

DİŞHEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANININ

BUGÜNÜ VE GELECEĐİ

ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

Haziran 2005

2000 yılında Mersin’de yapılan Meslek Sorunları Sempozyumu’nun “Dişhekimliği Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Hizmet Sunumu Çalışma Grubu” raporunda “SSK başta olmak üzere sosyal güvenlik kapsamında olan bireylerin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmeleri için hem kurum içi düzenlemeler yapılmalı, hem de diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi özel muayenahanelerden hizmet satın alınması için çalışmalar yapılmalıdır.” denilmiştir. Aynı sempozyumun “Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı Çalışma Grubu” raporunda “Kişilerin aldıkları hizmetin bedelinin bir kısmına katılmaları uygun olacaktır.Ancak bu katkı hizmete ulaşımı engellemeyecek ölçüde olmalıdır.” denilmiştir.

Bu raporlar sonrasında Samsun’da 2001’de yapılan Başkanlar Konseyi toplantısında ve daha sonra da Antalya, Gaziantep, Nevşehir, İstanbul, Çanakkale ve bu yılın Şubat ayında Ankara’da yapılan Başkanlar Konseyi toplantılarında kamunun özelden hizmet satın almasının ilkeleri tartışılmıştı.

Türk Dişhekimleri Birliği Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Komisyonu bu ilkeleri belirlemek yönünde çalışmalarını sürdürdü.Yine bu süreçte 2001 yılından beri Dişhekimliği Hizmetlerinin Maliyet Temelli belirlenmesi çalışmaları devam etmiştir.

Daha sonra 2005 yılı Mart ayında Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu tarafından Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Komisyonu ve Ankara, İzmir, Bursa, Zonguldak odalarından birer temsilciden oluşan bir Çalışma Grubu oluşturuldu.Bu Çalışma Grubunun geçmişte yapılan çalışmalar ve bugünkü koşullar çerçevesinde kamunun özelden ağız diş sağlığı hizmetlerini alması durumunda örgütsel hazırlık yapmasına ve temel ilkeleri belirlemesi için çalışma yapmasına karar verildi.

Çalışma Grubu 20-25 Haziran 2005 tarihinde İstanbul’da yapılacak 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi’nde tartışılmak üzere bir rapor hazırlamak için çalışmalara başladı.

Çalışma Grubu ilk toplantısını 6 Mayıs 2005 tarihinde TDB Merkezi’nde yaptı. Toplantıdan önce, katılımcıların toplantıya hazırlıklı gelmesi için tartışılması ve karara bağlanması düşünülen sorular çalışma grubunun başkanı tarafından tüm katılımcılara gönderildi. İlk toplantıda raportör seçildi. İlk toplantının tutanağı toplantı bitiminde bulunan üyelere verildi. Daha sonra grup kendi içerisinde tartışmalara devam etti.

Çalışma Grubu ikinci toplantısını da Türk Dişhekimleri Birliği Merkezi’nde 31 Mayıs 2005 tarihinde yaptı. Tartışılan konular bu toplantıda karara bağlandı. Toplantı tutanakları daha sonra rapor haline getirildi.

Çalışma grubumuz ilke olarak varolan haklardan geri adım atılmamasını ve sağlık hakkı adına tüm dişhekimliği hizmetlerinin özel muayenahanelerden de alınmasını doğru bulmaktadır.

Fakat ülkemiz bütçesinin yetersizliği ve arttırılması amacımız olmakla birlikte sağlığa ayrılan payın azlığı,bizleri olmazsa olmazları, yani öncelikli grupları ve öncelikli hizmetleri belirleme çalışmasını yapmaya yöneltmiştir.Çok köklü ulusal sağlık sistemine sahip ve GSMH’sı 20.000\$’larda olan Almanya’da bile ortaya çıkan yüksek maliyetler nedeniyle günden güne yeni kısıtlamalar ve yeni yaptırımlar gündeme gelmektedir.Örneğin: 2004 yılının başından itibaren üç aylık dönemde geçerli olmak üzere 10 € muayene ücreti alınmaya başlanmıştır.

