli tahkikat dosyası ile bilirkişi görüşlerinin değerlendirilmesi ve kanıtların taraflar açısından bilimsel ağırlıklarının karşılaştırılması sonucuna göre verilecektir.^{3,4}

C- Malpraktis olgu çeşitleri.

Aşağıda genellikle rastlanılan olgu tipleri eşlik eden hatalar ile birlikte belirtilmiştir:

- **Parestezi ve anestezi:** Bunlar genellikle alt 3. Molar dişler ve küçük azıların çekilmesi sonucu olabildiği gibi endodontik tedavileri takiben de ortaya

çıkabilir. Kötü teknikler ya da yetersiz radyografiler de sıklıkla karşılaşılan sorunlardır.

- **Tanı yetersizliği:** Tam bir tıbbi dental öykü alınması, ayrıntılı oral kavite ve dişlerin incelenmesi, radyografi kalitesi, çalışma modelleri, tanıların yazılı kayıtları ve tedavi planlarındaki yetersizlikler. Olguların büyük kısmında ilgili dişlere pulpa vitalite testi unutulmuştur.

- **Tanı yanlışlığı:** Dişhekiminin mezuniyet sonrası eğitim kurslarına katılmadığı, okulda öğrendiği eğitimle yetindiği ve meslekle ilgili güncel bilgileri öğrenmek konusunda çaba göstermediği durumlarda karşılaşılar.

- **Sevk ve konsültasyondan kaçınma:** Bir çok dişhekimini genellikle beceri, eğitim, deneyim ve uzmanlık sınırlarının ilerisindeki olguları da tedavi etmeye çalışırlar.

- **Bilgilendirme yetersizliği:** Hasta dental sorunları, tedavi planı, tedaviden elde edilebilecek yarar ve bu hizmetler için gerekli ekonomik yük ile ilgili konularda yeterince bilgilendirilmelidir. Alternatif tedavi metotları ve tedaviden kaçınmanın sonuçları açıklanmalıdır. Her dişhekiminin; alet kırılması (kök kanal tedavisi veya diş çekimi sırasında vb.), çekim esnasında dişin kırılarak çekilmesi, kök ucunun içerde kalması, endodontik araçların kırılması veya yutulması, sinüslere yabancı cisim kaçması, hava amfizemi, damar veya sinir kesisi ve benzeri durumlarda hastayı ayrıntılı olarak bilgilendirmesi gerekmektedir. Ayrıca bu durum radyografi ve yazılı kayıtlarla belgelendirilmelidir.

- **Yanlış dişin çekilmesi:** Bu sorun genellikle konsültasyon yapan dişhekimini ile oral cerrah arasındaki zayıf iletişimden kaynaklanır. Sık karşılaşılan bir durum değildir ancak geçersiz ve karışık numaralandırma sistemlerinin kullanılması sonucu olabilir. Yanlış diş çekimi yapan dişhekiminin kendini savunma şansı azdır.

• **Takma dişlerle ilgili sorunlar:** Bu durum çoğunlukla hasta ile dişhekimi arasındaki iletişim eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Protezlerin kullanımından hemen sonra şikayet konusu olabilen problemler: Ağrı, protezlerin gevşekliği, çiğneme yetersizliği, protezlerin ses çıkarması, bulantı, kötü estetik ve konuşma güçlüğüdür. Hatalı yapılan protezler hastanın bazı harfleri yanlış telaffuz etmesine (p,m,n,g,k,s gibi) ve konuşma bozukluğundan şikayet etmesine neden olmaktadır.

Şu konular açıklığa kavuşturulmalıdır:

- Hasta ağzının fonksiyonel ve kozmetik yapısını bilmekte midir?

- Takma dişler veya protez tamamlandıktan sonra ne ile karşılaşacağını anlamış mıdır?

- Dişhekimi uygulamasını teknik olarak doğru yapmış olabilir fakat hastanın isteklerini tam olarak anlamış mıdır?

- Hastanın dişhekiminden gerçekçi olmayan beklentileri var mıdır?

• **İhmal sonucu ölümler:** Hastaların birtakım sağlık problemleri olabilir. Dişhekiminin tam bir anamnez almasının ve kayıt yapmamasının özürü olamaz. Tıbbi hastalık öyküsü olan veya yüksek riskli hastaların öncelikle sağlık, ilaç kullanımı, fizik muayene ve/veya tıbbi konsültasyonlarının tamamlanması gerekir. Dental kayıtların tam belgelenmesi, tedavi prosedürlerinde uygun değişikliklerin yapılması, kardiopulmoner resusitasyon eğitimi almış personel ve acil durumlarda kullanılacak ilaçlar da dahil olmak üzere, ileri acil planlama yapmak gerekebilir. Sağlık problemleri ciddi olan hastalarda tedavi uzman bir dişhekimi tarafından yapılmakta olsa bile hastanın hospitalize edilmesi gerekir.

• Yardımcı personelin yasal görevleri dışına çıkarak hekimin sorumluluğunda olan muayenehane odasında hekimden habersiz/müdahalelerde bulunması ve muayenehane odasının fiziksel durumunun ihmal edilmesi. Örneğin yardımcı personelin hasta ağzına müdahale etmesi, yerlerin kişilerin düşmesine yol açacak kadar kaygan olması, sterilizasyonun ihmal edilmesi vb. ihmal unsurunu oluşturur.¹⁰

• **Hasta ihmali:** Bu özellik hastanın kontrol muayenelerine kısmen gelmesi veya uyarıcı semptomları hemen haber vermesi yolundaki hekimin açık önerilerini göz ardı ettiğinde tedavide gelişebilecek komplikasyonları hekim kusuru olarak dava olmaktadır. Örneğin

protez yapımlarında kontrole gelmeyen hastalarda ortaya çıkan periodontal ve oklüzyon komplikasyonları gibi.^{3,6,7,8,9}

B- Malpraktis iddialarını en aza indirmek için dişhekimliği uygulamalarında dikkat edilmesi gereken prensipler

Dava açma hazırlığı sırasında, şikayetçi tarafın güvenilir konsültanlara danışması doğal bir durumdur. Diğer taraftan konu ile ilgili olarak dişhekimlerinin önleyici bir tutum geliştirmesi yararlı olacaktır. Dişhekimlerinin savunma hazırlığında yapması gerekenler:

• Ortalama diş bakımının üzerinde bir bakım sağlamak,

• Doğru, tam, okunaklı yazılmış kayıt tutmak,

• Yazılı kayıt belgesini hastanın huzurunda doldurmak,

• Kayıtlarda ekleme veya değiştirme yapmamak,

• Mesleki gelişmelerle ilgili olarak yayın ve sürekli eğitim kurslarını takip etmek,

• Hastalara karşı olan yasal sorumluluklarınızı bilmek ve hastanın beklentilerini belirleyip tedavi öncesi bilgilendirilmiş onam almak,

• Cerrahi işlem öncesinde ve sonrasında gerekli radyografileri çekmek; sadece tanı aracı olarak değil, çok değerli bir kayıt olarak ta işlem görecektir.

• Hastaların verdikleri sırların, bilgilerin gizliliğine uymak.

• Uygun ekonomik düzenlemeler yapmak ve hiçbir zaman tedavi başlangıcında sonuç konusunda garanti vermemek.

• Tatile çıktığınızda, izinli zamanlarınızda hastalara bilgi vermek ve acil durumlar için bir dişhekimini önermek.

• Hastalık göstergesi olabilecek oral değişiklikler konusunda dikkatli ve bilgili olmak.

• Hastanızla iyi bir ilişki kurmak ve ilişkiyi devamlı olarak sürdürmek.

• Ayrıntılı tıbbi öykü almak.

• Randevulara sadık kalmak.

• Telefonla tanı ve tedavi önermekten kaçınmak

• Deneysel ve onay görmemiş yöntemleri kullanmaktan kaçınmak

• Kalifiye olmadığı alanlarda girişimde bulunmamak.

• Yardımcı personeli yasalara uygun olarak seçmek ve eğitmek.

• Kullandığı ilaçlarda üretici firmanın olası ilaç yan etkileri konusundaki uyarılarına dikkat etmek ve deneysel ilaçla-

rı hasta üzerinde kullanmamak.

Gerçek veya iddia aşamasındaki bir malpraktis davasının savunmasında eksiksiz dental kayıtlara sahip olmak önemlidir. Bir malpraktis iddiası durumunda dişhekiminin kişisel avukatı ile davanın tüm ayrıntılarını birlikte değerlendirmesi gereklidir. Avukat, her türlü yargı aşamasında dişhekiminin yanında olacaktır. Çoğu malpraktis davaları dişhekiminin hastası ile ilişki ve iletişim kurmaktaki yetersizliğinden kaynaklanmaktadır.

II- Kişisel zararlar / yaralanmalar

A-Yaralanma öyküsü

Günümüzde hemen her dişhekiminden oral yapılarına bir şekilde zarar verilmiş kişilerle ilgili olarak bir savcı, hakim, avukat veya sigorta şirketi tarafından görüş istenebilir. Bu istek; savcılık, avukat, hasta veya hasta vasisinin (küçük yaştaki hastalar veya mental özürülüler için) yazılı inceleme isteği ile olur. Avukat özel olarak incelenmesini istediği konu hakkında dişhekimine bilgi vermemelidir. Bir çok olguda, olgunun değerlendirilmesi için dişhekimi; tam oral muayene, tanı modelleri, diş kayıpları, diş kayıplarının nedenleri, yaralanmanın hayati tehlike oluşturup oluşturmayacağı, hastanın ekonomik zararlarının miktarı, uzuv zaafı açısından yaralanma değerlendirilmesini, çenelerde kırık, çatlak olup olmadığı, çehrede sabit eser bırakıp bırakmayacağı, yaralanmanın olayla ilişkisi, konuşma ve çiğneme fonksiyonlarının tam olup olmadığı ve yaşam süreci içerisinde karşılaşılabileceği tedavi gereksinimleri gibi unsurlara açıklık getirmeye çalışmalıdır. Dişhekiminin vereceği iki üç paragraflık bir rapor ender olarak yeterlidir.

Hasta ile görüşme (isim, adres, yaş gibi) kişisel verileri, uygun tıbbi öyküyü, ilaç kullanımını, bilinen allerjik durumlarını ve herhangi bir yakınından alınabilecek diğer bilgileri içermelidir. Kişisel zararlarla ilgili özgün bilgiyi aşağıdaki sorularla edinmek olasıdır :

• Olay ve yaralanma ne zaman ve nerede oldu?

• Oral yapılarınız kazada nasıl zarar gördü?

• Ne tür oral yaralanmalara maruz kaldığınızı düşünüyorsunuz? (luksasyon, dişlerde kırık veya kopma, çene kırığı, alt çenenin çıkması (TME sorunları vb)).

• Olay sırasında başka ne tür yaralanmalara uğradınız?

• Nerede ve kim tarafından nasıl bir te-

davi uygulandı?

