



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
YAYINLARI

Eğitim Dizisi: 4

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
I. TOPLUM AĞIZ VE
DİŞ SAĞLIĞI KURULTAYI

ANKARA 1998

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
1. TOPLUM AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
KURULTAYI

20-21 Eylül 1996 - BURSA

Çalışma Grupları:

- 1- Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi
- 2- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Örgütlenmesi
- 3- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı
- 4- Koruyucu Hekimlik ve I. Basamak Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Nasıl Olmalıdır?

TOPLUM AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI EĞİTİMİ ÇALIŞMA GRUBU TARTIŞMA SORULARI

I- MEVCUT DURUM

- Ağız ve diş sağlığı kültürünün kırsal ve kentsel alandaki durumu değerlendiriniz.
- Eğitimi düzeyi ağız ve diş sağlığı kültürünü nasıl etkilemektedir.
- Ağız diş bakım ürünlerinin tüketimini değerlendiriniz.
- Endüstrinin ürün tanıtımlarının ağız ve diş sağlığı kültürüne etkisini değerlendiriniz.
- Sağlık eğitimi kimler tarafından ve nerede/nasıl verilmelidir.
- Kitle iletişim araçlarının sağlık kültürünün oluşumunda etkileri nasıl olmaktadır.
- Sosyo-ekonomik koşulların ağız ve diş sağlığı kültürüne etkilerini değerlendiriniz.

II- MEVCUT DURUMUN YARATTIĞI SORUNLAR

- Diş ve dişeti sorunlarını değerlendiriniz.
- Bireyin kullandığı hizmet ve tedavi türlerini değerlendiriniz. Bireyler hangi koşullarda dişhekimine gidiyor. Bunu etkileyen faktörleri önem sırasına göre belirtiniz.
- Yanlış bilgi ve inançların sonuçlarını değerlendiriniz.
- Dişhekimliği hizmetlerinde halkın korkusunun nedenleri nelerdir.
- Sahte dişhekimlerinin varlıklarını sürdürmelerinde sağlık eğitiminin etkisini nasıl değerlendiriyorsunuz.

III. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE ÖNCELİKLER

- Bilgilenme tutum ve davranış değişikliği için nasıl bir program belirlenmeli.
- Diş sağlığı eğitiminde öncelikli grup olması uygun mudur. Uygun ise eğitim nasıl organize edilmelidir. Meslek kuruluşlarının bu organizasyondaki sorumlulukları na olmalıdır.
- Sağlık eğitimi kimler tarafından verilmelidir. Dişhekimlerinin eğitimde fonksiyonları ne olmalıdır.
- Sağlık eğitimi kimler tarafından verilmelidir. Dişhekimlerinin eğitimde fonksiyonları ne olmalıdır.
- Yetişkinlerin sağlık eğitiminde hangi kurumlar görev almalıdır.
- Kitle iletişim araçlarının sağlık eğitimi konusunda sorumlulukları ne olmalıdır.
- Endüstri sağlık eğitimi çalışmalarında nasıl yer almalıdır.

TOPLUM AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI EĞİTİMİ ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

MEVCUT DURUM

Kırsal kesimde daha fazla olmakla birlikte ağız ve diş sağlığı sorunlarının her kesimde çok fazla olduğu görülmektedir.

* Kırsal kesim ve eğitimsiz insan bilmediği için, kentsel kesim ise bildiği halde ağız ve diş sağlığına gereken önemi vermemektedir. Ağız ve diş bakım ürünlerinin tüketimi son derece yetersiz olup, satışlar daha çok büyük şehirlerde odaklanmaktadır. Gargara ve diş ipi çok az tüketilen ürünlerdendir.

* Sağlık kültürünün oluşumunda kitle iletişim araçlarının rolü iyi kullanıldığında çok etkili olmaktadır. Ancak haberler medyada yeterince yer almadığı gibi, özellikle gazete yönetimlerinden ve gazete yöneticisi, muhabir, meslek örgütü iletişimsizliğinden kaynaklanan nedenlerle sansasyonel haberler ön plana çıkmaktadır.

* Din kültürümüz açısından mevcut durumumuzun dini gerçeklerimizle uyuşmadığı, İslamın temizliği savunmasına karşın, ağız ve diş sağlığına yeterince önem verilmediği, toplumdaki bu dinamiklerden yararlanılmadığı görülmektedir.

* Ülkemizde sağlık eğitimi veren insan gücü henüz yetişmemektedir. Okullarda verilen sağlık bilgisi dersleri bugün için biyoloji öğretmenlerince, diğer eğitimler ise pedagojik formasyonu bulunmayan dişhekimleri ya da başka uzmanlarca yürütülmektedir.

* Eğitim ile ağız ve diş sağlığı arasında bir ilişki olduğu ortadadır. Ancak burada eğitimle öğretimin çok farklı kavramlar olduğunu da akılda tutmak gerekir. Bu anlamda öğrenim düzeyinin yüksek olması ağız ve diş sağlığının iyi olmasına anlamına gelmemeli, öğrenim eğitim faaliyetleriyle desteklenmelidir.

Çeşitli kurum ve kuruluşlarca yürütülen eğitim faaliyetleri bulunmakla birlikte; yaygın, sistematik ve sürekli bir eğitim programı yoktur. İlgili kurumların istenilen düzeyde ağız ve diş sağlığı eğitimi politikası yoktur.

