

TDB 21.ULUSLARARASI DIŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ
MESLEK SORUNLARI SEMPOZYUMU
“DIŞHEKİMLİĞİNİN GELECEĞİ”

(25-26-27 Mayıs 2015 / İstanbul)

Çalışma Grubu - 2

DÜNYADA DIŞHEKİMLİĞİNDE ÇALIŞMA MODELLERİ VE SERBEST MESLEK PRENSİPLERİ

- A. Serbest Meslek Prensiplerini Tehdit Eden Uygulamalar
 - Yasal Açıdan
 - Fiziki Açıdan
 - Uygulamalar Açısından
 - Mali Sorumluluklar Açısından
 - Etik Açıdan Değerlendirilmesi
- B. Sermayenin Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerindeki Yeri
- C. Kamu Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri

Ülkelerin genelinde diş ve çevre dokuları lezyonlarında kanser ve sepsis vakaları dışında mortalite oranının sıfır düzeyinde olması ve diğer sağlık sorunlarının bireyler ve toplum için önceliği nedeniyle bu lezyonların kronik progresif ve yıkıcı özelliğine rağmen diş sağlığının sosyal güvenlik kavramıyla ile tanışması oldukça yenidir.

Dünya ülkelerinde ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunum yöntemlerini özetlemek gerekirse;

Amerika Birleşik Devletleri'ne göz atıldığında, hizmetin yaklaşık tümünün özel sağlık kurumları tarafından verildiği ve özel sigortalar tarafından veya bireyler tarafından finanse edilmektedir. Medicare programları ile çocuklara ücretsiz olarak bazı temel profilaksi ve tedavi hizmetleri sağlanmaktadır. 65 yaş ve üstü bireylere sağlık desteği sağlayan medicare programlarında ise ağız diş sağlığını içeren bir destek bulunmamaktadır.

Gelişmekte olan Güney Amerika ülkelerinde ise, tüm toplumun profilaktik ve tedavi hizmetlerinin kamu tarafından karşılandığı Küba dışında diş sağlığı hizmetleri karmaşık yapıdadır. Toplumun %30'unun ulaşabildiği özel hizmetler dışında diğer bireyler ulaşabildikleri taktirde kamudan kısıtlı temel hizmetleri alabilmektedir.

Asya kıtasında Çin örneklendiğinde hastane tabanlı, hizmet başına ödemeli, protetik tedavilerin hastalar tarafından karşılandığı, ücret ve hekim maaşlarının merkezi bütçe tarafından belirlendiği ve büyük kentlerde özel zincir tedavi gruplarının oluşmaya başladığı bir düzen bulunmaktadır.

Avrupa'da ise Avrupa birliği dışında kalan İsviçre'de hizmetlerin yaklaşık tümü özel sektör tarafından verilmektedir. Çocuklara ve genç erişkinlere kamu tarafından ücretsiz olarak sağlanan koruma ve bazı temel tedaviler dışında tüm dişhekimliği hizmetlerinin bedelleri hastaların kendi bütçelerinden veya özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır.

Almanya örneğinde ise ağız diş sağlığı hizmetleri etkin bir biçimde bir kaç dişhekiminin birlikte çalıştığı özel klinikler tarafından verilmektedir. 1980'li yıllara kadar finansmanın tamamı kamu sigorta kurumu tarafından sağlanmakta idi. Günümüze kadar gelen değişiklikler ile kamu sigorta kurumu finansman konusunda desteğini azaltmış ve özellikle protetik tedavilerde kişilerin kendi ödemeleri giderek artmıştır.

Ülkemizdeki durum tespiti

Ülkemizde yaklaşık 26 000 dişhekimisi bulunmaktadır. 2013 verilerine göre kamu bünyesinde 11 818 dişhekimisi çalışmaktadır. Yeni atamalar ile bu sayı artmıştır.

Çalışmakta olan hekimler mesleklerini

- a) Bireysel muayenehanelerde
- b) Ortak paylaşımlı muayenehanelerde
- c) Özel ve kamu ağız diş sağlığı polikliniklerinde (ADSP)
- d) Özel ve kamu ağız diş sağlığı merkezlerinde (ADSM)
- e) Özel ve kamu hastanelerinde
- f) Vakıf ve devlet üniversitelerinin kliniklerinde
- g) Vakıf üniversitelerinin saha kliniklerinde
- h) Belediyelerin ve diğer kamu kurumlarının bölgesel kliniklerinde sürdürmektedir.