Çalışma Grubumuz kamunun özelden dişhekimliği hizmetlerini satın almasında yaşanabilecek sorunlar ve alınması gereken önlemler konulu 7 ana başlıktan oluşan sorulara cevaplar aradı:

- 1-Dişhekimi ile yapılacak sözleşmede dikkate alınması gerekenler**
- 2-Uygulamanın yaratacağı haksız rekabete karşı alınması gereken önlemler**
- 3-Hizmet bedellerinin kamu tarafından ödenmesi ile ilgili sorunlar**
- 4-Kapsam içine alınacak tedavilerle ilgili çıkabilecek sorunlar**
- 5-Sistemin suistimaline karşı yapılması gerekenler**
- 6-Dişhekimliği hizmetlerinin hangi basamakta yer alacağı ve sevk zinciri sistemi**
- 7-Çalışma süreleri, tedavi bedelleri, yaşam standardı**

1. Dişhekimi ile yapılacak sözleşmede dikkate alınması gerekenler

a) Meslek örgütünün konumu: TDB tüm dişhekimleri adına tek yetkilidir. TDB, dişhekimleri adına, sözleşme kurallarını belirleyen kurumla işbirliği yapar. Dişhekimleri tek tek kurumla sözleşme imzalar. Odalar bu sözleşmeyi onaylar. Sözleşme bir yıllıktır.

b) Kamu ve özelde çalışan dişhekimlerinin coğrafik dağılımı(O bölgede çalışan dişhekimi sayısı yeterli ise, kamu veya özel yeni işyeri açılmaması ve açık olan işyerlerine yeni atama yapılmaması):Bu konuyla ilgili TDB tarafından çalışma yapılmasına bunun sonucunda belirlenecek ilkelere göre hareket edilmesinin doğru olacağını düşünüyoruz.

c) İdari,mali ve tıbbi hata yapan dişhekiminin durumu: İdari,mali ve tıbbi hata yapan dişhekimine para cezasından sözleşmenin feshine varan cezalar verilir. Bu konuyu denetlemek için kurulacak komisyonlarda TDB ve odalardan temsilciler olmalıdır.

d) Muayenehane standardizasyonu veya SDE'nin sözleşme ile ilişkilendirilmesi:Sağlık Kuruluşu Uygunluk Belgesi olmayan dişhekimi sözleşme imzalamaz. SDE Sertifikası şimdilik zorunlu olmamalı, fakat gelecekte zorunlu olması adına bugünden özendirici olması için önlemler alınması uygun olacaktır.

e) Tip sözleşme oluşturulmasında TDB'nin yetkili taraflardan biri olması:Tip sözleşme oluşturulmasında TDB tüm dişhekimleri adına yetkili taraflardan biri olmalıdır.

f) Sözleşme yapılacak kuruluşların taşınması gereken koşulların belirlenmesinde TDB'nin rolü: Sağlık Kuruluşu uygunluk belgesi sözleşme yapmak için yeterlidir.

g) Koşulları uygun olan kuruluşlarla sözleşme yapılmaması durumunda nasıl bir politika izleneceği: Kurum odanın onay verdiği ve isteyen her dişhekimiyle sözleşme yapmak zorundadır. Aksi durumda eşitlik ilkesine aykırı davranılmış olacaktır. Bu durumda sorunlar mahkeme yoluyla çözülmeye çalışılır. Bir gruba ya da çok sayıda dişhekimine yönelik bu tarz bir uygulamada TDB kurumun tutumunu boykot etmeye varan tepkiler verebilir.

h) Odadan meslekten men cezası almış olanların ceza süresi boyunca çalışıp çalışamayacağı: Dişhekimi meslekten men cezası aldığı süre boyunca çalışmamalıdır. Sebebi ne olursa olsun hekimin hizmet sunmadığı durumlarda hastalarının mağduriyetinin engellenmesi için kurum ve meslek örgütü tarafından gerekli önlemler alınmalıdır.

