



SASAM
ENSTİTÜSÜ
ISSN: 2459-0738

ANALİZ
YIL: 4 SAYI: 12 OCAK 2018

TÜRKİYE'DE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE ÇALIŞAN SORUNLARI ANALİZİ



SASAM
ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre



SASAM
ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre

SASAM YAYINLARI

YIL: 4 • SAYI: 12 • OCAK 2018

ISSN: 2459-0738

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi

Metin MEMİŞ

Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni

Mustafa ÖRNEK

Yayın Kurulu

Mustafa ÖRNEK, İdris BAYKAN, Abdülaziz ASLAN, Fatih SEYRAN
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN,
Dr. Özcan KARS, Mehmet ATASEVER, Arş. Gör. Mehmet GÖZLÜ,
Dr. Hasan GÜLER, Tarkan ZENGİN, Zafer KARACA, Fatma AKAY,
Nihan READY, Onur Burak BARKAN, Defne DEMET, Yusuf KAVAK

OCAK 2018

2.000 Adet

Grafik Tasarım

Sedat ALTUĞ

Baskı



SAGLIK-SEN GENEL MERKEZİ

GMK Bulvarı Özveren Sok. No:23

Demirtepe/ANKARA

Tel: 444 1995 Faks: (0312) 230 83 65

www.sagliksen.org.tr

 [sasamenstiusu](https://www.facebook.com/sasamenstiusu)

 [sasamenstiu](https://twitter.com/sasamenstiu)

   [sagliksen](https://www.instagram.com/sagliksen)

 [SagliksenGenelMerkezi](https://www.youtube.com/SagliksenGenelMerkezi)

SUNUŞ



Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı
SASAM Enstitüsü Başkanı

Sağlık-Sen Stratejik Araştırma-
lar Merkezi (SASAM Enstitüsü)
olarak SASAM-Analiz konusu
olarak belirlediğimiz önemli konulardan birisi
olan Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve
çalışanların sorunlarını detaylı bir şekilde ince-
lemek istedik. Ülkemizde sunulan ağız ve diş
sağlığı hizmetlerinin son yıllardaki gelişimi ile
beraber vatandaşın sağlık hizmetlerinden mem-
nuniyetine katkısı gözle görülür bir şekilde hisse-

dilmektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin bu
noktaya gelmesinde sağlık personelinin payı en
üst düzeydedir. Ülkemizde ağız ve diş sağlığı
hizmetleri bir çok Avrupa ülkesinden bile daha iyi
düzeydedir. Bugün, birçok merkez ve hastanede
sosyal güvenlik kapsamında olan tüm vatandaş-
lara katılım payı olmadan veya cüzi bir miktarla,
diş hekimliği ile ilgili tüm muayene ve girişimsel
işlemlere ilişkin hizmetler verilmektedir.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde emek sarfeden sağlık çalışanlarımız zor şartlar altında yoğun tempo ile çalışmakta, yoğun iş yükü altında ezilmekte ve işin niteliğinin değil niceliğinin önemsendiği bir sistemde, standart olmayan çalışma ortamlarında sağlık hizmeti sunmaktadır. Ağız ve diş sağlığı konusunda toplumun yeterince bilinçli olmadığı ve vatandaşlarımızın önemli bir kısmının ağız ve diş sağlığı sorunu olduğu göz önünde bulundurulduğunda, tedavi bekleyen hasta sayısına oranla yetersiz personel istihdamının, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde mevcut personelin çok fazla işi kısıtlı zamanlarda yapmak zorunda kaldığını görmekteyiz. Ağız ve diş sağlığı hiz-

metlerinde çalışma şartlarının ağırlığı ve artan iş yoğunluğunun getirdiği zorluklar ile çalışma şartlarından kaynaklanan güvenlik riskleri ile diğer tehlikeler çalışanların en önemli sorunlarıdır.

Bu çalışma ile Ülkemizdeki Ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve çalışanların sorunları ana hatları ile analiz edilmiştir. Bu vesileyle diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde görev yapan çalışanlarımızın sorunlarının çözüme kavuşturulması ve çalışanlar lehine düzenlemelerin hayata geçirilmesini çok yakın bir şekilde takip ettiğimizi hatırlatır tüm çalışanlarımıza başarı ve muvaffakiyetler dilerim.



Yazarlar
Mehmet ATASEVER
Mustafa ÖRNEK

A. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri İle İlgili Genel Bilgiler

1. Temel Kavramlar;

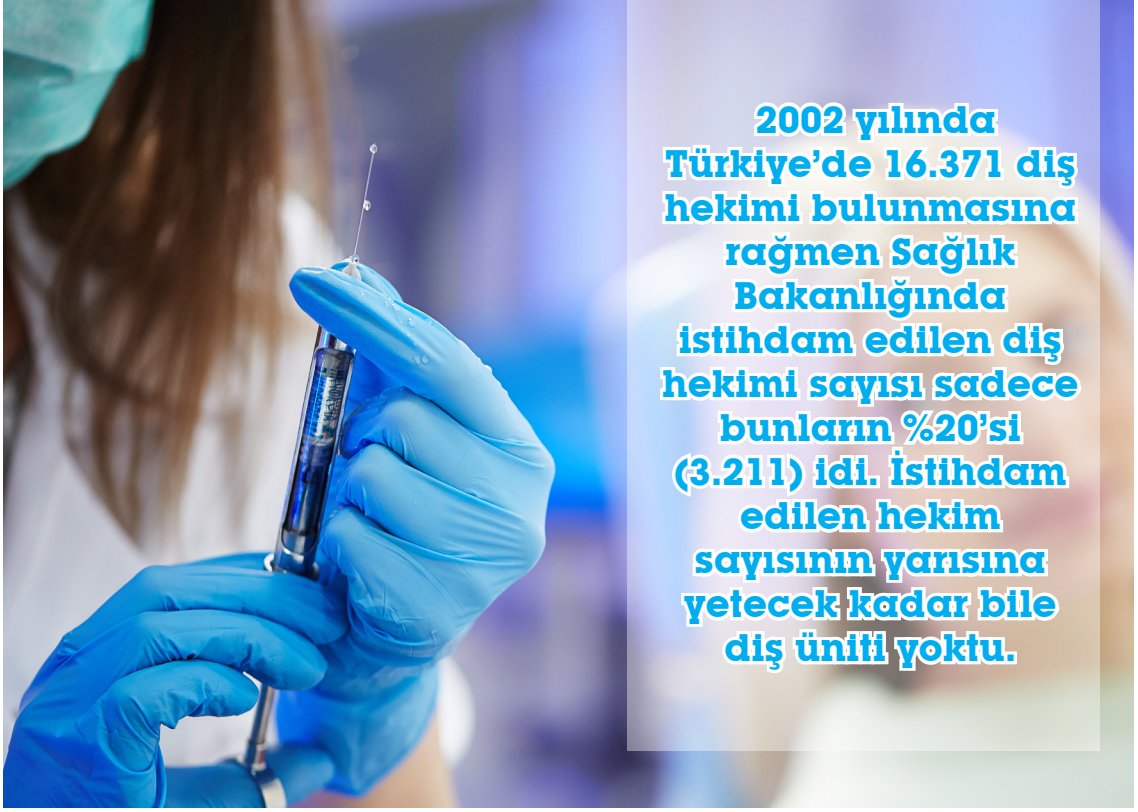
Ağız-Diş Sağlığı Hizmetleri: Dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunmasına yönelik önleyici ve koruyucu hizmetler ile hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhis ve tedavisini kapsar (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983).

Ağız-Diş Sağlığı Hizmet Birimleri: Önleyici ve koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri

ile teşhis ve tedavi edici ağız-diş sağlığı hizmetlerinin sunulduğu hizmet birimleridir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983).

2. Türkiye'de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi (Atasever, 2015)

Türk Diş Hekimliği Tarihi, uzun yıllar Türk Tıp Tarihi içinde bir bölüm olarak ele alın-



2002 yılında Türkiye’de 16.371 diş hekimi bulunmasına rağmen Sağlık Bakanlığında istihdam edilen diş hekimi sayısı sadece bunların %20’si (3.211) idi. İstihdam edilen hekim sayısının yarısına yetecek kadar bile diş üniti yoktu.

mıştır. Ancak cerrahi bir sanat alanı olan diş hekimliğinin, 19. yüzyılda dünyada olduğu gibi Türkiye’de de gelişmeye başlaması ile ayrı bir bilim dalı olarak incelenmeye başlamıştır. 19. yüzyılda Türkiye’de diş hekimliği, tıbbın diğer kolları gibi bir disiplin altına alınmaya başlanmış ve 20. yüzyılda daha da gelişmiştir.

Cumhuriyet döneminde yapılan bir çok sağlık reformuna rağmen, Türkiye’de 2003 yılı öncesinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri büyük ölçüde piyasa şartlarına terk edilmiş durumdaydı. Vatandaşlar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini daha çok serbest diş hekimlerinden, ceplerinden ödeme yaparak karşılamak zorundaydı. 2002 yılında Türkiye’de 16.371 diş hekimi bulunmasına rağmen Sağlık Bakanlığında istihdam edilen diş hekimi sayısı sadece bunların %20’si

(3.211) idi. İstihdam edilen hekim sayısının yarısına yetecek kadar bile diş üniti yoktu. 2002 yılında Sağlık Bakanlığında faal olarak kullanılabilecek diş üniti sayısı sadece 1.071 idi. İstihdam edilen bu az sayıda diş hekiminin hizmet verebilmesi için yeterli fiziki imkân ve teknik donanım sağlanmamıştı. Bu durum ağız-diş sağlığı hizmetlerindeki verilen hizmetlere şöyle yansımıştı: 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tesislerinde yapılan sabit protez sayısı 349 bin, dolgu sayısı 371 bin ve kanal tedavisi sayısı sadece 32 bin idi. Bu sayılar, Türkiye şartlarına göre oldukça düşük bir performansı gösteriyordu (Atasever 2014).

Türkiye’de Prof. Dr. Recep AKDAĞ’ın Sağlık Bakanı olması ile 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, sağlık alanının yeniden düzenlenmesini sağlama

yolunda atılmış modern bir adımdır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetle uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulmasıdır.

Bu dönemde toplumun ağız-diş sağlığı açısından bilinçlendirilmesi, eğitiminin sağlanması ve koruyucu hekimlik çalışmalarıyla tedaviye yönelik yapılanmaların tamamlanması amaçlanmıştır.

2009 yılında “Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği yürürlüğe konulmuş, Bakanlar Kurulunca diş hekimliğinde 6 branşta uzmanlık alanları belirlenmiştir. Fakat bu yönetmelik Danıştay’ın 2009/8191 esas sayılı kararı ile iptal edilmiştir. Uzmanlık alanları 6225 Sayılı Kanun ile 2011 yılında 8 branşa çıkarılmıştır. Kanun yürürlüğe girdiği tarihte hâlihazırda diş hekimliği fakültelerinde doktora eğitimi yapmakta olanlardan isteyenlerin Sağlık Bakanlığı kadrolarında maaşlı olarak eğitimlerine devam etmelerine imkân sağlanmıştır.

