



**TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
BAŞKANLAR KONSEYİ TOPLANTISI**



**01-02 Ekim 2004
ÇANAKKALE**



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
BAŞKANLAR KONSEYİ
TOPLANTISI

01-02 Ekim 2004
ÇANAKKALE

ODA	ADRES	KOD	TEL – FAKS NO	ODA BAŞKANI	ODA GENEL SEKR.
ADANA 01	Cemal Paşa Mah. 6.Sokak Balkaroglu Apt N:11 K:1 ADANA	322 Fax	457 24 67 459 24 33	Asım SAVAŞ 0322.453 51 38- 0533.734 50 25	Mustafa BİLGİLİOĞLU 0322.457 64 61
ANKARA 06	Ziya Gökalp Cad. 68/21 Kolej/ANKARA	312 Fax	435 90 16-435 73 94 435 80 28	Merih BAYKARA 0312.466 03 03-0532 798 03 38	İ.Sami BALÇIK 0312.223 04 05
ANTALYA 07	Meltem Mh. 3.Cd. 3808 Sok.No:18/7 ANTALYA	242 Fax	237 52 52 237 55 88	Rukselen SELEK 0242.242 78 48-0532 527 19 00	Odman ERTEKİN 0242 243 17 27
AYDIN 09	Adnan Menderes Bulv. Güzelhisar Mh. 9.Sk. N:12 K:1 AYDIN	256 Fax	213 56 99 213 56 99	Halil GÜMÜŞ 0256.225 59 34-0535 428 45 65	Yeşim ODABAŞI 0256.215 08 78
BALIKESİR 10	Anafartalar Cd. Özel İdare 1.İşh. N:76 BALIKESİR	266 Fax	243 34 29 249 97 87	Ş.Korkmaz TUZCUOĞLU 0266.239 19 44-0532 341 38 87	L.Sabri OVACIK 0266.244 13 62
BURSA 16	Aktar Hüsam Mh. Değirmen Sk. N:9/B 16050 BURSA	224 Fax	222 69 69-221 30 39 223 53 39	Metin BOZKURT 0224.222 57 78 -0532.286 15 49	Emel COŞKUN 0224.222 32 36
ÇANAKKALE 17	Kemalpaşa Mah. Hamdi Sk. Borlu Apt. N: 29/1 17100 ÇANAKKALE	286 Fax	214 03 76 214 03 76	Bilge ŞİMSEK 0286.217 26 21 -0535.244 20 01	Emine ŞENGÖREN 0286.217 05 44
DENİZLİ 20	Uçancıbaşı Mah. 561.Sokak N:4 K:4 PK:20100 DENİZLİ	258 Fax	264 41 03 242 63 64	M. Bayram İLKİMEN 0258.261 92 84 -0532.332 07 52	Metin HADIMLI 0258.263 45 31
DIYARBAKIR 21	Rızvan Ağa Sk.90 Evler B Blok Namık Apt.N:4 Ofis/DIYARBAKIR	412 Fax	229 37 94 228 48 99	Muzaffer SARUHAN 0412.224 20 86-0532.527 76 66	M.Siddık PATNOS 0412.229 06 37
EDİRNE 22	Talatpaşa Asfaltı Meriç 18 Sitesi N:24 EDİRNE	284 Fax	212 09 81 212 09 81	Ayten EREN 0284.212 01 50 -0532.363 31 99	A.Tümay AKGÜN 0284.213 45 32
ERZURUM 25	SSK Rant Tesisleri Gez Mh. 2.Blok N:235 K:2 ERZURUM	442 Fax	233 58 68 233 58 68	Alper EMİNOĞLU 0442.234 57 41 -0532.312 00 20	Yüksel AYAZ 0442.316 53 50
ESKİŞEHİR 26	İsmet İnönü Cd. Bayrak Sk. Dost Apt. N:2/3 ESKİŞEHİR	222 Fax	233 95 49 221 40 72	Tarık TUNÇEL 0222.232 22 07- 0533.619 54 26	Gülhan ALANOĞLU 0222.233 74 67
GAZİANTEP 27	Dr.Mecit Barlas Cad. Suburcu İş Merkezi K:2 N:4 GAZİANTEP	342 Fax	234 20 27 230 37 77	Zafer ÇOLAKOLU 0342.233 24 53 -0532.364 55 99	Muzaffer BALOĞLU 0342.220 02 11
HATAY 31	Belediye Antakya Parkı Eski Nikah Dairesi Salonu HATAY	326 Fax	214 68 16 216 35 42	Nebil SEYFETTİN 0326.212 26 18-0532.422 09 19	H.Kemal KAYA 0326.213 02 33
ISPARTA 32	Mimar Sinan Cad. Vakıf İşh K:2 No:213 ISPARTA	246 Fax	218 19 93 218 19 93	Hüdayi KARTÖZ 0246.223 73 70 -0533.721 54 34	Ahmet ÖRMECİ 0246.223 76 44
İSTANBUL 34	Cumhuriyet Cd. Safir Apt. N:361 K:2 D:3 Harbiye/İSTANBUL	212 Fax	225 03 65-296 21 05 296 21 04	Rifat YÜZBAŞIOĞLU 0212.631 34 94-0532.284 08 95	Ah GÜRLEK 0342.221 56 29
İZMİR 35	Anadolu Cd. N:40 Tepekule İş Merk. D:209-210-211 Bayraklı-İZMİR	232 Fax	461 21 52-461 36 15 461 37 59	Turgan ÜLKER 0232.232 81 52-0532.797 17 72	Arif PINAR 0232.381 02 77
KAYSERİ 38	Cumhuriyet Mh.Kaleönü Cad. A Blok. N:50/202 KAYSERİ	352 Fax	232 61 67 221 03 74	Tülay TACETTİNOĞLU 0352.232 66 56-0542.313 09 13	Ahmet YÜCEL 0352.231 76 16
KOCAELİ 41	Alemdar Cd. Şen İş Merk. K:1 No:46/88 KOCAELİ	262 Fax	321 02 77 325 08 07	Murat ÖZYILDIRIM 0262.323 01 84-0532.377 21 97	Hülya SOYKAL 0262.322 41 00
KONYA 42	Tevfikye Cd. Garanti İşh. K:2 N:20-21 KONYA	332 Fax	350 67 12 350 67 12	Biröl KARAKAYA 0332.353 43 63-0532.720 10 60	A.Hamdi GÜLBAHÇE 0332.353 50 72
MALATYA 44	Halep Cd. Kavaklıbağ 1.Sk. N:1 / 5 MALATYA	422 Fax	323 81 90 323 81 90	Agah ALTUNSUYU 0422.325 03 29-0533 737 34 02	Vedat CAVDAR 0422.325 59 97
MERSİN 33	Bahçelievler Mah 1801.Sk.Mete Apt. No:3/2 MERSİN	324 Fax	328 93 08-328 91 56 326 61 42	Oğuz YILMAZ 0324.233 91 05 -0532.214 72 73	Oytun MANAV 0324.239 02 00
MANİSA 45	Çimentepe Cad. Utku Mah. Özlem Apt. No:63/2 MANİSA	236 Fax	231 47 92 231 47 92	Zihni HOŞKAR 0236.231 99 11-0542 322 15 52	Ertan KILIÇ 0236.232 43 73
MUĞLA 48	İsmet İnönü Cd. Naz-Se Apt. K:1 D:3 MUĞLA	252 Fax	212 85 56 212 85 56	Yusuf KILIÇ 0252.692 28 12-0532.226 25 49	Çiğdem KASAP 0252.212 43 29
SAKARYA 54	Tozlu Camii arkası Bilal Öztürk İşm. No:24 K:1 SAKARYA	264 Fax	278 81 91 278 81 91	Yeşim SARAC 0264.273 61 09-0532. 457 16 57	Savaş VURALLI 0264.273 91 45
SAMSUN 55	Ulugazi Mh. Karaoğlanoğlu Sk. No:2/4 K:2 SAMSUN	362 Fax	435 44 78 435 95 21	Abdullah İLKER 0362.431 00 62 -0533.227 98 23	Suat SEMİZ 0362.234 88 91
SİVAS 58	Sırer Cd. Sağlık Sitesi K:4 N:26 SİVAS	346 Fax	221 14 19 224 46 00	Remzi ÖZKAN 0346.223 17 65-0532.325 81 17	K.Engin AKPINAR 0346.219 10 10
TEKİRDAĞ 59	Namık Kemal Cd. Turşucular İşh. N:1 K:4 Oda No:28 TEKİRDAĞ	282 Fax	263 82 99 263 54 55	Tolga KUTAL 0282.261 53 38 -0532.615 98 38	Ertuğrul ÜSTEK 0282.261 57 99
TRABZON 61	İskenderpaşa Mah. Dervişoğlu Sok. Bayraktarlar İşm.No:67 K:3 TRABZON	462 Fax	321 47 70 321 47 70	Adnan GÜNNAR 0462.326 65 42-0532.437 24 20	Mustafa YILDIZ 0462.326 02 19
UŞAK 64	Ticaret ve Sanayi Odası İşhanı K:1 No:112 UŞAK	276 Fax	224 13 32 224 13 32	Fatma ÖZKUMUR 0276.227 38 32-0533.529 98 55	İ.Bilgin ERDEM 0276.227 90 63
ZONGULDAK 67	Gazipaşa Cd. Barlı Apt. N:5 K:4 ZONGULDAK	372 Fax	251 56 24 253 46 59	Saba ERYILMAZ 0372.323 35 80 - 0533.216 23 03	Metin ÖGÜT 0372.615 36 81

BAŞKANLAR KONSEYİ TOPLANTISI
(01 – 02 Ekim 2004 , ÇANAKKALE)

GÜNDEM:

- 1-** Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu alıőmaları Hakkında Bilgilendirme
- 2-** Kamunun, Serbest alıőan Dişhekimlerinden Hizmet Satın Almasının Görüőülmesi
- 3-** 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanununun Yönetmelik Taslağının Görüőülmesi
- 4-** Toplum Ağız Diş Sağlığı Eğitim Projesinin Görüőülmesi
- 5-** TDB Dayanıőma ve Afet Fonu'nun Görüőülmesi
- 6-** Serbest Gündem

ORGANİZASYON : ÇANAKKALE DİŞHEKİMLERİ ODASI

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ BAŞKANLAR KONSEYİ TOPLANTISI
01- 02 Ekim 2004
Çanakkale

PROGRAM:

1 EKİM 2004 Cuma

09.30 – 11.30	AÇILIŞ - TOPLANTI
11.30 – 12.00	Çay-Kahve Arası
12.00 – 14.00	TOPLANTI
14.00 – 14.30	ÖĞle Yemeği
15.00 –	Sosyal Program (Gelibolu Yarımadası Milli Park Gezisi)
20.30	AkŐam yemeği

2 EKİM 2004 Cumartesi

09.30 – 11.00	TOPLANTI
11.00 – 11.30	Çay-Kahve Arası
11.30 – 13.00	TOPLANTI
13.00 – 14.00	ÖĞle Yemeği
14.00 – 15.30	TOPLANTI
16.00 –	Sosyal Program (Truva Gezisi)
20.30	AkŐam Yemeği

İÇİNDEKİLER

- 1- KAMUNUN SERBEST ÇALIŞAN DİŞHEKİMLERİNDEN HİZMET SATIN ALMASI**
- 2- TEMEL TEMİNAT PAKETİ - İÇERİSİNDE DİŞHEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN OLMASININ / OLMAMASININ ETKİLERİ**
- 3- 3224 SAYILI TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ KANUNUNUN YÖNETMELİK TASLAĞI**
- 4- 2004 YILI DİŞ KORUMA GÜNLERİ KAMPANYASI**
- 5- TDB DAYANIŐMA VE AFET FONU İLE İLGİLİ KARAR**
- 6- SAHTE DİŞHEKİMLERİNE VERİLEN HAPİS VE PARA CEZALARINI ARTIRAN 5181 SAYILI KANUN**
- 7- DÜNYA ORAL SAĞLIK RAPORU 2003**
- 8- SAĞLIK MESLEK MENSUPLARI BİRLİĞİ KANUN TASARI TASLAĞI**

**KAMUNUN SERBEST ÇALIŞAN
DİŞHEKİMLERİNDEN
HİZMET SATIN ALMASI**

**KAMUNUN SERBEST
ÇALIŞAN
DİŞHEKİMLERİNDEN
HİZMET
SATIN ALMASI**

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
HİZMETLERİNİN SERBEST
DİŞHEKİMLERİNDEN
ALINMASININ OLMAZSA
OLMAZLARI VE NETLEŞMESİ
GEREKEN
KONULAR/SORULAR**

- 1.** Ulusal toplum ağız ve diş sağlığı eğitim projesi hazırlanması
- 2.** Koruyucu – önleyici tedavilere öncelik verilmesi.
(Öncelikli tedaviler belirlenmelidir.)
- 3.** Öncelikli grupların belirlenmesi
(Yaş,Hamile,Hastalık,engelli v.b)
- 4.** Hizmet kullanımında suiistimal ve hizmetin gereksiz kullanımının engellenmesi.
- 5.** Hizmet kullanıcının adil dağılımı için gerekli alt yapı çalışmalarının yapılması.
- 6.** Hizmet sunucularının tek alanda çalışması
(Kamu yada özel sektör)

NETLEŞMESİ GEREKEN

KONU VE SORULAR

- 1) Tedavi kapsamında (Temel teminat paketi) yer alacak tedavi kalemleri
- 2) Hizmetlerden yararlanacak öncelikli grupların belirlenmesi
- 3) Katkı payı olmalı mı? Olacak ise tedavi kalemlerine ve öncelikli gruplara göre değişimi ne olmalı?
- 4) Hizmet sunucularının (dışhekimlerinin) çalışma şekli nasıl olmalı?
 - a. Kamu
 - b. Kamu+serbest
 - c. Serbest
- 5) Hizmet sunucularının sistem içerisindeki yeri
 - a. Sistem içerisine giriyor
 - b. Sistem içerisine girmiyor
- 6) "Hizmetin rekabeti" olacak mı? Kamu ve özel sektör aynı işe aynı bedelle mi hizmet verecek?

KAMU VE ÖZEL

SEKTÖRDE HİZMET

SUNUMU NASIL OLMALI?

ALTERNATİF

A. Kamu sektöründe çalışan dişhekimleri belirlenmiş yaş ve özel gruba hizmet verir. Örneğin; 0-19 yaş grubu, hamileler, kanserli hastalar, engelliler v.b olanlar. Diğer yaş grubu özel sektörde çalışan dişhekimlerinden hizmet alırlar.

B. Tüm nüfus kamu ve özel sektördeki dişhekimlerinden hizmet alır.

1) Hizmet; kamu sektöründen alındığında hizmetin bedeli x TL. Özel sektörden alındığında x +katkı payı

2) Kamu ve özel sektörde hizmet bedeli aynı

C. Kamu sektörü belirlenmiş hizmetleri verecek (Tedavi-çekim v.s) Diğer hizmetler özel sektörden alınacak

D. 0-15 yaş grubunun özel sektörden diğer yaş gruplarının kamu sektöründen hizmet alması ve bunun kademeli olarak ileriki yaş gruplarına doğru yayılması.
(Sağlık Bakanlığının önermesi)

ÖDEME SİSTEMİ

NASIL OLMALIDIR?

1. Kişi başı ödeme

2. Hizmet başı ödeme

3. Kişi+hizmet başı ödeme

a. Önce hizmet başı ödeme, sonrası için kişi başı ödeme (0-19 yaş grubu)

b. 5-7 yaş grubu için kişi başı ödeme
diğer yaş grupları için hizmet başı ödeme

Kişi başı ödeme; yerleşik olmayan bir toplum ve sağlık bilinci gelişmemiş halk için uygun değildir.
Bu nedenle bunu yaş grubu ile sınırlı tutmak gerekir.

- TEMEL TEMİNAT PAKETİ –
İÇERİSİNDE
DİŞHEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN
OLMASININ / OLMAMASININ
ETKİLERİ

**-TEMEL TEMİNAT PAKETİ-
İÇERİSİNDE**

DİŞHEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN

OLMASININ / OLMAMASININ

ETKİLERİ

Diş ve diş eti hastalıklarının önlenabilir hastalıklar olduğu ve bu noktada bireysel sorumlulukların önem taşıdığı yaklaşımı genel kabul görmektedir.

Ağız ve diş rahatsızlıkları ;

Kendiliğinden iyileşmemesi, ilerleyince tedavisinin güç olması ve bu arada genel sağlıkla ilgili yarattığı tahribatlar, ayrıca ağrı çekme, dişsizliğin yarattığı fonksiyon bozuklukları ve sosyal yaşamdaki etkileri nedeni ile bireyin yaşam kalitesini bozmaktadır. Bu nedenle dişhekimliği hizmetlerinin Teminat Paketi içerisinde yer alması; gereklilikten öte zorunluluktur.

Temel Teminat Paketi içerisindeki dişhekimliği hizmetlerinde öncelik, ağız ve diş sağlığı harcamalarının azalmasını sağlayacak tedavi kalemlerine ve yaş gruplarına verilmelidir.

A) OLUMSUZLUK:

- ❖ Dişhekimliği hizmetlerinin ucuza satın alınması/Dişhekiminin emeğini ucuza satması.
- ❖ Hizmetin kalitesinin düşmesi.
- ❖ GSS sistemi tedavi edici sağlık hizmetlerini temel alır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin nasıl verileceğinin belirsizliği sağlık harcamalarını artıracaktır.
- ❖ Hizmetin daha çok kullanımının yaratacağı finans yetersizliği söz konusu olabilir.

Önlem:

- TDB ve dişhekimleri odalarının toplumsal muhalefeti.
- Hastada kullanılan ürünlerin kontrolü ve muayenehane standardizasyonu.
- Dişhekiminin yaptığı müdahalelerin “**rasgele çekme**” yöntemi ile kontrol edilmesi.
- Koruyucu diş hekimliği programlarının Temel Teminat Paketinin olmazsa olmaz ön koşulu olarak görülmesi.
- Katkı payı uygulaması ile suiistimalin önlenmeye çalışılması.

B) OLUMLU YANLARI:

- ❖ Prim ödeyenin daha çok sorgulama olanağına sahip olabilmesi
- ❖ Sağlık priminin başka alanlarda kullanılamaması
- ❖ Primi veren bireyin daha çok hizmet kullanmaya başlaması (ABD de sigortalıların tamamı dişhekimine yılda bir kez giderken sigortasızların ise %28'i yılda bir kez dişhekimine gitmektedir)
- ❖ Şu andaki var olan uygulamada belli kişilere gitmek zorunda kalan hizmet kullanıcının hekim seçme alanının genişlemesi. (657 ve emekli sandığı mensupları ile özel sandıklardaki uygulamalar)
- ❖ Enformasyon sistemi kurularak hastaların dişhekimlerine eşit dağılımının sağlanması ile ilgili düzenlemelerin yapılması (Dişhekimleri arasındaki kazanç farklılığının /makasının kapatılması)
- ❖ Atıl durumdaki insan gücünün verimli hale gelmesi.
- ❖ Kayıtlı ekonomiye geçileceğinden dolayı sahte dişhekimisi sorununda ciddi kazanımlar elde edilecektir.

DİŞHEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN

BASAMAKLANDIRILMASI

VE

DİŞHEKİMİNİN ÇALIŞMA ALANI

Diş ve diş eti hastalıklarının tedavisi, %98 uzman olmayan dişhekimleri tarafından yapılmaktadır. Hizmetin hemen hemen %100'ü ayakta tedavi hizmeti yapılan kurum ve kuruluşlarda verilmektedir.

Uzmanlık gerektiren çene ve diş anomali hastalıkları da (Ortodontik müdahaleler) ayakta tedavi hizmeti yapılan kuruluşlarda tedavi edilmektedir. Sadece genel anestezi altında yapılan büyük çene kistleri ve büyük kırıklar için hastaneler kullanılmaktadır. Bu anlamda dişhekimliği hizmetlerindeki basamak tanımlamasının genel sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması ile aynı kategoriye sokulmaması gerekir.

Dişhekimisi ; bir göz hekimi ve KBB hekimi gibi ağız ve komşu dokularının hastalıklarının tedavisini yapan hekimdir. Bu nedenlerle dişhekimliği hizmetlerinde sevk sistemi ancak belirli alanlarda ve sınırlı sayıda olabilecektir.

ÖNCELİKLİ GRUP/GRUPLAR

OLMALI MI?

Sağlık hizmetlerinin temel felsefesi bireyin hastalıklara karşı öncelikle korunması ve bu bakış açısıyla gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır.

Sağlık harcamaları; artan hizmet talebi, nüfusun yaşlanması, pahalı teknoloji nedeni ile giderek artmaktadır.

Bu anlamda sağlık hizmetlerinde en sık rastlanan, en çok sakat bırakan, en çok ölüme neden olan ve yaşam kalitesini en fazla bozan hastalıkların önlenmesine öncelik ve önem verilmektedir. Ayrıca kaynakların sınırlı olması bu değerlendirmeyi daha da önemli kılmaktadır.

Ağız ve diş sağlığı harcamalarının büyük bir oranda azaltılması için öncelikli grupların ve öncelikli tedavilerin belirlenmesi gereklidir.

Öncelikli Gruplar; 0-19 Yaş (Yaş kategorisi değişebilir),
Hamileler, Engelliler, Diyabet-Kanser Hastaları v.b

DİŞHEKİMLİĞİ HİZMETLERİNDE

ÖNCELİKLİ TEDAVİLER

NELER OLMALI?

Ortodontik vakaların %80'i önleyici uygulamalar,
Diş eti rahatsızlıklarının ise % 95'i bireysel bakım ve
profesyonel basit müdahaleler ile önlenebilmektedir.

Ayrıca; **maliyet -yarar** ve **maliyet- verimlilik** anlayışı ve
kaynakların sınırsız olmaması nedeni ile önceliklerin
belirlenmesi gerekmektedir.

Periodontal sorunlar ve çürükler tedavi edildiğinde protez
hizmetleri azalacaktır.

ÖNCELİKLİ TEDAVİLER

- ❖ Koruyucu uygulamalar (fissur örtücü NAF)
- ❖ Tedavi
- ❖ Diş eti hastalıkları
- ❖ Çekim
- ❖ Tek kron
Hareketli Protez
- ❖ İmplant [Özel vakalarda(rapor sonucunda) ve belirli kurumlarda]
- ❖ Röntgen
- ❖ Basit ortodontik uygulamalar

DİŞHEKİMLİĞİ HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME
SİSTEMLERİ

- 1) Hizmet başına ödeme
- 2) Kişi başına ödeme
- 3) Karma sistem

1) HİZMET BAŞINA ÖDEME

Hizmet başına ödemede tedavi edici dişhekimliği ağırlık kazanmaktadır.

Hizmet başına ödeme sisteminde hekim ve hasta memnuniyeti yüksek buna karşın sağlık harcamaları daha fazla olmaktadır.

2) KİŞİ BAŞINA ÖDEME

Koruyucu hekimliğe
önem ve yönlendirme daha fazladır.

Dişhekimliği hizmetlerinde özel ve kamu harcamalarının
1 milyar dolar civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Bu da kişi başı 15 dolara tekabül etmektedir.

Bir hastanın muayene ücretinin maliyeti 8 dolardır.

Kişi başı ödemede nüfusun yerleşikliği ve dişhekimi başına düşen
nüfus oranı ile hizmeti kullanım kültürü önem taşımaktadır.

Dişhekimi başına düşen nüfus oranlarındaki ciddi farklılıkların yanı sıra kişilerin DMF lerinin çok farklılık arz etmesi nedeni ile kişi başı ödemede ciddi sorunlar yaşanacaktır. Tüm nüfusun kapsam içerisine alınması düşünülen tedavilerinin tamamlanmasından sonra kişi başı sistem uygulanabilir.

Dişhekimlerinin coğrafik dağılımını yanı sıra ihtiyaçtaki oransal farklılıkların azaltılması sonrası kişi başı sistem adil ve verimli olabilir. Ancak belli bir nüfusun kişi başı ödeme sistemi içerisinde olması söz konusu olabilir.

Örneğin; İngiltere'de yapılan bir çalışmada kişi başı verilen bedelin yetersizliği nedeni ile dişhekimlerinin 2/3 si olması gereken standartlarda tedavi yapamadıklarını.

3. KARMA SİSTEM

Her iki sistemi iç içe geçiren karma bir uygulama olabilir.

- 3.1 Tüm nüfusa yönelik; belirli tedavilerin ve belirlenmiş sayıdaki uygulamaların kişi başıTL bedelinin ödenmesi. Kapsam dışı bırakılmış diğer tedavi kalemlerinin ödemelerinin hizmet başına olması .
- 3.2 Erişkinlerde hizmet başına ödeme. Çocuk, genç, hamile v.b gibi öncelikli gruplarda ise kişi başı ödeme ağırlıklı olarak koruyucu amaçlı tedavileri kapsayacaktır. Ayrıca burada farklı gruplar yapılabilir.
- Örneğin :
- | | |
|----------------|---------|
| 5-7 yaş grubu |TL |
| 8-15 yaş grubu |TL |

ÖDEME MODELLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ödeme Modeli	Maliyet Kontrolü	Hizmet Kalitesi	Hasta Memnuniyeti	Hekim Memnuniyeti
Maaş	Zayıf	Zayıf	Zayıf	Zayıf
Kişi Başına	Çok İyi	Fena Değil	İyi	İyi
Hizmet başına	Çok Zayıf	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi

HİZMETTE

KATKI PAYI OLMALI MI?

VE

NASIL OLMALI?

- ❖ Katkı payı; hizmetin gereksiz kullanımını ve suistimalleri önleyen bir uygulamadır. Ancak katkı payı hizmet kullanımının gereksiz kullanımını sağlarken kullanılması gereken hizmetin gecikmeli alınması nedeni ile sağlık harcamalarının daha da artmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle katkı payı uygulamasının artı ve eksilerine dikkat edilmelidir.
- ❖ Hizmetin gereksiz kullanımını önlemek için yaş / özel gruplar ve tedavi kalemlerinde farklı olmak koşulu ile katkı payı uygulanmalıdır.
- ❖ Hizmetin düzenli kullanımının (periyodik kontrol) gerçekleşmesi sağlık harcamalarını azaltacaktır. Bu nedenle periyodik kontrollerin düzenliliğini sağlamak için farklı katkı payları uygulaması olabilir.