2. Uygulamanın yaratacağı haksız rekabete karşı alınması gereken önlemler

a) Katkı payı alınmayarak haksız rekabet yapılması durumunda alınması gereken önlemler: İlk kez bunu yaptığı tespit edilen hekime alınmayan katkı payının 10 katı para cezası, 2. kez bunu yaptığı tespit edilen hekime alınmayan katkı payının 10 katı para cezası ve 3 ay sözleşmenin geçici feshi. Disiplin yönetmeliği yeni koşullara uygun olacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.

b) Hastane veya sağlık merkezlerine (sermaye grupları veya hekimler tarafından açılanlar) karşı bireysel çalışan meslektaşlarımızın ayakta kalabilmeleri ("rekabet edebilmeleri") için alınması gereken önlemler: TDB,Sağlık Bakanlığının özel ağız ve diş sağlığı kuruluşlarından hizmet satın alınması sürecinde;yakın geçmişte de yaşandığı gibi muayenehaneler yerine merkez ve poliklinik şeklinde hizmet veren kuruluşlardan yana tercih kullanması olasılığını dikkate almalıdır. TDB büyük bölümü muayenehane dişhekimliği yapan meslektaşlarını koruyan politikalarını devam ettirmelidir.Bazı sermaye gruplarının Sağlık Bakanlığını etkileyip kendi yararına düzenlemeler yaptırmalarına TDB etkin cevap vermelidir. Ayrıca,AB Parlamentosu komisyon raporlarında "bireysel çalışan yerler olan muayenehaneler, tekelleşmeye karşı korunması gereken yapılar" olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda çıkarılan her türlü kanun ve yönetmelik bireysel çalışan meslek mensuplarını korumayı gözetmelidir.Ancak sağlık alanında tüm dünya ile birlikte ülkemizde de değişen ekonomik ve sosyal değerler ile üretim ilişkileri sonucunda gelecekte toplu çalışma birimlerinin alternatif olabileceği gözardı edilmemeli,bu konuda dişhekimleri bilgilendirilmelidir.

c) Kaliteli hizmetin ve doğal olarak maliyetin belirleyici unsurlarından biri olan araç, gereç ve sarf malzemelerinin kalitesinin kontrolünün sağlanması: Her türlü malzeme TSEK, ADA ve CE gibi uluslararası kabul gören standartlarda olmalı ve uygun depolama ve dağıtım koşullarında dişhekimlerine ulaştırılmalıdır.

d)Dişhekimleri arasında hasta dağılımının adil olması için yapılabilecek düzenlemeler:Aylık veya yıllık kazanç sınırlaması getirilmelidir.Bu sistem Almanya'da uygulanmaktadır.Bunun içinde tedavi süreleri dikkate alınarak yapılan tedavi sayısı belirlenir ve bu tedavilerle ilgili sınırlama getirilir.

3. Hizmet bedellerinin kamu tarafından ödenmesi ile ilgili sorunlar

a) Hizmet bedellerinin ödenme süresi: 10'ar günlük dönemlerde yapılan işlerle ilgili raporların alınması, hizmet bedellerinin, faturalar kuruma ulaştıktan sonra 30 iş günü sonra ödenmesi uygun olacaktır.

b) Zamanında yapılmayan ödemeler karşısında alınabilecek önlemler: Prim borcu olanların geç ödemelerinde alınan faiz miktarlarının, dişhekimlerine yapılan geç ödemelerde aynen uygulanmasının uygun olacaktır.

c) Hizmet bedellerinin ne şekilde olacağı konusu:Hizmet bedelleri yapılan hizmet başına olmalıdır.Bu ödeme şekli dışındaki ödemeler kamunun hizmet talebine göre değerlendirilmelidir.