* Yapılan taramalar ve araştırmalar, ağız ve diş sağlığı konusundaki sorunların gelişmiş ülkelere kıyasla çok büyük boyutlarda olduğunu, bunların iyi bir örgütlenme, yeterli bir finansman, ama özellikle yaygın ve etkin bir eğitimle önlenebileceğini göstermektedir.

* Ülkemizdeki ağız ve diş sağlığı hizmetleri bugün için tedavi ağırlıklı bir görünüm arz etmektedir. Oysa sağlığı koruyucu, geliştirici ve yaşam biçimlerini olumlu yönde değiştirici eğitim faaliyetlerine gerek vardır.

ÖNERİLER

* Mevcut durum dikkate alındığında, ağız ve diş sağlığı eğitiminde öncelikli grupların olması gerektiği sonucuna varılmıştır. Ülkemiz koşullarında öncelikli gruplar okul öncesi ve ilkökul çağı çocukları olmalıdır.

* Okullarda Milli Eğitim Bakanlığı'nca organize edilecek eğitim-öğretim programlarının yanı sıra okul öncesi çocuklara, aileye ve topluma yönelik yaygın eğitim programları düzenlenmelidir.

- * Her dişhekimi, karşısına gelen hastayı, eğitim için bir fırsat olarak değerlendirmelidir. Bu anlamda teke tek eğitimin etkinliği gözönünde bulundurulmalıdır.
- * Dişhekiminin etkili bir eğitim yapabilmesi için öncelikle kendisinin eğitimci formasyonundan, eğitim metodolojisinden haberdar olması gerekmektedir. Bunu gerçekleştirmek için; Türk Dişhekimleri Birliği, üniversite ve gereken yerlerde Milli Eğitim Bakanlığı ile iletişim ve koordinasyon sağlanmalı, en azından tüm dişhekimlerine yönelik eğitim amaçlı bir kitapçık hazırlanmalıdır.
- * Ailenin eğitimi için; dişhekimlerinin yanı sıra ilk basamak sağlık örgütlerinden yararlanmalıdır.
- * Toplumun eğitimi için medya, toplum liderleri, sivil toplum örgütleri, sendikalar, silahlı kuvvetler, çıraklık kursları, v.b. her türlü olanaktan yararlanılmalıdır.
- * Ağız ve diş sağlığı eğitimi, ilk ve orta öğrenimde müfredata alınmalı, sağlık eğitimine entegre edilmek koşuluyla en az haftada bir saat süreyle verilmelidir.
- * İlkokul karnelerinde diş koruma hanesi tekrar açılmalıdır.
- * Sağlık eğitimi için gerek Milli Eğitim gerekse Sağlık Bakanlığı'nın il düzeyinde örgütlenmesi vardır. bunların içindeki araç-gereç ve eğitim materyalinin kullanımı, hatta üretimi konusunda kurumlar arası (meslek örgütleri, endüstri) ile işbirliği sağlanmalıdır.
- * Eğitimde dişhekimlerinin rolü önemli olmakla birlikte bunların sayısı, sorunların yoğunluğu, eğitim olayının niteliği gözönünde tutulduğunda eğitim için danışmanlık yapacak uzman bir sağlık eğitimcisi grubuna ihtiyaç vardır. Bu amaçla yeni kurulan Sağlık Eğitim Fakülteleri ile işbirliği yapılmalıdır.
- * Halkın dişhekimine gitmesine, önerileri uygulamasını engelleyen ya da teşvik eden dini inançları eğitimlerde gözönünde tutulmalı, diyanet işlerince hazırlanacak ortak hutbe ve konuya ilişkin vaazlar ile yetişkinlerin eğitiminde dini dinamiklerden yararlanılmalıdır.
- * Kitle iletişim araçları ile meslek örgütleri arasında ilişkiler geliştirilmeli, bu amaçla odalar bünyesinde basın sorumlusu ya da sözcüsü bulunmalı, Türk Dişhekimleri Birliği bünyesinde basınla ortak çalışma kurulları oluşturulmalıdır.
- * TV'nin yetişkin eğitiminde etkin bir rolü vardır. Bu nedenle, örneğin "dişinizi fırçalayınız" türünden bir reklam kampanyası düzenli ve ısrarlı olarak verilmeli ya da filmlerin arasına bu amaca uygun mesajlar eklenmelidir. Bu konuda endüstrinin desteğinin olacağı görülmektedir.
- * RTÜK yasası gereğince sağlık eğitimine yönelik programlar yapılmalıdır.
- * Ağız ve diş bakım ürünlerinin reklamlarında yanlış anlaşılmanın olmaması için ilgili kuruluşların temsilcilerinden oluşan bir kurul oluşturulmalıdır.
- * Mevcut dişhekimlerinin gece gündüz ve tam süre eğitim alanında çalışmaları durumunda bile sorunların çözülemeyeceği, bu nedenle toplumda eğitime katkısı olabilecek her kesimin mobilize edilmesi gerektiği görülmektedir. Bu konuda endüstri ile mutlaka işbirliği yapılmalıdır. Çünkü endüstrinin, ülkemizde oldukça düşük olan ağız ve diş bakım ürünlerinin tüketimini artırma -pazar genişletme- isteği vardır. Halk sağlığı açısından olumlu olan bu istek eğitim amacıyla yönlendirilmelidir.
- * Çalışma grubunun ortak görüşüne göre her türlü eğitim programı ve faaliyetinin başarıya ulaşmasında Türk Dişhekimleri Birliği'nin danışmanlık ve koordinatörlüğünün önemli rolü olacağı görülmektedir.

