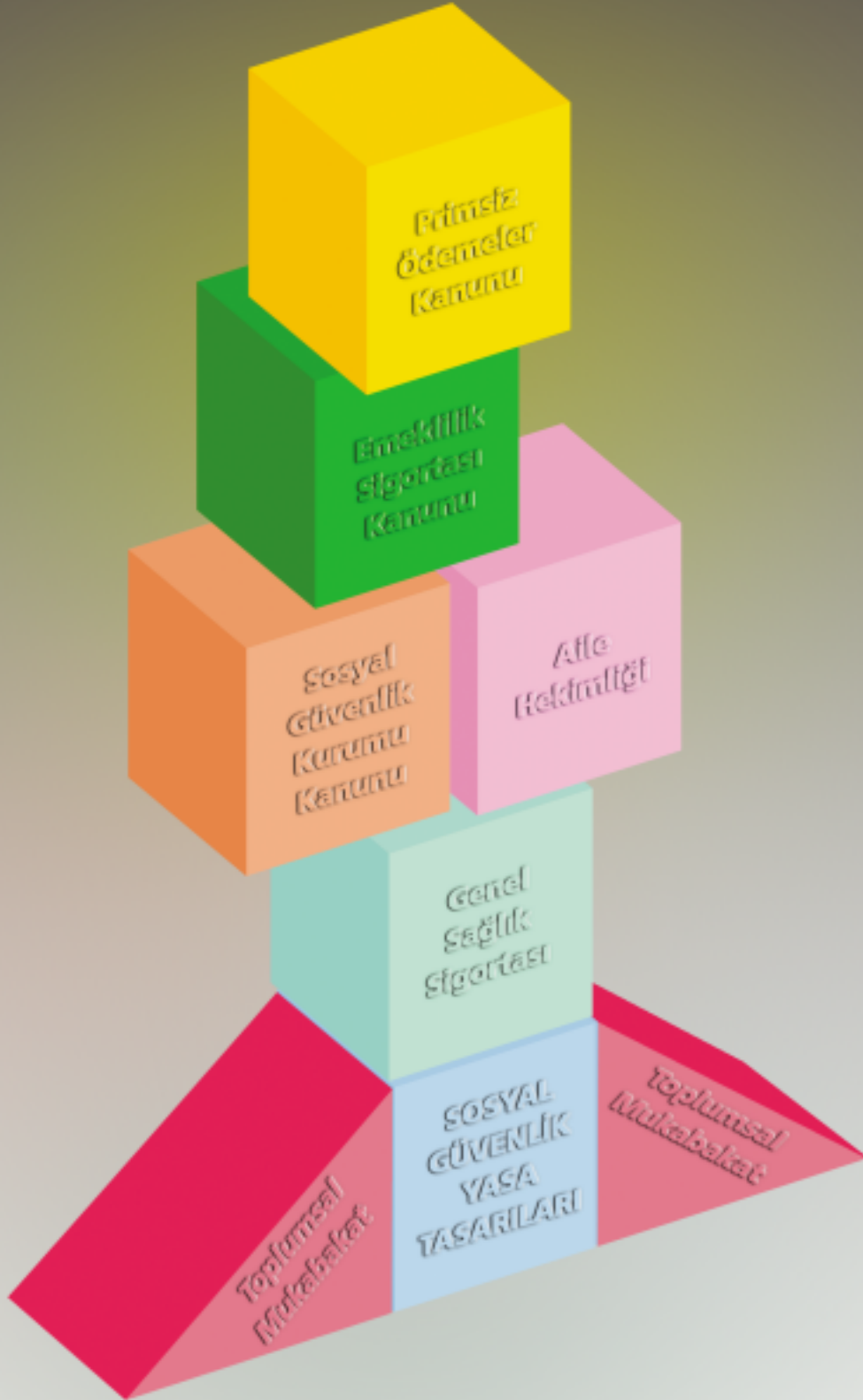


# T D B D

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi • Sayı 86 Subat/Mart 2005



**Toplumsal mutabakat olmadan  
değişim başarılı olamaz**



## SSK hastanelerinin devri

TBMM'de kabul edilen yasa ile SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devri birçok tartışmayı da beraberinde getirdi. Toplumsal mutabakat sağlanmadan yasanın yürürlüğe girmesi, işçi ve işveren örgütleri ile çeşitli meslek örgütlerinin şiddetli muhalefeti ile karşılaştı.



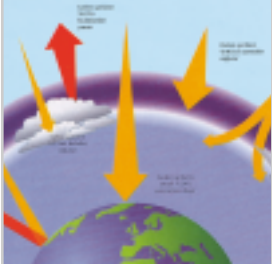
## 'Yeni İşgalleri duddurabiliriz'

Küresel Barış ve Adalet Koalisyonu (BAK) ABD ve müttefiklerinin Irak'ı işgalinin ikinci yıldönümü olan 19 Mart günü protesto etkinlikleri düzenliyor. BAK'a destek veren gazeteci Mete Çubukçu'yu ABD tehditine karşı bir aydın grubuyla birlikte destek ziyaretinde bulunacakları Suriye'ye gitmeden önce yakaladık.



## Jenerik ilaç gerçeği

İlaçta veri imtiyazının yürürlüğe girmesinin yerli ilaç sanayiine ve halk sağlığına etkileri üzerine İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yönetim Kurulu Başkanı Bülent Eczacıbaşı ve Türk Eczacıları Birliği Genel Başkanı Mehmet Domaç'ın görüşlerini aldık.



## Kyoto Protokolü yürürlüğe girdi

Küresel ısınmaya yol açan sera etkisinin önlenmesi amacıyla oluşturulan ve sanayi üretiminde temiz enerji kaynakları kullanılması amacıyla ortaya konulan 'Kyoto Protokolü' 16 Şubat 2005'te yürürlüğe girdi. Türkiye, Kyoto Protokolü'ne taraf olmadığı için herhangi bir indirim taahhüdünde bulunmadı.



## 'Koruyucu dişhekimliği öne çıkacak'

2,5-5 yaş arasındaki çocuklarda çürük risk testleri üzerine yaptığı çalışmayla geçtiğimiz Ekim ayında Alman Çocuk Dişhekimleri Birliği'nin ödülünü kazanan Türkiye kökenli Alman dişhekimisi Ertan Erdoğan geleceğin koruyucu dişhekimliğinde olduğunu belirtiyor.



## 'Amacım sosyolojik bir tez sunmak değil'

Yavuz Turgul'un yönettiği Gönül Yarası, her ne kadar izleyenleri ne kadar ağlattığıyla gündeme gelse de bir melodram değil. Türkiye'de toplumun yaşadığı çözümlenme karşısında değerlerini korumaya çalışan Nazım Öğretmen'in merkezinde olduğu hikaye, bir trajedi.

- Sahibi TDB Yönetim Kurulu Adına Genel Başkan **Celal Korkut Yıldırım**
- Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Genel Sekreter **Murat Ersoy**
- TDB Yayın Kurulu Sorumlusu **Tarik İşmen**
- Genel Yayın Yönetmeni **Tatyos Bebek**
- TDBD Bilimsel Danışma Kurulu TDB Eğitim Komisyonu'dur Yayın Türü: Yaygın süreli yayın
- Editör **Hakan Sürmen**
- Görsel Yönetmen **Şeref Kartal**
- Reklam için başvuru Tel: (212) 327 84 41 (pbx) Fax: (212) 327 84 43
- Ofset Hazırlık **Repronet**
- Basım yeri **Tor Ofset** İmam Çeşme Cad. 26/2 Ayazağa Şişli, İstanbul Basım tarihi **Mart 2005**
- Editoryal 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 .....	13
AKTİF DİŞ TİCARET.....	53
BASMACI DİŞ DEPOSU .....	29
BENLİOĞLU .....	69
BRAUN .....	05
CAN MEDİKAL .....	55-57-59
COLGATE .....	Ön kapak içi
DENTORAL .....	06
DENTOSAN .....	26-27
FARKO DENTAL .....	03
GÜNEY DİŞ .....	61
GÜNEY DİŞ TİCARET .....	35-86
GÜLOĞUZ DİŞ DEPOSU .....	16-17
HAMLE DENTAL .....	43-51
İPANA .....	Arka kapak içi
LİDER DİŞ .....	46-47
MANNAS DİŞ DEPOSU .....	65
MEDDENT .....	21
ORAL B .....	04
RF SYSTEM .....	75
SIGNAL .....	Arka kapak
SENSODYNE .....	37
TEKMİL .....	41
TOROS DENTAL .....	07
UNİMED .....	19
VOCO .....	32



**Celal K. Yıldırım**  
TDB Genel Başkanı

# Hükümet iş kazalarına devam (e)diyor

**Ü**lkemizin gündemi her zaman olduğu gibi yoğun ve sıcak. Bir yandan AB süreciyle ilgili yapılması gereken hazırlıklar, diğer yandan komşu ülkelere yönelik ABD'nin bitmez tükenmez tehditleri ve IMF ile yapılacak yeni anlaşma. Ve sürekli olarak aba altından sopa gösterme söylemleri.

Bu durumları nasıl gelindiği çok yazıldı, söylendi ve çizildi. Nasıl çıkacağına yönelik de herkes kendi duruş açısına ve beklentilerine göre değerlendirmeler yaptı. Kimilerine göre ülkemiz iyi yönde gidiyor, kimilerine göre de giderek durum daha da kötüleşiyor.

Bu süreçte TDB ve dişhekimleri odaları olarak birlikte oluşturduğumuz politik duruşumuza göre yolumuza devam etmeye çalışıyoruz. Politikalarımızı başkaları üzerinden tanımlama yanlısına düşmeden yani değerlendirmelerimizi başkalarının söylemine göre değil kendi belirlediğimiz ilkeler çerçevesinde yaparak gündeme müdahil olmaya çalışıyoruz.

Sağlık alanında gündemin en sıcak konusu SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ve uygulamada yaşananlar oldu. Yıllardır savunduğumuz ve halen geçerliliğini ve doğruluğunu koruyan sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi anlayışı çerçevesinde SSK hastanelerinin devredilmesini doğru bulduk ve destekledik

Bu düzenlemenin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi

olduğu yönündeki eleştirileri haklı bulmadık. Niyete göre siyaset oluşturmanın doğru olmadığını söyledik. Söylemlerimizin insanlar tarafından kabul edilebilmesinin yolunun doğru yerde ve doğru zamanda tavır koyabilme becerisinde olduğunun ifade ettik.

Hükümet; sorunun tarafları ile mutabakata varmak için gerekli çabayı yeterince göstermeyerek ve uygulama ile ilgili gerekli hazırlık yapmayarak bir kez daha 'hızlı uygulama kazası' yapmıştır.

Hangi iktidar olursa olsun mutlaka değişimlere karşı duran kesimler olacaktır. Değişim yönünde atılan adımlara direnecek kesimlerin başında bürokrasideki değişim karşıtları gelmektedir. İktidarlar, olumlu adımlarında oluşacak bu direngenliği aşmada toplumun dinamik güçleri olan meslek odalarından destek alabilecekleri gibi olumsuz adımlarında da karşılarında yine meslek odalarını bulacaklarını bilmeliler.

Barış istiyorsan adalet ekeceksin, huzur istiyorsan paylaşım ekeceksin, değişim istiyorsan katılımçılık ekeceksin. Aksi halde hızlandırılmış kazalara bir yenisini eklersin.

TDB olumlu ve yapıcı muhalefetini hangi iktidar olursa olsun sürdürmeye devam edecektir. İktidarların ülke için yaptıkları her olumlu işi destekleyecek, yaptıkları her yanlışa ise kendi doğrularımız ve ilkelerimiz çerçevesinde karşı çıkmaya devam edeceğiz.



9. dönem TDB organlarında yer alan meslektaşlarımıza 12 Ocak 2005 günü emekleri için teşekkür plaketteği sunuldu.

## TDB Merkez Denetleme ve Yüksek Disiplin Kurulları görev dağılımını yaptı

10. Olağan Genel Kurul'da TDB organlarına seçilen meslektaşlarımız 12 Ocak 2005 günü Ankara'da biraraya gelerek görev dağılımını yaptılar:

### Merkez Denetleme Kurulu

Dr. Levent Özses	Başkan
Biröl Karaibiş	Raportör
Bölent Öztürk	Üye
Cengiz Tamtunali	Üye
Nurettin Ayebe	Üye

### Yüksek Disiplin Kurulu

Ahmet Ataç	Başkan
Aydın Demirer	Raportör
Mustafa Kıyak	Üye
Hüseyin Onur	Üye
Prof.Dr. Turgay Seçkin	Üye
Gökhan Bağcılar	Üye
Süleyman Taşkazan	Üye
Erdoğan Ergün	Üye

## KDV, dişhekimliğinde de % 8

Sağlık alanında çeşitli mal ve hizmetlerdeki KDV'nin % 8'e düşürülmesiyle ilgili Bakanlar Kurulu kararının ardından dişhekimliği alanında hangi hizmetlerin bu indirim tabi olduğu açıklığa kavuşmamıştı. Türk Dişhekimleri Birliği, konuyu Maliye Bakanlığı Gelirler Genel Müdürlüğüne bir yazıyla sorarak % 8 KDV'nin uygulanacağı mal ve hizmetlere açıklık getirdi.

Bilindiği üzere, 29 Aralık 2004 tarih ve 25685 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 2004/8301 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla 2005 yılından itibaren, yaygın olarak tüketilen gıda maddeleri ile sağlık, eğitim ile ilgili mal ve hizmetlerdeki KDV oranı, %18'den %8'e indirildi. Sağlık alanında kullanılan ve katma değer vergisi indirilen mal ve hizmetler anılan kararnamenin 3.maddesinin 9., 12., ve 13. bendlerinde sayılmıştır. Madde 3'ün 9., 12., ve 13. bendlerinde sayılan mal ve hizmetlerin listesi aşağıdadır.

9. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılan veya ithaline izin verilen beşeri tıbbi ürünler,

12. İlgili Bakanlıklar tarafından ya da kanunlarla izin verilen gerçek ve tüzel kişiler tarafından yerine getirilen insan veya hayvan sağlığına yönelik koruyucu hekimlik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri (hayvan ırkının ıslahına yönelik hizmetler dahil), ambulans hizmetleri,

13. Tıbbi cihazlar (Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tıbbi Cihaz Yönetmeliği", "Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği" ile "Vücut Dışında Kullanılan Tıbbi Tam Cihazları Yönetmeliği" kapsamında tanımları verilen ve doğrudan sağlık hizmetleri ile veterinerlikte kullanılan cihazlar, bunların aksam ve parçaları) ile bunların kiralanması hizmetleri,

Bu durum üzerine, Türk Dişhekimleri Birliği, dişhekimliği hizmetlerinde mevcut %18 KDV oranının hangi hizmetlerde ve cihazlarda %8'e indirileceği konusunun açıklığa kavuşması için 03.01.2005 tarihinde yazdığı yazıya Maliye Bakanlığı Gelirler Genel Müdürlüğü gönderdiği cevapta; "veneer kron, iskelet döküm, protez vb. işçilik ücretleri'nin 12. sıra, "veneer kron, iskelet döküm, protez, amalgam dolgu, siman dolgu, ölçü maddeleri, solüsyonlar, diğer dolgu maddeleri, davye, ayna sond, frezler, diş ünitesi, sterilizatör, amalgamatör ve ışınlı dolgu cihazının 13. sıra kapsamında değerlendirilerek %8 oranında Katma Değer Vergisine tabi tutulması gerektiğini belirtti.

# 2005 Mali Yılı

## Bütçe Uygulama Talimatı yayımlandı

Kamu personeli ve emeklileri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavi ücretleri ve tedavi yardımlarına ilişkin işlemlerde kurumlararası uygulama birliğini sağlamak amacıyla hazırlanan 2005 Bütçe Uygulama Talimatı yayımlandı.

**2005** Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın Diş Tedavilerini kapsayan maddelerinden bazı önemli bölümleri şöyle sıralayabiliriz.

### Diş Tedavileri

Resmi sağlık kurumunda veya personelin bağlı olduğu kurum bünyesinde kurulan diş protez ünitesindeki tedavi sırasında yapılmadığının belgelendirilmesi ve tedaviyi yapan sağlık kurumunun faturasında yer almaması şartıyla, resmi sağlık kurumlarından ilgili yasal mevzuat hükümlerine dayanılarak başhekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılan tek parça döküm kron için (malzeme dahil) 10.16 YTL, alt-üst çene iskelet dökümü için (malzeme dahil) 42.37 YTL döküm işçilik ücreti ödenecek, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından karşılanacaktır.

Serbest diş tabipliklerinde yaptırılan tedaviler için ayrıca döküm işçilik ücreti ödenmeyecektir.

### Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Diş Tedavisi

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 kuruluşlarına doğrudan yapılan başvurular da tedavi gideri ödenmez.(5.2.1.)

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 sağlık kurumlarına sevk edilmeleri gerekmektedir. Ancak, diş tedavisi sırasında karşılaşılan güçlükler dikkate alınarak Devlet memurları ve bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin, doğacak fiyat farkını kendilerinin ödemesi kaydıyla, kendilerinin talepleri üzerine serbest diş tabipliklerine, aşağıda belirtilen esaslara göre sevkleri yapılabilecektir(5.2.2.)

### Bütçe Uygulama Talimatının Ek: 7 sayılı listesinde yer alan bazı diş tedavilerinin fiyatları;

Diş çekimi	13,52.-YTL
Amalgam dolgu (bir yüzlü)	16,78.-YTL
Tam protez (akrilik) (tek çene)	139,83.-YTL
Tam protez (metal kaideli-tek çene)	139,83.-YTL
Veneer kron (akrilik)	34,96.-YTL
Veneer kron (seramik)	55,08.-YTL

Devlet memurları ve bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin, doğacak fiyat farkını kendilerinin ödemesi kaydıyla, kendilerinin talepleri üzerine serbest diş tabipliklerine, aşağıda belirtilen esaslara göre sevkleri yapılabilecektir(5.2.2.)

Diş tedavisi için sevk edildiği resmi sağlık kurumunda herhangi bir sebeple tedaviye 90 gün içinde başlanamayacağına ilişkin ilgili diş tabibi 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 diş tabibi 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 grubundaki çocukların 6 ve 12 yaş dişlerinin tedavileri için (münhasıran kanal ve dolgular) 90 günlük süre kaydı aranmaz. Tedavi sağlandıktan sonra sevk kağıdında belirtilen tedavinin yapıldığının, kurumun diş tabibi veya sevki yapan resmi

kurumdaki diş tabiplerince onaylanması zorunludur.(5.2.3.)

Resmi sağlık kurumu bünyesinde dişhekimisi bulunmayan ilçelerde serbest diş hekimisi bulunması halinde, resmi sağlık kurumu başhekimisi tarafından serbest diş tabipliklerine sevk yapılabilir. Bu şekilde sağlanan tedavilerde, sevk kağıdında ve serbest meslek makbuzunda belirtilen tedavinin usulüne uygun yapıldığının ilçenin bağlı olduğu bölge dişhekimleri odasının temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Ancak, özel kurumlarda tedaviyi yapan diş tabibinin oda temsilcisi olması halinde, onaylama işlemi en yakın yerdeki oda temsilcisi tarafından yapılacaktır.( 5.2.4.)

Hastaların doğacak fiyat farklarını kendilerinin ödeyeceğini beyan ederek yapılan sevkler üzerine, yukarıda (5.2.3.) ve (5.2.4.) numaralı bentlerde belirlenen usullere uygun olarak serbest diş tabipliklerinde veya özel sağlık kurumlarında yaptırılan teşhis, tedavi veya proteze ilişkin giderlerden (EK-7) sayılı listede yer alan diş tedavileri fiyat tarifesindeki kadarı karşılanacak, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından ödenecektir.(5.2.5.)

TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulurken dişhekimlerinin emeklerinin çok düşük bedellerle satın alınmasının ya da sistemi uzun vadede zorlayacak bedeller belirlenmesinin sistemin sağlıklı yürümesini engelleyeceğini ifade ediyor:



## ‘Sürdürülebilir ve dişhekimlerinin emeğinin karşılığını veren bir sistem kurulması gerekiyor’

### TDB'nin önümüzdeki dönemine ilişkin projelerini özetleyebilir misiniz?

Bu hedefleri ifade etmeden önce şunu söyleyeyim, bizim hedeflerimiz bizim dışımızdaki bir sürü faktöre bağlı. Örneğin, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile ilgili bir takım kararlar alıyoruz. Bunları uygulayabilmek sadece bizim irademize bağlı değil. Asıl belirleyici olan siyasi otorite; sağlıkta insan gücünün planlamasında hem siyasi otorite, hem YÖK. Herkes için geçerli olan bu durum, bizim için daha fazla geçerli. Kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerimiz var. Kısa vadede örneğin; kendi irademizle yapabileceğimiz bir takım düzenlemeler söz konusu. Bunlardan bir tanesi, toplu çalışma birimlerinin gerçekleştirilmesi hedefiydi. Buna yönelik bir düzenleme yapıldı. Artık bundan sonra bu düzenlemenin pratikte karşılığını bulabilmesi için dişhekimlerini kanalize etmek lazım.

### TDB neden böyle bir yönlendirmede bulunuyor?

Dünyada hem meslek içi, hem meslek dışı sermaye gruplarının büyük sağlık kuruluşları açma girişimleri var. Muayenehanecilik yapan dişhekimlerinin bu sürece karşı ayakta durabilmeleri çok zor. Yapılması gereken tek bir şey var; hizmetin kalitesini düşürmeden işgüçlerini bir merkezde toplayıp bu sü-

rece karşı kendi emeklerini korumak. Türkiye’de de benzer birtakım girişimler söz konusu. Tıp alanındaki reklamlara baktığımız zaman parasal gücü olan sermaye gruplarının sağlık alanında haksız rekabet yaratma girişimleri söz konusu. Buna karşı iki türlü ayakta durabilirsiniz. Bir; bu işin hukuk normlarını koyarak bu işe karşı gerekli önlemleri alabilirsiniz ama bu yeterli değil. İki; bireysel çalışan meslektaşlarımızın kendi emeklerini kolektif bir şekilde sunabilme mekanizmalarını, ortamlarını yaratmaları gerekli. Biz bu gelişmeyi yıllar öncesinde görmüş ve genel kurulumuzda karar almıştık. Buna yönelik girişimlerimiz söz konusu.

### Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasına karşı girişimler sürüyor mu?

Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ ve Milli Eğitim Bakanı Müsteşarı ile yaptığımız görüşmede olumlu bir sonuç alamadık. Sayın Bakan dişhekimliği fakültelerinin açılmasının gerekli olduğunu söylüyor. Türkiye’nin daha çok dişhekimine ihtiyacı olduğunu düşünüyor. Sayısal olarak baktığımızda, Avrupa ülkeleriyle karşılaştırıldığı zaman bu yaklaşım doğru görünüyor ama hizmetin kullanılması açısından bakıldığı zaman bu yaklaşım yanlış ve tehlikeli bir yaklaşım. Bugün dişhekimliği hizmetlerini sunan meslektaşlarımızın yaşamlarına,

kazançlarına bakıldığı zaman hiç de hoş olmayan bir durumla karşı karşıyayız. Bunun önüne geçmemiz gerekir. Daha fazla işsiz dişhekiminin ortaya çıkması sermaye sahipleri için ucuz işgücü anlamına gelir. Ayrıca bunun ülkenin ve halkımızın sınırlı kaynaklarının heba edilmesi anlamına da geldiğini görmek lazım. Dişhekimliği fakültesi açmanın, dişhekimliği öğrencisini mezun etmenin bir bedeli var. İnsanlar bu hizmeti kullanamıyorlarsa, o zaman yapılan yatırım yanlış. Gelişmiş ülkelerde özellikle sağlık hizmetlerinde hizmet sunum ve finansmanı belli bir planlama çerçevesinde yapılır ama Türkiye’de böyle bir zihniyet yok. Günü kurtarmaya yönelik, ‘göç yolda düzelir’ mantığıyla yaklaşıyor.

### Başbakan da geçtiğimiz günlerde bu yıl içerisinde 15-20 yeni üniversite açacaklarından bahsetti...

Yeni dişhekimliği fakültesi ya da üniversite açmak bu ülkenin sorunlarını çözüyor. Binlerce öğrenciyi üniversitelerden mezun edebilirsiniz ama bu insanlara iş olanağı yaratmıyorsanız hiçbir anlam ifade etmez. Bir televizyon kanalında bir annenin feryadı vardı. Ben çocuğumu üniversiteye göndermek için milyarlarca harcama yaptım ve benim oğlum işsiz diyor. Niye bu harcamayı yapıyorsunuz o zaman bu insanlara.

O insanların kısa zamanda iş edinebilecekleri olanakları yaratmak lazım. Bu da gelişmiş ülkelerde yapıldığı gibi ara insan gücüdür, meslek liseleridir. Buna yönelmek lazım.

**SSK hastanelerinin devrinin ardından ciddi sıkıntılar yaşandı, bunu neye bağlıyorsunuz?**

Siyaset yapma anlayışı Türkiye’de muhafazakarında da, liberalinde de, sosyal demokratında da ne yazık ki aynı. Bu siyaset yapma anlayışı değişmediği sürece bu hükümetin de bir şey yapma olanağı yok. En son SSK hastaneleriyle ilgili bir düzenleme yapıldı. Biz TDB olarak sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi konusundaki düşüncelerimizi kamuoyuyla paylaştık. SSK hastanelerinin 19 Şubat itibarıyla Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi işlemi başladı ve arkasından bir kaos geldi. İktidar bu işin sosyal taraflarını sürece yeterince katmak için çaba göstermedi, eksiklerden bir tanesi bu. İkincisi, eğer toplumun büyük bir kesimini ilgilendiren çok ciddi bir değişiklik yapılıyorsa bu değişikliği adım adım yapmak gerekir. Önce bir pilot uygulama yaparsın. Pilot uygulamada eksiklikleri ve yanlışlıkları görürsün, adım adım bu değişikliği ülkeye yayarsın. Gerekli hazırlığı yapmadan, bununla ilgili altyapıyı iyi oluşturmadan, teknolojik düzenlemeleri yapmadan, olası sorunları görmeden kalkıyorsun bir işlem yapıyorsun ondan sonra binlerce insan mağdur oluyor. Bu şunu gösteriyor; Türkiye’de siyaset yapma anlayışı bu hükümette de değişmemiş. Bu zihniyetin değişmesi lazım.

**Orta ve uzun vadeli projelerden bahseder misiniz?**

Türkiye’deki kongre ve fuar organizasyonlarını daha verimli hale getirmek için çabalarımız var. Bu konuyla ilgili taraflardan biri olan DİŞSİAD ile hangi noktalarda işbirliği yapabileceğimize yönelik yıllardır görüşüyorduk. Geçtiğimiz ay içerisinde DİŞSİAD’ın kendi adına yaptığı fuar organizasyonu ile TDB’nin kendi kongresi içinde düzenlediği Expodental’i tek çatı altında birleştirmeye karar verdik. Bu süreç zorlu ve sancılı bir süreç oldu. Türkiye’de ortak iş yapma kültürü ne yazık ki yok. Herkes, birbiriyle iş ortaklığı yaparken bu işten benim kârım nedir diye bakıyor. Karşı tarafın bu işten yararı olup olmadığını hiç sorgulamıyor. Bu anlayış empatik bir anlayış değil.



**‘DİŞSİAD ile sözleşmemizi imzaladık. 2005 İstanbul kongresindeki Expodental fuarımızı DİŞSİAD’ın İdex Fuarı ile birlikte yapıyoruz.’**

**TDB’nin bu konudaki yaklaşımı nedir?**

TDB, ortak bir iş yaparken acaba karşı tarafa da yararı var mı diye bakıyor ve eğer karşı tarafa da yararı varsa bu işi gündeme getiriyor. Ne yazık ki sektör ağırlıklı olarak olaylara böyle bakmıyor. Ama sektörün içerisinde olaylara böyle bakan kişiler ve gruplar var. Şu anda bizim DİŞSİAD ile bu noktada birleşmemizi sağlayan da bu bakışa sahip olan insanların varlığı. Bu bakışın genel kabul görmesi ve içselleştirilmesi sürece bağlı.

**Bu iş ortaklığını çok önemsiyorsunuz anlamadığımız kadarıyla...**

Eğer bunu başarabilirsek kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlamış olacağız. Türkiye’de bir sürü kongre ve fuar gerçekleşiyor. Aslında hoş bir şey. Ama bu bir kaynak israfı oluyor. Bu kaybı ortadan kaldırmaya çalışıyoruz. İkincisi, biz kongrelerimizi ve fuarlarımızı uluslararasılaştırmaya çalışıyoruz. Bugüne kadar sözlü olarak ifade ettiği-

**‘SSK hastanelerinin Sağlık bakanlığına devrinde olduğu gibi gerekli hazırlığı yapmadan, bununla ilgili altyapıyı iyi oluşturmadan, teknolojik düzenlemeleri yapmadan, olası sorunları görmeden kalkıyorsun bir işlem yapıyorsun ondan sonra binlerce insan mağdur oluyor. Bu şunu gösteriyor; Türkiye’de siyaset yapma anlayışı bu hükümette de değişmemiş. Bu zihniyetin değişmesi lazım.’**

miz bu hedefi ne yazık ki pratik olarak gerçekleştirmede başarılı olmadık. Türkiye’yi bölgenin dışhekimliğiyle ilgili bir bilim ve teknoloji merkezine dönüştürme potansiyelimiz var. Eğer iyi organize olabilirsek bunu başarabiliriz. Gücümüzü birleştirmenin anlamı da bu noktada kendisini gösteriyor. Ortak iş yapma kültürüne ihtiyacı var bu ülkenin. Bu ihtiyaç her alanda var. Bu ortak iş yapma kültürü yerleşirse Türkiye kendini çok hızlı bir şekilde aşabilir. Bu, çok ciddi bir sinerjik etki yaratabilir. TDB ve Odalarımız bu konuda çok duyarlı. Dilerim bu duyarlılık sektörde de kendisini gösterir.

**Şu anda deklare edebileceğiniz bir gelişme var mı?**

DİŞSİAD ile sözleşmemizi imzaladık. 2005 İstanbul kongresindeki Expodental fuarımızı DİŞSİAD’ın İdex Fuarı ile birlikte yapıyoruz. Tek fuar oluyor. Son durum bu. Biz kongrelerimizi Anadolu’nun değişik illerinde de yapmayı düşünüyoruz. İstanbul’daki kongrelerimizi adına uygun bir uluslararası kongre olarak gerçekleştirmeyi planlıyoruz. TDB’nin kongrelerini tekli yıllarda İstanbul’da uluslararası bir kongre olarak gerçekleştirmeyi amaçladık. Diğer yıllarda ise Anadolu’daki illerde kongrelerimizi gerçekleştirmeyi düşünüyoruz. Bu kongrelerdeki fuarları da DİŞSİAD’la birlikte yapacağız.

**Dişhekimliğinde uzmanlık konusu ne durumda?**

Dişhekimliğinde uzmanlık dalları bizim hem uzun erimli hem de kısa erimli bir çalışmamız. Kısa erimli olmasının nedeni, 2002 yılında çıkan tüzüğün dişhekimliğini ilgilendiren birçok maddesi Danıştay tarafından iptal edilmesine rağmen Sağlık Bakanlığının hala bir düzenleme yapmamış olması. Bu durum tabela uygulaması da dahil olmak



**‘Biz sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine kesinlikle karşıyız. Ama sağlık hizmetlerinin özel sunumuyla sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin karıştırılmaması gerekir.’**

üzere birçok sıkıntı yaratıyor. AB sürecine uyum çalışmaları ve insan gücü planlaması bu konunun sürekli gündemde olmasını gerekli kılıyor. Uzun erimli olmasının nedeni de bu. Konu ile ilgili oluşturulan Dişhekimliğinde Uzmanlık Kurulu çalışmasını sürdürüyor.

**SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinde farklı bir tavır koydunuz. TDB'nin bu konudaki tavrını özetleyebilir misiniz?**

Dişhekimleri 1986 yılında Türk Tabipleri Birliği'nden ayrılarak ayrı bir meslek kuruluşuna sahip oldular. 1986'dan günümüze kadar sağlık alanındaki tüm düzenlemeler konusunda Türk Tabipleri Birliği ve diğer sağlık meslek kuruluşlarıyla tartışarak, görüşerek ortak politikalar zemininde birlikte hareket ettik. Bu ortak politikalardan biri de sağlık hizmetlerinin tek elde toplanmasıydı. TDB sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması konusundaki görüşünü tartışma süreciyle birlikte 22 Kasım Ağız Diş Sağlığı Haftası'nda yaptığı basın açıklamasıyla ifade etti. SSK hastanelerinin devrine karşı çıkan kuruluşlar, bunun amacı özelleştirme dediler. Biz de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine kesinlikle karşıyız. Ama sağlık hizmetlerinin özel sunumuyla sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin karıştırılmaması gerekir. Sağlık hizmetlerinin kamu tarafından özel sağlık kuruluşlarından satın alınmasına yönelik bir düzenleme TDB evet diyor.

**Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi konusundaki görüşünüz nedir?**

Sağlık hizmetlerinin il özel idarelerine devredilmesinin arkasından özelleştirme gündeme gelirse ona karşı çıkmak lazım. Birilerinin niyetine göre politika oluşturmak doğru değil. Öte yandan dünyanın hiçbir ülkesinde devletin sağlık hizmetinden vazgeçmesi mümkün

değil. En liberal ülkelerde dahi sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına baktığınız zaman %50'den fazlası devletin elinde ve kontrolündedir. TDB devletin sağlık alanında hizmet sunumu ve finansmanından çıkmasını Türkiye'de hiç mümkün görmüyor ve doğru da bulmuyor.

**Döner sermaye uygulamasında da eleştirdiğiniz noktalar vardı. Bu konuda bir ilerleme sağlandı mı?**

Biz ilkesel olarak bu uygulamanın doğru olduğuna inanıyoruz. Ama yapılan uygulama biçimini doğrulamıyoruz, olumlamıyoruz. Bu konuyla ilgili nelerin yanlış yapıldığını ve nasıl yanlış yapıldığını Sağlık Bakanlığı yetkililerine anlattık. Aynı hizmeti veren dişhekimleri farklı kurumda çalıştıkları için döner sermayeden farklı pay alıyorsa, bu kabul edilebilir bir uygulama değil. Ya da bir dişhekimini aynı kurumda çalıştığı hemşirelerden ve teknik elemandan daha düşük döner sermaye payı alıyorsa bu kabul edilebilir bir uygulama değil. Burada yaratılan değer nasıl paylaşılacağı, dağıtılacağı konusunda orada çalışanlar söz ve karar hakkına sahip değilse bu sistemi kabullenmek doğru değil. Bütün bu yanlışlıkları ifade ettik. Ayrıca bu uygulama sonucunda tıbbi müdahalelerin kalitesinin düşeceği konusunda da uyarılarımız oldu. Bunun için gerekli standartların kurulmasını ifade ettik. Bir dişhekiminin yapabileceği işlem sayısı ile ilgili sınırlandırmaların getirilmesinin, yapılan işlemlerin kontrol edilmesinin gerekliliğini söyledik. Bunların hiçbirisi yapılmıyor, siyasi iktidar yangından mal kaçırır gibi birtakım düzenlemeler yapıyor. Sanki buradaki sorun sağlık çalışanlarının daha çok para almasıydı. Sorun sadece bu değil. Bu, sorunlardan bir tanesiydi. Bunu düzeltirken oradaki tıbbi uygulamaları altüst ediyorsanız, etik işleyişi altüst ediyorsanız, kurumda çalışanlar arasındaki ayrışma-

yı körüklüyorsanız uygulamada yanlışın var demektir.

**Aile hekimliğiyle ilgili pilot uygulama yasası meclisten geçti. Dişhekimliği hizmetleri de kapsam içinde yer aldı. Uygulama konusunda iyimser misiniz?**

Aile hekimliği pilot uygulaması yasası meclisten çıktı ama fiili olarak Düzce ilinde uygulaması henüz başlamadı. Dişhekimliği hizmetlerinin pilot uygulamada yer alması öngörüldü. Sağlık Bakanlığı konuyla ilgili yönetmelik çalışmasını başlatmış durumda. Dişhekimliği hizmetlerinin pilot bölgede nasıl olacağı konusunda ilgili alternatifli bir çalışma söz konusu. Örneğin, 0-18 yaş grubunun şu şu hizmetleri alması durumunda bu işlerin maliyeti ne olacak; yaş grubu ayırımı yapmadan, tedavi türlerinde ayırım yapmadan hizmet sunumu yapıldığı zaman ne olacak şeklinde bir pilot uygulama yapılacak.

**Uygulama konusunda sizin öneriniz nedir?**

TDB, Oda başkanlarıyla yaptığı toplantıda bazı ilkesel kararlar aldı. Bunlardan biri öncelikli grupların belirlenmesi. Örneğin 0-20 yaş grubuna, hamilelere, sistemik hastalığı olanlara öncelik tanınması gerekiyor. Buna ek olarak öncelikli tedaviler olması lazım dedik. Diş ve dişeti hastalıkları önlenemez hastalıklar grubu içerisinde. Eğer tüm toplumsal kesimlere hizmet verme olanağımız şu veya bu nedenden dolayı yoksa o zaman öncelikli tedavilere ağırlık vermemiz lazım. Koruyucu uygulamaları içeren, tedavi edildiği zaman maliyeti düşük olan, edilmediği zaman maliyeti yüksek olan hastalıklara öncelik vermemiz lazım. Bir diğer kararımız şu; sağlık hizmetlerinde öyle bir düzenleme yapmamız lazım ki bu düzenleme kişilere de sorumluluk versin. Hizmeti kullanan kişiler de kendi sağlığını korumak üzere daha dikkatli, daha itinalı olsun. Bunun için de bir katkı payı olması kararına varıldı. Katkı payının başka bir nedeni de hizmetin kullanımındaki suistimalleri azaltmak. Dişhekimlerinin hem kamuda hem de özelde çalışmaları konusunda da kamuda çalışan meslektaşlarımızın sosyoekonomik koşullarının düzeltilerek geçişli bir süreçle tek çalışma alanında yer almaları şeklinde bir mutabakatımız var. Sürecin sonunda ya kamuda çalışacaklar ya özelde emeklerini değerlendirecekler.



## Sosyal güvenlik sistemine yönelik bir çok yeni düzenleme gündemde. Bunlarla ilgili görüşlerinizi alabilir miyiz?

Bu düzenlemeleri hükümet ilgili taraflarıyla paylaşıyor ama bu paylaşma süreci bizim istediğimiz gibi gerçekleşmiyor. Görüşler soruluyor ama o görüşlere gerekli değer verilmiyor. Sosyal güvenlik yasa tasarıları konusunda bir takım çekincelerimiz var. Öncelikle, yapıların idari ve mali özerkliği ifade edilmesine rağmen idari özerkliğin olmadığı, ağırlıklı olarak seçilmişlerden değil atanmışlardan yani siyasi iktidarın görevlendirdiği kişilerden oluşmuş olan yapılar ortaya çıkıyor. Bu yapıların siyasi otoritenin etkisi altında kalmasından dolayı eskisinden bir farkı olmayacağı yönündeki endişelerimizi yazılı ve sözlü olarak ilettik. Emeklilikle ilgili getirilen 9 bin işgünü gibi bir rakam Türkiye'nin gerçekleriyle örtüşmediği gibi insan haklarıyla da bağdaşmıyor.

Sistemin emeklilik ve sağlık ayağının parasal olarak ayrılması gerektiğine inanıyoruz. Ancak bu geçişin kademeli olarak yapılmasının daha teknik ve doğru olacağını düşünüyoruz: Önce varolan sosyal güvenlik kurumları kendi içlerinde birbirine benzer hale getirilmeli ve ondan sonra bunlar birleştirilmeli. Bunlar yapılmadan birden bire birleştirmenin yaratacağı sıkıntılar çok daha büyük bir karmaşaya dönüşebilir.

## Genel Sağlık Sigortası'nda dişhekimleri açısından temel kaygılarınız neler?

GSS'nin Türkiye'de uygulanabilir olduğunu düşünüyoruz. Bunun için siyasi iktidar kararının arkasında durmalı ve sosyal tarafları sürece katmalıdır. Çok mükemmel yasalar, yönetmelikler veya tüzükler çıkarılabilir. Eğer fiili anlamda bunları uygulamıyorsan, içselleştirmiyorsan ne kadar güzel mevzuat yaparsan yap onlar ölü doğmaya, başarısız olmaya mahkumdur.

GSS'nin yaratacağı bazı tehlikeler var. Bu tehlikelerden bir tanesi şudur; eğer sistem kendi içerisindeki maliyet-yarar fizibilitesini doğru dürüst yapmazsa sürdürülebilir olması mümkün değildir. İkincisi, hizmetin dışarıdan satın alınmasıyla birlikte talep ve dolayısıyla maliyetler artacaktır. Hizmete erişim konusunda bugüne kadar yaptığımız gözlemlerde hem özel sağlık kuruluşlarında hem resmi sağlık kuruluşlarında



**19 Şubat 2005'te yapılan Başkanlar Konseyi toplantısında TDB Yönetim Kurulu üyesi Tümay İmre, maliyet analizi çalışmalarını ışığında GSS'ye önerilmesi düşünülen ağız, diş sağlığı hizmetleri paketi içinde yer alması düşünülen kalemlerle ilgili çalışmalarını aktardı.**

ciddi suistimaller söz konusudur. Buna karşı çok ciddi yaptırımların getirilmesi lazım. Başka bir tehlike ise; devletin bu hizmetler karşılığında ödeyeceği bedelin ne olacağı konusunda sıkıntılar var. Bu tür uygulamalarda iki türlü sonuç vardır. Ya işlemler karşısında ödenen bedeller fazla olabilir, bunun sonucunda sistem kendisini sürdüremez ve bir takım hizmetleri kapsam dışı bırakabilir veya sistem kapsam içerisindeki işlemlere çok düşük bedeller ödeyebilir ve dişhekimleri emeklerini çok ucuza "satarlar".

Burada şuna dikkat çekmek istiyorum. Biz emeğimizin bedelinin ne olduğunu bilen bir meslek grubu değiliz. Türkiye'de birçok meslek grubu bilmiyor. Muayenehane işletmeciliğini bilmiyoruz. Sadece kendi emeği ile kazanan bir meslek grubu olduğumuz için emeğimizin bedelini birçok parametreyi dikkate alarak belirlemek durumundayız. Aylık kazancımızın on lira olabilmesi için bu tedavi işlemlerinin bedelinin kaç lira olması gerektiği konusunda dişhekimlerinin bilgisi yok.