- Tedavi muayenehanede mi, acil odasında mı yoksa ameliyathanede mi yapıldı? Bunlarla ilgili kayıtlar var mı?
- Oral yaralanmalar için özel olarak ne tür tedavi yapıldı? Kim yaptı?
- Yaralanmadan sonra ağrı hissettiniz mi, ne şiddette ve ne kadar süre ile?
- Çiğneme ve esneme sırasında ağrı var mı?
- Rahat konuşabiliyor musunuz?
- Ağzınızı ne kadar açabiliyorsunuz? Sentrik kapanış, oklüzyon durumu dahil olmak üzere insizal açıklığı kaydediniz. Normal veya anormal açılmayı not ediniz.
- Alt çenenin yan hareketlerini kontrol ediniz ve sonucunu not ediniz.
- Görünümünüzden memnun musunuz? (Fraktürün onarıldığını ve eksik dişlerin tamamlandığını varsayarak)
- Dişleriniz olay/yaralanmadan önceki konum ve renkte mi? (Sinir harabiyeti, kondil kırığı, oklüzyon kayması, pulpa nekrozu)
- Olay/yaralanmadan sonra facial ağrı veya baş ağrısı oluyor mu?
- Anlatmanız gereken başka tıbbi sorunuz var mı?
- Söz etmediğimiz başka diş probleminiz var mı?^{10,11,12}

B- Oral muayene ve kişisel zarar/yaralanma raporu

Tam oral muayene; sabit ve hareketsiz protezler, çürük, eksik veya dolgulu dişlerin tespiti, dildeki, ağız tabanındaki, damaktaki, oro-farinxteki, majör ve minör tükürük bezlerindeki, dudaklar veya yumuşak dokudaki anormalliklerin dental şemaya işlenmesini içermelidir. Pulpa testi, periodental değerlendirme, radyografi ve/veya tanı modelleri de kullanılabilir. Tam bir mediko-legal rapor gereklidir.^{11,13}

III- Bilirkişi görüşü

A-Uzlaştırma ve bilirkişi görüşü :

Dişhekimliği ve hastalar, dişhekimliği ve 3. taraflar, hastalar ve 3. taraflar arasındaki anlaşmazlıklar uzlaşma mekanizması ile sonuçlandırılabilir. Her durumda karar veya uzlaşmaya zemin teşkil etmek üzere bilirkişi görüşü gerekli olabilir. Malpraktisin varlığı bilirkişi tarafından ele alınan bir konudur.¹⁴

B-Bilirkişi üyeleri politik olarak atanmış olmamalıdır.

Bilirkişiler adli dişhekimliği alanında bilgi ve beceri sahibi dişhekimleri veya

mesleği en iyi temsil edecek uzmanlar ve iyi yetişmiş uygulamacılardan seçilmelidir. Mekanizmanın adil ve iyi olması, bilirkişinin adalet duygusu, tarafsızlığı, etik davranışına bağlıdır. Bilirkişi açık görüşlü olmalı, bulgularını ve görüşünü savunmaktan kaçınmamalıdır.

• Mahkemelere; tedavi prosedürlerinin tarih ve süreleri, her türlü önemli veri ile birlikte, hastanın kendi arzusu üzerine iptal edilen kontrolleri, her türlü kayıt ve olgu ile ilgili tüm gerçekleri belirten yazılı bir dilekçe ile hasta veya avukatı başvurur.

• Savcılık, bunun üzerine söz konusu dişhekimine kendisi hakkında bir şikayet aldığını iletir ve olgu ile ilgili tüm kayıtların kopyalarını, radyografileri ve diğer bilgileri ister.

• Hazırlık soruşturmasını tamamlayan mahkeme malpraktis olgusunu belirlediği bilirkişiye göndererek incelenmesini ister.

• Bilirkişi hastanın iddiaları ile birlikte iki tarafın sunduğu bilgileri değerlendirir.

• Bilirkişi söz konusu tıbbi süreci incelemek isterse; mahkemeden, gerekli radyografilerin çekilmesi ve bulgular hakkında kişisel notlar almak amacı ile uygun, tarafsız bir sağlık kuruluşundan muayene edilmesini veya bizzat muayene etmek üzere ilgili kişinin hazır bulundurulmasını isteyebilir.

• Daha sonra bilirkişi verileri değerlendirir. Eğer kendi sorularına ve/veya hastanın şikayetlerine yanıt almak üzere şikayete konu olan dişhekimini davet ederlerse dişhekimini isterse avukatı ile gelebilir.

• Tüm verilerin toptan değerlendirilmesinden sonra, bilirkişi sorun hakkında bilimsel değerlendirmesini mahkemeye sunar.

• Mahkeme bilirkişi raporları arasında çelişki bulunması, taraflardan birinin bilirkişi görüşüne itiraz etmesi veya bilirkişi raporunu kanaat verici bulmaması durumlarında Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas dairesinden görüş ister.^{15,16,17,18}

IV- Dental sahtekarlık

A. Dental sahtekarlığın nedenleri :

Mesleğin temel prensipleri ile ters düşmesine rağmen dişhekimlerinin küçük bir yüzdesi tarafından, çeşitli nedenlerle hastayı ve/veya 3'cü taraf olan ödeyiciyi (sigorta şirketi) aldatmaya çalışma girişimiyle dental hileye başvurulabilir..

Dental sahtekarlıklar sadece dişhekimlerini içermeyebilir. Yardımcı personel, teknisyen ve laboratuvar elemanları, sekreterler ve sıklıkla hastaların kendileri dental sahtekarlığın unsuru olabilirler. Çoğu dental sahtekarlığın altında yatan neden ekonomik veya zaman zaman hastayı rahatlatmak için yanlış yöla sevk etmek çabası olabilir.

Her ne kadar 3'cü taraf veya hastaya yönelik sahtekarlığın sayısız şekli varsa da sık karşılaşılan örnekler aşağıdadır:

- Kısmen ya da hiç yapılmamış bir iş için hastaya fatura çıkarmak.
- Tedavi veya protez yapımında hasta kullanılmayan materyalleri fatura etmek.
- Endodontik kök kanal tedavilerinde kanal sayısını fazla göstermek.
- Modern protez ve kron köprü protezlerde metal döküm yapmadığı halde yapmış gibi fatura çıkarmak.
- Değersiz metal kullanarak yapılan protezleri değerli bir metal kullanarak yaptığını göstermek ve fatura etmek.
- Dolgularda, yapılan dolgu yüzey sayısını fazla göstererek fatura etmek.
- Ortodontik protezlerde ailenin tek çocuğuna yapılan apereyi, ailenin iki çocuğuna da yapılmış gibi göstermek.
- Muayenehanesi olup mesleki kariyeri olmayan kişilere diplomasını vererek bir ücret karşılığı kiralamak.
- Resmi bir kurumda çalışırken, ilgili yerlerden izin veya olur almadan başka yerde çalışmak.^{19,20,21}

B- Dental sahtekarlığın soruşturulması :

• Dişhekimleri günümüzde genellikle sosyal sağlık kuruluşlarında devlet memuru statüsünde, özel muayenehane veya polikliniklerde veya sözleşmeli olarak özel kurumlarda çalışmaktadırlar. Anlaşmalı kurumlardan gelen hastalara dişhekimliği tarafından yapılan belirli işlemler maliyet olarak ortalamanın çok üstünde ise araştırmacılar tarafından şüphe çeker.

• Dental kayıtların karşılaştırılması: Tedavisi tamamlanmış hastalarla karşılaştırıldığında, yeterli sayıda hasta kaydı hekimi doğruluyorsa sorun yoktur. Ancak başka bir hekim tarafından yapılan bir muayene, kişinin dental kayıtlarına göre ücreti alınmış işlemlerin yapılmamış olduğunu açığa çıkarabilir. Veya bilirkişilere baş vuran hasta yakınları 3'cü tarafla ilgili sorunları açığa çıkarabilir.

• Dişhekimliği kimliği altında bazı teknisyenlerin hasta ağzında çalışması, ay-

nı bölgedeki dişhekimleri ve hastalar tarafından fark edilerek konu savcılıklara ya da dişhekimleri odasına iletilebilir.^{22,23}

C- Şüpheli dental sahtekarlığın so- ruşturulması :

Dental sahtekarlığın var olduğu ve artmakta olduğu kabul edilmelidir. Ancak dişhekimlerinin büyük bir çoğunluğunun namuslu, dürüst, yeminine uyan meslektaşlar oldukları, sadece az bir kısmının sahtekarlık yaptığı, bir kısmının da ağır ekonomik şartlardan dolayı bu yola başvurduğu unutulmamalıdır. Sigorta şirketleri ve dişhekimleri odaları bu gibi şüpheli durumları saptamak için çalışmalar yapmaktadırlar. Meslek odaları sahtekarlığa karışmış dişhekimi ve diş teknisyenlerinin listesini kamuoyuna açıklamalı cezai soruşturmalar hem oda adına hem de savcılıklarca yapılmalıdır.^{24,25,26}

* Dişhekimi (PhD), Adalet Bakanlığı,
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

** Dr., Adalet Bakanlığı,
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

KAYNAKLAR

- 1- Anzuoni S.A.: The 2002 hard market for dental malpractice insurance. J. Mass. Dent. Soc. 2003; Winter; 51(4):46-7.
- 2- Graskemper J.P.: A new perspective on dental malpractice: practice enhancement through risk management. J. Am. Dent. Assoc. 2002; Jun;133(6):752-7.
- 3- Assioun P. :Informed consent in dental malpractice. Dentistry. 1997; Apr;17(2):20-1, 28-30.
- 4- Plunkett L.R.: Anatomy of a dental malpractice case: the trial. N.Y State Dent. J. 1997; May;63(5):8.
- 5- Plunkett L.R.: Statute of limitations. Key to understanding dental malpractice cases. N.Y., State Dent. J. 1996; Nov;62(9):12-7.
- 6- Handley D.A.: Dent. Econ. Dental malpractice claims: causes and cures. 1996; Apr;86(4):46-51, 53-4.
- 7- O'Hara D.J., Conrad D.A., Milgrom P., Fiset L., Whitney C.: Dental malpractice liability insurance market: surveys of insurers and insurance commissioners. J. Am. Dent. Assoc. 1994; Oct;125(10):1385-90.
- 8- Morris W.O.: Dental malpractice. J. Ala Dent. Assoc. 1994; Winter;78(1):26-7, 29-33.
- 9- Wetther K.L.: Forensic responsibilities of the legal nurse consultant. Forensic responsibilities of the legal nurse consultant. J. Psychosoc Nurs. Ment. Health Serv. 1993; Nov;31(11):21-5.
- 10- Killila B.A.: Dental professional liability issues. J. Indiana Dent. Assoc. 1993; Nov-Dec;72(6):22-4.
- 11- Milgrom P., Fiset L., Getz T., Conrad D.: Dental malpractice experience: A closed claim study. Med. Care 1993; Aug;31(8):749-56.
- 12- Morin D.R., The patient's records and the defense of dental malpractice claims. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 1992; Dec;102(6):569-70.
- 13- Pogrel M.A.: The risk management of infections.

- Br. Dent. J. 1992; May 9;172(9):354-5.
- 14- Pearson A.V.: A short course on risk management: dental malpractice. Northwest Dent 1991; Mar-Apr;70(2):39-42.
- 15- Morris W.O.: Dental malpractice litigation in a nutshell. J. Am. Coll. Dent. 1991; Spring;58(1):46-52.
- 16- Rene N., Owall B.: Dental malpractice in Sweden. J. Law Ethics. Dent. 1991;4:16-31.
- 17- Rene N., Owall B.: Malpractice reports in prosthodontics in Sweden. Swed. Dent. J. 1991;15(5):205-17.
- 18- Kruer J.C.: Patient arbitration agreements: are they worth the paper they're written on? J. Law Ethics Dent. 1989; Jul-Dec;2(3-4):178-85.
- 19- Polk P.M.: A state-by-state look at the standard of care in dental malpractice cases. J. Law Ethics Dent. 1989; Jul-Dec;2(3-4):173-7.
- 20- Schwarz E.: Patient complaints of dental malpractice in Denmark 1983-86. Community Dent. Oral Epidemiol. 1988; Jun;16(3):143-7.
- 21- J. Houston.: The high risk patient: dental malpractice. The significance of large judgements and awards. Dist. Dent. Soc. 1988; May;:12.
- 22- Bailey B.L.: Malpractice and periodontal disease. J. Am. Dent. Assoc. 1987; Dec;115(6):845-8.
- 23- Steiner J.: The dental malpractice crisis: what it means for the dental assistant. Dent. Assist. 1986; Mar-Apr;55(2):13-6Related Articles, Links.
- 24- Johnson B., Dwyer D.: The outlook for dental malpractice insurance. Council on Insurance. J. Am. Dent. Assoc. 1985; Mar;110(3):395-7, Related Articles, Links.
- 25- Clark N., Paquin N., Nevin J.: Dental malpractice: baseline data from insurance claims closed in 1970 with analysis. Public Health Rep. 1984; Jan-Feb;99(1):87-93Related Articles, Links.
- 26- Keenan PA.. The ethical framework of medical/dental malpractice litigation. Dent. Clin. North Am. 1982; Apr;26(2):245-52Related Articles, Links.