Çalışma Grubu Katılımcıları :

Başkan Prof. Dr. Osman Hayran Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fak. Dekanı

Raportör Filiz Taşlıoğlu Türk Dişhekimleri Birliği

Prof. Dr. Gülçin Saydam İstanbul Ü.

Prof. Dr. Faik Çokpekin Gata Dişhekimliği Merkezi

Prof. Dr. Şükrü Kandemir İzmir D.O.

Ali Fuat Alı TC. Milli Eğitim Bakanlığı

Halil Altuntaş Diyanet İşleri Başkanlığı

Didem Ünsal Yeniüzyıl Gazetesi

Yalçın Yılmaz Türkiye Gazetesi

Ayşeğül Aydoğan Milliyet Gazetesi

Taner Badur Signal

Mine Kaplan İpana

Metin Bozkurt Bursa D.O.

Ümit Ülküer Ankara D.O.

Erol Tunç Bilek Ankara D.O.

Tülin Bolcal Bursa D.O.

Remzi Ülgen İstanbul D.O.

Ebru Göksay Eskişehir D.O.

Halil Gümüş Aydın D.O.

Oğuz Üçok Diyarbakır D.O.

Hasan Gürses İstanbul D.O.

Hüseyin Çiftçi Zonguldak D.O.

Nebil Ertüzün Konya D.O.

Nihal Öveçoğlu Manisa D.O.

Hasan Yaman Adana D.O.

Çağdaş Büyükyılmaz Kocaeli D.O.

İlhan Numanoğlu Serbest Dişhekimliği İstanbul

DİŞHEKİMLİĞİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ ÇALIŞMA GRUBU TARTIŞMA SORULARI

I- MEVCUT DURUM

- Dişhekimliği hizmetlerinin sunumu nerelerde gerçekleşmektedir.?
- Dişhekimliği hizmetlerinin insangücü planlaması ve örgütlenmesi nasıl olmaktadır.?
- Bu planlamada coğrafi ve kültürel özellikler ve hizmetin kullanımını ne ölçüde dikkate alınmaktadır?
- Hizmetin sunumunda dişhekimlerinin sektörel ve coğrafik dağılımı nasıldır.?

II- MEVCUT DURUMUN YARATTIĞI SORUNLAR

- Dişhekimliği hizmetlerinde merkezi plan olmamasının ve hizmetin tek elden yönetilmemesinin yarar ve zararları nelerdir.?
- Kamu kuruluşlarında dişhekimliği hizmetinin sunumunda ne tür sorunlar yaşanıyor.
- Part-time uygulaması sorun yaratmakta mıdır. Full-time uygulamasını doğru buluyormusunuz.?-
- Özel sektörde hizmetin sunumundaki sorunlar nelerdir.?

III- ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE ÖNCELİKLER

- Dişhekimliği hizmetlerinin tek elden ve merkezi plan çerçevesinde örgütlenmesini nasıl değerlendiriyorsunuz.?
- Hizmetin sunumu ile finansmanın ayrı kuruluşlarca yürütülmesi hakkında görüşünüz nedir.?
- Kamu ve özel sektörde dişhekimlerinin verimliliğini nasıl artırabiliriz.?
- Kendi çalışma birimlerinde
- Başka çalışma birimlerinde
- Dişhekimliği hizmetlerinde insangücüne (dişhekimine) ihtiyaç var mıdır.?
- Dişhekimlerinin coğrafik dağılımının organize edilmesi gerekli midir.?
- Gerekli ise ne tür yöntemler kullanılmalı ve meslek birliklerinin görevi ne olmalıdır.?
- Korumacı ve birinci basamak sağlık hizmetleri nerede veya nerelerde verilmelidir.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri nerede veya nerelerde verilmelidir.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri hangi tedavi türlerini kapsamalıdır.
- Kamu sağlığı hizmet birimleri olan sağlık evi, sağlık ocağı, kamu sağlığı merkezlerinde verilecek olan ağız ve diş sağlığı hizmetleri kimler tarafından verilmelidir.?
- Sosyal güvenlik kapsamında yer alan bireyler dişhekimliği hizmetlerini nereden almalıdır.?

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

MEVCUT DURUM

Türk Dişhekimleri Birliği'ne bağlı Odalara kayıtlı dişhekimi sayısı yaklaşık 14.000'dir. Türkiye'deki dişhekimlerinin dağılımı aŐaĐıdaki gibidir:

Özel Dişhekimleri %70
Kamu Dişhekimleri %30
Sadccc Kamuda Çalışan %10
Hem Kamu Hem Muayenehanede Çalışan %20

Kamu Dişhekimlerinin dağılımı :

Sağlık Bakanlığı 2171 %18.9 (Hastaneler, Sağlık ocakları, A.Ç.S.)
SSK. 465 %4.1
Diğer kamu kurumları 601 %5.3
Üniversiteler 469 % 4.1
Toplam 3.707

Türkiye'de insan gücü planlaması hizmetlerinin kullanımı ve örgütlenmesine yönelik ciddi bir çalışma yapılmamaktadır. Kamu da insan gücü planlaması kurumun yapısına dayalı yürütölmektedir. İhtiyaç ve talebe dayalı bir planlama bulunmamaktadır. Hizmet tanımı hekim ihtiyacı belirlenmiŐ değildir. Rasyonel ölçümler yoktur. EĞitim kurumlarının fiziki yapısı dişhekimi sayısını belirlemektedir.