TDB, buna yönelik yaklaşık üç yıldır süren çalışmasını sonuçlandırıyor. Bu çalışmada bir amalgam dolgunun, bir çekim ücretinin, bir protez ücretinin ve diğer tedavilerin ne olacağı artık önümüzde, rakamlar belli. Eğer GSS bu rakamların altında bir bedel belirlerse dişhekimlerinin emeği sömürülecek demektir. Eğer bu rakamların üzerinde bir bedel ortaya çıkarsa bu sistem sürdürülebilir demektir. Bunun kabul edilebilir, sürdürülebilir ve emeğin değerini de koruyabilir olması açısından bizim önerdiğimiz rakamların devlet tarafından kabul edilmesi ve bizim önerdiğimiz rakamların altında meslektaşlarımızın herhangi bir şekilde GSS ile sözleşme yapmaması gerekiyor. Bu sü-

reç çok önemli ve iki tarafı keskin bir süreç. Bu süreçte meslektaşlarımızın ayakta kalabilmelerinin tek bir yolu var: Odalarının ve TDB'nin yanında yer almaları. Aksi halde ya mesleğin saygınlığına çok ciddi bir zarar gelecektir ya da tüm hizmetlerin kalitesi düşecektir ve dişhekiminin emeği ucuza satılacaktır.

## Başka bir kaygınız var mı?

Başka bir tehlike ise dişhekimlerinin, sermaye gruplarının yanında işgüçlerini satan bir duruma düşmeleri olabilir. Bu nedenle insangücü planlaması ve coğrafi dağılımı sağlayan bir yasal düzenlemenin ivedilikle hazırlanması gerekir.

## TDB'nin gündemi çok yoğun gözüküyor...

Evet. Türkiye'nin gündemi gibi bizim gündemimiz de yoğun. Bu yoğunluğun iki yanı var. Biri varolan olumsuzlukları gidermek, ikincisi varolanı korumak. Biri pozitif iş, diğeri ise negatif iş. Pozitif işe örnek vereyim. Diş teknisyenleriyle ilgili bir karmaşa vardı. TBMM'deki dişhekimliği meslektaşlarımızın ilgisi ve desteğiyle çözümlendi. Aile hekimliği yasasına dişhekimliğiyle ilgili bir düzenleme kondu. Bu çabalar insanı motive eden pozitif enerji veren bir durum. Negatif işler ise örneğin şirketleşen muayenehanelere yönelik yaptırım uygulanıyor. Reklam, tanıtım ve bilgilendirmeye yönelik yönetmelik hazırlanıyor. Her iki çalışma da varolan durumu düzelten değil, daha da olumsuzlaştıran çalışmalar ve bu durum doğal olarak demotive edici bir durum. Bizler enerjimizin %50-70'ini varolanı korumak için harcıyoruz ve bir yandan da bu gündemlerde boğulmadan pozitif iş üretme çabalarımızı sürdürmeye çalışıyoruz.



20-25 Haziran 2005 tarihlerinde İstanbul Dişhekimleri Odası'nın organizasyonu ile İstanbul'da gerçekleşecek olan TDB 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi için hazırlıklar hızlanırken İDO Başkanı Rifat Yüzbaşıoğlu'dan hazırlıklara ilişkin bilgi aldık:

## 'Hedefimiz önceki kongreleri aşmak'

### Bu yılki kongre çalışmalarına ilgili genel bir bilgi alabilir miyiz?

TDB Kongrelerinde organizasyon komitelerinin önlerine koyduğu başlıca görev, bir öncekini aşmaktır. Bu zor ve riskli görevi başarmış olduğumuzun en büyük kanıtı, her defasında daha çok meslektaşımızın kongrelerimize katılmış olmasıdır. Başlıca kaygımız bilim ve teknolojinin baş döndürücü hızına ayak uydurmak oluyor. Bu gelişme, sunum biçimlerine de hızla yansıyor. Değil 5-10 yıl, birkaç yıl öncenin sunum biçimleri bile yeterli gelmiyor. Görsel araçların gelişimi, büyük oranda pratiğe dayalı olan mesleğimiz için uygun olanaklar sunuyor. Her şeyin nasıl yapıldığı da konferans sırasında ekrana yansıyor. İstanbul 2005 tüm bu olanaklardan sonuna kadar yararlanıyor. Tabii ki kongre merkezimiz olan Lütfi Kırdar'ın ülkenin en gelişmiş ve gelişmeleri izleyen bir yapı olmasının bunda azımsanmayacak bir payı var.

Kongre hazırlıklarımızı geçen yıl tutmuş olduğumuz ayrı bir binada sürdürüyoruz. Bu kez organizasyon komitemiz işleri bizzat yürütmek yanında kontrol, takip ve karar mekanizması olmaya ağırlık veriyor. Çünkü rutin işleri bir firma yoluyla yürütüyoruz. Yani amatör ruhla profesyonel çalışmayı birleştiriyoruz. Sonuçlarını hep birlikte göreceğiz.

### Kongrenin bilimsel programının bir ana başlığı olacak mı?

Bu kez bir ana başlık saptamadık. Ama tüm sunumlar günümüz dişhekimliğinin önüne koyduğu temel konuları içeriyor.

Kongrede şu anda planlanan 31 oturum var. Aynı anda 4 salonda 7 yabancı, 47 yerli konuşmacı sunumlarını gerçekleştirecekler. Her kongremizde olduğu gibi dişhekimliğindeki son bilimsel gelişmeler, katılımcılara uygulamalarla birlikte sunulacak. Hedefimiz pratik ağırlıklı bir kongre gerçekleştirmek. Ama diğer yandan temel bilimlere de önem vermeyi sürdürüyoruz. Günümüzde iyi dişhekimliğinin temel tıp bilimlerini de iyice özümsemekten geçtiğini biliyoruz.

### Bu yılki kongreyi daha öncekilerden ayıracak bir farklılık var mı?

Geçmiş deneyimleri göz önüne alarak bazı değişiklikler planlıyoruz. Örneğin, bu yıl açılış seremonisini sabah saatlerine almayı düşünüyoruz. Bunun, tüm gün konferanslara koşturmaktan yorulmuş olan meslektaşlarımızı rahatlatacağını umuyoruz. Geçen yıl başlayan akıllı kart uygulaması bu yıl da daha da geliştirilerek sürdürülecek. Ayrıca salonlara, uluslararası standartlara uygunluk açısından, akıllı kürsüler koyacağız. Sosyal programımızda ise meslektaşlarımıza, belleklerinden kolay silinmeyecek bir İstanbul hatırası sunacağız.

### Expodental hazırlıklarıyla ilgili bilgi



### alabilir miyiz?

Şu anda hemen tüm fuar alanı dolmuş durumda. Üst kat yine özel standlara ayrıldı. Firmaların kendilerini, ürünlerini sergileme biçimleri de dişhekimliği teknolojisi ile birlikte gelişiyor.

Bu yılın bir özelliği, Expodental'i Dişsıad'ın İdex'i ile birlikte gerçekleştiriyor olmamız. Bu nedenle, bu yıl en büyük, en kapsamlı en zengin fuarı gerçekleştireceğimizi düşünüyoruz. Birleşmeyi, ortadoğunun en büyük dişhekimliği fuarını oluşturma yönünde de ileri bir adım olarak görüyoruz.



## TDB Başkanlar Konseyi Ankara'da toplandı

TDB Başkanlar Konseyi toplantısı 19 Şubat 2005 günü Ankara'da yapıldı. Toplantıda gündemdeki Genel Sağlık Sigortası sistemi ele alındı. Türk Dişhekimleri Birliği'nin GSS'ye sunacağı öneriler kapsamında dişhekimliği hizmetlerinin bilimsel verilerle maliyet analizi konusunda yapılan çalışma da sunuldu.

**T**oplantının gündemi, Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca hazırlanan; Emeklilik Sigortası Kanunu, Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Primsiz Ödemeler Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslakları hakkında TDB'nin görüşlerine son şeklini vermektir. Özellikle ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin GSS kapsamındaki yeri, gündemin ana konusudur.

Toplantının ilk bölümünde, Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç.Dr. Çetin Akar, dişhekimliği hizmetlerinin bilimsel verilerle maliyet analizi konusunda yaptığı çalışmayı sundu. Maliyet analizinde, bir dişhekimliği muayenehanesinin, ortalama standart kazancı için, dişhekimliği birim ücretlerinin neler olması gerektiğini çeşitli versiyonlarla anlattı. Çetin Akar, muayenehane maliyet analizi, iş, birim, zaman analizi, gelir, gider, vergi, maliyet, yüzdelikli kar hesaplamaları üzerine katılımcılara detaylı bilgiler vererek, muayenehanelerin asgari girdi, çıktı hesaplamalarını sundu.

Toplantının ikinci bölümünde; TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım, GSS çalışmaları hakkında açıklamalarda bulunarak, çalışmaların seyri ve gelinen nokta konusunda bilgi verdi. GSS içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerinin özelden sa-

tın alınması konusunda yapılan çalışmaları, görüşmeleri ve GSS kuruluna yapılan önerileri anlattı. TDB Yönetim Kurulu üyesi Tümay İmre, maliyet analizi çalışmaları ışığında GSS'ye önerilmesi düşünülen ağız, diş sağlığı hizmetleri paketi içinde yer alması düşünülen kalemlerle ilgili çalışmaları aktardı.

GSS önerisi konusunda TDB'nin yıllardan bu yana savunduğu öncelikli gruplar ve öncelikli tedavi kalemlerinin neler olması gerektiği, toplumun ihtiyaçlarıyla ilgili yapılan çalışmalar, dmf endeksi ve dişhekimliği hizmetleri için harcanan veya harcanması düşünülen genel giderler ışığında, pakette yer alması düşünülen, olmazsa olmaz, kalemlerle ilgili bilgi verdi.

Bazı Oda Başkanları ise, GSS'nin toplumun büyük bir bölümünde kabul görmediği ve toplumsal yararları konusunda ciddi kaygılarının bulunduğu, TDB'nin bu konudaki tavrının yanlış olduğu, GSS'nin ayrı, hizmetin özelden satın alınmasının ayrı konular olarak ele alınması ve GSS'ye bakışımızla ilgili yeniden düşünülmesi gerektiği konusunda görüş bildirdiler.

Bazı Oda Başkanları da performans uygulamasının, GSS'nin kötü bir provası olduğunu, bu uygulamanın, etik değerler açısından hekimleri olumsuz etkilediğini, söylediler.

Genel Başkan Celal Yıldırım, daha önce yapılan üç TDB Başkanlar Konseyi toplantısında, GSS ve hizmetin özelden satın alınması konusunda geniş bir mutabakat sağlandığını, çalışmaların bu görüşler doğrultusunda yapıldığını, yapılan çalışmalara, bireysel ve grupsal yararlar açısından değil, tüm toplumun çıkarına olup olmadığı, sürekliliği olup olmadığı açısından bakılması gerektiğini belirtti. Ayrıca, TDB'nin de, GSS ile ilgili çeşitli konularda kaygıları bulunduğu değindi. Ancak, tamamen çökmüş ve kişisel ilişkilerin ağır bastığı, varolan hakların kağıt üzerinde kaldığı bu sistem yerine, insanların, gerçek ihtiyaçlarını mevcut tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından alabileceği ve sağlıklı bir neslin yetişmesi için, öncelikli grupların ve öncelikli tedavi kalemlerinin GSS kapsamına alınması konularında da mutabakat bulunduğunu belirtti.

Toplantının üçüncü bölümünde TDB üye yazılım programı ile ilgili bilgi aktarımında bulunuldu.

Son bölümde ise, TDB'nin ambleminin değiştirilmesi konusu görüşüldü. Yeni amblem tasarımları Oda Başkanlarının görüşlerine sunuldu. Yeni tasarımlar içerisinde en fazla beğeni alan tasarımın üzerinde bazı değişiklikler yapılmasına karar verildi.



Prof. Dr. Gazi Zorer:

## ‘Mülkiyet değil, bilimsel yeterlilik, kalite ve akreditasyon tartışılmalı’

**Sağlık hizmetlerinin sunumunun tek elde toplanmasını Genel Sağlık Sigortası (GSS) açısından değerlendirir misiniz?**

Sağlık hizmetlerinin sunumu örgütlenme modeli ile ilgili, GSS sistemi ise bir finansman yöntemi, ikisi birbiriyle doğrudan ilişkili şeyler değil. Gündemdeki esas konu SSK'nın sağlık hizmetini bizzat veren bir kurum olmaktan çıkarılması, sadece sigortacılık hizmetleri ile sınırlandırılması, sağlık ile sadece hizmetin satın alınması aşamasında ilişkilendirilmesidir. GSS yasa taslağından anlaşıldığı kadarı ile temel olarak kamu sigortacılığının esas alındığı anlaşılmaktadır. Bu anlamda tüm sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirileceği anlaşılıyor. Ancak sağlık hizmeti sunumunda şimdilik Sağlık Bakanlığı tek elden hizmet verecek gibi görünse de özel hekimlik, özel hastaneler, üniversite hastaneleri ve askerî hastaneler işlevlerini sürdürecektir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı hastaneleri döner sermayeye sahip kuruluşlar; son dönemde "performans değerlendirilmesi" uygulamasına geçen Sağlık Bakanlığı hastanelerinde işletme anlayışına uygun gelişmeler yaşanıyor. Sağlık Bakanlığı yetkilileri de hastalara doktor seçme özgürlüğü taniyacıklarına dair açıklamalar yapıyorlar. Sosyal Güvenlik kuruluşları özel hastanelere hasta sevk ediyorlar. Bu durumda Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin de rekabete açılacağı anlaşılıyor.

**SSK'nın Sağlık Bakanlığı'na devir işlemini siyasi ve teknik olarak değerlendirir misiniz?**

SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na satılması, ilk bakışta bir tür devletleştir-

me niteliği taşıyor. Ancak SSK 60 yıllık geleneği olan bir kurum ve görece özerk bir kuruluş olmasına rağmen çalışma sistemi açısından çok merkezi bir yapıya ve hantal bir işleyişe sahip. Aşırı bürokratik işlemler bugüne kadar hak sahibi ve sigortalıların canından bezdirmiş vaziyette. Sağlık Bakanlığı hastaneleri ise daha esnek ve yerinden yönetim yapısına doğru bir değişim süreci yaşıyor. Bu anlamda şeklen bir devletleştirme özelliği yaşamamıza rağmen, özünde SSK hastanelerinin daha dinamik bir yapıya kavuşacağı söylenebilir. Mülkiyet sorunu hukuksal yönden tartışılmalı bir durum, bizim gibi sağlık profesyonellerini aşan bir konu.

**SSK'nın sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili zarar etmediği söyleniyor. SSK'nın Sağlık Bakanlığı'ndan hizmet satın alması durumunda bu hizmet SSK'ya pahalıya malolmayacak mı?**

SSK'nın topladığı sağlık primleri, sağlık giderlerini hemen hemen karşılıyor gibi, bu nedenle sağlık sisteminde açığı olmadığı söyleniyor. Ancak bu durumun hizmet verilmeyerek sağlandığı ortada. SSK'lıların önemli bir kesimi hizmet alamadığı için SSK'ya başvurmadığını herkes biliyor. Bu kesimin kaç kişi olduğuna dair elde bir veri olmadığı için kesin sayılar verilemez, ancak bu bir gerçek. SSK'nın tüm sağlık hizmetini satın alması durumunda SSK'ya bu hizmetin 'pahalıya malolacağı kesinlikle doğru. Bu iki nedenle ortaya çıkacak. Birincisi, şimdiye kadar hizmet alamayan önemli bir kesim hizmete daha rahat ulaşacak. İkincisi şimdiye kadar üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastaneler-

inin faturaları şişirdiği söyleniyordu. Şimdi 147 SSK hastanesi de bu şekilde faturalandırma yapacak.

**SSK'lılar zaten Sağlık Bakanlığı'ndan hizmet alabiliyorlardı. Neden böyle bir düzenlemeye gerek duyuldu?**

Bu sorunun muhatabı Sağlık Bakanlığı ve hükümet yetkilileridir. Sanıyorum bu işlem sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında toplam düzenlemelerin bir ayağını oluşturuyor. Sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesi planlanıyor ki, bu kesinlikle doğru, GSS kurulmaya çalışılıyor. Yoksa olay, sadece SSK'lıların Sağlık Bakanlığı'ndan hizmet alması ile sınırlı bir uygulama değil.

**Yeni durumun verimliliğe etkileri konusunda ne düşünüyorsunuz?**

Verimlilik konusunda halen SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı hastanelerine göre çok daha verimli çalışıyor. Hekim başına düşen poliklinik ve ameliyat sayıları SSK hastanelerinde çok yüksek. Ancak Sağlık Bakanlığı'nda uygulamaya başlanan performans sistemin geliştirilmesi bu hastanelerde de verimliliği daha üst düzeye çıkarabilir. Kurulacak sistem, özellikle hekimlerin çalışma özgürlüklerini sınırlamamalı, aksine motive etmeli, ancak aşırı tedaviler yapılması ve malpractice uygulamaları gibi konularda denetleyici olmalıdır.

**SSK'nın devri sağlıkta özelleştirme bir adımı olacağı gerekçesiyle eleştiriliyor. Bu adımla özelleştirme arasında doğrudan bir bağ var mı?**

SSK'nın devrinin sağlıkta özelleştirmeye nasıl bir şekilde yol açacağını bilmiyorum. Bu, bir tür kompo teorisi gibi söy-

leniyor. Yetkililer açıklamalarında böyle bir uygulamadan bahsetmiyorlar. Sağlık alanında özel sektörün desteklendiği doğru bir tespit, ancak dünyanın hiçbir yerinde sağlık hizmeti tümüyle özel sektör tarafından verilmiyor. Kamusal yönü ağır basan bir hizmet, ülkemizde de devletçi uygulamalar bütün ağırlığıyla sürüyor. Maliye Bakanlığı, Bütçe Uygulama Talimatı ile fiyatları ve uygulama koşullarını belirliyor. Adı üzerinde talimat veriyor. Meslek örgütlerini dahi muhatap kabul etmiyor. İlacın fiyatını Sağlık Bakanlığı belirliyor. Kamu sigortacılığı öngörülüyor. Ancak sağlık hizmeti veren özel kuruluşların bir miktar daha artması doğal ve sağlıklı bir gelişme. Kamu hastanelerinin de rekabete açılmasıyla toplamda hizmet kalitesinin artacağı ve halka daha kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesinin yolunun açılacağı kesin. Süreç içerisinde ülkemizde sağlık hizmetinin daha pahalı bir hale geleceği tespiti de doğru, ancak her şeyin bir bedeli var. Bu risk özellikle siyasi iktidarları ilgilendiriyor. Ülke daha çok ürettikçe, zenginleştikçe, sağlığa ayrılan payın da artacağı bilinen bir gerçek. Dünya üzerindeki diğer örneklerle bakıldığında GSMH, kişi başına düşen ulusal gelir

**‘Sağlık alanında özel sektörün desteklendiği doğru bir tespit, ancak, dünyanın hiçbir yerinde sağlık hizmeti tümüyle özel sektör tarafından verilmiyor. Kamusal yönü ağır basan bir hizmet, ülkemizde de devletçi uygulamalar bütün ağırlığıyla sürüyor.’**

gibi rakamların sağlık göstergeleri ile genel bir paralellik taşıdığı izlenmektedir.

**224 sayılı sosyalizasyon yasasında sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması ve SSK hastanelerinin devri yer alıyordu. Bugüne kadar bu neden gerçekleştirilemedi?**

224 sayılı yasada SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri yer alıyor, hatta hekimlerin de sözleşmeli çalıştırılması yazılıyordu. Fakat bu yasa, o dönem

ülke koşullarına uygun, güzel bir yasa olmasına rağmen biraz da adından kaynaklanan ön yargılarla bugüne kadar gerçek anlamda uygulanmamıştır. Sağlık ocakları yapılmaya devam edilmiş, ancak diğer eksiklikler hiçbir zaman giderilememiş, yeterli ve etkili bir sağlık hizmeti de verilememiştir. Bundan 40 yıl önce çıkarılan Sosyalizasyon yasasının sağlık ocağı örgütlenme modelinden bugün dahi kırsal kesimler için iyi bir model olarak yararlanılmalıdır. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na satılması, devredilmesi şekli olarak tartışılmamalı, esas olarak bu hastanelerin nasıl daha verimli çalıştırılacağı, nasıl daha kaliteli hizmet verileceği, halkın sağlık hizmeti görmeye yaşadığı sıkıntıların nasıl giderileceği tartışılmalıdır. Yoksa hastanelerin sahibinin kim olduğu bir anlam ifade etmiyor. Bir an önce Sağlık Bakanlığı da hastaneleri yönetmekten vazgeçmeli, tüm hastaneler, rekabete açık otonom çalışan işletmeler haline dönüştürülmelidir. Başhekimler Tıbbi Direktör olmalı, seçimle işbaşına gelmeli, hastaneleri genel müdürler, işletme müdürleri yönetmelidir. Mülkiyet tartışmaları değil, bilimsel yeterlilik, kalite ve akreditasyon tartışmaları yapılmalıdır.

Samsun-Ordu-Sinop-Amasya Dişhekimleri Odası

## 2.Karadeniz Bahar Sempozyumu

<b>2 Nisan 2005</b>	<b>Atatürk Kültür Merkezi</b>
Prof.Dr. Hülya Köprülü	Dişhekimliği Ve Etik
Prof.Dr. Serdar Yalçın	Modern İmplantolojide Tedavi Planlaması Ve Başarılı Tedavide Gerekli Faktörler
Prof.Dr. Funda Yalçın	Muayenehane Pratiğinde Periodontal Yaklaşımlar
Prof.Dr. Hasan Alkumru	Yeni Postkor Teknikleri
Gala Yemeği	Saat: 19.00-24.00 Yer: Omtel Deniz Otel

<b>3 Nisan 2005</b>	<b>Atatürk Kültür Merkezi</b>
Prof.Dr. Hasan Alkumru	A'dan Z'ye Tam Seramik Restorasyonlar
Dişhekimisi	Dişhekimliğinde Tıbbi Hipnoz
Ali Eşref Müezzinoğlu	Ve Psikolojik Yaklaşımlar
Prof.Dr. Ender Kazazoğlu	Yaşlılarda Protetik Yaklaşımlar (Gerodontology)
Prof.Dr. Ender Kazazoğlu	İmplant Üstü Protezlerde Yaşanan Sorunlar

Not: SDE Kredisi İçin Başvuru Yapılacaktır.

Müracaat: Samsun Dişhekimleri Odası  
Tel: 0.362.435 44 78 - 435 95 47



## Balkan Stomatoloji Derneği 10. Kongresi

**11-14 Mayıs 2005**

Sava Centar-Belgrad  
Sırbistan-Karadağ  
Website: www.bass2005.org.yu  
E-mail: bass2005@scentar.co.yu

## V. Bahar Sempozyumu

<b>Bilimsel Program</b>	<b>: 11 - 13 Mart 2005</b>
Prof.Dr.Hüsnü Yavuzylmaz	Tek parça döküm parsiyel protez planlaması
Prof.Dr.Hamit Hancı	Dişhekimlerinin yasal sorumlulukları adli tıp
Prof.Dr.Şemsettin Ustaçelebi	Dişhekimleri için riskli enfeksiyöz hastalıklar
Doç.Dr.Enis Giray	Genel dişhekimliği ve ortodonti Önlemeli mi? Tedavi mi etmeli?
Prof.Dr.Gül Baltacı	Dişhekimlerinde kas-iskelet sistemi sorunlarında ağrı ile başa çıkma yolları

Isparta / Antalya / Ankara  
Dişhekimleri Odaları

Tel: 0312 426 09 00 Fax: 0312 426 48 00  
e-mail: arber@arber.com.tr www.arber.com.tr

# Sağlık hizmetlerinde bilgilendirme ve reklamın dayanılmaz hafifliği

## ■ Celal Korkut Yıldırım\*

**K**onuya sağlık felsefesi boyutu ile bakıldığında sağlık hizmetlerinde haber, tanıtım, ilan ve reklam sözcüklerinin nasıl kullanılacağı ve bu sözcüklerin taşıdığı anlamların nerede başlayıp nerede biteceği önem taşımaktadır.

Bu sözcüklerin tanımlanmasına bir bakalım.

**Haber:** Yeni olmuş ya da olacak bir olay üzerine bilgi.

**Tanıtım:** Bir şeyin tanınmasını sağlamak.

**İlan:** Daha önce duyulmamış veya yeni ortaya çıkmış bir olayın çeşitli basın yayın organları ile duyurulması

**Reklam:** Bir ürünü veya bir hizmeti daha çok satmak üzere tasarlanmış duyuru veya bir şeyi halka tanıtmak, beğendirmek ve böylelikle tüketimini sağlamak için söz, yazı veya resimle yapılan her türlü çaba.

Bu dört sözcüğün tek ortak noktası ise **bilgi** ve **bilgilendirmeyi** barındırmalarıdır.

Bu bakış açısı ile değerlendirdiğimizde sağlık hizmetlerinde reklam kavramını öncelikle sorgulamamız gerekir. Bu sorgulamada sağlık hizmetlerinde temel ilkenin talep yaratmak mı yoksa sağlık hizmetlerine olan talep ve ihtiyacın karşılanmasına yönelik bir düzenleme mi olması gerektiğinin açıklanması gerekir.

Sağlık ve reklam sözcüklerinin bir arada olması olanaklı mıdır? Ve sağlık hizmetlerinde bilgilendirme hangi boyutlarda **kullanıcılara (hasta) ve kullandırıcılara (hekim)** yönelik yapılmalıdır Sağlık hizmetleri bir ürün mü? Alınıp satılan bir ürün mü? Daha çok satılması daha çok kullanılması için duyurulması tanıtılması ya da reklamının yapılması gereken bir ürün mü?

Reklam, bir ürünün bir hizmetin daha

çok kullanılması amacıyla tüketiciyi yönlendirmek üzere yapılan bir eylemdir. Daha çok kullanmayı daha çok tüketirtmeyi amaçlar. Bu anlayışın sağlık hizmetlerine taşınması sağlık felsefesi ile örtüşmez. Ve insani bir yaklaşım değildir.

Bu mantıkla yola çıkarsak sağlık hizmetlerinin daha çok kullanılması ya da satıcıları tarafından daha çok pazarlanabilmesi için insanların hasta olmasını beklemenin ötesinde hastalıklı birey yaratmanın her türlü yolunu aramak ve kullanmak gerekir.

Sağlık; bireyin öncelikle hasta olmadan fiziksel ve ruhsal yönden sağlığının korunmasıdır. Tüm önlemlere karşın hastalık durumu ortaya çıkarsa gerekli tedavinin yapılmasıdır.

Sağlık ekonomistlerine göre sağlık hizmetlerine yapılan harcama bir tüketim harcaması değil bir yatırım harcamasıdır. **Daha çok harcamayı amaçlayan tüketim anlayışı yerine daha az hasta olmayı sağlayan bir yatırım anlayışı hedeflenir.**

Kimse bu değer yargılarını ya da ilkelere yanlış bulduğunu söyleyerek, sağlık hizmetlerinde reklam yapılmasını ifade ederek ortaya çıkmaz. Ama ilan, tanıtım ve haber yapıyorum diyerek açık ya da gizli reklam yapma yollarını ararlar.

Yukarıda da ifade ettiğim gibi ilan, tanıtım, haber ve reklam sözcükleri arasında geçişler bulunmaktadır. Hepsini birleştiren tek nokta ise hepsinde bilgilendirme işlevinin olmasıdır.

Muayenehanenizin açılışını günlerce ve tam sayfa olarak duyurursanız buradaki bilgilendirme ilan kavramının dışına çıkar reklama girer.

Sağlık alanında kullanılacak bir ilacın ya da cihazın tanıtımını kullandırıcıya (sağlık çalışanı) değil de kullanıcıya yönelik yaparsanız amacınız bilgilendirme olmaz reklam olur.

Ve bu anlayışın sonunda ortaya çıkan tablo kamu sağlığına ve ülke ekonomisine zarar olarak ortaya çıkar.

Örneğin sağlık hizmetlerini piyasa anlayışına göre sürdüren ABD'de 1. basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısı

yılda 358 milyon iken akupunktur, masaj vb. uygulama yapan yerlere başvuru yapanların sayısı ise 425 milyondur.

Ülkemizde 1989 yılında yapılan bir araştırmada evlerde kullanılmayan ilaçların bedeli 200 milyar TL iken Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 900 milyar TL'dir.

Fransa'da yanlış ilaç kullanımına bağlı yıllık parasal kayıp 24 milyar dolardır.

Hizmet sektörleri içerisinde kullanıcıların en az bilgiye sahip olduğu ve kişinin tüm iyi niyetiyle kendisini hizmet sunucusunun ellerine bıraktığı sağlık sektöründe devletin ve meslek kuruluşlarının kurallar koyması ve konulan kuralları uygulaması hem kamu sağlığı hem de kaynakların verimli kullanımı açısından zorunludur.

Devletin sağlık alanında yaptığı düzenlemelerde boşluklar olduğu, günümüz koşullarına artık cevap veremediği bir gerçektir. Mevzuat çalışmaları, sağlık hizmetlerinde reklam yapabilmeyen koşullarının yaratılmasını değil; varolan mevzuatın yetersizliğinden yararlanarak sağlığı ticari bir metaya dönüştüren kişi ve kurumlara karşı gerekli düzenlemeleri kapsmalıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Kuruluşlarının Toplum Bilgilendirme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik taslağı çalışması ne yazık ki sağlık hizmetlerini piyasa koşullarına göre düzenlemek isteyenlerin taleplerine cevap vermek üzere hazırlanan bir çalışmadır.

Bu anlayış sağlık hizmetlerinde bir yandan gereksiz tedavilerin yapılması ve sağlık hizmetlerinde tekelleşme ile halk sağlığına zarar verilmesi sonucunu doğuracak, diğer yandan ise reklam yapma gücüne sahip olmayan bireysel çalışan sağlık mensuplarını yoksullaştıracaktır.

Bu düzenlemenin ne ekonomik, ne insani, ne de sağlık felsefesi ile örtüşen bir yanı bulunmamaktadır. Sadece ve sadece sağlık hizmetlerini ticari bir meta olarak gören anlayışa yararı bulunmaktadır.

\* Dişhekimisi, TDB Genel Başkanı



Küresel Barış ve Adalet Koalisyonu (BAK) ABD ve müttefiklerinin Irak'ı işgalinin ikinci yıldönümü olan 19 Mart günü protesto etkinlikleri düzenliyor. BAK'a destek veren gazeteci Mete Çubukçu'yla ABD tehditine karşı bir aydın grubuyla birlikte destek ziyaretinde bulunacakları Suriye'ye gitmeden önce görüştük. Ortadoğu'yu en iyi bilen gazetecilerden biri olan Çubukçu'ya 19 Mart'ın anlamını ve Ortadoğu'daki durumu sorduk:

## 'Yeni işgalleri durdurabiliriz'

**İşgalin ikinci yıldönümünde çeşitli protesto eylemleri planlanıyor. 19 Mart'ta yapılacak eylem nasıl bir anlam ifade edecek?**

19 Mart şu açıdan önemli: İki yıl öncesine dönecek olursak Irak Savaşı başlamadan önce bütün dünya ve dolayısıyla Türkiye'de de yükselen bir savaş karşıtı hareket vardı. Gerçekten dünyada binlerce hatta bazı ülkelerde milyonlarca insan toplandı ve bu savaşa karşı çıktı, protesto etti. Neticede savaş önlenemedi, işgal başladı. Bu süre zarfında da savaş karşıtı hareket kan kaybetti. Hem bizim ülkemizde hem de dünyada. Çeşitli çabalarla farklı zamanlarda farklı etkinliklerle bu duyarlılık ayakta tutulmaya çalışıldı. NATO zirvesi sırasında 'Gelme Bush' kampanyaları, farklı dönemlerde etkinlikler, sempozyumlar, zaman zaman gösterilerle bu ruh hali hep ayakta tutulmaya çalışıldı. 19 Mart öncesinde de geçtiğimiz 19 Şubat'ta bir uluslararası sempozyum yapıldı, Ortadoğu, Irak Savaşı ve işgallerle ilgili. Ben de katıldım konuşmacı olarak. Yine farklı toplantılarla hem insanlar bir araya getirilmeye hem de 19 Mart öncesinde bir hareketlilik sağlanmaya çalışıldı. Radyolara çeşitli spot sloganlar oluşturuldu. Afişler yapılıyor. Dolayısıyla ben insanların iki yıl öncesi gibi olmasa da ona yakın bir şekilde 19 Mart'ta protesto için alanlara çıkacaklarını düşünüyorum. Çıkılması gerektiğini de düşünüyorum çünkü önümüzde başka bir süreç yavaş yavaş başlıyor.

19 Mart'ta farklı kentlerde farklı etkinlikler yapılacak, İstanbul'a ulaşamayan insanlar buldukları alanlarda çeşitli

etkinlikler yapacak. Ama asıl olarak savaşa karşı olan insanların, kalabalıkların İstanbul'da toplanması planlanıyor.

**19 Mart için uluslararası düzeyde bir iletişim var mı?**

Var tabii. İki yıl önce olduğu gibi Londra'da, Madrid'de, Washington'da, New York'ta, Berlin'de, Atina'da bütün dünyada, savaş karşıtlarının örgütlü olduğu her yerde 19 Mart'ta organize bir eylem olacak. Ama tabii bunların katılım düzeyleri ülkelere göre değişebilir. Böyle bir program var.

**ABD'nin son tehditlerinin ardından eylemlerde Suriye'ye yönelik bir tema var mı?**

Öyle bir tema var. Ama sadece Suriye anlamında değil. Çünkü zaman zaman yanlış anlaşılıyor. Irak işgalinden önce

**'Ortadoğu'da insanlar Türkiye'nin ve meclisin işgali protesto ettiğini ve 1 Mart'taki tezkereyi reddettiğini düşünüyor.**

**Bu anlamda çok olumlu bir hava var oradan baktığınız zaman.**

**Hem iktidarlarda hem de özellikle halkta. İktidarın lehte tutumuna rağmen reddedilmiş olması ya da ikinci kez geldiğinde kabul edilmiş olması o kadar hatırlanmıyor.'**

olduğu gibi bazı çevrelerce 'diktatörlüklere, baskıcı, tutucu rejimlere destek veriyorsunuz' söylemi üretiliyor. Bizim Suriye'ye ziyaretimiz hem dünyayı hem Ortadoğu'yu kendi istediği gibi değiştirmek isteyenlere karşı ve bu doğrultuda Irak'ta yapılanları göz önüne alarak bu işgal mantığını ve istediğini istediği zaman yapabilme fütursuzluğunu engellemeye yönelik sembolik bir girişim. Belki ileride İran'a da olabilir. Ama buralara giden insanların hemen hemen hepsi ne Suriye rejimini ne de İran rejimini desteklemeyen ve sürekli eleştiren insanlar. Burada esas olan Suriye'deki ya da İran'daki iktidara destek değil ABD'nin saldırganlığına karşı oradaki insanlarla, halklarla dayanışma içinde olmak.

**Siz Ortadoğu'yu bilen, sık sık o bölgelerden haber geçen bir gazetecisiniz. TBMM'nin 1 Mart 2003'te reddettiği tezkere sonrası sizin oralarından edindiğiniz izlenimler nasıl?**

İnsanlar orada olaya şöyle bakıyor. Bu tezkerenin ne şekilde reddedildiği insanların çok da fazla umurunda değil. İnsanlar o tezkerenin sonuç olarak reddedilmesine bakıyor. Türkiye'nin ve meclisin bu durumu protesto ettiğini ve tezkereyi reddettiğini düşünüyor. Bu anlamda çok olumlu bir hava var oradan baktığınız zaman. Hem iktidarlarda hem de özellikle halkta. İktidarın lehte tutumuna rağmen reddedilmiş olması ya da ikinci kez geldiğinde kabul edilmiş olması o kadar hatırlanmıyor. Dediğim gibi oradaki insanlar sonuca bakıyor ve kafalarında o anlamda Türkiye

insanına karşı çok olumlu bir imaj var. Ben savaşın ilk on günü Irak'taydım. Savaş başlamadan önce Iraklılardan da bunu çok duymuştum.

**Irak'ta Türkiyeli kamyon şoförlerinin öldürülüyor olmasını Türkiye'deki ana akım medya Irak'ta süren direnişin terörizmine delil olarak sundu. Bu tür olguları nasıl değerlendirmek lazım?**

Türkiye'de hâlâ, sanki Irak normal bir ülkeymiş, orada anormal bir işgal ve bir direniş, bir "terör" yokmuş gibi algılanıyor. Hayır, Irak'ta bir işgal var ve inanılmaz bir savaş, özellikle bazı bölgelerinde çok korkunç bir savaş devam ediyor. Bu ortam birtakım unsurlar tarafından da kullanılıyor. Irak'ta direniş var, Irak'ın yerli unsurları tarafından sürdürülen... Irak'ta El-Kaide anlayışı var... Irak'ta istihbarat servisleri var... Irak'ta herkes var. Herkes orada kozunu bir şekilde paylaşıyor. Artık hangi eylemi kimin yaptığını net olarak bilmek gerçekten çok zor. Gazeteciler de artık orada hayat bulamıyor ve gidemiyor. Dolayısıyla kimin ne yaptığını ortaya çıkarmak çok zor. Biraz fotoğraf grileşmiş durumda.

Türkiyeli şoförleri kim öldürüyor? Hapishaneden savaş sonrası bırakılan bir sürü suçlu var. Direnişçiler de var bunların dışında, El-Kaideciler de var. Niçin Türkiyeli şoförler öldürülüyor? Çünkü o hat-tan Türkiyeli şoförlerden başka geçen şoför yok. Daha önce Suriyeli, Ürdünlü ya da Kuveytli şoförler de öldürüldü başka hatlarda. Orada nasıl algılanıyor? Türkiyeli şoförler tabii ki ekonomik nedenlerden dolayı oraya gidiyor ama büyük bir çoğunluk Amerikan uçaklarına benzin taşıyor ya da Amerika üslerine prefabrik konutlar taşıyor ve orada bu hizmeti yapan insanlar işbirlikçi olarak görünüyor. 'Siz bunları koruyorsunuz' diyen kesimler sanki Irak'ta her şey normalmiş gibi konuşuyorlar. Hayır değil. Özellikle Musul'dan başlayarak Bağdat'a kadar kelle koltukta bir ülke. Normal bir yer değil ve maalesef şoförler de orada öldürülüyor.

**Medyadaki bu yaklaşım nereden kaynaklanıyor?**

Bu da hayatın çelişkisi herhalde. Savaşın başından şimdiye kadar aslında sa-



vaş karşıtlarının ya da bu işgalin ne kadar yanlış olduğunu anlatmaya çalışanların söyledikleri her şey neredeyse birbir çıkıyor. Bunun karşısında olanların söylediklerinin hiçbirisi doğru çıkmadı ama buna rağmen onlar seslerini çok daha fazla çıkarabiliyorlar. Kendilerini haklı göstermek için her türlü argümanı çarpıtmaları, manipüle etmeleri çok daha kolay oluyor. İşgale katılsaydık orada Türk askeri olsaydı böyle olmazdı diyorlar hâlâ. Hayır. Eğer Türk askeri orda olsaydı, ki ben oraları çok iyi biliyorum, Türkiye'nin şu anda ne durumda olacağını tahmin edemiyorum. Şoförlere karşı olan saldırılar Türk askerine de karşı olacaktı orada. Ondan sonra durumun ne hale geleceğini düşünün. Bu insanlar o konjonktürü, oradaki yapıyı gerçekten bilmiyorlar ve bilmedikleri için hâlâ Türk askerinin oraya gidip emniyet sağlayabileceğini söylüyorlar. Büyük bir kaos olacaktı. İnanılmaz çatışmalar çıkacaktı.

**Türkiye'de herkes işgale karşı olduğunu söylemesine rağmen işgalin tarafı olan İngiltere'de protesto için toplanan kalabalığın onda biri bile alanlara çıkmadı. Bunu neye bağlıyorsunuz?**

Bence bunun birkaç nedeni var. Birisi kültürel bir şey. Türkiye'de insanlar protesto için sokaklara çıkmıyor. Böyle bir kültür yok. Bir zamanlar vardı ve o kültürün üzerinden geçildi, ezildi, öldürüldü. İkincisi, solun yaşadığı atalet ve yenilmişlik durumu. Üçüncüsü, ama bence asıl önemli olanı AKP'nin iktidarda olması. AKP iktidar olduktan sonra sadece bu tür eylemlerde değil başka eylemlerde de AKP tabanını artık alanlarda göremiyoruz. Cuma eylemleri bit-

**'İnsanlar artık ABD'nin bir yeri vuracak olmasını doğal olarak kabul etmeye başladı. Bu tuzağa düşmemek gerekiyor. Yabancılaşmamak ve hep uyanık olmak gerekiyor. Bu atalete ve rehavete kapıldığımız noktada hem işgallere hem savaşlara çok geçerli gerekçeler üretebiliriz, üretebiliyoruz.'**

ti, Irak, Filistin protesto edilmiyor, türban eylemlerinde bile inanılmaz kan kaybı var. Sonuçta iktidar olmak başka bir şey. Bir de, iktidar olduğu için kendi tabanını harekete geçirmiyor. O taban biraz da tâbi bir taban olduğu için aşağıdan yukarıya doğru harekete geçmiyor. Tepki gösterdiklerine inaniyorum. İçlerinde taşıyorlar bu tepkiyi ama iktidar olma uğruna bu tepkilerini sokaklara yansıtıyorlar.

**Son olarak, Türkiye halkı savaşa karşı ne yapabilir?**

Birincisi hakikaten dünyadaki gelişmeleri iyi okumak gerekiyor. Diktatörlükleri kesinlikle savunmuyoruz ama bu gerekçelerle dünya başka bir yere taşınmaya başlandı. Bu durum normalleştirilmeye başlandı. İnsanlar artık ABD'nin bir yeri vuracak olmasını doğal olarak kabul etmeye başladı. Bu tuzağa düşmemek gerekiyor. Yabancılaşmamak ve hep uyanık olmak gerekiyor. Bu bizim başımıza da gelecek diye değil. Bu atalete ve rehavete kapıldığımız noktada hem işgallere hem savaşlara çok geçerli gerekçeler üretebiliriz, üretebiliyoruz. Belki savaş karşıtı hareketin gerilemesi de biraz bu alışkanlığa bağlı. Hiçbir şeyin bir anlamı yok ruh hali yayılıyor. Sadece Türkiye'de değil, dünyada böyle bir ruh hali var. Ama bu durum dünyayı başka noktalara götürüyor. İnsanlar Filistin'de, Irak'ta kendilerini niye patlatıyorlar. Bunlar bir çaresizliğin ifadesi. Kendi sesini duyuramadığın yerdeki çok olumsuz tepkiler. Ama ortaya bunlar çıkıyor. Başka bir yol bulmak gerekiyor. ABD bizi bir dönem Bush ile El-Kaide arasında sıkıştırılmaya çalıştı. Şimdi Bush ile Ortadoğu diktatörlükleri arasında sıkıştırılmaya başlıyor. Hayır, bizim başka bir yol bulmamız, bu ikilemden kurtulmamız lazım.