4. Kapsam içine alınacak tedavilerle ilgili çıkabilecek sorunlar:

Ağız diş sağlığı hizmetlerinin herkes için erişilebilir olması ve ihtiyaç oranında karşılanması esastır.Ancak,kamunun özel sektörden hizmet satın alması gündeme geldiğinde bazı kısıtlamalar söz konusu olursa aşağıdaki kalemlerden daha dar bir kapsam kamu sağlığı açısından kabul edilemez.

a) Tüm tedavilerin kapsam içine alınmaması durumunda öncelikli tedavilerin belirlenmesi ve bu konuda yapılacaklar:

0-18 Yaş grubu için tüm tedaviler alınmalıdır.

Travmaya bağlı kanal tedavisi(Gerekirse post kron+porselen kron dahil).

*(0-15 yaş geri adım atmayacağımız sınır olacaktır.)

-18 Yaş üstü- olmazsa olmaz tedaviler

Muayene

Oral Hijyen Eğitimi

Radyografi

Dolgu

Kanal Tedavisi

Diş çekimi

Detartraj

Malignite için erken tanı yöntemleri(biopsi)

Total protez

Hareketli protez

b) Öncelikli gruplar(yaş, engelli,hamile vb.):Özel bakım gerektiren kişiler(Ağız bakımını yapmayan kişiler)

Sağlık kurulu raporuyla ağız ve diş tedavisi gerekliliği saptanmış bireyler

Hamileler

Epileptik hastalar

c) Kapsam içine alınacak tedavilerin bedellerinin(ücret tarifesi) belirlenmesinde izlenecek yol ve TDB'nin rolü. Bedellerin belirlenmesinde TDB'nin görüşü dikkate alınmadığında yapılması gerekenler ve bu noktada dişhekimlerini bilgilendirmek amacıyla yapılacak çalışmalar:TDB fiyat belirleme komisyonunda yer almalıdır. Eğer kabul edilemeyecek fiyatlar ortaya çıkarsa dişhekimlerini bilgilendirerek sözleşme yapmamaya yöneltebilir.

d) Tedavi kalemleri veya grupları için katılım paylarının belirlenmesi ve izlenecek yol (öncelikli tedaviler ve gruplar açısından):

-0-18 Yaş grubu için katkı payı olmamalıdır.

-18 yaş üstündeki kişiler için katkı payları aşağıdaki gibi olmalıdır.

Muayene : Katkı paysız (Kişi aynı hekime 6 ayda bir muayene için gidebilir.)

Oral Hijyen Eğitimi: Katkı paysız

Radyografi

Dolgu: %5 katkı payı olmalı

Kanal Tedavisi: %5 katkı payı olmalı

Diş çekimi: % 5 katkı payı olmalı

Detartraj : % 5 katkı payı olmalı

Küretaj : 5 katkı payı olmalı

Malignite için erken tanı yöntemleri(biopsi):%5 katkı payı olmalı

Total protez: %5 katkı payı olmalı

Hareketli protez:%5 katkı payı olmalı

Gömük diş çekimi : Katkı paysız

- Öncelikli gruplarda katkı payları

Hamilelerde: Diş eti tedavileri katkı paysız

Sistemik hastalıklar ve travmaya bağlı dişsizlik vakalarında total protez ve hareketli protezler katkı paysız

Özel bakım gerektiren kişiler ve Sağlık Kurulu raporuyla ağız ve diş tedavisi gerektiği saptanmış bireyler: Katkı paysız

Epileptik hastalar: Sadece detartraj katkı paysız

*Özel bakım gerektiren kişiler ve sağlık kurulu raporuyla ağız ve diş tedavisi gerektiği saptanmış bireylere yapılan tedavilerde kurum %50 fazla ücret öder.

a) Yapılan tedavilerin ömürleri(ne kadar aralıklarla tekrarlanabileceği):

Dolgular 3 yılda 1 kez

Detertraj yılda 1 kez

Küretaj yılda 1 kez

Kanal tedavisi 1 kez tekrar edilebilir.