Posta ile Spor Testi ve düzenli yapılmasının gerekliliği

■ Güven Külleççi*

Özet

Posta ile Spor Testi'ne ilk altı aylık dönemde 22 dişhekimi ilgi göstermiştir. Toplam 32 sterilizatör için gerçekleştirilen 61 testte başarısızlık oranı otoklavlarda 0 iken kuru sıcak hava sterilizatörlerinde %21.8'dir. Günümüzde sterilizasyon, izlenmiş, doğruluğu kanıtlanmış ve kayıtları tutulmuş bir işlem olarak gerçekleştirilmelidir.

Haziran 2003 - Ocak 2004

Posta ile Spor Testi Sonuçları

İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız Mikrobiyolojisi Laboratuvarı tarafından yurt çapında hizmete sunulan sterilizasyonun kanıtı sayılan bir biyolojik kontrol testi olan Posta ile Spor Testi, TDB Dergisi 2003 Haziran sayısında yer alan bir söyleşi ile duyurulmuştu. Bu söyleşiyi okuyarak bugüne dek 22 dişhekimi spor testi isteğinde bulunmuştur. Dişhekimlerinin yarısı İstanbul'dan, yarısı da İstanbul dışındaki illerdendir. Bu iller alfabetik sırayla Adana, Antakya, Antalya, Denizli, Düzcce, İzmir, Kırklareli, Kütahya, ve Manisa'dır. Kontrol edilen toplam sterilizatör sayısı 32 olup bunların da yarısı otoklav, yarısı kuru sıcak hava sterilizatörü (kshs) dır.

Spor testi istekleri bir kerelik olarak İstanbul'dan 3 otoklav ve 2 kshs ve İstanbul dışından 8 otoklav ve 6 kshs için istenmiştir. Yıllık spor testi istekleri ise İstanbul'dan 5 otoklav ve 3 kshs ve İstanbul dışından salt 3 kshs içindir. Yıllık spor testi isteğinde sterilizatörler her ay kontrol edilmektedir. Buna göre şimdiki de laboratuvarımızda 16 otoklav için 29 test ve 16 kshs için 32 test olmak üzere toplam 32 sterilizatör için 61 test yapılmıştır. İstanbul ve İstanbul dışı test edilen tüm otoklavlarda sterilizasyon başarısızlığı ile karşılaşılmasıdır. Bununla birlikte kshs'de 32 testte 7 başarısız sonuç alınmıştır; sterilizasyon başarısızlık oranı %21.8'dir. Her testin sonucu dişhekimlerine bir belge ile bildirilmektedir. Sonuç başarısız olduğunda dişhekimleri ile yapılan özel te-

lefon görüşmelerinde başarısızlık nedeni açığa çıkarılmaktadır.

Kshs'lere ilişkin 7 başarısızlığın biri, kshs'nin çok eski bir model olmasıyla bağlantılı olarak kapağın bozukluğundan kaynaklanırken, diğerlerinin steril edilecek malzemelerin rafa değil tabana konması, havalandırma deliklerinin açık tutulması, yetersiz süre ve yanlış paketleme gibi insan kaynaklı olduğu saptanmıştır. Sterilizasyon başarısızlığının büyük oranda insan kaynaklı olması, sterilizasyonun izlenmesinin gerekli olduğunu göstermektedir. Kshs'lerde daha önce saptadığımız sterilizasyon başarısızlık oranları 1994'te 26 testte %27, 1995'de 18 testte %28, 1999'ta 33 testte % 55 ve yinelenen 17 testte %35 idi. Bu kez de yüksek olduğu görülen başarısızlık oranı, sterilizatörlerin kullanımı konusunda sürekli bir eğitimin gerekli olduğunu da göstermektedir.

Sterilizasyonun yeni tanımı, kontrol ve standartlar

Sterilizasyon tanımı 1995 yılında AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation) tarafından yeniden yapılmıştır. Avrupa Birliği bünyesinde 1997'de sterilizasyon için Avrupa Standartları (European Norm=EN) oluşturulmuş ve yurdumuzda da bu standartların kullanılması için TSE bünyesinde oluşturulan bir komisyon tarafından Türkçe çevirileri yapılarak yayımlanmıştır.

EN 556'ya göre sterilizasyon işleminden çıkmış bir şeyin sterillik güvenilirlik düzeyi (Sterility Assurance Level) yani SAL, 10^{-6} cfu değerine eşit ya da daha büyük olmalıdır. Sterillik güvenilirlik düzeyi, canlı mikroorganizma sayısının milyonda bire düşürülmesi değil, sterilizasyonun 1 milyon işlemde salt birisinde sağlanamaması anlamına gelir. Vücutun steril bölgeleri ile temas edecek her türlü cisim, alet, implant ve sıvının steril olması şarttır. Böylece sterilizasyon işlemi, uygulamada rutin olarak ölçülebilir yani kontrol edilebilir olmuştur. Bir reklamdan da anımsanacağı gibi : "Kontrolsüz güç, güç değildir!"

1993'de CDC (Center for Disease Control and Prevention) ve 1996'da ADA (American Dental Association), infeksiyöz hastalıkların hastalar ve çalışanlara bulaşmasının önlenmesinde güvenliğin sağlanması için sterilizatörlerin biyolojik indikatörler-

le yani spor testi ile her hafta izlenmesi önerisinde bulunmuştur.

Amerika'da bazı eyaletlerde spor testi zorunludur. Florida Board of Dentistry'e göre otoklavlar en azından her 40 saatlik (2400 dakika) kullanımda ya da her 30 günde ve kshs'ler de en azından her 120 saatlik kullanımda ya da her 30 günde spor testi ile izlenmelidir.

ADA'nın web sayfasında spor testi hizmeti veren dişhekimliği fakültesi sterilizasyon izleme servislerinin adresleri sıralanmıştır. Bu servislerin fiyatları örneğin tek cihaz için bir yıl süresince haftalık test olarak 200 Dolar, 310 Dolar ; aylık test olarak 88 Dolar, 96 Dolar, 100 Dolar, 120 Dolar; iki cihaz için 144 Dolar, 180 Dolar gibidir. İ Ü Dişhekimliği Fakültesi Ağız Mikrobiyolojisi Laboratuvarı Posta ile Spor Testi fiyatları ise tek cihaz için bir yıl süresince aylık test olarak 65 milyon TL ve iki cihaz için 85 milyon TL'dir.

Spor testinde insan sağlığına zararlı olmayan bakteri sporları kullanılır. Isıya dirençli olan bu bakteri sporlarının ölmesi, sterilizasyonun kanıtı sayılır. Spor testi, otoklav için *Bacillus stearothermophilus* ve kuru sıcak hava sterilizatörü için *Bacillus subtilis var. niger* sporlarının ölçülü sayılarıyla yapılan testtir. Sözü edilen bu bakterilerin adları son iki yılda *Geobacillus stearothermophilus* ve *Bacillus atrophaeus* olarak değişmiştir. Bununla birlikte Amerikan kültür koleksiyonunda kayıtlı olduğu (ATCC) numaraları değişmemiştir. Biyolojik indikatörlerin uygunlukları da EN 866 ve ISO 11138 numaralı standartlarla belirlenmiştir.

Küçük buhar sterilizatörleri yani tezgah üstü otoklavlar için uygunluk, EN 13060'a göre belirlenmiştir. Otoklavlar N, S ve B tipi olarak ayrılmıştır. N tipi otoklav salt katı, yoğun ve paketlenmemiş objelerin steril edilebildiği klasik bir otoklav olduğundan dişhekimliğinde kullanılması uygun değildir. Dişhekimliğinde kullanılan otoklavların en azından S tipi olması önerilmektedir. S tipi otoklav vakumlu ve en üst sınıf olan B tipi otoklav ise parçalı (split) vakumlu ya da gravity displacement denilen su buharı ile havanın kademeli olarak yer değiştirdiği otoklavdır. Otoklavda paketlenmiş, içi boşluklu, yarıklı, girinti çıkıntılı aletler ya da malzemelerin sterilizasyonu için havanın tamamen boşaltılması ve doymuş su buharının tüm

noktalara erişmesi gerekir. Son yıllarda 'deli dana' hastalığının insanlardaki karşılığı olan yeni varyant Creutzfeldt-Jakob hastalığının (vCJD) henüz teorik düzeyde de olsa dişhekimliğinde bulaşma olasılığı gündeme gelmiştir. Bu durum yürürlükte olan enfeksiyon kontrol işlemlerinde değişiklik yapılmasını gerektirmektedir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) önerisine göre vCJD'nin yayılmasını önlemek için aletlerin 1 N NaOH solüsyonunda 1 saat bekletildikten sonra sterilizasyon, vakumlu otoklavda 134°C'de ya da parçalı vakumlu otoklavda 121°C'de 1 saat yapılmalıdır. Prionların inaktivasyonu için 'flash' sterilizasyonun güvenilir olmadığına dikkat çekilerek 134°C'de 3 dakikalık programın, birbiri ardına 6 kez yinelenmesi önerilmektedir.

Neden spor testinin düzenli olarak yapılması gerekiyor ?

Günümüzde sterilizasyon izlenmiş, doğruluğu kanıtlanmış ve kayıtları tutulmuş olması gereken bir işlemdir. Sterilizasyon cihazından çıkmış her alet, malzeme ya da paketin steril olduğu inancı doğru değildir. Sterilizatörlerin kendi özelliklerine uygun olarak çalışması, steril edileceklerin steril olacakları konusunda otomatik bir garanti değildir. Sterilizasyon cihazlarının her kullanımına siklus yani çevrim denir. Sterilizasyonun her çevriminde sterilizasyon

başarılı olmalıdır. Bu nedenle sterilizasyon cihazının doğruluğu (geçerliliği) değil, önemli olan işlemin doğruluğudur. Spor testinin düzenli olarak yapılması, söz konusu klinik ya da muayenehane için enfeksiyon kontrolünün kalite kontrol belgesi sayılır.

Günümüzde hastaların da sterilizasyon konusuna ilgileri artmıştır. Dişhekimliği hastaları HIV, HBV, HCV, HGV, *Herpes simplex* tip 1 ve 2, CMV, *Mycobacterium tuberculosis*, *Legionella pneumophila* ya da prionlar gibi önemli patojenlerin bulaşmasına karşı nasıl önlem alındığını bilmek istemekte ve güvence aramaktadır.

Hasta, yakalandığı bir enfeksiyonun sorumlusu olarak dişhekimini suçlayabilir. Bu durumda, dişhekiminin enfeksiyon kontrol işlemlerini nasıl gerçekleştirdiğine sterilizasyon cihazının tipi, hangi aletleri nasıl steril ettiği, spor testi kayıtları, steril edilenleri nasıl sakladığı araştırılarak karar verilmektedir.

Dişhekimisi, yasal sorumluluğundan önce vicdani sorumluluğu için sterilizasyonu, kaydı tutulmuş ve izlenmiş bir işlem olarak gerçekleştirmelidir.

Öneri

Türk Dişhekimleri Birliği meslek sağlığı ve toplum sağlığı için bir Enfeksiyon Kontrol Kurulu ve dişhekimliği odalarında Enfeksiyon Kontrol Birimleri kurarak enfeksiyon kontrolü kavramı, işlemleri, ürün ve

cihaz bilgileri konusunda bir yönerge oluşturmalı ve sürekli dişhekimliği eğitim programları içinde de düzenli ve etkili boyutta Enfeksiyon Kontrolü Kursları düzenlemelidir. Konunun can alıcı noktası doğrusunu bilmek ve uygulamaktır.