Örneğin; periyodik kontrolüne gelmeyip kanal tedavisi yapılması gereken işlemlerde katkı payı daha fazla olabilir.

- ❖ Bireysel bakımın düzenli ve kurallarına uygun olarak yapılmasını sağlayabilmek amacıyla yapılan tedavinin ağızda kalma sürelerinin belirlenmesi ve buna göre katkı paylarında farklılıkların olması .
- ❖ Katkı payının hizmetin kullanımını engellediği göz önüne alınması.

Özellikle yoksul kesimin katkı payı ödeme konusundaki zorlukları nedeni ile hizmetin varsıl kesim tarafından kullanılır olması kamu sigortacılığı anlayışı ile çatışır.

Bu nedenle; **“düşük gelirliilerin katkı paylarının az olacağı bir sistem”** düşünölmelidir.

GRUPLAR;

1) 0 - 19 YAŞ GRUBU

2) 20-45 YAŞ GRUBU

3) 45 YAŞ ÜSTÜ

Yaş grupları ihtiyaç, talep ve eldeki kaynağa göre değişecektir. Burada yazılan yaş grupları örnek olarak verilmektedir

YAŞ GRUPLARI İÇİN TEDAVİ KALEMLERİ VE KATKI PAYI ORANLARI

		<u>Katkı payı</u>		
		<u>0-19</u>	<u>20-45</u>	<u>45 yaş üstü</u>
❖	Koruyucu uygulamalar (Fissür örtücü, NaF)		% 5	
❖	Tek ve çok yüzlü dolgular	% 10	% 15	% 25
❖	Kanal tedavisi	% 15	% 20	% 40
❖	Çekim	% 5	% 5	% 5
❖	Tek kron	% 10	% 20	??
❖	Diş taşı temizliği	??	??	?

Parsiyel protez

% 40 ??

Tam protez

% 30-40 ??

Protez işlemlerinde belirlenmiş bir miktar olabilir. Örneğin; kişi başı 300 ,400 milyon v.b..

**HİZMET SUNUMUNDA
KAMU KURULUŞLARININ YENİ
YAPILANMASI NASIL OLMALI?**

ALTERNATİFLER

- ❖ Eski sistem verimli hale getirilip sürdürülebilir
- ❖ Özel vakalara müdahale edecek bir yapılanmaya gidilebilir
- ❖ Belli bir yaş grubuna katkı paysız hizmet verebilir
(0-19 yaş grubu)
- ❖ Tüm nüfusa katkı paysız hizmet verebilir
- ❖ Aynı kriter ve standartlara sahip olma koşullarında özel sağlık kuruluşları ile daha kaliteli hizmet yarışına girebilir.

*Hangi uygulama olursa olsun
özelin ve kamunun birbirini yok etmemesinin koşulları
sağlanmalıdır.*

(Örneğin insan gücü planlamasına uyulmalıdır.)

KONTROL SİSTEMİ

Sistem içerisinde olan dişhekimlerinin
yıl içerisinde baktığı hastaların en az ... sayıdaki
kontrol edilmesi.

Konu ile ilgili ayrı bir yapı ve insan gücü oluşturulması.

Yada enformasyon sistemi içerisinde sorunun
çözümüne yönelik bir işleyiş oluşturulması.

TAMAMLAYICI SİGORTADA

NELER OLMALI ?

Teminat paketi kapsamına alınması düşünölmeyen
tedavi hizmetlerine ve katkı paylarına yönelik
hazırlanacak olan
özel sağlık sigortası paketleri

**KAMUNUN DIŐARIDAN HİZMET
ALIMINDA YAPILACAK
SÖZLEŐMELERDEKİ KRİTERLER NE
OLMALI ?**

- ❖ Sistem içerisinde TDB'nin önemli sorumluluk ve yetkileri olmalı.Örneğin; tedavi kalemlerinin bedellerinin belirlenmesinde TDB söz ve karar organı içerisinde olmalı.
- ❖ Hizmet üretim yerlerinin standardizasyonu sağlanmalı.
- ❖ Özel ve kamu sektöründe çalışan dişhekimlerinin coğrafik dağılımı dengeli olmalı.
- ❖ Bölgeler arası farklı fiyatların belirlenmesi.

**AİLE DİŞHEKİMLİĞİ SİSTEMİ
OLABİLİRMİ ?**

YADA

**HANGİ KOŞULLARDA
UYGULANABİLİR ?**

Aile hekimliği sisteminin temeli, kişi başı hizmet ve genel olarak birinci basamak sağlık hizmetleridir.

Bilindiği gibi; birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini koruyucu sağlık hizmetleri ile tedaviler oluşturur.

Aile hekimi ilk tıbbı müdahalenin yapıldığı ve uzman hekimlerin sunduğu hizmetleri koordine eden hekimdir.

Aile hekimliği (Pratisyen hekim), birinci basamakta tedavi edilemeyen vakaları ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk edildiği bir insan gücü tanımlamasıdır.

Bu bakış açısı ile aile dişhekimliği kavramını, dişhekimliği hizmetlerine yerleştirmek olanaklı değildir.

Dişhekimi; tıp alanındaki uzman hekimler gibi aile hekimi ile koordineli çalışan kendi alanının “**uzman**” hekimidir.

Dişhekiminin sevk edeceği hasta sayısı % 1 leri bile bulmayacak bir orandadır.

Dişhekimi tıpkı bir Göz hekimi, KBB hekimi gibi tedavi edici müdahalelerde bulunan bir sağlık çalışanıdır.

Ancak aile dişhekimi kavramını; belirlenmiş yaş grubuna, belirlenmiş tedavileri; belirlenmiş bedel karşılığında verecek bir insan gücü olarak tanımlamak ve tartışmak gerekir.

3224 SAYILI
TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
KANUNUNUN
YÖNETMELİK TASLAĞI

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ VE DİŞHEKİMLERİ ODALARI YÖNETMELİĞİ

(TASLAK)

BİRİNCİ BÖLÜM Amaç, Kapsam,Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde-1- Bu yönetmeliğin amacı Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odalarında mevcut organların teşkilat, çalışma usul ve esasları ile yetki görev ve sorumluklarını düzenlemektir.

Kapsam

Madde-2- Bu yönetmelik ilgili mevzuat gereğince odaya üye olmak zorunda olanlar ile üye olan diŐhekimlerini kapsar.

Hukuki Dayanak

Madde-3- Bu yönetmelik 3224 sayılı Yasanın 26 ncı maddesinin (h) bendine göre hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde-4- Bu yönetmelikte geçen
Birlik : Türk Dişhekimleri Birliği'ni
Oda : Dişhekimleri Odası'nı
ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM Oda Organları

Oda Genel Kurulunun Görevleri

Madde- 5- Oda genel kurullarının 3224 sayılı Yasanın 7 nci maddesinde belirtilen görevlerinin yanı sıra aşağıdaki görevleri vardır:

- a. Oda organlarında görev alanların yol, konaklama ve harcırahlarının belirlenmesi
- b. Fasıllar arası harcama konusunda yönetim kuruluna yetki verip vermeye karar vermek.

Oda Genel Kurulunun Toplantıları

Madde-6- Genel Kurul iki yılda bir defa Nisan ayında olağan; Yönetim Kurulu veya üyelerin beşte birinin yazılı isteği üzerine olağanüstü olarak Oda merkezinde toplanır.

Oda Genel Kurulu toplantıya Oda Yönetim Kurulu tarafından çağırılır.

Oda Yönetim Kurulu, üyelerin beşte birinin yazılı isteği üzerine Genel Kurulu toplantıya çağırılmazsa olağanüstü toplantı isteyen üyelere birinin yazılı başvurusu üzerine Oda Genel Kurulu toplantıya Birlik Merkez Yönetim Kurulunca çağırılır.

Toplantıların günü, yeri, saati ve gündemi toplantı tarihinden en az yirmi gün önce mahalli bir gazeteyle ilan edilir ve ayrıca taahhütlü bir mektupla üyelere bildirilir. Bu ilan ve mektupta çoğunluk sağlanamaması nedeniyle toplantı yapılamazsa yapılacak ikinci toplantının günü, yeri, saati ve gündemi de belirtilir. İlk toplantı günü ile ikinci toplantı arasında bırakılacak zaman bir haftadan az olamaz.

Toplantının yapılacağı gün, saat ve yer ile toplantı gündemi, toplantı gününden en az onbeş gün önce mahallin en büyük mülki amirliğine yazı ile bildirilir ve bu yazıya toplantıya katılacak üyeleri gösteren liste de eklenir.

Toplantı, çoğunluk sağlanamamasından başka bir sebeple geri bırakılırsa, bu durum, geri bırakma sebepleri de belirtilmek suretiyle, toplantı ilanının yapıldığı gazeteyle ikinci bir ilan verilerek üyelere duyurulur. Yeni toplantının geri bırakma tarihinden itibaren en geç iki ay içinde yapılması zorunludur.

Üyeler toplantının geri bırakılmasından sonra yapılacak yeni toplantıya, dördüncü fıkra belirtilen esaslara göre yeniden çağırılır ve toplantı beşinci fıkra esaslarına göre mahallin en büyük mülki amirliğine duyurulur.

Genel Kurul toplantısı bir defadan fazla geri bırakılamaz.

Oda Genel Kurulu üye tamsayısının yarısından bir fazla sayıda üyenin katılımı (salt çoğunluğu) ile toplanır. İlk toplantıda yeterli çoğunluk sağlanamazsa ikinci toplantıda çoğunluk aranmaz. Ancak, ikinci toplantıya katılan üye sayısı; Yönetim, Disiplin ve Denetleme Kurulları asıl üyelerinin toplamının iki katından aşağı olamaz.

Oda Genel Kurul toplantıları ilanda belirtilen gün, yer ve saatte yapılır. Üyeler Oda Yönetim Kurulunca düzenlenen listedeki adları karşısına imza koyarak toplantı yerine girerler.

Toplantı Oda Yönetim Kurulu Başkanı veya görevlendireceği bir kurul üyesi tarafından açıldıktan sonra toplantıyı yönetmek üzere bir Divan Başkanı, bir Başkanvekili ve iki kâtip üye seçilir.

Genel Kurul toplantılarında önceden bildirilen gündemdeki konular görüşülür. Ancak, üye tamsayısının beşte birinin imzası ile teklif edilen konular görüşmesiz olarak gündeme ilave edilir.

Toplantıda hazır bulunan üyelerin beşte birinin imzası ile de gündeme yeni madde ilavesi teklif edilebilir.

Genel Kurul toplantılarında kararlar hazır bulunanların yarısından bir fazlası (salt çoğunluğu) ile alınır.

Toplantıyı Divan Başkanı yönetir, kâtipler toplantı tutanağını düzenler ve Başkanla birlikte imzalar.

Olağanüstü Oda Genel Kurulu

Madde-7- Dişhekimleri Odalarının olağanüstü genel kurul toplama şekilleri aşağıda belirtildiği gibidir.

- a. Yönetim Kurulu Kararı ile,
- b. Üyelerin beşte birinin yazılı isteği üzerine,
- c. Üyelerin beşte birinin yazılı isteği Yönetim Kurulunca yerine getirilmediğinde olağanüstü toplantı isteyen üyelerden birinin yazılı başvurusu üzerine Birlik Merkez Yönetim Kurulunca,
- d. Genel Kurul dışındaki oda organlarının üye sayısı; boşalmalar nedeni ile yedeklerin de göreve getirilmesinden sonra üye tam sayısının yarısından aşağıya düşerse Oda Genel Kurulu mevcut Yönetim Kurulu Üyeleri, Oda Denetleme Kurulu veya Birlik Merkez Yönetim Kurulunun çağrısı üzerine sadece o organın boşalan üyelerinin yerine üye seçmek üzere toplanır. Yapılacak seçimde ilgili organın boşalan üyelikleri (asil ve yedek) kadar üye seçilir.

Olağanüstü Genel Kurul toplantısı da 6 ncı maddedeki usul ve esaslara göre yapılır.

Olağanüstü Genel Kurula Çağrı

Madde-8- Üyelerin beşte birinin yazılı isteği üzerine Yönetim Kurulu bir ay içinde olağanüstü genel kurulu toplamak zorundadır.

Yönetim Kurulunun bu görevi yapmaması sebebiyle başvuru sahiplerinden birinin Birlik Merkez Yönetim Kuruluna başvurusu üzerine Birlik Merkez Yönetim Kurulu ilk toplantısında olağanüstü genel kurul kararı almak ve buna ait tüm yasal işlemleri tamamlayarak karar tarihinden itibaren bir ay içinde genel kurulu toplantıya çağırarak zorundadır. Merkez Yönetim Kurulu, olağanüstü genel kurul toplanması için gerekli iş ve işlemleri yürütmek üzere bir veya birden çok Merkez Yönetim Kurulu üyesini görevlendirebilir. Olağanüstü genel kurul toplanması ile ilgili yapılan bütün giderler ilgili oda bütçesinden karşılanır. Olağanüstü Genel Kurul ile yapılan giderler Oda bütçesinden karşılanmadığında ilgili giderler Birlik bütçesinden verilecek avans ile karşılanır. Birlik tarafından verilen bu paralar Oda hesabına borç kaydedilir.

Olağanüstü Genel Kurul çağrısının Merkez Yönetim Kurulu tarafından da yapılmaması halinde üyelerden birinin yapacağı başvuru üzerine ilgili odanın bulunduğu mahallin asliye hukuk mahkemesi oda üyeleri arasından seçeceği 5 kişiyi oda genel kurulunu toplamak üzere görevlendirir.

Olağanüstü Genel Kurul Gündemi

Madde-9- Üyelerin isteği ile yapılan olağanüstü genel kurul gündemine üyelerin talep ettiği gündem maddeleri 3224 sayılı Yasanın 8 inci maddesinin 4 üncü fıkrasındaki kurallara göre eklenir.

Olağanüstü Genel Kurulun Açılışı ve Divan Seçimi

Madde-10- Olağanüstü genel kurullar; çoğunluk sağlanmasından sonra Oda Başkanı, yoksa genel kurulu toplantıya çağırana temsil eden bir dışhekimiyada Birlik Merkez Yönetim Kurulu Üyesi tarafından açılır. Daha sonra üyeleri arasından önerilen adaylardan bir divan başkanı, bir başkan vekili ve iki katip üye seçilir.

Oda Yönetim Kurulunun Görev Bölümü

Madde-11- Oda Yönetim Kuruluna seçilen asıl üyeler seçimin kesinleştiği tarihi izleyen bir hafta içinde en yaşlı Yönetim Kurulu üyesinin daveti üzerine veya davet beklenmeksizin seçimin kesinleştiği tarihi izleyen ilk Pazartesi günü saat 18.00'da ilk toplantılarını yaparlar. İlk Yönetim Kurulu toplantısı en yaşlı üyenin başkanlığında açılır. Yönetim Kurulu üyeleri bu toplantıda kendi aralarından gizli oyla bir başkan, bir başkan vekili, bir genel sekreter ve bir de sayman seçerler. Oylarda eşitlik halinde kuraya başvurulur.

Görev bölümünden sonra yönetim kurulu başkanı diğer organlara seçilen asıl ve yedek üyelere görevlerini ve oy sıralamalarını yazılı olarak 15 gün içinde bildirir. Aynı bilgiler belirtilen süre içinde genel kurul tutanağı ile Birlik Merkez Yönetim Kuruluna da bildirilir.

Organlara seçilenlerin idareye bildirilmesi

Madde 12- Genel kurulca yapılan seçim sonuçlarının kesinleşmesinden itibaren yedi gün içinde, yönetim kurulu başkanı tarafından; yönetim ve denetleme kurulları ile disiplin kuruluna seçilen asıl ve yedek üyelerin ad ve soyadları, baba adları, doğum yeri ve tarihleri, meslekleri ve ikametgâhları en büyük mülkî amirliğe yazılı olarak bildirilir.

Oda Yönetim Kurulunun Toplantıları

Madde-13- Oda Yönetim Kurulu ayda bir defa oda merkezinde olağan olarak toplanır.

Geçerli mazeretini yazılı olarak bildirmeyip üst üste üç olağan toplantıya katılmayan veya altı ay içinde yapılan toplantıların yarısına her ne sebep olursa olsun katılmayanların üyelikleri kendiliğinden düşer ve yerlerine sırasıyla en fazla oy alan yedek üyeler çağırılır. Yedek üyelere yapılacak çağrı, Yönetim Kurulunun durumu tespit eden kararı üzerine, Başkan veya Genel Sekreter tarafından yazılı olarak yapılır.

Oda Yürütme Kurulu

Madde-14- Yürütme Kurulu, Yönetim Kurulu Başkanı (Başkanın yokluğunda başkanvekili), genel sekreter ve saymandan oluşur. Yürütme Kurulu Yönetim Kurulu kararlarının zamanında uygulanmasından ve toplantıların ön hazırlığının yapılmasından Yönetim Kuruluna karşı sorumludur.

Yönetim Kurulu Toplantılarında Toplantı ve Karar Yeter Sayısı

Madde-15- Yönetim Kurulu üye sayısı 5 olan odalar en az 3, Yönetim Kurulu üye sayısı 9 olan odalar en az 5 kişi ile toplanır. Toplantıya başkan, yoksa başkan vekili, o da

yoksa genel sekreter başkanlık eder. Her üç üyenin de bulunmadığı durumlarda toplantıya en yaşlı üye başkanlık eder.

Kararlar toplantıda bulunanların salt çoğunluğu ile alınır. Salt çoğunluk yarısından az olmayan rakamdır. Eşitlik halinde Başkanın bulunduğu tarafın kararı geçerlidir.

Oda Başkanı

Madde -16- Yönetim Kurulu başkanı odayı temsil ve Yönetim Kurulunun olağan ve olağanüstü toplantılarına başkanlık eder. Mali işlem ve kayıtların dışındaki tüm işlemlerden ve yazışmalardan genel sekreter ile birlikte sorumludur. Mali işler ile ilgili gerekli yazışma ve defterlerin tutulmasından sayman ile birlikte sorumludur. Mali işler ile ilgili yetkisini gerektiğinde Yönetim Kurulu Üyelerinden birine devredebilir.

Oda Genel Sekreteri

Madde-17-

- a. Yönetim Kurulunun toplantı gündemini başkanla birlikte düzenlemek,
- b. Toplantı kararlarını karar defterine işlemek,
- c. Yönetim Kurulunca uygun görülen yazıları hazırlamak ve gelen yazılara cevap vermek,
- d. İdari işlemleri Yönetim Kurulunca verilen yetkiler dahilinde düzenlemek,
- e. Çalışan personelin sicillerini düzenlemek, çalışmalarını, görev ve yetkilerini belirlemek,
- f. Yönetim Kuruluna ait işleri organize etmek veya ettirmek,
- g. Komisyon toplantılarını koordine etmek,
- h. Yıllık çalışma programını ve dönemin faaliyet raporunu hazırlamak.

Oda Saymanı

Madde-18-

- a. Odanın gelir ve gider bütçesini hazırlamak
- b. TDB'ne odanın bilanço ve gelir-gider tablosu ile bürüt gelirin %25'ini bildirmek,
- c. Demirbaş ve emtia da dahil olmak üzere bütün gelir ve gider hesaplarının tek düzen muhasebe sistemine göre tutmak veya yetkili muhasebeci tarafından tutulmasını denetlemek,
- d. Kıymetli evrakı başkan yada görev verdiği Yönetim Kurulu üyesi ile birlikte imzalamak,
- e. Odaya alınacak demirbaş veya sarf malzemeleri ile ilgili gerekli piyasa araştırması yaparak Yönetim Kuruluna sunmak,
- f. Her ay Yönetim Kurulu üyelerine oda bütçesi ile ilgili rapor sunmak,
- g. Üye aidatlarının zamanında toplanmasını sağlamak.

Oda Yönetim Kurulu Üyeliğinin Boşalması

Madde-19- Oda Yönetim Kurulu üyeliğinin herhangi bir sebeple boşalması durumunda, bu durumu tespit eden Yönetim Kurulu kararından sonra, en fazla oy alan yedek üyeden başlamak kaydıyla yeterince yedek üyeye çağrı yapılır.

Oda Disiplin Kurulu Toplantıları ile Toplantı ve Karar Yeter Sayısı

Madde-20- Disiplin Kurulu, Genel Kurul tarafından iki yıllık bir dönem için seçilen 5 asil ve 5 yedek üyeden oluşur.

Disiplin Kurulu ilk toplantıya Yönetim Kurulu tarafından en az üç hafta önceden üyelere taahhütlü mektup gönderilmek suretiyle çağrılır.

Disiplin Kurulu üyeleri, en yaşlı üyenin başkanlığında açılan ilk toplantıda kendi aralarından gizli oyla bir başkan ve raportör seçerler. Oylamada eşitlik halinde kuraya başvurulur.

Geçerli mazereti nedeni ile toplantıya katılamayacak üyelerin toplantıdan bir hafta önce durumlarını belirtmeleri üzerine yerleri yedek üyeler ile doldurulur. Ancak toplantıya bir haftadan az süre kalmış iken mazeret bildirilmiş ise yedek üyeye çağrı yapılmaz.

Disiplin Kurulu üyeliklerinde meydana gelen boşalma halinde 19 uncu madde hükmüne göre yedek üyeler çağrılır.

Disiplin Kurulu üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve toplantıya katılanların salt çoğunluğu ile karar alır. Disiplin Kurulu en az üç üye ile toplanır. Disiplin Kurulu üç üye ile toplandığında 2, beş üye ile toplandığında ise 3 üyenin aynı yöndeki oyu ile karar alabilir. Disiplin Kurulunun dört üye ile toplanması durumunda başkanın içinde bulunduğu iki üyenin aynı yöndeki oyu ile de karar alınabilir.

Oda Denetleme Kurulunun Toplanma Zamanı ve denetim şekli

Madde-21- Denetleme Kurulu seçim sonrası Yönetim Kurulu başkanı tarafından yazılı olarak toplantıya çağrılır. Denetleme Kurulu üyeleri, ilk toplantısında kendi aralarından bir başkan ve yazman seçer.

Denetleme Kurulu üyeleri oy hakkı olmaksızın Yönetim Kurulu toplantılarına katılabilirler. Toplantıya katılan Denetleme Kurulu üyelerinin isimleri toplantı tutanağına yazılır.

Oda Denetleme Kurulu her yıl en az iki kez idari ve mali işlemlerin kuralına göre yapılıp yapılmadığını kontrol eder ve Yönetim Kuruluna yazılı rapor sunar. Denetleme Kurulu çalışmalarının oda büro işlemlerini aksatmaması için Yönetim Kurulu ile gerekli işbirliği yapılır. Denetim çalışmaları Kurul olarak yürütülebileceği gibi Denetleme Kurulu üyeleri bireysel olarak da gerekli denetimleri her zaman yapabilir. Denetleme Kurulu üyelerinin bireysel olarak yürüttüğü denetimler sonucunda elde edilen bulguların da bir rapor halinde on gün içinde Yönetim Kuruluna sunulması gerekir.

Oda Denetleme Kurulunun Görev ve Yetkileri

Madde-22- Denetleme kurulunun görev ve yetkileri;

- a. Mali ve idari tüm işlemlerin mevzuata ve genel kurul kararına uygun yapılıp yapılmadığını denetlemek,
- b. Yılda en az iki kez banka hesapları ile kasa sayımını yapmak,
- c. Yaptıkları denetim raporlarını yönetim kuruluna ve genel kurula sunmak,
- d. Oda Yönetim Kurulunun toplantı yeter sayısını sürekli olarak yitirmesi durumunda oda genel kurulunu olağanüstü toplantıya çağırmasıdır.

Denetleme Kurulu Üyeliğinin Boşalması

Madde-23- Denetleme Kurulu üyeliği düşenlerin yeri en fazla oy alan yedek üyeler ile tamamlanır. Denetleme Kurulu yedek üyelerine Yönetim Kurulu tarafından çağrı yapılır.

Odaya Kayıt Zorunluluğu, Üyeliğin Düşürülmesi, Dondurulması ve Odalar Arası Nakil

Madde-24- Mesleğini serbest olarak uygulayan dişhekimini çalıştığı ilin Dişhekimleri Odasına üye olmak zorundadır.

Mesleğini serbest olarak uygulamaktan vazgeçen dişhekimini Vergi Dairesine yaptığı kapatma başvurusu ile bağlı bulunduğu Odaya dilekçe ile başvurarak üyelikten ayrılabilir. Oda kaydını herhangi bir nedenle sildirmiş olan dişhekiminin yeniden odaya kaydolması halinde yeniden kayıt ücreti alınır.

Çalışma bölgesini değiştiren dişhekiminin yeni çalışma bölgesindeki Odaya kayıt olabilmesi için bağlı bulunduğu Odadan ilişkisinin kesildiğine dair belgeyi ibraz etmesi gerekir. Aksi halde kaydı yapılmaz.

Her hangi bir nedenle Oda yükümlülüklerini yerine getirmeyen, iadeli taahhütlü posta ile yapılan çağrılara cevap vermeyen dişhekimlerinin durumu Birlik Merkez Yönetim Kuruluna bildirilir. Merkez Yönetim Kurulunun kararı sonrası dişhekiminin üyeliği dondurulur.

Dişhekimini üyeliği sebebiyle her hangi bir belge talebinde bulunursa üyeliğinin dondurulduğu tarihe kadar olan aidat borçları faizi ile birlikte tahsil edilir. Üyeliğin dondurulduğu tarihte işlemiş olan aidat miktarı, üyenin o dönemde dişhekimliği yapip yapmadığına dair belge sunumu çerçevesinde tespit edilir.

Aidat Miktarı ve Ödeme Zamanı

Madde-25- Dişhekimlerinin ödeyeceği aidat bedeli 3224 sayılı yasanın 18. maddesine göre belirlenir. Odaya ilk kayıt tarihinde alınacak aidat, yıllık aidat onikiye bölünüp kayıt tarihinden dönem sonuna kadar olan ay sayısı ile çarpılarak bulunur.