2003 yılında yürürlüğe konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında Sağlık Bakanlığınca sunulan ağız-diş sağlığı hizmet kapasitesinde ve hizmet çeşitliliğinde önemli yatırımlar yapılmıştır (Akdağ, 2012). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünce alınan 06.10.2010 tarihli ve 39929 Sayılı Makam Onayı ile kamudaki diş hekimliği hizmetleri yeniden yapılandırılmıştır. İlki 1988 yılında açılan Sağlık Bakanlığınca bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin (ADSM) sayısı 2002 yılına gelin-

diğinde 14’e (SSK tesisleri dâhil) yükselmişti. Bunların sayısı 2016 yılsonu itibariyle 130’a yükselmiştir. 1986 yılında İzmir Eğitim Diş Hastanesi ve 2002 yılında ise İstanbul Okmeydanı Diş Hastanesi açılmıştı, 2003 yılı ile 2016 arasında onyediyedi diş hastanesi daha açılarak Sağlık Bakanlığınca bağlı diş hastanesi sayısı 19’ya ulaşmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016).

3. Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinde Eğitim (Atasever, 2015)

İlk dişçilik okulu olan İstanbul Diş Hekimliği Okulu 1908 yılında, Maarif Nazırı Emrullah Efendi (1858-1914) döneminde, Tıp Fakültesi ilk dekanı Cemil Topuzlu (1869-1958) tarafından kurulmuş ve yürütülmesi Dr. Halit Şazi’ye (1869-1921) bırakılmıştır. Diş hekimliğinin öğrenim süresi o zamanki Fransız okullarına uygun olarak 2 yıldır. Dişçi Okulu ilk mezunlarını, 30 Temmuz 1911 tarihinde vermiştir.

1928’de çıkan “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”un 30. maddesi, diş hekimliği uygulama yetkisini yalnızca Diş Hekimliği Okulundan mezun olanlara vermiştir. Bu şekilde, hem diş hekimliği mesleği bir disiplin altına girmeye başlamış hem de Diş Hekimliği Okulu’nun gelişimi hızlanmıştır.

1933 yılında üniversite reformuna kadar, eczacı ve dişçi okulları tıp fakültesine bağlı olarak yönetilirken, 31 Temmuz 1933 de

Dişçi Okulu, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Diş Hekimliği Yüksek Okulu adını almıştır. 31 Temmuz 1933'te eğitim yılı, 3 yıldan 4 yıla çıkarılmıştır.

Diş Hekimliği Yüksek Okulu, çok uzun zaman Tıp Fakültesine bağlı kalmış ve onun tarafından yönetilmiştir. Tıp fakülteleri yöneticileri için öncelik tıp fakültelerine verilmiş ve diş hekimliği okulları hep ikinci planda kalmıştır. Bunun sonucu olarak, diğer okullar gibi diş hekimliği okulu da beklenen düzeyde gelişme gösterememiştir.

11 Temmuz 1964'de Diş Hekimliği Yüksek Okulu Tıp Fakültesinden ayrılarak İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine dönüştürülmüş ve eğitim süresi 5 yıla yükseltilmiştir.

2015 yılı itibariyle Türkiye'de diş hekimliği eğitimi beş yıllık olup, eğitimin ilk üç yılı teorik, son iki yılı ise klinik ağırlıklı bir eğitimi kapsamaktadır. Bu beş yıllık program içinde diş hekimi adayları, ağız-diş sağlığının sağlanması ve korunması, diş ve diş etleri hastalıklarının tedavisi, diş ve çene ameliyatları, eksik dişlerin protetik olarak tamamlanması gibi konularda eğitim alırlar.

Diş hekimliği fakültesindeki eğitim, "Temel Diş Hekimliği" ve "Klinik Diş Hekimliği" eğitimi olarak iki aşamadan oluşur. Beş yıllık eğitim boyunca öğrenciler hem teorik hem de pratik açıdan yetiştirilir. Temel Diş Hekimliği eğitiminde, temel fen bilimleri dersleri ile hekimlik nosyonunu almaları için temel tıp dersleri verilmektedir. Eğitimin son iki yılında ise, meslek dersleri ve klinik pratiği ağırlık kazanmaktadır.

Bu eğitimlerini başarı ile tamamlayarak lisans diploması alan kişilerin, meslek içinde uzmanlık sınavına girerek akademik kariyere devam etmeleri veya o dalda uzman olarak görev yapmaları mümkündür. Diş hekimliğinde Uzmanlık Ana Dalları ve Eğitim Süreleri 1219 Sayılı Kanuna eklenen Ek Madde 14 ile belirlenmiştir.

4. Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu (Atasever, 2015)

Sağlık Bakanlığı; 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 02.11.2011 tarihinde, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yapılandırılmıştır. 2017 yılında 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu genel müdürlüğe dönüştürülmüştür.

Ağız ve diş hizmetleri; Sağlık Bakanlığının taşra hizmet birimlerinden; hastaneler (diş hastaneleri dâhil), ağız-diş sağlığı merkezleri ve semt poliklinikleri ile ilçe devlet hastaneleri tarafından verilmektedir. Üniversiteler de ağız ve diş sağlığı hizmetleri; diş hekimliği fakülteleri, hastaneler ve ağız-diş sağlığı polikliniklerinde verilmektedir. Özel sektörde ise ağız ve diş sağlığı hizmetleri; hastaneler (diş hastaneleri dâhil), ağız-diş

sağlığı merkezleri ve poliklinikler tarafından verilmektedir.

5. Hizmet Birimleri

Türkiye’de ağız-diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektöre bağlı sağlık tesislerinde sunulmaktadır (Akdur, 1999).

Sağlık Bakanlığına Bağlı Hizmet Birimleri;

- Ağız-Diş Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
- Ağız-Diş Sağlığı Hastaneleri
- Ağız-Diş Sağlığı Merkezleri
- Ağız-Diş Sağlığı Poliklinikleri

- İlçe Hastaneleri

Üniversitelere Bağlı Hizmet Birimleri ise şu şekilde yapılanmıştır;

- Diş Hekimliği Eğitim Hastaneleri
- Diş Hekimliği Eğitim Hastanelerinin Semt Poliklinikleri
- Üniversite Hastaneleri Ağız-Diş Sağlığı Poliklinikleri
- Özel Sektöre Ait Hizmet Birimleri (Ağız-Diş Sağlığı Hizmetleri Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2015);
- Özel Ağız-Diş Sağlığı Merkezleri
- Özel Ağız-Diş Sağlığı Poliklinikleri
- Özel Sağlık Tesislerindeki Ağız-Diş Sağlığı Poliklinikleri

Tablo 1. Ağız-Diş Sağlığı Hizmet Birimleri, (2016)

	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi		Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği		Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi		Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Hastanesi		Diş Polikliniği (Hastane)		TOPLAM	
	Hizmet Birim Sayısı	Ünit Sayısı	Hizmet Birim Sayısı	Ünit Sayısı	Hizmet Birim Sayısı	Ünit Sayısı	Hizmet Birim Sayısı	Ünit Sayısı	Hizmet Birim Sayısı	Ünit Sayısı	Hizmet Birim Sayısı	Ünit Sayısı
Sağlık Bakanlığı	130	4.398	-	-	16	1.259	3	347	787	3.051	936	9.055
Üniversite	-	-	-	-	-	-	42	4.568	19	315	61	4.883
Özel	73	792	1.514	5.959	3	90			212	451	1.802	7.292
TOPLAM	203	5.190	1.514	5.959	19	1.349	45	4.915	1.018	3.817	2.799	21.230

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2016

Türkiye’de 2016 itibarıyla 2.799 hizmet biriminde 21.230 ünit ile ağız- diş sağlığı hizmeti verilmektedir (Tablo 1).

B. Ağız-Dış Sağlığı Personeli

1. Personelin Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık çalışanlarını 29 meslekte sınıflandırmaktadır. Çalışma koşulları itibarıyla pek çok riskle karşılaşan sağlık çalışanları, mevzuat itibarıyla de çoğunlukla “tehlikeli” ve “çok tehlikeli” işlerde çalışmaktadır.

Çok farklı nitelikte olan sağlık çalışanları hekim, dişhekimi, hemşire, teknisyen, sekreter, temizlik görevlisi gibi çok farklı mesleklerde olabilmekte; yöneticiler, ara yöneticiler, çalışanlar gibi doğal ya da yapay gruplarda görev yapmakta; 4-A/B/C, sözleşmeli, alt işveren gibi farklı istihdam biçimlerine tabi olmakta; maaş, prim, performans gibi farklı ödeme şekilleri ile ekip olarak hizmet vermektedirler (Sağlık-Sen Çalıştay Raporu, 2014).

1.1. Diş Hekimi; İnsan sağlığına ilişkin

olarak, dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının, düzensizliklerinin teşhisi, tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkili kişidir. Diş hekimliğinin herhangi bir dalında münhasıran uzman olmak ve unvanı ilan edebilmek için diş hekimliği fakültelerinden veya Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim kurumlarından alınmış bir uzmanlık belgesine sahip olmak şarttır (Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014).

Türkiye’de hizmet sunucularına göre dişhekimi sayısına baktığımızda özel sektörde çalışan diş hekimi sayısı 15.146 kişi ile toplam diş hekimi sayısının % 57’sidir. Sağlık Bakanlığı’na ait diş hekimi sayısı ise 9.125 kişi ile toplam diş hekimi sayısının %34’ünü oluşturmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Sektörlere Göre Diş Hekimi Sayısı, Türkiye, (2016)

Hizmet Sunucusu	Diş Hekimi Sayısı	%
Sağlık Bakanlığı	9.125	34
Üniversite	2.403	9
Özel	15.146	57
Toplam	26.674	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı, 2016

1.2. Diş Protez Teknikeri; Ön lisans seviyesindeki diş protez programından mezun; diş hekimi tarafından alınan ölçü üzerine, çene ve yüz protezlerini, ortodontik cihazları yapan ve onaran sağlık teknikeridir.

1.3. Ağız-Diş Sağlığı Teknikeri; Ön lisans seviyesindeki ağız-diş sağlığı programından mezun; hasta muayenesinde diş tabibine yardımcı olan, tedavi malzemelerinin hazırlanması ve kullanıma hazır halde tutulmasını sağlayan sağlık teknikeridir.

1.4. Tıbbî Görüntüleme Teknisyeni/ Teknikeri; Sağlık meslek liselerinin ve ön lisans seviyesindeki tıbbî görüntüleme programlarından mezun; tıbbî görüntüleme yöntemleri ile görüntü elde eden ve kullanıma hazır hâle getiren sağlık teknisyeni/teknikeridir.