Coğrafi dağılım ciddi boyutlarda dengesizdir. Batıda ortalama 3-4 bin kiŐiye bir dişhekimi, doğuda ortalama 10-18 bin kiŐiye bir dişhekimi düŐmektedir.

MEVCUT DURUMUN YARATTIĞI SORUNLAR

Hizmetin tek elden yönetilmemesinin zararını en fazla hizmeti alan kesim görmektedir. Ayrıca uzman dişhekimi, finansman, teknik ve fiziki koŐullar, Sürekli Dişhekimliği EĞitiminin zorunlu olmaması ve yardımcı personel yetersizliği gibi sorunlar yaşanmaktadır.

Özel hizmet sunumunda ise insan gücü dağılımının dengesizliğinden hasta sirkülasyonunun yetersizliği, sağlık hizmetlerinde KDV'nin %15 gibi yüksek bir rakam olması, Bağ-Kur'un Sosyal güvenlik kurumu olarak yetersiz olması diőhekimliğinde kullanılan malzeme, araç ve gereçin %95 oranında ithalattan kaynaklanan maliyetlerin yüksekliği, zorunlu sürekli dişhekimliği eğitiminin ve muayenehane standardizasyonunun olmamasının yarattığı kalitesiz hizmet sunumu gibi sorunları bulunmaktadır.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE ÖNCELİKLER

- Dişhekimliği hizmetinin planlanmasında; dişhekimliği eğitimi veren ve istihdamı yapan kurum ile meslek örgütün etkin rol almalıdır.
- Kaynakların en etkili biçimde kullanılması için hizmet sunumu ile finansmanın

ayrı kuruluşlarda olması kuvvetlerin ayrılığı açısından gereklidir. Ancak, finansman kontrolü kamu tarafından yürütülmelidir. Finans kaynakları rasyonel olarak tek elden kullanılmalıdır.

- Kamuda çalışan dişhekimlerinin verimliliğinin artırılması için

* Prim uygulanmalı

* Fulltime çalışma sistemine geçilmeli

* Kurumun politik kaygılar taşımaması için özerk olması sağlanmalıdır.

- Özel muayenehanelerin verimliliğinin artırılması için

* Toplum ağız ve diş sağlığı eğitimi için ciddi programlar yapılmalı

* Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel muayenehanelerde gerçekleştirilebilmeli

* Toplumun sosyal güvenlik ağı genişletilmeli, ağız ve diş sağlığı hizmetleri bu ağın içinde yer almalı ve bu hizmet özel dişhekimleri tarafından verilebilmektedir.

- Dişhekimliği hizmetlerinde insan gücü artışına toplumun talebi göz önüne alındığında gerek yoktur.

- Yeni dişhekimliği fakülteleri ve özel dişhekimliği fakülteleri kurulmasına kesinlikle izin verilmemelidir.

- Dişhekimlerinin coğrafik dağılımı organize edilmelidir. Öncelikle özendirici önlemler alınmalıdır. Meslek örgütlerinin dişhekimlerinin dağılımında koordinatörlüğü olmalıdır.

- Topluma yönelik koruyucu çalışmalar kamu merkezlerinde olmalı, bu çalışmalar özel muayenehanelerde verilen bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici çalışmalarla eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.

- Sosyal güvenlik kapsamında yer alan bireylerin dişhekimini seçmede tercih hakkı olmalıdır. Bu hizmet özel veya kamudan alınabilir.

-Ağız ve diş sağlığı problemlerini asgariye indirecek düzenli kontrolü içeren bir sistem kurulmalıdır. Özel veya kamu dişsağlığı hizmetleri bölge koşulları göz önüne alınarak planlanmalıdır.

- Kamu sağlığı hizmet birimlerinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini yürütmek için uygun insan gücü yetiştirilmesi gelecek için hedeflenmelidir.

Çalışma Grubu Katılımcıları:

Dr. Niyazi Çakmak

Sağ. Bak. Tem. Sağ. Hizm. Gen. Müd. Yard.

Hüsnü Çuhadar

TDB Danışma M. Üyesi

Tarık Tunçel

Eskişehir D.O

Serhat Işılak

İçel D.O

Bengü Saygılı

Antalya D.O

Turgan Ülger

İzmir D.O

Muammer Ertan

Samsun D.O Başkanı

Cem Faruk Eren

Manisa D.O

İlyas Kocacafe

Bursa D.O

Enis Güneş

T.C. Sağ. Bak. Ağız Diş Sağ. Dai. Başk.

Zerrin Küpçü

İstanbul D.O

Sevinç Altın

SSK

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN FİNANSMANI ÇALIŞMA GRUBU TARTIŞMA SORULARI

I. MEVCUT DURUM

- Dişhekimliği hizmetlerinde finansman kaynakları nelerdir.?
- Ağız ve diş sağlığı harcamalarının genel sağlık harcamalarına oranı nedir.?
- Kamu diş sağlığı harcamaları ile özel diş sağlığı harcamalarını karşılaştırmız.
- Sosyal güvenlik kurum mensupları dişhekimliği hizmetlerini ağırlıklı olarak hangi sektörden alıyor.?(kamu/özel)
- Sosyal sigortacılık ile özel sigortacılığın uygulamalarındaki farklılıklar nelerdir.?