* Prof.Dr., İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı
kulekciguven@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Külekçi G : Posta ile sterilizasyon kontrolü (spor testi), TDBD, 2003;75:19-20.
2. Külekçi G : Dişhekimliğinde enfeksiyon kontrolü , Aktüel Tıp Dergisi : Hastane Enfeksiyonları Özel Sayısı/2 2002;7:66-73.
3. Külekçi G : Dişhekimliğinde adım adım enfeksiyon kontrolü, 3.Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı, 2003; 475-480.
4. Töreci K : Düünden bugüne sterilizasyon,dezenfeksiyon,antisepsi, 3.Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı, 2003; 23-36.
5. Çaylan R: Sterilitenin kontrolü, 3.Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı, 2003; 93-98.
6. Kaiser U: Sterilizasyon işlemlerinin validasyonu, 3.Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı, 2003; 105-107.
7. CDC : Recommended infection control practices for dentistry,1993. MMWR 1993; 42 (No.RR-8): 1-12.
8. ADA : Guidedlines for infection control in the dental office and the commercial dental laboratory, JADA,1996, 127 : 672-680.
9. Draft Recommended Infection Control Practice for Dentistry,CDC,2003.

AĞIZ MİKROBİYOLOJİSİ LABORATUVARI SPOR TESTİ İSTEK FORMU

İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı 34390, Çapa, İstanbul,
Tel: 0212 414 25 95 / Faks: 0212 531 22 30 / e-posta: kulekciguven@yahoo.com

Dişhekiminin adı soyadı /
Kliniğin adı :
İletişim kurulacak
kişinin adı soyadı :
Posta adresi :
Tel :
Faks :
e-posta :
Sterilizasyonun
yapıldığı tarih :

- Tek inceleme : 11.000.000.-TL
 Tek cihaz aylık olarak 1 yıllık (12 test) fiyat : 65.000.000.-TL
 İki cihaz aylık olarak 1 yıllık (24 test) fiyat : 85.000.000.-TL

Kredi kartı bilgileri:

- Master Card
 Visa

Kredi kartı no : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Son kullanma tarihi : | | | |

Güvenlik kodu : | | | |

Kart sahibinin

Adı soyadı :

Ödenecek miktar :

yazı ile :

tarih :

imza :

Sterilizasyon cihazı hakkında bilgi

Cihaz : Otoklav
Marka : N tipi
Model : S tipi
Kaç yıldır B tipi
kullanılmakta : Kuru sıcak hava sterilizatörü

Fenol ve aldehitler:

Dilimizde tüy bitti!

■ Sedat Küçükay*

Türk Dişhekimliği Dergisi'nin Aralık 2004 tarihli 78. sayısında Doç.Dr.Bilge Hakan Şen'in yazısını okudunuz mu bilmiyorum. Eğer okumadıysanız, lütfen bu yazıdan önce, o yazıyı okuyun.

Okuyanlar anımsayacaklardır Doç.Dr. Bilge Hakan Şen'in yazısı, "bu yazıyla Türk Endodonti Derneği, Türk Dişhekimleri Birliği ve Sağlık Bakanlığına çağrıda bulunuyorum "Lütfen gereğini yapınız" diye bitiyordu.

Bu dönem "Türk Endodonti Derneği" başkanlığını yürüttüğüm için, yazının sonunda hemen harekete geçtim. Aklımdan ilk geçen, Türk Endodonti Derneği Yönetim Kurulu'nu toplayıp, "bu yazıyla ilgili ne yapılmalı?" diye bir komisyon seçmekti. Hatta Bilge Hakan Şen'i üyesi olduğu Türk Endodonti Derneği başkanlığına, yönetim kuruluna ve bircümle büyüklere haber vermeden böyle bir yazı yayımlattığı için disiplin kuruluna sevk etmek gerekirdi. Böyle bir yazı için disiplin kuruluna sevk edilebilir miydi insan, bilmiyorum ama bir yolu bulunurdu mutlaka! Ama bir engel vardı, o da, Türk Endodonti Derneği bugüne kadar hiç böyle davranmamıştı. Aksine, herkesin özgürce fikirlerini söylemesini savunmuş, hele bilimsel konularda, bilimsel doğrulardan hiç uzaklaşmamaya çalışmıştı. Üstelik yazıda yazılanların da hepsi doğrudu... Aklımdan müthiş bir hızla geçen bu düşüncelerin sonunda, sıkı bir kahkaha patlatım. Neydi, beni hemen bu çoğumuzun alışık olduğu düşüncelere iten? Bu kadar mı gerçekler karşısında topu taça atmaya, savsaklamaya, varsa sorumluluklarımızdan kaçmaya alıştırılmıştık, alışmıştık... Bu konu belki bu yazının konusu olmayacak, ama sanırım bunun üzerine onlarca yazı yazılabilir!

Öncelikle, Doç.Dr. Hakan Şen'i (bundan sonra kendisinden sadece Hakan diye bahsedilecektir) yazısı için kutlamak istiyorum. Hem gerçekten çok güzel bir der-

leme, hem de bu konuyu tekrar gündeme taşıyan bir yazı...

Üniversite içindeki tartışmaları ve konuşmaları bir yana bırakırsak, sanırım Türk Endodonti Derneği'nin kurulduğu 1990 yılından bu yana yapılan her kongrede bu konu konuşuldu. Eğer belleğim beni yanıltmıyorsa (ki son zamanlarda yanıltıyor. Sayısını eksik hatırlıyor olabilirim) bu konuda Türkiye'de yayımlanan dergilerdeki bilimsel derleme ve araştırmalarda en az on, on beş yazı okudum. Hepsinde de fenol ve aldehitlerin dişhekimliğinde kullanılmasının sakıncalarından bahsediyordu. Yabancı yayınlar için sayı vermem bile olanaksız... Ayrıca, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi eğitiminin üçüncü sınıfında her sene büyük bir keyifle, dezenfektanlar ve kök kanalı dolgu maddelerini anlatırken fenol ve aldehitli maddelerin sakıncalarını Sargent'iye kadar uzanarak anlatırım...

Endodonti kongrelerinde, dişhekimleri bir araya geldiğimizde bu konuyu kaç kez konuştuğumuzu hatırlamamız bile olanaksız... Türkiye'nin çeşitli illerinde defalarca konferanslar veren öğretim üyesi arkadaşlarımızın ısrarla fenol ve aldehitlerin kullanılmamasını söylediklerini biliyorum. Bütün bu yazılanlar, konuşulanlar ardında bile hala bir gerçek var ki o da, ne sebeple olursa olsun, hala endodontide Hakan'ın da yazısında açıkça belirttiği preparatların kullanılıyor olması...

Bütün bunlara rağmen iki senede bir düzenlenen endodonti kongrelerini veya öğretim üyelerinin verdiği konferansları takip eden bir çok meslektaşımızın da artık bu preparatlardan uzak durduğunu biliyorum. Ama Hakan'ın da yazısında anlatmak istediği gibi, bu preparatları kullanmaya tümüyle son vermeliyiz. Bu yazı belki de konunun önemini biraz gözardı etmiş olan meslektaşlarımıza da uyarı olacaktır.

Türk Endodonti Derneği olarak, bu güne kadar fenol ve aldehitlerin sakıncalarını içeren yerli ve yabancı yayınları toplayıp, web sayfamızda yayımlayacağız. Konuyla ilgili araştırmaları okumak isteyen meslektaşlarımız, web sayfamızdan konuyla ilgili doyurucu bilgi alabilirler. Ayrıca 22-24 Nisan 2004 tarihleri arasında İstanbul Eresin Otel'de yapacağımız Türk Endo-

donti Derneği 9. Bilimsel Kongresi'nde de bu konuları yine konuşacağız.

Bilimsel bir dernek olarak bize düşen de bilimin bize söylediklerini meslektaşlarımıza ulaştırmaya çalışmak. Bugüne kadar bilimin ışığında söylediklerimizi, söylemeye devam etmek...

* Prof.Dr., İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Endodonti Bilim Dalı



Septodont firmasından formaldehitlerle ilgili yanıt

TDBD'nin 78. sayısında Doç.Dr. Bilge Hakan Şen'in 'Fenol ve Aldehitler: Neden hala ısrar ediyoruz?' başlıklı yazısı üzerine TDB sözkonusu ürünlerin üretimini yapan firmaların merkezlerine birer yazı göndererek ürünleri hakkında açıklama istemişti. Dergimiz baskıya hazırlanana kadar elimize yalnızca Septodont firmasının yanıtı ulaştı. Gösterdiği duyarlılık için kendilerine teşekkür ediyoruz. Septodont firmasından gelen yanıt şöyle:

"Septodont klinik direktörünün belirttiği üzere formaldehit içeren ve içermeyen kök kanalı dolgu maddeleri bulunmaktadır.

'CE' işareti taşıyan bu ürünler tüm Avrupa'da satılabilmektedir. Bu yüzden formaldehit taşıyan ve taşımayan ürünler arasında seçim yapmak hekime bağlıdır.

ABD'de tescil edilen Septodont ürünleri ise formaldehit içermezler."



Soruların yanıtlarını en geç 9 Nisan 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- Aşağıdakilerden hangisi periodon-topatik mikroorganizmaların virülansında rol oynamaz?

- a) Adezyon
- b) İnvazyon
- c) Nötrofiller
- d) Bakteriyal antagonizmaya dayanıklılık
- e) Konakçının lokal savunmasına dayanma

2- Yetişkinlerde flor uygulaması,

- a) Kompozit uygulamasının hemen öncesi yapılmalıdır
- b) Kompozit uygulamasının hemen sonrası yapılmalıdır.
- c) Asit etching işleminden hemen önce yapılmalıdır.
- d) Flor uygulamasından hemen sonra kompozit dolgu yapılmalıdır.
- e) Flor uygulamaları ile estetik restorasyonlar aynı seansta yapılmamalıdır.

3- Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi 8 yaş altında kullanıldığında daimi dişlerde kalıcı renk bozukluğuna yol açmaz?

- a) Tetrasiklin.
- b) Dimetil klortetrasiklin
- c) Minosiklin
- d) Doksisisiklin
- e) Oksitetrasiklin

4- Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Süt diş kavsinde % 65-70 oranında diastemalar görülmektedir.

- b) Süt kesici dişlerin lingual tarafında bulunan sürekli kesici dişler, sürme esnasında labiale doğru hareket ederler.
- c) Alt kesici dişler sürdükten sonra görülen az miktardaki çapraşıklık için alt süt kaninlerin mesial müllemesi yapılmalıdır.
- d) Alt kesici dişler sürdükten sonra görülen az miktardaki çapraşıklık için alt süt kaninler çekilmelidir.

5- Hangisi esas olarak tam protezlerin yer değiştirmesine neden olan kaslardır ?

- a) Buccinatör kası
- b) Masseter kası
- c) Orbicularis Oris kası
- d) Genio glossus kası
- e) Temporal kas

6- Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi kronik periodontitisi hastalarda aktif lezyonda görülmez?

- a) Bacteroides forsythus
- b) Porphyromonas gingivalis
- c) Actinomyces türleri
- d) Wolinella recta
- e) Prevotella intermedia

7- Kompozit restorasyon uygulamaları için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- I) Mineye 30sn dentine 15sn asit uygulaması
- II) Işık cihazı gücünün 450-500 miliwatt/cm2 olması gereklidir.
- III) Asidin yıkanarak uzaklaştırılması için gereken süre en az asit uygulaması

ma süresinin yarısı kadar olmalıdır. IV) Bonding uygulaması öncesi özelikle mine tamamıyla kurutulmalıdır.

- a) Sadece I ve II
- b) Sadece I, II, III
- c) Sadece III ve IV
- d) Sadece II ve III
- e) Hepsisi

8- Konjenital daimi maksiller lateral diş eksikliği olan bir çocuk hastada, diş gelişiminin hangi aşamasında bir problem olduğu düşünülmelidir?