# Güvence altında olduğunuzu unutmayın

Geçtiğimiz yıl TDB ile Marsh Sigorta arasında imzalanan bir protokolle tüm dişhekimlerinin ferdi kaza sigortası kapsamına alınması sağlanmıştı. Yıl içerisinde malesef sigortadan yararlanmak zorunda kalan meslektaşlarımız da oldu. Ancak bu süreçte gördük ki meslektaşlarımız henüz ferdi kaza sigortasından yeterince haberdar değiller. TDB Genel Sekreteri Murat Ersoy sigortanın dişhekimlerine sağladığı güvenceleri ve nasıl yararlanılacağını aktardı.



## ■ Murat Ersoy\*

**G**eçtiğimiz yıl üye aidatlarından ayrılan küçük bir payla meslektaşlarımıza ferdi kaza sigortası yapmaya başlamıştık.

Bilindiği gibi, günlük yaşamımızda çeşitli tehlikelere maruz kalıyoruz. Hiç istenilirse de, trafik kazaları, evde, muayenehanede, sokakta başımıza gelebilecek pek çok kaza sonucu çalışamayacak duruma gelmek ya da vefat söz konusu olabilir. Ayrıca, tedavi giderlerini karşılamakta sorunlar yaşanabilir.

Bu tür olumsuzluklara karşın, meslektaşlarımızın ya da ailelerinin mağduriyetlerini bir nebze olsun giderebilmek amacıyla tüm meslektaşlarımıza ferdi kaza sigortası yaptırıyoruz.

Sigorta; kaza sonucu vefat, kaza sonucu maluliyet ve kaza sonucu tedavi masraflarını kapsıyor. Kaza sonucu vefat veya kaza sonucu maluliyet için 10 bin YTL, kaza sonucu tedavi masrafları için de 1000 YTL teminat alınıyor.

Bu, şimdilik bir başlangıç. Eldeki maddi olanaklarla kapsam böyle belirlendi. İleride olanaklar artırılarak hem sigorta kapsamı genişletilebilir, hem de teminatlar yükseltilebilir.

TDB olarak, sigorta şirketlerine karşı toplu pazarlığın gücünü kullandık. Tek tek çok daha yüksek primlerle alabileceğimiz teminatları, sayımızın yüksekliği sayesinde çok daha düşük bir bedel ile almış bulunuyoruz.

Geçtiğimiz bir yıl içinde vefat ya da kaza sonucu yaralanma gibi nedenlerle sigortadan yararlanan meslektaşlarımız ve yakınları uygulamayı çok olumlu buldular. Ancak dergilerimizde ve çeşitli vesilelerle duyurmamıza rağmen mes-

lektaşlarımızın önemli bir bölümünün uygulamadan haberdar olmadıkları görülüyor.

Bu bağlamda ferdi kaza sigortasının kapsamı ve yararlanış biçimi hakkında bazı hatırlatmalar yapmakta yarar görüyoruz.

## **Mesleki faaliyet sırasında oluşacak kazalar**

Mesleki faaliyet esnasında meydana gelecek her türlü kaza sonucunda yaralanma, sürekli sakatlık ve vefat bu poliçenin teminatı altındadır. Sağlık sigortasıyla benzerliği vardır. Burada kaza sonucu tedaviler 1000 YTL teminatla sigortalandı. Mesleki hastalıklar ve bir takım hastalıklar dışında faaliyet esnasında meydana gelecek her türlü kaza sonucu yaralanma, sakatlanma, vefat durumları bu poliçeyle teminat altına alındı. Bunun için iş göremezlik raporu ve maluliyet raporuna bağlı olarak dosyalar sonuçlandırılıyor. Vefat durumunda ise kişinin kanuni varislerine 10 bin YTL'ye kadar bir teminat veriliyor.

Kaza kapsamında ani ve harici bir olayın etkisiyle sigortalının iradesi dışında ölmesi veya malul kalması kabul ediliyor. Bunun haricinde beklenmedik bir şekilde örneğin gasp teşebbüslerinde oluşacak yaralanmalar, yılan ve haşarat sokması sonucunda oluşan zehirlenmeler, yine ısırılma neticesinde meydana gelecek yaralanmalar da kapsam içerisinde. Sigorta 7 gün 24 saat geçerli ve sadece iş saatinde değil iş saati dışında meydana gelecek bir trafik kazası sonucu yaralanma da bu teminat altında. 24 saat içerisinde meydana gelecek kaza sonucunda her türlü yaralanma, sakatlanma ve ölümle ilgili sonuçlanacak olaylar da bu teminat kapsamında.

## **Karşılanan tedavi masrafları neler?**

Burada tedavi masraflarını birazcık aç-

mak gerekirse; sigorta, örneğin bir trafik kazası sonucu yaralanma durumunda trafik kazası tutanağıyla beraber zaten hastane masraflarını sigorta şirketine geçiriyor. Doktor, muayene masrafı, ilaç, tahliller, röntgenler, bunların tümü yıllık 1000 YTL'lik limit dahilinde sigortalıya geri ödeniyor.

Sürekli sakatlıkta buna ek olarak tedavi masraflarıyla da ödeneceği gibi sakat kalınan organla ilgili alınacak bir heyet raporuna bağlı olarak da 10 bin YTL tazminat ödeniyor.

## **Hasar sonrasında ne yapılmalı?**

Hasar olduğunda öncelikle bir rapor tutulması gerekiyor. Bu belgeye bağlı olarak da nasıl bir tedavi uygulandığını içeren bir doktor raporu ve tedaviyle ilgili faturalar ve ilaç reçeteleri gerekli. Sürekli sakatlıkta buna ek olarak maluliyeti gösterecek bir heyet raporu da isteniyor. Vefat durumunda ise bir vaseset ilanı gerekecek.

Poliçede spor kazaları da kapsam dahilinde. Burada mesela halı sahada top oynarken yaralanma teminata girer ama profesyonel anlamda bir otomobil yarışına katılması sonucu ortaya çıkacak yaralanmalar, sürekli sakatlıklar teminat altına alınmıyor. Orada olayın profesyonel olarak yapılıp yapılmaması önem kazanıyor. Sigorta kapsamına giren bir olayla karşılaşıldığında anlaşmayı yaptığımız brokerlik şirketi Marsh Sigorta gerekli konularda yönlendirme yapacak ve hangi evrakların toplanması gerektiğini sigortalıya aktaracak. Geçen seneki teminatlara ek olarak önümüzdeki günlerde 28 Odaya bağlı dişhekimleri kaza sonucu iş göremezlik teminatı kapsamına da alınıyor. Bu konuda önümüzdeki sayıda daha detaylı bilgi vereceğiz.

\* Dişhekimisi, TDB Genel Sekreteri

TDB'nin 10 ilde organize ettiği eğitim çalışmalarının sponsorluğunu üstlenen Dentsply Türkiye Genel Müdürü Harika Gökçesu eğitim çalışmalarını değerlendirdi:

## 'TDB ile birlikte çalışmaktan memnunuz'



### TDB'nin organize ettiği bilimsel etkinliklere sponsor oldunuz, beklentileriniz neler?

Hem Türk Dişhekimleri Birliği'nin ve hem de Dentsply'in aktivitelerine baktığımızda sürekli mesleki eğitimin büyük bir önem taşıdığını görüyoruz. TDB ile böyle bir projeyi gerçekleştirmeyi uzun süredir düşünüyorduk. Sanırım gerek ofisimizde düzenlediğimiz uygulamalı kurslar, gerek kongrelerde uyguladığımız stand konferansları ve diğer eğitim aktivitelerimizle bu konudaki kararlılığımızı, tarafsız yaklaşımımızı ve bilimselliğe verdiğimiz önemi TDB'ye kanıtladık ve TDB'nin önerisiyle yurt çapında böyle bir programa başladık.

Dentsply tüm dünyada yüksek teknolojik ürün ve tekniklerin ancak eğitimle uygulanması gerektiğini düşünüyor. Geleceğin dişhekimliğine yatırım yaptığı için de araştırma-geliştirme ve eğitim çalışmalarına büyük önem veriyor. Bu aslında bizim dişhekimliği mesleğindeki başarımızı ve farkımızı ortaya koyan bir uygulama.

### Bilimsel etkinliklerle ilgili kısa bilgi verip programdan bahsedebilir misiniz?

TDB'nin talebi İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük illerin dışında kalan illerde bilimsel içerikli bir eğitim çalışması yapılması yönündeydi. TDB-Dentsply Bilimsel Toplantıları adı ile anılan bu proje tamamen TDB'nin ülke genelindeki dişhekimlerine yönelik bir hizmeti olup, Dentsply'in görevi organizasyon konu-

Sürekli Dişhekimliği Eğitimi'ne büyük önem veren ve bu konuda yapılan oda etkinliklerini destekleyen TDB, Eğitim Komisyonu'nun uzun zamandır üzerinde çalıştığı bir organizasyonu uygulamaya koydu. Muayenehane pratiğinde yoğun olarak uygulama imkanı bulan konularda bilimsel etkinlikler firmaların sponsorluğunda oda bölgelerinde organize edilecek. İlki bu yıl Dentsply'in sponsorluğunda gerçekleşecek etkinlikler Tedavi ve Endodonti konularında olacak. 10 ilde yapılacak olan etkinliklerin önümüzdeki yıllarda geliştirilerek sürdürülmesi hedefleniyor.

sunda ilgili odalara yardımcı olabileme ve projenin tamamının maddi sponsorluğunu karşılama şeklindedir. Bu da davetiye basımından postalanmasına ve hekimleri haberdar etme konusunda gereken her türlü harcamaları, toplantının yapılacağı mekan ve tüm ikramları, katılan öğretim üyelerinin yol ve konaklama maliyetlerini içermektedir.

29 Ocak 2005 tarihinde ilk organizasyonumuzu Sakarya Dişhekimleri Odası'nın ev sahipliğinde gerçekleştirdik.

### Etkinliklerle ilgili olarak odalardan ve dişhekimlerinden aldığımız izlenimler nasıl?

Bu sorunun cevabını sanırım ilk toplantının yapıldığı Sakarya'ya bakarak vermek gerek. Konuşmacı olan değerli hocamız Prof.Dr. Sedat Küçükay'ın esprili üslubuyla ara vermediği halde 3 saate yakın süren konferansını meslektaşlarımızın tamamı büyük bir ilgiyle ve zevkle dinledi. Sorulan sorular da ilgilerinin göstergesiydi. Sakarya'da belli bir kaliteye sahip salonlar arasında bulabildiğimiz en büyük toplantı salonu 120 kişilik olduğu için 120'den sonraki rezervasyonları üzülerek geri çevirmek zorunda kaldık. Sanırım bu Sakarya'daki yapılmış organizasyonlar arasında en geniş katılımlı olanı idi. Bu organizasyondaki üstün başarılarından dolayı Sakarya Dişhekimleri Odası yöne-

tim kuruluna teşekkür ederim.

Sonuç olarak ilk toplantı katılan herkesi memnun edecek düzeyde başarılı geçti.

### Geleceğe yönelik düşünceleriniz neler?

Dentsply, profesyonel kimliği ile hekimin olduğu her yerde var olmayı ve hekimlerle birebir ilişki kurmayı ilke edinmiş olan bir şirket. Satış öncesi ve sonrası ilişkilerimiz de ağırlıklı olarak eğitim faaliyetlerine odaklanmış durumda. Restoratif ve endodonti konularındaki hands-on kurslarımız onar kişilik gruplar halinde 3 yıldan beri devam ediyor. Çeşitli kurum ve odalarla eğitim konusunda işbirliklerimiz vardı ve devam ediyor. TDB-Dentsply Bilimsel Toplantıları yeni başladı, umarım kalıcı olur. Dentsply olarak Türkiye'de emin adımlarla ilerliyoruz ve büyütüyoruz. Büyümeye de devam edeceğiz. Hedefimiz Dentsply'in dünyadaki konumuna Türkiye'de de ulaşabilmek. Bunu başarabileceğimiz konusunda en ufak bir endişemiz bile yok. Bizim gibi büyük şirketlerin gelmesi gereken yere ulaşmasının, Türkiye'deki dişhekimliği kalitesinin de ilerlemekte olduğunu göstermesi bakımından önemi büyük diye düşünüyorum. Bu nedenle bizi destekleyen, yıllardır sabırla büyümemizi bekleyen dişhekimleri dostlarımıza da teşekkür ediyorum.

### Diğer toplantılar ve konuşmacılar:

05 Mart 2005	Antalya	Prof.Dr. Sedat Küçükay, Prof.Dr. Haşmet Ulukapı
19 Mart 2005	Balıkesir	Prof.Dr. Bilge Hakan Şen, Doç.Dr. Şebnem Türkün
02 Nisan 2005	Gaziantep	Prof.Dr. Raif Erişen, Prof.Dr. Taner Yücel
06 Mayıs 2005	Mersin	Prof.Dr. Raif Erişen
07 Mayıs 2005	Adana	Prof.Dr. Raif Erişen, Prof.Dr. Yıldırım Hakan Bağış
05 Haziran 2005	Trabzon	Prof.Dr. Sedat Küçükay, Prof.Dr. Haşmet Ulukapı
01 Ekim 2005	Konya	Prof.Dr. Feridun Şaklar, Prof.Dr. Yıldırım Hakan Bağış
03 Aralık 2005	Kocaeli	Prof.Dr. Nevin Kartal, Prof.Dr. Haşmet Ulukapı

# Jenerik ilaç gerçeği



Avrupa Birliği'nden daha müzakerelere başlamadan aldığımız nota, 'ilaçta veri imtiyazı' konusunda tartışmaları da gündeme getirdi. Veri imtiyazının yerli ilaç sanayiine ve halk sağlığına etkileri üzerine İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yönetim Kurulu Başkanı Bülent Eczacıbaşı ve Türk Eczacıları Birliği Genel Başkanı Mehmet Domaç'ın görüşlerini aldık.

**T**ürkiye, AB'den 17 Aralık'ta aldığı müzakere tarihinden sonra ilk 'nota'sını da aldı. AB'den alınan ilk notanın konusu "ilaçta veri imtiyazı". Notada, Türkiye'nin Gümrük Birliği Anlaşması ve buna bağlı olarak sektörler verilen taahhütlere uyması isteniyor ve Türkiye'nin; Dünya Ticaret Örgütü'ne (WTO) 1 Ocak 2000, AB'ye ise 1 Ocak 2001 tarihi itibarıyla "veri imtiyazı" uygulamasını başlatmaya söz vermesine rağmen, sözünde durmadığı vurgulanıyor. İstenilenler gerçekleşmediği takdirde Türkiye'nin WTO'ya şikayet edileceği ve yaptırımlar uygulanacağı belirtiliyor. Hatta, bu konunun 13 Aralık'ta ABD Büyükelçisi Edelman'ın Başbakan Erdoğan ile yaptığı görüşmede de ele alındığı ve Edelman'ın Başbakan Erdoğan'a bir ilaç dosyası verdiği, Türkiye'nin hemen önlem almaması halinde 2005 yılı için ABD'ye yapılacak 800 milyon dolarlık ihracatın engellenebileceği söyleniyor.

AB'den daha müzakerelere başlamadan aldığımız nota, 'ilaçta veri imtiyazı' konusunda tartışmaları da gündeme getirdi. Sağlık Bakanlığı yetkilileri AB'nin 'gereksiz dayatma ve şüphe' içinde olduğunu savunuyor.

Yetkililer, Finlandiya, Yunanistan, İtalya, Portekiz ve İspanya'nın ilaçta patent yasaları dahi olmadan AB'ye üye olduklarını, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Polonya gibi yeni üyelerin de veri imtiyazını tam üyelikten birkaç yıl önce yürürlüğe koyduklarını belirtiyor.

## Küreselleşmenin etkileri

Dev ilaç üreticileri küreselleşmenin gücüyle kimi devletlere uluslararası çapta jenerik ilaç üretimini engelleyecek ve 20 yıllık patent süresini uzatacak bir 'veri imtiyazı'nı kabul ettirdiler. AB ülkeleri de 6 ile 10 yıl arasında değişen bu 'veri imtiyazı'na boyun eğenler arasında.

Yerli ilaç üreticilerinin, veri imtiyazı uygulamasının geçiş dönemi tanınmadan yürürlüğe konmasının, yerli sanayiye olumsuz etkileyeceğini, devletin sağlık harcamalarını ve dışa bağımlılığını artıracığını savunmalarına rağmen, uluslararası ilaç şirketlerinin sözcüleri konumundaki Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği ise, Uluslararası hukuk kurallarına ve adil rekabet ilkelerine uymayan kopya ilaçların, jenerik ilaç pazarının %10'undan daha azını temsil ettiğini ve bu kesimin çıkarları uğruna ülkemizdeki ilaç sektörünün önünün kesildiğini, veri imtiyazının uluslararası hukuğa uygun olarak uygulanmasıyla ülkemize yabancı sermaye girişinin artacağını savunuyor.

Türkiye'de "veri imtiyazı" konusunda yaşanan kargaşanın nedeni; WTO'nun 1995'te gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle yaptığı bir anlaşmadan kaynaklanıyor. WTO ile yapılan ilaç üretim ve pazarlamasıyla ilgili anlaşmayı Türk Hükümeti 1995 Haziran'ında çıkardığı kanun hükmündeki bir kararnameyle resmileştirdi. WTO'nun yanısıra AB ile yapılan Gümrük Birliği Anlaşması'nda da Ortaklık Konseyi ilaç patentleriyle il-

gili korumalara açıklık getiriyordu. Buna göre, Türkiye'de ilaç sanayi 2005 yılına kadar, yani on yıl patent haklarından muaf olacaktı. Yani, bütün gelişmekte olan ülkelere tanınan on yıllık patent hakkı ödeme muafiyetine sahip olunacak ve patent hakkı ödemediği yeni geliştirilmiş bir ilacın eşdeğeri (jeneriği) yapılabilecekti. Türkiye ile birlikte Arjantin, Brezilya, Güney Kore, Rusya, Hindistan, Mısır, Lübnan, Tayvan ve Pakistan gibi ülkelere de aynı haklar verildi.

## Clinton'un ilgisi neden?

1995 yılında Türkiye'ye verilen bu haklardan, 1997 yılında Tansu Çiller'in

## Ne, nedir?

**Patent:** Yeni bir buluşun korunması için verilen belgedir. Yeni geliştirilen ilaçlar da diğer buluşlar gibi 20 yıllığına patentle koruma altına alınırlar. Bu süre içerisinde bulunan ilacı sadece buluşu yapan üretip satabilir.

**Veri koruması:** Resmi kurumlara sunulan bilgilerin, verilen makamlar tarafından kimseye verilmemesi koşuludur.

**Veri imtiyazı:** Bazı ilaçlarda kamu otoritesinin onayını sağlamak için yapılan testlerin uzaması nedeniyle kullanılmayan patent süresinin uzatılmasıdır.

başbakanlığı döneminde vazgeçildi. Gümrük Birliği ile ilgili gizlice yürütülen görüşmelerde, o dönemin ABD başkanı olan Clinton'un baskılarına ve tekstil kotalarını indirme tehditlerine dayanmayıp (!) boyun eğen Çiller, ülkemiz için büyük bir avantaj olan ve 2005 yılına kadar devam edecek on yıllık patent haklarından muafiyet süresini sektöre danışmadan ve kamuoyunda tartışmadan dört yıla indirip, 1999'a çekti.

Bunun için, ilaç sektöründen kazanılan kârlara bakmak gerekir. 2002 yılı istatistiklerine göre, dünyanın en büyük 500 şirketinin toplam kârı 133 milyar dolar. Bu 500 şirketin içinde yer alan 13 ilaç şirketinin ise toplam kârları 50 milyar dolar civarında. 500 şirketin 133 milyar dolarlık kârının 50 milyar dolarını (%37,7) 13 ilaç şirketi yapıyor. Bu 13 şirketin, 500 şirket içindeki ciro payı ise ortalama %2. Yani, %2'lik ciroya karşın, %37,7 karlılık oranı. İşte bu 13 ilaç şirketinin 9'unun ABD firması olması Clinton'un ilgisinin nedenini oluşturuyor.

### **Dışa bağımlılık artacak**

Türkiye'de yıllık 5-6 milyar dolarlık bir ilaç piyasası var olunca pazardan pay kapma yarışı kızışıyor. Patent ve veri imtiyazı uygulamalarıyla rakipsiz kalacak olan yabancı ilaç şirketleri, ilaç fiyatlarını artık kendilerine göre belirleyebilecekler. Son elli yılda kendi ilaç sanayini kurup geliştiren ve dünya standartlarında ilaç üretebilen bir ülke olan Türkiye, ilaç üretiminde kendi kendine yetebilecek 20 ülkeden biri iken, Gümrük Birliği sürecinde verilen imtiyazlarla, üretimin gerilediği, tüketimin ve dışa bağımlılığın arttığı bir konuma doğru gidiyor.

Türkiye'de, patent koruması 20 yıl. Bir ilacın geliştirilmesi için geçen süre, klinik çalışmaları dahil 8-10 yıl. Geri kalan 10 yıllık süre içerisinde ilacı geliştiren firma dışında hiçbir firma bu ilacın orjinal molekülü ile eşdeğer (jenerik) ilaç üretiliyor. Patent süresi dolduktan sonra, diğer firmalar bunun eşdeğerlerini üretebiliyor. Örneğin, Viagra'nın patent koruma süresi sona erdi. Artık dileyen hemen jenerikini üretebilir.

Tedavi edici özellikleri açısından, patentli orjinal ilaçtan hiçbir farkı bulunmayan jenerik ilaçlar, her ülkede olduğu gibi, Türkiye'de de patentli orjinal (marka) ilaçlardan çok daha ucuzdur (Kamunun ilaç harcamaları azaltılmaya

çalışıldığı için, eşdeğerlik prensibine göre yani etken maddesi aynı olan eşdeğerler arasında en ucuz ilaç devlet tarafından alınıyor). Jenerik ilaç üretim ve kullanımı, zengin ülkelerde sağlık sigorta bütçe dengeleri açısından tercih edilirken; yoksul Afrika, Güney Amerika ülkeleri ve çok nüfuslu Çin, Hindistan gibilerinde hayati önem taşıyor. Birçok Avrupa ülkesi de sağlık harcamalarında tasarrufa giderek patentli, orijinal (marka) ilaç yerine jenerik ilacı tercih etmiş durumda. IMF'nin sağlık harcamaları ile ilgili raporundaki verilere göre patentli ilaçların % 62'si ABD'de, %21'i ise Avrupa ülkelerinde satılıyor. Orijinal moleküllü ilaçlar her yıl yüzde 10 büyürken, jenerik ilaçlar pazarı yüzde 20 artış kaydediyor. Bu sonuçlara göre bugün için 35 milyar dolar olan jenerik ilaç pazarının 2008 yılında 80 milyar dolara çıkması tahmin ediliyor. Dünyada jenerik pazarında en büyük isimler İsraili Teva ile Novartis'in bir grup şirketi olan Sandoz. Birbirine çok yakın pazar payı olan bu iki firmayı Alman Merck KgaA, Hexal ve Ratiopharm izliyor. Jenerik ilaç alanının en büyük firması Teva, 2003 yılında 3.3 milyar dolar ciroya imza attı. Teva'nın en önemli rakibi Sandoz'un geçtiğimiz yıl cirosu ise 2.9 milyar doları buluyor. Üç Alman jenerik ilaç üreticisi Merck KgaA 2003'te 1.8 milyar dolar, Hexal 1,4 milyar dolar ve Ratiopharm 1,3 milyar dolar satış gerçekleştirdiler. Amerikan Mylan firması ise 1 milyar dolarlık satış payı ile altıncı sırada yer alıyor.

### **Uluslararası tekellerin acımasızlığı**

İlaç, uluslararası tekellerin acımasızlığının en çarpıcı olduğu ürün kolu. İlaç firmalarının yüksek fiyat politikası nedeniyle yüzbinlerce AIDS hastası tedavisiz kalma tehlikesi altında. Bu konuda Afrika ve Güney Amerika ülkeleriyle ilaç şirketleri kıyasıya pazarlık yürütüyorlar. 10 yıl önce, ABD bile Bayer ve Glaxo firmalarına açıkça kaçak jenerik ilaç üretimine izin verme tehdidinde bulunarak % 40'a yakın indirim sağlamıştı. Dünya ilaç tekellerinin doymak bilmez kâr hırsı karşısında tüm ülkeler çözümler arıyor. Brezilya, ne veri imtiyazını ne de patent yasasını tanımadığını ilan



**Türkiye'de sağlık harcamalarının önemli bölümünü oluşturan ilaç maliyetleri veri imtiyazından sonra daha da artacak.**

etti ve AIDS ilacını çok çok ucuza mal ederek halkına dağıtmaya başladı. Güney Afrika da aynı uygulama içinde.

### **Yeni ilaç ruhsatlandırma yönetmeliği**

Sağlık Bakanlığı, AB'nin verdiği notadan sonra yeni bir ilaç ruhsatlandırma yönetmeliği hazırlayarak yürürlüğe koydu. Yerli ilaç üreticilerini dikkate alan hükümet, başvurusu yapılmış 300 jenerik ilaç için üretim başvurusuna ruhsat verecek. İlaça yasal üretim ve satış izni verilmesini düzenleyen yönetmeliğe göre, orijinal ilaç, Gümrük Birliği'ne dahil ülkelerden birinde ilk defa ruhsat aldığında altı yıllık veri imtiyazı süresi de başlayacak. Yani, yerli ilaç sanayi altı yıl boyunca orijinal ilaca benzer formülle jenerik ilaç üretemeyecek. Türkiye, veri imtiyazını 20 yıl olan patent süresi dahilinde geçerli sayacak. Ruhsat tarihi ne olursa olsun, 20 yıllık patent süresi sona erince, veri imtiyazı da sona ermiş olacak. 1 Ocak 2005 tarihine kadar Türkiye'de yapılmış jenerik ilaç ruhsat başvuruları geçerli kalacak. Yeni çıkarılan yönetmeliğe göre:

- Sağlık Bakanlığı, kamu sağlığını ciddi olarak tehdit eden istisnai durumlarda jenerik ruhsatı verebilecek.
- Ruhsat başvurusu ön incelemesi 30 günde tamamlanacak. Bakanlık, başvuru sahibine bir ay sonunda bilgi vermek zorunda.
- Bakanlık, ön incelemeyi tamamladıktan sonra, ruhsatlandırma işlemlerini 210 gün içinde sonuçlandırarak. Ancak, ruhsat sahibinden talep edilecek farklı bilgi ve belgelere ilişkin süre buna dahil edilmeyecek. Olağanüstü haller ile farklı kamu kurumlarına yapılacak değerlendirme süreleri de bunun dışında tutulacak.
- Ruhsatlar 5 yıl süreyle geçerli olacak.
- Veri imtiyazı dışındaki yönetmelik hükümleri, 30 Haziran 2005'ten itibaren geçerli olacak.

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yönetim Kurulu Başkanı Bülent Eczacıbaşı veri imtiyazı uygulamasının geçiş dönemi tanınmadan yürürlüğe girmesinin yerli ilaç sanayiini olumsuz etkileyeceğini belirtiyor:

## ‘Dışa bağımlılık artacak’

### Veri imtiyazı uygulamasının geçiş dönemi tanınmadan yürürlüğe girmesinin Türk İlaç Sanayiine etkileri?

Veri imtiyazı, 2/97 sayılı Ortaklık Konseyi Kararında yer aldığı şekliyle; belli bir süre için sağlık otoritelerinin jenerik ilaç ruhsat başvurularını kabul etmelerini engelleyen ve patent süresinden bağımsız ek bir pazar koruması olup, süresi ülkeden ülkeye değişmektedir.

Ulusal ilaç endüstrimiz AB ile entegrasyon stratejisi doğrultusunda veri imtiyazı uygulamasına karşı olmadığını tüm platformlarda ifade etmiş, AB aday ülkelerinin çoğu için kabul edilen geçiş dönemli bir uygulama modelini öngörmüştür.

19 Ocak 2005 tarihinde yayımlanan yeni "Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği" ile, 1.1.2005 tarihinden itibaren Gümrük Birliği'ne dahil ülkelerde yeni ruhsat alan orijinal ürünler ve 1.1.2001 tarihinden itibaren Gümrük Birliği'ne dahil ülkelerde ruhsat alan ve Türkiye'de jenerik müracatı olmayan orijinal ürünler için patent süresi içinde 6 yıllık veri imtiyazı uygulamaya konulmuştur.

Jenerik ilaçların, yerli ilaç sanayiince geliştirilip ruhsatlandırılmasını engelleyecek olan veri imtiyazı uygulaması, bir yandan firmaların yeni jenerik ilaç üretimi ve satışını, diğer yandan daha ucuz jenerik ilaçların sağlık sistemine girişini engelleyeceği için her iki kesime de önemli mali yükler getirecektir.

### Jenerik ilaç üretimi yabancı sermayenin Türkiye'ye gelmesini olumsuz etkiler mi?

Jenerik ilaç üretimi ile yabancı sermaye yatırımlarını ilişkilendirmenin doğru olmadığını düşünüyoruz.

Bugün dünyada orijinal ilaç üretiminde öncü olan ABD ile AB ülkelerinde de gelişmiş birer jenerik ilaç endüstrisi bulunmaktadır ve bu ülkelerce jenerik ilaç sektörü desteklenmektedir.

Dünyadaki hemen hemen tüm büyük o-

rijinal ilaç üreticileri iştirakleri aracılığıyla aynı zamanda jenerik ilaç üreticisi konumundadırlar. Ülkemizde de jenerik ilaç üretimi ve pazarlanması alanında çok sayıda yabancı yatırımcı bulunmaktadır.

### Patent ve veri imtiyazı ile ilaçta dışa bağımlılığımız artacak mı?

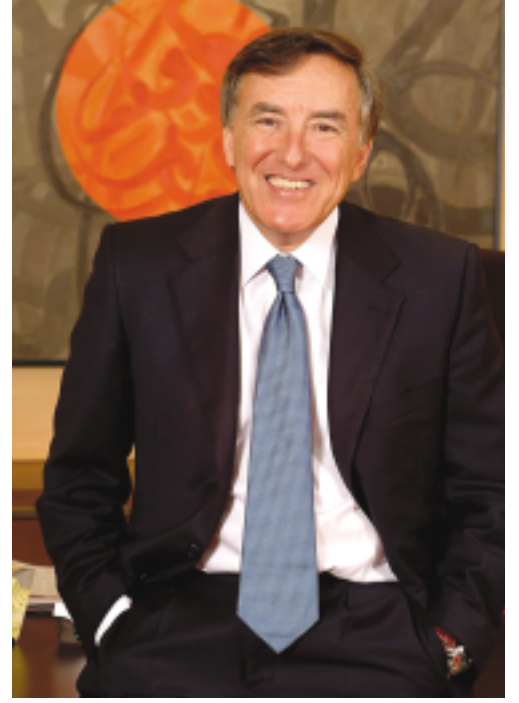
Gerek kullandığı teknoloji, gerekse sahip olduğu bilimsel, teknolojik ve istihdam altyapısı bakımından, AB ülkeleri standartlarını yakalamış bulunan Türkiye İlaç Endüstrisi, yurt içi üretimle ülkemizi dünyada ilaç üretiminde kendine yeterli 18 ülke arasına taşımaktadır. Yurt dışından getirilen ilaçlar arasında biyoteknoloji ürünü olduğu için belirli üretim merkezlerinde yapılabilen ürünler ile tüketimi çok az olduğu için yurtiçi üretimi ekonomik olmayan kan ürünleri ve kanser ilaçları gibi ürünler yer almaktadır.

Ancak, veri imtiyazı uygulamasıyla, orijinal ilaçların yerli jeneriklerinin üretilmeyecek olması nedeniyle Türkiye'nin ilaç tedariki konusunda yabancı bağımlılığının artacağını düşünmekteyiz.

### 1995'de DTÖ ile yapılan anlaşmaya göre Türk İlaç Sanayii 10 yıl patent haklarından muaf olacaktı. 1997'de bu haklarından vazgeçilmesini nasıl buluyorsunuz?

Bilindiği gibi, Türkiye 1995 yılında Dünya Ticaret Örgütü-TRIPs (Trade Related Intellectual Property Rights) Anlaşması'na taraf olmuştur. Bunun yanı sıra Avrupa ile Gümrük Birliği'nin koşullarını belirleyen 6 Mart 1995 tarih ve 1/95 Sayılı Ortaklık Konseyi Kararı imzalanmıştır.

1/95 sayılı Ortaklık Konseyi Kararına ve TRIPs'e uygun olarak 27 Haziran 1995 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren 551 sayılı Patent Kanunu'nun geçici 4. maddesi ile, ilaç ürünleri ve ilaç üretim usullerine patent belgesi verilerek korunması hususu düzenlenmiş ve ilaç üre-



tim usulleri için 2000, ilaç ürünleri için 2005 yılına kadar geçiş dönemi hakkı tanınmıştır. Ne var ki, 1997 yılında kabul edilen 566 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile patent uygulamasının başlangıç tarihi 01.01.1999 tarihine çekilmiştir.

Yasal olarak tanınan bir hakkın kullanılmayarak patent uygulamasının hemen devreye sokulması doğal olarak ulusal ilaç endüstrisinin aleyhine bir durum oluşturmuştur. Daha ucuz olan jenerik ilaçların üretilerek piyasaya sunulmasını geciktirecek bu karar neticesinde ortaya çıkacak olumsuzluklar önümüzdeki dönemde kamu maliyesi üzerinde de hissedilecektir.

### Brezilya, Güney Afrika gibi bazı ülkeler patent yasalarını ve veri imtiyazısını tanımadıklarını deklere edip, ucuz jenerik ilaç üretimine başladılar. Hatta Hindistan jenerik ilaçlar üretip ihraç etmeye başladı. Türkiye'de aynı şey yapılamaz mıydı?

Dünyada veri imtiyazı tartışma konusu olmaya devam etmekte ve her ülkede sağlık harcamaları ve yerli ilaç sanayi için ortaya çıkacak olumsuz etkileri asgariye indirecek çözümler aranmaktadır. Örneğin, Polonya başta olmak üzere, yeni üye ülkeler AB'nin veri imtiyazı süresini uzatan kararına karşı 15 yıllık ayrıcalık tanınması talebinde bulunmuşlardır.

İsrail; güçlü jenerik ilaç sanayii ile, veri imtiyazısına karşı direnmektedir. 1 Ocak 2000'de başlaması gereken veri imtiyazı uygulamasını halen başlatmamıştır.

Hindistan; tüm global baskılara rağmen,

yerli ilaç endüstrisini koruyarak günümüzde ABD ve AB dahil birçok gelişmiş pazara ürün ihraç eder duruma gelmiş ve halen veri imtiyazını uygulamaya koymamıştır. Ülkede ürün patenti uygulaması ise 1 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Dünya Ticaret Örgütü Kuruluş Anlaşmasının getirdiği yükümlülükler çerçevesinde Türkiye patent ve veri koruması ile ilgili düzenlemeleri eksiksiz yerine getirmiştir.

**Yeni bir ilacın keşfi ve üretilmesi yollar alıyor. Milyonlarca dolara mal olan orijinal (marka) ilacın jeneriğinin üretilmesi yıllarca üretim için uğraşan ve büyük paralar harcayan firmalara haksızlık değil mi?**

Jenerik ilaçlar daha önce orijinal ilaç üreticileri tarafından canlılar üzerinde yapılmış klinik çalışmaları tekrarlamadan üretilmektedirler. Günümüzde, bir araştırmacı ilaç üreticisince canlı denekler üzerinde yapılarak başarılı olduğu kanıtlanan klinik çalışmaların jenerik ilaç üreticilerince tekrarlanmasını beklemek gerek etik açıdan, gerekse halk sağlığı bakımından dünyada uygun bulunmamaktadır.

Bunun yerine, bir jenerik ürünün hasta tedavisinde orijinal ürünle eşdeğer tedavi sağladığı biyoyararlanım/biyoeşdeğerlik adı verilen bilimsel çalışmalarla kanıtlanmaktadır. Bunun dışında, bir jenerik ürünün üretiminden satışa sunulmasına kadar geçen tüm evreler orijinal ürünlerle benzer aşamalar sergilemektedir.

Orijinal ilaç üreticilerinin "ilacın patenti alındıktan sonra yapılan klinik çalışmaların 12-13 yıl sürdüğü, geriye patent süresinde sadece 7-8 yıl kaldığı ve bunun da araştırmaya yapılan yatırımların geri dönüşü için yeterli olmadığı" iddiası gerçekleri yansıtmamaktadır.

EGA'nın (European Generic Medicines Association) verilerine göre, pazara yeni bir ilacın verilmesi için geçen süre gün geçtikçe kısalmaktadır. 1986 -1990 yılları arasında ortalama 109 ay (yaklaşık 9 yıl) olarak hesaplanan bu süre, 1991 - 1995 döneminde 96 aya (8 yıl) ve 1996 - 2000 döneminde de 71 aya (6 yıldan az) gerilemiştir.

**Ülkemizde neden Ar-Ge çalışmalarına ağırlık verilmiyor?**

Günümüzde ülkelerin uluslararası standartta Ar-Ge yapabilme kapasiteleri ekonomik durumlarıyla doğrudan ilişkilidir. Sosyal ve coğrafi koşulları, izlenen sosyo ekonomik ve sürdürülebilir politikalar nedeniyle ülkelerin gelir seviyeleri tek-

**'Polonya başta olmak üzere, yeni üye ülkeler AB'nin veri imtiyazı süresini uzatan kararına karşı 15 yıllık ayrıcalık tanınması talebinde bulunmuşlardır. Hindistan; tüm global baskılara rağmen, yerli ilaç endüstrisini koruyarak günümüzde ABD ve AB dahil birçok gelişmiş pazara ürün ihraç eder duruma gelmiş ve halen veri imtiyazını uygulamaya koymamıştır.'**

nolojik düzeyleri, inovasyon yetenekleri ve ekonomik büyümenin sürekliliğini sağlama kapasiteleri birbirlerinden oldukça farklıdır. Dünyada yeni ürün ve proses patenti alınma hızı ölçü olarak alındığında başlıca inovatör ülkelerin sayısı azdır. Bunların tamamında da devletin kendisinin Ar-Ge çalışmalarında büyük rol oynadığını belirtmek lazım. Nitekim, ilaç sektöründeki ABD ve AB kaynaklı bir çok önemli buluş devletin kurduğu enstitülerde yine kamu kaynaklı fonlarla geliştirilmiştir.

Ulusal ilaç endüstrimizde araştırma faaliyetlerinin çok yüksek harcamalar gerektirmesi, araştırma için gerekli meslek ihtisas gruplarına ve teknolojik donanım bütünüyle sahip olunmayışı, yeterli teşviğin yaratılmaması nedeniyle temel araştırma yapılamamakta, ancak formül geliştirme ve adaptasyon çalışmalarına kaynak ayrılabilir.

Bu açıdan değerlendirildiğinde, ülkemizin önde gelen bir jenerik ilaç üreticisi ülke konumuna gelerek, bu yöndeki ihracat potansiyelinin geliştirilmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Bunun yanı sıra devletin teşvik edici uygulamalarıyla üniversite – endüstri işbirliği sağlanarak, Ar-Ge çalışmalarının kapsamının geliştirilmesi gerekmektedir.

**İlaçta reklam yok ama yaygın promosyon ve reprezentlik müessesesi var. Bu konuda neler düşünüyorsunuz?**

İlaç Endüstrisi, bütün ilaç ürünlerinin, uluslararası düzeyde kabul edilmiş iyi imalat standartlarına uygun, güvenilir kalitede imal edip pazarlayarak insan sağlığının daha iyi duruma getirilmesine katkıda bulunmakla yükümlüdür. Bu yükümlülük çerçevesinde, ilaç endüstrisi, sağlık mesleği mensuplarına, ürünleri konusunda doğru bilgi ve eğitim vererek

bu kişilerin, reçeteli ilaçların tam olarak nasıl kullanılacağını açıkça anlamalarını sağlama zorunluluğunda ve sorumluluğundadır.

Dünya'da ve Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalar hekimlerin büyük bir çoğunluğunun ilaç hakkındaki bilgilerini tıbbi temsilciler vasıtasıyla edindiğini kanıtlanmıştır.

Sendikamızın 2003 yılı sonunda yaptırdığı bir araştırmaya göre, pratisyen hekimler günde ortalama 62, uzman hekimler ise ortalama 44 hastaya bakmaktadırlar. Özel hastaneler ve kliniklerde düşük olan bu rakam, devlet ve SSK hastanelerinde 90'a kadar çıkabilmektedir. Hekimlerin bir çok sorun karşısında gösterdikleri tek gerekçe ise "zamansızlık"tır. Her yıl tıp fakültelerinden yaklaşık 5 bin öğrencinin her hastalık için yeterli ilaç bilgisi olmadan mezun olduğu, hekimlerin zaman sorunu, tıp bilimi ve teknolojisinde yaşanan hızlı gelişmeler gözönüne alındığında gerek piyasadaki ilaçların gerekse piyasaya yeni çıkacak ürünlerin sağlık profesyonellerine tanıtımı endüstrimiz açısından çok önemli bir aktivitedir.

Ayrıca, aynı araştırmaya göre, hekimlerin %88'i, ilaç firmalarının tanıtım çalışmalarının, ilaçları tanımaları açısından yararlı olduğu kanaatinde olduklarını göstermektedir.

Firmaların bu sorumluluklarını yerine getirmek üzere gerçekleştirecekleri tanıtım etkinlikleri, etik standartlara uygun olmalı ve sağlık çalışanlarına verilecek bilgiler, hastalarına daha iyi hizmet etmelerine yardımcı olmaları amacıyla tasarlanmalıdır. Bu bilgilerin objektif, doğru, kolayca anlaşılabilen ve yürürlükteki bütün yasalar ile yönetmeliklere uygun bilgiler olması gerekir. Tedavi endikasyonları ve koşulları konusunda öne sürülen görüşler, geçerli bilimsel kanıtları temel almalı ve yan etkilere, kontrendikasyonlara ve alınması gereken önlemlere yeterince yer vermelidir.

**Yeni yayınlanan ruhsatlandırma yönetmeliğini nasıl yorumluyorsunuz?**

Avrupa Birliği'nin 2001/83/EC sayılı beşeri tıbbi ürünler hakkındaki direktifine uyum sağlanması amacıyla hazırlanan Ruhsatlandırma Yönetmeliği'nin, eksik bazı yönleri bulunmakla beraber, bir bütün olarak değerlendirildiğinde sektörün ihtiyaçlarını karşılayabilecek bir yapıda olduğu düşüncesindeyiz.

Sendikamızın konuyla ilgili oluşturduğu çalışma grubu, uygulamada karşılaşılabilecek teknik sorunlar üzerinde çalışmalarını sürdürmektedir.

# 'Veri imtiyazı AB üyeliğiyle birlikte başlamalıydı'



## Veri İmtiyazı uygulamasının geçiş dönemi tanınmadan yürürlüğe girmesinin Türk İlaç Sanayi'ne etkileri sizce neler olabilir?

