



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
“DİŞHEKİMLİĞİ MESLEĞİNE İLİŞKİN SORUNLAR
VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ”

1 Aralık 2021

11 T

DOSYA DİZİNİ

KONU	SAYFA NO
1) Ağız Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin Birliğimiz İle Ortak Çalışma Yapılarak Düzenlenmesi	1
2) Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Zorunlu Olmalıdır.....	10
3) Dişhekimliğinde İnsangücü Planlaması Yapılmalıdır “Artan Dişhekimliği Fakülteleri ile Önümüzdeki Yıllarda İşsiz Dişhekim Patlaması Yaşanacaktır”	11
4) “Küresel Salgın” COVID-19 Öncesi ve Sonrası Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri.....	17
5) COVID-19 Pandemisi ve Filyasyon Ekiplerindeki Dişhekimlerinin Yaşadıkları, Çözülmesi Gereken Sorunlar	18
6) Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Muayenehane ve Diğer Sağlık Kuruluşlarından Alınmasına Yönelik Çalışma Yapılması.....	20
7) Eczacı ve Avukatlarda Olduğu Gibi Bir Dişhekiminin Yanında Dişhekiminin Sigortalı Çalışması	22
8) SSK ve BAĞ-KUR Emeklisi Olan Dişhekimleri ile Emekli Sandığı Emeklisi Olup da Mecburen Çalışmakta Olan Dişhekimlerinin İlave Ödemeden Yararlanması İçin Yasal Düzenleme Yapılmalıdır.....	23
9) Apartmanlarda Muayenehane ve Polikliniklerin Serbestçe Açılabilmesi İçin Düzenlemede Değişiklik Yapılmalıdır.....	24
10) Sağlıkta Hizmet Sunumunda KDV’nin %1’e İndirilmesi	26
11) Kamuda Yardımcı Personel Eksikliğinin Giderilmesi	26
12) Meslekte 15 Yılı Doldurmuş Dişhekimlerine Yeşil Pasaport Verilmesi.....	26

Dişhekimliği hizmetinin kamu kurum ve kuruluşlarıyla üniversiteler dışındaki sunumunda uyulması gereken kuralları belirlemek amacıyla ilki 1999 yılında ikincisi de 2015 yılında yürürlüğe giren Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin güncellenmesine yönelik Bakanlığınızda yapılmakta olan taslak çalışmalara katkı yapmak amacıyla 04.03.2021 tarih ve 002.199 sayılı yazımızla gönderdiğimiz aşağıda sunulan değerlendirmelerimizin de dikkate alınarak Birliğimizle ortak çalışma yapılarak düzenlenmesi gereklidir.

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ SUNULAN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI HAKKINDA YÖNETMELİK TASLAĞI HAKKINDA TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ'NİN GÖRÜŞLERİ

1. Genel Değerlendirme

Yönetmelik Taslağı genel olarak, uygulanmakta olan Yönetmeliğe göre daha sadeleştirilmiş olmasına karşın açılış süreci üç ayrı aşama olarak tanımlanarak uzatıldığı, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hizmet gerekliliğine ilişkin herhangi bir ihtiyaç tanımı yapılmadan, amacı belirsiz bir şekilde sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmasına ilişkin düzenleme yapıldığı, iskan ruhsatının yanı sıra yangın ve depremle ilgili belgelerin ayrıca istenmesinin, merkez niteliğindeki sağlık kuruluşunun sahipleri arasında dişhekimisi dışında birinin de olabileceğine ilişkin ısrarın sürdüğü anlaşılmaktadır.

Yönetmelik Taslağıyla getirilen temel değişiklik ise vakıf üniversiteleri tarafından açılan hastane ve merkezlerin de bu Yönetmeliğin kapsamına alınmasıdır.

2. Vakıf Üniversiteleri Tarafından Açılan Sağlık Kuruluşları

Yönetmeliğin amaç ve kapsamında yapılan değişikliklerle vakıf üniversiteleri tarafından açılacak merkez ve hastane niteliğindeki sağlık kuruluşları da bu Yönetmelik'te belirlenen kurallara tabi tutulmuştur.

Vakıf üniversiteleri 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa tabi olarak açılır ve faaliyet gösterir. Devlet üniversiteleriyle aralarında bir takım farklılıklar olsa da vakıf üniversiteleri de 2547 sayılı Yasa'da belirlenen amaç ve görevlere uygun olarak yükseköğretim kamu hizmeti sunarlar.

Yükseköğretim kurumları, özerkliklerinin korunabilmesi için anayasal kurallarla temel yapılandırmaları belirlenmiş kamusal kurumlardır. Anayasa'nın 130. Maddesine göre:

"Çağdaş **eğitim-öğretim** esaslarına dayanan bir düzen içinde milletin ve ülkenin ihtiyaçlarına uygun **insan gücü yetiştirmek** amacı ile; ortaöğretime dayalı çeşitli düzeylerde **eğitim-öğretim, bilimsel araştırma, yayın ve danışmanlık yapmak, ülkeye ve insanlığa hizmet etmek üzere** çeşitli birimlerden oluşan kamu tüzel kişiliğine ve bilimsel özerkliğe sahip üniversiteler Devlet tarafından kanunla kurulur."

2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 4. Maddesine göre yükseköğretim kurumlarının üç temel amacı vardır. Bunlardan birincisi, maddede belirtilen ilke ve amaçlara uygun öğrenci yetiştirmektir. İkinci amaç, ülkemizin refah ve mutluluğunu artırmak amacıyla programlar uygulamaktır. Üçüncü amaç ise, yüksek düzeyde bilimsel çalışma ve araştırma yapmak, bilgi ve teknoloji üretmek, bilim verilerini yaymak, ulusal alanda gelişme ve kalkınmaya destek olmaktır. Bu amaçlar, Kanun'un 12. maddesinde de aynı şekilde sıralanmıştır.

Bütün bu kurallar, yükseköğretim kurumlarının temel fonksiyonunun eğitim, öğretim ve bilimsel araştırma yapmak olduğunu ortaya koymaktadır.

Tıp ve dişhekimliği fakültelerinde lisans ve uzmanlık eğitimlerinde uygulamalı eğitim gereksinimini karşılamak amacıyla, aynı zamanda sağlık hizmeti sunan sağlık birimleri açılmıştır. Gündelik pratikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler gibi bu sağlık kurumlarının da üniversiteye bağlı hastaneler olduğu; aynı şekilde görev yaptığı değerlendirilebilmektedir.

Ancak, hem kurallar bakımından hem de olması gereken uygulama bakımından bu sağlık kurumları ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarını *aynı kategoride* değerlendirmeye, hele de bu sağlık kuruluşlarını özel sağlık kuruluşu gibi düzenlemeye olanak yoktur.

Nitekim, üniversite hastanesi olarak bilinen **araştırma ve uygulama merkezleri** 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 3/c maddesinde **yükseköğretim kurumu olarak belirlenmiştir.**

Aynı Kanun'da, söz konusu merkezin görev ve fonksiyonu da açıklıkla belirlenmiştir. Buna göre **“Uygulama ve Araştırma Merkezi:** Yükseköğretim kurumlarında **eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla** çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için **eğitim-öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumudur.**”

Bu tanım ve belirlemelerden de anlaşıldığı üzere, dişhekimliği fakültesindeki eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla uygulama ve araştırmaların yapıldığı hastanelerin temel fonksiyonu sağlık hizmet sunumu değildir. Dişhekimliği fakültesindeki eğitim öğretimin uygulama içinde yapılabilmesi için açılmış olan bu sağlık kurumunda sağlık hizmeti sunulması asıl değil ikincil fonksiyondur.

Bu bağlamda; vakıf üniversitelerine ait uygulama ve araştırma merkezleri “özel sağlık kuruluşu” olmadığı gibi sağlık hizmeti sunmaya odaklanmış sağlık kuruluşları da değildir.

Bütün bunlardan başka; vakıf üniversitelerine **merkez açma** olanağının tanınması bu yapıların eğitimden ziyade hizmet sunumuna odaklanmalarına sebep olabilecektir. Vakıf üniversitelerine hizmet sunumu için özel hastane ve merkez açma olanağı sağlanması halinde, kamu tüzel kişiliği olmalarına karşın, bir yandan özel dişhekimleri ve sağlık kuruluşlarıyla rekabet edecekler diğer yandan bünyelerindeki öğretim üyesi, asistan ve öğrencileri merkezler arasında görevlendirmek suretiyle ağırlıklı olarak eğitim yerine hizmet sunumuna yönlendirebileceklerdir.

Bu nedenlerle; vakıf üniversitelerinin açacakları hastane niteliğindeki uygulama ve araştırma merkezlerinin kendi özel mevzuatı içinde kalması, özel merkez açmalarına ise izin verilmemesi gereklidir. Kaldı ki, bu yönde yapılacak bir düzenlemenin Sağlık Bakanlığı tarafından tek başına yapılmasına olanak yoktur; Yükseköğretim Kurulu ile birlikte yapılması yargı kararlarında da ifade edilen yasal zorunluluktur.

3. Sağlık Kuruluşlarının Basamaklandırılması

Yönetmelik Taslağında, ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının basamaklandırıldığı; muayenehane ve polikliniklerin birinci basamak, merkez ve hastanelerin ikinci basamak, lisans ve/veya lisansüstü eğitim verilen hastane ve merkezlerin ise üçüncü basamak olarak adıyla sınıflandırıldığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde basamaklandırma ölçeğe/büyükliğe göre değil bütünüyle fonksiyona göre yapıldığında anlam kazanır. Birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri, ikinci basamakta tedavi edici sağlık hizmetleri ve üçüncü basamakta uzmanlık eğitime odaklanılması gibi farklılıklar tanımlanarak genel tıpta basamaklandırma yapılmıştır.

Yönetmelik Taslağında, her üç basamaktaki sağlık kuruluşları hizmetin niteliği değil fiziksel yapı, cihaz ya da insan gücüne ilişkin olarak birbirinden farklılaştırılmıştır. Bu **sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmeti arasında ise bir fark yoktur**. Bir başka anlatımla, sağlık kuruluşları büyüklük olarak birbirinden farklı ise de hastaya sunulan sağlık hizmeti bakımından muayenehane ile merkez arasında bir fark bulunmamaktadır. Hastane ise temelinde yataklı sağlık hizmeti sunulması bakımından diğerlerinden farklı ise de burada tanımlanan hastane de ayakta sağlık hizmeti sunum yeri olarak planlanmıştır; yataklı sağlık hizmeti sunulmamaktadır, "gerçek" bir yatağı yoktur, sadece gözlem yatağı mevcuttur. Bu yönüyle, ağız diş sağlığı hastanesinde genel olarak sunulan ağız ve diş sağlığı hizmeti ile muayenehanede veya poliklinik yahut merkezde sunulan sağlık hizmetinin niteliksel bir farkı yoktur. Bu sağlık kuruluşlarının tamamı hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetini bir arada sunan, bütüncül sağlık kuruluşlarıdır.