II- MEVCUT DURUMUN YARATTIĞI SORUNLAR

- Finansman kaynaklarının çokluğu diş sağlığı harcamalarını ne yönde etkiliyor.?
- Kamu alanında hizmet sunan kurum ile finanse eden kurumun aynı olmasını nasıl karşılıyor sunuz.?
- Kamusal finans kaynakları diş sağlığı harcamaları için yeterli midir.?
- Verilen hizmetin bedelinin alınmasında direkt ödemenin yarattığı sorunları değerlendiriniz.
- Dişhekimleri odalarının belirlediği asgari ücret tarifesini gerçekçi buluyor musunuz. ? Sosyal güvenlik kuruluşlarının ödemeleri ile karşılaştırmız.
- Sosyal güvenlik kurumlarının dişhekimliği hizmetlerini ağırlıklı olarak kamu kuruluşlarından almasını nasıl değerlendiriyor sunuz.?
- Sosyal güvenlik kurumları mensuplarının dişhekimliği hizmetlerini serbest dişhekimlerinden de almasını nasıl değerlendiriyor sunuz.?
- Özel sigorta kuruluşlarının dişhekimliği hizmetlerindeki ödeme uygulamalarını değerlendiriniz.

III. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE ÖNCELİKLER

- Hangi finans modelini uygun görüyor sunuz.?
- Sağlık finansmanının sosyal sigorta anlayışı ile organize edilmesi ve tek finans modelinin olmasını değerlendiriniz.
- Sağlık harcamaları içerisinde ağız ve diş sağlığı harcamaları için ayrı bir fon olmalı mı.?
- Sosyal sigorta finans modelinde ağız ve diş sağlığı harcamaları ayrı bir birim mi olmalı.?
- Tedavi türlerinin tümü sosyal sigorta kurumunca karşılanmalı mı. ? Belirli yaş grubuna yönelik önereceğiniz bir uygulama olabilir mi. ? Bireyin katkısı hangi tedavi türlerinde ve ne oranda olmalıdır.?
- Özel sigorta şirketlerinin diş sağlığı hizmetlerinin finansmanındaki fonksiyonunu değerlendiriniz.
- Aile dişhekimliği / işyeri dişhekimliği / okul dişhekimliği uygulamalarının hangisi / hangileri olanaklıdır. İstihdamı nasıl olmalıdır.?
- Kamudaki dişhekimleri ne tür hizmet vermelidir.?

- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri tamamen serbest dişhekimleri tarafından mı verilmelidir. Bu düşünce ülkemizin kültürey, sosyal-ekonomik ve coğrafik koşullarına uygun mudur.?

Ayracı Konu İle İlgili Görüşlerinizi Belirtiniz.

AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN FİNANSMANI ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

MEVCUT DURUM

Dişhekimliği hizmetlerindeki finans kaynakları; kamu sosyal güvenlik kuruluşları (SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur), devlet bütçesi, özel banka sosyal yardım vakıfları, özel sağlık sigortası direkt ödemelerdir.

Ülkemizde 1994 yılında sağlığa ayrılan pay ülke G.S.M.H.'nin % 3.7'sidir. D.S.Ö. bu oranı geliştirmekte olan ülkeler için en az % 5 olarak tespit etmiştir. Yani, ülkemiz kendi özgül koşullarında bile sağlığa çok az kaynak ayırıyor, ayrıca ayrılan kaynak verimli kullanılmıyor.

Türkiye'de 1994 yılında sağlığa harcanan paranın,

% 47'si vergilerle

% 23'ü primlerle

% 30'u direkt ödemeler yoluyla elde edilmiştir.

Aynı yıl ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayrılan pay toplam sağlık harcamalarının % 5.3'ünü oluşturmuştur. Bu miktar yaklaşık olarak 7.7 trilyon liradır Bunun direkt ödemelerle elde edileni 6.6 trilyon lira, kamu tarafından finans oranı 1.1 trilyon liradır.

Ülkemizdeki 14.000 dişhekiminden % 30'u kamu, % 70'i ise özel sektörde çalışmaktadır.

Sosyal güvenlik kurumlarından SSK, ağız ve diş sağlığı hizmetlerini kendi kurumundan karşılamaktadır. Dışarıdan hizmet satın alımı çok azdır. Emekli Sandığı ise genellikle Sağlık Bakanlığı'ndan hizmet almaktadır. Dışarı sevk ise çok azdır. Devlet memurları hizmeti Sağlık Bakanlığı kurumlarından almaktadır. Bağ-Kur, ağız ve diş sağlığı hizmetlerini yeni çıkan yasayla bundan sonra almaya başlayacaktır. Bankaların özel sosyal sandıkları, ağız ve diş sağlığı hizmetlerini özel çalışan dişhekimlerinden almaktadır.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının özel çalışan dişhekimlerinden hizmet alamamasının en önemli nedeni tespit edilen tarifelerin odaların asgari ücret tarifelerinin çok altında olmasıdır.

Sağlık Bakanlığı ve SSK'nin ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ikinci basamak, yani tedavi edici sağlık hizmetleridir. Bu kurumlar da hizmetin ancak % 5'ini karşılamaktadır. Yine maliyet-yarar, maliyet-etkinlik ilişkisi doğru bir biçimde saptanmamıştır.