Oda Hizmetlerinden Yararlanma

Madde-26- Oda aidatı ile genel kurulda alınan karar gereğince yapılması gereken ödemeleri yapmayan üyeler yasal takibe alınmalarının yanı sıra yükümlülüklerini yerine getirinceye kadar Odadan hiçbir resmi belge alamazlar.

Kayıtların Güncelleştirilmesi

Madde-27- Odalar üye kayıtlarını takip etmek, üyeler üyelik bilgilerindeki değişiklikleri Odalarına bildirmek, Oda Yönetim Kurulları da üye bilgilerini güncel olarak Birliğe göndermek zorundadır.

Görev Giderleri

Madde-28- Oda Yönetim Kurulu, Denetleme Kurulu ve Disiplin Kurulu ile Birlik delegelerine verilecek günlük harcırah, yol ve konaklama bedellerinin miktarı Oda Genel Kurullarında kararlaştırılır.

Hesap Dönemi

Madde-29- Odanın yıllık hesap dönemi genel kurulun toplanmasından 10 gün önce kapatılır. Seçilen yeni Yönetim Kurulunun ilk toplantısına kadarki işlerin harcamaları eski yönetim tarafından yapılır.

Devir Teslim

Madde-30- Eski Yönetim Kurulu yeni yönetimin görev dağılımından sonra idari ve mali işlemlerle ilgili tüm belgeleri yeni yönetim kuruluna bir tutanakla teslim eder.

ÜÇÜNCÜ KISIM

Birlik Organları

Birlik Genel Kurulunun Görevleri

Madde-31- Birlik Genel Kurulunun 3224 sayılı Yasanın 22 nci maddesinde belirtilen görevlerinin yanı sıra aşağıdaki görevleri vardır.

- a. Birlik görev alanların yol konaklama ve harcırahlarının belirlenmesi,
- b. Bütçede fasıllar arasında aktarma yapılması konusunda yönetim kuruluna yetki verip vermemeye karar vermek.

Merkez Yönetim Kurulunun İlk Toplantısı

Madde-32- Birlik Merkez Yönetim Kuruluna seçilen asil üyeler seçim sonuçlarının kesinleşmesinden sonra 7 gün içinde ilk toplantılarını yaparlar. Yönetim Kurulu üyeleri bu toplantıda kendi aralarından gizli oyla bir Genel Başkan, bir başkan vekili, bir genel sekreter ve bir de sayman seçerler. Oylarda eşitlik halinde kuraya başvurulur. Görev bölümünden sonra Birlik merkez yönetim kurulu başkanı diğer organlara seçilen asil ve yedek üyelere görevlerini ve oy sıralamalarını yazılı olarak 15 gün içinde bildirir.

Birlik merkez organlarına seçilenlerin idareye bildirilmesi

Madde 33 - Genel kurulca yapılan seçim sonuçlarının kesinleşmesinden itibaren yedi gün içinde, Genel Başkan tarafından; yönetim ve denetleme kurulu ile yüksek disiplin kuruluna seçilen asil ve yedek üyelerin ad ve soyadları, baba adları, doğum yeri ve tarihleri, meslekleri ve ikametgâhlarını Ankara Valiliğine yazı ile bildirilir

Birlik Merkez Yönetim Kurulunun Toplantıları

Madde-34- Birlik Merkez Yönetim Kurulu ayda bir defa Birlik merkezinde olağan olarak toplanır. Geçerli mazeretini yazılı olarak bildirmeyip üst üste üç olağan toplantıya katılmayan veya altı ay içinde yapılan toplantıların yarısına her ne sebep olursa olsun katılmayanların üyelikleri kendiliğinden düşer ve yerlerine sırasıyla en fazla oy alan yedek üyeler çağrılır.

Merkez Yönetim Kurulu asıl üyeliğine yedek üyenin çağrılabilmesi için asıl üyenin üyeliğinin düştüğünün Merkez Yönetim Kurulu tarafından saptanması gerekir. Merkez Yönetim Kurulunun bu tespit kararından sonra Genel Başkan, Genel Başkanvekili veya Genel Sekreter tarafından ilgili yedek üyeye gerekli tebliğ yapılır.

Merkez Yürütme Kurulu

Madde-34- Birlik Merkez Yürütme Kurulu Merkez Yönetim Kurulu Başkanı (Başkanın yokluğunda başkanvekili), genel sekreter ve genel saymandan oluşur. Merkez Yürütme Kurulu, Yönetim Kurulu kararlarının zamanında uygulanmasından ve toplantıların ön hazırlığının yapılmasından sorumludur.

Yönetim Kurulu Toplantılarında toplantı ve Karar yeter Sayısı

Madde-35- Birlik Merkez Yönetim Kurulu en az 6 kişi ile toplanır. Toplantıya başkan, yoksa başkan vekili o da yoksa genel sekreter başkanlık eder. Üçünün de bulunmadığı durumlarda toplantıya en yaşlı üye başkanlık yapar.

Kararlar toplantıda bulunanların salt çoğunluğu ile alınır. Eşitlik halinde başkanın bulunduğu tarafın kararı geçerlidir.

Birlik Genel Başkanı

Madde –36- Genel başkan Birliği temsil ve Yönetim Kurulunun olağan ve olağanüstü toplantılarına başkanlık eder. Mali işlemlerin ve kayıtların dışındaki tüm işlemlerden ve yazışmalardan genel sekreter ile birlikte sorumludur. Mali işler ile ilgili gerekli yazışma ve defterlerin tutulmasından genel sayman ile birlikte sorumludur. Mali işler ile ilgili yetkisini gerektiğinde Yönetim Kurulu üyelerinden birine devredebilir.

Birlik Genel Sekreteri

Madde-37-Birlik Genel Sekreterinin görevleri şunlardır:

- a.** Yönetim Kurulunun toplantı gündemini Başkanla birlikte düzenlemek,
- b.** Toplantı kararlarını karar defterine işlemek,
- c.** Yönetim Kurulunca uygun görülen yazıları hazırlamak ve gelen yazılara cevap vermek,
- d.** İdari işlemleri Yönetim Kurulunca verilen yetkiler dahilinde düzenlemek,
- e.** Çalışan personelin sicillerini düzenlemek, çalışmalarını, görev ve yetkilerini belirlemek,
- f.** Yönetim Kuruluna ait işleri organize etmek veya ettirmek,
- g.** Komisyon toplantılarını koordine etmek,
- h.** Yıllık çalışma programını ve dönemin faaliyet raporunu hazırlamak,

Birlik Genel Saymanı

Madde-38- Birlik Genel Saymanının görevleri şunlardır:

- a. Birliğin gelir ve gider bütçesini hazırlamak,
- b. Odaların brüt gelirlerinin % 25'inin tahsil edilmesini sağlamak,
- c. Demirbaş ve emtia da dahil olmak üzere bütün gelir ve gider hesaplarının tek düzen muhasebe sistemine göre tutmak veya yetkili muhasebeci tarafından tutulması durumunda gerekli denetimi yapmak,
- d. Gerekliğinde kıymetli evrakı genel başkan yada görev verdiği Yönetim Kurulu üyesi ile birlikte imzalamak,
- e. Birliğe alınacak demirbaş veya sarf malzemeleri ile ilgili gerekli piyasa araştırması yaparak Yönetim Kuruluna sunmak,
- f. Her ay Yönetim Kurulu üyelerine birlik bütçesi ile ilgili rapor sunmak.

Birlik Merkez Yönetim Kurulunun Salt Çoğunluğunun Düşmesi

Madde-39- Merkez Yönetim Kurulu üye sayısı; boşalmalar nedeni ile yedeklerin de göreve getirilmesinden sonra üye tam sayısının yarısından aşağıya düşerse Birlik Genel Kurulu mevcut Yönetim Kurulu üyeleri veya Birlik Merkez Denetleme Kurulunun çağrısı üzerine toplanır.

Başkanlar Konseyi

Madde-40- Başkanlar Konseyi, odalarla hızlı ve düzenli bilgi alışverişini sağlamak ve görüş alışverişinde bulunmak üzere Merkez Yönetim Kurulu üyeleri ile her Oda'nın Başkan veya Yönetim Kurulu tarafından görevlendirilmiş bir üyesinden oluşur.

Başkanlar Konseyi, Merkez Yönetim Kurulu tarafından uygun görülen yer ve zamanda toplantıya çağrılır.

Toplantıya odalar adına katılanların giderlerinin ne şekilde karşılanacağı her toplantı çağrısında ayrıca belirtilir. Bu hususta herhangi bir belirleme yapılmaması durumunda Oda adına katılanların giderleri ilgili Oda bütçesinden karşılanır.

Birlik Yüksek Disiplin Kurulu Toplantı ve Karar yeter Sayısı

Madde-41- Yüksek Disiplin Kurulu, Genel Kurul tarafından iki yıllık bir dönem için seçilen 9 asıl ve 9 yedek üyeden oluşur.

Yüksek Disiplin Kurulu ilk toplantıya Yönetim Kurulu tarafından en az üç hafta önceden üyelere taahhütlü mektup gönderilmek suretiyle çağrılır.

Yüksek Disiplin Kurulu üyeleri, en yaşlı üyenin başkanlığında açılan ilk toplantıda kendi aralarından gizli oyla bir başkan ve raportör seçerler. Oylamada eşitlik halinde kuraya başvurulur.

Geçerli mazereti nedeni ile toplantıya katılmayacak üyelerin toplantıdan bir hafta önce durumlarını belirtmeleri üzerine yerleri yedek üyeler ile doldurulur. Ancak toplantıya bir haftadan az süre kalmış iken mazeret bildirilmiş ise yedek üyeye çağrı yapılmaz.

Kurul üyeliklerinde meydana gelen boşalma halinde yedek üyeler çağrılır. Kurul, yedek üyeler katıldığında dahi toplantı yeter sayısına ulaşamaz ise eksik olan üyeliklerin tamamlanması için Merkez Yönetim Kurulu tarafından Birlik Genel Kurulu en uygun zamanda toplantıya çağrılır.

Kurul, üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve toplantıya katılanların salt çoğunluğu ile karar alır.

Birlik Merkez Denetleme Kurulunun Toplanma Zamanı ve Şekli

Madde-42- Merkez Denetleme Kurulu seçim sonrası Birlik Genel Başkanı tarafından yazılı olarak toplantıya çağrılır. Denetleme Kurulu ilk toplantısında kendi aralarından bir başkan ve yazman seçer.

Denetleme Kurulu üyeleri oy hakkı olmaksızın Yönetim Kurulu toplantılarına katılabilirler. Toplantıya katılan Denetleme Kurulunun isimleri toplantı tutanağına yazılır. Denetleme Kurulu her yıl en az iki kez idari ve mali işlemlerin kuralına göre yapılıp yapılmadığını kontrol eder ve Birlik Merkez Yönetim Kuruluna yazılı rapor sunar.

Denetleme Kurulu üyeleri de tek başlarına gerekli çalışmalarını yapabilir. Denetleme kurulu üyesi tek başına yaptığı çalışmayı sözlü yada yazılı olarak Yönetim Kuruluna bildirir.

Denetleme Kurulu; denetim sürecinde büro işlemlerinin aksamaması için Merkez Yönetim Kurulu ile gerekli işbirliğini yapar.

Birlik Merkez Denetleme Kurulunun Görev ve Yetkileri

Madde-43- Denetleme kurulunun görev ve yetkileri:

- a. Mali ve idari tüm işlemlerini mevzuata ve genel kurul kararına uygun yapıp yapılmadığını denetlemek,
- b. Yılda en az iki kez banka hesapları ile kasa sayımını yapmak,
- c. Yaptıkları denetim raporlarını yönetim kuruluna ve genel kurula sunmak,
- d. Birlik Merkez Yönetim Kurulunun düşmesi durumunda Birlik Genel Kurulunu olağanüstü toplantıya çağırmasıdır.

Merkez Denetleme Kurulu Üyeliğinin Boşalması

Madde-44- Denetleme Kurulu üyeliği düşenlerin yerini en fazla oy alan yedek üye tamamlar. Doğan boşluğun yedek üyeler ile doldurulamaması durumunda Birlik Merkez Yönetim kurulunca Denetleme kurulu üyeliği seçimi yapılmak üzere Genel Kurul olağanüstü toplantıya çağrılır.

Birliğin Gelirleri

Madde-45- Birliğin gelirleri

- a. Odaların göndereceği brüt gelirlerinin % 25'i,
- b. Sosyal ve kültürel faaliyetlerden elde edilecek gelirler,

c. Odalara sağlanacak her türlü basılı belge, defter ve benzerlerinden elde edilecek gelirler,

d. Bağışlar ve yardımlar,

f. Çeşitli gelirlerdir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Ortak Hükümler, yürürlük ve yürütme

Oda ve Birlik Organlarının Seçim Esasları

Madde-46- Odalar ve Birliğin organlarının seçimleri iki yılda bir, yargı gözetimi altında gizli oy ve açık tasnif esasına göre 3224 sayılı Yasa'nın 34 üncü maddesinde belirtilen şekilde gerçekleştirilir.

Seçimle İlgili Toplantılara Katılma ve Oy Kullanma Zorunluluğu

Madde- 47- Oda ve Birlik Genel Kurulunun seçimle ilgili toplantılarına üye veya delegelerin katılmaları ve oy kullanmaları zorunludur. Geçerli bir mazereti olmadan toplantıya katılmayan katılsa bile oy kullanmayanlar 10 gün içinde gerekçelerini Yönetim Kurulu'na yazılı olarak bildirmek zorundadır. Toplantıya katılmayan ve mazereti uygun görülmeyen dişhekimleri Oda başkanları tarafından o yıl uygulanan en yüksek muayene ücreti kadar para cezası ile cezalandırılır. Genel Kurul toplantısına katılmayan veya oy kullanmayan Birlik Genel Kurul delegeleri iki dönem geçmedikçe yeniden Birlik Genel Kurulu delegeliğine seçilemezler.

Yürürlük

Madde- 48- Bu Yönetmelik Resmi Gazete'de yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde- 49- Bu Yönetmelik hükümlerini Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odaları yürütür.

2004 YILI
DİŞ KORUMA GÜNLERİ
KAMPANYASI

AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI KONUSUNDA YENİ YAKLAŞIMLAR

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre diş ve dişeti hastalıkları önlenebilir hastalıklardır.

DSÖ'nün 1969 yılı ağız ve diş sağlığı haritalarında sanayileşmiş ülkelerde yüksek oranda diş çürükleri görülürken gelişmekte olan ülkelere genel olarak daha düşük oranlar belirtilmiştir. Daha sonra uygulanan orta-uzun vadeli koruyucu, önleyici toplumsal programlar ve kişisel bakım programlarıyla diş çürüklerinde gittikçe azalan oranları gösteren veriler elde edilmiştir.

1981 yılında DSÖ ve FDI ağız sağlığına ilişkin 2000 yılı hedefleri şöyle belirlenmiştir;

- 1) 5-6 yaş çocuklarında diş çürüklerinin %50 azaltılması,
- 2) 12 yaş çocuklarda çürük,eksik ve dolgulu diş sayısının 3 den fazla olmaması,
- 3) 18 yaş grubu gençlerin %85'inin tüm dişlerinin ağızda olması,
- 4) 35-44 yaş grubu yetişkinlerde diş kayıplarının %50 oranında azaltılması

Ayrıca DSÖ 21. Yüzyıl Hedeflerinde ;

- 2020 yılına kadar 6 yaş altındaki çocukların %80'inin çürüksüz
- 12 yaş altındaki çocuklarda ise DMF-T'nin ortalama 1,5 olması

2015 yılında;

- Ana okullarının en az yarısında, diğer okulların %95'inde diş sağlığı geliştirme programlarının uygulamaya başlanmasını önermektedir.

Yeni Yaklaşımlar, Yeni Stratejiler

DSÖ'nün 2003 yılı "**Dünya ağız sağlığı raporu**" bu konudaki yeni yaklaşımları ifade etmektedir.

Diş ve diş eti rahatsızlıkları **yaygınlığı ve tekrarlama oranları** nedeni ile insanların karşılaştığı en büyük sağlık sorunlarından birisi olarak tanımlanmaktadır.

Ağız sağlığı, genel sağlık ile entegre bir konudur. Ağız sağlığı çürüksüz bir ağızdan çok daha fazla bir anlam taşımaktadır ve genel sağlığın iyi olması ile yakından ilişkilidir.

Toronto Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi halk sağlığı bilim dalı öğretim üyelerinin yaptığı çalışma ağız sağlığının genel sağlığa yansımalarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre;

- * 5-17 yaş grubu çocukların %60'ında diş ve diş eti enfeksiyonu tespit edildi bu durum çocukların "büyüme yetersizliğine" zemin hazırlayan faktörlerden biri olduğu,
- * İleri derecede dişeti rahatsızlığı olan anne adaylarında düşük ağırlıklı bebek yapma riskinin sağlıklı diş etine sahip annelere göre 8 kat fazla olduğu,
- * Diş ve diş eti hastalığı olan 39-69 yaş grubunda kronik kalp hastalığı görülme riskinin 3-7 kat daha fazla olduğu,
- * Kötü ağız hijyenine sahip olan bireylerin kronik solunum sistemi hastalığına yakalanma riskinin 4-5 kat daha fazla olduğu,

* Erken çocukluk dönemi çürüğü taşıyan çocukların %80'inin kontrol grubuna göre ideal kilolarında olmadıkları değerlendirildi.

Ağız Sağlığı Yaşam Kalitesi İçin Belirleyicidir.

Ağız ve diş sağlığı hastalıkları okulda, işte, evde milyonlarca saat iş kaybına neden olmaktadır. Bu kayıpların yanı sıra hastalıkların fizyolojik ve sosyal etkileri yaşam kalitesini belirgin bir biçimde azaltır.

*ABD verilerine göre 1989da diş ve diş eti hastalıkları tedavilerininin 2.7 milyon iş gücü ve 1 milyon gün okul günü kaybına neden olduğu belirlendi.

İyi Bir Ağız Sağlığı, Erken Ölüm Oranlarını Azaltır

Hastalıkların erken teşhisi insan hayatının kurtulması için çok önemlidir. Detaylı bir ağız incelemesi beslenme bozuklukları, mikrobik enfeksiyonlar, bağışıklık sistemi bozuklukları, yaralanmalar ve ağız kanserlerinin erken teşhisine olanak sağlar.

Diş ve diş eti hastalıkları en belirgin dört bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ortak risk faktörlerine sahiptir.

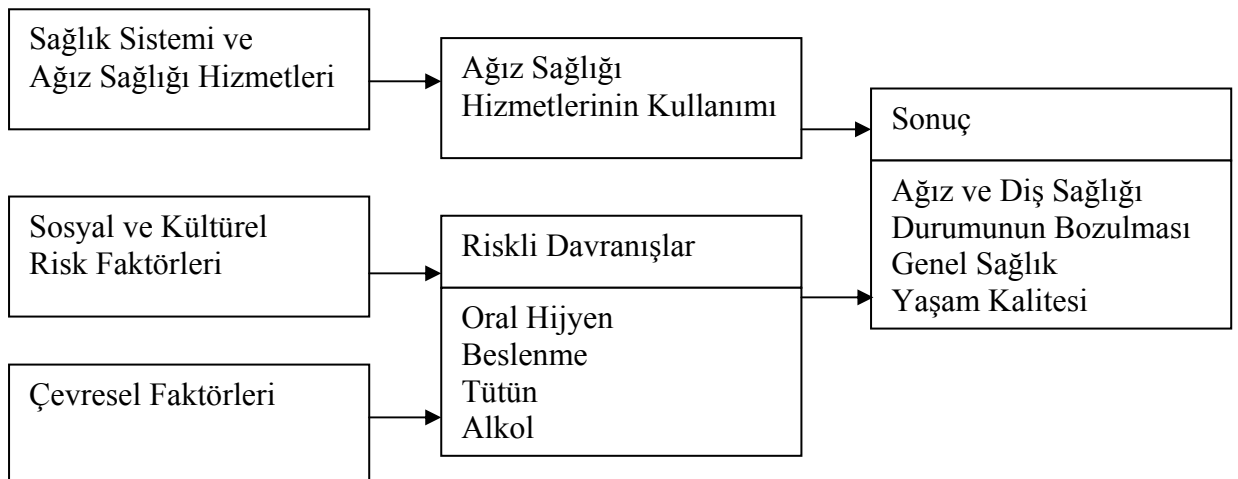
En belirgin dört bulaşıcı olmayan hastalıklardan kardiyovasküler hastalıklar,diyabet kanser ve kronik akciğer hastalıkları diş ve diş eti hastalıkları ile ortak risk faktörlerine sahiptir.Ki bu risk faktörleri yaşam tarzı ile bağlantılı olan önlenebilir risk faktörleridir.Örneğin beslenme alışkanlıkları bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkması için önemli bir faktördür. Ve diş çürüklerinin oluşumunda belirleyicidir. Aynı şekilde tütün kullanımının ağız boşluğunda meydana gelen kanser vakalarının %90'ının nedeni olduğu tahmin edilmektedir. Ve beraberinde diş eti hastalıklarının oluşması; ardından vakitsiz diş kayıpları oluşturmaktadır.

Değişen Yaşam Tarzı Hastalık Kalıplarını Hızla Değiştirmektedir

Dünya çapında hızla değişen hastalıklar şeker yönünden zengin yiyeceklerin kullanımı, sigara ve alkol tüketiminin artması gibi değişime uğrayan yaşam tarzı ile yakından ilişkilidir.

Ağız ve diş sağlığını diğer sosyal ve çevresel etkenlerin yanı sıra bu yaşam tarzı da etkilemektedir.

Ağız Hastalıklarının Önlenmesi ve Sağlığın Desteklenmesi



Ağız Sağlığı ve Floridler

Floridler diş çürüklerinin önlenmesinde en etkili yöntemdir. Gelişmekte olan ülkelerde Floridli diş macunlarının kullanımının desteklenmesi DSÖ ve FDI'nın temel politikalarından biridir.

DSÖ'nün Floridler ve Ağız Sağlığı başlıklı 846 numaralı teknik raporunda;

“Floridli diş macununun dişlerde bulunan çürüklerin kontrol altına alınması için oldukça etkili bir yöntem olması nedeni ile, gelişmekte olan ülkelerde floridli diş macunlarının maddi olarak karşılanabilir seviyede olarak kullanımının geliştirilmesi için her türlü çaba sarf edilmelidir. Floridli diş macunlarının kullanımı bir kamu sağlığı önleimidir ve bu ürünün kozmetik ürünlerine uygulanan gümrük vergilerinden ve vergilendirmeden muaf tutulması ülkelerin çıkarına olacaktır.” Yaklaşımı ile hükümetlere ağız ve diş sağlığı ile ilgili perspektif çizmektedir.

Ülkemizde Mevcut Durum ve Dişhekimine Gitme Alışkanlığı:

Ülkemizin gerek sağlık kültürü ve eğitim düzeyinin düşüklüğü ve gerekse halkın alım gücünün yetersizliği nedeniyle dişhekimliği hizmetleri kullanılmamaktadır / kullanılamamaktadır.

Halkımızın % 47,11'i son bir yılda dişhekimine gitmemiştir. Yaşamı boyunca hiç dişhekimine gitmeyen nüfus oranı ise % 12,5'dur.

1992 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü tarafından yapılan araştırma sonucuna göre; gelişmiş ülkelerde nüfusun dişhekimine gitme sıklığı 5 iken, ülkemizde bu oran 0,7'dir.

- 6 yaş grubunda süt dişi dizisinde çürüksüz kişi oranı % 17'dir.
- 35-44 yaş grubunda kırsal kesimde çürük prevalansı % 95-98, şehir çevresinde % 79, şehirlerde ise % 76'dır.
- 20-24 yaş grubunda diş çürüğü nedeniyle kişi başına tedavi edilmesi gereken diş sayısı 5.48'dir. Bu oran 25-29 yaş grubunda ise 7'dir.
- Bütün diş dizini ağızda yer almış olarak kabul edilen 12-13 yaşlarında her 100 çocuktan 81-84'ünün dişlerinde çürük bulunmaktadır. 30-34 yaş grubunda ise 100 kişiden çürüğü olmayan kişi sayısı yalnızca 3'tür.
- 12 yaş grubunda eksik çürük ve dolgu sayısı 4,5'dur.

Diş Macunu Kullanımı:

<u>Ülke</u>	<u>Kişi Başına Diş Macunu Kullanımı (Gr./Yıl)</u>
İngiltere	480
İtalya	270
İspanya	155
Türkiye	40-45 (1990) 50-55 (1996) 80-85 (1999) 80-85 (2002) 80-85 (2003)

Diş Fırçası Kullanımı:

<u>Ülke</u>	<u>Kişi Başına Diş Fırçası Kullanımı (Adet/Yıl)</u>
İngiltere	2/4
İsveç	2/5
Türkiye	1/4 (1990) 1/4 (1996) 1/3.5 (1999) 1/4 (2002) 1/3 (2003)

Yeni bin yıl için sadece dişlerde bulunan çürüklerin kontrol altına alınması değil aynı zamanda ağız ve çevre dokuların sağlık koşullarının ve ilişkili yaşam kalitesinin sürdürülebilirliği önem kazanmaktadır.

Ağız hastalıklarının geleneksel yöntemler kullanılarak tedavi edilmesi oldukça maliyetli bir işlemdir.

Sanayileşmiş ülkelerde tedavi edilecek hastalıklar arasında **dördüncü en yüksek maliyete sahip hastalıktır.**

Düşük gelir seviyeli ülkede tedavinin mümkün olması durumunda sadece çocukların diş çürükleri işlemlerinin bedeli çocuklar için toplam sağlık bakım bütçesinin bedelini aşacak seviyededir.

Klinik araştırmalar ve toplum sağlığı araştırmaları diş ve diş eti hastalıklarının önlenmesinde bireysel, profesyonel ve toplumsal projelerin etkili olduğunu göstermektedir.

Gelişmiş olan çoğu ülkede gözlemlenen diş çürüklerindeki azalma oranının nedeni, gerçekleştirilen bir dizi kamu sağlığı önleminin bir sonucudur.