Bu bakımdan, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin niteliği sağlık hizmet organizasyonunda basamaklandırmaya ihtiyaç göstermediği halde sağlık kuruluşları arasında **sadece ölçek farkı tanımlanarak basamaklandırma yapılmasının kamu yararı ve hizmet gereklerine uygun yanı bulunmamaktadır**.

4. Sağlık Kuruluşu Sahipliği

Mevcut Yönetmelikle getirilen ve halen uygulanmakta olan merkezlerin %49 ortaklığının dişhekimi dışındaki kişiler olabileceğine ilişkin kural Taslak'ta da korunmuştur.

Bu konuyla ilgili olarak, mevcut Yönetmelik bağlamında ileri sürdüğümüz ve Bakanlık kayıtlarında bulunan savlarımız geçerliliğini sürdürmektedir. Tekrardan kaçınmak amacıyla kısaca vurgulamak gerekirse, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunulmasında merkez niteliğindeki büyük yapılara ihtiyaç olmadığı gibi bunların açılabilmesi için dişhekimi dışında kişilerin desteğine ilişkin gereklilik de bulunmamaktadır. Ayrıca, akademik mesleklerin özel bir yapı bünyesinde sunulmasında, bu yerlerin, ilgili meslek mensupları tarafından açılması temel kuraldır. Mutlak bir toplumsal gereksinim olmadığı sürece meslek mensupları dışındakilerin sağlık kuruluşunun sahibi veya ortağı olmasına olanak veren düzenleme yapılamaz.

Bu çerçevede, merkezlerin %49 hissesinin dişhekimi dışında kişilerden oluşabileceğine ilişkin Taslak düzenlemesinden vazgeçilmesini; merkezlerin de poliklinikler gibi ancak dişhekimi ortaklığında açılabilmesinin düzenlenmesini talep ediyoruz.

5. Dental Radyoloji Birimi

Muayenehane ve polikliniklerde isteğe bağlı, merkezlerde ise zorunlu tutulmuş olan dental radyoloji biriminde periapikal ve panoramik röntgen cihazlarının birlikte bulunması gerektiği ifade edilmekte ise de standart hizmet sunumunda bu cihazlardan biri yeterli olabilir; isteyen dişhekimini her iki cihazı da temin edip kullanabilir. Kaynak verimliliği bakımından, dental radyoloji biriminde bu cihazlardan birinin bulundurulmasının gerekli görülmesi isteyen dişhekiminin de her iki cihazı alabilmesini teminen ilgili tanımda (madde 4/b) yer alan “ve” kelimesinin “ve/veya” olarak değiştirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür.

6. Kat Mülkiyeti Kanunu

Yönetmelik Taslağının 7. Maddesinde “Muayenehane ve poliklinik müstakil binalarda veya 23/06/1965 tarihli ve 634 sayılı Kat Mülkiyeti Kanununun 24 üncü maddesi hükmü saklı kalmak kaydıyla sağlık hizmetinin sunulduğu birimler bütünlük arz edecek şekilde binaların bir kısmında kurulabilir.” denilmiştir.

Anılan Kanun hükmü şöyledir: “**Madde 24** – Anagayrimenkulün, kütükte mesken, iş veya ticaret yeri olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde hastane, dispanser, klinik, **poliklinik**, ecza laboratuvarı **gibi** müesseseler **kurulamaz**; kat maliklerinin buna aykırı sözleşmeleri hükümsüzdür; dispanser, klinik, poliklinik niteliğinde olmayan muayenehaneler bu hükmün dışındadır.”

Söz konusu Kanun hükmüne yönetmelikte atıf yapıldığında uygulayıcılar ilgili kanun hükmüne uygunluğu da kontrol etme ihtiyacında olacaklardır. Bu durumda, sağlık tesisi olarak yapılmış yapılar dışında bir binada, kat malikleri oybirliğiyle uygun görse dahi poliklinik ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması mümkün olmayacaktır.

Bunun yerine, sağlık kuruluşunun açılabileceği yerlerle ilgili olarak söz konusu Kanun hükmüne herhangi bir atıf yapılmaksızın düzenleme yapılması uygulama pratiği bakımından yararlı olacaktır.

7. Açılış Süreçleri

- Sağlık kuruluşlarının açılmasında üçlü bir süreç tanımlanmış; bu süreçlerden sağlık müdürlüğünde yürütülecek olanlarla ilgili süre belirlenmiş iken Bakanlık’ta yürütülecek işlemler bakımından bir süre belirlenmemiştir. Bürokratik işlemlerin tamamlanmasında baştan belirlenmiş sürelerin varlığı işlemlerin tamamlanma zamanının öngörülebilmesi için gereklidir. Bu bakımdan, Bakanlıkta yapılacak işlemler için de azami süre tanımlanmasında yarar vardır.
- Ruhsat başvurusunun incelenmesinde görev alacak komisyonların oluşturulmasında oda tarafından önerilen bir dişhekiminin de komisyona dahil edilmesi ilgili sürecin yürütülmesinde ortaya çıkabilecek sorunların en aza indirilmesinde yararlı olacaktır.

Kaldı ki, 2015 tarihli Yönetmeliğin bazı maddelerinin iptali istemiyle Türk Dişhekimleri Birliği tarafından açılan davada Danıştay 15. Daire tarafından verilen 2015/1803 E. 2018/5514 K. sayılı Karar’la; sağlık kuruluşunun açılışında yapılacak inceleme sürecinde Oda temsilcisine yer verilmemiş olması sebebiyle Yönetmeliğin 13/4. maddesi iptal edilmiştir. Kararın temyiz incelemesi de tamamlanmış olup anılan hüküm yönünden Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu tarafından 13.11.2019 tarih ve 2018/3599 E.2019/5553 K. sayılı kararla onanarak kesinleşmiştir.

Aynı şekilde, Yönetmelik'te 2016 yılında yapılan değişiklikte, 13. Maddesinin 3 ve 6. fıkralarındaki, sağlık kuruluşunun açılışında yapılacak denetimde oda temsilcisine yer verilmeksizin, müdürlük tarafından oluşturulacak bir heyetle inceleme yapılacağına ilişkin düzenlemenin yürütmesi de Türk Dişhekimleri Birliği tarafından açılan davada, Danıştay 15. Dairesi tarafından verilen 2017/445 E. sayılı kararla durdurulmuştur. Bu Karara Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan itiraz Danıştay İdari dava Daireleri Kurulunun 2017/1231 Yd İtiraz numaralı kararıyla reddedilmiştir.

Bütün bu kararlara rağmen aksi yönde yapılacak düzenleme, istikrarlı Danıştay kararlarına eylemli biçimde uymama olarak kabul edilebilecektir.

8. İkinci Sağlık Kuruluşu – İl Dışı Çalışma

Taslağın 16/6. Maddesinde “Bu Yönetmelik kapsamındaki mevcut poliklinik, merkez ve hastane sahibi tüzel kişiler tarafından ikinci bir sağlık kuruluşunun veya şubesinin açılmak istenmesi durumunda ön izin, ruhsat ve faaliyet izin belgesi başvuruları aynen tekrarlanır.” hükmü bulunmaktadır. Bununla, bir kısım sağlık kuruluşunun ikinci bir sağlık kuruluşu veya şube açmasına izin verildiği görülmektedir. Oldukça kişisel bir meslek olan dişhekimliğinin kişisel icrasının yanı sıra şube veya ikinci bir sağlık kuruluşu açılmasına da imkan verilmesi sağlık hizmetinin ticarileştirilmesidir.

Aynı şekilde, birden çok yerde çalışmasına izin verilen dişhekiminin çalışmalarından birinin il dışında olabileceği (madde 19/5) belirtilmiş ise de Ülkemizdeki sağlık hizmet sunumunda hasta gereksinimleri bağlamında böyle bir ihtiyaç yoktur. Ayrıca, il dışı çalışma hasta takibindeki zorluklar sebebiyle sağlık hizmetlerinden beklenen yararın elde edilememesine de neden olabilecek niteliktedir.

Önceki itirazlarımız bağlamında bu konunun yeniden ele alınması; herkesin tek bir sağlık kuruluşunda çalışması ve tek bir sağlık kuruluşunun sahibi/ortağı olmalarına imkan veren bir düzenleme yapılması dişhekimliğinin ve sağlık hizmetinden yararlanacak kişilerin yararına olacaktır.

9. Sağlık Kuruluşlarının Fiziki Standartları

Sedasyon ve genel anestezi birimi kurulacak yerlerde jeneratör ve kesintisiz güç kaynağı mutlaka bulundurulmalıdır.

Her bir diş üniti ayrı muayene odasında bulunmak koşuluyla, diş hekimi başına en fazla iki diş üniti bulundurulabileceği belirtilmiş ise de (madde 9/1-c) iki diş ünitiyle sınırlamaya gerek yoktur.

Muayenehanede bir diş ünيتينin birden çok dişhekimini bakımından farklı zamanlarda kullanılabilmesinin yasaklanmış olması (madde 9/2) doğru değildir. Kaynak verimliliği bakımından; çalışma saatleri belirlenen bir ünيتين birden çok dişhekimini tarafından kullanılmasına olanak sağlanmalıdır.

Giyinme yerleri, dinlenme odası ve tuvaletlerle ilgili olarak (madde 10/1-c, 11/1-d, 12/1-e) sadeleşmeye ihtiyaç bulunmaktadır. Özel sağlık kuruluşunun sahibi olan dişhekimleri kendileri, personel ve hastaların yararlanacağı bu tür mekanları kalite ve memnuniyet ölçütlerine göre belirleyecektir. Bu bağlamda, sadece giyinme yeri, dinlenme odası ve tuvalet bulunması gerektiğinin düzenlenmesiyle yetinilmeli, bunların kadın erkek şeklinde ayrı ayrı olup olmayacağı ve sayıları dişhekimine bırakılmalı, engellilerin kullanımına uygunlukla ilgili standart ise tanımlanmalıdır.