1.5. Hemşire; Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan, diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Türkiye Cumhuriyeti tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere hemşire unvanı verilir (Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007/26510).

1.6. Destek Personeli; Sağlık alanında yaşanan hizmet alımları ile özellikle temizlik, güvenlik, yemek, bilgi işlem gibi destek hizmetlerini yapan personeldir. Söz konusu personelin istihdamının hizmet alım suretiyle yapılmasından vazgeçilmiş, sözleşmeli

işçi yapılmaları için çalışmalar yürütülmektedir (696 Sayılı KHK).

2. Personelin Mali Hakları

Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışan personelin mali haklarını genel olarak 3 farklı kalemde izah etmek mümkündür. Bunların birincisi her ayın on beşinde peşin olarak ödenen maaş ve uygulama itibarıyla artık maaşın bir unsuru olan sabit ek ödemedir. İkincisi performansa dayalı ek ödeme ve üçüncüsü de nöbet ücretidir.

2.1. Maaş ve Sabit Ek Ödeme; Kadrolu veya sözleşmeli olarak istihdam edilen memurlar ile iş kanununa göre istihdam edilen işçilere veya sair kanunlara göre istihdam edilen personele hizmetlerinin karşılığında 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu ve ilgili mevzuatları kapsamında aylar itibarıyla ödenen ücrete maaş denir. Diş hekimliği hizmetlerinde çalışan tüm personele izinli, raporlu gibi durumlar dâhil her ay ilgili mevzuatındaki hükümler dikkate alınarak düzenli olarak maaş ödenmesi gerekir (657 Sayılı Kanun, 1965). 657 Sayılı Kanuna tabi olarak kamu kurumlarında diş hekimliği hizmetlerinde çalışan personele 375 Sayılı kanun ve 209 Sayılı kanunun ek 5’nci maddesine göre tıpkı maaş gibi ödenen tutarlara sabit ek ödeme tutarı, 209 Sayılı Kanunun ek 3’ncü maddesi kapsamında ödenen tutara performans ek ödemesi denir.

2.2. Performansa Dayalı Ek Ödeme; Ek ödeme, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Sağlık

Bakanlığınca belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin; unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele 209 Sayılı Kanuna göre döner sermaye gelirlerinden yapılan ek ödeme tutarıdır (Aydın ve Demir; 2007).

2.3. Nöbet Ücreti; 657 Sayılı Kanununun ek 33. Maddesine göre "Yataklı tedavi kurumları, seyyar hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve 112 Acil Sağlık hizmetlerinde haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanılmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir nöbet saati için, aşağıda gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayısı ile çarpılması sonucu" ödenen tutarlara nöbet ücreti denir. Nöbet ücretleri döner sermaye gelirlerinden karşılanmaktadır. Personele nöbet ücretinin ödenebilmesi için nöbetin en az 6 saat tutulmuş olması gerekmektedir.

İcap nöbeti tutan ve bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanılmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir icap nöbeti saati için icap nöbeti süresi

kesintisiz 12 saatten az olmamak üzere, yukarıda nöbet ücreti için belirlenen ücretin yüzde 40'ı tutarında icap nöbet ücreti ödenir. Bu şekilde ücretlendirilebilecek toplam icap nöbeti süresi aylık 120 saati geçemez. Nöbet ücretleri, döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermaye bütçesinden karşılanır (657 Sayılı Kanun, 1965).

3. Personel Özlük ve Sosyal Hakları

3.1.Emekli Maaşı; Çalışanların emekli olduklarında, tabi oldukları emeklilik mevzuatına göre Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan aldıkları maaşlara genel olarak emekli maaşı denmektedir. Söz konusu emekli maaşının yanı sıra Sağlık Bakanlığında çalışıp 209 Sayılı Kanuna göre döner sermaye alan dişhekimlerinin Kasım 2010 tarihinden itibaren ödedikleri prime göre ikinci bir emeklilik maaşı vardır. 2010 yılında 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'na Ek 3. Maddesi eklenmiştir. Söz konusu madde ile "209 Sayılı Sağlık Bakanlığı Bağlı Kurumları ile Esenlendirme Rehabilitasyon Kanunu'nun 5. Maddesi gereğince döner sermaye gelirlerinden ek ödeme alan tabip ve diş hekimleri ile Tıpta Uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar sigorta primlerinin işveren payı dâhil tamamını kendileri ödemek kaydıyla 209 Sayılı Kanununun ek 3'üncü maddesine göre kendilerine ödenen tutar üzerinden malullük, yaşlılık ve ölüm sigortasıyla sınırlı olacak şekilde ilave olarak sigorta primine tabi tutulur." hükmü getirilmiştir. Böylece 209 Sayılı Kanunun Ek 3 maddesi gereğince ek ödeme alanlara ek prim yatırma ve

buna istinaden ek maaş alma fırsatı getirilmiştir (Atasever, 2014).

3.2. Yiyecek Yardımı: Devlet memurlarının hangi hâllerde yiyecek yardımından ne şekilde faydalanacakları ve bu yardımın uygulanması ile ilgili esaslar Maliye Bakanlığı ile Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığının birlikte hazırlayacakları bir yönetmelik ile tespit olunur (657 Sayılı DMK, Madde 212). Bu madde hükümleri çerçevesinde hazırlanan Devlet Memurları Yiyecek Yardım Yönetmeliğe göre yataklı tedavi kurumlarında (üniversitelerin yataklı tedavi kurumları dâhil) görev yapan personel, hasta için oluşturulmuş yemek servislerinden ücret ödemediği yararlanır (Devlet Memurları Yiyecek Yardım Yönetmeliği, 2009).

3.3. Giyecek Yardımı: Devlet memurlarından hangilerinin ne şekilde giyecek yardımından faydalanacakları Maliye Bakanlığı ile Devlet Personel Başkanlığının birlikte hazırlayacakları bir yönetmelik ile tespit olunur (657 Sayılı DMK, Madde 211). Bu madde hükümleri çerçevesinde hazırlanan Memurlara Yapılacak Giyecek Yardım Yönetmeliğe göre memurlara giyecek yardımı yapılmaktadır (Memurlara Yapılacak Giyecek Yardım Yönetmeliği, 2015).

3.4. Ölüm Yardımı: Devlet memurlarından, memur olmayan eşi ile aile yardımı ödeneğine müstahak çocuğu ölenlere en yüksek devlet memuru aylığı (ek gösterge dâhil) tutarında, memurun ölümü hâlinde sağlığında bildiri ile gösterdiği kimseye, eğer bildiri vermemiş ise eşine ve çocuklarına, bunlar yoksa ana ve babasına, bun-

lar da yoksa kardeşlerine en yüksek Devlet memuru aylığının (ek gösterge dâhil) iki katı tutarında, ölüm yardımı ödeneği verilir. Ölüm yardımı ödeneği, hiçbir vergi ve kesintiye tabi tutulmaksızın ve ödeme emri aranmaksızın saymanlarca derhâl ödenir. Bu yardım, borç için haczedilemez (657 Sayılı DMK, Madde 208).

3.5. Cenaze Yardımı: Devlet memurlarının ölümü hâlinde cenaze giderleri (cenazenin başka yere nakil dâhil) kurumlarınca ödenir. Sürekli veya geçici görevle veyahut DMK'nun 78'inci maddesine göre yurt dışında bulunan devlet memurlarından ölenlerin ve yurt dışında sürekli görevlerde bulunanların eşleri, bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve çocuklarının cenazelerini



yarda getirmek için yapılması zorunlu olan giderler kurumlarınca karşılanır (657 Sayılı DMK, Madde 210).

3.6. Doğum Yardımı: Daha önce 657 Sayılı Kanunun 207. maddesine göre doğum yardımı ödeneği alan devlet memurları bu maddenin mülga edilmesinden

sonra 633 Sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Ek-4. Maddesine göre 15.05.2015 tarihinden itibaren birinci çocuk için 300 TL, ikinci çocuk için 400 TL, üçüncü çocuk için 600 TL doğum yardımı ödeneği almaktadır.

C. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı, Fiyatlandırılması ve Geri Ödemesi

1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye'de ağız-diş hizmetlerinin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Sistemin finansmanında 2013 yılı itibariyle kamunun payı özel harcamaların payını geçmiştir. Oysa 2002 yılında Türkiye'de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin temel finansman kaynağı özel harcamalardan oluşmaktaydı. Türkiye'de 2002 yılında her 100 TL'lik ağız-diş sağlığı hizmetleri harcamasının 77 TL'si özel harcamalardan oluşuyorken, bu oran 2013 yılında 49 TL'ye düşmüştür (Atasever, 2014).

2003 yılından itibaren Türkiye'de ağız ve diş hizmetlerinin finansmanı açısından önemli reformlar yapılmıştır. 2003 öncesi oldukça parçalı bir yapıya sahip sosyal güvenlik kurumları için norm birliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve BAĞ-KUR Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 5502 Sayılı

Kanunla 2006 yılı Mayıs ayında kurulmuştur. Bu reformla sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür. 2007 yılından itibaren SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı ödemelerinin SGK bünyesine alınmasını 2010 yılından itibaren kamu görevlilerinin ödemeleri, 2012 yılından itibaren ise yeşil kart ödemeleri takip etmiştir.

2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Fiyatlandırılması

Türkiye'de ağız-diş sağlığı hizmetleri dört farklı şekilde fiyatlandırılmaktadır.

- Genel sağlık sigortası kapsamındaki hastalara sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'ne göre fiyatlandırılır (genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan kamu hizmet alıcıları içinde bu tarife uygulanır).
- Genel sağlık sigortası kapsamı dışında olan hastalara sunulan ağız ve diş sağlığı

hizmetleri ve genel sağlık sigortasının karşılamadığı kamu sağlık tesislerinde sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetleri ise Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesi üzerinden fiyatlandırılır.

- Sağlık turizmi ve turist sağlığı kapsamında sunulan ağız, diş sağlığı hizmetleri Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge'ye göre fiyatlandırılır.
- Özel sektör ağız ve diş sağlığı hizmetleri TDB muayene ve tedavi ücret tarifesi'ne göre fiyatlandırılır.

3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Geri Ödemesi

Türkiye de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin geri ödeme sistemi genel olarak iki başlık altında özetleyebiliriz. Bunların birincisi kamu geri ödeme sistemi, ikincisi özel sektör geri ödeme sistemidir.

