



Haklarımızı korumak için
11 Mart'ta Ankaradayız

TDBD 98 içindekiler



ŞUBAT - MART 2007 SAYI: 98

13 BAŞYAZI

14 TDB GÜNDEMİ

14-SAĞLIĞIN BAŞINA 'TORBA' GEÇİRİLDİ Sağlık alanında birçok olumsuz etki yaratacak Torba Yasa TBMM'de kabul edildi. TDB'nin de içlerinde bulunduğu sağlık meslek örgütleri ve sendikalar 'beyaz eylem' süreci başlatıyor.

20-TDB'DEN SENDİKALARA: HAKLARINIZI KULLANIN! TDB Merkez Yönetim Kurulu üyeleri sendikalar ve meslek örgütlerine bir dizi ziyarette bulunarak üyelerinin yasa ve yönetmeliklerde yer alan ağız diş sağlığı haklarını da savunmalarını istediler.

22-DİŞHEKİMLERİ YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİ DEĞİLDİR! TDB'nin uyarısına cevaben Sağlık Bakanlığı'ndan gelen yazıda, dişhekimlerini yardımcı sağlık personeli olarak gösteren duyuru ve dökümanlarda gerekli düzeltmelerin yapılacağı belirtildi.

28-SAVAŞA DUR DİYORUZ TDB'nin de aralarında olduğu sivil toplum örgütleri Irak'a ilk bombanın atılışının yıldönümü olan 20 Mart günü 20:00'a kadar sürecek bir dizi eylemlilikle işgali protesto edecek.

30 ODALARDAN HABERLER

31-ELAZIĞ DİŞHEKİMLERİ ODASI ÇALIŞMALARINA BAŞLADI Geçtiğimiz TDB Genel Kurulu'nda kurulmasına karar verilen Elazığ Dişhekimleri Odası Türkiye'deki 33. dişhekimleri odası olarak çalışmalarına başladı.

32-HİZMET ALIMIYLA İLGİLİ TOPLANTILAR SÜRÜYOR Sakarya Dişhekimleri Odası muayenehanelerin devre dışı bırakılması durumunda alınacak tavnı değerlendirmek üzere çeşitli illerdeki üyeleriyle toplantılar yaptı.

34-YOLSUZLUK ZİNCİRİ ODAYA ÇARPTI Malatya'da kamu da çalışan iki dişhekiminin oluşturdukları yolsuzluk organizasyonu Malatya Dişhekimleri Odası'nın çabasıyla ortaya çıkarıldı.

36-ÖĞRENCİLER KONGRELERİNE YÜRÜYOR Geçtiğimiz yıl yeniden faaliyete geçen TDB Öğrenci Kolu, tüm Türkiye'deki dişhekimliği öğrencilerinin biraraya geleceği Ulusal Öğrenci Kongresini toplamak üzere kolları sıvadı. Kongre 21-22 Nisan'da İstanbul'da.

38 FORUM: GENEL SAĞLIK SİGORTASI

38-'YASAYA AYKIRI YÖNETMELİK ÇIKARTILAMAZ' SSGSS Yasası'nın Anayasa Mahkemesi tarafından iptalinin ardından SSK eski Genel Müdürlerinden ve Yasayı hazırlayanlardan AKP Ankara Milletvekili Mehmet Zekai Özcan sorularımızı yanıtladı.



42- 'DIŞARIDAN HİZMET ALINMASI ÖZELLEŞTİRME DEĞİLDİR' Hem Anayasa Mahkemesi'nin kararını hem de SSGSS'nin getirdiklerine ilişkin olarak SSK eski Genel Müdürü ve CHP İstanbul Milletvekili Kemal Kılıçdaroğlu'nun görüşlerine başvurduk.

48- GSS VE ANAYASA MAHKEMESİ KARARI Anayasa Mahkemesi'nin kararı ve bunun doğuracağı sonuçları Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı eski Danışmanı, Sosyal Sağlık Sigortası Uzmanı Hüseyin Çelik kaleme aldı.

DIŞHEKİMLİĞİNİN GÜNDEMİ

54- AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN ÜCRETLENDİRİLMESİ Asgari Ücret Tarifesi'nin bilimsel bir çalışmayla belirlenmesi çalışmasını başından beri çalışmanın içinde olan Muharrem Armutlu dergimiz için yazdı.

60- KONGRE YAKLAŞIYOR 14-16 Haziran 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilecek TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi hakkında organizasyonda görev alanlardan bilgi aldık.

GÜNCEL

68- 'DIŞARIDAN YAPILAN MÜDAHALELER SORUNU KATILAŞTIRIYOR' Geçtiğimiz ay Türkiye'yi sarsan Hrant Dink cinayetinin ardından Radikal Gazetesi yazarı Nuray Mert'e Türkiye toplumunun bu aşamaya neden ve nasıl geldiğini sorduk.

74- ÇEKİN KİRLİ ELLERİNİZİ TRABZONUMUZDAN Hrant Dink cinayetinin ardından gözler Trabzon'a çevrildi. Yöreyi iki ciltlik bir ansiklopedik sözlük yazacak kadar bilen ve seven Trabzonlu meslektaşımız Özhan Öztürk'ün değerlendirmesini sunuyoruz.

DOSYA: ENDODONTİYİ KOLAYLAŞTIRAN ALETLER

83- Prof.Dr. Sedat Küçükay ve arkadaşlarının hazırladığı dosyada Endodontiyi kolaylaştıran aletler 'Elektronik Apeks Belirleyiciler' ve 'Nikel - Titanyum döner alet sistemleri ve şekillendirme yöntemleri' başlıklarında inceleniyor.

ÇEŞİTLİ

110- AYDINLATILMIŞ ONAM Aydınlatılmış onam; çağdaş hasta-sağlık görevlisi ilişkisi içinde kişinin özgür ve sorumlu karar vermesini sağlayan en önemli araç olarak görülür. Necla Aktan'ın yazısı konuyu çeşitli boyutlarıyla ele alıyor.

120- MEKE GÖLÜ: DÜNYANIN NAZAR BONCUĞU Dünyanın "nazar boncuğu" olarak bilinen Meke Gölü, son yıllarda kuraklık yüzünden bataklığa döndü.



REKLAM İNDEKSİ (Alfabetik)

AC DENTAL	45	DENTLAZER	41	KAVO	93	SENSODYNE	12
AKADEMİK DENTAL	33	DENTORAL	71	LİDER DİŞ	09-53-109	SIGNAL	Arka kapak
ATAMAN İLAÇ	08	DENTOSAN	29	METEK TEKNİK	21	SÖNMEZ MEDİKAL D.	03-04-05
BASMACI DIŞ DEPOSU	57	ESTİ	67	MUTLU DENTAL	99	TEKMİL	63
BENLIOĞLU	87	GÜLOĞUZ DIŞ DEPOSU	16-17	ONUR DIŞ DEPOSU	95	TIP-TEK	65
BUTLER GUM	105	GÜLSA	25	ORAL B	06	TOROS DENTAL	47
CAN MEDİKAL	73-77	GÜNEY DENTAL	82	ÖNCÜ DENTAL	107	TURAN UYSAL ve ORT	37
COLGATE	Ön kapak içi	GÜNEY DİŞ	59	PARADONTAX	27	VOCO	51
DENTANET	89	İPANA	07	RF SYSTEM	Arka Kapak İçi	W&H	113



Sesimizi duyacaklar!

TDB Genel Başkanı **Celal K. Yıldırım**

2007 yılının sancılı hem de çok sancılı geçeceğini söyleyip, yazılıyordu. Yılın ilk ayında bu sürecin başladığını -başlatıldığını- yaşayarak gördük. Uzun yıllardır ekilen "aynıştıran, kutuplaştıran, tekleştiren, farklılıkların yok sayan" zihniyetin tohumları boy vermeye başladı ve "hasadını" 19 Ocak 2007 günü Hrant Dink'i öldürerek topladı.

Son yıllarda giderek artan ve ırkçılığa varan söylemlere siyasi partilerimizin duyarsız kalmaları ve bazı siyasi partilerce onanması yaşanan olayın ve gelinen durumun sebebidir. Adım adım oluşturulan bu iklimde rüzgar ekenler fırtına biçilmesine sebep oldular. Olay sonrası verilen beyanatlardan hiçbir kıymeti harbiyesi yoktur. Gelinen bu noktaya kadar yanlış yaptık denseydi belki verilen beyanatlardan bir anlamı olabilirdi.

Kutsal değerler ve semboller üzerinden yapılan politikaların her zaman derin yaralar ve kırılmalar bıraktığı biliniyor. Ne yazık ki birkaç siyasi parti dışındaki partilerin bu süreçte izlediği politikalar kardeşliği geliştirmeye yönelik olmamış aksine sorunun nedenlerini sahiplenir bir politik söylemde bulunmuşlardır. Bazı siyasi partiler ise ateşin üzerine körükle gitmişlerdir

Düşünce, etnik kimlik, inanç, cinsiyet vb. farklılıklardan rahatsızlık duyup tek tip insan yaratma peşinde olanlar insanlık tarihinden bhaberler.

Bu anlayışla nereye varılabilir? Ülkemiz üzerinde birilerinin komploları, art niyetleri varsa bunu kendi birlikteliğimizi yok ederek mi boşa çıkaracağız? Yoksa önce kendi iç birlikteliğimizi sağlayarak mı bu oyunu bozabiliriz?

Tarih tekerrürden ibarettir derler. Eğer böyleyse tarihten ders çıkarmak gerekir. Ülkemiz üzerinde oyun varsa bu oyunun nasıl bozulduğunu yeniden öğrenmeye çalışalım.

'Hafıza-i beşer nisyan ile mal'üldür' atasözümüz hakikaten bizim toprağımızda yaşananlara çok uyuyor. Yeniden yeniden aynı yanlışları yaparak daha derin sorunlar yaratma konusunda üstümüze yok.

Sevgili meslektaşlar, bir meslek kuruluşunun dergisinde böyle bir yazı da nereden çıktı diye söylenenler olacak. Bu düşünce de olanlara sadece şunu söylemek isterim: Biz de sadece meslek sorunlarından ve mesleğimiz ile bağlantılı olan genel sorunlardan yazmak ve konuşmak arzusundayız. Ancak ülkemizde yaşanan sorunlar o ka-

dar büyük boyutlara ulaşmış durumda ki, bu sorunların çözümsüzlüğü bırakın mesleği uygulamamızı yaşamlarımızı tehlikeye atar hale geldi.

Kutsal değerler ve kavramlar üzerinde politika yapmak; politikayı konunun diğer taraflarını yok sayarak yapmak... Bu siyaset yapma anlayışı iliklerimize işlemiş. Ülkemiz üzerinde dolaşan karabulutların bir nedeni de bu anlayışın hakim olması.

Bu cendereden nasıl çıkacağız? Kim öncülük edecek? Sorunun çözümü parlamenter sistemde ise -ki öyledir- o zaman anahtar TBMM olmalı. TBMM'deki siyasi partilerde umut var mı? Bu anlayışı sürdürdükleri sürece hayır. Nereden mi çıkıyoruz? Sağlık Bakanlığı'nın yaptıklarına, yapmak istediklerine bakın, neden bu değerlendirmeyi yaptığımız anlaşılacaktır. Meslek kuruluşlarını benden olan ve olmayan şeklinde ayıran bir anlayışı bir türlü üzerinden atamayan bir siyasi yapının politik önermelerinin zikzaklar çizeceği, gelgitler yaşayacağı ortadadır.

Bir önceki sayıda dişhekimliği hizmetleriyle ilgili hükümetin hiçbir demokratik değerle bağdaşmayan yaklaşımlarını anlatmaya çalışmıştım. Bu konuda değişen bir durum yok. Muayenehaneleri sistem dışına bırakarak ya da kısmen muayenehanelerden yararlanarak dişhekimliği hizmetlerini özel hastane ve polikliniklerdeki dişhekimlerinden almak istiyorlar

Politik çözümleri 'tüccar' anlayışıyla kurgulamanın acı bir örneğini mesleğimizle ilgili olarak görüyoruz. Dünyanın hiçbir ülkesinde olmayan bir sistemin ülkemizde uygulanması düşüncesinin mantığını anlayamıyoruz. Ama bildiğimiz bir şey var. Muayenehaneleri sistem dışına bırakmak isteyen bir düzenlemeyi asla kabul etmeyeceğiz.

Tepkimizi sadece yazılarımızda dile getirmekle yetinmeyeceğiz. Şimdi "sokağa" çıkma zamanı şimdi bizi yok sayanlara karşı, var olduğumuzu gösterme zamanı. HALKIN SAĞDUYUSU ZAMANI GELDİĞİNDE GEREKLİ YANITI HEP VERMİŞTİR. Sağduyu ve haklı olan kazanacaktır.

Biz kazanacağız!

Çünkü doğru olanı, adil olanı, hakkaniyetli olanı, herkesin yararına olanı istiyoruz.

Ankara bizi çağırıyor. Ankara sesimizi 11 Mart'ta daha gür duymalı. Tüm meslektaşlarımızı 11 Mart'ta sesimize ses, gücümüze güç katmaya çağırıyoruz.

Sağlığın başına 'torba' geçirildi

Sağlık alanında birçok olumsuz etki yaratacak Torba Yasa TBMM'de kabul edildi. Çok sayıda kanunda değişiklik yaptığı için 'torba' diye tanımlanan Yasa'ya karşı TDB'nin de içlerinde bulunduğu sağlık meslek örgütleri ve sendikalar 'beyaz eylem' süreci başlatıyor.



Torba yasayla ilgili olarak Cumhurbaşkanı Sezer'e yapılan ziyarete TDB adına Başkan Vekili Prof.Dr. Murat Akkaya ve MYK üyesi Süha Alpay katıldı.

Türk Dışhekimleri Birliği Başkan Vekili Prof.Dr. Murat Akkaya ve Genel Sayman Süha Alpay, Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Üyeleri ve Radyoloji Derneği Başkanı ile birlikte kamuoyunda Torba Yasa olarak bilinen "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı"na ilişkin itirazlarını dile getirmek üzere 12 Şubat 2007 tarihinde Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer'e bir ziyarette bulundular.

"Torba Yasa" tasarısının ülkemizi nitelediği denetlenemeyen yabancı hekimlerle dolduracağı, bunun yanı sıra eğitim hastanelerinde Türkiye tarihinin en büyük ve en tehlikeli kadrolaşmasına yol açacağı ifade edildiği görüşmelerde, sağlık örgütüncü eleştirilen bu yasa tasarısının sağlık siste-

minde yaşanacak yeni açmazlara zemin hazırlayacağı belirtildi.

Görüşmede Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer'den, şu an TBMM gündeminde bulunan ve bu hafta yasalama beklenen, yabancı hekim çalıştırma, şef ve şef yardımcılarının sınavsız atanmasına olanak sağlayan yasayı veto etmesi istendi.

Daha önce, şef ve şef yardımcılıkları konusundaki bir yasayı kendisinin Anayasa Mahkemesi'ne taşıdığını anımsatan Cumhurbaşkanı Sezer'in, tasarının maddeleri hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olduğu dikkat çekti. Sezer, Yasa'nın TBMM'de görüşülerek kendisine iletilmesinden sonra ayrıntılı biçimde inceleyeceğini ifade etti.

Ziyaretten dört gün sonra "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı" 16 Şubat

2007 tarihinde TBMM'de kabul edilerek yasaladı.

Yasa neler getiriyor

Kanuna göre, halen yürürlükteki kanunda yer alan "Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır" ifadesindeki, "Türk bulunmak" ibaresi ile "izinli Türk hekimlerinin" ibaresi "mezun hekimlerin" olarak değiştirildi. Böylece yabancı hekimlerin Türkiye'de çalışmasına olanak sağlandı.

Aile Hekimliği İçin Yeni Hüküm

Kanunla, aile hekimliğiyle yeni bir düzenleme getirildi. Buna göre, zorunlu hizmete tabi hekimlerin buldukları illerde sözleşmeli aile hekimi olarak çalışabilecek veya ihtiyaç halinde aile hekimliği uygulamaları

için görevlendirilebilecek. Aile hekimliğinde alınan görevler de zorunlu hizmetten sayılacak. Aile hekimliğinde görev alan ve birinci basamak sağlık kurumlarında görev alan hekimlerin il içinde yerleri değiştirilebilecek.

Tıpta Uzmanlık Kurulu Oluşturuldu

Eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve bu yetkinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık ana dallarının rotasyonlarını belirlemek, uzmanlık sınavı jürilerini belirlemek, yabancı ülkelerde asistanlık yapanların bilimsel değerlendirmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini tespit etmek, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek, uzmanların gelişmeleri izlemesini sağlayıcı inceleme ve araştırmalar yapmak için Sağlık Bakanlığı'nın sürekli kurulu niteliğinde "Tıpta Uzmanlık Kurulu" oluşturulacak.

Kurul; Bakanlık Müsteşarı, ilgili Genel Müdür ve 1. Hukuk Müşaviri, biri dişhekimini olmak üzere eğitim hastanelerinden Bakanlığın seçeceği 5, bir dişhekimliği fakültesi ve dört tıp fakültesinden YÖK'ün seçeceği birer, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve fakültesi, Türk Tabipler Birliği ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin seçeceği birer üyeden oluşacak.

Kurula seçilecek asil ve yedek üyelerde; uzman olmaları, ayrıca en az üç yıllık klinik veya laboratuvar şefi ya da profesör unvanına sahip bulunmaları şartı aranacak.

Bakanlığın davetiyle yılda iki kez toplanacak olan Kurul, meslek alanlarıyla ilgili konularda oy çokluğu ile karar alabilecek. Ancak kurumların eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin toplantılarda katılanların en az üçte iki çoğunluk aranacak. Kurulun çalışma usul ve esasları Bakanlar Kurulu tarafından yürürlüğe konulacak yönetmelikle düzenlenecek

Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

Kanunla, tıbbi hizmetlerden kaynaklanan her türlü tazminat taleplerinin karşılanması için "zorunlu mali sorumluluk sigortası" oluşturulacak. Bu sigorta primini serbest çalışan hekimler kendileri ödeyecek.

Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele ödeme yapılan kamuya ait döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşları ile özel hukuk kişilerine ait sağlık kurum ve kuruluşları; çalıştırdıkları hekimler için zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptıracak.

Kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan hekimler için çalıştıkları kurum ve kuruluşça yaptırılan sigorta, ilgili hekimin mesleğini serbest olarak yapması halini

kapsamayacak. Sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigortasının yaptırılmasından, hekimin çalıştığı sağlık kurum ve kuruluşunun amiri birinci derecede sorumlu olacak. Sigorta yapan, zorunlu sigorta kapsamındaki bir fiil veya hal nedeniyle sigorta yaptırmanın tazminata mahkum edilmesi halinde; zorunlu mali sorumluluk sigortasında öngörülen sınırlar içinde tazminatı doğrudan zarar görene ödeyecek.

Yapmak zorunda oldukları halde sigorta yaptırmayanlara, yaptırmadığı süre içinde ödemesi gereken primin 5 katı idari para cezası verilecek. Kamu kurum ve kuruluşlarında, sigorta yaptırılmamasından dolayı verilen idari para cezasından, o kurum ve kuruluşun amiri şahsen sorumlu olacak.

Sağlık Hakkı, Özlük Haklarımız, İş Güvencemiz, Mesleki Onurumuz İçin 11 Mart 2007 Tarihinde Beyaz Eylemler Başlıyor

Yasa'nın TBMM'de kabul edilmesi üzerine başta sağlık meslek birlikleri ve odaları olmak üzere tüm sağlık emekçileri, sendikalar ve sağlık hakkına sahip çıkan tüm kişi ve

kuruluşlarla birlikte **Beyaz Eylemler** yapılacaktır.

Bu eylemlerle aşağıda belirtilen şu konulara karşı çıkılacaktır.

- İthal ucuz hekim yoluyla hekim emeğinin ucuzlatılması, sağlık hizmetlerinin niteliğinin düşürülmesi.

- 4 yıldır ifade edilmesine karşın sevk sisteminin kurulmaması

- Sorgulamadan yapılan düzenlemelerle yaz boz tahtasına dönüşen uygulamalar,

- Sosyal güvenlik kurumlarından alacakları ödenmeyen, kaynakları kısılan üniversite ve devlet hastanelerinin zor duruma düşmesi.

- Liyakate göre değil sadakate göre atama yapılarak sağlık alanında siyasi kadrolaşmanın sürdürülmesi.

- Tüm hekimler için zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortasıyla çalışma ortamlarından kaynaklanan sorunların faturasının hekimlere çıkarılması.

- Uzmanlık eğitiminde yetki ve sorumlulukların sadece Sağlık Bakanlığının uhdesinde olmasının TDB ve dişhekimliği fakültelerinin yetki ve sorumluluklarının en alt düzeyde olması.

MESLEKTAŞLARIMIZA ÇAĞRI

Bilindiği gibi, sağlıktaki eşitsizliklerin gittikçe derinleştiği, bu eşitsizlikleri ortadan kaldırmak bir yana, çıkarılmaya çalışılan yasalarda durumu içinden çıkılmaz hale dönüştüren, konunun taraflarının, meslek örgütlerinin görüşlerinin dikkate alınmadığı bir dönemden geçiliyor. Yeterli hazırlıklar ve sorgulamalar yapılmadan konunun muhatapları olan meslek kuruluşları ile paylaşılmadan atılan adımlar ve dört yıldır ifade edilen sevk zincirinin hala kurulamaması yaşanan sorunları daha da büyütülmektedir.

İthal hekim, market eczaneler, hastane zincirleri (diş, göz vb) gibi girişimlerle sağlık ortamının niteliğine uygun kriterler yerine sermayenin talepleri doğrultusunda düzenlemeler yapmakta ısrarlı olunması, sadece tıp hekimleri ve dişhekimleri için değil

sağlık hizmetini doğası gereği bir ekip olarak yürütmesi beklenen tüm sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir. Hekimi, Dişhekimini, Eczacıyı, Hemşireyi ve tüm sağlık personelini ucuz işgücü olarak gören, verilen hizmetin niteliğini önemsemeyen ve piyasada bir maliyet unsuru haline getirmeye çalışan amlayışa karşı bir dizi etkinlik yapılması eğilimi ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda 11 Mart 2007 tarihinde Ankara'da başta sağlık meslek odaları olmak üzere tüm sağlık emekçileri, sendikalar ve sağlık hakkına sahip çıkan tüm kişi ve kuruluşlarla birlikte "Beyaz Miting" gerçekleştirilecektir.

Sağlık Meslek Birlikleri ve Odaları Yöneticilerinin katılacağı bu mitinge tüm meslektaşlarımızın destek vermesini istiyor 11 Mart'ta Ankara'da yanımızda olmaya çağırıyoruz.

Mustafa Güler*

Hukukçu gözüyle Torba Yasa

İlk bakışta içeriği kavranamayan yasalar çıkıyor son zamanlarda. Kimi zaman, özel bir yasa olan Bütçe Yasası içine, bütçe ile hiç ilgisi olmayan yasalar konuluyor (ve Anayasa Mahkemesi istikrarlı olarak iptal ediyor); kimi zaman da, kamuoyunda “Torba Yasa” diye isimlendirilen, tek bir yasa ile onlarca farklı yasa da birbirleriyle ilgili olmayan değişiklikler yapıyor.

5581 sayılı “Bazı Kanun Ve Kanun Hükümünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” da hem başlığında içeriği anlaşılmasını, hem de birbiriyle ilgisiz konularda yaptığı düzenlemelerle tam bir torba yasa. Tabiplerin, zorunlu mali sigorta yaptırılmaları gereğinden eğitim hastanelerine şef atamalarına, Yüksek Sağlık Şurasının ihtisas kurul ve komisyonları oluşturmasından ülkemizde çalışacak tabiplerin tâbiyetine, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki ünvanlarda, merkezi yönetim bütçesinden sözleşmeli personel çalıştırılmasından Tıpta Uzmanlık Kuruluna kadar birçok alanda; beş ayrı yasada değişiklikler yapan düzenlemeler mevcut bu Yasa’da. Yasanın bazı hükümlerini birlikte inceleyelim.

ZORUNLU SİGORTA

5581 sayılı Yasa’nın Resmi Gazetede yayımlanmasından 6 ay sonra yürürlüğe girecek olan düzenlemelere göre “Serbest olarak mesleğini icra eden tabipler” ile “Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, personele ödeme yapılan kamuya ait döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşları ile özel hukuk kişilerine ait sağlık kurum ve kuruluşları çalıştırdıkları tabipler için” tıbbi hizmetlerden kaynaklanan tazminat taleplerinin karşılanması amacıyla mali sorumluluk sigortası yaptırılması zorunluluğu getirilmektedir. Zorunlu sigortanın yaptırılmasına ilişkin yükümlülük muayenehanelerde tabibin kendisine; maaş veya ücret karşılığında çalışılan yerlerde ise ilgili kurum ve kuruluş amirine yüklenmiştir. Anılan zorunluluğun yerine getirilmemesinin yaptırımı olarak da, yükümlülüğün yerine getirilmediği dönemde ödenmesi gereken, sigorta primlerinin beş katı tutarında idari para cezası öngörülmüştür.

Resmi kurum ve kuruluşlarda, sigorta priminin yarısı döner sermayeden, kalan yarısı

da ilgili tabibe döner sermayeden yapılacak ödemedir karşılanacaktır. Kişisel kusuruyla emsali tabipten daha fazla prim ödenmesine sebep olan tabip, aradaki farkı da ayrıca ödeyecektir.

Özel kurum ve kuruluşlarda, zorunlu mali sorumluluk sigortasının işveren tarafından ödenmesi gerekliliği belirtilmiş ve primlerin herhangi bir biçimde, tabiplerin ücretlerine yansıtılmayacağı emredici biçimde belirtilmiştir.

Sağlık çalışanlarından şimdilik sadece tabipler için getirilen zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası ile sağlık alanında yaşanan sorunlardan herhangi birinin çözümlenebileceği düşünülmemekte; zarar gören hastaların alacaklarına daha kolay kavuşmaları amaçlanmaktadır. Oysa sorun, hastaların zararlarının giderilmesinde değil, hastaların zarar görmesine sebep olan sistemdedir ve sigortanın sistemin düzeltilmesine bir katkı sağlamadığı uygulama örnekleri ile bilinmektedir. Bu yasal düzenlemenin doğrudan sonucu olarak, sigorta şirketlerine ödenecek primler sebebiyle yurtdışına ciddi sermaye transferinin gerçekleşeceği ise sanırım tartışmasızdır.

EĞİTİM HASTANELERİNE EĞİTİM KADROLARI

Bilindiği üzere Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri, önemli sayıda uzman tabip ve diş tabibinin yetiştirildiği sağlık kurumlarıdır. Bu kurumların kilit kadroları ise, klinik şefi ve klinik şef yardımcısıdır. Sağlık Bakanlığı, uzunca bir süredir anılan kadrolara yapılacak atamaların her aşamasını elinde tutmak/kendisi yapmak, profesör ve doçent ünvanına sahip olanların da diğer uzman tabiplerin tâbi oldukları zorunluluklardan bağışık tutularak şef ve şef yardımcılığı kadrolarına doğrudan atanabilmelerini sağlamaya çalışmaktadır. Bu hususta birkaç kez yönetmelik değişikliği yapılmış ise de bu değişiklikler, her seferinde, Danıştay tarafından eşit, adil, objektif sınav koşulu olmaksızın, bu kadrolara yapılacak atamaların hukuka uygun olmayacağı gerekçesiyle iptal edilmiştir.

Bu yönde yapılan bir yasal düzenleme ise Cumhurbaşkanı’nın geri göndermesine karar verilmemiş; Anayasa Mahkemesi tarafından yürütmesi durdurulmuştur.

Tabii ki bu arada çok sayıda atama hızla yapılmış ve Anayasa Mahkemesi kararının geriye yürümezliğinden yararlanılmaya çalışılmıştır. Bu atamaların iptali için idari yargıda açılan davalar sürmektedir.

Şimdi aynı konu yine yasal düzenlemeye bağlanmaktadır. Bu düzenlemenin de Cumhurbaşkanı tarafından geri gönderileceği, ısrar edilmesi durumunda da Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edileceği neredeyse bilinmektedir. Ancak bu arada, tam da seçime beş kala, hızlı bir atama trafiği yaşanacağını söylemek için kahin olmaya gerek yok sanırım.

BAŞTABIPLER

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde yapılan, eğitim hastanelerine atanacak baştabiplerin klinik şef yardımcısı, profesör veya doçent olabileceğine ilişkin düzenleme, Danıştay tarafından hukuka aykırı bulunarak iptal edilmiş iken, bu sefer aynı cümle yasal düzenleme ile karşımıza gelmektedir. Bu düzenleme de hukuka, hizmet gereklerine ve yargı kararlarına aykırıdır.

...VE TÜRK BULUNMAK...

Yasal düzenleme ile 1219 sayılı Yasa’da mevcut olan ülkemizde tabiplik yapabilmek için Türk vatandaşlığı olma koşulu kaldırılmaktadır. Ülkemizde çalışacak hekimlerin milliyetinden veya tâbiyetinden öte, bu düzenlemenin ruhuna bakmak gerekir.

Düzenleme takdim edilirken, ülkemizdeki hekim açısından bahsedilmekte ise de resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında, yabancı hekim çalışmasına ilişkin yasak mevcut iken bu sav anlamını yitirmektedir. Kaldı ki herhangi bir düzenleme ile ülkemizin (varsa) hekim açığının hızla giderilmesi de mümkün değildir. Zira YÖK tarafından yapılacak diploma denklik incelemeleri sonucunda, her gelen hekimin diplomasının denkliğine karar verilmeyeceği muhakkaktır.

Ayrıca yurtdışından gelecek hekimlerin, ülkemizde hizmet sunabilmelerinin fiilen mümkün olup olmadığı da tartışmalıdır. Zira öncelikli sorun, dil ve kültür sorunudur. Hasta ile hekim arasında kurulacak iletişim, yamsal olduğuna göre tercüman vasıtasıyla muayene ne kadar sağlıklı olacaktır?

Sağlık çalışanlarının eyleme gittiği, mecburi hizmetin yeniden getirilmeye çalışıldığı ve Arap sermayesinin ülkemizde sağlık tesisleri açmak istediğinin söylendiği sırada Başbakan "gerekirse ithal hekim getiririz" demiş ve şaka gibi algılanan söz şimdi gerçek olmak üzere...

Görünen odur ki, ithal hekimin mevcut hekimlerin gitmedikleri yerde görevlendirilmeleri mümkün değildir, zira memur olamıyorlar. Öyleyse bu hekimler özel sağlık sektöründe çalışacaklar, yani büyük kentlerde. Dil sorunu yaşamayacakları, hastalarının en azından İngilizce bildiği büyük hastanelerde özel bir kesime hizmet verecekler ya da hasta ile iletişim kurmadan doğrudan ameliyathanede çalışacak bu ithal hekimler.

En akla yakın teori, özel hastanelerde yüksek ücretle çalışan Türk hekimlerin, alternatifi olarak elde tutulup ücret pazarlığında koz olarak ortaya sürülerek, emeği değersizleştirmenin bir aracı olacaklardır.

ANESTEZİ TEKNİSYENLERİ

Anestezi teknisyenleri, anestezi uzmanı veya bunun bulunmadığı hallerde ameliyathane sorumlu uzmanının sorumluluğu altında,

bunların ve ameliyatı yapan uzmanın direktiflerine göre ameliyatın ve narkozun salimen ve rahat bir şekilde sonuçlanması için gerekenleri yapacağı 1983 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde var olan bir düzenlemedir. Anestezi uzmanının yetersiz olduğu döneme ilişkin olarak getirilmiş bir yönetmelik hükmünün yasal düzlemde belirtilmesi ameliyatı yapan cerrahın sorumluluğunu ciddi biçimde artırdığı gibi anestezi uzmanlığının bilimsel birikimine de haksızlıktır.

TIPTA UZMANLIK KURULU

Sağlık Bakanlığının, bütün yetkileri elinde tutma isteğinin bir başka görüntüsü de, Tıpta Uzmanlık Kuruluna ilişkin düzenlemede kendini göstermektedir. 15 kişilik Kurulun 8'i Bakanlık üst bürokrasisi ile Bakanlığın seçtiği üyelerdir.

Bu Kurul, "Eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık ana dallarının rotasyonlarını belirlemek, uzmanlık sınavı jürilerini tespit etmek, yabancı ülkelerde asistanlık yapanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, tıpta uzman-

lık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek, uzmanların tıbbi gelişmeleri izlemesini sağlayıcı inceleme ve araştırmalar yapmakla görevli" dir.

Türk Dişhekimleri Birliğinin de dişhekimliği ile ilgili konuların görüşülmesinde görev yapacak bir üye görevlendireceği Kurul'a üye olabilmek için uzman olmak, ayrıca en az üç yıllık klinik veya laboratuvar şefi ya da profesör unvanına sahip bulunmaları şarttır.

SONUÇ

Neredeyse hiçbir hükmü sağlık sistemindeki sorunların çözümüne katkı sağlamayan, Sağlık Bakanlığı'nı kadro oluşturma alanında tek yetkili kılan ve yargı kararlarına açıkça aykırı düzenlemelerle, hukuk tarihinde önemli bir yeri olacak olan 5581 sayılı Yasa'nın Cumhurbaşkanı tarafından bir kez daha görüşülmek üzere Meclise iade edileceğini ümit ediyorum. Umarım ki Meclis, yeniden görüşmede Sağlık Bakanı'ndan başkasına da kulak verir ve yanlış hesap Meclis'ten döner.

TDB'den Çalışma Bakanı'na ziyaret

Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu üyeleri 27 Aralık 2006 günü Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Murat Başesgioğlu'nu makamında ziyaret etti. Görüşmede ülkemizdeki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu hakkında hazırlanan bir rapor, Başesgioğlu'na sunuldu.

TDB heyeti görüşmede Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nda tanımlanmış olmasına rağmen, hazırlanacak olan yönetmeliklerle polikliniklerin, merkezlerin ve özel hastanelerin kapsam içinde olup, muayenehanelerin kapsam dışında bırakılması durumunda, bu durumun Yasaya aykırı olacağını belirtti. Dünyanın hiçbir ülkesinde böyle bir düzenleme olmadığı ifade edilirken, bunun Anayasa'daki eşitlik ilkesine de ters olduğu, böyle bir durumda yasal yollara başvurulacağı dile getirildi.

Görüşmede, TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım, "Dişhekimliği hizmetlerinin %85'i, muayenehanelerde üretilmektedir. Muayenehaneleri sistem içine almadan kamuda, poliklinik ve özel hastanelerde çalışan



900 dişhekimisiyle ülkenin ağız-diş sağlığını çözmek mümkün değildir. Eğer niyet, hizmeti veriyor gibi yaparsa, buna diyecek bir şey yoktur. Özel hastanedeki diş birimi ve poliklinikle muayenehane arasında hiçbir fark yoktur" diyerek TDB'nin yaklaşımını özetledi.

Türk Dişhekimleri Birliği tarafından daha önce hizmetin özelden satın alınmasıyla ilgi-

li bir pilot çalışma önerildiğini, hatta Aile Hekimliği ile ilgili yasa da ağız diş sağlığı hizmetlerinin de bir maddeyle ilave edildiğini ifade eden Yıldırım, "Fakat bu uygulanmadı. Şimdi hazır yasa altı ay etelenmişken, böyle bir fırsatı değerlendirip bu pilot çalışmayı yapabiliriz. Böylece sistemin aksaklıklarını birlikte görebiliriz." dedi.

Ayrıca, Sosyal Güvenlik Kurum mensuplarına kamu ve özel sağlık kuruluşlarında verilen dişhekimliği hizmetlerinin, tıbbi ve mali olarak denetlenmesinin gerekli olduğu belirtildi.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Murat Başesgioğlu ise, konuyu Sosyal Güvenlik Kurumu üyeleri ile görüşüp, onların da görüşlerini aldıktan sonra kendisinin başkanlık edeceği bir toplantıda, konunun değerlendirilmesi gerektiğini ifade etti.



TDB yöneticileri Türk-İş Genel Başkanı Salih Kılıç'la

TDB'den sendikalara: Haklarınızı kullanın!

TDB Merkez Yönetim Kurulu üyeleri Ağız dış sağlığı hizmetlerinin hangi koşullarda alınabileceği konusunda sendikalar ve meslek örgütlerine bir dizi ziyarette bulunarak üyelerinin yasa ve yönetmeliklerde yer alan ağız dış sağlığı haklarını da savunmalarını istediler.

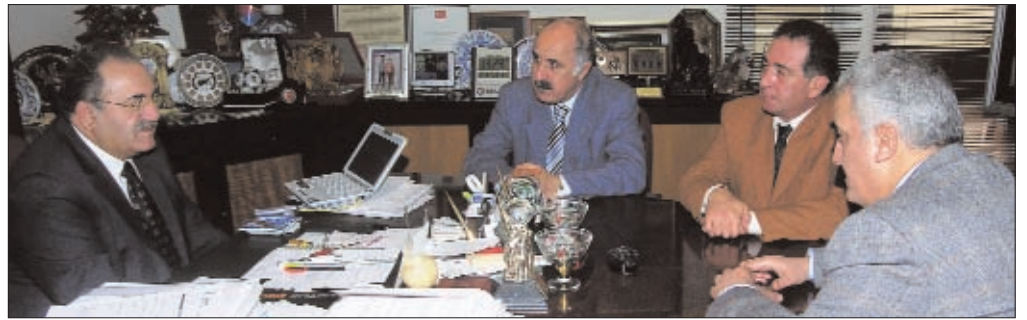
Türk Dişhekimleri Birliği Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım ve TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyeleri Kadir Tümay İmre ve Tatyos Bebek, 06.02.2007 Salı günü, sosyal güvenlik kapsamında bulunan vatandaşlarımızın ağız dış sağlığı hizmetlerini hangi koşullarda alabilecekleri konusunda bilgilendirmek amacıyla; memur ve işçi sendikaları ile bazı meslek kuruluşlarının genel başkanlarını ziyaret ettiler.

Toplantıda; Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK mensuplarının ağız ve diş sağlığı hizmeti alırken hangi koşullarda sevk sisteminden yararlanabileceği hakkında memur ve işçi sendikaları ile meslek kuruluşlarının genel başkanlarına bilgi verildi ve konu hakkında bir rapor sunuldu. Memur ve işçi sendikaları ile meslek kuruluşlarının tabanlarını sahip oldukları bu haklar konusunda bilgilendirmeleri gerektiği konusunda görüş birliğine varıldı.

Ziyarette ayrıca; ağız ve diş sağlığının ülkemizdeki genel profili, dişhekimliği hizmetlerinin durumu, dişhekimliğinde insan gücü planlaması ve ağız dış sağlığı hizmetlerinin muayenehanelerden alınması konularına yer verildi.



TMMOB ziyaretinden



Hak-İş Başkanı Scilim Uslu'yla görüşüldü



KESK Başkanı İsmail Hakkı Tombul'la görüşüldü

Dişhekimleri yardımcı sağlık personeli değildir!

TDB'nin uyarısına cevaben Sağlık Bakanlığı'ndan gelen yazıda, dişhekimlerini yardımcı sağlık personeli olarak gösteren duyuru ve dökümanlarda gerekli düzeltmelerin yapılacağı belirtildi

Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinde dişhekimlerini yardımcı sağlık personeli başlığı altında gösteren bilgi, duyuru ve dökümanların düzeltilmesi gerektiği konusunda TDB tarafından Sağlık Bakanlığı nezdinde daha önce defalarca girişimde bulunulmuştu. Bu konuda Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü'ne 11 Mayıs 2006, 6 Temmuz 2006 ve 31 Ağustos 2006 tarihlerinde uyarı yazıları gönderilmişti.

Bu konuda TDB'nin son yazısına cevaben Sağlık Bakanlığı'ndan gelen yazıda, dişhekimlerini yardımcı sağlık personeli olarak gösteren bilgi, duyuru ve dökümanlarda gerekli düzeltmelerin yapılacağı belirtildi. Bakanlık görevlilerinin bu yazıya uygun davranıp dav-

ranmayacaklarını uygulamayı takip ederek göreceğiz.

Sağlık Bakanlığı'na yazılan uyarı

Web sitenizde dişhekimlerini yardımcı sağlık personeli olarak niteleyen, bilgi, duyuru ve dökümanların sağlık alanında hizmet veren bağımsız meslek grubu olmamız nedeniyle düzeltilmesi ilgede kayıtlı yazılarımız ile talep edilmiştir.

Ancak dişhekimleri arasında yoğun eleştiriye neden olan niteleme düzeltilmediği gibi günümüze kadar bu konuda Birliğimize herhangi bir cevap da verilmemiştir.

Yazılı başvurularımızın 09.10.2003 tarih ve 4982 sayılı Bilgi Edinme Kanunu çerçeve-

sinde cevaplandırılmasını arz ederim.

Saygılarımla,
Murat Ersoy
TDB Genel Sekreteri

Sağlık Bakanlığı'ndan gelen yanıt

Web sitemizde dişhekimlerini yardımcı sağlık personeli olarak niteleyen bilgi, duyuru ve dökümanların düzeltilmesi hususunda ilgili yazınız incelenmiştir.

Söz konusu talebiniz Bakanlığımızca dikkate alınmış olup, gerekli düzeltmeler yapılacaktır.

Bilgilerinizi rica ederim.
Ali Yerlikaya
Bakan a. Genel Müdür



Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu toplandı

Yeni dönem Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu ilk toplantısını 24 Ocak 2007 günü İstanbul'da yaptı. Toplantıdan önce komisyon üyeleri internet üzerinden yapılan yazışmalarla toplantının gündemi hakkında bilgilendirildi.

Toplantıya Ali Gürlek, Ayten Yıldırım, Dr.Gülser Kılınc, Zerrin Küpçü, Sultan Yavuzer, Ahmet Özdikmenli, Dr. Murat Mutlu, Ersin Atinel ve Mehmet Aydın katıldı.

Komisyon Başkanlığına Ali Gürlek, Raporörlüğe Ayten Yıldırım oybirliğiyle seçildi.

Toplantıda; TDB'nin Ağız-Diş Sağlığını Geliştiren Okullar Projesi ile ilgili şimdye

kadar yapılanlar hakkında bilgi alındı, bundan sonra uygulamalarının nasıl olabileceği konusunda görüşler bildirildi ve uygulama alanlarının nereler olabileceğinin araştırılmasına karar verildi. Kısa ve orta vadede yapılabilecekler tespit edilerek buna göre bir çalışma programı yapılması benimsendi ve görev bölümü yapılarak çalışmalara başlandı.

Kısa vadede;

- Ana okulu ve ilkokullara yönelik görsel eğitim materyallerinin toparlanıp varolanların güncellenip TDB'nin internet sitesinde odaların kullanımına sunulmasına,

- Tespit edilen konularda tüm odalara

dağıtımı yapılabilecek şekilde TDB logolu (Elektronik ortamda hekimlerin ulaşabileceği, çıktı olarak hastalarına verebileceği) broşürler hazırlanmasına,

- "Dişhekimleri odalarının Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu Fonu'ndan yararlanma başvurusunda uyulacak kriterler" hazırlanarak TDB MYK'sına sunulmasına karar verildi.

Komisyonla ilgili çalışmaların internet üzerinden yürütülmesinin çalışmaların hızını ve verimliliğini artıracaklarını düşünen komisyon üyeleri bu yolu en etkin biçimde kullanmaya, gerekli gördüğünde de yüz yüze toplantılar yapmaya karar verdiler.



12. Balkan Dişhekimleri Kongresi İstanbul'da

12. Balkan Dişhekimleri Kongresi (BaSS), bu yıl 12 - 14 Nisan 2007 tarihleri arasında İstanbul Grand Cevahir Hotel ve Kongre Merkezi'nde düzenlenecek. Kongre Başkanı Prof.Dr. Hamit Bostancı Türkiyeli dişhekimlerine çağrı yaparak 'Bugüne kadar yarımadamızın en cazip dental organizasyonu olan BaSS Kongreleri, artık dünya çapında bir organizasyon olmaya adaydır. Balkan ülkelerinden gelecek meslektaşlarımız ve tüm dünyadan katılacak dostlarımız sayesinde 12. Kongre daha yüksek seviyelere taşınacaktır' dedi.

2007'de 1500 dişhekimi, 750 eczacı atanacak

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Dr. Orhan Gümrükçüoğlu, personel atamaları ile ilgili bir çok konuya açıklık getirdi. Gümrükçüoğlu, Bakanlığın 2007 yılı içerisinde yaklaşık 23 bin personel ataması yapmayı planladığını söyledi.

Gümrükçüoğlu, yapılacak 23 bin 165 atamanın içerisinde hemşire, ebe ve sağlık memurlarının diğerlerine nazaran daha ağırlıklı olduğunu belirtti. 2007 yılı içinde yaklaşık 1500 dişhekimi atamasının planlandığını söyleyen Gümrükçüoğlu, yaklaşık 750 ile 1000 kadar eczacının da atamasının planlandığını söyledi.

Kat mülkiyetinde hekimlere dönük çözüm

TDB tarafından hazırlanan Kat Mülkiyeti Kanunu değişiklik teklifi, TBMM Adalet Komisyonu'na sunuldu

Kat Mülkiyeti Kanunu, ana gayrimenkulün mesken, iş veya ticaret yeri olarak gösterilen bağımsız bölümlerinde muayenehanelerin açılmasına imkan verirken; poliklinik ve merkezlerin açılmasına kat malikleri onay verse dahi izin vermiyordu. Bu sıkıntının giderilmesi amacıyla TDB tarafından bir değişiklik teklifi hazırlandı.

TDB Merkez Yönetim Kurulu üyeleri Murat Akkaya, Süha Alpay, ve Saba Eryılmaz ile Zonguldak Dişhekimleri Odası Başkanı Metin Ögüt ve Genel Sekreter Murat Altunok, 6 Şubat 2007 tarihinde Kat Mülkiyeti Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun Teklifi ile ilgili olarak Zonguldak Milletvekili ve TDB Adalet Komisyonu Başkanı Köksal Toptan ile görüştüler.

Kat Mülkiyeti Kanunu'nun 24. maddesinin birinci fıkrasında değişiklik yapılması hakkında Türk Dişhekimleri Birliği tarafından hazırlanan kanun teklifi, Zonguldak Milletvekili ve Adalet Komisyonu Başkanı Köksal Toptan'a, AKP Zonguldak Milletvekilleri Fazlı Erdoğan, Polat Türkmen ile CHP Milletvekilleri Nadir Saraç, Harun Akın ile Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Üyesi CHP Grup Yönetim Kurulu Üyesi Dr.Ali Arslan'a sunuldu. Olumlu geçen görüşmelerde önerinin dikkate alınacağı ifade edildi. Değişiklik teklifinin kabul

edildiği takdirde, mesken nitelikli bağımsız bölümlerde muayene- hane dışındaki sağlık tesislerinin de açılabilmesi mümkün olacak.

Kat Mülkiyeti Kanunu'nun 24. Maddesinin Birinci Fıkrasının Değiştirilmesi Hakkında Kanun Teklifi/Tasarısı

MADDE 1- 23/6/1965 tarihli ve 634 sayılı Kat Mülkiyeti Kanununun 24 üncü maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Ana gayrimenkulün, kütükte mesken olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde tıp merkezi, poliklinik, tıbbi tahlil ve ecza laboratuvarı gibi sağlık kuruluşlarının kurulabilmesi kat maliklerinin oybirliği ile verecekleri kararla mümkündür; muayene- haneler ve müşterek muayenehaneler ile en çok iki hekim veya dişhekiminin çalıştığı poliklinikler bu hükmün dışındadır. Ana gayrimenkulün kütükte iş veya ticaret yeri olarak gösterilen bağımsız bölümleri yönetim planında yasaklananlar dışındaki işler için kullanılabilir; kütükte mesken olarak gösterilmesine karşın bütün bağımsız bölümleri fiilen işyeri olarak kullanılan taşınmazlar için de bu kural uygulanır."

MADDE 2- Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 3- Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

Firmalara Türkçe kullanım kılavuzu uyarısı

TDB Genel Sekreteri Murat Ersoy DİŞSİAD'a bir yazı göndererek cihaz ve malzemelerin Türkçe kullanım kılavuzu ile satılması konusunda gerekenin yapılmasını istedi.

Murat Ersoy, 5 Şubat 2007 tarihli yazısında 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanununun 14. maddesinin açık hükmüne rağmen, meslektaşlarımızın satın

aldıkları cihaz ve malzemelerin bir bölümünde Türkçe tanıtım ve kullanım kılavuzlarının bulunmadığı yolunda yoğun şikayetler geldiğini belirterek daha önce de Eylül 2006'da konunun DİŞSİAD'a iletildiğini hatırlattı. Ersoy, cihaz ve malzemelerin Türkçe tanıtım ve kullanım kılavuzu ile satılması konusunda yasal yollar da dahil olmak üzere gereken girişimlerde bulunulacağını ifade etti.

AÜT kullanımında dikkate alınacak hususlar

1 Aralık 2001 tarihinde başlanan Maliyet Analizi çalışmaları temel alınarak belirlenen Asgari Ücret Tarifesi kullanımında tedavi işlemlerindeki iş adımlarına göre dikkate alınması gereken hususlar şunlardır:

1. Muayene: Hastanın muayenesinde, teşhis konularak tedavi planlanır. Hastadan, yapılacak işlem ve bedeli ile ilgili onay alınır. Yapılan tedavi işlem ya da iş-

lemleri ile bir muayene ücreti faturada/makbuzda belirtilir. Her tedavi işlemi için ayrı muayene ücreti yazılmaz.

2. Kanal Tedavisi: İşlem adımlarında radyolojik tetkikler yer almadığı için, alınan radyografi sayısına göre röntgen bedeli faturada/ makbuzda belirtilecektir.

3. Diş Ağartma (Beyazlatma): Ağartma (beyazlatma) ürünü olarak kullanılan materyalin bedeli, diş ağartma işle-

mine giydirilerek faturada/makbuzda belirtilecektir.

4. Açık Apeksli Dişte Kanal Tedavisi: İşlem adımlarında anestezi yer almadığı için, açık apeksli dişte kanal tedavisi işleminde anestezi ücreti, faturada/makbuzda belirtilecektir.

5. Kron Köprü: İşlem adımlarında geçici kron yer almadığı için, ücretleri faturada/ makbuzda belirtilecektir.

TDB / Dentsply Stajyer Öğrenci Programı / 2007

Türk Dişhekimleri Birliği tarafından yürütülen ve Dentsply tarafından desteklenen Dişhekimliği Öğrenci Programı, bir öğrenciye Amerikan Dişhekimleri Birliği'nin 2007 yılında San Francisco/ABD'de düzenlenecek olan yıllık toplantısına katılma fırsatı sunuyor.

Programa katılacak Dişhekimliği Fakültelerinin her biri öncelikle, 2007 Programı için kendi öğrencileri arasında seçim yapacak. Her fakülteden seçilen bir öğrenci, daha sonra Türk Dişhekimleri Birliği'nin İstanbul'da 11-16 Haziran 2007 tarihleri arasında yapılacak olan 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nde, program dahilinde belirlenen kategorilerde demonstras-

yonlarını sunacak. Burada öğrenciler, fakültelerini ve çalışmalarını seçkin bir jüri karşısında temsil etme fırsatı bulacak.

Yapılan değerlendirme sonucu kazanan öğrenci, 27-29 Eylül 2007 tarihlerinde San Francisco/ABD'de yapılacak olan Amerikan Dişhekimleri Birliği'nin 148. Yıllık Toplantısı'na katılmaya hak kazanacak. Tüm katılımcılara bilimsel oturuma katkılarından dolayı

teşekkür sertifikası verilecek. İkinci olan öğrenci 300 Avro, üçüncü öğrenci de 200 Avro para ödülü kazanacak. Birinci olan öğrencinin fakülte danışmanı 250 Avro para ödülü kazanırken, üniversitesi de öğrenci kliniklerinde kullanılmak üzere bir Cavitron Plus cihazı kazanacak.

Yarışma koşullarını ve katılım formunu www.tdb.org.tr den edinebilirsiniz.



Geçtiğimiz yılki ödül töreninden

TDB heyeti Avukat Behiç Aşçı'yı ziyaret etti

F Tipi cezaevlerindeki izolasyon uygulamalarının kaldırılması için 291 gün boyunca ölüm orucunu sürdüren Avukat Behiç Aşçı 10 Ocak 2007 günü İstanbul Şişli'deki evinde TDB heyeti tarafından ziyaret edildi.

F Tipi cezaevlerindeki izolasyon uygulamalarının kaldırılması için 281 gündür ölüm orucunu sürdüren Avukat Behiç Aşçı 10 Ocak 2007 günü İstanbul Şişli'deki evinde TDB heyeti tarafından ziyaret edildi. Heyette Genel Başkan Celal Yıldırım, Genel Sekreter Murat Ersoy, MYK üyeleri Tatyos Bebek ve Ali Gürlek'le birlikte İstanbul Dişhekimleri Odası (İDO) Başkanı Mustafa Dügencioglu ve İDO eski Başkanı Rifat Yüzbaşıoğlu da yer aldı.

Ölüm orucunun tehlikeli aşamalarına gelen Aşçı'yı fazla yormamak için kısa tutulan ziyarette TDB'nin F Tipi cezaevlerine ve izolasyon uygulamasına ilişkin görüşleri aktarıldı ve yetkililere bir kez daha sorunun çözümü için gereken adımları çağrısında bulunuldu. Görüşmede Aşçı, kendisinin herhangi bir şart ileri sürmediğini, daha fazla tutuklu/hükümlünün biraraya gelebilmesine olanak sağlayacak bir adımın atılması durumunda ölüm orucunu bitireceğini ifade etti.

Bakanlık F Tipi için nihayet adım attı

Adalet Bakanlığı 20 Ocak 2007 günü yayımladığı genelgeyle terör suçları mahkûmlarının da cezaevindeki ortak alanlardan koşulsuz yararlanabileceğini bildirdi. Genelgede "terör suçlarından tutuklu ve hükümlü mahkûmların da cezaevlerindeki ortak yaşam alanlarından koşulsuz yararlanabileceğini" bildirdi. F tipi cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlülerin, 10 kişiyi aşmayacak gruplar halinde, idarenin gözetiminde, haftada 10 saati geçmemek koşuluyla sohbet amaçlı bir araya gelebileceği de belirtildi. Daha önce mahkûmların haftada 5 saat bir araya gelmesine izin veriyordu.

Aşçı eyleme ara verdi

Şişli'deki evinde 291 gün boyunca ölüm orucu eylemini sürdüren Behiç Aşçı, Adalet Bakanlığı'nın genelgesinin ardından eyleme ara verdiğini açıkladı. Sağlık kontrolü için hastaneye kaldırılan Aşçı hayatı tehlikeyi atlattı.

F Tipi süreci nasıl gelişti?

Yüksek güvenlikli cezaevleri olarak tanımlanan F Tipi cezaevlerinin 2000 yılı sonlarına doğru hayata geçirileceği açıklamaları üzerine



rasyon sırasında 28 hükümlü ve 2 er hayatını kaybetti. Yaklaşık üç gün süren direnişin ardından hükümlüler yeni açılan F tipi cezaevlerine nakledildiler.

Altı yıl içinde hem cezaevlerinde hem de dışarıda aileler ve yakınlar tarafından yapılan ölüm orucu eylemlerinde hayatını kaybedenlerin sayısı 122'ye yükseldi. Ölüm orucu yapan ve bu süreçte yaşamlarını kaybeden hükümlülerin bazılarının avukatlığı da yapan Behiç Aşçı'nın 5 Nisan 2006 günü Dünya Avukatlar Günü'nde başladığı ölüm orucuyla konu tekrar kamuoyu gündemine taşındı.

Meslektaşımız muayenehanesinde öldürüldü

Dişhekimisi İsmail Hakkı Dilsizoğlu, 10 Şubat 2007 Cumartesi günü Gaziantep'teki muayenehanesinde ölü bulundu. Yapılan incelemede, Dilsizoğlu'nun göğsünden aldığı dört bıçak darbesiyle öldürüldüğü belirlendi. Cinayete ilgili soruşturma devam



ediyor.

16 Ekim 1953 tarihinde Gaziantep'te doğan İsmail Hakkı Dilsizoğlu, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden 1979 yılında mezun oldu. 21 yıldır Gaziantep Dişhekimleri Odası üyesi olan Dilsizoğlu, evli ve üç çocuk babasıydı.

Cinayetin sorumlularının bir an önce bulunmasını umuyoruz. Yakınlarına ve camiamıza başsağlığı diliyoruz.

İlk bombanın yıldönümünde

Savaşa dur diyoruz

Türk Dışhkimleri Birliği'nin de aralarında olduğu dokuz meslek örgütü ve sendika konfederasyonu 15 Şubat 2007 günü İstanbul Hill Otel'de bir basın toplantısı düzenleyerek ABD ve müttefiklerinin Irak'ı işgallerinin yıldönümünde yapılacak protesto etkinliklerine katılım çağrısı yaptılar.

Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK) Genel Başkanı Süleyman Çelebi, Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu (KESK) Genel Başkanı İsmail Hakkı Tombul, Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB) Genel Başkanı Mehmet Soğancı, Türk Tabipleri Birliği (TTB) Genel Başkanı Gençay Gürsoy, Türk Dışhkimleri Birliği (TDB) Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım, İstanbul Eczacılar Odası (İEO) Başkanı Zafer Kaplan, İstanbul Serbest Muhasebeci ve Mali Müşavirler Odası (İSMMM) Başkanı Yahya Arıkan, İstanbul Barosu Başkanı Kazım Kolcuoğlu ve İstanbul Veteriner Hekimleri Odası (İVHO) Genel Sekreteri Seyhan Özavcı'nın katıldıkları toplantıda kuruluşların hazırladıkları ortak basın açıklaması TMMOB Başkanı Mehmet Soğancı tarafından okundu. Açıklamada Irak'a ilk bombanın 20 Mart 2003 günü saat 20:00'de atıldığı belirtilerek yürütülecek çalışmanın çeşitli illerde bölgesel mitingler düzenlenerek 20 Mart saat 20:00'de son bulacağı ifade edildi. Ayrıca

oluşturulan www.savasdur.de adresinde 20 Mart'a kadar sürecek bir sanal miting başlatıldı. Bu adresteki butonu tıklayan kullanıcılar işgale tepkilerini gösterirken Türkiye'deki ilk sanal mitingin katılımcıları olacak.

Toplantıya katılan başkanlar işgale ilgili değerlendirmelerini ve yapılması gerekenleri sıralarken bugüne dek 650 bin kişinin yaşamını yitirdiği Irak'ta savaşın çok boyutlu etkilerinin sürdüğünü, toprağın radyoaktif kirlenmeye maruz kaldığını, buna bağlı olarak kanser vakalarında dramatik artışlar yaşandığını belirttiler. Irak'ın kültürel ve bilimsel birikiminin de tehlikeye girdiğini belirten TTB Genel Başkanı Gençay Gürsoy Iraklı biliminsanları ve entelektüellerin giderek aratan oranda hedef olduğunu bunun da ülkenin geleceğini daha da karanlık hale getireceğini belirtti.

TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım da konuşmasında Kerkük Dışhkimleri Odası ve Irak Dışhkimleri Birliği'yle her yıl TDB Kongreleri vesilesiyle ilişkileri geliştirdiklerini aktararak Iraklı meslektaşlarımızın işgale ek olarak bireysel terör eylemlerinin artmasından da büyük rahatsızlık duyduklarını ifade ettiklerini söyledi.

Katılımcılar emperyalist saldırganlığa karşı direnç göstermenin hedefte olan diğer ülkelerin halklarıyla dayanışma gösterme açısından da önemli olduğunu ifade ettiler.



Başkanlar Konseyi Ankara'da toplanıyor

TDB Başkanlar Konseyi Toplantısı 9-10 Mart 2007 tarihlerinde Ankara'da yapılacak. TDB Merkez Yönetim Kurulu ve Türkiye çapındaki 33 dışhkim odasının başkan ve genel sekreterlerinin katıldığı Başkanlar Konseyi toplantıları mesleğin gündemindeki konuları tartışmak ve yönelim belirlemek üzere belirli aralıklarla organize ediliyor.

Ankara'da yapılacak toplantının gündemi şöyle:

- Dışhkimliğinde unvan kullanımının görüşülmesi,
- Tabela Standartları hakkında görüşme,
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda mevcut durum ve geleceğe yönelik hukuksal sürecin görüşülmesi,
- Sosyal Güvenlik Kurumu sigortalıları (Bağ-Kur, SSK, Emekli Sandığı) ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin dışhkimliği hizmetleri ile ilgili hakları ve bu haklarını kullanabilmeleri için yapılabileceklerin görüşülmesi.



Aldığımız ürünlerde Türkçe kullanma kılavuzunu olduğunu kontrol ediyor musunuz?

Altındağlı kadınlar ağız diş sağlığı seminerinde buluştu...

Ankara Dişhekimleri Odası bir yandan topluma yönelik ağız diş sağlığı çalışmalarını sürdürürken Sürekli Dişhekimliği Eğitimi toplantılarına da devam ediyor

Ankara Dişhekimleri Odası Toplum Ağız ve Diş Komisyonu ile Altındağ Belediyesi Kadın Hizmetleri Birimi işbirliğiyle Altındağ Belediyesi Hüseyin Gazi Kültür Merkezinde 'Kadınlarda Ağız ve Diş Sağlığı' konulu bir eğitim semineri düzenlendi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Füsün Yaşar'ın konuşmacı olduğu seminere bölgede yaşayan kadınlar büyük ilgi gösterdi.

Barkovizyon gösterimiyle desteklenen seminerde Dr. Yaşar, Altındağlı hanımlara ağız ve diş bakımı ile ilgili bilgilerin yanı sıra çocuklarda diş sağlığı ve öz bakıma dair faydalı bilgiler de sundu.