Poliklinikte bilinçli sedasyon yapılacak ise bunun için muayene odası standartlarında ayrı bir oda kurulması gerektiği belirtilmekte (madde 10/1-d) ise de mevcut muayene odasında bilinçli sedasyon yapılmasının hizmetin niteliğini etkileyen bir yönü bulunmamaktadır. Bu bakımdan, muayene odasından ayrı bir birim oluşturulması zorunlu tutulmamalıdır.

Vakıf üniversiteleri tarafından açılacak sağlık kuruluşlarıyla ilgili yukarıda belirttiğimiz çekincelerin yanı sıra; bu üniversiteler tarafından verilecek eğitimin ağız ve diş sağlığı merkezinde olabileceğine ilişkin hüküm (madde 11/c) hizmetin gereklerine aykırı olduğu gibi 2547 sayılı Yükseköğretim Yasasına da uygun değildir.

Farklı sağlık kuruluşları tanımlanıyor ise bu farklılaştırmanın hizmetin gereğine uygun bir nedeni bulunmalıdır; ölçek tek başına farklılık nedeni olamaz. İki dişhekiminin olduğu yer poliklinik, on dişhekiminin çalıştığı yer merkez ve yirmi beş dişhekiminin çalıştığı yer hastane denildiğinde sadece ölçek/büyüklik tanımlanmaktadır. Örneğin müşterek muayenehanede beş dişhekimi olduğunda ya da poliklinikte on beş dişhekimi bulunduğu bunun adının farklı olması için hizmetin gerektirdiği bir neden bulunmamaktadır. Sağlık kuruluşları arasında mutlaka bir farklılık yaratılacaksa bunun hizmet sunum standartlarıyla yapılması gerekir. Bu bağlamda, örneğin, merkezlerde ameliyathane, merkezi sterilizasyon ünitesi ve gözlem ünitesinin bulunması isteğe bağlı değil zorunlu olmalıdır (madde 11/1-ç).

10.Ruhsat Devri

Taslağın 16/1. maddesinde “Ruhsatlandırılmış poliklinik, merkez ve hastanelerin devri halinde ön izin işlemine gerek olmaksızın devralan adına ruhsat ve faaliyet izin belgesi düzenlenmesi için gerekli iş ve işlemler takip edilir.” hükmüne yer verilmiş ise de anılan olanağın muayenehanelere de tanınması ve söz konusu hükmün “Ruhsatlandırılmış sağlık kuruluşlarının devri halinde...” şeklinde düzenlenmesi uygun olacaktır.

11.Hastane Ek Binası

Taslağın 16/4. Maddesinde “Bu Yönetmelik hükümlerine göre ruhsatlandırılmış hastane binasına ek bina yapılmak istenmesi halinde ön izin alınması zorunludur.” denilmiştir. Hükümde belirtilen ek bina ile ilgili bir sınırlama tanımlanmamıştır. “Ek bina ancak hastane ile aynı veya bitişik parsel üzerinde yapılabilir.” Şeklinde bir sınırlama ile hastane fiziki mekanlarının olabildiğince bütünlük arz etmesi sağlanabilecektir.

12.Sağlık Kuruluşu Sahibinin Ölümü

Taslağın 16/11. Maddesinde muayenehane dışındaki sağlık kuruluşlarının sahibi veya ortağının ölümü halinde sağlık kuruluşunun en azından bir süre daha yakınlarının hesabına faaliyet gösterebilmesine olanak sağlanmaktadır. Olumlu olan bu düzenlemenin içine muayenehanenin de katılması, ölümün yanı sıra sürekli maluliyetin de haklı mazeret içinde belirtilmesi gerektiği düşünülmüştür. Buna göre söz konusu hüküm şöyle olabilir “Tüm sağlık kuruluşlarının sahipliği veya ortaklığı olan diş hekiminin ölümü veya daimi maluliyeti halinde, Müdürlüğe bildirilmek kaydıyla, eşi veya çocukları varsa bunlar hesabına en fazla beş yıl; varisler arasında eş veya çocuk yok ise, diğer mirasçılar hesabına en fazla bir yıl süreyle, mesul müdür veya muayenehanelerde dişhekiminin sorumluluğu altında sağlık kuruluşunun işletilmesine izin verilir.”

13.Mesul Müdür

Taslağın 18. Maddesinde düzenlenen mesul müdürün niteliklerine ilişkin olarak, belli bir süre tecrübe sahibi olma şartının da ilave edilmesi ancak yeni açılacak sağlık kuruluşlarında bu şartın geçici olarak uygulanmaması önerilmektedir. Buna göre söz

konusu hüküm şöyle olabilir: “Sağlık kuruluşlarında tam zamanlı görev yapan ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, meslekte en az beş yıllık tecrübe sahibi bir dış hekimi mesul müdür bulunur. Yeni açılan sağlık kuruluşlarında ilk beş yıl içinde atanacak mesul müdürde tecrübe şartı aranmaz. Mesul müdür, sadece bir sağlık kuruluşunda mesul müdürlük görevini üstlenebilir.”

14.Sağlık Kuruluşu Bilgi Sistemi

Yönetmeliğin mevcut halinde sağlık kuruluşlarının istatistiki veri göndermesi zorunlu iken, değişiklik Taslağında, sağlık kuruluşunun hasta verilerinin kaydedildiği bilgisayar sistemi doğrudan Bakanlık merkezi sistemine entegre edilerek hasta bilgilerinin Bakanlık merkezi sağlık veri sistemine aktarılması zorunlu tutulmaktadır.

Diğer yandan, sağlık kuruluşlarında düzenlenen reçetelerin elektronik reçete olması da zorunlu tutularak hasta bilgilerinin iki ayrı kaynaktan da Bakanlığa gönderilmesinin sağlanması amaçlanmıştır.

Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik’in herhangi bir maddesinde, hastaların rızası aranmaksızın bütün verilerinin Sağlık Bakanlığı ile paylaşılmasının gerektiğini belirten bir kural bulunmamaktadır.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun Ek 11 inci maddesinin üçüncü fıkrasına göre “Bakanlıkça belirlenen kayıtları uygun şekilde tutmayan veya bildirim zorunluluğunu yerine getirmeyen sağlık kurum ve kuruluşları iki defa uyarılır. Uyarıya uymayanlara bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde biri kadar idari para cezası verilir.”

Kayıt ve bildirim yükümlülüğü ise 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3/1-f maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre “Herkesin sağlık durumunun takip edilebilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı şekilde yürütülmesi maksadıyla, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur. Bu sistem, e-Devlet uygulamalarına uygun olarak elektronik ortamda da oluşturulabilir. Bu amaçla, Sağlık Bakanlığınca, bağlı kuruluşları da kapsayacak şekilde ülke çapında bilişim sistemi kurulabilir.”

Anılan madde uyarınca Bakanlık ile bağlı ve ilgili kuruluşlarının dahil olacağı ülke çapında bir kayıt ve bildirim sistemi Sağlık Bakanlığı tarafından kurulabilir.

Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı 663 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile belirlenmiştir.

Anılan Kararnamenin 353. maddesinde “Sağlık Bakanlığı; merkez ve taşra teşkilatından oluşur.” hükmüne yer verildikten sonra 354. maddede hizmet birimleri 15 başlık halinde sayılmıştır. Devam eden maddelerde de bu hizmet birimlerinin görev ve yetkilerine yer verilmiştir.

Söz konusu düzenleme uyarınca, özel muayenehanesinde görev yapan **hekim ve dış hekimleri veya özel poliklinik, özel merkez ya da özel hastaneler Sağlık Bakanlığı’nın bağlı ya da ilgili kuruluşları niteliğinde değildir.** Dolayısıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından bağlı kuruluşları da kapsayacak şekilde ülke çapında kurulan merkezi sağlık veri sistemine **sağlık hizmeti sunan bütün kuruluşların katılmalarını ve hastaların sağlık verilerini Sağlık Bakanlığına göndermelerini zorunlu tutan bir kural bulunmamaktadır.** Dolayısıyla, kanunla tanımlanmış bir yükümlülük olmadığına göre Yönetmelik’le buna yaptırım belirlenmesi de mümkün değildir!

Ayrıca, Yönetmeliğin yaptırım hükmünde yer alan “...Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun bir şekilde veri gönderimi yapmayan...” sağlık kuruluşlarından bahsedilmekte ise de hastaların kişisel sağlık verilerinden hangilerinin ve ne şekilde gönderileceğine ilişkin olarak Bakanlık tarafından belirlenmiş ve açıklanmış/tebliğ edilmiş usul ve esas da bulunmamaktadır.

Bütün bunlardan başka, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik’in çeşitli hükümlerinin iptali istemiyle Türk Tabipleri Birliği ve Türk Dişhekimleri Birliği tarafından açılan davada, Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu tarafından, Yönetmeliğin dayanağı olan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 378. Maddesinin Anayasa’ya aykırı olduğu görüşüyle, yürürlüğünün durdurulması ve iptali için Anayasa Mahkemesine başvurulmasına karar verilmiştir. (2020/326 YD itiraz) http://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=3653

Son olarak; 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Yasasının 4. Maddesinde, bütün veri işlemlerinde zorunlu olan temel ilkeler sayılmış; söz konusu ilkelere uyulmasının zorunlu olduğu açıkça vurgulanmıştır. Bunlar arasında yer alan “ç) İşlendikleri amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü olma.” temel ilkesi bağlamında; Sağlık Bakanlığı tarafından Yasa’nın 6/3. Maddesi uyarınca işlenecek verilerin de “işlendiği amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü olması” şarttır. Bir başka anlatımla, hangi amaçla işlendiği belirtilmeden hastanın bütün verilerinin işlenmesi isteği Yasa’nın 4/2-ç hükmünü ihlal edecektir.

Bütün bu nedenlerle, Taslak’taki düzenlemenin mevcut Yönetmelikte olduğu gibi istatistiki veri paylaşımını zorunlu kılan ve sağlık kuruluşlarında elektronik reçete kullanılmasının isteğe bağlı olduğunu belirten şekilde yeniden ele alınması gerektiği düşüncesindeyiz.

