



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
YAYINLARI

Eğitim Dizisi : 12

KAMU ve ÖZEL SAĞLIK
KURULUŞLARINDA AĞIZ ve DİŞ
SAĞLIĞI HİZMET SUNUMUNDA
SORUNLAR ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
KURULTAYI

*KAMU ve ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA
AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HİZMET SUNUMUNDA
SORUNLAR ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
KURULTAYI*

18-19 Haziran 2002 İZMİR

KAMU KURULUŞLARINDA AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HİZMET SUNUMU ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

MEVCUT DURUM

Kamu kuruluşlarında Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet sunumundaki sorunlar ve çözümlerinde; hiçbir konu diğerlerinden bağımsız olarak ele alınamaz.

Kamunun hizmet sunumundaki sorunlar bir bütün olarak ele alındığında mevcut durum aŐađıda sıralandığı gibidir:

Türkiye'de sağlık hizmetleri içine Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri entegre edilmemiŐtir.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Sağlık Bakanlığında üç ayrı Genel Müdürlük bünyesinde yürütölmekte, dişhekimleri hizmetlerini düzenleyip kontrol eden bağımsız bir birim bulunmamaktadır. Bakanlık içerisinde deđiŐik birimler arasında da işbirliği ve iletiŐimin olmaması gerçekçi bir politikanın saptanmasında ve uygulanmasında zorluk çıkarmaktadır.

Kamunun geneli düşünöldüğünde ise ağız ve diş

sağlığında çok başlı bir hizmet sunumu vardır. Farklı birimlerin yönetim kademeleri ve biçimleri birbirlerinden farklı olduğu gibi tek tek kendi içlerinde de farklılıklar gösteren alt birimler barındırmaktadırlar. Kurumlar arasındaki farklı yapılanmalar buralarda çalışan hizmet süreleri eşit dişhekimlerinin farklı ücret ve sosyal haklardan yararlanmasına neden olmakta, dişhekimlerinin görev tanımlarının ve iş analizlerinin de birbirinden farklı ve yetersiz olduğu görülmektedir. Tüm kamu kurumlarında dişhekimlerinin özlük haklarının da istenilen düzeyde olmadığı bilinmektedir.

Üniversiteler dışında sadece "ağız ve diş sağlığı merkezi" olarak adlandırılan ünitelerin yöneticileri dişhekimidir. Yöneticisi dişhekimi olan kurumlarda hizmet sunumunun daha verimli olduğu saptanmıştır. Yöneticilerin yöneticilik eğitimi almalarının işleyişi düzenlemek açısından katkısı olacağı düşünülmektedir.

Devletin sorumluluğunda olması gereken koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ülkemizde sunulamamaktadır. Kamuda ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak örgütlenmesinde koruyucu hizmetler yok denecek kadar sınırlı olup, birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurumlar, ya klinik hizmetleri vermeye yada sevk mercii olarak çalışmaya devam etmektedirler. İkinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri

ağırlıklı olarak SSK ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri tarafından sunulmaktadır ve buralarda hasta popülasyonu oldukça artmıştır. Yönetmelik gereği koruyucu hekimlik kliniği kurmaları zorunlu olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri henüz bu birimleri kurmuş değildir.

Topluma ve bireye yönelik koruyucu çalışmalar kamu merkezlerinde etkin bir şekilde yapılmamaktadır. Aynı çalışmalar özel muayenehanelerde yapılan çalışmalarla eş güdüm sağlayamamaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini yürütmek için uygun insan gücü yetiştirilmesi de bugüne kadar planlanamamıştır.

Kendi döner sermayelerini kullanma hakkına sahip az sayıdaki Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Fakülteler dışındaki birimlerde altyapı ve fiziki koşullar aynı standartta olmadığı gibi tıbbi cihazlarla ilgili bakım, onarım, yenileme hizmetleri de yetersizdir. Türkiye genelinde farklı kurumlarda farklı standartlar uygulanmaktadır.

Enfeksiyon kontrol komitesi kurma zorunluluğu olan hizmet birimleri dışında, serbest dişhekimliği hizmetlerinde olduğu gibi kamuda da uygulama çalışanların inisiyatifindedir.

Kamudaki dişhekimlerinin sürekli dişhekimliği eğitimi etkinliklerine katılımı bazı kamu kurumlarında idari izin ile mümkün iken, Sağlık Bakanlığı'nda dişhekimleri bu katılımlar için yıllık izinlerini kullanmaktadırlar.