Türkiye, 1995 yılında AB ile Gümrük Birliği Antlaşmasını imzalamış ve ardından 1997 yılında Ortaklık Konseyi'nde alınan bir kararla 1 Ocak 2001 tarihinden itibaren AB Menşeli ilaçlarda veri imtiyazı uygulama taahhüdünün altına girmiştir. Ancak atılan bu imzadan yerli ilaç sanayi çok daha sonra haberdar olmuştur. Geline bu noktada Türkiye'nin "veri imtiyazına" geçmeyi kabul ettiği bir gerçektir. Dolayısıyla veri imtiyazı uygulamasının geçiş dönemi tanınmadan yürürlüğe girmesi, zamanın Hükümeti tarafından yerli ilaç sanayini bilgilendirmeden, 2001 yılı başında veri imtiyazının başlayacağı konusunda söz verilip imza atılmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumun Türk İlaç Sanayi'ne etkileri çok yönlü olacaktır. Öncelikle, genel sağlık harcamaları içinde ilacın payı artacak, Sosyal Güvenlik Kurumlarının geri ödeme sistemleri önemli finans sorunları ile karşı karşıya kalacaktır. Bu konuda çeşitli kuruluşlar tarafından araştırmalar yapılmış ve raporlar hazırlanmıştır. Bu raporların bazıları veri imtiyazı'nın mali etkilerini yüksek değerler olarak gösterirken, bir kısmı da bunun tam tersini gösteren sonuçlara raporlarında yer vermiştir. Hazırlanan bu raporlardan bir tanesine göre; Türkiye'nin Gümrük Birliği kararı ile verilen

veri imtiyazı taahhüdünün geçiş süresi tanınmadan uygulanması durumunda 6 yıl içinde devletin ilaç harcamalarındaki artışın 1.2 Milyar doları aşacağını, ulusal ilaç sanayinin kaybının ise 660 Milyon dolara ulaşabileceğini ortaya koymaktadır. Raporla ayrıca, büyük oranda iç pazara dayalı faaliyet gösteren yerli hammadde üretim tesislerinin kapabileceğine, sektördeki istihdamın olumsuz etkilenmesine ve ithalata bağımlılığın artacağına değinilmektedir. Dolayısıyla, ulusal ilaç sanayinin yok olma tehlikesi ile karşı karşıya kalma ihtimali ve hükümetin sağlık harcamalarında ortaya çıkacak olan büyük artışlar, konunun ciddiyetini gözler önüne sermektedir.

## Patent ve veri imtiyazı ile ilaçta dışa bağımlılığımız artacak mı?

Öncelikle, patent ve veri imtiyazı birbirinden farklı kavramlardır. Patent, buluş sahibinin buluş konusu ürünü belirli bir süre rekabetten korunarak üretme, kullanma veya satma hakkıdır. Veri İmtiyazı ise en kısa tarifi ile, patent'ten ayrı ek bir ticari imtiyazdır. 2/97 Sayılı Ortaklık Konseyi Kararında ifade edilen "Veri İmtiyazı" (Data Exclusivity), özellikle AB ve ABD'de belli bir süre için sağlık otoritelerinin jenerik ilaç ruhsat başvurularını kabul etmelerini engelleyen, patent süresinin bitiminden sonra bile devam eden bir pazar koruması olup, süresi ülkeden ülkeye değişmektedir. Örneğin, ABD'de 5 yıl olan bu süre, Avrupa Birliği üyesi ülkelerde 10 seneye çıkarılmıştır (2004/27 EEC). "Veri İmtiyazı", ruhsatlandırılmış orijinal ürüne ait verilerin, patent süresi dolduktan sonra yerli jenerik ilaç üreticileri tarafından ruhsat başvuruları esnasında referans gösterilmesine izin verilmemesi ve sadece orijinal ürüne ruhsat hakkı tanınması olup; Fikri ve Sınai Mülkiyet Haklarının ihlali ile de ilgisi yoktur. Veri İmtiyazı ile, jenerik ilaçların, yerli ilaç kuruluşlarınca geliştirilip ruhsatlandırılması ciddi bir biçimde engellenecek, ülkemizin ilaç konusunda

yabancı bağımlılığı önemli boyutta artacaktır. Çok uluslu firmalar lehine yaratılan tekel konumu ile yaklaşık yüzyıllık bir geçmişi bulunan ulusal ilaç endüstrimizin varlığı risk altına girecektir. Son derece hayati bir önceliğe sahip ilaç sektöründe kendi kendine yeterliliğin ülke insanının sağlığı için son derece önemli olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir.

## Yeni bir ilacın keşfi ve üretilmesi yıllar alıyor. Milyonlarca dolara mal olan orijinal ilacın jeneriğinin üretilmesi yıllarca üretim için uğraşan ve büyük paralar harcayan firmalara haksızlık değil mi?

Orijinal ilaç üreticisi, patent korumasıyla birlikte pazarda 20 senelik bir dokümanlığa kavuşmaktadır. Bir molekülün ilaç aşamasına gelinceye kadar sarf ettiği sürenin, yani ar-ge çalışmalarının, ortalama 10 – 12 yıl sürdüğü düşünülürse, orijinal ilacın pazarda tek başına var olacağı yeterli bir süre bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, halk sağlığı ve ilaca ulaşım hakkı da göz önünde bulundurulursa, orijinal ilaç üreticilerinin, pazardaki tekel konumlarını ek süre ile uzatma çabaları önceliğini yitirecektir. Kaldı ki, jenerik üretimi gerek Avrupa Birliği ülkelerinde gerekse ABD'de var olan bir durumdur. Türkiye'de jenerik ilaç üreticileri klinik denemeler yapıp, kendi testlerinin sonuçlarını yetkili makamlara sunmakta serbest iseler de, araştırma maliyetlerinin yüksek olmasının yanı sıra, gereksiz yere hayvan ve insan denekler kullanılacağından dolayı, etik açıdan da sorunlara neden olacaktır. Tüm bu sebeplerden dolayı da jenerik ilaç üreticileri tarafından tercih edilen bir uygulama değildir.

## Orijinal ilaçla jenerik ilaçların tedavi edici özellikleri açısından farklılıkları var mıdır?

Ruhsat başvurusunda bulunan jenerik ilaç firması, orijinal ilaç ile aynı bio- eşdeğerliliğe sahip olduğunu gösteren doküman ve test sonuçlarını yetkili sağlık

## Bazı jenerik ilaçlarla orijinallerinin fiyat açısından karşılaştırılması

O/J	İLAÇ ADI	ETKEN MADDE	FİRMA	FİYAT(YTL)
ORJİNAL	NORVASC 5 MG 20 TABLET	Amlodipin Besilat	PFIZER	18,13
JENERİK	DILOPIN 5 MG 20 TABLET	Amlodipin Besilat	MUNIR SAHİN	6,28
ORJİNAL	TARIVID 400 MG 5 FİLM TABLET	Ofloksasin	AVENTIS	18,18
JENERİK	MENOFLOKS 400 MG 5 FİLM TABLET	Ofloksasin	M.NEVZAT	9,11

otoritesine yani Sağlık Bakanlığı'na sunmak zorundadır. Dolayısıyla, orijinal ilaç ile jenerik ilaç arasında tedavi edici özellikleri bakımından hiç bir farklılık bulunması mümkün değildir.

**Brezilya, Güney Afrika gibi bazı ülkeler patent yasalarını ve veri imtiyazlarını tanımadıklarını deklare edip ucuz jenerik ilaç üretimine başladılar. Hatta Hindistan jenerik ilaçlar üretip ihraç etmeye başladı. Türkiye'de aynı şey yapılamaz mıydı?**

Türkiye, dünya ticaretini belirli kurallara bağlayan ve halen 132 ülkenin taraf olduğu Dünya Ticaret Örgütü Kurulu Anlaşmasına, diğer ülkeler gibi, Anlaşmanın yürürlüğe girdiği 1 Ocak 1995 tarihi itibarıyla taraf oldu. Ayrıca bugün Dünya Ticaret Örgütü'nü kuran anlaşmanın eki olan TRIPS (Ticarette Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Anlaş.) Anlaşmasının 70. maddesi gereği; 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren Türkiye'de ilaçlarla ilgili patent başvuruları işleme alınmıştır. Buna ilaveten, AB ile de 1/95 ve 2/97 Sayılı Ortaklık Konseyi Kararları ile Türkiye'nin patent ve veri imtiyaz konularında izleyeceği yolun seyri de belirlenmiştir. Dolayısıyla, uluslararası anlaşmalara taraf olan Türkiye'nin, bunun aksine bir yaklaşım izlemesi olanaklı gözüküyor. Türk Eczacıları Birliği'nin Veri İmtiyazı ile ilgili görüşü, bunun AB üyeliğiyle birlikte başlaması gerektiği yönündedir.

**İlaçta reklam yok ama yaygın promosyon ve reprezentlik müessesesi var. Bu konuda neler düşünüyorsunuz?**

Piyasada bulunan herhangi bir ürünün alımının özendirilmesi, satışı, reklamı, promosyonu, halkla ilişkileri ve bilgi hizmetleri 'pazarlama' tanımı altında toplanır.

Promosyon, üreticilerin, kendi ürünlerinin satışını artırmak amacıyla, başta hekimler olmak üzere, sağlık çalışanlarına verilen 'küçük' hediye olarak tanımlanır.

Bir ilacın fiyatının belirlenmesinde tanım payı % 3'le sınırlanmıştır. Ancak bu

rakam % 15'in altına düşmemektedir. Patent-OTC-reklam-promosyon dörtlüsünün hedefi, ilacın tüketimini artırmak, hastaları o ilacın tüketimine yönlendirmektir.

Her şeyden önce, promosyonun etik ve yasal bir ihlale kadar varabilecek bir süreç olduğunu düşünüyorum. İlaç yazarı de verirken de esas olan ilacın etkisi olmalıdır. Ülkemizde maalesef ilacın etkisinden öne konan bir mali boyut söz konusudur. Promosyon için harcanan para hekim başına hesaplandığında ayda yaklaşık 400 dolar civarındadır. Hasta açısından, promosyonun artmasının sonucu, hastanın hasta olarak değil tüketici olarak görülmesi, hastanın ya-

**'SSK gelinen noktada iki şey yapabiliirdi: Birincisi, ciddi bir reformla hem altyapısını geliştirerek hem de nitelikli personel sayısını artırarak hizmet kalite ve hızını yükseltebilirdi. Ya da bu hizmeti evrensel kurallara uygun hale getirebilirdi. Geline noktada, SSK ikinci alternatife yönelmiştir. Bunun rasyonel bir açılım olduğunu düşünüyoruz.'**

rarı değil kar güdüsünün öncelenmesi, gerçek hasta talebi yerine yapay piyasa talebinin artması ve akılcı olmayan ilaç kullanımının artmasıdır. İlacın kullanım değerini değil değişim değerini öne çıkaran bu uygulama, ilacın maliyetini artırır ve geniş toplumsal kesimler için alınabilirliğini azaltır.

**Yeni yayınlanan Ruhsatlandırma Yönetmeliği'ni nasıl yorumluyorsunuz?** 19 Ocak 2005 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan, Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği, Avrupa Birliği'nin beşeri tıbbi ürünler ile ilgili

mevzuatına uyum sağlanması amacıyla, 2001/83/EC sayılı beşeri tıbbi ürünler hakkındaki direktifine paralel olarak hazırlanmıştır.

Yönetmelik veri imtiyazı süresi ile ilgili bir düzenleme getirmektedir. Yönetmelikle veri imtiyazı 6 yıl olarak saptanmış ve uygulama başlamıştır.

Yönetmelikte belirtilen önemli başlıklardan bir diğeri de, ruhsatlandırma süresidir. Ruhsatlama işlemi AB'de ortalama 210 gün, ABD'de 90 Gün olarak sınırlanan bu işlem Türkiye'de 18 ile 30 ay arasında tamamlanmaktaydı. Ruhsatlandırma süresi Yönetmelikte ise şu şekilde ifade edilmiştir; "Bakanlık, ön inceleme tamamlanmış eksiksiz bir ruhsat başvurusunu, ruhsatlandırma koşullarının yerine getirilip getirilmediğini inceleyerek, bu başvurunun kabul edilmesini takiben 210 (ikiyüzon) gün içinde sonuçlandırır. Ancak, Bakanlığın başvuru sahibinden talep ettiği hususların temin edilmesi için gereken süre, olağanüstü haller ile Bakanlık dışı kuruluşların değerlendirmeleri bu süreye dahil edilmez. Ayrıca çeşitli hallerde 210 (ikiyüzon) günlük süre durdurulur"

Yönetmelik, Veri İmtiyazı'nın 1 Ocak 2005 tarihinden itibaren, alınmış ve başvurusu yapılmış ruhsatlar dışarıda tutulmak kaydıyla, Türkiye'de başladığını ilan etmektedir. Yönetmelikte yer alan "Veri İmtiyazı süresi", 6 yıl olarak belirtilmiş (AB direktifinde ise 10 yıl) ve ayrıca patent süresi ile de sınırlı kalacak şekilde uygulamaya koyulmuştur. Bu süreler, 2001/83/EEC Sayılı AB Direktifi, referans alınarak oluşturulmuştur. Görevleri arasında; 6643 Sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanun'unda da belirtildiği üzere, "yerli tıbbi müstahzarların revacını temin edecek tedbirleri almak" olan Türk Eczacıları Birliği, doğal olarak yerli ilacın sürekliliğini ve alanın büyük kısmına sahip olmasını savunur. İlaçta fikri hak ve ilaca ulaşım hakkı karşı karşıya olduğunda, ilaca ulaşım hakkı öncelikli olmalıdır. TEB'e göre veri imtiyazına geçiş süreci ise, Türkiye'nin AB üyeliği ile eşzamanlı başlaması gereken bir süreçti.

**SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç almalarını nasıl yorumluyorsunuz?**

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının kapsadığı nüfus, yüzde 92 civarındadır. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı üç büyük kuruluş olarak nüfusun yüzde 81'ini çatısı altında toplamaktadır. Yeşil kartlılar ise yüzde 10 civarındadır.



Bunların arasından SSK, en büyük sosyal güvenlik kuruluşu olarak nüfusun yüzde 30.7'sine kendi özel koşulları ve yer yer evrensel kurallara aykırı yöntemlerle hizmet vermeye çalışmaktaydı. Hem hekimlik hizmeti hem de eczacılık hizmeti açısından, SSK'nın bu yükü kaldıramadığı görülmüştür. SSK bu noktada iki şey yapabirdi: Birincisi, ciddi bir reformla hem altyapısını geliştirerek hem de nitelikli personel sayısını artırarak hizmet kalite ve hızını yükseltebiledi. Ya da bu hizmeti evrensel kurallara uygun hale getirebiledi. Gelişen noktada, SSK ikinci alternatifine yönelmiştir. Bunun rasyonel bir açılım olduğunu düşünüyoruz. Zira, rakamlara baktığımızda SSK'nın evrensel ölçütlere uygun hizmet verebilmesi için, örneğin Türkiye'deki serbest eczacı sayısı kadar eczacı çalıştırması gerektiğini görürüz ki, bu teknik ve mali olarak olası bir proje değildir. Bu bakımdan, SSK'nın iyi hizmet verebilmek için ilaç hizmetini serbest eczanelerden sağlamak dışında bir seçeneği yoktur. Ayrıca, vurgulamış olduğumuz gibi, evrensel kural da bu-

dur. Biz her zaman, herkese eşit, ücretsiz, tek sosyal güvenlik şemsiyesi altında sağlık ve ilaç hizmeti verilmesi gerektiğini savunduk. Ancak ücretsiz derken, katılım payını kastetmiyoruz, hemen belirtelim. Katılım payı hastanın ilaçları akılcı kullanımını teşvik edecek bir düzenlemedir. Bu düzenlemenin ortadan kalkması hem ilaç savurganlığını ve dolayısıyla hem de ilaçtan kaynaklı bir sağlık tehdidini beraberinde getirebilir. Serbest eczaneler bakımından, tek tip protokolün faydaları çok büyüktür. Birincisi, çoklu geri ödeme kurumlarının yerini tek bir kurum almıştır. Bu, geri ödeme sistemindeki sorunları büyük oranda azaltacaktır. İkincisi, toplam ilaç harcamalarının yüzde 40'ına sahip SSK ve Yeşil kartlıların serbest eczanelerden ilaç alması, ilaç pazarını yüzde 40 oranında büyütüştür. Bu eczane ekonomisini önemli ölçüde rahatlatacaktır. Bir diğeri, eczacıların ilaç danışmanlık hizmeti vermesi konusu artık çok daha ciddi bir biçimde gündeme gelmiş olacaktır. Artık rekabet, bilgiye dayalı ol-

maya başlayacaktır.

### Uygulamayı kısaca anlatır mısınız?

Uygulama bakımından, SSK'lı hastalar için çok büyük bir fark oluşmadı. Hasta reçetesi, vizite kağıdı, sağlık karnesi ve nüfus cüzdanı ile anlaşmalı eczaneye giderek ilacını alabilecek. Onbeş binin üzerinde eczacı SSK ile protokol yaptı. Dolayısıyla eczane bulma sıkıntısı yaşanmayacak. Şimdi yaşanan sıkıntı, SSK'nın provizyon sisteminin yetersiz olması. 15.000 eczacının aynı anda bağlanmasını kaldıracabilecek bir altyapıları henüz yok. Elbette her zaman olduğu gibi, ilk uygulama olmasından, bürokrasiden, altyapıdan kaynaklı sorunlar mevcuttur. Sorunları karşılaştıkça çözen, onları öngörmeyen bir mantıkla yürümeye çalışmak, istenir değildir ve her seferinde sistemi kilitleme noktasına getiren bir işlev görmektedir. Ancak, çözümler de hızla bulunacaktır. Provizyon sistemi ile ilgili sorunun da kısa süre içinde, hatta belki bu röportaj yayımlanmadan çözülmüş olacağını düşünüyoruz.

## Türk Periodontoloji Derneği 35. Bilimsel Kongresi

**12-14 Mayıs 2005**  
**The Marmara Otel**  
**İstanbul**  
[www.turkperio2005.org](http://www.turkperio2005.org)

### Konuşmacılar:

Sirkka Asikainen	(İsveç)
Selim Badur	(Türkiye)
Köksal Baloş	(Türkiye)
Nurcan Buduneli	(Türkiye)
Ahmet Efeoğlu	(Türkiye)
Jean Louis Giaovannoli	(Fransa)
Cem Gürkan	(Türkiye)
Norbert Gutknecht	(Almanya)
Ira Lamster	(Amerika)
Francesco Martelli	(İtalya)
Haviye Nazliel	(Türkiye)
Carlos Nemcovsky	(İsrail)
Stefan Renvert	(İsveç)
Ubele van der Velden	(Hollanda)

Kongre iletişim adresi:  
Interium Organizasyon  
Tel: 0212 29288 08  
Fax: 0212 292 88 07  
[www.interium.com.tr](http://www.interium.com.tr)  
e-mail: [info@interium.com.tr](mailto:info@interium.com.tr)

## Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

### 2. Uluslararası Hipnoz Kongresi

**5-8 Mayıs 2005**  
Yeditepe Üniversitesi  
Dişhekimliği Fakültesi  
Bağdat Cad. No: 238  
Göztepe – İstanbul

Başvuru için: Dt.Ali Eşref Müezzinoğlu, Dr. Pınar Bilgin Tel: 0216 363 60 44 – 330

## Protefix® Yara ve Koruma Jeli

**Ağrılı Protez vurmalarında  
aftlarda  
ağız mukoza iltihaplarında**

**Alkol ve Lidokain  
içermez**



**sadece  
eczanelerde**

**Protefix® yara ve koruma jeli:**

- Kimyasal tahrişler, diş telleri ve protezlerin mekanik baskısından oluşan yaralarda kullanılır
- Acıyı azaltır
- Yaraların iyileşmesini hızlandır
- Ağız mukozasında yanma veya uyuşma olmaz
- Alkol ve lidokain içermez



Tel: (0216) 474 81 81  
Fax: (0216) 474 88 18  
[www.aktifdental.com](http://www.aktifdental.com)  
e-mail: [aktif@superonline.com](mailto:aktif@superonline.com)  
[info@aktifdental.com](mailto:info@aktifdental.com)



QUEISSER  
D-06641 Flensburg  
Tel. 0461 - 0 90 01 72  
Fax 0461 - 0 90 01 78  
Internet: [www.queisser.de](http://www.queisser.de)

Arsenik ve paraformaldehitli devitalizan patlar:

# Artık kullanmayalım!

■ İlgin Akçay\*  
Bilge Hakan Şen\*\*

**P**ulpa ve periodontal ligamentin, ana kanal, yan kanallar ve dentin kanalları ile yakın ilişkisi göz önüne alındığında; pulpa odasına konulan kimyasal ajanların kolaylıkla komşu periodontal ve periapikal dokulara ulaşabileceği ve zararlı reaksiyonlara yol açabileceği ortadadır.

Ağrılı bir pulpayı, ekstirpe etmeden önce devital hale getirmek için çeşitli maddeler kullanılmıştır. Hızlı bir etki göstererek pulpayı birkaç gün içinde devitalize eden bu maddeler, dişeti ve kemik üzerinde son derece yüksek sitotoksik etkiye sahiptir. Böyle bir ajanın kaviteden veya apikal foramenden sızması, dişeti ve kemikte yaygın nekroz oluşumuna, hatta osteomyelite neden olmaktadır.<sup>1-3</sup> Yüksek sitotoksiteleri ve neden oldukları şiddetli komplikasyonlar nedeniyle, bu ajanların modern endodontik uygulamalarda kullanılmalarının savunulacak bir yanı bulunmamaktadır.

Bu derlemenin amacı, arsenik ve/veya paraformaldehit içeren maddelerin kullanımı sonucu ortaya çıkabilecek komplikasyonlar hakkında dişhekimlerini bilgilendirmek ve uyarmaktır.

## **Dişhekimliğinde Arsenik ve Paraformaldehit Kullanımının Tarihçesi**

Arsenik dental hastalıklarda kullanımı eski Çin ve Roma İmparatorlukları

na dayanmaktadır.<sup>4</sup> 1492'de "Haly Abbas" adlı bir bilim adamı, pulpanın devitalizasyonunda önce arsenik kullanımını, arsenik ya da afyonun ağrıyı kesemediği vakalarda ise kor haline getirilmiş iğnelerin kullanılmasını önermiştir.<sup>5</sup>

S. Spooner (1836), arseniğin "arsenik asit" formunda, pulpitis vakalarında kullanımını tarif eden ilk Batılı dişhekimisi olarak tanınmakla beraber, dişi arsenik asitle örtülediğinde dentinin desensitize olduğunu keşfeden kardeşi J.R. Spooner'dır.<sup>5,6</sup> Spooner kardeşler, üç ölçü arsenik asit ve bir ölçü sentetik morfinden oluşan bir karışım kullanmış, uygulamanın hiçbir risk oluşturmadığını bildirmiş, ayrıca çok az ağrı yarattığını ya da hiç ağrıya neden olmadığını iddia etmiştir.<sup>5</sup> Ancak, daha sonraları arsenik asidin birçok vital dişi devitalize ettiği görülünce, uygulamanın tamamen terk edilmesi önerilmiştir.<sup>6</sup>

1839'da Harris, arseniğin öldürücü bir zehir olduğunu iddia etmiş ve kullanımının yaygın hale gelmesine engel olmaya çalışmıştır.<sup>5</sup> Bilinen tüm risklerine karşın, arsenik içeren materyallerin canlı enflame pulpaların tedavisinde oldukça popüler olmasının nedeni o dönemlerde lokal anestezilerin henüz bulunmamış olmasıdır. Lokal anesteziler etkin hale gelene dek, arsenik, pulpitis tedavisinde önemli rol oynamış, ekspozite pulpalari devitalize etmekte kullanılmış ve yüzyıldan fazla bir süre yaygın olarak uygulanmıştır.<sup>1,2,5-8</sup> Önceleri arsenik, trikrezol kreolin ve trioksümetilen bazı ürünler pulpa devitalizasyonunda kullanılmış, daha sonra yerlerini paraformaldehitli patlar almıştır.<sup>2,9</sup>

Formaldehit, 1893'den itibaren, irrite ve enfekte pulpa ve kök kanallarının dezenfeksiyonu için uygulanmıştır. Ancak, araştırmacılar tedaviye eşlik eden ağrı nedeniyle kullanımının kontrendi-

ke olduğunu bildirmişlerdir. 1897'de Boennecken, 500 adet arsenik devitalizasyonundan sonra yapılan başarılı formalin mumifikasyon olgusu belirtmiştir. 1898'de paraformaldehit, trikrezol, kreolin, trioksümetilen ve gliserin içeren Gysi patı hastalıklı pulpalarda kullanılmak üzere önerilmiştir.<sup>6,7</sup> Bu pat mortal pulpotomilerde oldukça popüler olmuştur. "Gysi'nin üçlü patı" adı verilen patın aktivitesi paraformaldehitten yavaşça serbestlenen formaldehite bağlıdır. Bu patın kullanımı dönem itibarıyla Avrupa'da çok yaygınlaşmış, Amerika'da destek görmüştür.<sup>6</sup>

Gysi patından sonra Robin patı, onu takiben Easlick, Triozinc, Neoparaform, Endomethazon, Kortisomol, Riebler ve Oxpara adlı patlar kullanılmıştır.<sup>10</sup> 1924'de, o dönem için yeni bir pulpa devitalizasyon ajanı olan "paraformaldehit" yaygın kabul görmüştür. Daha sonra araştırmacılar tarafından uygulamaları tarif edilmiştir.<sup>7</sup>

Formokrezolü 1904'de Buckley Amerika'ya tanıtmıştır. Buckley, formalin ve trikrezolden eşit ölçülerde almış, materyaller arasında meydana gelen kimyasal etkileşim sonucunda, enflamasyonlu pulpanın son ürünlerinin kokusuz, enfekte içeriğe sahip olmayan zararsız bir yapı haline gelmesine çalışmıştır. Üçlü pat Amerika'da tam olarak popüler hale gelememiştir. Bununla beraber, özellikle süt dişlerinin tedavisinde formokrezol uygulaması oldukça ilgi uyandırmıştır.<sup>6</sup>

Pulpa devitalizasyonunda arsenik, paraformaldehit ya da diğer toksik materyallerin kullanımının şiddetli doku yıkımına neden olduğu birçok olgu bildirilmesine ve etkili anestezilerin ve güvenilir yöntemlerinin geliştirilmesine karşın, toksik devitalizan maddelerin klinik kullanımı halen devam etmektedir.



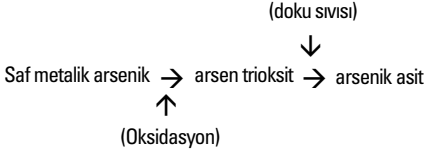
\* Dişhekimisi, Ege Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Endodonti Bilim Dalı

\*\* Prof.Dr., Ege Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Endodonti Bilim Dalı

## Devitalizan Maddeler

### Arsenik

Dişhekimliğinde, genellikle, arseniğin suda çözünebilir ve arsenik asidi ( $H_3AsO_4$ ) oluşturan trioksit ( $As_2O_3$ ) formu kullanılmıştır.<sup>1,2,5</sup>



Arsenik, arsenik aside dönüştükten sonra pulpaya rezorpsiyon ve difüzyonla etki eder. Damarlarda çizgisiz kas felcine yol açarak, endotelilerin ve damar duvarlarının yıkımına neden olur. Sinirlerde dejenerasyona yol açar ve pulpa hücrelerinde plazmoliz ve karyolize neden olarak nekroz oluşturur. Arsenik trioksidin vasküler yataklar üzerinde zehirli etkisi vardır.<sup>8</sup>

### Arsenik Uygulamasında Oluşan Komplikasyonlar

Endodontik tedavi süresinin azalması ile arseniğin irritan etkilerinden korunmak için vital ekstirpasyon, mortal ekstirpasyona tercih edilir olmuştur. Tüm bu olumlu gelişmelere rağmen dişhekimleri, anestezinin tutmadığı tüm hastalarda hala arsenik trioksidi kullanmaktadırlar. Bununla beraber, uzun süreli uygulamanın ya da arsenik sızıntısının periodontal dokularda şiddetli hasara yol açabileceği hekimler tarafından oldukça iyi bilinmektedir.<sup>8</sup>

Lokal arsenik toksisitesinin sonuçları oldukça dramatik olabilmektedir. Birçok kitap arseniğin hem kullanımını, hem de tehlikelerini anlatmıştır. 1899'da Ottolengui, kaviteden sızan arseniğin, şiddetli hasara neden olacağını, hatta etkisini sürdürerek dişin kemik soketini tamamen rezorbe edeceğini, böylece dişin en sonunda kaybedileceğini açıklamıştır. Black de, kaviteden sızan materyalin dişeti dokusuna ve alveoler yapıya zarar vererek çeşitli dişleri tehlikeye atabileceğini belirtmiştir.<sup>9</sup>

Yakata ve arkadaşları,<sup>8</sup> alt ikinci molar devitalizasyonu sonrasında, birdenbire ortaya çıkan alt dudak parestезisi ile kendini belli etmiş lezyonu hızlandırıcı bir etken olarak arsenik trioksidi göstermiştir. Yaygın fibrozis ve granülasyon dokusundan meydana gelen ve progresif mandibula osteolizisini tarif ettikleri olguda kemik ve diş cerrahi o-

larak çıkartılmıştır.

Modern endodonti kitaplarında arsenik kullanımı ile ilgili herhangi bir bölüm yer almamakta, ancak komplikasyonlarına değinilmektedir. Ingle ve Taintor<sup>12</sup> malpoze alt molar dişin giriş kavitesi hazırlanırken perforasyon oluşan bir olgudan bahsetmişler, arsenik uygulaması sonucu kemikte yıkım meydana geldiğini ve hastanın 2 hafta boyunca acı çektiğini bildirmiştir.

Smart ve Barnes<sup>5</sup> eksik kanal tedavi üst sol daimi molar dişin pulpasına kobalt devitalizan pat (Kri) (*klorfenol-kâfur-mentol ile karıştırılmış, arsenik açığa çıkartan bir pat*) uygulanan bir olgu sunmuştur. Hasta uygulamayı takiben şiddetli ağrılardan şikayetçi olmuş ve farklı bir pat serbest dişhekimliği tarafından tekrar kanala yerleştirilmiştir. Araştırmacılar kemikte yer yer radyolüsent alanlar saptamışlar, diş çekip, çevreleyen nekroze kemik dokusunu çıkartmışlardır. Çekilmiş dişin furkasyosundan sarkan pamuk peledi incelediklerinde ise arsenik emdirildiğini anlamışlardır. Zararlı yan etkilerinin bulunmadığı, ağrısız pulpa devitalizasyonu gerçekleştirdiği, güvenilir bir anestetik ajan olduğu iddia edilen "Kri" adlı patın, hasta şikayetleri doğrultusunda tamamen zıt özelliklere sahip olduğu görülmüştür.

Bataineh ve arkadaşları<sup>4</sup> arsenik kullanımına bağlı olarak çene kemiklerinde meydana gelmiş olan nekrozlardan bahsetmiştir. Arseniğin protoplazmik bir zehir olduğu için kemik üzerine direkt etkisinden dolayı nekroz meydana getirdiği öne sürülmüştür. Sekestrasyondan arsenik açığa çıkması, bu toksik maddenin dokularda yaygın dağılım gösterdiğinin delilidir (Resim 1).<sup>1,4,7,12</sup> Özmeriç<sup>1</sup> 2002'de yayımlanan çalışmasında arseniğin periodonsiyuma sızmasına bağlı olarak şiddetli alveoler kemik nekrozu meydana gelmiş bir hastayı ele almıştır. Bu olguda dişin çekilmesi ancak erken müdahale sayesinde önlenbilmiştir.

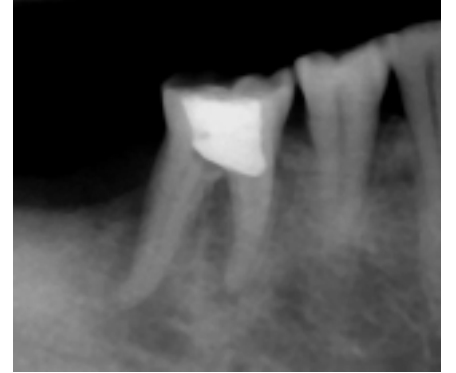
Arsenik trioksidin uzun süre ağız içinde bırakılmasının ya da sızıntısının periodontal dokularda ve alveoler kemikte şiddetli hasara yol açabileceği, bununla da kalmayıp osteomyelit veya oroantral fistüle yol açabileceği de bilinmektedir. Bu tür komplikasyonlar, tedavilerin dikkatli yapılmasına ve gerekli önlemler alınmasına karşın günümüzde karşımıza çıkmaya devam etmektedir. Yalçın ve arkadaşları,<sup>13</sup> üst çenede her iki bi-



Resim 1. Arsenik kullanımından 5 ay sonra ortaya çıkan kemik sekestri (Bataineh ve ark.4)



Resim 2. Daha önce arsenik yerleştirilmiş olan alt 1. molar diş. Lingual dişetinde gri-siyah renk değişikliği izlenmektedir.



Resim 3. Aynı dişin radyolojik görüntüsü.

inci molar dişinin devitalizasyonunda arseniğin uygulandığı bir olguda meydana gelen oroantral fistülü tedavi etmiştir. Hastanın önceki dişhekiminin uyguladığı arsenikli pat yumuşak dokulara sızmış, kemik nekrozu meydana gelmiş, sonrasında mobil hale gelen dişleri aynı hekim çekmiş ve takiben oroantral fistül oluşmuştur.

Şiddetli ağrı şikayeti ile Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Endodonti kliniğine başvuran hastanın alt 1. molar dişine anestezi yetersizliği nedeniyle daha önce arsenik uygulandığı, fakat hastanın bu konuda bilgilendirilmediği belirlendi. Acil müdahale sırasında yapılan muayenede dişetin gri-siyah renk aldığı gözlemlendi (Resim 2) ve dişin röntgeni çekildi (Resim 3). Şüphelenilerek kavite hemen açıldığında bi- →



**Resim 4. Daha önce açılan endodontik kavitenin bifurkasyon bölgesinde perforasyona neden olduğu net bir şekilde izlenmektedir**



**Resim 5. Formokrezol kullanımına bağlı olarak sol alt lateral kesicinin kaybı. Gingival defekt ve nekrotik kemik izlenmektedir (Kawakami ve ark. 16).**



**Resim 7. Arsenik kullanımından 5 hafta sonraki radyolojik görüntü. Diş soketinin çevresindeki radyolüseni belirgin olarak izlenmektedir (Kawakami ve ark. 16)**

furkasyonun perfore, kemiğin ise nekroze olduğu saptandı. Bu olguda, ne yazık ki diş çekildi ve çekim sırasında kök fraktürü meydana geldi (Resim 4). Çekim bölgesinin küretajını takiben dişeti cerrahi olarak remodele edildi.

### Paraformaldehit

Formaldehit metanolün tamamlanmamış yanması sonucu ortaya çıkan bir gazdır.<sup>6</sup> Çoğunlukla %19 formaldehit, %35 krezol, gliserin ve su içeren çeşitli

kompozisyonlarda formokrezol bileşikleri bulunmaktadır. Bunlar arasında popüler olmuş Buckley formülü; formokrezol, trikrezol formalin, krezolinli formaldehit adları altında satılmıştır. Birçoğu %37 oranında formaldehit içermektedir. Bu tür bileşikler içindeki trikrezol komponenti %5 fenol içermektedir.

Paraformaldehit, formaldehitin polimerik hidrat (polimerize) yapısındaki halidir ve konsantre çözeltide çöker. Seyreltme ile paraformaldehit tekrar çözünür. Paraformaldehit (trioksümetilen), %90-99 arasında formaldehit içeren bir tozdur. Sıvı safhada, oda sıcaklığında formaldehit gazı çıkarmak için toz ve su buharlaşır.<sup>6,10</sup>

Formaldehit parçalanma sonucunda pulpa proteinleri ile birleşir. Doku içinde pıhtılaşma ve sertleşmeyi sağlayarak doku özelliklerinde fazla değişiklik yapmadan dokuyu tespit eder. 2-3 hafta içinde etki gösterir. Kişiden kişiye değişir. Pulpa dentinle örtülü ise daha geç etki eder.<sup>14</sup>

### Paraformaldehitli Patların Uygulamalarında Oluşan Komplikasyonlar

Berger ve arkadaşları,<sup>6</sup> 1930'ların başlarında yapılmış çalışmalar sonucunda formalin, krezol ve paraformaldehitin sağlıklı bağ dokusuna irritan olduklarını bildirmiştir. Periapikal enflamasyonlu çevre dokuyu takiben pulpada dejeneratif değişiklikler meydana gelmiştir. Block ve arkadaşları<sup>15</sup> dişhekimliğinde kullanılan paraformaldehit ve formaldehit bileşiklerinin pulpa dokusunu antijenik olarak aktifleştirdiğini göstermiş ve hücre medyatörlü immün yanıt meydana geldiğini bildirmiştir. Stabholtz ve Blush,<sup>7</sup> Toxavit (Lege Artis, Almanya) kullanımı sonucu kemik krestinde nekroz meydana gelen bir olgu sunmuştur. Dişteki çürük miktarı ve derinliği belirlenemediğinden sızdırmaz bir geçici dolgu sağlamadığı gibi, patın önerilen süreden daha uzun olarak, iki ay boyunca kavitede bırakıldığı saptanmıştır.

Alt molar dişlerinde pulpitis olan bazı hastalarda bölgesel anestezinin, çeşitli anestezî tekniklerine rağmen oldukça güç gerçekleştirildiğini düşünüp, böyle olgularda ağırlı enflame pulpayı devitalize etmek için hala paraformaldehitli patlar kullanılmaktadır. Paraformaldehitin dişeti ve kemikle direkt temas halinde meydana gelecek toksik etkileri çok iyi bilinmektedir. Formaldehit bile-

şikleri pulpa sınırları içinde kalmayıp yumuşak ve sert dokulara sızarak sinirlerin destrüksiyonuna, alerjik yanıtlara bağlı olarak parestezilere ve lokalize nekrozlara neden olurlar.<sup>2,7,10,16</sup> Periapikal dokulara sızan veya taşan paraformaldehitin tümüyle uzaklaştırılabilmesi için dokudaki toksik materyalli kısım ve/veya sekestrasyon lokal olarak çıkarılmalıdır.<sup>2,17</sup>

Felice ve arkadaşları,<sup>9</sup> alt sağ birinci molar dişin enflame ve semptomlu pulpasına uygulanmış paraformaldehitli preparatın (Toxavit) geçici dolgu maddesinde sızıntı oluşması nedeniyle marginal dişeti ve kortikal alveol kemiğinde lokalize kimyasal nekroza neden olduğu ve böylece dişin kaybedildiği bir olgu bildirmiştir. Özgöz ve arkadaşlarının<sup>2</sup> izledikleri olguda paraformaldehitin toksik etkileri periodontal dokularda görülmüş; diş, ancak periodontal, endodontik ve koruyucu kombine tedavilerle kurtarılabilmektedir.

Araştırmacılar, paraformaldehit uygulamalarının alerjik reaksiyonlara neden olabileceğini ve bu şekilde tepki veren hastalarda diş dolgusundan sonra anafilaktik durumlar meydana gelebileceğini, dolayısıyla paraformaldehitin periodonsiyum ve kemikte zararlı yan etkilere neden olabileceğini belirtmişlerdir.<sup>9</sup> Paraformaldehit içeren devitalizan ajanın uygulandığı hastalarda kardiyovasküler semptomların da eşlik ettiği anafilaktik reaksiyonlar ortaya çıkabilmektedir.<sup>18</sup>

Formokrezolün güvenilirliği, klinik uygulamalarda uzun süredir kullanılıyor olmasına rağmen toksik potansiyel özellikleri nedeni ile sorgulanmaya başlanmıştır. Zarzar ve arkadaşları,<sup>19</sup> formokrezolün insanlar üzerinde zararlı bir madde olduğunu gösteren bilimsel kanıtların var olmadığını iddia etmiştir, oysa bunun tam tersini gösteren klinik olgular mevcuttur (Resim 5, 6 ve 7).<sup>16,17</sup> Radiküler pulpa kanallarına uygulanan formokrezolün sistemik dolaşıma katıldığı görülmüştür.<sup>19,20</sup> Ayrıca, formokrezol ve bileşenlerinden biri olan formaldehitin mutajenik ve karsinojenik potansiyele sahip olduğu yapılan hayvan çalışmalarında gösterilmiştir.<sup>10</sup> İnsanlarda pulpa medikamenti olarak kullanılan formokrezolün etkilerini inceleyen fazla çalışma yoktur. Öne sürülen kümülatif mutajenik etkilerinden dolayı *in vivo* olarak normal tedavide kullanımını incelenmelidir, çünkü çocuklarda ve yeni jenerasyonlarda hasara yol →

açabilir.

### Son söz

Arsenik ve formaldehit bileşikleri, neden oldukları lokal şiddetli komplikasyonların yanı sıra, günümüzde potansiyel karsinojen ajanlar olarak da kabul edilmektedir. Bu son derece zararlı kimyasal ajanların kullanımının, modern endodonti öğretiminde yer almamasına; referans kitaplarda kullanım risklerinden bahsediliyor olmasına; anestezi madde ve tekniklerinin doğru uygulanması ile vital ekstirpasyonda yeterli olmasına;<sup>11</sup> ve vital ekstirpasyon sonrası yapılan kanal tedavilerinin başarı oranlarının çok yüksek (%98–99) olmasına karşın,<sup>21</sup> neden hala kullanılmasında ısrar edildiğini anlamak mümkün değildir.

Arsenik ve formaldehit bileşiklerinin çağdaş dişhekimliğinde ihtiyaç duyulmasa da devam eden gerekçesiz kullanımını konusunda tüm dişhekimleri bilgilendirilmelidir. Özellikle hasta hakları ve malpraktis ile ilgili yasa ve yönetmeliklerinin yakın bir gelecekte yürürlüğe gireceği düşünülürse, dişhekimleri bu konuda olanca dikkati göstermelidir. Davis, daha 1921 yılında lokal a-

nesteziklerin sinir blokajında yeterli olduğunu ve arsenik içeren preparatlar kullanılmaması gerektiğini belirtmiştir. Dişhekimlerine endodontik amaçlı olarak etkin anestezi solüsyonlar ve alternatif anestezi teknikleri konusunda teo-riğe ve pratiğe yönelik bilgi vermek ve bu konularda pratik kurslar düzenlemek, arsenik/paraformaldehit içeren ajanların kullanımını azaltmak yolunda bir adım olacaktır.