Sosyal sigortacılık ile özel sigortacılık karşılaştırıldığında; sosyal sigortacılıkta kâr amacı güdülmeyeceği, özel sigortacılıkta ise kâr amacı güdüldüğü belirtilmiştir. Bu bağlamda, ülkemizde kişi başına ulusal gelirin dünya ölçөгüne göre çok az.

ayrıca gelir dağılımının dengesiz olduğu, özel sigortacılığın ülkemiz koşullarında yaygın olarak uygulanabilme şansının olmadığı sonucuna varılmıştır. Özel sağlık sigortacılığının, genle kamu sigorta sistemini tamamlayıcı bir unsur olarak devamında da bir sakınca görülmemiştir. Özel sağlık sigortalarının müşteri portföyü şu an yaklaşık olarak 200-300 bin civarındadır.

MEVCUT DURUMUN YARATTIĞI SORUNLAR

Sağlık hizmetlerinde ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde finansman sağlayan kurumların çeşitliliği hizmetleri olumsuz etkilemektedir.

Sosyal güvenlik kurumlarındaki rejim farklılıkları soruna yeni sorunlar ekliyor. Örneğin; SSK'nın topladığı prim, Bağ-Kur'un topladığı primin tam iki katıdır, ama her iki kurum da aynı hizmeti vermekle yükümlüdür. Emekli Sandığı, Bağ-Kur hizmeti satın alıyor, SSK ise kendisi hizmet üretiyor. Bağ-Kur'a üye 11 milyon kişiden sadece 4 milyonu sağlık kapsamındadır.

Kısaca finansal kaynakların çeşitliliği gerçekçi bir planlama yapılmasını engeliyor ve kaynak israfına yol açıyor. Ayrıca finans kurumu ile hizmet sunan kurumun aynı olması çeşitli olumsuzluklara yol açıyor. Sosyal güvenlik kuruluşlarında maliyet-yarar, maliyet-etkinlik ilişkisi gerçekçi bir biçimde saptanmadığı için sorunlar içinden çıkılmaz hale geliyor.

Sosyal güvenlik kuruluşlarında genel sağlık harcamaları içerisindeki ağız ve diş sağlığına giden pay (Emekli Sandığı hariç) belirli değildir. Bu konuyla ilgili herhangi bir veri olmadığı gibi, herhangi bir planlama da yoktur. Bu kurumların Sağlık Bakanlığı tarifelerini baz almaları nedeni ile özel dişhekimlerinden hizmet almaları olanaklı olmamaktadır. Ancak bu kurum mensupları direkt ödeme yoluyla özel kesimden hizmet satın almaktadırlar. Sağlık Bakanlığı fiyat tarifeleri gerçek maliyetin 1/3'ü kadardır.

Kamunun sağlıkla ilgili olarak ayırdığı kaynaklar çok yetersizdir, ağız ve diş sağlığı harcamaları ise çok daha yetersizdir.

Özel sigorta şirketleri ise sağlık poliçelerinde ağırlıklı olarak ağız ve diş sağlığı hizmetlerini teminat kapsamı dışında bırakmaktadırlar. Ancak, kaza sigorta poliçelerinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri poliçe kapsamındadır.

Daha önce de belirtildiği gibi ağız ve diş sağlığı hizmet ödemeleri % 80 oranında direkt ödemeler şeklinde olmaktadır. Ancak; bu yöntem gelir dağılımının dengesiz, halkın büyük kesimlerinin düşük gelir grubunda olduğu ülkemizde sonuç olarak, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine olan talebi düşüren en önemli etkenlerden biri haline gelmektedir.

Türk Dişhekimleri Birliği ve odaların tespit ettiği "asgari ücret tarifeleri", son dönemlerde, ülke koşullarında gerçekçi tespitler yapılarak hazırlanmaya başlanmıştır. Bu bağlamda uzmanlık komisyonları oluşturularak bilimsel saptamalar yapılmaya çalışılmaktadır.

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 yaklaşık 21 milyon kişinin sosyal güvenlik şemsiyesi altında toplanması gereğini doğurmuştur.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE ÖNCELİKLER

- * Sosyal güvenlik kurumlarının kısa dönemde bir arada toplanma zorlukları gözönüne alınarak iyileştirme çalışmaları yapılmalı.
- * Sağlık harcamaları ülke gerçeklerine göre planlanmalı, ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ayrı bir fon oluşturulmalıdır.
- * Kamu finans kaynaklarında maliyet-yarar, maliyet-etkinlik ilişkisi doğru saptanmalıdır.
- * Halen sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan nüfus için “zorunlu kamu sigortacılığı” tercih edilmelidir. Prim ödeme gücü olmayan kesimler için devlet bütçesinden kaynak ayrılmalıdır.
- * Finans kurumları ile hizmet üreten kurumlar birbirinden ayrılmalıdır.
- * Sosyal güvenlik kapsamı içerisinde yer alan kişilerin diş sağlığı hizmetlerinden düzenli yararlanması için özendirici ve yaptırım içeren uygulamalar olmalıdır.
- * Kamu finans kaynakları öncelikli olarak koruyucu hekimlik hizmetlerinde kullanılmalıdır.
- * Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde genç yaş grupları için ücretsiz olarak koruyucu paket hizmetleri verilmelidir (kamu hizmetlerinde).
- * Sosyal güvenlik kurumları, özel çalışan dişhekimlerinden de hizmet almalıdır.

Not: Bu doküman çalışmaların bir özetidir. Ayrıntılı rapor daha sonra çalışma grubu tarafından hazırlanıp sunulacaktır. Kurultay konularının sağlık reformu çalışmaları ile yakın ilişkisi neden ile çalışma grubumuzda bu konuda bilgi aktarılmasına rağmen, sağlık reform çalışmalarının daha geniş bir platformda tartışılması önerisinin getirilmesine karar verildi.