- a) İnisiyasyon - Proliferasyon
- b) Proliferasyon - Histodiferansiyasyon
- c) Histodiferansiyasyon - Morfodiferansiyasyon
- d) Morfodiferansiyasyon - Apozisyon
- e) Apozisyon - Kalsifikasyon

9- Aşırı iskeletsel bozukluğa sahip erişkin bireylerde ideal tedavi yöntemi aşağıdakilerden hangisidir ?

- a) Fonksiyonel tedavi.
- b) Sabit ortodontik tedavi.
- c) Ortodontik cerrahi tedavi.
- d) Ağız dışı ortopedik aygıt tedavisi.

10- Aşağıdakilerden hangisi tam protezlerin tutuculuğunu olumlu yönde etkiler ?

- a) Post Dam alanı
- b) Tükürüğün viskozitesinin artması
- c) Tükürük miktarının azalması
- d) Alveolar kretlerin ileri derecede rezorbsiyonu
- e) Hiperplastik yumuşak dokular

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 78. Sayı CEVAP ANAHTARI

1. D 1999 yılında AAP tarafından yapılan sınıflamaya göre eskide olduğu gibi sadece 35 yaş üstündekilerde görülen bir hastalık değildir.

2. B Geçici dolguda oynama olduğu takdirde kök kanal dolgusunun yapılması geciktirilir.

3. D Kronik enfeksiyon görülen bir süt dişinin ağızda tutulması alttan gelecek daimi dişte hipoplaziye neden olabilir. Bu nedenle süt dişi çekilmeli daimi, diş sürene kadar yeri yer tutucu ile korunmalıdır.

4. B Yeni doğan Dudak Damak Yarıklı bebeklerde hemen doğumu takiben beslenme plağı yapılmalıdır. Beslenme plağı bebeğin anne tarafından emzirilmesini sağlayacak, bebek tarafından alınan besinin yarık hatından burun boşluğuna kaçmasını engelleyecek ve büyüme süreci sırasında yarık hattının küçülmesini sağlayacaktır.

5. A Silindirik şeklindeki ve ince-sivri köklere sahip dişler tork tipi streslere karşı oldukça düşük dirence sahiptir. Kemik içerisinde geniş kök yüzeyine sahip olan dişler en iyi diş desteği özelliğini sergiler. Bu nedenle doğru cevap "a" seçeneğidir.

6. E Hepsi periodontal tedavi planlamasının aşamalarıdır. O nedenle doğru yanıt "e" şıkkıdır.

7. B Tablet veya kapsüller yutulduktan sonra küçük parçalara ayrılırlar ki bu işleme disintegrasyon denir. Küçük parçalar veya toz halindeki maddeler su veya lipid yapıda çözünerek emilime hazır hale gelirler. Bu çözünme işlemine ise dissolüsyon denir. Sindirim kanalından ilaçların emilebilmesi için lipid ve noniyonize yapıda olmaları gerekir. Öte yanda suda erimiş ve çok küçük moleküllü ilaçlar da gastrointestinal sistemdeki membrandan geçiş yapabilir.

8. B Replantasyon sonrası 6 hafta süreyle semirijid bir splint ile splitleme anki-loz yada external rezorbsiyon riskini azaltır. Bu amaçla misina splint meteryali olarak kullanılabilir.

9. C Formaldehit, gluteraldehit, klor bileşikler, iodoformlar, orta seviyeli dezenfektanlardır. Quaterner amonyum ise düşük seviyeli dezenfektandır ve bakterilerin vejetatif şekilleri ile lipid taşıyan virüslerin öldürülmesi amaçlanır. Bu dezenfektanla mantarların bir kısmı ölür fakat M.tuberculosis, bakteri sporları ve lipid taşımayan virüsler canlı kalırlar.

10. E Tam protezlerde seçilen ölçü maddesi ölçünün netliği ve protezin tutuculuğu üzerinde doğrudan etkilidir. Kreteri oluşturan alveolar kemik ve yumuşak dokuların durumuna göre ölçü maddesi seçilmelidir. Ağız tabanının durumu kaide plağının sınırlarını belirlerken önem kazanmaktadır.



Kredilendirilen etkinlikler

Çukurova Ün. Dişhek. Fak.	Tel: 0322.338 73 30
Etkinliğin Adı : İmplantolojide Pratik Uygulamalar	
Etkinliğin Tarihleri : 13.02.2004	
Sakarya Dişhekimleri Odası	Tel: 0264.278 81 91
Etkinliğin Adı : SDE Bilimsel Komisyon Etkinliği	
Etkinliğin Tarihleri : 21.02.2004	
Isparta Dişhekimleri Odası	Tel: 0246.218 19 93
Etkinliğin Adı : 2004 Yılı Bilimsel Toplantıları -2	
Etkinliğin Tarihleri : 21.02.2004	
Edirne Dişhekimleri Odası	Tel: 0284.212 09 81
Etkinliğin Adı : Bilimsel Konferans 2004	
Etkinliğin Tarihleri : 22.02.2004	
Denizli Dişhekimleri Odası	Tel: 0258.264 41 03
Etkinliğin Adı : Endodontide Acil Tedavi Yöntemleri Bilimsel Semineri	
Etkinliğin Tarihleri : 28.02.2004	
Bursa Dişhekimleri Odası	Tel: 0224.222 69 69
Etkinliğin Adı : Oral İmplantoloji Eğitim Semineri	
Etkinliğin Tarihi : 27-28-29.02.2004	
EDAD	Tel: 0212.224 08 50
Etkinliğin Adı : EDAD İmplant Çalışma Grubu 2. Bilimsel Kongresi	
Etkinliğin Tarihleri : 27-28.02.2004	
İstanbul Dişhekimleri Odası	Tel: 0212.296 21 05
Etkinliğin Adı : Hangi hastada hangi ilaç? Hangi laboratuvar testi niçin?	
Etkinliğin Tarihleri : 07.03.2004	
İstanbul Dişhekimleri Odası	Tel: 0212.296 21 05
Etkinliğin Adı : Acil Tıbbi Yardım	
Etkinliğin Tarihleri : 08.03.2004	
İstanbul Dişhekimleri Odası	Tel: 0212.296 21 05
Etkinliğin Adı : Renk Seçimi	
Etkinliğin Tarihleri : 09.03.2004	
İstanbul Dişhekimleri Odası	Tel: 0212.296 21 05
Etkinliğin Adı : Endodontik cerrahi ve odontojenik kistler	
Etkinliğin Tarihleri : 12.03.2004	
Kocaeli Dişhekimleri Odası	Tel: 0262.321 02 77
Etkinliğin Adı : 2004 Bilimsel Etkinlik	
Etkinliğin Tarihleri : 13.03.2004	
Yeditepe Ün. Dişhek. Fak.	Tel: 0216.363 60 44
Etkinliğin Adı : Temporomandibular Rahatsızlıklar ve Tedavi Metodları	
Etkinliğin Tarihleri : 13.03.2004	
Atatürk Ün. Dişhek. Fak	Tel: 0442.231 18 20
Etkinliğin Adı : Ortodontik Cerrahi ve Distraksiyon Osteogenezi Kursu	
Etkinliğin Tarihleri : 18-19.03.2004	
İstanbul Dişhekimleri Odası	Tel: 0212.296 21 05
Etkinliğin Adı : Adesiv dişhekimliğinde kliniğe yönelik uygulamalar	
Etkinliğin Tarihleri : 19.03.2004	
İstanbul Dişhekimleri Odası	Tel: 0212.296 21 05
Etkinliğin Adı : Yaşlıların psikolojisi, alzheimer ve yaşlılarda protetik yaklaşımlar	
Etkinliğin Tarihleri : 21.03.2004	
Isparta Dişhekimleri Odası	Tel: 0246.218 19 93
Etkinliğin Adı : 2004 Yılı Bilimsel Toplantıları -3	
Etkinliğin Tarihleri : 27.03.2004	
EDAD	Tel: 0212.224 08 50
Etkinliğin Adı : EDAD Sürekli Eğitim Seminerleri	
Etkinliğin Tarihleri : 12.04.2004	
EDAD	Tel: 0212.224 08 50
Etkinliğin Adı : EDAD Sürekli Eğitim Seminerleri	
Etkinliğin Tarihleri : 03.05.2004	
İstanbul Dişhekimleri Odası	Tel: 0212.296 21 05
Etkinliğin Adı : 20 yaş diş çekimi, sorun ve komplikasyonlar	
Etkinliğin Tarihleri : 02.04.2004	



DİŞSİAD Genel Sekreteri Namık Sönmez:

‘Sorunlarımızı sektörü oluşturanlarla birlikte bir sivil toplum örgütü anlayışıyla çözeceğiz’

Türkiye bir ekonomik krizden çıkar-ken DİŞSİAD olarak sektörün içinde bulunduğu durumu ve gidişatı nasıl değerlendiriyorsunuz?

DİŞSİAD’ın 2003-2004 sezonunda -Eylül’den Haziran’a kadar sezon olarak kabul edersek- gündemindeki konu başlıklarını bir hatırlayalım.

Öncelikle DİŞSİAD’ın yurtdışı boyutundan bir hatırlatma yapmak istiyorum. 2003-2004 sezonunda üyesi bulunduğumuz Avrupa Dış Sanayici ve İşadamları Birliği’nin planlı, onaylanmış fuarlar listesine İDEX’i dahil ettik. 2004’te daha kapsamlı bir şekilde anlatılacak. Bununla ilgili fuar kuruluşuyla da görüşmelerimiz ve çalışmalarımız devam ediyor.

Krizden sonra hepimiz çok ciddi sıkıntılar çektik. Tüm firmalar; imalatçılar, ithalatçılar, ihracatçılar üretim, kâr ve maliyet politikalarını tamamen yeniden yapılandırmak zorunda kaldılar. Yeni hükümetin de para basmamak gibi bir politikası var. Enflasyon düşüyor fakat enflasyonun düşüşü başka bir faturayı getiriyor, işsizlik. Hem de, kalifiye insanların işsizliği. Bunun içinde dişhekimleri de var. Muayenehanelerin kapanmaya devam ettiğini düşünüyorum. Sektörün bu krizden çıkmasının tek yolu üretmek ve ihracat yapabilmek. Bu doğrultuda çalışan arkadaşlarımız var. Gelişerek devam ediyorlar. Bunu farkeden diğer arkadaşlarımızda da yine çeşitli üretim projeleri veya imalat girişimleri artarak devam ediyor. Bunlar bizim açımızdan memnuniyet verici. Bu arkadaşlara ISO kalitesi veya CE işaretleme hakkında keşke daha kapsamlı ve organize bir yardım sunabilsek diye düşünüyorum. İmalatçı arkadaşla-

rı kenarda tutarsak depocu diye tabir edeceğimiz yani bu hizmeti ithal ederek veya pazarlayarak hekime aktaran arkadaşlarda ciddi anlamda bir kâr erimesi söz konusu. Sektörün kriz boyutu bu.

Sektörün devletten kaynaklanan problemleri neler? Bu konuda hangi çalışmalar yapıyor?

Devletle olan ilişkilerimizde kendi alanında etken ve etkin olması gereken bir sivil toplum örgütü olduğumuzu düşünüyorum. Bu doğrultuda TDB yetkililerinin çok olumlu desteklerini alıyoruz. Devletle olan ilişkilerde onlar bizden daha eski tecrübelere sahipler. Bu tecrübeleri bize yardımcı oluyorlar. Bu konuda sektörün dış sanayici ve işadamlarının devletle ilgili sorunlarını tartışmak üzere bir toplantı planlandı. Bununla ilgili olarak TDB yönetiminin bize büyük katkıları oldu. Devletle olan ilişkilerin belli bir sistematik içerisinde çalıştırılması ve bunun sistematik içerisinde sonuçlarının alınması sorunları da azaltacaktır.