Total parsiyel protez 5 yılda 1 kez

b) Bölgeler arası sosyo-ekonomik farklılıklar nedeni ile değişik ücret tarifesi olup olmayacağı:Bölgeler arası sosyo-ekonomik farklılıklar nedeniyle değişik ücret tarifeleri olup olmayacağı konusunda ilk toplantıda olmalı-olmamalı oyları eşit çıktı. Olmalı diyenler batıda maliyetlerin yüksek olması nedeniyle farklılık önermişti. Olmamalı diyenler de doğuda çalışmayı teşvik etmek için farklılık olmasın demişti.

5. Sistemin suistimaline karşı yapılması gerekenler

a) **Tanı ve tedavi protokollerinin çıkarılması:**Yapılacak tedavilerde uyulacak kurallar, hizmetlerin standardize edilmesi ve malpraktis konusunda rehber olması için tanı ve tedavi protokolleri gereklidir. TDB bu konuda çalışmalarını sürdürmektedir. Fakat yapılacak hiçbir çalışmada bu protokollerin bitirilmesini bekleyemeyiz. Protokoller bitince varolan sistemlerin içine entegre edilmelidir.

b) **Elektronik ortamda kayıt sisteminin tutulması(TDB'nin rolü ne olmalı?):**TDB bu sistemin kurulmasında aktif rol almalıdır.Sistemi tek başına da kurabilir. Sistem için yaklaşık 1 milyon USD civarında bir maliyet söz konusu olacaktır. Bu da dişhekimi başına yaklaşık 100 YTL tutmaktadır. Bu ücret dişhekimlerinden sözleşme onay ücreti olarak alınabilir. Daha sonraki yıllarda daha az olmak üzere, odalar tarafından sözleşme onay ücreti alınmalıdır. Sistemi kuracak olan TDB ilgili bilgilere net bir şekilde sahip olabileceği için, uygulanacak sağlık sistemiyle ilgili değişiklik ve düzeltme önerilerini daha kolay yapabilecektir.

c) **Kontrol sisteminin nasıl olacağı(periyodik,olağanüstü ve hasta şikayeti üzerine yapılacak kontroller. Kontrol sisteminde TDB'nin rolü):** Kontrol için oluşturulacak her türlü birimde TDB adına temsilciler olmalıdır.

d) **Raporlama ve analiz sisteminde TDB'nin rolü:**Raporlama ve analiz sisteminde sistemi kuran kurum olarak TDB var olmalıdır.

6. Dişhekimliği hizmetlerinin hangi basamakta yer alacağı ve sevk zinciri sistemi

a) **Genel dişhekimi hangi basamakta yer almalı ve aile hekimi ile bağlantısı:** Dişhekimi I.Basamakta yer almalıdır. Başvuru dişhekimine direk yapılmalıdır. Aile hekimi dişhekimliği uygulamalarında işlevli olmayacaktır. Dişhekimi istediğinde hastanın aile hekiminden gerekli bilgilere ulaşabilmelidir.

b) **Genel dişhekimi-uzman dişhekimi bağlantısı(geleceğe dönük olarak):** Kişi dişhekimi sevkiyle uzman dişhekimine gidebilmelidir.

c) **Genel dişhekimi-uzman dişhekimi çalışma alanları(geleceğe dönük olarak):** Uzman dişhekimi uzmanlığını açıkladığı tabelasına yazdığı sürece uzmanlık alanı dışında çalışmamalıdır. Uzman olmasına rağmen bu ünvanını kullanmadığı zaman genel dişhekimliği uygulamalarını yapabilir.

7. Çalışma süreleri, tedavi bedelleri, yaşam standardı

a) Dişhekiminin mesleki yaşamının başlangıcı, ortası ve sonu sürecinde bakabildiği hasta sayısı ve el becerileri dikkate alınarak çalışma sürelerinin belirlenmesi:Bu konuda ayrı bir çalışma yapılması gerekliliği ortadadır.

b) Bu veriler altında tedavi bedelleri ve dişhekiminin birikiminin ne olacağı(dişhekiminin çalıştığı ve emekli olduğu dönemleri de dikkate alarak):Bir önceki madde için çalışma yapacak grup bu konuyu da değerlendirmelidir.

c) Dişhekiminin şu andaki ve kayıtlı sisteme geçildiğindeki kar marjının ne olması gerektiği:Asgari ücretin bilimsel metotlarla tespit edilmesi için çalışan grup, kayıtlı sistemde cironun %25'inin gerçek gelir olacağını söylemektedir.