Çalışma Grubu Katılımcıları:

OTURUM BAŞKANI: Prof. Dr. İnci Oktay İ.Ü. Dişhek. Fak.

RAPORTÖR: M. Muzaffer Demirci İstanbul D.O.

KATILIMCILAR: Prof. Dr. Mehmet Tokat Hacettepe Ü.

Vedat Ertürk T.C. Emekli Sandığı

Dt. Neşe Aykut Bağ-Kur

Dt. Yavuz Ertürk SSK

Dr. Yalçın Kaya TC. Sağlık Bakanlığı

Dt. Rifat Yüzbaşıoğlu Türk Dişhekimleri Birliği

Dt. Murat Ersoy Türk Dişhekimleri Birliği

Dt. Süha Alpay Türk Dişhekimleri Birliği

Dt. Ali Yakar Ankara D.O.

Dt. Uğur Güneysu Samsun D.O.

KORUYUCU HEKİMLİK VE BİRİNCİ BASAMAK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ ÇALIŞMA GRUBU TARTIŞMA SORULARI

I MEVCUT DURUM

- Kamu sağlık kuruluşları ve özel sektörde koruyucu hekimlik hizmetlerini değerlendiriniz.
- Dişhekimlerinin koruyucu hekimlik uygulamaları konusunda bilgi düzeyi nedir.?
- Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu hekimliğe yönelik bir programı ve örgütlenmesi bulunuyor mu.?
- Ne tür koruyucu uygulama yapılıyor.
- Beslenme alışkanlıklarının diş ve diş eti sorunlarına etkisini değerlendiriniz.
- Dişhekimliği fakültelerindeki konu ile ilgili müfredatı tartışınız.
- Flour kullanımını yaygınlığını değerlendiriniz. Ayrıca flour haritasının güncelleştirilmesini tartışınız.

II. MEVCUT DURUMUN YARATTIĞI SORUNLAR

- Koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verilmemesinin yarattığı sorunları işgücü ve kaynak kaybı açısından değerlendiriniz.
- Koruyucu programların olmamasının kamu ve özel sektörde işgücü verimliliğini nasıl etkilediğini tartışınız.

III. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE ÖNCELİKLER

- Flour haritasının çıkarılması için nasıl organizasyon yapılmalıdır.
- Koruyucu dişhekimliği hizmetinde hangi yöntem ülkemiz için geçerlidir. Bu uygulamada kamu ve özel sektörün sorumluluklarını değerlendiriniz.
- Koruyucu hekimlik ile birinci basamak ağız diş sağlığı hizmetlerinin kullanımında zorunluluk olmalı mıdır.? Bunun için teşvik ve caydırıcı bir sistem doğru mudur.? Doğru ise önerinizi belirtiniz.
- Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ne tür tedaviler yapılmalıdır.?
- Koruyucu hekimlik ve birinci basamak ağız diş sağlığı hizmetleri nerede/nerelerde ve kimler tarafından verilmelidir.?
- İşyeri dişhekimliği, okul dişhekimliği ve aile dişhekimliği uygulamalarının hangisi/hangileri geçerli olabilir.?. Bunun istihdamı nasıl olmalıdır.?
- Sevk zinciri sisteminin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde uygulanabilirliğini değerlendiriniz.

Ayrıca Konu İle İlgili Görüşlerinizi Belirtiniz.

KORUYUCU HEKİMLİK VE BİRİNCİ BASAMAK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

MECUT DURUM

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı durumu, yaygınlık ve şiddet açısından değerlendirildiğinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gözlenmektedir. Varolan sorunların tedavi hizmetleriyle çözümlenmesi; maliyet, insan gücü ve zaman açısından kesinlikle olası değildir. Bu nedenle de daha akılcı ve gerçekçi olan koruyucu hizmetlere öncelik ve ağırlık verilmesi kaçınılmazdır.

Dişhekimlerinin durumu incelendiğinde de, görev tanımlarının ve iş analizlerinin yapılmamış olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri içine, ağız ve diş sağlığı hizmetleri entegre edilmemiştir.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle ilgili Bakanlık Merkez Örgütünde yetkili bir birim bulunmamaktadır. Ayrıca Bakanlık içinde değişik birimlerin arasında da işbirliği ve iletişim olmaması gerçekçi bir politikanın saptanmasına ve uygulanmasına engeldir.

Türkiye'deki dişhekimliği eğitiminde tedavi ağırlıklı müfredat uygulanmaktadır. Dişhekimlerinin örgün eğitimleri sırasında aldıkları koruyucu dişhekimliği nosyonu yetersizdir. Temel sağlık hizmetlerinde görevli hekim dışı sağlık personelinin, ağız ve diş sağlığı eğitimi yoktur. Bu nedenle uygulamalarda ağız ve diş sağlığı hizmetlerine katkıları olmamaktadır.

Sağlık hizmetleri içinde, ağız ve diş sağlığı durumunu belirlemede ve yürütülen çalışmaların değerlendirilmesinde sistemli veri toplama yapılmamakta, bu nedenle gereksiz ve yararsız taramalara sık sık başvurulmaktadır. Bu, kaynak israfı ve çalışanların mutsuzluğuna neden olmaktadır.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

* Bakanlıkta, birimlerarası işbirliği sağlandıktan sonra ağız ve diş sağlığındaki sağlık ölçütlerine ulaşılacak verilerin elde edilmesi için kullanılacak standart bir form oluşturulmalıdır.