Özellikle Sağlık Bakanlığı’nın ürün halinde sürekli değişkenlik arzeden bir uygulaması söz konusu. Sağlık Bakanlığı’nda Avrupa Birliği standartları gibi bir uygulama olmaması veya belki bizim bilemediğimiz başka nedenlerden dolayı bir uygulama standardının oluşmaması, üyelerimize ithalatta sıkıntılar yaşıyor. Maalesef bu tür tavırlar ‘basiretli tüccar’ diye medeni kanunda tarif edilen ve ticaretini düzgün yapmaya çalışan insanları mağdur ederken illegal çalışanlara da bir düzen kârı getiriyor. Bir tane yanlış için 99 tane doğruyu mağdur etmenin verimli ve ülke çıkarına bir iş olmadığına farkına varmalılar.

Türkiye tarihinin en büyük ekonomik krizini yaşarken dişhekimliği sektörü de kendi payına önemli sıkıntılar yaşadı. Ekonomide görece bir toparlanmanın yaşandığı bugünlerde sektörün sıkıntılarının neler olduğunu Dişsiad Genel Sekreteri Namık Sönmez’e sorduk. Sönmez, yaklaşmakta olan TDB 11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi ve Expodental 2004 için de TDB’nin yanında olduklarını ifade etti.

Çünkü sizin izin vermediğiniz her türlü ürün, talep olduğu sürece bir şekilde bu ülkeye giriyor. Ülke KDV kaybına, vergi kaybına uğruyor. Ticaretini düzgün yapmaya çalışan arkadaşlarımız mağdur oluyor. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı ve Hazine Dış Ticaret yetkililerinin olaya bu açıdan bakmalarını sağlamamız gerekiyor.

Dernek olarak Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili makamlarla bir araya gelerek bu kurultayda bunları tartışmak ve bunların değiştirilmesi yönünde adım atılmasını sağlamak istiyoruz

Standartlarla ilgili sıkıntılarımız var mı?

Türk Standartları Enstitüsü kurulunun güncelliğini kaybetmiş olan standart uygulamaları konusunda zamanında düzeltme yapmaması da bir sıkıntı kaynağı. Bundan 3-4 sene evvel yaptığımız toplantıya TSE'den çok değerli insanlar katılmışlardı ve bu sorunların düzeltilmesi ile ilgili her şeyin ve her yolun açık olduğunu belirtmişlerdi. Üyelerimizden bu açık görünen yolu takip edip bununla ilgili düzeltme talebi yapanlar oldu. Fakat açık gibi gösterilen yollarda yine devlet bürokrasisi veya kağıdın bir masadan bir masaya geçmesi gibi problemlerle karşılaşıldı. TSE ile ilgili bu bahsettiğimiz sıkıntılarımızı TSE yetkililerini davet edip onlarla görüşerek çözümlenmeye çalışacağız.

Tüketicinin Korunması Protokolüyle ilgili gelinen nokta nedir? Bugüne kadar üyelerinizden ne kadarı bu protokolü imzaladı?

Biz yaklaşık bir, birbuçuk ay kadar önce DIŞSIAD Yönetim Kurulu'ndan bunu onaylayarak karar defterimize geçirdik. Belli bir vizyonu ve kalite konsepti olan üyelerimizin bu protokole imza atmamaları için ben bir neden görmüyorum. Çünkü bu tek taraflı olarak DIŞSIAD'ı değil dışhekimini de bağlayıcı bir protokol. Bu protokolün ilişkilerin gelişmesi ve daha sağlıklı bir zemine oturması için yardımcı olacağını düşünüyorum. 2004 itibarıyla uygulamaya başlıyoruz. Uygulayacağız, belki hatalarımızı, eksiklerimizi göreceğiz, bu yönde yeniden protokolün şartlarını veya maddelerini rafine edeceğiz, tekrar düzenleyeceğiz.

Bunu yaşayan bir protokol halinde tutabilmek için elimizden gelen gayreti DIŞSIAD olarak göstereceğiz.

Sektörde zaman zaman yanıltıcı reklam şikayetleri oluyor. Bu konuda neler söyleyeceksiniz?

Yanıltıcı reklamın, Reklam Özdenetim Kurulu gibi bir kurul tarafından izlenmesi gerekir. DIŞSIAD'ın böyle yanıltıcı reklamların izlenmesi konusunda bir kurulu yok. Ama bu yanıltıcı reklamlar eğer üyelerimizden belli bir grubu rahatsız edecek boyutta ve şekildeyse DIŞSIAD'ın buna duysuz kalması gibi bir şey söz konusu olamaz. DIŞSIAD'ın kendi yaptırım kanalları içerisinde ne varsa bunları yapması son derece doğaldır.

Ayrıca bu konuya sadece yanıltıcı reklam boyutundan bakmamak gerekir.

Daha önce izlediğimiz bir filmi yine bu günlerde yeniden izlemeye başladık.

1982'den sonra hatırlıyorum Türkiye'de otobüs ve tır ithalatının serbest bırakılması gibi bir olay yaşanmıştı. Türkiye Avrupa'nın hurda otomobil, hurda otobüs ve hurda tır çöplüğü haline dönüştürülmüştü. Gelen araçların birçoğu 1-2 sene içerisinde çöpe dönüştü ve Türkiye'nin milyarlarca marklık dövizini heba edilmiş olmasının yanı sıra Türkiye'de bu konuda üretim yapan, istihdam yaratan fabrikaların kapanmasına yol açıldı.

A veya B ülkesi demek istemiyorum ama fırsat var diye, diğer ülkelerden Türkiye'ye kalitesiz mal sokmak ve satmak isteyenlere, haksız rekabet yaratana karşı mutlaka çalışılması ve tedbir alınması gereklidir.

Örneğin, işte bir anahtar takımı alıyorsunuz ilk vidayı tuttuğunda pensenin dişleri bozuluyor. Bir matkap alıyorsunuz ilk dubelin yerini açarken matkap yanıyor... gibi ben de televizyon izleyicisi olarak bunları takip ediyorum.

Hatta yerli üreticisini korumak ve kollamak için bugün Avrupa ve Amerika'da özellikle Çin mallarına karşı kota-



lar, vergiler ve en önemlisi kalite standartları konulmuştur. Dünyanın hiçbir ülkesi kendi üreticisine karşı kalitesiz mal satan, haksız rekabet uygulayan veya dumping yapan yurtdışı firmasını desteklemez. Kaldı ki dışhekimliği ucuz mantığının en işlemediği sektördür. Yani ucuz diye planladığın her türlü dış tedavisi, altyapısı, makinesi, ölçüsü, maddesi bizi tekrar en başa döndürür. Dışhekiminin temel ihtiyacı en ekonomik olan malzemedir en ucuz olan değildir. Bu da el becerisini, ergonomisini ve dışhekiminin fonksiyonunu kâra dönüştüren malzeme ve ekipmandır.

TDB 11. Uluslararası Dışhekimliği Kongresi yaklaşıyor. Beklentileriniz neler?

Biz kongrenin yine Haziran ayında Lütfi Kırdar'da yapılmasını bekliyorduk. Ama önemli bir yurtdışı misafiri ağırlayacak olan Kongre Merkezi, çok uzun zaman önceden rezervasyon yapılmasına rağmen rezervasyonu iptal etti ve Kongre Mayıs ayına çekildi. Bunu biz kendi aramızda anlayışla karşılayabiliriz ama uluslararası boyutta planladığımız zaman yurtdışından katılımı veya misafir olarak gelecek olan birçok kimse için bu sürpriz oldu. Çünkü bu tür bilimsel programlar biliyorsunuz 2 yıl öncesinden başlayarak ancak tanımlanabiliyor ve tamamlanabiliyor. Bu anlamda TDB'nin düzenlemiş olduğu bu kongre bilimsel doygunluk, kapsam ve kalite anlamındaki en geniş kongre.

Biz DIŞSIAD olarak TDB ile birlikte ne yapabiliriz ilkesi doğrultusunda, kendi gücümüzün ve performansımızın yettiği oranda desteğimizi planladık, organize ettik. Üyelerimizden de olumlu bir katılım izliyoruz. Sonuçların değerlendirilmesi ancak Haziran ayında olur. Bize düşen başka görevler varsa yardıma talipli olduğumuzu TDB yöne-

'Maalesef Bakanlığın ithalat konusundaki tavrı ticaretini düzgün yapmaya çalışan insanları mağdur ederken illegal çalışanlara da bir düzen kârı getiriyor. Devlet artık bir tane yanlış için 99 tane doğruyu mağdur etmenin verimli ve ülke çıkarına olmadığına farkına varmalı.'

Farketmeden suçlu konumuna düşebilirsiniz!

Çalıntı malzemeye dikkat

Çalıntı malı almak da suçtur

Hırsızlık yapan kişi, Türk Ceza Kanununun 491 ve 492. maddelerine göre altı aydan beş yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Hukukumuzda hırsızlık yapmanın yasak olmasının yanı sıra hırsızlıkla elde edilmiş malların bilerek kabul edilmesi, bu malların saklanması, satın alınması ya da bunlara aracılık edilmesi de yasaklanmıştır. TCK'nun 512. maddesinde, hırsızlık fiilinde ortaklığı olmamasına karşın elde edilen mallar ile ilgili olarak kabul etme, saklama, satın alma veya bunlara aracılık etme fiillerinden birini işleyenlerin üç yıla kadar hapis ve ayrıca para cezasıyla cezalandırılacaklarına dair dü-

zenleme yapılmıştır.

Son zamanlarda dişhekimliği alanında kullanılan kimi alet ve cihazların çalınmasına yönelik eylemlerde meydana gelen artış üzerine, bu malzemelerin dişhekimliği alanı dışında kullanımını bulunmaması sebebiyle dişhekimlerinin bu konuda uyarılmaları yerinde olacaktır. Dişhekimleri herhangi bir alet veya cihaz alımlarında bunların (menşeinin) kaynağının bilinmesine yönelik olarak mutlaka belge almalıdır. Verilecek belgenin gerçeğe uygunluğundan şüphe edilmesi durumunda ise alımdan tümüyle kaçınılmalıdır.

TDB Hukuk Danışmanı Av. Mustafa Güler

Geçtiğimiz Ocak ayında çalınan malzemelerini bir meslektaşımızın yardımıyla bulan Sevenler Diş Deposu yetkilisi Mete Kuyumcu:

'Kendi malımızı parayla geri aldık'



Mete Kuyumcu

Başınızdan geçen hırsızlık olayı nasıl gelişti?

Ocak ayında aracımızdaki 4 tane kamera, 1 tane demo çantası ve diş malzemesi bir gece saat 12 sularında çalındı. Karakola başvurduk, tabii bir süre bulamadık. Bir süre sonra bir dişhekimine bize telefon açtı. O ürünü bizim sattığımızı bildiği için sağolsun ilgilenmiş, telefon açmış. Kameraların seri numaralarını verdik. Kendisi seri numaralarına bakıp bizim kameralarımız olduğunu söyledi. Kendisi için de sıkıntı yaratmasın diye bizim adımıza ürünleri satın almasını istedik. Yanılmıyorsam 450

milyon TL gibi bir rakam ödeyerek kendi ürünümüzü satın almış olduk. Yoksa dişhekimimizin başı ağrıyacaktı. Ama sağolsun yardımcı oldu. Bulduk malımızı. Malımızı para vererek aldık başka da bir şey olmadı. Şu anda olay kapandı ama bizden sonra dişhekimine biraz sıkıntılı günler yaşatmışlar.

Geçenlerde burada bir arkadaşın, içinde diş malzemeleri bulunan araç çalındı. Bir süre sonra araç bulundu ama içinde malzeme yoktu. Ondan sonra -duyumlarımızı söylüyorum, kendi gözümle görmedim- malzemeyi bir dişhekiminin satın aldığını öğrendik. Bugün bizim toptan alışımızın 150 dolar olan bir set 35 milyon liraya dişhekimine satılmış ve dişhekimine rica edilmesine rağmen çalan insanı bildirmemiş. Bu tür yanlışlar da yaşanabiliyor.