Türkiye de ağız-diş sağlığı hizmetlerinde kamu geri ödeme sistemi büyük ölçüde Sosyal Güvenlik Kurumunun kontrolü altında şekillenmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde oluşturulan "Geri Ödeme Komisyonu" kamu geri ödeme sisteminin ana hatlarını belirlemektedir. Yine Kurum Sağlık Uygulama Tebliği ile gerekli düzenlemeleri yapmaktadır (SGK, Geri Ödeme Yönergesi, 2012). Sosyal Güvenlik Kurumu, son olarak 2012 yılında yeşil kartlı vatandaşların tedavi giderlerinin SGK tarafından karşılanmaya başlaması ile Türkiye'de en önemli sosyal güvenlik kurumu durumuna gelmiştir. SGK, Sağlık Bakanlığına bağlı hizmet sunucularına global bütçe yöntemi ile ödeme yapmakta diğer hizmet sunucularına ise hizmet başına ödeme yapmaktadır (Atasever, 2014).

Özel Sektör de geri ödemelerin Türk Diş Hekimleri Birliğinin fiyat tarifesine göre yapılması gerekmektedir.

D. Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları ve Uluslararası Mukayesesi;

Tablo 3. Ağız- Diş Sağlığı Harcamalarının Gelişimi, (2002-2013), (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	'2002-2013 Artış (Kat)
TL	896	940	1.955	2.614	3.078	3.320	3.961	4.366	4.510	4,0
2013 yılı Fiyatlarıyla TL	2.496	2.089	3.700	3.758	4.165	4.138	4.636	4.693	4.510	0,8
USD	595	629	1.458	2.022	1.990	2.213	2.372	2.436	2.372	3,0
SGP USD	1.468	1.219	2.354	2.937	3.388	3.530	4.013	4.147	4.107	1,8
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	4,8	3,9	5,5	4,5	5,3	5,4	5,8	5,9	5,3	
GSYİH İçindeki Payı (%)	0,26	0,21	0,30	0,28	0,32	0,30	0,31	0,31	0,29	

Kaynak: Atasever M., 'Türkiye'de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Not; Türkiye'de ağız-diş harcamaları ile ilgili yayınlanmış en son veri 2013 yılına aittir.

2002 yılına göre 2013 yılında ağız-diş sağlığı harcamalarında nominal olarak 4 kat, reel olarak ise sadece 0,8 katlık bir artış olmuştur. 2002 yılında ağız-diş sağlığı harca-

malarının sağlık harcamaları içindeki payı %4,8 iken 2013 yılında %5,3'e yükselmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hizmet Sunucularına Göre Ağız - Diş Sağlığı Harcamaları, (Milyon TL)

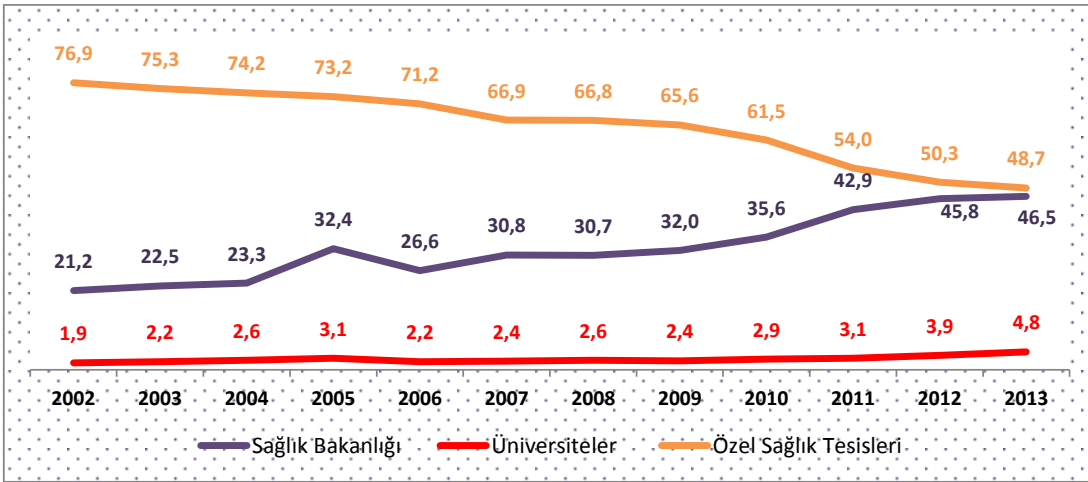
		2002	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	190	211	479	802	984	1.181	1.698	2.001	2.096	10
	%	21,2	22,5	24,5	30,7	32,0	35,6	42,9	45,8	46,5	
Üniversiteler	TL	17	21	46	67	75	97	124	171	217	11,6
	%	1,9	2,2	2,4	2,6	2,4	2,9	3,1	3,9	4,8	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	689	707	1.431	1.746	2.019	2.042	2.139	2.194	2.197	2,2
	%	76,9	75,3	73,2	66,8	65,6	61,5	54,0	50,3	48,7	
Toplam		896	939	1.956	2.615	3.078	3.320	3.961	4.366	4.510	4

Kaynak: Atasever M., „Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Ağız-diş sağlığı harcamaları hizmet sunucularına göre incelendiğinde kamu hizmet sunucularında önemli artışların olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığının toplam ağız-diş sağlığı harcamaları içindeki

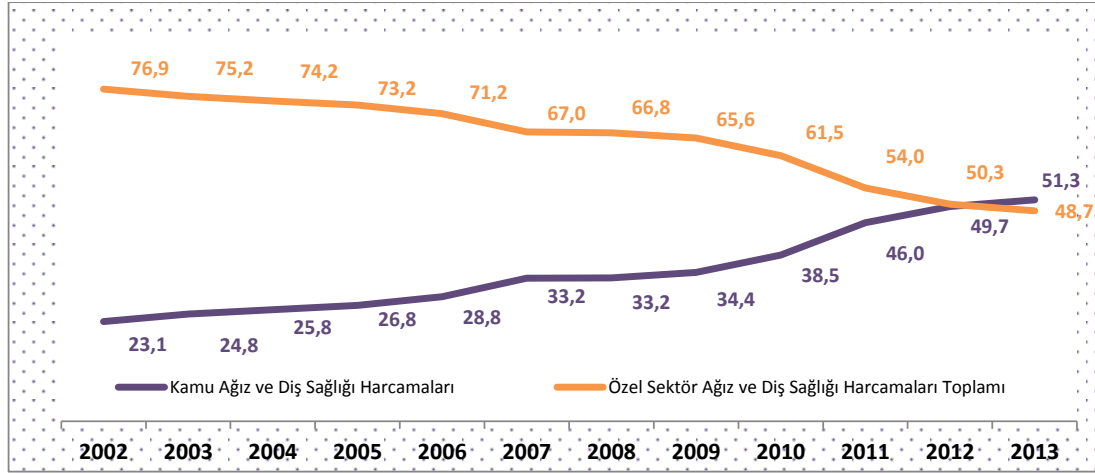
payı 2002 yılında %21,2 iken bu oran 2013 yılında %46,5'e yükselmiştir, üniversitelerin payı %1,9'dan %4,8'e yükselmiştir (Tablo 4).

Grafik 1. Hizmet Sunucularına Göre Ağız - Diş Sağlığı Harcamaları, %



Kaynak: Atasever M., „Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Grafik 2. Kamu ve Özel Ağız - Diş Sağlığı Harcamalarının Dağılımı, (2002-2013), (%)



Kaynak: Atasever M., „Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Toplam özel ağız ve diş sağlığı harcamalarında özel sektör ağız-diş sağlığı harcama payı 2002 yılında %76,9’dan %48,7’ye düşmüştür. Kamu ağız-diş sağlığı harcamaları ise 2002 yılında %23,1’den 2012 yılında %51,3’e yükselmiştir (Grafik 3).

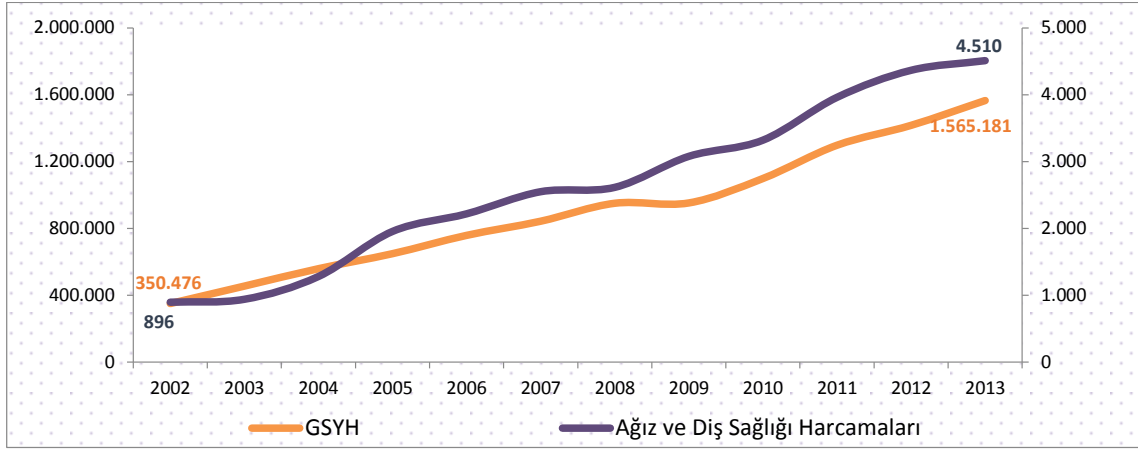
Tablo 5. Ağız-Diş Sağlığı Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (Milyon TL)

	2002	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları	896	940	1.955	2.614	3.078	3.320	3.961	4.366	4.510	4,0
GSYH	350.476	454.781	648.932	950.534	952.559	1.098.799	1.297.713	1.416.798	1.565.181	3,5
Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	2.496	2.089	3.700	3.758	4.165	4.138	4.636	4.693	4.510	0,8
GSYH (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	976.152	1.011.121	1.228.099	1.366.489	1.288.834	1.369.393	1.518.985	1.522.960	1.565.181	0,6
Ağız ve Diş Sağlığı Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)	0,26	0,21	0,30	0,28	0,32	0,30	0,31	0,31	0,29	

Kaynak: Atasever M., „Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

2002-2013 döneminde GSYH 3,5 kat artarken ağız-diş sağlığı harcamaları 4 kat artmıştır (Tablo 5).