Ülkemizde dişhekimliği dağılımı coğrafi olarak dengeli değildir. Bu dengesizliğin nedenlerinden birisi kurumlardaki atama politikaları, diğeri de atanmış dişhekimlerinin gelişmiş merkezlere gitme isteğidir. Koruyucu hekimlik dikkate alınmadığından sağlık ocaklarında ve Ana Çocuk Sağlığı merkezlerinde dişhekimliği açığı vardır. Kamuda insan gücü planlaması, kurumun yapısına dayalı yürütülmekte, ihtiyaç ve talebe göre bir planlama bulunmamaktadır.

Dişhekimliğinin yıpratıcı şartları göz önüne alınmadan 08.00-17.00 saatleri arasında dişhekimlerinin dinlenmeksizin çalışmaları beklenmektedir. Hasta sayısının fazlalığı nedeniyle şua alımı, kimyasal maddelerle aşırı temas, yüksek enfeksiyon riski, ortopedik bozukluklar ve benzerleriyle iç içe olan dişhekimlerine fiili hizmet süresi zammı da uygulanmamaktadır.

Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan kamu kuruluşlarında hekim başına düşen hasta popülasyonunun fazlalığı Malpractice zemin hazırlayan nedenlerden bir tanesini teşkil etmektedir.

Genelde Kamu'daki laboratuvar ve yardımcı personel sayı ve eğitimi yetersiz olup, dağılımı da dengesizdir. Hizmet kısmen kurum bünyesinde çalıştırılan laboratuvar personelinden kısman de özel protez laboratuvarlarından karşılanmaktadır.

Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan kamu kuruluşlarında uygulanmakta olan full-time ve part-time çalışma sistemine ilaveten SSK hastanelerinde gönüllü çalışma sistemi mevcut olup, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ise vardiya sistemi, altyapısı tamamlanmış olan pilot hastanelerde ise sür-time sistemi uygulanmaktadır. Full-time uygulamalarda alınan ücret, dişhekiminin sosyal yaşamını idame ettirmekten çok uzaktır.

Kamuda istihdam edilen dişhekimisi sayısının azlığı, mevcudun dengesiz dağılımı ve fiziki koşulların yetersizliği, hizmet alıcıların sayısının fazla olduğu bölgelerde hizmetlere ulaşımı aksatmaktadır.

Halkın alım gücünün sürekli olarak azalması, gerek genel sağlık hizmetleri gerekse ağız ve diş sağlığı

hizmetlerinin halkın büyük çoğunluğunun gelir durumuna göre pahalı olması; sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan insanların, sosyal güvenlik şemsiyesi altına toplanması gereğini ortaya çıkarmaktadır.

Fakülte öğretim üyelerinin kendi kurumları içerisindeki hizmet sunumunun eğitime ve bilimsel araştırmalara olumsuz etkisinin bulunmamasına karşılık, kurumsal olarak ticari amaçlı klinik faaliyetleri etik değildir.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sağlık harcamaları ülke gerçeklerine göre planlanmalı ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ayrı bir fon oluşturulmalı, bu fon da koruyucu hizmetlere dönük kullanılmalıdır. Sosyal güvenlik kapsamı içerisinde yer alan kişilerin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden düzenli yararlanması için özendirici ve yaptırım içeren uygulamalar olmalıdır.

· Tüm toplum tek bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında toplanmalıdır.

· Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri devletin sorumluluğunda olan hizmetlerdir. Özellikle belirli yaş gruplarının ağız ve diş sağlığı kayıtlarının tutulması ve periyodik aralıklarla bilimsel verilerin ışığı altında koruyucu dişhekimliğinin uygulanması gereklidir. Bunun için de iller bazında bir veri tabanı oluşturulması takip ve uygulama açısından faydalı görülmektedir. Zaman içerisinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin alınmasının zorunlu olduğu bir sağlık sisteminde uygulama, kontrol etme ve eğitime gibi konularda başarılı olunabilir.

· Koruyucu halk sağlığı hizmetlerini yürütmek için uygun insan gücü yetiştirilmesi planlanmalıdır.

· Toplumun Ağız ve diş sağlığı eğitimi Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları, SSK, Üniversiteler ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin birlikte çalışmasıyla

yürütülmelidir.