Çoğu ülkede, devletin üstlendiği rol hızlı bir şekilde değişmektedir ve özel sektör ve kamu kurumları önemli oyuncular olarak sahneye çıkmaktadır. Özellikle gelişmekte olan

lkelerde gittikçe artan sayılardaki kamu kuruluşları, özel vakıflar ve hükümete bağlı olmayan örgütler sağlık sektöründe aktif rol oynamaya başlamışlardır.

Sağlık hizmetleri; aynı zamanda hizmet kullanıcılarının ve sunucularının haklarının, sorumluluklarının ve görevlerinin olduğu bir hizmet sektörüdür. Bu anlamda DSÖ'nün de önerdiği gibi devlet, meslek kuruluşları, endüstri ve kullanıcıların içersinde yer alacağı organizasyonlara gidilmelidir.

Bu bağlamda, Türk Dişhekimleri Birliği ve Colgate'in işbirliği ve Sağlık Bakanlığı'nın desteği ile 2000 yılında başlatılan ve toplumda ağız diş sağlığı bilincinin gelişmesi, önlenebilir hastalıklardan olan ağız diş sağlığı hastalıkları konusunda kamuoyunun bilgilendirilmesi, 6-12 yaş gurubu çocuklarımızın daimi altı yaş dişlerine çürük önleyici fissür selant uygulamasının yapıldığı "**Diş Koruma Günleri**" isimli büyük toplumsal projenin 5 incisi uygulamaya konuluyor.

Gönüllü dişhekimlerini katılımlarıyla yurt çapında gerçekleştirilecek proje ile, toplumumuzun ağız ve diş sağlığı konularında bilinçlenmesine katkıda bulunma amaçlanıyor.

13 Eylül- 2 Ekim 2004 tarihleri arasında devam edecek **Diş Koruma Günleri**, gazete ilanıyla duyurulmuş ve ayrıca **0800 261 64 07** hat yardımı ile müracaat eden hastalara, kampanyaya katılan en yakın Dişhekimi ismi verilmektedir.

Türk Dişhekimleri Birliği yesi 3800'e yakın gönüllü dişhekimi tarafından ücretsiz olarak hizmet verilecektir. Ayrıca bu yıl 8 Dişhekimliği Fakültesi de kampanyaya gönüllü olarak katılmaktadır.

Diş koruma günlerine yaklaşık olarak 200.000 kişinin ücretsiz muayene olanağından ve yaklaşık 100.000 çocuğun çürük önleyici tedaviden yararlanması hedefleniyor.

**DİŞ KORUMA GÜNLERİ KAMPANYASINA KATILAN
DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTELERİ**

- Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakóltesi
- Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakóltesi
- Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakóltesi
- Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakóltesi
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakóltesi
- Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakóltesi
- Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakóltesi
- Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakóltesi

**MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI'NCA
KAMPANYANIN DUYURULMASI İÇİN SEÇİLEN PİLOT İLLER**

- | | |
|--------------|------------|
| 1. Adana | 5. Denizli |
| 2. Ankara | 6. Samsun |
| 3. Antalya | 7. Sivas |
| 4. Çanakkale | 8. Van |

**5.DİŞ KORUMA GÜNLERİ KAMPANYASINA
KATILAN DİŞHEKİMLERİNİN İLLERE GÖRE DAĞILIMI
(13 Eylül - 02 Ekim 2004)**

S.NO	İL	Katılımcı Dişhekimi Sayısı
1	Adana	105
2	Adıyaman	3
3	Afyon	22
4	Ağrı	5
5	Aksaray	4
6	Amasya	5
7	Ankara	299
8	Antalya	135
9	Ardahan	2
10	Artvin	8
11	Aydın	75
12	Balıkesir	70
13	Bartın	8
14	Batman	9
15	Bayburt	2
16	Bilecik	7
17	Bingöl	4
18	Bitlis	2
19	Bolu	7
20	Burdur	31
21	Bursa	109
22	Çanakkale	44
23	Çankırı	10
24	Çorum	5
25	Denizli	110
26	Diyarbakır	36
27	Düzce	9
28	Edirne	20
29	Elazığ	10
30	Erzincan	4
31	Erzurum	9
32	Eskişehir	43
33	Gaziantep	51
34	Giresun	5
35	Gümüşhane	3
36	Hakkari	2
37	Hatay	82
38	İğdir	2
39	Isparta	52
40	İstanbul	777
41	İzmir	431

S.NO	İL	Katılımcı Dişhekimi Sayısı
42	K.MaraŐ	17
43	Karabük	8
44	Karaman	11
45	Kars	2
46	Kastamonu	8
47	Kayseri	69
48	Kırıkkale	6
49	Kırklareli	22
50	KırŐehir	16
51	Kilis	2
52	Kocaeli	74
53	Konya	79
54	Kütahya	21
55	Malatya	31
56	Manisa	66
57	Mardin	11
58	Mersin	97
59	Muğla	43
60	MuŐ	1
61	NevŐehir	8
62	Niğde	1
63	Ordu	12
64	Osmaniye	9
65	Rize	11
66	Sakarya	41
67	Samsun	79
68	Siirt	1
69	Sinop	9
70	Sivas	16
71	Ő.Urfa	15
72	Őırnak	3
73	Tekirdağ	55
74	Tokat	11
75	Trabzon	20
76	Tunceli	2
77	UŞak	18
78	Van	8
79	Yalova	6
80	Yozgat	8
81	Zonguldak	35
GENEL TOPLAM		3569

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
DAYANIŐMA VE AFET FONU
İLE İLGİLİ KARAR

T.C.
DANIŞTAY
İDARİ DAVA DAİRELERİ
GENEL KURULU
Esas No : 2001/207
Karar No: 2004/611



Temyiz İsteminde Bulunan (Davacı) : Bursa Diş Hekimleri Odası
Vekili : Av. Tazcan Çakır
Meşrutiyet Cad. 3/14 -ANKARA

Temyiz İsteminde Bulunan (Davalı) : Türk Diş Hekimleri Birliği
Vekili : Av. Mustafa Güler
Strazburg Cad. No:20/28 -ANKARA

İstem Özet : Danıştay Sekizinci Dairesinin 29.1.2001
günlü, E:1999/477, K:2001/251 sayılı kararının temyizden incelenerek bozulması taraflar
tarafından istenilmektedir.

Davacının Savunmasının Özeti : Savunma verilmemiştir.

Davalı Dairenin Savunmasının Özeti : Savunma verilmemiştir.

Danıştay Tetkik Hakimi Emlin Şınmaz'ın Düşüncesi : Temyiz istemlerinin reddi ile
Daire kararının onanması gerektiği düşünülmektedir.

Danıştay Savcısı Cem Erbük'ün Düşüncesi : Temyiz dilekçesinde öne
sürülen hususlar, 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanununun 49. maddesinin 1. fıkrasında
belirtilen nedenlerden hiçbirisine uymayıp, Danıştay Sekizinci Dairesince verilen kararın
dayandığı hukuki ve yasal nedenler karşısında anılan kararın bozulmasını gerektirir nitelikte
görülmemektedir.

Açıklanan nedenlerle temyiz isteminin reddiyle Daire kararının onanmasının uygun
olacağı düşünülmektedir.

TÜRK MİLLETİ ADINA

Hüküm veren Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulunca gereği görüldü: Dava, Türk Diş Hekimleri Birliğinin 7. Olağan Kongresinde, afet fonu kurulması ile ilgili 9 sıra numaralı, toplumsal projelerin desteklenmesi ile ilgili 15 sıra numaralı ve disiplin cezası alan meslek mensuplarının, cezaları yürürlükte kaldığı sürece birlik tarafından düzenlenen kongrelere ve odalardaki tüm bilimsel faaliyetlere katkıcı olmamalarına ilişkin 19 sıra numaralı kararların iptali istemiyle açılmıştır.

Danıştay Sekizinci Dairesi, 29.1.2001 günlü, E:1999/477, K:2001/251 sayılı kararıyla; 3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanununun 3. maddesinde Odaların kurulma amaçları, nitelikleri ve faaliyet sınırı belirtildikten sonra, Birliğin Kuruluşu, Amaçları ve Nitelikleri başlığını taşıyan 19. maddesinde, Birliğin bu Kanunda yazılı esaslar uyarınca diş hekimliği mesleğine mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, bu

T.C.
DANIŞTAY
İDARİ DAVA DAİRELERİ
GENEL KURULU
Esas No : 2001/207
Karar No: 2004/611

mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile ve hastaları ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak amacıyla kurulduğu hükmünün yer aldığı, anılan yasanın, Disiplin Cezaları başlığını taşıyan 44. maddesinde ise, dış hekimliği vakar ve onuruna veya meslek düzen ve geleneklerine uymayan fill ve hareketlerde bulunanlar ile mesleğini gereği gibi uygulamayan veya kusurlu olarak uygulayan veyahut görevin gerektirdiği güveni sarsıcı davranışlarda bulunan meslek mensupları hakkında fill ve hareketin nitelik ve ağırlık derecesine göre maddede sayılan disiplin cezalarının verileceğinin kurala bağlandığı, dosyanın incelenmesinden, Türk Dış Hekimleri Birliğinin 7. Olağan Genel Kurulu toplantısında, 9 sıra nolu karar ile, doğal afetlerde zarar gören meslektaşlara yönelik olmak üzere Türk Dış Hekimleri Birliğince afet fonu kurulmasına ve oluşturulacak bu fonun başka alanlarda kullanılmamasına, 15 sıra nolu kararda ise, Türk Dış Hekimleri Birliğinin bölgesel projelerinin o bölge Odalarınca, ulusal projelerin ise tüm Odalar tarafından uygulanması konusunda bağlayıcı karar alınmasına, 19 nolu karar ile de, hakkında disiplin soruşturması açılmış olup, cezası kesinleşmiş dış hekimlerinin cezanın yürürlükte kaldığı sürece Türk Dış Hekimleri Birliği Kongrelerinde tebliğ sunamamasına ve konuşmacı olarak yer almamasına ve Odalardaki tüm bilimsel faaliyetlere katkıcı olmamasına karar verildiği ve bu kararların dava konusu edildiğinin anlaşıldığı, Türk Dış Hekimleri Birliğinin 7. Olağan Genel Kurul Toplantısında, doğal afetlerde zarar gören dış hekimlerine yardımda bulunmak amacıyla afet fonu oluşturulmasına ve toplumun ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi düzeyini yükseltmek için yürütülen bölgesel ve ulusal projelere Odalarca destek verilmesinin istenilmesine ilişkin 9 ve 15 sıra numaralı kararlarda Odalar ve Birliğin kuruluş amaçlarına ve faaliyet alanlarına aykırılık bulunmadığı, disiplin cezasına ilişkin 19 sıra numaralı Genel Kurul kararına gelince; 3224 sayılı Yasanın 44. maddesinde dış hekimlerine uygulanacak disiplin cezaları düzenlenmiş olup, anılan madde de, hakkında disiplin soruşturması açılmış, cezası kesinleşmiş dış hekimlerinin cezanın yürürlükte kaldığı sürece Birlik kongrelerinde tebliğ sunamamalarına, konuşmacı olarak yer almamalarına ve Odalardaki tüm bilimsel faaliyetlere katkıcı olarak katılmamalarına ilişkin, yasada öngörülmemiş ikinci bir cezai yaptırıma tabi tutulmalarında disiplin cezalarının kanuniliği ilkesine uyarlık görülmediği gerekçesiyle, davanın 9 ve 15 sıra nolu kararların iptal istemine yönelik kısmının reddine, 19 sıra nolu kararın ise iptaline karar vermiştir.

Davacı, temyize konu kararın; birlik bünyesinde afet fonu oluşturulmasının yasal dayanağının bulunmadığını, uygulamanın birliğin kamu gücünü kötüye kullanması sonucu doğuracağını; 3224 sayılı Yasada, Birliğe doğal felakete uğrayan meslektaşlarına yardım etme görevi verilmediğini, Yardım Toplama Yasası ile yardımın isteğe bağlı olduğunun hükme

T.C.
DANIŞTAY
İDARİ DAVA DAİRELERİ
GENEL KURULU
Esas No : 2001/207
Karar No : 2004/611

bağlandığını, kayıt ve yıllık ödenti dışında oda üyelerinin fona yardıma zorlanamayacağını belirterek 9 sıra nolu karara, ulusal projelerin tüm odalarca desteklenmesinin zorunlu kılınmasının odaların aynı tüzel kişiliğiyle bağdaşmadığını belirterek de 15 sıra nolu karara yönelik davanın reddine ilişkin kısmını, davalı İdare ise disiplin cezası alan mensuplara Türk Diş Hekimleri Birliğinin kongrelerinde katkıcı olarak katılmaması yolundaki 19 sıra nolu kararın disiplin cezası mahiyetinde olmadığını, Birlik ve Odalar tarafından düzenlenen kongrelerin konuşmacılarının niteliklerinin belirlenmesine ilişkin olduğunu belirterek 15 sıra nolu kararın iptaline ilişkin kısmını temyiz etmektedir.

Danıştay Sekizinci Dairesinin temyizen incelenen 29.1.2001 günlü, E:1999/477, K:2001/251 sayılı kararının, Türk Diş Hekimleri Birliğinin 7 Olağan Kongresinde alınan 9 sıra nolu kararına yönelik davanın reddine ilişkin kısmı ile 19 sıra nolu kararın iptaline ilişkin kısmı usul ve hukuka uygun olup tarafların 9 sıra nolu ve 19 sıra nolu karara yönelik ileri sürdükleri hususlar kararın bu kısımlarının bozulmasını gerektirecek nitelikte görülmemiştir.

Türk Diş Hekimleri Birliği 7. Olağan Genel Kurulunda alınan ve "Afet Fonu Oluşturulması" başlıklı 9. maddesinde; doğal afetlerde zarar gören meslektaşlarımıza yönelik olmak üzere Türk Diş Hekimleri Birliğince bir afet fonu oluşturulmasına, her üyeden yıllık aidatlarından ayrı olmak üzere 1999 yılı için 500.000 TL., 2000 yılı için 1.000.000 TL.nin alınmasına ve oluşturulacak bu fonun başka alanlarda kullanılmamasına, fon kullanımı ile ilgili yönergenin hazırlanması konusunda Merkez Yönetim Kuruluna yetki verilmesine" karar verilmiştir.

3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanununun odaların gelirlerini düzenleyen 18. maddesinde; odaya kayıt ücreti, üye aidatı, diş hekimlerinden temin edilecek basılı belgelerden elde edilecek gelirler, kültürel ve sosyal faaliyetlerden elde edilecek gelirler, disiplin kurullarınca verilip kesinleşen para cezaları, bağış ve yardımlar ile çeşitli gelirler sayılmış, ancak afet fonu ya da başka ad altında üyelere yükümlülük getirilmesini düzenleyen bir hükme yer verilmediği görülmektedir.

Bu durumda, Türk Diş Hekimleri Birliği 7. Olağan Genel Kurulunda alınan kararlardan afet fonu oluşturulmasına ilişkin 9 sıra nolu kararın yetki yönünden açıkça hukuka aykırı olduğundan bu karara yönelik davanın reddedilmesinde isabet bulunmamaktadır.

Açıklanan nedenlerle, davalı idarenin temyiz isteminin reddi ile Danıştay Sekizinci Dairesinin 29.1.2001 günlü, E:1999/477, K:2001/251 sayılı kararın Türk Diş Hekimleri Birliği 7 Olağan Genel Kurulunda alınan kararlardan 19 sıra nolu kararın iptaline yönelik kısmının ONANMASINA, oybirliği ile, davacının temyiz isteminin kısmen reddi ile dava konusu 15 sıra

nolu karara yönelik davanın reddine, ilişkin kısmının ONANMASINA oybirliği ile, davacının temyiz isteminin kısmen kabulüyle, dava konusu 9 sıra nolu karara yönelik davanın reddine ilişkin kısmının BOZULMASINA oyçokluğu ile 27.5..2004 günü karar verildi.

Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu

Başkanvekili Tansel Çölaşan X	10.Daire Başkanı Zafer Kantarcıoğlu	11. Daire Üyesi Yurdagül Dinçsoy X
6.Daire Üyesi Faruk Öztürk	12.Daire Üyesi Sabriye Köprülü X	12.Daire Üyesi Yücel Irmak
6.Daire Üyesi Sinan Yörükoğlu	10.Daire Üyesi Serap Aksoylu X	11. Daire Üyesi Ahmet Hamdi Ünlü
6.Daire Üyesi Nazlı Koçer X	11. Daire Üyesi İzge Nazlıoğlu X	11. Daire Üyesi Belma Kösebalaban X
10.Daire Üyesi Ali Öztürk	5.Daire Üyesi Salih Er	10.Daire Üyesi Orhun Yet
5.Daire Üyesi Esen Erol	5.Daire Üyesi Mustafa Kılıçhan X	11. Daire Üyesi M.Nihat Turan X
	5.Daire Üyesi Ayfer Özdemir	



T.C.
DANIŞTAY
İDARİ DAVA DAİRELERİ
GENEL KURULU
Esas No : 2001/207
Karar No: 2004/611

KARŞI OY

X- Türk Diş Hekimleri Birliği 7 Olağan Genel Kurulunda alınan ve doğal afetlerde zarar gören meslektaşlara yardım amacıyla afet fonu oluşturulmasına ilişkin bulunan 9 sıra nolu karara yönelik davanın reddine ilişkin davacının temyiz isteminin reddi ile hukuk ve usule uygun bulunan kararın bu kısmının da onanması oyuyla karara karşıyız.

Başkanvekilli
Fansel Çölaşan

11. Daire Üyesi
Yurdagül Dinçsoy

12. Daire Üyesi
Sabriye Köprülü

10. Daire Üyesi
Serap Aksoylu

6. Daire Üyesi
Nazlı Koçer

11. Daire Üyesi
Izge Nazlıoğlu

11. Daire Üyesi
Belma Kösebalaban

5. Daire Üyesi
Mustafa Kılıçhan

11. Daire Üyesi
M. Nilhat Turan



**SAHTE DIŐHEKİMLERİNE
VERİLEN HAPİS VE PARA
CEZALARINI ARTIRAN 5181
SAYILI KANUN**

T.C. Resmî Gazete

**Başbakanlık
Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğüne Yayınlanı**

Kuruluş : 7 Ekim 1920

**10 Haziran 2004
PERŞEMBE**

Sayı : 25488

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

Kanun No. 5181

Kabul Tarihi : 2.6.2004

MADDE 1. — 11.4.1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 41 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Madde 41. — Kişisel çıkar amacı olmasa bile diplomasız olarak diş hekimliği mesleğine ilişkin herhangi bir muayene veya müdahale yapan, diş hekimliği klinik hizmetleri ile ilgili işyeri açanların meslek icraları durdurulur. Bu kişiler hakkında üç yıldan beş yıla kadar hapis ve birmilyar liradan üçmilyar liraya kadar ağır para cezasına hükmolunur. Ayrıca işyerlerinde bulunan ve münhasıran diş hekimliği mesleğini icra etmekte kullanılan araç ve gereçler kime ait olursa olsun müsadere edilir.

MADDE 2. — 1219 sayılı Kanunun ek 7 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Ek Madde 7. — Diş protez teknisyenleri; sahip oldukları diploma veya belgelerin hak kazandırdığı unvanlardan başkalarını kullanamazlar, hastalarla doğrudan doğruya meslekî ilişkiye giremezler, laboratuvarlarında münhasıran diş hekimliği mesleğini icra etmekte kullanılan araç ve gereçleri bulunduramazlar, ek 4 üncü maddenin belirlediği sınırlar dışında herhangi bir çalışma yapamazlar, tavsiyede bulunamazlar.

Yukarıdaki fıkra hükmüne aykırı hareket eden diş protez teknisyenleri hakkında üç yıldan beş yıla kadar hapis ve birmilyar liradan üçmilyar liraya kadar ağır para cezasına hükmolunur. Ayrıca işyerlerinde bulunan ve münhasıran diş hekimliği mesleğini icra etmekte kullanılan araç ve gereçler kime ait olursa olsun müsadere edilir. İşyeri ruhsatları suçun ilk kez işlenmesi halinde bir yıl süreyle geri alınır, tekerrürü halinde bir daha geri verilmemek üzere iptal edilir.

MADDE 3. — 1219 sayılı Kanunun ek 8 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Ek Madde 8. — Diploması veya meslek belgesi olmaksızın diş protez teknisyenliği mesleğini icra edenler hakkında bir yıldan üç yıla kadar hapis ve birmilyar liradan üçmilyar liraya kadar ağır para cezasına hükmolunur. Ayrıca işyerlerinde bulunan ve münhasıran diş protez teknisyenliği mesleğini icra etmekte kullanılan araç ve gereçler kime ait olursa olsun müsadere edilir. Suçun tekerrürü halinde verilen ceza ertelenemez, para cezasına veya tedbire çevrilemez.

MADDE 4. — 1219 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

EK MADDE 11. — Millî Savunma Bakanlığı ile diğer kanunlar kapsamında örgün eğitim veren meslek okulları haricinde, hiçbir kişi veya kurum veyahut kuruluş tarafından her ne ad altında olursa olsun bu Kanunda usul ve esasları belirlenmiş olan diş protez teknisyenliği dalında eğitim ve belge verilemez.

Türk Silâhlı Kuvvetleri bünyesinde sağlık sınıfı astsubay eğitimi aldıktan sonra askerî eğitim hastanelerinde diş protez teknisyenliği eğitimi gören sağlık astsubaylarının kurs belgeleri, Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanır ve bunlar, özel kanun hükümleri saklı olmak kaydıyla bu Kanunda diş protez teknisyenlerine tanınan hak ve yetkilere sahip olurlar.

MADDE 5. — 1219 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici maddeler eklenmiştir.

GEÇİCİ MADDE 4. — 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununa göre diş protezciliği meslek dalında;

a) Milli Eğitim Bakanlığınca verilmiş ustalık belgeleri,

b) Ustalık belgesi almak için doğrudan ustalık sınavına girme hakkını elde edenler ile ustalık eğitimi kurslarına devam etmekte olanlardan, girecekleri ustalık sınavı sonunda başarılı olarak ustalık belgesi alanların belgeleri,

c) 3308 sayılı Kanunun geçici 9 uncu maddesi uyarınca, Milli Eğitim Bakanlığınca verilecek ustalık belgeleri,

Başkaca bir işleme gerek kalmaksızın iptal edilmiş sayılarak Sağlık Bakanlığınca bu belgelerin yerine diş protez teknisyenliği meslek belgesi verilir.

Bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilenlerin, bu Kanunun yürürlüğe girmesinden itibaren; (b) ve (c) bentlerinde belirtilenlerin ise ustalık belgelerinin tanzimi tarihinden itibaren bir yıl içerisinde, diş protez teknisyenliği meslek belgesi almak amacıyla Sağlık Bakanlığına müracaat etmemeleri halinde, diş protez teknisyeni unvanını kullanamaz ve bu mesleği icra edemezler.

GEÇİCİ MADDE 5. — 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununa göre diş protezciliği meslek dalında;

a) Kalfalık belgesi sahibi olanların bu Kanunun yürürlüğe girmesinden itibaren en geç bir yıl içerisinde,

b) Çıraklık eğitimi tamamlayanlar ile bu eğitime devam edenler ise, çıraklık eğitimi tamamlamalarını müteakiben en geç altı ay içerisinde gerekli bilgi ve belgelerle birlikte,

Müracaat etmeleri ve geçici 6 ncı maddede öngörülen yönetmelik hükümleri uyarınca Sağlık Bakanlığınca düzenlenecek teori ve uygulama eğitimi başarıyla tamamlamaları kaydıyla açılacak ehliyet sınavında başarılı olmaları halinde, kendilerine diş protez teknisyenliği meslek belgesi verilir.

Sağlık Bakanlığınca düzenlenecek eğitimler sonunda, iki yıl içerisinde girecekleri en çok üç sınavda başarılı olamayanlar ile sınav için müracaat etmeyenler, iki yıllık sürenin bitiminden sonra mesleklerini icra edemezler ve diş protezciliği ile ilgili herhangi bir unvanı kullanamazlar.

Yukarıda belirtilen eğitimlere ve sınavlara katılacak ilgililer, bunların gerektirdiği giderleri kendileri karşılarlar.

GEÇİCİ MADDE 6. — Geçici 5 inci maddede belirtilen kalfalık belgesine sahip olanlar ile çıraklık eğitimi tamamlayanlara ve çıraklık eğitime devam edenlere, Sağlık Bakanlığınca diş protez teknisyenliği meslek belgesi verilebilmesi amacıyla düzenlenecek teori ve uygulama eğitimlerinin süreleri ve yerleri, eğitimlerin sonunda yapılacak ehliyet sınavlarının yerleri, sınav komisyonunun teşkili, eğitimlere ve sınavlara müracaat edilmesi konuları ve bunların giderlerinin nasıl karşılanacağı ile ilgili sair esaslar, bu Kanunun yayımı tarihinden itibaren en geç üç ay içerisinde Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığınca hazırlanacak bir yönetmelik ile belirlenir.

MADDE 6. — Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 7. — Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

9/6/2004

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

“DÜNYA

ORAL SAĞLIK RAPORU 2003”

ARALIK 2003

EK 1

**DİŞÇİLİK VE
ORAL EPIDEMIOLOJİ
TOPLULUĞU**

**EDİTÖR: BRIAN BURT
YARDIMCI EDİTÖRLER
YVONNE BISCHI
YUPIN SONGPAISAN
A. JOHN SPENCER**

**KONUK EDİTÖR
P. E. SPENCER**

DÜNYA ORAL SAĞLIK RAPORU 2003

**CİLT
31**

BLACKWELL MUNKSGAARD

DİŞÇİLİK VE ORAL EPIDEMIOLOJİ TOPLULUĞU

CİLT 31 EK 1 2003

DÜNYA ORAL SAĞLIK RAPORU 2003

KONUK EDITÖR:
P.E. PETERSEN
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, GENEVA

Ek, akran değerlendirmesine tabii tutulmamıştır.