Grafik 3. Ağız-Diş Sağlığı Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (Milyon TL)



Kaynak: Atasever M., Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

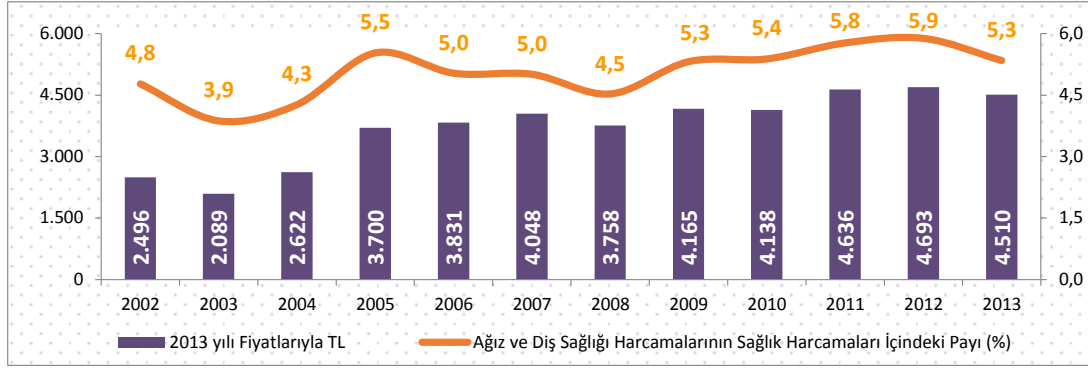
Tablo 6. Ağız-Diş Sağlığı Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (Milyon TL)

	2002	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları	896	940	1.955	2.614	3.078	3.320	3.961	4.366	4.510	4,0
Sağlık Harcamaları	18.774	24.279	35.359	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5
Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	2.496	2.089	3.700	3.758	4.165	4.138	4.636	4.693	4.510	0,8
Sağlık Harcamaları (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	52.290	53.980	66.917	83.007	78.355	76.866	80.306	79.748	84.390	0,6
Ağız ve Diş Sağlığı Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	4,8	3,9	5,5	4,5	5,3	5,4	5,8	5,9	5,3	

Kaynak: Atasever M., „Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Ağız-Diş Sağlığı Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı 2002 yılında 4,8 iken 2013 yılında 5,3'e çıkmıştır (Tablo 6).

Grafik 4. Ağız-Diş Sağlığı Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (Milyon TL)



Kaynak: Atasever M., „Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

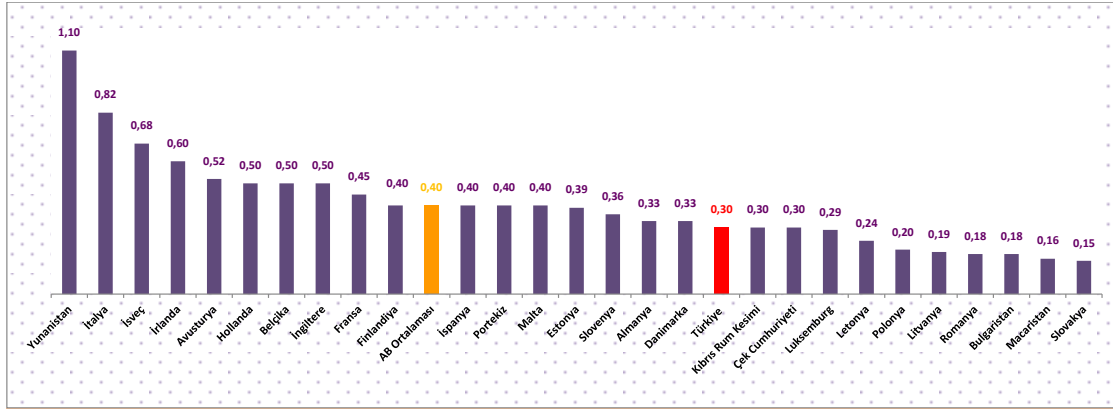
Tablo 7. Ağız-Diş Sağlığı Harcamalarının GSYH İçindeki Oranı ve AB Mukayesesi (%) (2012)

Sıra No	ÜLKE	AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HARCAMALARININ GSYH İÇİNDEKİ ORANI (%)
1	Yunanistan	1,10
2	İtalya	0,82
3	İsveç	0,68
4	İrlanda	0,60
5	Avusturya	0,52
6	Hollanda	0,50
7	Belçika	0,50
8	İngiltere	0,50
9	Fransa	0,45
10	Finlandiya	0,40
11	AB Ortalaması	0,40
12	İspanya	0,40
13	Portekiz	0,40
14	Malta	0,40
15	Estonya	0,39

Sıra No	ÜLKE	AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HARCAMALARININ GSYH İÇİNDEKİ ORANI (%)
16	Slovenya	0,36
17	Almanya	0,33
18	Danimarka	0,33
19	Türkiye	0,30
20	Kıbrıs Rum Kesimi	0,30
21	Çek Cumhuriyeti	0,30
22	Lüksemburg	0,29
23	Letonya	0,24
24	Polonya	0,20
25	Litvanya	0,19
26	Romanya	0,18
27	Bulgaristan	0,18
28	Macaristan	0,16
29	Slovakya	0,15

Kaynak: Atasever M., „Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Grafik 5. Ağız-Dış Sağlığı Harcamalarının GSYH İçindeki Oranı ve AB Mukayesesi (%) (2012)



Kaynak: Atasever M., „Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Tablo 8. Kişi Başı Ağız-Dış Sağlığı Harcamaları ve AB Mukayesesi (2012) , (SGP USD)

Sıra No	ÜLKE	KİŞİ BAŞI AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HARCAMASI (SGP USD)
1	İsveç	621
2	Almanya	600
3	Yunanistan	539
4	İtalya	513
5	Avusturya	432
6	Hollanda	429
7	İrlanda	416
8	Belçika	402
9	Lüksemburg	376
10	Danimarka	348
11	Fransa	341
12	İngiltere	336
13	Finlandiya	332
14	AB Ortalaması	257
15	İspanya	221
16	Portekiz	155
17	Malta	153
18	Slovenya	148
19	Kıbrıs	116
20	Estonya	102
21	Çek Cumhuriyeti	94
22	Türkiye	55
23	Letonya	53
24	Slovakya	44
25	Polonya	44
26	Litvanya	43
27	Macaristan	37
28	Romanya	24
29	Bulgaristan	21

Kaynak: Atasever M., „Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Tablo 9. Kişi Başı Ağız - Diş Sağlığı Harcamaları (TL/USD)

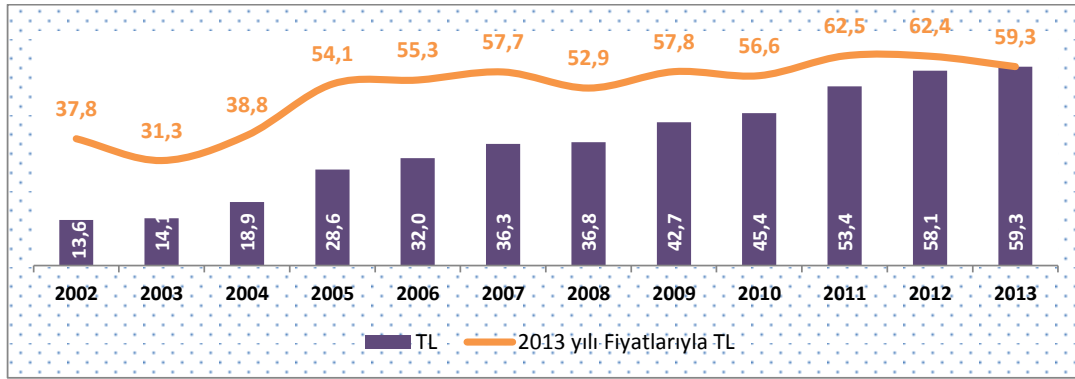
	2002	2003	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	13,6	14,1	28,6	36,8	42,7	45,4	53,4	58,1	59,3	3,4
2013 yılı Fiyatlarıyla TL	37,8	31,3	54,1	52,9	57,8	56,6	62,5	62,4	59,3	0,6
USD	9,0	9,4	21,3	28,5	27,6	30,3	32,0	32,4	31,2	2,5
SGP USD	22,2	18,3	34,4	41,3	47,0	48,3	54,1	55,2	54,0	1,4

Kaynak: Atasever M., Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Kişi başı ağız ve diş sağlığı harcamaları reel olarak 2002 yılında 37,8 TL iken 2012 yılında 59,3 TL’ ye yükselmiştir (Grafik 7). Kişi başı

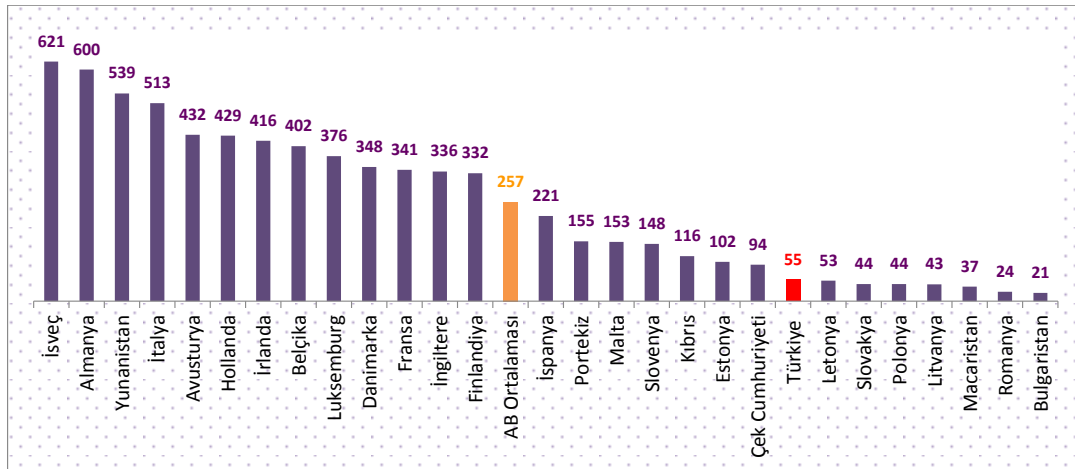
ağız - diş sağlığı harcamaları nominal olarak % 340 artarken reel olarak %60 oranında artmıştır (Tablo 9).