Dişhekimlerinin kamu-özel sektör dağılımına baktığımızda 1980'li yıllarda %15 kamu %85 özel, 2000'li yılların başında %35-%65, günümüzde ise %42-%58 olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak ağız diş sağlığı hizmetlerinin %50'si kamu kurumlarında, %50'si ise özel sektörde verilmektedir.

Tehdit unsurları

Dünyada ağız diş sağlığı hizmetleri çoğunlukla özel muayenehanelerde verilmesine rağmen ülkemizde bu oran son yıllarda kamu lehine artmaktadır. Hekimlik mesleği kamu veya özel sektörde tanı ve tedavi aşamalarında kendi iradesi doğrultusunda uygulayabileceği bir meslektir.

Mesleğe yönelik tehditler yasal boyutuyla değerlendirildiğinde hekimliğin, dolayısıyla dişhekimliği mesleğinin bir çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de ticarete-ticari bir işletmeye konu olamayacağı kanun tüzük ve diğer düzenlemeler ile kayıt altına alınmıştır. Ne var ki bu kurallara karşın 1980 sonrası sermayenin hizmet sektörü ile birlikte sağlıktan da rant elde etme girişimleri sonucu 1994 yılında Dünya ticaret Örgütü tarafından kabul edilen GATS sözleşmesi ile (General Agreement on Trade in Service- hizmet ticareti genel sözleşmesi) uluslararası finans kapitale, eğitimden iletişime sağlığı da içeren 11 sektörde sınırları aşarak, uluslararası tahkim koşulu ile yatırım yapmasına olanak tanınmıştır. Bu nedenle de hekimliğin ticarete alet edilemeyeceğine ilişkin kurallar askıya alınmaya ve bu gelişmeye uygun yeni yasal düzenlemeler yaşama geçirilmeye başlanmıştır.

Ülkemizde de bir yandan uzun süredir karşılanmamış ağız diş sağlığı hizmeti gereksinimi yaşanırken diğer yandan sağlıkta dönüşüm programının verimlilik adı altında kışkırttığı talep patlaması çok net olarak gözlemlenmektedir. Bakanlık sağlıklı bir insan gücü planlaması yapmadan ve coğrafi dağılımı gözetmeden sürekli yeni ADSM'ler açmakta, çok sayıdaki yeni mezun ve muayenehanesini kapatan dişhekimleri de buralarda işe alınmak için sıraya girmektedir. Performansa dayalı ödeme yöntemi hizmet hacminde aşırı şişkinliğe yol açarken hizmetin gerekliliği ve etkinliği ile ilgili ciddi endişeleri de beraberinde getirmektedir.

Gerek iş yoğunluğu nedeniyle bozulan hekim sağlığı (kas iskelet sistem hastalıkları, tükenmişlik sendromu) gerek dönüşüm politikaları sonucu hekimin itibarsızlaştırılması ile artan sağlıkta şiddet vakaları hekimlerin mesleğe olan bağlılığını iyice azaltmaktadır.

Sermayenin kurması planlanan ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ihtiyacı olan ucuz iş gücünü yaratabilmek amacıyla fakülte sayı ve kontenjanlarının artırılması ile yeni sisteme zemin hazırlanmıştır. Bazı vakıf üniversitesi klinikleri de dahil olmak üzere sermaye güdümlü sağlık kurumlarının kar maksimizasyonu amacı dışında davranmayacağı düşünüldüğünde sermayenin toplum sağlığını oldukça olumsuz etkileyeceği açıktır.

Aynı zamanda uzmanlık yasası ile lisans eğitiminin içeriği zayıflatılarak, herhangi bir uzmanlığı olmayan dişhekimlerinin vasıfsızlaştırılması ve işsiz kalma riski gündeme getirilmiştir.

Özel ağız ve diş sağlığı kurumlarının Şubat 2015'de yürürlüğe giren yönetmelik ile uymak zorunda kaldıkları araç gereç, fiziki yapı ve insan gücü ile ilgili bazı kuralların hizmetin gerekleri ile ilgisiz yaptırımlar içermesi de kısıtlı parasal olanaklar ile serbest hekimlik yapan veya yapmaya hazırlanan dişhekimlerini olumsuz etkileyecektir. Özel ve kamu ağız diş sağlığı merkezi boyutundaki sağlık kuruluşlarının ve vakıf üniversiteleri fakülte kliniklerinin cazibesi ve sağlık insan gücü arzının yeni mezunlar ile artması nedeniyle muayenehane ve toplu muayenehanelerdeki hasta portföylerinin giderek daralması beklenmektedir. Tüm bu gelişmeler sonunda da ciddi boyutta sağlık insan gücü ve kaynak israfı gerçekleşecektir.