7.Maddedeki sorularla ilgili şu genel değerlendirme gözardı edilmemelidir:

Dişhekimlerinin bir kısmı "Bana devletten hasta gelsin de hangi fiyata gelirse gelsin" diyorlar.Bu çok tehlikeli bir durumdur. Çünkü kayıtlı sistemde Bütçe Uygulama Talimatı veya devletin şu an önerdiği fiyatlarla hizmet sunmak mümkün olmayacaktır. Dişhekimlerini uzun süreli düşünmeyip çok ucuza hizmet sunmalarını engellemek gerekir. Bu konuda dişhekimleri ikna edilmelidir.

Not: Çalışma Grubu'nun genel görüşlerine itiraz yazısını ilk toplantıda veren Turgan Ülker'in yazısı ektedir.

Çalışma Grubu Üyeleri:

Başkan : Tümay İmre – TDB- MYK Üyesi

Raportör : Ali Gürlek- A.D.S.Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Komisyonu Üyesi

Üye : Muharrem Armutlu -A.D.S. Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Komisyonu Üyesi

Üye : Necati Hilmi Küçükyıldız A.D.S.Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Komisyonu Üyesi

Üye : Uğur Yapar- A.D.S.Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Komisyonu Üyesi

Üye : Emel Coşkun

Üye : Hüseyin Eminoğlu

Üye : Saba Eryılmaz

Üye : Memduh Mazmancı

Üye : Turgan Ülker

Rapora ilişkin görüşlerim ve itirazlarım

Ağız ve Diş sağlığı hizmetleri herkes için erişilebilir, eşit ve ücretsiz olmalıdır.

Şu anda hizmet sunumunda sınırlılıklar olsa da yasal düzeyde herkes için sağlık hizmeti kullanma hakkı vardır. Bu nedenle hiçbir yaş gurubu için koruyucu ve tedavi edici hiçbir sınırlama getirilmemelidir.

Oluşturulmaya çalışılan sistem çürüksüz bir toplum hedeflemelidir.

Hedefi tüm toplum için "0 çürük" olmalıdır.

Hizmet sunumunda kamusal hizmet sağlık ocağı ağırlıklı olmalı.

Kamudaki dişhekimleri tedavi edici birimlerden sağlık ocaklarına aktarılmalıdır. Sağlık ocakları toplumsal ve bireysel koruyucu hizmetlerin yanında 0-18 yaş gurubuna yönelik her türlü tedaviyi yapmalıdır. Var olan Hastane ve Merkez türü yerler sağlık ocaklarında yapılamayan pedodonti ve ortodonti sorunlarının çözüldüğü yerler haline getirilmelidir.

18 yaş üstü herkes için muayenehanelerden "per capita" hizmet satın alınmalıdır.

Kendisine bağlı hastaların ağız ve dişsağlığı seviyesini arttıran dişhekimleri çürükleri azalttığı oranda gelirinin artacağı bir hizmet satın alma sistemi oluşturulmalıdır.

Turgan ÜLKER
Çalışma Grubu Üyesi

Son rapora ilişkin görüşlerim ve itirazlarım

TDB nin kamunun muayenehanelerden hizmet satın alımının ilkelerini belirlemek ve kurallarını oluşturmak istemesi ve bu çerçevede bir çalışma gurubu oluşturması olumludur. Oluşturulan raporun içeriğinin bir kısmını oluşturan “hizmet alımındaki genel ilkeler” (sözleşme, denetim, TDB nin rolü vs....) oda yönetimlerini ve bütün meslektaşlarımızı kapsayacak bir tartışma ile belirlenebilir. 2005 TDB kongresinin meslek sorunları sempozyumunda - **her ne kadar sempozyumun ana konusu olarak “AB Sürecinde Dişhekimliği Hizmetleri” konusunun belirlenmesine şiddetle karşı çıkıyorsam da** - bu sürecin başlatılması olumludur.