- Tüm ağız ve diş sağlığı hizmetleri tek çatı altında toplanmalı, temsili de Sağlık Bakanlığı'nda genel müdürlük seviyesinde olmalıdır.
- Dişhekiminin görev, yetki ve sorumluluk tanımlarının netleştirilmesi gerekmektedir.
- Kamuda çalışan dişhekiminin özlük hakları iyileştirilmeli ve nöbet ücreti verilmelidir.
- Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan birimlerin yöneticisinin dişhekimi olması sağlanmalıdır.
- Sağlık ocağı dişhekimi tanımının yeniden yapılarak koruyucu dişhekimliği hizmetlerinde ağırlıklı çalışması sağlanmalıdır.
- Kamuda ağız ve diş sağlığı verilen tüm birimlerde fiziki ve tıbbi koşullar aynı standartlara taşınmalı, tüm birimlerde enfeksiyon kontrol komitesi kurulmalıdır.
- Kamu kurumlarında kendi içlerinde meslek içi eğitim seminerleri yoğunlaştırılmalı, kurum dışı eğitim faaliyetlerine katılımında ise idari izin hakkı tanınmalıdır.
- Kamudaki dişhekimi dağılımı ihtiyaç ve talebe göre planlanmalı ve yeni dişhekimi istihdamı sağlanmalıdır.
- Malpractice'i önleme açısından kamudaki hekimlerin tedavi edecekleri hasta sayısına standart getirilmelidir.
- Dişhekimliği yardımcı personeline ve diş teknisyenlerine standardize edilmiş sürekli eğitim programları düzenlenmeli ve katılımları sağlanmalıdır.

- Full-time çalışma şartlarının iyileştirilerek özendirilmesi sağlanmalıdır.
- Kamu kurumlarında serbest dişhekimine sevk işlemlerinde ön koşul olan 90 günlük bekleme süresinin, hiçbir bilimsel temeli yoktur. Hasta kuruma başvurduğunda tedavi talebi karşılanamıyor ise 90 günlük süre kısıtlaması olmamalı, serbest hekime sevk edilmelidir.
- Dişhekimlerinin sorunlarının çözümü için Sağlık Bakanlığı, kanunla kurulmuş meslek birliği olan Türk Dişhekimleri Birliği ile işbirliği yapmalı ve ortak çözümler üretmelidir.

KATILIMCILAR

Başkan : Prf.Dr. Osman KÖSEOĞLU
Raportör : Hayriye Afacan
Ali Fuat ALLI
Hüseyin Avni AKSU
Naciye ARAL
Cüneyt BESLER
Prf Dr. Serhat ÇINARCIK
Sibel DENİZ
Damla Gül DERİ
Nihal GÜR
Hulki KILÇAR
Dr. Zeliha ÖCEK
Doç.Dr. Gülay VURAL
Ali YAKAR

Hacettepe Üniv.Dişhek.Dek.Yrd
Samsun Diş hekimleri Odası
Milli Eğitim Bakanlığı
Ankara Dişhek.Odası
Sağ. Bak.Ağız Diş Sağ.Daire Baş.
İstanbul Dişhek. Odası
Ege Üniv.Dişhek.Fak.Dek.Yrd
TDB Komisyon Üyesi
İzmir Dişhekimleri Odası
Sosyal Sigortalar Kurumu Baş.
SSK Hastanesi Baş Hekim Yrd.
İzmir Dişhekimleri Odası
Eğitim Diş Hastanesi Baş hekim
TDB Yönetim Kurulu Üyesi

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA AĞIZ-DIŞ SAĞLIĞI HİZMET SUNUMU ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

MEVCUT DURUM

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunulan özel sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması, denetlenmesi, fiziki ve tıbbi koşullarının uygunluğu ile diğer usul ve esaslarını düzenleyen ilk yönetmelik, 14 Ekim 1999 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Emeği geçenlerin kutlanması gerektiğine inandığımız "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları - Hakkındaki Yönetmelik" FDI'nın web sitesinde yayınlanmaya yarar ölçüde normları ve asgari standartları mesleğimize kazandırmıştır. Yönetmeliğin gerekleri önemli ölçüde yerine getirilmiştir. Yönetmeliği uygulamada iki dönem halinde değerlendirmek gerekir. Odaların tescil belgesi verdiği ve daha fazla yetkili olduğu, ayrıca etkili bir denetim yapabildiği I. dönemden sonra, 27 Şubat 2001'de yönetmeliğin bazı maddelerinde değişiklikler yapılmıştır. Meslek odalarımızın yetkilerinin kısıtlandığı ve Sağlık Bakanlığı'nın daha etkili, yetkili ve söz sahibi olduğu bu II. dönemde ise odalar daha çok tabela uygunluk belgesi düzenleyen ve denetleme ekibinde, bir üye ile temsil edilebilen duru-