### KAYNAKLAR

1. Özmeriç N. Localized alveolar bone necrosis following the use of an arsenical paste: a case report. *Int Endod J* 2002; 35: 295-99.
2. Özgöz M, Yağız H, Çiçek Y, Tezel A. Gingival necrosis following the use of a paraformaldehyde-containing paste: a case report. *Int Endod J* 2004; 37: 157-61.
3. Garip H, Salih IM, Şener BC, Göker K, Garip Y. Management of arsenic trioxide necrosis in the maxilla. *J Endod* 2004; 30: 732-6.
4. Bataineh AB, al-Omari MA, Owais AI. Arsenical necrosis of the jaws. *Int Endod J* 1997; 30: 283-7.
5. Smart ER, Barnes IE. Tissue necrosis after using an arsenical endodontic preparation: a case report. *Int Endod J* 1991; 24: 263-9.
6. Berger JE. A review of the erroneously labeled "mummification" techniques of pulp therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972; 34: 131-44.
7. Stabholz A, Blush MS. Necrosis of the crestal bone caused by the use of Toxavit. *J Endod* 1983; 9: 110-113.
8. Yakata H, Azumi T, Kawasaki T, Nakajima T. Extensive osteolysis of the mandible following devitalization of a tooth by arsenic trioxide. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43: 462-6.
9. Di Felice R, Lombardi T. Gingival and mandibular bone necrosis caused by a paraformaldehyde-containing paste. *Endod Dent Traumatol*. 1998; 14:196-8.
10. Lewis BB, Chestner SB. Formaldehyde in dentistry: a review of mutagenic and carcinogenic potential. *J Am Dent Assoc* 1981; 103: 429-34.
11. Meehan JG. Supplementary routes to local anesthesia. *Int Endod J* 2002; 35: 885-96.
12. Ingle J, Taintor J, eds. 3rd ed., Lea & Febiger, Philadelphia, 1985.
13. Yalçın S, Aybar B, Haznedaroğlu F, Yücel E. Bilateral oroantral fistulas following devitalization of teeth by arsenic trioxide: a case report. *J Endod* 2003; 29: 205-7.
14. Aktener BO. E.Ü. Dişhek. Fak. Endodonti B.D. Ders Notları, İzmir.
15. Block RM, Lewis RD, Sheats JB, Burke SH. Cell-mediated immune response to dog pulp tissue altered by 6.5% paraformaldehyde via the root canal. *J Endod* 1978; 4: 346-52.
16. Cambuzzi JV, Greenfield RS. Necrosis of crestal bone related to the use of excessive formocresol medication during endodontic treatment. *J Endod* 1983; 9: 565-7.
17. Kawakami J, Muto T, Shigeo K, Takeda S, Kanazawa M. Tooth exfoliation and necrosis of the crestal bone caused by the use of formocresol. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95: 736-8.
18. Modre B, Kranke B. Anaphylactic reaction to formaldehyde. *Allergy* 2001; 56: 263-4.
19. Zarzar PA, Rosenblatt A, Takahashi CS, Takeuchi PL, Costa Junior LA. Formocresol mutagenicity following primary tooth pulp therapy: an in vivo study. *J Dent* 2003; 31: 479-85.
20. Block RM, Lewis RD, Hirsch J, Coffey J, Langeland K. Systemic distribution of 14C-labeled Paraformaldehyde incorporated within Formocresol following pulp treatments in dogs. *J Endod* 1983; 9: 176-89.
21. Wu MK, Wessellink PR, Walton RE. Apical terminus location of root canal treatment procedures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 89: 99-103.

## Restoratif Dişhekimliği Derneği

### IV.Uluslararası Bilimsel Kongresi

### X. Konservatif Diş Tedavisi Bilim Dalları Toplantısı (EFCD) Avrupa Konservatif Federasyonu Genel Kurulu

**19 – 22 Mayıs 2005**

**Silence Beach Resort Hotel  
Manavgat / Antalya**

#### Konuşmacılar:

Reinhart Hickel (GER)  
Guido Vanherle (BEL)  
Nair Wilson (UK)  
Fatma Koray (TR)  
Andrej Kielbassa (GER)  
Berrin Dayangaç (TR)  
Gottfried Schmalz (GER)  
Fusun Özer (TR)  
Raimond N B von Duinon (NL)  
Taner Yücel (TR)

#### Konular:

Adesiv ve estetik restorasyonlar  
Biyoaktif dentin bağlayıcılar  
Direkt restorasyonlar  
Fluorid  
Remineralizasyon

#### Bilgi için:

Tel: 0216 467 06 47  
Fax: 0216 467 06 51  
e-mail: congress@topkon.com  
www.restoratif.org

## Dünden Bugüne Türk Dişhekimliği Sempozyumu

(Hocalarımız anlatıyor)

**28-30 Nisan 2005  
Selçuk Üniversitesi-Konya**

S.Ü. Dişhekimliği Fakültesi ile  
İstanbul Dişhekimliği Mezunları ve  
Mensupları Derneği'nin  
ortak organizasyonudur.

*Serbest poster sunuları için  
son başvuru tarihi 25 Şubat 2005'tir.  
SDE puanı için başvuru yapılacaktır.*

#### Başvuru ve ayrıntılı bilgi için:

Organizasyon Komitesi Başkanı  
Prof.Dr. Yaşar Bedii Göyenc  
Tel: 0.332.223 12 27  
e-mail: ygoyenc@selcuk.edu.tr

Sekreterlik  
Yrd.Doç.Dr. Bora Öztürk  
Tel: 0.332.223 12 44  
e-mail: bozturk@selcuk.edu.tr

<http://www.dent.selcuk.edu.tr/sempozyum.htm>

# Sabit restorasyonların simantasyonlarında kullanılan simanlar

■ Deniz Şen\*

Günümüzde sabit protetik restorasyonların simantasyonunda kimyasal yapıları, sertleşme mekanizmaları, kullanım özellikleri farklı olan simanlar ve adeziv reçineler kullanılmaktadır. Dişhekimi çinko fosfat, polikarboksilat ve cam iyonomer simanları dışında reçine modifiye cam iyonomer ve adeziv simanlar olmak üzere farklı siman türleri arasında seçim yapmak zorundadır. Bu seçimi yaparken pek çok soruyla karşı karşıya kalır. Çinko fosfat simanların modası geçmiş midir? Adeziv özellikteki simanlar mı tercih edilmelidir? Adeziv reçine simanlar daha dayanıklı mıdır? Yeni adeziv teknikleri diğer simantasyon tekniklerine göre daha hassas mıdır?

Bu sorulara cevap verebilmek için öncelikle geleneksel simanı ve adeziv simanı tanımak gerekir.

Simanlar ve adeziv reçine simanlar arasındaki temel fark; sertleşme reaksiyonlarıdır. Simanlar likit ve toz karışımı sonucu oluşan asit baz reaksiyonu ile sertleşirken, adeziv reçineler polimerizasyon olayı ile sertleşirler. Günümüzde adeziv olarak isimlendirilen reçinelerin pek çoğu gerçekte adeziv özelliğe sahip değildir. Özellikle dimetakrilat kompozitler, primer veya çeşitli bağlayıcı ajanların kullanımıyla yapılan yüzey işlemleri sonucu bağlantı sağlanmaktadır. Sadece 4-Meta veya MDP içeren monomerlere sahip olan adeziv reçineler, adeziv özelliklere sahiptir.

Siman ve adezivler arasında bir yapıya sahip değişik siman türleri de geliştirilmiştir. Reçine modifiye cam iyonomer simanlar olarak tanımlanan simanlar cam iyonomer ve reçinelerin özelliklerini taşırlar. Reçine modifiye cam iyonomer simanlar yapılarındaki polialkenoik asitteki karboksit grupları nedeniyle adeziv özelliğe sahiptirler. Yapılarına reçine ilave edildiği için cam iyonomer simanlardan daha dirençlidirler<sup>19,51,52</sup>.

## Sabit restorasyonların simantasyonunda kullanılan simanlar

Sabit protezlerin klinik başarılarında simantasyon önemli bir yer tutar. Diş preperasyonu ile optimum retansiyon ve direncin sağlanması amaçlansa da simanlar diş ve restorasyon yüzeyini kaplayarak bu iki farklı yapıyı bir arada tutar ve mikrosızıntıya karşı koruyucu görev yaparlar.

İdeal simanlar, kuron ve diş yapıları arasında oluşan arayüzeylerde veya koheziv nedenlere bağlı olarak oluşan baskı ve çekme dirençlerine dayanıklı, kuronu yerinden çıkarmaya yönelik kuvvetlere dirençli, diş ve restorasyon yüzeyini ıslatabilecek özellikte, yeterli film kalınlığına ve vizkoziteye sahip, ağız kavitesindeki çözünmelere karşı dirençli, dokularla uyumlu ayrıca yeterli çalışma ve sertleşme zamanına sahip olacak özellikte olmalıdırlar.

Sabit restorasyonların simantasyonunda 5 farklı tip siman kullanılmaktadır. Çinko fosfat, polikarboksilat, cam iyonomer, reçine modifiye veya hibrit cam iyonomer simanlar, kompozit reçine ya da adeziv simanlar<sup>19</sup>.

## Çinko fosfat simanlar

Asit baz reaksiyonu ile sertleşir. Tozu

%90 ZnO ve %10 MgO, likit ise %67 fosforik asitten oluşur. %33 oranında su içerirler. Su içeriği asitin iyonozasyonunu kontrol etmek, dolayısıyla sertleşme zamanı açısından önemlidir. Açık bırakılan likit şişesi suyun kaybına sebep olur ve sertleşme gecikir. Likit bulutumsu görünürse suyun buharlaştığından şüphe edilmelidir<sup>16,69</sup>.

Toz ve likit yaklaşık 1.5 dakika süre ile karıştırılır. Simanın direnci toz likit oranına bağlıdır. Toz oranı arttıkça direnç artar. Baskı (80-110 MPa) ve çekme (5-7 MPa) dirençleri çiğneme kuvvetlerine karşı yeterlidir. Çinko fosfat simanlar, uzun köprülerde oluşan yüksek çiğneme kuvvetlerine karşı dirençli olacak şekilde yüksek elastikli modülüne sahiptir (13 GPa)<sup>3</sup>.

Çinko fosfat simanları herhangi bir madde ile kimyasal bağlantı oluşturmaz bağlantı yalnız mekaniktir. Bu nedenle diş kesim şekli tutuculukta oldukça önemlidir. Çinko fosfat simanlar; prefabrikte veya döküm post, metal inley, onley, sabit kuron köprü restorasyonları ve alüminöz tam seramik kuronların simantasyonunda kullanılırlar<sup>19</sup>.

## Polikarboksilat simanlar

Çinko oksit ve magnezyum oksit tozlarının yüksek moleküler ağırlıkta poliakrilik asitle karışması sonucu oluşan asit baz reaksiyonu sonrası sertleşirler.

Film kalınlığı fazladır. İlk sertleşme sırasında lastik kıvamında olduğundan bu safhada taşkın simanları kuron kole bölgesinden temizlerken dikkatli olmak gerekir. Polikarboksilat simanların, çinko fosfat simanlara göre baskı dirençleri (55-85 MPa) daha düşüktür ancak çekme dirençleri (8-12 MPa) daha yüksektir<sup>69</sup>.

Polikarboksilat simanlar hidrofilitirler ve dentin yüzeyini ıslatabilirler. Karboksilik asit ve kalsiyum arasında reaksiyon sonucu diş dokusu ile kimyasal

\* Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi A.D.

bir bağ oluşturabilirler. Bazı araştırmacılar polikarboksilat simanlarda mikrosızıntı olmadığını belirtirken, başka bir grup araştırmacı ise çinko fosfat ve polikarboksilat simanlarında mikrosızıntı olduğunu açıklamıştır.

Kuron restorasyonunun dişle uyumu iyi olduğunda ayrıca kimyasal bir adezyona gerek olmadığını belirtilmektedir. Koheziv kopmalar siman kalınlığının 250 mikrondan fazla olduğu yerlerde görülmektedir<sup>19</sup>.

Polikarboksilat simanların plastik deformasyona dirençleri çinko fosfat simanlardan daha azdır. Bu nedenle uzun köprü protezlerinde yüksek çiğneme stresi olan bölgelerde kullanımı çok uygun değildir. Ayrıca bazı polikarboksilat simanlar flour içerir fakat flour salımlaması cam iyonomerlere göre çok azdır. En önemli özellikleri biyolojik uyumlarının olmasıdır. Çiğneme kuvvetlerinin fazla yüksek olmadığı bölgelerde ve hassasiyeti olan dişlerde tek üyeli restorasyonların simantasyonunda kullanılır<sup>3,19</sup>.

#### Cam iyonomer simanlar

Silikat ve polikarboksilat simanların bir karışımıdır. Alüminyum fulorosilikat cam partikülleri ve zayıf polialkenoik asit itakonik, maleik ve trikarboksilik içeren likitin asit baz reaksiyonu sonucu sertleşir. Tartarik asit akıcılığı sağlamak ve çalışma zamanını artırmak için kullanılır. Asit içindeki karboksil gruplarıyla dentin ve mine apatitindeki kalsiyum ve fosfat iyonları arasında iyonik bağlar oluşur<sup>37,39,41,43,49,59,68</sup>. Adeziv olmayan simanlarla karşılaştırıldıklarında; cam iyonomer simanların mikrosızıntılarının az olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bazı araştırmalar, retansiyon özelliklerinin çinko fosfat simanlarla karşılaştırıldığında çok yüksek olmadığını belirtmektedirler. Baskı dirençleri polikarboksilat ve çinko fosfatlara göre daha yüksektir (90-230 MPa), ancak elastiklik modülü çinko fosfat simanlara göre düşüktür. Bu nedenle yüksek stres alan bölgelerde elastik deformasyon riski vardır<sup>3,16</sup>.

Daha önceki çalışmalara göre, ince film kalınlığına ve karıştırıldıktan kısa bir süre sonra oluşan sabit vizkoziteye sahiptirler<sup>57</sup>. Bu da kuron restorasyonlarının simantasyonunun çinko fosfat simanlara göre kolay olmasına neden olur<sup>66</sup>.

Bununla birlikte film kalınlığının az olması tamamen avantaj sayılamaz ince

siman bölgelerinde mikroçatlaklar oluşabilir. En önemli dezavantajları erken sertleşme döneminde nemden etkilenecek çözünmeleridir. Suyla veya tükürkle temas çinko fosfat ve cam iyonomer simanlarda sertliği etkiler. Restorasyonun kole uyumu iyi değilse su emilimi ile çözünme oluşur. Kuron simantasyonundan sonra vazelin sürülerek nemden etkilenmesi önlenmiş olur<sup>19</sup>.

Simantasyon sırasında dentin hidrasyonu sağlamak gerekir. Pulpada oluşabilecek hasarlar ve simantasyon sonrası hassasiyet, kavite preperasyonu sırasındaki iritasyona, kuron restorasyonunun simante edilmesi sırasında oluşabilecek aşırı baskı sonucu simanın incelmesine ve mikrosızıntıya bağlı olabilir<sup>19,56</sup>.

Florür açığa çıkardığı ve çürük önleyici etkisi olduğu belirtilmiştir. Ancak florür açığa çıkmasına rağmen kole bölgedeki çok az miktardaki simanın çürük önleyici olarak klinik açıdan etkili olmadığı belirtilmektedir<sup>18,19</sup>.

#### Kompozit reçine simanlar

Kompozit reçine simanlar BİSGMA ve diğer metakriatlardan oluşurlar. Kimyasal yolla, ışıkla veya hem kimyasal hem ışıkla polimerize (dual-cure) olabilirler. Değişik renk ve opaklıkta olabilirler, kimyasal yapıları nedeniyle diş dokularıyla adezyon sağlarlar. Mineye adezyonları etchinglenen mine yüzeyinin hidroksiapatit kristallerine mikromekanik bağlantı ile olur. Dentine adezyon ise hidrofilik monomerlerin etchinglenen dentinin kısmen demineralize apatit yapısına penetrasyonu ile gerçekleşir. Bu şekilde reçinenin difüze olduğu alan veya hibrit tabakası oluşur<sup>11,19</sup>.

Simanın içinde polimerizasyon sırasında oluşan stresler, siman ve diş arasında aralık oluşmasına neden olur. Bağlantı kuvveti polimerizasyon streslerinden yüksek ise bağlantı bozulmaz. Kompozit reçinelerin etchinglenen seramiklere bağlantısı yeni geliştirilen bondingler kullanıldığında dentine olan bağlantı kadar yüksektir<sup>19,21</sup>.

Baskı ve çekme kuvvetlerine karşı yüksek direnç gösterirler. Ağız ortamında çözünmezler. Pek çok reçine adezivlerinde %50-70 arasında cam veya silika vardır. Dolgu maddeleri sayesinde hibrit reçine ve cam iyonomer simanlarla karşılaştırıldıklarında kole bölgesinde aşınmaya karşı daha dirençlidirler. Bu

nunla birlikte dolgu maddelerinin artmasıyla vizkozite artar dolayısıyla akıcılık azalır<sup>70</sup>. Ayrıca film kalınlığı da artar. Bazı kompozit reçine simanlar florür içermektedir<sup>15,49</sup>.

Polimerizasyon büzülmesi problemine rağmen bu tip simanlar yeterli retansiyonu olmayan kuron restorasyonları için uygundur. Kompozit reçine simanlar, kompozit reçine esaslı restoratif materyallere ve silan uygulanmış porcelenlere ayrıca kumlanmış metal alaşımlarına da kimyasal bağlantı sağlarlar. Pek çok malzeme ile bağlantı sağlaması, direncinin yüksek olması, çözünürlüğünün olmaması, renk uyumunun sağlanabilmesi başlıca avantajlarıdır. Kompozit reçine simanlar özellikle inley ve onley, veneer gibi estetik restorasyonlarda ayrıca sabit kuron köprü restorasyonlarının simantasyonunda kullanılmaktadır. Reçine bağlantılı köprülerin simantasyonunda ise kimyasal yolla polimerize olan reçine kompozit simanlar kullanılmaktadır<sup>19</sup>.

#### Reçine modifiye cam iyonomer simanlar (hibrid cam iyonomer simanlar)

Metal poliakrilat tuz ve polimer oluşumu sonucu sertleşme reaksiyonu olur. Floroalüminosilikat cam tozları ile metakrilat grup modifiyeli polialkenoik asit solüsyonunun reaksiyonu sonucu oluşan asit baz reaksiyonu ile sertleşir. Kimyasal yapılarından dolayı reçine modifiye veya hibrid cam iyonomer olarak isimlendirilirler<sup>55,72</sup>.

Bu simanların baskı ve çekme kuvvetlerine karşı dirençleri çinko fosfat, polikarboksilat ve bazı cam iyonomer simanlardan daha yüksektir. Kompozit reçine simanlardan ise daha düşüktür. Mine ve dentine adezyonları, florür açığa çıkarmaları açısından cam iyonomer simanlara benzerler. Ayrıca reçine kompozit simanlara bağlantı sağlarlar. Sertleşme sırasında neme karşı dirençlidirler ve cam iyonomer simanlara göre çözünürlükleri daha azdır. Çürük önleyicidir ve mikrosızıntıya karşı dirençlidirler. En önemli avantajları karıştırma ve kullanım özellikleridir. Ayrıca ince film kalınlığına sahiptirler<sup>72</sup>.

En önemli dezavantajı ise polye Hema'nın hidrofilik yapısıdır. Bu özellik, plastisite, su emilimi ve higroskopik genişlemeyi artırır. İlk su emilimi polimerizasyon büzülmesi stresleriyle kompanse edilse bile devam eden su emilimi yapıyı bozar ve boyutsal değişimlere

neden olur<sup>69</sup>. Bu nedenle tam seramik feldspatik kuronlarda kullanımı uygun değildir<sup>19</sup>. Likitindeki serbest monomerler nedeniyle biyolojik uyum açısından şüphelidir.

Seyrek olmakla birlikte dimetakrilatların allerjik olmaları nedeniyle karıştırma sırasında dikkatli kullanılması önerilmektedir. Metal ve metal porselen kuronların simantasyonunda da kullanılabildikleri gibi core yapımında da kullanılmaktadırlar. Post simantasyonu yapıldığında, genişleme özelliklerinden dolayı kök kırıklarına neden olabilirler. Diş preperasyonundan sonra hassasiyet giderici olarak kullanılan reçine primerlerin çinko fosfat ve polikarboksilat simanların retansiyonu engellerken cam iyonomer, kompozit reçine ve reçine modifiye cam iyonomer simanları etkilemediği belirtilmiştir<sup>3,16,19</sup>.

### **Simanlarda olması gerekli özellikler**

#### **Biyolojik uyum**

Simanlar; vücut dokuları ve likitleri ile minimum reaksiyona girmeli, nontoksit olmalı, allerjik potansiyeli düşük olmalıdır<sup>16,28,35</sup>. Polikarboksilat simanlar pulpa irritasyonu söz konusu olduğunda çinko fosfat ve cam iyonomer simanlara göre biyolojik uyum açısından daha iyidirler. Sertleştiklerinde pH derecesi yüksektir, daha düşük bakteriyel mikrosızıntı gösterirler<sup>5,15,22,56,67</sup>.

Histolojik açıdan bakıldığında özellikle dentin kalınlığı 1 mm nin altında olduğu zaman pulpa hassasiyeti oluştuğu belirtilmektedir. Pulpa hassasiyeti simanın irritasyonundan çok dentine bakteriyel bulaşma sonucu oluşur<sup>30,46</sup>. Simantasyon sonrası oluşan hassasiyetin kullanılan simandan çok, diş preperasyonu ve sonrasında yapılabilecek hatalara bağlı olabileceği düşünülmektedir<sup>38,46,58</sup>.

Adeziv reçine simanlarda simantasyondan sonra görülen hassasiyet ise reçinenin polimerizasyonunun tamamlanmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta ve personelde görülen reçine simanlarla ilgili hassasiyet oranı oldukça düşüktür<sup>10,12,17</sup>.

**İdeal bir siman, diş ve restorasyon arasında çürük oluşumunu engellemelidir.** Cam iyonomer simanların tükürükteki florür iyon konsantrasyonunu kısa sürede artırdığı belirtilmektedir. Gerek geleneksel gerekse reçine modifiyeli olan cam iyonomer simanların çürük oluşumunu azalttıkları belirtilmiştir

tir. Ancak in vitro çalışmalarda cam iyonomer, çinko fosfat veya reçine simanlarda çürük oluşumunu azaltma açısından fark olmadığı gözlenmiştir. Bununla birlikte yeni geliştirilen cam iyonomer simanlarında florür açığa çıktığı gözlenmiştir<sup>20,29,36,50,54</sup>.

#### **Retansiyon**

Restorasyonlar simante edildiklerinde diş dokuları ve simanlar arasında oluşan adezyon, çiğneme ve parafonksiyonel alışkanlıklar arasında ortaya çıkan mekanik streslere dayanıklı olmalıdır. Sürekli tekrarlayan bu streslere karşı görülen direnç, yorgunluğa karşı direnç olarak isimlendirilir. Yorgunluk testleri yapıldığında cam iyonomer ve kompozit reçine simanlar çinko fosfat simanlardan daha dirençli bulunmuştur<sup>52</sup>.

Mekanik streslere ilave olarak simanın ağız ortamında oluşan ısıl değişikliklerden etkilenmemesi gerekmektedir. Bu nedenle ideal olarak simanların ısı genişleme katsayıları, diş dokularının ısı genişleme katsayılarına yakın olmalıdır. Stresler reçinenin adeziv veya koheziv direncinden fazla olursa hatalar oluşur. Tükürük diş ve restorasyon arasındaki bağlantıyı etkileyen faktörlerden biridir. Siman veya adezivler ağız ortamında çözünebilir. Adezyonu sağlama açısından polikarboksilat simanlar çinko fosfat simanlardan daha iyidir. Cam iyonomer simanlarda ise dentinin conditioner olarak bilinen poliakrilik asit solüsyonuyla işleme tabi tutulması sonucu adezyon sağlanır<sup>16,51</sup>.

**İdeal simanlar restorasyona gelecek fonksiyonel kuvvetlere karşı dirençli olmalıdır**<sup>32</sup>. Baskı direnci klinik performansı açısından önemlidir. Minimum 24 saatte 70 MPa olmalıdır. Cam iyonomer simanlarda baskı direnci 200 MPa ya çıkmıştır<sup>38</sup>.

Sünme veya akma zamana bağlı simanlarda oluşan deformasyondur. Cam iyonomer simanların sünme vey akma değerleri polikarboksilat simanlara göre daha yüksektir. Çinko fosfat simanların da sünme veya akma değerleri oldukça düşüktür. Isıya bağlı oluşan değişikliklerde önemlidir. Çinko fosfat simanların ısı değişiminden fazla etkilenmedikleri belirtilmektedir<sup>14,47,71</sup>.

Simanların özelliklerini değerlendirirken karıştırma şeklinin ve oranlarının simanların özelliklerinde çok etkili olduğu bilinmektedir. Çinko fosfat simanların toz likit oranlarındaki %30 a-

zaltma ile birden fazla sayıda üyeli restorasyonların yapıstırılabilceğini ancak %26 oranında baskı direncinin azaldığı belirtilmiştir<sup>51</sup>.

### **İdeal simanlar mikrosızıntıya karşı dirençli olmalıdır.**

Restorasyon etrafında organizmaların mikrosızıntısı pulpayı etkiler. Restorasyonun dayanıklılığının azalmasına neden olur<sup>42</sup>. Adeziv reçine simanlarda ve reçine modifiye cam iyonomer simanlarda mikrosızıntının azaldığı belirtilmektedir<sup>60</sup>.

İdeal siman ağız sıvılarında çözünmelidir. Toz likit oranındaki farklılıklar çözünürlükte çok etkili olmaktadır<sup>45</sup>. Polikarboksilat simanlar laboratuvar testlerinde çok başarılı görünmelerine rağmen klinikte aynı başarıyı gösterememektedirler. Çok akışkan karıştırıldıklarında dirençleri azalmakta ve çözünürlükleri artmaktadır. Cam iyonomer simanlar ise ilk başta neme karşı çok hassastırlar<sup>72</sup>. Yeni geliştirilen reçine modifiye cam iyonomer simanlarda su absorpsiyonu görülür. Su absorpsiyonu mekanik özellikleri olumsuz yönde etkilemektedir<sup>8,31</sup>. Panavia gibi adeziv simanlar çinko fosfat, cam iyonomer veya geleneksel reçine simanlarla karşılaştırıldığında; retansiyonun daha yüksek olduğu görülmektedir<sup>4,13,24,42,63</sup>.

Restorasyon materyali ile simanlar arasındaki bağlantıda önemlidir. Çinko fosfat simanlar amalgama karşı kompozite olduğundan daha yüksek bağlantı kuvveti oluştururlar<sup>26</sup>. Kalsiyum hidroksit veya potasyum oksalat gibi pulpa koruyucu ajanlar çinko fosfat, cam iyonomer veya reçine simanların tutuculuğunu azaltmaktadır<sup>38,61,62</sup>.

#### **Optik özellikler**

Transludent seramik restorasyonların kullanımının artmasıyla yapıstırıcı simanların estetik özellikleri ön plana çıkmıştır. Özellikle veneer ve inley tipi restorasyonlarda optik özellikler önemlidir. Siman veya adezivin ışığı yansıtması gerekir. Reçine simanlar özellikle ön bölge tam seramik kuronların yapıstırılmasında kullanılmaktadır<sup>6,9,44</sup>. İdeal yapıstırıcı simanlar radyoopak olmalıdırlar. Radyografik incelemede arayüzde siman artıkları ve oluşabilecek sekonder çürükler görülebilmelidir<sup>25</sup>.

#### **Film kalınlığı**

**Simanların film kalınlığı klinik başarıda oldukça etkilidir.** Çinko fos-



fat ve reçine modifiye cam iyonomer simanlar film kalınlığı açısından birbirlerine benzer özellikler gösterirler. Film kalınlığı farklı olan simanlarda farklı siman aralığı sağlamak gerekir<sup>2,57,64,69,73</sup>. Kompozit reçine simanlar kullanıldığında vizkoziteleri yüksek olduğu için çinko fosfat, cam iyonomer veya polikarboksilat simanlara göre kuron restorasyonlarının simantasyonu sırasında hatalar olabilir. Ancak üstün mekanik özellikleri ve adezyon sağlamaları açısından tercih edilmelerine rağmen film kalınlığı fazla olduğundan kuron yerleştirmede sorunlar olabilir<sup>71</sup>. Film kalınlığı arttıkça çekme direnci de azalmaktadır. Film kalınlığı toz likit oranı ve karıştırma ısısından da etkilenmektedir. Soğukta karıştırma ve toz likit oranının artması cam iyonomer simanların film kalınlığını azaltır. Aksine dual cure reçine simanlarda düşük ısıda karıştırıldığında film kalınlığı artar<sup>7,65</sup>. Film kalınlığına ilave olarak simanların sertleşme zamanı da sıcaklıktan etkilenir. Sıcaklık arttıkça cam iyonomer ve reçine simanların çalışma ve sertleşme zamanı kısalmır<sup>1,23,34</sup>.

#### **Kullanım özellikleri**

Gerek siman gerekse adeziv reçine simanların kullanımları özel bir teknik gerektirmeyecek şekilde basit olmalıdır. Kuron restorasyonları simante edildikten sonra koleden taşan simanların temizlenmesi kolay değildir.

Cam iyonomer simanlar sertleşme reaksiyonu sırasında nemden korunmalıdır. Simantasyon sırasında kontrollü bir basınç uygulanmalıdır. Aşırı basınç dentin kanalları içinde iritasyona neden olabilir.

Çalışma zamanı ve sertleşme zamanı da önemlidir. Çalışma zamanı bazı simanlarda kimyasal yapıları nedeni ile kısa olur. Bunların çok üyeli protezlerde kullanılmaması gerekir. Sertleşme zamanı da mümkün olduğunca kısa olmalıdır<sup>51,52</sup>.

#### **Klinik endikasyonlar**

##### **Geleneksel sabit protetik restorasyonlar**

Tüm geleneksel tip asit baz reaksiyonu ile sertleşen simanlar, ekonomik olmaları, kullanım kolaylıkları, koledeki artık simanların kolaylıkla temizlenebilmesi gibi özellikleri nedeniyle başarıyla kullanılmaktadır<sup>7,33,54</sup>. Bakteriostatik özellikleri de vardır. Özellikle tam çene veya çok üyeli kuron protezlerinin si-

mantasyonunda kullanılmaktadır. Polikarboksilat simanlar biyolojik uyum açısından avantajlıdır. Özellikle dayanaklar canlı olduğunda ve aşındırma fazla yapılmışsa polikarboksilat simanlar tercih edilir.

Adezyon sağlamaları ve çürük engelle-yici etkileri nedeniyle cam iyonomer simanlar kullanılır. Ancak geleneksel kuron köprü restorasyonlarında çalışma zamanları kısa olduğundan tercih edilmezler<sup>52</sup>.

**Tam seramik kuronların simantasyonunda** diş ve seramik arasında bağlantı oluşturacak, ayrıca kuron restorasyonlarında oluşabilecek kırıkları önleyecek simanlar kullanılmalıdır<sup>27</sup>. Reçine simanlar retansiyon açısından diğer simanlardan daha iyidirler, aynı zamanda yüksek direnç sağlarlar<sup>52</sup>. Yüksek bağlantı sağlamak için seramik yüzeyinde yapılan işlemler de önemlidir. Reçine modifiye cam iyonomer simanlar da kullanılabilir. Ancak bu simanların kullanımı sonrası kırıkların oluştuğu belirtilmektedir. Bir firma yaptığı çalışmalar sonucunda; reçine modifiye cam iyonomer simanların tam seramik kuronlarda, porselen veneerlerde ve kole bölgesi porselen olan metal seramik kuron restorasyonlarında kullanımının uygun olmadığını belirtmiştir (Dentsply, Advance)<sup>51</sup>.

##### **Minimum preperasyonlarda hazırlanan restorasyonlar**

Geleneksel simanlarda adeziv özelliği çok azdır veya yoktur. Ayrıca mekanik olarak zayıflatılır. Bu nedenle geleneksel siman kullanılacağı zaman, preperasyonlarda ideal retansiyon sağlanması çok önemlidir<sup>48,52</sup>.

Porselen veneerlerin simantasyonunda adeziv reçine simanlar kullanılmaktadır. Veneer, inley restorasyonların simantasyonunda dual cure adeziv reçine simanlarda tercih edilir. Yoğunluk ve renk özellikleri açısından idealdir. Mekanik özellikleri ile birlikte optik özellikleri nedeniyle tercih edilirler. Aynı zamanda ışığı absorblama özelliğine sahip olmalıdır<sup>52</sup>.

**Alüminöz seramik veya alümina zirkonya seramik türü seramiklerle yapılan restorasyonların simantasyonunda** cam iyonomer simanlar kullanılabilir. Ayrıca retansiyonu artırmak için Silicoater veya Rocatec sistemleri gibi özel silika kaplama yöntemleri kullanılması önerilmektedir<sup>53</sup>.

##### **Reçine bağlantılı köprülerin siman-**

**tasyonunda** kimyasal yolla polimerize olan adeziv reçineler kullanılır. Metalin dişlerden gri yansıma yapmasına engel olurlar<sup>52</sup>.

#### **Sonuç**

Gerek seramik gerekse adezivlerdeki gelişmelerle simantasyon işleminin yanında bonding kavramı da önem kazanmıştır. Restorasyonların simantasyonunda restorasyon tipi düşünülerek karar verilmelidir.

Bonding işleminin geliştirilmesi ile diş dokularının korunması ve daha estetik restorasyonların yapılması sağlanmaktadır. Fakat hassas bir teknik gerektirir. Bonding işlemi için rubber dam kullanılması önerilir. Kuron protezlerin simantasyonunda özellikle subgingival restorasyonlarda rubber dam yerleştirmek mümkün olmaz.

Simantasyon işlemi klinik açıdan daha basittir. Daha sonraları geliştirilen reçine bağlantılı cam iyonomer simanlar simantasyon ve bonding arasındaki farklılıkları kaldırma eğilimindedir. Çünkü yapılan ve özellikleri reçine ve siman arasında kalır. Preperasyon çok kısa yapıldığında veya koniklik açısı istenilen ölçüde olmadığında reçine modifiye cam iyonomer simanlar kullanılabilir. Ağız ortamındaki nemden fazla etkilenmezler, dolayısıyla rubber dam kullanımına gerek yoktur. Ancak asitle işlem gerektirdiklerinden etchingleme sırasında kole bölgesinde dişeti korunmalıdır<sup>52</sup>.

Simantasyon işlemi sabit protetik restorasyonların son aşamasıdır. Restorasyonun başarısından sorumludur. Kuron köprü restorasyonlarının simantasyonunda; her biri farklı fiziksel özelliklere, kullanım sürelerine ve klinik koşullara uygunluklarını etkileyecek farklı kimyasal yapıya sahip değişik simanlar kullanılmaktadır. Tek bir tip siman her türlü klinik koşul için uygun olmaz. Dolayısıyla klinik başarı hekimin kullanılan materyalin yapısı ve kullanım özellikleri hakkındaki bilgi ve değerlendirmesine bağlıdır.

#### **KAYNAKLAR**

1. Abdullah H, Pearson GJ. The effect of temperature change on the working and setting time of two luting cements. *Asian J Aneshet Dent* 1993;1:91-4.
2. Alkumru HN, Wilson HJ, Bor S. The fit of all ceramic crowns cemented with different luting agents. *J Marmara Univ Dent Fac* 1992;1:198-202.
3. Anusavice KJ. Philips. Science of dental materials. 10th ed. 555-81, WB Saunders, Philadelphia, 1996:555-81.
4. Ayad Mf, Rosenstiel SF, Salama M. Influence of tooth surface roughness and type of cement on retention of complete cast crowns. *J Prosthet Dent*

1997;77:116-21.

5. Bapna MS, Mueller HJ. Leaching from glass ionomer cements. *J Oral Rehabil* 1994;21:577-83.

6. Berrong JM, Weed RM, Schwartz IS. Color stability of selected dual-cure composite resin cements. *J Prosthodont* 1993;2:24-7.

7. Brackett WW, Vickery JM. The influence of mixing temperature and powder \ liquid ratio on the film thickness of three glass-ionomer cements. *Int J Prosthodont* 1994;7:13-36.

8. Braem MJ, Lambrecht P, Gladys S, Vanherle G. In vitro fatigue behavior of restorative composites and glass ionomers. *Dent Mater* 1995;11:137.

9. Brauer GM, Dulik DM, Antonucci JM, Termini DJ, Argenter H. New amine accelerators for composite restorative resins. *J Dent Res* 1979;58:1994-2000.

10. Breeding LC, Dixori DL, Caughman WF. The curing potential of lightactivated composite resin luting agents. *J Prosthet Dent* 1991;65:512-8.

11. Buonocore M. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. *J Dent Res* 1995;34:849-53.

12. Caughman WF, Caugman GB, Dominy WT, Schuster GS. Glass ionomer and composite resin cements: effects on oral cells. *J Prosthet Dent* 1990;63:513-21.

13. Caughman WF, O'Connor RP, Williams HA, Rueggeberg FA. Retention strengths of three cements using full crown preparations restored with amalgam. *Am J Dent* 1992;5:61-3.

14. Cattani Horente M-A, Godin C, Meyer JM. Early strength of glass ionomer cements. *Dent Mater* 1993;9:57-62.

15. Charlton DG, Moore BK, Swartz ML. Direct surface pH determinations of setting cements. *Oper Dent* 1991;16:231-8.

16. Craig RG. Restorative dental materials. 10th ed. CV Mosby, St. Louis, 1997:1-74,137,201.

17. Darr AH, Jacobsen PH. Conversion of dual cure luting cements. *J Oral Rehabil* 1995;22:43-7.

18. Diaz-Arnold AM, Holmes DC, Wistrom DW, Swift EJ. Short-term fluoride release uptake of glass ionomer restoratives. *Dent Mater* 1995;11:196-101.

19. Diaz-Arnold A, Vargas MA, Haselton DR. Current status of luting agents for fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent* 1999;81:135-41.

20. Donly KJ, Istre S, Istre T. In vitro enamel remineralization at orthodontic band margins cemented with glass ionomer cements. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1995;107:461-4.

21. El Mowafy OM, Fenton AB, Forrester N, Milenkovich M. Retention of metal ceramic crowns cemented with resin cements: effects of preparation taper and height. *J Prosthet Dent* 1996;76:524-9.

22. Fitzgerald M, Heys RJ, Heys DR, Charbenneau GT. An evaluation of a glass ionomer luting agent: bacterial leakage. *J Am Assoc* 1987;114:783-6.

23. Fricker J, Hirota K, Tamiya Y. The effects of temperature on the setting of glass ionomer (polyalkenoate) cements. *Aus Dent J* 1991;36:240-2.

24. Gorodovsky S, Zidan O. Retentive strength, disintegration and marginal quantity of luting cements. *J Prosthet Dent* 1992;68:269-74.

25. Goshima T, Goshima Y. Radiographic detection of recurrent carious lesions associated with composite restorations. *Oral Surg* 1990;70:236-9.

26. Gregory WA, Griffiths L, Irwin G. Effects of intracore mechanical interlocks and cement type on full crown retention. *Am J Dent* 1991;4:29-32.

27. Groten M, Probstler L. The influence of different cementation modes on the fracture resistance of feldspathic ceramic crowns. *Int J Prosthodont* 1997;10:169-77.

28. Grund P, Raab WH. Pulp toxicity of luting cement. *Dtsch Zahnartzl Z* 1990;45:736-9.

29. Hallgren A, Oliveby A, Twetman S. Caries associated microflora in plaque from orthodontic appliances retained with glass ionomer cement. *Assoc J Dent Res* 1992;100:140-3.

30. Heys RJ, Fitzgerald M, Heys DR, Charbenneau GT. An evaluation glass ionomer luting agent pulpal histological response. *J Am Dent Assoc* 1987;114:607-11.

31. Indriani DJ, Cook WD, Televantos F, Tyas MJ, Harcourt JK. Fracture toughness of water - aged resin composite restorative materials. *Dent Mater* 1995;11:201-7.

32. Kamposora P, Papavasiliou G, Bayne SC, Felton DA. Finite element analysis estimates of ce-

ment microfracture under complete veneer crowns. *J Prosthet Dent* 1994;71:435-41.

33. Karlson S. A clinical evaluation of fixed bridges 10 years following insertion. *J Oral Rehab* 1986;13:423-32.

34. Kyrios DM, Duke, Windeler AS. Glass-ionomer cement film thickness and working time. *J Prosthet Dent* 1989;62:533-6.

35. Lewis J, Ntx L, Schuster G, Lefebvre C, Knoemchild K, Caughman G. Response of oral mucosal cells to glass ionomer cements. *Biomaterials* 1996;17:1115-20.

36. Marcusshamer M, Garcia-Godoy F, Chan DC. Caries protection after orthodontic band cementation with glass ionomer. *ASDC J Dent Child* 1993;60:300-3.

37. Matsuya S, Maeda T, Otha M. IR and NMR analyses of hardening and maturation of glass ionomer cement. *J Dent Res* 1996;75:1920-7.

38. Mausner IK, Goldstein GR, Georgescu M. Effect of two dental desensitizing agents on retention of complete cast coping using four cements. *J Prosthet Dent* 1996;75:129-34.

39. Mc Lean JW, Wilson AD, Prosser J. Development and use of water-hardening glass ionomer luting cements. *J Prosthet Dent* 1984;52:175-81.

40. Mc Lean JW, Wilson AD. Suggested nomenclature for glass-ionomer cements and related materials (editorial). *Quintessence Int* 1994;25:587-9.

41. Metz JE, Brackett WW. Performance of a glass ionomer luting cement over 8 years in a general practice. *J Prosthet Dent* 1994;71:13-5.

42. Mojon P, Hawbolt EB, MacEntee MI, Belsler UC. Maximum bond strength of dental luting cement to amalgam alloy. *J Dent Res* 1989;68:1545-9.

43. Muzynski BL, Greeher E, Jameson L, Malone WF. Fluoride release from glass ionomers used as luting agents. *J Prosthet Dent* 1988;60:41-4.

44. Noie F, O'Keefe KL, Powers JM. Color stability of resin cements after accelerated aging. *Int J Prosthodont* 1995;8:51-5.

45. Osborne JW, Wolff MsS. The effect of powder \ liquid ratio on the in vivo solubility of polycarboxylate cement. *J Prosthet Dent* 1991;66:49-51.

46. Parneijer CH, Stanley HR, Ecker G. Biocompatibility of a glass ionomer luting agent 2. Crown cementation. *Am J Dent* 1991;4:134-41.

47. Papadogiannis Y, Helvatjoglou-Antoniadi M, Lakes RC, Sapountjis M. Creep behavior of glass-ionomer restorative materials. *Dent Mater* 1991;7:40-3.

48. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vuylsteke-Wauters M, Vaherle G. Five years clinical performance of porcelain veneers. *Quintessence Int* 1998;29:211-21.

49. Retief DH, Bradley EL, Denton JC, Switzer P. Enamel and cementum uptake from a glass ionomer cement. *Caries Res* 1984;18:250-7.

50. Rezk-Lega F, Ogaard B, Rolla G. Availability of fluoride from glass-ionomer luting cements in human saliva. *Scand J Dent Res* 1991;99:60-3.