Grafik 6. Kişi Başı Ağız - Diş Sağlığı Harcamaları, TL



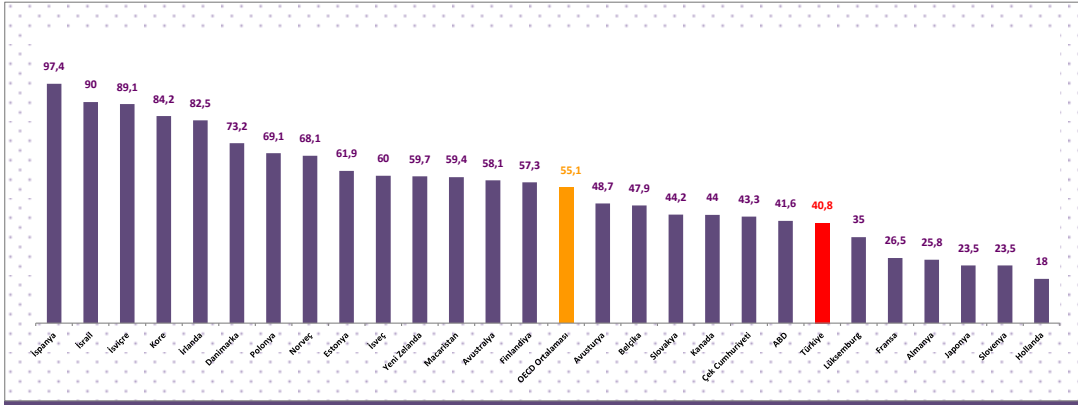
Kaynak: Atasever M., Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Grafik 7. Kişi Başı Ağız-Diş Sağlığı Harcamaları ve AB Mukayesesi (2012) , (SGP USD)



Kaynak: Atasever M., Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

Grafik 8. Cepten yapılan dış sağlığı harcamaları ve OECD Mukayesesi (%), 2011 (ya da en yakın yıl)



Kaynak: Atasever M., Türkiye’de ağız- diş ve dental görüntüleme hizmetleri, 2015

E. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hedefleri

2004 yılında Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı ve Sağlık Bakanlığı tarafından ortak gerçekleştirilen Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Düzeyi: Ülke Profili 2004 adlı çalışmanın sonuçlarına göre, Türkiye’de tedavi edici hizmet ihtiyaçlarının 5-74 yaş gruplarında %20.3 ile %73.0 arasında değiştiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada, 64 yaş ve üzeri tamamen dişsiz ve tam protez gereksinimi olan kişiler toplumun %48’idir. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ağız ve Diş Sağlığı Sorunlarının Yönetimi, 2015). Ağız-diş sağlığı ile ilgili sorunlar, dünyada sık görülen sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Ağız-diş sağlığı genel sağlığın devamı için gereklidir (Yanık, Atak; 2008).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin hedeflerinden, öncelikle bugünkü durumu ve halkın ağız, diş sağlığı konusundaki sağlık duru-

munu ve bilincini ortaya konulması gerekir. Halkın %90’ının ağız ve diş sağlığı sorunu yaşadığı bugünkü ortamda, ağız, diş sağlığı hizmetlerinde mevcut çalışanların sayısının artırılması yanında halkın ağız, diş sağlığı konusundaki bilinç düzeyini arttıracak, ağız bakımı konusunda farkındalık oluşturacak faaliyetlerin ve politikaların öncelenmesi, ağız, diş sağlığı hizmetlerinin geleceği açısından elzemdir (Sağlık- Sen, Kamuda Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Çalıştayı Sonuç Raporu, 2014).

Türkiye’de ağız-diş sağlığının gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşabilmesi için aşağıdaki hedeflere öncelik verilmesi faydalı olacaktır.

1. Türkiye Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Politikası Geliştirilmelidir. Bunun için; koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetleri için izleme ve değerlendirme sistemi oluşturulmalıdır. Sağlık Bakanlığı koruyucu ağız-diş sağlığı

hizmet sunum kapasitesi artırılmalıdır. Bütün paydaşların katılımı ile koruyucu ağız-diş sağlığının mevcut durumunun saptanması, ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ar-ge çalışmalarının yürütülmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır (THSK, Çok Paydaşlı Sağlık sorumluluğunu Geliştirme Programı, 2014).

2. Toplumda Ağız-Diş Sağlığı Bilinci Geliştirilmelidir. Bunun için; koruyucu ağız-diş sağlığı konusunda topluma yönelik sağlık eğitimi programları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Koruyucu ağız diş sağlığı hizmetleri kapsamında risk grupları belirlenmeli ve izlenmelidir. Koruyucu ağız-diş sağlığı ile ilgili ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla iletişim ağı oluşturulmalıdır (THSK, Çok Paydaşlı Sağlık sorumluluğunu Geliştirme Programı, 2014).

3. Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerine Öncelik Verilmelidir. Koruyucu ağız-diş sağlığı için yapılan her 1 dolarlık harcama; restoratif, acil tedaviler ve potansiyel çok sayıda tıbbî tedavi için ileride yapılacak 8 ila 50 dolar arasındaki bir harcamayı ortadan kaldırmaktadır (TDB, Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi, 2015). Bu açıdan koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetleri uluslararası düzeyde oldukça önem verilen konulardandır. Bunun için; koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, diş hekimlerinin okullar, kurumlar ve işyerlerinde halka eğitim vermeleri, halkı bilgilendirmeleri, böylece ağız ve diş sağlığı sorunlarının erken teşhisi sağlanabilir (TDB, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanım Araştırması, 2015). Eğitim verilen ve flor uygu-

laması yapılan çocuklar ilk uygulamadan itibaren kayıt altına alınmalı ve devam eden yıllarda kayıtlar düzenli takip edilmelidir (Sağlık-Der 2017).

4. Duyarlı Bir Eğitim Modeli Şekillendirilmelidir (FDI, 2020 Vizyon). Yeni mezun olan dişhekimlerinin, duyarlı, dinamik ve modüler, son gelişmeleri, teknolojileri içeren müfredattan yararlanacakları, ideal ağız sağlığı hizmetleri sağlayabilecekleri ve geniş düşünerek genel sağlığa yönelik önlemler ve ilerici tanı şüpheleriyle hareket etmeleri için onları destekleyecek bir eğitim sistemi oluşturulmalıdır. Dişhekimleri için hayat boyu eğitim ve mezuniyet sonrası eğitim imkânları sağlanmalı ve artırılmalıdır. Halk sağlığına ve meslekler arası eğitime odaklanan güçlü bir eğitim sistemi planlanmalıdır

5. Temel ve Yeni Araştırma ve Teknolojilere Destek Olunmalıdır (FDI, 2020 Vizyon). Gelecekte ağız sağlığında majör gelişmelerin gerçekleştirilmesi ve araştırma stratejileriyle daha efektif hastalık önleme yöntemlerinin geliştirilmesiyle eşitsizliklerin azaltılması ve ağız sağlığının genel sağlığa entegrasyonu sağlanmalıdır. E-sağlık teknolojilerinin kullanımı, özellikle mobil olanların, ağız sağlığına daha ortak bir yaklaşımı ve de şehir ya da taşrada uzman bilgilere ulaşımı kolaylaştıracaktır.

6. Türkiye’de DMFT-12 İndeksi (12 yaşında ortalama çürük, kayıp ve dolgu lu diş sayısı) 2023 Yılına Kadar 1’in Altına Düşürülmelidir (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan, 2012). 12 yaş DMFT sko-

ru dünyada ağız-diş sağlığı hizmetlerinin gelişmişliğinin ve etkinliğinin en önemli göstergelerindedir. Gelişmiş birçok ülkede bu skor 1'in altındadır (Patel, 2012). Bu hedefe ulaşmak için koruyucu diş sağlığı programları iyileştirilmeli ve uygulanmalıdır. Koruyucu diş sağlığı hizmetleri konusunda farkındalık oluşturulması için toplumda rol model kişilerin destek vereceği etkinlikler düzenlenmelidir. Koruyucu diş sağlığı hizmetleri konusunda farkındalık oluşturulması için özel gün ve haftalarda etkinlikler düzenlenmelidir.

7. Aile Diş Hekimliği Sistemi Uygulamaya Alınmalıdır (Demiralp ve Ark., 2012);

Aile dişhekimliği sistemi koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, 2. ve 3. basamak ağız-diş sağlığı hizmeti veren merkezlerdeki yoğunluğun azaltılması ve ileri düzey tedavilerin gerektirdiği daha yüksek maliyetlerin önlenmesi hedeflenmektedir. İsmiyle ilk bakışta aile hekimliğini akla getiren bu model özellikle Türkiye'deki koruyucu diş hekimliği alanındaki eksiklikleri tamamlayacaktır. Koruyucu diş hekimliği uygulamalarını ön plana çıkaran bu sistem, hastanın düzenli aralıklarla aile diş hekimini ziyaret etmesini ve belirlenmiş koruyucu diş hekimliği hizmetlerini almasını hedeflemektedir.

F. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Çalışanların Sorunları ve Çözüm Önerileri

(Sağlık-Sen "Kamuda Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Çalıştayı" Sonuç Raporu, 2014)

1. Özlük Hakları: Çalışanların özlük hakları, onların yaşam kalitesini belirleyen en önemli unsurlardan biridir ve yaşam hakkı kadar önemlidir. Bu nedenle, özlük haklarının iyileştirilmesi, çalışanların motivasyonunu arttıracaktır. Kamudaki ağız ve diş sağlığı çalışanlarının aldığı aylık ücretlerin büyük kısmı ek ödeme niteliğinde olduğundan, emekliliğe yansımadağı gibi raporlu ve izinli dönemlerde ücretleri büyük ölçüde düşmektedir. İzin, rapor, kongrelere katılım durumlarında ek ödemelerde düşüş olduğu için çalışanların izin kullanımı ve bilimsel etkinliklere katılımı olumsuz etkilenmiştir. Sağlık çalışanlarının emekli olmadan önce aldıkları ücret ile emekli olduktan sonra aldıkları ücret arasında önemli bir fark vardır. Bu sebeple, sağlık çalışanları emekli olduktan çekinmekte, el becerisinin yoğun olarak

kullanıldığı ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunucuları açısından bakıldığında, el hareketlerinin kısıtlandığı, çalışamayacak duruma gelinceye kadar çalışmaya devam etmek zorunda kalmaktadır. Ek ödeme niteliğinde olan ücretlerin de emekliliğe yansıtılması ile bu sorun ortadan kalkmış olacaktır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında kamuda çalışan radyoloji teknikerleri, radyasyon çalışanı olmalarına karşın fiili hizmet zammı alacağından faydalandırılmamaktadır. İlgili işlemin iptali adına açılan davada, Danıştay yürütmeyi durdurma kararı vermiş olmasına rağmen, hala bu karar uygulamaya yansıtılmamıştır. Bu mağduriyetin ivedilikle giderilmesi gerekmektedir.

29.03.2013 tarih ve 28602 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan, Çalışma ve Sosyal

Güvenlik Bakanlığının İşyeri ve NACE kodları İşyeri Tehlike Sınıfları Listesine göre, 32.50.13 kodla diş laboratuvarlarının faaliyetleri (protez diş, metal kuron, vb. imalatı) çok tehlikeli işler sınıfında yer almaktadır. Bu sebeplerden dolayı, diş protez teknisyenlerine yıpranma payı verilmeli ve yıpranma payı, 360 gün için en az 90 gün olması gerekmektedir. Diş protez teknisyenlerine mevzuatta dayatılan, “parça sayısı mecburiyeti”, hizmet kalitesini düşürdüğü gibi çalışma barışını da bozmaya yönelik bir uygulamadır. Bu uygulamaya geçilirken, maksimum sayıların da üzerinde parça sayıları belirlenmiştir. Belirlenen parça sayılarının ivedilikle düşürülerek, insani boyutlara getirilmesi gerekmektedir. Aynı eğitimi almış, aynı okul mezunu olan ve aynı işi yapan diş klinik yardımcısı, ağız ve diş sağlığı teknikeri kadrolarındaki çalışanlar, tayin ve özlük hakları bakımından farklı uygulamalara tabi olup sorun yaşadıklarından, aynı kadro

unvanı altında toplanmaları gerekmektedir. Diş hekimleri, “stratejik personel” sayılmaları dolayısıyla, mazeret tayinlerinde mağduriyete sebep olmaktadır. Son dönemde yayımlanan, Devlet Memurlarının Atama ve Yer Değiştirmelerine İlişkin Çerçeve Yönetmelik hükümlerinin uygulanması ve özel sektördeki eşinin yanına tayin hükümlerinin, diş hekimlerine de uygulanması gerekmektedir.