Açık oturum: "Bosna Gerçeği"

Türkiye Bosna-Hersek Dostluk Derneği tarafından 23 Aralık 2006 tarihinde düzenlenen "Bosna Gerçeği" konulu açık oturum Ankara Dişhekimleri Odası Toplantı Salonu'nda yapıldı. Açık Oturum, Sanat Kurumu Başkanı İlker Çetin'in yönetiminde, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Genel Kamu Hukuku Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Anıl Geçen ile Cumhuriyet Gazete-



Panеле gazeteci Mustafa Balbay, İlker Çetin ve Prof.Dr. Anıl Geçen katıldı.

si yazarı Mustafa Balbay'ın katılımıyla gerçekleşti.

Bilimsel Etkinlikler

Ankara Dişhekimleri Odası Sürekli Dişhekimliği Eğitimi toplantılarına devam ediyor. 11 Ocak 2007'de Doç.Dr.Figen Kaptan'ın sunduğu 'Endodontide Yaşanan Komplikasyonlar ve Çözümleri', 18 Ocak 2007'de Doç.Dr.Tuğrul Altay'ın sunduğu 'Hassas Tutuculu Protezler', 25 Ocak 2007'de Dr.Haşmet Gökdeniz'in sunduğu 'Oral İmplantolojinin Dünü Bugünü Yarını', 15 Şubat



2007'de Prof.Dr.T.Ufuk Toygar Memikoğlu'nun sunduğu 'Ortodontide Multidisipliner Çalışmalar' konulu toplantılar gerçekleştirildi. Toplantılar 22 Şubat 2007'de 'Kuron Harabiyeti Olan Dişlerin Fiber Postlar İle Restorasyonu' etkinlikle devam edecek.

Kayseri'de meslektaşlarımız vergi konusunda bilgilendirildi

Türk Dişhekimleri Birliği'nin Bilimsel Bölge Toplantılarının bir yenisini 9 Aralık 2006 günü Kayseri Dişhekimleri Odası'nın organizasyonu ile Kayseri Hilton Otelinde gerçekleştirildi. İstanbul Üniversitesi Konservatif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Baş-

kkanı Prof.Dr. Taner Yücel ile yine aynı fakültenin Endodontik Tedavi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Sedat Küçükay'ın sunumları ile etkinliğe katkı sağladılar. Program sunumundan önce Melikgazi Belediye Başkanı Dr. Memduh Büyükkılıç tarafından Ağız

Diş Sağlığı taramasına katılan meslektaşlarımıza plaket ve teşekkür belgesi verildi.

Kayseri Vergi Dairesi Başkanı İlhan Yıldız ve diğer sorumlu müdürler 1 Şubat 2007 tarihinde Kayseri Dişhekimleri Odası'nı ziyaret etti. Bu ziyarette Oda Yönetim Kurulu'na "Dişhekimlerinin Vergilendirilmesi" konusunda gerekli bilgilendirmeler yapıldı. Yönetim Kurulu ise meslektaşlara yönelik olarak "Dişhekimlerinin Vergilendirilmesi" konulu bir seminerin yapılması için karar aldı. Söz konusu seminer 5 Şubat 2007 tarihinde Kayseri Vergi Dairesi Başkanlığı ve Kayseri Dişhekimleri Odası tarafından birlikte organize edildi. "Dişhekimlerinin Vergilendirilmesi" konulu seminerde meslektaşlarımız bu konuda sorunlarını dile getirdi.



Elazığ Dişhekimleri Odası çalışmalarına başladı

Geçtiğimiz TDB Genel Kurulu'nda kurulmasına karar verilen Elazığ Dişhekimleri Odası Türkiye'deki 33. dişhekimleri odası olarak çalışmalarına başladı

Türk Dişhekimleri Birliği'nin geçtiğimiz Kasım ayında yapılan 11. Olağan Genel Kurulu'nda kurulması yönünde karar alınan Elazığ Dişhekimleri Odası çalışmalarına başladı. TDB tarafından atanan beş kurucu üyenin oluşturduğu Yönetim Kurulu hızla çalışmaya başladı ve Genel Kurul tarihi olarak 25 Şubat 2007'yi belirledi.

Elazığ Dişhekimleri Odası kurulmadan önce Malatya Dişhekimleri Odası'na bağlı olan üç ilden Elazığ'da yaklaşık 80, Bingöl'de 20 ve Tunceli'de 10 dişhekimisi bulunuyor. Fiziki uzaklık nedeniyle yeterince hızlı diyalog kurulamaması, sahte dişhekimleriyle mücadele vb. konularda yetersiz kalınması gibi sonuçlara yol açabiliyordu. Bölgedeki hekim sayısı yeterli düzeye ulaşınca Elazığ'daki meslektaşlarımız Oda kurulması talebini Malatya Dişhekimleri Odası'na iletiler. Daha sonra konu TDB Genel Kurulu'nda gündeme geldi ve Elazığ merkez olmak üzere Bingöl



ve Tunceli illerini de kapsayan Elazığ Dişhekimleri Odası kuruldu. Başkan Samet Ata, Başkanvekili M. Emin Akdoğan, Genel Sekreter Selçuk Ateş, Sayman Nuran Okur ve üye Cimşit Demir olmak üzere beş kurucu üye Yönetim Kurulu'nu oluşturdu.

Oda Başkanı Samet Ata kuruluş sürecini değerlendirirken "Bölgemizdeki en büyük sorunlardan biri hekimler arasındaki diyalog eksikliği; bunu Oda vasıtasıyla aşmaya çalışacağız. Bölgemizde çok sayıda sahte dişhekimisi

çalışıyor, diplomasını kullandıran dişhekimleriyle ilgili olarak da yasal işlemlerini yapacağız. Asgari Ücret Tarifesi'ne uyulması ve hekimler arasında fiyat rekabeti sorununun giderilmesi için çalışacağız. Mesleki gelişim açısından da bölgemizde kurs, sempozyum tarzı etkinlikler düzenlemek istiyoruz" ifadelerini kullandı.

Mesleğin genel sorunlarını da değerlendiren Ata, "Diğer tıp dallarında devlet tarafından ödenen ücretlerle sürüme dayalı sağlık hizmeti verilmeye başlandı. Dişhekimliğinin de bu yöne gitmesi muayenehanelerin sonu demektir" dedi. Dişhekimliği fakültelerinin, dolayısıyla dişhekimisi sayısının artmasıyla birlikte hekim başına düşen talebin azaldığını belirten Ata, "bu süreçte hekimin hasta karşısında dik duruşunu koruması ve mesleğimizin deontolojik kurallarına uyması hepimizin faydasına olacaktır" diyerek sözlerini tamamladı.

Saadet Zinciri bu kez Konya'da

Yerel yönetimler üzerinden haksız kazanç sağlamak isteyenler iş başında. Bu kez Konya'da ortaya çıkan bir kuruluş Konya Dişhekimleri Odası'nın müdahalesi sonucu ve Sağlık Müdürlüğü tarafından mühürlendi.

2005 yılı sonlarına doğru yoğun bir şekilde dişhekimliğinin gündemine giren yerel yönetimler üzerinden haksız kazanç sağlama olgusu TDB'nin ilgili bakanlıklar nezdindeki girişimleri sonucu durdurulmuştu.

5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 14/a maddesine belediyelerin her türlü sağlık tesisini açıp işletebilecekleri ayrıca 67. madde uyarınca belediyelerin sağlıkla ilgili işleri üçüncü şahıslara yaptırabilecekleri gibi düzenlemelerden faydalanmak isteyen şahıslar belediyelerle birleşerek belediyelerin adına ağız ve diş sağlığı merkezi açıyor. Böylece kuruluşu resmi statü veriyor ve kurumlardan hasta sevki alabiliyorlardı. İlgili Bakanlıkların genelgeleriyle dur-

durulan bu girişimlerin yeni bir örneği Konya'da Kadınhanı Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi adı altında ortaya çıktı. Kadınhanı Konya'nın merkez ilçelerinden biri olmayan, Konya İl merkezine 20 km. uzaklıkta bir belde.

Konya Dişhekimleri Odası bu girişimle ilgili olarak hukuk danışmanı aracılığıyla yargıya başvurdu ve yasal süreci başlattı. 67. maddeye göre belediyelerin üçüncü şahıslardan sağlıkla ilgili destekleyici hizmetleri alabilecekleri, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin asli sağlık hizmetleri olduğu, bu nedenle belediyelerin bu girişiminin hukuka aykırı olduğu tespit edildi.

Ayrıca belediyenin üçüncü şahıslardan ağız ve diş sağlığı hizmetini satın alarak

gördürmesi hukuka aykırı olup, Belediye Kanunu kapsamında dişhekimlerini sözleşmeli işçi statüsünde çalıştıramayacağı, söz konusu sağlık merkezinin resmi bir kuruluş gibi faaliyet göstermesinin ve faturaların belediyece düzenlenmesinin yasal dayanağı bulunmadığı, belediyenin yüklenici kişi ve firmanın verdiği özel sağlık hizmeti karşılığı oluşan hasılatın kar payı almasının Belediye Gelirleri Kanunu'na aykırı olduğu, yapılan işlemlerle belde halkının ve resmi kurumların da yanıltılmasına yol açabileceği belirtildi. Konya Dişhekimleri Odası'nın Sağlık Müdürlüğü'ne başvurusu sonuç verdi ve Konya İl Sağlık Müdürlüğü adı geçen merkezin mühürlenmesine karar verdi.

Hizmet alımıyla ilgili toplantılar sürüyor

Sakarya Dişhekimleri Odası ağız diş sağlığı hizmetlerinin dışarıdan alınmasında muayenehanelerin devre dışı bırakılması durumunda alınacak tavrı değerlendirmek üzere çeşitli illerdeki üyeleriyle toplantılar yaptı.

GS'nin uygulanmasında hükümetin muayenehaneleri kapsam dışı bırakacağına ilişkin duyular alınması üzerine Sakarya Dişhekimleri Odası da konuyu meslektaşlarımızla tartışmak ve meslektaşlarımızı aktif hale getirmek amacıyla çeşitli toplantılar düzenledi. Beyin fırtınası şeklinde organize edilen bilgilendirme toplantıları oldukça verimli geçti. Sakarya'da 41, Düzce'de 23, Bolu'da 17 meslektaşımızın katılımıyla yapılan toplantılarda meslektaşlarımızın alınması gereken tutum konusunda ortaklaştıkları görüldü. 'Kanun ya herkese çıkar ya da hiç kimseye çıkmasın', ve 'Muayenehaneler kapsam dışı bırakılırsa Ankara'ya gideriz' ifadeleri meslektaşlarımızın sıkça kullandığı ifadelerdi.

Sakarya Tabip Odası, Sakarya Eczacı Odası ve Sakarya Veteriner Hekimler Odası da her türlü eylemde dişhekimlerine tam destek ve-



receklerini ifade ettiler.

Toplantılarda gündeme gelen bazı konular ve farklı fikirler de şöyle sıralandı:

- Kanun herkese çıksa bile ADSM'ler baxımıza dert olabilir. Çünkü zaman içinde özelleştirilecekleri konusunda kaygılarımız var.
- 18 - 45 yaş arası proteze hiçbir katkı verilmemesi yine sahte dişhekimisi probleminin artmasına sebep olur mu?
- Ankara'ya gitmek zorunda kalırsak gelemeyenler de o gün evlerinde istirahat edip

muayenehanelerini açmasınlar.

• Muayenehanelerden hizmet alınmaması eşitlik ilkesine aykırı, hastanın hekim seçme hakkını elinden alıyor. Mahkeme yolunu da aklımızda tutalım.

• Sağlık Bakanlığı'nın sitesindeki yardımcı personel sınıflandırmasına tepki olarak çıkarılabilir yazılarla bir müddet tabelalarımızdaki dişhekimisi yazı-

larını yardımcı personel yazısıyla kapatıp halkın ve basın dikkatini çekelim.

• Ankara'ya gitmek için harcayacağımız paraları toplayıp TDB'ye verelim. Bununla gazetelerde seri ilanlar çıksın.

• Hem yürüyelim hem ilan verelim.

Sakarya Dişhekimleri Odası Başkanı Yeşim Saraç toplantılarla ilgili olarak "Kanun her ne kadar ertelenmiş olsa da biz Sakarya Dişhekimleri Odası olarak gündemi sıcak tutmaya çalışıyoruz" ifadelerini kullandı.

Mersin Dişhekimleri Odası Olağanüstü Genel Kurulu yapıldı

Mersin Dişhekimleri Odası, Başkan Dr. Ekrem Duran'ın isteği ve üyelerinin imzalarıyla Olağanüstü Genel Kurula gitme kararı almıştı. 13-14 Ocak 2007 tarihlerinde yapılan Genel Kurul sonucu ye-

ni Yönetim Kurulu, Denetim Kurulu ve Disiplin Kurulu seçildi.

Başkanlığa Bülent Özdemir, Başkanvekilliğine Abdurrahman Doğulu, Genel Sekreterliğine Fatih Sakar, Saymanlığa Ödül Erdem'in

seçildiği Yönetim Kurulu'nun tam listesi aşağıdadır. Mesleğimizi her alanda zorlu günlerin beklediği önümüzdeki dönemde güç bir görevi sürdüreceğiz olan meslektaşlarımıza başarılar diliyoruz.



Yönetim Kurulu

Başkan	..Bülent Özdemir
Başkanvekil	..Abdurrahman Doğulu
G. Sekreter	..Fatih Sakar
Sayman	..Dr. Z. Ödül Erdem
ÜyeTurun Sezer
ÜyeDr. Yeşim Öztürk
ÜyeMustafa Kunt
ÜyeDr. Oytun Manav
ÜyeDr. Süha Kıralp

NOT: Oytun Manav'ın görevinden istifa etmesi üzerine yedek üye Zehra Uzun Yönetim Kurulu üyeliğine getirildi.

Yolsuzluk zinciri Odaya çarptı

Malatya'da kamu da çalışan iki dişhekiminin oluşturdukları yolsuzluk organizasyonu Malatya Dişhekimleri Odası'nın çabasıyla ortaya çıkarıldı.

Malatya Devlet Hastanesi'nde görevli dişhekimleri İ.P. ve B.Ş.'nin karıştığı olay, sağlık alanında sıkça örneklerini gördüğümüz 'saadet zinciri'ne yeni bir halka daha ekledi. Hasta sevklerinde usulsüz uygulama gerçekleştirdikleri ve yapılmamış tedavileri yapılmış gibi gösterdikleri tespit edilen iki dişhekimi hakkında Malatya Dişhekimleri Odası'nca soruşturma açıldı. Ayrıca İdare Mahkemesi kararıyla haklarında ceza soruşturması da başlatıldı.

Kurulan yolsuzluk zinciri şöyle işliyordu:

Kamu sağlık kuruluşlarında 90 gün içerisinde tedavisi mümkün olmayan hastaların özel sağlık kuruluşlarına sevk edilebilmesi kuralına istinaden aynı zamanda muayenehaneleri de olan iki dişhekimi gelen bütün hastaları kendi muayenehanelerine yönlendiriyor. Muayenehanelerinde hastanın tedavisini yapan dişhekimleri, faturayı Asgari Ücret Tarifesi üzerinden kesiyorlar. Hastaneye dönen hastanın faturasını, aynı dişhekimi kendisinin yapamayacağını bildiği için, diğer dişhekiminin kaşesini kullanarak "görölmüştür" diyerek onaylıyor. Diğer dişhekimi de aynı yolu izliyor. Yani ne yapacağına kendisi karar veriyor ve diğerinin kaşesini kullanarak hastayı usulsüz bir şekilde muayenehanesine sevk ediyor. Yine işlemleri kendisi yapıp faturayı kendisi yazıyor ve kendisi onaylıyor. Yolsuzluğun boyutunu büyüten olay ise faturayı onaylayanın da kendileri olmasının verdiği rahatlıkla, sözkonusu dişhekimlerinin yapılmayan tedavileri de faturalara yazmaları. Söz konusu dişhekimleri, Asgari Ücret Tarifesi üzerinden yazdıkları faturalardan, Bütçe Uygulama Talimatı'na göre aldıkları daha düşük ücrete de bir çözüm yolu bulmuşlar: Bir avukat hastaların vekâletlerini alıyor ve yaptıklarının karşılığı BUT'a göre değil Asgari Ücret Tarifesi'ne göre alabilmeleri için dava açıyor. Emsal kararlar gösterilerek davalar kazanılıyor.

Faturaların Malatya Dişhekimleri Odası'nda tasdiki sırasında sevk edenin, yapanın ve onaylayanın yazı karakterlerinin aynı olduğu fark ediliyor ve yapılan soruşturmada durum ortaya çıkıyor. Her iki dişhekimine de, Disiplin Yönetmeliği'nin 8/m maddesi (Resmi hasta sevklerinde usulsüz uygulamalar yapmak; sevk edilen hastaları zorunlu haller dışında kendisine, yakınına veya ortağına ait sağlık kuruluşlarına yönlendirici tavır ve davranışlarda bulunmak) uyarınca asgari mu-

ayene ücretinin 50 katı tutarında para cezası veriliyor.

Malatya Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu, resmi hasta sevklerinde usulsüz uygulamalar yaparak, yetkilerini kötüye kullandıkları gerekçesiyle adı geçen dişhekimleri hakkında Cumhuriyet Savcılığı'na ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne de suç duyurusunda bulunuyor. Savcılık, Valilik'ten soruşturma izni verilmesini istiyor, fakat Valilik soruşturmaya izin vermiyor. Bunun üzerine Malatya Dişhekimleri Odası ve Cumhuriyet Savcılığı, İdare Mahkemesine itiraz ediyor. İdare Mahkemesi'nin "Dosyada bulunan belge ve bilgilerin değerlendirilmesi sonunda, hastaların rutin bir şekilde '90 günde tedavisinin mümkün olmadığı' kaşesi vurularak özel hekime sevk edildiği, anılan uygulamanın Malatya'ya özgü anormal bir yaygınlık arzettiği,

ayrıca binlerce dış tedavi gideri talepli idari davanın açıldığının bilindiği, serbest hekime sevklerdeki usulün önem arzettiği dolayısıyla, sevkte usulsüzlük yapılarak hastaların yönlendirilmesi yönündeki isnatların soruşturulmasında kamu yararı olduğu sonucuna varılmıştır." yönünde kararı sonucu, anılan dişhekimleri hakkında soruşturma başlatılıyor. Diğer yandan TDB dişhekimlerinin devlet memuru olmaları nedeniyle durumlarının memuriyet disiplin hukuku çerçevesinde değerlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı ve Personel Genel Müdürlüğü'ne hazırlanan dosyayı gönderiyor.

Yaşanan tam anlamıyla bir "saadet zinciri" ve "devlet malı deniz ..." örneği. Bu şekilde bir yılda kazanılan para yaklaşık 2 milyon YTL olarak hesaplanıyor.



Malatya Dişhekimleri Odası Başkanı Agah Altunsuyu:

'Bu işin banka hortumlamasından ne farkı var?'

Yaşanan olayı özetleyebilir misiniz?

Biliyorsunuz yapılan sevklerden sonra hasta mahkemeye başvurduğunda yapılan hizmetin ödemesini Bütçe Uygulama Talimatı fiyatı üzerinden değil TDB Asgari Ücret Tarifesi üzerinden alabiliyor. İşin bu kısmı hukuksuz bir iş değil. Buraya kadar normal. Ama bundan sonra işler karışıyor. Devlet hastanesinde çalışan iki meslektaşımız hasta sevklerini bizzat kendileri toplamaya başladılar ve aldıkları bu sevki, hastaneye götürüp veya bazen de kendi muayenehanede hastanın ağzında var olan problemleri dişler veya problem olmayan sağlam dişler de dahil olmak üzere hepsini sevkler yazmaya başladılar.

Siz bunu nasıl ortaya çıkardınız?

Sevkin Odadan onaylanması gerekiyor. Baktık sevki yapan hekim aynı. Kendi imzasını, kendi parafını atıyor sadece kaşe değiştiriyor. Sevki yapan kendisi, tedaviyi yapan kendisi, daha sonra hastaneye gidip görüldü yapan yine kendisi. Böyle olunca

da anlaşıldı tabii, ve çok ciddi problemler ortaya çıktı. Oda olarak TDB'nin yasasına dayanarak savcılığa suç duyurusunda bulduk.

Bu konuda daha önce Malatya Defterdarlığı bizi uyarıyordu. Bu sevk zincirine bir bakın bakalım, anormal faturalar geliyor, siz Oda olarak bu konuya ne diyorsunuz diye görüş de sormuşlardı bize.

Bunlar artık işi o kadar ilerletmişler ki, kendileri takip edemiyorlar. Bu iş için avukat tutuyorlar. Avukatın orada bir kusuru yok. Kusur, etik olmayan bu davranışı bir hekimin yapması, hasta adına avukat tutması; kapı kapı dolaşıp kurumlardan sevk toplaması; bedava dış yapıyoruz diye kampanya düzenlemeleri.

Bu yapılan işin 2001 yılında bankaların içini boşaltan hırsızlıktan ne farkı var? Bu da bir bankanın içini boşaltmak gibi bir hırsızlık. Hiçbir etik tarafı yok. Devletten alınan o para Ahmet amcanın, Mehmet amcanın verdiği vergiler.



Uşak'ta Beyazlatma Kursu

Uşak Dişhekimleri Odası 13 Ocak 2007 tarihinde Oda merkezinde Beyazlatma Kursu düzenledi. Prof.Dr. Murat Türkün'ün sunduğu kursa 30 meslektaşımız katıldı.

Murat Türkün, öncelikle katılımcı dişhekimlerine beyazlatma uygulamasında dikkat edilecek hususlar, hangi hastalara, ne şekilde uygulama yapılabileceği hakkında geniş teorik bilgiler sundu.

Daha sonra iki grup halinde alçı modeller ve çekilmiş dişler üzerinde uygulamalı olarak plak hazırlanması ve dental beyazlatma uygulamasını gösterdi.

Kursa katılan meslektaşlarımız öğrendiklerini modeller üzerinde bizzat Murat Türkün'ün gözetiminde tatbik etti.

Isparta dişhekimliği öğrencilerini ağırladı

TDB Öğrenci Kolu ulusal toplantısı 3-4 Şubat 2007 tarihinde Isparta Dişhekimleri Odası ve Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nin ev sahipliğinde Isparta'da yapıldı.

Türk Dişhekimliği Fakülteleri Öğrencilerinin oluşturduğu, ulusal faaliyetlerde Türk Dişhekimleri Birliği Öğrenci Kolu adıyla, uluslararası bağlantılarda TurkDentSIC (Turkish Dentistry Students International Comitee) adıyla faaliyetlerini yürüten birliğin 2007'deki ilk toplantısı 3-4 Şubat 2007 tarihinde Isparta Dişhekimleri Odası ve Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nin ev sahipliğinde Isparta'da yapıldı. Toplantıya Süleyman Demirel, İstanbul, Marmara, Yeditepe, Ankara, Gazi, Hacettepe, Ege, Ondokuz Mayıs, Selçuk, Dicle, Çukurova ve Cumhuriyet üniversitelerinin dişhekimliği fakültelerinden temsilci öğrenciler katıldı.

Toplantıda dişhekimliği fakültelerindeki gelişmelerden, uluslararası ve ulusal dişhe-

kimliği öğrenci değişim programları, diğer fakültelerle yapılabilecek ortak faaliyetler ve dişhekimliği öğrencilerini ilgilendiren diğer konular hakkında temsilcilerin görüşleri alındı. Ayrıca 21- 22 Nisan'da İstanbul'da yapılacak olan 1.Ulusal Dişhekimliği Öğrenci Kongresi'nin hazırlıkları görüşüldü.

Büyük Isparta Oteli toplantı salonundaki bu toplantı Isparta Dişhekimleri Odası Başkanı Hüdayı Kartöz'ün açılış konuşması ile başladı. Öğrenciler akşam yemeğinde de Isparta Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu ile birlikte oldular.

Süleyman Demirel Üniversitesi Çiftçi Eğitim Merkezi'nde bir gece konaklamanın ardından katılımcılar Isparta şehir merkezini, Eğirdir Gölü ve Davraz Kayak Merkezini de görme şansını yakaladılar.



Zonguldak'ta eğitim çalışmaları



Zonguldak Dişhekimleri Odası, 13 Ocak 2007 tarihinde Sürekli Dişhekimliği Eğitimi çalışmaları kapsamında "Dişhekimliğinde Güncel Ağartma Yöntemleri" konulu bilimsel toplantı düzenledi.

SDE Yüksek Kurulu tarafından da kredilendirilen bilimsel toplantının konuşmacıları Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi AD öğretim üyeleri Prof. Dr. Hülya Erten Can; Yrd.Doç.Dr. Özgür Topuz ve Dr. Özgür Uzun idi.

Toplantı Korkmaz Diş Deposu sponsorluğunda gerçekleştirildi. Katılımcıların ilgiyle izledikleri seminerde ağartmanın avantajları ve dezavantajları tartışıldı.

Toplantı sonrasında akşam yemeğinde 'Güncel Ağartma Yöntemleri' konusunda konferansa katılan konuşmacılara ve sponsor olan Korkmaz Diş Deposu firmasına katkılarından dolayı Zonguldak Dişhekimleri Odası tarafından birer plaket sunuldu.

Öğrenciler Kongrelerine yürüyor

Geçtiğimiz yıl yeniden faaliyete geçen TDB Öğrenci Kolu, örgütlenmesini tamamladıktan sonra tüm Türkiye'deki dişhekimliği öğrencilerinin biraraya geleceği Ulusal Öğrenci Kongresini toplamak üzere kolları sıvadı. Kongre 21-22 Nisan'da İstanbul'da.

TDB Öğrenci Kolu, Türk Dişhekimleri Birliği'ne bağlı olan ve dişhekimliği fakültelerinde öğrenim gören öğrencilerin oluşturduğu ulusal ve uluslararası birimdir. Uluslararası yazışmalarda Turkdentsic (Turkish Dental Students International Committee) adını kullanmaktadır.

TDB Öğrenci Kolu'nun amacı; Türkiye'deki tüm dişhekimliği öğrencilerinin biraraya gelmelerini, tanışıp kaynaşmalarını, öğrencilerin mesleki bilgi ve görgülerini artırmalarını sağlamak, dişhekimliği eğitim sistemiyle ilgili sorunların tartışılması amacı ile faaliyetlerde bulunmak, ulusal ve uluslararası düzeyde öğrenci değişimlerini organize etmek olarak tanımlanıyor.

Dişhekimliği öğrencileri bu iller ışığında İstanbul Dişhekimleri Odası Yerel Öğrenci Kolu'nun önderliğinde, Ankara, İzmir, Isparta, Samsun, Erzurum Dişhekimleri Odaları öğrenci kollarının katılımıyla 8 Nisan 2006 tarihinde toplandılar ve TDB Öğrenci Kolu'nun tekrar aktif hale geçebilmesi için gerekli çalışmalar başlatıldı. Ayrıca TDB öğrenci tüzüğü taslağı çalışmalarına başlanarak TDB Merkez Yönetim Kurulu'na sunuldu. Bu çalışmalar sonucunda 10 Mayıs 2006 tarihinde TDB Öğrenci Kolu tekrar kuruldu.

Yapılan ilk toplantı sonucunda 13 kişiden oluşan bir Yönetim Kurulu, beş üye ve bir NEO'dan (National Exchange Officer-Ulusal Değişim Yöneticisi) oluşan bir Merkez Yürütme Kurulu seçildi. Merkez Yürütme Kurulu, Başkan Mehmet Zahit Temizkan, Başkan Yardımcısı Emre Şavkar, Genel Sekreter Tuğba Bekçi, Sayman Eda Ezgi Demir, Üye Şua-yip Akın ve NEO Ferit Bayram'dan oluştu.

Öğrenciler ortak sorunlarını tartışacak
İkinci Merkez Yönetim ve Yürütme Kurulu toplantısını 29 Temmuz 2007'de Ankara'da gerçekleştiren TDB Öğrenci Kolu, toplantı



TDB Öğrenci Kolu 1. Ulusal Öğrenci Kongresi Organizasyon Komitesi: (Soldan sağa) Mehmet Zahit Temizkan, Zeynep Aktaş, Ferit Bayram, Tuğba Bekçi, Hamza Dayısoylu.

öncesinde Anıtkabir'i ziyaret etti. Bu arada diğer illerde de yapılanmaya gidilerek Adana, Diyarbakır ve Konya öğrenci kollarının da eklenmesiyle çalışmalarına başlandı. Ayrıca bu toplantıda illerden gelen üye sayıları belirlendi ve 2500 öğrenci üyenin olduğu görüldü.

Yine aynı toplantıda Türkiye'deki dişhekimliği öğrencilerinin ortak bir platformda sorunlarını ve dişhekimliği eğitiminden beklentilerini tartışmaları amacıyla bir öğrenci kongresi düzenlenmesi düşünüldü. Daha sonra TDB Merkez Yönetim Kurulu'ndan alınan olumlu cevap sonucunda İDO Öğrenci Kolu 1. Ulusal Öğrenci Kongresi çalışmalarına başlandı.

21-22 Nisan 2007 tarihinde İstanbul'da düzenlenmesi kararlaştırılan Kongre Türkiye'nin dört bir köşesinden gelecek dişhekimliği öğrencilerini ağırlayacak. Sürmeli Hotel'de gerçekleştirilecek olan kongrenin Organizasyon Komitesi; Kongre Başkanı Mehmet Zahid Temizkan, Organizasyon Komitesi Başkanı Ferit Bayram, Kongre Genel



Sekreteri Zeynep Aktaş, Kongre Saymanı Ezhher Dayısoylu ve Sosyal Komite Başkanı Tuğba Bekçi olarak belirlendi.

TDB Öğrenci Kolu Başkanı Mehmet Zahit Temizkan organizasyon hakkında şunları söyledi: 'Dişhekimliği Öğrencileri Kıtaların Buluştuğu Yerde' sloganıyla yola çıktığımız bu kongrede amacımız tüm Türkiye'deki dişhekimliği öğrencilerini bir araya getirerek ortak bir platformda sorunlarımızı ve geleceğe bakış açılarımızı tartışmak. Kongrede ülke genelinden topladığımız öğrenci beklentilerinden, lisans eğitimi sonrası, öğrencileri bekleyen alternatiflere ve dişhekimliği fakültelerinin Avrupa Birliği'ne girişte akreditasyonuna kadar bir çok konu tartışılma zemini bulacak.

'Yasaya aykırı yönetmelik çıkartılamaz'

SSGSS Yasası'nın Anayasa Mahkemesi tarafından iptalinin ardından yasayla ilgili yeni düzenleme çalışmaları devam ederken kafalardaki soruları netleştirmek amacıyla söyleşilerimize devam ediyoruz. SSK eski Genel Müdürlerinden ve Yasayı hazırlayanlardan AKP Ankara Milletvekili Mehmet Zekai Özcan sorularımızı yanıtladı.

Sosyal Güvenlik Kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi kararını değerlendirebilir misiniz? Uygulama ile amaçlanan neydi?

Üç Büyük Sosyal Güvenlik Kuruluşu olan ; SSK 1946'dan, Emekli Sandığı 1949'dan, Bağ-Kur ise 1971'den beri hizmet sunmaktaydılar. Ne var ki, çalışma statülerine dayalı olarak kurulan ve eşitsizliklere yol açan bu kurumlarımızdan, vatandaşlarımızın genelde memnun olmadığı, şikayetçi olduğu söz konusu kuruluşlarımız, yeni bir statüye kavuşturularak, tek bir yapıya dönüştürülmüştür. Bununla;

- Tek Bir Emeklilik
- Tek Bir Sağlık
- Tek Bir Sosyal Yardım Rejimi oluşturulmaktadır.

Eşitsizliklere yol açan, mevzuatı ön plana alan, çalışma statülerine dayalı kurumlar yerine vatandaş odaklı, adil tek bir Kurum oluşturulmuştur. Emekli olabilmek için, bürokratik yapı gereği SSK'da ortalama 57 gün, Bağ-Kur'da 30 gün, Emekli Sandığı'nda 5 iş günü; Malullük sigortasında ise SSK'da ortalama olarak 172 gün; Hizmet birleştirilmesinde 1 ayla -12 aylık bir süreyi gerektirmektedir. Getirilen tek yapı ile geçiş dönemi sonunda bu süreler 5 günün altına inme imkanına kavuşacaktır. Yıllardır konuşulan, ancak hiçbir iktidarın kararlılık göstererek, birleştiremediği bu kurumlarımız, AK Parti İktidarının Parti programında ve seçim beyannamesinde Halkımıza verdiği söz gereği, Tek Bir Sosyal Güvenlik Kurumuna dönüştürülmüştür. Mayıs 2006 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren ve 3 yıl içinde tamamen birleşecek olan Kurumlarımız, vatandaşlarımıza en yakın mesafede kurulacak olan Sosyal Güvenlik Merkezlerinde hizmet vermeye başlayacaklardır. 1700 civarında kurulacak olan Sosyal Güvenlik Merkezleri neredeyse her büyük mahallede, nüfusun yoğunluğuna göre, kuru-



arak vatandaşın kurumlar arası dolaşması eziyetini ortadan kaldıracak, bilginin dolaşması imkanını getirecektir. Kurumsal dağılımı son verilerek, idari ve mali açıdan özerk, güçlü bir Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulmuştur.

Sağlık hizmetlerinin prim toplanarak finanse edilmesi ile genel bütçeden finanse edilmesi arasında ne gibi farklar var?

Sağlık hizmetlerinin prim toplanarak finanse edilmesi veya vergilerden finanse edilmesi arasındaki fark, ülkenin vergi yapısıyla oldukça ilgilidir. Dolaylı / dolaysız vergiler arasındaki oran, dar gelirli olan önemli ölçüde etkilediği için, kayıt dışının yüksek olduğu ülkelerde, primli sistemin uygulanması, dar gelirli vatandaşlarımız için daha olumlu, hatta gerekli finansman modelidir.

Ülkemizde, SSK ve Bağ-Kur'lular primli sistem, Emekli Sandığı, memurlar ve yeşil

karlılar ise vergilerden finanse edildiği düşünülürse, Türkiye'nin şimdiki yapısında her iki finans sistemi de uygulanmaktadır. Getirilen yeni sistemde, Sosyal Güvenlik Kurumu mensupları ile sosyal güvenlik kapsamı dışındaki zenginler primli sisteme dahil edilirken, yoksulların (bugünkü yeşil karlılar) primleri ise kamu tarafından karşılanması suretiyle sağlık sistemimiz tamamen primli sisteme dönüşmektedir.

Dünyada ve ülkemizde sosyal güvenlik sistemine devletin katkısını karşılaştırmaya mısınız?

Sosyal Güvenlik Sistemine, primli sistem olarak düşünürsek, AB ülkelerinde, devletin katkıda bulunmadığını görüyoruz. AB ülkelerinde Sosyal Güvenlik (emeklilik sistemi olarak) herhangi yasal bir katkısı yok. Ancak sistemin açıklarını kapatıyor. AB ülkelerinin katkıda bulunduğu sosyal yardımlardır. Oldukça yüksek oranda aile yardımı, işkazası meslek hastalığı, işsizlik, ba-

kım sigortası gibi hususlarda katkıda bulunmamaktadır.

Bizim hazırladığımız Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda ilk defa emeklilik sigortasına % 5, sağlık sigortasına % 3 oranında devletin katkıda bulunacağı hükmü getirilmiştir.

SSGSS kişi başına sağlık harcamalarını (özellikle tedavi) arttıracak deniyor. Yasanın sağlık harcamalarına etkisiyle toplumun sağlığına olan etkisini birlikte değerlendir misiniz?

Genel Sağlık Sigortası, sağlık harcamalarını şüphesiz arttıracaktır. Bu olması gereken bir durumdur. Çünkü Genel Sağlık Sigortası Türkiye'de yaşayan sadece Türk Vatandaşlarını kapsamıyor, Türkiye'de ikamet eden göçmen, iltica eden, yabancı ülke vatandaşı olup, bir yıldan fazla Türkiye'de ikamet edenleri de kapsamaktadır. Herkese adil, eşit sağlık hizmetinden yararlanma hakkı veriyor. 18 yaş altı gençlerimiz (Türkiye'de her 3 kişiden biri 18 yaşın altındadır) GSS kapsamında tescilli olup olmadığına bakılmaksızın sağlık hizmeti alabileceklerdir. İlk defa koruyucu sağlık hizmetleri GSS kapsamına alınmış olması, toplumun sağlığı açı-

sından çok önemli olduğunu vurgulamam gerekiyor.

Anayasa Mahkemesi kararından sonra sağlık hizmetlerinin sunumunda tüm çalışanlar açısından ortak bir uygulama artık pek mümkün görünmüyor. Mahkeme kararını çalışanlar arasında eşitsizlik yaratarak yaratmayacağı açısından yorumlar mısınız? (18-45 yaş arası protez sadece kamu çalışanlarına, kamu çalışanlarından katılım payı alınmayacak vb.)

Anayasa Mahkememiz, Anayasanın 128.Maddesine getirdiği yorum nedeniyle, verdiği kararı adil bulmam mümkün değildir. Ancak Anayasa Mahkememizin kararına uymak zorundayız. Memurlar ve diğer kamu görevlilerin statü ve emeklilik hususlarını kanunla düzenleyip, yine bütün çalışanlarımızı Genel Sağlık Sigortası kapsamına alacak düzenlemeyi yapacağız.

18-45 yaş arasındaki protezlerle ilgili çok farklı görüşler ileri sürülüyor. Popülist yaklaşımlar yapıyor. AB ülkelerine baktığımızda dış protezlerle ilgili çok farklı uygulamalar var. Size bu konuda bir tablo verebilirim(Tablo 1).

Yasada sağlık hizmetleri ve kimler tarafından sunulacağı açık bir şekilde belirtilmiş ve dişhekimi muayenehaneleri de bu kapsamda sayılmış. Yasanın amir hükmüne rağmen yönetmelik veya genelgelerle bazı sağlık hizmetleri ve /veya bazı sağlık hizmet sunucuları kapsam dışı bırakılabilir mi?

Yasaya aykırı yönetmelik veya genelge çıkartılması mümkün olmadığına göre, kuşku duymaya gerek olmadığı açık bir husustur.

Yasada kimlerden ne kadar sağlık primi toplanacağı belirtilmiş. Yasadan belirlenen miktarlarda prim toplanması durumunda oluşacak olan havuz ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılayabilir mi? Ülkemizde sigortasız çalışma ve kayıt dışı ekonomi yaygın durumda. Toplanan primler sistemin işlemlerini sağlamaya yetmezse sağlık hizmetlerinin sürekliliği tehlikeye girmez mi? Siz hangi düzeyde prim toplanabileceğini düşünüyorsunuz?

Genel Sağlık Sigortasını, sağlık reformu ile

Tablo 1: Avrupa ülkelerinde durum

Ülkeler	Diş Protezi
Belçika	50 yaş üstündekilere protez sağlanması ve yaş sınırı aranmayan bazı tıbbi gereklilik durumları dışında diş protezini kapsanamamaktadır.
Danimarka	Kamu tarafından karşılanmamaktadır.
Almanya	Diş protezi için, gerekli tıbbi tedavi giderlerinin % 50'si hasta tarafından karşılanır.
Yunanistan	Diş protezinin % 25'i oranında katılım payı alınır.
Fransa	Giderler için geri ödeme yapılır. Hasta giderlerin % 30'unu karşılar.
İrlanda	Hasta katkı payı öderler (Çoğunlukla % 50 oranında)
İtalya	Protez giderleri sağlık yardımını alan kişi tarafından ödenir.
Hollanda	Diş protezinden % 25 oranında katılım payı alınır.
Norveç	Genel olarak kapsamda değildir. Gelişim çağında dişleri gelişmeyen kişiler ve belirli bazı hastalıklardan sonra travmatik nedenlerle dişini kaybeden kişilere sağlanır.
Avusturya	Sigortalının veya bakmakla yükümlü olduğu ailesinin protez için ödeyeceği katılım payı % 25-50 arasında değişmektedir.
Slovenya	Çocuklar ve öğrenciler ve diğer kişilerde diş tedavisi için % 15 oranında katılım payı alınır. Yetişkin kişilerin protezle ilgili tedavileri için % 75 ek katılım payı alınır.
Finlandiya	Sadece savaş gazilerine sağlanmaktadır.
İsveç	Kapsam dışı.
İngiltere	<ul style="list-style-type: none">Tedavi esnasında hamile olan veya tedavi öncesindeki bir yıl içinde bebek sahibi olan18 yaş altındakilertam zamanlı eğitim gören 19 yaş altı kişilerGelir desteği, işsizlik ödeneği vb yararlanan kişilere sağlanır. % 80 oranında katılım payı vardır.

birlikte uygulanacaktır. Biz Genel Sağlık Sigortasının açık vermemesini düşünmüyoruz. Sağlık her yurttaşımız için önemli bir hak. Bunda herhangi bir kısıntı yapmamız düşünülemez. Bugün AB-25 ülkesinde kamu sağlık harcaması GSYİH içindeki payı % 6,4 iken, 2025 yılında % 7,1 civarında olacağı tahmin ediliyor. Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla AB-25 ülkesinin oranı olan % 7,1'e ulaşacağız. Başka bir ifade ile, Türkiye AB ortalamasına 18 yıl sonra ulaşacak. AK Parti Hükümetinin, 2002 ile 2006 yılları arasında makro ekonomik göstergelerdeki yaptığı iyileştirmeler sonucunda, Cumhuriyet tarihimizin süreklilik açısından en yüksek büyümesini gerçekleştirdi. Her yıl yaklaşık % 7,4 oranında büyüyen Ülkemizde, istihdamda da ciddi artışlar olmuştur. İstihdam sağlıklı yapıya kavuşmaya başlamıştır : Ücretsiz aile işçisi sayısı ciddi oranda azalmış, ücretlilerin sayısı ise artmıştır. Sadece SSK kapsamındaki işçi sayısı bu 4 yıl içinde % 42 oranında artmış olması, kayıt dışının düşmeye başlaması sosyal güvenlik açısından son derece sevindirici gelişmelerdir.

Sisteme bugüne kadar dahil olmayan varlıklı ancak sosyal güvenlik kapsamında olmayan vatandaşlarımızın katılacak olması, devletin sağlık sigortasına % 3 oranında katkıda bulunacak olması, bunun dışında açıklarını kapayacak olması sistemin sürdürülmesi açısından çok önemli garantidir.

Sosyal Güvenlik Kurumunun bileşiminde atanmışlarla seçilmişlerin oranını uluslararası uygulamalarla karşılaştırarak değerlendirir misiniz?

Bu hususta elimizde yeterli bilgi yok. Ancak ülkemizde bugüne kadar sosyal güvenlik kurumlarının yönetim kurulu yapısına baktığımızda;

Emekli Sandığı'nın toplam altı üyesi de Kamunun, SSK'nın toplam sekiz üyesinin beşi Kamunun,

Bağ-Kur'daki toplam altı üyenin dördü Kamu tarafından atanırken, Yeni yapıda on üyenin sadece beşi Kamu ağırlıklıdır. Başka bir deyimle sosyal taraflarla kamu ilk defa yönetimde eşitlenmek suretiyle, Teşkilat Kanununda yer almayan hükümler açısından özel hukuk hükümlerine tabi, gerçekten özerk bir Kurum oluşturulmuştur.

Kamunun sağlık hizmetlerini özel sağlık kurum ve kuruluşlarından al-

ması sağlık hizmetlerinde özelleştirme olarak yorumlanıyor. Bu değerlendirme hakkında düşünceleriniz nelerdir?

Bu iddianın gerçeğe ilgisi olamaz. Bugün Türkiye'de AK Parti iktidarıyla cepten ödemeler ilk defa OECD ülkelerinin altına düşmüştür. Kamu sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı % 5,2'ye ulaşmıştır. Sağlık finansmanına bu gözle bakan bir iktidarın sağlığı özelleştireceğini düşünmesinin mantıklı bir açıklaması olamaz.

Avrupa Ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de dişhekimliği hizmetlerinin yaklaşık % 85'i özel sağlık kuruluşları tarafından veriliyor. Vatandaşlarımızın dişhekimliği hizmetle-

'Kayıt dışının yüksek olduğu ülkelerde, primli sistemin uygulanması, dar gelirli vatandaşlarımız için daha olumlu, hatta gerekli finansman modelidir.

rini kullanabilmeleri için tüm dişhekimleri kamu kurumlarında mı istihdam edilmeli yoksa kamu kurumlarıyla birlikte muayenehanelerinden de dişhekimliği hizmeti alınmasına yönelik bir düzenleme mi yapılmalı?

Biz, GSS ile Türkiye'de yaşayan herkesin eşit ve ulaşılabilir sağlık hizmeti alması imkanını getiriyoruz. Şüphesiz diş sağlığı, sağlık hizmetleri içinde önemli yer tutmaktadır. GSS'nin düzenlenmesinde, çok açık hükümler getirdik. Özetlersek ;

- Ağız diş muayenesi
- Diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler
- Laboratuvar tetkik ve tahliller
- Diş çekimi
- Konservatif diş ve kanal tedavisi
- Hasta takibi
- Travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları

- Konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler
- Ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri
- 18 yaşını doldurmamış ve 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin GSS'nin belirlediği fiyatlarının % 50'si
- 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin % 50'sini karşılamaktadır.

GSS ile getirdiğimiz en önemli hususlar, hastaların hastane ve doktor seçme hakkı verilmiş olmasıdır. Diş hekimliği 1.Basamak sağlık hizmeti sayıldığından GSS kapsamındaki herkes dişhekimini seçme hakkı bulunmaktadır. Dolayısıyla GSS, Diş hekimlerimizin istihdam edildiği ister kamu kliniklerinde isterse özel diş muayenelerinde sözleşme yapmaları halinde diş sağlığı hizmetleri verebilecektir. Diş hekimlerinin hepsinin Kamuda istihdam edilmeleri, Kamunun hantal, rekabet etmeyen bir yapıya dönüşmesine sebep olacağından, hem kamuda, hem de özelde istihdam edilmelerinde, sistemin rekabet edebilmesi ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşması bakımından önemlidir.

Cumhuriyet Tarihimizde, sağlık en önemli reformu olan Genel Sağlık Sigortasının, CHP'nin Anayasa Mahkemesi'ne başvuruda bulunması sonucu, GSS'yi ertelemek zorunda kalmamız, vatandaşlarımız için talihsiz bir durum olmuştur. Özellikle 18 yaş altı gençlerimize getirilen ayrıcalıkların yanı sıra, sosyal güvenlik kapsamında olmasına rağmen prim borcu olup olmamasına bakılmaksızın analık hali, acil vaka durumlarında yasal sağlık hizmeti almaları mümkün olacakken, bu haklarını biraz daha gecikmeli alacaklardır.

SSK çalışanlarının kendileri için 90 gün, aileleri için 120 gün prim ödeme, Bağ-Kur'luların 240 gün prim ödeme zorunluluğu 30 güne indirilmek suretiyle, primli sistem daha da kolaylaştırılmıştır. Yeni yapıyla emeklilik sigortası ile sağlık sigortası fonları arasında aktarma yapılması önlenmiştir.

Sağlık sistemimizin tamamen değişecek, herkese eşit ve kolay ulaşılabilir, sağlık hizmeti alabilme imkanı getirecek olan Cumhuriyet tarihimizin en büyük reformu olan Genel Sağlık Sigortasını İnşallah (büyük aksilik olmazsa) 1 Temmuz 2007 tarihinde yürürlüğe koyacak şekilde yeniden düzenleyeceğiz.

SSK eski Genel Müdürü Kemal Kılıçdaroğlu:

'Dışarıdan hizmet alınması özelleştirme değildir'

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın uygulanması Anayasa Mahkemesi'nin verdiği iptal kararının ardından belirsizliğe gömüldü. Hem Anayasa Mahkemesi'nin kararı hem de SSGSS'nin getirdiklerine ilişkin olarak SSK eski Genel Müdürü ve CHP İstanbul Milletvekili Kemal Kılıçdaroğlu'nun görüşlerine başvurduk.

"Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası" gerçekten de bir reform yasası mıdır? Bu Yasayı çıkarmak için, Hükümet niçin bu kadar kararlı davrandı?

Sosyal güvenlik sistemimizde bir reform yapılması gerektiği konusunda toplumumuzda ortak bir mutabakat var. Aslında bu düşünce bile Hükümet için çok büyük bir avantajdı. Yani toplum bir reforma hazırды. Ama bu reformun bir dayatmayla değil, sosyal bir uzlaşmayla gerçekleşmesi gerekiyordu. Hükümet IMF penceresinden olaya yaklaşınca bugünkü acı tablo ortaya çıktı.

Bu Yasa bir reform yasası olmaktan uzaktır. Yasa ile geniş kitlelerin kazanılmış haklarına dahi el atılmıştır. Ayrıca hiçbir reform yasası Anayasa'ya aykırı hükümler içermez. Bu Yasa, Anayasa Mahkemesi kararıyla da ortaya çıktı ki, Anayasa'ya aykırı hükümler içermektedir.

Yasa üç ana hedef üzerine inşa edilmiştir.

1. Sigortalılar eskiye oranla daha fazla prim ödeyecek.

2. Sigortalılar sistemde daha uzun süre kalacak.

3. Sigortalılar daha fazla prim ödemelerine karşın, daha az emekli aylığı alacak ve sağlık sisteminde cepten daha fazla ödeme de bulunacak.

Bu üç ana hedef sistemin özünü oluşturmuş, yasa bu çerçevede şekillenmiştir.

Hükümetin kararlılığına gelince... Aslında burada Hükümetin değil, IMF'nin kararlılığından söz etmek daha gerçekçi olur. IMF bu Yasayı Türkiye'ye dayatmış ve yasalasmasını sağlamıştır.

CHP bu Yasanın görüşmeleri sırasında TBMM Genel Kurulu'nu terk etti. Bunun amacı neydi? Genel Kurul'da kalıp, mücadele etmek daha



doğru olmaz mıydı?

AKP bu Yasayı Parlamentodan adeta kaçırdı. Yasanın madde madde görüşülmesini engellemek için Yasayı, "temel yasa" olarak parlamentodan geçirdi. Temel yasa dendiğinde ise, 30 madde 10 dakikada görüşülecek demektir. Siz 30 maddenin topluma getirdiği yükü nasıl 10 dakikada anlatacaksınız? Açıkçası AKP, Parlamentodaki çoğunluğuna güvenerek, halkın sosyal sigorta yasının neler getirdiğinin öğrenmesini engelledi. CHP bu engellenmenin tarafı olmazdı. Onun için Parlamentoyu terk ettik. AKP, Yasanın görüşülme sürecinin çok uzayacağı gerekçesine dayanarak bunu yaptığını söylemişti. Oysa bu da doğru ve haklı bir gerekçe değildi. Çünkü Sayın Cumhurbaşkanı yasayı veto ettikten sonra, normalde sadece veto edilen maddelerin görüşülmesi gerekirdi. Yani sadece 17 madde görüşülecekti. Ama AKP bunu yapmadı, tüm yasayı yeniden temel yasa kabul ederek ikinci kez yasalastırdı. Bu da AKP'nin ger-

çekten de takıyeci bir parti olduğunu açıkça göstermektedir.

Anayasa Mahkemesi Yasayı ağırlıklı olarak kamu görevlileri açısından iptal etti. Siz Anayasa Mahkemesine giderken sadece kamu görevlileri için mi gittiniz?

CHP olarak biz Anayasa Mahkemesi'ne belli maddelerin iptali için gittik. O maddelerin hiçbirinde de kamu, SSK veya Bağ-Kur'lu gibi bir ayırım söz konusu değildi. Ama Anayasa Mahkemesi, Anayasa'nın 128. maddesinden yola çıkarak önemli bazı maddeleri sadece kamu görevlileri açısından iptal etti.

Genel Sağlık Sigortası'na ilkesel olarak karşı mısınız, yoksa hükümetin yaptığı düzenlemeyi mi doğru bulmuyorsunuz?

Genel Sağlık Sigortasına ilke olarak karşı değilim. Çünkü bir ülkede yaşayan tüm yurttaşların sağlık şemsiyesi altına alınması güzel bir olay... Ancak, sorun sistemin adında değil, sistemin nasıl kurgulandığında... AKP ile anlaşamadığımız nokta da bu... Örneğin, 18 yaşına kadar tüm çocukların ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanacağı söyleniyor. Oysa böyle bir durum söz konusu değil. Hatta öyle ki, IMF'ye verilen 27 Kasım 2006 tarihli niyet mektubunda açıkça şu yazıyor. "Sağlık harcamalarının kontrol altında tutulmasına ilişkin esnekliğimizi artırmak amacıyla, Sosyal Güvenlik Kurumu'na tıbbi tedavi ve ilaçlardaki katkı paylarını değiştirme yetkisi veren yasa tasarısı Kasım ayı sonuna kadar TBMM'ye sunulacaktır. Söz konusu tasarının Aralık ayı sonuna kadar yasalasması beklenmektedir (Yapısal performans kriteri)." AKP, IMF'ye verdiği sözü tutarak Aralık ayı içinde çıkan 2007 Yılı Bütçe Yasasına bir mad-

de koyarak, katılım paylarının 5 katına kadar artırılması konusunda Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığına yetki vermiştir. Genel Sağlık Sigortası Yasası ile sağlık harcamalarına, yurttaşların tedavi olurken daha fazla cepten para ödemelerinin yolu açılmıştır.

Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi kararını değerlendirebilir misiniz? Toplumsal kesimlerin tamamının aynı sosyal güvenlik ve genel sağlık sigortasından yararlanması eşitlikçi bir anlayış değil mi? Bunun bir sakıncası var mı?

CHP olarak bizim seçim bildiğimizde de sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ilkesi vardı. Ancak AKP sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplandığını söylüyorsa da bu doğru değil. Sistemin birinci eksik yönü bu... Örneğin İşsizlik Sigortası bu kapsama alınmış değil. Oysa İşsizlik Sigortası da tıpkı Genel Sağlık Sigortasında olduğu gibi, bir sosyal sigorta dalıdır. Ama AKP, İşsizlik Sigortasının tek çatı altına alınmasını istemedi... İkinci önemli nokta ise, oluşturulacak tek çatı modelinde, Sosyal Güvenlik Kurumu Baş-

Sağlık hizmetlerinin prim toplanarak finanse edilmesi ile genel bütçeden finanse edilmesi arasında ne gibi farklar var? Finansmanın primlerden sağlanması ülkemiz için yeni bir durum mu?

Sigortalılar, gelirleri üzerinden iki ayrı vergi öderler. Bunlardan ilki bildiğimiz gelir vergisidir. Bu vergi, vergi yasalarına uygun olarak ödenir. İkinci vergi ise sosyal sigorta primleridir. Buna literatürde “sosyal vergiler” de deniyor. Sağlık hizmetlerinin tümünün bütçeden karşılanması için, sosyal güvenlik sistemimizin yapılanmasını değiştirmemiz gerekiyor. Örneğin, sosyal sigorta primlerinin Merkezi Yönetim Bütçesi içinde yer alması gerekir. Ama o zaman da sistemin tümüyle Bütçe bağlamında denetlenmesi ve geleceğe yönelik aktüerya hesaplarının yapılması pek çok güçlük gösterebilir. 1950’lerden bu yana sağlık sigortası primleri ilgili sosyal sigorta kuruluşlarının (SSK ve daha sonra Bağ-Kur) bütçelerinde yer alıyordu. Şimdi bu primler, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının Bütçesinde yer alacak. Dolayısıyla sağlığın finansmanının tümüyle vergilerle ve Merkezi Yönetim Bütçesinden karşılanması modeli yeni bir

minde ciddi açıklar var. Bu açıkları azaltmak için de reform yapmak gerekiyor.” Reformun amacı bu olunca, devlet katkısının da zaman içinde azalacağı ve Bütçe üzerindeki yükün hafifleyeceği açıktır. Bunun yolu da sistemdeki yurttaşlardan sisteme daha fazla katkı yapmalarının yolunu yasayla açmaktır. Bu aynı zamanda IMF’nin de talebidir...

Toplumsal muhalefete düşen sorumluluğa gelince. Bu aslında çok önemli bir konu. Olayı iki açıdan değerlendirmek gerekiyor. Birinci yönü, var olan bir sorunu toplumsal uzlaşmayla aşma kültürümüzü geliştirmeliyiz. Bunun yolu, Ekonomik ve Sosyal Konsey’den geçer. İkinci yönü ise, toplumsal uzlaşmayı reddeden bir siyasal iktidara karşı, demokratik kitle örgütlerinin toplumsal muhalefettir. SSGSS yasası toplumsal muhalefeti yeterince bulamamıştır. Örneğin iki büyük işçi sendikası (Türk-İş ve Hak İş) sessizliğini bilinçli olarak koymuştur.

Anayasa Mahkemesi kararından sonra sağlık hizmetlerinin sunumunda tüm çalışanlar açısından ortak bir uygulamaya artık pek mümkün görünmüyor. Mahkeme kararı

‘Bazı hizmetlerin özel sağlık kuruluşlarından alınması aslında bir özelleştirme değildir. Ama burada şu ayrıntı, çok ama çok önemlidir. Devletin görevi kamu hastanelerine yeterli kaynağı ayırmaktır. Bu yapılmıyorsa özelleştirmenin yolu açılıyor demektir.’

kanlığının idari ve mali özerkliğidir. Şayet bu Kurumun idari ve mali özerkliği sağlanmazsa, geçmişten hiç ders alınmamış demektir. Çünkü geçmişte bu Kurumların birikimlerine el atılmış, yöneticileri sık sık değiştirilmiştir. Örneğin, SSK’da bir genel müdürün ortalama görevde kalma süresi 1 yıl 2 ay olmuştur. Sadece Sayın Yaşar Okuyan döneminde üç yılda SSK Genel Müdürü 10 kez değişmiştir. Böylesine politize olan bir Kurumun sağlıklı yönetimi olmaz. CHP olarak bu konu üzerinde çok ısrarcı olduk ama maalesef AKP, Kurum Başkanının belli bir süreyle atanmasına karşı çıktı... Bir diğer önemli nokta da, Başbakanlığa bağlı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğüdür. Bu Genel Müdürlüğün de Başbakanlıktan alınarak, Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altına alınması gerekirdi. Örneğin Tek çatı modeli içinde “Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü” var. Ama bu Genel Müdürlüğün işlevini Başbakanlığa bağlı başka bir genel müdürlük yapacak... Bunlar doğru değil...

model değildir. Eskiden beri uygulanan bir sistemdir. Burada ayrıksı olan Devlet memurlarının durumudur. Devlet memurlarının aylıklarından sağlık sigortası primi kesilmemektedir. Dolayısıyla Devlet memurları hasta olduklarında, sağlık giderleri ilgili kurum ya da bakanlık tarafından karşılanmaktadır.

Dünyada ve ülkemizde sosyal güvenlik sistemine devletin katkısını karşılaştırır mısınız? Bu konuda toplumsal muhalefete düşen sorumluluk ne olmalı?

Sosyal devlet, aslında sosyal güvenlik demektir. Bir devlet, sosyal güvenliği ne kadar iyi çalıştırır, insanları ne kadar mutlu kılar, sosyal devlet de işlevini ölçüde yerine getirmiş sayılır. AKP Hükümetinin yaptığını söylediği sosyal güvenlik reformunun temel amacı, “devlet katkısını” olabildiğince indirmektir. Çünkü söylenen çok açıktır. “Sosyal Güvenlik Siste-

ni, çalışanlar arasında eşitsizlik yaratıp yaratmayacağı açısından yorumlar mısınız? (18-45 yaş arası protez sadece kamu çalışanlarına, kamu çalışanlarından katılım payı alınmayacak vb.)

Anayasa Mahkemesi kararına baktığımızda eleştirilecek pek çok alan görüyoruz. Kararda, sosyal devlet sanki sadece “memurlar” için korumuş, işçiler ve bağımsız çalışanlar bu ülkenin ikinci sınıf yurttaşları konumuna düşürülmüşlerdir. Bugüne değin değişik gerekçelerle çıkan Anayasa Mahkemesi kararlarına baktığımızda, “sosyal devlete” vurgu yapan, insanı koruyan, yurttaşlar arasında özellikle de sağlık konusunda ayı-

AB Ülkelerinde Sosyal Güvenliğin Finansmanı (%)

	1992	2002
Devlet Katkısı	31,4	36,8
İşveren payı	41,1	38,9
Korunanların payı	23,4	21,4
Diğer	4,1	3,0

Kaynak: Eurostat



rım yapmayan yorumları – gerekçeleri görürdük. Bu kararında ise, sosyal devlet adeta unutulmuş, insanlar sağlık konusunda sınıflandırılmıştır. O kadar ki, borcu olan bağımsız çalışana, eşine, bakıma muhtaç yaşlı anne ve babasına bile sağlık hizmeti verilmemesi Anayasal güvenceye (!) kavuşturulmuştur. Karar, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin geldiği bu aşamada önemli bir geriye dönüş olmuştur. Sosyal devlete karşı yıllardır yapılan saldırıların, bir yargı kararında bu denli somutlaşması gerçekten de düşündürücüdür...

Yasada sağlık hizmetleri ve kimler tarafından sunulacağı açık bir şekilde belirtilmiş ve dışhekim muayenehaneleri de bu kapsamda sayılmış. Yasanın amir hükmüne rağmen yönetmelik veya genelgelerle bazı sağlık hizmetleri ve/veya bazı sağlık hizmet sunucuları kapsam dışı bırakılabilir mi? Ya da iktidar böyle bir uygulamaya kalkarsa hukuken ve siyaseten sonuçları sizce ne olur?

SSGSS Yasasında çok önemli bir düzenleme var... Yasanın 63. maddesine göre, "Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (...) sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla bilimsel komisyonlar kurar, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir." Böyle bir yetkinin temel amacı, artan sağlık harcamalarını kontrol altında tutmaktır. Dolayısıyla bu yetki olduğu sürece, İarenin kısıtlamalara gitme hakkı ve yetkisi bulunmaktadır. Bu düzenleme Anayasa Mahkemesi tarafından uygun görülmüştür...