Son zamanlarda bu olaylar yoğunlaşmaya başladı. Sizce önlem olarak neler yapılabilir?

Burada aslında bizim de hatalarımız var, dişhekimlerinin de var. Dişhekimleri kapısına gelen her satıcıya kapısını açmamalı. Diyeceksiniz ki bu insanlara siz mal vermiyor musunuz? Şöyle bir problemimiz var. Çantacı diye tabir edilen muayenehaneleri dolaşarak malzeme pazarlayan bir grup var. Herkes bunlara mal veriyor. Biz de veriyoy-

ruz. Dişhekimleri de alıyor ama artık bu duruma bir çeki düzen vermek lazım. DİŞSIAD ile TDB elele verip, yaka kartsız hiçbir firmadan mal almayın diye bir uygulamaya gidebilir. Bir satıcı muayenehaneye girdiği zaman yakasında firmanın ismi yazacak. TDB ve DİŞSIAD'ın kaşesinin olduğu bu yaka kartı sayesinde dişhekimini muhatabını bilecek. Herhangi bir problemde ulaşacağı yeri bilecek. O zaman bu hırsızlıklar da önlenir. Birçok dişhekiminin muayenehanesi soyuldu. Çünkü bilinçli-bilinçsiz, hırlı-hırsız birçok insan piyasaya doldu.

Dişhekiminin nelere dikkat etmesi gerekir?

Artık dişhekimleri de neyin ne olduğunu biliyor. 10 liralık mal 5 liraya geliyorsa bunun altında mutlaka bir şey vardır. Ya hırsızlık malıdır veya bir depoyu dolandırmıştır. Yalnız, hırsız yakalandığı zaman kimlere sattığı ortaya çıkarsa hırsız kadar satın alanlar da sorumlu. Tabii çalıntı maldan dolayı bayağı ağır cezalar oluyor. Ankara'da bir hırsız yakalandı bundan 2 yıl önce. Sattığı herkes hırsızdan fazla ceza aldı. Polis kontrolünde gidildi, hırsız 'ben şu malzemeleri getirmiştim' dediğinde 'evet getirmiştiniz, daha var mı?' diye gaflette bulununca başı büyük derde girdi.

Yatırım araçlarının vergilendirilmesi ve mevzuatlardaki son değişiklikler

■ Baset Demirbuğa*

Dış politikadaki gelişmelerin en yoğun olduğu bu günlerde 2003 yılı tasarrufların vergilendirilmesi gündemin diğer en sıcak konularından birisi. Tasarruflarını değişik enstrümanlarda değerlendirenler için bizim de hatırlatacağımız olabileceğini düşünerek özellikle stopaja tabi olanlar ve tabi olmayanlar diye birkaç başlık altında topladık.

Stopaja tabi olan yatırımlardan elde edilen kazançlar kaynağa vergilendirildiği için beyana tabi değil. Bunlar;

- Banka mevduat faiz gelirleri %17.6 stopaja tabi,
- Repo gelirleri %22 stopaja tabi,
- Döviz tevdiat hesapları %19.8 stopaja tabi

Repo gelirlerinin %22 stopaja tabi olduğu bu sistemde stopaja tabi olmayan yatırımlardan elde eden gelirlerin bir kısmı beyana tabi, bir kısmı ise beyana tabi değil.

Bunlar;

- A ve B tipi yatırım fonlarından elde edilen gelirler beyana tabi değil.
- 25 Temmuz 2001 tarihinden sonra ihraç edilen Devlet Tahvili ve Hazine Bonusu gelirleri elde edenlerin 121.794.000.000.- TL'si beyan dışı, geri kalanı beyana tabi.
- 25 Temmuz 2001 tarihinden önce ihraç edilen Hazine Bonusu ve Devlet Tahvili faiz gelirlerinden 10.000.000.000.- TL düşülerek geri kalanı beyana tabi tutulacak.
- 26 Temmuz 2001-31 Aralık 2003 tarihleri arasında elde edilenlerden 314.800.000.000.- TL'si beyan dışı, bunun üzerindeki gelir beyana tabi.
- 25 Temmuz 2001 tarihinden sonra hazine tarafından ihraç edilen Euro-bont' lardan elde edilen faiz gelirinin 121 milyar 794 milyon TL'si istisnadan faydalanmakta ve üzeri beyana tabi.
- 26 Temmuz 2001 tarihinden önce ihraç edilenlerden elde edilen kazancın ise diğer menkul kıymet alım satım kazançlarıyla birlikte 10 milyar TL. üzerindeki kısmı beyana tabi.
- TL cinsinden alacak faizi elde edenler



enflasyondan arındırdıktan sonra kalan kısım 600 milyon lirayı aşıyorsa beyana tabi.

- Yurt dışı faiz geliri yada Of-Shore faiz gelirlerinde de beyan sınırı 600 milyon TL.
- Limited ve anonim şirketlerinde ortakların elde ettiği kar ve temettü gelirlerinde de beyan sınırı 12 milyar TL.

SSK ve Bağ-Kur' da yapılan değişiklikler

Bağ - Kur Primlerinde 01.01.2004 tarihinden itibaren %20 oranında artış öngörülmektedir.

506 sayılı kanunla ilgili 29.01.2004 tarihinde yayımlanan 16-306 nolu Ek genelgesine göre aynı Kanununun 13. maddesi ile 506 sayılı Kanuna eklenen Geçici 90. maddesinin birinci fıkrası gereğince, 01.01.2004 ile 30.06.2004 tarihleri arasında; sigortalının günlük kazancı belirlenen günlük kazancın alt sınırının altında ise, bu kazanç ile alt sınır arasındaki farka ait işverence ödenmesi gereken sigorta primlerinin, işsizlik sigortası priminin ve sosyal güvenlik destek priminin sigortalı ve işveren hisselelerinin tümünün, bu tarihler arasındaki aylara ait prim tahakkukuna esas belgelerin en geç 02.08.2004 tarihine kadar verilmesi kaydıyla özel ve kamu sektö-

rü ayrımı yapılmaksızın Hazinece karşılanacaktır.

Prime Esas Kazanç 549.630.000.-TL

Asgari Ücret 423.000.000.-TL

Hazinece Karşılanacak

Prim Matrahı ise 126.630.000.-TL

İşverenler 16.01.2004 tarih ve 25348 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliğinin 20 inci maddesi gereğince 2004 Mayıs ayından başlanarak her ay için aylık prim ve hizmet belgesi düzenlenmesi gerekmektedir. 2004 Mayıs ve Haziran ayları ile ilgili olarak da yine kazançları 549.630.000.-TL'nin altında ve üstünde olan sigortalılar için de ayrı ayrı belge düzenlenecektir

29 Ocak 2004 tarih 25361 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan tebliğe göre personele ödenecek yemek ve yol paraları Ocak 2004 tarihinden itibaren prime tabi tutulacak. Ödenen yemek ve yol paralarının günlük asgari ücretin %6'sı kadarını prim hesabında dikkate alınmayacak.

Vergi Usul Kanunu'nda yapılan değişiklikler

Vergi dairelerine KDV ve Muhtasar beyannameleri birleştirilerek her ayın 20. günü akşamına kadar verilecek. Ödemesi ise 26. günü akşamına kadar yapılacaktır.

Gayrimenkul Sermaye İratları ile ilgili Ocak ayında verilmesi gereken Yıllık Gelir Vergisi beyannamesi de Mart ayının 15. günü akşamına kadar verilecek. Yine ödemesi 30 Mart akşamına kadar yapılacaktır.

Kurumlar Vergisi beyannamesi de Nisan ayının 15. günü akşamına kadar verilecek. Yine ödemesi 30 Nisan akşamına kadar yapılacaktır.

Geçici Vergi beyannamesi de Şubat ayının 10. gününe kadar verilecek. Yine ödemesi 17 Şubat akşamına kadar yapılacaktır. Ancak kapanış kayıtlarının uzun sürmesi dolayısıyla yetiştiremeyenler için zor durum dilekçesi vererek beyanını da 17 Şubata kadar uzatabilirler.

* TDB Mali Müşaviri

Birden çok yerde serbest çalışma yasağı...



Mustafa Güler*

Vergi toplayamayan İdare'nin Hayat Standardı adı altında getirdiği "salma" ile hızlandı dişhekimlerinin ortaklaşmaları / şirketleşmeleri. Ülkemizde bireysel emeğe değil ama paranın ortaklığı anlamındaki şirketlere vergi kolaylığı sağlanması sebebiyle dişhekimleri en azından kağıt üstünde bir araya geldi. Her bir dişhekiminin mevcut muayenehanesi şirketin şubesi oldu. **Vergiden kaçınmanın basit bir aracı olarak kurulmaya başlanan şirketler zamanla kimi "meşhur" dişhekimlerinin, birden fazla yerde muayenehane açma yasağını aşmasının aracı olarak kullanılmaya başlandı. Büyük ortağı oldukları şirketin üç-beş yerdeki şubelerinde meslek icra eden dişhekimlerinin varlığı dişhekimleri arasında haksız bir rekabet yarattı. Ayrıca, genel tababet alanında yoğun ola-**

rak yaşanan özel poliklinik açma hususu daha sınırlı olmakla birlikte dişhekimliğinde de görülmeye başlandı. Bu çerçevede dişhekimlerinin birden çok özel sağlık kuruluşunda (muayenehane + poliklinik, vd.) meslek icrası gündeme geldi.

Bu olguların her biri ayrı tartışma konusu olmakla birlikte burada dişhekimlerinin birden çok özel sağlık kuruluşunda meslek icrasının yasaklanmış olup olmadığı üzerinde duracağız.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 43. maddesinde "Bir diş tabibi müteaddit yerlerde muayenehane açarak icrayı sanat etmesi memnudur." hükmü bulunmaktadır. 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanununun 44. maddesine dayanılarak çıkartılmış olan Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odaları Disiplin Yönetmeliğinin 9. maddesinde disiplin suçları arasında "aynı ilde veya farklı illerde birden fazla muayenehane açmak ve çalıştırmak" eylemi tanımlanmış iken yukarıda belirtilen sürecin yarattığı gereksinim ile bu hüküm "aynı ilde veya farklı illerde birden fazla özel sağlık kuruluşunda açmak, birden fazla özel sağlık kuruluşunda çalışmak, başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışan dişhekimini çalıştırmak" şeklinde değiştirilmiştir. Böylece TDB, esas olarak muayenehaneler bütünü olan ve Danıştay kararlarında da bu şekilde tanımlanan poliklinikler bakımından da 1219 sayılı Kanunun 43. maddesindeki sınırlamanın

geçerli olduğuna karar vermiştir.

Bir dişhekimisi tarafından, 2001 yılı başında yapılan bu yönetmelik değişikliğinin iptali için Danıştay 8.Dairede dava açıldı. Bu davada yapılan yargılama 17 Ekim 2002 tarihinde sonuçlandı ve davanın reddine –düzenlemenin hukuka uygun olduğuna- karar verildi. Kararın gerekçesinde Türk Dişhekimleri Birliği Kanununun 19. maddesi uyarınca, meslek mensuplarının dayanışmasını ve mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişimini sağlamanın görev ve sorumlulukları arasında bulunduğu, bu bağlamda, meslek mensupları arasında olan veya olabilecek haksız rekabetleri önlemek, mesleğin sağlıklı tam ve hastalara güven verecek şekilde yürütülmesini kolaylaştırmak amaçlı önlemler almaya yönelik Yönetmelik değişikliğinde hukuka ve Anayasanın eşitlik ilkesine aykırılık görülmediği hususları belirtilmiştir. Anılan karar temyiz edildi ve temyiz incelemesi Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulunda yapıldı. Bu inceleme sonucunda da TDB düzenlemesinin hukuka uygun olduğuna karar verilerek Danıştay 8.Daire kararının onanmasına karar verildi .