ma indirgenmiştir. Odalarımızın çoğu, her iki dönemi de başarıyla uygulayabilmiştir. Fakat, zaman zaman gerek yönetmeliğin özünden kaynaklanan sıkıntılar, gerekse İl Sağlık Müdürlüklerinde yaşanan bürokratik sorunlar, bazen ise uygulayıcıların art niyetli olmayan yanlış tutumları nedeniyle, meslektaşlar ile yetkililer arasında istenmeyen ilişkiler gelişmiştir. Buna rağmen elde edilen genel sonuçlar memnuniyet verici niteliktedir. Yönetmeliğin aksayan yönleri ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığının değişiklik yapma isteği görülmüştür. Denetleme işlevinin standarda kavuşması ve sahte dişhekimlerinin bulunduğu birimleri denetleme anında direkt kapama yetkisinin yönetmeliğe dahil edilmesi isteği değerlendirilmiş, olumlu bulunmuş fakat nasıl olabileceği yeteri kadar çözüme kavuşmamıştır. Denetleme fonksiyonunun İl Müdürlüklerine bağlı, Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlükleri ve mutlaka Oda yetkilisi meslektaşlarımızla birlikte yapılması uygun görülmüştür. Ayrıca bir denetleme formunun düzenlenmesi önerilmiştir.

İlgili yönetmelik ile, bireysel muayenehanelerin dışında toplu çalışma merkezleri de tanımlanmıştır. Bunlar, merkez, poliklinik ve müşterek muayenehane şeklindedir. Yönetmelik öncesi dönemde bu kavramların tamamının resmiyet ifade etmemesi nedeniyle, yönetmelik öncesi ve sonrası dönemlerdeki toplu çalış-

ma birimleri hakkında sağlıklı bir kıyaslama yapma imkanı yoktur. Buna rağmen yönetmeliğin uygulamaya girmesiyle birlikte zamanla doğru orantılı olarak toplu çalışma alanlarında sayıca artış gözlenmiştir.Örneğin; İstanbul ilindeki üyelerimizin % 25'e yaklaşan bölümünün toplu çalışma alanlarını tercih ettiğini söyleyebiliriz. Bunun neden ve sonuçlarını incelemek kuşkusuz yararlı olacaktır. Ancak işletme giderleri ve maliyet paylaşımı, hastaların beklentilerindeki değişiklikler ve diğer nedenler, toplu çalışma merkezlerinin gelecekte yaygınlaşacağı izlenimini vermektedir. Çeşitli kurumlarla yapılabilecek özel anlaşmalar ve sevklerin buralara kayması bireysel çalışmaları olumsuz etkileyebilecek gibi gözükmemektedir.Buna rağmen getirdiği bazı avantajlar sebebiyle yeni bir çalışma şekli olarak sisteme yerleşmiştir.

Dişhekimlerinin hastalarına uyguladıkları tedavilerin, bilimsel olarak uygunluğunu ölçebilen bir sistem henüz tam olarak işlememektedir. Sayıca oldukça az olsa da, bazı hasta şikayetleri nedeniyle disiplin cezası alan meslektaşlarımız mevcuttur. Hastaların uygulanan tedavilere bağlı olarak, görecekleri zararları tazmin etmek amacıyla hazırlanan, "Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk (Malpraktis)" yasa tasarısı ve buna bağlı olarak hazırlanacak "tanı ve tedavi protokolleri" önümüzdeki süreçte, TDB ve

Odalar tarafından dikkatle izlenmesi ve takip edilmesi gereken gündem maddeleri olarak gözükmektedir. Özellikle teşhis ve tedavi protokollerinin bulunmaması, uygulamada bir eksiklik olarak değerlendirilmiştir.Çalışma Grubumuz bu maddenin başlangıç bölümüne ilave yaparak 'Teşhis ve tedavilerin bilimsel kurallara uygunluğu' olarak değiştirilmesini kabul etmiştir.Ayrıca günümüzde geriye doğru başarılı tedavilerin sonuçlarının yayınlandığı bir kavram olan 'veriye dayalı dişhekimliği uygulamaları' üzerinde durulmuştur. SDE'lerin meslek birliğince düzenlenmesi ve kontrolü, yasal engeller kaldırılarak zorunlu olması gerektiği ifade edilmiştir.