Yasada kimlerden ne kadar sağlık primi toplanacağı belirtilmiştir. Yasa-

da belirlenen miktarlarda prim toplanması durumunda oluşacak olan havuz ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılayabilir mi? Ülkemizde sigortasız çalışma ve kayıtdışı ekonomi yaygın durumda. Toplanan primler sistemin işlemini sağlamaya yetmezse sağlık hizmetlerinin sürekliliği tehlikeye girmez mi? Siz hangi düzeyde prim toplanabileceğini düşünüyorsunuz?

Kayıtdışı çalışma Türkiye'nin temel sorunlarından birisidir. Bugün en az 5 milyon insanın kayıtdışı çalıştığı bilinmektedir. Bu insanlar vergi ödemedikleri gibi, sosyal sigorta primleri de ödememektedirler. Kayıtdışı çalışanları aileleriyle birlikte düşündüğümüzde, tablonun acımasızlığı daha da net ortaya çıkar. SSGSS Yasasında kayıtdışı çalışmayı önleyecek yeni hiçbir önlem getirilmemiştir. Oysa buna AKP reform (!) yasa diyor. Kayıtdışı çalışmanın önlenemediği bir yasa reform yasa olarak algılanabilir mi? Kayıtdışı çalışma, kısa ve uzun dönemli toplumsal sorunlar çıkaracaktır. Kısa dönemde bu insanlar, iş güvenceleri olmadığı için suskunluklarını koruyacak, ancak hastalıkları acil boyutuna gelince bir sağlık kurumuna başvurabileceklerdir. Çünkü acil hizmetlerden para alınmaması öngörülmüştür. Uzun dönemde ise bunlar, emekli olamayacakları için Türkiye'nin yoksulları sınıfına gireceklerdir... Sağlık primlerinin yetersizliği gündeme geldiğinde, kuşkusuz İare bazı önlemler alacaktır... Örneğin, tedavide katkı payı artırılabilir, bazı sağlık harcamaları karşılanmayabilir veya bazı ilaçlar sigorta kapsamından çıkarılabilir... Aslında primlerin toplanmasında sosyal güvenlik kurumlarını uğraştırmak gerekiyor. Bu işi Gelir İdaresi Başkanlığı, vergi daireleri aracılığıyla yapabilir. Böylece önemli ölçüde tasarruf da yapılmış sayılır... Ama AKP'nin bunları hiç düşünmeye zamanı yok... Çünkü AKP dışarıya,

yani IMF'ye odaklanmış durumda...

Sosyal Güvenlik Kurumunun bileşiminde atanmışlarla seçilmişlerin oranının bugüne kadar yapılan uygulamalara nazaran daha katılımcı ve demokratik olduğu iddia ediliyor. Bu yaklaşımı uluslararası uygulamalarla karşılaştırarak değerlendirir misiniz?

1950'lerde Sosyal Sigortalar Kurumu kurulduğunda, Kurum İdari ve mali açıdan gerçekten de özerkti. Kurumun yönetim kurulunda seçilmişlerin ağırlığı vardı. Ayrıca Bakanlar SSK'ya Genel Müdür atarken, işçi ve işveren sendikalarının başkanlarından da görüş alırlardı... 1980 sonrası bozulma bu kurumlarda da yaşanmaya başlanmış, Kurumun Yasası değiştirilerek, atanların ağırlığı yönetime taşınmıştır. Halen var olan Sosyal Güvenlik Kurumu Yönetim Kurulunda atanmışlarla seçilmişlerin ağırlığı eşittir. Oyların eşitliği halinde, Başkanın oyu iki kabul edilmektedir. Ama Başkan belli bir süreyle atanmadığı için, idari özerklik sadece kağıt üzerinde kalmaktadır. Nitekim, Sosyal Güvenlik Kurumunun daha yasa yürürlüğe girmeden başkanı iki kez değişmiştir... Olması gereken, seçimle gelenlerin ağırlığını yönetime taşımak ve başkanı belli bir süre ile (örneğin 3 veya 5 yıl) atamaktır...

Kamunun sağlık hizmetlerini özel sağlık kurum ve kuruluşlarından alması sağlık hizmetlerinde özelleştirme olarak yorumlanıyor. Bu değerlendirme hakkında düşünceleriniz.

Kamu sağlık hizmetlerini, aslında ağırlıklı olarak kamu kuruluşlarından alıyor. Sosyal Sigorta Kuruluşları ise sağlık hizmetlerini, hem kamu, hem de özel kuruluşlardan alıyorlar. Bunun temel nedeni ise, kim daha az maliyetli sağlık hizmeti verirse, sosyal sigorta kuruluşları o sağlık birimine yönelirler. Örneğin son yıllarda bazı özel hastanelerimiz, yurt dışındaki sosyal sigorta kuruluşları ile anlaşma yaparak, dışarıdan gelen hastalara kapılarını açıyorlar. Bu durum yurt dışındaki sosyal sigorta kuruluşlarının tercihidir ve doğrudur. Kaldı ki ülkemizde öteden beri özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alınıyor... Bazı hizmetlerin özel sağlık kuruluşlarından alınması aslında bir özelleştirme değildir. Ama burada şu ayrımı, çok ama çok önemlidir. Devletin görevi kamu hastanelerine yeterli kaynağı ayırmaktır. Çünkü kaynak ayrılırsa, hem donanım, hem de fiziki koşullar olarak kamu

hastaneleri varlığını sürdürecektir. Ama kamu hastanelerine kaynak ayrılmazsa, bu hastanelerin alacakları bir bütçe yasasıyla silinirse (2006 yılı bütçesinde devlet hastanelerinin 3,5 katrilyonluk alacağı silindi...), özelleştirmenin yolu açılıyor demektir. Hizmet üretemeyen hastanelerden bir süre sonra feryatlar yükselecek, yurttaşlar da şikayetçi olacaktır. Eh.. medyamız da, “kamu hastaneleri pislik içinde, hizmet üretmiyor, vatandaşa bakmıyor, bir tomografi cihazı dahi yok...” diye yayınlarını sürdürünce toplum özelleştirmeye hazır hale getirilecektir. SSK hastanelerinin başına bunlar gelmiştir. Umarım kamu hastanelerinin başına bunlar gelmez...

Sosyal güvencilikte varılmak istenen temel hedef, tüm yurttaşlara sosyal güvence sağlamaktır. SSGSS Yasasını, tüm yurttaşları kapsayan bir sosyal güvencilik modeli olarak algılayabilir miyiz?

Bugüne değin Türkiye Cumhuriyeti tarihinde Parlamente'ye gelen her sosyal güvencilik yasasında, temel hedef sosyal alanı büyütme olmuştur. Örneğin bağımsız çalışanların, tarımda çalışanların, çiftçilerin sosyal güvenciliğinin sağlanması hep aşama aşama gerçekleşmiştir. İlk kez bu Yasa ile sosyal güvencilik alanı daraltılmıştır. Örneğin küçük esnafın, gündelik işlerde çalışanların, tarımda çalışan işçilerin emekli olma şansları maalesef ortadan kalkmıştır. Gerekecek ise çok çarpıcıdır. “Biz onlardan prim alırken zorlandığımız için, o kesimleri sosyal sigortanın dışında bıraktık” diyorlar... Oysa sosyal sigorta varlıkları hedefleyen bir model değildir. Sosyal sigortanın temel hedefi, toplumun yoksul, alt ve orta kesimlerine ekonomik güvence sağlamaktır. Tarihsel sürece baktığımızda, sosyal sigortanın çıkışı; yoksulluğun, işsizliğin dünyada temel bir sorun olarak ortaya çıkması üzerine bulunan ve geliştirilen bir modeldir... Almanya’da 1889’da uygulamaya konulan ve “Bismarck Modeli” olarak adlandırılan uygulamanın çıkışı böyle olmuştur. Aynı şekilde 1942’de İngiltere’de uygulanan “Beveridge Modeli” de aynı temel üzerine inşa edilmiştir. Dolayısıyla AKP Hükümetinin dayattığı model, çağdaş dünyanın kabul ettiği bir model değildir. AKP bu Yasa ile sosyal devleti değil, lütuf devletini yaratmayı amaçlamıştır.

“Sosyal Devlet”le sizin söylediğiniz “Lütuf Devleti” kavramlarını biraz açar mısınız?

1961 Anayasasının gerekçesinde sosyal devlet şöyle tanımlanır. “Fertlere yalnız klasik hürriyetleri sağlamakla yetinmeyip aynı zamanda onların insan gibi yaşamaları için zaruri olan maddi ihtiyaçlarının karşılanmasını kendisine vazife edinen devlettir.” Görüleceği üzere, bireyin insan onuruyla bağdaşır bir yaşam sürmesi Devlete görev olarak verilmiştir. Devlete görev olarak verilen bir uygulama, doğal olarak yurttaş için bir hak. Nitekim Anayasamızın 60. maddesinde sosyal güvenlik yurttaşlar açısından bir hak olarak tanımlanmıştır. “Lütuf Devleti”nde ise, yurttaşlar açısından sosyal güvenlik bir hak olarak görülmez. Ancak Devlet lütuf ettiği kadar,

yurttaş sosyal haklardan yararlanır. AKP bu anlayışı topluma dayatmaya kalkmaktadır. Bu anlayış aynı zamanda toplumda yoksullaşma sürecini başlatan anlayıştır. Bu anlayış aynı zamanda, yoksulluğun iktidarda kalma aracı olarak kullanılması demektir. 5 kilo yağ vererek yoksulun 5 yılını satın almak ancak “Lütuf Devleti”nde söz konusu olabilir. AKP de bilinçli olarak bunu yapmaktadır...

Yoksullukla mücadele için nasıl bir yöntem uygulanmalı? Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonları bunun için kurulmadı mı? Bu fonlar yeterli değil mi?

Öncelikle bir gerçeğin altını çizelim. Yoksul her toplumda vardır. Yoksulun yoksulluğunu gidermek de devletin görevidir. Örneğin işsizliği gidermek sadece özel sektörün görevi değildir. İşsizlik bir toplumsal sorundur ve bu sorunu giderecek politikalar üretmek de sosyal devletin görevidir. Aynı durum eğitim için de geçerlidir. Zorunlu eğitimin tüm altyapısını hazırlamak devletin en temel görevidir. Şimdi gelelim asıl konuya... Yoksulun yoksulluğunu nasıl gidereceksiniz? Bu konuda en gerçekçi çözüm yoksula geçinebileceği iş olanakları yaratmaktır. Ama takdir edersiniz ki bu oldukça zor ve zamana bağlı bir olaydır. Her zaman ve her koşulda gerçekleşmeyebilir. O halde kısa sürede yoksulluğu yenmenin aracı başka yöntem olmak zorundadır. Bunun için bulunan yöntem de “Aile Yar-

dımları Sigortası”dır. Türkiye, “Aile Yardımları Sigortası”ni uygulayacağını, 1971 yılında Parlamente’den geçirdiği “Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Sözleşmesi” ile kabul etmiştir. Ama maalesef aradan çok uzun bir süre geçmesine karşın bu konuda hiçbir adım atmamıştır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonlarının kullanımı insan onurunu zedelemektedir. Yardımlar tümüyle politik kaygılarla yapılmaktadır. İnsanın yoksulluğu afişe edilerek, onun iradesi ipotek altına alınarak yardım yapılmaktadır. Oysa bu tür yardımların belli bir kurumsal bütünlük içinde yapılması gerekmektedir. “Aile Yardımları Sigortası” bu açıdan büyük

önem taşımaktadır. CHP 2002 seçim bildirgesinde “Aile Yardımları Sigortası”ni kuracağını taahhüt eden tek Partidir... Bu sigorta dalını kurmaya da kararlıdır...

Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de dişhekimliği hizmetlerinin yaklaşık %85’i özel sağlık kuruluşları tarafından veriliyor. Vatandaşlarımızın dişhekimliği hizmetlerini kullanabilmeleri için tüm dişhekimleri kamu kurumlarında mı istihdam edilmeli yoksa kamu kurumlarıyla birlikte muayenehanelerden de dişhekimliği hizmeti alınmasına yönelik bir düzenleme mi yapılmalı?

Sosyal sigorta kuruluşları sağlık hizmeti alırken, doğal olarak önce maliyete bakar. Bu çerçevede dişhekimliği hizmetlerini özel muayenehanelerden de alabilir. Şu anda buna yasal olarak bir engel yok. Görünen en büyük engel maliyet...

SSK Genel Müdürlüğü gibi zor bir görevde bulundunuz. Görevde bulunduğunuz dönemde dişhekimliği hizmetlerinin muayenehanelerden de alınmasına yönelik düşünceleriniz oldu mu? Olduysa neden gerçekleşmedi?

Bu konuda bir düşüncem olmadı. Çünkü sistem çok sorunlu idi ve sistemdeki açıklar özel dişhekimlerinden hizmet almamızı engelliyordu.

‘Kararda, sosyal devlet sanki sadece “memurlar” için korunmuş, işçiler ve bağımsız çalışanlar bu ülkenin ikinci sınıf yurttaşları konumuna düşürülmüşlerdir.’

GSS ve Anayasa Mahkemesi kararı

Anayasa Mahkemesi'nin GSS'ye ilişkin gerekçeli karar ve bunun doğuracağı sonuçları Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı eski Danışmanı, Sosyal Sağlık Sigortası Uzmanı Hüseyin Çelik kaleme aldı.

Anayasamız gereği 25 yıl önce, Emekli Sandığı Kanunu gereği 35 yıl önce, Yeşil Kart Kanunu gereği 15 yıl önce kurulması öngörülen Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS), uygulamaya geçmesine günler kala yürürlük tarihi 1 Temmuz 2007'ye ertelenmiştir. Bu durum kamuoyunda Kanunun uygulanmak istenmediği şeklinde yorumlara da neden olmuştur. Ertelemeye neden olan Anayasa Mahkemesinin gerekçeli kararı 30 Aralık 2007 tarihinde Resmi Gazetede yayımlandı. GSS'nin 1 Temmuz tarihine ertelenmesine neden olan Anayasa Mahkemesi kararının içeriği incelendiğinde hangi gerekçeler gündeme gelmektedir? Anayasa Mahkemesi kararı ışığında, GSS'nin bundan sonraki süreçte yaşama geçmesini engelleyecek ölçüde hukuksal engeller ve gerekçeler var mıdır? Bu yazımızda Anayasa Mahkemesi'nin GSS'ye ilişkin gerekçeli kararı ve bunun doğuracağı sonuçlar üzerinde durulacaktır.

Aslında bu sürece gelinmeden önce yaklaşık 4 yıldır süren yasalaşma sürecinde konu oldukça geniş ölçekte tartışılmış ve sağlanabilen uzlaşma çerçevesinde TBMM'de yasalaşmıştır. İlk olarak 19.4.2006 tarihinde TBMM'de kabul edilen 5489 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Sayın Cumhurbaşkanı tarafından kimi maddelerinin tekrar görüşülmesi istemiyle veto edilerek, TBMM'ye iade edilmiştir. TBMM tarafından yapılan görüşmelerde 31.5.2006 tarihinde Kanun aynen kabul edilerek, 1.1.2007 tarihinde yürürlüğe girmek üzere 16.6.2007 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Bağ-Kur ve T.C. Emekli Sandığı) tek çatı altında birleştirilmesini öngören 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu yasası ise 20.5.2006 tarihinde yasalaşarak aynı tarihte yürürlüğe girmiştir.

5510 sayılı Kanun, çoğunluğu emeklilik hükümleri olmak üzere, GSS'ye ilişkin kimi hükümleri Sayın Cumhurbaşkanı ve 118 Milletvekili tarafından Anayasa'ya aykırılık savıyla Anayasa Mahkemesine iptal ve yürütmeyi durdurma davası açılmıştır. Geline süreçte,

sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleşmekle birlikte, bu kurumların kapsamında yer alan kişilerin emeklilik ve sağlık güvenliği bakımından norm birliğine kavuşturulması 1 Temmuz 2007 tarihine bırakılmıştır. Bir başka deyişle sosyal güvenlikte tek çatı yaşama geçmiş, ancak norm birliği henüz sağlanamamıştır.

Konumuz itibariyle GSS'nin Anayasa Mahkemesine götürülen hükümlerinin verilen gerekçeli karar dikkate alarak incelemek, sorunun ve buna ilişkin çözüm yollarının belirlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Dış Protezin Yönelik Kısıtlamanın Anayasaya Aykırılığı Konusu

Kanunun 63 ncü maddesinin (d) bendinde yer alan "...18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin dış protezlerinin 72 inci maddeye göre belirlenen tutarının % 50'si." ibaresi gerek Sayın Cumhurbaşkanı tarafından, gerekse 118 Milletvekili tarafından Anayasa aykırı olduğu ileri sürülmüştür. Anayasa Mahkemesi tarafından söz konusu hükmün halen SSK ve Bağ-Kur kapsamında çalışanlar bakımından Anayasa'ya uygun olduğu, ancak memurlar ve diğer kamu görevlileri bakımından Anayasa'ya aykırı olduğu sonucuna varılmıştır. Söz konusu karar 6 ya 5 oyla ve oy çokluğu ile verilmiştir.

Anayasa Mahkemesi SSK ve Bağ-Kur kapsamındaki için Anayasaya uygunluk görüşünü; Devletin mali kaynakların yeterliliği, alınan primler ile sağlık hizmetleri finanse edilen kişi sayısı, sağlık hizmetinin kapsamı ve süresi, sosyal sigortacılık sisteminin özünü zedelemeyen sınırlamalar ile finansal açıdan sürdürülebilir olması, ağız ve diş sağlığı açısından koruyucu hekimliğin kapsama alınması, travma ve onkolojiye bağlı dış protezlerin kapsamda olması gerekçeleri göz önünde bulundurularak getirilen sınırlamanın yasa koyucunun taktirinde olduğunu gerekçelerine dayandırmıştır. Memurlar ve diğer kamu görevlileri yönünden ise Anayasaya aykırılık gerekçesi, gerek emeklilik gerekse sağlık hakkı bakımından getirilecek kuralların aynı ka-

nunda ayrı bir bölümde ya da ayrı kanunda düzenlenmesi gerektiği gerekçesine dayandırmıştır.

Geri Ödeme Kurallarının Belirlenmesinin Anayasaya Aykırılığı Konusu

118 Milletvekili tarafında Anayasa Mahkemesine götürülen bir diğer madde de, yine 63 ncü maddenin ikinci fıkrasıdır. 63 ncü maddenin ikinci fıkrası "Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla bilimsel komisyonlar kurar, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir." hükmünü içermektedir. Söz konusu hüküm, Kanunla kapsama alınan tüm sağlık hizmetlerinden gerek teşhis ve tedaviye ilişkin, gerekse bu teşhis ve tedavilerde kullanılacak sağlık ürünlerine ilişkin birden fazla yöntem veya ürün bulunması halinde, bunların bilimsel komisyonların da görüşleri doğrultusunda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından belirlenmesini içermektedir. Söz konusu kural, Kuruma verilen yetkinin bir sağlık hizmetinin kapsama alınması ya da alınmamasını saptamak olmadığı, sağlık hizmetlerinin çeşitliliği, teşhis ve tedavi yöntemlerindeki bilimsel gelişmeler karşısında bu yöntemlerin yasa da belirlenmesinin işin niteliğine uygun olmadığı, ayrıca Kurumun bu belirlemeyi bilimsel komisyonlar kurarak ulusal ve uluslar arası tüzel kişilerle işbirliği içinde gerçekleştirebileceği gerekçesi ile Anayasa'ya uygun bulunmuş ve karar oybirliği ile verilmiştir.

Prim Borcu Olanların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmasına İlişkin Yapılan Kısıtlamanın Anayasaya Aykırılığı Konusu

118 Milletvekili tarafından Anayasaya aykırılığı savı ileri sürülen bir diğer Kanun hükmü de 67 nci maddenin (b) bendindeki prim borcu olanların, kimi istisnalar dışında sağlık hizmetlerinden yararlandırılmamasıdır. Söz konusu hüküm de Anayasaya uygun

bulunmuştur. Karar 8'e 3 oyla oy çokluğu ile verilmiştir. Anayasa Mahkemesi kararını; kısa ve uzun vadeli sigorta dalları ve genel sağlık sigortası prim borcu bulunmaması koşulunun arandığı kişilerin ortak özelliği prim sorumluluk ve yükümlülüğünün kendilerinde olması olduğu, ayrıca Yasa'nın geçici 12. maddesinin son fıkrası gereğince prim borcu olmama koşulunun, 5510 sayılı Yasa'nın yürürlüğe girmesinden sonra tahakkuk edecek prim borçları için uygulanacağı, Sosyal Güvenlik Kurumunun amacına uygun olarak hizmet verebilmesi sahip olduğu parasal kaynaklara bağlı olduğu, temel kaynağı prim olan bu Kurumda sigortalıların kuralda belirtilen süre kadar prim ödemek suretiyle Kurum ile ilişkilerini devam ettirmelerini ve Kurumun sağlayacağı haklardan bu suretle yararlanmalarını öngören böyle bir düzenleme sistemin doğal bir sonucu olduğu gerekçelerine dayanmıştır.

%10 ila %20 Arasındaki Katılım Paylarının Kurum Tarafından Belirlenme Yetkisinin Kuruma Verilmesinin Anayasaya Aykırılığı Konusu

Katılım paylarının %10 ila %20 oranı arasında, "gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınarak" Kurumca belirlenmesinin, katılım paylarının Anayasa-



Hükümetin sağlıkta dönüşüm adı altında sürdürdüğü program çeşitli açılardan sağlıkla ilgili meslek örgütleri ve sendikaların tepkilerini aldı.

kı payı gibi adları ne olursa olsun parasal yükümlülük ya da ödemelerin Anayasa'nın 73. maddesi kapsamında mali yükümlülük sayılabilmesi için ödemenin kamu gideri niteliğinde ve kamu hizmeti karşılığı olması, tek taraflı irade ile alınması, kamu gücüne dayanması, zorunlu olması, ödenmemesi halinde hukuki yolla tahsil, devlet tüzel kişiliği, kamu tüzel kişiliği ya da kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşları tarafından tahsil edilmesi ve yasa ile konulması gerekir. Kuraldaki tuta-

ıkı Açısından Anayasaya Aykırılık Sorunu

118 Milletvekili tarafından Anayasa'ya aykırılığı ileri sürülen bir diğer konu da sözleşmeli sağlık kurumlarından alınan sağlık hizmetlerinde kişilerin tercihine bağlı olmak ve bir üst sınır getirilmek kaydıyla öğretim üyesi tarafından yapılan tıbbi işlemlerde ve otelcilik hizmetlerinde Kurumun belirlediği fiyat tarifsinin iki katını geçmemek kaydıyla fark ödenmesine ilişkindir. Söz konusu hüküm,

'Prim borcu bulunmaması koşulunun arandığı kişilerin ortak özelliği prim sorumluluk ve yükümlülüğünün kendilerinde olmasıdır. Ayrıca prim borcu olmama koşulu, Yasa'nın yürürlüğe girmesinden sonra tahakkuk edecek prim borçları için uygulanacak'

nın 73 maddesi gereği mali yükümlülük benzeri olduğu ve bu yetkinin Bakanlar Kurulunda olması gerektiği, bu nedenle Kuruma yetki verilmesinin Anayasaya aykırı olduğu gerekçesi ile 118 Milletvekili tarafından iptal davası açılmıştır. Düzenleme memurlar ve diğer kamu görevlileri yönünden 6'ya 5 oyla Anayasaya aykırı bulunmuştur. Ancak SSK ve Bağ-Kur kapsamındaki kişiler bakımından oybirliği ile Anayasa'ya uygun bulunmuştur.

Anayasa Mahkemesi memurlar ve diğer kamu görevlileri yönünden Anayasaya aykırılık gerekçesi, gerek emeklilik gerekse sağlık hakkı bakımından getirilecek kuralların aynı kanunda ayrı bir bölümde ya da ayrı kanunda düzenlenmesi gerektiği gerekçesine dayanmıştır.

SSK ve Bağ-Kur kapsamındaki kişiler için Anayasaya uygunluk gerekçesi ise; ücret, aidat, kesenek, harç, katılma payı, fon payı, kat-

rı normalde kişilerin kendilerinin karşılaması gereken sağlık giderlerinin Devletçe karşılanması nedeniyle kendilerinden istenilen katkı payı olduğu ve bu yönüyle Anayasa'nın 73. maddesindeki vergi, resim ve harç benzeri mali yükümlülük niteliğinde olmadığı, keza sağlık yardımları için sigortalıdan katkı payı alınabileceği uluslararası sözleşmelerde de öngörüldüğü, gerek "Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin" Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 102 sayılı Sözleşmesi'nin 10. maddesinde, gerekse Avrupa Konseyi çerçevesinde oluşturulan Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesine göre de, korunan kimselerin doğrudan katkıda bulunmaları olanaklı olduğu, Türkiye'nin de belirtilen iki sözleşmeye de katılarak onayladığı gerekçelerine dayanmıştır.

Öğretim Üyesi ve Otelcilik Hizmeti For-

oy birliği ile Anayasaya uygun bulunmuştur.

Anayasa Mahkemesi gerekçesinde; Yasa'yla Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilerin ödedikleri primler karşılığında, Kurumun belirlediği fiyat ve sözleşme koşullarına uymayı kabul eden sağlık hizmeti sunucuları ile genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerden herhangi bir fark almaya izin vermesiz hizmet satın almasının esas olduğu, ancak, öğretim üyelerinin sağlık hizmetinden ve özel odalardan yararlanılmak istenilmesi halinde hastaların fark ücreti ödemeyi kabul etmesi kuralı getirildiği, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının isteyebileceği fark ücreti açısından getirilen üst sınır ile bu sınırlamaya uyulmaması halinde sözleşmenin feshedileceğine ilişkin yaptırım hükmü de dikkate alındığında getirilen düzenlemenin yaşam hakkını ortadan kaldırmadığı gibi, sağlık hizmetinden faydalanmayı engellemediği ve

sosyal devlet ilkesinin gereklerine de aykırı olmadığı hususları belirtilmiştir.

İptal Davası Açılmayan, Ancak Anayasa Mahkemesi Tarafından İptal Edilen Hükümler

Anayasa Mahkemesinin özellikle emeklilik hükümleri bakımından iptal ettiği maddeler ve GSS bakımından iptal edilen maddeler dikkate alınarak, 60 ıncı maddenin (a) bendinin (1) numaralı alt bendine memurlar ve diğer kamu görevlilerine ilişkin hüküm iptal edilerek, bu kişiler GSS kapsamından tümüyle çıkarılmıştır. Keza çıkarılan bu hükümle bağlantılı olarak memurlar ve diğer kamu görevlilerinin sağlık yardımlarına ilişkin 105 ınci ve 106 ncı maddelerde yer alan kimi hükümler de uygulama imkanı kalmadığı gerekçesi ile iptal edilmiştir. Söz konusu hükümler GSS açısından, memurlar ve kamu görevlilerinin sağlık hakları düzenleyen yasa hükümlerinin yürürlükten kaldırılmasını içermektedir. Anayasa Mahkemesi, memurlar ve diğer kamu görevlileri yönünden GSS düzenlemelerinin aynı yasada ayrı bir bölümde ya da ayrı yasada düzenlenmesi gerekçesi doğrultusunda, mevcut yasalarda sağlık hakkını düzenleyen hükümlerin yürürlükten kaldırılmaları halinde, sağlık hakkına ulaşımında yaşanacak hukuksal boşlukları da dikkate alarak ilgili yasa hükümlerinin yürürlüklerin sürdürülmesi gerektiği sonucuna ulaşarak, Anayasa

Mahkemesi Kuruluş Kanunu gereği iptallerine karar verilmiştir.

SONUÇ

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasının, Cumhurbaşkanı ve 118 Milletvekili tarafından bir, 118 Milletvekili tarafından ise 3 maddesi olmak üzere toplam 4 maddesinin Anayasaya aykırılığı iddiasıyla Anayasa Mahkemesine götürülmesi sonucu verilen gerekçeli kararda, ilgili Yasa hükümleri SSK ve Bağ-Kur sigortalıları yönünden tümüyle Anayasaya uygun bulunmuştur. Memurlar ve diğer kamu görevlileri yönünden ise dış protezlerine ilişkin kısıtlama ve katılım payının Kurum tarafından belirlenmesine ilişkin hükümler ise Anayasaya aykırı bulunmuş, iptali istenen diğer hususlarda Anayasaya uygun bulunmuştur.

Dolayısı ile SSK ve Bağ-Kur kapsamında ki kişiler bakımından GSS hükümlerinin uygulanmasında Anayasaya uygunluk bakımından hiçbir sorun olmadığında herhangi bir kuşkuya yer yoktur. Memurlar ve diğer kamu görevlileri bakımından da Anayasaya uygun bulunan hükümlerin aynı yasada ayrı bir bölümde ya da ayrı bir yasada aynen yer verilmesi halinde yine Anayasa uygunluk bakımından hiçbir sorun olmayacağı da kuşku yoktur. Ancak dış protezlerine ilişkin kısıtlama ile katılım paylarının %10 ila %20 oranı arasında Kurumca belirlenmesi konusunda ya-

pılacak düzenlemelerin aynı yasanın ayrı bölümüne ya da ayrı bir yasada düzenlenmesi halinde Anayasaya aykırılık konusunun ne şekilde değerlendirileceğinin netleştirilmesi gerekmektedir.

Esasen Anayasa Mahkemesine açılan davanın konusunun katılım payının alınmaması yönünde olmadığı, mevcut yasal düzenlemelerde katılım paylarının aynen alınmaya devam ettiği, 4447 sayılı Yasa ile 5434 sayılı Yasa kapsamındakilerden alınacak katılım payına ilişkin açılan davada da Anayasa Mahkemesinin 27.2.2001 tarihli ve 2001/46 kararında da katılım payını onayladığı dikkate alındığında, yapılacak yasal düzenlemenin memurlar ve diğer kamu görevlileri bakımından katılım payına ilişkin düzenlemenin aynı yasanın ayrı bir bölümünde ya da ayrı bir yasada düzenlenmesinin yeterli olacağı sonucuna ulaşılmaktadır. Dış protezlerine ilişkin 18-45 yaş arasında getirilen kısıtlamanın da aynı çerçevede değerlendirilmesi doğru olacaktır.

Anayasanın 56 ncı maddesinde öngörülen GSS'nin memurlar ve diğer kamu görevlileri için uygulanmayacağını ileri sürmek, bizzat Anayasa ile çelişen bir durum olacaktır.

Şimdi yapılması gereken, Anayasa Mahkemesi kararı ışığında GSS hükümlerinin memurlar ve diğer kamu görevlilerine ilişkin olarak aynı yasada ayrı bir bölüme yer verilerek, sağlıkta norm birliğinin sağlanmasıdır.



ERO
Kongresi'nde
Moskova'ya
gidiyoruz

18-22 Nisan 2007

Türk Hava Yolları ile ulaşım -
Cosmos Hotel'de konaklama

- 4 gece oda kahvaltı konaklama
- Havaalanı - Cosmos Hotel ****
- Havaalanı transferleri
- Yarım günlük panoramik
- Moskova şehir tanıtım turu
- THY tarifeli seferiyle
- İstanbul - Moskova /
- Moskova - İstanbul
- ekonomi sınıf uçak bileti
- ETS-Assistance
- seyahat sigortası

İki kişilik odada kişi başı
paket tur ücreti: 499 E
tek kişilik oda
paket tur ücreti: 599 E
vize ücreti: 65 E
hava alanı hizmetleri
ve alan vergileri: 90 E

Tur organizasyonu
ETS Tur tarafından yapılmaktadır.
Başvuru için
ETS Tur - Alptekin Maral
Tel: 0.216.542 99 87
e-mail: alptekinm@etstur.com

Genel Kurul kararlarından...

TDB'nin 11. Olağan Genel Kurulu'nda alınan bazı genel kurul kararlarını gerekçeleri ile birlikte meslektaşlarımızı bilgilendirmek amacı ile yayınlıyoruz. Genel Kurul kararlarının tamamına www.tdb.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Üye aidatları

a) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan dişhekimleri ile bu kurum ve kuruluşların sahibi veya ortağı dişhekimlerinden; 2007 yılı için 200 YTL

b) Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleğini serbest olarak icra etmeyen dişhekimlerinden, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sahibi veya ortağı olmaları durumunda aidatlarının birinci maddede belirtilen miktarda tahsil edilmesine,

c) Sadece kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleğini serbest olarak icra etmeyen dişhekimlerinden; 2007 yılı için 100 YTL

Yasamız gereği sadece kamuda çalışan meslektaşlarımızın odaya üyeliği zorunlu olmayıp isteğe bağlıdır. Üyelik zorunluluğu olmayan dişhekimlerinin ödeyecekleri aidat miktarı düşük tutularak odalara üyeliklerinin teşvik edilmesi amaçlanmıştır.

d) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında ilk kez çalışmaya başlayan dişhekimleri ile bu kurum ve kuruluşun ilk defa sahibi veya ortağı olan dişhekimlerinden; 2007 yılı için 100 YTL aidat alınmasına,

Bu uygulama gittikçe artan zor koşullarda yeni başlangıçlar yapmaya çalışan meslektaşlarımızı desteklemek içindir.

e) 65 yaşını doldurmuş, mesleğini icra etmeyen dişhekimlerinden aidat alınmamasına,

Yaş nedeniyle mesleğini icra etmeyen dişhekimlerinden üye aidatı alınmayarak meslekleri ve meslek örgütleriyle ilişkilerinin kesilmemesinin sağlanması ve bir anlamda dişhekimliğine yaptıkları hizmetlere teşekkür edebilmek amaçlanmıştır.

f) Üye aidatlarını ve Odaya her türlü borcunu zamanında ödemeyen dişhekimlerinden Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkındaki Kanun'un öngördüğü gecikme faizi de eklenerek tahsil edilmesine,

Serbest meslek makbuzlarının onaylanması

Resmi kurum ve kuruluşlarından serbest dişhekimlerine yapılan sevkler sonucu düzenlenen fatura ve serbest meslek makbuzlarında



malarında oda yönetim kurulunun bilgi ve kontrolü dışında etik ve tıbbi kurallara uyulmadan muayenehaneler dışında büyük alışveriş merkezlerinde, marketlerde muayene ve sağlık eğitimi çalışmaları yapıldığı sıklıkla görülmektedir.

Ticari amaçla yapı-

lan haksız rekabet yaratan, yeterli hijyen koşulları sağlanamadığından yarardan çok zarar veren ve mesleğimizin saygınlığını zedeleyen girişimleri önlemek amaçlanmıştır.

Dişhekimlerinin meslek icrasıyla ilgili her türlü evrakta (reçete, fatura vb) kaşe kullanılmaları

Mesleğini özel sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulayan dişhekimlerinin mesleğin icrasıyla ilgili her türlü evrakta (reçete, fatura vb.) ad, soyadı ve diploma numarasının bulunduğu kaşe kullanmalarının zorunlu olmasına,

Hekim ve dişhekimlerinin ya da birden fazla dişhekimlerinin birlikte çalıştıkları sağlık kurum ve kuruluşlarında işlemi yapan dişhekimlerinin tespitinde sorunlar yaşanmaktadır. Kararla özellikle hatalı hekimlik uygulaması ve AÜT altında kesilen fatura ve serbest meslek makbuzlarında görülen bu durumu önlemek amaçlanmıştır.

Meslek uygulama yetisini kaybeden dişhekimlerinin meslek uygulamasından alıkonmaları

Mesleğini uygulama yetisini geçici ya da sürekli olarak kaybeden dişhekimlerinin meslek uygulamasından alıkonabilmesi için TDB Merkez Yönetim Kurulu'nun çalışma yaparak yasal düzenleme konusunda Sağlık Bakanlığı nezdinde girişimlerde bulunmasına,

Fiziksel, ruhsal ya da mental nedenlerle bazı meslektaşlarımız uygulama yetisini geçici ya da sürekli olarak kaybedebilmektedir. İnsan sağlığına verilebilecek zararlar göz önüne alınarak bu durumdaki meslektaşlarımızın meslek uygulamasından alıkonması için kriterlerin belirlenmesi ve yasal boşluğun doldurulması amaçlanmıştır.

belirtilen tedavilerin Türk Dişhekimleri Birliği Asgari Ücret Tarifesine uygunluğunun ilin ya da ilçenin bağlı olduğu Dişhekimleri Odası ya da il temsilcisi tarafından onaylanmasına, bu onay işlemini yaptırmayan dişhekimleri hakkında gerekli disiplin soruşturmasının yürütülmesine,

TDB hastaların hekim seçme özgürlüğüne ve hastanın hekime ulaşmasının engellenmemesini her zaman savunmuş ayrıca bu konuda meslektaşlarımızın haklarını korumak için de yasal girişimlerde bulunmuştur. Ancak yapılan sevkler sonucu işlemlerin Bütçe Uygulama Talimatı üzerinden faturalandırıldığı görülmektedir.

TDB, Asgari Ücret Tarifesi üzerinden faturalandırılması gereken işlemlerin kontrolünde yaşanan zorluklar ve ortaya çıkan haksız rekabetin önlenmesi için resmi kurum ve kuruluşlardan serbest çalışan dişhekimlerine yapılan sevkler sonucu düzenlenen faturaların Asgari Ücret Tarifesine uygun olduğunun kontrolü de amaçlanmıştır.

Sağlık eğitimi çalışmalarını

a) Toplumun ağız ve diş sağlığı mevcut durumunun tespiti ile toplu gruplara yönelik sağlık eğitimi çalışmalarında,

b) Sağlık kurum ve kuruluşları dışında gerekli hijyen koşulları sağlanmadan ve mesleğin saygınlığını zedeler biçimde yapılan çalışmalarda,

c) İletişim araçlarında kullanılan tanıtım ve reklamlarda;

Etik ve tıbbi kurallara uymayan;

- Özel kurum ve kuruluşlara karşı gerekli girişimlerde bulunulmasını,

- Adı geçen etkinliklerde yer alan dişhekimleri hakkında disiplin yönetmeliği gereğince işlem yapılmasına,

Toplum ağız ve diş sağlığı eğitimi çalış-

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ücretlendirilmesi

Asgari Ücret Tarifesi'nin bilimsel bir çalışmayla belirlenmesi süreci beş yılı aşan bir çalışmanın ardından tamamlandı. Başından beri çalışmanın içinde olan Muharrem Armutlu 2007 Asgari Ücret Tarifesi'nin belirlenmesinde ilk kez kullanılan çalışmanın detaylarını dergimiz için yazdı

Mesleğimize uygun standartlar içinde nitelikli hizmet verebilmek, bilimsel ve teknolojik gelişimleri takip edebilmek ve günlük sosyal yaşam içinde bir dişhekim gibi yaşayabilmek için, Ürettiğimiz hizmet birimlerinde kalitenin korunabilmesi ve emeğimizin ucuzaya satılması olasılığına karşı olmaz sınırlarımızın belirlenmesi için,

Kamunun muayenehanelerden hizmet satın alması durumunda, toplum sağlığı için uzun ve sürdürülebilir olan: hizmeti üretenin, kullananın ve kurumun çıkarlarını ortak paydada birleştiren ücret birlikteliği amacıyla;

TDB bilimsel araştırmaya dayalı bir fiyatlandırma modeli ortaya koymuştur.

Bilimsellik, ağız ve diş sağlığı hizmetini satın alacak kişiler, gruplar, sektörler ve kamunun karşısında bizim ayaklarımızın yere sağlam bastığının ve güvenilir olduğumuzun göstergesi olacaktır. Bu amaçla asgari ücretimizi maliyet esaslı olarak belirlemeye yönelik proje Yrd.Doç.Dr. Çetin Akar tarafından hazırlanmıştır.

Projenin genel mantığı; endüstriyel üretimin kullandığı "maliyet artı" yönetimini sağlık sektöründe hayata geçirmektir. Proje çeşitli parametrelerden oluşmaktadır. Bu parametrelerde belirli oranlarda birleşerek fiyatın bütününi teşkil etmektedir.

A-FİYATLANDIRMAYI BELİRLEYEN PARAMETRELER

İlk madde Malzeme+ Laboratuvar hizmeti alımı +Hekim İşçilik Ücreti +Yardımcı Personel Ücreti +Değişken Genel Üretim Giderleri +İşyeri Sabit Giderleri+ İşyeri İşletme Giderleri + Hayat Standardı + % 10 Risk= Fiyat

B-YARDIMCI ANALİZLER :

Hizmet birimleri iş analizleri + Hizmet Yoğunlukları + Sabit Gider ve Hayat Standardı yüklenme oran hesaplamaları.

ÖN BİLGİ:

Bir hizmet üretim merkezinin değişken ve sabit olmak üzere iki türlü gideri mevcuttur.

Sabit Giderler: Siz işyerinizi yasal olarak hizmete açtıktan sonra hizmet üretseniz de üretmeseniz de var olan giderlerinizdir.

"İşyeri kirası, Bağ-Kur ya da sosyal güvenlik primleri, dişhekimleri oda aidatları, işyeri ortak giderleri, temizlik giderleri vb."

"Ayrıca sosyal yaşamımızda da ailevi sabit harcamalarımız söz konusudur. Bunlarda ev kirası, mutfak, giyim kuşam, eğitim ve kültür vb." Sosyal yaşam harcamalarımız parametreler içinde **hayat standardı** olarak yer almaktadır."

Değişken Genel Üretim Giderleri: Bu parametrede var olan giderler, hizmet ürettikçe ortaya çıkan giderlerimizdir. Bunlarda alt gruplara ayrılmaktadır.

1.grupta: Elektrik tüketimi, su tüketimi

2.grupta: Sarf malzemelerimiz, galoş, eldiven,

bardak, dışarıdan hizmet satın alma bedelleri (labratuvar hizmetleri) vb.dir.

3.grupta: Yardımcı personel ücret giderleri Bu ön bilgiden sonra genel parametrelerimizin açılışını yaparsak:

DEĞİŞKEN GİDERLER PARAMETRELERİ

1-Direk İlk Madde ve Malzeme Giderleri

Her hizmet biriminde ortak kullanılan ya da o hizmet birimine has girdilerin ücretlendirilmesidir.

Ortak giderler (hasta önlüğü, galoş, peçete, maske, eldiven vs.)

Özel giderler (dolguda: enjektör, anestezi solüsyon, dolgu maddesi, frezler, cila lastiği vs)

-Bu girdilerin sayısı ve gramajı tek tek ölçülmüştür.

-Burada kullanılan malzeme ücretleri çeşitli depolardan alınan ücretlerin ortalaması hesaplanarak bulunmuştur.

Laboratuvar ücretleri de yine değişik laboratuvar ücretleri ortalanarak alınmıştır.

2-Zaman Parametresi

Her hizmet biriminin analizinde oluşan her iş adımı süreleri toplanarak bir hekimin bir işi üretirken harcadığı toplam süre hesaplanmıştır. Bu süreler her hizmet birimi için kronometre tutularak hesaplanmıştır. Bu parametre hekimin işçilik girdisinin dakika üzerinden fiyatlara yansımaları açısından en önemli parametredir.

Hekim işçilik ücretinin hesaplanmasında, per-

TABLO 3 - FİYATLAMA ÇİZELGESİ

İŞİN ADI	DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ		HEKİM İŞÇİLİĞİ GİDERLERİ		YARDIMCI PERSONEL İŞÇİLİĞİ GİDERLERİ		DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ TOPLAMI		DEĞİŞKEN GENEL ÜRETİM GİDERLERİ		DEĞİŞKEN GİDERLER TOPLAMI	
	KDV		%		%		%		%		TL	%
Amalgam Dolgu (İki Yüzlü)	6,26	19,00	44	38	2,60	6	21,60	50	0,16	0	28,02	65
Diş Çekimi	7,02	11,00	37	22	1,45	5	12,45	42	0,07	0	19,54	65
Veneer Kuron * (Seramik)	39,60	51,00	34	102	6,50	4	57,50	38	0,49	0	97,59	65

TABLO 1 - DEĞİŞKEN MALİYET BELİRLEME İŞ ANALİZ FORMU

KOD		BÖLÜM : TEDAVİ VE ENDODONTİ							
2-2		İŞİN ADI : Amalgam Dolgu (İki Yüzlü)							
		DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ				DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ			
				Kullanım		Gider		Dişhekimi	
Sıra No	İŞ ADIMININ TANIMI	Cinsi	Miktarı	Cinsi	Tutarı (TL)			Süre	
1	Hastanın kabulü (2 kez)	Hasta Önlüğü	2	Ad.	480.000				
		Disposable Tabla Örtüsü	2	Ad.	100.000				
		Peçete	6	Ad.	60.000				
		Tettier Başlığı	2	Ad.	126.000				
2	Hekimin hazırlanması (2 kez)	Maske	2	Ad.	140.000			6	
		Disposable Eldiven	4	Ad.	160.000				
		Kağıt Havlu	4	Parça	75.992				
		Sıvı Sabun	10	cc.	9.500				
3	Anestezi uygulanması (1)	Topikal Anestezik Jel	0,4	gr.	177.333			5	
		Enjektör (2 cc)	1	Ad.	100.000				
		Anestezik Madde	2	cc.	550.000				
4	Frezlerle kavitenin açılması (1)	Suction Ucu	1	Ad.	30.000			8	
		Elmas Frez	0,1	Ad.	300.000				
		Çelik Frez	0,1	Ad.	65.000				
5	Koruyucu maddelerin konulması (1)	Siman	0,6	gr.	375.000			5	
		Dycal	0,6	gr.	550.000				
		Pamuk Pelet	1	Ad.	6.560				
6	Matriks band ve dişeti kaması uygulanması (1)	Kama	1	Ad.	36.816			3	
		Amalgam Matriksi ve Bandı	1	Ad.	150.000				
7	Dolgunun uygulanması ve şekil verilmesi, (1)	Amalgam Dolgu	2	gr.	1.616.600			8	
		Rulo Pamuk	5	Ad.	37.200				
8	Polisaj işleminin yapılması (2)	Polisaj Lastiği	0,5	Ad.	750.000			3	
9	Kliniğin yeni hasta için hazırlanması (2 kez)	Antiseptik Solusyon	40	cc.	112.000				
		Disposable Bardak	2	ad.	20.320				
		Disposable Eldiven	4	ad.	160.000				
İşçilik Giderleri Toplamı38									
DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ TOPLAMI6.259.121DİR. İŞÇ. GİD. TOPLAMI									

						ÖNERİLEN DURUM				
1. BÖLGE DEĞİŞKEN MALİYET KATSAYISI	HİZMET YOĞUNLUĞU	TOPLAM DEĞİŞKEN MALİYET	SABİT GİDER VE HAYAT STANDARDI YÜKLEME ORANI	FİYATLALRA YÜKLENEN SABİT GİDER TUTARI	FİYATLALRA YÜKLENEN HAYAT STANDARDI TUTARI	PROJE 2006 YILI OCAK AYI FİYAT TARİFESİ				
				TL	%	TL	%	KDV hariç TL		%
15,57	5,86	164,26	0,022953	10,99	26	17,69	31	57,44		100
10,86	12,43	242,87	0,033937	7,67	26	15,80	31	45,98		100
54,22	12,45	1.214,57	0,169714	38,29	26	54,00	31	183,92		100

formansa dayalı kamu ücretlendirmesinde bir dişhekiminin aylık 3.300 YTL aldığı ön görü- lerek dakika ücreti hesaplanmıştır. (Türkiye genelinde anketlerden elde edilen aylık gelir ortalaması da bu düzeye yakındır) Yine zaman parametresi içinde yardımcı personel süreleri aynı mantıkla hesaplanmıştır.

3-Değişken Genel Giderler Toplamı

Değişken giderler parametrelerindeki değerle- rin toplamı ile elde edilen rakam bize bir hiz- met birimin "çıplak mal oluş" fiyatını vermek- tedir.

Ancak bizim diğer parametrelerimiz de mev- cuttur.

B-SABİT GİDERLERİMİZ (MALİYET ARTI PARAMETRELERİ)

1-Sabit Gider

İşyerimize ait kira, özel işyeri sigortaları, işlet- me giderlerimiz, personel, yatırım bedelleri- nin (cihazların) amortismanları, bakım onarı- m, mesleki gelişim, Bağ-Kur gibi giderlerimizden oluşan parametreleridir. An- ketlerden elde edilen ortalama sabit gider aylık : 2.808 YTL'dir.

2-Hayat Standardı

Sosyal yaşantımızda 4 kişilik bir ailenin sabit giderleri, mutfak harcamaları, giyim, eğitim, sağlık vs. giderlerinden oluşan parametredir.

Anketlerde elde edilen ortalama hayat standar- dı giderimiz aylık : 3.250 YTL'dir.

3-Risk

Genel maliyeti içerisine % 10'luk iş riski ve ka- yıp kaçak riski ilave edilmiştir. Tüm bu para- metrelerden elde edilen toplam tutar bize her hizmet birimimizin asgari ücretini yansıtmalı- dır. Değişken giderler toplamı, bir başka söy- lemle "çıplak maliyet", toplam maliyetin % 35- 40'ını oluşturmaktadır. Geri kalan bölüm ise hayat standardı ve hekimlik ücretinin toplamı % 60-65'lik bölümüdür. Sağlık sektöründe in- san emeğine dayalı üretimlerde % 60-65'lik bir emek bedelinin az olduğu minimum % 75- 80'lerde olması gerektiği bu açıdan da mevcut durumun sosyal dengeleri korumak adına olumlu olduğu görüşü dile getirilmektedir.

4-Amortismanlar

Değişken genel üretim giderleri içinde her alet ve araç kullanıldığında dakika maliyeti olarak fiyatlara katılmıştır.

YARDIMCI ANALİZLER

a-İş analizleri

Ağız ve Diş sağlığı hizmeti olarak bilinen her işin, başlangıcından bitimine kadar olan her safhasını adım adım belirlemek ve tabloya dö- nüştürmektir.

b-Hizmet Yoğunluğu

Bir hekimin aylık ürettiği hizmetlerin dağılı- mını gösteren parametredir. Örnek (Ayda 50 dolgu, 20 çekim, vs) (Türkiye genelinde 3 de- fa yapılan anketler sonucu ortalamalar alın- mıştır) Hizmet yoğunluğu, bize sabit gider ve hayat standardı dediğimiz sosyal harcamaları- mızın her hizmet birimini katılımındaki oran- tıyı belirlemesi açısından önemlidir

c-Sabit Gider ve Hayat Standardı yüklenme oranı hesaplamaları

Bu parametreleri oluşturduktan sonra bir hiz- met biriminde nasıl uygulandığını görelim.

1.Hizmet Biriminde:

İki yüzlü amalgam dolguyu ele alalım. Önce- likle iş analiz formunun dökümüne bakalım. (Tablo 1)

2.Hizmet Biriminde:

Diş çekimini ele alalım.

Yine iş analiz formunun dökümüne baka- lım.(Tablo 2)

İş analiz formlarını gördükten sonra fiyat- lama çizelgemizi 2 hizmet birimi için grafik olarak oluşturalım. (Tablo 3)

Anlatmaya çalıştığımız maliyet esasla asgari üc- ret tarifemizin uygulanmasının zorunluluk arz- ettiğini meslektaşlarımızla paylaşmak istiyor- um:

Asgari Ücret Tarifesinin hayat gerçekleri ile ör- tüşmediği ve bu ücretlerin çok yükseklerde kal-

TABLE 2 - DEĞİŞKEN MALİYET BELİRLEME İŞ ANALİZ FORMU

KOD	BÖLÜM	:	AĞIZ - DIŞ VE ÇENE CERRAHİSİ			
5-1	İŞİN ADI	:	DIŞ ÇEKİMİ			
		DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ			DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ	
		Kullanım		Gider	Dişhekimisi	
Sıra No	İŞ ADIMININ TANIMI	Cinsi	Miktarı	Cinsi	Tutarı (TL)	Süre
1	Hastanın kabulü	Steril Hasta Önlüğü	1	Ad.	4.500.000	
		Galoş	2	Ad.	35.400	
		Disposable Tabla Örtüsü	1	Ad.	50.000	
		Peçete	3	Ad.	30.000	
		Tettier Başlığı	1	Ad.	63.000	
2	Hekimin hazırlanması	Maske	1	Ad.	70.000	5
		Steril Eldiven	2	Ad.	600.000	
		Kağıt Havlu	2	Parça	37.996	
		Sıvı Sabun	5	cc.	4.750	
3	Premedikasyon uygulanması	Enjektör (2 cc)	1	Ad.	100.000	5
		Diazem Ampul	1	Ad.	483.050	
4	Anestezi uygulanması	Topikal Anestezik Jel	0,4	gr.	177.333	5
		Enjektör (2 cc)	1	Ad.	100.000	
		Anestezik Madde	2	cc.	550.000	
5	Dişin çekilmesi	Spanç	3	Ad.	72.000	7
6	Kliniğin yeni hasta için hazırlanması	Antiseptik Solusyon	20	cc.	56.000	
		Disposable Bardak	1	ad.	10.160	
		Disposable Eldiven	2	ad.	80.000	
İşçilik Giderleri Toplamı						..22
DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ TOPLAMI						..7.019.689
						..DİR. İŞÇ. GİD. TOPLAMI

TABLO 4 - ASGARİ ÜCRET TARİFESİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYİ (İlk anket)

		Asgari ücret tarifesinden memnuniyet düzeyi			
			Memnun değilim	Memnunum	Toplam
E	1. Bölge	Sayı	37	20	57
		Bölge içindeki %	64,90%	35,10%	100,00%
Ü	2. Bölge	Sayı	49	33	82
		Bölge içindeki %	59,80%	40,20%	100,00%
I	3. Bölge	Sayı	104	70	174
		Bölge içindeki %	59,80%	40,20%	100,00%
Ö	4. Bölge	Sayı	6	13	19
		Bölge içindeki %	31,60%	68,40%	100,00%
B	5. Bölge	Sayı	49	29	78
		Bölge içindeki %	62,80%	37,20%	100,00%
B	Toplam	Sayı	245	165	410
		Toplam içindeki %	59,80%	40,20%	100,00%

TABLO 4 - ASGARİ ÜCRET TARİFESİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYİ (İkinci anket)

		Kullanılan asgari ücret tarifesinden memnuniyet düzeyi			
			Memnun değilim	Memnunum	Toplam
E	1. Bölge	Sayı	138	153	291
		Bölge içindeki %	47,4%	52,6%	100,00%
Ü	2. Bölge	Sayı	63	41	104
		Bölge içindeki %	60,6%	39,4%	100,00%
I	3. Bölge	Sayı	101	59	160
		Bölge içindeki %	63,1%	36,9%	100,00%
Ö	4. Bölge	Sayı	34	27	61
		Bölge içindeki %	55,7%	44,43%	100,00%
B	5. Bölge	Sayı	46	25	71
		Bölge içindeki %	64,8%	35,2%	100,00%
B	Toplam	Sayı	382	305	687
		Toplam içindeki %	55,6%	44,4%	100,00%

diği iddiaları yıllarca süregelmiştir.

TDB Asgari Ücretin uygulanırlığı ve memnuniyet hakkında yaptığı 2 yıl içerisinde 3 ayrı anket sonuçlarına göre oranlar; tablo 4 ve 5'te gösterilmiştir (Anket sonuçları gösteriyor ki 1 yıl ile sabitlenen ücretler ikinci yılda memnurluk yaratmıştır).

Yine 'asgari ücrete hekimlerimizce ne kadar uyulmaktadır' konusunda veriler %20-25 oranında uyulduğudur.

Ancak fiyatlara uymayan geri kalan meslektaşlarımızın ise o yıl içerisinde il ve ilçedeki serbest piyasa kurallarına göre fiyatları belirlediği doğrultusundadır.

O zaman yapılacak olan tek şey; asgari ücretin uygulanabilir olmasını sağlamak ve ücret sistemi ile oluşacak olan haksız rekabetin ortadan kalkmasına çalışmaktır.

Asgari ücretin anlamı da "alınacak en küçük değer"dir. Siz isterseniz bu rakamın üstünde ücret talep edebilirsiniz. Bunu engelleyen hiçbir yonetmelik ya da genelge yoktur.

TDB asgari ücretinin 2 - 3 yıldır yükselmeme nedenleri;

- Önceki dönemde ücretlerin yüksek olmasında etken faktörler;
- %50'lerin üzerinde seyreden enflasyon,
- Malzeme girdilerimizin Dolar ve Euro endeksli olması nedeniyle ücretlere yansıtılan artışların gereğinden fazla olmasıdır. (kur oranlarının sürekli artarak değişmesi ve bizim bu artışları net öngöremememiz)
- Ekonomik göstergelerin düzene girmesi Dolar ve Euro'daki kur oranlarının sabit kalması ve bunlara bağlı olarak maliyetimize etki eden girdi fiyatlarının değişmemiş olması bizim ücret

arttırmamamızda en önemli etken olmuştur.

- 2001 ve sonraki yıllarda ağırlaşan ekonomik baskılar, halkın alım gücünü zayıflatmış, zaten harcama sıralamasında en sonlarda gelen ağız ve diş sağlığı harcamaları iyice kısıtlanmıştır. Muayenehanelere hasta girişi azalmıştır. Bu sirkülasyonun artması ve bunca emek ve yatırımla oluşan muayenehanelerin de atıl kalmaması amacıyla ücretler halkın alım gücü de düşünülerek sabitlenmiştir.

- Ayrıca kamunun ve bazı sağlık hizmeti sunan sigorta kuruluşlarının toplu hizmet satın almalarında oluşması muhtemel ücret indirimlerinin önlenmesi amacıyla olmazsa olmaz bir asgari ücretin tespitine gidilmiştir.

- Ücret belirleme yöntemiyle oluşturulan asgari ücretlerimiz bugün piyasa koşullarıyla örtüşür duruma gelmiştir.

Bilimsel Komite Başkanı Prof.Dr. Gamze Aren: 'Program meslektaşlarımızın önerileriyle oluştu'

TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi 14-16 Haziran 2007 tarihleri arasında İstanbul Dişhekimleri Odası'nın organizasyonu ile Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'nde gerçekleştirilecek. Bugünlerde hızlanan çalışmalarla ilgili olarak Bilimsel Komite Başkanı Prof.Dr. Gamze Aren ve Sergi Komitesi Başkanı Neslihan Yamalıoğlu'ndan son bilgileri aldık.

Bilimsel Komite > Prof.Dr. Gamze Aren, Prof.Dr. Tülin Arun, Prof.Dr. Yasemin Özkan, Prof.Dr. Elif Sepet Prof.Dr. Erhan Fıratlı, Prof.Dr. Gülsüm Ak, Prof.Dr. Hakan Özyuvacı, Dr. Arzu Pınar, Dr. Banu İlhan, Dr. Elif Kumbasar, Dr. Mete Fanusçu, Dr. Murat Tekir, Didem Öner

Bu yılki bilimsel program hakkında biraz bilgi verebilir misiniz?

Geniş bir perspektifte ama özellikle dişhekimlerinin en çok ihtiyaç duydukları konular üzerinde yoğunlaşmaya çalıştık. 11 yabancı konuşmacımız var. Hepsi kendi alanlarında çok yetkin insanlar. Sunum açısından dinleyiciye bir şeyler verebilecek, kafasındaki soruları giderebilecek bilim insanlarını seçmeye özellikle önem verdik. John Sorensen var, porselen uygulamaları konusunda çok önemli bir isim. Michael Norton, implant konusunda çok başarılı bir isim. Almanya'dan Rudolf Hickel var. Hickel, özellikle kompozit uygulamalarında pratik püf noktalarını anlatacak. Yine lazer konusunda dünyada isim yapmış Francesco Martelli var. Endodonti alanında Cemil Yeşilsoy var. Yine Manfred Lang var. Beyazlatmada Bruce Matis bize açıklamalarda bulunacak.

Bu yıl Kongre dış teknisyenleriyle birlikte yapılıyor. Bilimsel programda bu bağlamda ne tür değişiklikler yapıldı?

Özellikle teknisyenlere yönelik eğitim alanında çok yardımcı olacak değerli isimler konuşma yapacak. Yine teknisyenlere yönelik kurslarımız olacak.

Muayenehanelerin bir kısmında kendi laboratuvar işlerini yapan hekimler var. Onlar da bu kurslara katılabilir. Aslında dişhekimlerinin çalıştıkları teknisyenleri bu Kongreye katılım konusunda yönlendirmesini bekliyoruz. Çünkü gerçekten yararlı ve oldukça geniş açıklamalı bir eğitim programı hazırladık.

Diğer taraftan hem teknisyenlerin hem de dişhekimlerinin ortak katıldıkları, örneğin bir enfeksiyon sunumu olacak. Konuşmacısı, Michael Zimmermann çok yetkin bir isim. Oldukça ilgi çekeceğini düşünüyorum.



Programda öne çıkan bir konu var mı?

Meslektaşlarımız web sitesi üzerinden en çok bilgi edinmek istedikleri konuya yönelik taleplerde bulundular. Biz bunları da göz önüne alarak bir bilimsel program oluşturmaya çalıştık. Örneğin bu programın çok ciddi bir endodontik ayağı var. Bu,

aşağı yukarı bir tam gün sürecek ve bir tam gün içerisinde katılımcılar endodonti konusunda akıllarına takılan hemen her noktaya yanıt bulacaklar. Ertesi gün de bu anlatılan bütün uygulamalara yönelik üç ayrı endodontik kursumuz olacak.

Çocuklara yönelik sık karşılaşılan ve yanıt bulmakta zorlandığımız travma konusunda konuşmacılarımız var. Günümüzde malum, implant uygulamaları ön plana çıkıyor. Bu konuda da kendi alanının önemli isimleri sunum yapacak.

Görüntüleme, yine dişhekimlerinin oldukça takıldığı konulardan bir tanesi. Temporomandibular eklem rahatsızlıkları bir diğer önemli konu. Cerrahi uygulamalara yönelik bir takım sunumlarımız var. Periyodontoloji alanında ABD'den gelen Doç.Dr. Binnaz Leblebici bize ilginç bir sunum yapacak.

Kurslar hangi başlıklarda düzenlenecek?

Lazer, döner aletler, Nötral Zone ve ölçü teknikleri, Oklüzyonda T-Scan uygulamaları ve implant kurslarımız var. Yine her yıl olduğu gibi bu yıl da acil tıbbi yardım kursumuz olacak.