* Dişhekimliği öğrencilerinin; topluma yönelik koruyucu uygulamaların planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini yapabilecek düzeyde yetiştirilmesi için fakültelerin eğitim programları gözden geçirilmelidir.

* Mezuniyet sonrasında da dişhekimlerinin koruyucu uygulamadaki eksikliklerinin giderilmesi için Türk Dişhekimleri Birliği ve Odaların başlattığı sürekli dişhekimliği eğitimi programlarının Sağlık Bakanlığı tarafından mutlaka desteklenmesi gereklidir.

* Hekim dışı sağlık personelinin, hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinde ağız ve diş sağlığı konularına yer verilmelidir.

* Hizmetlerin tüm gruplara ulaştırılması kaçınılmazdır, ancak öncelikli grupların saptanması gereklidir. Rutin veri akışı sağlandıktan sonra bölgeler olarak grupların tanımlanması yapılmalıdır.

- * Bugünkü koşullarda, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri için hedef grup 0-14 yaş grubudur. Koruyucu hizmetlerde sağlık eğitim programları ilk sırada olmalı, programların sürekliliği sağlanmalıdır. Eğitim programının konuları;
- Kişilerin kendi sağlık bilinci ve sorumluluğuna sahip olacak şekilde motivasyonu,
 - Ağız hijyeninin sağlanması (bakteri plağının gösterilmesi, doğru ve düzenli diş fırçalama ve diş ipi kullanımının yerleştirilmesi gibi),
 - Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi,
 - Periyodik aralıklarla dişhekimine başvuru alışkanlığının kazandırılmasıdır.

Diğer koruyucu yöntemlere gelince;

- Profesyonel diş temizliği,
- Fluor uygulamalarının yaygınlaştırılması (fluor tabletleri, florolu gargaralar, jeller, solüsyonlar ve florolu diş macunları),
- Fissür örtücülerin uygulanmasıdır.

Bu yöntemlerden biri ya da birden fazlası bir arada kullanılabilir. Yöntem seçimiinde uygulanacak; yaş grubu, finans durumu, insan gücü, ulaşılabilirlik, izleme olanakları gibi etkenler gözönünde bulundurulmalıdır.

- Dişhekimliği uygulamalarında 1. ve 2. basamak hizmet birimlerinin ayrı ayrı sınırlandırılması bugün mümkün görülmemektedir. Birleştirilmiş bu hizmet birimlerinin koruyucu esaslı çalışması gerekli ve zorunludur. 3. basamak hizmet birimlerinde görevli dişhekimlerinin dışındaki tüm dişhekimleri sektör ayrımı yapmaksızın bu hizmeti vermelidirler. Bu temel sağlık hizmetlerinin sunumunda ekip içinde yardımcı sağlık personeli de yer almalıdır.

* Tüm önerilerimizde Sağlık Bakanlığı'nın Türk Dişhekimleri Birliği ile işbirliği içinde olması; iletişimin sürekliliği, karşılıklı desteğin sağlanması etkinlik ve verimlilik için zorunludur.

Çalışma Grubu Katılımcıları:

<i>Dr. Ayşen Harmanlı</i>	<i>T.C. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müd.</i>
<i>Dr. Serap Şener</i>	<i>T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Gen Koor.</i>
<i>Uzman Dt. İlhan Numanoğlu</i>	<i>İstanbul Serbest Dişhekimisi</i>
<i>Tevfik Işcan</i>	<i>Manisa D.O</i>
<i>R. Hülya Uyurdem</i>	<i>Bursa Sağlık Müd. Açısap Şub. Müd.</i>
<i>Dr. Müjgan Kutsal</i>	<i>Bursa Sağlık Müd.</i>
<i>Ali Yılmaz</i>	<i>Bursa D.O</i>
<i>Tatyos Bebek</i>	<i>İstanbul D.O</i>
<i>Metin Pamukçu</i>	<i>Kocaeli D.O</i>
<i>Mahmut Cömert</i>	<i>İçel D.O</i>
<i>Yasemen Yatıkçı</i>	<i>Antalya D.O</i>
<i>Oya Şenbark</i>	<i>Antalya D.O</i>
<i>Mehmet Gürsel</i>	<i>Gaziantep D.O</i>
<i>Metin Aktan</i>	<i>Eskişehir D.O</i>
<i>Ergin Bezirci</i>	<i>SSK Ankara Ağız ve DişSağlığı Merkezi</i>
<i>Prof. Dr. Murat Akkaya</i>	<i>Ankara D.O</i>
<i>Musafa Düğencioğlu</i>	<i>İstanbul D.O</i>

<i>Prof. Dr. Bihter Yazıcıoğlu</i>	<i>Hacettepe Ü. Tıp Fak.</i>
<i>Osman Elvan</i>	<i>Konya D.O</i>
<i>Doç. Dr. Ferda Doğan</i>	<i>İstanbul Ü.</i>
<i>Seçkin Yaman</i>	<i>Bursa D.O</i>
<i>Osman Nuri Niğli</i>	<i>Sakarya D.O</i>
<i>Serpil Ören</i>	<i>Şanlıurfa - Gaziantep D.O</i>
<i>Hüseyin Eminoğlu</i>	<i>Ankara D.O</i>
<i>Gülser Kılıç (Armağan)</i>	<i>İzmir D.O</i>
<i>Selahattin Karaduman</i>	<i>Malatya D.O</i>
<i>Cenap Koşu</i>	<i>Sakarya D.O</i>