TDB'nin Marmara Üniversitesi'ne yaptırmış olduğu araştırma, hizmet alıcılarının profilini ve ağız diş sağlığı hizmetlerinden yararlanma durumunu açıkça ortaya koymaktadır. Toplum ağız ve diş sağlığı durumumuzun iyi olmadığı ortadadır.Hizmetlere ulaşılabilirlikte ciddi sıkıntılar mevcuttur. "Ulaşılabilir, kaliteli, herkes için eşit ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanma" sorusunun yanıtını bulmak kolay gözükmemektedir.Hizmet sunumunda gelir dağılımı ve sosyo- kültürel düzey önemli bir etkidir.Kamu, bakmakla yükümlü olduğu kesime yeterli ve kaliteli hizmet verememektedir.Bu nedenle sosyal güvencesi olanların büyük bölümü hizmet alımında özel kuruluşları tercih

etmektedir. Bu kesimin özel kuruluşlardan aldığı hizmetler 2. basamak ağırlıklıdır. Kamunun 1. basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunduğu birimlerinde fiziki ve tıbbi koşulların yetersizliği, buna uygun insan gücünün mevcut olmayışı, bu hizmetlerin de çoğunlukla özel kuruluşlardan alındığı, araştırma sonuçlarından anlaşılmaktadır. Kamu ve özelde diş hekimlerinin dağılımı oldukça dengesizdir. Hizmetlerden yararlanma ölçütleri farklılık sergilemektedir. Hizmet sunumunda olumsuz etkisi olan bu durum öncelikli olarak tartışılmalıdır.

Bilindiği gibi asgari ücret tarifelerini bakanlığa sunma yetkisi TDB'nin görevleri arasındadır. Bu aşamada odaların görüşleri dikkate alınmaktadır. Fakat son yıl olduğu gibi odalardan %(0-100) arasında değişen öneriler gelebilmektedir. Bölgeler ve iller arasındaki farklılıklar asgari ücretlerin tespit edilmesindeki bilimsel ve istatistiksel zorunluluk ihtiyaçlarını göz ardı edebilmektedir. Çoğu Avrupa ülkeleriyle malzeme ücretlerinin yakın olmasına karşın, ülkemizde ki tedavi fiyatları ve dişhekimlerinin aldıkları ücretler karşılaştırıldığında inanılmaz uçurum göze çarpmaktadır.

Mevzuatımız meslektaşlarımızın özel işyerlerindeki çalışma saatlerini tam olarak düzenlememektedir.

Dolayısıyla bunu denetleyen bir mekanizma da mevcut değildir. Sadece merkezlerin 24 saat açık olma zorunluluğu vardır. İsteyen poliklinikler 24 saat açık kalabilmektedir. Muayenehane ve müşterek muayenehane için durum isteğe bağlıdır. Çalışma saatlerini düzenleyecek bir yaptırıma ihtiyaç olup olmadığı da yeterli düzeyde ölçülebilmüş değildir. Dişhekimlerinin orta seviyede bir yaşam standardı sürebilmesi için ülke koşullarımızda çalışması gereken zaman dilimi ve yapılması gereken iş miktarının ölçümü net olarak bilinmemektedir. Daha önce yapılmış çalışmalarda, dişhekimliği hizmetlerine olan ihtiyacın çok fazla ,talebin ise çok düşük olduğu yeniden değerlendirilmiştir. Talep düşüklüğü meslektaşlarımızın çalışma sürelerini verimli kullanamamalarına neden olmaktadır. Dişhekimlerinin randevulu çalışmak istedikleri, sayıca fazla hasta bakımının ve düzensiz çalışmanın fizyolojik ve psikolojik boyutları üzerinde durulmuştur.

Çeşitli araştırma, anketler ve çalışma grubumuz, dişhekimlerinin önemli bir kısmının mesleki çalışmalarını sırasında yardımcı personel ile çalıştıklarını ve bunu ihtiyaç olarak gördüklerini göstermektedir. Bir sağlık çalışanı olarak önemli bir işlevi yerine getirmesine rağmen, meslek grubunun ne tanımı, ne sorumlulukları ne de standartları ve eğitimi konusunda genel bir uzlaşma yoktur. Bazı fakültelerimizin verdiği yardımcı personel

eğitimi olumlu ve olumsuz boyutları ile tartışılmıştır..Sağlık Bakanlığının bu konuyu mesleki orta eğitim kapsamına almaya y6nelik bir niyet ve girişiminin olmadığı ne yazık ki anlaşılmaktadır.Ancak bizlerden talep gelirse hemşire veya sağlık teknisyenlerine y6nelik sertifika programlarına sıcak baktıkları ve istenirse y6netmelikte değişiklik yapılarak zorunlu hale getirilebileceği ifade edilmiştir.Ayrıca Oda'ların 6eşitli kurslar d6zenleyebileceği fakat hemşire ve sağlık teknisyeni dışında kalanlara y6nelik sertifika programı kurslarına ise kesinlikle karşı oldukları g6zlenmiştir.