Blackwell

Munksgaard

DİŞÇİLİK VE ORAL EPIDEMIOLOJİ TOPLULUĞU

EDİTÖR:
BRIAN A. BURT, ANN ARBOR, MI, ABD
YARDIMCI EDİTÖRLER
YVONNE BUISCHI, BREZİLYA
YUPIN SONGPAISAN, TAYLAND
A. JOHN SPENCER, AVUSTRALYA

DANIŞMA KURULU KATHRYN ATCHISON LOS ANGELES (2003) PILAR BACA, GRANADA (2005)	DAVID BANTING, LONDRA, KANADA (2004) RAMAN BEDİ LONDRA (2005) JAN CLARKSON, DUNDEE (2003) TERRY CUTRESS, WELLINGTON (2004)	JOSTLIN GRYTEN, OSLO (2002) EINO HONKALA, KUVEYT (2004) PETER HOLBROOK, REYKJAVİK (2003) ELIZABETH KAY, MANCHESTER (2005) WAGNER MARCENES, LONDRA (2004)	PANOS PAPAPANOU, NEW YORK (2005) POUL ERIK PETERSEN, GENEVA (2005) LIISA SEPPA, OSLO (2004) MURRAY THOMSON, DUNEDIN (2003) HELEN WHELTON, CORK (2003)
---	---	---	---

Amaç ve Hedef

Dişçilik ve Oral Epidemioloji Topluluğunun amacı, dişçilik alanında bulunan bilgi tabanının sürekli olarak geliştirilmesi ve genişletilmesini hedefleyecek şekilde dişçilik topluluğu içerisinde bulunan bilimsel esaslara dayalı bilgiler için bir forum niteliğine sahip olacak şekilde hizmet etmektir. Bu nedenden dolayı hedeflenen amacın kapsamı oldukça geniş ve epidemioloji alanındaki orijinal çalışmaları, dişçilik ile ilişkili olan davranış bilimlerini ve program planlama, uygulama ve değerlendirme süreci kapsamındaki metodolojik raporlar aracılığı ile sağlık hizmetleri araştırmalarını kapsar. Bütün yaş gruplarına ilişkin olan raporlar kabul edilmektedir.

Bu Jurnal, orijinal veri toplama ya da mevcut veri tabanlarının analiz edilmesi aracılığı ile elde edilen metodolojik olarak ayrıntılı bilimsel araştırma bulgularını sağlayan yazıları teşvik etmektedir. Tercih ise yeni bulgular üzerine kullanılmaktadır. Önceki bulguların onaylandığı çalışmalar da değerli olabilir, fakat jurnal gereksiz tekrarlardan kaçınmayı hedeflemektedir. Jurnal aynı zamanda araştırma yöntemleri ile kamu politikaları kapsamında bulunan konular üzerine derin bir şekilde düşünülmüş ve provokatif yorumları ve açıklamaları da teşvik etmektedir. Sadece tanımlama amaçlı olan raporların yanı sıra dişçilik alanında sadece marjinal uygulamalara sahip olan davranış bilimleri raporları da teşvik edilmemektedir.

Herhangi bir alanda bulunan bilgiler sadece araştırma sonuçlarının ve politikalarının kritik incelemeye ve gözden geçirmeye tabi tutulması durumunda değer kazanır. Bu görüş açısı ile tutarlı kalabilmek için, jurnal geniş bir konu kapsamında bilimsel tartışmaları teşvik etmektedir. Araştırma sonuçlarına ve jurnal içerisinde belirtilen görüşlere verilen karşılıklar hem yazılı metin hem de editöre yazılan mektuplar formatında her zaman kabul edilmektedir. Söz konusu bu başvurular jurnal içerisinde hemen yayınlanacaktır. Kitap özetleri ve uluslar arası konferanslardan alınan kısa raporlar da kabul edilmektedir ve konferans tutanaklarının jurnal içerisinde yayınlanması hususu yayıncı ile birlikte düzenlenebilir.

www.blackwellmunksgaard.com/com

Blackwell Yayınlarının jurnallerine online olarak erişim hakkında, erişim bilgilerini ve şartları ve koşulları da kapsayacak şekilde daha fazla bilgi sahibi olmak için lütfen www.blackwellpublishings.com adresini ziyaret edin. Kurumlara yönelik diğer fiyatlandırma seçenekleri de ayrıca web sitemizde bulunmaktadır ya da + 44 (0) 1865 244083 (İngiltere bürosu) telefonunda bulunan müşteri hizmetleri departmanımızdan istek üzerine elde edilebilir.

Abonelik ücretleri 2003

Cilt 31, ISSN: 0301 – 5661 (basılı); 1600 – 0528 (online); İki ayda bir yayınlanmaktadır

Yıllık Abonelik	Amerika Kıtası*	Avrupa **	Diğer
Kurumsal: Basılı + Online Hediye	408.00 \$	268 £	268 £
Kurumsal: Basılı + Online Standart	371.00 \$	244 £	244 £
Kurumsal: Sadece Online Hediye	334.00 \$	220 £	220 £

Kurumsal Aboneler: Bir Online Prim aboneliği, Blackwell yayıncılık şirketinin jurnali yayınlamaya devam ettiği sürece kurumun üyeleri için site dışından erişim sunarak mevcut olan bütün ciltlere sürekli olarak online erişim sağlanmasını sunmaktadır. Bu abonelik basılı sürümler ile birlikte ya da basılı sürümler bulunmadan tercih edilebilir.

Basılı + Standart Online abonelik işlemi, söz konusu abonelik işlemi muhafaza edildiği sürece basılı sürüm artı güncel ve eski tarihli ciltlere online erişimi kapsamaktadır.

* Kanadalı müşteriler için yukarıda belirtilen fiyatlara % 7 GST ilave edilecektir. GST numaramız 130130412RT.

** AT KDV oranı, bu verginin uygun olduğu ülkelerde bulunan tescilli olmayan müşterilere uygun oranlarda ilave edilecektir. KDV için tescil olmuş durumda iseniz, lütfen tescil numaranızı veriniz.

Bütün yenilemeler, siparişler, talepler ve genel sorular aşağıda belirtilen adrese gönderilmelidir.

Jurnal Müşteri Hizmetleri

Blackwell Publishing

PO Box 1354

9600 Garsington Road

Oxford, OX4 2XG, İngiltere

Tel: + 44 (0) 1865 778 315

Faks: + 44 (0) 1865 471 775

e – mail: customerservices@oxon.blackwellpublishing.com

Web: www.blackwellpublishing.com / cservices

ABD’de bulunan müşteriler, Boston’da bulunan ücretsiz telefon hattımızı kullanabilirler: 1800 835 6770 ya da herhangi bir abonelik aracı.

Dünya Ağız Sağlığı Raporu 2003: ağız sağlığının 21. Yüzyılda sürekli olarak geliştirilmesi – D.S.Ö. Global Sağlık Programı yaklaşımı

Poul Erik Petersen
Dünya Sağlık Örgütü,
Ağız Sağlığı Programı,
Geneva, İsviçre

Petersen PE. Dünya Ağız Sağlığı Raporu 2003: ağız sağlığının 21. Yüzyılda sürekli olarak geliştirilmesi – D.S.Ö. Global Sağlık Programı yaklaşımı. Dişçilik ve Oral Epidemioloji Topluluğu 2003:31 (Ek. 1) 3 – 24. © Blackwell Munksgaard, 2003

Özet – Kronik hastalıklar ve yaralanmalar, dünyanın tamamında fakat küçük bir kısmında başı çeken sağlık problemleridir. Dünya çapında hızlı bir şekilde değişen hastalık kalıpları, değişime uğrayan yaşam tarzı ile oldukça yakından bağlantılıdır ve bunların arasında şeker yönünden zengin günlük besinler, tütünün gittikçe yaygınlaşan kullanımı ve gittikçe artan alkol tüketimi bulunmaktadır. Sosyo – çevresel belirleyici etmenlere ek olarak, oral hastalıklar yaşam tarzı olarak sayılan bu etmenlere oldukça bağlıdır, ki bu etmenler çoğu kronik hastalık için riskleri oluşturmanın yanı sıra floridin uygun şekilde kullanımı ve iyi ağız hijyeni benzeri koruyucu etmenler için de risk oluşturur. Oral hastalıklar, dünyanın bütün bölgelerinde sergiledikleri yüksek yaygınlık ve tekrar oranları nedeni ile toplumun karşılaştığı başlıca sağlık problemleri arasında sayılmaktadır ve bütün hastalıklar dikkate alındığında, oral hastalıkların en büyük yükü dezavantajlı ve sosyal olarak marjinalere sahip olan topluluklar tarafından çekilmektedir. Ağrı ve acı çekilmesi şeklinde gerçekleşen ciddi etkilerin yanı sıra, oral hastalıkların işlevlere zarar vermesi ve yaşam kalitesini etkilemesi hususları da ayrıca dikkate alınmalıdır. Oral hastalıkların geleneksel bir şekilde tedavi edilmesi, bazı sanayileşmiş ve gelişmiş ülkelerde oldukça masraflı bir işlemdir ve düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde ise bu tedavi şekillerinin uygulanması olanaklı ve makul değildir. D.S.Ö. Bulaşıcı olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrol Altına Alınması için Global Stratejisi, yaygın risk etmeni yaklaşımına oral hastalıkların önlenmesinin ve kontrol altına alınmasının yönlendirilmesi hususunda yeni bir strateji ilave etmiştir. D.S.Ö. Ağız Sağlığı programı aynı zamanda global olarak geliştirilmiş bir ağız sağlığı konusu konusundaki çalışmalarını Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlık Destek Departmanı içerisinde bulunan diğer teknik programlar ile gerçekleştirilen bağlantılar aracılığı ile güçlendirmiştir. Global seviyede mevcut ağız sağlığı durumu ve gelişme eğilimleri tanımlanmış ve D.S.Ö. tarafından 21. Yüzyıl içerisinde daha iyi bir ağız sağlığı elde edilmesi için belirlenen stratejiler ve yaklaşımlar ana hatları ile çıkartılmıştır.

Anahtar Kelimeler: yaygın risk faktörleri, hastalık önleme; sağlık politikası; sağlığın desteklenmesi; ağız sağlığı D.S.Ö.

Dr. Poul Erik Petersen
Dünya Sağlık Örgütü,
Ağız Sağlığı Programı,
Bulaşıcı Olmayan
Hastalıkların Önlenmesi ve
Sağlık Destek Departmanı,
20 Avenue Appia, 1211
Geneva 27, İsviçre.

E – mail:
petersenpe@who.int

Dünya Sağlık Raporu 2002 içerisinde günümüzde dünya üzerinde bulunan ve insan sağlığına karşı en önemli risklerin belirli bir sayısına atfedilebilen hastalıkların, sakatlıkların ve ölüm olaylarının kapsamını ana hatları ile belirlemiştir (1). Bu husus kendi başına oldukça ilgi çekici bir tanımlamadır fakat daha da önemli olarak, rapor aynı zamanda bahsi geçen risk faktörlerinin şu andan itibaren azaltılması ile önümüzdeki birkaç on yıl içerisinde bu ağır hastalık yüklerinin ne kadarından kaçınılabileceğini de ayrıca göstermiştir. Rapor içerisinde söz konusu bu risk faktörlerini karşılamak için kullanılacak birkaç adet etkin maliyetli müdahaleler tanımlanmıştır. Müdahale yüzeysel bir şekilde “herhangi bir sağlık eylemi – başlıca hedefin ve amacın sağlığın geliştirilmesi olan destekleyici, önleyici, iyileştirici ya da rehabilite edici bütün faaliyetler” olarak tanımlanmıştır. Belirgin sağlık faydalarından bağımsız olarak, sağlığın karşılaştığı risklerin azaltılması sürdürülebilir kalkınmayı ve gelişmeyi teşvik edecektir ve topluluk içerisindeki eşitsizlikleri azaltacaktır.

D.S.Ö. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Akıl Hastalıkları Grubunun görevi, yaşam boyunca sağlığın desteklenmesi hususunda global olarak liderlik rolünü üstlenmek ve Üye Ülkelere söz konusu bu hastalıkların yol açtığı hastalık, sakatlık ve vakitsiz ölüm oranlarının azaltılması hususunda yardımcı olmaktır. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (NCD’ler) önlenmesi için global strateji tarafından tanımlanan öncelikler üzerine uygun kaynakların tahsis edilmesine odaklanılması hususuna vurguda bulunmaktadır.

Sağlık konusunda tavsiye edilen eylemler arasında aşağıda sayılanlar bulunmaktadır:

- Bilimsel araştırmalar için daha fazla destek sağlanması, geliştirilmiş erken uyarı sistemleri ve global bilgilere daha iyi erişim sağlanması hususlarını da kapsayacak şekilde risk önleme politikalarının formüle edilmesi
- En üst seviye önceliğin, sağlık için global olarak gittikçe artan yüksek risk sergileyen tütün kullanımı, sağlıksız günlük beslenme, güvenli olmayan su kullanımı, sıhhi tesisat ve hijyen eksikliği ve HIV / AIDS ile bağlantılı olarak güvenli olmayan cinsel ilişki benzeri durumların önlenmesi için etkin ve adanmış politikalara verilmesi
- Risk yönetiminin geliştirilmesi ve kamuoyunun sağlık konusundaki riskler hususundaki bilinç seviyesinin ve anlayışının artırılması için uluslar arası ve sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi
- Hükümetler, topluluklar ve bireyler arasında eylem konusunda bir denge oluşturulmasının sağlanması

Alt - orta ve yüksek gelirli ülkelerde egemen olmaya devam eden bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar, birçok fakir ve gelişmekte olan üçüncü dünya ülkesinde gittikçe artan bir şekilde yaygın hale gelmektedir. Bu hastalıklar, söz konusu bu ülkelere sıkıntı vermeye devam edecek olan bulaşıcı hastalıkların üstünde çifte bir yük yaratmaktadırlar (1).

Bulaşıcı olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlık Destek Departmanı (NPH) kapsamında bulunan teknik programlardan birisi olan D.S.Ö. Global Ağız Sağlığı Programının hedefleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın desteklenmesi hususunda belirlenen yeni stratejiler uyarınca yeniden biçimlendirilmiştir. Ağız sağlığının desteklenmesi ve oral hastalıkların önlenmesi hususunda global seviyede politikalar geliştirilmesi konusuna daha fazla önem verilmiştir ve bu politikalar NPH ve diğer gruplar ve harici ortaklar kapsamında bulunan diğer öncelikli programlar ile daha etkin bir şekilde koordine edilmiştir.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı için belirlenen politikanın esasları

Ağız sağlığı, genel sağlık ile entegre bir husustur ve bu konuda oldukça gereklidir

Ağız sağlığı, ağızda bulunan iyi durumdaki dişlerden çok daha fazla bir anlam taşımaktadır; ağız sağlığı, genel sağlık durumunun iyi durumda olması için entegre ve gerekli bir konudur. Ağız sağlığı, kronik oro – yüzselsel ağrı, oral ve pharyngeal (boğaz) kanseri, oral doku lezyonları, yarık dudak ve damak benzeri doğum kusurları ve ağız, diş ve toplu olarak

kraniofacial kompleks olarak bilinen kraniofacial dokuları etkileyen diğer hastalıklar ve rahatsızlıklara sahip olmama anlamına gelmektedir.

Ağız sağlığı, yaşam kalitesi için belirleyici bir etmendir

Kraniofacial kompleks konuşmamıza, gülümsememize, öpüşmemize, dokunmamıza, koklamamıza, tatmamıza, çiğnememize, yutmamıza ve acı ile bağırmamıza olanak sağlayan doku kompleksidir. Bu kompleks mikropların neden olduğu enfeksiyonlara ve çevresel tehditlere karşı koruma sağlar. Oral hastalıklar okulda, işte ve evde gerçekleştirilen faaliyetleri sınırlandırır ve dünya üzerinde her yıl milyonlarca okul ve iş saatinin kaybolmasına neden olur. Buna ek olarak, söz konusu bu hastalıkların fizyo – sosyal etkisi bazı durumlarda yaşam kalitesini belirgin bir şekilde azaltır.

Ağız sağlığı – genel sağlık

Ağız sağlığı ile genel sağlık durumu arasındaki karşılıklı ilişki deliller ile kanıtlanmıştır. Örnek olarak ağır periodontal hastalıklar diyabet ile ilişkilidir (2). Bazı oral hastalıklar ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar arasındaki güçlü korelasyon öncelikli olarak yaygın risk etmenlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Çoğu genel hastalık koşulları aynı zamanda oral hastalık riskini artıran oral tezahürlere sahiptir ve buna karşılık olarak da belirli bir sayıda genel sağlık koşulu için de bir risk etmeni oluşturur.

Ağız sağlığı konusunun daha geniş kapsamlı anlamı global olarak başı çeken oral hastalıkların birbiri ile olan ilgisini azaltmamaktadır – diş çürükleri ve periodontal hastalıklar. Söz konusu bu hastalıkların her ikisi de toplum, profesyonel ve bireysel eylemlerin bir kombinasyonu aracılığı ile etkin bir şekilde önlenabilir ve kontrol altına alınabilir.

Düzenli ağız sağlığı bakımı, vakitsiz ölüm oranını azaltır.

Hastalıkların erken teşhis edilmesi, çoğu vakada insan hayatların kurtarılması için oldukça önemlidir. Detaylı bir oral tetkik, beslenme yetersizliklerinin yanı sıra mikrobik enfeksiyonlar, bağışıklık sistemi bozuklukları, yaralanmalar ve oral kanser hasatlığını da kapsayacak şekilde bir dizi genel hastalığın emarelerinin belirlenmesine olanak sağlar. Kraniofacial dokular, vücudun daha zor erişilebilir kısımlarında bulunan organların ve sistemlerin anlaşılmasına ayrıca olanak sağlar. Örnek olarak, tükürük bezleri salgı bezleri için bir model niteliğindedir ve tükürük sıvısının analiz edilmesi genel sağlık ya da hastalık durumuna ilişkin önemli ipuçları sağlayabilir.

Oral hastalıkların neden olacağı sıkıntılar nedir?

Global seviyede bütün topluluklarda ağız sağlığı konusunda elde edilen büyük başarılarla rağmen, halen dünya üzerinde bulunan birçok toplulukta konuya ilişkin sorunlar bulunmaktadır – söz konusu bu sorunlar özellikle de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bulunan imtiyaza sahip olmayan gruplar arasında yaygındır. Diş sağlığı ve periodontal hastalıklar, geçmiş zamanlarda da en önemli global ağız sağlığı sıkıntıları olarak dikkate alınmıştır. Günümüzde, oral hastalıkların dağılımı ve ciddiyeti dünyanın değişik bölgelerinde ve aynı ülkenin ya da bölgenin değişik bölümlerinde değişkenlik sergilemektedir. Sosyo – davranışsal ve çevresel etmenlerin oral hastalıklar ve ağız sağlığı üzerindeki belirgin ve önemli etkisi oldukça fazla sayıda epidemiolojik inceleme kapsamında sergilenmiştir.

Diş çürükleri, çoğu sanayileşmiş ve gelişmiş ülkede halen başlıca bir ağız sağlığı problemi olmaya devam etmekte ve okul yaşındaki çocukların % 60 - % 90 oranını ve yetişkinlerin büyük çoğunluğunu etkilemektedir. Bu durum aynı zamanda bazı Asya ve Latin Amerika ülkesinde en yaygın oral hastalık olma özelliğine sahiptir ve çoğu Afrika ülkesinde daha az yaygın ve daha az şiddetli olarak gözlemlenmektedir. Şekil 1 içerisinde, kalıcı diş sayısı kapsamında diş çürüklerine ilişkin ömür boyu deneyim, in ölçülmesi amaçlı olarak

kullanılan DMTF (Çürümüş, Eksik ve Dolgu Yapılmış Diş) indisine dayalı olarak 2000 yılında altı adet D.S.Ö. bölgesi içerisinde bulunan 12 yaşındaki çocuklar arasında belirlenen diş çürükleri deneyimleri gösterilmektedir (3, 4). Halihazırda, hastalık seviyesi Amerika ülkelerinde yüksek durumda iken Afrika'da nispeten daha düşüktür. Ancak, değişmekte olan yaşam koşullarının ışığında diş çürüklerinden kaynaklanan vakaların, özellikle şekerin gittikçe artan seviyelerde kullanımı ve floridlere uygun olmayan şekilde maruz kalınması nedeni ile Afrika'da bulunan çoğu gelişmekte olan ülkeler içerisinde artış göstereceği tahmin edilmektedir.

Gelişmekte olan çoğu ülkede ağız sağlığı hizmetlerine erişim sınırlı seviyelerde gerçekleşmektedir ve dişler genellikle işleme tabi tutulmadan bırakılmakta ya da ağrı ve rahatsızlık nedeni ile sökülmektedir. Dünya üzerinde bulunan çoğu insan tarafından dişlerin kaybedilmesi yaşlanmanın doğal bir nedeni olarak görülmektedir. Bazı gelişmiş ve sanayileşmiş ülkelerde ise yakın zaman içerisinde yetişkinler arasında diş kaybının azaltılmasına yönelik pozitif bir eğilim sergilenmeye başlanmıştır, ancak 65 yaşında ve daha yaşlı olan dişsiz yetişkinlerin oranı bazı ülkelere halen oldukça yüksektedir (Tablo 1).

ŞEKİL

Şekil 1. D.S.Ö. bölgesel bürolarına göre 12 yaşındaki çocuklarda Diş Bakım deneyimleri (DMTF). *Kaynak: D.S.Ö. Global Ağız Sağlığı Veri Bankası ve D.S.Ö. Ağız Sağlığı Ülke / Bölge Profil Programı, 2000 (3, 4).*

Tablo 1. Dünya çapında seçilen ülkeler için rapor edilen yaşlılarda dişsizlik durumu yaygınlığı. *Kaynak: D.S.Ö. Global Ağız Sağlığı Veri Bankası ve D.S.Ö. Ağız Sağlığı Ülke / Bölge Profil Programı, 2000 (3, 4)*

WHO Bölgesi / Ülkesi	Yüzde Dişsiz	Yaş Grubu (Yıl)
Afrika		
Gambiya	6	65 +
Madagaskar	25	65 – 74
Amerika		
Kanada	58	65 +
ABD	26	65 – 69
Doğu Akdeniz		
Mısır	7	65 +
Lübnan	20	64 – 75
Suudi Arabistan	31 – 46	65 +
Avrupa		
Arnavutluk	69	65 +
Avusturya	15	65 – 74
Bosna Hersek	78	65 +
Bulgaristan	53	65 +
Danimarka	27	65 – 74
Finlandiya	41	65 +
Macaristan	27	65 – 74
İzlanda	15	65 – 74
İtalya	19	65 – 74
Litvanya	14	65 – 74
Polonya	25	65 – 74

Romanya	26	65 – 74
Slovakya	44	65 – 74
Slovenya	16	65 +
İngiltere	46	65 +
Güney Doğu Asya		
Hindistan	19	65 – 74
Endonezya	24	65 +
Sri Lanka	37	65 – 74
Tayland	16	65 +
Batı Pasifik		
Kamboçya	13	65 – 74
Çin	11	65 – 74
Malezya	57	65 +
Singapur	21	65 +

Küresel olarak, çoğu çocukta gingivitis (diş eti kanaması) semptomları gözlemlenir ve yetişkinler arasında periodontal hastalıkların ilk aşamaları yaygın durumda gözlemlenmektedir. Şekil 2 içerisinde, Topluluk Periodontal İndisi olarak isimlendirilen indis kullanılarak 35 – 44 yaşındaki kişilerin D.S.Ö. bölgeleri uyarınca periodontal sağlık durumu sergilenmektedir. Dişlerin kaybedilmesi ile sonuçlanabilecek olan ağır periodontitis vakaları çoğu topluluklarda % 5 - % 15 oranlarında bulunmaktadır. Bireyleri ergenlik süresi esnasında etkileyen ağır bir periodontal koşul olan ve vakitsiz diş kaybına yol açan agresif periodontitis gençliğin yaklaşık olarak % 2 oranını etkilemektedir (5).

ŞEKİL

Şekil 2. D.S.Ö. bölgesel bürolarına göre maksimum Topluluk Periodontal Indis rakamları tarafından 35 – 44 yaşındaki kişilerin aritmetik ortalama yüzdeleri. *Kaynak: D.S.Ö. Global Ağız Sağlığı Veri Bankası ve D.S.Ö. Ağız Sağlığı Ülke / Bölge Profil Programı, 2000 (3, 4)*

Sanayileşmiş ve gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalar, sigara kullanımının yetişkinlerde gözlemlenen periodontal hastalıklar için başlıca bir risk faktörü olduğunu sergilemiştir ve sigara kullanımı söz konusu yaş grubu içerisinde periodontitis vakalarının yarısından daha fazla oranından sorumludur (6). Sigara kullanıcılarının sigara içmeyi bırakmaları durumunda risk azalmaktadır ve periodontal hastalıkların yaygınlık oranları tütün kullanımında azalma gerçekleşen ülkelerde belirgin şekilde azalmıştır (7).

Oral ve pharyngeal kanser vakaları önlenabilir nitelikte olsa da, bu hastalıklar ağız sağlığı programları için başlıca bir zorluk oluşturmaya devam etmektedir. Oral kanser vakalarının yaygınlığı özellikle erkeklerde daha yüksek seviyelerdedir ve bu kanser hastalığı dünya çapında bilinen kanser vakaları arasında sekizinci sıradadır (Şekil 3). Ağız kanserinin tekrar oranı birçok ülkede bulunan erkeklerde 100.000 sakin başına 1 ila 10 vaka arasında değişkenlik göstermektedir. Güney – merkez Asya bölgesinde ise ağız boşluğunda gözlemlenen kanser vakaları, en yaygın üç kanser türü arasında bulunmaktadır. Ancak, oral / pharyngeal kanser vakalarının tekrar oranlarında Danimarka, Almanya, İskoçya, merkez ve doğu Avrupa benzeri bazı ülkelerde ve bölgelerde keskin artışlar gözlemlendiği rapor edilirken, benzeri raporlar Avustralya, Japonya, Yeni Zelanda ve ABD benzeri ülkelerde daha düşük kapsamda rapor edilmiştir (8).