15.Bilgilendirme ve Tanıtım

Sağlık kuruluşları tarafından hiçbir yerde ve hiçbir şekilde reklam yapılamayacağına ilişkin olarak Taslağın 25. maddesi yerindedir. Ancak, uygulamada da görüldüğü üzere sağlık kuruluşları tanıtım adı altında reklam yapmaktadır. Taslağın 25/2. Maddesinin ikinci cümlesinde, tanıtımın serbest olduğu belirtilirken herhangi bir sayı, süre, büyüklük veya içerik sınırlamasına ilişkin ölçüte yer verilmediğinden sağlık kuruluşları tarafından hak görülen ilanın sayı, süreklilik veya büyüklük gibi sebeplerle reklama dönüşmesi mümkün olabilecektir. Bu durumda madde ile ulaşılmak istenen amacın gerçekleşmemesi söz konusu olabilecektir. Bunun önüne geçebilmek için maddenin ikinci fıkrasının ikinci cümlesinin çıkarılmasının uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

16.Denetim

Sağlık kuruluşlarının denetiminde olağan denetimlerin rehberlik fonksiyonu gözetilerek sağlık kuruluşu ile işbirliği içinde yapılması, süreklilik arz eden sağlık hizmeti sunumunun aksamasının önüne geçeceği gibi dişhekiminin saygınlığını zedeleyen bir takım görüntüleri de önleyebilecektir.

Ayrıca, denetim ekibinin ruhsatlandırma sürecinde oluşturulan komisyon gibi bileşimi tanımlı olarak belirlenmesi ve içinde oda temsilcisinin de bulunması gereklidir.

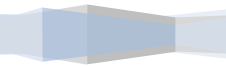
Ek-10 eki tarafımızdan incelenemediğinden içeriğine ilişkin değerlendirme yapılamamıştır.

Verilecek cezalara ilişkin olarak bir önceki ay brüt hizmet gelirinin %1-3’ü arasında olacağı belirtildikten sonra; eylemin tekrarında iki katı uygulanacağı ifade edilmiştir.

Ancak, söz konusu hükmün dayanağı olan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda söz konusu cezanın üst sınırı %5 olarak belirlendiğinden bu oranın üzerine çıkan bir cezanın yönetmelikle tanımlanması mümkün bulunmamaktadır.

17.Kazanılmış Hak

Taslağın geçici maddesiyle, bütün sağlık kuruluşlarının 2025 yılında bu Yönetmeliğe uygun hale gelmiş olması istenmektedir. Mevcut sağlık kuruluşları bakımından yerine getirilebilmesi çok zor veya imkansız koşullar olabilir. Bu yönüyle söz konusu geçici madde kazanılmış hakkı ihlal eden bir düzenleme niteliğindedir. Bunun yerine, yürürlükteki Yönetmeliğin geçici maddesinde olduğu gibi, mevcut sağlık kuruluşlarının bulundukları hal ile hizmet vermeye devam edebileceklerinin ifade edilmesi daha uygun olacaktır.



Dışhekimliği alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin izlenmesi, topluma daha nitelikli dışhekimliği hizmeti verilmesi ve dışhekimlerinin mesleklerinde yetkinlik düzeylerinin korunmasını sağlamak amacıyla mezuniyet sonrasında Sürekli Dışhekimliği Eğitimi zorunlu olmalıdır.

SÜREKLİ DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİ (SDE)

Fakültelerde edinilen bilgi ve becerilerin unutulmamasını, dışhekimliği alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin izlenmesini ve topluma daha nitelikli dışhekimliği hizmeti verilmesini sağlamak amacıyla, 18 Şubat 1998 tarihinde Türk Dışhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu kararı ile Sürekli Dışhekimliği Eğitimi (SDE) Yönergesi yürürlüğe girmiş ve SDE Programı başlamıştır. O tarihten günümüze kadar yüzlerce bilimsel etkinlik düzenlenmiş ve çok sayıda dışhekim bu etkinliklere katılmıştır.

Zorunluluk olmadığı için; özellikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan dışhekimlerimizin katılımları ise çok düşük düzeyde olmuştur.

Sürekli Dışhekimliği Eğitimi Avrupa Birliği ülkelerinde; 2004 yılında 10 ülkede zorunlu iken, 2013 yılında 19, 2019 yılında da 20 olmuştur. 6 ülkede ise formal,(resmi, legal) olmak üzere bütün AB ülkelerini kapsamış bulunmaktadır. Birçok ülkede Sağlık Bakanlığı tarafından Meslek Birlikleri üzerinden yürütülmektedir. TDB tarafından ülke genelinde gönüllülük esasına göre SDE zaten yürütülmektedir. Arzumuz bunun zorunlu olmasıdır. Tabiiler ile beraber yürütmekte bazı zorluklar yaşanabilir diyorsanız, sadece Dışhekimleri için bir yönetmelik hazırlanabilir. TDB SDEYK (Sürekli Dışhekimliği Eğitimi Yüksek Kurulu) Yönergesi ile bunun idaresini yıllarda beri başarı ile yürütmektedir. Zorunlu veya formal alt yapısını bakanlık üzerinden oluşturabilirsek eğer, toplumun ağız-diş sağlığı çok kısa zamanda daha üst noktalara taşınabilir. Tedavi kalitesi artar.

Bu amaçla bir taslağını hazırladığımız SDE Yönetmeliğinin Sağlık Bakanlığımızla beraber son şeklinin verilerek yürürlüğe girmesi gereklidir.

“DİŞHEKİMLERİNİ İŞSİZLİK BEKLİYOR”

Ülkemizde Bilimsel Dişhekimliğinin kuruluşunun 113. yılının sonunda mesleğimiz ve toplum ağız diş sağlığı ile ilgili önemli değişimlerin ve kazanımların olduğu bir gerçek. Ancak başka bir gerçek de yıllardır tartışılan sorunlarımızın birçoğunun bugün halen gündemimizde olması ve önümüzdeki yıllarda da bu sorunların giderek ağırlaşacağıdır.

Öncelikle belirtmek isteriz ki Türk Dişhekimleri Birliği; toplumun ve bireylerin ağız diş sağlığının iyileştirilmesini ve nitelikli dişhekimliği hizmetinin sunulmasını amaç edinmiştir. Bu amacına ulaşabilmek için de bilimsel temelli, kanıta dayalı, koruyucu ve önleyici ağız diş sağlığını önceleyen politikaları savunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve YÖK 2008, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Raporu’nda;

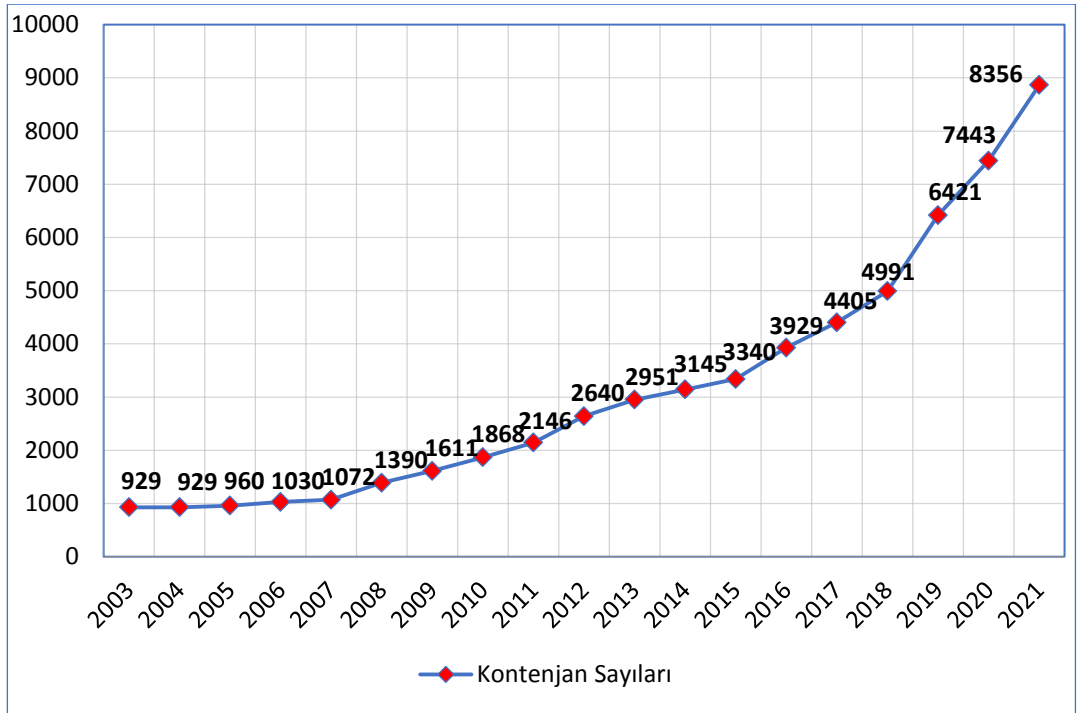
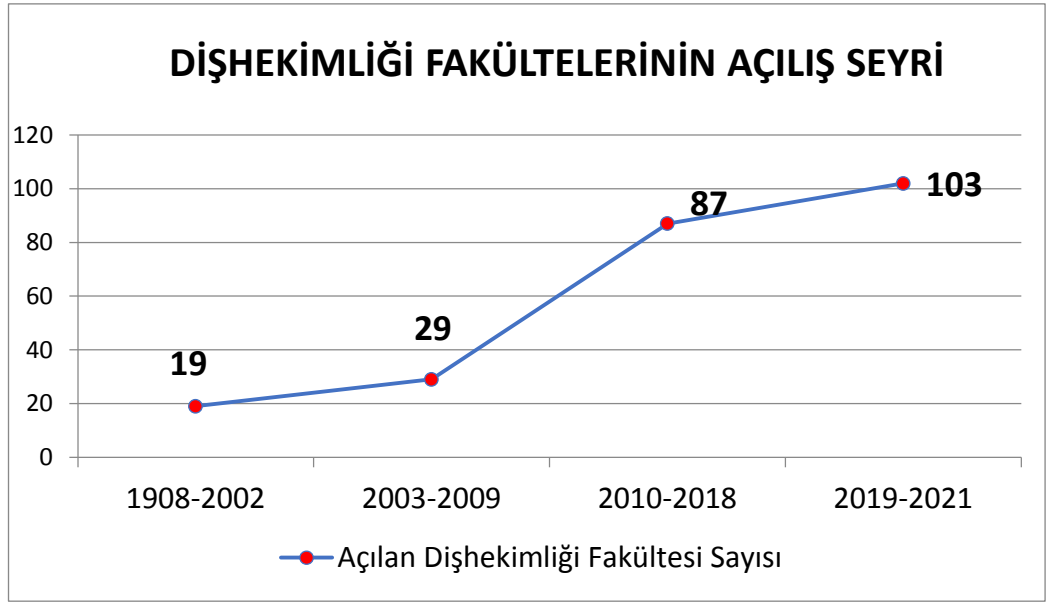
“Sağlık insangücü planlaması, topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde bir zamanlama ile ve doğru bir şekilde istihdam edilmesidir” denmektedir. Ancak uygulamada diğer tüm mesleklerde olduğu gibi dişhekimliğinde de bu kriterlere göre planlama yapılmamaktadır.