Dış teknisyenlerimizin durumu ise; diğer yardımcı personellere g6re biraz daha iyi g6z6nmektedir. En azından meslek tanınlanması yapılmıştır. Dış protez meslek y6ksek okullarının a6ılmış olması sevindiricidir. Bu konudaki olumsuzluk Milli Eğitim Bakanlığının 6ıracılık merkezlerinde s6rd6rd6ę6 dış teknisyenliği eğitimini devam ettirmesidir. TDB ve 6alışma grubu olarak uygun bulmasak da uygulama s6rd6r6lmektedir.Dış Laboratuvarlarının 6alışma koşullarını d6zenleyen bir y6netmeliğin yayınlanması ve uygulamaya ge6miş olması sevindirici bir gelişmedir. Hasta memnuniyetinin kalıcılığını etkileyen ve hizmet sunumunda 6nemli bir yeri olan teknisyenlerimizi ihmal ettiğimiz s6ylenebilir.Teknisyenlerimizle olan ilişkilerimizin geliştirilmesi ile hizmette kalitenin daha 6ok artacağı ortadadır.

Kaliteyi etkileyen önemli bir unsur ise, teknolojiadaki değişikliklerin, alet ve malzemedeki yaratıcılığın ve zenginliğin hizmet sunumuna etkileridir. Dünyamızın bilişim çağına adım atmasıyla birlikte ortaya çıkan önemli yapısal değişiklikler, mesleğimizi de önemli ölçüde etkiledi. Teknolojik, bilimsel, kültürel ve etik bir çok faktör sadece tedavi yöntemleri üzerinde değil, hekim hasta ilişkisi üzerinde de ciddi değişikliklere yol açtı. Yenilikler hakkında bilgisi olan, bunları hekiminden talep eden ve daha fazla söz sahibi olmak isteyen hasta grubu oluşmaya başladı. Bu da hekimlerin tedavi felsefesinde önemli değişikliklere yol açtı. Daha önce fonksiyon kavramı birinci önceliğe sahipken, estetik de aynı önceliğe sahip olmaya başladı. Sektördeki yeni ürünlerin sunumuyla dişhekimliği mesleği sürekli gelişen, yeni materyal ve tekniklerin kullanıldığı dinamik bir meslek dalı olmuştur.

Dişhekimleri tüm sağlık çalışanları içinde " en yüksek enfeksiyon riski" altında çalışan grubu oluşturmaktadır. Bunun başlıca nedeni, hastayla çok yakın mesafede çalışmaya bağlı, kan ve tükürük ile sürekli temas halidir. Çeşitli keskin , sivri tedavi aletlerinin el ve parmağımıza batması sonucu başta HBV, HIV, HCV, Tbc, İnfluenza gibi çeşitli enfeksiyonlara yakalanma

HCV, Tbc, İnfluenza gibi çeşitli enfeksiyonlara yakalanma riskimizi arttırmaktadır. Ülkemizde özellikle HBV ve Tbc, taşıyıcısı hasta sayısının çok yüksek olması bu riski arttırmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarının yanı sıra dişhekimleri yaptıkları iş nedeniyle; kimyasal ajanların toksik etkisine maruz kalmakta, radyasyon kullanımı, vb. risklere açık bulunmaktadır. Ayrıca enfeksiyonun önlenmesinde ve steril bir ortam hazırlanmasında yardımcı olan personelimiz ve hastalarımız da aynı risk altındadır. Meslektaşlarımızın çeşitli enfeksiyonlara ve meslek hastalıklarına yakalanma sıklığını ayrıntılı olarak gösterecek, yeterli düzeyde veri ve çalışma yoktur.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmeliğin hizmet sunumuna olumlu katkıları olmuştur. Yönetmeliğe her koşulda sahip çıkılmalı ve uygulanmalıdır. Yönetmeliğin birinci döneminde daha etkin ve verimli uygulandığı katılımcılar tarafından değerlendirilmiş, istatistiki bilgi ve verilerin odalar tarafından düzenli tutulduğu gözlenmiştir. Ayrıca denetleme işlevi yine 1. dönemde daha etkin ve hızlı bir şekilde yapılabiliyordu. Oysa şimdi denetlemelerde, İl Sağlık Müdürlüklerinin uygun zamanını beklemek durumundayız. Yine bazı illerde düzenlenen evrakların dağıtımında bile oda desteği gerekmektedir. Uygulama sırasında yaşanan bazı güçlükler ve sorunlar göz önünde tutularak, bürokratik işlemlerin azaltılması için girişimde bulunmak yararlı olacaktır. Yönetmeliğin bugüne kadar olan sonuçları TDB tarafından rapor haline getirilmelidir. Sağlık Müdürlükleri bu yönetmeliği uygulayacak yeterlilikte gözükmemektedir. Yönetmeliğin aksayan yönlerini düzeltmek amacıyla yapılacak olası değişikliklerde TDB ve Odaların mutlaka öneri ve düşüncelerini Bakanlığa ısrarla iletilmesi, takip edilmesi yararlı olacaktır. İl Sağlık Müdürlükleri ve Odaların denetlemelerde işbirliği yapması başarıyı arttıracaktır.