Ancak, çalışma gurubu hizmet satın alım modeli olarak sadece “hizmet başı ödeme” modeliyle ilgilenmekte ve diğer hizmet satın alma modellerini gündemine almamaktadır. Kanımca bu çok büyük bir eksiklik. Bu eksiklik giderilmediği, çalışma gurubunun çalışma ilkelerinin yeniden belirlenmediği ve sürekliliğinin sağlanmaması durumunda, yine, kısır, kendini tekrarlayan anlamsız bir döngünün içine girilmesi kaçınılmazdır.

Ayrıca, çalışma gurubu raporunda bu çalışmaların 2000 yılında başladığı bildirilmektedir. Ama bu süreçte iktidarlara muayenehanelerden hizmet satın alımına ilişkin baskı yapıldığına yönelik bir ifadeye rastlanılmaması; bu çalışmaların neden yapıldığı sorusunu gündeme getirmektedir. En önemli ikinci eksiklik budur. Üzerinde tartışılarak belirlenen ilke ve kuralların iktidarlara baskı yapılarak ülke gündemine getirilmesi için gösterilecek çabaların neler olacağı ve bu konuda bir eylem planı hazırlama zorunluluğunun çalışma gurubunun raporunda yer almaması da büyük bir eksiklik.

Turgan Ülker
Çalışma Grubu Üyesi

GENEL İTİRAZ

Bir ülkede uygulanan sağlık politikaları o ülkede iktidarda bulunan siyasi iradenin tercih ettiği politikalarla şekillenir. Sağlığı bir bütün olarak düşünmek gerektiğinden ağız diş sağlığı hizmetleri de genel sağlık politikalarından ayrı olarak değerlendirilemez. Dönem dönem ortaya çıkarılan sağlıkta reform, sağlıkta dönüşüm adları altında sağlığın piyasa koşullarına terki olarak tercüme edebileceğimiz düzenlemeler, bugünkü siyasi iktidarın ısrarlı tercihi olarak önümüzde durmaktadır. TDB, “Sağlıkta Dönüşüm” sürecinin başından itibaren adı ne olursa olsun bir değişimden yana olduğunu genel eğilim diyerek dile getirdi. Yapılan tüm yasal düzenlemeleri bir bütün olarak okuduğumuzda, sağlıkta yapılmak istenen asıl şeyin, sosyal devletin gereği olan görevlerden çekilmek, anayasal insan hakkı olan sağlık hakkından vatandaşları mahrum bırakmak olduğunu görüyoruz. Bu nedenle özel muayenehanelerden ağız diş sağlığı hizmeti alımı gündeme geldiğinde ilk tartışılacak konu, ağız diş sağlığı hizmetlerini GSS içinde mi ya da tümüyle ayrı olarak değerlendirilmesi mi gerektiği olmalıdır. TDB, ağız diş sağlığı hizmetlerinin muayenehanelerden alımı konusunu özenle GSS’den ayrı tutmalıdır. TDB GSS ile ilgili duruşunu acil olarak gözden geçirmelidir. Bundan sonraki duruşunu da netleştirmelidir.

Ağız diş sağlığı hizmetlerinin muayenehanelerden alımının GSS içinde değerlendirilmesine karşı olunmasını önemle belirtmek gerekir. Yaşamdan, insandan, eşitlikten, anayasal haklardan yana olan herkes için, GSS’nin bugün farklı sosyal güvenceye sahip kişisel açısından önemli hak kayıplarına yol açacağını, bir hak olan sağlığı yardıma dönüştüreceğini, sağlık hizmetlerine ulaşmada anlamlı eşitsizlikler yaratacağını, toplumsal sağlık göstergelerini kötüleştireceği çok açıktır.