51. Rosenstiel SF, Land F, Crispin BJ. Dental luting agent. A review of the current literature. *J Prosthet Dent* 1998;80:280-301.

52. Roulet JF, Degrange M. Adhesion The Silent Revolution in Dentistry, Quintessence Publishing Co, Int, Chicago-Berlin, 1999:277-301.

53. Sadoun M, Asmussen E. Bonding of resin cements to an aluminous ceramic. A new surface treatment. *Dent Mater* 1994;10:185-9.

54. Scoville RK, Foreman F, Burgess JO. In vitro fluoride uptake by enamel adjacent to a glass ionomer luting cement. *ASDC J-Dent Child* 1993;57:325-5.

55. Sidhu SK, Sheriff M, Watson TF. The effects of maturity and dehydration shrinkage on resin-modified glass-ionomer restorations. *J Dent Res* 1997;76:1495-501.

56. Smith DC, Ruse ND. Acidity of glass ionomer cements during setting and its relation to pulp sensitivity. *J Am Dent Assoc* 1986;112:654-7.

57. Strutz JM, White SN, Kane CL. Luting cement-metal surface physicochemical interactions on film thickness. *J Prosthet Dent* 1994;72:128-32.

58. Swift EJ Jr, Liloyd AH, Felton DA. The effect of resin desensitizing agents on crown retention. *J Am Dent Assoc* 1997;128:195-200.

59. Ten Cate JM, van Dunen RN. Hypermineralization of dentinal lesions adjacent to a glass-ionomer cement restorations. *J Dent Res* 1995;74:1266-71.

60. Thonemann B, Federlin M, Schmalz G, Hiller KA.

Resin-modified glass ionomer for luting posterior ceramic restorations. *Dent Mater* 1995;11:161-68.

61. Terata R, Nakahima K, Obara M, Kubota M. Characterization of enamel and dentin surfaces after removal of temporary cement-effect of temporary cement on tensile bond strength of resin luting cement. *Dent Mater J* 1994;13:148-54.

62. Tjan AH, Nemetz H. Effect of eugenol-containing endodontic sealer on retention of prefabricated posts luted with adhesive composite resin cement. *Quintessence Int* 1992;23:939-44.

63. Tjan AH, Li T. Seating and retention of complete crowns with a new adhesive resin cement. *J Prosthet Dent* 1992;67:478-83.

64. Utz KH, Gruner M, Vothknecht R. Cervical discrepancies and closeness of marginal fit to full cast crowns in correlation with the luting agent used. *Dtsch Zahnartzl Z* 1989;44:901-4.

65. Van Meerbeek B, Inokoshi S, Davidson CL, DeGee AJ, Lambrecht P, Braem M, et al. Dual cure luting composites-part II:clinically related properties. *J Oral Rehabil* 1994;21:57-66.

66. Wang CJ, Millsein PL, Nathanson D. Effects of cement, cement space, marginal design, seating aid materials and seating force on crown cementation. *J Prosthet Dent* 1992;67:789-90.

67. Wasson EA, Nicholson JW. Change in pH during setting of polyelectrolyte dental cements. *J Dent* 1993;21:122-6.

68. Wesenberg G, Hals E. The in vitro effect a glass ionomer cement on dentine and enamel walls. *J Oral Rehabil* 1990;7:35-42.

69. White SN, Yu Z. Film thickness of new adhesive luting agents. *J Prosthet Dent* 1992;67:782-5.

70. White SN, Kirpnis V. Effect of adhesive luting agents on the marginal seating of cast restorations. *J Prosthet Dent* 1993;69:68-31.

71. Wilson AD, Lewis BG. The flow properties of dental cements. *J Biomed Mater Res* 1980;14:383-91.

72. Wilson AD. Resin-modified glass-ionomer cements. *Int J Prosthodont* 1990;3:425-9.

73. Wu JC, Wilson PR. Optimal cement space for resin luting cements. *Int J Prosthodont* 1994;7:209-15.



## 31. Uluslararası Dişhekimliği Fuarı

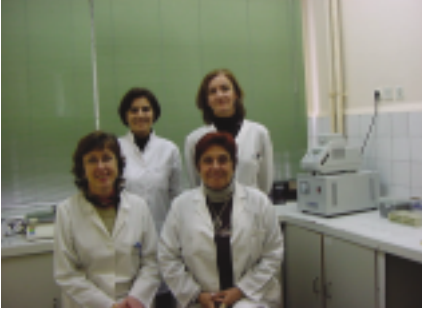
### IDS - Köln'de Küresel Pazar

2005 yılında da dişhekimliği ve diş teknikleri konularındaki tüm soruları cevaplayarak sektörün geleceğini belirliyor.

Hem bilgi veren hem de karşılaştırma olanağı sunan, dişhekimliğinin uluslararası alanda bu en önemli fuarı sizleri bekliyor.

#### Ayrıntılı bilgi ve fuar giriş biletleri için:

Köln Fuarları Türkiye Temsilciliği  
Alman-Türk Ticaret ve Sanayi Odası,  
Fuar Bölümü  
Tel: 0212 260 66 46 Fax: 0212 260 32 05  
E-mail: info@dtr-ihk.de  
E-mail: tezulas@dtr-ihk.de  
www.ids-cologne.de



**Prof.Dr. Güven Külekçi, Prof.Dr. Dilek Yaylalı,  
Dr. Nursen Topçuoğlu, Dr. Oya Balkanlı**

# Posta ile mikrobiyolojik testler

İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı Ağız Mikrobiyolojisi Laboratuvarı yurt çapında tüm dişhekimleri ve dişhekimliği fakültelerine ağız mikrobiyolojisi hizmetleri sunuyor

## **İ.Ü. DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ MİKROBİYOLOJİ BİLİM DALI AĞIZ MİKROBİYOLOJİSİ LABORATUVARI TARAFINDAN YURT ÇAPINDA SERBEST DİŞHEKİMLERİ/DİŞ KLİNİKLERİNE SUNULAN HİZMETLER VE FİYATLARI**

**B**aşka hiç bir dişhekimliği ya da tıp fakültesinde verilemeyen ağız mikrobiyolojisi hizmetleri, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi tarafından posta/kurye/kargo ile yurt çapında verilmektedir. Bu hizmetler aynı zamanda testlerin ne işe yarayacağı, nasıl istenmesi gerektiği, sonuçlarının nasıl yorumlanacağı ve bu yoruma göre yapılması uygun olan koruyucu ya da tedavi edici uygulamalar için yol göstericiliği de kapsamaktadır.

**Posta ile spor testi dışında** diğer testler için test paketlerinin laboratuvarından dişhekimine gönderilmesi ve laboratuvara geri gönderilmesi sırasında gerekli **kargo/kurye hizmetinin gideri** dişhekimisi tarafından karşılanmaktadır. Ödeme, kredi kartı ile ya da İstanbul Üniversitesi'nin banka hesabına: **T.C. Ziraat Bankası Beyazıt Şubesi Hesap No 34522894-5001** yapılabilir. Ancak havaleye mutlaka **Dişhekimliği Fakültesi Döner Sermayesi** ve gönderen bölümüne gönderici adından önce mutlaka **Mikrobiyoloji** yazılması gerekmektedir.

1. Dentoalveolar abse cerahatinden kültür ve antibiyogram.....	55.500.000 TL
2. Çürük risk değerlendirmesi için çürük aktivite test (ÇAT) Paketi. Tükürük mutans streptokokları + laktobasil + maya sayımı .....	22.000.000 TL
3. Mutans streptokoklarının PCR ile tanısı her biri için Streptococcus mutans ve Streptococcus sobrinus .....	110.000.000 TL
4. Subgingival plak kültürü .....	33.000.000 TL
5. Subgingival plak örneğinden periodontal patojenlerin PCR ile tanısı Porphyromonas gingivalis.....	110.000.000 TL
Prevotella intermedia .....	110.000.000 TL
Tannerella forsythensis (Bacteroides forsythus) .....	110.000.000 TL
Actinobacillus actinomycetemcomitans .....	110.000.000 TL
6. Subgingival plak mikroskop incelemesi (spiroket sayımı) .....	10.000.000 TL
7. Tükürük ve lezyondan mantar kültürü (Candida albicans tanısı) .....	50.000.000 TL
8. Kök kanalı kültürü.....	40.000.000 TL
9. Kök kanalı patojenlerinin PCR ile tanısı her biri için.....	110.000.000 TL
10. Kuru sıcak hava sterilizatörü ve Otoklav için Posta ile Spor Testi Tek cihaz için aylık olarak 1 yıllık (12 test) .....	65.000.000 TL
Tek cihaz için haftalık olarak 1 yıllık (48 test) .....	200.000.000 TL
İki cihaz için aylık olarak 1 yıllık (24 test).....	85.000.000 TL
İki cihaz için haftalık olarak 1 yıllık (96 test) .....	350.000.000 TL

Adres : İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı, Çapa, 34093, İstanbul  
Tel : 0.212.414 25 95, Faks: 0.212.531 22 30, e-posta: kulekciguven@yahoo.com

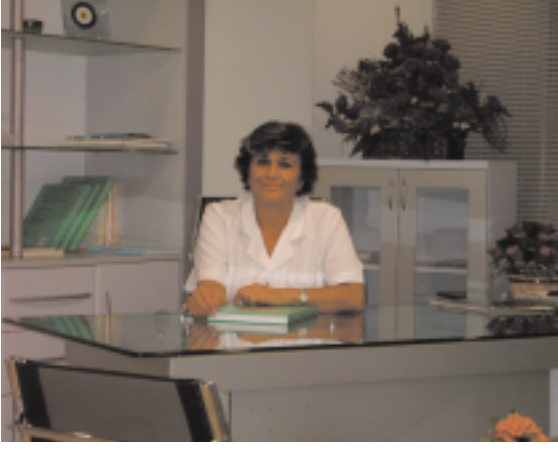
## **20. Ankem Klinikler ve Tıp Bilimleri Kongresi**

**22 Mayıs 2005 Pazar  
10.00-17.00  
Mirage Park Resort Otel  
Göynük/Kemer-Antalya**

### **4. Dişhekimliği Kursu Dişhekimliğinde İnfeksiyon Kontrolü Kursu**

Kayıt için Antalya Dişhekimleri Odası ya da  
Prof.Dr. Güven Külekçi  
Tel no: 0.212.414 20 20 / 30340  
e-posta: kulekciguven@yahoo.com  
Kurs ücretsizdir ve  
TDB SDE Yüksek Kurulu tarafından kredilendirilecektir.

Düzenleyen : Prof.Dr. Güven Külekçi  
Konuşmacılar: Prof.Dr. Selim Badur,  
Prof.Dr. Serdar Çintan,  
Dr. Oktay Dülger,  
Prof.Dr. Aslan Gökbuğet,  
Prof.Dr. Güven Külekçi,  
Yard.Doç.Dr. Binnaz Leblebicioğlu,  
Dr. Uğur Ergin



Meslektaşımız Tomris Mercan Almanya'da aldığı dişhekimliği diplomasını Türkiye'de dört yılda kabul ettirebildi:

## İğneyi kendimize, çuvaldızı Avrupa'ya...

Geçtiğimiz sayımızda Almanya'da diploma denkliği mücadelesi veren ve uzun bir mücadele sonrasında denkliğini kabul ettirip muayenehane açma hakkı kazanan meslektaşımız Şebnem Ahunbay Philippsen'in mücadelesine yer vermiştik. Hem yurtiçinden hem yurtdışından birçok meslektaşımız konuya ilgi gösterdi. Antalya'dan arayan meslektaşımız Tomris Mercan'ın yaşadıkları bu konuda Türkiye'de de ciddi sorunlar olduğunu gösteren ibretlik bir öykü.

### Sizi biraz tanıyabilir miyiz?

1973 senesinde İstanbul Kız Lisesi'nden mezun oldum. Ailem 5 senedir Almanya'da yaşıyordu. Öğrenci olayları nedeniyle ailem İstanbul'da kalmamı istemedi. Ben de böylece Berlin'e gittim ve Berlin Freie (Hür) Üniversitesi'ne girdim. 1980 senesinde mezun oldum. Oradaki prosedür gereği iki sene asistan dişhekimisi olarak çalıştım. Benim Türkiye vatandaşı olarak muayenehane açma yetkim yoktu. Sadece bir klinikte çalışabiliyorsunuz. Ben buna itiraz ettim. Mahkemeye verdim Alman Devleti'ni. Bu arada çifte vatandaşlık hakkından yararlanarak Alman vatandaşlığına geçmiştim. Bir yandan dava da sürüyordu. Sonunda davayı kaybettim ama Alman vatandaşı olduğum için de muayenehane açma hakkına sahiptim artık. Evlendikten sonra 1988 yılında Kuzey Ren Westfalya eyaletinde muayenehane açtım.

### Türkiye'ye ne zaman döndünüz?

2001 senesinde özel nedenlerden dolayı memleketime gelmek istedim. Çocuklarım belirli yaşa gelmişti. Oğlum sekiz, kızım on bir yaşındaydı. Gelmeden önce Almanya'dan araştırdım, burada mesleğimi nasıl yürütürüm diye. İnternette YÖK'ün denklikle ilgili yönetmeliklerini okudum. Benim burada çalışabilmem için hiçbir engel görünmüyordu yönetmeliğe göre. Geldikten sonra Ankara'ya gidip YÖK'e müracaat ettim. Kemal Gürüz ve ekibinin YÖK'ün

başında olduğu dönemdi. Daha ben müracaatımı yapmadan, diplomamı vermeden oranın hukuk müşaviri bana imtihana girmek zorundasınız dedi. Dedim nerede yazıyor bu, ben yönetmeliğinizi biliyorum öyle bir olay yok. Futursuzca, küstahlık derecesinde insanla konuşan bir hanımdı ve ondan sonra da zaten o hanımla ben muhatap olmadım. Aynen şunları söyledi: Eğer şoförseniz ehliyetinizi burada da kanıtlamak zorundasınız. Nasıl olur diye araştırmaya başladım. Ankara'da bu konuları bilen bir avukat arayışına girdim ve Ankara Dişhekimleri Odası'nın o dönemki başkanı Hamit Bostancı Beyin yönlendirmesiyle Türk Dişhekimleri Birliği'nin avukatı olan Mustafa Güler'le görüştüm. Mustafa Bey'e rica ettim. Bu arada muayenehane açmadığım için çalışmıyorum. Burada yeni bir yaşam kurmak için belirli bir birikimle geldim ama uzun süre işsiz kalıp yaşamımı, çocuklarımın eğitimini sürdürebilmem çok zor. Zaten devamlı bana neden döndük diyorlar. Ben de çok üzülüm, çok pişman oldum. Hatta o aralar dönmeyi de düşündüm. Ama okula da başlamış oldular. Ne yapabilirim? Hatta Antalya'da bayağı araştırdım. Restoran mı açayım? Balıkçı mı açayım? Bir arayış içine girdim.

### Bir yandan hukuki mücadeleniz de devam ediyordu değil mi?

Evet, Mustafa Beyle birlikte mücadelemiz iki buçuk sene sürdü. Ben ikinci se-

ne dönmeyi düşündüm. Çocuklar istemediler bu sefer. Çok problemlili oldu. Orada evimi, muayenehanemi hepsini satıp geldim. Tekrar dönmek benim için de çok zordu. Orada da burada da sıfırdan başlamak zorundaydım. Burayı tercih ettim, haklıydım çünkü. Ve 2004 senesinin Şubat ayında denklik verildi. Olay şöyle gelişti; önemli olan benim diplomamın incelenmesiydi. Ben mahkemeyi kazandım. Temyize gitti. Temyizi kazandım. Ondan sonra da benim diplomam incelenmeyi alınmadı ve uzun süre sonra Mustafa Bey artık ihtarname falan çekti. Temyizi kazandıktan birkaç ay sonra ancak benim diplomam Ankara Üniversitesi'ne yollanıyor denk mi değil mi diye. İki buçuk sene sonra benim diplomamı incelemeye alıyorlar. Haziran ayında yollanıyor ve Eylül ayında hala cevap yok. Biz ihtarname çektikten sonra avukatım ne oluyor diye YÖK'ü arıyor. YÖK de diyor ki; incelemek için diplomanızı Ankara Üniversitesi'ne yolladık ama orada takıldı kaldı onun için bir şey yapamıyoruz.

### Üniversite mi onaylamıyor denkliği?

Hayır, çok enteresan bir olay oluyor. YÖK benim diplomamı yollamamış Ankara Üniversitesi'ne. Sadece bu evrakların incelenmesi için kağıt gidiyor ve Ankara Üniversitesi de biz neyi inceleyeceğiz, siz bize hiçbir şey yollamamışsınız demiyor. Bu çok enteresan. Dört ay olayın üzerine yatılıyor; ne Ankara Üniversitesi YÖK'e geri bir soru soruyor, ne de

YÖK benim diplomamı yolluyor. Bunun üzerine avukatım tekrardan YÖK'e yazdığında ancak benim diplomam oraya yollanıyor. Ankara Üniversitesi'nde bu sefer çabuk bir araştırma yapıyor ve zannediyorum iki üç ay gibi kısa bir sürede (!) benim diplomam incelenip cevap YÖK'e gidiyor. Üniversite 'Diploma denktir, bu kadını neden oyalsunuz' diye sert bir yazı yazıyor. Yazının içeriğini öğrendiğimde YÖK'e tekrar soruyoruz benim denkliğim ne oldu? Bunun üzerine YÖK 'Şu anda diplomanızı Hacettepe Üniversitesi'ne yolladık. Orada inceleniyor' yanıtını verdi. Biz de doğal olarak dedik ki, bu işi en başta da yapabiliydiniz. Türkiye'nin tüm dişhekimliği fakültelerine incelen sin diye arka arkaya yollarsanız bu yıllar alır. Neden baştan yapılmıyor?

### Sizce işleminizde neden zorluk çıkarıldı?

Zannediyorum bu, sadece ve sadece oradaki çalışan avukat hanımın aksiliğinden oluyor. Bir türlü benim diplomamı denk olup bunu işleme koymuyor. Hacettepe Üniversitesi'nden de 'denktir' diye aynı cevap geldikten sonra da o hanım devamlı kendisini avukat beye yok dedirtiyor. Bunun üzerine Mustafa Bey randevu alıp YÖK'e gidiyor. Çıktığında telefonla görüştük. Çok enteresan bir olay oldu, şimdi YÖK'ten çıktım, çok sinirliyim, elim ayağım titriyor dedi. Bu avukat hanım eline almış belgeleri, 'Ben bu kadına denkliğini veremeyeceğim. Nasıl kazandı bu kadın bu mahkemeyi? Ben burada olduğum sürece o kadın bu denkliğini alamaz.' gibi davranışlarda bulunmuş. Beni rahatsız eden de bunlar zaten; kişisel hareketler. Sadece insanların kaprisleri nedeniyle benim denkliğim uzun süre verilmedi.

### Nihayetinde bu engeli nasıl aşabildiniz?

Dava açmıştık ve ben de artık bu mahkemeden sonra da denkliğim verilmezse Türkiye'den ayrılmayı ve bir daha katiyen ayak basmamayı düşünüyordum. O sırada YÖK'ün başına Erdoğan Teziç ve onun ekibi geldi. O dönemde Mustafa Bey telefon etti ve denkliğimin hazır olduğunu almaya gelebileceğimi söyledi. O hukuk müşavirinin yerine gelen hanım bana 'Utancı duydum. Ne zamandır sizin dosyanız burada. Dosya hiç incelenip denklik hazırlanmamış. Öyle beklemiş. Ve benim ilk gün başladığım olay sizdiniz. Sizi hiç unutmaya-

cağım' dedi. Ondan sonra da zaten muayenehanemi açtım.

### Denklik ne zaman çıkmış oldu? Ne zaman çalışmaya başlayabildiniz?

Bana önce geçici bir belge verdiler. O geçici belgeye istinaden ben muayenehanemi açma çalışmalarına başladım. Bu ay içinde denklik gelecek hayırlısıyla. Beni hangi olay üzüyor? Biz insancıl bir ülke değiliz. O insanlar böyle kişisel davranarak bir insanın ve ailesinin hayatını mahvettiklerini hiç akıllarına getirmiyorlar. Bakın, geçtiğimiz sayıda Almanya'daki diploma denkliği mücadelesine yer verdiğiniz Şebnem Ahunbay Philippsen adlı meslektaşımız bir Türk vatandaşı olarak Almanya'ya gitmiş. Alman vatandaşı değil ve buradaki üniversitelerde okumuş. Alman devleti ona dişhekimliği olarak geçici çalışma izni ve-

riyor, aç bırakmıyor. Sadece muayenehane açma yetkisi vermiyor ama dişhekimliği olarak iş bulduğu taktirde çalışma izni veriyor. Ben bunu çok insancıl buluyorum. Ben burada dört sene elim ayağım bağlı olarak asla hasta ağzına elini sokma denerek bekletildim. Ben kendi ülkemde çalışmamaya, aç kalmaya mahkum edildim.

### Bir de tazminat davası açtınız galiba?

Bu durumun ortaya çıkmasından sonra YÖK'e karşı dava açtım. Çünkü hiçbir neden gösterilemeyerek mağdur edildim. Maddi ve manevi olarak yıpratıldım. Maddi zararı ben kaldırayabilirim, iki üç sene içinde telafi de edebilirim ama manevi olarak kaybettiklerimi veremezler.



Av. Mustafa Güler:

## 'YÖK, diplomayı incelemeyi reddetmiş'

Yurtdışındaki fakültelerden alınan diplomaların ülkemizde geçerli sayılması için verilen eğitimin ülkemizdeki eğitime eşdeğer olup olmadığının incelenmesi gereklidir. Bu inceleme yasa gereğince YÖK tarafından yapılır. Bir dönem Türkiye'de üniversiteyi kazanamayanlar yurtdışında, özellikle de Türkiye Cumhuriyetlerinde, çeşitli fakültelerden diplomalar aldılar veya orada başladıkları yüksek öğrenimlerini Türkiye'de devam ettirmek için yatay geçişler yaptılar. Bu durum, çeşitli açılardan haksızlıklar yarattı. Eşitlik ilkesine aykırı olduğu gibi niteliği belirsiz eğitimlerin ülkemizde kabul edilmesi sonucunu doğurmuştur. Bunun üzerine yapılan mevzuat değişiklikleri ile yurtdışından alınan diplomaların araştırılması ve gerekirse ilgilinin ülkemizde sınava tâbi tutulması uygulaması getirildi. Esas olarak haklı bir uygulamadır bu. Ancak her türlü başvuruda hiçbir inceleme yapılmaksızın ilgisinin sınava alınması yönündeki YÖK uygulaması toptancı bir yaklaşım olup haklı taleplerin de reddi sonucunu doğurmuştur.

Sayın Tomris Mercan'ın durumu da böyle bir haksızlığın açıklıkla görülmesini sağlayan tipik örnektir. Tomris Mercan henüz YÖK ortada bile yok iken Almanya'da dişhekimliği öğrenimine başlamış, yine daha YÖK kurulmadan fakülteyi bitirmiş, yaklaşık 20 yıl Almanya'da mesleğini uygulamıştır. Hiçbir şekilde Türkiye'de başaramadığı yükseköğrenimi hile yoluyla yurtdışında eğitim alarak aşma niyeti ve gayreti yoktur. Kaldı ki öğrenim gördüğü üniversite uluslararası saygınlığa sahiptir. Berlin Hür Üniversitesinden mezun olmuş kişiler şimdi bizim üniversitelerimizde profesör olmuşlar ve dişhekimliği eğitimi vermektedirler. YÖK'ün, evrakını bile incelemeyen diplomasının denkliği talebini reddettiği sayın Tomris Mercan'ın davası haklı bulundu ve sayın Mercan şimdi mesleğini uygulamakta. Uğradığı maddi ve manevi kayıpların giderilebilmesini sağlamak üzere açılmış olan tazminat davasını da umuyorum ki kazanacağız ve bir haksızlık, mümkün olan tüm boyutlarıyla giderilmiş olacak.

# Avrupa Birliği'nde mesleki yeterliklerin karşılıklı tanınması sistemi nasıl işliyor?

Avrupa Birliği'yle ilişkiler hızlandıkça dışhekimliğinde de denklik sorunu başta olmak üzere çeşitli soru ve sorunlar daha sıklıkla gündeme gelmeye başladı. AB'nin dışhekimliği alanını düzenleyen direktiflerini inceleyen Prof.Dr. Mine Nayır'ın konuyu özetleyen yazısı birçok temel soruya açıklık getiriyor.

**A**vrupa Birliği düzenlemeleri meslek gruplarını ikiye ayırmaktadır. Her gruba farklı tanıma sistemi uygulamaktadır.

İlk grup meslekler (sektörel meslekler) asgari eğitim şartları, müfredat, ders süreleri gibi hususların açıkça düzenlendiği ve tüm Birlikte yeknesak uygulanmasının zorunlu olduğu mesleklerdir. Bu meslek grupları için AB mevzuatı mevcuttur. Bu meslekler; doktorluk, hemşirelik, dışhekimliği, veterinerlik, ebelik ve mimarlıktır. Tüm üye ülkelerde bu meslekler için gerekli eğitimi veren kurumlar, eğitimlerini ilgili Topluluk düzenlemelerinde belirtilen asgari şartlara göre vermek zorunda oldukları için, bu mesleklerde mesleki yeterliğin "otomatik tanınması" sistemi uygulanmaktadır. Örneğin, İngiltere'de dışhekimliği eğitimi alan bir İngiliz vatandaşının mesleğini Hollanda'da icra etmesi durumunda her iki ülkede de dışhekimliği eğitiminde ilgili Topluluk mevzuatı uygulandığından, İngiliz dışhekiminin mesleki eğitim aldığına dair sunduğu belge Hollanda makamları tarafından otomatik olarak tanınmaktadır. Üye ülkelerde bu mevzuata ilaveten konulan özel şartlar ve kurallar, o ülkenin meslek mensubuna uygulanırken, bir başka üye ülkeden gelen meslekdaşa uygulanmamaktadır. Örneğin, İngiltere'de dışhekimisi olarak çalışmak için mezuniyet sonrası bir yıl stajyer dışhekimisi olarak çalışmak mecburiyeti olmasına rağmen, yeni mezun bir Hollandalı dışhekimisi stajyerlik yapmadan İn-

giltere'de mesleğe başlayabilmektedir. Zira mevzuatta mezuniyet sonrası stajyerlik şartı yoktur.

Her bir sektörel meslek için ayrı bir direktif mevcuttur. Pratisyen dışhekimliği mesleğini içeren mevzuat 78/687/AT sayılı konsey direktifiyle belirlenmiştir. Bu direktifte dışhekimliği eğitiminin müfredat programını ve minimum eğitimin süresi belirtilmektedir.

İkinci grup meslekler (Genel Sistem), Toplulukta mesleğin icrası için gerekli olan asgari eğitim şartlarına dair herhangi bir düzenlemenin bulunmadığı tüm meslek gruplarıdır. Üye ülkeler bu mesleklere dair kendi iç düzenlemelerini yapıp yapmamakta ve eğer yapacaklarsa o mesleğin icrası için asgari şartların belirlenmesi hususunda serbest bırakılmışlardır.

Bu mesleklere ait mesleki yeterliklerin karşılıklı tanınması için, en az üç yıl mesleki eğitim ve öğretimin tamamlanması ile hak edilen yüksek okul diplomalarının tanınmasını 89/48/AT sayılı Konsey Direktifinin genel hükümleri kapsar. 89/48/AT sayılı direktife ek olarak profesyonel eğitim ve öğretimin tanınmasına ilişkin ikinci genel sistem hakkındaki 92/51/AT sayılı Konsey Direktifi ve yeterliklerin tanınmasına ilişkin genel sisteme ilave olarak tecrübenin temel alındığı bir dizi meslek ve meslek gruplarına ise 99/42/AT sayılı Konsey Direktifi uygulanmaktadır. Yukarıda sıralanan direktifler sektörel direktifler (doktorluk, hemşirelik,

dışhekimliği, veterinerlik, ebelik ve mimarlık meslekleri ile ilgili direktifler) tarafından kapsanmayan tüm meslek grupları için uygulanan yatay direktiflerdir.

Bu direktiflerde belirtilen mesleki yeterliğin karşılıklı tanınması sistemi şu şekilde işlemektedir.

Başka bir üye ülkede çalışmak isteyen bir üye devlet vatandaşı o ülkedeki yetkili kuruma müracaat eder. Eğer sahip olduğu meslek, sektörel direktiflerin kapsamında yer alan bir meslek ise mesleki yeterliğini kazandığı öğrenim sonucu aldığı belgeyi yetkili makama sunar ve mesleki yeterliği otomatik olarak tanınır.

Eğer sahip olduğu meslek sektörel bir direktifle (doktorluk, hemşirelik, dışhekimliği, veterinerlik, ebelik ve mimarlık meslekleri ile ilgili direktifler) düzenlenmiyorsa, başvuru sahibi "Genel Sistem" olarak nitelendirilen sistem çerçevesinde başvurusunu yapar. Genel Sistem, toplulukta icra edilmesi ortak bir düzenlemeye tabi olmayan tüm meslek gruplarına uygulanan sistemdir. Başvuru sahibi, eğer çalışmak istediği meslek alanı o üye ülkede herhangi bir mevzuat ile düzenlenmemişse, sahip olduğu mesleği herhangi bir kısıtlama ile karşılaşmadan icra eder.

Eğer sahip olduğu meslek o ülkede ulusal bir mevzuat ile düzenlenmişse, o ülkedeki yetkili kuruluş, başvuranın mesleki yeterliklerini gösteren belgeyi kendi ulusal düzenlemeleri ile karşılaştırır. Bu karşılaştırma sonucu önemli bir

farklılık ortaya çıkmazsa başvuru sahibi mesleğini icra edebilir. Topluluk mesleki yeterliklerin karşılıklı tanınması sisteminin yeknesak uygulanabilmesini sağlamak için meslekleri 5 ayrı eğitim seviyesine ayırarak belgelendirmiştir. Bu seviyeler aşağıdaki şekilde belirlenmiştir :

Düzey 1- Mesleki Beceri Belgesi,

Düzey 2- Sertifika,

Düzey 3- Kısa süreli bir eğitim programının başarı ile tamamlandığını gösteren diploma,

Düzey 4- Orta seviyede bir eğitim programının başarı ile tamamlandığını gösteren diploma,

Düzey 5- Yüksek seviyede bir eğitim programının başarı ile tamamlandığını gösteren diploma

İnceleme sonucu telafi edilmeyecek bir farklılık ortaya çıkarsa (eğitim süresinde ve alınan eğitimin içeriğinde önemli farklılıklar olması halinde), başvuru sahibine çalışma izni verilmez. Eğer başvuru sahibinin mesleki yeterlikleri, o ülkede gerekli kılınan kriterlere göre bazı eksiklikler içeriyorsa, örneğin eği-

tim süresindeki farklılık 1 yıldan az ise ve içerik telafi edilebilecek düzeyde ise ve bu eksikliklerin giderilebileceği düşünülüyorsa başvuru sahibi bir uyum süresi ya da yeterlilik sınavı sonucu çalışma izni alır.

### **Türkiye’de mesleki yeterliklerin karşılıklı tanınması sistemine uyum için ne gibi çalışmalar sürdürülmektedir?**

Türkiye, Avrupa Birliğine üyelik sürecinden kaynaklanan bu yükümlülüğünü yerine getirmek üzere Avrupa Birliği Genel Sekreterliği koordinasyonunda bir çalışma grubu oluşturmuştur. Bu çalışma grubu; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı gibi kamu kurumları, Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, Türk Tabipler Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Hemşireler Derneği, Türk Veteriner Hekimleri Birliği, Türkiye Serbest Mimarlar Derneği gibi meslek örgütleri ve üniversitelerin temsilcilerinden oluşmaktadır.

dir. Bu çalışma grubu tarafından Mesleki Yeterliklerin Karşılıklı Tanınması Sistemini Türkiye’de oluşturacak bir kanun taslağı hazırlanmış ve hazırlanan metin İngilizce’ye tercüme edilerek Komisyonun ilgili birimlerine görüş için gönderilmiş bulunmaktadır. Komisyonun görüşlerinin alınmasını takiben, taslak, çalışma grubunca tekrar değerlendirilecektir.

Hazırlanan kanun tasarısı taslağı, Avrupa Birliği’nde temel eğitim şartları belirlenmiş mesleklerin müfredatını Türk hukukuna aktarmayı ve mesleki yeterliklerin karşılıklı tanınması sistemini oluşturmayı amaçlamaktadır.

### **Türkiye’de mesleki yeterliklerin karşılıklı tanınması sisteminin uygulanması için nasıl bir kurumsal yapı öngörülmektedir?**

Toplulukta uygulanan mevcut sistemin altyapısını oluşturan 89/48/AT sayılı direktif, en az üç yıl süreli bir yüksek okulun bitirilmesi sonucu elde edilen mesleki yeterliklerin, 92/51/AT sayılı direktif ise üç yıldan daha az süreli bir eğitim sonucu elde edilen meslek yeter-

## **Mesleki Yeterliklerin Diğer Üye Ülkelerde Tanınması Prosedürü**

Mesleki yeterliklerinizin başka bir ülkede tanınması için o ülkedeki yetkili kuruluşa başvuru yapılır.

### **Mesleğiniz sektörel direktiflerin mi yoksa genel sistem direktiflerinin mi kapsamında yer alıyor?**

Eğer mesleğiniz sektörel direktiflerin kapsamında yer almıyorsa genel sistem direktifleri uygulanır.

Eğer mesleğiniz sektörel direktiflerin kapsamında yer alıyorsa, ilgili direktifte belirtilen şartlar altında alınmış bir eğitimi gösteren belge, gitmek istediğiniz ülkede otomatik olarak tanınacaktır.

### **Çalışmak istediğiniz ülkede mesleğiniz ile ilgili bir düzenleme mevcut mu?**

Evet

Çalışmak istediğiniz ülkede mesleğin icrası için aranan kriterleri yerine getiriyor musunuz?

Eğer sunduğunuz belgeler aranan kriterleri yerine getirdiğinizi ispatlıyorsa o meslek alanında mesleğinizi icra edebilirsiniz.

Bu farklılıklar temel farklılıklar ise ve çalışmak istediğiniz üye ülkede aranan eğitimden en az 1 yıl daha eksik bir eğitimi tamamlamışsanız ya da kendi ülkenizde o mesleğe dair eğitim aldığınızı gösteren belgenin seviyesi, yukarıda belirtilen seviyelere uygun olarak çalışılacak olan üye ülkede aranan seviyenin en çok bir alt seviyesine karşılık gelmiyorsa, mesleği icra edemezsiniz.

Hayır

Eğer yoksa mesleğinizi icra etmenizin önünde hiçbir kısıtlama bulunmamaktadır. Başka bir üye ülkede o ülkenin vatandaşları ile aynı hak ve yükümlülükler altında mesleğinizi icra edebilirsiniz.

Çalışmak istediğiniz meslek alanında istenen kriterlere uygun değilseniz:

Bu farklılıklar temel farklılıklar değilse üye ülke sizden bir uyum dönemini tamamlamanızı ya da bir yeterlilik sınavına girmenizi talep eder. Bu süreç sonunda mesleğinizi icra edebilirsiniz.

liklerin karşılıklı tanınmasını düzenlemektedir.

Ülkemizde AB normlarına uygun meslek kriterlerinin belirlenmesi ve belgelendirilmesi sisteminin bulunmadığı dikkate alındığında, ülkemizin tam üyeliği durumunda, pek çok alan itibarıyla diğer AB üyesi ülkelerde mesleki eğitim almış AB vatandaşları, hiçbir ulusal kritere uyum zorunluluğu olmadan ülkemizde mesleğini icra edebileceklerdir.

Buna karşın, Türk vatandaşları çalışmak üzere gittikleri diğer AB üyesi devletlerin belirlediği mesleki kriterlere uyum sağlama gibi bir engelle karşılaştırmak mümkündür. Başka bir deyişle, herhangi bir mesleğe ilişkin ulusal standartların belirlenmesi durumunda, bu konuda yetersiz de olsa bir eğitim almış her AB vatandaşı, Türkiye’de bu mesleği icra edebilecektir. Ancak AB’de mesleğini icra etmek isteyen bir Türk vatandaşı, mesleki yeterliliğini ülkemizde belgelendiremediği için, o ülkede çalışamayacaktır.

Dolayısıyla, Türkiye’de, ivedilikle, meslek standartlarını belirleyecek, verilen eğitimin bu standartlara uygunluğunu denetleyecek, yurtdışından ülkemizde meslek icra etmek üzere gelen başvuruları değerlendirip cevap verecek bir yapının kurulması gerekmektedir. Bu sistemde ana bir koordinatör kurum ve bu kurumun koordinasyonunda ilgili meslek grupları ile ilgili değerlendirmeyi yapabilecek teknik bilgi ve donanıma sahip komiteleri yer almalıdır.

Ülkemizde mevcut kamu sistemi göze alınarak yapılan değerlendirmelerde, lise sonrası alınan bir mesleki eğitim sonucu elde edilen mesleklere ait standartların belirlenmesi, alınan eğitimin standartlara uygunluğunun denetlenmesi, bu meslek dallarında mesleğini icra etmek üzere ülkemize gelenlerin mesleki yeterliklerinin tanınması işlemlerinin yürütülmesinde Yüksek Öğretim Kurumunun, lise veya altı bir eğitim alınarak elde edilen meslekler için ise aynı işlemler için henüz kuruluş aşamasında olan Ulusal Meslek Standartları Kurumunun yetkili merci olması düşünülmektedir. Gerekli hallerde, örneğin oluşturulacak meslek komitelerinde ilgili sivil toplum örgütleri ve Bakanlıklar da görev alacaklardır. Belgelerin onaylanmasında Bakanlıklara ve/veya meslek kuruluşlarına "yetkili kurum" görevi verilebilecektir.

## Türkiye ile Avrupa Birliği arasında hizmet sunumu serbestisi

### Avrupa Birliği’nde hizmet sunumu serbestisi

Hizmet sunumu serbestisi, "iç pazar"ın dört temel serbestisinden birini oluşturmaktadır. Avrupa Topluluğunun kuruluşundan bu yana sözkonusu dört temel serbestiyi –malların, kişilerin, hizmetlerin, sermayenin serbest dolaşımı- uygulamaya geçirme yönünde düzenlemeler yapılmıştır.

Hizmet sunumu serbestisi, Roma Antlaşmasının 59-66. maddeleriyle hükme bağlanmış, Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkeler arasında hizmet sunumu serbestisi konusunda mevcut farklı uygulama ve kısıtlamaların kaldırılması öngörülmüştür.

Roma Antlaşmasının 60. maddesine göre hizmetler bir ücret karşılığı yapılan ve malların, sermayenin ve kişilerin serbest dolaşımı ile ilgili düzenlemelerin dışında kalan faaliyetlerdir. Bu madde hükümlerine göre hizmetler özellikle sınıai nitelikteki faaliyetleri, el sanatları faaliyetlerini ve serbest meslek faaliyetlerini kapsar.

Kişilere ve şirketlere, hizmet verdikleri ülkenin mevzuatına tabi olmak koşuluyla, Topluluğun herhangi bir yerinde iş kurma, şube, bayi açma hakkının verilmesi yerleşme hakkına ilişkindir. Yerleşme hakkı, Roma Antlaşmasının 52/58. maddeleriyle düzenlenmiştir.

Yerleşme hakkı ile hizmet sunumu serbestisi birbiriyle yakından ilişkilidir. Yerleşme hakkı, bir ekonomik faaliyetin diğer bir üye ülkede devamlı olarak ve yerleşilerek yapılması halinde söz konusudur. Hizmet sunumu serbestisi ise bir başka üye ülkede yerleşik olmadan geçici olarak hizmet sunulmasına ilişkindir.

Roma Antlaşmasının 62. maddesiyle üye ülkelerinin hizmet sunumu serbestisine ilişkin olarak, Antlaşmanın yürürlüğe girdiği tarihte ulaşılan serbesti düzeyine yeni kısıtlamalar getire-

meyeceği hükme bağlanmıştır.

Hizmet sunumu serbestisine ilişkin kısıtlamaların ne şekilde ortadan kaldırılacağı ise Roma Antlaşması 63.maddede yer almakta olup, Konsey, söz konusu maddenin kendisine verdiği yetki ile 18 Aralık 1961 tarihinde Topluluk içinde hizmetlerin serbest dolaşımına yönelik bir "Genel Program" oluşturmuştur. Program, belirtilen dört dönem içinde üye ülkelerin mevzuatlarında yer alan ayrımcılık içeren düzenlemelerin kaldırılmasını öngörmüş ve üye ülkeler bu çerçevede gerekli adımları atmışlardır.

Avrupa Topluluğu’ndan Avrupa Birliği’ne geçiş sürecinde, hizmet sunumu serbestisine ilişkin düzenlemelerde de değişiklikler olmuş ve Amsterdam Antlaşmasının 52. maddesi ile, belirli bir hizmet sunumunun serbestleştirilmesi için Konsey’in Komisyonun önerisi üzerine, Ekonomik ve Sosyal Komite’ye ve Avrupa Parlamentosuna danıştıktan sonra nitelikli çoğunlukla direktifler çıkartacağı hususu hükme bağlanmıştır.

Bu çerçevede Avrupa Birliği içerisinde hizmet sunumu serbestisi önündeki engellerin kaldırılmasına yönelik düzenlemeler hız kazanmıştır. Ancak yine de Avrupa Birliği içerisinde hizmet sunumu serbestisinin hiçbir kısıtlamaya tabi olmaksızın uygulandığı söylenemez. Hizmet sunumunun tam olarak serbestleştirilmesinin önünde üye ülkelerin mevzuatlarından kaynaklanan engellerin yanı sıra kültürel, sosyal ve ekonomik engeller de bulunmaktadır.

Yerleşme hakkına ve hizmet sunumu serbestisine ilişkin istisnalar kamu otoritesinin kullanılması, kamu düzeni, güvenliği ve sağlığına ilişkin istisnalar olup (Amsterdam Antlaşması 45-46 ve 55. maddeler) AT Adalet Divanı tarafından Toplulukta serbest dolaşımın engellenmesini önlemek için dar anlamda yorumlanmaktadır.



# Kyoto Protokolü yürürlüğe girdi

Küresel sıcaklıkların bilimsel olarak tutulmaya başlandığı 19'uncu yüzyıldan bu yana en sıcak yıllar 1990'lardan sonra gerçekleşti. Küresel ısınmaya yol açan sera etkisinin önlenmesi amacıyla oluşturulan ve sanayi üretiminde temiz enerji kaynakları kullanılması amacıyla ortaya konulan 'Kyoto Protokolü' 16 Şubat 2005'te yürürlüğe girdi. Türkiye, Kyoto Protokolü'ne taraf olmadığı için sera etkisi yaratan gazların salınım düzeyiyle ilgili herhangi bir indirim taahhüdünde bulunmadı.