İnsangücü planlaması; ülkelerin kaynaklarını verimli kullanmak adına en çok önem verdikleri konulardan biridir. Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de dişhekimliği lisans eğitimi en maliyetli eğitimidir. Bu anlamda dişhekimliği eğitiminde insangücü planlamasının daha da önem kazandığı bir gerçektir.

Ülkemizde; gelişmiş ülkelere göre tüm yaş gruplarında yaygın olan diş ve diş eti hastalıklarının dişhekimlerinin sayısının artırılması ile çözümü mümkün olmayacaktır. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine öncelik veren, insangücü planlamasını; ihtiyaç, talep ve nüfus kriterlerine göre belirleyen ulusal sağlık politikaları oluşturulmadan, diş ve diş eti hastalıklarının çağdaş ülke seviyelerine getirilmesi mümkün değildir.

Son 10 yıldır dişhekimliği eğitimi alanında insangücü planlaması ilkeleriyle bağdaşmayacak şekilde birbiri ardına dişhekimliği fakülteleri açılmış ve öğrenci kontenjanlarında kaygı verici artışlar yaşanmıştır.

2002 yılında 19 olan dişhekimliği fakülte sayısı bugün 103 sayısına çıkmıştır. (103 dişhekimliği fakültesinin 88’inde eğitim verilmektedir. Gelecek yıllarda diğer fakültelerde de eğitim başlayacaktır.) 2005 yılında 960 olan kontenjan; 2018’de 63 fakültede 4991 sayısına, 2021’de ise 88 fakültede 8356 sayısına ulaşmıştır.



Bu durum sürdürülemez bir noktaya gelmiştir. Önlem alınmaz ise önümüzdeki 10 yıl içerisinde işsiz dışhekimleri ve mesleğinin dışında başka alanlarda çalışan dışhekimleri ile karşı karşıya gelinmesi kaçınılmaz olacaktır.

AB ülkelerinde dışhekimliği fakültelerinin sayısı ve dışhekim sayısı ülkemiz verileri ile karşılaştırıldığında büyük bir sorunun yaşanacağı anlaşılabacaktır.

Ülkeler	Dışhekimliği Fakültesi		Nüfus		Dışhekimliği	
	Yıl	Sayı	Yıl	Sayı	Yıl	Sayı
Avusturya	2013	4	2013	8,489,482	2015	4.820
Almanya	2012	30	2013	80,523,746	2015	88.882
Bulgaristan	2012	3	2013	7,282,041	2015	8.350
Fransa	2011	16	2013	65,657,000	2015	41.505
Hollanda	2013	3	2013	16,789,800	2015	12.169
İngiltere	2013	16	2013	63,887,988	2015	38.934
İspanya	2012	17	2013	47,059,533	2015	31.261
İsviçre	2013	4	2013	8,058,100	2015	4.850
İtalya	2013	34	2013	59,685,227	2015	58.723
Yunanistan	2012	2	2013	10,772,967	2015	14.125
Türkiye	2021	103	2020	83.614.362	2020	39.438

Kaynak: - AB Ülkeleri Kaynak: Council of European Dentists Manual Of Dental Practice 2015

TÜRKİYE'DE VE ALMANYA'DA DİŞHEKİMLİĞİ

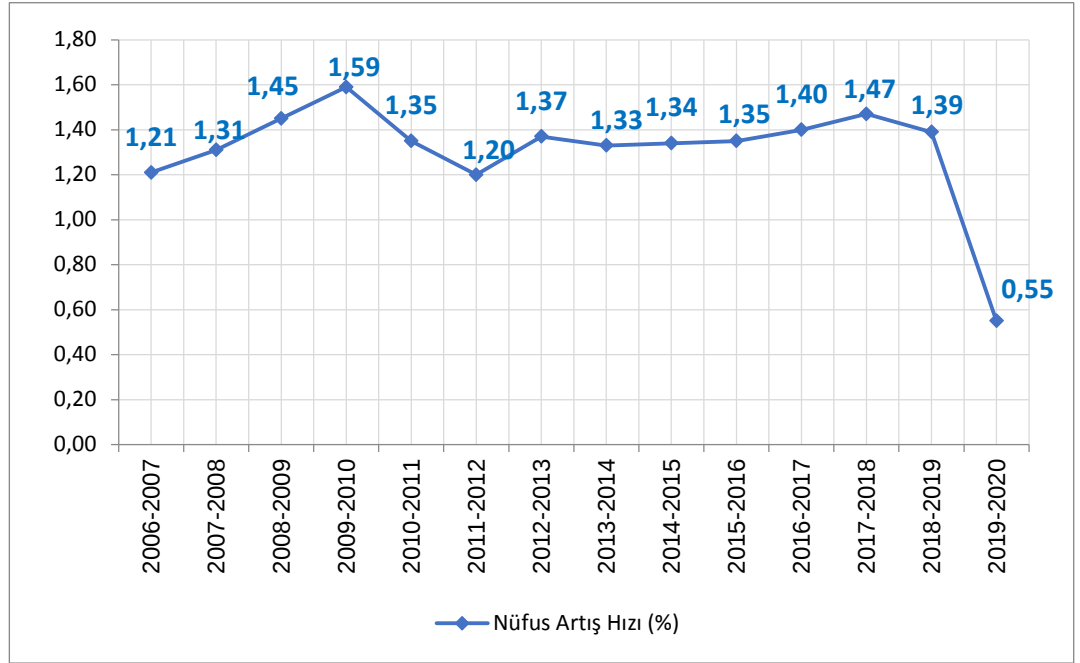
	TÜRKİYE	ALMANYA
2020 Yılı Nüfusu	83.614.362	83.783,942
2020 Yılı Kişi Başı GSYH Gelir (USD)	8.599	55.306
Fakülte Sayısı	103	31
2021 Yılı Dışhekimliği Fakültesi Kontenjan Sayısı	8.866	2.500
Öğrenci Başına Düşen Asistan Oranı	14/1	5/1
Öğrenci Başına Düşen Profesör Oranı	46/1	9/1

DİŞHEKİMLİĞİNİN GELECEK 10 YILI

Geçmiş 10 yılda olduğu gibi gelecek 10 yılda da yeni fakülteler ve kontenjan artırımlarının son beş yıllık ortalaması olan yıllık %17,82 kontenjan artışı olması durumunda, 2028 sonrası için tam bir felaket tablosu ile karşı karşıya kalacağız

2022 yılından itibaren yeni bir fakülte açılmadan ve eğitime başlamamış fakültelerin eğitime başlaması halinde yıllık ortalama 17,82 artış devam edeceğinden, 2028 yılında ülkemizdeki dişhekimisi sayısı 101.094 olacaktır. O günkü tahmini Türkiye nüfusu 90.542.372.000 civarında olacak ve dişhekimisi başına düşen kişi sayısı 895 olacaktır.

2006-2020 YILLARI ARASINDA TÜRKİYE’DE NÜFUS ARTIŞ ORANLARI



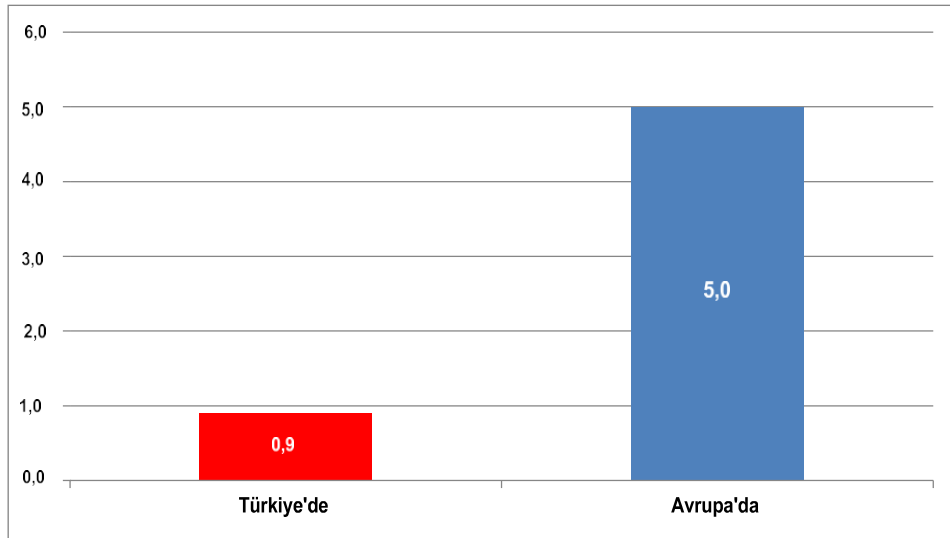
Kaynak: TÜİK

Yıl	Fakülte Kontenjanları*	Mezun Sayıları	Toplam Dişhekim Sayısı**	Ülke Nüfusu	1 Dişhekimine Düşen Nüfus
2017	4.405	2.680	31.684	80.810.525	2.550
2018	4.991	2.951	34.045	82.003.882	2.408
2019	6.421	3.145	37.108	83.154.997	2.240
2020	7.443	3.340	39.438	83.614.362	2.120
2021	8.356	3.929	46.217	84.450.505	1.827
2022	10.445	4.405	50.622	85.295.010	1.684
2023	12.306	4.991	55.613	86.147.960	1.549
2024	14.498	6.421	62.034	87.009.440	1.402
2025	17.081	7.443	69.477	87.879.534	1.264
2026	20.124	8.866	78.343	88.758.330	1.132
2027	23.710	10.445	88.788	89.645.913	1.009
2028	27.935	12.306	101.094	90.542.372	895

*2021 yılına kadar kontenjanlar ÖSYM kayıtlarıdır. 2022 yılından itibaren ise yapılan projeksiyonda 5 yıllık kontenjan artışının ortalaması yıllık artış olarak alınmıştır.

** Özel ve Kamuda çalışan dişhekimlerinin toplamıdır. Meslek icrasında bulunamayan işsiz dişhekimleri ve meslek dışı çalışan dişhekimlerinin sayısı dahil değildir.