Asya içerisinde 100.000 nüfus başına yaş ile standart hale getirilmiş ağız kanseri tekrar oranı Çin’de 0.7, Tayland’da 4.6 ve Hindistan’da 12.6 olarak belirlenmiştir. Yüksek tekrar oranları sigara içilmesi, dumanlı tütün kullanımı (örnek olarak betel cevizi ya da

miang çiğneme) ve alkol tüketimi benzeri riskli davranışlar ile doğrudan ilişkilidir. Örnek olarak Tayland'da sigara kullanım oranı yaklaşık olarak % 60, betel cevizi çiğneme oranı % 15 oranında iken alkol tüketim oranı % 35 oranındadır (9).

Oral mukozal hastalıklara ilişkin olarak global seviyede oldukça az sayıda sistematik epidemiolojik çalışmanın gerçekleştirilmiş olması dikkate değerdir. Oral leukoplakia hastalığının yaygınlık oranları, bölgeye ya da coğrafi konuma dayalı olarak % 0.1 ila % 10.6 oranları arasında değişkenlik gösterir (4).

Qat, Doğu Afrika'da ve Arabistan Yarımadasında bazı ülkelerde kullanımı popüler olan yapraklı bir narkotik maddedir. Qat çay şeklinde sıvı olarak tüketilebileceği gibi tütün gibi sigara şeklinde de içilebilir. Ancak, en yaygın yutma yöntemi taze yaprakların çiğnenmesi ile gerçekleştirilir. Qat maddesinin tüketimi oral mukozal lezyonların oluşması, ağız kuruluğu, dişlerin renklerinin bozulması, zayıf ağız hijyeni ve periodontal hastalıkların ortaya çıkması benzeri ters oral etkilere sahiptir.

ŞEKİL

Şekil 3. Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde bulunan erkeklerde en yaygın kanser vakalarına ilişkin karşılaştırma, 2000 yılı *Kaynak: D.S.Ö. Kanser Üzerine Araştırma Amaçlı Uluslararası Kurum, 2003 (6)*

Bölgeler arasında gözlemlenen ağız sağlığı profillerinde değişimler bulunmaktadır. Bazı gelişmekte olan ülkelerde oral hastalıklar artış göstermektedir ve Afrika ve Asya'da bulunan ülkelerin noma (cancrum oris), ANUG (akut nekrotize ülseratif gingivitis), oral ön kanser ve kanser vakaları benzeri ciddi oral koşullara hitap edecek olan acil önlemler almaları gerekmektedir. Afrika, Latin Amerika ve Asya'da bulunan 3 – 5 yaşları arasındaki genç çocuklarda noma vakaları rapor edilmiştir (Şekil 4); ve bu çocukların % 90 oranı herhangi bir tedavi ve bakıma tabi tutulmadan ölmektedir.

ŞEKİL

Bu harita üzerinde kullanılan ve malzemenin sunumunda uygulanan işaretler Dünya Sağlık Örgütü'nün herhangi bir ülkenin, bölgenin, şehrin ya da alanın ya da bunların mercilerinin yasal durumuna ya da sınırlarının ya da hudutlarının belirlenmesine ilişkin olarak herhangi bir görüşünü ifade etmemektedir. Kesik çizgiler, halihazırda tam bir anlaşma altında olmayan yaklaşık sınır hatlarını belirtmektedir.

Şekil 4. Dünya üzerinde rapor edilen noma vakaları. *Kaynak: D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, Geneva, İsviçre*

Ek olarak, Afrika ve Asya'da en yüksek HIV / AIDS yaygınlık oranları gözlemlenmektedir ve bu vakaların oral göstergeleri oldukça geniş bir alana yayılmıştır (10). HIV / AIDS vakaları üzerinde gerçekleştirilen analizler candida enfeksiyonları, saçlı leukoplakia, oral ülserler ve diş eti kanamaları, nekrotize periodontitis, leukoplakia ve Kaposi'nin sarcoma hastalıkları benzeri oral işaretlerin yaygın olduğunu sergilemiştir.

Diş çürüklerine ve periodontal hastalıklarından farklı olarak, halen çoğu ülkede, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde oro – dental travma vakalarının sıklık ve şiddet seviyelerine ilişkin güvenilir veriler elverişli değildir (11). Latin Amerika'da bulunan bazı ülkeler okul yaşında bulunan çocukların yaklaşık % 15 oranında diş travması rapor ederken, Orta Doğu bölgesinde 6 – 12 yaşları arasındaki çocuklarda % 5 – 12 oranında bir yaygınlık oranı değeri belirlenmiştir. Ancak, belirli sanayileşmiş ve gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen

yakın tarihli çalışmalar sonucunda dental travmatik yaralanmaların yaygınlık oranının gittikçe artış gösterdiği belirlenmiştir ve bu artış 6 yaşındaki çocuklar arasında % 16 ila % 40 arasında belirlenirken 12 – 14 yaşındaki çocuklarda % 4 - % 33 olarak belirlenmiştir (11). Dental travma vakalarının belirgin bir oranı spor, güvenli olmayan oyun alanları ya da okul bölgeleri, karayolu kazaları ya da şiddet ile ilişkilidir. Sanayileşmiş ve gelişmiş ülkelerde dental travma hastaları için acil ve izleme durumları bakım masrafları oldukça yüksektir.

Hatalı emzirme hususunda sergilenen değişik özelliklerin uygulanış sıklıklarına ilişkin tahminler, özellikle kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika başta olmak üzere bir dizi ülkeden elde edilmiş durumdadır. Örnek olarak, dontofacial anormalliklerin yaygınlık oranları Dental estetik İndisine göre % 10 oranında rapor edilmiştir (1). Hatalı emzirme davranışı bir hastalık değildir, fakat bazı durumlarda yaşam kalitesini etkileyebilecek olan biri dizi dental sapmadır. Ortodontik tedavinin diş sağlığını ve işlevlerini geliştirdiğine dair yeterli miktarda kanıt bulunmamaktadır. Tedavi, sık sık bireyin görünümünde geliştirmeler gerçekleştirilmesi aracılığı ile sosyal ve psikolojik durumun iyileştirilmesi olarak haklı çıkartılmaktadır (13).

Yarık dudak ve yanak benzeri kraniofacial anormalliklerin teşhis edilmesi ve tedavisi kamu sağlığı için bir dizi zorluk sunmaktadır. Oro – yüzsel yarıklar 500 – 700 doğum olayında yaklaşık olarak 1 kez meydana gelir ki bu oran etnik gruplar ve coğrafi alanlar söz konusu olduğunda özellikle değişkendir. Özel bakım gerektirecek durumların ortaya çıkmasına yol açabilecek olan diğer koşullar arasında Down sendromu, beyin felci, öğrenme zorlukları ve gelişimsel sakatlıklar ve oro – yüzsel kusurlara sahip olunan genetik ve kalıtsal bozukluklar bulunmaktadır. Oro – yüzsel yarıkların önemli çevresel etkilerinin olduğu gözlemlenmektedir, daha yüksek seviyelerde riskler öncelikli olarak annenin tütün ve alkol kullanımı ile beslenme alışkanlıkları ile tamamen ilişkilidir. Zaman akımına ilişkin olarak tutarlı bir kanıt bulunmamaktadır ve aynı durum sosyoekonomik statü tarafından tutarlı bir varyasyon için de geçerlidir, fakat bu yönler tam ve yeterli seviyede araştırmaya tabi tutulmamıştır (14). Ek olarak, dünya üzerinde kraniofacial anormalliklerin ortaya çıkma frekanslarına ilişkin hiçbir bilginin alınmadığı ya da çok az bilgiye sahip olunan birçok bölge bulunmaktadır, bu bölgeler özellikle Afrika, orta Asya, doğu Avrupa, Hindistan ve Orta Doğu bölgeleridir.

Oral Hastalık sıkıntıları ve yaygın risk faktörleri

Ortada bulunan sorunu kapsayacak mertebede, oral hastalıklar toplumun karşı karşıya bulunduğu başlıca sağlık sorunlarından bir tanesidir. Bu hastalıkların bireyler ve topluluklar üzerindeki ağrı ve acı çekme nedeni ile ortaya çıkan ve işlevlerin bozulmasına ve düşüş gösteren yaşam kalitesine neden olan etkileri dikkate değerdir. Buna ek olarak, ağız hastalıklarının geleneksel yöntemler kullanılarak tedavi edilmesi oldukça maliyetli bir işlemdir, çoğu sanayileşmiş ülkede tedavi edilecek olan hastalıklar arasında dördüncü en yüksek maliyete sahip tedavi yöntemidir. Çoğu düşük gelir seviyeli ülkede tedavinin mümkün olması durumunda sadece çocuklar için diş çürükleri işlemleri için belirlenen maliyetler çocuklar için toplam sağlık bakım bütçesini aşacak seviyededir (15).

Ayarlanabilir risk etmenlerinin çekirdek grubu çoğu kronik hastalıklar ve yaralanmalar için yaygındır. En belirgin dört NCD hasatlığı – kardiovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik engelleyici akciğer hastalıkları – oral hastalıklar ile ortak risk faktörlerine sahiptir, ki bu risk faktörleri yaşam tarzına ilişkin olan önlenebilir risk faktörleridir. Örnek olarak beslenme alışkanlıkları NCD hastalıklarının gelişimi için önemli faktörlerdir ve diş çürükleri hastalıklarının gelişimini etkilerler. Tütün kullanımının ağız boşluğunda meydana gelen kanser vakalarının % 90 oranının nedeni olduğu tahmin edilmektedir ve kötüleşen periodontal bozulma, oral hijyen için uygulanan kötü standartlar ve sonuç olarak ortaya çıkan vakitsiz diş kaybı vakaları ile bağlantılıdır.

Bütün hastalıklar kapsamında en büyük sıkıntı dezavantaja sahip olan ve sosyal olarak marjnlere ayrılmış olan topluluklarda gözlemlenir. Ortak risk etmenleri yaklaşımının başlıca bir faydası, yüksek risk ihtiva eden grupların yanı sıra tüm nüfusun sağlık koşullarının geliştirilmesine odaklanması ve bu sayede olası eşitsizlik durumlarının ortadan kaldırılmasıdır. Kronik hastalıklara ilişkin olarak ortaya çıkan sorunlara getirilen çözümlerin paylaşılan yaklaşımlar oldukları belirlenmiştir. D.S.Ö. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrol Altına Alınması için Global Stratejisi, oral hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması hususunun yönetilmesi için yeni bir yaklaşımdır. Risk etmenlerinin seviyelerinin ve kalıplarının erken bir şekilde ve sürekli olarak gözlemlenmesi, topluluk içerisindeki önleme amaçlı faaliyetlerin ve ağız sağlığının desteklenmesinin planlanması ve değerlendirilmesi konusunda temel öneme sahiptir.

Ağız sağlığının gözetim altında tutulması ve amaçlar

1979 yılında global ağız sağlığı için formüle edilen en önemli amaç D.S.Ö. tarafından duyurulmuştur. 2000 yılına gelindiğinde ise diş çürükleri için küresel ortalama 12 yaş civarında 3 DMFT'den daha fazla değildir. 1979 yılında gerçekleştirilen Dünya Sağlık Asamblesinde bu beyanname D.S.Ö. için en üst seviye öncelik olarak oy birliği ile kabul edilmiştir. 1983 yılında, ağız sağlığı *Herkes için Sağlık Stratejisinin* (karar WHA36.14) bir parçası olarak beyan edilmiştir ve 1989 yılında Örgüt ağız sağlığının Herkes için Sağlık kararının bir parçası olarak 2000 yılında teşvik edilmesi amaçlı onaylanmıştır (WAH42.39). Ek olarak, 1994 yılında gerçekleştirilen Dünya Sağlık Günü ağız sağlığına adanmıştır ve bu durum bu hususa gösterilen önemi yansıtmaktadır.

D.S.Ö. birkaç yıl önce oral hastalıklar gözetim sistemleri geliştirmiştir ve bu sistemler özellikle de çocuklarda gözlemlenen diş çürükleri ile ilişkili olarak gerçekleştirilmiştir. 12 yaşındaki çocuklara ilişkin DMTF verilerine sahip olan ilk küresel harita 1969 yılında hazırlanmıştır ve bu harita kapsamında sanayileşmiş ülkelerde yüksek diş çürükleri yaygınlık oranı gösterirken gelişmekte olan ülkelerde genel olarak düşük değerler belirtilmiştir. Bu konuda bir veri tabanı tesis edilmiş ve birkaç yıl içerisinde diş çürükleri yaygınlık oranında bir değişim kalıbının başladığını yani örnek olarak belirli gelişmekte olan ülkelerde diş çürüklerinin gittikçe artan seviyeleri ile çoğu sanayileşmiş ülkede diş çürüklerinde gittikçe azalan seviyeler benzeri durumları belgeleyen gittikçe artan sayıda epidemiolojik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen bazı epidemiolojik çalışmalar D.S.Ö. metodolojisi ve kriterleri uygulanmak sureti ile icra edilmiştir (16). Şekil 5 ve Şekil 6 içerisinde 12 yaşındaki çocuklar ve 35 – 44 yaşları arasındaki yetişkinler arasında gözlemlenen diş çürüklerine ilişkin mevcut küresel haritaları sunmaktadır (3, 4)

1980 yılında D.S.Ö. Ağız Sağlığı Veri Bankasından edinilen bilgilere göre, 12 yaşındaki çocuklar için DMTF değerleri 173 ülkenin 107 adeti tarafından sağlanmıştır. Bu ülkeler arasında % 51 oranındaki ülkede 3 ya da daha az sayıda DMTF bulunmakta iken geriye kalan % 49 oranındaki ülkelerde daha yüksek değerler bulunmaktadır. 2000 yılında ise, D.S.Ö. Ağız Sağlığı Ülke / Alan Profil Programı kapsamında kaydedilen şekli ile 184 ülke için söz konusu veriler bulunmaktadır (4). Bu ülkeler arasında % 68 oranında ülkede 3 ya da daha az DMTF bulunmaktadır.

Gelişmiş olan çoğu ülkede gözlemlenen diş çürüklerindeki azalma oranının nedeni, gerçekleştirilen bir dizi kamu sağlığı önlemlerinin bir sonucudur. Bu önlemlerin değişmekte olan yaşam koşulları, yaşam tarzları ve gelişmiş kendi kendine bakım uygulamaları ile birleştiğinde bu pozitif sonuç ortaya çıkmıştır. Bazı ülkelerde bu pozitif eğilim ağız sağlığının daha ileri seviyelerde iyileştirilmesi hususundan vazgeçilmesine neden olabilir ya da elde edilen başarıların askıya alınmasına sebep olabilir. Bu durum aynı zamanda diş çürükleri problemlerinin en azından gelişmiş ülkelerde artık gözlemlenmeyeceği sonucuna ulaşılması ve dolayısıyla halihazırda diş çürüklerinin engellenmesi alanına ayrılmış olan değerli

kaynakların diğer alanlara kaydırılmasına neden olabilir. Ancak diş çürüklerinin bir hastalık olarak tam anlamı ile ortadan kaldırılamadığına fakat sadece belirli bir seviyeye kadar kontrol altına alınabildiğine dikkat edilmelidir.

1981 yılında, D.S.Ö. ve FDI Dünya Dişçiler Federasyonu ağız sağlığına ilişkin olarak müşterek bir şekilde 2000 yılı için başarılması gerekli olan hedefleri formüle etmiştir ve bu hedefler aşağıda belirtilen şekildedir (17):

1. 5 – 6 yaşındaki çocukların % 50 oranının diş çürüklerine sahip olmaması
2. 12 yaşındaki çocuklarda küresel ortalamanın 3 DMTF'den daha fazla olmaması.
3. Nüfusun % 85 oranının 18 yaşında tüm dişlerine sahip olması
4. 35 – 44 yaşları arasındaki yetişkinlerin arasında 1982 yılında belirlenen seviyelere göre diş kaybı oranında % 50 oranında bir azalma olması
5. 65 yaşı ve üstündeki yetişkinler arasında 1982 yılında belirlenen seviyelere göre diş kaybı oranında % 25 oranında bir azalma olması
6. Ağız sağlığında gerçekleşen değişikliklerin denetlenmesi için bir veri tabanı sisteminin tesis edilmesi

ŞEKİL

Bu harita üzerinde kullanılan ve malzemenin sunumunda uygulanan işaretler Dünya Sağlık Örgütü'nün herhangi bir ülkenin, bölgenin, şehrin ya da alanın ya da bunların mercilerinin yasal durumuna ya da sınırlarının ya da hudutlarının belirlenmesine ilişkin olarak herhangi bir görüşünü ifade etmemektedir. Kesik çizgiler, halihazırda tam bir anlaşma altında olmayan yaklaşık sınır hatlarını belirtmektedir

Şekil 5. Dünya çapında 12 yaşındaki çocuklarda diş çürük seviyeleri (DMTF)

ŞEKİL

Bu harita üzerinde kullanılan ve malzemenin sunumunda uygulanan işaretler Dünya Sağlık Örgütü'nün herhangi bir ülkenin, bölgenin, şehrin ya da alanın ya da bunların mercilerinin yasal durumuna ya da sınırlarının ya da hudutlarının belirlenmesine ilişkin olarak herhangi bir görüşünü ifade etmemektedir. Kesik çizgiler, halihazırda tam bir anlaşma altında olmayan yaklaşık sınır hatlarını belirtmektedir

Şekil 6. Dünya çapında 35 – 44 yaşındaki yetişkinlerde diş çürük seviyeleri (DMTF)

Yeni bin yıl için, sadece dişlerde bulunan çürüklerin kontrol altına alınması ve önlenmesi faaliyetlerinin güçlendirilmesi amaçlı olarak değil aynı zamanda periodontal sağlık koşulları, oral mukozal lezyonlar, oral kanser öncesi ve kanser vakaları, kraniofacial travma, ağrı ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi benzeri oral hastalık sıkıntılarının belirgin diğer bileşenlerine de hitap edilmesi amaçlı olarak yeni ağız sağlığı hedeflerinin acil bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Ağız sağlığına ilişkin olarak bahsi geçen bu küresel hedefler toplulukları ve yüksek risk ihtiva eden grupları hedefleyen önleyici programlar geliştirilmesi amaçlı olarak bölgelere, ülkelere ve yerel sağlık bakım planlayıcılarına yardımcı olacak ve oral sağlık sistemlerinin kalitesinin daha ileri bir seviyeye taşınmasını sağlayacaktır.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı için politika çerçevesi

20. yüzyılın son bölümünde hem genel sağlık hem de ağız sağlığı alanlarında tarihte eşî benzeri bulunmayan bir değişim gözlemlenmiştir. Ancak, geçtiğimiz on yıllarda gözlemlenen

dikkate değer başarılarla rağmen dünya çapında milyonlarca insan sağlık bakımının ve yaşam kalitesinin geliştirildiği sosyoekonomik kalkınma hareketinin ve bilimsel gelişmelerin faydalarından mahrum bırakılmıştır. Geçtiğimiz son on yıl, uluslar arası sağlık konularında belirgin değişikliklerin gözlemlendiği bir süreç olmuştur. Hastaların sağlık durumlarının nedenlerinin ve sonuçlarının anlayışı hususunda değişimler yaşanmıştır: sağlık konusunda sosyal, ekonomik, politik ve kültürel belirleyici etmenler artık önemli olarak kabul edilmekte ve dikkate alınmaktadır ve daha yüksek bir sağlık seviyesinin yoksulluğun azaltılması ile başarılabilmesi konusunda tartışmalar başlamış bulunmaktadır. Ağız sağlığı sistemlerini de kapsayacak şekilde sağlık sistemlerinin sergileyecekleri roller bulunmaktadır. Sistemler gittikçe daha karmaşık bir hal almaktadır ve insanların sağlık bakımı hususunda karşı olan beklentileri gün geçtikçe artış göstermektedir. Çoğu ülkede, devletin üstlendiği rol hızlı bir şekilde değişmektedir ve özel sektör ve kamu kurumları önemli oyuncular olarak sahneye çıkmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde gittikçe artan sayılardaki kalkınma örgütleri, özel vakıflar ve hükümete bağlı olmayan örgütler (NGO'lar) sağlık sektöründe aktif rol oynamaya başlamışlardır.

ŞEKİL

Şekil 7. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde 12 yaşındaki çocuklar arasında değişen diş çürüğü deneyim seviyeleri (DMTF) (3, 4)

D.S.Ö.'nün sahip olduğu hedefler arasında hastalıklar ile savaşmak amaçlı olarak sağlıklı toplumlar ve kitleler inşa etmek bulunmaktadır. D.S.Ö.'nün uyguladığı ve Ağız Sağlığı Programı için de uygulamaları ihtiva eden teknik çalışmalarına odaklanmak amaçlı olarak geniş bir çerçeve oluşturulması için dört adet stratejik yönlendirme bulunmaktadır.

1. Ağız hastalıkları ve sakatlıklarının sıklıklarının, özellikle zayıflar ve marjinalere ayrılmış topluluklarda azaltılması
2. Sağlıklı yaşam biçimlerinin desteklenmesi ve çevresel, ekonomik, sosyal ve davranışsal nedenlerden dolayı ortaya çıkan ağız sağlığına ilişkin risk etmenlerinin azaltılması
3. Eşdeğer bir şekilde ağız sağlığı sonuçlarının geliştirilmesine olanak sağlayan, kişilerin meşru ve yasal taleplerine karşılık veren ve mali açıdan adil olan ağız sağlığı sistemlerinin geliştirilmesi
4. Ağız sağlığı konusunda politikaların çerçevelerinin belirlenmesi, ağız sağlığına ilişkin programların ulusal ve topluluk sağlık programlarına entegrasyonunun sağlanması ve ağız sağlığının toplumun izlemesi gereken bir kalkınma politikasının etkin bir boyutu olarak desteklenmesi

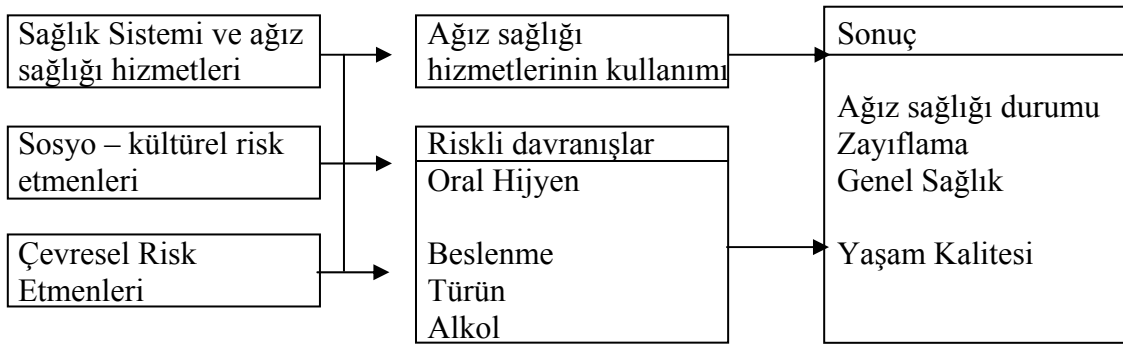
D.S.Ö. tarafından belirlenen öncelik seviyeleri uyarınca, Global Ağız Sağlığı Programı aşağıda belirtilen öncelikleri ve stratejik yönlendirmeleri benimsemiş ve kabul etmiştir.

Oral Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın desteklenmesi için belirlenen stratejiler ve yaklaşımlar

Bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkardığı tehdit ve acil ve etkin kamu sağlığı yanıtının sağlanmasına yönelik ihtiyaçlar, söz konusu bu hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması için küresel çapta bir stratejinin geliştirilmesine yol açmıştır ve bu strateji 2000 yılında 53. Dünya Sağlık Asamblesi kapsamında kabul edilmiştir (karar WHA53.17). Öncelikler, ağız sağlığı konusunu da kapsayacak şekilde yaygın, önlenabilir ve yaşam tarzı ile ilişkili risk etmenleri ile bağlantılı olan hastalıklara (örnek olarak sağlıksız beslenme, tütün kullanımı) verilmiştir. Ağız sağlığı konusunun desteklenmesi kapsamına dahil olan anahtar

nitelikli sosyo – çevresel etmenler Şekil 8 içerisinde ana hatları ile birlikte verilmiştir ve bu şekil içerisinde bazı önemli ve değiştirilebilir risk davranışları da ayrıca gösterilmiştir.

Ağız hastalıklarına ilişkin nispeten yüksek risk seviyeleri, kötü yaşam koşulları, düşük eğitim seviyeleri benzeri sosyo – kültürel belirleyici etmenlere ve ağız sağlığının desteklenmesi amaçlı olarak geleneklerin, inançların ve kültürel görüşlerin bulunmayışına bağlıdır. Floridlere uygun olmayan şekilde maruz kalan topluluklar ve ülkelerde daha yüksek diş çürüğü riski bulunmaktadır. Güvenli su kullanımına ya da sıhhi tesisat tesislerine düşük seviyede erişime sahip olunması genel sağlık için olduğu kadar ağız sağlığı için belirlenen çevresel risk faktörleri arasındadır. Oral hastalıkların kontrol edilmesi aynı zamanda ağız sağlığı sistemlerinin bulunması ve erişilebilir nitelikte olmasına da bağlıdır, fakat hastalıkların ortaya çıkmasına ilişkin risklerin azaltılması sadece hizmetlerin öncelikli olarak sağlık bakım ve önleme konularına yönlendirilmesi ile mümkündür. Merkezden uzak sosyokültürel ve çevresel etmenlere ek olarak, göz önüne alınan model ağız hijyen uygulamaları ve şeker tüketiminin (miktar, alım sıklığı, türleri) yanı sıra tütün kullanımı ve aşırı alkol tüketimi benzeri en yakın ve değiştirilebilir risk davranışlarının rolünün altını çizmektedir. Söz konusu davranış biçimleri sadece ağız sağlığının durumunu klinik bulgular tarafından açık bir şekilde belirtildiği üzere negatif bir şekilde etkilemekle kalmayacak, fakat aynı zamanda yaşam kalitesi üzerinde de belirgin bir etkiye sahip olacaktır.