2. Ek Ödeme: Performansa dayalı ek ödeme sistemi başlangıçta, çalışan motivasyonunu pozitif yönde arttıracak bir argüman olarak sistem içerisinde yerini almış olsa da, son dönemde içinde barındırdığı adaletsizlikler nedeniyle, tüm sağlık çalışanlarının hedefi haline gelmiştir. Uzman diş hekimi ve diş hekimlerinin maaşları ve maaş bileşenleri farklı kalemlerden oluşmaktadır ve uzman diş hekimlerinin maaşları daha yüksektir. Emeğe dayalı olan performansa da-



Performansa dayalı ek ödeme sistemi başlangıçta, çalışan motivasyonunu pozitif yönde arttıracak bir argüman olarak sistem içerisinde yerini almış olsa da, son dönemde içinde barındırdığı adaletsizlikler nedeniyle, tüm sağlık çalışanlarının hedefi haline gelmiştir.

yalı ek ödeme sisteminde genel olarak, aynı işi yapan çalışanların katsayıları aynıdır. Bu kapsamda, uzman diş hekimi ve diş hekimlerinin hizmet alanı kadro unvan ve tavan katsayılarının aynı olması gerekir. Bununla birlikte, uzman diş hekimlerinin kendi uzmanlık alanı ile ilgili yaptıkları girişimsel işlem kalemlerinin puanlarının artırılması makul karşılanabilir, ancak uzmanlık alanı dışındaki işlemlerden aldıkları puanların farklı olması, sistemin adalet ruhu ile uyumlu olmamaktadır.

Devlet hastaneleri ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan diş hekimlerinin hizmet alanı kadro unvan katsayılarının ücret olarak karşılığı ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastanelerinde çalışan diş hekimlerine göre daha düşük olup, bu kurumlarda çalışan diş hekimlerini mağdur etmektedir. Bu sorunun çözümü adına, devlet hastaneleri ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan diş hekimlerinin, kadroları ağız ve diş sağlığı merkezleri ve hastanelerine alınarak, komisyon kararı ile devlet hastaneleri ve eğitim-araştırma hastanelerine geçici görevlendirilmeleri uygun olacaktır.

İl sağlık müdürlükleri bünyesinde görev yapan diş hekimlerinin ek ödeme açısından mağduriyetleri, devlet hastaneleri ve eğitim-araştırma hastanelerinde görev yapanlardan daha fazladır.

Sağlık Bakanlığına bağlı tüm kurumlardaki diş hekimlerinin maaş ve ek ödemeleri, adil bir şekilde yeniden düzenlenmelidir. İller arasında ve hatta aynı ilde farklı kurumlar arasında, aynı puan alan diş hekimlerinin farklı ücret aldığı görülmektedir. Eşit puana eşit ücret verilmesi sağlanmalı, emeğin karşılığı farklı kurumlarda farklı ücretlendirilmemelidir.

Ayrıca, diş laboratuvarlarında çalışan diş teknisyenlerinin görev yeri özellikli birim sayılmalı ve döner sermaye ödemeleri de acil, ameliyathane gibi düzenlenmelidir. Hizmet alanı kadro unvan katsayıları da, riskli birimler için öngörülen katsayılarla eşitlenmelidir.

Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu kurumlarında, ek ödemelerden gelir vergisi kesintisi yapılmamaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda da, ek ödemelerden gelir vergisi kesintisi yapılmamalıdır.

3. Statü Sorunları: Sağlık Bakanlığında son yıllarda hasta hakları birimleri ve hasta hakları ile ilgili uygulamalar fazlaca ön plana çıkarılmış, siyasilerin ve bürokratların hasta hakları, sağlık çalışanları ile ilgili söylemleri, halk üzerinde sağlık çalışanlarının itibarını negatif yönde etkilemiştir. Hasta haklarını korumaya yönelik açılan SABİM, BİMER gibi birimler, tüm sorunların çalışanlardan kaynaklandığı olgusunu oluşturmakta, sağlık çalışanları üzerinde bir otorite gibi görülmektedir. Uzman diş hekimliği kadrolarının ihdas edilmesi ile hastalar uzman diş hekimlerine tedaviye yönelmekte, bu durumda ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin tamamını sunma ehliyetine sahip olan diş hekimlerinin itibar kaybına sebep olmaktadır.

4. SUT Fiyatları: SUT fiyatlarında yaklaşık 10 yıldır artış yapılmamıştır. SUT'ta ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ücret karşılığı düşük olduğu için çalışanlar tüm kurumlarda kısa zamanda daha fazla işlem yapmak zorunda bırakılmıştır. Kişi ve kurum bazında daha fazla ücret alabilmek için hasta başına ayrılan süre kısa tutulmakta, yapılan işin niteliğinden ziyade niceliği ön plana geçmektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin puan ve ücret karşılığı artırılmalı, hasta başına

ayrılan süre uzatılmalı, niceliğin değil niteliğin önem kazanması sağlanmalıdır.

5. Sağlık Sorunları: Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan ekipte yer alan bütün çalışanların karşılaştığı risk faktörleri arasında; güvenlik riskleri, fiziksel tehlikeler, biyolojik tehlikeler, kimyasal tehlikeler, ergonomik tehlikeler ve psikolojik tehlikeler (nöbetli çalışma, uzun çalışma süresi, aşırı iş yükü, stres, iş tanımlarındaki belirsizlikler, iş yerinde şiddet) yer almaktadır. Karşılaştığı bu risk etmenleri sonucunda, çalışanlar mesleğe bağlı ciddi sağlık problemleri yaşayabilmektedir.

Çalışanlar, dental setlerden geçebilecek çeşitli enfeksiyon ajanları hakkında endişe taşımaktadırlar. Potansiyel bulaşma riski olan HIV, hepatit, tüberküloz ve sifiliz gibi bir çok enfeksiyon hastalığı, ilk belirtilerinin ağız içinde görülmesi sebebiyle önem taşır. Diş hekimlerinin hastalık hakkında bilgi sahibi olması, ilgili lezyonların tespitini ve doğru tedbirlerin alınarak diş ünitelerinde bulaşma riskinin minimuma indirilmesini sağlar.

Diş protez teknisyeni/teknikerleri, laboratuvar çalışma ortamının yüksek riskli kimyasallar içermesinden kaynaklı; meslek hastalıkları, akciğer ve gırtlak kanseri, eklem rahatsızlıkları, bel-boyun omurilik rahatsızlıkları, astım, cilt alerjileri ve ileri derecede varis; çalışma ortamının gürültülü olması ve hassas çalışma gerektirmesinden kaynaklı sinir sıkışmaları, görme ve duyma sorunları yaşadıkları görülmektedir.

Sağlık personeli için HBV enfeksiyonları en önemli enfeksiyon tehlikelerindedir. Mesleki nedenlerle hepatit B enfeksiyonu geçirme riski, perkutan yolla(iğne batması, laserasyon gibi) mukoza yoluyla (oküler

veya parenteral yolla kan veya kan içeren vücut sıvılarıyla temas sıklığının artmasıyla artar. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde çalışanlarda, kas iskelet sistemine ait fiziksel rahatsızlıklar ve dolaşım sistemi rahatsızlıkları da görülmektedir. Karpal tunel sendromu, bel ve sırt ağrıları, vibrasyon sendromu ve varis yaygın sağlık sorunlarıdır. Görme ve işitme kaybı sorunları, alerji ve toksisite görülmektedir.

6. Çalışma Ortamı: Ağız ve diş sağlığı çalışanlarının çalışma ortamlarındaki ses düzeyinin normal bir sınırdan olması istenirken; kliniklerde her hekimin çalıştığı cihazların gürültüsü, klinik destek personelinin hizmetine ulaşmak için bağırarak zorunda kalınması ve bekleyen hastaların sesi, gürültü kirliliği ile hekimin ve çalışanların ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Çalışma ortamları çoğunlukla küçük, kalabalık, havasız ve gürültülü olduğu için çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığı her geçen gün bozulmaktadır. Kalabalık çalışma ortamlarında karşılaşılan tehlikeler; enfeksiyon, kesici -delici alet yaralanmaları, radyasyon, toksik kimyasallar(civa intoksikasyonu), biyolojik ajanlar, ısı, gürültü, fizik ajanlar, ergonomik sorunlar, stres şiddet ve kötü muamele sayılabilir. Ağız ve diş sağlığı merkezleri ve hastanelerindeki klinikler, seri üretim yapan fabrika üretim bantlarına benzemektedir. Kliniklerde kalabalık çalışma ortamı oluşturulmamalı, bir klinikte en fazla 2 ünit ve 2 hekim olmalıdır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda oda, ünit ve çalışma ortamı standartları belirlenmeli ve bu standartlara uyulması sağlanmalıdır.

Çalışanlara, dinlenme odaları ve dinlenme süreleri ayrılmalıdır. Nöbetlerde güvenlik

önlemleri daha ciddi olmalıdır. Diş hekimlerinin kullandıkları aletler ve çalışma alanları, ergonomik koşullara uygun olmalı; bunlarla ilgili alım ve onarımlarda, konusunda deneyimli çalışanlar görevlendirilmelidir. MHRS ve randevu sistemlerinde, diş hekimlerinin hastalara ve kendilerine ayıracakları süre arttırılmalıdır. Bununla birlikte Gece nöbeti tutulan ADSM ve ADŞH'ler de kolluk kuvveti bulundurulması gece sadece bir hekim ve birkaç yardımcı personelle çalışan birimlerin güvenliği için gereklidir.

7. İş Yükü: Ağız ve diş sağlığı çalışanlarının amacı, toplum sağlığı ile birlikte kendi sağlıklarını da gözeterek en iyi şekilde sağlık hizmeti sunabilmektir. Ancak, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunulduğu yerlerde, günlük bakılan hasta sayıları ve yapılan girişimsel işlemler toplamı, dünya standartlarının çok üstündedir. Günlük bakılan hasta sayıları, ağız ve diş sağlığı merkezleri arasında farklılıklar göstermekle birlikte, bu sayıların 30-60 arasında değiştiği görülmektedir. FDI ve TDB standartlarında, bu sayı 15-18 girişimsel işlem olarak belirtilmektedir. Hasta sayılarının fazlalığından dolayı, hizmetin niteliği düşmekte, aşırı iş yükü ve hastalara yeterince zaman ayrılamaması sorunları gündeme gelmektedir. Her hasta için gerekli muayene ve teşhis yöntemlerine zaman kalmalı, tedavinin niteliğini olumlu yönden destekleyecek süre verilmelidir.