Son yıllarda vergi ve sosyal güvenlik kanunlarındaki yeni düzenlemeler serbest muayenehanecilik hizmeti veren dişhekimlerine yeni yükümlülükler getirmiştir. Sistem iyice karmaşık hale getirilerek takip edilmesi zorlaştırılmıştır.

Öneriler

Hekimlik gibi birebir insan sağlığını ilgilendiren bir alanda devletlerin sağlık politikalarını bütün bileşenlerin (Meslek örgütleri, fakülteler, sendikalar, dernekler, vb) ortak katılımı ile belirlemesi gerekir. Uzun vadeli, sürdürülebilir, ulaşılabilir herkes için eşit sağlık hizmeti amacıyla meslek örgütünün de bu amaca hizmet etmek en birinci görevidir. Hem meslektaşlarımızın, hem de halkın optimum faydalanacağı sistemlere katkı sunmak yanlılıkları varsa düzeltilmesi için gerek hukuki gerekse toplumsal anlamda tepki mekanizmalarının hayata geçirilmesi önemlidir.

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetleri büyük oranda tedavi edici hizmetler olarak sunulmaktadır. Ne yazık ki bugüne kadar tüm toplumu kapsayacak bir "ulusal koruyucu ağız ve diş sağlığı programı" hayata geçirilememiştir.

Birçok gelişmiş ülkede olduğu gibi, gebelik döneminden başlamak üzere özellikle okul programlarının ulusal ölçekte hayata geçirildiği koruyucu uygulamalar olmazsa olmazlardandır.

Ulusal sağlık politikası çerçevesinde kamu kurumlarında koruyucu hizmetlere ağırlık verilmesi gerekmektedir. Dişhekimlerinin yardımcı personel ihtiyacı, özlük hakları, çalışma şartları, acil nöbeti tanımı vb sorunları düzenlenmelidir.

Fakülteler lisans eğitimi için gerekli vakaların yanında uzmanlık gerektiren vakaların kabul edildiği kurumlar olmalıdır. Performans sistemiyle öğretim üyelerinin verimliliğinin ölçülmesi söz konusu olmamalıdır.

Özel muayenehaneler tüm ülke genelinde periferde de yayılmış ağız diş sağlığı hizmeti veren birimlerdir. Ağız diş sağlığı hizmet sunumu planlamasında mutlaka sistemin içine dahil edilmelidir.

TDB 21.ULUSLARARASI DIŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ
MESLEK SORUNLARI SEMPOZYUMU
“DIŞHEKİMLİĞİNİN GELECEĞİ”
(25-26-27 Mayıs 2015 / İstanbul)

ÇALIŞMA GRUBU-2
DÜNYADA DIŞHEKİMLİĞİNDE ÇALIŞMA MODELLERİ VE SERBEST MESLEK PRENSİPLERİ

Diőhekimi İrfan KARABABA (Sorumlu)

*TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyesi
Denizli ADSM*

Diőhekimi Kadir Tümay İMRE (Başkan)

İzmir Serbest Muayenehane

Dr. Uğur ERĐİN (Raportör)

İstanbul Serbest Muayenehane

Prof. Dr. Ali Rıza ALPÖZ

*İzmir Dişhekimleri Odası Başkanı,
Ege Ü.D.F. Pedodonti AD*

Diőhekimi Muharrem ARMUTLU

Mersin Özel ADSP

Dr. Metin BOZKURT

Bursa Serbest Muayenehane

Merve EMEK

*İstanbul Bilir Kişiler Derneđi Dernek Başkanı,
Bağımsız Denetçi*

Dr. Murat FIRAT

Özel Sigorta Şirketi Yetkilisi

Diőhekimi Yusuf KILIÇ

Özel Sigorta Şirketi Yetkilisi

Diőhekimi Mehmet Murat ÖZTÜRK

*Sivas Dişhekimleri Odası Başkanı,
Sivas ADSM*

Sina SAYGILI

İstanbul Dişhekimleri Odası Yerel Öğrenci Kolu Başkanı

Prof. Dr. Figen SEYMEN

Türk Pedodonti Derneđi Başkanı

Diőhekimi Tülün SÖNMEZGİL

İstanbul Okmeydanı Ağız ve Diş Hastalıkları Hastanesi

Dr. Serdar SÜTCÜ

Ankara Tepebaşı ADSH

Prof. Dr. Olcay ŞAKAR

Türk Protez Akademisi ve Gnatoloji Derneđi Başkanı

Prof. Dr. Serdar ÜŐÜMEZ

Türk Ortodonti Derneđi Başkanı

Diőhekimi Zühal ÇOKAKTAŐ YANDIMATA

Ankara Osmanlı ADSM