Kurslarda bir takım uygulamalar düşünüyoruz. Örneğin implant kursu, katılımcıların doğrudan uygulama olanağı bulacağı kurslar olduğu için biraz daha önem verdiğimizizi belirtmek isterim.

Günümüzde malpraktis yasaları daha ciddi gündeme geldiği için dişhekimlerinin vakalarını görüntülemesi giderek bir zorunluluk olacak. Dr. Uğur Ergin'in fotoğraf çekimi konusunda bir sunumu olacak, buradan da meslektaşlarımızın çok yararlanacağını düşünüyorum.

Muayenehane pratiğine yönelik son derece gelişkin bir program hazırladık. Ben katılımcıların bilimsel programdan oldukça memnun ayrılacaklarını umuyorum. <

Sergi Komitesi Başkanı Neslihan Yamalıoğlu:

'Daha işlevsel bir sergi alanı oluşturuyoruz'

Sergi Komitesi > Neslihan Yamalıoğlu, Hikmet Bilge, Can Tatar, Ferit Bayram, Kemal Esti, Zeki Akbaş, Yavuz Erpınar, Kazım Kement

EXPODENTAL 2007-IDEX'07 bu yıl daha da büyüterek ikinci bir binaya yayılıyor. Bu durum sizin de iş yükünüzü artırdı mı?

Aslında evet, birazcık sorun yaratıyor. Firmalarımız bu yıl fuar alanına eklediğimiz Askeri Müze'ye henüz alışabilmiş değiller. Bu nedenle Askeri Müze'de daha değişik alternatifler düşünüyoruz. Firmaların kendi standlarında bazı ürünlerini tanıttıkları küçük gösteriler olurdu ve bunlar hep bir karışıklık içerisinde olurdu. Bu tip gösterilerini yapmaları için Askeri Müze'de yaklaşık 45-50 kişilik bir salon ayırmayı düşündük. 15-20 dakikalık sunumlar yapılmasını planlıyoruz. Orası bir şov alanı olacak.

Toplam sergi alanı büyüklüğü ne oldu?

3000 m2'nin biraz üzerinde Lütfi Kırdar'ın alanı var. Askeri Müze'de kullanabileceğimiz alanla birlikte toplamda yaklaşık 4500 m² civarında bir alana ulaşacağımızı tahmin ediyoruz.

İki ayrı bina olması katılımcıların ulaşımı açısından bir sorun oluşturacak mı?

Hayır. Askeri Müze'nin Ahmet Fethi Paşa salonunun alt kapısı tam Lütfi Kırdar'a karşıdır. Lütfi Kırdar'dan çıktıkları zaman sola dönerlerse Rumeli salonuna, sağ dönerse Ahmet Fethi Paşa'ya geçecekler. Hemen hemen aynı mesafeyi gezecekler, yeterli bir yönlendirme sağlayarak bu sorun çözülecektir.

Sergiye birkaç yıldır TDB ve DIŞSİAD işbirliğiyle düzenliyorsunuz. Bu yıl dış teknisyenleri de organizasyona katıldı. Bu ne tür değişiklikler getirdi?

Bu meslek, dış teknisyenleri, dişhekimleri ve diş depoları olarak sac ayağı oluşturduğumuz bir iş kolu. Bunu orada göstermeye çalışacağız. Bu yıl için en önemli yenilik; Askeri Müze'nin açılması. Çünkü önümüzdeki yıl dişhekimliğinin 100. yılı. 2010'da da İstanbul Avrupa Kültür Baş-



kenti olacak. Yani önümüzdeki dört yıl yayılan çok yoğun bir çalışma tempomuz olacağını düşünüyorum.

Sergiyle ilgili ileriye yönelik hedefleriniz neler?

Bu yıl KölnMesse 250-260 m2 büyüklüğünde bir alanla bize eşlik ediyor. Aslında

katılımcı firmalarımızın ve DIŞSİAD'ın arzu ettiği şeylerden biri de ürünleri ithal edilen üretici firmaları burada görmektir. İstanbul Avrupa ile Ortadoğu'nun arasında bir merkezdir ve geniş bir uluslararası katılımcı potansiyeli vardır diyerek bu doğrultuda çaba gösteriyorlar. Bizim de Organizasyon Komitesi olarak onlara en iyi kongre alanını sunmamız ve kongre düzenlemesini hazırlamamız gerekiyor. Önümüzdeki dört yıl çok işimiz olacak.

Fuar alanındaki şovlar nasıl duyurulacak?

Kongre katılımcıları kendilerine sunulan basılı materyallerden ya da kongre alanındaki ekranlardan haberdar olabilir. Ama bizim günlük, yani sadece fuarı gezmeye gelen katılımcılarımız var. Bu katılımcılarımızı en azından kongre alanında olan biten yeniliklerden kısacık da olsa bilgilendirilebilecek bir alan yaratmaktı bizim istediğimiz. Yani fuar katılımcısı gelip de sadece malzemelere, ürünlere bakıp da gitmesin. Orada, içeride bir yenilik varsa bunu orada kısacık da olsa, 15 dakika, yarım saat bile olsa görebilsin istedik. Kongreyi sadece kongre katılımcıları için değil fuar katılımcıları için de cazip hale getirmek istedik. Firmaların getirdikleri ürünleri, yenilikleri katılımcılara tanıtabilecekleri bir yer oluşturmak bu açıdan uygun bir çözüm diye düşündük.



Sergi Komitesi üyesi ve DİŞSİAD

Ankara Şubesi Başkanı Kemal Esti:

'Sergi alanımız yüzde 35 büyüdü'

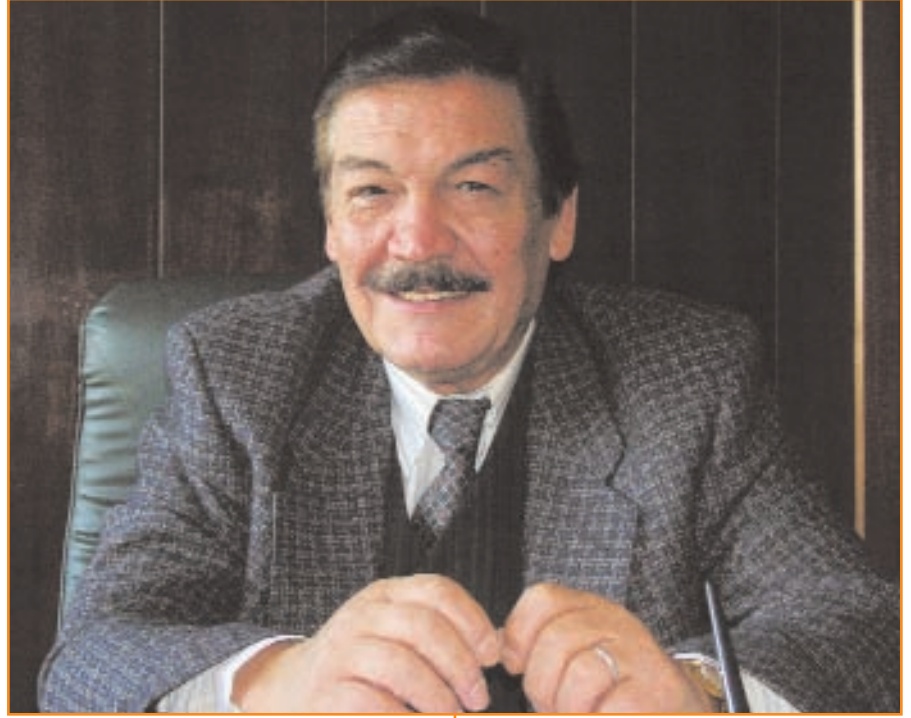
Fuar çalışmalarıyla ilgili bilgi alabilir miyiz?

EXPODENTAL2007-IDEX07 fuarının çalışmalarını bir önceki fuardan itibaren başlamıştı. Ocak ayının sonunda da yerleştirme konusunda bir sonuca vardık. 14-16 Haziran 2007 tarihlerinde Lütfi Kırdar Kongre Salonu ve Sergi Sarayı ile Askeri Müze ve Kültür Sitesi yapılacak olan fuarın yerleşimi altı kişilik bir komisyon tarafından gerçekleştirildi. Bu komisyonda TDB adına Neslihan Yamaloğlu ve Tarık İşmen, DİŞSİAD olarak Zeki Akbaş ve ben görev aldık. Bu yıl aramıza katılan İstanbul Diş Protez Teknisyenleri Odası da Yavuz Erpinar ve Kazım Kement olarak iki kişiyle yer aldı. Komite çalışmalarını yürütürken bir takım kriterler belirledi. İlk önce DİŞSİAD üyeliği ve oda üyeliği, daha sonra evvelki fuarlarda katılımı, hem metrekaresine hem de özel stand tercihi ve bu standlara ait ödemelerin zamanında yapılıp yapılmadığı göz önüne alınarak ve talep tarihlerine de dikkat ederek sırayla bütün talepleri karşılamaya çalıştık. Bu yıl da geçmiş yıllarda olduğu gibi Köln Messe bir firma grubuyla yine aramızda yer alıyor.

Fuara katılacak firmaların ve ürünlerin çeşitliliği hakkında ne tür bilgiler verebilirsiniz?

EXPODENTAL2007-IDEX07 Türkiye'de yapılan en geniş kapsamlı organizasyondur. Dişhekimleri yeni teknoloji ürünleri ve bütün dental cihaz ve malzemeleri rahatlıkla görebilir, tetkik edebilir durumda olacaktır. Çünkü bu organizasyonda hem Türkiye'deki üreticiler hem ithalatçılar hem yabancı üreticilerin temsilcileri yer almaktadır. Bizim en büyük arzumuz dişhekimlerinin katılımının yüksek olmasıdır. Bu seneki fuar bu alanda dünyanın en büyük organizasyonu olan Köln IDS fuarından sonra yapılmış olması ve orada ortaya çıkacak yeni ürünlerin de bu fuarda yer alacak olmasa bu fuarı daha da cazip kılmaktadır.

Diş teknisyenlerinin de organizasyona dahil olmalarıyla birlikte sergi alanında laboratuvarlara yönelik değişiklikler olacak mı?



Türkiye'de dental alanda çalışan birçok firmanın laboratuvar konusunda da ithalat veya üretimi bulunmaktadır. Teknisyenler hizmet üretimi yapan bir meslek grubu. Yani cihaz satan ya da ithalat yapan firmalar değiller. Dünyada da dental fuarlarda firmaların kendi standları içerisinde laboratuvarlara yönelik ürünler ayrı bir bölüm olarak yer almaktadır. Tümüyle ayrı standlar olarak yer almazlar yani.

Türkiye'nin dişhekimliği alanında yakın bölgenin çekim merkezi haline getirilmesi yönündeki düşünceleriniz nedir?

Avrupa'ya şöyle bir baktığınızda Milano, Paris gibi birçok fuarın oldukça küçülmüş olduğunu görüyorsunuz. Bugün ayakta kalabilen FDI ve IDS fuarlarıdır. Dubai, bütün cazibesini hediyeler, piyangolar gibi promosyonlarla sağlamaya çalışmaktadır. Biz ne yapabiliriz? Eğer Türkiye'de üreticilerle birlikte temsilcisi olduğumuz ana firmaları buraya getirebilirsek Orta Doğu, Türk cumhuriyetleri ve Doğu Avrupa'daki dişhekimleri ve oralardaki satıcılar gelirler. Türkiye önemli bir noktada. Bunun en büyük engeli yer konusu. Bu büyük firmala-

rın dışındaki standlarına bakarsanız sadece ikisi, üçü bizim fuar alanını kaplar. Şehir içerisinde büyük ve mal yükleme, indirme, bindirme çalışmalarının pratik bir şekilde halledilebildiği bir mekan oluşturulduğunda işimiz daha kolay olur. Ama sadece yerli firmaların, ithalatçı ve üreticilerin katılımıyla dilediğimiz konuma gelemez.

Dişhekimlerine bir çağrınız olacak mı?

Bu yıl daha öncekileri de aşan bir katılımcı sayısıyla karşılaştığımızı düşünüyorum. Burada tek bir dezavantajımız var, üniversiteye giriş sınavlarından sonra bir tarih olsaydı katılım daha rahat olacaktı ama Lütfi Kırdar için rezervasyon çok önceden yapılmak zorunda olduğu için bu imkansız. Yalnız bu organizasyonu sadece Kongre ya da sadece fuar olmakla kalmıyor Türkiye'nin dört bir yanına dağılmış dişhekimlerinin bir sosyal buluşma noktası da oluyor.

Bütün DİŞSİAD üyelerinin en zengin, en estetik standlarıyla ortamı güzelleştireceklerini düşünüyorum ve tüm dişhekimlerinin de misafirimiz olmasını diliyorum. <

Diş Protez Teknisyeni Şahin Kösegil: 'Geç ama doğru bir karar'

Dişhekimliği kongresinde bu yıl diş teknisyenlerinin de bulunması elbette geç ama bence doğru bir karar. Dişhekimleri ve diş teknisyenleri elbette birbirinin hak ve menfaatlerine saygı göstererek, bu sektörün yaşadığı problemlere birlikte sahip çıkarsa zannediyorum çok daha hızlı yol alınabilir, birlikte yapılan bu kongre bunun için bir başlangıç olabilir. Diş teknisyenleri bu kongre-



de meslek sorunlarını ifade etmek için uygun bir zemin bulabilirlerse inaniyorum gelecekte bu birlikteliğin çok daha sağlam temelleri atılır.

Dişhekimliği sektörünün bu düşüncesi uzun vadede olabirliği yüksek bir proje ama öncelikli olarak bu bileşenlerin içinde yer alan diş teknisyenlerinin mesleki örgütlenmesinin tanınması gerekir. Yani diş teknisyenlerinin birlik

yasasının meclisten çıkararak teknisyenlerin bir çatı altında olması lazım. Sağlık turizminde dişhekimliği hizmetleri çok önemli. Turizm Bakanlığı ile müşterek çalışmalar yapılarak, kongrenin yurtdışı kısmını sağlam temellere dayanması gerekir. Diş teknisyenliği alanında Avrupa, Ortadoğu ve Kafkaslar'da kongre ve fuar düzenlemesi konusunda çok ciddi eksiklik var. Bu kongrelerin İstanbul'da yapılıyor olması yurtdışındaki birçok teknisyeni ülkemize çekecektir. Bunun sinyallerini Labodent'te gördük. İyi bir tanıtım ve organizasyonla çok başarılı olunabilir.

Malatya Diş Teknisyenleri Derneği Başkanı Hüseyin Berktaş

'Camianın bütün bileşenleri birarada'



TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin bu yıl diş teknisyenleriyle birlikte organize edilmesi, dişhekimliği ve diş teknisyenliği açısından, bana göre gecikmiş bir karardır. Yanı sıra bu karar beni çok mutlu etmiştir. 1986'dan sonra kamuoyunda sahte dişhekimliği nezdinde ortaya atılan yanlış söylemlerin, biz laboratuvar işletmecileri ve çalışanlarının aynı kategoride gösterilmesi çok rahatsız edici bir durumdu. Ancak belli bir süreçten sonra ülkemizde, kongrelerin, sempozyumların, bilimsel çalışmaların çoğalması ve ülkemize gelen yabancı konukların anlatımları, bir elmanın yarısının dişhekimleri, diğer yarısının diş teknisyenleri olduğunu dile getirmeleri, daha sonraki süreçlerde, hekim-teknisyen-hasta üçgeninin var olduğunu ve kamuoyu olarak bunun ne kadar önemli olduğu bilincine ulaştıktan sonra, özellikle Labodent06 diş teknisyenliği kongresinden sonra da, diş teknisyenliği camiasının her şeye olumlu bakmalarını sağlayan dü-

şüncenin hakim olduğunu, dişhekimleri olmadan bizlerin olamayacağını, bizler de olmadan dişhekimlerinin olamayacağını düşünerek bu kongrenin camiamıza büyük katkılar sağlayacağı umudunu taşı-maktayım.

Bu girişimde bulunan değerli TDB Genel Başkanı sayın Celal Korkut Yıldırım ve ekibine, ayrıca İstanbul Diş Teknisyenleri Odası'na ve destek olan değerli oda ve dernek başkanlarımızımıza teşekkür ederim.

Bu Kongre ile dişhekimlerinin diş teknisyenlerine, diş teknisyenlerinin de dişhekimlerine yaklaşımlarının daha olumlu olacağını, bilimsel açı-

dan da diş teknisyenlerine çok yararlı olacağını, bu sayede Avrupa'daki ve dünyadaki, meslek adına gelişmiş teknolojinin bizlere sunduğu güzelliklerden de faydalanılacağını düşünüyorum.

Türkiye coğrafi konumu ve tarihsel zenginliği ile yeryüzündeki güzide ülkelerden biridir. Türkiye'yi dişhekimliği sektöründe de bir çekim merkezi haline

getirmek için öncelikle kapsamlı bir tanıtım yapılması, dişhekimleri odaları veya birlikleriyle temas geçip İstanbul'un dişhekimliği sektöründe ne kadar önemli bir merkez olacağını uluslararası bir kongreyle diğer ülkelere anlatımı sağlanabilir. <





Adapazarı Diş Teknisyenleri Odası Başkanı Şemsettin Uğur:

'Birbirini tamamlayan bir meslek grubuyuz'

TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nde İstanbul Diş Teknisyenleri Odası'nın katılımı ve diş teknisyenleri camiası olarak da yapılacak olan kongreye katılımlarla destek verilmesi kararımız vardır.

TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin dişhekimleri ve diş teknisyenleri ile birlikte yapılmasının temel amacı, birbirlerini tamamlayan meslek gruplarının aynı çatı altında böyle bir kongreyi el ele, kol kola beraber yapılabilirliğini kanıtlamak, yıllardır süren hekim-teknisyen ilişki-

lerindeki eksikliği gidermek, hekim-teknisyen arasındaki bilgi alışverişini güçlendirmek, hekim ve teknisyen birbirlerini tamamladıklarında başarısının geleceğini daha verimli olunacağını bilinmektedir. Bundan dolayı da ben bu kongrenin çok verimli ve faydalı olacağını düşünmekteyim. Burada amaç kongrenin olacağından daha ziyade, hekim ve teknisyenin aynı çatı altında olması, dialogların olması, aynı meslek grubu olmaları fakat aynı mesleğin birer parçaları gibi birbirini tamamlayan meslek grubu olduklarını kamuoyuna deklare edilmesi

açısından daha faydalı olacağı inancındayım. En azından kamuoyu dişhekimliği ile diş teknisyenini ayırt edebilmeli. Mesleğin hangi bölümüyle ilgilendiklerini bilmeli. Zira diş teknisyenleri yıllardır zan altında bırakılmış, eziklik hissetmektedirler. Gerçek kimliklerini ortaya koymak, kamuoyuna hangi bölümde çalıştıklarını anlatmak zorundadır. Bu açıdan dişhekimleriyle yapılan kongrenin daha aydınlatıcı olacağına inanıyorum. Bizlerin diş teknisyenleri olarak tabii ki ideallerimiz var. Fakat bizler böyle bir organizasyonları ilk 2006 Haziran ayında yaptık, tabii ki bunun devamı olacaktır. Bizler bu organizasyonda teknisyenlerimizin eksikliklerini gördük. Öncelikle teknisyenlerimizi bilimsel toplantılar, kurslar ve teknolojik çalışmalarla bir yere taşımamız, donanımlı bir hale getirmek zorundayız. Bugün Türkiye'de diş teknisyenliği eğitimi eksik. Okuldan mezun olan öğrencilerimiz bile donanımlı hale gelebilmeleri için deneyimli diş teknisyenlerimizin yanında çalışarak donanımlı bir hale gelebilir. Fakat sektör bununla yetinmiyor. Diş teknisyenliği ben her şeyi biliyorum düşüncesinde değil. Çünkü yarın ne çıkacağını bilmiyoruz. O halde yeterliyim diyemiyorsunuz. Önemli olan bu çalışmalarını uygulayabilecek kapasiteye gelmemiz. Yani diş teknisyenliği bu konuda eğitim ve öğrenimiyle biraz geride. Bizler bu açığı kapatmamız lazım. Onun için de var gücümüzle çalışıyoruz. Bildiklerimizi öğretecek, ürettiklerimizi Avrupa, Ortadoğu, Kafkaslara satacak konuma gelmemiz lazım ki bunu da en kısa zamanda başaracağız. O zaman böyle bir organizasyonda boy göstermek daha gurur verici olacaktır. Tabii bu başarı, dişhekimliği, diş teknisyeni, DİŞSİAD üçgeninin kenetlenerek yapabileceği bir şey.

Ben kendi meslek grubumdan bahsediyorum. Eksiklerimizi de biliyor, bunu aşmak için çalışmalarımıza da devam ediyoruz. Tabii TDB'nin de, DİŞSİAD'ın da eksikleri varsa onlar da tamamlayacak ki böyle bir organizasyondan yüz akıyla çıkalım.

Yeter ki olaya sadece ticari bakılmasın. Mesleğimizi tanıtmak, ürünümüzü pazarlamak, hangi konuma geldiğimizi Avrupa ve Ortadoğu'ya anlatmak ve göstermek amaç olmalı. Çünkü ticari düşünülerek yapılan birçok organizasyon olacaktır. Sektörden bir şey kapabilme düşüncesiyle sektörü rant kapısı görenler çıkacaktır. Bunları muteber görmüyoruz. <



TDB
TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

TDB

İstanbul 2007



DİŞTEKNİSYENLERİ KONGRESİ
TDB
İstanbul 2007
KONGRESİ

14. ULUSLARARASI DİŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ
14th INTERNATIONAL DENTAL CONGRESS
11-16 Haziran June 2007, İstanbul, Turkey
Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı Convention Center
Askeri Müze ve Kültür Sitesi Military Museum and Culture Center

EXPODENTAL 2007 **IDEX 2007**

*"Buluşma noktası İstanbul.
Meeting point Istanbul."*

Başvuru Adresli Correspondence Address: Hıdırcık Sokak No:4, K:4, 34373, Harbiye, Şişli, İstanbul, Turkey
T: +90 212 232 05 45, +90 212 232 05 17
F: +90 212 232 05 40
E-mail: bilgi@isthankongresi.com, iletisim@isthankongresi.com
Web: www.isthankongresi.com

Nuray Mert:

'Dışarıdan yapılan müdahaleler sorunu katılaştırıyor'

Geçtiğimiz ay Türkiye'yi sarsan Hrant Dink cinayetinin ardından geniş bir kesim cenazeyi sahiplenerek ırkçılığa ve şiddete karşı olduğunu ifade ederken 'bir avuç meczup' denemeyecek sayıda insanın ırkçı söylemlerine devam ettiği de gözlemlendi. Cinayetin ardından kendisi gibi Trabzonlu bir grup aydınla birlikte Trabzon'a giderek bir toplantı düzenleyen Radikal Gazetesi yazarı Nuray Mert'e Türkiye toplumunun bu aşamaya neden ve nasıl geldiğini sorduk.

Hrant Dink cinayetinin ardından işin içine Cumhurbaşkanlığı seçimi de katan yorumlar yapıldı. Bu cinayetin görünenin dışında başka bir nedeni olabilir mi sizce?

Valla hiç bilemiyorum ve ilgilenmiyorum. Şu bakımdan ilgilenmiyorum; çok çok derin ve karanlık bir işe zaten biz, fani, sıradan vatandaş olarak bilemeyiz. O noktadan itibaren de spekülasyon yapmak zorunda kalırız. Siyasetle ilgili yorumlarda bir mik-

tar spekülasyon yapıyoruz tabii, ama bu çok bilinmeyenli denklemlerde, hiçbir şeyini göremediğimiz denklemlerde spekülasyon yürütmek istemem. Ha olabilir mi, olabilir ama biz görünen kısmıyla ilgilenmek zorundayız ister istemez. Ben bilinen ve görünen sahne içerisinde konuşulması gereken çok şey olduğunu düşünüyorum. Bilinenleri konuşmak da bayağı önemli bir iş haline geldi. Derin komplolardan konuşmak yerine bunu konuşalım yeter bence.

Toplumun bir kesimi cinayete tepkisini cenazeyi sahiplenerek gösterirken diğer taraftan cinayeti meşru göstermeye kadar varan yorumlar yapıldı. Stadlarda falan son derece utanç verici şeyler yaşandı. Türkiye toplumu böyle bir aşamaya nasıl geldi?

Bir kere Türkiye toplumunda tek bir ses, tek düzenli ses çıkmadı. Bu çok iyi. Kötü şeyler yaşandı ama cenaze merasimi de başka bir tablo sunuyor. Bu da başka bir toplum değil, Türkiye toplumu. Çok insani bakan, hiç Hrant'ı tanımadığı, fikirlerini bile bilmediği halde cenazesine gelen, gözyaşı döken insanların yer aldığı bir sürü televizyon röportajı gördük. Daha önce yazısını okumamış, ismini duymamış insanlar bu cinayeti çok kepaze bir durum olarak gördüler ve bir duygudaşlık oluştu. Bu da önemli bir şey.

Fakat burada bir sorun var. Niye sorun? Çünkü bir cinayet işleniyor ve hiçbirimizin, aklı başında insanın hoşuna gitmeyecek şeylere tanık oluyoruz Bunları abartmıyorum, yeniden üretmeyelim ama hali de görelim. Bu, iyi bir durum değil. Hiç kimsenin kayıtsız kalamayacağı bir şey oluşmuş Türkiye'de. Kimse de bunu niye sorun ediyorsunuz, ne var bu durumda diyemez. Ortada bir cinayet var ve cinayetin meşru görülmesine dair alametler, işaretler var. Bu yüzden sorun ediyoruz, konuşuyoruz. Bir kere bunu açıklığa kavuşturalım. İkincisi, Türkiye'de milliyetçiliğin yükselmesi gibi bir sorunla karşı karşıyayız deniliyor. Bazen, sıradan cinayeti meşru görmeyen ortalama vatandaş da 'milliyetçiliğin yükselmesini neden sorun olarak görüyorsunuz?' diye sorabiliyor. O yüzden bunu da açıklığa kavuşturmamız lazım. Cinayetten sonra



Trabzonlu aydınlar, sanatçılar biraraya gelerek Trabzon'da bir toplantı yaptık. Daha sonra yerel bir kanalda televizyon programına çıktık; orada da bize bu soruyu yöneltti seyirciler. Bir toplumda insanların olaylara milliyetçi perspektiften bakması ya da evrensel perspektiften bakması fikir ayrılığı olarak yorumlanabilir. Ama bir toplumda milliyetçilik başlığı altında artık bu tür savruluşlar oluşmaya başlamışsa, bir takım cinayetler milliyetçilik adına işleniyorsa aslında buna herkesten önce, bunlarla alakası olmayan, kafası böyle çalışmayan, milliyetçiliği böyle algılamayan insanların tepki göstermesi gerekir. Ama bu tür şeyleri sahiplenmeyecek insanlar da milliyetçilik lafı var ortada diye hemen oradan konuya dalıp 'bir dakika, milliyetçilikten ne istiyorsunuz' diyebiliyor. Oysa birinin öldürülmesi veya hedef gösterilmesi milliyetçilik adına yapılmaya başlandıysa, öncelikle bu ideolojiye inanan insanların sorun yapması lazım. Bir ülkede milliyetçilik artık birilerini hedef göstermek, birilerini vatan haini

de de kökenlerini bulabilirsiniz ama bana sorarsanız, on yıllık filan bir geçmiş var. Ben on yıldır Türkiye'de hoyrat bir milliyetçiliğe doğru bir savrulma olacağı kaygısı taşıyanlardan biriyim. Bunu uzun süredir de yazıyorum. 90'ların ortasında hatırlarsınız, bütün dikkatler İslamcılık üzerindeydi. Ben 2000li yıllarda bir merkez sağ araştırması yaptım. Orada işaret etmeye çalıştım. Türkiye'de bütün bir sağ ideoloji, merkezden en uçlara kadar milliyetçilik unsurunun ağır bastığı bir ideolojidir. 90ların ortasında genellikle yabancı gazeteciler geliyor ve İslamcı tehdit var mı diye soruyorlardı. Diyordum ki, "siyasal İslam'ın çok ciddi dar boğazları var, Türkiye'de İslamcılık milliyetçiliği ağır basan bir akımdır. Dolayısıyla bölgedeki İslamcılıklardan bu noktada ayrılır. Ama diğer açıdan baktığımızda milliyetçiliğin dindarlıkla buluştuğu yerlerde dindarlık milliyetçiliği yumuşatır. Dindarlık üzerine fazla yoğunlaşır ve asıl tehdit olarak bunu görürseniz bir şeyi gözden kaçırsınız: Dindarlık unsurunun

anlamsız bir tehdit algısı olduğunu söyleyebiliriz ama siyasette algılar önemlidir. Doğru ya da yanlış, bir şekilde algı oluşmaktaysa onu dikkate almak ve üzerine gitmek zorundasınız. Bu yapılmadı. Sevr sendromu denildi geçildi. Ve bir sürü insan bu boşluğu doldurdu. İşte 'bütün dünya Türklerin aleyhine çalışıyor' lafları, Sevr haritaları bilmem neler ortaya çıktı ve orada oluşan boşluk bir sürü yerde değerlendirildi.

Bu tehdit algısının sebebi ne?

Küreselleşmenin bütün toplumlarda yarattığı bir takım savruluşlar var. Batı ülkelerinde bile bunun yarattığı gerilimler, buna karşı olan itirazlar ortaya çıktı. Bir tür tepki potansiyeli oluşuyor dünya çapında ve size de aksediyor. Bunu bir şekilde bireye kanalize edecek siyasi bakışlardan sol, hiç ortada yok. Ama bunu sadece Türkiye'deki sol için söylemiyorum, bütün dünyada böyle bir geri çekilme oldu ve yerini sağ, aşırı sağ akımlara bıraktı. Mantık yok böyle bir şey var.

İttihat Terakki döneminde İmparatorluk elimizden gidiyor paniğiyle yapılan türden işlere girişmek isteyenlerin dönüp bunun sonuçlarının ne olduğuna bakması gerekir.

ilan etmek, bunun bir adım ötesine geçip katlini vacip bulmak haline gelirse bu, sorun edilir ve kimsenin de bundan gocunmaması gerekir.

Bu noktaya nasıl geldik? Trabzon özelinde taşrada milliyetçiliğin bu şekilde ilerlemesini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bu noktada Trabzon ne kadar özeldir diye düşünmek lazım. Trabzon'un üzerinde bir yoğunlaşma olduğu belli. Bunun sosyolojik nedenlerinden filan da bahsedilebilir. Bir seçilme durumundan da bahsedilebilir. Ama Türkiye'de genel bir gidişat da var. Ben geçen seçimlerde Genç Parti'nin yükselişini çok sorun etmiş birisiyim. Baraj yüzünden meclise girememiş olabilir ama temelde çok savruk bir milliyetçi söylemle son derece tartışmalı bir işadammın %7 oy alması da aslında büyük bir işaret. Ve bakın en çok oy aldığı yerlerden biri de İzmir'di. Biz Türkiye'de olayları çok çabuk unutuyoruz ta ki vahim bir olay olana kadar.

Bu genel tablonun oluşumuna bakmak için çok gerilere gitmek lazım. Çok geriler-

giderek zayıfladığı milliyetçilik daha hoyrat ve daha savruk bir milliyetçilik olacaktır." Ben Türkiye'de bundan korkuyordum diyordum.

Bu süreçte İslamcılığı merkeze çekmek bir çare olarak gözüktü. İslamcılık da kısmen esnemeye müsait potansiyeller barındıran bir akımdı. Ama bir akımın üzerine çok fazla baskı yaptığınız zaman orada yoğunlaşan bütün tepkiler başka bir yere doğru kaçıyor. Merkeze doğru gelmesini daha liberal daha demokrat bir akım haline gelmesi bağlamında hayırlı gördüm. Ama liberallikle demokratlık koyu bir laiklik baskısıyla karşılaştığında orada yoğunlaşan tepkileri başka uçlara doğru savuruyorsunuz. AKP üzerinde o kadar fazla laiklik baskısı ve neoliberal baskı oldu ki orada toplanan tepkiler o partide temsil edilemez hale geldi. Parti tamamıyla dümdüz bir neoliberal çizgide ve de çok ağır bir laiklik baskısı altında tutuldu. Buradan kaçakların olma ihtimali vardı. Bunlar hep birer neden. Daha birçok nedeni yan yana dizebilirsiniz.

İkincisi, Türkiye halkı giderek kendini tehdit altında hissediyor. Kendi aramızda yaptığımız entelektüel tartışmalarda bunun

Diğer taraftan AB süreci ve sürecin çok gelgitli bir halde olması, o yetmedi Irak işgali... Bütün bunlar bu algıları çok fazlasıyla körükledi. Ben AB politikalarının Türkiye'de çok ciddi bir milliyetçi geri tepme oluşturduğunu düşünüyorum. AB tarafıtlığı üzerine olan politikaların üslubunun ve söylemlerinin risk barındırdığını hep söyledim. Bir kere öncelikle basın çok yüksek beklenti yarattı. Büyük manşetler girdik, giriyoruz; yüksek bir beklenti. Ondan sonra en ufak bir aksilik olduğunda da son derece şoven tepkiler ve savrulmalar gördük hep. Bakın, ben AB üyeliğine karşıyım; ama AB sürecindeki gelişmelerin bazısından son derece memnunum. Mesela ben idam cezasına karşıyım ve bu süreçte idam cezası kaldırıldı. Bu çok iyi bir şey. Fakat bir ülkede idam cezası kaldırılırken kıyamet kadar yazı çizi ortaya çıkması lazım, bunun hakkınca tartışılarak o toplum tarafından sindirilmesi lazım. Bu tartışılmadı. Apo asılacaktır, asılmayacaktır, Avrupa bunu istiyor, aman yetiştirelim, rapor rapor şeklinde tartışıldı. Böyle tartıştığınız zaman genel algı şu oluyor: Avrupa bize bir takım şeyleri dayatıyor.

AB süreci bir yandan böyle tepkiler doğururken diğer yandan bu süreçte atılan demokratikleşme adımlarının uzun vadede totaliter toplum özlemlerinin çözülmesini sağlayacağını da düşünemez miyiz?

Hukuki adımların önemli olduğuna ben de inanıyorum. 'Toplum bunu iyice bir hazmetsin yirmi otuz senede çözeriz bu sorunu' yaklaşımında değilim. Ama sadece hukuki değişimlerle her şey hallolur gibi de düşünmüyorum. Bu iki ayaklı bir şey. Ve bu ikinci ayağın çok ihmal edildiğini düşünüyorum. Hatta kamuoyunun bu hukuki gelişmeleri dayatma olarak, kötü şeyler olarak algılamasına boş alan bırakıldığını söylüyorum. Başından beri -bu kadar kötü bir şey beklemesem de- bu tür bir lümpen milliyetçiliğe bir savrulma olabileceği kaygısını ifade ettim.

Birilerini suçlamak, o oradan çomak soktu ondan böyle oldu demek de sorunu çözüyor. Neyse ne, böyle bir toplumla başbaşasınız. Ne yapmak istiyor olursanız olun bu toplumla yapacaksınız. Biri toplumu sizin istemediğiniz yönde kışkırtıyorsa sizin de istediğiniz yönde kışkırtmanız lazım. Demokratik siyasetin başka bir yolu yok. Bunların tartışılması lazım ama benim söylediklerim hep AB sürecine karşı olmama yorulmuştur. Ben zaten karşı olduğumu ayrıca temellendiriyorum. Bu konuda söyledğim başka bir şey.

Bu, iç dinamiklerle bu sorunların açılabilmesine olan güvensizlikten de kaynaklanıyor mu?

Demokrasi mücadelesi dediğiniz şey sizin seçtiğiniz ya da arzu ettiğiniz ortamlarda olmaz. Zaten o arzu ettiğiniz ortamlarda size yapacak çok şey de düşmez. 'Şöyle biraz daha akli başında insanlar olsa ne güzel demokrasi mücadelesi verirdik' yaklaşımıyla olmaz. Zaten demokrasi tam da bu yüzden gerekli. Böyle olmayan bir toplum için en çok lazım. İnsanların demokrasi mücadelesi vermek gibi bir mecburiyetleri yok. Ama yok ben bir şeyler yapmak istiyorum diyorsanız bir ucundan tutacaksınız. Benim başından beri en rahatsız olduğum şeylerden bir tanesi bu 'iç dinamik yok, dış dinamiklerle çözelim sorunlarımızı' yaklaşımı. Bu çok rahatsız edici bir şey. Bunun kabul edilebilir tara-



'Kötü şeyler yaşandı ama cenaze merasimi de başka bir tablo sunuyor. Bu da başka bir toplum değil, Türkiye toplumu.'

fi yok ve bu söylem sokaktaki vatandaştan da tepki görüyor. Ne anlama geldiğini belki anlamıyor ama buradaki üst perdeden konuşmanın da farkında. İnsanların demokrasi, demokrasi diyenleri kendilerini küçümseyen birileri olarak algılamaları bu toplum için çok tehlikeli bir şey. Bu ülkede ya AB ya barbarlık diyen de çıktı. Bu şu demektir: Ey Avrupalılar, bizi bu barbarlardan kurtarın. Bir topluma bu muameleyi yaparsanız orası barbaristana dönüşür, eğer o zamana kadar dönüşmediyse bile.

1915'te olanların son yıllara kadar hemen hemen hiç tartışılmamış olması da bu konudaki çok uçlarda tepkiler verilmesine yol açmıyor mu?

Ermeni meselesi konusunda bu toplumunun rehabilite edilmesi gerektiğini düşünün ve bu yönde elinden gelen çabayı sarf edenlerden birisiyim. Bir takım bilinmezlerle, kör dövüşleriyle ve zihni blokajlarla nereye gidebiliriz? Bir imparatorluk çökmüş, çökerken bir sürü feci olay olmuş.

Bunların en önemlilerinden biri Ermeni katliamıdır. İmparatorluğun yerine kurulan cumhuriyette bu, birçok şekilde yok sayılmış. Yeni bir cumhuriyet kurulurken o resmi ideolojinin içerisinde bir yüzleşme beklemeniz çok zor. Ama zaman içerisinde durumun normalleşmesi ve tabu sayılan konuların yavaş yavaş artık yüzleşmeye açılması beklenir. Fakat Türkiye'de bu olmadı. Tam tersine bu tabular aynen oldukları gibi kaldılar. Yetmiyor muş gibi Kürt meselesi de bunun ucuna takıldı. Uzun süre Kürt meselesinde işte bunlar Ermeni asıllı falan diye katmerlendirildi. İnsanların zihninde sorun iyice katı bir hal aldı.

Bu aşamada bir toplumdan şunu bekleyemezsiniz: Herkes harıl harıl tarihiyle yüzleşsin, veya bir devlet kalksın kendi kendine yenilesin. Bunun mücadelesini bunu dert edinen insanlar verir. Bunların bugünden yarına olmayacağı da bir vakıa. Her düzeyde dirençle karşılaşacaksınız. Ben AB sürecinin bir parçası olarak bizim bu sorunu katiyen çözemeyeceğimizi düşünüyorum. Nasıl bir zemin bulabiliriz bilmiyorum. Ama dediğim gibi Fransa'daki soykırım yasaları, Amerika'daki lobiler falan, bu politik çerçeve içerisinde Türkiye'nin bunu çözmesi imkansız. Çünkü bu çerçevede gündeme geldiği takdirde insanlar bunu 'vay, zaten yeterince bizi hor görüyorlardı, bir de dedelerimize hakaret ediyorlar' diye reddedip inanılmaz savunmacı bir noktaya savruluyor.

Bu noktada kullanılan terminoloji mi insanları rahatsız ediyor?

Resmi ideolojiyi de aşan tepkilerle karşılaşabiliyorsunuz. Hatta ben Hrant ile gittiğim bir toplantıda tehirden bahsettim, katliam falan da değil yani. Tehcir lafını kullanamazsın diyen çıktı bana. Yahu, tehcir zaten resmi ideolojinin söylemi. Bunu anlatmanın zor olduğu bir ortamdasınız. Bundan vaz mı geçeceksiniz; hayır, tabii ki tarihinizle yüzleşeceksiniz, ama bu yüzleşmenin önünde Avrupa Birliği'nin ya da ABD Kongresi'nin dayatması engeldir, yardımcı olmaz. Dışarıdaki temaslarımızda Ermeni çevreleriyle de tartışıyoruz. Bunu en çok Hrant yapıyordu. 'Bakın Ermeni soykırım yasası çıkarmak, Türkiye'ye yardım edecek, yüzleşmeyi sağlayacak bir şey değil' diyordu.

İkincisi, bunu tartışmak zor olsa da soykırım mıdır değil midir tartışmasını bir yolunu bulup yapmalıyız. Ben soykırım olduğuna inananlardan birisi değilim. Laf yasak olduğunu için değil. Yurtdışındaki soykırım tartışmalarının katiyen Türkiye'nin tarihiyle yüzleşmesi amacına yönelik olduğunu düşünmüyorum. Sadece dediğim gibi politik dayatmalar olduğunu düşünüyorum. 'Büyük bir katliam, mutlaka bu katliamla yüzleşmemiz, bunun ötesinde neler olmuş bitmiş bunları bilmemiz lazım, hiçbir şey olmamış gibi davranmayalım' demek başka bir şey; buna bir hukuki çerçeve getiren soykırımı kabul ettirelim demek başka bir şey. Bunu konuşmamız lazım. Bu sadece tarihi bir mesele değil.

Bundan sonrası için işlerin daha da çığırından çıkmasını engellemek için yapılacak şeylerde birinci planda tarihsel meselelerle yüzleşmek midir?

Bu işin bir boyutu. Bir de biraz afaki bir şekilde tartışılan ve adeta mistikleştirilen derin devlet meselesine değinmek lazım. Dışarıdan bakan biri olarak şunu görebiliyoruz ki devletler zaman zaman hukuki çerçevesinin dışında bir takım paramilitler uzantılarla kendini koruma veya toplumu manipüle etme yollarına başvurabiliyor. Yine dışarıdan bakan biri olarak görebiliyorsunuz ki Türkiye'de tekrar böyle bir savrulma oluyor. Bunları tartışıyoruz hala. Susurluklar, Şemdinliler... Ne zaman bir kriz olsa savunma refleksiyle bu tür hukuk dışına sarkmalardan hepimizin şikayet etmesi gerek. İşin anti demokratikliğini bir kenara bırakın, Fehmi Kuru'nun dediği gibi 'bir devlet otorite açısından kiskanç olmalıdır. Kendi otoritesini kolayca delege etmemelidir'. Türkiye'de bakıyoruz devlet çok kolay dağıtıyor yetkilerini. Bu doğrudan yetki dağıtmak biçiminde de olmayabilir, göz yummak da bunun bir parçası. Bazı olaylar belki gerçekten de zannettiğimiz kadar çok tepeden falan değil, alt düzeylerde göz yummalardır ama bunlar da otorite açısından bir sorundur. Böyle bir hastalık Türkiye'de var mıdır? Belli ki var.

Bakın tarih bu açıdan da önemli. Ben hep şunu hatırlatıyorum bu tür şeylerde. Eğer insanların aklı yakın tarihte yaşananlara kayıyorsa, evet, yakın tarihi gözden geçirsinler. İttihat Terakki dönemini özellikle. İttihat Terakki döneminde de bu savrulma ne adına meşrulaştırılıyor veya savunu-



'Demokrasi mücadelesi dediğiniz şey sizin seçtiğiniz ya da arzu ettiğiniz ortamlarda olmaz. Zaten o arzu ettiğiniz ortamlarda size yapacak çok şey de düşmez.'

luyordu? İmparatorluk elimizden gidiyor paniğiyle. Ne oldu? Bu panik içerisinde bu yönde politika yapanların yaptığı şey bir imparatorluğu feci bir enkazla çöktürmek oldu ve o enkazın altında çok insan kaldı. Ortadoğu hala enkazın sonuçlarını yaşıyor.

Ha, imparatorluk çökmekteydi. Ama bu panik hali ve aklın kısa devre yapmasının sonuçları budur işte. Ne zaman kimin aklı buna yatarsa bunun nereye doğru savrulabileceğini tekrar gözden geçirmesi lazım ve unutmayalım ki bu ülke bu enkazın içinden bu politik savrulmayı reddederek çıktı. Kurucu ideoloji bu savrulmayı reddederek ancak bu işin içinden çıktı. Bu ülkenin kurucu ideolojisinin zaten o savrulmayla bir hesaplaşması vardı. Bunları hatırlamak lazım. Bakıyorsunuz bu kurucu ideolojiyi en çok savunuyor gözüken çevre rahatlıkla o dönemi unutup bu kurucu ideolojinin hesaplaşmak zorunda kaldığı bir yere doğru savrulabiliyor ve bunda hiçbir çelişki görmüyor. O nedenle tarihle yüzleşeceksek her

unsurun, her kesimin, her politik görüşün kendi tarihiyle ve her boyutuyla yüzleşmesi lazım.

Sürekli olarak Sevr, İmparatorluğun çöküşü, aynı şeyler oluyor söylemi var ya tehdit algısını güçlendiren... İyi, güzel, yüzünlün başına gidip onları hatırlıyorsanız bunu da hatırlayın. Benzer bir yere doğru kayışı daha önce yaşadı bu toplum. Onun da gerekçeleri vardı. O zaman da bir panik ve tehdit algısı vardı ama bu algıyla böyle bir şey yaptığımız zaman sonucu bu oluyor.

Biraz konunun dışına çıkacağız ama Kuzey Irak'ta tehlikeli bir gidişat var ve siz bölge üzerine de yoğunlaşan bir yazarsınız. Sizce bu süreç nasıl aşılmalı?

En genel manasıyla baktığımızda Türkiye'deki kriz ortamının nedenlerinden bir tanesinin Ortadoğu olduğunu söyleyebiliriz. Yani başınızda bir ülke işgal edilmiş parçalanıyor, büyük bir yeniden yapılanma, büyük bir kriz yaşıyorsa bundan etkilenmemiz mümkün değil. Kürt meselemiz olmasaydı da ilgilenmek zorunda kalacaktık. Uluslararası dengelerde değil Irak kadar büyük bir değişiklik, en ufak bir değişiklik olduğunda yanı başında olan herkesi etkiler.

Kerkük'le ilgili gelişmelerde 'Bizim orada Türkmen soydaşlarımız var' ifadesi zaman zaman dile getiriliyor. Irak işgalinin başında da bu laf telaffuz edildi. Televizyon tartışmalarında da çok söyledim; bundan absürt bir şey olamaz. Türkiye'nin Irak ile ilgisi sadece komşu bir ülke olduğu içindir. Onun dışında Türkmen soydaşımız var lafı kadar Türk politik çizgisinin dışında ve de tartışılır bir şey olamaz. Sizin kurucu ideolojiniz ne diyor? Vatandaşlığın tarifini yapmış, soydaşlık şeklinde bir ifade var mı? Türk dış politikasında soydaşınız olmak dolayısıyla yetkileriniz var mı? Uluslararası anlaşmalarla garantilenmiş müdahale haklarınız varsa vardır, yoksa yoktur. Bunları yeniden icat edemezsiniz. Edersiniz de, emperyalist bir güç iseniz edersiniz. Ama bunun hukuki bir arka planı olmaz.

Türkiye'nin Kuzey Irak'a müdahale olasılığı çok riskli bir şey. Irak'a herhangi bir ülkenin girmesi hemen hemen ihtimal dışı. Irak halihazırda büyük bir kriz merkezi. Ve görülen o ki bu krizle uzunca bir dönem yaşamayı, bu kriz durumunu yönetmeyi becermemiz gerekiyor.



Hrant Dink'in ardından: Çekin kirli ellerinizi Trabzonumuzdan

Hrant Dink cinayetinin ardından gözler Trabzon'a çevrildi. Birkaç yıldır kentten gelen işaretler yolunda gitmeyen birşeyler olduğunu hissettiriyordu. Bu noktada meseleyi Karadenizlilerin hırçınlığıyla açıklayan basmakalıp yorumların dışında yaklaşımlara ihtiyaç var. Yöreyi iki ciltlik devasa bir ansiklopedik sözlük yazacak kadar bilen ve seven meslektaşımız Özhan Öztürk'ün değerlendirmesini sunuyoruz.

19 Ocak Cuma günü katledilen AGOS Gazetesi Genel Yayın Yönetmeni Hrant Dink'in katilinin yakalanması ve kimliğinin açıklanması ile birlikte ulusal medya son derece haklı gerekçelerle sanığın Trabzon'lu olduğunu üzerine basa basa vurgulanırken, tıpkı 6 Nisan 2005 tarihinde yaşanan TAYAD üyelerine linç girişiminde, 5 Şubat 2006'da Santa Maria Kilisesi rahibinin cinayetinde hatta ulusal basına yansımamış Doğulu inşaat işçilerinin molotof kokteyli tacizi ve aralarında öğretim üyelerinin de bulunduğu pek çok cinayet vakasında olduğu gibi bu durumun gerçek nedenleri sorgulanmadan pek çok yayın organında doğrudan Trabzon özellikle Trabzonluluk hedef tahtasına yerleştirilmiştir. Trabzon Gazeteciler Cemiyeti Başkanı Ahmet Şefik Mollamehmetoğlu'nun "Son iki yılda meydana gelen olaylar ve kişiler arasındaki benzerlikler rastlantı olamaz. Trabzon'a çöreklenen, hem bu kentin hem de ülkemizin onur ve çıkarını zedeleyen hücreler, şebekeler bir an önce ortaya çıkarılmalıdır" açıklaması çoğulcu, demokrat ve özgürlükçü bir Türkiye hayaliyle yaşayan tüm aydınların ortak çılgılığı olması gerekirken, bürokrasi, hükümet ve gemi azya almış milliyetçi çevrelerin oluşturduğu koronun "komplo", "provokasyon", "karanlık güçler", "vatan hainleri", "dış güçlerin oyunları" açıklamalarının sekiz sütun manşetlerde yer alması dahası hayatını bir çocuk masumiyetiyle yaşamış pırıl pırıl bir insanın namertçe katlinin "Diaspora'nın eline koz verdik", "ülkemizin imajı zedelendi" gibi makyevelist ve gayrı insani bir mantık silsilesi halinde yorumlanarak, tıpkımızın aynı bir Anadolu çocuğunun gazete sayfalarından taşan delik ayakkabılı fotoğrafının altında haber konusu yapılması, ve okuyucuların işlenen cinayet ve vicdanlarıyla yüzleşmesine engel olmuştur.

Fail karanlık güçlerse o karanlığın yaratılmasında, provokasyonla insanların kışkırtılmasında, yirmi yaşındaki evlatlarımızın Kurtlar Vadisi jenerasyonuna, hazır kıta linççilere dönüştürülmesinde medyanın ve bürokrasinin hiç mi kabahati yoktur? Size rağmen bu top rakların sevdalısı bir yazarı namlunun ucuna itip Trabzon'da kendi ellerinizle yarattığınız bir başka kurbanı katlettirmenizin kabahatini nasıl kentimize yükler aradan sıyrılırsınız? Trabzonlular çok hırçınmış! Kimdir hangi olaylar dizisidir, bu uzak deniz kentinin umut yüzü emekçilerini bir kuşak içinde maça döner bıçağıyla giden lümpen tetikçilere dönüştüren? Sorgulanmalıdır...

Amacım medyanın tutumunu eleştirmek, köşe yazarlarının patronlarının çıkarları ile araştırma içgüdüleri arasındaki dengeyi ya da medyanın vatandaşa haber verme ile vatan-

daşı yönlendirme görevleri arasındaki gününe göre değişebilen tercihini sorgulamak değil, benim işim de değil. Ama adımı bile hatırlamadığım dedelerimi baba ocağındaki mısır tarlasının dibine gömmüş, Trabzonlu olmanın genetik ve kültürel mirasını onurla taşıyan birisi olarak yaşananlara, dahası yakın gelecekte yaşanması muhtemel olaylara isyan ediyorum.

Kimse kentimizin huzur ve mutluluğun doya doya yaşandığı efsanevi Şangri-La ülkesi olduğu iddiasında da değil zaten. Fakat yaşananların göz göre göre, göstere göstere gerçekleşmesi kentimize, kimliğimize ne derece pervasızca tecavüz edildiğinin delili değildir?

TAYAD'lı Aileler, F tipi cezaevlerinde süren tecridi protesto etmek için pek çok ilde yaptıkları gösteriyi Trabzon'da düzenleyince



6 Nisan 2005 tarihinde dört TAYAD'lı genç sivil giyimli bazı kişilerce kışkırtılan yüzlerce kişinin saldırısına uğramış, bir hafta sonra bu olayı protesto edenler yine linç edilmeye çalışılmıştı.

hiçbir yerde karşılaşmadıkları bir tepkiye maruz kalmışlar, birkaç genç üzerlerine saldıran binlerce kişi tarafından tartaklanmış ve linç edilmek istenmiştir. İnsan Hakları Derneği (İHD) Trabzon Şubesi yaşanan saldırıyı ve olayları başlatanın bir "sivil emniyet görevlisi" olduğunu açıklamışsa da, olay sonrasında linç girişiminde bulunanlar yerine bizzat saldırıya uğrayanlar tutuklanmış, Trabzon Valisi istifa edeceği yerde "Hiç kimsenin adaletin yerine geçmeye hakkı olmadığı gibi sağduyu sahibi yüce Türk milletinin huzurunu bozmaya da hakkı yoktur" demeciyle adaletin ye-

Kendisi de bir kurban olan Hrant Dink'in kazılı yakalandığı gün ilk ifadesinde "Dink aleyhine yayın yapan internet sitelerinden etkilendiğini, eylem için Trabzon'dan temin ettiği tabancayla İstanbul'a geldiğini" sözleriyle sözde bireysel olayın hiçbir zaman aydınlanmayacağına gerçek arka planının aydınlanmayacağına da kamuoyuna duyurmuştur.

Bu olay da öncekilerde olduğu gibi, bürokrasi ve siyasi erkânın insan zekasını hiçe sayan, bilgi vermekten ziyade kitleleri kontrol etme amacı güden, "görev başındayız imajını" gözümüze sokmaktan başka işe yaramayan



Trabzonlular çok hırçınmış! Kimdir, hangi olaylar dizisidir, bu uzak deniz kentinin umut yüzlü emekçilerini bir kuşak içinde maça döner bıçağıyla giden lümpen tetikçilere dönüştüren? Sorgulanmalıdır...

rine gelmesini engellemenin yanısıra, saldırıların sırtını sıvazlayan bu demecilerde yaşanması gebe olayların da başlangıç noktası olmuştur. Çağdaş ve demokrat bir devlete yakışmayan bu resmi tavır yazık ki geleceğe yönelik etkileri doğru analiz edilmeden yerel basında da sahiplenilmiş, ulusal basında ise yeteri dozda eleştirilmemiş, adalet duygusunu yaralayan ve vatandaşlar arasında ayrımcılık yapan bu garip tavrın nedenleri sorgulanmamıştır.

5 Şubat 2006 tarihinde Santa Maria kilisesinde görevli rahip Andrea Santaro'nun katlini yine sekiz sütuna manşet veren basınımız maktül yakalanmasına karşın bir yıldır aydınlanmayan olayın muhtemel nedenlerini ısrarla araştırmadan soğumaya bırakmış, hatta adeta ilahi bir tesadüfle gerçekleşen ertesini gün İtalya'da oniki Türk turistinin ölümüne yol açan kaza için her olayın ardından "komplo, karanlık güçler" diyen ağızlar suskun kalmıştır.

tekdüze açıklamalarından ibaret kalıp halkın vicdanını tatmin etmezse -ki öyle görünüyorsa- failleri karanlıkta kalacak ve devamı katlanarak gelecek demektir. Gerçekten de bizzat ailesi tarafından polise ihbar edilen katilin yaklanması hatta sözde çetesi ve azmettiricisine ilişkin bilgilerin akıl almaz süratle ortaya çıkışı, dezenformasyonun vehameti olayın gerçek arka planının karartıldığı, saklanmak istendiği şüphesini zihnimizden eksik etmemektedir. Dahası Hrant'ın cenazesine katılanların yüreklerindeki acı ve vicdanlarındaki anlık empatiyi döktükleri "Hepimiz Hrant'ız" sloganına karşı toplumun önemli bir kesimince destek gören sağ entelijansiyanın utanmasalar "Hepimiz Ogün Samast'ız" olarak özetlenebilecek karşı tepkisi yapılanın bireysel hatta örgütsel bir terör eylemi olmasının ötesinde güçlü olmayı zayıf ezmek, ege-men olmayı farklı olana hayat hakkı tanılamak olarak algılamaya şartlanmış bir

toplumun ideolojik şartlanmışlığını ortaya koymaktadır. Etienne Copaeaux'un "Türk tarih Tezinden Türk -İslam sentezine" adlı kitabında belirttiği "(sınıfta öğretilen dersler), tüm bir kuşağın ortak tabanını oluştururlar, pek sorgulanmayan bir uzlaşma yaratırlar ve özellikle gerilim ya da bunalım anlarında duyumsanan refleks düşüncelere kaynaklık ederler" sözünü doğru çıkarırcasına 1980 darbesi sonrasında yetişmiş gençlerin önceki kuşaklardan farkları ortaya böylece ortaya çıkmaktadır. Önce okulda, ardından ticari TV programlarıyla beyinlerini yıkadığımız, hayal etme ve emeğiyle bir şeyler başarma keyfinden mahrum bıraktığımız, şiddete özendirdiğimiz, sadece askere alırken adam yerine koyduğumuz, işsiz, açış, eğitimsiz bırakmamıza rağmen taşıyamayacağı misyonlar yükleyerek, el birliğiyle varetmiş bu Kurtlar Vadisi jenerasyonunun geri dönüşümünü nasıl sağlayacağız? Kendini ayakta tutmak için sürekli düşman yaratmak zorunda olan, toplum vicdanının sorgusundan kaçabilmek için gençlerimizi kimi zaman cellat kimi zaman kurban olarak seçen ve kıskırtan insan/ideoloji tacirlerinin elinden bu çocukları nasıl kurtaracağız? Ne yapacağız da 70'lerin kabusunu tekrar görmek zorunda kalmayacak, karanlığın mimarlarının gönderdiği sahte peygamberleri kurtarıcı olarak bağrımıza basmayacağımız bir Türkiye yaratacağız? Ülkemizin geleceği-

ni emanet edeceğimiz gençlerin üzerine dökülen ağıyu nasıl temizleyeceğiz? Türk aydınları olarak geç olmadan önce kendimize sormamız gereken öncelikli sorular bunlardır. Kendi adıma ağlayıp dövünmenin, sadece umut etmenin gerçekçi bir mücadele yöntemi olduğunu sanmıyorum.

ÖZHAN ÖZTÜRK

1968 yılında Karadeniz göçmeni bir ailenin ilk çocuğu olarak İstanbul'da doğan, ilk, orta ve yüksek eğitimini İstanbul'da tamamlayan, İstanbul Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi'nden 1991 yılında mezun olan Öztürk'ün çeşitli dergi ve gazetelerde yayımlanmış özellikle folklor konulu yazı ve makaleleri, 2005 yılında yayımlanmış 2 ciltlik "Karadeniz Ansiklopedik Sözlük" adlı folklor ve dilbilim konulu bir kitabı bulunmaktadır. <

'Akademik piramit tersine dönmüş durumda'

Başkent Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi lisans düzeyinde eğitim vermeye bu yıl başlayan bir fakültemiz. 2000 yılından bu yana lisansüstü eğitimi veren Fakültenin Dekanı Prof.Dr. Nur Altınörs Türkiye'de dişhekimliği fakültelerinin en önemli sorunu olarak uzmanlık düzenlemesinin yapılmamış olmasını gösteriyor

Fakültenizin kuruluşundan bugüne kadarki tarihsel gelişimini özetleyebilir misiniz?

Başkent Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi 1999 yılında kurulmuştur. Başkent Üniversitesi dişhekimliği hizmetleri 1995 yılında tıp fakültesi bünyesinde açılan tek ünitelik bir diş polikliniği ile başlamış, daha sonra Ağız Diş Sağlığı Polikliniği olarak hizmet vermeye devam ederek 1999 yılında dişhekimliği fakültemiz kurulmuştur. 2000-2001 eğitim ve öğretim yılında lisansüstü eğitimine başlayan fakültemiz, 2006-2007 eğitim ve öğretim döneminde lisans eğitimine başlamıştır. Bahçelievler'deki dişhekimliği fakültesine ek olarak, Bağlıca kampüsü, Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Alanya Uygulama ve Araştırma Hastanesinde ağız diş sağlığı ve dişhekimliğinde mezuniyet sonrası eğitim alanlarında hizmet vermektedir.

Fakülteniz hakkında sayısal bilgiler verebilir misiniz?

Fakültemizde 5 dalda toplam 33 doktora öğrencisi ve 3'ü burslu olmak üzere toplam 30 lisans öğrencisi eğitim görmektedir. Bu öğrencilerden hazırlık sınavını geçmiş olan 19 öğrenci 1. sınıfta diğer 11 kişi hazırlık sınıfında eğitimlerini sürdürmektedir. Fakültemizden 2006 yılında 4 doktora öğrencisi mezun olmuştur, henüz lisans düzeyinde mezun vermemiştir.

Bu yılki kontenjan(lisans) yine 30 kişi olacaktır.

Öğrencilerinizin çalışacağı hasta bulma konusunda problem yaşıyor musunuz? Hasta profilini kimler oluşturuyor? (Resmi evraklı, özel vb.)

Henüz klinik sınıfta öğrencimiz yok ancak fakültemizin hasta profilini resmi evraklı olup bazı işlemlerde fark ödeyen hastalar, anlaşmalı kurumların hastaları ve tamamen özel hastalar oluşturmaktadır.



Dişhekimliği fakültelerinin sayısı hemen her yıl artıyor. Buna bağlı olarak mezun olan dişhekimisi sayısı da artıyor. İnsan gücü planlaması açısından değerlendirdiğinizde bu olguyu doğru buluyor musunuz? Bu durum eğitimin kalitesini de etkiliyor mu?