Çeşitli göstergeler ülkemizde toplu çalışma merkezlerinin gelecekte yaygınlaşacağı yönündedir. Fakat toplu çalışma alanlarındaki hizmetin kalitesi, verimliliği, hasta memnuniyeti, tedavi fiyatlarının hastaya maliyeti gibi konularda uygulamayı değerlendirecek düzeyde bilgi henüz yoktur. Bu tür birimlerle ilgili olarak bilimsellik ve kaliteden ziyade ticari kaygıların öne çıkabileceği reklam ve tanıtım yapma ihtiyacının daha çok hissedilebileceği, rekabet etmeye yönelik girişimlerde bulunma isteğinin arttığı yada artabileceği yönünde çeşitli kaygılar mevcuttur. TDB'nin etik ve deontolojik açıdan konuyu dikkate alması gerekmektedir.

Hizmet alıcılarının profili ve tedavi seçeneklerine etkilerinden çok, hizmete ulaşamayan ciddi bir kesimin varlığı söz konusudur. Kamuda işsizliği istihdamının ve verimliliğin artmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Kamu ve özelde hizmet sunumu ve finansman modelleri geliştirilmeye çalışılmalıdır. Koruyucu ve önleyici tedavinin hedeflendiği, öncelikli kesimlere yönelik amaçlı olarak, özel sektörden hizmet satın alma modelleri üzerinde durulması gerektiği önerilmesine rağmen Bakanlık yetkilisi katılımcılar bunun mevcut yasal çerçevede mümkün olamayacağını ifade etmişlerdir. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarına hasta sevkleri ile bakanlığın ilgisi olmadığını, hizmet alan değil,

hizmet satan bir kuruluş olduklarını ifade etmişlerdir. Çözümün Sağlık Reformu adı altında kanunlarda yapılacak geniş kapsamlı reformlar ile olabileceği önerilmiştir.

TDB'nin asgari ücretleri bilimsel olarak tespit etme amacına yönelik anket çalışması olumlu bir girişimdir. 2002 Mayıs ayı içinde Merkez Yönetim Kuruluna görüş sunmak üzere oluşturulan bir çalışma grubu raporunda " Bütçe Uygulama Talimatı"na göre sevk edilen hastalara yönelik asgari ücretin altında fatura kesilmesini önlemek amacıyla, bu tür toplu hizmet alımlarıyla ilgili olarak ayrı bir asgari ücret tarifesi yapılıp yapılmayacağı, oda başkanları yada Genel Kurulda tartışmaya açılması önerisi sunulmuştur. Çalışma grubumuz gerek hukuki olarak, gerek etik olarak, gerekse tedavilerin bilimsel normlara uygunluğu açısından mevcut uygulamanın devam etmesini uygun görmektedir. Ayrıca merkez ve poliklinik gibi toplu çalışma birimlerinde işletme giderlerinin düşmesi sebep ve iddiasıyla bu tür yerlerin daha düşük bir asgari ücrete tabi olmasını da uygun bulmamaktadır.

3224 sayılı yasanın oda görevlerini düzenleyen 11/n maddesi, hastaların resmi tatil günlerinde ve mesai saatleri dışında meslek hizmetlerinden yararlanabilmeleri için meslek mensuplarıyla işbirliği yapma yetkisini odalara vermektedir. "Nöbetçi eczane" sistemini andırabilecek benzer bir uygulamanın ve mesai saatlerinin düzenlenmesinin olası sonuçları üzerinde tartışmaya açılmadan önce "olabilirliği ve gerekliliği" üzerinde bir alt yapı çalışması faydalı olacaktır.Bu varsayım ve öneri yeteri kadar destek bulmamıştır.Dişhekimliği hizmetlerine olan toplu talebi arttıracak girişimlerde bulunulmasının yararlı olacağı düşünülmüştür.