Şekil 8. Ağız sağlığının desteklenmesi hususunda risk – etmen yaklaşımı

Klinik araştırmalar ve toplumsal sağlık araştırmaları, çoğu oral hastalığın engellenmesinde bir dizi bireysel, profesyonel ve topluluk önleyici ölçütlerinin etkili olduğunu göstermiştir (18). Ancak, ağız hastalıklarına ilişkin olarak opsiyonel müdahaleler, yüksek maliyetler ve sınırlı kaynaklar nedeni ile evrensel olarak mümkün değildir ya da maddi olarak karşılanabilir nitelikte değildir. Bu durum ağız hastalıklarının önceden önlenmesi üzerine yetersiz seviyede gerçekleştirilen vurgular ile birleştirildiğinde çoğu ülke için, özellikle de gelişmekte olan ülkeler ve ekonomileri ve sağlık sistemleri geçiş döneminde bulunan ülkeler için dikkate değer bir zorluk oluşturmaktadır.

Elde edilen kanıtların çoğu, dişlerdeki çürüklerin önlenmesine ve periodontal hastalıkların kontrol altına alınmasına dayalıdır. Gingivitis (diş eti kanaması), dişlerin fırçalanması ve diş ipi kullanımını da kapsayacak şekilde iyi kişisel ağız hijyeni uygulamaları ile önlenabilir, ki bunlar aynı zamanda ileri seviye periodontal lezyonların kontrol altına alınması hususunda da ayrıca önemli etmenlerdir. Topluluk dahilindeki suyun klorlanması, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde diş çürüklerinin oluşmasının önlenmesi için etkin bir yöntemdir. Suyun klorlanması, sosyal ya da ekonomik statülerinden bağımsız olarak topluluk su kaynaklarını kullanan bütün sakinlerin faydasına gerçekleşen bir işlemdir. Tuz ve süt florlama çizelgelerinin topluluk önleyici programları ile birlikte kullanılmaları durumunda benzer etkilere sahip olduğu belirlenmiştir. Floridli ağız çalkalama sularının, diş jellerinin ve

diş macunlarının kullanımını da kapsayacak şekilde uygulanacak olan profesyonel ve bireysel önlemler dişlerdeki çürüklerin önlenmesi için ilave ölçütleri oluşturacaktır. Bazı gelişmekte olan ülkelerde maddi olarak makul fiyatlardaki floridli diş macunlarının piyasaya sürülmesinin değerli ve önemli bir strateji olduğu belirlenmiştir ve bireylerin uygun bir şekilde florid kullanımının sağlanmasını garanti altına almıştır.

Hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı bir durumun muhafaza edilmesi için bireyler kendileri için gerekli eylemleri gerçekleştirmenin yanı sıra bakımları altında bulunan kişiler için de bu önlemleri uygulayabilirler. Uygun beslenme davranışları ile çoğu ağız, diş ve kraniofacial hastalıktan öncelikli olarak korunma elde edilebilir. Genel sağlık durumunu etkileyen tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi ve yanlış beslenme seçimleri benzeri yaşam tarzına ilişkin davranışlar ağız sağlığını ve kraniofacial sağlığı da etkileyebilir. Bahsi geçen bu bireysel davranışlar kraniofacial doğum kusurları, oral ve pharyngeal kanser vakaları, periodontal hastalıklar, diş çürükleri, oral candidiasis ve diğer ağız koşulları ile de ayrıca ilişkilidir.

Toplumlara uygulanacak olan programlar ve sağlık bakım düzenlemeleri aracılığı ile toplumda oral hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı bir yaşamın desteklenmesi için birçok fırsat bulunmaktadır. Ağız sağlığı ile ilgilenen kişiler, sağladıkları hizmetlerine sigarayı bırakma programlarını ve beslenme danışmanlığı uygulamalarını dahil etme aracılığı ile sağlıklı yaşam biçimlerinin desteklenmesi hususunda önemli bir rol oynayabilirler.

Ancak, ülkeler ve bölgeler arasında ve içerisinde derin ağız sağlığı eşitsizlikleri bulunmaktadır. Bu eşitsizlikler sosyoekonomik statüye, ırka ya da etnik kökene, yaşa, cinsiyete ya da genel sağlık durumuna bağlı olabilir. Her ne kadar yaygın diş hastalıkları önlenemez nitelikte olsa da, toplum dahilinde bulunan bütün üyelerin uygun ağız sağlığı destekleme önlemlerinden haberdar olması ya da bu hizmetlerden faydalanabilmesi mümkün değildir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde düşük kamu hizmeti seviyesine tabi olan topluluklar bulunmaktadır. Buna ek olarak çoğu ülkede ağız sağlığı konusu ulusal ya da toplum sağlık programları ile entegre bir halde değildir.

Gelecekte karşılaşılabilecek olan başlıca zorluklar arasında hastalıkların önlenmesine ilişkin bilgilerin ve deneyimlerin eylem programlarına aktarılması da bulunacaktır. Sosyal, ekonomik ve kültürel etmenler ve değişmekte olan nüfus demografileri ülkelerdeki ağız sağlığı hizmetlerinin sunulmasını tamamen etkileyecektir. Bulunan eşitsizliklerin azaltılması, spesifik oral hastalıklarının oluşması açısından en yüksek seviyede risk altında bulunan hedef topluluklar için geniş kapsamlı olan yaklaşımların belirlenmesini gerektirecek ve mevcut bakım işlemine olan erişimin geliştirilmesini kapsayacaktır. Bunun yanı sıra, gelişmekte olan bazı ülkelerin karşılaşılabilecek en büyük zorluklardan birisi olarak öncelikli sağlık programları bağlamında gerekli olan ağız sağlığı hizmetlerinin sunulması bulunmaktadır. Söz konusu programların toplumun temel sağlık gereksinimlerini karşılaması, hizmetlerin topluma sunulmasını ve erişimin artırılmasını sağlaması, öncelikli sağlık hizmetlerini organize etmesi ve etkin hasta danışma işlemlerini garanti altına alması gereklidir.

Oral hastalıkların önlenmesine yönelik programların küresel seviyede uygulanması için, halihazırda mevcut olan ortaklıkların, özellikle de ulusal ve uluslar arası NGO'lar ve D.S.Ö.'ne katkıda bulunan Ağız Sağlığına yönelik Merkezler ile olan ilişkilerin pekiştirilmesi gerekmektedir. D.S.Ö. küresel ittifakları ve birlikleri, uluslar arası ağız sağlığı topluluğu ile işbirliği içerisinde olacak şekilde koordine edecektir ve küresel seviyede uygulanacak olan stratejinin uygulanması hususunda sorumlulukları paylaşacaktır. D.S.Ö. tarafından üstlenilecek olan başlıca sorumluluklardan bir tanesi ağız hastalıklarına ilişkin değişmekte olan kalıpların harita üzerinde belirlenmesi ve bu hastalıkların belirleyici etmenlerinin fakir ve dezavantajlı durumda olan toplumlar açısından analiz edilmesidir. D.S.Ö. tarafından ağız sağlığı konusunda gerçekleştirilen çalışmalar aynı zamanda sektörler arası işbirliği, toplumların katılımı, destekleyici politika kararları, ağız sağlığı bakımı reformu için gerekli

araçların hazırlanması ve oral hastalıkların kontrol altına alınması için topluluklara dayalı stratejilerin geliştirilmesi konularına da odaklanacaktır.

Sağlığın Desteklenmesi ve ağız sağlığı

Sağlıklı olmak, sosyal, ekonomik ve kişisel kalkınma konuları için en temel ve önemli kaynaktır. Siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel ve biyolojik etmenler sağlık durumunu iyileştirebilir ya da zayıflatabilir. Sağlık destek eylemleri söz konusu bu koşulları insan sağlığı için iyi bir seviyeye taşımayı hedeflemektedir. Bu nedenden dolayı sağlığın desteklenmesi sağlık bakımından daha önemlidir. Bu eylemler sağlık konusunu bütün sektörlerde ve bütün seviyelerde bulunan siyaset yapıcıların gündem maddeleri arasına yerleştirir ve bu kişilerin verdikleri kararlar esnasında sağlık konularında ortaya çıkabilecek sonuçların farkında olmasını sağlar ve sağlık konusunda üstlendikleri sorumlulukları kabul etmelerine neden olur. Sağlık destek politikası mevzuatlar, mali önlemler, vergilendirme ve örgütsel değişiklikler benzeri çeşitli fakat tamamlayıcı nitelikteki yaklaşımları bir araya getirir. Bu eylemler destekleyici bir çevre yaratılması ve topluluk eylemlerinin güçlendirilmesine yönelik koordineli bir çabayı temsil eder. Sağlık destek eylemleri önceliklerin belirlenmesi, kararların verilmesi, stratejilerin planlanması ve daha üst seviyede sağlıklı bir topluma ulaşılması için hazırlanan bu stratejilerin ve planların uygulanması için sağlam ve etkin topluluk eylemleri aracılığı ile işler. Toplumun kalkınması ve güçlenmesi, kendi kendine yardım, sosyal destek, katılım ve mülkiyet konularının kolaylaştırılması için topluluk içerisinde bulunan mevcut insan ve malzeme kaynaklarına dayanır.

Su yaşam, sağlık ve besin üretimi için gerekli bir unsurdur. Ancak dünya üzerinde yaşayan nüfusun yaklaşık olarak % 20 oranı güvenli içme suyuna erişime sahip değildir ve yaklaşık olarak % 40 oranı yeterli ve elverişli sıhhi tesisat koşullarından mahrumdur (19). Dünya üzerinde, biyolojik kirlilik yaratan maddeler ve kimyasal kirleticiler suyun kalitesini tehlikeye atmakta ve sık sık yaşamı tehdit edecek olan bir dizi hastalığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Gelişmekte olan çoğu ülkede yaygın bir şekilde gözlemlenen bir durum olan kötü ve yetersiz sıhhi tesisat hem genel hem de oral hijyen durumunu etkilemektedir. Bu nedenden dolayı bu husus geliştirmekte olan ülkelerde bulunan toplumların hijyenin teşvik edilmesine ve ebeveynler, çocuk bakıcıları ve çocuklar arasında davranışsal değişikliklerin desteklenmesine ilişkin olarak karşılaşılan başlıca zorluklardan birisi olarak kalmaya devam etmektedir. Toplumlar aynı zamanda okulda bulunan sıhhi tesisatlar üzerine etkin programların geliştirilmesi ve oral hijyen ile ilişkili olarak uygun su kullanımının sağlanması için ellerinden gelen çabayı sarf etmelidir.

Gittikçe artan kentleşme, demografik ve sosyo – çevresel değişiklikler ağız sağlığına ilişkin eylemlere değişik yaklaşımlar getirilmesini gerekli kılmaktadır. Ağız sağlığı konusunda gerçekleşecek olan gelişmelerin spesifik davranışları hedefleyen yalıtılmış müdahaleler aracılığı ile elde edilmesini beklemek hatalı bir davranıştır. En etkin ve sürdürülebilir müdahaleler sağlıklı yaşam koşullarının ve hayat biçimlerinin teşvik edildiği sosyal politikaları ve bireysel eylemleri aracılığı ile birleştiren müdahalelerdir.

Küresel seviyede yaklaşıldığında, ülkelerin ağız sağlığı desteğini genel sağlık desteği ile entegre bir şekilde sağlamasını garanti altına almak için D.S.Ö. tarafından teknik ve politik destek sağlanması gereklidir. D.S.Ö. ile işbirliği içerisinde bulunan Ağız Sağlığı Merkezlerinin bu konuda sahip olduğu uzmanlık, bu süreç için oldukça değerlidir. Ülkeler bu konuda toplumların kendi sağlık geleceklerine aktif katkıda bulunmasını sağlamak için teşvik edilmesi hususunda aynı zamanda yerel deneyimlere ve etkinliklere de güvenebilir. D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı “küresel olarak düşün – yerel olarak hareket et” felsefesini benimsemiş ve uygulamaktadır (20). Hedeflenen ülkeler içerisinde ağız sağlığının teşvik edilmesine ilişkin programların geliştirilmesi aşağıda belirtilen hususlara odaklanmaktadır:

- Ağız sağlığının teşvik edilmesi için gerekli olan müdahalelerin tasarlanması ve uygulanması konusunda sahip olunan kapasitenin geliştirilmesi amaçlı olarak sağlık konusunda belirleyici etmenlerin, mekanizmaların yerinde tanımlanması
- Fakir ve dezavantajlı nüfus grupları özellikle referans olarak alınarak ağız sağlığının teşvik edilmesi için toplumlara dayalı gösteri amaçlı projelerin uygulanması
- Ağız sağlığının teşvik edilmesi için ulusal programların planlanması ve değerlendirilmesi için gerekli kapasitenin oluşturulması ve halen yürürlükte olan ağız sağlığı teşvik müdahalelerinin değerlendirmeye alınması
- Ulusal sağlık programlarının bir parçası olarak işleme alınan ağız sağlığı teşvik müdahalelerinin süreçlerini ve sonuçlarını analiz etmek için gerekli yöntemlerin ve araçların geliştirilmesi
- Ağız sağlığı konusunun teşvik edilmesi için ulusal ve uluslar arası eylemlerin güçlendirilmesi amaçlı olarak şebekelerin ve ittifakların tesis edilmesi. D.S.Ö. Mega Ülke Programı bağlamı dahilinde edinilen deneyimlerin karşılıklı olarak değiştirilmesi için gerekli şebekelerin geliştirilmesi konusu da ayrıca vurgulanmaktadır.

Global ağız sağlığı konusunda öncelikli eylem bölgeleri

Ağız sağlığı ve floridler

Araştırmalar, düşük seviyede bir florid içeriğinin ağız boşluğunda sürekli olarak muhafaza edilmesi durumunda florid maddesinin diş çürüklerinin engellenmesi hususunda en etkili yöntem olduğunu göstermiştir (21). Bu nedenden dolayı topluluklara dayalı kamu sağlığı programlarının amacı olası en üst seviyede olabilecek en fazla ağız içerisinde sürekli bir düşük seviyeli florid seviyesinin muhafaza edilmesi için en uygun yöntemin uygulanması olmalıdır. Floridin klorlanmış içme suyu, tuz, süt, ağız gargarası ya da diş macunundan elde edilebilmesinin yanı sıra, diğer florid kaynaklarını kullanarak profesyonel olarak uygulanan floridlerden ya da floridli diş macunu kombinasyonlarından elde edilmesi mümkündür. Optimal seviyede florid maddesine uzun süreli olarak maruz kalınmasının hem çocuklarda hem de yetişkinlerde dişlerdeki çürük seviyelerinin azalması ile sonuçlandığına dair açık kanıtlar bulunmaktadır.

Ancak, aşırı florid alımının bazı istenmeyen yan etkileri de bulunmaktadır. Deneyimler, ağız içerisinde düşük seviyede floridin muhafaza edilmesi için hangi yöntemin seçilmiş olmasından bağımsız olarak belirli bir seviyede dental fluorosis ile karşılaşılardan etkin bir florid tabanlı çürük önleme işleminin mümkün olmayacağını göstermiştir. Kamu sağlığı iarecilerinin dental fluorosis vakalarını en az seviyede tutarak çürük önleme işlemlerini en üst seviyeye çıkartmak için gerekli yöntemleri araştırması gerekmektedir.

Küresel bağlamda oldukça geniş bir kullanıma sahip olan floridin birçok faydası bulunmaktadır. Dünya çapında 500 milyondan daha fazla kişi floridli diş macunu kullanmaktadır, yaklaşık olarak 210 milyon kişi florid katkılı su kullanmaktadır, yaklaşık 40 milyon kişi floridli tuzdan faydalanmaktadır ve yaklaşık olarak 60 milyon kişiye diğer şekillerde florid uygulamaları (klinik topikal floridler, ağız gargaraları, tabletler / damlalar) verilmektedir. Ancak, gelişmekte olan birçok ülkede bulunan toplumların pratik ya da ekonomik nedenlerden dolayı dişlerdeki çürüklerin önlenmesi amaçlı olarak florid kullanımına erişimi bulunmamaktadır.

D.S.Ö. tarafından “Floridler ve ağız sağlığı” başlığı altında yayınlanan 846 numaralı Teknik Rapor Serisi içerisinde (1994:21), floridli diş macunlarının kullanılması için aşağıda belirtilen tavsiyede bulunulmuştur:

Floridli diş macununun dişlerde bulunan çürüklerin kontrol altına alınması için oldukça etkili bir yöntem olması nedeni ile, gelişmekte olan ülkelerde floridli diş macunlarının maddi olarak karşılanabilir seviyede olarak kullanımının geliştirilmesi için her türlü çaba sarf edilmelidir. Floridli diş macunlarının kullanımı bir kamu sağlığı önleimidir

ve bu ürünün kozmetik ürünlerine uygulanan gümrük vergilerinden ve vergilendirmeden muaf tutulması ülkelerin çıkarına olacaktır. [Tavsiye 12, sayfa 36]

D.S.Ö. tarafından belirlenen politikalarından bir tanesi, maddi olarak karşılanabilir nitelikteki floridli diş macunlarının gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak kullanımının desteklenmesidir. Bu husus, söz konusu bu ülkelerde değişmekte olan beslenme ve yiyecek durumunun ışığından bakıldığında oldukça önemli bir husustur. Yakın tarihli yerel çalışmalar, maddi olarak karşılanabilir nitelikteki floridli diş macunlarının dişlerdeki çürüklerin oluşumunun engellenmesi için etkili olduğunu ve gelişmekte olan ülkelerde bulunan sağlık mercileri tarafından kullanım için elverişli duruma getirilmesinin gerektiğini göstermektedir (22). D.S.Ö. Global Ağız Sağlığı Programı halihazırda Afrika, Asya ve Avrupa'da maddi olarak karşılanabilir floridli diş macunları, süt floridasyonu ve tuz floridasyonuna ilişkin bazı model projeler gerçekleştirilmektedir.

Beslenme, yemek alışkanlıkları ve ağız sağlığı

Günümüzde dünya üzerinde iki türlü hatalı beslenme bulunmaktadır, bunlardan birincisi açlık ya da besin eksikliği diğeri ise aşırı beslenme durumu ile ilişkilidir. Şehirleşme ve ekonomik kalkınma beslenme alışkanlıklarında ve yaşam tarzlarında hızlı değişimler meydana gelmesi ile sonuçlanmaktadır. Pazarın küreselleşmesi sürecinin aşırı beslenme konusu üzerinde belirgin ve dünya çapında etkili bir etkisi bulunmaktadır ve bu etki aşırı şişmanlık, diyabet, kardiovasküler hastalıklar, kanser, osteoporosis ve oral hastalıklar benzeri kronik hastalıklara yol açmaktadır. Beslenme ve yeme alışkanlıkları ağız sağlığını birçok yönden etkilemektedir. Örnek olarak beslenme kraniofacial gelişimi, oral kanser vakalarını ve bulaşıcı oral hastalıkları etkilemektedir. Besin maddelerine bağlı olarak ortaya çıkan diş hastalıkları arasında diş çürükleri, diş kaplamalarında bozuklukların gelişimi ve dişlerde aşınmalar bulunmaktadır. Periodontal hastalıkların az beslenen toplumlarda daha hızlı bir şekilde ilerlediğine ilişkin olarak bazı kanıtlar bulunmaktadır (23).

Beslenme alışkanlıklarında gerçekleşen değişimlerin etkileri, ortak risklerin ağız sağlığını da kapsayacak şekilde kamu sağlığını nasıl etkilediğini açıkça sergilemektedir. Ağız sağlığı konusunda ilgili kamu sağlığı topluluklarının oral hastalıkların önlenmesi ya da kontrol altına alınması amaçlı olarak bu karmaşık gelişmelerin sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin olarak belirli bir anlayış seviyesi geliştirmesi gerekmektedir.

Karşılaşılabilecek olan başlıca zorluklar arasında aşağıda belirtilenler bulunmaktadır

- İyi beslenme alışkanlıklarının sadece genel sağlık üzerindeki yönlerini değil aynı zamanda ağız sağlığı ile doğrudan bağlantılı olan yönlerinde de vurguda bulunarak beslenme konusunda danışmanlık uygulamalarında bulunmak.
- Anne sütü ile beslenmenin teşvik edilmesi için insanların bilinçlenmesini artıran faaliyetlerin gerçekleştirilmesini kolaylaştırmak. Sağlık açısından diğer faydalarına ek olarak, anne sütü çocukluğun erken döneminde dişlerde çürük oluşumunu engeller. Erken çocukluk döneminde ortaya çıkan diş çürükleri, dişlerin şekere sık ve uzun süreli olarak maruz kalması nedeni ile ortaya çıkar ve genellikle çocuğun yatağa bir şişe şeker ile tatlandırılmış bir içecek ile yatırılması ya da gün boyunca böyle bir şişeden istediği zaman sıvı içmesine izin verilmesinin bir sonucudur.
- Diş çürüklerinin oluşmasına neden olan başlıca risk etmenlerinden birisi olan şekerli yumuşak içeceklerin tüketiminin azaltılmasının faydaları üzerine ebeveynlerin bilinçlendirilmesi. Dişlerin aşınması gittikçe artan bir sorun teşkil etmektedir ve bazı ülkelerde dişlerde meydana gelen aşınma vakalarında artış gözlemlenmesinin asit ihtiva eden sıvıların tüketiminde gözlemlenen artış ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.
- Rafine edilmiş ve sanayi ürünü olan besin maddeleri yerine yüksek besin değeri bulunan doğal ürünlerin kullanımının teşvik edilmesi aracılığı ile düşük gelir seviyeli

ve orta gelir seviyeli ülkelerde bulunan yoksul ve uzak bölgelerde yaşayan kişilere rasyonel ve sağlıklı bir beslenme diyetinin uygulanmasına teşvik edilmesi

- Oral kanser vakalarının önlenmesine de yardımcı olabilecek olan sağlıklı bir beslenme alışkanlığının savunulması. Taze sarı – yeşil meyveler ve sebzeler, A, C ve E vitamini ihtiva eden faydalı bitkiler olarak tanımlanmıştır. Aşırı alkol tüketimi, kanser öncesi ve neoplastik lezyonların etiolojisinde önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır ve bu türlü alışkanlıkların değiştirilmesi gerekmektedir.

D.S.Ö. / FAO yakın zaman içerisinde Beslenme, Fiziksel Faaliyet ve Sağlık üzerine Global bir Strateji yayınlamıştır (23) ve bu strateji beslenme ve fiziksel faaliyet kalıpları arasındaki ilişki üzerine mevcut bulunan en iyi kanıtlara ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin başlıca kronik hastalıklara dayalı olarak hazırlanmıştır. Söz konusu strateji hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde NCD'lerin gittikçe artan sıklıklarının hafifletilmesini hedeflemektedir. Beslenme alışkanlıkları ile bağlantılı olan kronik hastalıkların sıklıklarının azaltılması için bölgesel stratejiler ve ulusal kılavuzların hazırlanmasını kolaylaştırmak için tavsiyeler sağlanmıştır. Diğer tavsiyelerin arasında, serbest (ilave edilen) şeker içeriğinin enerji girişinin % 10 seviyesinin altında tutulması gerekliliği ve serbest şeker ihtiva eden besinlerin / içeceklerin tüketiminin günde maksimum dört kez ile sınırlandırılması gereksinimi bulunmaktadır. Yüksek tüketim seviyelerine sahip olan ülkeler için, ulusal sağlık mercilerinin ve karar verme mekanizmalarının serbest şeker ihtiva eden besinlerin ve içeceklerin tüketiminin azaltılması için ülkeye özel ve topluma özel hedefler belirlemesi tavsiye edilmektedir. Halihazırda beslenme konusunda geçiş döneminde bulunan birçok ülkede yeterli ve uygun floride maruz kalma programları bulunmamaktadır. Ülkeleri için makul florid programlarının uygulanmasını sağlamak, söz konusu ülkelerde bulunan ulusal sağlık mercilerinin sorumluluğundadır.

Asit ihtiva eden içecekler ile yakından ilişkili olduğu gözlemlenen dental aşınmanın oluşumunu en düşük seviyeye indirmek için, yumuşak içeceklerin ve meyve sularının kullanım miktarı sınırlandırılmalıdır. Yetersiz beslenme durumunun ortadan kaldırılması enamel hypoplasia ve yetersiz beslenmenin ağız sağlığı üzerindeki diğer potansiyel etkilerini engelleyecektir (örnek olarak tükürük betzi atropisi, periodontal hastalık, oral bulaşıcı hastalık).

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, Beslenme, Fiziksel faaliyet ve Sağlık üzerine Global Stratejinin uygulanması hususunda katkıda bulunmaktadır. Ulusal seviyede gerçekleştirilmesi gerekli olan birçok müdahale bulunmaktadır, fakat aşağıda belirtilen alanlara mutlaka hitap edilmesi gerekmektedir:

- Ağız sağlığına ilişkin hizmetler
- Okullar, müfredat, okulda verilen öğle yemekleri ve okul sağlık durumu
- Gıda endüstrisi, süper marketler
- Restoranlar, yiyecek ve içecek firmaları
- NGO'lar (sağlık ile ilişkili olanlar ve diğerleri)
- Mevzuatlar ve politikalar
- Medya
- Denetim, gözetim ve araştırma

Ülkelerde bulunan Sağlık Bakanlıkları, sektörler arası işbirliği için gerekli olan mekanizmaların mutlaka dikkate alındığından kesinlikle emin olmalıdır. İzlenecek olan stratejiler arasında vergilendirme ve fiyatlandırma, besinlerin etiketlenmesi, okullarda verilen öğle yemeklerine ilişkin politikalar ve beslenme programlarının desteklenmesi bulunmaktadır.

Tütün ve ağız sağlığı

Tütün kullanımının yaygınlığı bazı yüksek gelir seviyesine sahip ülkelerde azalma sergilemişse de, düşük ve orta gelir seviyeli ülkelerde, özellikle de genç bireyler ve kadınlar arasında gittikçe artmaya devam etmektedir (1, 24). Hiç kuşkusuz ki, sigara içen kişilerin ve sigara içmeden tütün kullanıcılarının dünyanın belirli kesimlerindeki genç nüfus arasındaki gittikçe artış gösteren sayıları, gelecek nesiller için genel sağlık ve ağız sağlığı konularında dikkate değer bir etkiye sahip olacaktır. Birçok ülkede sigara kullanımının yaygınlığı düşük seviyeli eğitim geçmişine sahip olan kişiler ve fakir ve marjinalere ayrılmış kişiler arasında en yüksek seviyededir.