Nüfusa göre dişhekimisi sayısının Avrupa Birliği ülkelerine göre az olması ülkede önemli bir dişhekimisi açığı var görüntüsü vermektedir. Ancak ülkemizdeki dişhekimine gitme oranının yine bu ülkelerdeki oranın çok altında olması nedeni ile bu ihtiyaç kağıt üzerinde kalmaktadır. Bunun yanında dişhekimlerinin ülkemizdeki dağılımlarının çok düzensiz ve özellikle büyük şehirlerde yoğunlaşmış olması da diş-

hekimisi ihtiyacının sağlıklı değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır.

Mevcut fakültelerin öğrenci sayısının artırılması eğitim kalitesini olumsuz etkileyecektir. Yeni fakültelerin özellikle perifer illerde açılması ise öğretim üyesi kadrosu oluşumunda sıkıntılar oluşturmaktadır ve eğitimin kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bunun yanında Antalya ve Bursa gibi büyük ve gelir düzeyi yüksek illerde bugüne kadar neden fakülte kurulmadığı da pek anlaşılır değildir.

Avrupa Birliği sürecinde fakültenizi eğitim ve fiziki altyapı açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

Fakültemiz, sekiz anabilim dalında hizmet vermektedir. Temel bilimler eğitimi, Bağlı-

ca kampüsünde, protez ve tedavi laboratuvarları ve derslikleri ile donanımlı bir tesis olan dişhekimliği fakültesi binasında gerçekleştirilmektedir. 5 yıllık bir eğitim ve öğretim programını içeren dişhekimliği eğitimi ilk 3 yıl temel bilimler, 4. ve 5. sınıflarda ise klinik eğitim ve staj programlarını içermektedir. 3. sınıfın ikinci yarıyılında öğrenciler klinik gözlemci olarak klinik eğitimi almaya başlayacaklardır. Oral Diağnoz ve Radyoloji, Periodontoloji, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi, Protetik Diş Tedavisi, Konservatif Diş Tedavisi, Endodonti, Ortodonti ve Pedodonti Anabilim Dalları'ndan oluşan 8 anabilim dalında klinik bilimlere ait dersler ve staj eğitimi Bahçelievlerdeki dişhekimliği fakültesi'nde gerçekleştirilecektir. Tıp fakültesinin bütün eğitim, araştırma olanakları ve ameliyathaneleri dişhekimliğine de hizmet vermektedir. Dişhekimliği öğrencileri, Bağlıca kampüsündeki hayvan laboratuvarı, kütüphane ve diğer fakültelerdeki tüm araştırma olanaklarından da yararlanabilmektedir. Öğrenciler arzu ettikleri takdirde 5. sınıf klinik eğitimini Adana ve Konya'daki Uygulama ve Araştırma Hastanelerinde de gerçekleştirebileceklerdir. Fakültemizde uygulanan eğitim sistemi yatay ve dikey bütünleşmeye yöneliktir böylelikle diğer sistemlerde yaşanan klinik bilimlerle temel bilimler arasındaki kopukluğun giderilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca eğitim süresi Avrupa Birliği önerileri ile uyumludur. Ders programı ECTS ye uygundur ve buna göre kredilendirilmesi yapılmıştır.

Bugün için yaşadığınız en önemli sorunlar nelerdir? Elinizde yeterli imkan olsa fakülteniz için ne yapmayı düşünürsünüz?

Bugün dişhekimlerinin en önemli sorunu iş alanlarının kısıtlı olması ve rekabetin çok düşük fiyatlarla çalışmayı zorunlu hale getirmesidir. Üniversitelerde en önemli sorun ise uzmanlık düzenlenmesinin yapılmamış olmasıdır. Özellikle Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi alanında meslektaşlarımızın haklarının korunması konusunda gecikmeden adımlar atılmalıdır. Üniversitelerdeki piramit yapısının tersine olması yine üniversitelerdeki önemli bir problemidir.

Fakültemi dünyada ilk on fakülte içine alabilmek en önemli amacımdır.

TDB ile ilişkilerinizi değerlendirebilir misiniz?

TDB ile fakülte ilişkileri gittikçe daha olumlu bir noktaya gelmektedir. <



**Sayılarla
Başkent Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi**

Öğrenci sayısı (2006-2007)

Lisans 30 (Üçü burslu)

Doktora 33

2005-2006'da mezun olan öğrenci sayısı: 4

(Doktora öğrencileri)

Akademik kadro

Profesör 3

Doçent 3

Yard. Doçent 9

Öğretim Gör. 12

Doktor 10

'Yeni dişhekimliği fakülteleri bize de zarar veriyor'

Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Recep Orbak fakültesini değerlendirirken kuruluşunda doğu ve güneydoğu illerine hizmet etmek üzere şekillendiğini ve bu görevi bugüne kadar layıkıyla yerine getirdiğini aktarıyor. Orbak, yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasının ise özellikle büyük iller dışındaki fakültelerden öğretim elemanı alacağından buralara zarar vereceğini düşünüyor.

Fakültenizin kuruluşundan bugüne kadarki tarihsel gelişimini özetleyebilir misiniz?

Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'ya bölgesel ve halka dönük hizmetlerin genişletilmesi arzusuyla, Üniversitemizin yedinci fakültesi olarak 11 Ocak 1971 tarihinde kuruldu.

Yerli ve yabancı bilim adamlarından oluşan bir araştırma grubu tarafından, Türkiye'deki tüm devlet üniversiteleri arasında, kendi kategorisinde beşinci seçilen fakültemiz üç yıldır bu yerini koruyor. Ancak bu seviyede kalma değil, daha iyi bir düzeye çıkma gayreti ve çalışması içerisindeyiz.

Fakültenizin akademik idari ve fiziksel yapılar bakımından gelişimini özetleyebilir misiniz?

Kuruluşunda bir binası dahi olmayan Fakültemiz Sağlık Bakanlığı ile yapılan anlaşmalar sonucu 1971 yılında Erzurum Numune Hastanesinin Şerif Efendi Polikliniğinin zemin katında hizmete başlar ve bu yıllar fakültenin yönetimi ve eğitimi için gerekli yönetmeliklerin çıkarıldığı yıllar olur. Bu binada sınırlı olanaklarla tedavi hizmetleri yürütülür. Fakültemizin ilk yıllarında sekiz ünite vardı ve sadece iki Asistanı görev yapıyordu. İlk öğrenci kayıtları 1971-1972 ders yılı başında 22 öğrenci ile başladı. 1974 yılına kadar Tedavi, Protez, Ortodonti ve Cerrahi gibi dört anabilim dalı esas olmak üzere eğitim verilmeye başlandı. Akademik kadronun gittikçe artması ve eğitimin her geçen gün ağırlığını hissettirmesi, fakültenin yeni bir binaya taşınma ihtiyacını doğurur. Bu nedenle 1974'te Erzurum-Çat yolu üzerindeki yeni yapılmış Göğüs Hastalıkları Hastanesi Doğu Blokuna taşınır. Böylece 61 odası ile fakülte hizmet alanını genişletmiş olur. Bu yıllarda Tıp Fakültesinden gelen ve fakültemiz öğrencilerinin yalnızca teorik derslerini veren dokuz profesör ve altı doçent gö-



revlendirilir. Dişhekimliğine yönelik pratik dersleri ise, dişhekimliği okulu mezunu, 1 doçent, 5 doktoralı asistan ve 22 asistan yürütür. Gün geçtikçe artan ihtiyaçlara yeterli yanıt verilebilmesi için 1979'da yeni yapılan kampüsteki fakülte binasına taşınır. 10 bin m² kapalı alan üzerine inşa edilmiş olan Fakültemiz; Klinikler, Dershaneler ve Dekanlık olmak üzere üç Bloktan ibaret olan şu an kullandığı binasına kavuşur. Bu yıllarda fakültemiz 90 ünite sahip olur. Bir doçent, iki doktor asistan ve 22 asistanla akademik kadrosunu zenginleştirir. Daima gelişme içerisinde olan fakültemize 1999 yılında 1000 m²'lik ek bina eklenmesi hedeflenir. 2006 yılında 117'si tam donanımlı 31'i ise yarı donanımlı olan top-

lam 148 ünite hizmetine devam eder.

Fakültemiz, bir eğitim ocağı olmasının yanı sıra, çağdaş ilmin gereklerine göre toplumun ve bireylerin sağlık sorunlarına, ileri düzeyde en iyi çözümü verebilmek amacıyla kurulmuş ve devamlı gelişme içerisinde olan bir kurumdur. Bu anlamda çağın en son teknolojisini kullanmayı hedeflemektedir.

Bu anlamda kurulmuş olan ameliyathane ve acil vakaların bakıldığı acil poliklinikleri ile hizmetlerini sürdürmekte, toplumun takdirlerini kazanmaktadır. Ayrıca Fakültemiz bünyesinde kurulan implant uygulama merkezi vaka görüşmelerini çok katımlı olarak yapmakta ve en iyi tedavi sonucuna varılması hedeflenmektedir.

Fakültemiz kurulduğu 1971 yılında mevcut olan Tedavi, Protez, Ortodonti ve Cerrahi Anabilim Dallarına dişhekimliği biliminin olmazsa olmazlarından olan diğer anabilim dallarını da zaman içerisinde ekleyerek Periodontoloji, Ortodonti, Ağız-Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi, Konservatif Diş Tedavisi, Endodontik Diş Tedavisi, Protetik Diş Tedavisi, Pedodonti ve Oral-Diagnoz ve Radyoloji olmak üzere sekiz anabilim dalına ulaşmıştır.

Öğrencilerinizin çalışacağı hasta bulma konusunda problem yaşıyor musunuz? Hasta profilini kimler oluşturuyor? (Resmi evraklı, özel vb.)

Fakültemizi ülkemizdeki diğer fakültelerden ayıran en önemli özelliğinin hasta bulma bakımından daha fazla olanağa sahip olması gösterilebilir. Dişhekimliği eğitiminde pratik uygulamaların önemi tartışılmazdır. Bu bakımdan fakültemizden eğitim alan öğrencilerimizin şanslı bir gruba oluşturduğu düşünülebilir. Hasta profilini genellikle resmi evraklı hastalar oluşturmakla birlikte, bulunduğu bölgede referans konumunda olan fakültemizden de ücretli tedavi hizmeti alan hastalar önemli bir oranı oluşturmaktadır. Öğrencilerimiz,

staj aldıkları kliniklerde bir akademisyen gözetiminde her türlü hastaya müdahale fırsatı bulmakta, eğitimlerini eksiksiz tamamlamaktadır. 2006 yılı itibariyle fakültemizin farklı birimlerinden yararlanan hasta sayımız ortalama 63 bin civarında olmuştur.

Mezun olan öğrencilerinizle iletişiminiz devam ediyor mu? Mezunlarınızın iş bulma açısından sıkıntı çekiyor mu?

Mezun olan öğrencilerimizle iletişimlerimiz devam etmektedir. Bölgemizde istihdam edilenlerle daha sık birlikteliğimiz olmakla birlikte diğer bölgelerde sağlık hizmeti veren meslektaşlarımızla da iletişimlerimiz devam etmektedir. Geri dönüşüm anketleriyle hem mezun öğrencilerimizin durumları hakkında bilgi edinilmekte hem de kurum eksikliklerinin görülüp telafisi hedeflenmektedir. Bugün itibariyle işsiz mezunumuz yoktur. Elde edilen veriler doğrultusunda yorum yapmak gerekirse çok cazip tekliflerle iş bulduklarını rahatlıkla söyleyebiliriz.

Dişhekimliği fakültelerinin sayısı hemen her yıl artıyor. Buna bağlı olarak mezun olan dişhekimisi sayısı da artıyor. İnsan gücü planlaması açısından değerlendirdiğinizde bu olguyu doğru buluyor musunuz? Bu durum eğitimin kalitesini de etkiliyor mu?

Dişhekimliği fakültelerinin bu denli artışı gelecekte doğuracağı insan gücü planlaması açısından oldukça kaygı vericidir. Eğer siyasi kaygılarla fakülteler açılmak zorundaydı belki mevcut fakültelerden kontenjan azaltılmasına gidilerek bu yeni açılan fakültelere aktarım yapılabilir. Böylece gelecekteki bu yanlışın önüne geçilebilir diye düşünüyorum. Amacımız çok dişhekimisi yetiştirmek değil kaliteli dişhekimisi yetiştirmek olmalıdır.

Dişhekimliği eğitimi diğer fakültelerden oldukça farklıdır. Bir öğrencinin yetiştirilebilmesi açısından öncelikle gerekli alt yapının olması, daha da önemlisi tam bir eğitim kadrosunun var olması zorunludur. Bu yıl 36. kuruluş yılını kutladığımız fakültemiz halen yapılanma sancılarını çekerken, gerekli teçhizattan yoksun ve geçici görevlendirmelerle bir araya getirilen öğretim üyeleriyle eğitimi hedefleyen yeni fakülteleri düşünmek bizleri oldukça kaygılandırmaktadır. Yeni açılan bu fakültelerin gözden kaçan diğer bir mahzuru da bizim gibi yapılanmasını çok zor şartlarda tamamlamış olan fakültelerin yıpranması



Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi sekiz anabilim dalında toplam 119 öğretim görevlisiyle çalışmalarını sürdürüyor.



Sayılarla Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

**Tüm sınıflarda toplam
öğrenci sayısı: 267
2005-2006'da mezun olan
öğrenci sayısı: 55
2006-2007 Kontenjanı: 64**

Akademik kadro

Profesör	15
Doçent	12
Yard. Doçent	24
Doktor	4
Arş. Gör.	70

sebebiyet vermesidir. Takdir edilmelidir ki, genelde bu fakültelere büyük kentlerden öğretim üyeleri gidemeyecektir. Dolayısıyla bu anlamda periferdeki diğer fakülteler yıpranacaktır diye düşünüyorum. Yani üç yarı kapasiteli ve eksik donanımlı fakültelerden, donanımı tam bir fakülte tercihinin, hem bölge halkına, hem devlet eko-

nomisine, hem de halk sağlığına daha yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Avrupa Birliği sürecinde fakültenizi eğitim ve fiziki altyapı açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bu anlamda fakültemiz hazırlıklarını en iyi şekilde yürütmektedir. Avrupa Üniversiteler Birliği'nden zaman zaman Üniversitemizin, paralelinde fakültemizin değerlendirilmesinden çok olumlu raporlar elimize ulaşmıştır. Fakültemiz için Avrupa Üniversiteler Birliği'nce yapılan Öz-Değerlendirme raporu da çok umut vericidir.

Avrupa Birliği sürecinde eğitimde akreditasyonla ilgili çalışmalarımız da devam etmektedir. Akreditasyon çalışmalarına yönelik tüm dişhekimliği fakülteleri ortak bir çalışma grubu oluşturmuştur. Bu çalışmalardan çıkacak sonuçlar doğrultusunda kararlar verilecektir.

TDB ile ilişkilerinizi değerlendirilebilir misiniz?

TDB ile ilişkilerimizin son derece iyi olduğunu düşünüyorum. Zaten böyle de olmalı. Çünkü her akademisyen neticede birer dişhekimidir. Bizlerin de hakları TDB tarafından savunulmalı, gözetilmeli ve korunmalıdır. Kısaca TDB sadece serbest dişhekimlerinin değil tüm dişhekimlerinin birliğidir. TDB'nin birkaç konuda (uzmanlık gibi) akademisyenlerden farklı düşünceye sahip olması biraz soğuk rüzgarlar estirmiştir. Ancak bizler biliyoruz ki sorunların çözümü yine TDB'den geçecektir. <

DİŞHEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDA

Başarıyı etkileyen yeni yaklaşımlar

Meslek Deneyimi? Bilimsel Araştırma? Uzman Görüşü?

Meslek pratiğinde başarılı olmak, tüm dişhekimlerinin ortak amacıdır. Klinik başarıya ulaşmada izlenecek yolun doğru seçimi önem taşımakta olup meslektaşlarımızın zaman ve emek kaybını da önlemek gerekmektedir. Şüphesiz, dişhekimlerinin çalışma yılları arttıkça kazandıkları deneyim de onlara yol gösterecektir. Ancak, doğru kararların deneyimden kaynaklanmasına karşın, deneyime hatalı kararlar sonucu ulaştığımızı da unutmamak gerekir. Bu konuda hastaların beklentisi ise hekimlerin deneyim kazanmadan da doğru kararları alabilmesidir. Hekim açısından önemli olan ise, uygulamada bizi yönlendirecek doğru bilimsel kanıtlara ulaşabilmektir.

Özellikle, günümüzde elektronik ortamda, inanılmaz sayıda kaynağa ulaşmak mümkün olabilmektedir. Öğrenmeyi öğrenme, yaşam boyu öğrenme kavramlarının ve uygulamalarının günlük hayatımızın bir parçası olması, bizi daha sıklıkla bilgi yığınlarıyla karşılaştırmaktadır. Aynı konuda birbirinden çok farklı sonuçlara ulaşmış ve uygulamada kuşku yaratacak araştırmalarla sıklıkla karşılaşmak olasıdır. Dişhekimleri aynı konuda deneyim, bilimsel araştırma, uzman görüşü vb yaklaşımlar arasında kalmaktadır. Aslında bu durum akademisyenler için de bir sorun oluşturmakta ve yapılan araştırmalar ile meslek pratiği arasında güvenilir bir köprü oluşturmanın koşulları incelenmektedir.

Tüm Araştırma Sonuçları Eş Değerde Güvenilir Olabilir mi?

Son bir iki on yılda, araştırma metodolojilerindeki gelişmeler, farklı araştırma yöntemlerinin eş değerde güvenilir olmadığını

maktadır. Bu durum da bilgi yığını içinden bir seçimi gerektirmekte ve meslek başarısını kolaylaştırmaktadır.

Kanıtı Dayalı**Dişhekimliği**

Yukarıda söz ettiğimiz yaklaşımlar, mesleğimize yeni bir kavram getirmiştir. Kanıtı dayalı dişhekimliği; güvenilir araştırma yöntemlerini kullanmış çalışmalarını bir araya getirip, bir üst istatistikle değerlendirerek etkinliği kanıtlanmış sonuçları mesleğimize kazandırmaktadır. Uluslararası düzeyde bu alanda 'Kanıtı Dayalı Dişhekimliği Enstitüleri' (Cochrane, Oxford vb) kurulmuş ve çalışmalarına devam etmektedir.

Klinik Rehberler ve Kalite Güvence Standartları

Kanıtı dayalı dişhekimliği yaklaşımının bir sonucu da klinik rehberlerin hazırlanması olmuştur. Sonuçları değerlendirilen araştırmalardan etkinliği kanıtlanmış uygulamaları içeren ve meslek pratiğinde bizi başarıya kısa ve doğru bir yolla götürecektir rehberler, çalışmalarımızı kolaylaştırmıştır.

Tablo 1'de bazı örnekleri görülen rehberler dişhekimliğinin tüm dallarını kapsamaktadır. Yayımlanmış olan yüze yakın rehber bulunmakta ve giderek sayıları da artmaktadır.

Ayrıca, son yıllarda, sağlık hizmetlerinde kalite güvence standartları da ciddi bir önem taşımaktadır. Dişhekimliği çalışmaları için de dikkate alınması gereken bu konu, bir süre sonra özel sigortalar, sosyal güvenlik sistemleri ya da muayenehane akreditasyonu açısından gündeme gelecek ve kalite kriterlerini uygulayan muayenehaneler önce-

göstermiş ve araştırmacıları bir konuda doğru yorum yapabilmek için çalışmaları gruplandırmaya yönlendirmiştir. Artık günümüzde her çalışma, kullandığı araştırma yöntemi açısından dikkate alınmakta ve sonuçları güvenilir çalışma sonuçları hem eğitimde hem de uygulamada ön plana çık-



lik kazanacaktır. Sağlık turizmi açısından da önem taşıyan ve uygulamaya geçmemiz gereken kalite güvence standartlarından birini de bu yazıda kısaca özetlemeye çalıştığımız klinik rehberler oluşturmaktadır..

Klinik Rehberlere Örnekler

Bu alanda çalışan kurumlardan biri olan SIGN (Scottish Intercolegiate Guidelines Network) yayınları içinde yer alan 2 rapor

okul öncesi ve okul çocuklarında diş çürüklerinden korunma rehberlerini kapsamaktadır. Tablo 2’de bu raporlardan alınmış kısa bir rehber örneği verilmektedir.

Listedeki farklı dişhekimliği alanlarındaki örneklerden birini daha incelersek, enfeksiyon riski olan çocuklarda antibiyotik profilaksisi için aşağıdaki prosedürün önerildiğini görmekteyiz (Tablo 3).

Sonuç

Günümüzde süratle gelişen yeni yaklaşımlara uyum sağlamak, mesleki başarımızda da ciddi bir rol oynamaktadır. Elektronik ortamda da kolaylıkla ulaşabileceğimiz klinik rehberler çalışmalarımıza yol gösterecektir. Bu yazıda genel bir fikir oluşturmak amacıyla kısaca özetlediğimiz bu konu ilerdeki sayılarda mesleğimizin farklı alanlardaki rehberlerle devam edecektir.

Klinik Rehberler Yayımlayan Kurumlara Örnekler

> Tablo : 1

KURUM	BAŞLIK
SIGN (Scottish Intercolegiate Guidelines Network)	Scottish Intercolegiate Guidelines Network)
SIGN	Scottish Intercolegiate Guidelines Network)
Bright Future	Doğumdan itibaren erişkinliğe kadar diş çürükleri, periodontal hastalık, malokluzyon, dental travma açısından koruyucu rehberler
North West Medicines Information Centre	Kanama eğilimli hastalarda cerrahi işlem uygulama rehberi
Cda (California Dental Association)	Dişhekimliğinin tüm dallarını ilgilendiren rehberler
Canadian Collaboration on Clinical Practice Guidelines	Erişkinlerde akut apikal abse tedavisi rehberi
EAPD	Çocuk hastalarda sedasyon rehberi
American Academy of Pediatric Dentistry	Enfeksiyon riski olan çocuk hastalarda antibiyotik profilaksisi
Faculty of Dental Surgery of The Royal College (UK)	Alveolit tedavisi rehberi
American Heart Association	Bakteriyel endokarditten korunma rehberi
Cochrane Institute	Dental implant komplikasyonlarından korunmada antibiyotik kullanımı rehberi
National Guideline Clearinghouse	Enfeksiyon riski olan hastalarda antibiyotik profilaksisi
National Guideline Clearinghouse	Adolesanlarda ağız bakımı rehberi
Faculty of Dental Surgery of The Royal College (UK)	Çocuklarda cerrahi rehberi
	Baş boyun kanserleri nedeniyle radyoterapi ve kemoterapi

Yüksek Çürük Risk Grubu Çocuklarda Koruyucu Klinik Rehber (SIGN)

> Tablo : 2

Diş macunu	1000 ppm florid içeren diş macunu ile günde 2 defa diş fırçalama,
Florid uygulaması	1 hafta içinde birer gün ara ile 3 defa floridli cila uygulaması, Bu uygulama paketinin 3 ayda bir tekrarı,
Antimikrobiyel kullanımı	3 ayda bir CHX cila uygulaması,
Destekleyici uygulamalar	Ksilitollü sakızlar

Enfeksiyon Riski Olan Çocuklarda Dişhekimliği Müdahalesi

Öncesinden Antibiyotik Profilaksisi

> Tablo : 3

Penisilin grubu antibiyotiklere allejisi olmayan çocuklar	Amoksisilin 50mg/kg (Maksimum 2 gram) Klinik işlemden 1 saat önce ağız yoluyla
Penisilin grubu antibiyotiklere allejisi olmayan çocuklar ve antibiyotiğin ağız yoluyla verilemediği hallerde	Amoksisilin 50mg/kg (Maksimum 2 gram) Klinik işlemden 30 dakika önce IV veya IM yoluyla
Penisilin grubu antibiyotiklere allejisi olan çocuklarda	Klindamisin 20 mg/kg (maksimum 600 mg) Klinik işlemden 1 saat önce ağız yoluyla
Penisilin grubu antibiyotiklere allejisi olan çocuklar ve antibiyotiğin ağız yoluyla verilemediği hallerde	Klindamisin 20 mg/kg (maksimum 600 mg) Klinik işlemden 30 dakika önce IV veya IM yoluyla

KAYNAKLAR:

Cda: Guidelines for the assessment of clinical quality & professional performance, <http://cda.or4g/page/Guidelines>

Cochrane Collaboration: Cochrane reviews, www.cochrane.org/reviews/en/topics/84.html

National Guideline Clearinghouse: Clinical guideline on adolescent oral health care, www.guideline.gov

National Guideline Clearinghouse: Clinical guideline on antibiotic prophylaxis for dental patient at risk for infection, www.guideline.gov

National Guideline Clearinghouse: Clinical guideline on pediatric oral surgery, www.guideline.gov

National Guideline Clearinghouse: Clinical guideline on appropriate use of antibiotic therapy for pediatric dental patient, www.guideline.gov

National Maternal and Child Oral Health Resource Center: Bright futures in practice: Oral health, www.mchoralhealth.org/Toolbox/professionals.html

New Zealand Guidelines Group: Introduction to evidence-based clinical guidelines, www.nzgg.org.nz/development/document/nzgg_guideline_handbook.pdf

SIGN: Preventing dental caries in children at high caries risk, Publication No.47, 2000

SIGN: Preventing dental caries in children at high caries risk, Publication No.83, 2005



Dr.Bülent Yılmaz
Dişhekimi Elif Çiftçiođlu
Dişhekimi Selçuk Gökyay
Dişhekimi Ayça Şimsek
Prof.Dr.Sedat Küçükay

**endodontiyi
kolaylaştıran aletler**

dent

Elektronik Apeks Belirleyiciler

Kök kanalı tedavisinde çalışma boyunun doğru olarak saptanması, kök kanalının başarılı bir şekilde şekillendirilip doldurulmasında ve kök kanalı tedavisinin uzun dönemdeki başarısının sağlanmasında çok önemli bir etmendir (Katz ve ark. 1991, Weine 1982). Teorik olarak şekillendirmenin apikal sınırı dentin-sement birleşiminde olmalıdır (Kuttler 1955). Kuttler, kök kanal sisteminin sonlandığı nokta olan dentin-sement birleşiminin morfolojik değil, histolojik bir mihenk noktası olduğunu bildirmiştir (Kuttler 1955). Dentin-sement birleşimi, bu noktada periradiküler dokular ile kök kanalı dolgu materyali arasındaki temas en az düzeyde olacağı ve en küçük yara yüzeyi oluşturacağı için kök kanal tedavisinin apikal sınırı için uygundur (Palmer ve ark.1971, Seltzer 1988, Katz ve ark. 1991, Riccucci ve Langeland 1998).

Kuttler (1955), aynı zamanda, kök kanalında dentin içeren kural bölgede daha uzun bir konik bölge ve sementin bulunduğu apikal bölgede daha kısa huni şeklinde bir bölge içeren iki ayrı bölüm olduğu sonucuna varmıştır. Bu apikal bölgenin şeklinin, tabanı anatomik apikal foramen (majör apikal foramen) konumlanan tersine konik olduğu düşünülmektedir. Tersine koniğin apeksi, sıklıkla dentin-sement birleşiminde veya yakınında olduğu düşünülen apikal darlık ile birlikte seyretmektedir (Kuttler 1958). Ancak Lee ve ark. (2002) dentin-sement birleşiminin mikroskopik inceleme altında bile her zaman saptanamayabileceğini bildirmişlerdir. Bu sebeple, klinik uygulamalarda dentin - sement birleşiminin değil, onun hemen yakınında veya beraber seyrettiği düşünülen apikal darlığın tespit edilmesine çalışılır. Pulpa dokusunun apikalde periodontal doku ile birleştiği yerde bulunan apikal darlık kök kanalının şekillendirilmesi ve doldurulmasında fizyolojik apikal sınır olarak tavsiye edilir. Darlık, kök kanalının apikal bölgedeki en küçük çapına sahiptir ve minör çap olarak da adlandırılır (Riccucci ve Langeland 1998).

Çalışmaların büyük bir kısmında şekil-

lendirme, temizleme, dezenfeksiyon ve kök kanalı dolgusu apikal darlık bölgesi sınırları içerisinde kaldığında en iyi iyileşme oranları görüldüğü sonucuna varılmıştır (Basmadjian-Charles ve ark. 2002, Kojima ve ark. 2004). Bunun sebebi, dolum materyali ile apikal dokular arasında minimal temasın oluşmasıyla; doku yıkımı, inatçı iltihabi yanıt ve yabancı cisim reaksiyonlarının azalmasıdır (Seltzer ve ark.1969). Riccucci ve Langeland 1998'de yaptıkları histolojik bir in vivo çalışmada, şekillendirme ve doldurmanın apikal darlıktan kısa yapılmasının, histolojik olarak en iyi sonuçları verdiğini; gutta-perka ile patın kanal dışına taşmasının, ağrı olmasa bile şiddetli iltihabi reaksiyonlara yol açtığını bildirmişlerdir.

Apikal darlığın, olguların %92'sinden fazlasında anatomik apekten 0.5 mm uzakta ve radyografik apekten ortalama 1 mm uzakta olduğu düşünülmektedir (Kuttler 1955, Chapman 1969). Kuttler (1955) yaptığı çalışmada apikal darlığın (minör foramen) anatomik apikal foramenin 0.524-0.659 mm daha kuralda olduğunu göstermiştir. Gordon ve Chandler ise apikal foramen ile kök ucu arasındaki sapmanın 3 mm'ye kadar çıkabileceğini bildirmişlerdir (Gordon ve Chandler 2004). Hastanın yaşı ilerledikçe sapma miktarı da artabilir (Stein ve ark 1990).

Kök kanalı çalışma uzunluğunun saptanmasında kullanılan ideal yöntemin geçerli, uygulaması çabuk ve kolay; aynı zamanda, hem hasta hem de hekim için rahat olması gerekmektedir (Steffen ve ark.1999). Çalışma uzunluğunu belirlemede kullanılan geleneksel yöntemler; ortalama anatomik değerlerin ve anatomi bilgisinin kullanılması, dokunma hissi ile tespit, kağıt konuların ucundaki ıslaklığın değerlendirilmesi ve radyografidir (Gordon ve Chandler 2004).

Dokunma hissi güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmez. (Ingle 1957, Katz ve ark. 1991). Ehil ellerde kullanışlı olsa da kısıtlamaları vardır. Apikal darlığın yeri ile ilgili anatomik varyasyonlar, darlığın boyutu, dişin tipi ve hastanın yaşı; bu yöntemle çalışma boyu tespitini güvenilir kılar. Ayrıca,

bazı olgularda kanallar tıkanmış veya apikal darlık iltihabi rezorpsiyona bağlı olarak yıkıma uğramış olabilir (Stock1994).

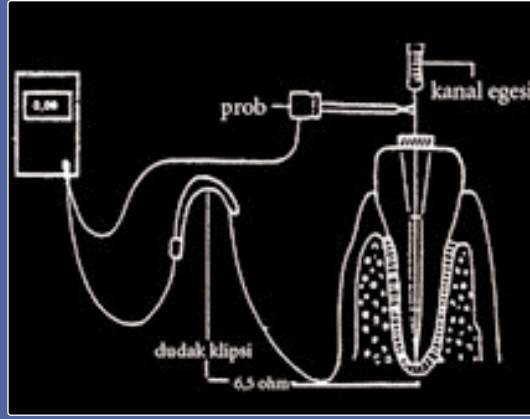
Radyografik yöntem ise, 3 boyutlu objelerin 2 boyutlu görüntüsünü verdiği için, görüntünün ayrıca yorumlanmasını gerektirir (McDonald ve Hovland 1990, Martinez-Lozano ve ark. 2001). Ayrıca, bu yöntemle apikal darlık tanımlanamaz; kullanılan teknik, açılma ve dozdaki farklılıklar görüntünün bozulmasına ve hataya yol açabilir; bu nedenlerle, doğru sonuç elde etmek zordur (Ingle 1957, Katz ve ark.91). İyi bilinmektedir ki, anatomik apikal foramen daima kök radyografik apeksinde konumlanmaz. Daha ziyade lingual/bukkal veya distal/meziazial yüzeylerde bulunur. Eğer foramen lingual/bukkal düzlemde ise, farklı açılar kullanılsa bile sadece radyografik olarak konumunu tespit etmek zordur (Schaffer ve ark 2005). Bununla birlikte, endodontik tedavi öncesi, kök kanallarının anatomisini, köklerin eğim ve sayısını, herhangi bir patolojinin olup olmadığını belirlemek ve çalışma boyunun tespiti için rehber olması açısından radyografi alınması gerekmektedir.

Radyasyonun zararları, radyografik yöntemlerle birlikte seyreden teknik sorunlar ve apeksin ilerisinde şekillendirmeden sakınmak için elektronik olarak çalışma boyu saptanması genel diş hekimleri ve endodontistler arasında popülerite kazanmıştır (Nekoofar ve ark. 2006). Elektronik Apeks Belirleyiciler (EAB) gerekli radyografi sayısını azaltırlar ve çalışma boyunun saptanmasında radyografik yöntemin tamamlayıcısı ve yardımcılarıdır. Üstelik apikal foramenin radyografik apekten ne kadar uzakta olduğunun ve mevcut perforasyonların belirlenmesinde de yardımcılarıdır (Gordon ve Chandler 2004). Elektronik yöntem aynı zamanda hamilelikte de kullanılabilir (Trope ve ark 1985). EAB'ler kök kırığı veya çatlağı, iç veya dış rezorpsiyon, perforasyon gibi kök kanalı ile periodontal doku arasında bağlantının bulunduğu olguların tespit edilmesinde son derece faydalıdır (Nahmias ve ark. 1983).

Birinci Jenerasyon EAB'leri

Maalesef çoğu üretici firma, aygıtlarının elektronik prensiplerini tam olarak tanımlamazlar. Bu aygıtların hangi jenerasyona ait olduğunun bilinmesi veya sınıflandırılmasının klinisyen açısından aslında bir önemi yoktur. Bu daha ziyade pazarlama ile ilgili geliştirilmiş bir stratejidir (Nekoofar ve ark. 2006).

Kök kanalının uzunluğunun elektronik yöntemle hesaplanması ilk defa Custer tarafından 1918 yılında araştırılmıştır (Custer 1918). Sunada 1942 yılında, periodontal ligaman ve oral mukoza arasında yaklaşık 6.5 k Ω elektrik direnci olduğunu bildirmiştir. Daha sonra, Sunada (1962) EAB'lerinin periodontal ligaman ve oral mukoza arasındaki elektriksel direnç farklılıklarının ölçülmesiyle apeksi okuyabileceğini ifade eden "biyolojik karakteristik teori" ilkesini klinik uygulamaya takdim etmiştir. Kök kanal sistemi, elektrik akımını yalıtın dentin ve sement ile çevrilidir. Minör foramende, kanal boşluğundaki iletken maddeler (doku, sıvılar) ile kendisi de bir iletken olan periodontal ligaman arasındaki elektrik geçişini sağlayan ufak bir delik bulunur. Bu sebeple dentin kanal içindeki doku ve sıvılarla birlikte bir direnç oluşturur. Bu direncin değeri dentin ve kanal içeriği-



Resim | 1 Birinci jenerasyon EAB'lerinin çalışma prensibi (Alaçam 2000).



Resim | 2 Birinci jenerasyon EAB'lerinin çalışma prensibi (Alaçam 2000).

nin miktarına ve doğal dirençlerine bağlı olarak değişir. Endodontik bir eğe kanal içine

yerleştirilip minör foramene ulaştığında, endodontik eğe ile foramen arasındaki direnç, dirençli maddenin (dentin, doku, sıvılar) etkin uzunluğu azaldığı için düşer (Nekoofar ve ark. 2006) (Resim:1)

Birinci jenerasyon EAB'ne Root Canal Meter, Endodontic Meter, Endodontic Meter S II, Dentometer ve Endo Radar verilebilir (Gordon ve Chandler 2004) (Resim:2).

Birinci jenerasyon elektronik apeks belirleyiciler, radyografik yöntemle kıyaslandığında güvenilir bulunmuştur. Çünkü birinci jenerasyon EAB'ler gerçek çalışma uzunluğundan daha kısa veya daha uzun sonuçlar vermektedir (Tidmarsh ve ark. 1985). Pek çok rezistans temeli ile çalışan EAB'in kuru ortamlarda geçerli sonuçlar verdiği gösterilmiş olsa da, kanal içerisinde güçlü elektrolitlerin, aşırı kanamanın, cerahat veya pulpa dokusunun bulunduğu durumlarda her zaman doğru sonuçlar vermediği bildirilmiştir (Suchde ve Talim 1977). Bu durumlarda eğenin ucu elektrolite dokunduğundan itibaren doğru akım dokulara doğru yayılır, elektrik devresi tamamlanır ve alet yanlış bir şekilde minör foramene ulaştığımızı gösterir (Suchde ve Talim 1977).

İkinci Jenerasyon EAB'leri

Sunada (1962)'nin EAB aygıtı elektrodlar üzerinde polarizasyon etkisi yaratan ve böylelikle onların performansını olumsuz etkileyen doğru akım ile çalışmaktaydı. Bu durum alternatif akım ile desteklenen elektronik apeks belirleyicilerinin gelişimine yol açmıştır. İkinci jenerasyon elektronik apeks belirleyiciler kanal empedansındaki değişiklikleri saptayan tek frekanslı alternatif akım ile çalışmaktadır (Venturi ve Breschi 2005). İkinci jenerasyon EAB'leri iki farklı elektriksel sistemle çalışır. Bunlardan biri, düşük frekanslı salınım yapan elektronik apeks belirleyiciler; diğeri yüksek frekanslı olan ve kapasitans ile çalışan EAB'dir (Nekoofar ve ark. 2006). Kapasitans belirli bir elektrik potansiyeli ile bir bölgede toplanan elektrik yükü miktarıdır. Başka bir deyişle, kapasitans yüzeylerin belli bir gerilimdeki taşıyabileceği maksimum yük miktarını verir.

Oral mukoza membranı ile dişeti oluğu tabanı arasındaki empedansın kanal sonu ile



Resim | 3 Birinci jenerasyon EAB'lerinin çalışma prensibi (Alaçam 2000).

oral mukoza membranı arasındaki empedansa çok yakın olduğu düşünülmektedir.

Bu teori ile Inoue, SonoExplorer isimli düşük frekanslı salınım yapan EAB'ni tasarlamıştır. Bu aygıt her iki empedansı da ölçer ve ölçümler birbirine yaklaştığında kanal sonunda olduğunu gösterir. Aletin en önemli dezavantajı kalibrasyon gerektirmesidir (Nekoofar ve ark. 2006).

Yüksek frekanslı ve kapasitans ile çalışan EAB'e örnek olarak Hasegawa tarafından 1977 yılında tasarlanan Endocater adlı aygıt gösterilebilir. Aygıt 400 kHz yüksek akımla çalışmaktadır (Nekoofar ve ark. 2006).

İkinci jenerasyon EAB'lerinin en önemli dezavantajları: doğru ölçüm yapabilmeleri için kuru ortama gereksinim duyması, hastada duyarlılık oluşturması, aletin kalibrasyon gerektirmesidir (Nekoofar ve ark. 2006).

İkinci jenerasyon EAB'ne diğer örnekler olarak; EAB'ne Sono-Explorer Mk III, Apex Finder, Endo Analyzer, Exact-A-Pex ve Formatron IV verilebilir (Gordon ve Chandler 2004) (Resim:3).

Üçüncü Jenerasyon EAB'leri

Üçüncü jenerasyon EAB'ler farklı frekanslarda alternatif akım kullanırlar. Bu tip aygıtlar kanallardaki elektrolit varlığından etkilenmezler. Üçüncü jenerasyon EAB'ler ikinci jenerasyona benzerler; farklılıkları, çoklu frekans kullanmaları ve kanal empedansındaki değişiklikleri saptamalarıdır. Empedans, alternatif akımlı bir elektrik devresinde, uygulanan voltaj ile ortaya çıkan akım arasındaki oran olarak tarif edilir (Venturi ve Breschi 2005).

Orijinal üçüncü jenerasyon EAB'lerine örnek Endex veya muadili Apit'tir. Apit kanalda elektrolit olduğunda çalışmaktadır; fakat, her kanalda kalibre edilmesi gerekmektedir (Gordon ve Chandler 2004).

Üçüncü jenerasyonların güvenilirliği eski sistemlere göre daha fazla ve üstündür (Spangberg 1998). Pek çok çalışma ile üçüncü jenerasyon EAB'lerinin doğruluk

oranlarının %85-95 arasında olduğu gösterilmiştir (Fouad ve ark. 1993, Frank ve Torabinejad 1993, Mayeda ve ark.1993).

Root ZX (Resim 4) belirli bir kanal seviyesinde iki farklı akım empedanslarının oranını hesaplamak üzere geliştirilmiştir (Kobayashi 1995). Kalibre edilmesine gerek olmayan bir aygıttır (Gordon ve Chandler 2004).

Wrbas ve ark. (2006) yaptıkları in vivo çalışmada RootZX kullanılan olguların %75'inde ve Raypex 5 (Resim 5) kullanılan olguların %80'inde minor foramenin ± 0.5 mm sınırları içerisinde tespit edildiğini, her iki yöntem arasında anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir. Çalışmalar kanalda NaOCl varlığında Root ZX'in geçerliliğinin olumsuz etkilenmediğini göstermiştir (Venturi ve Breschi 2005).

Bununla birlikte apikal darlığın 0.5 mm uzaklıkta yapılan ölçümlerdeki geçer-

lilikleri Root ZX için Pagavino ve ark. (1998) tarafından %82, Czerw ve ark. Tarafından (1995) yapılan çalışmada ise %100 olarak bulunmuş; Endex için Frank ve Torabinejad (1993) tarafından %90 olarak bulunmuştur. Böylelikle üçüncü jenerasyon EAB'nin geçerliliğinin tek frekanslı çalışan ikinci jenerasyonun EAB'leri ile aynı olduğu bildirilmiştir.

Wrbas ve ark (2007), Root ZX'in, yapılan ölçümlerin %75'inde, Raypex 5'in (üçüncü jenerasyon) ise, %80'inde minör foramenin ± 0.5 mm sınırları içinde sonuçlar verdiklerini; cihazlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir.

Üçüncü jenerasyonlara EAB'lerine, diğer örnekler olarak Apex Finder AFA, Neosono Ultima EZ, Justy II, ProPex (Resim 6), Mark V Plus ve Endy 5000 verilebilir (Gordon ve Chandler 2004).



Resim | 4 Üçüncü jenerasyon elektronik apeks belirleyicilerden Root ZX



Resim | 6 Üçüncü sınıf elektronik apeks buluculardan ProPex



Resim | 5 Birinci jenerasyon EAB'lerinin çalışma prensibi (Alaçam 2000).

Dördüncü Jenerasyon EAB'leri

Dördüncü jenerasyon EAB'ler rezistans ve kapasitans ölçümlerini ayrı ayrı yapar ve apekten uzaklığı saptamak için onları bir veri tabanı ile karşılaştırırlar (Gordon ve Chandler 2004).

Dördüncü jenerasyon EAB'lerine örnek olan Bingo 1020 ile yapılan in vitro bir çalış-

mada, aygıtın Root ZX kadar güvenilir olduğu bildirilmiştir (Kaufman ve ark. 2002). Bu aygıt daha sonra Raypex 4 (Resim 7) adıyla piyasaya sürülmüştür.

Dördüncü jenerasyonlara diğer örnek olarak Elements Diagnostic Unit ve Apex Locator verilebilir (Gordon ve Chandler 2004).



Resim | 7 Dördüncü jenerasyon elektronik apeks belirleyicilerden RayPex 4

EAB'lerinin Güvenilirliğini ve Kullanımını Etkileyen Etmenler

Kök kanalları içerisinde elektrolit bulunmasının ve apikal foramenin çapının, EAB'lerinin hassasiyetini etkileyen iki ana etken olduğu düşünülmektedir (Huang 1987).

ElAyouti ve ark. (2005) apikal boyutun EAB'lerin güvenilirliğini etkilediğini, geniş apeksli dişlerde aygıtın çalışma boyunu normalden daha kısa saptadığını bildirmişlerdir. Geniş bir apikal foramendeki çok ince dentin duvarları, eğe ucu ile apikal foramen arasındaki total empedansı etkileyerek, normalden kısa oku-

maya neden olabilmektedir (Gordon ve Chandler 2004).

Huang ve ark. (1987) özellikle, foramenin çapı 0.2 mm'nin üzerine çıktığında bu durumla karşılaşıldığını bildirmişleridir.

Şekillendirmeden sonra sıklıkla oluşan "debris" ve dentin talaşlarının da EAB'lerinin hassasiyetini etkileyebileceği bildirilmiştir (Rivera ve Seraji 1993). Alves ve ark. (2005) ise, "retreatment" esnasında TriAuto ZX'in olguların %80'inde ± 0.5 mm sınırlar içerisinde çalışma bo-

yunu saptayabildiğini göstermişlerdir.

Konuyu inceleyen çalışmalarda kullanılan metodolojinin büyük önemi vardır. In vivo çalışmalar EAB'lerinin gerçek güvenilirliği için daha önemlidirler (Czerw ve ark. 1995). In vitro çalışmalarda kullanılaniletken materyaller, apeksten sızabileceği için erken okumalara neden olabilirler (Czerw ve ark. 1994).

Woolley ve ark. (1974) EAB'lerinin kalp pili taşıyan hastalarda zararlı etkilerinin olabileceğini bildirmişlerdir.

Sonuç

Modern elektronik apeks belirleyicilerinin çoğu, kanal dışında periodontal ligamanın başladığı noktayı belirleme yeteneğindedir. Buradan hareketle, şekillendirmenin kanal içerisinde bitirildiğinden emin olmak amacıyla bir formül uygulanabilir. Çoğu makalede, cihazın, egein ucunun periodontal dokuya (sıfır noktası) ile temasta olduğunu belirttiği uzunluktan 0.5 mm çıkartılması gerektiği bildirilmiştir. Ancak bu, apikal kons-

trüksiyonun belirlendiği anlamına gelmez. Daha ziyade egein kanal içerisinde periodontal ligamana yakın bir yerde olduğunu gösterir (Nekoofar ve ark. 2006).

Hiçbir yöntem endodontik çalışma boyunun tespitinde tam olarak güvenilir değildir (Gordon ve Chandler 2004). Bu nedenle, EAB'lerinin, özellikle radyografik yöntemle desteklenmesi gerekmektedir. <

Kaynaklar

1. Alaçam T (2000) Endodonti, 2. Baskı, Ankara; Barış Yayınları, s. 232.
2. Alves AMH, Felipe MCS, Felipe WT, Rocha MJC (2005) Ex vivo evaluation of the capacity of the Tri Auto ZX to locate the apical foramen during root canal retreatment. *International Endodontic Journal* 38, 718-24.
3. Basmdjian-Charles CL, Forge P, Bourgeois DM, Lebrun T (2002) Factors influencing the long-term results of endodontic treatment: a review of the literature. *International Dental Journal* 52, 81-6.
4. Chapman CE (1969) A microscopic study of the apical region of human anterior teeth. *Journal of British Endodontic Society* 3, 52-8.
5. Custer LE (1918) Exact methods of locating the apical foramen. *Journal of the National Dental Association* 5, 815-9.
6. Czerw RJ, Fulkerson MS, Donnelly JC (1994) An in vitro test of a simplified model to demonstrate the operation of electronic root canal measuring devices. *Journal of Endodontics* 20, 605-6.
7. Czerw RJ, Fulkerson MS, Donnelly JC, Walmann JO (1995) In vitro evaluation of the accuracy of several electronic apex locators. *Journal of Endodontics* 21, 572-5.
8. ElAyouti A, Kimionis I, Chu AL, Löst C (2005) Determining the apical terminus of root-end resected teeth using three modern apex locators: a comparative ex vivo study. *International Endodontic Journal* 38, 827-33.
9. Fouad AF, Rivera EM, Krell KV (1993) Accuracy of the Endex with variations in canal irrigants and foramen size. *Journal of Endodontics* 19, 63-7.
10. Frank AL, Torabinejad M (1993) An in vivo evaluation of Endex electronic apex locator. *Journal of Endodontics* 19, 177-9.
11. Gordon MPJ, Chandler NP (2004) Electronic apex locators. *International Endodontic Journal* 37, 425-3.
12. Huang LZ (1987) An experimental study of the principle of electronic root canal measurement. *Journal of Endodontics* 13, 60-4.
13. Ingle JJ (1957) Endodontic instruments and instrumentation. *Dental Clinics of North America* 1, 805.
14. Katz A, Tamse A, Kaufman AY (1991) Tooth length determination: a review. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology* 72, 238-42.
15. Kobayashi C (1995) Electronic canal length measurement. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics* 79, 226-31.
16. Kojima K, Inamoto K, Nagamatsu K et al. (2004)

- Success rate of endodontic treatment of teeth with vital and nonvital. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics* 97, 95-9.
17. Kuttler Y (1955) Microscopic investigation of root apexes. *Journal of the American Dental Association* 50, 544-52.
18. Kuttler Y (1958) A precision and biologic root canal filling technique. *Journal of the American Dental Association* 56, 38-50.
19. Lee SJ, Nam KC, Kim YJ, Kim DW (2002) Clinical accuracy of a new apex locator with an automatic compensation circuit. *Journal of Endodontics* 28, 706-9.
20. Martinez-Lozano MA, Fomer-Navarro L, Sanchez-Cortes JL, Llena-Puy C (2001) Methodological considerations in the determination of working length. *International Endodontic Journal* 34, 371-6.
21. Mayeda DL, Simon JHS, Aimar DF, Finley K (1993) In vivo measurements accuracy in vital and necrotic canals with the Endex apex locator. *Journal of Endodontics* 19, 545-8.
22. McDonald NJ, Hovland EJ (1990) An evaluation of the apex locator Endocator. *Journal of Endodontics* 16, 5-8.
23. Nekoofar MH, Ghandi MM, Hayes SJ, Dummer PMH (2006) The fundamental operating principles of electronic root canal length measurement devices. *International Endodontic Journal* 39, 595-609.
24. Nahmias Y, Aurelio JA, Gerstein H (1983) Expanded use of the electronic canal length measuring devices. *Journal of Endodontics* 9, 347-9.
25. Pagavino G, Pace R, Baccetti T (1998) A SEM study of in vivo accuracy of the Root ZX electronic apex locator. *Journal of Endodontics* 24, 438-41.
26. Palmer MJ, Weine FS, Healy HJ (1971) Position of the apical foramen in relation to endodontic therapy. *Journal of the Canadian Dental Association* 37, 305-8.
27. Ricucci D, Langeland L (1998) Apical limit of root canal instrumentation and obturation, part 2. A histological study. *International Endodontic Journal* 31, 394-409.
28. Rivera EM, Seraji MK (1993) Effect of recapitulation on accuracy of electronically determined canal length. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics* 76, 225-30.
29. Schaeffer M, White R, Walton R (2005) Determining the optimal obturation length: a meta-analysis of the literature. *Journal of Endodontics* 31, 271-4.
30. Seltzer S (1988) *Endodontology*, 2nd edn. Philadelphia: Lea & Febiger, pp. 24-30.

31. Seltzer S, Soltanoff W, Sinci I, Smith J (1969) Biologic aspects of endodontics. Part IV. Periapical tissue reactions to root-filled teeth whose canals had been instrumented short of their apices. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 28, 724-38.
32. Spångberg LSW (1998) Instruments, materials and devices. In: Cohen S, Burns RC, Pathways of the Pulp, 7th edn. St. Louis, MO, USA: Mosby, 476-531.
33. Steffen H, Splieth CH, Behr K (1999) Comparison of measurements obtained with hand files or the Canal Leader attached to electronic apex locators: an in vitro study. *International Endodontic Journal* 32, 103-7.
34. Stein TJ, Corcoran JF, Park A, Arbor A (1990) Anatomy of the root apex and its histological changes with age. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics* 69, 238-41.
35. Stock C (1994) Endodontics-position of the apical seal. *British Dental Journal* 176, 329.
36. Suchde RV, Tatum SD (1977) Electronic ohmmeter: an electronic device for the determination of the root canal length. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology* 43, 141-9.
37. Sunada I (1962) New method for measuring the length of the root canal. *Journal of Dental Research* 41, 375-87.
38. Tidmarsh BG, Sherson W, Stalker NL (1985) Establishing endodontic working length: a comparison of radiographic and electronic methods. *New Zealand Dental Journal* 81, 93-6.
39. Trope M, Rabie G, Tronstad L (1985) Accuracy of an electronic apex locator under controlled clinical conditions. *Endodontics and Dental Traumatology* 1, 142-5.
40. Venturi M, Breschi L (2005) A comparison between two electronic apex locators: an in vivo investigation. *International Endodontic Journal* 38, 36-45.
41. Weine FS (1982) *Endodontic Therapy*, 3rd edn. St. Louis, USA: CV Mosby Co, pp. 256-340.
42. Woolley LH, Woodworth J, Dobbs JL (1974) A preliminary evaluation of the effects of electrical pulp testers on dogs with artificial pacemakers. *Journal of the American Dental Association* 89, 1099-101.
43. Wrbas KT, Ziegler AA, Altenburger MJ, Schirmeister JF (2006) In vivo comparison of working length determination with two electronic apex locators. *International Endodontic Journal* 39, 1-6.
44. Wrbas KT, Ziegler AA, Altenburger MJ, Schirmeister JF (2007) In vivo comparison of working length determination with two electronic apex locators. *International Endodontic Journal*, 40, 133-138.

Nikel - Titanyum döner alet sistemleri ve şekillendirme yöntemleri

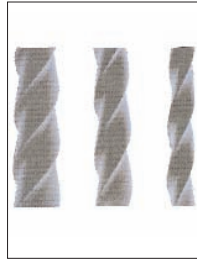
Endodontik tedavinin başarısı, kök kanallarının orjinal formuna uygun olarak şekillendirilip, dezenfekte edildikten sonra, inert, boyutsal değişiklik göstermeyen, biyolojik olarak uyumlu bir kanal dolgu materyali ile fizyolojik foramen apikaleye kadar sızdırmaz bir şekilde üç boyutlu olarak doldurulmasına bağlıdır (1,4,5). Kanal tedavisinin başarısında en önemli rolü kök kanallarının temizlenmesi ve şekillendirilmesi oluşturmaktadır. Günümüze kadar daha etkili ve pratik bir temizleme ve şekillendirme yöntemi bulmak amacıyla pek çok çalışma gerçekleştirilmiştir. Çeşitli kanal aletleri ve şekillendirme yöntemleri dişhekimlerinin kullanımına sunulmuştur.

Ni-Ti eğeler 1980'lerin sonunda üretilmiştir. Temel olarak Ni-Ti alaşımların iki özelliği endodontide kullanımını sağlar; süperelastisite ve metal yorgunluğuna karşı yüksek direnç. Bu özellikleri sayesinde Ni-Ti eğeler kök kanallarının şekillendirilmesi sırasında kök kanalını takip ederek daha az perforasyona sebep olurlar. Paslanmaz çelik eğelerle karşılaştırılınca nikel-titanyum eğeler orijinal kanal şeklini korumada daha etkilidirler. Daha az ledge, apikal zip, kanal transportasyonu ve perforasyonu oluştururlar. Kırılma riskleri düşüktür ve daha hızlı enstrumantasyon yapılabilir. Kök kanalı içine girmeden önce eğeyi bükmeye gerek yoktur. Bunların yanında korozyona paslanmaz çelik eğelerden daha dirençlidir. Metal olarak hafif ve biyoyumludur. Isı iletimi aşırı derecede düşüktür (8,9).

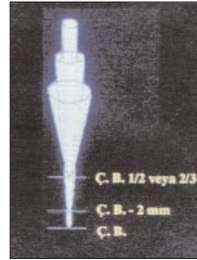
Ni-Ti Döner Alet Sistemlerinin Genel Özellikleri ve Kullanımlarında Dikkat Edilmesi Gerekenler

1990'ların başından beri, pek çok Ni-Ti döner alet sistemleri endodonti pratiğinde kullanılmıştır (2). Bu sistemler genel olarak hem kök kanalının etkin ve hızlı şekillendirilmesini, hem de step down felsefesine uygun çalışma imkanı dişhekimlerine sunmaktadır.

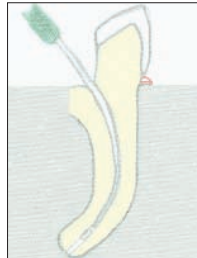
Bu sistemlerin, genelde sadece kuraldan kullanılan, %6 gibi geniş açılı olan kanal aletleri sayesinde, önce kuraldan kısım şekillendirilmekte böylece enfekte dokula-



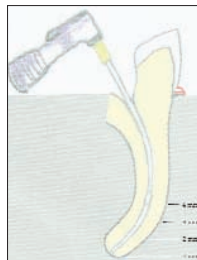
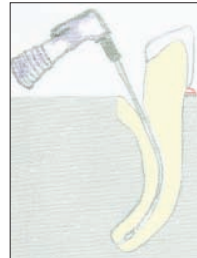
Şekil 1: Kanal aletlerinin elektron mikroskobu görüntüleri Şekil 2: Kanal aletlerinin kullanım bölgeleri



Şekil 3: Hero 642'de kullanılan redüksiyonlu angülrular Şekil 4: Çalışma uzunluğunun saptanması



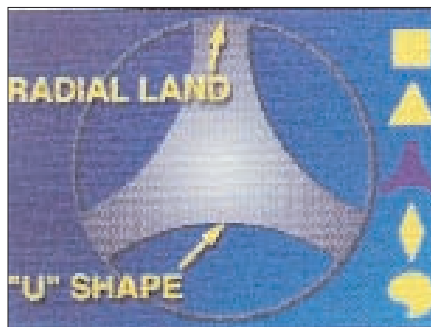
Şekil 5: Apikaleye kadar ulaşan ilk Lightspeed kanal aleti Şekil 6: Apikal kısımda kullanılan Lightspeed



Şekil 7: Lightspeed kanal aletinin kullanımı



Şekil 8: MAR ile 'recapitulation'



Şekil 9: ProFile kanal aletlerinin kesiti

rın apikal bölgeye itilmesi engellenmiş olmaktadır. Bu ayrıca bu bölgede yıkama so-lüsyonları için bir rezervuar oluşturarak so-lüsyonların etkinliğini arttırmaktadır (6).

Bu sistemlerde kullanılan kanal aletlerinin farklı kesitleri, uç genişlikleri ve dizaynları ve farklı kesim açıları vardır.

Kesim açısı, ProFile'da nötr ya da negatif. Bunun yanında ProTaper, HERO642, HeroShaper'da hafif pozitif, K3'te ise zip, perforasyon ve basamak riskini arttıran aşırı pozitif kesim açısı vardır.

Elastiklik ve kırılmaya direnç, farklı sistemlerde farklı gövde kalınlıkları vardır. Gövde kalınlığı arttıkça kırılmaya direnç artmakta fakat elastikiyet azalmaktadır.

Yiv aralığı ve debris çıkışı, yiv aralığı ne kadar çok olursa elastiklik o kadar artar. Birim alanda az keski olması debris kuralna-le yönlendirir.

Kök kanallarının şekillendirilmesinde kullanılan geleneksel el aletlerinde, kanal aletinin ucu ile shaft arasındaki %2'lik açı; Ni-Ti döner aletlerde %4, %6 ve üzerinde olmaktadır (şekil 1). Bu açı artışı, kök kanallarının şekillendirilmesinde amaçlanan, en dar yeri fizyolojik foramen apikalede olan ve kuralna doğru gittikçe genişleyen konik şekilde bir form elde etmeye yardımcı olmaktadır (şekil 2) (6). Ayrıca ProTaper gibi bıçak kısmı boyunca değişken açı gösteren sistemler de vardır. Bu durum kanal aletinin her bir bölümünün kanalın spesifik bir bölgesini şekillendirmesini sağlar ve bıçak kısmını sabit açılı egedeki gibi bütün halinde kanala temas etmeyeceğinden alet üzerinde daha az stres birikimi ve daha düşük kırık riski oluşturur.

Şekillendirme sırasında meydana gelen debris döner alet yivleri aracılığıyla kuralnalden çıkar. Yiv aralığı genişledikçe debris çıkışı artar. Apikalden çıkan debris miktarı bakımından NiTi esaslı kanal aletleriyle uygulanan şekillendirme yöntemleri ile, paslanmaz çelik esaslı kanal aletleri ile uygulanan geleneksel yöntemleri karşılaştıran araştırmalar henüz yeterli sayıda değilse de; NiTi esaslı döner sistemlerin el ile ve itme çekme hareketiyle uygulanan geleneksel yöntemlere göre, apikalden daha az debris çıkışına neden oldukları bildirilmiştir. Yıl-

maz doktora çalışmasında, NiTiflex ile uygulanan step-down yönteminin ve NiTi döner ProFile 04-06 & Orofile Shaper sisteminin NiTi döner HERO 642 sisteminden daha fazla apikal debris çıkışına neden olduklarını bildirmiştir (15).

Döner alet sistemleriyle birlikte lubrikantlar, mekanik enstrümantasyon sırasında açığa çıkan debrisin süspansiyon içinde tutulması ve bulamaç haline getirilmesi için kullanılmaktadır. Yıkama solüsyonları lubrikant olarak sunulmasına rağmen pazara özel formunda özel maddeler de sunulmuştur. Bunlardan ikisi; EDTA ve urea peroksit içeren mum bazlı RC-Prep ve glikol bazlı Glyde'dir (2). Lubrikantların iddia edilen bir diğer özelliği endodontik el aletlerinin ya da döner aletlerin mekanik hareketinin kolaylaştırılmasıdır. Kesim etkinliğinde yıkamanın rolüyle ilgili bir araştırma; musluk suyu ve %2.5'lik NaOCl'in kuru çalışılması-

na kıyasla kesim etkinliğini arttırdığını bildirmiştir. Bu çalışmanın yazarları artan etkinlik faktörü olarak lubrikantın debris uzaklaştırma kabiliyetini kanıt olarak göstermişlerdir. Benzer olarak, güncel çalışmalarda ProFile ve ProTaper enstrümanlarla yıkama altında çalışıldığında tork derecesinde azalma olduğu bulunmuştur (7).