**K**üresel ısınmaya yol açan sera etkisinin önlenmesi amacıyla oluşturulan ve sanayi üretiminde temiz enerji kaynakları kullanılması amacıyla ortaya konulan 'Kyoto Protokolü' 16 Şubat 2005'te yürürlüğe girdi.

Protokole taraf ülkeler bugüne kadar başta karbondioksit olmak üzere atmosfere salınan sera etkisine yol açan emisyonların salınım düzeyinin yüzde 55'in altında kalması nedeniyle Kyoto Protokolü'nü yürürlüğü sokamıyorlardı.

Kyoto Protokolü'ne giden sera gazı emisyonlarının düşürülmesi fikri ilk olarak, 1992'de Rio de Janeiro kentinde yapılan BM iklim konferansında ortaya atılmıştı. Bu toplantıda küresel ısınma ile ilgili bilimsel çalışma yapılması ve insan eliyle ısınmanın etkilerinin araştırılması kararı çıkmıştı. Japonya'nın Kyoto kentinde 1997 yılında toplanan konferansta ise, sera gazı emisyonlarının 1990 düzeylerinin yüzde 5.2 altına çekilmesi kararlaştırıldı.

Kömür, petrol ve doğalgaz gibi fosil yakıtların ısınma, ulaşım ve sanayi üretiminde kullanılmasıyla ortaya çıkan sera gazlarının yol açtığı küresel ısınma ve iklim değişikliğinin önüne geçmeyi amaçlayan protokole 187 ülke imza koydu. Türkiye ise, 'BM İklim Değişikliği Sözleşmesi' ile ilişkili düzenlemeleri de içeren protokole 24 Mayıs 2004'te 189. ülke olarak resmen taraf oldu. 1997 yılının Nisan'ında Japonya'nın eski imparatorluk başkenti Kyoto'da imzalanan protokole, ABD, Çin ve Avustralya gibi ülkeler imza koymadı. ABD, atmosferde sera etkisine (küresel ısınma) yol açan sera gazlarının tek başına yüzde 36,1'inden, Avustralya ise yüzde 2,1'inden sorumlu. İki ülke sahip oldukları fosil atıklı maden kaynaklarını kaybetmemek için protokole taraf olmayı reddediyor. Kalkınma hedefi ve tüketim modeli dikkate alındığında herhangi bir indirimde bulunma zorunluluğu olmayan Türkiye'nin imzalamadığı protokole ise Rusya 2004 Kasım ayında taraf oldu. Rusya'nın protokole dahil olmasıyla sera etkisine yol açan gaz salını-



**Kyoto'da imzalanan protokole, ABD, Çin ve Avustralya gibi ülkeler imza koymadı. ABD, küresel ısınmaya yol açan sera gazlarının tek başına yüzde 36,1'inden sorumlu.**

mından sorumlu ülke katılımında yüzde 61'lik oran sağlandı. Böylece protokolün hükümleri, 16 Şubat 2005'ten itibaren taraf ülkelerde uygulamaya konuldu. Buna göre sanayileşmiş ülkelerin, 2008-2012 yılları arasında iklim dengesi üzerinde tehdit oluşturan karbondioksit gibi gaz salınımlarını, 1990 seviyesinin yüzde 5,2 altına çekmesi gerekiyor. Bu hedefi tutturamayan ülkelere ceza verilmesi öngörülüyor.

Türkiye, iklim değişikliklerinin olumsuz etkilerinin önlenmesi amacıyla oluşturulan BM İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalayan ülkeler arasında yer alıyor. Bu sözleşmeye, gelişme düzeyi, kalkınma hedefi ve tüketim modelini dikkate alarak taraf olan Türkiye, '3'üncü Taraflar Konferansı' olarak da bilinen Kyoto Protokolü'ne taraf olmadığı için herhangi bir indirim taahhüdünde bulunmadı.

## **Olan fakir ülkelere olacak**

Küresel ısınma ile ilgili bilimsel kanıtlar ise her geçen gün artıyor. İngiliz hükümetinin destek olduğu son çalışma, dünyanın 21'inci yüzyılın sonuna kadar 2 ila 11 derece ısınacağını, Kuzey Kutbu'ndaki buzulların eriyeceğini ve kutup ayılarının soyunup tükeneceğini ortaya koydu. Birbiri ardına yayımlanan bilimsel makaleler buzul erimesinin nehirleri taşıracığını, deniz seviyelerini yükselteceğini ve kıyı kentlerinin sular altında kalacağını vurguluyor. Denizlerin taşmasından en

çok etkilenecek olanlar ise, küresel ısınmada asgari payı olan fakir ülkeler.

Sözleşme, başta petrol olmak üzere fosil enerji kaynaklarının kullanımına kısıtlama getirilmesini gerektiriyor. Birleşmiş Milletler'e göre, atmosferdeki karbondioksitin yüzde 80'i, fosil enerji kaynaklarının ulaşım, ısınma ve sanayi alanlarında kullanılmasından kaynaklanıyor.

Sözleşmede, Kuzey'in sanayi ülkelerinin gaz emisyonunun 2012 yılına kadar 1990 yılına göre yüzde 5.2 azaltılması öngörülüyor. Bu amaçla her ülkeye kota konuyor. Ancak ABD geri adım atmadığı için, gaz emisyonundaki azalma yüzde 5.2 yerine ancak yüzde 2 olabilecek.

## **İklimler değişiyor**

Bilim dünyası Kyoto Protokolü'nün açtığı vizyon çerçevesinde araştırmalarına yön verdi. Son yıllarda yayımlanan bilimsel araştırmalar, küresel ısınmanın neden ve sonuçlarına daha açık vurgu yaparken, buna uygun çözümleri de öneriyor. Son tahminlere göre, küresel sıcaklıklar 20'inci yüzyılda 0.8 derece arttı. Bilim dünyası şu konuda hemfikir; endüstriyel üretim ve tüketim sonucu salınan birtakım gazlar, atmosferde kalarak bir örtü gibi yeryüzünü kaplıyor. Gazlar ısıyı tutarak atmosferin ısınmasına neden oluyor, buna da sera etkisi deniyor. Küresel ısınma son 25 yılda, tarihin hiçbir çağında olmadığı kadar arttı. Sıcaklıklar sadece artmakla kalmadı, iklim düzeninin şaşmasına ve mevsimler arasında dengesizliğe de neden oldu. Tarihin en sıcak 5 yazı son 8 yıl içinde gerçekleşti.

Küresel sıcaklıkların bilimsel olarak tutulmaya başlandığı 19'uncu yüzyıldan bu yana en sıcak yıllar 1990'lardan sonra gerçekleşti. Tarihte kaydedilen en sıcak üç yaz ise 1998'den bu yana gerçekleşti. 2003'teki rekordun sonra 2004 yazı da tarihteki dördüncü en sıcak yaz oldu. Son 100 yıl içinde küresel sıcaklıkların en az 1 derece yükseldiği artık kabul görmüş durumda. Ancak, esas korkutucu senaryo gelecek yüz yıl için öngörülen 3 derecelik artışın canlı ekosistemlerine ve

besin dengesine olan etkisi.

Küresel iklimin 3 derece dahi ısınmasının sonuçları milyonlarca canlı için felaket olacak. Bilim adamları Latin Amerika'daki su rezervlerinin bir kısmının kuruyacağı ve Karayip Denizi bölgesindeki tarım sahalarının kuraklaşacağı uyarısında bulunuyor. Küresel sıcaklıkların 3 derece yükselmesi, Amazon yağmur ormanlarının kurumasına, Grönland'daki buzulların erimesine ve okyanus su seviyelerinin de yükselmesine yetecek.

Peru enerji üretiminin yüzde 70'ini hidroelektrik santrallerinden elde ediyor. And Dağları'ndaki ırmakların kuruması bu ülkenin su rezervlerini ciddi tehlike altına alacak. Çin'de pirinç tarlalarının kuruması, bu ülkenin önemli bir besin kaynağının azalmasına neden olacak. Artan sıcaklıklar Karayip Denizi'nde kasırga ve tayfunların sıklaşmasına yol açacak. Bilim adamları son yıllarda ABD'nin güney kıyılarını ve Meksika Körfezi'ni tehdit eden kasırgaların sıklaşmasına sıcaklık artışlarının yol açtığını düşünüyor.

### **ABD heyeti: "Kyoto bilimsel değil"**

Bilim adamları, ABD'yi tehlike boyutlarına ulaşan küresel ısınmanın kontrol altına alınması için, karbon dioksit emisyonlarını indirmeye ikna edemiyor. Bush yönetimi inatla Kyoto Sözleşmesini imzalamayacağını, şartların kendi ekonomisine çeşitli külfetler getirdiğini savunuyor. Kyoto'yu imzalamaya yanaşmayan ABD, sözleşmenin yürürlüğe girmesinden önceki son uluslararası konferansta da küresel ısınmanın bilimsel olarak kanıtlanmadığını savundu. ABD heyetini temsil eden Harlan Watson, "Bilim gelecekte bir gün küresel ısınmanın emisyonlardan kaynaklandığını kanıtlanırsa, biz de emisyon hacimlerimizi düşürürüz" diye konuştu. Watson, Kyoto ile ilgili olarak ise, "Kyoto Protokolü bilimsel temellere dayanmıyor" ifadesini kullandı.

ABD'yi ikna etmek üzere diploması turu yapan bilim adamlarından BM yetkilisi Rajendra Paçauri, "Bilim gaz emisyonlarını indirin diyor, bilim sera etkisini azaltın diyor, kanıtlar yeterince güçlü, gözlemler ortada, artık bunların kabul görmesi gerekiyor" diye konuştu. Paçauri, "Bunların tartışılacak bir yanı kalmadı. Asıl mesele kimin üstüne düşeni yapmadığı" şeklinde ABD'nin tutumunu eleştirdi.

### **Önce gelişmiş ülkeler sorumlu**

Kyoto Protokolü, son 300 yıldır dünyanın ısınmasında sorumlu tutulan endüstriyelleşmenin yaygın olduğu gelişmiş ülkeleri 'sorumlu' saydı. Gelişmiş ülkelere



**Küresel ısınma nedeniyle buzulların erimesi ve deniz seviyelerinin yükselmesinden en çok etkilenecek olanlar ise, küresel ısınmada payı en az olan yoksul ülkeler.**

sorumluluk yükleyen Kyoto, birçok uzman tarafından çevre sorunlarında 'küresel adalet' hedeflediği saviyle olumlu tepki aldı. Avrupa Komisyonu rakamlarına göre, AB, ABD, Kanada, Rusya, Japonya, Çin ve Hindistan tüm küresel sera etkisinin yüzde 75'inden sorumlu.

Arjantin Devlet Başkanı Nestor Kirchner de, gelişmiş ülkeleri küresel ısınma konusunda çifte standartlı olmakla suçladı. Buenos Aires'teki BM konferansında söz alan Kirchner, "Bir taraftan borç batağındaki gelişmekte olan ülkeleri çevre konusunda sıkıştırmak, diğer taraftan da çevre kirliliğine duyarısızca Kyoto'yu imzalamamak, iki yüzlülüktür" diye konuştu. Kirchner, gelişmekte olan ülkelerin borç batağından kurtulmak için, çevreyi tahrip etmek pahasına ormanlarını kesmek ve hızla endüstriyelleşmek zorunda kaldıklarını savundu.

### **"Kyoto, sorunu çözmeye yetmeyecek"**

Kyoto sözleşmesinin yürürlüğe girmesi dolayısıyla Japonya'nın eski imparatorluk başkenti Kyoto'da düzenlenen törende konuşan BM iklim sorumlusu Joke Waller-Hunter, "sözleşmenin yürürlüğe girişini kutlamak için haklı gerekçelerimiz var. Kyoto sözleşmesi ilk adım, ama sorunu çözmeye yetmeyecek. Bunu da bilmeliyiz" dedi.

Waller-Hunter, atmosferde sera etkisi yaratan gazların kontrol altına alınması gerektiğini vurgulayarak, bütün ülkeler ve iklim için yaralı olacak çok taraflı yeni bir anlaşma metni ortaya koyabilmek için, Kyoto sözleşmesi hayata geçirilirken kazanılacak deneyimlerden yararlanmak gerektiğini belirtti.

### **WWF'den öneriler:**

İklim değişikliğinin olumsuz etkilerinin önlenmesi ve Kyoto Protokolü'nün işlevliliğini artırmak amacıyla, WWF (Dünya Doğayı Koruma Vakfı), çeşitli önerilerde

bulundu:

- Sera gazı salınımlarını düşürmek için hükümetler daha iddialı politikalar belirlemeli
- Karbondioksit salınımlarının düşürülmesinde enerji sektörü, payına düşeni yerine getirmeli
- Avrupa Birliği, karbondioksit emisyonlarının düşürülmesi konusunda güçlü limitler belirlemeli
- Temiz enerji için hükümetler teşvikleri artırmalı, geliştirmekte olan ülkeler, temiz enerji kullanımını konusunda teşvik edilmeli
- Tüm ülkeler yenilenebilir enerji kaynakları ve enerji verimliliği çözümlerini geliştirmeli
- ABD ve Avustralya, Kyoto Protokolü'ne dahil olmasalar da karbondioksit salınımlarını azaltmaları konusunda bu ülkelere yapılan baskı artırılmalı
- Gelişmiş ülkeler, iklim değişikliğinin olumsuz etkileriyle mücadele eden gelişmekte olan ülkelere yardım etmeli
- Tüm hükümetler ve uluslararası kuruluşlar, küresel ısınmayı sanayi devrimi öncesindeki oranda tutmaya çalışmayı taahhüt etmeli.
- Gelişmekte olan ülkeler temiz enerji kullanımını konusunda teşvik edilmeli.

### **AB, Kyoto'yu da yeterli görmüyor**

16 Şubat'ta Kyoto Protokolü'nün yürürlüğe girişi, emisyon hedeflerinin belirlenmesinin yanı sıra, 1 Ocak'ta başlayan AB emisyon ticaret sistemi ile bağlantılı olarak, küresel boyutta bir kömür piyasasının oluşmasına da öncülük ediyor. Ayrıca, emisyonların azaltılmasına ilişkin projelere yönelik yatırımların artması bekleniyor.

Avrupa Komisyonu Başkanı Barroso konuya ilişkin olarak; "Gezeganimizi ve gelecek nesilleri korumak ve bugünün dünyasını daha güvenli hale getirmek için elimizden gelen her şeyi yapmamız ahlaki bir zorunluluktur. Kyoto Protokolü, bu yönde atılmış ilk, ancak önemli bir adım. Protokolün yürürlüğe girişi, iş dünyasına, çevre dostu teknolojilere ihtiyacımız olduğunu gösteren önemli bir mesaj." dedi.

Komisyon'un çevreden sorumlu üyesi Stavros Dimas ise; "Küresel ısınmanın devam etmesi ekonomilerimizi tehdit edecektir. AB, bu nedenle, Kyoto ile belirlenen emisyon hedeflerini karşılamaya çalışıyor. Ancak, bilimsel veriler dünya çapında daha fazla çaba gösterilmesi gerektiğini gösteriyor. AB, Kyoto'nun da ötesine geçerek, 2012 sonrasına ilişkin yeni önlemleri tartışmaya hazır. Uluslararası toplumun diğer üyelerini de bu tartışmalara katılmaya davet ediyoruz." dedi.



Alman Çocuk Dişhekimleri Birliği'nin ödülünü kazanan Ertan Erdoğan:

## 'Bilinç ilerledikçe koruyucu dişhekimliği öne çıkacak'

### Sizi biraz tanıyabilir miyiz?

1974'de Hamburg'da doğdum. Üniversite eğitimimi de Hamburg'da tamamladım. Hamburg Üniversitesi'ni 2001 yılının sonunda dönem ikincisi olarak bitirdim. Ardından hem üniversitede doktora tezime başladım hem bilimsel araştırma görevlisi olarak orada çalışmalarına devam ettim. Ayrıca Hannover'de özel bir klinikte çalışmaya başladım. Doktora tezi çalışmam çok yönlü bir çalışma oldu. Prospektif bir çalışmaya dönüştü ve yaş grubu çok enteresan bulundu. 2002 yılının Eylül ayında Almanya Çocuk Dişhekimleri Birliği'nin genel kurul toplantısında çalışmalarımızın ilk sonuçlarını sundum. 2004 yılında da çalışmadaki gelişmeleri bir daha sundum. Bu çalışmaya bir ödül aldım.

### Bu ödülün anlamı, büyüklüğü nedir?

Ödül yılda bir kere sadece genel kurullarda verilen bir ödül. Mesela 2003 yılında bir sunum yaptığınız zaman 2004 yılında alıyorsunuz ödülü. Bir de benim için çok değerli. Çünkü ilk defa bir Türkiye'li bu ödülü aldı.

### Alman vatandaşı mısınız?

Mecburen Alman vatandaşı olmam lazım yoksa tedavi yapamıyorum veya iş izni alamıyorum. Ben orada doğup büyüdüm. İsterdim ki çifte vatandaş olarak kalayım. Daha önce çifte vatandaşlığım vardı. Ama şimdi kanun değişikliği var. İstemiyorlar çifte vatandaşlığı. Orada çalıştığım için, maaşımı kazandığım için mecburen Alman vatandaşı olmam lazım.

### Çalışmanızın içeriği neydi?

Yeni bir çürük testini kontrol etme ama-

ıyla başlamıştık ve bu çürük testini 2,5-5 yaş arasındaki çocuklarda denemek istiyorduk. Yaş grubu çok enteresan çünkü genelde araştırmalar 12 yaşındaki çocuklarda yapılıyor. Başta karamsar başladık çünkü o yaş grubunda belirli problemler var; bu yaş grubuna ulaşmak bayağı zor. Ama baktık ki bayağı başarılı gidiyor, bizimle çalışan kurumlarda, yuvalar, okullar vs. bu işe çok ilgililer; çalışma her sene tekrarlanan bir çalışma oldu. Tabii böyle çalışmalar daha değerli ve daha az yapılıyor. Çünkü teknik sorunlar çoğalıyor, aynı çocukları bir daha bulmanız problem oluyor. Bir de dediğim gibi yaş grubu çok enteresan ve çürük risk teşhisi denilen bölüm şu anda Avrupa'da çok aktüel. Bir çocuğun daha dişi olmadan bile bu çocukta ilerde çok çürük olabilir teşhisini koymak istiyoruz. Amaç bu, ama henüz başlangıçta'yız. Aynı çocukları her yıl bir daha kontrol ediyoruz ve gelişimi görüyoruz. 2001 yılında bu çocukta bir tane çürük diş vardı, 2002 yılında kaç tane çürük diş olacak, 2003 kaç tane. Biz 2001 yılında diyoruz ki 'bu çocukta fazla çürük riski yok' ve bu teşhisi başta koyuyoruz.

**'Almanya'da bir kentte bir tane dişhekimliği fakültesi olur, o kadar. Sadece Berlin'de iki tane dişhekimliği fakültesi var ama onları da bir araya topluyorlar şimdi. Onun için Türkiye'de aynı şehirde birden fazla dişhekimliği fakülteleri olması bana tuhaf geldi.'**

### Diğer parametreleri kontrol edebiliyor musunuz?

Tabii. Ağızdaki temizlik oranına, ağızdaki plak oranına bakıyoruz. Bir de epidemiyolojik bir teşhis yapıyoruz. Yani alan araştırmalarında kullanılan veya o standartlara göre bir teşhis yapacaksınız. Dışın her tarafına, bütün duvarlarına bakıyoruz. 2001 yılında mesela Ahmet adlı çocuğun çürük geliştirme riski çok yüksek diyoruz. 2002'de bir daha bakıyoruz. 2003'te bir daha bakıyoruz ve 2004'te acaba 2001'de dediğimiz şey hakikaten 2004'te oluyor mu diye kontrol ediyoruz. Bunun için çok enteresan oluyor.

### Sizin çalışmanızın ödül almasının nedeni ne olarak gösterildi?

Ödül veren kurum Alman Çocuk Dişhekimleri Birliği. Çalışmamın ödül alınmasında çeşitli nedenler var. Çünkü çürük riski teşhisi aktüel bir konu. O test o zaman daha piyasa çıkmamıştı. Biz o testi denedik. Dişhekimleri bir beklenti içindeydi. Bu test bakalım işe yarıyor mu yaramıyor mu, muayenehaneme alıyım mı almayayım mı diye. Biz ilk ele alan çalışma gruplarından biriyiz.

Çürük testleri yıllardan beri var. Şimdiye kadar olan çürük testleri ağızdaki mikrop oranını ölçüyorlar. Veya belirli bir mikrop çürüğünü ölçüyorlar. Ağızdaki çürük multi faktöriyel bir hastalık olduğu için şimdiye kadar olan bu çürük testleri hiçbir işe yaramadı çünkü çürüğü oluşturan bir iki tane mikrop türü değil. Yeni bilimsel araştırmalara göre çürüğü oluşturan çok sayıda mikrop türü var. Bizim ele aldığımız çürük testi bütün mikropların oluşturduğu asit oranını ölçüyor. Bütün mikroplar glikoliz üzerinden laktat asit oluşturuyor. Bu

laktat asit dişi çürütüyor. Yani biz mikrop türünü ölçmüyoruz, bütün bu mikropların en son yaptığı laktat asidi ölçüyoruz. Aslında çok mantıklı ama baktık ki maalesef burada da çelişkili bilgi alıyoruz ve bu da hakikaten işe yaramıyor. Öbür üniversitelerdeki başka yaş gruplarındaki araştırmalar hiç iç açıcı sonuçlar göstermiyor.

### Ne tür bulgulara ulaştınız?

Normalde bu testi yapan şirket veya kişiler, testten beş dakika önce diş fırçalamasını bekliyorlar. Arada farklı olmasın diye. Test yapılmadan beş dakika önce dişlerinizi fırçalamanız lazım diye. Bunda diş fırçalamadan önce ve diş fırçaladıktan sonra baktık teste bir değişiklik var mı diye. 2,5-5 yaş arasındaki çocuklarda diş fırçalama teknikleri o kadar gelişmiş değil. Buna rağmen laktat asit oranında bir değişim gördük. 2,5-5 arasındaki bir çocuk ne kadar yetersiz de diş fırçalasa laktat asit oranında bir düşme oluyor. Bunu da çok ilginç bulduk çünkü biz böyle bir şey beklemiyorduk. Biz diyorduk ki çocuk dişini yeterli de fırçalasa laktat asit oranında değişiklik olmaz, beklenti buydu. Ama demek diş fırçalamanın ne kadar yetersiz de fırçalasa önemli bir etkisinin olduğunu gördük.

### Çürük risk testlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Testin çürük riskini teşhis etmek açısından çok büyük bir anlamı yok. Sadece belki bir motivasyon aleti olarak kullanılabilir. Diş fırçalamadan önce testi yaparsanız o test bir renk oluşturuyor bir mavi renk oluşturuyor. Etrafı koyu ise çok laktat asit, beyaz veya pembeye dönüşürse az laktat asit oranı demek. Diş fırçalamadan önce çok koyu bir eflaun rengi alabilirsiniz. Diş fırçaladıktan sonra bir daha aynı testi yapıp daha açık bir renk alabilirsiniz. O zaman hastanıza 'bak diş fırçalamadan önceki durum bu, diş fırçaladıktan sonraki bu' diyerek diş fırçalamanın önemini anlatabilirsiniz. Ama bunun için böyle pahalı testlere gerek yok. Onu başka şekilde de yapabilirsiniz. Motivasyon için de bu kadar alete ve testlere gerek yok.

### Türkiye'deki dişhekimliğini takip edebiliyor musunuz?

Benim Türkiye'deki dişhekimliği fakültelerinden hiçbir irtibatım yoktu. Sadece hocalarımla konuşuyorduk uluslararası kongrelerde. Öyle bir tanışma imkanına sahip oldum. İstanbul'da benim bildi-



ğim kadarıyla üç tane dişhekimliği fakültesi var. Almanya'da böyle bir şey yok. Almanya'da bir kentte bir tane dişhekimliği fakültesi olur, o kadar. Sadece Berlin'de iki tane dişhekimliği fakültesi var ama onları da bir araya topluyorlar şimdi. Onun için bana aynı şehirde birden fazla dişhekimliği fakülteleri olması çok tuhaf geldi.

Almanya'da dişhekimliği fakülteleri kamuya ait. Özel dişhekimliği fakültesi yok. Benim bildiğim kadarıyla öyle bir düşünce de yok. Oradaki üniversitelerin yapısı bizimkinden daha farklı. Biz orada bilimsel araştırmalara çok ağırlık veriyoruz. Burada da mutlaka bilimsel araştırmalara ağırlık veriliyordur ama benim gördüğüm kadarıyla çok hasta tedavisi var. Yani çok pratik çalışma var üniversitelerde. Almanya'da o kadar pratik çalışma yok. Onun için ben üniversitede aslında pek çalışmak istemedim. Biraz pratik de çalışmak istiyordum. Onun için hem özel klinikte hem üniversitede çalışıyorum. Özel klinikte 3 tane dişhekimi beraber çalışıyoruz. Orada da dişhekimleri artık ortaklığa doğru gidiyor.

### Almanya'daki Türkiyeliler arasında ender örneklerden birisi misiniz yoksa dişhekimliği alanında çalışma yapan başkaları da var mı?

Ben şimdi kendimi ender olarak görmek istemiyorum ve görmüyorum da. Türkiyeli olup da orada dişhekimliğinde çok saygın bir yeri olan hocalarımız var. Orada kürsü sahibi olan hocalarımız var. Çok gelişkin Türkiyeli dişhekimleri var. Tabii ki ben çocuk dişhekimliğinde ilk Türkiyeli olarak aldığım için daha ön plana çıktım ama orada mesela implant dalında Murat Yıldırım var, Aachen Üniversitesi'nin yardımcı doçent. Bu konuyu Almanya'da en iyi bilen kişilerden biri ve çok saygın bir rolü var implant tedavisinde. Bunlar çok güzel şeyler. Sırf

**'Ben şuna inanıyorum, geleceğin dişhekimi koruyucu dişhekimi olacaktır ve onun performansı değerlendirilirken ne kadar güzel tedavi ettiği veya implant yaptığı ön planda olmayacak. Çürüğü ne kadar kontrol ettiği veya önleyebildiği ön plana çıkacak.'**

dişhekimliğinde değil her alanda böyle bu.

### Oradan baktığımızda Türkiye'deki dişhekimliği hakkındaki bilgileriniz neler?

Çok az bir bilgiye sahibim ve iletişim kopukluğu yaşıyoruz. Biraz üniversite bünyesini gördüm ama üniversite çevresi dünyada olduğu gibi dışarıdaki dişhekimliğini yansıtmıyor. Türkiye'deki muayenehane faaliyetiyle ilgili ne yazık ki az bilgin var. Nerdeyse sifıra yakın. Türkiye'yle beraber çalışmayı düşünüyorum. Kurs verilebilir veya burada prezentasyon yapılabilir. İstedğim şeyi burada üniversitelerle beraber bilimsel araştırma yapılırsa çok güzel. Bilhassa koruyucu dişhekimliği üzerine. Tamam ben mikro kanal tedavisi falan yapıyorum ama dişhekimliğinin temelinde koruyucu dişhekimliği var. Türkiye'de bilmiyorum koruyucu dişhekimliği nasıl ama bu alanda Almanya'yla beraber bilimsel çalışmalar düzenleyebilirsek çok memnun olurum.

Şartlar ve bilinç geliştikçe toplumda çürüğü olan insan sayısı azalıyor ama çok küçük bir kitlenin çok büyük bir çürük sayısı var. Çürüğü %100 yok edebilecek durumda değiliz. Çürük geriliyor ama toplumun belirli bir kesiminde yoğunlaşıyor. Sırf gelir düzeyiyle ilgili değil ama o çok önemli bir etken.

Ben şuna inanıyorum, geleceğin dişhekimi koruyucu dişhekimi olacaktır ve onun performansı değerlendirilirken ne kadar güzel tedavi ettiği veya implant yaptığı ön planda olmayacak. Çürüğü ne kadar kontrol ettiği veya önleyebildiği ön plana çıkacak. İnsanlar 'Ben dişhekimimden çok memnunum, hiç çürüğüm yok' diyecek. Onun için koruyucu dişhekimi olmak çok güzel bir şey ve ilerde hem diş sağlığı artacak hem performansınız oradan ölçülecek.



Yavuz Turgul'un yönettiği *Gönül Yarası*, izleyenleri ne kadar ağlattığıyla gündeme gelse de bir melodram değil. Türkiye'de toplumun yaşadığı çözülme karşısında değerlerini korumaya çalışan, bu arada ailesiyle de toplumla da arasında derin uçurumlar oluşan Nazım Öğretmen'in merkezinde olduğu hikaye bir trajedi. Senaryosunu yazdığı 'Züğürt Ağa'dan sekiz yıl önce rekor izleyiciye ulaşan 'Eşkîya'ya kadar Türk sinemasının birçok önemli filmine imza atan Yavuz Turgul'la sinemasını ve yarattığı karakterleri konuştuk:

## 'Amacım sosyolojik bir tez sunmak değil'

**Eşkîya Türk sinemasında bir dönüm noktası teşkil ediyor. Bu filmin neden bu kadar gişe yaptığıyla ilgili herkesin kendince bir yorumu var. Sizin yorumunuz nedir?**

Her zaman olacak bir şey değil. Bazen böyle denk gelir. Çünkü sinema öyle bir şey ki plan program, hesap kitap işlerine gelmez. Bunu yaptığımızı zannedersiniz olmaz. Bunu becerebilseydi Hollywood becerirdi. Onlar da her zaman yapamıyor. Çünkü o kadar fazla faktörün bir araya gelmesi lazım ki gişe yapabilmesi için. Bu anlamda bizim hiçbir çabamız olmadı. Zaten bir çaba gerektirecek bir dönem değildi. Sinemanın çok kötü bir dönemiydi. Bana filmin ne kadar iş yapacağını sordular 150 bin kişi gelir mi dediler. Valla inşallah gelir dedim. Sinema dökülüyordu o zamanlar. Filmler 40 / 50 bin kişi tarafından izlenirse iyiydi. Öyle böyle değil. Bir 'Arabesk', 'Amerikalı' ve 'İstanbul Kanatlarının Altında' vardı o zamanki standardın üzerinde gişe yapan. 'İstanbul Kanatlarının Altında' 500 bin seyirci rakamına yaklaşmıştı milletin gözü dönmüştü, bu çok büyük gişe diye. Bizim o zaman tek amacımız vardı, kendi kendimize mutlu olacak bir macera filmi çekmek. Fakat bütün bunların dışında gelişti her şey. Sinema tarihinde bazı özel, büyüklük filmler vardır 'Kasablanka', 'Rüzgar Gibi Geçti', 'Avaré' gibi... Bu filmler seyircinin de ötesinde binlerce yıl yaşayabilecek filmler-

dir. Bunlara özel bir el değmiştir sanki, unutulmaz olacak bu filmler denmiştir sanki. Ve sayılan bütün bu formüller bunlarda uygulanmıştır ayrıca da benzerlerinden onları ayıran farklı bir ruh vardır onlarda. 'Eşkîya'yı da benzerlerinden ayıran bir yan vardı. Sanıyorum o kadar büyük bir seyirci kitlesinin o dönemde filme gitmesinin altında yatan da böyle bir şey. Benim çözemediğim, çözmek istemediğim... Kimsenin zaten çözebileceği bir şey değil bu bence. Büyüklü bir şey...

**Filmlerinizdeki ana karakterlerde hep Doğu'lu bir yan var. Doğu'ya dair şeyler anlatıyorsunuz daha çok. Nedir sizi Doğu'ya çeken?**

Çok planlanmış, şimdi oturayım Doğu'yla ilgili bir film yapayım gibi, bir şey değil. Benim sinema serüvenimde Şener Şen'in önemli bir yeri var. Biz hep Şener'le filmler yaptık. Dikkat ederseniz Şener'in iki önemli yanı vardır geniş yankı uyandıran. Biri Kemal Sunal'la yaptığı tarihsel filmler ya da Hababam serisi filmleri. İkincisi ise Doğu filmleridir. Ağadır, kötü ağadır. Biz o zaman 'Erkek Güzeli', İlyas Salman'la 'Sefil Bilo', Kemal Sunal'la oynadığı 'Tosun Paşa', 'Şaban Oğlu Şaban' gibi birkaç tane ağa filmi yaptık. Bunların hepsi komedi filmine yatkın, ama çok abartılmış grotesk komedilerdir. Bu anlamda ilk değişim 'Züğürt Ağa'yla başladı. Yine Şener'le bir film istediler, Ertem a-

bi (Eğilmez) Yavuz yazar mısın dedi. O-lur dedim. Ne yapmayı düşünüyorsun dedi. Valla bilmiyorum ama bu sefer iyi bir ağa olsa Şener. Ertem abi olur mu öyle şey dedi. Olur mu, olmaz mı derken. Ben de bir deneyelim dedim. 'Züğürt Ağa' böyle çıktı işte. Şener için rol biçme şeklinde başladı her şey. Oturup Türkiye'nin sosyolojik yapısı budur, ben onun üzerine bir tez filmi yapayım şeklinde değil. Şöyle bir şey var, Doğu, Güneydoğu özellikle, bir kere çatışmaları, çelişkileri kendi içinde çok yaşayan bir toplum. Ayrıca göç eden, mekan değiştiren bir toplum ve bu değiştirdiği mekandan ötürü de büyük çıkmazların içine giren bir toplum, hem geldikleri hem gittikleri yerde. Bu anlamda sinema için çok iyi bir malzeme. Benden önce de yapılmış, Yılmaz Güney yapmış, Lütfi Akad yapmış, ben de işin bir ucundan tuttum işte...

**'Eşkîya'daki Baran gibi Nazım da hem hayatın çok içinde ama bir yandan da bu kadar da iyi olamaz bir insan diyorsunuz Sıradan insanlardan kahraman yaratmak sinema için iyi bir malzeme midir?**

Yapmış olduğunuz sinemayla çok ilgili bir şey. Yani sıradan insanı ele alıp, sıradanmış gibi görünen sadece satır altları okunan bir film yapmak istiyorsanız, Türkiye ve dışarıda var böyle. San ki hiçbir şey yokmuş gibi o filmde durağan bir şekilde akar ama alttan alta da



**Şener Şen,  
Meltem Cumbul ve  
Timuçin Esen  
şok finale doğru...**

büyük şeyler vardır. Bu bir yoldur bunu tercih edenler çok başarılı yapanlar vardır. Bir de sıradanmış gibi görünmesine rağmen iç çatışmaları büyük patlamalara neden olacak karakterler vardır. Öykücü yanımla galiba biraz daha yakınımla öyle büyük hareketlerin olduğu, çatışmaların sürekli hayatın nizamını intizamını değiştirdiği alanlarda büyük hayretler ve bundan sonraki hayatı nereye doğru gidiyor anlamında merak yaratma hali sanıyorum beni biraz daha cezbediyor. Benim hikayelerimde bu sıradan gibi görünen insanların hayatlarında hep büyük şeyler olur. Hayatlarını çok değiştirir. 'Züğürt Ağa'da da böyledir, 'Muhsin Bey'de de böyledir. 'Eşkiya'da özellikle çokça vardır bu.

**Türk sinemasında çok iyi filmler de izliyoruz, çok kötü filmler de. Söylenen şu, en büyük problem senaryo. Ve eklenir, senaryo işini Türkiye'de en iyi Yavuz Turgul yapar. Peki sizin filmlerinizde en büyük problem nerededir. Siz en çok iyi oyuncu bulmakta mı zorlanırsınız?**

Oyuncululuğa çok önem veririm. Bir filmi film yapan, ona hayat veren elbette oyuncular. İnsanların hayatını anlatıyorsak o insanları canlandıracak oyuncuların da mükemmel olması gerekir. Ama ben bu anlamda şanslı bir insan olduğumu düşünüyorum. Ve de oyuncu seçiminde titiz davrandığımı düşünüyorum ve bu nedenle o konuda çok fazla sorun yaşamıyorum. Benim derdim kendimle. Bir şey olmuyorsa onu kendimde ararım, o yüzden olmuyor benim başarısızlığımıdır.

**Siz filmde en çok doğallık arıyorsunuz. Oyunculardan en doğal yorumu alana kadar onları çok zorladığımız biliniyor. Amatör oyuncu daha doğal olmaz mı, siz hiç amatör oyuncu tercih etmiyorsunuz.**

Ben o tür bir film yapmıyorum. Amatör oyuncuları kullanacağınız filmler olabilir. Ama onlar daha başka yapıda filmler. Doğaçlamaya uygun gizli kamerayla belli insanlık hallerini çekersiniz filan ama oradan başka şeyler çıkar ortaya. Benim çalışma biçimim ve senaryo yapısı buna izin vermiyor. Oyuncu senaryodaki duruma harfiyen uymak durumunda. Ama öyle filmler de yapmak lazım. Doğaçlama yapanları da çok beğeniyorum. İnşallah bir gün öyle filmler de çekerim. Kamerayı elime alıp konu budur hadi bakalım konusun bu konu üzerine diye. Bunlar çok hoş egzersizlerdir.

**Gönül Yarası'nda dört beş yerde çok güzel uzun monolog sahneler var. Bir de siz sette çok despot davranırmışsınız. Ne yaptınız oyuncularla. Hadi Şener Şen size alışık...**

Çok zorlandılar. Çok çektik oraları ve hepsi tek plandır onların. Ama belli bir süre masa başında çalışmanın faydaları



**'Sıradanmış gibi görünmesine rağmen iç çatışmaları büyük patlamalara neden olacak karakterler vardır... Benim hikayelerimde bu sıradan gibi görünen insanların hayatlarında hep büyük şeyler olur.'**

nı gördük. Mesela Şener Şen'le Timuçin Esen'in istasyonda yürüdükleri sahne sete gittiğimizde masa başında bitmişti. Orada sadece uygulaması kalmıştı. Aslında bütün oyuncular sette ne yapacağını biliyordu. Bir tek heyecan vardı. O da normal. İstedikçe kadar prova yap, kamera görünce sıfır oluyor, dağılıyolar çoğu kez. Bir de bu anı önemsiyorsa oyuncu daha kötü oluyor. Hemen hemen her oyuncunun vardı böyle uzun monolog sahneleri. Güven Kıraç'ın, Meltem Cumbul'un, Devlin Özgür Çınar'ın, Sümer Tilmaç'ın ve hepsi de elinden gelenin en iyisini yaptı.

**Filmde baba figürü hayli baskın, diğer filmlerinizde de var. Baba figürü sizde gerçekten belirgin midir, yoksa tesadüf mü?**

Kafayı babaya takmış bir adam değilim. Ama senaryo içinde senaryoyu geliştirecek, büyütecek yan öyküleri oluşturacak önemli şey o kişinin çevresidir. Kim vardır, o kişinin sevgilisi, arkadaşları, ailesi vardır. Bunlarla olan ilişkilerdeki çatışmalar ya da yan çatışmalar birbirinin içine girmeye başladığında hikaye zenginleşmeye ve büyümeye başlıyor. Bunlardan biri de babadır.

**Yavuz Turgul 'Eşkiya'dan sonra hangi yapımcıya gitse, ona açık çek verirdi. Ama o, 'Gönül Yarası'nı çekmek için sekiz yıl bekledi. Bu ülkede Yavuz Turgul bir film çekmek için bu kadar süre beklerse diğer yönetmenlerin işi çok ama çok zor demektir.**

Sorun bende. Bu süre içinde bir 'İkinci Bahar' dizisi oldu, ön hazırlığı iki sene sürdü. Ayrıca iki dizi daha. Ama bizim çalışmamızın diğerlerine benzemeyen bir yanı var. Belki bugünün koşullarında anlamsız ama her yaptığımız şeyi çok fazla ciddiye alıyoruz, çok fazla titizleniyoruz. Artık benim film çekme zamanım geldi diye düşünmedim hiç hayatımda. Şimdi de öyle olmadı. Ama Şener Şen fenalık geçiriyordu 'Allah aşkına yapalım bir şey' diye. Yapımcılar Mine-Ömer Vargı ve Mustafa Oğuz da öyle. Bir de ben herkesle yapamıyorum. Benim karşımdaki insan bir sürü imtihandan geçiyor. Bir de ortağı olduğum reklam şirketi var. Şirketin bütün yapım işlerinden ben sorumluydum. Ama şimdi oradaki sorumluluğumu devrettiğim için daha rahatım. Artık bundan sonra bu kadar uzun ara vereceğimi sanmıyorum. Daha sık film çekeriz gibi geliyor bana.

# Tabela vergisindeki artışı iptal ettirebilirsiniz

Belediye Gelirleri Kanununun 31 Aralık 2004 değişikliğinden önce aynı verginin miktarı 5.000 – 25.000 TL iken değişiklikle 4000 kat artış yapılmıştır. Dava açılması durumunda bu artışın iptal ettirilmesi mümkündür. Dişhekiminin bu arada salınan vergiyi, faiz işlememesi için vs. ödemek istemesi durumunda ödeme belgesine mutlaka "yasal haklarım saklıdır" veya "itirazi kayıtla ödüyorum" benzeri bir kaydı düşmesi ileride bu parayı geri alabilmesi için gereklidir. Ödeme yapıldıktan sonra dava açılması durumunda hem işlemin iptali hem de ödenen paranın fazla kısmının iadesinin talep edilmesi gereklidir.



## ■ Av. Mustafa Güler

**B**elediye Kanunu 24 Aralık 2004 tarih ve 25680 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girdi. Her ne kadar, anılan Kanun, Anayasa Mahkemesi tarafından şekil yönünden iptal edilmiş ise de iptal hükmünün gerekçeli kararın resmi gazetede yayımından 6 ay sonra yürürlüğe girmesine karar verilmiş olması karşısında 5272 sayılı Belediye Kanunu halen yürürlüktedir. Bu çerçevede anılan Kanun hükümleri dikkate alınarak dişhekimlerinin kullanacakları tabelalar ile ilgili düzenlemelere yeniden göz atmakta yarar var.

Belediye Kanunu, belediyenin kuruluşunu, organlarını, yönetimini, görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemek amacıyla çıkartılmıştır. Kanunun 15. maddesinde belediyelere tanınan yetkiler ile imtiyazlar düzenlenmiştir. Belirtilen maddenin (n) bendinde "Reklam panoları ve tanıtıcı tabelalar konusunda standartlar getirmek" yetkisi de belediyelere verilmiş bu-

lunmaktadır.

Öte yandan 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanununun 26. maddesinin (f) bendinde "Diş hekimlerinin kullanacakları tabela örneğini tespit etmek, bu örneğe uymayan tabelaların kullanımını ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne aykırı ilan ve reklam yapılmasını önlemek," TDB Merkez Yönetim Kurulunun görevleri arasında sayılmış, aynı Kanunun 11. maddesinin (e) bendinde de "merkez Yönetim Kurulunca şekli belirlenmiş örneğe uymayan tabelaların kullanılmasını önlemek" oda yönetim kurulunun görevleri arasında sayılmıştır.