Ağız diş sağlığı hizmetlerinin muayenehanelerden alımında da; bunun bir özelleştirme değil, özelin kamulaştırılması denilebilir, hizmete ulaşmada kolaylık sağlayacağı ileri sürülebilir, kayıtlı ekonomiye bir geçiş olduğu da söylenebilir. Ancak ortaya çıkaracağı sonuçlar açısından, cepten ödenecek katkı payları nedeniyle ağız diş sağlığı hizmetlerinin bedelinin artacağı, bunun kamu kaynaklarının özele aktarımının bir şekli olduğu gerçeği gözden kaçırılmamalıdır. Toplumsal çıkarların mesleki çıkarlarla örtüşmesi adı altında, mesleki çıkarlar toplumsal çıkarların üstünde tutulmamalıdır. Toplumsal çıkarlardan tümünden bağımsız bir mesleki çıkardan bahsetmek mümkün değildir.

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız diş sağlığı hizmetleri de herkes için ulaşılabilir, eşit ve ücretsiz olmalıdır. Dişhekimliği hizmetleri birinci basmakta yer almalı ve koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerini öncelikle. Temel Teminat paketi ya da sınırlandırılmış hizmet kabul edilmemelidir. Kamu dişhekimliği hizmetlerini vermeye devam etmeli, muayenehanelerden hizmet alımı bunu engellememelidir. Bu düzenlemelerin tümü, sağlık insan gücü dağılımı ve verimlilik ilkeleri göz önünde tutularak yapılmalıdır.

Sağlık ve sosyal devlet anlayışı vazgeçilmez bir haktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı primlerle değil genel bütçeden karşılanmalı, bütçeden sağlığa ayrılan pay arttırılmalıdır. Adil bir vergilendirme için tüm demokratik kitle örgütleri ve sivil toplum kuruluşları ile birlikte hareket edilmelidir.

RAPORDA YER ALAN BAZI MADDELERE İLİŞKİN KARŞI GÖRÜŞLER;

1-a: Meslek Örgütünün Konumu:

TDB, muayenehanelerden ağız diş sağlığı hizmeti alımında; proje oluşturulması, sözleşme metni, ücretlendirme, denetim ve olabilecek tüm aşamalarda, tüm dişhekimleri adına tek yetkili olarak, meslek örgütüne yakışır bağımsız bir tutumla, toplumdan ve dişhekimlerinden yana etkin ve yapıcı taraf olarak ilgili kurumlarla görüşmeleri yürütür.

4-d: Katkı payları:

Hareketli ve sabit protezler dışında katkı payları kabul edilemez. (Şu an kamunun sunduğu hizmetlerde, protezlerde zaten katkı payı mevcut olduğundan, yeni bir yük getirmeyecek ve hak kaybı olmayacaktır.)

4-f: Bölgeler arası sosyo-ekonomik farklılıklar nedeniyle değişik ücret tarifesi olup olmayacağı:

Doğuda çalışan dişhekimleri için verdikleri hizmet dışında bir teşvik primi niteliğinde ek ücret talep edilebilir.

6-a: Genel dişhekimini hangi basamakta yer almalı ve aile hekimi bağlantısı:

Aile hekimi kavramı taslak içinde yer almamalıdır. Dişhekiminin tüm uygulamalarla ilgili aile hekimine bilgi vermesi kabul edilemez. Eğer Aile hekimliğine geçiş gerçekleşirse, ortak bir bilgi ağında böyle bir bilgi aktarımına zaten gerek olmayacaktır. Ayrıca, böyle bir ifade aile hekimi ve dişhekimisi arasında bir hiyerarşi geliştireceğinden sakıncalı olacaktır.

Emel COŞKUN

Çalışma Grubu Üyesi

**DİŞHEKİMLİĞİ HİZMETLERİNE İLİŞKİN
MALİYET ANALİZLERİ**