Döner aletlerle kök kanalı şekillendirme sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli özelliklerden birisi basınç yapmadan çalışmaktır. Kök kanalı içindeki aletin kontrolü her zaman hekimin elinde olmalıdır. Kök kanalı içindeki alet, bastırılmadan, pasif basınçla uygulanmalıdır. Yani, kök kanalı içinde bir dirençle karşılaşıldığında kanal aleti hemen geri çekilmelidir. Kök kanalı içinde çok küçük pasif basınçlarla ileri-geri çalışmalıdır. Kalsifiye kanallarda kullanılmamalıdır (6).

Şekillendirme sırasında kanal aletleri

kanal içinde 10sn.'den fazla çalıştırılmamalıdır. Kanal içinde asla durdurulmamalıdır. Her kullanımdan sonra kanal aleti üzerindeki yivler mikroskop altında incelenmeli, herhangi bir deformasyon görülürse tekrar kullanılmamalıdır (6).

Bütün Ni-Ti döner alet sistemlerinde belirli ve sabit bir devirde çalışması gerekir. 1990'ların başında ilk jenerasyon, basit elektrikli motorların kullanımından bu yana yeni tork kontrollü motorlar döner aletler için geliştirilmiştir. Redüksiyonlu elektrikli motorlar döner Ni-Ti sistemler için daha uygundur, çünkü sabit bir rpm (rotation per minute-dakikadaki dönme sayısı) düzeyi sağlarlar (2). Havalı motorlarla redüksiyonlu angldruva kontrolsüz bir uygulamadır. Tork kontrolü olmayacağından diş fazla kuvvet uygulanması ya da aletin şekillendirme sırasında durması söz konusu olabilir (şekil 3).

Lightspeed sistemi

1990'ların başlarında Dr.Steve Senia ve Dr.William Wildey tarafından geliştirilmiştir. Canal Master U sisteminin nikel-titanyum versiyonudur. Kesit şekli 3 yuvarlak girinti gösteren U şeklindedir.

20 numaradan 100 numaraya yarım numaraları da içeren 25 enstrümandan oluşan bir settir.

Tavsiye edilen çalışma hızı 1500-2000 devir/dakikadır.

Uzun, ince kesmeyen bir shaft ve 0,25-2

mm'lik kesici uç kısımdan oluşmaktadır. İnce, kesici olmayan shaftı sayesinde çok esneklik. Bu sayede çok daha yüksek rotasyon hızlarında daha az metal yorgunluğu oluşmaktadır.

Bütün LightSpeed enstrümanlar keskin olmayan yuvarlak uça bitir. Uç uzunluğu enstrüman numarası büyüdükçe artar ve esneklik azalır.

LightSpeed sistemi hakkında çok fazla çalışma vardır. Pek çok çalışmada kanal

transportasyonu ve şekillendirme hatalarına çok az rastlandığı gösterilmiştir.

Diğer Ni-Ti sistemlerden farklı olarak step-back yöntemiyle şekillendirme yapılır (2,6,11,3).

Şekillendirme Prosedürü

- Kural giriş kavitesi hazırlanır.
- Çalışma boyu 15 numaralı k-file ile hesaplanır (şekil 4).
- Apikal preparasyona başlamadan önce foramen apikalenin genişliği Master Apikal



Şekil 10: Şekillendirmeye Orifice Shaper #3 ile başlanıyor



Şekil 11: Orifice Shaper #2 ile devam ediliyor



Şekil 12: .06/25 ile dirençle karşılaşılan yere kadar şekillendirme yapılır



Şekil 13: .06/20 ile dirençle karşılaşılan yere kadar şekillendirme yapılır



Şekil 14: .04/25 ile dirençle karşılaşılan yere kadar şekillendirme yapılır



Şekil 15: Çalışma uzunluğu saptanıyor

Rotary (MAR) listesine bakılarak hesaplanır.

- Kanala sıkıca yerleşebilen ilk enstrüman yani First Lightspeed Size to Bend (FSLB) ile mekanik şekillendirmeye başlanır (şekil 5).

- MAR'a ulaşıncaya kadar enstrümanlar sırası ile kullanılarak şekillendirme yapılır (şekil 6).

- Apikal kısmın şekillendirmesi tamamlanınca step-back tekniği uygulanarak kök kanalının orta ve kural kısmı şekillendirilir (şekil 7).

- MAR ile rekapitulasyon yapılır ve irrigasyon uygulaması şarttır (şekil 8).

- MAR Listesi (tahmin edilen FLSB ve MAR no'ları) Maksilla (Tablo 1)

	FLSB no	MAR no	
Maksilla (Tablo 1)	santral	45	70
	lateral	35	60
	kanin	35	60
	1.premolar	35	60
	2.premolar	30	50
	1.molar	25(bukkal) 30(palatinal)	40(bukkal) 50(pal.)
	2.molar	25(bukkal) 30(palatinal)	40(bukkal) 50(pal.)

	FLSB no	MAR no	
Mandibula (Tablo 2)	Kesiciler	30	60
	Kanin	30	55
	1.premolar	30	55
	2.premolar	30	55
	1.molar	25(mesial) 30(distal)	40(mesial) 50(distal)
	2.molar	25(mesial) 30(distal)	45(mesial) 50(distal)



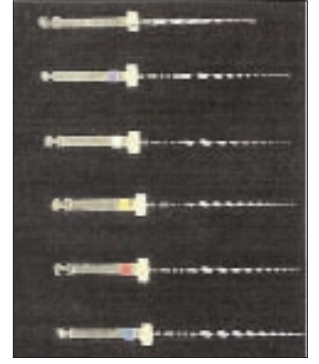
Şekil 16: .06/20 ile çalışma uzunluğunda şekillendirme yapılıp



Şekil 17: .04/25 apikalde yeterli şekillendirmeyi yapamazsa .04/30, .04/35 ile şekillendirmeye çalışma uzunluğunda devam edilir



Şekil 18: .06/20 ile çalışma uzunluğunda şekillendirme yapılarak yöntem sonlandırılır



Şekil 19: ProTaper sistemde kullanılan toplam 6 adet kanal aleti

ProFile sistemi

1994 yılında Dr. Ben Johnson tarafından tanımlanmış bir sistemdir.

ProFile'in kesiti radial alanları olan U şeklinde bir kesittir (şekil 9).

Mermi şeklinde keskin olmayan uca sahiptir. Nötr ya da hafif negatif kesim açısı vardır. Bu da kesmekten çok yüzeyi sıyırmasına sebep olur. Debrisi yivleri sayesinde kurala yönlendirir.

Önerilen rotasyon hızı 150-300 devir/dakikadır. Sabit deviri sağlamak için elektrikli motorların kullanımı havalı motorlardan daha etkindir.

Bu sistem her biri farklı boyutta dört tür kanal aletinden oluşmaktadır.

ProFile Oriface Shapers (17- 19mm)

ProFile Rotary Instrument System (21, 25, 30 mm)

ProFile Series 29 (21, 25, 30 mm)

ProFile GT Rotary Instrument System (21, 25, 30 mm)

ProFile Oriface Shapers, kök kanalının kural bölümünün hazırlanmasında, post yerleştirilmesinden önce veya retreatment olgularında güta-perka ve sealer'ı uzaklaştırmakta kullanılır.

Bu dört aletin ve .02 açılı ProFile el aletleri

nin kendi aralarında kombine kullanımları sonucu dört tane ProFile şekillendirme yöntemi ortaya çıkmıştır (2,6,10).

ProFile .02 El aletleri ve ProFile .05 ile şekillendirme yöntemi

ProFile .04 ve .06 şekillendirme yöntemi
ProFile .04 / .06 ve Oriface Shapers ile şekillendirme yöntemi

ProFile GT ve .04 ile şekillendirme yöntemi

Şekillendirme Prosedürü

Bu yöntemlerden en çok kullanılanı ProFile .04/.06 ve Oriface Shaper ile şekillendirme yöntemidir.

Bu yöntem dört aşamadan oluşur.

Crown-Down Aşaması

- Preoperatif radyografiye bakılarak tahmini çalışma boyu hesaplanır.

- Bu aşamada amaç tahmini çalışma boyundan 3mm kısalıktaki noktaya kadar şekillendirme yapmaktır.

- ProFile oriface shaper no:3 (.06/40) ve ProFile Oriface Shaper no:2 (.06/30) sırası ile kullanılır (şekil 10-11).

- ProFile .06/25 ve ProFile .06/20, kök kanalı içinde ileri geri küçük hareketlerle,

dirençle karşılaşınca kadar ilerlenir (şekil 12-13)

- ProFile .04/20 ile gerçek çalışma boyuna 3mm kadar yaklaşılır (şekil 14).

Gerçek çalışma uzunluğunu hesaplanması

- 10 veya 15 no'lu geleneksel K-file eğelerle saptanır (şekil 15).

- Gerçek çalışma boyu hesaplandıktan sonra crown-down işlemi tamamlanır.

Apikal şekillendirme

- ProFile .04/20 ve ProFile .04/25 ile gerçek çalışma boyunda şekillendirme yapılır. Böylece crown-down işlemi tamamlanır (şekil 16).

- Eğer apikaldeki bu şekillendirme yeterli görülmezse ProFile .04/30 ve ProFile .04/35 sırasıyla kullanılarak genişletme yapılabilir (şekil 17).

Final şekillendirme

- ProFile .06/20 ile gerçek çalışma boyunda yapılır. Son şekillendirmede gerekiyorsa daha büyük aletler kullanılabilir (şekil 18).

Protaper sistemi

ProTaper döner alet sistemi Dr. Cliff Ruddle, Dr. John West ve Dr. Pierre Machton tarafından dizayn edilmiştir. Bu sistem 3 şekillendirici (SX, S1, S2), 3 tane bitirici (F1, F2, F3) olmak üzere temelde 6 enstürmana dayanmaktadır (şekil 19). ProTaper'ın uç dizaynı keskin olmayan modifiye aktif uçtur. Kesiti üçgen konvektir. Bu sayede kanal aleti ile dentin arasındaki kontak açısı azalır ve kesme etkinliği artar.

Dizaynını diğer sistemlerden farklı kılan özelliği, bıçağının uzun eksen boyunca değişen açılar içermesidir. Şekillendirici eğeler kuronale doğru artan açı içerirken, bitirici eğelerde kuronaldeki açı daha küçüktür. Bu sayede şekillendirici eğeler kuronal kısmın şekillendirilmesinde daha etkin, bitiriciler apikal kısımda etkindir.

1. Yardımcı şekillendirici kanal aleti (SX)

SX kanal aleti, şekillendirme işleminin başında uzun ve orta uzunlukta kanalların kuronal kısmın şekillendirilmesinde Gates Glidden frezler gibi rol oynar. Ayrıca kısa kanallarda şekillendirme işleminde kullanılır.

2. Şekillendirici kanal aletleri (S1, S2)

S1 ve S2 öncelikle kanalın kuronal ve orta 1/3'ünün şekillendirilmesinde kullanılır. Aynı zamanda bitirici kanal aletlerinden önce çalışma uzunluğunda kullanılır.

3. Bitirici kanal aletleri (F1, F2, F3)

Bu aletlerle çalışma boyunda çalışılır. Bunlar apikal 1/3'ün şekillendirilmesinde aktiftir. Kanalın anatomisine göre şekillendirici eğelerden sonra bitirici kanal aletlerinin sadece birini kullanarak kanal şekillendirme işlemi tamamlanabilir.

Bitirici eğelerin kesme etkinlikle fazla olduğundan bunlarla bir kere fizyolojik foramen apikaleye ulaşıldıktan sonra alet kanaldan çıkarılır. Günümüzde bu kanal aletlerine daha geniş kanallarda da kullanılabilmesi için F4, F5 bitirici kanal aletleri eklenmiştir. Ayrıca üretici firma, döner aletlerle aynı dizaynda el aletlerini ve retreatment için 3 eğeden oluşan (D1, D2, D3) kanal aletlerini de kullanıma sunmuştur.

ProTaper sisteminin çalışma prensipleri

döner alet sistemlerinin genel çalışma prensipleriyle uyum göstermektedir. Şekillendirme sırasında hızın 250-350 devir/dakika olmasına dikkat edilmelidir (2,6,12).

Uzun ve Orta Uzunlukta Kök Kanallarında Şekillendirme Prosedürü

• S1 kanal aletiyle kuronal ve orta 1/3'te kalacak şekilde şekillendirme yapılır. Opsiyonel olarak S2'de aynı şekilde kullanılabilir (şekil 20).

• Çalışma boyu belirlenir (şekil 21).

• S1 ile çalışma boyunda şekillendirme yapılır (şekil 22).

• S2 ile çalışma boyunda şekillendirme yapılır (şekil 23).

• F1 ile çalışma boyunda şekillendirme yapılır (şekil 24).

• 20 numaralı el aleti kanala yerleştirilir.

20 numaralı ege çalışma boyunda ilerliyor, 25 numaralı ege daha geride kalıyorsa şekillendirme tamamlanmış demektir (şekil 25,26,27).

• Fakat eğer fizyolojik foramen apikale 20 numaralı kanal aletinden geniş ya da fazla şekillendirildiyse 25 numaralı kanal aleti de çalışma uzunluğuna ilerleyecektir. Bu durumda F2 ile çalışma boyunda şekillendirme yapılır (şekil 28,29,30).

• 25 numaralı kanal aleti çalışma uzunluğunda ilerliyor, 30 numara ilerlemiyorsa şekillendirme sona erdirilir (şekil 31).

• 30 numaralı alet de çalışma boyuna ilerliyorsa F3 kullanılır.

Kısa Kök Kanallarındaki Şekillendirme Prosedürü

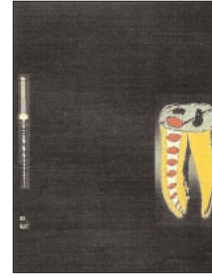
• SX ile fizyolojik foramen apikaleye 2,3 mm. kalana kadar yaklaşılır (şekil 32).

• El aleti ile çalışma uzunluğu belirlenir (şekil 33).

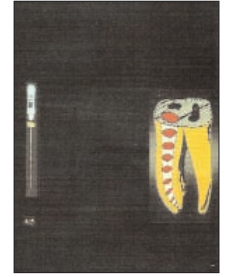
• SX kanal aletiyle çalışma boyunda şekillendirme yapılır (şekil 34).

• F1 kanal aletiyle çalışma boyunda şekillendirme yapılır (şekil 35).

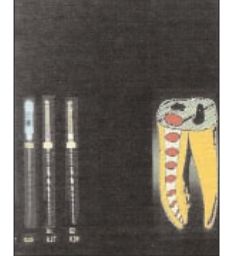
• 20 numaralı kanal aleti fizyolojik foramen apikaleye uzanıyorsa şekillendirme bitirilir.



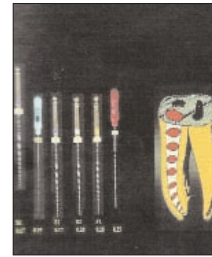
Şekil 20: S1 kanal aleti ile tahmini uzunlukta şekillendirme yapılır Şekil 21: Çalışma uzunluğu saptanır



Şekil 22: S1 kanal aleti ile çalışma uzunluğunda şekillendirme yapılır Şekil 23: S2 kanal aleti ile çalışma uzunluğunda şekillendirme yapılır



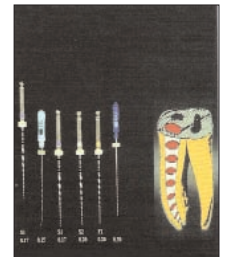
Şekil 24: F1 kanal aleti ile tahmini uzunlukta şekillendirme yapılır Şekil 25: 20 nolu kanal aleti fizyolojik foramen apikaleye oturuyorsa şekillendirme son verilir.



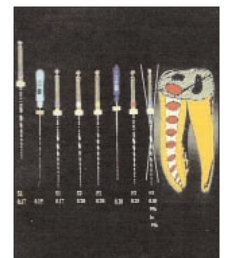
Şekil 26: Bu durumda 25 nolu kanal aletinin fizyolojik foramen apikaleye ulaşamaması gerekir Şekil 27: Bu durumda F2 kanal aleti kullanılmaz



Şekil 28: 25 nolu kanal aleti fizyolojik foramen apikaleye kadar ilerliyorsa Şekil 29: 25 nolu kanal aleti fizyolojik foramen apikaleye kadar ilerlemiyorsa



Şekil 30: F2 kanal aleti çalışma uzunluğunda şekillendirme yapılır Şekil 31: F2 kanal aleti kullanılmaz



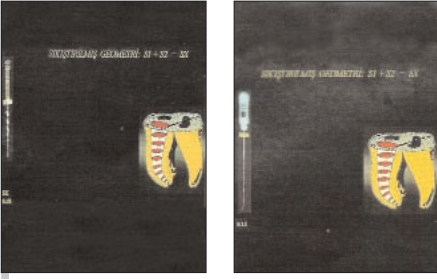
HERO642 sistemi

Micro-Mega firması tarafından üretilmektedir. Birinci jenerasyon rotary sistemler nötral veya hafif negatif kesme açlarına sahiptirler. İkinci jenerasyon sistemler arasında yer alan HERO642 sistemi ise çok daha iyi kesme verimliliği sağlayan pozitif kesme açısına sahiptir.

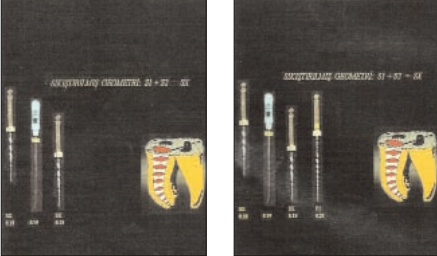
Eğeler nispeten esneklerdir fakat kesme bölgelerinde eşit bir kuvvet dağıtımını sür-

dürmektedirler. HERO eğeleri, diğer döner sistemlere benzer olarak, kesen yivli bir bölgeye ve de kesmeyen pasif bir uca sahiptirler. Eğeler renkli olarak kodlandırılmışlardır. HERO642 yöntemi "High Elasticity in Rotation" tanımınının kısaltılmışıdır. 642 rakamı ise sistemde kullanılan eğelerin .02, .04, ve .06 koniklik açılarından gelmektedir.

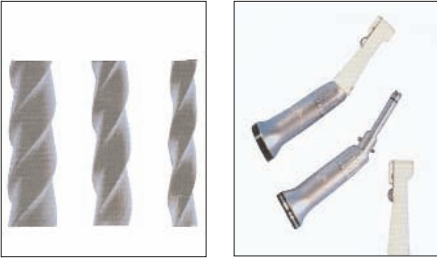
HERO642 sisteminde kullanılan Ni-Ti



Şekil 32: Sx kanalı aletiyle tahmini uzunlukta şekillendirme yapılır. Şekil 33: Çalışma uzunluğu saptanır.



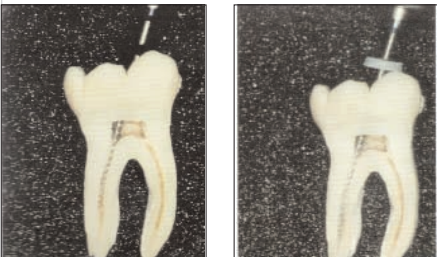
Şekil 34: Sx kanalı aletiyle çalışma uzunluğunda şekillendirme yapılır. Şekil 35: F1 kanalı aleti ile çalışma uzunluğunda şekillendirme yapılır.



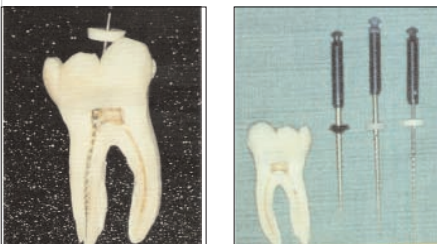
Şekil 36: Kanal aletlerinin elektron mikroskobu görüntüleri. Şekil 37: Hero 642'de kullanılan Redüksiyonlu angldruvalar.



Şekil 38: Hero 642'nin kullanım kolaylığı da sağlayan endo-box'ı. Şekil 39: Kolay kök kanallarının şekillendirilmesinde izlenecek yol.



Şekil 40: .06 açılı 30 nolu kanalı aletiyle kuronal ve orta 1/3'lük kısmın şekillendirilmesi. Şekil 41: .04 açılı 30 nolu kanalı aletiyle 2-3 mm'lik mesafe şekillendirme.



Şekil 42: .02 açılı 30 nolu kanalı aletiyle çalışma uzunluğunda şekillendirilmesi. Şekil 43: Şekillendirme işlemi üç kanalı aleti kullanılarak bitirilebilir.

eğeler radial alanları bulunmayan H-fille geometrisine benzemektedirler. Sistemde kullanılan eğelerin numaraları #20 ila #45 arasında, koniklik açıları ise .02, .04, .06 arasında değişmektedir (Şekil 36).

Sistemde 300-600 devir/dakika hızda, saat yönünde rotasyon yapan özel yeşil kuşaklı angldruvalar kullanılmaktadır. Bu angldruvalar 1:100, 1:75 ve 1:50 redüksiyonlu olarak paslanmaz çelikten veya özel plastikten değiştirilebilen çeşitleriyle piyasaya sunulmuştur (Şekil 37).

HERO 642 özel HERO endobox veya plakette halinde piyasada bulunmaktadır (Şekil 38). Eğelerin yedekleri asorti ve sorti takımlar olarak satılmaktadır.

Asorti takımın içerisinde farklı numaralı ve koniklik açılı 9 adet kanalı aleti bulunmaktadır.

- 20# 02, 04, 06 açılı
- 25# 02, 04, 06 açılı
- 30# 02, 04, 06 açılı

02 ve 04 açılı aletler 21mm ve 25mm uzunluklarda 06 açılı olanlar ise sadece 21 mm olarak bulunmaktadır.

Sorti takımında ise aynı numara, koniklik açısı ve uzunlukta 6 adet kanalı aleti bulunmaktadır.

HERO642 sisteminde çalışma prensibi olarak kuron-down tekniği kullanılmaktadır fakat bu yöntemden farklı olarak kanalı açıklığı kontrol etmek için ince bir kanalı aleti ile fizyolojik foramen apikaleye ulaşmakta aynı zamanda çalışma uzunluğu saptanmaktadır (2,6,13).

Şekillendirme Prosedürü

HERO642 sistemi kök kanallarını kolay, orta zor ve zor olarak 3 şekilde tanımlamaktadır.

- Düz, geniş ve eğimi 10 dereceden az eğimi olan kanallar kolay
- 10 ila 25 derece arasındaki kanallar orta zor
- Dar ve 25 dereceden fazla eğimi olan kanallar zor olarak kabul edilmiştir.

HERO642'nin endobox'ındaki mavi, kırmızı ve sarı çizgiler hekimi yönlendirmekte böylece eğelerin izleneceği yol konusunda hekime yardımcı olmaktadır (Şekil 39).

Kolay Kök Kanallarında Şekillendirme Prosedürü

Bu tür kanallarda mavi çizgi izlenmektedir.

- 06 açılı mavi saplı(30#) eğe ile kuronal 1/3 ' lük kısmın ve diş geniş ise orta 1/3' lük kısmın şekillendirilmesi yapılır.(şekil 40)
- Daha sonra 04 açılı mavi saplı eğe ile kanalı aleti fizyolojik foramen apikaleye 2mm yaklaşacak biçimde şekillendirme ya-

pılır.(şekil 41)

- En son olarak mavi saplı 02 açılı eğe ile çalışma boyunda şekillendirme yapılır.(şekil42)

- Eğer mavi saplı 02 açılı kanalı aleti ile yapılan şekillendirme yeterli görülmezse 02 açılı 35, 40, 45 numaralı aletlerle şekillendirmeye devam edilir.

Şekillendirme sırasında her eğe değişiminde 2cc yıkama solüsyonu kullanılır. Kolay kök kanallarında standart olarak 3 eğe (06,04,02 açılı 30#) kullanılmaktadır. (Şekil 43)

Orta Zorluktaki Kök Kanallarında Şekillendirme Prosedürü

Bu tür kanallarda kırmızı çizgi izlenmektedir (Şekil 44).

- 06 açılı kırmızı saplı(25#) kanalı aleti kuronal ve mümkünse orta 1/3 te kullanılır (Şekil 45).
- 04 açılı kırmızı saplı kanalı aleti ile fizyolojik foramen apikaleye 2mm yaklaşacak biçimde şekillendirme yapılır (Şekil 46).

- 02 açılı kırmızı saplı kanalı aleti ile çalışma boyunda şekillendirme yapılır (Şekil 47).

- 04 açılı mavi saplı kanalı aleti ile apikale 2 mm yaklaşacak biçimde şekillendirme yapılır (Şekil 48).

- Son olarak mavi saplı 02 açılı kanalı aleti ile çalışma boyunda şekillendirme yapılır (Şekil 49).

- Eğer mavi saplı (30#) kanalı aleti ile yapılan şekillendirme yeterli görülmez ise 02 açılı 35, 40 ve 45 numaralı kanalı aletleri ile şekillendirme tamamlanır.

Her kanalı aleti değişiminde mutlaka 2cc yıkama solüsyonu kullanılır. Orta zorluktaki kök kanallarında standart olarak 5 adet kanalı aleti kullanılır (Şekil 50).

Zor Kök Kanallarında Şekillendirme Prosedürü

Bu tür kanallarda sarı çizgi izlenmektedir (Şekil 51).

- 06 açılı sarı saplı (20#) kanalı aleti ile kuronal 1/3'te eğer bu bölgede pasif şekillendirme yapıyorsa orta 1/3'e ilerlenir. Bu aletler fazla esnek olmadıklarından prensip olarak ilk eğiminin olduğu yerden daha fazla ilerlenmemelidir. Aksi takdirde kanalı içerisinde perforasyon veya çentik yapabilirler.

- 04 açılı sarı saplı kanalı aleti ile fizyolojik foramen apikaleye 2mm kalıncaya kadar şekillendirmeye devam edilir.
- 02 açılı sarı saplı kanalı aleti ile çalışma boyunda şekillendirme yapılır.
- 04 açılı kırmızı saplı kanalı aleti ile fizyolojik foramen apikaleye 2mm kalacak bi-

çimde şekillendirme yapılır.

- 02 açılı kırmızı saplı kanal aleti ile çalışma boyunca şekillendirme yapılır.
- Son olarak 02 açılı mavi saplı kanal aleti ile çalışma boyunca şekillendirme yapılır.
- Eğer mavi 02 açılı yeterli görülüyorsa

Hero Shaper sistemi

HERO642 gibi Micro-Mega firması tarafından üretilmektedir. HERO642' den farkı %2 koniklik açısı olan eğelerin bulunmaması, kanal aletlerinin bıçak tasarımındaki ve çapraz kesitlerindeki değişikliklerdir (Şekil 53,54). Bu yeni kesit ile pozitif kesim açısının ve performansın daha iyi olduğu iddia edilmektedir.

Hero Shaper sisteminde 04 ve 06 açılı 20, 25 ve 30 (Şekil 55,56) numara kanal aletleri bulunmaktadır. Aletlerin saplarında kaç numara olduklarını bildiren renk kodları bulunmaktadır. 04 açılı kanal aletleri 21, 25 ve 29 mm'lik boylarda, 06 açılı ise yalnızca 21 mm uzunluğunda üretilmişlerdir. Kök kanalının kural kısmı 06 açılı eğelerle, apikal kısmı ise 04 açılı eğelerle şekillendirilmektedir.

HeroShaper sisteminin de HERO642 sistemindeki gibi kendi endobox'ı bulunmaktadır (Şekil 57).

K3 sistemine benzer olarak HeroShaper sistemindeki eğelerde pozitif kesme açısına, büyük bir ana kısma ve 3 kesici bıçağa sahiptir. Üretici firmanın bildirdiğine göre değişken sarmal bıçaklar ve kesici kısımların uzunluğu bu sisteme çok iyi bir kesme verimliliği ve esneklik sağlamaktadır. Bu değişken bıçaklar sayesinde alet kanalın içerisinde sıkışmamaktadır.

Kök kanalının şekillendirilmesi sırasında dairesel teknik kullanıldığında ideal bir şekillendirilme elde edilmektedir. Sistemin kural kısmı çok iyi şekillendirmesi sayesinde irrigasyon iğnesi kanalın apikal kısmına daha rahat ulaşmakta böylece daha verimli bir irrigasyon elde edilmektedir.

Apikal kısmın 04 açılı 30 # eğe ile şekillendirilmesi güta-perka master konularının apikal kısma rahatça ulaşabilmesine olanak sağlamakta böylece kök kanalının tamamen ve sıkı bir biçimde doldurulması sağlanmaktadır.

Çalışma sırasında 300-600 devir/dakika hız tavsiye edilmektedir.

HeroShaper sistemi HERO642 deki gibi redüksiyonlu bir angldruva ile kullanılmaktadır.

HeroShaper sistemi istenildiği takdirde 2001 yılında geliştirilen InGet isimli angldruva ile uyumlu eğelerle satılmakta-

35,40,45 numaralı 02 açılı kanal aletleriyle şekillendirme tamamlanır.

Her kanal aleti değişiminde mutlaka 2cc yıkama solüsyonu kullanılır. Zor kök kanallarında standart olarak 6 adet kanal aleti kullanılır (Şekil 52).

dır. InGet 6,5 mm çapında ve 7,5 mm yüksekliğinde baş kısmı bulunan bir angldruvadır. Standart redüksiyonlu angldruvalardan küçük olması sayesinde çalışma esnasında ve aleti kanala yerleştirirken özellikle posterior dişlerde kolaylık sağlamaktadır (2,6,13).

Şekillendirme Prosedürü

HeroShaper sistemi kök kanallarını kolay, orta zor ve zor olarak 3 şekilde tanımlamaktadır.

- Düz, geniş ve eğimi 10 dereceden az eğimi olan kanallar kolay
- 10 ila 25 derece arasındaki kanallar orta zor
- Dar ve 25 dereceden fazla eğimi olan kanallar zor olarak kabul edilmiştir.

Kolay Kök Kanallarında Şekillendirme Prosedürü

- Çalışma uzunluğu saptanır ve %6 açılı 30 numara (mavi çizgili) kanal aleti ile kural ve orta 1/3'lük kısımlarda şekillendirme yapılır. Apikal 1/3'e girilmez.
- Son olarak %4 açılı 30 numara ile çalışma uzunluğunda şekillendirme yapılır.

Toplam 2 kanal aleti ile şekillendirme tamamlanır (Şekil 58,59).

Orta Zorluktaki Kök Kanallarında Şekillendirme Prosedürü

- Çalışma uzunluğu saptandıktan sonra %6 açılı kanal aleti ile kural ve orta 1/3 te şekillendirme yapılır.
- %4 açılı 25 numaralı (kırmızı halkalı) kanal aleti ile çalışma uzunluğunda şekillendirme yapılır.

• Son olarak %4 açılı 30 numara kanal aleti ile çalışma uzunluğunda şekillendirme tamamlanır.

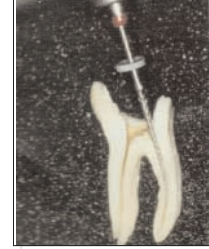
Toplam 3 kanal aleti ile şekillendirme tamamlanır (Şekil 60,61).

Zor Kök Kanallarında Şekillendirme Prosedürü

- Çalışma uzunluğu saptandıktan sonra %6 açılı 20 numara (sarı halkalı) kanal aleti ile kural ve orta 1/3'te şekillendirme yapılır.
- %4 açılı 20 numaralı kanal aleti ile çalışma boyunca şekillendirme yapılır.



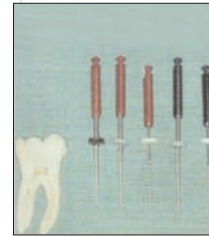
Şekil 44: Orta zorluktaki kök kanalının şekillendirilmesinde izlenecek yol. Şekil 45: .06 açılı 30 nolu kanal kural ve orta 1/3'lük kısmın şekillendirilmesi



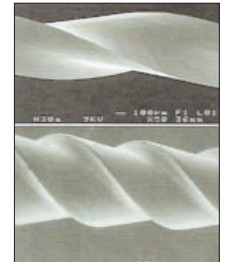
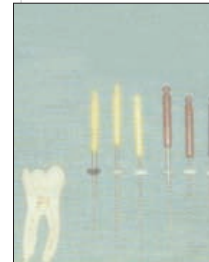
Şekil 46: .04 açılı 25 nolu 2-3 mm'lik mesafede yapılan şekillendirme. Şekil 47: .02 açılı 25 nolu kanal aletiyle çalışma uzunluğunda şekillendirme



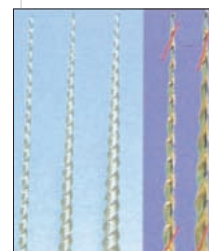
Şekil 48: .04 açılı 30 nolu kanal aletiyle çalışma uzunluğunda şekillendirme. Şekil 49: .02 açılı 30 nolu kanal aletiyle çalışma uzunluğunda şekillendirme



Şekil 50: Şekillendirme işlemi 5 kanal aleti kullanılarak bitirilebilir. Şekil 51: Zor kök kanalının şekillendirilmesinde izlenecek yol



Şekil 52: Şekillendirme işlemi 6 kanal aleti kullanılarak bitirilebilir. Şekil 53: Hero Shaper ve Hero 642 kanal aletlerinin yapılarının karşılaştırılması



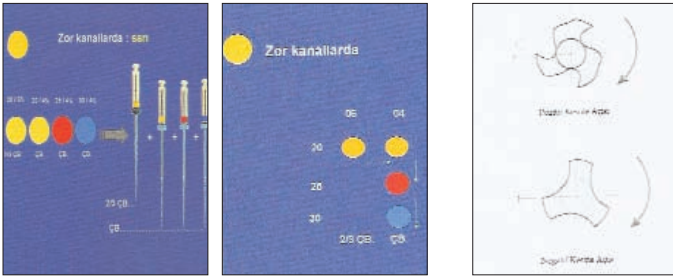
Şekil 54: Hero Shaper ve Hero 642 kanal aletlerinin konisite ve yapısının karşılaştırılması. Şekil 55: Hero Shaper sisteminde kullanılan .06 açılı kanal aletleri



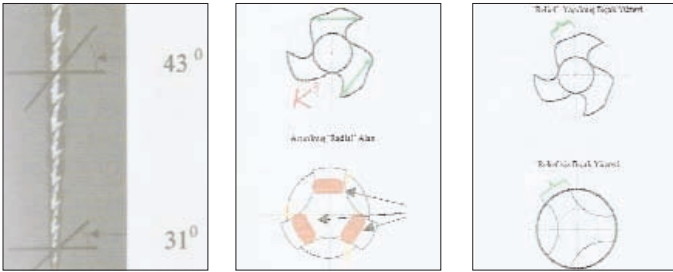
Şekil 56: Hero Shaper sisteminde kullanılan .04 açılı kanca aleti Şekil 57: Hero Shaper 'endo-box' Şekil 58: Hero Shaper sisteminde kolay kanallarda kullanım sırası



Şekil 59: Kolay kök kanallarda kullanım yolunun 'Endo-box'ta görünümü Şekil 60: Orta zorluktaki kök kanallarının kullanım sırası Şekil 61: Orta zorluktaki kök kanallarında kullanım yolunun 'Endo-box'ta görünümü



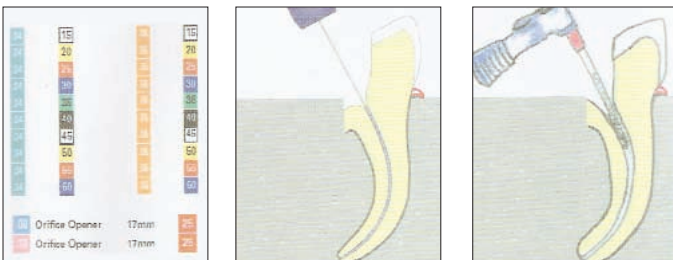
Şekil 62: Zor kök kanallarında kullanım sırası Şekil 63: Zor kök kanallarında kullanım yolunun 'Endo-box'ta görünümü Şekil 64: K3 sisteminin pozitif eğim açısı



Şekil 65: K3 sisteminin değişken sarmal açısı içeren kanal aleti Şekil 66: K3 sisteminde 'radial' alan Şekil 67: K3 sisteminde 'relief' yapılmış bıçak yüzeyi



Şekil 68: K3 sisteminde oluşturulan üçüncü 'radial' alan Şekil 69: K3 sisteminde değişken alet çapları içeren kanal aletleri Şekil 70: K3 sisteminde 'kanal aletleri üzerinde, alet açısını, numarasını ve aletin çalışma uzunluğunu gösteren işaretler



Şekil 71: K3 sistemin kanal aletlerinde kullanılan renkler Şekil 72: 10 nolu kanal aletiyle kök kanalını açıklığı kontrol edilir Şekil 73: 10 açılı Orifice Opener ile şekillendirme yapılır

- %4 açılı 25 numaralı kanal aleti ile çalışma boyunca şekillendirme yapılır.
- %4 açılı 30 numaralı kanal aleti ile çalışma boyunca şekillendirme tamamlanır.

Toplam 4 kanal aleti ile şekillendirme tamamlanır (Şekil 62,63).

Tüm şekillendirmelerde kanal aletlerinin değişimi sırasında 2cc yıkama solüsyonu kullanılmalıdır.

K3 sistemi

Kerr firması tarafında üretilmektedir. Dr. MacSpadden tarafından bulunan Quantec 2000, Quantec SC ve Quantec LX sistemlerinin devamı ve sonucusu K3 sistemidir. K3 ile Quantec sistemlerinin en önemli farklı K3 ün benzersiz kesitidir.

• Çalışma sırasında 250-300 devir/dakika hız ile sivri uçlu bir kalemle yazı yazılırken uygulanan kuvvet kadar kuvvet kullanılır.

• Çalışma sırasında kanal aletleri kanal içerisinde 5-7 saniyeden çok kalmamalıdır.

• Şekillendirmede step down yöntemi uygulanır.

• Şekillendirmede en kalın aletten en ince alete doğru ilerlenir.

Üretici firmanın bildirdiğine göre K3 sistemi diğer sistemlerden bazı farklılıklara sahiptir.

Pozitif kesme açısı: Diğer sistemlerdeki negatif kesme açısı dentini kesmekten çok parçalamaya neden olmaktadır. Pozitif kesme açısı sayesinde aletin kesme verimliliği artmaktadır (Şekil 64).

Değişken sarmal açısı: Değişken sarmal açısı sayesinde kesilen dentinden çıkan debrisler bıçakların arasını tıkamadan kuronal yöne doğru hareket etmekte böylece kanal aleti ile kanal duvarı arasındaki gerilim azalmaktadır (Şekil 65).

Geniş 'radial' alan: Aletlerin bıçaklarını destekleyen kısmına radial alan denmektedir. K3 sisteminde kırılmayı azaltmak için yüzeysel bir radial alan kullanılmıştır. Bıçak kütlelerinin artırılması ise çatlakların yayılmasını engellemekte, bükülme stresinden doğabilecek kırılma ve deformasyon şansını azaltmaktadır (Şekil 66).

'Relief radial' alan: Aletin kırılmalara karşı olan dayanıklılığı, kanal duvarıyla temas eden 'radial' alanın miktarıyla orantılıdır. Temas eden radial alan ne kadar çok olursa, aletin kırılma riski o kadar artmaktadır. Bu sistemde radial alana relief yapılarak risk azaltılmıştır (Şekil 67).

Üçüncü Radial Alan: Aletin kanal içinde merkezi olarak hareket etmesini sağlayarak şekillendirme sırasında kanal anatomisinin bozulmamasını sağlamaktadır (Şekil 68).

Giriş Kolaylığı: K3 sistemindeki eğeler, kesici kısımlarının uzunluklarının diğer sistemdeki eğelerle aynı olmasına rağmen diğer sistemlerden 4mm kısadır. Böylece özellikle arka bölgelerde çalışma kolaylığı sağlamaktadır.

Değişken alet çapı: Çap koniklik açısı ile orantılı olarak değişmekte böylece esneklik ve daha uzun bir kesim sağlanmaktadır (Şekil 69).

Basitleştirilmiş renk kodları: K3 sisteminde 04 ve 06 olmak üzere 2 açılı eğeler bulunmaktadır. Yeşil 04 açılı tutuncu ise 06 açılı ifade etmektedir. Kanal aletinin üzerinde çift renk bandı bulunmaktadır. Üstteki kanal aletinin koniklik açısını alttaki yani kesici tarafa yakın kısımdaki bant kanal aletinin numarasını göstermektedir (Şekil 70,71).

Güvenli uç tasarımı: K3 sisteminin uç kısmı kesim yapma-

maktadır. Böylece kanal perforasyonu ve kanalda basamak oluşturulması gibi arzu edilmeyen komplikasyonlar engellenmektedir (2,6,14).

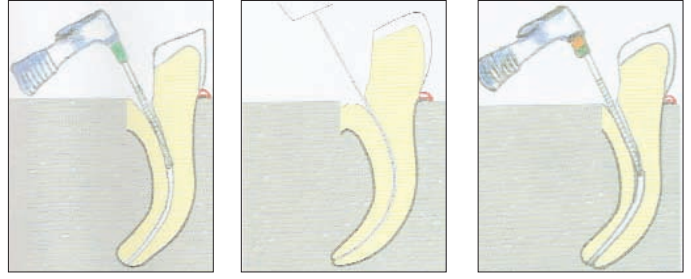
Şekillendirme Prosedürü

- 10 numaralı bir K-File eğe ile kök kanalının açık olup olmadığı kontrol edilir (Şekil 72).
- %10 koniklik açılı Orifice Opener (OO) ile birkaç mm ilerlenir (Şekil 73).
- Kanal ağızlarına EDTA uygulanır ve %8 açılı OO ile 3-4 mm ilerlenir (Şekil 74).
- Sodyum hipoklorit ile kanallar yıkandıktan sonra 10-15# K-File ile çalışma uzunluğu saptanır (Şekil 75).
- 35 numara %6 açılı kanal aleti ile şekillendirmeye başlanır. Sonra 06/30, 06/25, 06/20 numara kanal aletleriyle 06/20 numara kanal aleti çalışma uzunluğuna ulaşana kadar step-down işlemine devam edilir (Şekil 76,77,78,79).
- Çok dar, uzun ve eğri kök kanallarında %4 ve %6 açılı kanal aletleri beraber kullanılır.
- Böyle kanallarda OO'lar ile kural 1/3'lük kısım hazırlanır.
- Daha sonra 30 numara %6 açılı ve %4 açılı kanal aleti ile şekillendirme yapılır (Şekil 80,81).
- Sonra 25 numara %6 ve %4 açılı, 20 numara %6 ve %4 açılı kanal aletleri kullanılır (Şekil 82,83,84,85).
- Çalışma boyuna ulaşamazsa 10, 15, 20 numara K-File ile çalışma boyuna inilir ve yukarıdaki gibi sonlanır.

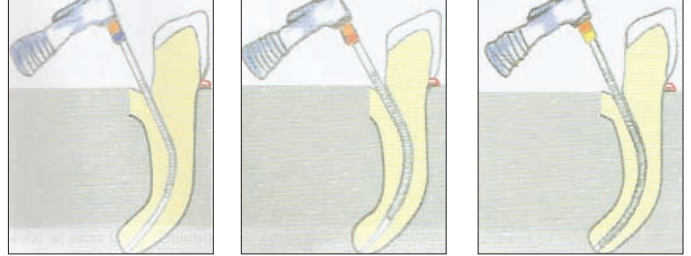
Ni-Ti döner alet sistemleri endodonti pratiğinde yeni bir dönem açmış gibi gözükmektedir. Bu sistemler bize, kısa sürede, eğri kanallar gibi anatomik zorluklarda bile, etkin kanal şekillendirmesi yapabilme olanağı sunarlar. Fakat bu aletlerin kanal içinde kırılmak ve çıkarılmamak gibi çeşitli riskleri vardır. Bu tip risklerden kaçınmak ve döner aletleri başarıyla kullanabilmek için ciddi bir ön hazırlık evresi gerekmektedir. Sistemlerin kullanım prosedürünü bilip bu bilgiler ışığında plastik bloklar ya da çekilmiş dişler üzerinde çalışmak hekimin sistemi tanımasını ve klinikte başarıyla uygulamasını sağlayacaktır.

Her sistemin farklı olumlu ve olumsuz özellikleri vardır. Sistemler arasında bir tercih düşünüldüğünde, hekimlerin mümkünse birkaç sistemi deneyip en etkin ve başarılı oldukları sistemi tercih etmeleri uygundur.

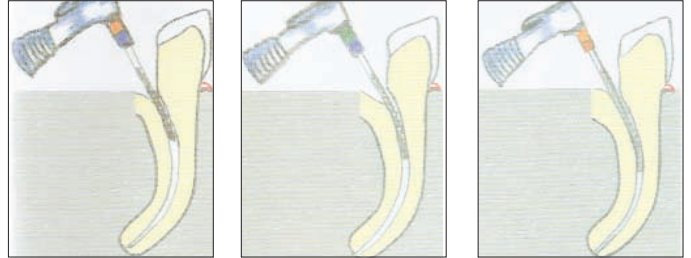
Bütün bunların yanında henüz hekimin bilgi ve becerisini arka planda bırakan ideal bir döner alet sistemi mevcut değildir. Bütün sistemlerin klinik pratiğinde etkisiz olduğu durumlar vardır. Burada el ile şekillendirmenin önemi ortaya çıkmaktadır. Pratikte hiçbir sistem el aletleri ile kombine edilmeden kul-



Şekil 74: .08 açılı Orifice Opener ile şekillendirme yapılır Şekil 75: Çalışma uzunluğu saptanır Şekil 76: .10 açılı 35 nolu kanal aletiyle şekillendirme yapılır



Şekil 77: .06 açılı 30 nolu kanal aletiyle şekillendirme yapılır Şekil 78: .06 açılı 25 nolu kanal aletiyle şekillendirme yapılır Şekil 79: .06 açılı 20 nolu kanal aletiyle çalışma uzunluğuna erişilir



Şekil 80: .06 açılı 30 nolu kanal aletiyle şekillendirme yapılır Şekil 81: .04 açılı 30 nolu kanal aletiyle şekillendirme yapılır Şekil 82: .06 açılı 25 nolu kanal aletiyle şekillendirme yapılır



Şekil 83: .04 açılı 25 nolu kanal aletiyle şekillendirme yapılır Şekil 84: .06 açılı 20 nolu kanal aletiyle şekillendirme yapılır Şekil 85: .04 açılı 20 nolu kanal aletiyle şekillendirmeye genellikle son verilir

lanılamamaktadır.

Dişhekimliğinde kullanılan hiçbir materyal, alet ya da sistemden mucize beklenmemelidir, bu sistemler bilinçli, birikimli ve yeniliklere açık hekimlerin elleriyle yaratacakları mucizeler için, sadece birer araçtır. <

KAYNAKLAR:

1. Bayırılı G.: Endodontik Tedavi, Taş Matbaası, İstanbul, 1985
2. Cohen S., Hargreaves K.M.: Pathways of the Pulp, 9th Edition, Mosby, 2006
3. E. Steve Senia, William L. Wildey. The LightSpeed root canal instrumentation system. Endodontic Topics 2005, Vol. 10, pp. 148-150.
4. Grossman: Endodontic Practice, 9th Edition, Philadelphia, 1978
5. Ingle J.I., Beveridge: Endodontics, 2nd Edition, Philadelphia, 1978
6. Küçükay E.S., Küçükay I., Yılmaz B.: Kök Kanalı Şekillendirme Yöntemleri, Promat, İstanbul, 2004
7. Peter OA, Boessler C, Zehnder M: Effect of liquid and paste type lubricants and torque values during simulated rotary root canal instrumentation, Int Endodontic J.38:223, 2005
8. Schrader C., Ackermann M., Barbakow F.: Step-by-step description of a rotary root canal preparation technique International Endodontic Journal 1999; 32: 312-320
9. Serene TP, Adams JD., Saxena A. Nickel-Titanium instruments applications in endodontics. Ishiyacu EuroAmerica, Inc. St. Louis, Tokyo 1995 s.1-110
10. www.dentsply.com
11. www.lightspeedusa.com
12. www.mallefer.com
13. www.micro-mega.com
14. www.sybronendo.com
15. Yılmaz B.: Farklı yakama yöntemleri ile birlikte düşük devirli mikromotorda ve elde kullanılan Ni-Ti esaslı kök kanal aletlerinin çıkardıkları apikal debris miktarlarının karşılaştırılması olarak incelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2001

Döner Alet Sistemleri

Döner alet sistemlerinde kullanılan dişlik firmaların önerdiği redüksiyonlu angldruvalar ve motorlar bu tabloya dahil edilmemiştir.

Ürünün Markası	Ürünün Adı	Çalışma Hızı (rpm)	Özel Motor Sistemi Var mı?	Redüksiyonlu Angldruvalarla Çalışıyor mu?	Auto Reverse Yapıyor mu?	Torklu mu?	Fiyat (Euro)	Türkiye Temsilcisi
MicroMega	Hero 642	300-600	Yok	Evet	Hayır	Hayır	650-900*	Güney Dental
MicroMega	Hero Shaper	300-600	Yok	Evet	Hayır	Hayır	650-900*	Güney Dental
VDW	M2	280	Yok	***	Evet	Evet	700**	Sarp Dental
Maillefer	ProFile	150-350	Var	Evet	Evet	Evet	1250 USD	Dentsply
Maillefer	ProTaper	250	Var	Evet	Evet	Evet	1250 USD	Dentsply

* Fiyatlar modele göre değişiyor.
** Angldruva + başlık seti fiyatı.
*** Kendisi redüksiyonlu

Türkiye'de piyasada bulunan Döner Alet Sistemleri ve Apex Locater'lar hakkında meslektaşlarımızın genel bir bilgi sahibi olabilmeleri amacıyla çeşitli bilgileri içeren bir tablo hazırladık. Temsilci firmaların zamanında yanıt vermemesi nedeniyle burada bulunmayan ürünler de olabilir. Belirtilen fiyatlara KDV dahil değildir.

Apex Locater'lar

Ürünün Markası	Fiyat	Türkiye Temsilcisi
Justy 2	700 USD	Güloğuz Diş Deposu
Maillefer Propex	1350 USD	Dentsply
Micro Mega	1150 EURO	Güney Dental
Morita Root ZX	1350 EURO	Sönmez Medikal
NSK İpex	900 USD	Lider Diş
NSK Japon	890 USD	Metek Teknik
RAF1 Root		
Apex Finder	350 USD	Onur Diş Deposu
Siroendo	2550 EURO	Benlioğlu
VDW Raypex 5	900 EURO	Sarp Dental
VDW Raypex 4	700 EURO	Sarp Dental

İMPLANTÜSTÜ PROTEZLER

Dişhekimliğinde dental implantların kullanımının artması, implant protezlerin özellikle total ve parsiyel dişsizliklerin tedavisinde alternatif bir yöntem haline gelmesine neden olmuştur.

Dişhekimliğinde dental implantların kullanımının artması, implant protezlerin özellikle total ve parsiyel dişsizliklerin tedavisinde alternatif bir yöntem haline gelmesine neden olmuştur. Doğal bir dişin desteklik kalitesine yakın özellikler göstermesi dolayısıyla dental implantlar her türlü protetik endikasyonda kullanılabilir. İmplant üstü protezler endikasyonlarına göre:

1- İmplant üstü sabit protezler

2- İmplant üstü hareketli protezler olarak sınıflandırılabilir.

SABİT PROTEZLER

İmplant üstü sabit protezler, parsiyel ve total dişsizlik vakalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Bir posterior dişsizlik vakasında yerleştirilecek implantların sayısı, boyutları ve konumu önemlidir. Bu durumda implant yerleştirilecek bölgede kemik miktarı ve kalitesi belirleyici faktördür. Minimum 10 mm uzunluğunda ve 4mm çapında implantlar yerleştiriliyorsa 3-4 üyeli köprüler 2 adet implant ile taşınabilir. Fakat daha kısa implantlar yerleştiriliyorsa diş başına bir implant yerleştirilmesi en ideal çözümdür. Bu durumda üst yapılar birbirine bağlanabilir. Kemik kalitesi açısından değerlendirildiğinde ise Sınıf IV kemikte implant sayısı artırılmalıdır.

İmplant üstü sabit protezler simante ya da vidalı olarak yapılabilirler. Aşağıda bu tip protezlerin avantaj ve dezavantajları belirtilmiştir.

Simante Protezler

- Estetik kaygı varlığında
- Tek diş eksiklikleri ve kısa köprü protezlerinde endikedir
- Siman boşluğu söz konusu olduğu için alt yapıda pasifizasyon kolaydır,
- Sökülme zorluğu vardır,
- Simanın çözünme riski vardır
- Geçici simantasyon sonucu aspirasyon riski bulunur.

Vidalı Protezler:

- Abutment implant birleşimi dişetin çok altında ise
- Uzun köprü protezlerinde
- Yetersiz abutment yüksekliği, retansiyon

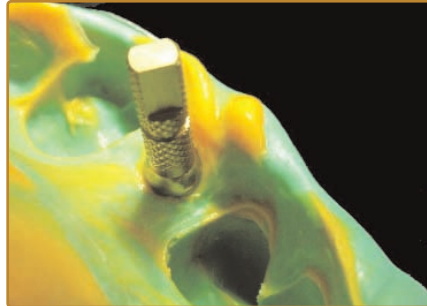
problemi varlığında endikedir.



Resim | 1 İyileşme başlığı yerleştirilmiş osseointegre implant



Resim | 2 Ölçü başlığı



Resim | 3 Ölçüye yerleştirilmiş implant analog

- Alt yapıda pasif uyumu sağlamak çok zordur
 - Vidayı kapatmak için kullanılan farklı kompozit materyaller uzun dönemde renk lenme sonucu estetiği etkileyecektir
 - Teknik hassasiyet gerektirir.
 - Yüksek maliyet söz konusudur.
 - Vida gevşemesi sonucu istenmeyen yükler ve implant başarısızlığı ile karşılaşılabilir
- Anterior bölgede bir tek diş implant resto-

rasyonunda, eğer implant kaybedilmiş doğal dişin aynı kök desteğine sahip ise yeterli kemik direnci sağlanmış demektir. Ancak posterior bölgedeki tek diş restorasyonlarında bu pek geçerli değildir. Protetik dişin boyutlarının implantın dış çapından fazla olması sonucu oluşacak cantilever etkisi, implanta bir devrilme momenti uygulayacaktır. Ağızın posterior bölgesindeki yüklerin anterior bölgeye göre daha fazla olduğu düşünülürse molar bölgeye yerleştirilen tek diş implantlarının aşırı yük altında kalacağını anlamak pek güç değildir.

Bir tek diş implantı fonksiyonda iken, diğer doğal dişlerle eşit bir sentrik kontak basıncında kalmalıdır. Yine eksentrik hareketler esnasında tek başına kontak halinde bulunmamalıdır. Buna örnek olarak bir kanin dişinin implantla restorasyonu verilebilir. Grup fonksiyon tipi bir okluzyon sonucu, yükler anterior ve posterior dişler tarafından karşılanarak, kanin dişindeki implantta oluşacak lateral stresler minimize edilir. İmplant destekli tek diş restorasyonları, komşu diş köklerine paralel olmalı ve implantın uzun aksı, kaybedilmiş dişin insizal kenarına doğru yönlendirilip, kemiğin müsaade ettiği nispette labialde şekillendirilmelidir.

Kron-implant oranı ve implantın eğimi çevre kemik dokusunda oluşacak stresleri etkileyen diğer faktörlerdir. Kron implant oranının büyümesi oluşacak kuvvetleri artırır ve aşırı streslerin oluşmasına yol açar.

Kemiğin yapısından dolayı, yerleştirilen implantta protetik restorasyonun mümkün olabilmesi için implantın açlandırılmış postlar ile kullanılması gerekebilir. Bu durum ise, gelen okluzal yüklerin lateral komponentlerin artmasına ve kemiğin belirli bölgelerinin aşırı kuvvetler altında kalmasına neden olacaktır.

İmplant restorasyonlarında optimal estetiği sağlayabilmek 4 adet anatomik ve cerrahi parametreye bağlıdır. Bunlar

- 1- İmplant-abutment bileşiminin mukoza altındaki pozisyonu
- 2- İmplantın 3 boyutlu olarak uygun konumlandırılması

3- İmplant etrafındaki yumuşak doku konturlarının ve estetiğin uzun süreli devamlılığı

4- İmplant ile eşdeğer simetrik diş arasındaki klinik kron boyundaki simetrinin sağlanması.

Optimal pozisyonda implant yerleştirilmesi tek ya da uzun boşluklardaki anatomik analizlerin yapılmasına ve iyi bir restoratif plana bağlıdır. İlk değerlendirmeler ekstra oral olarak başlar ve değerlendirilen ilk parametre hastanın gülme hattıdır. Hastanın gülme hattının uygun olup olmadığını ancak çok keskin bir göz teşhis edebilir. Hastanın daha önceki fotoğrafları gülme esnasındaki dudakların pozisyonunu belirlemede yardımcı olabilir. Yüksek gülme hattına sahip olan hastalarda daha fazla doku gözükeceğinden planlama cerrahi ve restoratif safhalarda peri implant dokunun korunmasına maksimum özen gösterilmelidir. Orta hat, diş boyutları ve renkleri kaydedilmelidir. Periodontal ve radyografik değerlendirmelerin yanında intraoral muayenede düzensiz gingival dokular, çapraşıklıklar, asimetrik dişler gibi durumlarda değerlendirilmelidir. İmplant tedavisinden önce ortodontik ve periodontal işlemlerle ilgili estetik problemler ortadan kaldırılmalıdır. Yumuşak dokunun biotipi implant-abutment bileşiminin lokalizasyonunu belirleyen en önemli parametredir. İnce biotipli bir dişeti varlığında implantın daha palatina doğru konumlanması titanyum metalinin dişetinden görülmesini engelleyebilir. Ancak implant daha palatina yerleştirildiğinde restorasyona daha uygun bir çıkış profili sağlamak amacıyla implantın apiko-koronal yönde daha derin yerleştirilmesi gerekir. Genelde yüksek gülme hattına ve ince bir biotipe sahip olan hastalar tedavisi zor ve anatomik riski yüksek hasta grubu olarak tanımlanırlar. Bu hasta grubundaki vakalarda estetiğin sağlanmasında çok dikkatli bir tedavi planlaması gerekmektedir. Ekstra oral muayene tamamlandığında yumuşak ve sert dokulardaki eksiklikler implant yerleştirilmesinden önce değerlendirilmelidir. Restorasyonun retansiyonun siman ya da vidayla sağlanıp sağlanamayacağı da implant-abutment bileşiminin pozisyonunu belirlemede önemli bir rol oynar. Teşhis amacıyla yapılan geçici restorasyonlar ve mumlamalar implantın anatomik olarak tehlikesiz bölgeye yerleştirilmesine ve estetik başarının artmasına yardımcı apearelerdir.

Estetik bir restorasyon için implantın yerleştirme derinliği çok önemlidir. Bu yüzden cerrah ile protez uzmanı arasında çok iyi bir iletişim sağlanmalıdır. Posterior bölgede dişeti papili daha düz olduğunda implantın abutment ile birleşimi gingiva seviyesinde ya da biraz altında yer alabilir. Bu



Resim | 4 Alçı model



Resim | 5 Abutment



Resim | 6 Metal prova



Resim | 7 Bitim



Resim | 8 Ball ataşmanlar

durum estetik açıdan problem yaratmayacağı gibi hastanın ağız hijyenini sağlaması açısından avantaj oluşturur.

Estetik bölgede ise implant-abutment birleşiminin gingival marjinin yaklaşık 2mm altında yer alması gerekir. Bu durumda gingival papil alanına yani interproksimal alanda bu birleşimin 5 ile 7 mm dişetinin altında yer alması demektir. Bu bölgede restorasyon uyumunun sağlanması ve siman artıklarının temizlenmesi zorlaşacaktır. Bu yüzden vidalı üst yapı seçenekleri yaratmak gerekebilir.

Tek diş kayıplarının implant ile restorasyonu doğru planlama ile daha kolay estetiğin sağlandığı anterior restorasyonlardır. Buna karşın estetik bölgede birden fazla diş kayıplarında daha detaylı planlama zorunluluğu vardır. Birbirine komşu implantlar arasında kemik rezorpsiyonu dolayısıyla yumuşak doku desteğini sağlamak ve bu bölgede papil görünümünü verebilmek imkânsız gibidir. Birden fazla diş kaybı olan estetik anterior bölgelerde implantlar arasında dişsiz boşluk bırakmak ve bu bölgelerde ovoid pontik kullanmak daha iyi bir estetiğin yakalanmasında anahtar olabilir.

İmplantlar sabit protezlerde bazı durumlarda doğal dişlere bağlanarak kullanılırlar. Periodontal ligamente sahip doğal bir diş ve osseointegre implantlarla destekli sabit bir protezde bazı fenomenlerin göz önünde bulundurulması gerekir.

> Yapıştırıcı simanın yüksek elastik modülü sayesinde doğal diş korunur. Ancak siman tutuculuğu, iki ayrı fleksibiliteye sahip desteklerin yarattığı stresler sonucu bozulabilir ve destek dişteki kronların mikro hareketleri sonucu sürekli travma ile destek dişte komplikasyonlar oluşabilir.

> Eğer protez fazla uzun ise metal alt yapının eğilmesi ile porselen üst yapıda kırıklar gözlemlenebilir.

> Doğal dişin periodontal membranından kaynaklanan hareketleri sonucu, köprü bir kaldıraç gibi görev görecektir, implant ve çevre dokusunda aşırı stresler ve rezorpsiyon ihtimali ortaya çıkacaktır.