Bu noktada Belediye Kanunundaki hüküm ile Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu arasında bir çelişki ortaya çıkmış gibi görünmektedir. Genel olarak bütün tabela standardını belirleme yetkisi belediyelere verilmiş ancak özel bir kanunda da dişhekimlerinin tabela standardının belirlenmesi yetkisi TDB Merkez Yönetim Kurulu'na verilmiştir.

Hukuksal düzenlemeler arasında aynı konunun düzenlendiği metinler bulunması durumunda normlardan hangisine üstünlük tanınacağına belirlenmesi gerekir. Normlar öncelikle ilgili konuyu özel olarak mı düzenliyor yoksa genel bir düzenleme içinde o konu da mı geçiyor bakış açısından incelemeye tabi tutulur. Her iki düzenleme de genel veya her ikisi de özel düzenleme ise bu durumda düzenlemeler tarih olarak incelenir ve sonra çıkan düzenlemeye üstünlük tanınır.

Bu genel açıklama çerçevesinde Belediye Kanununun 15/n hükmü ile Türk Dişhekimleri Birliği Kanununun 26/f maddesine bakıldığında; Belediye Kanunu düzenlemesi genel nitelikte Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu ise özel nitelikte

olması sebebiyle dişhekimlerinin kullanacakları tabela standardını belirleme yetkisinin halen Türk Dişhekimleri Birliğine ait olduğu anlaşılmaktadır.

Bursa Büyükşehir Belediyesi tarafından, 2001 yılında, genel olarak kentteki bütün tabelaları kapsar biçimde çıkartılan Büyükşehir Belediyesi İlan ve Reklam Uygulama Yönetmeliğinin hekim ve dişhekimleri tabelaları ile ilgili kısmının iptali için açılan davada Danıştay tarafından verilen kararda da Kanun ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğü hükümleri karşısında binaların dışına asılacak tabelalar ile ilgili yetkinin ilgili meslek kuruluşuna ait olduğu, bunun dışında bahçe, yol gibi mekanlara asılacak tabela, afiş ve benzeri ilanlar ile ilgili düzenlemenin ise belediyeye tarafından yapılabileceği belirtilmiştir.

## Tabela vergisi

Belediyelerin gelirlerinin düzenlenmesine ilişkin olarak çıkartılmış bulunan 2464 sayılı Belediye Gelirleri Kanununda belediyelerin muhtelif gelirleri sayılmıştır. Bu gelirler arasında "İlan ve Reklam Vergisi" adı altında bir gelir de bulunmaktadır. Anılan verginin nelerden alınacağı Kanunun 12. maddesinde Belediye sınırları ile mücavir alanları içinde yapılan her türlü ilân ve reklâm, İlân ve Reklâm Vergisine tabidir şeklinde belirtilmiş; 14. maddesinde de muafiyet ve istisna düzenlemesi yapılmıştır. Kanunun 14. maddesinin 5. bendinde tabela ile ilgili muafiyet düzenlemesi "Gerçek veya tüzelkişilere ait işyerlerinin içine veya dışına asılan iş sahibinin kimliği ile işin mahiyetini gösteren ve alanı 1/2 metre kareyi aşmayan ışsız levhalar, (Alanı 1/2 metre kareyi aşan levhalar, aşan kısım üzerinden vergiye tabidir.)"

şeklinde yapılmıştır.

Belediye Gelirleri Kanununun, 31 Aralık 2004 tarih ve 25687 3.Mükerrer sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş olan Kanunun 16. maddesi hükmü ile değişik 15. maddesinde de İlan ve Reklam Vergisinin tarifesi belirlenmiştir. Buna göre "Dükkân, ticari ve sınai müessese ve serbest meslek erbabınca çeşitli yerlere asılan ve takılan her çeşit levha, yazı ve resim gibi tüm sabit ilan ve reklamların beher metrekaresinden yıllık olarak: 20 YTL-100 YTL" vergi alınır.

Belediye Gelirleri Kanununun 31 Aralık 2004 değişikliğinden önce aynı verginin miktarı 5.000 – 25.000 TL iken değişiklikle 4000 kat artış yapılmıştır.

Yapılan bu artışın oransal olarak aşırı olduğunda kuşku bulunmamaktadır. Belirlenen rakamların reel olarak da çok yüksek olduğu düşünülür ise yapılacak şey işleme doğrudan muhatap olan kişi tarafından, 30 gün içinde, işlemin iptali için vergi mahkemesinde dava açmaktır. Açılan davada anayasaya aykırılık iddiasında bulunulması ve bu iddianın Mahkeme tarafından "ciddi" bulunması ile konunun Anayasa Mahkemesine gönderilmesi ile davanın kazanılma olasılığı bulunmaktadır.

Kaynağını kanundan alan bir işlemle karşı karşıya olduğumuz için işlemin iptali, yani tabelalar için uygulanacak vergi miktarının kaldırılması/azaltılması ancak ilgili kanun hükmünün Anayasa Mahkemesi tarafından iptali ile mümkün olacaktır.

Dişhekiminin bu arada salınan vergiyi, faiz işlememesi için vs. ödemek istemesi durumunda ödeme belgesine mutlaka "yasal haklarını saklıdır" veya "itirazi kayıtla ödüyorum" benzeri bir kaydı düşmesi ileride bu parayı geri alabilmesi için gereklidir. Ödeme yapıldıktan sonra dava açılması durumunda hem işlemin iptali hem de ödenen paranın fazla kısmının iadesinin talep edilmesi gereklidir.

### **Vergi incelemeleri ve protokol defteri**

Ülkemizde vergi mükelleflerinin denetlenmesi ve vergi kayıp ve kaçığının önlenmesi için Vergi Usul Yasası'nın 127 ve devamı maddelerde yoklama, inceleme, arama ve bilgi toplama başlıkları altında düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerde "...kanuni defter ve belgeler dışında kalan ve vergi kaybının bulunduğu emare teşkil eden defter, bel-

ge ve delillerin tespit edilmesi halinde bunları almak..." ..mükellefin vergi kaçırdığına delalet eden emareler bulunursa..." Sulh Yargıcından izin alınmak koşuluyla ilgilinin üzeri ve eşyalarını aramak yetkileri verilmiştir. Arama sırasında bulunan ve vergi ile ilgisi bulunmayan özel mektup ve evrak tutanak ile ilgisine verilir.

Yine Vergi Usul Yasasına göre kendilerinden bilgi istenilen gerçek ve tüzel kişiler, özel kanunlarda yazılı mahremiyet hükümlerini ileri sürerek, bilgi vermekten imtina edemezler. Ancak hekimlerden, dişhekimlerinden, ebelerden ve sağlık memurlarından hastaların hastalıklarının nev'ine müteallik bilgiler istenemez.

Hekim ve dişhekimleri, hastaların hastalıkları ile tedavisine ilişkin kayıtları 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun gereğince Protokol Defteri adlı bir deftere kayıt etmek zorundadırlar. Bu kayıtlar aksi kanıtlanıncaya kadar gerçek kabul edilen güvenilir kayıtlar olarak kabul edilir.

Vergi ile ilgili bir inceleme veya aramada protokol defteri kayıtlarına bakılıp bakılmayacağı veya bu incelemenin sınırının ne olacağı konusunda hukuksal düzenlemelerde açık hüküm bulunmamaktadır. Bir yanda hasta sırlarının hastaların izni olmaksızın açıklanamayacağı temel kuralı diğer yanda ise mükellefin gelirini tam olarak beyan edip etmediğinin incelenmesi ve bu suretle Devlet'in toplamaya çalıştığı vergiyi arttırma çabası bulunmaktadır.

Devletin vergi toplama hakkı ile bireylerin giz alanlarının bozulmamasını isteme hakları arasında bir seçim yapılması gerektiğinde kişi haklarına üstünlük tanınması gereklidir. Zira Devlet kişilerin gelirlerini saptamakta başka yollar bulabilir/kullanabilir iken bireyin giz alanını koruyabilmek için bu gizlerin bulunduğu kayıtların izni dışında incelenmemesini istemek dışında bir yolu bulunmamaktadır.

Ulusal hukuksal düzenlemelerde de, açık olmamakla birlikte, hasta kayıtlarının izinsiz olarak incelenmesinin mümkün olmadığı yönünde hükümler olduğu kanısındayız. Zira, yukarıda belirtilen Vergi Usul Yasasının inceleme,yoklama, arama gibi vergi kayıplarını tespiti yönelik yöntemlerinde genel olarak her türlü defter, belge ve delillerin inceleme-ye konu olabileceği belirtilmekte ise de bir dişhekiminden hastası ile ilgili, hastalığının niteliğini ortaya koyacak bilgi-

lerin istenemeyeceğine ilişkin düzenlemeye yer verilmiş olması bu kayıtların inceleme dışı bırakılmış olduğunu göstermektedir. Hastalar ile ilgili olarak dişhekiminden hasta ismi ile alınan ücrete ilişkin bilgi istenmesi düşünülebilir ise de bu yetki hiçbir şekilde, hastaların bütün sağlık bilgilerinin bulunduğu, protokol defterinin memur tarafından incelenbilmesi olarak yorumlanamaz. Hasta hakları ile ilgili genel düzenlemelerin yanı sıra Vergi Usul Yasasının 151. maddesindeki hasta bilgilerinin istenemeyeceğine ilişkin düzenleme karşısında protokol defterlerinin vergi memurlarının incelemeyecekleri belgeler kapsamında olduğunda kuşku bulunmamak gerekir. İnsan Hakları Avrupa Mahkemesi kararları çerçevesinde vergi incelemeleri Öte yandan, İnsan Hakları Avrupa Mahkemesinde de benzeri durumlar tartışılmıştır. Mahkeme, temel haklar içinde yer alan özel hayatın gizliliği ve korunması ile ilgili kurallara gönderme yaparak; aramayı konuta müdahale türlerinden biri olarak görmektedir. Ayrıca mahkemeye göre bu ihlal sadece kişinin ikamet ettiği konutu değil, işyeri için de öngörülmüştür.

AİHM Cremieux v. France davasında; "Ev ve işyerinde kambiyo mevzuatına aykırı hareket eden şirket müdürü hakkında açılan hazırlık soruşturması sırasında gümrük memurları tarafından başvuruçunun işyerinde ve evinde bir dizi arama yapılması ve bazı belgelere el konulması konuta saygı hakkının ihlalidir."

Aynı şekilde Mahkeme bir başka kararında;

"Vergi müdürlüğünün ihbarı üzerine gümrük görevlileri adli polisle birlikte, 14.01.1980 tarihinde başvuruçunun ve eşinin yurtdışındaki malvarlıklarına dair bir delil elde etme üzere evinde arama yapılmıştır. Başvuruçunun yurtdışındaki bankalarla ilgili belgelerini görevlilere ibraz etmemiş, evde yapılan ve dört buçuk saat süren aramada, yabancı bankalardan verilmiş çek defterlerine ve bazı belgelere el konulmasının özel yaşama, konuta ve haberleşmeye saygı hakkına bir müdahale oluşturduğuna değinmiş, başvuruçunun bu müdahalenin iç hukukta hiçbir dayanağının olmadığını iddia etmiş ve hükümet de bu iddialara karşı müdahalenin iç hukukta dayanağı bulunduğunu görüşünü ileri sürmüşse de, Mahkeme başka noktalardan müdahalenin Sözleşmenin 8. maddesine aykırı bulunduğundan müdahalenin hukuken



öngörülebilir olup olmadığı konusunda inceleme yapılmasının gerekli olmadığına; müdahalenin ülkenin refahını koruma meşru amacına sahip olduğuna, müdahalenin gerekliliğinin değerlendirilmesinde sözleşmecî devletin belirli bir taktir alanına sahip olmakla beraber, bu değerlendirme sözleşmesel denetim sistemi ile el ele yürütüldüğünde 8.md2.fk.sı için istisnaların dar yorumlanması gerektiğinden, istisnaların belirli bir olayda uygulanması esnasında ikna edici bir tarzda ortaya konması gerektiğinden; sermayenin kaçıışı ve vergi kaçakçılığını önlemede devletlerin karşılaştıkları güçlükler nedeniyle gümrük suçlarını delillendirmek için evlerin aranması ve belgelere el konması gerekli olabileceğinden, ancak arama ile ilgili mevzuat ve uygulama kötüye kullanmaya karşı yeterli ve etkili güvenceler sağlaması gerektiğinden, olayda henüz yürürlükte olmayan Fransız mevzuatındaki reform ile ilgili olarak mahkemenin bir inceleme yapması gerekmediğinden olayda gümrük yetkilileri arama ve el koyma konusunda çok geniş yetkilere sahip olduğundan yargısal bir arama müzekkeresi bulunmaması halinde yasadaki kısıtlamalar ve şartlar başvuruçunun haklarına müdahalenin izlenen meşru amaçla kesinlikle orantılı olması bakımından yetersiz bulunduğundan, gümrük görevlileri başvuruçunun hakkında

mevzuatın ihlali ile ilgili bir şikayette bulunmamış olduğundan demokratik bir toplumda gerekli olmayan müdahale nedeniyle özel yaşama saygı hakkının, konuta saygı hakkının ve haberleşmeye saygı hakkının ihlaline" karar vermiştir. Burada sorun oluşturan husus kişinin kendi suçluluğunu kanıtlayacak belgeleri vermemesi ya da vermekten kaçınmasının kendi kendini suçlamama hakkına dahil edilebilir olup olmadığı meselesidir. Mahkemeye göre 6. maddedeki genel adil yargılanma ilkesi ve buna dahil olan kendisini suçlamama hakkı en basitinden en karmaşığına kadar ayırım yapılmaksızın bütün suç türlerinde uygulanır. Kamu yararı, yargısal olmayan bir araştırmada zorlama ile elde edilen kanıtların dava sırasında sanığı suçlamak için kullanılmasının mazereti olarak gösterilemez. Genel bir kural olarak, cebri yetki altında edinilen ifadeler daha sonraki bir yargılamada ilgili kişinin aleyhine delil olarak kullanılamaz.

Mahkeme buna ilişkin bir kararında da; "Hükümet Fransız gümrük ve kambiyo rejiminin açıklayıcı niteliklerinin altını çizerek, bu rejimin vergi yükümlülerinin fiillerinin sistematik olarak araştırılması yoluyla koruduğunu, ancak buna karşılık gelir ve varlıklarını ilgilendiren belgeyi belirli bir süre muhafaza etmek ve yetkililerin talebi halinde bunları ibraz etmek gibi çeşitli yükümlülükler ge-

tirdiğini belirtmiştir. Devletin belirli belgeleri araştırma yetkisi, ilgililerin kendi kendilerini suçlamak zorunda oldukları anlamına gelmez. Olayda gümrük idaresi Funke'den bir suçu itiraf etmesini veya kendi aleyhine delil vermesini istemiştir. Sadece yetkililer tarafından bulunan ve kendisi tarafından da kabul edilen delilleri, yani ev araması sırasında bulunan banka belgeleri ve çek defterlerinin ayrıntılarını talep etmiştir. Mahkemeye göre gümrük idaresi, kesinlikle emin olmamakla birlikte varolduğuna inandığı bazı belgeleri elde edebilmek için Funke'nin mahkumiyetini sağlamıştır. Bu belgeleri başka yollarla elde etmekte ya yetersiz ya da isteksiz olan idare, başvuruçuyu işlediği iddia edilen suçların delillerini tedarik etmeye zorlama girişiminde bulunmuştur," değerlendirmesinde bulunarak bu durumun Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin ihlali olduğuna karar vermiştir.

#### **Sonuç olarak,**

İç hukuk düzenlemeleri, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi hükümleri ve AIHM kararları çerçevesinde değerlendirme yapıldığında hastaların sağlık kayıtlarının tutulduğu protokol defteri ve benzeri belgelerin hastaların onayları maddesiz vergi incelemesi veya vergi denetimi gibi uygulamalarda kullanılmasının hukuka aykırı olduğu sonucuna varılmaktadır.

## **Hoşumuza gitmese de**

*Yasa, tüzük ve yönetmeliklere aykırı davranışlarda bulunan meslektaşlarımız hakkında oda disiplin kurullarının verdiği disiplin cezalarıyla ilgili olarak TDB Yüksek Disiplin Kurulu'na gönderilen kovuşturma dosyaları TDB Yüksek Disiplin Kurulu'nun 12 Ocak 2005 tarihindeki toplantısında görüşülerek aşağıdaki kararlar alınmıştır.*

#### **ADANA**

- Üç dişhekimine asgari muayene ve tedavi ücreti tarifesindeki meblağların altında ücret almak nedeniyle asgari muayene ücretinin 10 kat para cezası

#### **İSTANBUL**

- Üç dişhekimine reklam amacına yönelik, haksız rekabeti sağlayıcı nitelikte olan, bir gazetede yayımlanan yazıları nedeniyle asgari muayene ücretinin 50 katı para cezası
- Bir dişhekimine reklam amacına yönelik, haksız rekabeti sağlayıcı nitelikte olan, bir gazetede yayımlanan yazıları nedeniyle asgari muayene ücretinin

50 katı para cezası

- Bir dişhekimine reklam amacına yönelik veya haksız rekabeti sağlayıcı davranışlarda bulunmak nedeniyle asgari muayene ücretinin 20 katı para cezası
- Bir dişhekimine reklam amacına yönelik veya haksız rekabeti sağlayıcı davranışlarda bulunmak nedeniyle asgari muayene ücretinin 50 katı para cezası
- Bir dişhekimine Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre uzmanı olmadığı konularda uzmanmış gibi herhangi bir şekilde tanıtım yapmak nedeniyle asgari muayene ücretinin 50 katı para

cezası

- Bir dişhekimine mesleğini kusurlu uyguladığı yönündeki hasta şikayeti nedeniyle kınama cezası
- Bir dişhekimine tabela standardına uymamak nedeniyle asgari muayene ücretinin 10 kat para cezası

#### **MERSİN**

- İki dişhekimine asgari muayene ve tedavi ücreti tarifesindeki meblağların altında ücret almak nedeniyle asgari muayene ücretinin 10 kat para cezası
- Bir dişhekimine tabela standardına uymamak nedeniyle asgari muayene ücretinin 10 kat para cezası

400. yılında

## Don Kişot

Miguel de Cervantes Saavedra

Yapı Kredi Yayınları



**D**on Kişot'u bilirsiniz, hani şu ince-uzun, sakallı, şövalye romanları okuya okuya sonunda şövalye olmaya özenen roman karakteri. Dulcinea del Toboso'ya aşiktir, kendi gibi zayıf, çelimsiz Rocinante adlı bir atı vardır. Seyisi-yardımcısı-dostu Sanço Panza ile atışır sık sık. İşte yeldeğirmenlerine savaş açan bu aşık, yaşlı şövalye, Miguel de Cervantes Saavedra'nın yazdığı bu

romanın başkahramanıdır. Edebiyatta roman türünün başlangıcı sayılan ve birinci bölümü 1605 yılında yayımlanan İspanyol edebiyatının bu başyapıtı, yayımlandığı günden beri pek çok dile çevrildi, defalarca basıldı. "Okur" olacak kişinin mutlaka okuyacağı kitaplar arasında yer alır Don Kişot. Bir başka deyişle Don Kişot'u okumamış kişi "okur-yazar" sayılmaz.

## Emir Komuta Zinciri

11 Eylül'den Ebu Gureyb'e Uzanan Yol

Seymour M. Hersh

Agora Kitaplığı / Siyaset Dizisi



**I**969'da Vietnam'daki My Lai katliamından 1973'te Şili darbesindeki CIA parmağına, Kissinger'ın komplolarından Irak Savaşı'ndaki Ebu Gureyb hapishanesi işkencelerine, Kuzey Irak'taki İsrail-Kürt yakınlaşmasından ABD'nin İran'daki gizli faaliyetlerine kadar dünyayı yerinden oynatan haberleriyle ABD hükümetlerinin korkulu rüyası olan Seymour M. Hersh, elinizdeki kitapta da, 11 Eylül saldırılarını izleyen süreçte Bush ve ekibinin, 'terörizm karşı savaş' bahanesiyle Dünya İmparatorluğu kurma emellerini gerçekleştirmek amacıyla yürüttükleri gizli o-

perasyonları, egemen devletlerle girilen kirli ilişkileri ve Amerikan devletinin kurumları içindeki çıkar çatışmalarını gözler önüne sermektedir. My Lai katliamını ortaya çıkardıktan sonra serbest gazetecilere çok ender verilen Pulitzer Ödülü'nü alan Hersh, sekizinci kitabı olan "Emir-Komuta Zinciri"yle de ABD'de 2004 National Magazine Ödülü, 2004 Ulusal Yayıncılar Birliği W.M. Kiplinger Ödülü ve İspanya'da Araştırmacı Gazetecilik Ödülü'ne layık görülmüş olup, John Lennon anısına verilen 50 bin dolar değerindeki Lennon-Ono bağışıyla ödüllendirilmiştir.

## Hacı Komünist

Ferhan Şensoy

Ortaoyuncular Yayınları

"**Ü**lkemiz insanlara maddesel zenginlikler sunmak için çok yoksul olsa da, onlara eşitlik duygusu, insanlık onuru sunamayacak kadar yoksul değildir." diyen adamın gizemli adasına doğru alçalmaya başladı uçak.



## Kamusal Alan

Derleme

Hil Yayınları



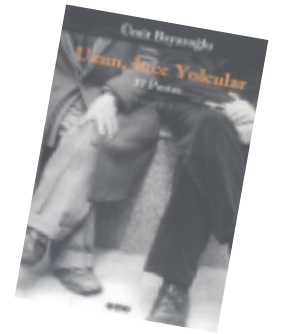
'**K**amusal Alan' kavramı özellikle 1990 başlarından beri ülkemizde çeşitli akademik yayınlarda ele alınmaya, değişik alanlarda kullanılmaya ve 2002'den beri de güncel politik tartışmaların konusu olmaya başladı. Bu derlemenin amacı, günümüzde önem kazanan bu kavramı incelemektir. Modern kamusal alanın tarihsel bir olgu ve de bir norm olarak nasıl geliştiğine ve farklı modellerine bakmak; bugün gerek politik tartışmalardaki yeri, gerekse kültür, iletişim ve medyadan kente dek uzanan değişik konu ve alanlardaki kullanımlarını bir arada resmetmeye çalışarak kavramı elden geldiğince muğlaklıktan çıkarmaktır. Tabii, bu kadar dallı budaklı bir konunun hakkıyla ele alınmasının bu derlemenin gücünü aştığı ve kavramı bu topraklarda yararlı kılmanın, uzun soluklu ve kolektif bir düşünsel uğraş gerektirdiği eklenmelidir.

## Uzun, İnce Yolcular

37 Portre

Ümit Bayazoğlu

Yapı Kredi Yayınları / Yaşantı Dizisi



**D**ansöz, prenses, berduş, müvezzi, amigo, feylesof, serüvenci, müzisyen, hayali, "tarzan", şair, bakan, illüzyonist, hippiler kraliçesi, ses sanatçısı, muhabir... 37 portre:

Her boydan her soydan, hem birbirinden hem herkesten çok farklı bu insanlar değişik zaman ve çok mekanlarda ömür sürdüler. Çoğu şimdi hayatta değil; kimi intihar etmiş, kimi cinayete kurban gitmiş, bazılarınınmsa akibeti meçhul.

## SmartLite™ PS

Kalem şeklinde,  
yüksek güçlü LED ışık cihazı

YENİ DENTSPLY SmartLite™ PS LED Işık Cihazı 5 Watt LED teknolojiyle üretilmiştir. 24 cm'lik boyu ile çok küçük ve 100gr. lık ağırlığı ile de çok hafiftir. Ergonomik dizaynı ve kontrol kolaylığı SmartLite% PS'nin geliştirilmesinin odak noktalarıdır.

5 Watt LED teknolojisi yüksek ışık yoğunluğu sağlar (950mw/cm<sub>2</sub>). Bu da hemen hemen tüm materyaller ve renkler için kısaltılmış polimerizasyon süresi anlamına gelir. Işık yoğunluğu kaybını engellemek için LED, en uca yerleştirilmiştir.

Tamamen şarj edildiği zaman SmartLite% PS 10sn.lik standart polimerizasyon sikluslarında 150 polimerizasyon sağlar. Şarj işlemi kablosuz, küçük şarj cihazıyla yapılır. SmartLite% PS doğrudan soketin içine yerleştirilir.

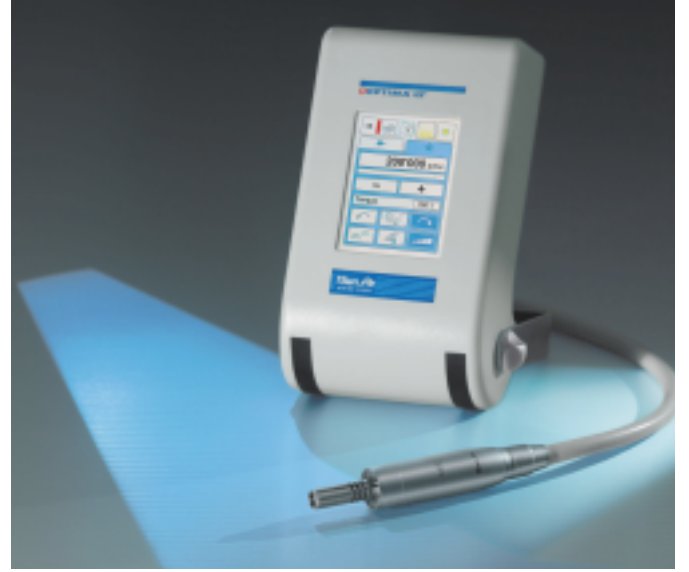
Küçük ve hafif oluşu sayesinde çalışma esnasında yorgunluğa neden olmaz.

360° dönebilecek esnekliktedir. Ucun de-ğişebilir olması ışık kaynağının yenilenebilmesine olanak sağlar.

Dokunmatik paneli, ses sinyali verebilen bir aktivasyon düğmesi ile açma/kapama düğmesini ve bunlara ilaveten şarj kontrol ışığını içerir.

Kontaminasyon riskini azaltan tek kullanımlık şeffaf örtüleri de mevcuttur.

Dentsply Türkiye  
Tel: 0.216.302 29 30



## OPTIMA MX

Kömürsüz Mikromotor

2004 sonbaharından itibaren MX motor ve dokunmatik ekranıyla birlikte yeni bir nesil motor ortaya çıkmıştır. 'BIEN AIR OPTIMA MX' Dişhekimleri için yapılan çok güçlü (100W) kömürsüz mikromotordur. Hortumla kolay bağlantı, tork ve oran ayarı, 5 adet program, ışık yoğunluk ayarı, ileri veya geri yönde rotasyon, oranlara bağlı 100 - 200.000 rpm arası hız ayarı farklı özellikleri arasındadır. BIEN AIR'in yürütmüş olduğu 'ALL IN ONE' politikası sayesinde bu motor sistemi dişhekimlerine az donanımla çok iş yapma esnekliği sağlar.

Yani 4 adet angldrüva yerine 2 adet angldrüvayla, yüksek hız ve düşük hızda, endodonti ve implantoloji alanlarında çalışma olanağı sağlamaktadır.

Esti  
Tel: 0.312.433 13 61



## Multilink

Self-etch ve self-cure adeziv kompozit siman

**M**ultilink ikili şırınga ile uygulanan, self-etch ve self-cure adeziv kompozit simandır. İkili şırınga, komponentlerin eşit sıkılması ve karıştırılma-

siyla uygulama kolaylığı sunar. Estetik gereksinimlerinize göre seçeceğiniz sarı, opak ve transparan olmak üzere üç farklı rengi vardır. Multilink-Primer A/B kompozit simanın uygulanmasından önce diş dokularının hazırlanmasında kullanılır. Primer A ve B 1:1 oranında karıştırılıp bu karışım dentin ve mine üzerine uygulanır. Primerin self-etch özelliğinden dolayı total etch asitleme tekniğinin uygulanmasına gerek yoktur. Metal restorasyonların yapıştırılmasında kullanılmak üzere

metal primeri de vardır.

Endikasyonları:

Multilink metal, metal destekli seramik, tam seramik, güçlendirilmiş tam seramik, veya kompozit esaslı malzemelerle hazırlanmış kuron, köprü, inley, onley, post gibi tüm indirekt restorasyonların yapıştırılmasında kullanılabilir. Multilink özellikle ışık geçirgenliğinin olmadığı veya düşük olduğu durumlarda (metal, metal destekli porselen, geliştirilmiş tam seramik ve post uygulamaları gibi) ve düşük kuron boyuna bağlı olarak yüksek retansiyon ve bağlanma kuvvetlerinin arzulandığı durumlarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir.

Güney Diş  
Tel: 0.212.346 04 04



Soruların yanıtlarını en geç 8 Nisan 2005 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- Florürlerin mine üzerindeki sistemik etkileriyle ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- Organik matriks sentezinde rol oynar.
- Kalsifikasyon döneminde floroapatit oluşumunu sağlar.
- Hidroksiapatit kristalleri arasındaki boşlukları doldurur.
- Kalsiyum florür oluşturarak minenin çözünürlüğü azaltır.
- Hidroksiapatit kristallerinin aktifliğini azaltır.

2- Aşağıdakilerden hangisi dental plağın oluşmasında ilk kolonize olan bakterilerdendir?

- A. actinomycetemcomitans
- Porphyromonas gingivalis
- Prevotella intermedia
- Eikenella corrodens
- Streptococcus sanguis

3- Non-spesifik immün cevapta yer alan Polimorfnükleer Lökositelere ait lizozomal içeriğin serbest hale geçmesine ne denir?

- Marjinasyon
- Diapedesis
- Fibrinolizis
- Fibroplasia
- Degranülasyon

4- Guta-perkannın bağ dokusuyla temasta olduğu durumda aşağıdakilerden hangisi geçerlidir?

- Guta-perka nispeten inertdir
- Guta-perka immunojeniktir
- Guta-perka stabil değildir
- Guta-perka karsinojeniktir.
- Guta-perka doku içinde çözünür

5- Tam seramik kron avantajlarından değildir?

- Üstün estetik
- Porselen kırılabilirliği
- İyi doku cevabı
- Doğal diş yapısına benzerlik
- Hepsi

6- Total pürüzlendirme tekniğinde, mine ve dentin için ideal asitle temas süresi ne kadar olmalıdır?

- Mine 10 sn, dentin 10 sn

- Mine 15 sn, dentin 15 sn
- Mine 30sn, dentin 15 sn
- Mine 30 sn, dentin 30 sn
- Mine 30 sn, dentin 10 sn

7- Aşağıdakilerden hangisi diştışı oluşumunda rol oynamaz?

- Kalsiyum tuzları birikimi sonucu oluşur
- Plağın dış tabakası ile ilişkilidir
- Plakta bazı organizmaların fosfatazları sentezlemesi sonucu plakta yüksek oranda fosfat iyonları görülür
- Salya, Ca iyonlarına doymuş olduğundan plakta da görülür
- Ölü ve ölmekte olan organizmaların oluşturduğu organik kalıntı içindeki fosfatların birikimidir

8- Periodontal endodontik problemlili bir diş için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Endodontik problem periodontal kaynaklı olabilir
- Periodontal problem endodontik lezyonun periodonsiyum boyunca ilerlemesinden kaynaklanabilir
- Diş vital olabilir
- Endodontik kaynaklı periodontal sorun endodontik tedavi ile iyileşebilir.
- Periodontal kaynaklı endodontik sorun periodontal tedavi ile iyileşebilir.

9- Dental ünitin su girişine bir bakteri filtresi konmazsa veya sistem periodik olarak dezenfektanlarla yıkanmaz ise kullanılan şebeke suyu spesifik olarak hangi tip enfeksiyonlara yol açabilir.

- Gribal enfeksiyonlar
- Hepatit B veya C tipi enfeksiyonlar
- HIV enfeksiyonları
- Epstein-Barr veya Herpetik viral enfeksiyonlar
- Psödomonas ile Lejionella enfeksiyonları

10- Sabit bölümlü protez planlamasında parsiyel kron endikasyonu olan faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- Kısa klinik kron boyu
- Uzun köprülerde destek yapı olarak
- Anterior rehberliğin yeniden oluşturulması gerektiğinde
- Madde kaybı fazla olan endodontik olarak tedavi görmüş dişlerde
- Hepsi

### 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 85. Sayı CEVAP ANAHTARI

**1. C** İndirekt tutuculuk serbest sonlu protez kaidesinin, mesnet hattı etrafında oluşan mukozadan uzağa doğru olan rotasyon hareketini kısıtlamak amacıyla kullanılır. Mesnet hattından mümkün olduğu kadar uzağa yerleştirilen protez elemanlarıyla sağlanır. Diş destekli protezlerde kaideler boşluğun her iki tarafındakiler restler ve direkt tutucularla güvenli bir şekilde desteklenip, yerinden çıkarıcı kuvvetlere karşı korunduğundan bu tip protezlerde indirekt tutuculuğa ihtiyaç duyulmaz.

**2. D** Yara iyileşmesi sırasında fibrin stabilizasyonuna yardım etmek ve immün sistem tarafından uzaklaştırılacak yabancı materyalin tanımlanmasına yardımcı olmak amacıyla fibroblastlar tarafından salgılanan protein fibronektindir. Plazmin fibrin yıkımından sorumludur. Kompleman 5a inflamasyon esnasında kemotaksis ve diapedesiste rol alır. Elastin ciltteki elastisiteyi sağlar. Tropokollajen kollajenin ana maddesidir.

**3. B** Yer tutucular kaybedilen süt dişine ait yerin korunması ve gelecek olan daimi dişlerin normal konumlarında sürebilmeleri için erken süt dişi kayıplarında uygulanmalıdır.

**4. C** Mine seviyesindeki açık kahverengi renklenme başlangıç çürük lezyonunun belirtisidir. Koruyucu bir yaklaşımla bu bölgedeki renkli mine alev uçlu bir frezle uzaklaştırılıp fissürler fissür örtücü ile kapatılmalıdır. Bu şekilde yapılan fissür tedavisine invaziv teknik adı verilir.

**5. B** I,II,III ve IV maddelerindeki alanlarda kullanılırlar. Geniş MOD kavitelerde kullanılmazlar.

**6. A** Hareketli bölümlü protezlerde protez bileşenlerini birbirine bağlayan ve kuvvetleri arka her iki tarafına ileterek kuvvet dağılımında da rol oynayan ana bağlayıcıların rijit olması gerekir.

**7. B** Spesifik immün cevapta yer alan T Lenfositlerin alt grubundaki "Helper T hücrelerinin" görevi B lenfositlerin proliferasyonunu ve farklılaşmasını stimüle etmektir. Antijenik materyalin hatırlanmasına yardımcı olmak amacıyla anti-body üretmek ve Kompleman sistemini tetiklemek B lenfositlerin görevidir. Supresör T hücreleri regüle etmek Helper T hücrelerinin görevidir. Killer T hücreleri Anti-body ile belirlenmiş antijen içeren hücreleri yok eder.

**8. A** Formülasyondan bağımsız olarak, 2mm'yi aşan tabakalarda yeterli polimerizasyon elde edilmesi her zaman mümkün olmayabilir.

**9. D** Strestococcus sanguis periodontitis etkeni bir organizma değildir.

**10. B** İşlemden 1 saat önce 2 gr'lık tablet alınır.



## Kredilendirilen etkinlikler

*TDB – SDE Yüksek Kurulunun 9 Şubat 2004 tarihli toplantısında değerlendirilen etkinlikler:*

<b>Mersin Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.324.328 93 08</b>
Etkinliğin Adı	: SDE Konferansı Şubat 2005
Etkinliğin Tarihleri	: 12.02.2005
<b>Gölcük Deniz Hastanesi</b>	<b>Tel: 0.262.414 11 44</b>
Etkinliğin Adı	: Dişhekimliğinde İmplantoloji
Etkinliğin Tarihleri	: 12.02.2005
<b>İTİ Eğitim ve Öğretim Komisyonu</b>	<b>Tel: 0.312.442 12 22</b>
Etkinliğin Adı	: Straumann Dental İmplant Sistemi Kursu
Etkinliğin Tarihi	: 19-20.02.2005
<b>Ankara Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.312.435 90 16</b>
Etkinliğin Adı	: Meslek İçi Eğitim Seminerleri Şubat 2005
Etkinliğin Tarihleri	: 24.02.2005
<b>Estetik Dişhekimliği Akademisi Derneği</b>	<b>Tel: 0.212.224 08 50</b>
Etkinliğin Adı	: Sürekli Eğitim Semineri Şubat 2005-1
Etkinliğin Tarihleri	: 28.02.2005
<b>Samsun Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.362.435 44 78</b>
Etkinliğin Adı	: SDO Eğitim Seminerleri Mart 2005
Etkinliğin Tarihleri	: 04.03.2005
<b>Antalya Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.242.237 52 52</b>
Etkinliğin Adı	: Bilimsel Komisyon Toplantısı 2005-3
Etkinliğin Tarihleri	: 05.03.2005
<b>Aydın Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.256.213 56 99</b>
Etkinliğin Adı	: Bilimsel Etkinlik Mart 2005
Etkinliğin Tarihleri	: 05-06.03.2005
<b>Estetik Dişhekimliği Akademisi Derneği</b>	<b>Tel: 0.212.224 08 50</b>
Etkinliğin Adı	: Sürekli Eğitim Semineri Mart 2005
Etkinliğin Tarihleri	: 11.03.2005
<b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.212.296 21 05-06</b>
Etkinliğin Adı	: Klinik Uygulamalar 2005-4
Etkinliğin Tarihleri	: 11.03.2005
<b>Ankara Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.312.435 90 16</b>
Etkinliğin Adı	: 5.Bahar Sempozyumu
Etkinliğin Tarihleri	: 11-12.03.2005
<b>Estetik Dişhekimliği Akademisi Derneği</b>	<b>Tel: 0.212.224 08 50</b>
Etkinliğin Adı	: Sürekli Eğitim Semineri Mart 2005-1
Etkinliğin Tarihleri	: 13.03.2005
<b>Estetik Dişhekimliği Akademisi Derneği</b>	<b>Tel: 0.212.224 08 50</b>
Etkinliğin Adı	: Sürekli Eğitim Semineri Mart 2005-2
Etkinliğin Tarihleri	: 14.03.2005
<b>Ankara Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.312.435 90 16</b>
Etkinliğin Adı	: Meslek İçi Eğitim Seminerleri Mart 2005
Etkinliğin Tarihleri	: 17.03.2005
<b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.212.296 21 05-06</b>
Etkinliğin Adı	: Acil Tıbbi Yardım Kursu 2005
Etkinliğin Tarihleri	: 17.03.2005
<b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.212.296 21 05-06</b>
Etkinliğin Adı	: Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Konferansı 2005
Etkinliğin Tarihleri	: 20.03.2005
<b>Bursa Dişhekimleri Odası</b>	<b>Tel: 0.224.222 69 69-221 30 39</b>
Etkinliğin Adı	: Mart 2005 Eğitim Semineri
Etkinliğin Tarihi	: 25.03.2005

## Kurs Kongre, Sempozyum

### IDS - Internationale Dental-Schau

12-16 Nisan 2005  
Köln - Almanya  
www.ids-cologne.de

### Stomatology Uzbekistan 2005

19-21 Nisan 2005  
Taşkent - Özbekistan  
www.itesa-osiyo.uz

### Türk Periodontoloji Derneği 35. Bilimsel Kongresi

12-14 Mayıs 2005  
The Marmara Otel / İstanbul  
www.turkperio2005.org

### WID Wiener Internationale Dentalausstellung

19-21 Mayıs 2005  
Viyana - Avusturya  
www.wid-dental.at

### British Dental Conference & Exhibition

19-21 Mayıs 2005  
Glasgow - İskoçya  
www.bda-events.org

### Swiss International

1-3 Haziran 2005  
Basel - İsviçre  
www.messe.ch

### SIDEX 2005

04-06 Haziran 2005  
Seul - Güney Kore  
www.sidex.or.kr

### Sino Dental

07-10 Haziran 2005  
International Health Exchange Centre  
Pekin - Çin

### Türk Dişhekimleri Birliği

### 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

23-25 Haziran 2005  
İstanbul  
Tel: 0212 219 66 45  
Fax: 0212 232 05 60

### 93 FDI World Dental Congress

24-27 Ağustos 2005  
Montreal - Kanada  
www.fdiworldental.org

### Dental Expo

12-15 Eylül 2005  
Moskova - Rusya  
www.dental-expo.ru

### EDAD 9. Uluslararası Estetik Dişhekimliği Kongresi

16-18 Eylül 2005  
İstanbul  
Tel: 0.212.224 08 50

### ADA

06-09 Ekim 2005  
Philadelphia - ABD  
www.ada.org

### Expodental

19-23 Ekim 2005  
Milano - İtalya  
www.expodental.it

### International Dental Showcase

20 Ekim 2005  
Birmingham - Britanya  
www.bda-events.org

### Dentech China

26 Ekim 2005  
Şangay - Çin  
www.dentech.com.cn

### 3. ICOI Meffert Implant Institute Symposium

11-13 Kasım 2005 Hilton /İstanbul  
www.dr.aliarif.com  
Tel : 0.312.427 62 25  
Fax : 0.312.427 36 31



24-27  
Ağustos  
2005  
Montreal  
Kanada



93. FDI Dünya  
Dişhekimliği  
Birliği Kongresi

www.fdiworldental.org

## Vefat

TDB Yüksek Disiplin Kurulu üyesi  
meslektaşımız

**Mehmet Çakmakçı'nın  
annesi vefat etmiştir.**

Acılarını paylaşır, başsağlığı dileriz.

DIŞHEKİMLİĞİ VE  
SİSTEMİK  
HASTALIKLAR

## Dişhekimliği ve Sistemik Hastalıklar

Dişhekimisi Murat Tokgöz'ün geçtiğimiz sayıda kitap sayfa-  
mızda yer verdiğimiz 'Dişhekimliği ve Sistemik Hastalıklar'  
adlı eseri aşağıdaki telefonda edinilebilir:  
İbrahim Mimitaş 0.532.646 13 87

## İ.Ü. 1985 mezunları buluşuyor

İ.Ü. 1985 mezunları için 25 Haziran Cumartesi  
günü (Kongre kapanış günü) yemek düzenlenecektir.  
Gelmeyi düşünen arkadaşların bana ulaşmalarını  
rica ederim.

Çetin Danış:  
Tel: 0.216.342 08 37  
GSM: 0.532.283 35 33

## Ücretsiz uluslararası duyuru imkanı

Infodent International adlı dergi, ücret-  
siz duyuru olanağı sunuyor. Dergi  
tarafından TDB'ye gönderilen e-posta  
iletilmesinde derginin dünya genelinde  
dişlerle ilgili imalatçılar, satıcılar, ihra-  
catçılar, ithalatçılar tarafından okunduğu  
ifade ediliyor. Ücretsiz olarak

yayımlanacak, (kontakt detayları dahil)  
50 kelimelik metni nadia@infodent.com  
-mail adresine gönderebilirsiniz.  
Mesajınızın kategorisinin de açıkça belir-  
tilmesi isteniyor: Distribütör aramak,  
üretici aramak, iş fırsatları, teklifler ya  
da diğer kategorisini belirtebilirsiniz.