Diş hekimliği girişimsel işlemlerinin performans puanı hesaplamalarında, tedavi süreleri mutlaka göz önüne alınmalıdır. Nitelikli sağlık hizmeti sunumunu sağlamak için diş hekimlerinin bakacağı hasta sayısı ve girişimsel işlemlerin birim zamanlarının tespiti, konunun paydaşları olan Sağlık Bakanlığı, meslek örgütleri ve sendikaların işbirliği

ile bilimsel standartlarla belirlenmelidir. Bu sayı, sağlık çalışanının sağlığını da koruyan ve meslek hastalıkları riskini azaltan düzeyde olmalıdır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerindeki yoğun çalışma koşulları, çalışanların hem fiziksel hem de psikolojik açıdan fazlaca yıpranmasına sebep olmaktadır. Son yıllarda fiziksel ve ruhsal yönden çöküntüye uğrayan çalışan sayısında artış olduğu bilinen bir gerçektir. Yoğun çalışma koşullarından maalesef endikasyonlar ve tedaviler de olumsuz anlamda etkilenmektedir.

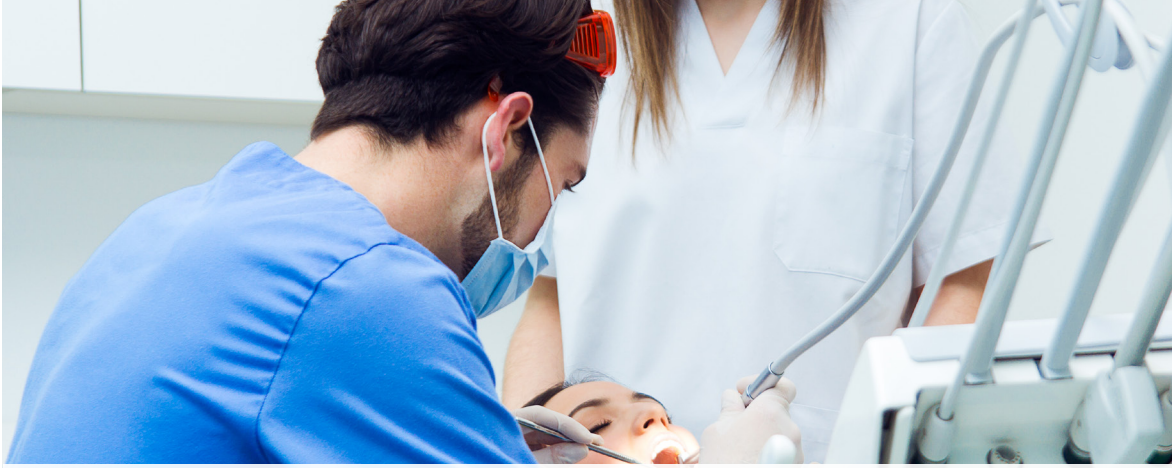
Performans uygulamalarına bağlı yoğunluk, çalışanların birbirleriyle ilişkilerini, mesleki dayanışmayı, çalışma dışı sosyal ilişkileri ve hekim-hasta ilişkilerini olumsuz etkilemektedir.

İş yükünü arttıran temel etkenlerden biri de, hastalardaki ve işlemlerdeki tekrarlardır. Bunun da 3 temel sebebi vardır:

- 1- Diş hekimlerinin hastaya ayırdığı sürenin ve işin sanat kısmına ayırdığı sürenin kısa olması,
- 2- Diş protez teknisyenlerinin işe ayırdıkları zamanın kısa olması,
- 3- Kalitesiz malzeme kullanılmasıdır.

Daha önce de belirttiğimiz üzere, diş hekimlerinin iş yükü azaltılarak, hastalara ayrılan sürenin uzatılması ve diş protez teknisyenlerine dayatılan çok yüksek parça sayılarının insani boyutlara düşürülmesinin yanısıra, malzemeler konusunda tip sözleşmeler düzenlenerek, malzeme alımları optimal hale getirilmelidir.

8. Yıpranma Payı; Sağlık çalışanları; birincil amacı sağlığı korumak, geliştirmek ve bozulan sağlığı geri kazanmak olan işleri



Ağız ve diş sağlığı hizmetleri için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulduğunda bir daire başkanlığı oluşturulduğu halde daha sonra anlaşılmaz bir şekilde bu daire başkanlığı kaldırılmıştır. Oysa Türkiye'nin bütün sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığında sağlık hizmetinin önemli bir bölümünü oluşturan ağız ve diş sağlığı hizmetleri için uygun bir teşkilat yapısı oluşturması gerekir.

yerine getiren kişilerdir. Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği, çalışma koşulları ve yıpranma payı sağlık insan gücü politikalarının çalışma ilişkileri fonksiyonu kapsamında yer alan önemli bileşenlerdir (Sağlık-Sen, Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları ve Yıpranma Payı Çalıştay Raporu, 2014).

Filli hizmet süresi zammının amacı, ağır ve yıpratıcı işlerde görev yapanların diğer sigortalılara göre avantajlı hâle getirilmesidir. Erken emeklilik imkânı sağlayan bu uygulama "5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile "Filli Hizmet Süresi Zammı Uygulamasının Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte" düzenlenmiştir. İlgili mevzuata sağlık personelinin dâhil edilmesi ile ilgili çalışmalar başlatılmasına rağmen Şubat 2018 tarihi itibariyle sonuçlandırılmamıştır. Bu husus

personel motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Yıpranma payı ile ilgili düzenleme bütün personeli kapsayacak ve hiçbir hak kaybına yol açmayacak şekilde bir an önce uygulamaya konulmalıdır.

9. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri İçin Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Uygun Birim Olmaması; Ağız ve diş sağlığı hizmetleri için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulduğunda bir daire başkanlığı oluşturulduğu halde daha sonra anlaşılmaz bir şekilde bu daire başkanlığı kaldırılmıştır. Oysa Türkiye'nin bütün sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığında sağlık hizmetinin önemli bir bölümünü oluşturan ağız ve diş sağlığı hizmetleri için uygun bir teşkilat yapısı oluşturması gerekir. Bu yapı koruyucu ve tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerini içerecek şekilde müstakil bir birim olarak da düşünülebilir.

KAYNAKÇA

1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, 29256, 3 Şubat 2015
2. Akdağ R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, Ankara
3. Akdur R. (1999), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslaması, Ankara
4. Atasever M. (2014), Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, Ankara
5. Atasever M. (2015), Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Ve Dental Görüntüleme Hizmetleri, Ankara
6. Atasever M. (2016), Döner Sermayeli Sağlık İşletmeleri, SASAM Enstitüsü. Ankara, 2016
7. Aydın S. ve Demir M. (2006) Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Serisi-2. Onur Matbaacılık Ltd Şti, Ankara
8. Demiralp K. ve Ark. (2012), Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Uygulaması için Bir Model Önerisi, Medical Journal, Cilt 12 Sayı 2
9. Devlet Memurları Yiyecek Yardım Yönetmeliği, Resmî Gazete, 27213, 28 Nisan 2009
10. Devlet Memurları Yiyecek Yardım Yönetmeliği, Resmî Gazete, 29371, 30 Mayıs 2015
11. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmî Gazete, 26510 2 Mayıs 2007
12. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmî Gazete, 29371, 2 Kasım 2011
13. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, 26166, 2 Mayıs 2006
14. S.B. Bağlı Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda Görevli Personele Döner Sermayeden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge, Sağlık Bakanlığı, 1990
15. S.B. Bağlı Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda Görevli Personele Döner Sermayeden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge, 12311, 15 Aralık 2002
16. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmî Gazete, 28103/Mük., 2 Kasım 2011
17. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, 28994, 22 Mayıs 2014
18. Sağlık Sen (2014), Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları ve Yıpranma Payı Çalıştay Raporu, <http://www.sagliksen.org.tr/MediaContent/OmiZ-1430564666-sTjI.pdf> (erişim tarihi; 16.05.2015)
19. Sağlık-Sen (2014), Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları ve Yıpranma Payı Çalıştay Raporu
20. SASAM, Sağlık-Sen (2014), “Kamuda Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri Çalıştay” Sonuç Raporu, Ankara
21. SASAM, Sağlık-Sen (2016), Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi, Odak Grup Görüşmeleri Raporu, Ankara
22. SASAM, Sağlık-Sen (2017), Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kurumlarda Çalışanların Döner Sermaye Ek Ödemelerinde Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalıştay Raporu, Ankara
23. Sağlık-Der (2017), Türkiye Sağlık Raporu 2017, Ankara
24. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, Resmî Gazete, 27532, 25 Mart 2010
25. TDB (2015), Diş Hekimlerinin Mesleki Doyum, Sosyal Durum ve Hizmet değerlendirme Araştırması
26. THSK (2013), Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Eylem Planı
27. THSK (2014), Çok Paydaşlı Sağlık sorumluluğunu Geliştirme Programı
28. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmî Gazete, 17927/Mük., 13 Ocak 1983
29. <http://www.tdb.org.tr> Geçmişten Günümüze Diş Hekimliği Eğitimi, erişim tarihi, 09.05.2015
30. 209 Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, Resmî Gazete, 10702,4 Ocak 1961
31. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, Resmî Gazete, 12056, 23 Temmuz 1965
32. 4618 Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun Bazı Maddeleri İle 190 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Resmî Gazete, 24296, 23 Ocak 2011
33. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Resmî Gazete, 26200, 16 Haziran 2006
34. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Resmî Gazete, 28339, 30 Haziran 2012



T.C.
TÜRK PATENT ve MARKA KURUMU

MARKA TESCİL BELGESİ

Marka No : 2016 62124 - Ticaret - Hizmet



Marka Sahibi : SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI
SENDİKASI (SAĞLIK-SEN)
TÜRKİYE CUMHURİYETİ
G.M.K. Bulvarı Özveren Sok. No:23 Demirtepe
Çankaya Ankara

Emtiası : 16 , 35 , 41 , 42
İlişiktir.



İşbu Marka 29/07/2016 tarihinden itibaren ON YIL süreyle
24/01/2017 tarihinde tescil edilmiştir.

Prof. Dr. Habip ASAN
Türk Patent ve Marka
Kurumu Başkanı

**TÜRK
PATENT**
TÜRK PATENT VE MARKA KURUMU



SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:23
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 1995
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.sagliksen.org.tr