Ölçü İşlemi

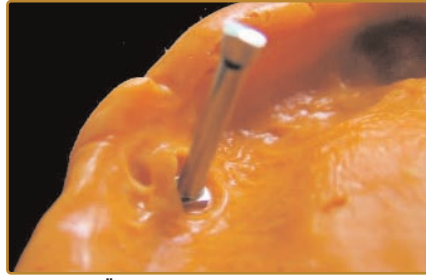
Tüm implant sistemlerinde açık ve kapalı kaşık ölçü tekniği 2 ölçü tekniği kullanılabilir. Kapalı ölçü tekniğinde standart kaşıklar kullanılarak implant veya abutment seviyesinde ölçü alınır. Açık kaşık tekniğinde ise standart kaşıklarla alınan ölçüden model elde edildikten sonra hazırlanan akrilik kaşığa implant bölgeleri açılarak ölçü alınır. Ölçü işleminde her sistemi için hazırlanmış özel ölçü parçaları kullanılır. Kapalı ölçü alma tekniğinde; implant üzerindeki iyileşme

başlığı sistemin kendi özel tornavidası kullanılarak çıkarılır ve ölçü işlemi öncesi hava-su spreyi ile implant basamağı temizlenir. Plastik ölçü başlığı açık yüzeyi vestibüle bakacak şekilde implant basamağı üzerine yerleştirilir. Ölçü başlığı üzerine kullanılacak implant postuna uygun olarak farklı renkte üretilmiş pozisyon silindiri yerleştirilir. Pozisyon silindirinin ölçü başlığı üzerine tam olarak oturduğu kontrol edildikten sonra silikon ölçü materyali kullanılarak tüm arkın ölçüsü alınır. Ölçü başlığı ve pozisyon silindiri alınan ölçü içinde kalmaktadır.

Açık kaşıkla ölçü alma tekniğinde; implant üzerindeki iyileşme başlığı sistemin kendi özel tornavidası kullanılarak çıkarılır ve ölçü işlemi öncesi hava-su spreyi ile implant basamağı temizlenir. Sistemin özel metal ölçü postları implantlar üzerine vidalanır. İmplant bölgeleri açık hazırlanmış olan akrilik kaşık içerisine silikon ölçü maddesi uygulanarak kaşık ağza yerleştirilir ve silikon sertleştikten sonra ölçü postları içerisindeki vidalar gevşetilerek kaşık ağızdan çıkarılır. Ölçü postları silikon içerisinde kalmaktadır. Ölçü işlemi sonrası iyileşme başlıkları tekrar implant üzerine yerleştirilir.

Laboratuvar işlemleri

Ölçülerin alınmasını takiben analoglar ölçü içinde yer alan transfer parçalarına yerleştirilir ve sert alçı materyali dökülerek modeller hazırlanır. Model hazırlanması sırasında dişeti materyali "gingival mask" kullanılır. Uygun restorasyon tipinin belirlenmesi için kapanış mumlarıyla birlikte modeller artikülörde tespit edildikten sonra uygun implant postlarını tespit edebilmek için plastik deneme postları seçilir ve alçı model üzerinde bulunan implant analoglarına yerleştirilir. İmplant postları üzerinde gerekli preperasyonlar laboratuvarda yapılarak klinikte hasta ağızında kontrol edilir. Metal destekli porselen restorasyonlar hazırlanırken üretici firmalar tarafından hazırlanmış özel plastik başlıklar kullanılmak suretiyle metal alt yapılar hazırlanmalıdır. Metal alt yapıların klinikte kontrolü yapıldıktan sonra porselen üst yapılar hazırlanır ve hasta ağızında marjinal uyumu ve proksimal temasları uygun bir şekilde hazırlandıktan sonra okluzal uyumları artikülasyon kâğıtları ile kontrol edilmelidir. Kontrolleri tamamlanan restorasyonlar glazür işlemi için laboratuvara gönderilir. Laboratuvar işlemleri tamamlandıktan sonra implantlar üzerindeki iyileşme başlıkları çıkarılarak implant postları yerleştirilir. Her implant sisteminde implant postları tork aleti kullanılmak suretiyle belirli bir tork kuvveti ile sıkıştırılmalıdır. Protetik postlar yerleştirilip protetik restorasyonlarındaimi simantasyonu



Resim | 9 Ölçüye yerleştirilen atasman analog



Resim | 10 Alçı modelde analog



Resim | 11 Matris



Resim | 12 Matris ile birlikte hazırlanmış sıcak akrilik kaide plağı



Resim | 13 Bitmiş protezde matris yapıları

HAREKETLİ PROTEZLER

İmplant destekli hareketli protezler aşağıdaki avantajları dolayısıyla tercih edilirler.

- Basit tedavi
- Daha az implant
- Düşük maliyet
- Kolay estetik sağlama
- Hijyen

İmplant destekli hareketli protezler özellikle

geriatrik hastalarda en çok kullanılan tedavi yöntemi olmaya başlamıştır. Tüm dişlerini kaybetmiş yaşlı bireylerde özellikle mandibular total protezlerin kullanımı dil ve dudak fonksiyonları dolayısıyla çok zorlaşmaktadır. Bu durumda hastaların alt çenesine yerleştirilen 2 ya da 4 implant sayesinde elde edilen tutuculuk tüm bu sorunları ortadan kaldırmaktadır. İmplant destekli hareketli protezler düşük maliyetleri ve basit cerrahi işlemleri sayesinde implant destekli sabit protezleri alternatif bir tedavi yöntemi olmuştur. Ayrıca bu tip protezlerde ağız hijyeninin sabit protezlere göre daha kolay sağlanması motor reflekslerini kaybeden yaşlı bireylerde bir avantaj olarak düşünülebilir.

Total dişsiz mandibulada 4 implant üzerine yerleştirilmiş bir bar ile destekli bir hareketli protez immediat olarak fonksiyona sokulabilir. Bu sayede tedavisi süresi kısaltılmış olup hastaların osseointegrasyon süresi içinde estetik, fonksiyon ve fonasyon ihtiyaçları giderilmiş olur. Gelecekte alt çenesindeki tüm dişlerini kaybetmiş hastalarda 2 implant ile destekli hareketli implant protezler dişhekimliğinde ilk tedavi seçeneği olacaktır. İmplant destekli hareketli protezlerde atasman tutuculuğu bar ve ball tarzında atasmanlarla sağlanabilir.

Ball atasmanlı protezler: Ball atasmanlı protezler total dişsizlik vakalarında protezin hem makaslama hem de lateral yönlü okluzal kuvvetlere karşı direncini artırır. Bu tip protezlerde implantlar horizontal düzleme dik olarak ve birbirine paralel yerleştirilmelidir. Ball atasmanların tepe noktalarından geçen doğru okluzal düzleme paralel olmalıdır. Ayrıca implantlardan geçen fulkrom eksenini mandibulanın açma-kapama eksenine paralel olmalıdır.

İmplant üstü overdenture restorasyonların yapımında; ağızdan silikon ölçü materyali ile alınan ölçü içerisine analoglar yerleştirilir ve sert alçı materyali dökülerek modeller hazırlanır. Model hazırlanması sırasında dişeti materyali "gingival mask" kullanılmalıdır. Elde edilen modelde laboratuvarde sıcak kaide hazırlanır. Kaide içerisine ball atasmanların dişi parçaları yerleştirilir. Hazırlanan sıcak kaide ağızda kontrol edilir. Bu kaidenin amacı

> Protezin bitiminden önce matris ile ball atasman arasında oluşabilecek uyumsuzlukları görebilmek

> Okluzal kayıtlar esnasında protez kaidesinin matris sayesinde tutuculuğunu artırıp kayıtların daha güvenilir alınmasını sağlamaktır.

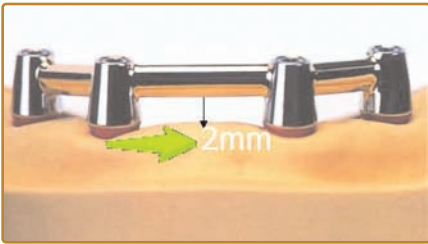
Kaide üzerine mum duvar hazırlanır ve dikey boyut tespiti yapılır. Hastanın saç, ten rengi ve yüz formu dikkate alınarak akrilik



Resim | 14 Bar ataşman



Resim | 15 Barın konumu



Resim | 16 Barın mukoza ilişkisi



Resim | 17 Ölçü



Resim | 18 Özel ölçü kaşığı



Resim | 19 Ölçü başlıklarının gevşetilmesi

rengi ve yüz formu dikkate alınarak akrilik dişler seçilir ve protez bitirilir. Yeterli interokluzal mesafe var ise protez kasesi metal bir iskelet alt yapı ile güçlendirilebilir.

Bar ataşmanlı protezler: Bar ataşmanlı implant protezler 2 veya 4 implant üzerine yerleştirilmiş bar ile tutuculuğu sağlanan hareketli protezlerdir. Hareketli implant protezler içinde en iyi retansiyon ve stabilizasyona sahip implant protezlerdir.

Bar ataşman kesitleri:

1- Yumurta kesitli Dolder bar; Protezin translateral ve rotasyonel hareketlerine izin verir.



Resim | 20 Ölçüde analoglar



Resim | 21 Bitmiş protez ve bar parçaları

2- U kesitli Dolder bar; Çok rijid olup rotasyona asla izin vermez. Eğer 2 implant yapılabırsa tercih edilmemelidir, tüm kuvvetler implantlara gelir.

3- Yuvarlak kesitli Dolder bar; Protezin translateral hareketlere izin verir, rotasyona ise az miktarda izin verir.

Protez içindeki tutucu ataşman bar üzerinde sadece anterior segmente yerleştirilirse yuvarlak kesitli bar protezin sadece rotasyonuna, yumurta kesitli bar ise protezin üç yönde de hareketine izin verir. Buna karşılık tutucu ataşman barın birden fazla segmentine yerleştirilirse barın kesiti ne olursa olsun protezin üç yöndeki hareketi de kısıtlanır. Bar alveolar kretlerden geçen doğruların yaptığı açının açıortayına dik olacak şekilde planlanmalıdır. Bar vertikal düzlemle eğimli yerleştirilmesi ataşmanın fonksiyonunu etkiler ve istenmeyen lateral kuvvetlerin oluşmasına neden olur. Bu yüzden vertikal düzleme dik açı ile yerleştirilmelidir. Mukozada irritasyonları engellemek ve kolay temizlenebilirliği sağlamak için bar ile mukoza arasında en az 2 mm mesafe bırakılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Branemark P.I., Zarb G.A., Albrektsson T.: Tissue-integrated prostheses. Osseointegration in clinical dentistry. Quintessence Publ. Co. Inc., Chicago, 1985.
2. Buser D., Schenk R.K., Steinemann S.: Influence of surface characteristics on bone integration of titanium implants. A histomorphometric study in miniature pigs. Journal of Biomedical Materials Research, 25:889-902, 1991.
3. Buser D., Mericske-Stern R., Bernard J.P., Behneke A., Behneke N., Hirt H.P., Belser U.C., Lang N.P.: Long-term evaluation of non-submerged ITI implants. Clin. Oral Impl. Res., 8: 161-172, 1997.
4. Buser D., Belser C.U., Lang N.P.: The original one-stage dental implant system and its clinical application. Periodontology 2000, 16: 106-118, 1998.
5. Buser D., Nydegger T., Hirt H.P.: Removal torque values of titanium implants in the maxilla of miniature pigs. Int. J. Oral Maxillofac. Implants, 13:611-619, 1998.
6. Ekfeldt A., Carlsson E.G., Börjesson G.: Clinical evaluation of single-tooth restorations supported by osseointegrated implants: A retrospective study. Int. J. Oral Maxillofac. Implants, 9: 179-183, 1994.
7. English C.: An overview of implant hardware. J.Am. Dent. Assoc., 121:360-368, 1990.
8. Engquist B., Astrand P., Dahlgren S., Engquist E.: Marginal bone reaction to oral implants: a prospective comparative study of Astra Tech and Branemark System implants. Clin. Oral Impl. Res., 13: 30-37, 2002.
9. Ericsson I., Lindhe J.: Probing depth at implants and teeth. J. Clin. Periodontol., 20: 623-627, 1993.
10. Ericsson I., Nilner K., Klinge B., Glantz P.O.: Radiographical and histological characteristics of submerged and non-submerged titanium implants. Clin. Oral Impl. Res., 7: 20-26, 1996.
11. Esser E., Wagner W.: Dental implants following radical oral cancer surgery an adjuvant radiotherapy. Int. Journal of Oral and Maxillofac. Impl., 12: 552-557, 1997.
12. Fagan J.R., İsmail Y.H., Meffert R.M., Fagan M.J.: Implant prosthodontics: Surgical and prosthetic techniques for dental implants. Year Book Medical Publ. Inc., Shiffeld, England, 1994.
13. Fontijn-Tekamp F.A., Slagter A.P.: Bite forces with mandibular implant-retained overdentures. J. Dent. Res. 77: 1832-1839, 1998.
14. Jemt T., Linden B., Lekholm U.: Failures and complications in 127 consecutively placed fixed partial prostheses supported by Branemark Implants: From Prosthetic treatment to first annual checkup. Int. J. Oral Maxillofac Implants, 7: 40-44, 1992.
15. Jisander S., Grenthe B., Alberius P.: Dental implant survival in the irradiated jaw: a preliminary report. Int. Journal of oral and Maxillofac. Impl. 12: 643-648, 1997.
16. Johnson B.W.: HA-coated dental implants. Long-term consequences. J. Calif. Dent. Ass. 9: 8-12, 1992.
17. Jung C.Y., Hyun H.C., Lee W.K.: A 1-year radiographic evaluation of marginal bone around dental implants. Int. J. Oral Maxillofac Implants, 11: 811-818, 1996.
18. Kasemo B., Lausmaa J.: Biomaterial and implant surface: A surface science approach. Int. J. Oral Maxillofac. Implants, 3:247-259, 1988.
19. Keller W., Bragger U., Mombelli A.: Peri-implant microflora of implants with cemented and screw retained suprastructures. Clin. Oral Impl. Res., 9: 209-217, 1998.
20. Kent J.N., Block M.S.: Biointegrated hydroxylapatite-coated dental implants in 5 year clinical observations. J. Amer. Dent. Ass. 121-138, 1990.
21. Krauser J.T.: Hydroxylapatite-coated dental implants. Biologic rationale and surgical technique. Dent. Clin. N. Amer. 33:879-881, 1989.
22. Krauser J.T., Boner C., Boner N.: Immediate implantation after extraction of a horizontally fractured maxillary lateral incisor. Pract. Periodont. 3:33, 1991.

FDI Genel Kurulu'nda kabul edilen mesleki bildirileri dergimizde zaman zaman yayımlamak istiyoruz. Bu sayımızda Reçine Esaslı Direkt Dolgu Materyallerinde Yan Etkiler ve Dünyayı Oral Sağlığa Yönlendirmede Dental Ekibin Rolü başlıklı FDI bildirilerine yer veriyoruz.

Reçine esaslı direkt dolgu materyallerinde yan etkiler*

GİRİŞ

Reçine esaslı materyaller, restoratif ve koruyucu dişhekimliği uygulamalarında geniş ölçüde kullanılmaktadır; ancak bu materyaller tam olarak polimerize olmadıklarından, reçine matriks içerisinde reaksiyona girmemiş monomerlerin açığa çıkmasıyla hastalarda potansiyel yan etkilere yol açabilmektedirler. Yetersiz polimerize olan reçinelerde serbest kalan bileşikler doğal olarak daha fazladır.

Nadir durumlarda bazı hastalar reçine esaslı materyallere bağlı olarak anafilaktoid veya likenoid reaksiyonlar ve diğer allerjik tepkiler içeren deri veya mukozal reaksiyonlar yaşayabilmektedirler. Ancak, monomer restorasyonların, koruyucu örtücülerin veya reçine esaslı materyaller içeren uygulamaların uzaklaştırılmasından sonra bu tür yan etkilerin azaldığı rapor edilmiştir.

Dental sağlık profesyonelleri, reçine

monomerlerine nefes alma veya monomerlerle deri teması yoluyla maruz kalabilirler. Optimum oranda polimerize olmamış reçineyle doğrudan temastan kaynaklanacak olumsuz etkiler dermatit (iltihap) veya egzama gibi dermatolojik reaksiyonlarla sonuçlanabilir. Lateks ve vinil eldivenler, reçine esaslı materyallerdeki monomerlere geçirebilir ve bu yüzden yeterli korumayı sağlayamamaktadırlar.

Bildiri

Reçine esaslı materyallerde monomer yapılar, hastalarda ve dental sağlık profesyonellerinde deride veya mukoza dermatolojik reaksiyonlara yol açabildiğinden FDI aşağıda belirtilen önerilerde bulunmaktadır:

*Dişhekimleri, reçine esaslı materyallerin hastalarda muhtemel olumsuz reaksiyonlara neden olabileceğinin bilincinde olmalıdırlar,

*Reçine esaslı materyaller üreticinin direktifleri doğrultusunda yeterli miktarda polimerize edilmelidir,

*Dental sağlık profesyonelleri, reçine esaslı materyalleri ele almak ve yerleştirmek için alet kullanmalı ve polimerize olmamış reçineyle deri temasından kaçınmalıdır,

* Dental sağlık profesyonelleri, lateks ve vinil eldivenlerin reçine monomerlerine karşı etkin koruyucu olmadıklarının bilincinde olmalıdırlar.

Referanslar

- Fan PL, Meyer DM. Adverse Reactions to Resin-based Direct Filling Materials. (Int Dent J - In press 2007)
- Hensten-Pettersen A. Skin and mucosal reaction associated with dental materials. Eur
- J Oral Sci 1998 106: 707-712.
- Hensten-Pettersen A, Jacobsen N. The role of biomaterials as occupational hazards in dentistry. Int Dent J 1990 40: 159-166.



Dünyayı oral sağlığa yönlendirmede dental ekibin rolü*

FDI'nin dünyadaki oral sağlığı en iyi düzeye getirmek için tüm insanlara yol gösterme (liderlik etme) taahhüdü vardır. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, birçok kişi için oral sağlık hizmetleri erişilebilir değildir. Bu nedenledir ki FDI, pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal olarak kabul edilebilir yaklaşımlarla temel sağlık tedavisini ilgili toplulukların tam katılımıyla evrensel olarak mevcut ve maddi olarak karşılanabilir hale getirmek için Dünya Sağlık Örgütü Alma Ata Deklarasyonu ile

tanımlanmış olan Temel Sağlık Tedavisi Yaklaşımının ilkelerini tümüyle desteklemektedir (onaylamaktadır). FDI, bundan dolayı mümkün olan her durumda, oral sağlık tedavisine erişimdeki eşitsizlikleri azaltmak temel amacı doğrultusunda, oral sağlık tedavisinin temel sağlık tedavi yaklaşımının önemli bir parçası olarak entegrasyonunu (bütünleştirilmesini) kuvvetle desteklemektedir.

Dişhekimleri tarafından yönlendirilen dental ekip, oral hastalıkların önlenmesin-

de ve en kaliteli sağlık tedavisinin sağlanmasında temel bir rol oynamaktadır. Bu ekibin kompozisyonu toplumun ihtiyaçlarına, mevcut kaynaklara ve yerel kanuna göre değişkenlik gösterebilir. Dental ekibin tüm üyeleri bir dişhekiminin denetimi altında oral sağlık hizmetlerine katılım için uygun olarak eğitilmiş olmalı ve yasal olarak izin sahibi olmalıdırlar. Tüm ekip üyelerinin rolleri ve sorumlulukları mesleki dişhekimleri birlikleri ve ilgili idari yetkililer tarafından belirlenmeli ve tanımlanmalıdır.

* FDI Genel Kurulu'nda onaylanmıştır. 24 Eylül 2006-Shenzhen, Çin

Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam; çağdaş hasta-sağlık görevlisi ilişkisi içinde kişinin özgür ve sorumlu karar vermesini sağlayan en önemli araç olarak görülür. Bu ilke aynı zamanda hastayı koruduğu gibi, hekimi de korumakta; onların sorumluluğunu hem paylaşmakta hem de zarar/ yarar dengesinin, yarar yönünde olması için azami dikkat gösterilmesini sağlamaktadır.

Tıp uygulamaları içinde alınan kararların sadece tıbbi karar olduğunu düşünmek, konunun etik boyutunun gözden kaçmasına neden olmaktadır. Klinik kararlar, hastanın ve hekimin otonomisi ve değerleri arasında karşılıklı fedakarlık içeren bir anlaşma olarak değerlendirilebilir. Hatta son yıllarda bu karşılıklı anlaşma, kurumsal ve sosyal değerler ile kaynakların kullanımında dengeli de içerecek şekilde genişletilmiştir. İdeal olarak bu üç taraf arasındaki anlaşmanın sağlanması gerekir. Bu aşamada tespit edilemeyen bir anlaşmazlık hekim-hasta ilişkisini ve klinik sonucu etkileyebilir¹. Bu ideal anlaşmanın uygulamaya geçirilmesi ve korunması günümüz tıbbında merkezi noktada bulunan aydınlatılmış onam ile güvence altına alınmıştır. Kendine ait değerleri, inançları, beklentileri, tecrübeleri olan birey-hastanın kendi hakkında karar verme hakkı temel haklarından biridir ve gönüllülük olmadığı sürece devralınmaz, devredilemez².

Paternalistik yaklaşımın hakim olduğu geleneksel tıp etiği anlayışında göz ardı edilebilen hastanın onamını elde etme sorumluluğu, 1949 Nurenberg kodu ile evrensel bir yapıya ulaşmıştır. Aydınlatılmış onam; çağdaş hasta-sağlık görevlisi ilişkisi içinde kişinin özgür ve sorumlu karar vermesini sağlayan en önemli araç olarak görülür. Belmont Raporu (1978) ile belirlenmiş olan üç temel etik ilkedeki biri olan "Özerklik" ilkesinin yürütülmesinden başka "yararlılık", "zarar vermeme" gibi biyomedikal etiğin temel ilkelerine de uygun davranılmasını sağlar. Bu ilke aynı zamanda hastayı koruduğu gibi, hekimi de korumakta; onların sorumluluğunu hem paylaşmakta hem de zarar/ yarar dengesinin, yarar yönünde olması için azami dikkat gösterilmesini sağlamaktadır³.

Hipokrat yazmalarından beri bilginin açıklanması veya açıklanmama kararı tartışmaları tıp etiği tarihinde hep rol almakla beraber, aydınlatılmış onam tarihi antik tarihe dayanmaz. Aydınlatılmış onam terminolojisinden 1957'den önce yazın içinde hiç bahsedilmemiştir. Bugün tartışıldığı anlamda aydınlatılmış onam kavramı ise 1972'lerde



ortaya atılmıştır⁴. Bireyin özerkliğine saygı ilkesine ve kendi hakkında karar verme hakkına dayanan aydınlatılmış onam kuralı batı ülkelerinde özellikle Amerikan Hukuk sisteminde iki kavramın gelişmesine bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Bu kavramlardan ilki, modern hekim-hasta ilişkisinin karşılıklı güven ilişkisine dayanmasıdır. Hasta sağlık görevlisinin yeterince bilgiyi kendisine aktaracağına, aldatma ya da zorlama yoluna başvurmayacağına güvenmelidir. Sağlık görevlisi ise bunları sağlayacağını garanti etmelidir. Aydınlatılmış onam hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olması kadar bilginin açıklanması ve anlaşılır olmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle aydınlatılmış onam, he-

kim ile hasta arasında eşitsizlik yaratacak bilgiyi hastaya vermeye zorlamak ve hekim-hasta ilişkisini statüden kontrole dönüştürmek anlamına gelmektedir. Aydınlatılmış onam kuralının dayandığı ikinci temel kavram; hastanın kendisiyle ilgili olarak karar verme hakkıdır. Yasal olarak yeterli bir kişi bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir^{5,6}.

Etik ilkelerin kabul edilmesi ve tıp uygulamaları içinde hayata geçirilmesindeki süreçte bireylerin düşünce sistemleri ve sosyal yaşamdaki evrimlerine paralel olarak gerçekleşmektedir. Günümüzde toplumsal değerlerin özerkliği ön plana çıkaracak şekilde değişmesi, gelişen hasta hakları ve insanların bilgiye kolay ulaşımını sağlayan bilişim tek-

nolojilerindeki ilerlemeler genelde olduğu gibi tıp ve dişhekimliği hizmetlerinde de hastaların taleplerini yükseltmiş, bilgi elde etme tercihleri üzerinde değişikliklere neden olmuştur.

Bunun yanında özellikle son 25 yıldır yaşanan profesyonelleşme, endüstrileşme, teknolojinin geniş oranda sağlık sistemi içine entegre olması ve tüketicileşme genel olarak sağlık çevresinde büyük değişikliklere neden olmuştur. Batı toplumunun ekonomik içeriği ve sağlık sistemine kuvvetli iş kültürünün sokulması; pazar, kar, randıman kavramlarıyla tıp pratiğini dramatik şekilde etkilemiştir⁷.

Bu değişim klasik hekim-hasta arasındaki ilişkiye sosyal, hukuki ve etik olarak çok farklı açılımlar getirmiştir. İlave olarak meslek içindeki bazı hekimlerin yanlış davranışları sonucu halkın hekimlere olan güveni ve bu güven karşılığında onlara sağladıkları özerklik de azalmış, aynı zamanda tedavi kararlarında daha aktif rol alma yönünde tercih göstermeleri ve sorgulama eylemleri de artmıştır. Bu ortam içinde aydınlatılmış onam tıp etiğinin en önemli konularından biri olarak merkeze yerleşmiştir.

Aydınlatılmış Onam Tanımı ve Öğeleri

Gerek bireye saygı ilkesi bağlamında değerlendirilsin gerekse ayrı bir ilke-değer olarak kabul edilsin, aydınlatılmış onam tıp etiğinin en önemli konusudur. Aydınlatılmış onamın etik sözlüğü karşılığı; “hastanın ne-

seçim yapabilmesi için hastalığı ve tedavisiyle ilgili tüm bilgiyi almış olması gerekmektedir. Bilginin açıklanmasındaki sorun, bilginin ne kadarının açıklanması gerektiğidir. Açıklamada hekimin, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu, kültürünü ve değerlerini gözeterek vereceği bilginin miktarını belirlemesi gerektiği savunulmaktadır. Açıklamaların da önerilen tedavinin yarar, zarar ve tehlikelerini içermesi gerektiği herkesçe kabul edilmesine karşın, tehlikelerin ne kadarının açıklanması gerektiği tartışma konusudur. Açıklanması gereken bilgi miktarının doktordan doktora, kurumdan kuruma değişiklik göstermesi endişesiyle çeşitli standartlar geliştirilmiştir. Bu standartlardan daha fazla kabul gören ve pratik olduğu savunulan makul kişi standardıdır. Makul kişi standardı; ortalama bir hastanın karara aydınlatılmış katılımı için neyi bilmeye ihtiyacı olabileceği düşüncesi üzerine odaklanmaktadır⁶.

Hekimin açıklama ödevinin istisnaları bulunmaktadır. Açıklamanın sınırlandırıldığı yada yapılamadığı ender durumlar şunlardır;

- Hasta eğer aydınlatılmayı tercih etmiyorsa,
 - Hekim hastanın doğru-makul tıbbi hükme varacağından kuşku duyuyorsa,
 - Bilgi hastanın önemli psikolojik zarar görmesine neden olacaksa,
- hekimin açıklama ödevini yerine getirmekle ilgili yükümlülüğü ortadan kalkabilmektedir. Bu gibi durumlar hastanın bilgilendirilmeden feragat etmesi ve hekimin tedavi ayrıcalığı hak-

arak bilgiyi sunması gerekmektedir. Hekimin açıklama boyunca hastasını soru sormaya davet etmesi ve kendi ifadeleriyle bilgiyi tekrarlamasını istemesi de bilginin anlaşılacağından emin olmayı sağlayabilecek bir diğer yöntemdir. Açıklamadan sonra bilginin anlaşıldığı sınanmak için bazı sorularla bilgiyi geriye almalı, bilginin kavranıldığından emin olmalıdır.

3. Gönüllülük:

Hastanın kendisi için uygun bulduğu tedaviyi isteyerek kabul etmesi demektir. Hem etik hem de yasal açıdan onamda gönüllülük şarttır. Zorlama, yönlendirme ya da baskı hastanın gönüllülüğünü ortadan kaldıran eylemlerdir, hastanın özerkliğinin bozulmasına neden olabileceği için etik açıdan kabul edilmemektedir.

Zorlama; hekimin hastaya kararının ya da seçiminin zararlarını ve gerçek tehlikelerini göstermek uğruna, kendi seçimini kabul ettirmek için kasıtlı bir şekilde zorlamada bulunmasıdır. Baskı; hastanın önerilen tedaviyi kabul etmesi için açık ya da imalı tehditler kullanılmasıdır. Yönlendirme; bilginin eksik ve gerçek dışı sunumunu içermektedir. Yalan söyleme, can alıcı bilgiyi ihmal etme ya da kasıtlı olarak bilgiyi tahrif etme, aldatma, aşırı abartma gibi etik açıdan onaylanamayan tutum ve davranışlarla hastanın yönlendirilmesidir. İkna; önerilen tedavinin yararlarına hastanın inandırılması girişimidir. Hastanın

Aydınlatılmış onam, hekim ile hasta arasında eşitsizlik yaratacak bilgiyi hastaya vermeye zorlamak ve hekim-hasta ilişkisini statüden kontrole dönüştürmek anlamına gelmektedir.

ye anlaşma yaptığından haberdar olması”dır. Aydınlatılmış onam tanımına göre; müdahalenin biçimi, tehlikeleri, yararları, varsa seçenek tedavileri, bu seçenek tedavilerin yararları ve tehlikeleri hakkında hekim tarafından yapılan yeterli açıklamadan sonra, hastanın kendisi tarafından herhangi bir baskı altında kalmadan, gönüllülükle müdahaleyi kabul etmektir. Onam terimi çoğunlukla tedavinin kabul edildiğini ima etmesine karşın, eşit olarak tedavinin reddedilmesi anlamında da kullanılmaktadır.

Aydınlatılmış onam, bilginin açıklanması ve bilginin anlaşılmasını içeren bilginin öğeleriyle gönüllülük ve yeterliliği içeren onamın öğeleri olmak üzere toplam dört öğeye sahiptir.

1. Bilginin açıklanması:

Özerk birey olan hastanın aydınlatılmış-özerk

kı kapsamında değerlendirilmektedir. Hastanın gönüllülükle açıklama kapsamındaki bilginin tümü ya da bir kısmını almaktan vazgeçmesi, bilgilendirilmeden feragat olarak isimlendirilmektedir. Tedavi ayrıcalığı ise bilginin açıklanmasının hastaya zarar vereceğine ya da acı çekmesine neden olacağına inanıldığında onam süreci boyunca bilginin hekim tarafından tutulmasını, gizlenmesini ve acil durumlarda bilgilendirmemeyi de ifade etmektedir.

2. Bilginin anlaşılması (kavranması):

Açıklanan bilginin anlaşılır kılınması aydınlatılmış onamın etik ve yasal açıdan geçerli kılınması için esastır. Hekim verdiği bilgiyi geçerli kılmıyorsa, açıklama ödevini yerine getirdiği söylenememektedir. Hekim bilgiyi, hastanın durumunu, eğitim düzeyini hesaba katarak açıklamak yükümlülüğündedir. Bu bağlamda hekimin hastanın anlayabileceği bir terminoloji ile tıbbi-yabancı terimlerden kaçın-

seçiminin makul, akılcı olması için hekim kendi bilgi ve deneyimi doğrultusunda önerisinin doğru olduğu konusunda hiçbir yalana, aldatmaya, abartmaya, aşırı baskıya başvurmaksızın, hastanın endişe ya da reddetme gerekçesini anlamaya çalışarak ikna etmeye çalışmasıdır^{8,9}.

4. Yeterlilik:

Hastanın belirli bir zamanda belirli bir tedavi seçeneği hakkında anlamlı bir seçim yapma kapasitesi olarak açıklanan yeterlilik daha çok hukukçuların tercih ettiği bir terimdir. Yasal açıdan yeterli bulunmayan bir hastanın kendi tedavisiyle ilgili kararlar alma kapasitesine sahip olabileceği inancı, etik açıdan kapasite teriminin kullanılmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda hasta onamı kapsamında kapasite kavramı ile hastanın önerilen tedavinin olası sonuçlarını ya da reddettiğinde doğabilecek sonuçlarını makul bir şekilde anla-

Dişhekimliğinde aydınlatılmış onam

Dişhekimliği tedavilerinin tespiti ve sunumu; mesleğin eğitimi, uygulaması, işgücü, hastalık içerikleri ve hepsinden önemlisi hastaların dişhekimliği ve genel sağlık ihtiyaçlarını algılama şeklindeki farklılıklar yüzünden tıpta olduğundan değişiktir¹⁰.

Hastalar için ağız bölgesinin gerek fiziksel gerek psikolojik olarak özel bir bölge olması¹¹, ağızda yapılan invaziv çalışmaların diğer tıp dallarındaki cerrahi operasyonların çoğundan farklı olarak bilinçli ve çoğunlukla kendilerinin de işleme katılımıyla yapılması, diş ağrılarının dayanılmaz olması, teşhis koymanın çoğunlukla işlemsel bir süreç gerektirmesi, dişhekimliğinin doğası gereği teknolojiyle olan yakın ilişkisinin aynı durum için tedavi seçeneklerini çok artırması ve bununla birlikte fiziksel sağlıkları için zorunlu olmayan fakat hastaların yüksek estetik beklentilerinin karşılamasına yönelik uygulamaların da dişhekimliğine girmesiyle beraber daha uzun ve pahalı tedavilerin gündeme gelmesi, aynı zamanda estetik beklentilerin hekim ve hasta için farklı olması, sosyal güvencelerin ve hatta özel sigortaların dişhekimliği tedavilerine diğer tıbbi müdahalelerden farklı yaklaşması konunun ayrıntılı irdelenmesi gereken kısımlardır^{12,13,14,15,16}.

Ayrıca dişhekimlerinin çok büyük kısmı mesleklerini büyük bir özerklik içinde kendi özel muayenehanelerinde uygulamaktadırlar. Çalışma ortamlarını, çalışma felsefelerini ve politikalarını, çalışma saatlerini, beraber çalışacakları kimseleri, kullanacakları ekipmanları, hastalarını ve hatta uygulayacakları tedavi şekillerini kendileri belirlemektedirler. Her biri hastalara tedavi hizmeti sunarken, mesleğin büyük bir otonomi içinde sürdürüldüğü bu muayenehanelerin işletmecisi durumundadır. Çünkü dişhekimliği muayenehaneleri; teknisyenler, malzeme ve cihaz satıcıları, teknik adamlar ve yardımcı personelin dişhekiminin idaresinde en son teknolojiyi yakından takip ederek çalıştıkları birer küçük ticaret hanedir aynı zamanda^{17,18}.

İşte dişhekimliğinde her bir muayenehanenin ayrı hizmet politikası, her bir dişhekiminin farklı uygulamaları sıradan hekim-hasta ilişkisindeki güven faktörünü ve emniyet ihtiyacını doğal olarak da aydınlatılmış onamı bir kat daha öne çıkarmaktadır.^{19,20}

Tıpta çoğu zaman daha hayati konularla ilgili olan tıbbi karar vermede hasta genellikle bir tedaviyi kabul etme yada etmeme durumundadır ve çok fazla tedavi seçeneği yoktur. Oysa dişhekimliğinde nadiren hayatı tehdit eden durumlar vardır ve bu yüzden dişhekimliğindeki karar alma süreci çoğu zaman hasta için az çok yeni bir araba almak yada bunun gibi bir işleme karar verme sürecine benzer. Hangi seçeneği uygulamalıyım,

ne kadar tutar, nasıl ödeyebilirim şeklinde soruları vardır. Yani tüm bu süreç hasta tarafından iki kısa soruya indirilebilir: Ne kadar acıyacak? Ne kadar tutacak¹⁶? Teknik detaylar yüzünden hastanın alternatif tedavi yaklaşımlarını değerlendirebilmesi oldukça güçtür ve doktoruna güvenmek zorundadır. Dişhekimisi hastasına temel bilgileri ve konu hakkındaki kendi samimi fikirlerini söyleyerek hastaya yardımcı olur. Dişhekimisi kararlarında kendinin değil hastanın çıkarını dikkate almalı ve hasta da bunun böyle olduğuna güvenmelidir¹⁸.

Tüm bu maddelerin ışığı altında bakıldığında dişhekimleri ve hastaları arasında diğer tıp dallarındaki hekim hasta ilişkisinden daha kapsamlı ve iletişimin ön planda olduğu bir ilişki gerekliliği açıktır. Diğer tıp alanlarında çok çalışılmakla birlikte, hasta-hekim arasında daha fazla sorun çıkabilme ihtimali olan dişhekimliğinde çok daha az çalışılmış olan aydınlatılmış onam kavramının hayata geçirilmesiyle bu iletişimin başlatılması mümkün olabilmektedir. Böylelikle hastaların özerkliği ve hakları korunurken tedavinin değişik yönleri açısından çıkabilecek sorunlar da önlenmekte, hem hasta hem de hekim için daha büyük bir güven ortamında çalışma imkanı yaratılmış olmaktadır.^{21,22} Eskiden olduğu gibi mesleki olarak hastaların güveni garanti olarak görülemez. “Bana güvenin, ben bir dişhekimiyim” demek yeterli değildir²³. Dişhekimliği etiğinde çalışmalar yapan Mohamed Tahir(1995)’e göre onam süreci zaman almakla birlikte tedaviye ait tüm detayların tartışılması, hastanın spesifik ihtiyaçlarına karşı bilgilendirilmesi ve anlamasının sağlanmasıyla, dişhekimisi için iyi bir hekim- hasta ilişkisi yaratılması adına fırsat sağlar. Aynı zamanda hastanın görüş ve katılımlarının da dikkate alınmasını temin eder. Bu durumda tam olarak bilgilendirilmiş ve kendi tedavisinin kararları üzerine kontrol sahibi olduğunu hissettiğinde hastanın güveni ve hekime inancı sağlanmış olur¹⁵.

Böylelikle hasta, hekim ve devlet üçgeninde tüm gerekliliklerin ve taleplerin yerine getirilmesini hayata geçirebilecek kavram olarak merkezi noktada bulunan aydınlatılmış onam; hastaların tedavi gerçeklerinin tespit edilerek taleplerinin yerine getirilmesini ve aynı zamanda dişhekimisi-hasta ilişkisine iş etiği kurallarının da uyarlanmasını sağlayarak hekime duyulan güvenin yeniden kazanılması ve dişhekimliğinin etik ve yasal açıdan prestijinin korunmasında faydalı olacaktır. Fakat aydınlatılmış onam uygulamalarının yerleşebilmesi için, öncelikle dişhekimlerinin konuyla ilgili etik ve yasal bilgilerinin yeterli olması ve konuya yaklaşımlarında duyarlı olmaları önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR:

1. BENBASSAT, J., PILPEL, D., TIDHAR, M., 1998 Summer. Patients preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral Medicine*. 24 (2): 81-89.
2. KABAĞLU, Ö.İ., 1993. İnsan haklarının hukuksal yapısı. *Özgürlükler Hukuku*. İstanbul: Afa Yayıncılık.
3. AYDIN, E., ERSOY, N., 1995, Ağustos-Aralık. Tıp etiği ilkeleri. *Tıbbi Etik Dergisi* 3(2-3): 48-52.
4. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. 1989. The principle of respect for autonomy. In: *Principles of Biomedical Ethics*. New York Oxford: Oxford University Press Inc. Chapter 3.
5. ŞEHİRALTI, M., 2002. Etik, hukuk ve ahlak. *Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Tıbbi Etik Ders Notları*. 1-9.
6. ERSOY, N., 2003. *Aydınlatılmış Onam*. Ed.: A. Demirhan Erdemir, Ö. Öncel, Ş. Aksoy. *Çağdaş Tıp Etiği*. Nobel Tıp kitapevi yayıncı. S:204-234.
7. BEAUCHAMP, G., 2004. The challenge of teaching professionalism. *Annals academy of medicine*. 33 (6): 697 - 705
8. ERSOY, N., 2002. *Klinik Etik Dersleri*. Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Klinik Etik Ders Notları. 1 - 14
9. MOHAMED TAHİR, M.A., MASON, C., HIND, V., 2002. Informed consent: optimism versus reality. *British Dental Journal*. 192:221-224.
10. LITTLETON, P.A. Jr., 1979. Differences between the medical and dental health care sector. *J Dent. Educ.* 43 (2) : 101 - 6.
11. PEASE, A., 1999. *Body Language- beden dili*, 3. basım. İstanbul. Rota yayıncıları.
12. CHAMBERS, D.W., 2001 December. The role of dentists in dentistry. *Journal of Dental Education*. 65 (12): 1430- 1440.
13. KING, J., 2001 July 14. Consent: the patients' view - a summary of findings from a study of patients' perceptions of their consent to dental care. *BDJ*. 191 (1): 36- 40.
14. DWORKIN, S.F., 2001. The dentists as biobehavioral clinician. *Journal of Dental Education*. 65 (12): 1417- 1429.
15. DOYAL, L., CANNELL, H., 1995. Informed consent and practice of good dentistry. *BDJ*. 178: 454-460.
16. WILLIAMS, T., 2001. Celebrating our contributors: Convocation 2001. *UPDATE*. 17(3).
17. COMER, R.W., CALLAN, R.S., BLALOCK, J.S., TURNER, J.E., TROMBLY, R.M., 2001 September. Small business needs assessment: A comparison of dental educators' responses with SBDC survey results. *Journal of Dental Education*. 65 (9): 873.
18. WIEBE, R.J., 2000. The new business ethics. *J. Can. Dent. Assoc.* 66: 248-9.
19. PELTIER, B., 2001. The ethical responsibility of professional autonomy. *Journal of the California Dental Association*. Feature Article.
20. CANNAVINA, C.D., CANNAVINA, G., WALSH, T.F., 2000 March 25. Effects of evidence based treatment and consent on professional autonomy. *BDJ*. 188 (6): 302-306.
21. BRIDGMAN, A., COLLIER, A., CUNNINGHAM, J., DOYAL, L., GIBBONS, D., KING, J., 1999 August 28. Teaching and assessing dental ethics and law in dental curriculum. *BDJ*. 187 (4): 217- 219.
22. SFIKAS, P. M., 2003 October. A duty to disclose issues to consider in securing informed consent. *JADA*. 134: 1329- 1333.
23. SWISS, P., 2005. Bana güvenin, ben bir dişhekimiyim. *Dental Tribune*. 2(1):10.

Aralık 2006 tarihli 97. sayımızda yer alan TDB 11. Olağan Genel Kurulu haberiyle ilgili olarak Bursa Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri Emel Coşkun'dan bir eleştiri aldık. Gelen yazının tamamını ve dergimizin Genel Yayın Yönetmeni Tatyos Bebek'in eleştirisiyle ilgili açıklamasını birlikte sunuyoruz.

Meslek örgütleri ve yayıncılık

Emel Coşkun
Bursa Dişhekimleri Odası
Genel Sekreteri ve Delegatesi

Y aylar, meslek örgütlerinin tarihi gelişiminin belgeleridir. Yayın organlarında yer alan her yazı, meslek örgütünde yapılanların, yapılacak olanların, savunulan ilkelerin, ulaşılmaya çalışılan hedeflerin yazılı kayıtlarıdır.

Her yayının işaret ettiği temel bir hedef vardır. Bu hedef meslek örgütlerinde daha da öne çıkar. Mümkün olan en geniş kitleye ulaşmak, okunmak, etkilemek, aidiyet duygusu yaratmak, katılımcılığa zemin hazırlamak, yani kısaca, örgütsel yapıyla üyesi arasında hayatta karşılığını bulan bir iletişim kurulmasını sağlamak, yayınların amacını oluşturur.

Meslek örgütü yayın organları, hem kendini eğitir hem de tabanı ile ilişkisini geliştirir. Bundan başka iki önemli işlevi daha yerine getirmeye çalışır: Bir, kendini ve meslek grubunu topluma tanıtmak; iki, örgüt ile örgütü var eden meslek grubu arasında ilişki kurmak ve bu ilişkiyi sağlamlaştırmak.

Bu yazıyı meslek örgütü yayınlarının, yayıncılık anlayışının nasıl olması gerektiğini anlatmak amacıyla yazmıyorum. İsteğim, bu konuda yeni bir tartışma açmak ve yeni açılımlara zemin hazırlamaktır.

TDB Dergisi'nin Aralık 2007, 97. sayısı elimе ulaştığında, her zaman yaptığım gibi, okumaya başladım. Ellinci sayfada, Bursa delegesisi olarak katıldığım TDB 11. Olağan Genel Kurulu'na ve seçimlere ilişkin yazıyla karşılaştım. Başlığınan itibaren yazının tümü beni şaşkınlığa düşürdü. Başlığı "Mücadele İçin Güven Tazeledik" olan yazı, bir haberin değil, bir yorumun duyurusuydu. Yazıda, Genel Kurul'un açılışı ve konukların konuşmaları alıntılarla verilmiş, çalışma raporu, mali rapor ve denetleme kurulu raporlarının okunduğundan bahsedilmiş ve "raporların ardından delegeler konuşmalarını yaptılar" biçiminde bir özetle ikinci güne geçilmiş.

İkinci gün yapılan çalışmalar, "TDB Merkez Yönetim Kurulu, ilk gün kendi konularıyla ilgili yapılan eleştirileri yanıtladı" şeklinde kestirmeden özetlenerek, konuşmacıların fotoğrafları eşliğinde konuşmalarından alıntılar verilmiş.

Bu Genel Kurul, katıldığım dördüncü TDB genel kuruluydu. Genel Kurula katılmamış olsam ve bu yazıyı okusam, kafamda yaşadığım genel kuruldan çok farklı bir genel kurul canlanırdı.

"Raporların ardından delegeler konuşmalarını yaptılar." ifadesi, ilk gün öğleden önceki oturumda başlayan ve akşam neredeyse 19.00'a kadar süren, farklı illerden yaklaşık 20 delegenin çalışma raporuna ilişkin eleştiriler içeren konuşmalarını kapsamaktaydı. Bu kadar uzun süren ve bu kadar önemli olan bir süreci, böylesine bir cümleyle geçiştirmek, bu süreci yok saymaktır.

"Raporların ardından delegeler konuşmalarını yaptılar." ifadesi, üç ayrı listeye seçime giden TDB'nde, diğer iki listede başkan adayları olan Doç. Dr. Melih Baykara ve Dr. Adnan Günnar'ın tüm delegelerin yaklaşık üçte birinin oyunu almasını, yani yaklaşık altı bin dişhekiminin tercihini görmezden gelmek anlamını taşımaktadır.

Bunun dışında yazıda bir de yanlış bilgi yer almaktadır. Çalışma raporu, mali rapor ve denetleme raporlarının oybirliği ile kabul edildiği yazılmıştır. Oysa, çalışma raporu oy çokluğu, mali rapor ve denetleme raporları da oybirliği ile kabul edilmiştir. Çalışma raporunu onaylamayanlardan ikisi Bursa delegesidir ve durum tutanaklarla kayıt altına alınmıştır; bakıldığında görülecektir.

Habercilikte çok bilinen bir formül vardır: Bir haberin, 5 N (Ne, Nerede, Niçin, Ne zaman, Nasıl), 1 K (Kim) sorularının karşılığını taşıması gerekir. Bu yazıya bir haber olarak baktığımızda nasıl ve kim sorularının karşılığının çok eksik kaldığını görüyoruz. Genel Kurul tablosunun bir bölümü özenle kapatılmış, gözlerden uzağa itilmiş gibi duruyor.

Bunun nedenleri üzerine kafa yorduğumda karşıma hiç de hoş, kabul edilebilir şeyler çıkmıyor. Basit bir gözden kaçırma, dikkatsizlik olarak algılamaya çalışıyorum ama, aklım bunu kabul etmekte zorlanıyor. Sonuçta bu bir meslek örgütünün dergisi. Basılı hale gelene kadar birçok kişinin denetiminden geçiyor, doğal olarak. Söz konusu olan tüm kişilerin dikkatsizliği ise, bunu nasıl açıklayacağız? Bir yorgunluk olabilir mi? Yüksek olasılık. Aynı görevi uzun yıllar sürdürmek bu türden bir dikkatsizliğe, geniş açılı eleştirel bakış kay-

bına ve sorgulamanın eksikliğine neden olabiliyor. Hadi böyle oldu diyelim. Çözüm ne olmalı o zaman?

Akla gelen ikinci olasılık daha kötü: Haberde manipülasyon.

Genel olarak yönetimde olan iktidar sahipleri, bilinçli ya da bilinçdışı bir yönelimle sahip oldukları erki korumaya odaklanırlar. Bu haber, bu yönelimin dışavurumu olabilir mi? Yoksa, seçimi mücadeleye bir dönem daha devam etmek için güven tazeleyerek kazanan bir ekip, demokratik işleyişin doğal sonucu seçimde farklı listelerle ortaya çıkan meslektaşlarını ve onların temsil ettiği dişhekimlerini neden yok saysın; adlarını bile anmayarak neden güllük gülistanlık bir TDB manzarası sunmaya çalışsın ki? Sorun tam da bu zaten!

Doğru olan, yapılması gereken şeydu: Genel kurul her yönüyle haberleştirilir; tüm konular, konuşmacılar, konuşmalar herhangi bir ayrımcılığa gidilmeden yazılır, aday listeler belirtilir ve seçim sonuçları yazıya eklenirdi. Böyle yapılırdı, TDB yönetimine seçilenlerde eksilen bir şey olurdu muydu? Tam tersine, bu yaklaşımları tazelediklerini söyledikleri güvene katkı sağlardı. Demokratik işleyiş duydukları saygı ve "karşı" duran meslektaşlarına gösterdikleri olgunluk nedeniyle hanelerine artı puanlar yazdırırlardı.

Yönetime seçilenlerden biri, adını da belirterek, seçimle güven tazeleyenler adına bir genel kurul değerlendirme yazısı yazar, orada istediğini yok sayar, istediği kişiyi ve konuşmayı öne çıkarırdı. Böyle bir yazı kişisel değerlendirme yazısı olacağı için, kimseye itiraz hakkı doğurmazdı. Ama haberleri birer yorum yazısına dönüştürüyor ve manipüle ediyorsanız oturup bir özeleştiri yapmanın zamanı gelmiş demektir. Tüm dişhekimlerinin "Birlik" olduğu iddiasında bulunan bir örgüt ve tüm dişhekimlerinin sesi olmayı hedefleyen bir derginin bir tür sansüre ev sahipliği yapması önemli bir sorundur.

Örgütsel bütünlüğün gözetilmesi doğru bir yaklaşımdır. Ancak, genel kurul dahil tüm toplantılarda yapılan eleştirilerin, karşı duruşların yok sayılması, "birliğimizi bozmayalım", "birlik olalım" ifadeleriyle eleştirilerin törpülenmeye çalışılması çok farklı amaçları taşır. Konuşmalarda, eleştirilerde tabii ki üslup çok

önemlidir. Mesleki politikalarının kişiselleştirilerek tartışılması, hakaretlere varan ifadeler nedeniyle sağlıklı tartışma zemininin kaybedilmesi elbette doğru değildir. Ancak gerginlik yaratılmaması talepleriyle bunun dışındaki eleştirilerin de önünü kesmeye çalışmak, sadece gerginliğin farklı bir şekilde daha da artmasına hizmet eder. İnsanları daha tepkisel kılar.

Öte yandan, seçimlerde aday olanlar, elbette bir hayat görüşünü, bir ideolojiyi, ülke gündemine ve sağlık alanına ilişkin belli bir bakışı temsil ederler. Verilen oylar, sadece kişilere değil, temsil ettikleri görüşe de verilir. İnsanlar, hedefleri ve ilkeleri farklılıklar gösterdiği için farklı listelerde yer alırlar. Dolayısıyla yönetime seçilenler bu görüşlerini yönetime taşırlar ve yayınlarda da ifade ederler. Yani, doğal olarak, bir dünya görüşüne taraftırlar. Uygulayacakları politikalar, söyleyecekleri sözler, elbette bu görüşün uzantısı olacaktır. Ama bu yukarıda eleştirdiğim yayıncılık anlayışını gerektirmez, bu anlayışı içermez.

★ ★ ★

TDB dergisindeki genel kurul yazısına ilişkin bunları düşünmüşken ve bir yazıya dökme düşüncesindeyken Ege Bölgesi Odalarının Dışhekim Dergisi'nin 19. sayısı geldi. Genel Kurul haberinin TDB Dergisi'ne göre çok daha öncelikli olarak yer almış olması sevindiriciydi. Başlığı ve giriş bölümü tarafsız ifadeler içeriyordu. Ancak, konuşmacılar ve konuşma metinleri dergi sahipliğini üstlenen odaların başkanlarıyla sınırlı tutulmuştu. Genel Kurul'un ikinci günü, TDB Dergisi'nin yaptığı muameleyi görmüş ve "Genel Kurul'un ikinci gününde ise, TDB yöneticileri sırayla kürsüye çıkarak yapılan eleştirilere yanıt verdiler" cümlesiyle kısaca geçitirilmişti. Yani, TDB Dergisi'ndeki diğer "taraf"ı görmezden gelmeye dayalı yayıncılık anlayışı, bu dergide de görülüyordu. Bu durum karşılıklı bir restleşme gibi duruyordu ve ne yazık ki örgütümüze bir katkı sağlamıyordu.

Dergilerde yapılan yayınlar, başta da belirttiğim gibi üyeleri, meslektaşları bilgilendirme, eğitime, süreçlere dahil kılma amacını taşıyorsa ve bu dergilerle meslek örgütü tarihine birer not düşülüyorsa, yayıncılık anlayışını böylesine sadece savunmaya odaklı dar yaklaşımların dışına taşımak, taşırmak gerekiyor. Seçilmişler, hayatın doğal seyrini, yaşananları, yayın organlarında eksik bilgilerle ve manipülasyonlarla değiştirebilecekleri yanılığın düşmemeliler. Tablonun bazı bölümlerini kapatmadan tümünü sunmak, doğru bilgi vermek ve değerlendirmeleri üyelere bırakmak, gerçekten içselleştirilmiş demokratik bilincin doğal bir sonucu olmalıdır. Gerçek bir meslek örgütünün temel hedeflerinden biri de budur, bu olmalıdır. Meslek örgütlerindeki varlığımızı bu amaç anlamlı kılacaktır. Bu, direnç gösterilmesi gereken noktalardan biridir. Meslek örgütlerini kamuoyunda ve üyelere arasında güvenilir ve güçlü kılmamızın yolu, örgütsel tabanda "gerçek güveni", "doğru" yöntemlerle sağlamak ve demokratik işleyişi ve katılımı sürekli canlı tutmaktan geçmelidir.

TDB tarihini en azından bundan sonra eksik yazmamızın düşüncesinde ısrar ederek, her iki dergiden de bundan sonraki sayılarında, Genel Kurullar, Başkanlar Konseyi toplantıları, Meslek Sorunları Sempozyumları gibi TDB çatısı altında yapılan tüm toplantılara ilişkin bilgileri, gerçek habercilik anlayışıyla vermelerini, üyelerine duyduğu saygıya ve güvene inarak bekleyeceğim. <

Eleştiri ve özeleştiriyi hepimiz için gerekli

Tatyos Bebek

TDB MYK üyesi ve

TDBD Genel Yayın Yönetmeni

Sayın Emel Coşkun'un öneri ve eleştirilerine öncelikle teşekkür ederim. Bu yazıya iki nedenden dolayı cevap verme ihtiyacı duydum. Biri Genel Kurul haberinin yapılmasındaki mantığımız.

TDB'nin yayın organında bugüne kadar izlenen çizgi hiç kimseyi yok saymak üzerine kurgulanmamıştır. Genel kurul haberinde iki yıllık çalışma dönemine yönelik yapılan eleştiri, onama ve önerilerin haber olarak yer alması bir eksiklik. Bu eksikliğin birilerini yok sayma anlayışı ile yapıldığının düşünülmesi ise haksız ve ağır bir eleştiridir. Genel Kurul'da yapılan tüm konuşmaların çözümleri eksiksiz olarak odalarımıza gönderilmiştir. Geçmiş dönemlerdeki Genel Kurul haberlerine bakıldığında haberin omurgasının aynı şekilde oluşturulduğu, bu yöntemin bu sayıda da devam ettiği anlaşılacaktır. Bu kadar detaysız verilen bir haberin eksik olduğunu söyleyebilirsiniz, haklı da olabilirsiniz. Ama en azından buradan bakıldığında bir önyargının olmadığı anlaşılmalıdır. Bir önceki dönemde yapılan çalışmalarla ilgili olumlu görüş beyan eden delegelerin konuşmalarının da yer almadığını hatırlatmak isterim.

Haberde eksiklik ve bir tane de maddi hata (Çalışma Raporu'nun oybirliğiyle onaylanması ifadesi) olduğunu kabul ediyorum. Ama manipülasyon eleştirisini kabul etmem mümkün değil. Hiçbir objektif veriye dayanmadan yapılan böyle eleştiriler inanılmaz çok yıkıcı oluyor. Birbirimizi bu kadar kolay suçlamamalıyız.

Bu yazıya cevap verme ihtiyacını duymamın diğer bir nedeni de şudur: Sayın Coşkun önemli bir konuya parmak bastı. Meslek kuruluşlarının yayın politikaları nasıl olmalıdır tartışmasına gerçekten ihtiyacımız olduğu ortada. TDB ve oda dergilerinde neleri haber olarak kullanacağız? Haber ve yorumlarımızda nelere dikkat edeceğiz? Değerlendirmelerimizi yaparken kullanacağımız sözcükler ve ifade biçimimiz nasıl olmalı? Dışhekimlerinin ortak taleplerini ifade ederken nelere dikkat edeceğiz?

Başkanlar Konseyi toplantılarında ve Genel Kurullarda alınan kararları ya da Genel Kurul'un seçtiği yöneticileri üyelerimize duyururken nasıl bir içerik ve ifade biçimi kullanacağız?

Dergilerin katılımı ve demokratik yayın ilkelerine uyması sadece farklı düşüncelerin yer almasından mı ibarettir? Farklı düşüncelerin ifade biçiminin önemi yok mudur? Bu ve buna benzer soruların sorulup nerelerde eksik ve yanlış yaptığımızın tartışılması gerekir.

Dünyanın en önemli basın yayın kuruluşlarında olduğu gibi TDB'nin dergisinde, web sitesinde de çeşitli zamanlarda eksik ya da hatalı bilgiler yer almıştır ve bundan sonra da hata yapma ihtimalimiz vardır. Ama TDB'nin yayın organlarında hiçbir zaman, hiç kimse aşağılanmadı, suçlanmadı. Odalarda çalışan tüm yöneticilerimizin çabaları önemsendi, takdir edildi.

Sayın Coşkun'a bir kez daha teşekkür ediyorum. Bu uyarısından yola çıkarak geçmişte ve günümüzde bazı odalarımızın yayın organlarında TDB'nin çalışmaları ve TDB Merkez Yönetim Kurulu'nda görevli olan üyelerle ilgili yer alan yazıların bize nasıl bir yararı olduğunu sizlerin değerlendirmesine bırakıyorum.

Son olarak da şunu belirtmek istiyorum. Yoğun ve yıpratıcı bir dönemden geçiyoruz. Ülkemiz ve mesleğimizle ilgili önemli kararların alınacağı bir dönemde birbirimizi anlamaya çalışmalıyız. Enerjimizi ve bilgi birikimimizi verimli kullanarak her türlü iletişim aracını kullanarak iletişim eksikliğinden kaynaklanan sorunları giderebiliriz.

Ekonomi-politik açıdan hangisi daha nesnel:

Mutluluk mu yoksa Yaşam kalitesi mi?

Türkiye’de yaygın ilgi alanı olmasa da, dünyada yoğun biçimde tartışılmakta olan bir kavram oldu yaşam kalitesi. Bu kavramdan hoşlanmayan kimi liberal ve at gözlüklü iktisatçılar ısrarla mutluluk kavramına takılı kalmış durumda gözüküyorlar.

Türkiye’de yaygın ilgi alanı olmasa da, dünyada yoğun biçimde tartışılmakta olan bir kavram oldu yaşam kalitesi. Bu kavramdan hoşlanmayan kimi liberal ve at gözlüklü iktisatçılar ısrarla mutluluk kavramına takılı kalmış durumda gözüküyorlar. Dünyada liberal ekonominin baş tellallerından olan The Economist adlı dergi liberal ekonominin hamam sahibi ve tellaklarına çift sayılık Christmas (23.12.2006 – 5.1.2007 tarihli) sayısında ‘mutluluk’ konusunu ve ölçümünü kapak konusu yapmış. Dosya konusunu oluşturan yazının alt başlığı ise şöyle: ‘Kapitalizm bir toplumu zengin yapabilir, onu özgür olarak koruyabilir. Ondan sizi aynı biçimde mutlu yapmasını da istemeyin’. İlginç bir alt başlık değil mi? Yani zengin ve özgür olduktan sonra mutluluğa kim bakar ki? Doğru geldi mi bu tümce? Akılcı bir tümce kurmak için mutluluk kavramı yerine yaşam kalitesi kavramına yönelmemiz gerek... Zaten The Economist’in piyasadaki bir iki hafta sonraki sayısında(6.1.2007) bir başka yazı var ve adı: İyilik Patlaması. İyilik derken iyilik endüstrisi kastediliyor tabii!

KAVRAMLARA GENEL BİR BAKIŞ

Yaşam kalitesi, insanların biyolojik durumları, yaşam biçimleri, ilişkileri ve içinde buldukları çevrenin nicel ve nitel değerlerinin toplamıdır. Eğer bu niceliksel ve niteliksel özellikler ‘kalite’ kavramının ölçütlerine uyuyorsa o zaman hem bireyin, hem kurumun, hem toplumun kalitesinden söz edebiliriz. Birey tek başına kaliteli yaşam kurgulayamaz.