Yardımcı personel konusunda öncelikle harekete geçilmelidir. Sağlık Bakanlığı görevi ve amacı gereği konuyla ilgili bulunmaktadır. Üniversitelerin de desteği alınarak TDB'nin girişim ve öncülüğünde bu meslek grubunun genel düzenlenmesi yapılmalıdır. Mevcut dişhekimi yardımcı personeli için ise sertifika programları, kurs ve seminerler düzenlenmelidir.Ayrıca konunun Mesleki orta eğitim boyutu incelenmeli bu grup bir şekilde sisteme dahil edilmelidir.Bakanlığın hemşirelere yönelik kurslar düzenlenmesi önerisi ise değerlendirilmelidir.

Dişteknisyeni odalar ile ilişkiler geliştirilmeli, üniversiteler ile işbirliğine gidilerek alet, malzeme ve yeni ürünlerin teknolojideki ilerlemelerin teknisyenlere tanıtılmasında, yani meslek içi eğitimde köprü görevimizi doğal olarak yapmalıyız. Sahte dişhekimleri ile olan mücadelemizde teknisyen odaları ile de işbirliği yapılmalı, laboratuvarların sahte dişhekimlerine hizmet sunumu engellenmelidir.

Ağız ve diş sağlığı hizmet sunumu, teknolojik değişikliklerdeki hızı kapsayacak şekilde, mezun olacak meslektaşlarımızın yeni çıkacak ürün ve malzeme hakkındaki bilgiye kolayca erişebileceği ve uygulayabileceği tarzda düzenlenmelidir. Alet ve malzeme sunumunda kalite ve kontrol önlemleri almaya yönelik çaba gösterilmeli ve mesleki teknoloji çöplüğü olmadan gerekli önlemler alınmalıdır. Dişhekimliği alet, malzeme ve imalatı, ithalatı vb. standartlarını yani "diş depoculuğunun uygulamalarını" bütünsel anlamda düzenleyecek mevzuat çalışması yapılmalıdır. Teknolojik gelişmeler eğitimle desteklenmeli, bu konuda kurumlar arası işbirliği sağlanmalıdır.

TDB bünyesinde, dişhekimliği alanındaki enfeksiyonları ve diğer meslek hastalıkları ile ilgili verileri toplayacak, araştırmaları değerlendirecek, politika üretecek daimi bir çalışma grubu oluşturulmalıdır

Kamu ve özel sektörde, bireysel ve toplu çalışma ortamlarında enfeksiyon izleme komiteleri oluşturulmalıdır. Evrensel önlemlerin alınması ve uygulanması sürekli olarak izlenmelidir. Bazı illerde tıbbi atıkların özel tıbbi atık torbalarında ve tıbbi atık kovalarında biriktirilmesi ve evsel atıklardan ayrı toplanıp, uluslararası normlara sahip yakma ünitesinde yakılması, olumlu bir uygulamadır. Bu uygulamanın tüm Türkiye' de hayata geçirilmesi gereklidir. Aşılama konusunda, mevcut sorunlara yönelik çözüm önerileri düşünülmelidir. Muayenehane denetimlerinde denetim formlarının içeriğine, enfeksiyon kontrolü ilave edilmelidir. Bunun için bilimsel kriterler belirlenmelidir.

KATILIMCILAR

BAŞKAN :	Necati Hilmi KÜÇÜKYILDIZ	<i>TDB Mrk. Yön.Kur.Üyesi</i>
RAPORTÖR	Ahmet GÜRBÜZ	<i>İstanbul Dişhek. Odası</i>
ÜYELER :	İzzettin ÇAMURDAN	<i>Adana Dişhek. Odası</i>
	İdiz HACİMÜZZİN	<i>İzmir Dişhek. Odası</i>
	Şaban KULAKSIZ	<i>Diyarbakır Dişhek. Odası</i>
	Memduh MAZMANCI	<i>Ankara Dişhek. Odası</i>
	Nadir MUMCU	<i>Eskişehir Dişhek. Odası</i>
	Dr. Tahir SOYDAL	<i>Sağlık Bakanlığı</i>
	Tuncel TAŞKIN	<i>İçel Dişhek. Odası</i>
	Zuhal ÜRTEN	<i>Sağlık Bakanlığı</i>
	Bahri YILMAZ	<i>Manisa Dişhek. Odası</i>

ANKARA 2002