Böylece dişhekimlerinin mesleklerini birden çok özel sağlık kuruluşunda uygulayıp uygulayamayacakları konusunda yürütülen tartışma hukuksal olarak sonlanmış oldu.

* Avukat, TDB Hukuk Danışmanı

Geçmiş zaman olur ki...

Yaptığımız tedavilerin tahsilatında karşılaştığımız problemler malum, yeni bir sorun değil. Yandaki mektup 65 yıl önce de sorunların farklı olmadığını sararmış bir belgesi. Beyoğlu İstiklal Caddesi'nde mesleğini icra eden A. Sion adlı meslektaşımız tedavi ücretini bir türlü ödemeyen hastasına 22 Aralık 1939 tarihli bu mektupla bakın ne kadar nazikçe borcunu hatırlatıyor:

"Sayın Bay Şahintaş,

Geçirmiş olduğunuz hastalıktan artık tamamen ifakat ettiğinizi ve işlerinizle meşgul olduğunuzu işit-

mekle pek memnun oldum.

Bu defa sene sonu münasebetiyle umum hesapları kapattığımdan lütfen borcunuz olan 80 -seksen- lirayı posta ile göndermenizi rica ederim. Malumdur ki bu hesap çok eskidir ve fazla beklemeğe de artık tahammülü yoktur.

Bu münasebetle Bayan Kevser'e derin saygılarımı, oğlunuz Faruk'u hasaten tarafımdan öpmenizi diler ve size saygılarımı sunarım.

Diş Tabibi
A. Sion"

Kurs Kongre, Sempozyum

Dubai Dünya Dişhekimliği Toplantısı

28 Şubat-1 Mart 2004
Novotel, Dubai Dünya Ticaret
Merkezi, Dubai,
Birleşik Arap Emirlikleri
www.aeddc.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

Expodental Madrid

11-13 Mart 2004
Madrid, İspanya
www.ifema.es

FDI & Ukrayna Dişhekimleri Birliği Ortak Sürekli Dişhekimliği Eğitimi

24-26 Mart 2004
Kiev, Ukrayna
tel./fax: +380 44 268-60-29
sodevcom@svitonline.com
www.dentalmeeting.com.ua

Britanya Dişhekimleri Birliği Yıllık Ulusal Konferans ve Fuarı

6-8 Mayıs 2004
tel: +44 20 7563 4590
fax: +44 20 7563 4591
events@bda.org
www.bda-events.org.uk

Türk Dişhekimleri Birliği 11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

17-22 Mayıs 2004
İstanbul
tel: 0212 219 66 45
fax: 0212 232 05 60
www.istanbul2004.com

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

Avrupa Ortodonti Birliği 80. Kongresi

7-11 Haziran 2004
Aarhus, Danimarka
tel: +45 8942 4037
fax: +45 8619 2752
secretary@eoscongress2004.dk
www.eoscongress2004.dk

IADS Uluslararası Dişhekimliği Öğrencileri Birliği 51. Yıllık Kongresi

9-15 Ağustos 2004
Berlin, Almanya
Dr. Sarkis Sozkes
+90 536 738 44 44
www.iads-congress.com

FDI 2004 Yeni Delhi Dünya Dişhekimliği Birliği Kongresi

Pragati Maidan Konferans Merkezi,
Yeni Delhi
10-13 Eylül 2004
congress@fdiworldental.org

FDI & Ermenistan Dişhekimleri Birliği Ortak Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Programı

Eylül 2004
Erivan, Ermenistan

Prague Dental Days 2004 Prag Dişhekimliği Günleri 2004

13-16 Ekim 2004
Prag, Çek Cumhuriyeti
tel.: +420 224 918 613
fax: +420 224 917 372
stepankova@dent.cz
www.dent.cz

Türk Endodonti Derneği

9. Uluslararası Endodonti Kongresi

ERESİN TOPKAPI OTEL
İstanbul
22-24 Nisan 2004

Konferanslar:

M. Torabincjad (USA)

1. MTA'nın klinik kullanımı
2. MTAD yeni endodontik yıkama solüsyonu

L. Spangberg (USA)

- 1- Hatalı endodontik tedavilerde tedavi tekrarı problemler ve çözümleri
- 2- Klinik endodontide hayaller ve gerçekler

S. Kim (USA)

- 1- Endodontik mikrocerrahide Operasyon mikroskopu 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

Bilgi için:

Tel: 0212. 621 34 49
Fax: 0212. 621 34 50
www.turkishendodontics.org
e-mail: info@turkishendodontics.org
turkendo@e-kolay.net



Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

Ortodonti ve Ağız Diş Çene Hastalıkları
ve Cerrahisi Anabilim Dalları

Ortodontik Cerrahi ve Distraksiyon Osteogenezi Kursu

Prof.Dr. Haluk İşeri
Prof.Dr. Reha Kişnişçi

18-19 Mart 2004

Polat Renaissance Otel / Erzurum

Kurs SDE
tarafından
kredilendirilmiştir.

Katılım konusunda ayrıntılı bilgi:

Dr. Bülent Baydaş	: bbaydas@atauni.edu.tr	Tel	: 0 442 231 1383
Dr. İbrahim Yavuz	: iyavuz@atauni.edu.tr		0 442 231 1820
Dr. Muzaffer Aslan	: -	Faks	: 0 442 231 2270
Dişhekimi İ.Metin Dağsuyu	: intraso@yahoo.com	GSM:	: 0 532 326 1270

Oral Cerrahi Derneği Protez Akademisi ve Gnatoloji Derneği 6. Bilimsel Kongresi

**Club Zigana Beldibi
Antalya**

23-28 Mayıs 2004

Bilgi için:

- İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D. 34390 Çapa İSTANBUL
- İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi total Parsiyel Bilim Dalı 34390 Çapa İSTANBUL

Tel : 0212. 631 22 50
Fax : 0212. 631 22 49
0212. 525 35 85

Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

Temporomandibular Rahatsızlıklar ve Tedavi Metodları

13 Mart 2004

TDB tarafından kredilendirilmesi için başvuru yapılmıştır

Katılım Ücreti:

1 Mart 2004 tarihine kadar	
Dişhekimi	200.000.000 TL
Doktora, Master öğrencisi	75.000.000 TL
1 Mart 2004 ten sonra	
Dişhekimi	250.000.000 TL
Doktora, Master öğrencisi	100.000.000 TL

Yer:

Yeditepe Ün. Dişhekimliği
Fakültesi Konferans Salonu

Bilgi ve Kayıt İçin;

Neslihan Çınar
Tel: 0 216 363 60 44 - dahili 316
Fax: 0216 363 62 11 / 363 59 52

2. Ege Bölgesi Dişhekimleri Odaları Kongre ve Sergisi

**MARES OTEL
Marmaris
2-4 Nisan 2004**

- Konferanslar •
- Paneller •
- Kurslar •

Bilgi için:

İzmir Dişhekimleri Odası
TEL: 0232 483 68 88

Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

Mezunlar Günü Etkinlikleri

Fakültemizin her yıl geleneksel olarak düzenlediği Mezunlar Günü Etkinliklerinin yedincisi 12 Haziran 2004 tarihinde yapılacak. Bu etkinlikler kapsamında 1979 yılı mezunlarımıza meslekte 25. yıl plaketi verilecek. Mezunumuz olmayan dişhekimlerimiz de katılabileceği çeşitli bilimsel ve sosyal

aktivitelerin yer alacağı organizasyonla ilgili ayrıntılar ikinci duyuruda yer alacaktır. Birlikte olmak dileğiyle tüm meslektaşlarıma sevgilerimi sunuyorum.

Prof.Dr. İ.Levent Taner
Gazi Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi Dekanı

Devren kiralık muayenehane

Eşim dişhekimi Ahmet Baştürk'ün vefatı sebebiyle Lüleburgaz'daki muayenehanesi devren kiralıktır. Semiha Baştürk
Ev Tel.: 0.288.415 23 94

VEFAT

1998-2000 dönemi TDB Eğitim Komisyonu üyesi
Prof.Dr. Rahime Nohutçu'nun annesi
vefat etmiştir. Ailesi ve yakınlarının acısını paylaşır, başsağlığı dileriz.

VEFAT

Zonguldak Dişhekimleri Odası Üyesi meslektaşımız
Gürcan Müftüoğlu
19 Şubat 2004 tarihinde vefat etmiştir. Ailesi ve yakınlarının acısını paylaşır, başsağlığı dileriz.

TDB 11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

Expodental 2004 İstanbul

Kongre Kayıt Formu



Kongre sekreterliğince doldurulacak

Kayıt No : _____

Ücret : _____

- Dişhekimisi Diş Teknisyeni Dişhekimisi Yardımcısı Öğrenci Endüstri ve Ticaret Kuruluşu Temsilcisi
- Prof.Dr. Doç.Dr. Yrd.Doç.Dr. Dr.
- Serbest Çalışıyor Kamuda Çalışıyor Çalışmıyor
- Bay Bayan

Soyadı _____ Adı _____

Mezun Olduğu Fakülte/Okul _____

Mezuniyet Yılı _____

Adres _____

Posta Kodu _____ Şehir _____ Ülke _____

Telefon () - ()

Faks () - ()

GSM () - ()

e-mail _____ @ _____

Refakatçi Bay Bayan Refakatçi Bay Bayan

Soyadı _____ Adı _____ Soyadı _____ Adı _____

KATILIMCI ÜCRETLERİ	31 Mart'a kadar	31 Mart-14 Mayıs	14 Mayıs'tan sonra
Dişhekimisi (TDB Üyesi)	150 \$	180 \$	230 \$
Dişhekimisi (TDB Üyesi değil)	180 \$	230 \$	280 \$
Dişhekimliği öğrencisi	80 \$	120 \$	150 \$
Diş Teknisyeni	150 \$	180 \$	230 \$
Dişhekimisi Yardımcısı	100 \$	125 \$	175 \$
End. ve Tic.Kur.Temsilcisi	150 \$	180 \$	230 \$
Refakatçi	100 \$	125 \$	175 \$
Günlük Katılım			100 \$

Otel Rezervasyonu

- İstiyorum*
 İstemiyorum

*Konaklama ücretiyle ilgili detaylı bilgi daha sonra gönderilecektir.

Kongre Turları

Kongre turları ikinci duyuruda, www.istanbul2004.com adresindeki internet sayfamızda açıklanacak.

Lütfen ödeme şeklini aşağıda belirtiniz:

Nakit Kredi Kartı Banka Havalesi Kongre katılım tutarı: _____ USD

Banka Havalesi ile ödeme

Kongre katılım tutarını Türkiye İş Bankası, Pangaltı şubesi:

USD: 1041 568449 TRL: 1041 779430 no'lu hesaba yatırdım dekontu ektedir.

Kredi Kartı ile ödeme

Visa Kart No : _____

Mastercard Son Kullanma Tarihi : _____

Kongre katılım tutarı \$'in veya TL'nin kredi kartı hesabımdan çekilmesini kabul ediyorum.

Tarih: _____ İMZA _____

Not:

Lütfen bilgileri eksiksiz ve okunaklı olarak doldurunuz. Ödeme ilgili olan formu imzalayınız ve kayıt formu ile beraber fakslamayı unutmayınız. Kayıt işlemlerinizi www.istanbul2004.com internet adresinden yapabilirsiniz.

ISTANBUL 2004

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
TURKISH DENTAL ASSOCIATION

11. Uluslararası 11 th International
Dişhekimliği Kongresi
Dental Congress

17-22 Mayıs/May 2004

EXPODENTAL 2004

20-22 Mayıs/May 2004

Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı
İstanbul, Turkey

Kongre Merkezi adres ve telefonları

Cumhuriyet Caddesi,
 Safir Apt., 361/3 34367
 Harbiye, İstanbul, Türkiye
 Tel : +90 212 219 66 45
 +90 212 230 29 07
 Faks : +90 212 232 05 60
 e-mail: bilgi@istanbul2004.com
 web : www.istanbul2004.com