TÜRKİYE VE AVRUPA' DA DİŞHEKİMİNE GİTME SIKLIĞI (ADET/YIL)



Gelişmiş ülkelerde dişhekimine başvuru sıklığı yıllık kişi başı 5, ülkemizde ise 0.9'dur. (ADSM'lerin açılmasından sonra başvuru sıklığının bir olduğu tahmin edilmektedir.)

Avrupa Birliği ülkelerinde dişhekimine başına düşen kişi sayısı ortalama 1500'dür. Türkiye'de ise bu sayı 2021 yılı sonunda 1827 civarında olacaktır. Dişhekimine gitme sıklığına bakıldığında bu koşullarda dişhekimine ihtiyacımızın olmadığı görülecektir.

Kişinin sağlık hizmetlerini kullanmasında eğitim, sağlık bilinci, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik gibi etmenlerin yanı sıra ülkelerin kişi başı gayri safi milli hasılatları da belirleyicidir.

S/N	ÜLKELER	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MİLLİ GELİR (USD)
1	Avusturya	55.171
2	Almanya	55.306
3	Bulgaristan	26.034
4	Fransa	48.640
5	Hollanda	60.299
6	İngiltere	48.168
7	İspanya	43.007
8	İsviçre	67.557
9	İtalya	41.582
10	Yunanistan	31.616
11	Türkiye	8.599

Kaynak: TÜİK

ve https://tr.wikipedia.org/wiki/Avrupa_%C3%BClkelerinde_ki%C5%9Fi_ba%C5%9F%C4%B1na_d%C3%BC%C5%9Fen_mill%C3%AE_gelir_listesi

AB ülkeleri ile Türkiye'nin GSMH ve dışhekimine gitme sıklığını karşılaştırdığımızda; insangücü planlaması konusunda yetkililerin kamu kaynaklarını israf ettikleri görülecektir.

Dışhekimliği fakülteleri ve fakülte kontenjanlarının artışı genç dışhekimlerinin dışhekimliği yapamamalarına ya da mesleklerinin dışında başka işler yapmak zorunda kalmalarına neden olacaktır.

Karar vericilere sesleniyoruz:

Dışhekimine başvuru sıklığının Türkiye'ye göre çok yüksek olduğu Avrupa Birliği'ndeki dışhekim/nüfus oranını (1/1500) baz olarak alınsa bile 2023 yılında bu verilerle hedef tutturulmaktadır. İşsiz, emeği çok ucuzlatılmış ve değersizleştirilmiş dışhekimleri ve çalışma biçiminin tümünden işçileşmeye gittiği, piyasa koşullarının hüküm sürdüğü ve dolayısıyla deontolojik ve etik sorunların arttığı bir çalışma ortamı yaratılmaması için, kontenjanların zamana yayılarak 2022 yılından itibaren hızla azaltılması gerekmektedir.

Ülke kaynaklarının israf edilmemesi için;

- İnsangücü planlaması yapılmadan dışhekimliği fakültesi açılmamalı
- Henüz eğitime başlamamış olan fakülteler kapatılmalı
- Eğitim veren fakültelerde kontenjanlar azaltılmalı
- Yukarıda ifade ettiğimiz veriler değerlendirildiğinde bu ülkenin en zor ve pahalı eğitimini alan gençlerimizin geleceği ucuz işgücü olmak ya da işsiz kalmak olmamalı.

35 yıldır meslek alanında yaşanan sorunları irdeleyen, çözüm üreten ve önerilerde bulunan Türk Dışhekimleri Birliği'nin değerlendirmeleri yok sayılmamalı, yetkileri ve görev alanı yasal düzenlemelerle kısıtlanmamalıdır.

“Koruyucu temelli ağız diş sağlığı hizmetlerini hem kamu hem de serbest çalışan dişhekimlerini de içine alacak şekilde düzenlemeli”

COVID-19 Pandemisiyle ilk hasta kaybının açıklanmasının ardından Birliğimiz tarafından ilk olarak 11 Mart 2020 tarihinde, 17 Mart 2020 tarihinde de Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü genelgesiyle kamu sağlık tesisleri ve özel sağlık kuruluşlarında acil olmayan diş hekimliği uygulamalarının mümkün olduğunca ertelenmesi istenildiğinden, bu tarihten itibaren kamu ve özel sağlık kuruluşlarında Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulunca belirlenen ve acil olarak tanımlanan müdahaleler dışında hasta tedavisi yapılmamaya başlanmıştır.

Kamudaki hasta yoğunluğu kadar hasta tedavi mekânları ve hasta bekleme salonları her türlü bulaşa zemin hazırlayan niteliktedir. Diğer yandan ilk uygulamaya girdiği tarihten itibaren hijyen koşullarının göz ardı edilerek, nitelikten çok niceliğin öne çıkarıldığı, çok daha kısa sürede daha çok hastanın muayene ve tedavi edilmesi anlayışı üzerine konumlandırılmış, çalışan hekim ve hasta güvenliğinin önemsenmediği döner sermaye sisteminin son 2,5 ayda küresel salgının küresel boyuttaki yıkımları ile açıklanması bundan sonra çok tartışılacaktır.

TDB’nin hep savunduğu ağız diş sağlığı hizmetlerinin toplu olarak değil muayenehane ve poliklinik tarzı yerlerden verilmesinin daha doğru olduğu görülmüş olup, acil diş tedavi ihtiyaçlarının karşılanmasında yıllardır çapraz enfeksiyon kontamine yöntemlerini daha sağlıklı ve kolaylıkla yürütebilecek, enfeksiyon yayılma zincirinin kırılmasını da sağlayacak, tecrübe sahibi olan muayenehane ve özel sağlık kuruluşlarının genel sağlık sistemimize entegre edilmesi gerektiğini bir kez daha vurguluyoruz.

Hemen her mahallede yaygın olarak bulunması ve kamu tarafından ciddi şekilde denetlenmeleri sebebiyle korona virüs deneyiminden sonra dişhekimliği muayenehanelerinin hasta güvenliği açısından önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Kamu sağlık kuruluşlarının pandemi öncesi koşullarında kısa sürede hizmet verme imkanının çok zor olduğu görülmektedir.

Koruyucu temelli ağız diş sağlığı hizmetleri hem kamu hem de serbest çalışan dişhekimlerini de içine alacak şekilde düzenlenmeli, ülkenin tüm dişhekimliği potansiyeli koordine ve yapısal olarak faydalanılır hale getirilerek gelecek nesillerin ağız diş sağlığını koruma altına alan politikaları bir an önce hayata geçirilmelidir.

TDB yıllardan beri "bilimsel temelli koruyucu ağız diş sağlığı politikaları" esaslı ağız diş sağlığı hizmet modeli oluşturulmasını talep etmektedir. Bu ağız-diş sağlığı hizmet modelinin odağında dişhekimliği muayenehaneleri vardır.

Dışhekimleri, filyasyon olarak başlayan sürecin sonrasında sürüntü almaya, ilaç vermeye ve dağıtmaya kadar giden, görev tanımı ve zamanı belli olmayan bir şekilde çalıştırılmaktadırlar.

1. Dışhekimleri, filyasyon olarak başlayan sürecin sonrasında sürüntü almaya, ilaç vermeye ve dağıtmaya kadar giden, görev tanımı ve zamanı belli olmayan bir şekilde çalıştırılmaktadırlar.
2. Filyasyon, sürüntü, numunelerin teslimi, TÜİK taramaları, toplu ve riskli sürüntüler, gidilen adreslerin belli olmaması, akşam çalışma saatlerinde güvenlik sorunu, kayıt için telefonların kişisel hattan yapılması (kayıt telefon programının tüm illerde olmaması), kişisel koruyucu ekipmanların temininde ve kalitesinde halen sorun yaşanması, filyasyon ekiplerinin doğru koordine edilmemesi sonucu iş gücü ve zaman kaybı yaşanması, görev saatlerinin plansız şekilde anlık belirlenmesi sonucu kişilerin çalışma saatlerini bilmemesi, aile yaşantılarının belirsizliği, sahadaki dışhekimlerinin ulaşım, güvenlik ve çalışma saatleri arasında dinlenme düzenlemelerinin olmaması, çoğu ilde yemek verilmemesi, çalışma saatlerinin 09.00-23.00 gibi bir zaman aralığında olması, dışhekimlerine belli bir kota verilip aynı gün tespitlerin yapılıp, sürüntünün alınması, yakın temas vakalarının tespit edilmesi ilaç temini vs gibi işlerin bitirilmesinin istenmesi, araç temininde sıkıntı nedeniyle özel araç kullanmak zorunda kalınması,
3. Görev alanlarının belirlenmesinde idarecilerin kişisel tercih kullanması sonucu hakkaniyetli görevlendirmelerin yapılmaması, izinlerin kişisel ilişkilerle verilmesi, çalışan kişilerin işgücünün artması, dışhekimliği eğitimi ve mesleki tanımına uygun olmayan görevlerin de filyasyon ekiplerine yaptırılması,
4. Acil vaka tespitlerinde ulaşılacak ilgili kişiler bulunamayınca direkt filyasyonda görevli dışhekimlerine (görev ve yetkilerinde olmamasına rağmen) ulaşılması,
5. Özellikle hava alanlarında görevli filyasyon ekiplerinin 7/24 saat, küçük, hijyenik olmayan bir alanda günde 2000 civarında sürüntü almaları, dışhekimlerinden, çoğu bölgede Halk Sağlığı Uzmanları ve Aile Hekimliği tanımında olan işleri de yapmaları istenmesi, izole ve karantinadaki hastaların takibinin de kolluk kuvvetleri yerine filyasyon ekiplerine yaptırılması, telefon açılarak halledilebilecek karantina süresini uzatmak vb. durumlar için aynı adrese gitmek zorunda kalınması,
6. Bir gün çalışma-bir gün izin kurallarına uyulmaması ve yıllık izinlerin verilmemesi,
7. ADSM'lerinde filyasyona çekilen personel nedeniyle azalan personelin hasta bakma yükünün artması, gece nöbetlerinin gün aşırıya dönmesi, bazı bölgelerde filyasyonda çalışan dışhekimlerine nöbet yazılması, Başhekimlerce uygun olmayan şartlarda hasta bakma konusunda mobbing uygulanması,

8. Döner sermayenin dağıtım ilkelerinde daha önce yaşanan sağlık çalışanları arasındaki eşitsizliğin giderilememesi, kamuda çalışan meslektaşlarımızın uzun süreceği ön görülen pandemi koşullarındaki çelişkiler nedeniyle düşük maaşlar ve belirsizlikler içinde çalışmaya devam etmek zorunda kalmaktadır.