Bu insanın doğasına aykırıdır. Çünkü insan ve çevresi tüm boyutlarıyla sürekli etkileşim durumunda ve iç içedir. Farklı boyutları birbirinden ayıran sınırlar yoktur. Kaliteli yaşam, yaşama bütünsel bakışla ve onun tüm boyutlarıyla üstün nitelikli olmasıyla olanaklı olabilir. Yaşam standardı ile yaşam kalitesi farklı kavramlardır. Yaşam standardı, yaşam kalitesinin boyutlarından sadece biridir. Yeri gelmişken diğer kavramlara da göz atalım. Yaşam standardı, toplumlara, sınıflara ve tarihsel dönemlere göre değişen, insanlarca tüketilen mal ve hizmet miktarıdır. Sözelimi, satınalma gücü paritesine göre kişi başına ulusal gelir. Yaşam doyumu, kişinin yaşam kalitesi unsurlarından elde ettikleriyle, beklentileri arasındaki farka bağlı olarak hissettiği duygusal durumdur. Mutluluktan farkı daha somut temellere dayanmasıdır. Mutluluk, kişinin yaşamını dolu,

anamlı ve huzurlu olarak algılama sürecidir.

THE ECONOMIST’İN KAPAK DOSYASINDAKİ TARTIŞMA

Geçmişteki kimi iktisatçılar, Bentham’ın ‘yararcı felsefesi’nden esinlenerek yararı ya da mutluluğu şöyle ölçmeyi önerdiler: İyi hislerin ve kötü hislerin cebirsel toplamı. Bu iktisatçılar, hazzın devamlılığı ya da acıdan-âğrıdan kaçınmak gibi sorunlara ilişkin tartıştılar. Hatta bir tanesi bir psiko-fiziksel makine olarak bir ‘hazölçer (hedonimetre)’ icat edilmesini bile önerdi. Tabii ki, böyle bir makine asla icat edilmedi. 19. yy.’in son çeyreği ile 20. yüzyılın son çeyreği arasında bu konuda sessiz kalan iktisatçılar, son yıllarda yine Bentham’dan

yararlanarak yararı, hazzın ve acının bir kuantumu olarak ölçebileceklerini söylüyorlar. Onlara göre, bireyler haz durumlarını ifade edebilirler ve sıfırdan ona dek ölçekleyebilirler. 2002 yılında Nobel Ekonomi Ödülü alan Princeton Üniversitesi’nden psikolog Daniel Kahneman’a göre, insanlar iktisatçıların sandığı kadar gizemli değiller. Derginin dosyasında bu konuda çalışan isimler arasında, Lüks Ateşi adlı 1999 tarihli kitabıyla Robert Frank, George Mason Üniversitesi’nden Bryan Caplan, London School of Economics’den Mutluluk kitabıyla ünlenen Richard Layard, Büyümenin Toplumsal Sınırları adlı 1977 tarihli kitabıyla Fred Hirsch, Claremont Lisansüstü Okulu’ndan Mihaly Csikszentmihalyi, New York Üniversitesi’nden Amy Wrzesniewski, Londra Üniversitesi’nden tarihçi Negley Harte ve Burjuva Erdem adlı son kitabıyla Deirdre McCloskey

göze çarpan isimler...

Bunların içinde 'konumsal mallar' deyimini iktisat alanı yazınına kazandıran Hirsch'i anmalıyız, ama en popüler olanlardan biri de Layard. Belki mensup olduğu okuldan, belki de Tony Blair'in danışmanlarından olmasından dolayı ünlenen Layard'ın çalışmalarına göre, gelir artışı, yaşam standardını yükseltmesi nedeniyle mutluluğa önemli bir katkı sağlıyor. Ancak bir ülke yoksulluk ve geri kalmışlıktan kurtulup sınıf atladıktan sonra gerçekleşen gelir artışının, mutluluğuna hiçbir katkısı olmuyor. Yani belli bir gelir düzeyine erişen birey ya da ülkelerde bundan sonraki zenginlik hiçbir ek-sınırsal

(marjinal) yarar sağlamıyor. 1950'lerden bu yana yapılan araştırmaları da inceleyen Layard, durumun ABD, İngiltere ve Japonya'da böyle olduğunu vurguluyor. Layard'a göre mutluluğu etkileyen beş ana faktör, aile, mali durum, iş, sosyal çevre ve arkadaşlıklar, sağlık. Layard bunların yanı sıra, ek olarak kişisel özgürlük gibi faktörlerden de söz ediyor. Layard'ın vurguladığı önemli bir başka husus da şu: kendi yaptıklarımızı iyi yapıyor olmaları mutlu olmamıza yetmiyor, başkalarının nasıl yaptıklarına da kafayı takıyoruz.

Csikszentmihalyi ve iki arkadaşı yürüttükleri 'İyi İş' adlı projede piyasayı zanaatçılığı öldürdüğü için suçluyorlar. Mükemmellik, etik ve kazancın yarışan talepler olarak düşünüldüğü projede 'akış' kavramını profesyonel yaşamda yaygınlaştırmak amaçlanıyor. Layard'ın söylemini kullanırsak insanların yapmayı sevdiği işte kendilerini kaybetmelerine Csikszentmihalyi 'akış' adını veriyor. Sınıflar arasında yaşam standardı farklılığını

Liberal mutluluk bilimciler göre bu paradoks iki şekilde açıklanabilir.

Birinci açıklamaya göre kapitalizm lüksleri gereklilikler haline getiriyor. Yaşam standardı yükselen bireyler o düzeye uygun gereklilikler olmaksızın yapamayacaklarını düşündüklerinden, o gereklilikler onların mevcut



mutluluklarında ciddi bir artışa yol açmıyor. İkinci açıklamaya göre, kapitalizmin her şeyi piyasaya getirip sunması bir takım sınırlılıklara sahip. Sözelimi, tepe düzey işler, en iyi eğitim, seçkin semt ya da evler vb. Bunlar 'konumsal mallar' olup, arzı sabittir ve siz ancak diğerleri yapmadığı zaman haz alırsınız. Kapitalizm, insanlara istediklerini düşledikleri şeyleri sunarken, hem de daha önce hiç bilmedikleri ve tatmadıkları şeyleri sunuyor. Buna sanatsal olarak 'özgünlük', ticari olarak da 'yenilik' diyoruz. Büyüyüp gelişen bir ekonomide 'boşluk pazarların karışık bir bankası vardır ve bunların arasında sıraerki (hiyerarşi) yoktur: müzik, spor, görsel sanatlar... vb.

Ekonomideki yavaş büyümeye karşı Anglo-Sakson dünyada 'yaşam kalitesi' kavramı gündeme geldi. Britanya'daki Muhafazakâr Parti önderi David Cameron gayrisafi yurtiçi hâsıla kavramına karşı 'genel iyilik hali' kavramını gündeme getirdi. Amerika'da ya-

mist'teki tartışma dosyasına ayrıntılı göz atmak isteyenlerin heyecanını daha da fazla kırmayalım ve sunuş yazısının son cümlesini alıntı yapalım: Kapitalizm sizi daha iyi yapabilir. Seçiminize göre mutsuz fakat özgür de yapabilir. Bundan daha fazlasını istemek çok şey istemek olacaktır. (The Economist, s.11)

Ne demek istiyor sizce The Economist'in editörü acaba? Peki Benjamin Franklin şunları söylerken haksız mıydı:

'Bilge kimdir? Herkesten öğrenen. / Güçlü kimdir? İhtiraslarını yönetebilen. / Zengin kimdir? Hoşnut olan. Behiç Ak'ın geçenlerde Cumhuriyet gazetesinde yayınlanan karikatüründe iki kişi konuşuyorlar. Biri soruyor: Sen, gelecek projesi olan romantik bir insandın. Nasıl

oldu da değişti Diğeri yanıtıyor ama iki eli havada şıkıdım ya da son deyimle çakkadı yapar halde: sürekli eğlenerek.

Sanki sözleşmişler gibi aynı gazetede alttaki karikatür de Kemal Urgenç'e ait ve bir adam diğerine şöyle diyor: Ağabeycim adamın bir kredi kartı var. Nefis. Adam kalite, adam kalite.

MUTLULUKTAN YAŞAM KALİTESİNE DOĞRU UZUN İNCE BİR YOL

Yaşam kalitesini (YK) ele alan çalışmaları iki öbekte toplayabiliriz:

a. YK'yı kısmi olarak ele alan çalışmalar (örneğin sağlık alanında yapılan ve salt sağlık boyutunu göz önüne alan yaklaşım vb.)

b. YK'yı bütünsel olarak ele alan çalışmalar (örneğin, Birleşmiş Milletler'in İnsani Gelişim Endeksi, M. Yılmaz ve H. Çivi'nin Yaşamın Yetkinliği Endeksi, Baş&Baş modeli vb.)

BM'nin İnsani Gelişim Endeksi (İGE) yerli ve doğru bir yöntem değil, hatta gerçek-

Çalışmaların sonuçlarına bakarsak, zenginler yoksullara göre daha mutlu çıkarken daha zengin toplumlar, zenginleştikçe mutlulukları aynı oranda artmıyor. Amerika'dan Japonya'ya durum böyle!

getiren 'gagalama düzeni'ni etkileyecek olan maliye (vergi) politikası konusunda bu yazarlar arasında görüş birliği yok. Çoğu gagalama düzeninin devamından yana, kimileri de çıban izlerini fondatenlemekten yana gözüküyor. Çalışmaların sonuçlarına bakarsak, zenginler yoksullara göre daha mutlu çıkarırken daha zengin toplumlar, zenginleştikçe mutlulukları aynı oranda artmıyor. Amerika'dan Japonya'ya durum böyle!

pılan son ara seçimlerde eşitsizlik, aşırı çalışma, yoksulluğun gizli maliyetleri tartışılırken, sağlık kavramına karşı 'iyilik' kavramı ciddi bir endüstri haline geldi.

Örneğin, ABD'li Virgin grubu Virgin Yaşam Bakımı Kiosk'ları açıyor, Wal-Mart organik gıdalar satıyor, hatta komik ama Coca-Cola bile iyilik içeceği çıkartıyor (ayrıntılı bilgi için bkz. The Economist, 6.1.2007)

Özünü aktarmaya çalıştığımız The Econo-

leri örten bir hesaplama. Endeksin içinde ortalama yaşam süresi, satınalma gücü paritesine göre kişi başı gelir, eğitim düzeyi gibi göstergeler var. Ülkeler bu göstergelere göre ve topluca sıralamaya tabi tutuluyorlar. Yöntemle ilgili eleştirilere geçerseniz, örneğin Türkiye'de kişi başına gelir SAGP'ne göre 7753 ABD doları ama kişi başı borç da yaklaşık (aşırı değerli YTL konusu!) 4991 ABD doları. Neti eder kişi başına 2600 ABD doları.

Esas buna bakmak gerekir. Ya gelir dağılımının bozukluğu? Gelir düzeyine göre en üst yüzde 5'lik dilim ile en alt yüzde 5'lik dilim arasında 23 kat fark varsa, her beş kişiden biri yoksulluk sınırının altında yaşıyorsa, her beş kişiden bir işsizse hangi ekonomik yaşam kalitesinden söz edebiliriz? İşte İGE'de bunlar ihmalen (yoksa kasten mi) görmezden geliniyor.

İGE'de başka bir eleştirmek istediğim konu, okuryazarlık düzeyi gelişmiş ülkelerde okuma-yazma alışkanlığı olarak ölçülürken, gelişmekte olan ülkelerde okuma-yazma bilme olarak ölçülüyor. Şu meşhur 'doğu için iyidir' hikâyesi! Oysaki Türkiye'de okuma-yazma bilme oranı, yüzde 87,4 iken, düzenli okuma alışkanlığı olan insanların oranı yüzde 4,5! Peki ne oluyor sonuçta? Türkiye'de 2005'te bir günde 1500 suç işlenirken, 2006'da bu rakam 2000'e dayanmış; İstanbul'da uyuşturucu kullanımını ve satışı yüzde yüz artmış. Uluslararası yolsuzluk sıralamalarında durumumuz içler acısı, 60'lı sıralarda ileri-geri çaça yapıyoruz.

Mercer Danışmanlık şirketinin yaptığı kentsel yaşam kalitesi sıralamasında İstanbul gerileme kaydetmiş ve 108. sıraya inmiş, yani çevresel kalitemiz de bozuluyor. Eh, birinci sınıf tarım arazisini Amerikan şirketi Cargill'e veren hükümetlerle daha çok bozulur...

Celal Bayar Üniversitesi'nden Mine Yılmaz ve Halil Çivi'nin geliştirdikleri Yaşamın Yetkinliği Endeksi içinde 14 gösterge mevcut. Bu göstergeler üç öbekte toplanmış: ekonomik, politik ve sosyal. Sosyal öbek de iki alt öbektен oluşuyor: Sağlık ve eğitim.

Baş&Baş modeli ise Dr. Fikriye İnanç Baş ve Doç.Dr. İ. Melih Baş tarafından geliştirilmiştir. Bu modelin geliştirilmesi sürecinde çok sayıda uluslar arası çalışma incelenmiş ve göz önüne alınmıştır. Yaşam kalitesi bu modelde bir dizey (matris) olarak ele alınarak tanımlanmıştır. Dizeyde yer alan yaşam kalitesi parametreleri şunlardır:

1. Ekonomik çevre,
2. İş yaşamı ve güvenlik
3. Boş zaman etkinlikleri
4. Fiziksel çevre
5. Sağlık
6. Eğitim
7. Siyasal yönetim(yasama-yürütme ve yargı)
8. Kamusal hizmetler-sosyal yapı.

Yaşam kalitesi parametrelerinin, üç katmanda ölçümü önerilmektedir:

- a. Bireysel kalite (biyo-psiko-sosyal boyutlar itibariyle)
- b. Kurumsal kalite (aile, iş vb kurumlar itibariyle)
- c. Toplumsal kalite (bölgesel, ulusal, uluslar arası)

Her katmanda istenirse ve olanaklı olduğunda ölçüm nesnel ve öznel göstergeler olarak ikiye bölünebilir ve açıklayıcılık düzeyi artar.

Elbette ki, her konuda olduğu gibi bu dizeyde de üçüncü boyut 'zaman' olup, bu boyutun adlandırılması ya da kavramlandırılması 'süreklilik' biçiminde yapılmıştır. Örneğin, sürdürülebilir olmayan bir fiziksel çevrenin kalitesinden söz etmek olanaklı değildir.

Sonsöz

Edward Gibson'un bir deyişini anımsatmak istiyorum: 'Elbette zenginim. Gelirim harcamalarımın yüksek, harcamalarım da isteklerimle eşit.' Bu söze bir ek yapmak gerek ve 'isteklerim ihtiyaçlarım kadar.' Elbette ki, Amerikanca deyişle wantmakers (istekyapıcılar) olarak adlandırılan etikten bihaber ve kimi pazarlamacı-satışçılar buna karşı çıkabilirler ama bakmayın siz onlara ve onların temsil ettiği vahşi liberal yaklaşıma ve onun ışığında ortaya çıkan 'daha fazla toplumu'na. Hz. Ali şöyle demiş: akıl gibi zenginlik, cehalet gibi yoksulluk yoktur. Hz. Ali'nin bu sözü bize 'sahip olarak mutluluğu' değil de 'olarak mutluluğu' gösteriyor. (Ayrıntılı bilgi için bkz. Erich Fromm'un Türkçeye de çevrilmiş olan 'Sahip olmak veya Olmak' adlı kitabı) >

Değerlerin yitimi

Eski Türk filmlerinde izlerdik, zengin kız babasının tüm ısrarlarına rağmen okula arabayla, şoförüyle gitmeyi reddederdi... Zenginliği göstermek ayıptı... Akşam işten dönen Ahmet Bey amcanın yanından son sürat koşarak, çarparak geçmez; hızımızı biraz keser hafifçe hazırola geçer "iyi akşamlar" dilerdik... Başımız ağrır, gönlümüz daralır, komşumuz vardı... Dili, dini, ırkı değil komşuluğu önemliydi... Onlar boyanmış yumurtalarını getirir, biz aşuremizi götürürdük... Ayrı dillerde, ayrı peygamberlere, aynı tanrıya, aynı anlama gelen dualar edilirdi...

Değerlerimiz vardı onlara sahip çıkar, korur, abartmazdık... Şimdi herşey alt üst oldu. "Sürü geriye döndü, ayaklar baş oldu".

Şimdi herşey alt üst oldu. Görgüsüzce zenginliği göstermek, hayatın hızına uyup, değil "iyi günler" dilemek, çarparak, yıkarak geçmek, komşuların varlığını unutmak...

Herşeyin para'ya, güç'e, oy'a tahvil edilmeye çalışıldığı bir döneme girdik...

Yaşamımızı kuşatan televizyon bunun en iyi aracı oldu...

Oy isteyenlerin hepsi vatani ve bayrağı bizden daha çok sevdi... Daha çok para kazanmak isteyen işveren ihraç ettiği kotlarla dünyaya Türkün gücünü gösterdi... Dünya pazarının devi ramazan ayına ait en iyi içeceğin "cola" olduğuna ikna etti insanlarımızı...

Hedefe varmak için her şey mubah anlayışı bizi nereye götürecektir? Daha çok kazanmak için daha çok üretmek daha çok üretmek için doğayı yok etmek. Sonrası küresel ısınma, peki sonrası ne?

Doğayı ve değerleri yok ederek nereye varacağız. Etik kurallar; ticaretin sağlık hizmetlerinin, yayıncılığın ve reklamın etik kuralları neden oluşturuldu? Ne düşünülerek kaleme alındı?

Yaşamın her alanına nüfuz eden bu anlayışı dış macunu reklamlarında da görüyoruz... Daha fazla pazar payı için, daha fazla kazanç için koruyuculukları üçten beşe, beşten yediye yediden onikiye çıktı... Yetmedi misvak özlü, misvak beyazlatıcı oldu...

Evet, DSÖ koruyucu sağlık ürünlerinin daha yaygın kullanılması için yapılacak tanıtımlarda ülkelerin yerel motiflerinin, sembollerinin kullanılabileceğini söylüyor.

Atılan adımlardan yaratılan kazanımlar başka kayıplara yol açıyorsa ve bu kayıplar kar topuyken gelecekte çığ olarak üstümüze düşecekse ve herkes kaybedecekse, semboller ve değerler üzerinden siyaset ve ticaret yapmamalıyız.

Değerler, semboller, kavramlar olduk olmadık yerlerde ve zamanlarda kullanılırsa önemsizleşirler. Sadece önemsizleşmekle kalmaz, bumerang gibi kullananlara zarar verebilir.

İnsanların inançları, değerleri, kimlikleri üzerinden yapılan siyasetin ülkemizi nereye taşıdığı ortada.

Biraz sağduyu, yaşamın satmak ve satın almaktan ibaret olmadığı, değerlerin ve doğanın korunmasının yaşamın ta kendisi olduğu bilinmeli.

Dişhekimi Ayten Yıldırım

Meke Gölü: Dünyanın nazar boncuğu

Dünyanın "nazar boncuğu" olarak bilinen Meke Gölü, son yıllarda kuraklık yüzünden bataklığa döndü. Yaklaşık 5 milyon yıl önce volkanik patlama sonucu oluşan ve taban suyuyla beslenen Meke Gölü'nde su seviyesi, kendisini besleyen Hotamış, Akgöl ve Sultanhanı sazlıklarının yeterli yağış almamasından ve yeraltı sularının çifçiler tarafından kullanılmasından dolayı iyice düştü.

Türkiye'nin 30 yıllık mücadele sonucunda büyük bölümü ormana çevrilen tek çölü olan Konya'nın 96 km. doğusundaki Karapınar ilçesi aynı zamanda bugüne kadar pek fark edilmemiş açık hava müzesi özelliği taşıyor. Volkanik patlamaların yarattığı garip tepeler ve çukurlarla kaplı olan Karapınar ilçesi etkileyici gölleri de içinde barındırıyor. Karapınar'ın güney doğusunda ve Karapınar'a 8 km uzaklıktaki Meke krater gölü de bunlardan birisidir.

Binlerce yıl önce (Plaiosten) volkanik patlama sonucu oluşan kraterin (piroklastik koni) içinin zamanla su dolmasıyla oluşmuş Meke Krater Gölü. Bir efsaneye göre; evvel zaman içinde, çamaşır yıkayan kadından su isteyen yaşlı dedeye; "su yok!" diyen kadının Meke Gölü'nün tam göbeğindeki garip tepeye dönüşmesi anlatılsa da binlerce yıl geçtikten sonra yanardağın bir kez daha patlamasıyla oluşmuştur Meke Gölü'nün ortasındaki tepede. Bilimsel olarak bu tepeye "maar" deniliyor. Daha sonra yine çeşitli patlamalar sonucu, bir bölümü ana koniye bitişik, bir bölümü de ada halinde olmak üzere yedi küçük meke daha ortaya çıkmış. Meke'nin biçiminin binlerce yıl bozulmamasının nedeni ise adayı oluşturan volkanik kütlelerin en şid-



Yok olma tehlikesi ile karşı karşıya kalan göl 2006'da artan yağışlarla kendine gelmeye başladı.

detli yağmurları bile hemen emecek yeteneğe sahip olmasıdır.

Deniz seviyesinden 981 m yükseklikteki Meke Gölü'nün (ana mekenin) ortasında bulunan ve su seviyesinden 50 m yükseklikte olan volkan konisindeki göl 25 m derinliktedir ve suyu tuzludur. Bir ara bu sudan tuz elde edilmek için Tekel İdaresince kullanılmıştır. Aynı zamanda Meke Gölü ve çevresi, "Konya Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kurulu"nun 6 Ekim 1989 tarih ve 565 sayılı kararıyla 1. derecede doğal sit alanı ilan edilmiştir.

Dünyanın "nazar boncuğu" olarak bilinen Meke Gölü, son yıllarda kuraklık yüzünden

bataklığa döndü. Yaklaşık 5 milyon yıl önce volkanik patlama sonucu oluşan ve taban suyuyla beslenen Meke Gölü'nde su seviyesi, kendisini besleyen Hotamış, Akgöl ve Sultanhanı sazlıklarının yeterli yağış almamasından ve yeraltı sularının çifçiler tarafından kullanılmasından dolayı iyice düştü.

Doğa harikası olan Meke Gölü bir kuş cennetiydi aynı zamanda... Kızıl kahverengi, mor, kırmızı ve siyah renkli volkanik taş parçaları ile kaplı Meke Krateri yüze yakın kuş türüne ev sahipliği yapıyordu. Angut, Suna, Uzunbacak, Su Çulluğu, İbibik, Kaya Kartalı, Mısır akbabalarının yanı sıra krater yamaçlarında yuva yapan Kerkenez, Kızıl Şahin, Kı-



Çeşitli volkanik patlamalar sonucu, bir bölümü ana koniye bitişik, bir bölümü de ada halinde olmak üzere yedi küçük meke daha ortaya çıkmış.



nalı Keklik, Yeşil Karga, Kaya Güvercini, Kılkuylu Şakrak Kuşu dünyada ender görülen kuşlardan. Göç zamanları Karakulak ve Kuyrukkakan ile birlikte Orta Afrika'dan gelen ince, kırmızı, narın bacaklı flamingolar, kanatlarını açtıkları zaman beyaz üzerindeki turuncu ve siyah renkli tüyleriyle muhteşem bir görüntü oluşturuyordu. Meke'nin yeşil renkli, tuzlu suyunun yüzeyinde süzülen flamingolar, gölün kıyısında küçük su böcekleri ile besleniyor ve bir tehlike hissettikleri zaman gölün ortalarına doğru dans eder gibi sessiz bir şekilde süzülüyordu. Sadece Meke Gölü'nde yaşayan ve adını Meke'den alan Meke kuşları, filamingolar ile birlikte, gölün yüzeyinde yaşıyordu. Göl, suyunun azalması nedeniyle eski güzelliğini kaybederken, birçok kuş türü artık bölgeye gelmez oldu. Daha önce 12 metre derinliğe ulaşan Meke Gölü, 2005 yılında sadece çamurdan ibaret

su yönetimine geçilmesi gerekiyor.

Yok olma tehlikesi ile karşı karşıya kalan göl 2006'da artan yağışlarla kendine gelmeye başladı ve kuruma tehlikesi biraz azaldı. Temennimiz Konya'nın en az yağış alan bölgesi olan Meke Gölü'nün yağışların etkisi ile tehlikeyi tamamen atlattığı.

Meke Gölü'nün 4 kilometreye yakın olan çevresini dolaşabilirsiniz. Girişteki metruk evin yanından inen patika yol sizi göl kıyısına getirir. Evin doğu ve batısından devam eden kömür tozuna benzer yol, bir yandan sizi krater ağzında olduğunuza inandırırken,

girişte, yolun sonunda ve biraz içerde bulunan tepeler yoldan dikkat çekmese de, "Ketirlik" adıyla anılıyor ve ilginç bir kaya kütlesi barındırıyor. Doğanın bir hayli bonkör davrandığı bölgedeki doğal kır çiçekleri, yosun yüzlü kayalar makro fotoğraf çekimlerine meraklı olanların ilgisini çekecektir.

Meke Gölü'nden 2 km daha güneydoğuda bulunan ve sadece bu bölgeye özgü dünyanın hiçbir yerinde bulunmayan obruklar vardır. Obruk; oyuk, çökmüş, çukur anlamına geliyor. Yer altında kalker gibi eriyebilen kayaların zamanla mağara tarzında boşluklar meydana getirmesi ve bunların tavanlarının çökmesiyle oluşuyor. Kenarları yırtılmış gibi keskin olan ve özellikle obsidyen parçalarından meydana gelen bir halka ile çevrili olan bu çukurlar görülmeye değer tabiat harikalarıdır.

Tepeden bakılınca bir nazarlık gibi görü-

Doğa harikası olan Meke Gölü bir kuş cennetiymiş aynı zamanda... Kızıl kahverengi, mor, kırmızı ve siyah renkli volkanik taş parçaları ile kaplı Meke Krateri yüze yakın kuş türüne ev sahipliği yapıyordu.

kalmıştı.

Havzanın diğer sulak alanları gibi kuruma sürecinde olan Meke Gölü parçalara ayrılmış durumda. Gölün küçülmesinde azalan yağışlardan daha çok havza bazında sürekli düşen yeraltı su seviyesinin etkili olduğu gözleniyor, düşüşün nedeni ise aşırı ve plansız tarımsal sulama amaçlı kullanılan kaçak su kuyuları. Çözüm için havza bazında Entegre Havza Yönetimi prensiplerine uygun

gölün manzarasının en güzel seyredildiği arka yüzeyine götürüp, çevresini dolaşmanıza ve milyonlarca yıllık küllere, curufa ayak basmanıza imkan verir. Çevreyi dolaşırken birkaç fosil yatağına rastlamanız mümkün. Kırık kömürü andıran tozsuz yolun dışı, "off-road" zevkini tatmin edecek engebeli bir arazide bodur otlar arasında yol alma olanığı da sunuyor. Doğa tutkunlarına ayrı bir görsel lezzet sunan Meke Gölü'nden Karapınar'a

nen ve bu nedenle "dünyanın nazar boncuğu" denilen Meke Gölü'ne Karapınar'da konaklamaya müsait tesislerin bulunmaması nedeniyle Konya'dan gününbirlik turlar düzenleniyor.

Yerli ve yabancı turistlerin yanı sıra klip, sinema ve reklam filmi çekenler için cazibe merkezi olan Meke Gölü'nü, güzelliğini kaybetmeden ziyaret etmelisiniz. <



Ticari kazançların vergilendirilmesi ve beyanı

2006 yılı beyan dönemi yaklaştı. Ticari gelirlerini ve tasarruflarını değişik enstrümanlarda değerlendirenlerin nasıl beyan edeceklerini, neleri beyan edip neleri etmeyeceklerini TDB Mali Müşaviri Baset Demirbuğça özetledi.

Gelirlerin Beyanı ve Sınır

Ticari, Zirai ve Serbest Meslek kazançları ne olursa olsun mutlaka beyanda bulunacaklar.

Birikimlerini çeşitli yatırım araçları üzerinden değerlendiren mükelleflerin beyana tabi olup olmadığı ise, 2006 yılında elde etmiş olduğu gelirlerinin stopaja tabi olup olmadığına bağlı olarak irdelenmesi gerekir.

1- Beyana Tabi Olmayan Stopaja Tabi Menkul Sermaye İratları

Gelir Vergisi Kanunu Geçici 55. Maddesine göre; "Menkul sermaye iratları, menkul kıymetler yatırım fonları katılma belgelerine ödenen kar payları veya bu fonların katılma belgelerinin İstanbul Menkul Kıymetler Borsasında alım satımından elde edilen kazançlar ile Türkiye de kurulu vadeli işlem ve opsiyon borsalarında yapılan işlemler sonucunda elde edilen kazançlar için yıllık beyanname verilmez. Diğer gelirler nedeniyle beyanname verilmesi halinde de bu gelirler beyannameye dahil edilmez. Ticari işletmeye dahil olan bu gelirler bu kapsamın dışındadır." GVK Geçici 55. maddesine göre elde edilen gelirlerden kesilen stopajlar ise nihai vergi olup mahsup konusu yapılamaz. Bunlar içinde beyanname verme yükümlülüğü yoktur.

2- Beyana Tabi Olan Menkul Sermaye İratları

Gelirin toplanması ve beyanı, Toplama yapılmayan hallerle ilgili Gelir Vergisi Kanunu 85, 86. Maddesine göre; üzerinden stopaj kesintisi yapılmayan Menkul sermaye kavramı içinde yer alan her türlü menkul sermaye iratları için beyanname verme zorunluluğu vardır.

GVK Geçici 67/1. maddesine göre bu gelirler; Eurobond alım satım gelirleri, eurobond faiz geliri, alacak faizleri, menkul kıymet yatırım fon geliri, portföyünün %51'i İMKB'da işlem gören hisse senetlerinden oluşan yatırım fonlarının bir yıldan

fazla süre elde tutulan katılım belgelerinin elden çıkarılmasından elde edilen gelirler...

3- Beyana Tabi Gelirlerin Beyan Sınırı.

> Birden fazla işverenden vergi kesintisine tabi olarak ücret geliri elde edenlerin beyan sınırı, birinci işyerinden almış oldukları ücret hariç diğer işverenlerden almış oldukları ücret gelirleri toplamı 18.000 YTL'yi geçerse beyan edilecek. 2007 yılı için bu miktar 19.000 YTL olmuştur.

> Konut kira gelirleri 2200 YTL'yi aşarsa beyan edecek, aşmıyorsa beyan etmeyecek. 2007 yılı için bu miktar 2300 YTL olmuştur.

> İşyeri kira geliri 18.000 YTL'yi geçenler beyan edecekler. Ancak kira gelirlerinden kesilen stopajların mahsubu dolayısıyla 113.000 YTL'ye kadar elde edilen işyeri kira gelirlerinden vergi çıkmamaktadır. 2007 yılında bu miktar 19.000 YTL olmuştur.

> 4 yıl içinde bulundurulmuş gayri menkullün satışından elde edilen kazanç 6300 YTL'yi aşarsa beyana tabi. 2007 için bu miktar 19.000 YTL olmuştur.

> Limited Şirket Kar Payı ya da Anonim Şirket Temettü gelirinin 1/2'si 18.000 YTL'yi geçenler. 2007 yılında bu miktar 19.000 YTL olmuştur.

> Hazine Bonosu ve Devlet Tahvili Gelirlerinde 1 Ocak 2006 tarihinden sonra (GVK Geç. Mad. 67) beyan usulü kaldırılarak stopaj uygulaması getirildi. 2005 yılından önce Hazine Bonosu ve Devlet Tahvili Gelirlerinden elde edilen gelirlere uygulanacak enflasyondan arındırma oranı % 46.5 olarak belirlendi. Bunun dışında gelirlerde uygulanacak 191.089 YTL'lik istisna tutarı ise (GVK Geç. Mad. 59) 2007 yılı için 205.994.16 YTL' olarak belirlendi.

Yapılan hesaba göre 1 Ocak 2006 yılından önce 390.820 YTL'nin üzerinde Hazine Bonosu ve Devlet Tahvili Geliri elde eden-

ler beyanda bulunacaklar.

1 Ocak 2006 tarihinden sonra elde edilen Hazine Bonosu ve Devlet Tahvili Gelirine % 10 stopaj uygulandığı için nihai vergi olacak ve beyan edilmeyecek.

Vergi Usul Kanununda Değişiklikler

1 Şubat 2007 tarihinde yayımlanan 367 sıra nolu Vergi Usul Kanunu Tebliğine göre "Ticari, zirai ve mesleki faaliyetlerinden dolayı gerçek usulde vergilendirilen Gelir Vergisi mükelleflerinden; 31 Aralık 2006 tarihi itibarıyla aktif toplamı 50.000 YTL'yi veya 2006 takvim yılına ait ciroları toplamı 100.000 YTL'yi aşanlar Yıllık Gelir Vergisi Beyannamesini ve Geçici Vergi Beyannamelelerini,

Kurumlar Vergisi mükellefleri ise hiçbir hadle sınırlı olmaksızın Kurumlar Vergisi Beyannamesini ve Geçici Vergi Beyannamelelerini elektronik ortamda göndermek zorundadırlar."

Kurumlar Vergisinde Yapılan Değişiklikler

Sanayi ve Ticaret Bakanlığının 26 Aralık 2006 tarih 2006/1 sayılı İç Ticaret tebliğine göre şirketlerde sermaye artırım süresi 31 Aralık 2007 tarihine kadar tekrar uzatıldı.

Sermayeleri 50.000 YTL'den az olan anonim şirketler ile 5000 YTL'den az olan limited şirketlerin sermayelerini yeni asgari miktarlara yükseltmek amacıyla en geç 31 Aralık 2007 tarihi mesai bitimine kadar şirket merkezinin bulunduğu yer ticaret sicili memurluğuna müracaat etmeleri gerekmektedir. Bu şekilde müracaat eden şirketlerin sermaye artırımına ilişkin tescil işlemleri 31 Mart 2008 tarihine kadar sonuçlandırılacaktır.

Çekle Ödemelerin Düzenlenmesi ve Çek Hamillerinin Korunması Hakkında Kanuna İlişkin Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankasının 17 Ocak 2007 tarih 2007/1 sıra numaralı tebliği ile "370 YTL" ibareleri "410 YTL" olarak değiştirilmiştir.

Ankara Dişhekimleri Odası Tel: 0312.435 90 16
Etkinlik adı: Meslek İçi Eğitim Semineri 2007 Ocak -2
Etkinlik tarihi: 25 Ocak 2007

Bursa Dişhekimleri Odası Tel: 0224.222 69 69
Etkinlik adı: Ocak 2007 Eğitim Semineri
Etkinlik tarihi: 27 Ocak 2007

Adana Dişhekimleri Odası Tel: 0322.457 24 67
Etkinlik adı: SDE Etkinliği Ocak 2007
Etkinlik tarihi: 27 Ocak 2007

Edirne Dişhekimleri Odası Tel: 0284.212 09 81
Etkinlik adı: Bilimsel Toplantı Ocak 2007
Etkinlik tarihi: 27 Ocak 2007

İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212 296 21 06
Etkinlik adı: Bölgesel Bilimsel Toplantılar Mart 2007
Etkinlik tarihi: 10 Mart 2007

T.C. Sağ. Bak. Keçiören Tel: 0312.325 36 36
Osmanlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Etkinlik adı: Eğitim Semineri Mart 2007
Etkinlik tarihi: 16 Mart 2007

S.B. 75. Yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Tel: 0312.595 98 00
Etkinlik adı: Eğitim Semineri Mart 2007
Etkinlik tarihi: 30 Mart 2007

S.B. 75. Yıl Ankara Ağız Tel: 0312.595 98 00
ve Diş Sağlığı Merkezi
Etkinlik adı: Eğitim Semineri Nisan 2007
Etkinlik tarihi: 27 Nisan 2007

Samsun Dişhekimleri Odası Tel: 0362.435 44 78
Etkinlik adı: SDO Eğitim Seminerleri Mart 2007
Etkinlik tarihi: 13 Mart 2007

İstanbul Dişhekimleri Odası
Etkinlik adı: Merkezi Bilimsel Toplantılar Mart 2007
Etkinlik tarihi: 25 Mart 2007
Tel: 0212 296 21 06

Samsun Dişhekimleri Odası Tel: 0362.435 44 78
Etkinlik adı: SDO Eğitim Seminerleri Nisan 2007
Etkinlik tarihi: 10 Nisan 2007

T.C. Sağ. Bak. Keçiören Tel: 0312.325 36 36
Osmanlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Etkinlik adı: Eğitim Semineri Nisan 2007
Etkinlik tarihi: 13 Nisan 2007

İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212 296 21 06
Etkinlik adı: Bölgesel Bilimsel Toplantılar Nisan 2007
Etkinlik tarihi: 13 Nisan 2007

ANKEM Tel: 0212.258 60 20
Etkinlik adı: 6. Dişhekimliği Kursu: Periodontal
Başlangıç Tedavisi
Etkinlik tarihi: 29 Nisan 2007

T.C. Sağ. Bak. Keçiören Tel: 0312.325 36 36
Osmanlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Etkinlik adı: Eğitim Semineri Mayıs 2007
Etkinlik tarihi: 11 Nisan 2007

Samsun Dişhekimleri Odası Tel: 0362.435 44 78
Etkinlik adı: SDO Eğitim Seminerleri Mayıs 2007
Etkinlik tarihi: 15 Nisan 2007

22. ANKEM Antibiyotik ve Kemoterapi kongresi

Kongre tarihi
29 Nisan - 03 Mayıs 2007
Antedon De Luxe
Hotel/Beldibi-ANTALYA
6. DİŞHEKİMLİĞİ KURSU
PERİODONTAL
BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ
29 Nisan 2007, Pazar
10.00 - 13.15
Düzenleyen:
Güven KÜLEKÇİ

Periodontal hastalık tanımı ve sınıflandırılması

Serdar ÇİNTAN

Periodontal hastalık tanısı ve tedavi yaklaşımı

Aslan GÖKBUGET

Neden ilk tedavi seçeneği antibiyotik olmamalı?

Güven KÜLEKÇİ

Periodontal başlangıç tedavisi-gerekli alet, araç ve gereç

Serdar ÇİNTAN

Periodontal başlangıç tedavisi-uygulama-tedavinin izlenmesi

Aslan GÖKBUGET

Endo-perio ve perio-endo lezyonlarda tanı ve tedavi

Oktay DÜLGER, Aslan GÖKBUGET

Kursa katılım her yıl olduğu gibi ücretsiz. Ancak Antalya'dan gününbirlik gelecek katılımcılar için toplantı paketi bedeli günlük 34.-EURO + KDV'dir. Günlük kullanım bedeline dahil olan servisler: Açık büfe kahvaltı, Açık büfe öğle yemeği, Açık büfe akşam yemeği, Kahve molaları ve Limitsiz yerli içecektir.

Kursa kayıt için e-posta adresi: kulekciguven@yahoo.com Kongre ile ilgili bilgilere www.ankem2007.org adresinden ulaşabilirsiniz.

T.B.R Biomaterialleri

GRAFTEK GREFT:

Kalsiyum Fosfat Kemik Grefti

NEOMEM MEMBRAN :

Yenilenebilir Kolajen Membran

Grafftek grefti, bir seramik Tri-Kalsiyum Fosfattan (TCP) yapılmıştır. TCP'in kimyasal formülü $Ca_3(PO_4)_2$ 'dir. TCP bileşimi, çok çabuk yenilenen ve seramiğin en iyi osteoentegrasyonun olmasını müsaade eden özellikler içerir.

Grafftek bileşimi %100 Tri-Kalsiyum Fosfat içerir. Pürüz Detayları: Yaklaşık % 60 ile % 85 arasında pürüzlülüğü vardır. Gözenek ebatı her çap üzerinde yaklaşık 150µm ile 400µm arasındadır. Kemiğin eksik olduğu yerleri doldurma amaçlı kullanılır. Sentetiktir, insan ve hayvan organizmaları içermez, bulaşıcılığı yoktur Biyolojik tutuculuğunda, zehirli toksit ve biyolojik raksiyon bulunmamaktadır. Oste-

oentegrasyon'da kemik hücreleri ile uyum sağlanlar. Kemik dokusuyla mükemmel derecede bütünleşmektedir. Uygun tedavi kullanım alanları, dental implant ve periodontal cerrahi: Dental implantlar, sinus lifting, kemik eksikliklerinin doldurulması, post çıkartma, periodontal diş çukurları, kistlerin doldurulması.

Neomem membran, yüksek mekanik tutuculuğu olan membranın her iki tarafı da kullanılır. Uzun süreli sabitlik ve diş eti yenilenme süresi 26 ile 28 haftadır. Membra-

nın her iki tarafı da kemiğe ve yumuşak dokuya yakın yerleştirilebilir. Kolay bir şekilde kesilerek yerleştirilebilir. Islak ve kuru kullanılabilir. Işınli Gama Sterilizasyon yöntemi uygulanarak steril edilmiştir. Yanıcı değildir. Dikişte ayrılma-yırtılma gücü yaklaşık 290 gr ve 350 gr'dır. Hücre kaybı olmamaktadır. Makromoleküler gözenekleri, besin ve vitamin alımına müsaade eder. 2 ebatı bulunmaktadır. 15x20 mm ve 20x30 mm'dir.

Güney Dental Tel: 216 420 90 09

Apex locator + Endo mikromotor...

Kanal preparasyonu için özel kombine cihaz...



SIROEndo

İstenen her türlü şekilde programlama yapılabilen, otomatik durma ve ters yöne hareket edebilen piyasadaki tüm NiTi kanal aletleri ile kullanılabilen ve reflektör direğine monte edilebilen mükemmel bir yardımcı. Cihazın kendisi ile tümleşik Apex Locator özelliği sayesinde kanal ölçümlerinde optimum derecede doğru ölçüm yapabilirsiniz.

- Cihazla tümleşik Apex locator özelliği
- 6:1 Endo özel Sirona angldruva
- Motor ve kablosu steril edilebilir
- Otomatik durma ve ters yöne hareket
- Tüm Niti kanal aletleriyle uyumlu
- Tork ve devir ayarı
- Sesli ve ekran üzerinden görüntülü uyarı sistemi
- Dijital ekran
- Reflektör direğine monta edilebilen özel kol sistemi.
- Ayarları saklayabileceğiniz özel USB bellek.

Benlioğlu Dental 0312 468 05 25

GUM Caries Protect Diş Macunu

- GUM Caries Protect Diş Macunu sodyum florid, çinko oksit ve izomalt içerir.
- Sodyum florid ve çinko oksit kombinasyonu dentinin kök yüzeyini güçlendirir.
- Çinko oksit dental proteinlere yapışarak sodyum floridin etkisini güçlendirir, kalsiyum kaybını önler.
- İzomalt, florürün mine ve dentinin üzerindeki remineralizasyon etkisini güçlendirir. İzomalt, çürüğe yol açmayan, doğal bir tatlandırıcıdır. Dişler için güvenlidir.
- Aktif içerik: Çinko oksit, izomalt, sodyum florid %0,21 (950 ppm)

Scala Tel: 0212 387 51 75



Apex locator +
Endodontik
kömürsüz
mikromotor



Nouvag TCM ENDO V

Bünyesinde Apex locator bulunduran push buton sistem angulduruvalı, endodontik amaçlı kömürsüz mikromotor sistemidir.

Hız ayarı ve tork seviyeleri önceden seçilebilir: hız ayarı: 150-2000 rpm aras. Ayarlanabilir tork değerleri: 2, 4, 6, 10, 15, 20, 25, 30, 40, 50 Nmm arası. Cihaz otomatik tork kontrol özelliği ve eğe sıkıştığında otomatik geri dönme özelliğine sahiptir. Eğe Apex için seçilen mesafeye ulaştığında sesli olarak ve dijital ekranda doktoru uyarmaktadır. Önceden seçilebilen 3 değişik program vardır: Auto Slow/Down, ayarlanan apex mesafesine gelindiğinde, seçilen hızı düşürür. Auto Reverse, ayarlanan apex mesafesine gelindiğinde otomatik olarak geri dönüş yapar. Auto Stop, ayarlanan apex mesafesine gelindiğinde otomatik olarak durur. Cihaz, pedalla veya pedalsız kullanılabilir. Mikromotor ve anguldurva ayrı ayrı otoklava konabilir. Bütün nikel titanyum sistemlere uygundur. İSVİÇRE NOUVAG Firmasının üretimi olan cihaz, ISO,CE ve TUV belgelerine sahiptir.

Güloğuz Diş Deposu TEL: 0312. 433 10 12

Kristal - X Wifi

Kristal-x wifi digital sensör ile bilgisayara herhangi bir kablo bağlantısı gerektirmeden görüntü alabilir ve görüntülerinizi anında ekranınızda görebilirsiniz. Elektrik bağlantısı, kontrol kutusu, usb bağlantısı olmayan gerçek wireless sensör olan Kristal X Wifi sizi kliniğinizdeki kablo yoğunluğundan kurtarıp kablolu sadece bir ortamda çalışmanızı sağlar. Kristal-X Wifi sensör bluetooth teknolojisinin karşılaştığı elektromanyetik parazitlerden etkilenmez ve her koşulda size mükemmel bir görüntü sunar. 100 metrelik bir kapsama lanına sahiptir. 2,255,400 pixel sayısı, 20 pl/mm üzerinde gerçek çözünürlüğü ile

oral diağnoz ve tedavi esnasında kullanılan hassas bir yardımcıdır. 816 milimetre kare hassas alan sensörün dış sınırları ile neredeyse aynı hatta yer alıyor. 'Paro' modunda, Kristal-X Wifi sensör bütün periodontal doku teşhisi için ideal 4,096 gri tonda çok detaylı bir görüntü sunuyor. 'Endo' modunda, kanal içi tedavilerde post operatif

kontroller için gerekli özellikle kontrastı artırılmış görüntüler oluşturuyor. Biyoyumlu poliamid maddesinden yapılmış olan sensör tamamen su geçirmez kalite standardına sahip olup dezenfekte edilebiliyor. Sensörü kobloya bağlayan kısım ise özellikle yoğun kullanıma düşünülerek mekanik zorlanmalara karşı koyacak şekilde dizayn edilmiştir. Tam entegre Türkçe

Quickvision yazılımı sayesinde Kristal-X Wifi kullanıma hazır olarak satılıyor. Basit ve yalın simgeler fonksiyonları gösteriyor.

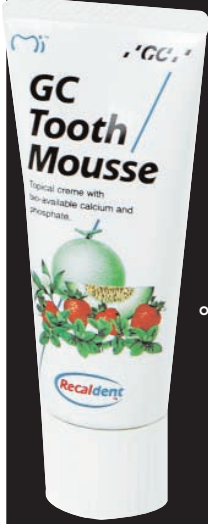
Triadent Tel:
0212 523 25 10



Bu sayının armağanı:

10 kişiye

GC Tooth Mousse



Topikal krem

Doğru yanıtı

6 Nisan 2007

akşamına

kadar

0.212.327 84 43 nolu

faksa gönderen

okuyucularımız arasında

yapacağımız çekilişle

10 okuyucumuz

Güney Dental'den

GC Tooth Mousse

Topikal krem

kazanacak.

Hediyeleriniz kargoyla

adresinize

teslim edilecek.



Ad-soyad:..... Telefon:.....

Adres:.....

İl:..... e posta:.....@.....

SOLDAN SAĞA

1. 19 Ocak 2007 günü bir saldırıda yitirdiğimiz Agos Gazetesi Genel Yayın Yönetmeni ■ 24 Ocak 2007'de yitirdiğimiz eski Dışişleri Bakanı ve TRT Genel Müdürü 2. Geri verme ■ Uranüs'ün beş büyük uydusundan en dış yörüngede dolananı ■ ... Arif (1927-1991), Hasretinden Prangalar Eskittim'in şairi 3. Belçika'da bir kent ■ Erden başşgedikliye değin askerlere verilen genel ad ■ Bir sürüngen ■ ... Güler, "foto muhabir" 4. Tolstoy'un başyapıtlarından ■ Olup biten her şeyin ruhlar alınının gizli güçlerince

yönetildiğine inanan ilkel anlariş 5. Ursula K. ... Guin, ABD'li fantastik romancı ■ Sık gözlü balık açığı ■ Ekonomi ■ Tarlanın dinlenmeye bırakılması 6. Kalıtsal ■ Güney Amerika'da sıradağ ■ Eski Mısır'da bir tanın 7. ... Jale (1902-1941), İlk müslüman Türk kadın tiyatro oyuncusu ■ Egzama olarak da bilinen deri iltihabı 8. Murat Uyrkulak'ın son romanı ■ Eski dilde çocuk bakıcısı, dadı ■ 'Burası da ... değil Halilim, aman Bitiz Yalısı' 9. Mardin'in bir ilçesi ■ Nobel adayları arasında da adı geçen Suriyeli şair 10. Kaba, kalın bir tür

kumaş ■ Ters, İtalya'nın plaka işareti ■ Entelektüel, münevver ■ Kalsiyumun simgesi 11. Lüksemburg Radyo Televizyon kurumu ■ Kendinden geçme hali ■ Bir mülk ya da eşyanın belirli bir süre için para karşılığı başkasının kullanımına verilmesi ■ ... Vicious, Sex Pistols punk müzik grubunun genç yaşta ölen gitaristi 12. Genellikle iğne ve tıgla yapılan ince dantel ■ Sekiz bacaklı bir mürekkepbalığı türü ■ James Edward ... (1907-1995), 1977'de Nobel Ekonomi Ödülü'nü kazanan İngiliz iktisatçı 13. 1571'de Osmanlı ve Haçlı donanmaları arasında gerçekleşen deniz savaşı ■ Anadolu Ajansı'nı simgeleyen harfler ■ İspanya'nın kuzeyinde özerk bir bölge ■ Satrançta bir hareket 14. Disprosyum'un simgesi ■ ... İzzetbegoviç (1925-2003) Bosna-Hersek eski Cumhurbaşkanı ■ Metin ..., futbolun taçsız kralı ■ Rusya'da bir nehir 15. ... Hüseyin, geçtiğimiz Kurban Bayramı öncesi idam edilen Irak diktatörü ■ Geçtiğimiz günlerde son romanı Muınar'ı yayımlayan kadın romancımız.

YUKARIDAN AŞAĞIYA

1. Kızılay'ın eski adı ■ İki yılda bir Al-

97. SAYININ ÇÖZÜMÜ

1	A	T	I	F	Y	I	L	M	A	Z	B	A	T	I	B	E	K	İ	A
2	S	A	L	İ	E	R	İ	G	A	İ	L	E	İ	M	A	R	E	T	
3	I	L	I	K	A	R	G	O	N	E	R	E	R	D	R	A	M		
4	M	İ	M	İ	K	A	E	R	L	İ	N	G	U	S	R	A	K		
5	B	A	R	A	F	R	A	I	İ	A	P	E	T	O	S	İ			
6	E	L	N	P	R	A	G	L	A	L	A	Y	O	L					
7	Z	R	K	A	İ	M	E	T	N	İ	O	B	E						
8	İ	K	A	N	D	İ	D	A	R	A	G	O	N	İ	T				
9	R	T	Ü	K	A	R	A	V	İ	R	A	N	E	İ					
10	C	E	L	A	L	A	N	A	D	E	N	L	S						
11	İ	M	A	A	M	L	K	A	A	R	E	N	İ	T	İ	T			
12	A	H	İ	Z	E	P	E	R	U	K	S	K	A	R	Y	A			
13	E	Y	K	Y	I	L	M	A	Z	A	D	A	N	İ	E	L			
14	D	Ü	N	İ	T	D	A	K	A	N	T	U	S	E	Z	R	A		
15	A	Z	İ	Z	K	U	B	İ	L	A	Y	D	E	M	İ	R	E	S	

97. SAYI
ARMAĞAN
KAZANANLAR

.Turgay Aksoy

TOKAT

.Emel Arık

AFYON

.Aybike Börü

İSTANBUL

.Emre Çulha

MERSİN

.Semat Güngördü

BURSA

.Ömer Faruk İhan

İZMİR

.Orhan Keskinşişancı

MERSİN

.Gökhan Kılıç

İSTANBUL

.Uğur Ortakan

MALATYA

.Aynur Ürkmez

TOKAT

manyasının Köln kentinde düzenlenen dünyanın en büyük dişhekimliği fuarı 2. ... Werner Fassbinder (1945-1982), genç yaşta ölmesine rağmen sinema tarihine geçen birçok önemli filme imza atan Alman yönetmen ■ Uluslararası Af Örgütü'nün simgesi ■ Trabzon'un bir ilçesi 3. Kızıldeniz'i Hint Okyanusu'na bağlayan körfez ■ Hamsi'ye benzeyen bir balık 4. Matematikte sıfırdan küçük sayılan ifade eder ■ İterbiyumun simgesi ■ İhya 5. Yankı ■ Boyun eğme ■ Karışık renkli 6. Bir nota ■ Yaser ..., Filistin'in efsanevi lideri ■ Dölyatağı 7. İspanya ve Portekiz'in üzerinde bulunduğu yarımada ■ Üflelemeli bir çalgı ■ Düz olarak biçilmiş ağaç parçası 8. Neptün'ün bilinen sekiz uydusundan biri ■ Bir yazıya başka bir yazıdan alınan küçük parça 9. Motorda bilyelerin almalı hareketini dairesel harekete çeviren dingil ■ Nazi Partisi'nin hücum birimi ■ Tıpta Osteoartrit'in kısaltması 10. Orta kulak iltihabı ■ Antlaşma 11. Yabancı hayvanlarının barındığı kovuk ■ Ni-

kel'in simgesi ■ Amerika kıtasında yaşayan rakun benzeri bir hayvan 12. Matem ■ Köpek ■ Bağışlama 13. OECD Çok Tarafli Yatırım Anlaşması ■ Van Gölü'ndeki aynı adlı adada bulunan tarihi kilise ■ ... Türkçe, Oktay Sinanoğlu'nun eseri 14. Van'ın bir ilçesi ■ Notada duraklama zamanı ■ Delik, yırtık bir yeri uygun bir parçayla kapama 15. İnanç ■ Burhan ... (1910-1994), Alınındaki Bıçak Yarası, Bir İstanbul Var İdi gibi eserleriyle tanınan edebiyatçı ■ Arapçada ı ve i harflerini gösteren işaret 16. 1917 Ekim Devrimi'nin lideri Vladimir İlyiç Ulyanov'un takma adı ■ Yeşil yapraklı, ıspanak gibi yenilebilen bir ot 17. Kadmiyum'un simgesi ■ Yaklaşık 42 kilometrelik bir atletizm koşusu ■ Lityum'un simgesi 18. Ödenti ■ Yelkenli gemilerde, üzerine dört köşe yelken açmak, işaret kaldırmak için direğe yatay bir biçimde bağlanmış olan gönder 19. Kimi Türk topluluklarında bir soyluluk sıması ■ Düalist ■ Bir sayı 20. Adıyaman'ın bir ilçesi ■ Bağlılık.

Gazi ÜDF

82 mezunları biraraya geliyor

Gazi

Üniversitesi Dişhekimliği

Fakültesi

10.

Mezunlar

(1982 Yılı
mezunları)

Günü etkinlikleri 8 Haziran

2007 Gazi

Üniversitesi

Dişhekimliği Fakültesi'nde

gerçekleşecektir. Programın

detayları ikinci duyuruyla

iletilecektir.

İletişim:

Prof.Dr. Belgin Bal (Gazi

Üniversitesi Dişhekimliği

Fakültesi Dekan Yard.)

Tel : 0.312.213 83 44







VII. Bahar Sempozyumu

12 - 15 Nisan 2007



Beach Club & Resort Hotel
Girne - KIBRIS

3 gece-4 gün hergeç dahil

iki kişilik Odada kişi başı **275.00**,-

12 saatlik Spa
70 gün 200 Profim

Her Gece Akşamın Estetik Salonunda Akşam Geliştirme Akşamı

Ankara'dan Kıbrıs Türk Hıavyolları ile
geliştirilmiş uçak bileti

Her Gece Akşamın Estetik Salonunda Akşam Geliştirme Akşamı **175.00**,-

Her Gece Akşamın Estetik Salonunda Akşam Geliştirme Akşamı

D.C. Her Gece Akşamın Estetik Salonunda Akşam Geliştirme Akşamı

Rezervasyon ve diğer bilgiler için web sitemizden faydalanabilirsiniz.

www.ado.org.tr

www.dc-tur.com

BİLİMSEL PROGRAM

Seramik Lamine
Prof. Dr. Deniz Gomsuluz

Güncel Estetik Kompozit Uygulamalar
Prof. Dr. Yıldırım İlekcan Başlıç

İmplant
- Planlama
- Endikasyon ve Kontrendikasyon
- İnfiltrasyon ve Sürtme Teknikleri
- İmplantın Bakımı ve Korunması
Doç. Dr. Başkadir Çiray

Yeni Nesil Metal Destekli Restorasyonlarda Estetik
Değişimi Bilgi - Yerleşim • Sermet Hillal Kuzay

Sabit Restorasyonlarda Uygulama Hatıraları
Doç. Dr. Hıgam Demirköprülü

Güncel Diş Ağartma Teknikleri
Prof. Dr. İlyas Erten

Dişhekimliğinde Ağrı ve Kontrolü
Doç. Dr. Enayn Bulut

Endodontide Rotary Alet Uygulamaları
Prof. Dr. Figen Dağı

Ölüme Felsefi Bakışlar
Prof. Dr. İsmail İnanç



ÇANAKKALE GÜNLERİ

05-08 NİSAN 2007



KURULUŞ UYDULAYILARI: Prof. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP
Prof. Dr. Kemal İYİDOĞRU

KURULUŞ UYDULAYILARI: Dr. Mehmet KURBANLI
Doç. Dr. Mehmet KURBANLI

KURULUŞU: Prof. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP
Doç. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP

KURULUŞU: Prof. Dr. Tamer YILMAZ
Doç. Dr. Tamer YILMAZ

KURULUŞU: Prof. Dr. İsmail İYİDOĞRU
Doç. Dr. İsmail İYİDOĞRU

KURULUŞU: Prof. Dr. Yavuz KILIÇLI
Doç. Dr. Yavuz KILIÇLI

KURULUŞU: Prof. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP
Doç. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP

KURULUŞU: Prof. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP
Doç. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP

KURULUŞU: Prof. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP
Doç. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP

KURULUŞU: Prof. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP
Doç. Dr. Savaş KÜÇÜKÇAP

www.cdho.org.tr

İRİS OTEL GÜZELYALI - ÇANAKKALE

Kurs Kongre Sempozyum

32. Avustralya Dişhekimliği Kongresi

16-19 Mart 2007
Sydney Convention and
Exhibition Centre Sydney, Australia
t: + 61 2 9265 0700
f: + 61 2 9267 5443
Email: ada2007@tourhosts.com.au
www.adacongress2007.com

IDS – Uluslararası Dişhekimliği Fuarı

20-24 Mart 2007
Köln-Almanya
www.ids-cologne.de

Temporomandibular eklem internal düzensizlikleri ve çağdaş tedavi konseptleri Sempozyum

14 - 15 Nisan 2007
Ankara Ü. Dişhekimliği Fakültesi
2.tmebasvuru@gmail.com
www.tmesempozyum.com.tr.tc

2007 British Dental Conference & Exhibition

24 - 26 Mayıs 2007
Harrogate International Centre
(HIC) Harrogate / İngiltere
www.bda.org

TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

11 - 16 Haziran 2007
Lütfi Kırdar Kongre Merkezi / İstanbul
t: 0.212.219 66 45
f: 0.212.232 05 60
www.tdbkongresi.com
E-mail: bilgi@tdbkongresi.com

Avrupa Endodonti Derneği 13. Kongresi

06 - 08 Eylül 2007
Hilton Convention Center / İstanbul
t: 0.212.292 88 08
www.eseistanbul2007.org

Dünya Dişhekimliği Birliği (FDI) 95. Kongresi

24 - 27 Ekim 2007
Dubai Dünya Ticaret Merkezi
Dubai - Birleşik Arap Emirlikleri
www.fdiworldental.org

Fransa Ortodonti Derneği (SFODF) 79. Kongresi

31 Mayıs - 2 Haziran 2007
Versailles - Fransa
Tel: +01 43 80 72 26
Faks: +01 48 88 04 66
website: www.sfodf.org

3. Taşkent Uluslararası Dişhekim- leri Forumu

3. Özbekistan Uluslararası Fuarı 2007
25-27 Nisan 2007
Taşkent, Özbekistan

İÜDF 83 mezunları biraraya geliyor



Bilimsel Dişhekimliğinin 100. yılı olan 2008'de
1983 mezunları olarak biz de 25. yılımıza kutluyacağız.
Bu amaçla 25. yıllık açılışta bizleri anılatan bir albüm
hazırlamayı planlıyoruz. Ayrıntıları sizlere iletebilmek için
adres ve telefonlarınıza ihtiyacımız var. Bize ulaşırsanız seviniriz.

Ümit GÜNEYSU

(0212)2812429
(0212)2818212
umitguneyusu@gmail.com

Berna AYTAÇ

(0212)2681961
(0212)2697286(fax)
bernaaytac@gmail.com

1. DUYURU



3. GELENEKSEL KARADENİZ BAHAR SEMPOZYUMU

Program

28 - 29 Nisan 2007

Cumartesi : 10.00 - 19.00
Pazar : 10.00 - 19.00

Katılım Ücreti : 50.00 YTL(15 Nisan 2007'ye kadar)
15 Nisandan itibaren 75.00 YTL
Günlük Katılım : 15.00 YTL
Hes.No: Fortis Samsun Şubesi 304250003

Katılımlara Dahil Olan Hizmetler
Çanta
Bilimsel Programa Katılım
2 Öğle Yemeği
Balo Yemeği
Expodental
Çay kahve ikramı
Sertifika
SDE kredisi verilecektir

İletişim :
Samsun Dişhekimleri Odası
Tel.: 0.362 435 44 78 - 435 95 47
Fax: 0.362 435 95 21
e-mail: oda@samsun-dho.org

28 - 29 Nisan 2007
Atatürk Kültür Merkezi