Hekim çalışmasını en çok motive eden faktör ek ödemedir. Sistemin devamlılığı açısından bir düzenleme şarttır. Artan personel sayısından ötürü düşen ek ödeme katsayısını, hekimin iş yükünü artırarak karşılamak mümkün değildir. Herkes sağladığı katkı kadar ek ödemeden faydalanmalıdır. Ayrıca ortak kurum geliri, performans sergilemeyen hekimlere de ek ödeme olanağı sağlamaktadır. Bu adil ve sürdürülebilir bir sistem değildir. Bireysel performansa en kısa sürede geçilerek çalışan personele hak ettiği karşılık verilmelidir.

9. Sabit ek ödemelere yapılan zam ek ödeme havuzundan değil, genel bütçeden karşılanmalıdır. Ek ödeme havuzundan yapılacak her ödeme hekimlerin performans sistemini etkilemektedir.

Pandemi ile mücadelede en ön saflarda olan dişhekimlerine seyyanen zam yapılması dile getirilmelidir. Dişhekimlerinin bu özverisi ödüllendirilmelidir.

Sorunlar nedeniyle kamu dişhekimlerinde emeklilik, istifa kararları artıyor. Sadece İstanbul'da bir ADSH'den son aylarda 25 dişhekimisi istifa etmiş olup, ülke genelinde birçok ağız diş sağlığı kurumlarında çok sayıda istifalar yaşandığını görmekteyiz.

10. Hasta ve hekim memnuniyeti açısından tüm ADSM ve hastanelerde, hekim yardımcı personel oranının bire bir olacak şekilde istihdam edilmesi sahadaki biz yöneticilerin çözümünü beklediğimiz konular arasında yer almaktadır.
11. Dişhekimlerinin MHRS sistemi normal tıp hekimleri gibi sadece muayene değil, girişimsel işlem içerdiğinden düzenlenme bunlar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Tedavi edici hizmetin üzerindeki MHRS sayısı hem hastanın hizmete ulaşmasını güçlendirmekte hem de hekime ekstra yük bindirmektedir.
12. Bu dönemde maalesef kamuda olduğu kadar özelde de çalışan sağlık personellerinde ciddi sayıda can kaybı olmuştur. Kayıpların yakınlarına şehitlik çerçevesinde haklar sağlanmalıdır.

Türkiye’de özellikle çocuklara yönelik koruyucu ağız-diş sağlığı uygulamalarının hiçbir gelişme göstermeden aynen devam ettiğini ve toplum genelinin artan hizmet ulaşım ağına rağmen bundan nitelikli bir şekilde yararlanamadığını yapılan araştırmalar ortaya koymaktadır.

Prof. Dr. İnci Oktay ve arkadaşları tarafından yapılan “Ulusal Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi” sonuçları ülkemizde diş çürüğü ve sonuçlarının yaygınlığının nüfusumuzun büyük çoğunluğunu (77 milyon) etkilediğini ortaya koymakta ve genç yaş gruplarında kontrol edilebilir düzeylerde olan DMF-T ve DMF-S değerlerinin ileri yaş gruplarında çok yüksek düzeylere kadar ulaştığını göstermektedir.

**YAŞ GRUPLARINA GÖRE DİŞ ÇÜRÜKLERİ
VE SONUÇLARININ PREVELANS HIZI**

Yaş Grubu	Diş çürüğü ve sonuçlarının prevalansı(%)
0-4	36
5-9	88
10-14	94
15-19	91
20-29	95
30-39	96
40-49	96
50-59	94
60+	99

**YAŞ GRUPLARINA GÖRE DİŞ ÇÜRÜKLERİ
VE SONUÇLARI DAĞILIMI**

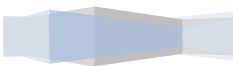
Yaş Grubu	Dmf + DMF-T	Dmf+ DMF-S
0-4	0.52	2.11
5-9	2.85	12.71
10-14	2.23	10.40
15-19	2.05	9.65
20-29	4.03	19.46
30-39	7.55	36.33
40-49	11.15	53.10
50-59	16.25	76.85
60+	25.11	117.21

Bu veriler nedeniyle çocukluktan yaşlılığa kadar tüm yaşam sürecinde ağız-diş sağlığının en üst seviye olması dolayısıyla da doğal dişlerle ömrün tamamlanabilmesinde koruyucu temelli ağız-diş sağlığı politikalarının yürütülmesi gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI) raporları ile ortaya konan diyabet, kalp damar hastalıkları, üst solunum yolu hastalıkları ve kanser gibi "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar" ile diş çürüğü ve diş eti hastalıkları gibi ağız hastalıklarının önlenmesi ancak koruyucu temelli yaklaşımların benimsenmesiyle mümkün olabilmektedir.

Diğer yandan COVID-19 Pandemisi ile birlikte Sağlık Bakanlığı Ağız Diş Sağlığı Merkezleri ile Dişhekimliği Fakültelerinin mevcut fiziki koşulları nedeniyle 11.04.2020 tarihinden itibaren sınırlı sayıda hasta kabul edilmekte ve bu durumun maalesef yıllara dayalı randevuları beraberinde getirdiği ve buna bağlı yoğun mağduriyetlerin yaşandığı bilinmektedir.

Halkımızın ertelenmiş ağız-diş hastalıklarının kamu ve özel ağız diş sağlığı kuruluşlarının iş birliği ve koordinasyonu ile çözümü ile mağduriyetlerin giderilmesine, orta ve uzun vadede kamu maliyesinin olumsuz etkilenmemesine başta acil ve koruyucu hizmetlerin özel sağlık kuruluşlarından alınmasına yönelik çalışma başlatılmalıdır.



MADDE ... -11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve ŞuabatıSan'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna aşağıdaki ek maddeler eklenmiştir.

".... - Tabip ve diş tabipleri, meslek icrasında bulundukları yerlerde kendi meslek mensuplarını istihdam edebilirler.

GEREKÇE: Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 43. Maddesi uyarınca muayenehanelerde hekim ve dişhekimini istihdam edilememektedir.

* Sağlık nedenleri ile haftanın her günü çalışamayan dişhekiminin yanında sigortalı bir hekim çalıştırmasının,

* Hamilelik ve bebeğini büyütme sürecinde sürekli muayenehanesinde bulunamayan kadın dişhekiminin yanında sigortalı bir hekim çalıştırmasının,

* Meslek yaşamının emeklilik dönemine yaklaşan dişhekiminin deneyimlerini ve hasta potansiyelini başka bir dişhekimine süreç içinde devretmesi ve böylece yarattığı değer kaybolmaması için sigortalı bir dişhekimini çalıştırmasının önündeki engellerin kaldırılması

* Şu anda yüzlerce dişhekimini yarım gün ya da tam gün kayıt dışı diş hekiminin yanında çalışmakta. Bu durum hem kayıt dışılığı hem de hekim hasta arasında yaşanan sorunlarda sıkıntı yaratmaktadır.

* Ayrıca şu an iki dişhekimini ortaklığında açılan polikliniklerde sigortalı diş hekimi çalışabiliyor. Yargıtay'ın poliklinik ile ilgili çoklu muayenehane kararı bulunmaktadır. Muayenehaneler için "bir dişhekimini yanında sigortalı bir dişhekimini çalıştıramaz" ibaresi eşitlik ilkesine de aykırı.

03.08.2018 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 7146 sayılı Yasa uyarınca 01.01.2019 tarihinden itibaren emekli bazı dışhekim ve uzman dışhekimlerinin aylıklarına 1.500-2.000 lira tutarında ilave ödeme yapılmıştır.

Yasa’da, ilave ödemenin, bütün emekli dışhekimlerine değil sadece Emekli Sandığı emeklisi olup, makam tazminatı almayan ve emekli olduktan sonra herhangi bir sosyal güvenlik kurumu ile ilişkilendirilebilecek şekilde çalışmayanlara verilmesi kararlaştırılmıştır.

Getirilen şartlar sebebiyle, emekli dışhekimlerinden çok küçük bir kesim bu ilave ödmeden yararlanabilmektedir. Bu durum Yasa teklifinin Komisyon görüşmeleri sırasında da Türk Dışhekimleri Birliği temsilcileri tarafından dile getirilmiş ise de ne yazık ki herhangi bir düzeltme yapılmamıştır.

Emekli dışhekim maaşlarının sahip oldukları statü ile hiç uyuşmayan biçimde çok düşük olduğu Yasa gerekçesinde kabul edilerek böyle bir yasal düzenleme yapılmış ise de; büyük bölümü SSK ve BAĞ-KUR emeklisi olan dışhekimleri ile Emekli Sandığı emeklisi olup da mecburen çalışmakta olan dışhekimlerinin bu ilave ödmeden yararlanamaması, bu konuda yasal düzenleme yapılmasına ilişkin gerekçesiyle çelişmiştir.

Diğer yandan, ülkemiz sağlık sistemi içinde çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapan dışhekimlerinin tamamı, ağız ve diş sağlığı hizmet sunumunda fedakâr biçimde dışhekimliği mesleğini icra etmişlerdir. Dışhekimlerinin emekli aylıklarının, çalıştıkları yere göre belirlenen ölçütlerle saptanması aynı işi yapanlar arasında ayırım yapılması bakımından eşitlik ilkesine aykırı olduğu gibi hiçbir haklı gerekçeye de dayanmamaktadır.

Bütün bu hususlar gözetilerek, bütün meslektaşlarımızın emekli aylıklarına söz konusu ilave ödemenin yansıtılması için gerekli yasal düzenlemenin yapılması hususundaki beklentilerimizi bilgilerinize sunarız.

**23/6/1965 TARİHLİ VE 634 SAYILI KAT MÜLKİYETİ KANUNUNUN 24.
MADDESİNİN BİRİNCİ FIKRASININ DEĞİŞTİRİLMESİ HAKKINDA KANUN
TEKLİFİ/TASARISI GENEL GEREKÇESİ**

Bilindiği üzere Kat Mülkiyeti Kanunu'nun 24. maddesi “Yasak İşler” başlığını taşımakta olup “Anagayrimenkulün, kütükte mesken, iş veya ticaret yeri olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde hastane, dispanser, klinik, poliklinik, ecza lâboratuvarı gibi müesseseler kurulamaz; kat maliklerinin buna aykırı sözleşmeleri hükümsüzdür; dispanser, klinik, poliklinik niteliğinde olmayan muayenehaneler bu hükmün dışındadır.” hükmünü içermektedir. Aynı madenin ikinci fıkrasında da “Anagayrimenkulün, kütükte mesken olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde sinema, tiyatro, kahvehane, gazino, pavyon, bar, kulüp, dans salonu ve emsali gibi eğlence ve toplantı yerleri ve fırın, lokanta, pastahane, süthane gibi gıda ve beslenme yerleri ve imalâthane, boyahane, basımevi, dükkân, galeri ve çarşı gibi yerler, ancak kat malikleri kurulunun oybirliği ile vereceği kararlar açılabilir.” denilmektedir.

Ülkemizde özel sağlık kuruluşları, 634 sayılı Yasa'nın yürürlüğe girdiği 1965 yılından bu yana büyük farklılıklara uğramıştır. 1965 yılında özel hastaneler ve muayenehaneler biçiminde hizmet sunulmakta, özel hastaneler de hasta yatırılarak tedavi edilen yerler olarak kullanılmakta idi. Ancak zaman içinde ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel poliklinik, tıp merkezi gibi ortak çalışma mekanları olduğu gibi özel hastaneler de bu tür birimler olarak çalışma sistemlerini Devlet hastaneleri ile aynı niteliğe dönüştürmüşlerdir.

Özel hastaneler bağımsız binalarda hizmet vermeleri sebebiyle Kat Mülkiyeti Kanunu'nun 24. maddesindeki yasaklayıcı hükümden etkilenmemekte ise de özel sağlık kuruluşları anılan hükmün etkisini can yakıcı biçimde hissetmektedirler. Zira anılan hükme göre “...kütükte mesken, iş veya ticaret yeri olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde hastane, dispanser, klinik, poliklinik, ecza lâboratuvarı gibi müesseseler kurulamaz...” Emredici nitelikteki bu hükmün aksine anlaşmalar da geçersiz olmakta, kat maliklerinin oybirliğiyle verdikleri muvafakat dahi işe yaramamaktadır. Sağlık Bakanlığı da, bunun işe yaramadığını gördüğünden olsa gerek, yayınladığı yönetmelik değişikliği ile özel sağlık kuruluşunun ruhsatlandırılmasında aranan belgeler arasından kat maliklerinin muvafakatının aranmasından vazgeçmiştir.¹ Çevremizde, hemen her yerde binaların bir kısmında faaliyet gösterdiğini gördüğümüz özel poliklinik ve özel tıp merkezleri kat maliklerinin ‘insafına sığınarak’ çalışmakta; sıklıkla da kat malikleri ile ortaya çıkan başka anlaşmazlıklar sonucunda Kat Mülkiyeti Kanununun 24. maddesi uyarınca taşınmazı tahliye etmek zorunda kalmaktadırlar.

Yasa düzenlemesinde muayenehaneler bakımından serbesti tanınmış iken birkaç muayenehanenin bir araya gelmesi ile oluşan poliklinikler bakımından kesin yasaklama getirilmiş olmasının hiçbir açıklaması bulunmamaktadır. 1 Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik uyarınca muayenehane ile poliklinik arasındaki tek fark muayenehanede bir diş üniti var iken poliklinikte en az iki diş üniti bulunmasıdır; diğer teknik koşullar aynıdır. Binanın bir kısmında –ki özellikle alt kattaki dükkanlar bir araya getirilerek- yürütülen dişhekimliği faaliyetinin sağlık riski yarattığına ilişkin düşünülebilecek bir iddia da hem haklı ve anlamlı olmamakta hem de muayenehaneye izin verilmiş olması karşısında dikkat çekici bir çelişki yaratmaktadır.

Ayrıca, söz konusu 24. maddenin ikinci fıkrası ile “...pavyon, bar, kulüp, dans salonu ve emsali gibi eğlence ve toplantı yerleri ve fırın, lokanta, pastahane, süthane gibi gıda ve

¹ Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 10. maddesinin (p) bendindeki “Sağlık kuruluşu müstakil binada değil ise, kat maliklerinden alınacak muvafakat belgesi” hükmü 20.09.2006 tarih ve 26295 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yönetmelik ile yürürlükten kaldırılmıştır.

beslenme yerleri ve imalâthane, boyahane, basımevi...” açılabilmesi için kat maliklerinin oybirliği ile verecekleri kararın yeterli sayılması sağlık hizmeti sunumuna olumsuz bakış açısını ortaya koyan önemli bir veridir. Binanın mesken olarak kayıtlı bağımsız bölümünde kat maliklerinin oybirliği ile verecekleri karar ile boya imalathanesi açılabilir iken iki hekim veya dişhekiminin bir arada hizmet verdikleri polikliniğin açılmayacak olmasının anlaşılabilir ve algılanabilir bir açıklaması bulunmamaktadır.

Bütün bunlardan başka, 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’un 194. Maddesi ile 634 sayılı Kat Mülkiyeti Kanununun 24. Maddesine eklenen “1136 sayılı Avukatlık Kanununda avukatlık büroları ve hukuk büroları ile ilgili düzenleme yapılıncaya kadar meskenlerdeki avukatlık ve hukuk büroları faaliyetlerine devam ederler. Bu süre, bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren iki yıldır. Bu hüküm 3568 sayılı Serbest Muhasebeci Mali Müşavirlik ve Yeminli Mali Müşavirlik Kanununda ilgili düzenleme yapılıncaya kadar meslek mensupları tarafından açılan bürolar hakkında da uygulanır.” şeklindeki fıkra ile avukat ve mali müşavirlerin bu alandaki sorunları en azından iki yıl için çözümlenmiş iken en az adı geçen meslek grupları kadar yaygın biçimde bu sorunu yaşayan tabip ve diş tabipleri için de benzer bir çözümün getirilmesi gereklidir.

Bütün bu çelişkilerin giderilebilmesi ile günümüzde fiilen yürütülen faaliyetlerin hukuksal düzene kavuşmaları bakımından, Kat Mülkiyeti Kanunun 24. maddesinin birinci fıkrasında aşağıda belirtilen değişikliğin yapılması gerekmiştir.

Madde gerekçesi

Değişiklik ile mesken nitelikli bağımsız bölümlerde muayenehane açılabilmesinin kat maliklerinin iznine tabi olmamasına yönelik düzenleme ve uygulama korunmakta; en çok iki hekim yahut dişhekiminin çalıştığı küçük poliklinikler de muayenehaneler ile aynı statüde değerlendirilmekte; mesken nitelikli bağımsız bölümlerde açılacak hastane dışındaki diğer sağlık tesisleri için kat maliklerinin oybirliği aranmaktadır.

Kütükte iş veya ticaret yeri olarak gösterilen yerler ile zamanında mesken olarak kütüğe kaydedilip de halen bütün bağımsız bölümleri fiilen işyeri olarak kullanılan taşınmazlarda yapılabilecek işlerin sınırının yönetim planındaki yasaklamalar olarak alınmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

23/6/1965 TARİHLİ VE 634 SAYILI KAT MÜLKİYETİ KANUNUNUN 24. MADDESİNİN BİRİNCİ FIKRASININ DEĞİŞTİRİLMESİ HAKKINDA KANUN TEKLİFİ/TASARISI

MADDE 1- 23/6/1965 tarihli ve 634 sayılı Kat Mülkiyeti Kanununun 24 üncü maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Anagayrimenkulün, kütükte mesken olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde tıp merkezi, poliklinik, tıbbi tahlil ve görüntüleme merkezleri ile ecza lâboratuvarı gibi sağlık kuruluşlarının kurulabilmesi kat maliklerinin oybirliği ile verecekleri kararla mümkündür; muayenehaneler ve müşterek muayenehaneler ile en çok iki hekim veya dişhekiminin çalıştığı poliklinikler bu hükmün dışındadır. Anagayrimenkulün kütükte iş veya ticaret yeri olarak gösterilen bağımsız bölümleri yönetim planında yasaklananlar dışındaki işler için kullanılabilir; kütükte mesken olarak gösterilmesine karşın bütün bağımsız bölümleri fiilen işyeri olarak kullanılan taşınmazlar için de bu kural uygulanır.”

MADDE 2-Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 3-Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

10

SAĞLIKTA HİZMET SUNUMUNDA KDV’NİN %1’E İNDİRİLMESİ

Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması için KDV’nin %1’e indirilmesini talep ediyoruz.

11

KAMUDA YARDIMCI PERSONEL EKSİKLİĞİNİN GİDERİLMESİ

Kamuda dişhekimliğinde yardımcı sağlık personeli istihdamı Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu tarafından yayınlanan normalleşme döneminde COVID-19 Rehberi Dental Klinik Çalışma usullerinde bahsedildiği şekilde düzenlenmelidir.

12

MESLEKTE 15 YILINI DOLDURMUŞ DİŞHEKİMLERİNE YEŞİL PASAPORT VERİLMESİ

Bilindiği üzere, Türk vatandaşlarına pasaport verilmesi ile ilgili düzenlemeler 5682 sayılı Pasaport Kanununda düzenlenmiş; hususi damgalı pasaport verilebilecek kimseler de bu Kanun’un 14. maddesinde sayılmıştır.

Bunlar arasında, TBMM eski üyeleri, eski bakanlar, belediye başkanları ve devlet memurları ile diğer kamu görevlileri ve bunların eş ve çocukları, ihracat yapan bir kısım firma yetkilileri mevcuttur. Ancak mesleğini özel olarak yürüten dişhekimleri hususi damgalı pasaport verilebilecekler arasında düzenlenmemiştir.

Kamu ya da özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleki faaliyetini yürüten meslektaşlarımızın yürüttüğü görev aynı nitelikte olup toplumun gereksinim duyduğu sağlık hizmetini sunmaktadırlar. Bunlar arasında, verilecek pasaportun niteliğini değiştirecek, nesnel bir ayırım bulunmamaktadır.

Bu çerçevede, yürüttükleri görevin kamusal niteliği gözetilerek, 15 yıl görev yapmış dişhekimlerine, çalıştıkları yerin niteliği dikkate alınmaksızın hususi pasaport verilebilmesine yönelik yasal düzenleme yapılmasının, kamusal iş ve işlemlerde yurttaşlar arasında işin gerektirdiğinden başka bir ayırım yapılmaması bakımından oldukça değerli olduğu düşüncesindeyiz.



Adres

Kızılırmak Mah. 1446. Cad.
Alternatif İş Merkezi No:12/38
06530 Çukurambar,
Çankaya/ANKARA

Telefona 312 435 93 94 **Faks** 0 312 430 29 59

E-mail tdb@tdb.org.tr