Tütün kullanımı, vakitsiz ölüm vakaları ve bazı genel hastalıkların önlenemez nitelikteki başlıca nedenleri arasındadır. Ek olarak, sigara, pipo, puro ve bidi içme, betel quid çiğneme, guthka kullanımı ve diğer geleneksel tütün kullanım yöntemlerinin ağız içerisinde bazı etkileri bulunmaktadır. (25, 26). Tütün, oral kanser vakalarının meydana çıkması, oral kanser vakalarının tekrar etmesi, yetişkinlerde periodontal hastalıklar ve çocuklarda yarık dudak ve yanak benzeri doğuştan gelen hastalıklar için bir risk etmenidir. Tütün bağımlılık sisteminin oral bir enfeksiyona olan karşılığını bastırır, oral cerrahi müdahale sonrası ve kaza eseri yaralanmaların iyileşme sürecini tehlikeye atar, diyabet hastalarında periodontal dejenerasyonu teşvik eder ve kardiovasküler sistemi ters bir şekilde etkiler. Bütün bunlara ek olarak, tütün kullanımının neden olduğu riskler alkol ya da areca cevizi ile birlikte kullanılması durumunda oldukça belirgin bir seviyede artış gösterir. Tütün kullanımının ağız içerisinde neden olduğu sonuçların bir çoğu yaşam kalitesinin zayıflamasına neden olur ki bunlar halitosis kadar basit ve oral doğum bozukluklar kadar karmaşık olabilir ve periodontal hastalık kadar yaygın olabilir ya da yaraların iyileşmesi esnasında komplikasyonların ortaya çıkması kadar sorun çıkartabilir.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, uygulanacak olan birkaç strateji aracılığı ile tütün ile ilişkili olarak ortaya çıkan oral hastalıkların ve ters koşulların kontrol altına alınmasını hedeflemektedir. D.S.Ö. kapsamında, söz konusu Program D.S.Ö. tütünsüz inisiyatiflerinin bir parçasını oluşturur ve ağız sağlığına ilişkin programlar ile tam olarak entegre bir haldedir. Harici olarak, söz konusu program uluslar arası ve ulusal ağız sağlığı örgütleri tarafından hazırlanan ve D.S.Ö. tarafından benimsenen sigarayı bırakma ve kontrol altına alma politikalarının benimsenmesini ve uygulanmasını teşvik eder. Bu hususta başlıca ortaklar, Ağız Sağlığı Alanında D.S.Ö. ile işbirliği içerisinde bulunan Merkezler ve D.S.Ö. ile resmi olarak ilişki içerisinde bulunan Dental Araştırma için Uluslararası Kurum (IADR) ve FDI Dünya Dental Federasyonu benzeri NGO'lardır. Kanada, Avrupa Topluluğu ülkeleri, Japonya, Yeni Zelanda ve ABD kapsamında bir dizi proje çalışması başlatılmıştır ve Çin ve Hindistan'da da daha fazla programın uygulanmaya konması halihazırda değerlendirmeye alınmıştır.

Ağız sağlığı ile ilgilenen profesyonellerinin tütün bırakma programlarına buldukları katkıları güçlendirmesi için aşağıda belirtilen hususları da kapsayan birkaç etnik, manevi ve pratik neden bulunmaktadır:

- Bu kişiler özellikle tütün nedeni ile oluşan vücudun oropharyngeal bölgesinde ortaya çıkan ters etkiler ile ilgilenmektedirler
- Bu kişiler çocuklar, gençler ve bu kişilerin bakıcıları ile düzenli bir esasta buluşmakta ve bu nedenden dolayı bireyleri tütün kullanımından kaçınma, tütüne başlamalarını geciktirme ya da tam olarak bağımlı hale gelmeden tütün kullanımını bırakmalarını sağlama hususunda bireyleri etkileme şansına ve olanağına sahiptirler
- Hastalar ile çoğu diğer klinik uygulamacıdan daha fazla vakit geçirirler ve eğitimi ve müdahaleyi entegre bir halde sunma konusunda daha yüksek şansa ve olanağına sahiptirler

- Bu kişiler sık bir şekilde çocuk sahibi olan yaşlardaki kadınları muayene ederler ve bu sayede bu hastaları tütün kullanımının sahip olacakları bebekler üzerindeki zararlı etkileri konusunda bilgilendirme şansına sahiptirler
- Tütün kullanıcılarının tütün kullanımını bırakmalarına yardımcı olma konusunda diğer klinik uygulamacılar kadar etkilidirler ve sonuçlar, tütün kullanımının bırakılması sürecinde bireylere birden fazla bilgi dalı üzerinden yardım edildiğinde çok daha başarılı olacaktır
- Ağız içerisinde tütün kullanımının neden olduğu etkileri hastalara göstermek sureti ile hastaların tütün kullanımına devam etme konusundaki ilgisini ortadan kaldırabilirler.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programının tütün kullanımına ilişkin hedefi, ağız sağlığı gruplarının ve ağız sağlığı örgütlerinin hastaların ve kamuoyunun her türlü tütün kullanımından kaçınmasını sağlamak ve devam etmemesine neden olmak için etkilenmesi ile doğrudan, uygun şekilde ve rutin olarak ilgili olmasını sağlamaktır.

Kanser kontrol işleminin amacı, hem hastalığın tekrar oranını azaltmak hem de bu hastalığa ilişkin morbidite ve ölüm oranını düşürmektir. Bu işlem sadece hastalığın doğal geçişine ilişkin bilgilere sahip olunmasını gerektirmez, aynı zamanda bu hastalığın ortaya çıkmasına neden olan sosyal, ekonomik ve kültürel etmenlerin de anlaşılmasını gerektirir. Denetim ve erken teşhis hayat kurtarabilir. Gelişmiş ve gelişmekte olan bazı ülkeler, kanser önleme programlarının uygulanmaya konması sürecindedir ve bu bağlama oral kanser önleme süreci de dahil edilmiştir. Bireylerin oral kanser vakalarının erken işaretlerini ve semptomlarını fark etme hususunda eğitilmesi gerekli bir husustur.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, oral kanser vakalarının önlenmesi hususunun dikkatli planlama, denetim ve değerlendirme ve ortaklık geliştirme hususlarına dayanan ulusal kanser kontrol programlarının bir parçası olarak programa dahil edilmesini desteklemektedir (27).

Sağlığı Destekleyen okullar aracılığı ile Ağız Sağlığı

D.S.Ö. tarafından 1995 yılında başlatılan Global Okul Sağlığı İnisiyatifi, sağlık destek ve eğitim faaliyetlerinin yerel, ulusal, bölgesel ve küresel seviyelerde harekete geçirilmesini ve güçlendirilmesini hedeflemektedir. Söz konusu inisiyatif, okullar aracılığı ile çocukların, okul personelinin, ailelerin ve toplumun diğer üyelerinin sağlık seviyelerinin geliştirilmesini hedeflemektedir. D.S.Ö. Global Okul Sağlık İnisiyatifi dört geniş stratejiden oluşmaktadır (28):

1. Geliştirilmiş okul sağlık programlarının uygulanmaya konması için yeterli kapasitelerin oluşturulması
 2. Sağlığı Destekleyen Okulların geliştirilmesi için gerekli şebekelerin ve ittifakların yaratılması
 3. Ulusal seviyede kapasitenin artırılması
 4. Okul sağlık programlarının geliştirilmesi için gerekli araştırmaların gerçekleştirilmesi.
- Bireyler ve gruplar tarafından Okuldaki Sağlık İşlemlerinin gelişimine katkıda bulunması için, D.S.Ö. tarafından “Okul Sağlığı üzerine Bilgi Serileri” oluşturulmuştur. Genç bireylerin sağlık ve eğitim seviyelerinin geliştirilmesi için okul ve topluluk başkanlarına nasıl yardımcı olunacağına ilişkin gerekli ana hatlar verilmiştir.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı kapsamında Okulda Sağlık Seviyelerinin Desteklenmesi programı kapsamında ağız sağlığına ilişkin bileşenin uygulanmasının güçlendirilmesi için bir ağız sağlığı teknik belgesi hazırlanmıştır (29). Okullar aracılığı ile ağız sağlığının teşvik edilmesi için sağlanan güçlü tavsiyelerin bazıları aşağıda belirtilmiştir.

- Öğrencilere, çocukluk döneminden ergenlik dönemine kadar olan oluşum yılları boyunca erişilebilir. Bu dönem bir kişinin hayatında bulunan önemli dönemlerden bir tanesidir ve bu dönem içerisinde ömür boyu sürecektir olan ağız sağlığına ilişkin davranışların yanı sıra inanışlar ve doğal karakter özellikleri geliştirilebilir.

- Okullar, ağız sağlığının desteklenmesi ve teşvik edilmesi için destekleyici bir ortam sağlayabilir. Örnek olarak güvenli suya erişim genel ve ağız sağlığına ilişkin hijyen programlarının gerçekleştirilmesine olanak sağlayabilir. Ek olarak, okullarda bulunan güvenli bir fiziksel ortam kazaların meydana gelmesi ile birlikte ortaya çıkan dental travma riskini azaltabilir.
- Çocuklarda gözlemlenen oral hastalıklara ilişkin sıkıntılar belirgindir. Meydana gelen çoğu oral hastalıklar geri döndürülemez hastalıklardır ve yaşam kalitesi ve genel sağlık durumu üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir.
- Okullarda uygulanan politikalar, fiziksel ortam ve sağlık konusunda verilen eğitim, ağız sağlığı konusunda belirli bilgilerin edinilmesi ve şekerli besinlerin ve içeceklerin alımı, tütün kullanımı ve alkol tüketimi benzeri risk içeren davranışların kontrol altına alınması için gereklidir.
- Okullar, önleyici ve iyileştirici hizmetler benzeri ağız sağlığı bakımının sağlanması için gerekli bir platform oluşturabilir.

Ayrıntılı bir Sağlık Destek Okulları şebekesi aracılığı ile D.S.Ö. Uluslar arası Eğitim, UNAIDS ve UNSECO ile birlikte küresel ve bölgesel seviyelerde çalışmalar gerçekleştirerek okullar aracılığı ile sağlık koşullarının geliştirilmesi için öğretmenleri temsil eden kurumların dünya çapında kapasitelerini ve deneyimlerini kullanmasına olanak sağlamaktadır. D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, ülkeler ve bölgeler dahilinde tesis edilmiş olan okulda verilen ağız sağlığına ilişkin şebekelere ek olarak söz konusu bu şebekeleri bir araya getirir ve birbirine bağlar.

Okullarda ağız sağlığına ilişkin hususların teşvik edilmesi amacı doğrultusunda sahip olunan kapasitelerin yükseltilmesi için okul öğretmenlerine eğitimcilerin eğitimi programları uygulanmıştır. D.S.Ö. tarafından uygulanan Mega Ülkeler Sağlık Teşvik şebekesinin geliştirilmesinin bir parçası olarak, D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı okullarda sağlık konularından sorumlu olan kişilerin birbirleri arasında gerçekleştirdikleri uygulamalara ilişkin bilgi alışverişinde bulunmalarını teşvik etmektedir.

D.S.Ö., ulusal seviyede yeterli kapasitenin oluşturulması ve çocuklar ile öğretmenlerin sağlık durumunun denetlenmesi amaçlı olarak okullar aracılığı ile sağlık koşullarının geliştirilmesini sağlayabilecek müdahaleleri bir araya getirmekte ve bu konuda araştırmalar gerçekleştirmektedir (30). D.S.Ö. Ağız Sağlığı programı, okullarda uygulanan ağız sağlığı programlarının uygulamalarının güçlendirilmesi ve D.S.Ö. ile işbirliği içerisinde bulunan Ağız Sağlığı Merkezleri tarafından gerçekleştirilen çalışmaların güçlendirilmesi için söz konusu programlara kapsamında uygulanacak süreçler ve sonuçların değerlendirilmesi amaçlı metodolojiler geliştirmiş bulunmaktadır.

Gençlerin Ağız Sağlığı

Dünya nüfusunun beşte biri, D.S.Ö. tarafından 10 ila 19 yaşları arasında bulunan bir birey olarak tanımlanan şekilde ergenlik çağındaki bireylerden oluşmaktadır. Kendisine güveni bulunan ve iyi sosyal yeteneklere sahip ve sahip olduğu değerler hakkında bilinçli ve ilgili bilgilere erişim olanağı bulunan genç bir bireyin sağlığı konusunda pozitif kararlar vermesi kaçınılmazdır. Dış etmenlerin ergenlik çağındaki gençlerin nasıl düşündüğü ve nasıl davrandığı üzerinde oldukça büyük etkileri bulunmaktadır; emsallerinin sahip olduğu değerler ve davranış biçimleri gittikçe artan seviyede önem kazansa da, ebeveynleri ve diğer aile bireyleri de etkili olmaya devam etmektedir. Daha geniş bir çevre (örnek olarak kitle iletişim, endüstriler, toplum kurumları) dahilinde bulunan etmenler de ayrıca belirgin bir önem arz etmektedir. Gençlerin ağız sağlığının geliştirilmesini hedefleyen programların tatlıların, şekerli içeceklerin, tütün ve alkol tüketimine ilişkin olarak söz konusu bu etmenleri hesaba katması ve dikkate alması gerekmektedir. Genç bireylerin ağız sağlığına ilişkin riskleri

kontrol altına almak için ev, okul, ağız sağlığı profesyonelleri ve toplum kurumları arasında etkili bir uyum bulunmalıdır.

Yaşlı bireyler arasında ağız sağlığının geliştirilmesi

Dünya nüfusundaki yaş dağılımı değişim göstermektedir. Tıp alanında gerçekleşen gelişmeler ve gittikçe artan uzun ömür beklentileri ile, dünya çapında yaşlı insanların oranı artış göstermeye devam edecektir. 1998 Dünya Sağlık Raporu kapsamında 65 yaşın üzerinde 390 milyon kişinin bulunduğu kayıt edilmektedir. Bu rakamın 2025 yılında iki katına ulaşması beklenmektedir (31). Savaş sonrası meydana gelen bebek patlamasına ait olan kuşak 2011 yılında 65 yaşına ulaşacaktır ve bu durum da yaşlı insanların nüfusunu belirgin bir şekilde artıracaktır.

Gelişmekte olan çoğu ülkede, özellikle de Asya ve Latin Amerika bölgesinde, yaşlı kişilerin nüfusunun 2025 yılı itibarı ile % 300 oranına kadar artması tahmin edilmektedir. 2050 yılı itibarı ile, 60 yaşının üzerinde 20 milyar kişi olacak ve nüfusun yaklaşık % 80 oranı gelişmiş ülkelerde yaşayacaktır. Yaşlı nüfusunda gözlemlenen bu artış şaşırtıcıdır ve yaşlı nüfusunun bakımı için inanılmaz zorluklar arz etmektedir.

İnsanlar yaşlandıkça, kronik ve hayatı tehdit eden hastalıkların yanı sıra akut enfeksiyonlara karşı olan hassasiyetleri, zayıflayan bağışıklık sistemleri nedeni ile artmaktadır (33). Kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, enfeksiyonlar ve kötü ağız sağlığı, en önemli olarak da dişlerin kaybedilmesi ve ciddi periodontal koşullar bu yaş grubunda bulunan kişilerde yaygın olarak gözlemlenen hastalıklardır. Söz konusu bu hastalıkların sonuçları belirgindir ve bilinmektedir, yetersizliklere ve düşen yaşam kalitesine yol açmaktadır.

Oral hastalıklar genellikle ileri gitmeye meyilli ve gittikçe artış gösteren hastalıklardır. Yaşlanma süreci oral hastalıklar ve diş kaybı riskini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilir ve bu durum da zayıf bir genel sağlık durumu, rahatsızlıklar ve kronik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olur (34.) Yaşlı kişiler arasında, aşağıda belirtilen nedenlere ilişkin olarak ortaya çıkan şekilde bakım hususunda engeller ile karşılaşılabilir:

- Değişen kalıcı diş durumu
- Bakım için karşılanamayan ihtiyaç ile çürüklerin yaygınlığı
- Periodontal kesim / uzuv kaybı ve zayıf oral hijyen
- Dişlerin dökülmesi ve sınırlı oral işlevsellik
- Takma dişlere ilişkin koşullar, uyumsuz ve çıkabilen takma dişler
- Oral kanser vakaları
- Xerostomia
- Craniofacial ağrı ve rahatsızlık

Ağız sağlığı ile genel sağlık koşulları arasındaki karşılıklı etkileşim genellikle yaşlı insanlar ile birlikte telaffuz edilir. Zayıf ağız sağlığı genel sağlık koşullarına ilişkin riskleri artırabilir ve zayıflamış çiğneme ve yeme yetenekleri ile birlikte besin alımını da ayrıca etkiler. Benzer bir şekilde, sistematik hastalıklar ve / veya bu hastalıklara uygulanan tedavilerin ters yan etkileri, oral hastalıkların risklerinde bir artma olmasına, tükürük salgısında azalmalara, değişen tat ve koku duyusuna, oro – yüzselleme ağrılara, gingivital aşırı büyüme durumuna ve kemiklerin oynaması durumuna yol açabilir (34). Bu yaş grubunda gözlemlenen birden fazla ilaç ile gerçekleştirilen tedavilerin yüksek oranda yaygın olması, ağız sağlığı üzerinde belirli bir etkiye sahip olabilir. Diğer ilgili konular arasında yüksek şeker içerikli diyetler, zayıflayan çeviklik nedeni ile uygun olmayan oral hijyen ve alkol ve tütün kullanımı bulunmaktadır ve bütün bu sayılanlar ağız sağlığına zararlı risk etmenleridir (35).

Yaşlılarda ağız sağlığı bakımı esnasında karşılaşılan engeller önemlidir. Zayıflayan hareket yeteneği, özellikle zayıf toplu taşımacılık sistemlerinin bulunduğu kırsal bölgelerde ikamet eden yaşlı kişiler için ağız sağlığı bakımına erişimi engeller (36). Durum, ağız sağlığı hizmetlerinin ve konaklama bakımının bulunmadığı durumlarda gelişmekte olan ülkelerde çok

daha kötü bir hale gelir. Bazı yaşlı bireylerin emeklilik sonrasında mali zorluklar ile karşılaşabileceğini göz önüne alınca, diş tedavisinin maliyeti ya da belirlenen maliyetinin, ağız sağlığına atfedilen negatif görüşler ile birleştirildiğinde söz konusu bu yaşlı bireylerin bir dişçiye gitmesini engelleyebilir. Şiddet korkusu yaşlı insanları yabancılara karşı kuruntulu bir hale getirir ve ağız sağlığı hizmetlerini sağlayan kişiler ile iyi iletişim içerisine geçmelerini engeller.

Bazı ülkelerde yaşlı insanlar ailelerinden ve arkadaşlarından uzakta tek başına yaşama eğilimindedir. Sosyal desteğin bulunmayışı ve yalnızlık ve izole olma duygusu bu kişilerin akıl sağlığını ve fiziksel sağlığını etkileyebilir. Sağlık bakım hizmeti sağlayan kişilerin yaşlı bireylerin sağlığını etkileyen bu önemli psikososyal etmenleri fark etmeleri önemli bir konudur. Cerrahi prosedürleri kapsayabilecek karmaşık tedaviler planlanmadan önce bu kişilerin genel sağlık durumları dikkate alınmalıdır. Özel ihtiyaçların teşhis edilmesi ve ileri seviye tedavilerin planlanması oldukça önemlidir. Son olarak, araştırma ve eğitim konularındaki uygulamalar dikkate değer seviyededir (33, 37).

D.S.Ö. Ağız Sağlığı programı kapsamında yaşlı bireylerin ağız sağlığı koşullarının geliştirilmesi için stratejiler üretilmesi ve geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bazı ülkelerde gerçekleştirilen model programlardan elde edilen deneyimlere dayalı olarak, ulusal ağız sağlığı planlayıcılarının geliştirilen yaşam kalitesine yönelik olarak sistematik ağız sağlığı faaliyetlerini entegre etme hususunda teşvik edilmesi gerekmektedir. Program söz konusu bu stratejileri Japonya'da bulunan D.S.Ö. Kobe Merkezi, D.S.Ö. bölgesel büroları, D.S.Ö. ile Ağız Sağlığı konusunda işbirliğinde bulunan Merkezler ve NGO'lar ile işbirliğinde olarak yürürlüğe koyacaktır.

Ağız Sağlığı, genel sağlık ve yaşam kalitesi

Ağız sağlığı genel sağlık ile bütünleşmiş bir husustur. Örnek olarak periodontal hastalıklar, kardiovasküler hastalıklar ve diyabet benzeri genel sağlık koşulları ile ilişkilidir. Karmaşık sağlık koşullarına sahip olan hastalıklar ise oral hastalıkların meydana çıkması için daha yüksek risk seviyeleri arz ederler ve buna karşılık olarak da genel sağlık hususunda daha ileri seviye güçlükler neden olurlar (38). Genel sağlık koşullarına ilişkin bazı hastalıkların ilk belirtileri ağızda ortaya çıkar ve oral lezyonlar HIV / AIDS benzeri hayatı tehdit eden hastalıkların ilk işaretleri olabilir. Buna ek olarak genel sağlık koşullarının tedavi edilmesi için kullanılan bazı yaygın ilaç tedavileri ve terapiler ağız sağlığını ve oral işlevleri zayıflatabilir.

Kısa bir süre için tedavi edilmeden bırakılması durumunda, oral hastalıkların ters etkileri meydana çıkabilir. Oral enfeksiyonlar ölüme yol açabilir. Bazı genel sağlık koşulları için bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir. Bakterilerin sistemli yayılımı, özellikle de zayıf bağışıklık sistemine sahip olan bireylerde enfeksiyonların vücut içerisinde yayılmasına neden olabilir ya da bu durumu kötüleştirebilir. Kardiovasküler hastalığa ve diyabet hastalığına sahip olan bireyler özellikle bu duruma karşı korunmasız ve hassastır. Oral hastalıkların (örnek olarak diş çürükleri ve periodontal hastalık) diğer NCD'ler (38 – 41) ile ilişkisi olduğu çalışmalar tarafından ileri sürülmektedir ve bu husus daha ayrıntılı inceleme gerektiren karşılıklı bir ilişkidir.

Yetersiz ve düşük seviyeli ağız sağlığı koşullarının yaşam kalitesi üzerinde derin etkileri bulunabilir. Acı çekmek, diş apselerine dayanmak, yemek ve çiğnemek konularında sorun çekmek, dişlerin sahip olduğu şekiller ya da eksik olan dişler, rengi bozulmuş dişler ya da zarar görmüş dişler konusunda utanç hissetmek kişilerin günlük hayatını ve durumunu ters etkileyebilir. Geçtiğimiz yıllarda gerçekleştirilen birçok çalışma ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini açıkça sergilemiştir (42). İşlevsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik anlamların değerlendirilmesi amaçlı olarak bir dizi ağız sağlığına ilişkin yaşam kalitesi

ölçütleri geliştirilmiştir ve bu ölçütler toplum ağız sağlığı programlarının değerlendirilmesi ile oldukça yakından ilişkilidir.

Aşırı alkol alımı, sigara kullanımı ya da diğer türlü tütün kullanımı ve kötü beslenme alışkanlıkları benzeri genel sağlık için belirlenen risk etmenleri aynı zamanda ağız sağlığını da etkiler. Yaşam tarzına ilişkin davranış biçimleri ile dişlerde çürük oluşmasına, periodontal hastalıklar, oral enfeksiyonlar, kraniyofacial kusurlar, oral kanser vakaları ve diğer oral koşullara neden olan yüksek riskler arasında bulunan korelasyon, hem oral hem de genel sağlık koşullarına bütünleştirilmiş bir yaklaşımın benimsenmesi gereksinimine işaret eder. Söz konusu yaklaşımın tek bir hastalık ya da koşulu hedefleyen programlar ile karşılaştırıldığında daha etkili ve verimli olması beklenebilir.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı programı uygulanacak olan politikaların analizini sağlayacaktır ve söz konusu bu analiz işlemi ağız sağlığına ilişkin hususların ulusal ve toplum sağlık programlarına entegre edilmesi için bilgi niteliğinde gerekli hususları sağlayacaktır. Söz konusu inisiyatifler modern bilimsel gelişmelerin ürünü olan analizleri ve ağız sağlığı üzerine – genel sağlık ve yaygın risk faktörleri üzerine – küresel veri bankalarının tesis edilmesini kapsayacaktır.

Ağız Sağlığı Sistemleri

Yaygın bir şekilde benimsenmesini izleyen 20 yılı aşkın bir süredir Herkes için Sağlık stratejisi halen tam olarak uygulanamamış ve yerine getirilememiştir (43). Birçok ülkenin sahip olduğu ulusal kapasiteler ve kaynaklar – insan gücü, mali ve maddi – özellikle muhtaç ve yoksul durumda olan topluluklarda bireyler ve toplumlar için yüksek kaliteli gerekli sağlık hizmetlerinin bulunmasını ve erişim sağlanmasını garanti altına almak için halen yeterli seviyede değildir. Bazı ülkelerde şu anda değişim süreci başlamış bulunmaktadır. Bazı ülkeler kamu sektöründe bir bütün olarak reformlar başlatmış bulunmaktadır. Diğer ülkeler ise sadece sağlık sektöründe reform gerçekleştirme yoluna gitmiş ve kamu hizmetlerini merkezci olmaktan çıkartma yönünde adımlar atmış ve özel sektörün katılımını teşvik etmiş ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlanması için yeni yöntemler altında yeniden organize olmaya başlamıştır. Gerçekleştirilen bu değişimlerin başlıca hedefi, sağlık hizmetlerine erişim konusunda mevcut eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve sağlık sisteminin verimliliğini ve etkinliğini geliştirmektir.

Ağız sağlığı hizmetlerinde yaşanan geçiş dönemi sağlık hizmetleri reformunda gözlemlenen genel eğilim ile çakışmaktadır. Bazı sanayileşmiş Batı ülkelerinde, önleyici ve tedavi edici hizmetlerden oluşan ağız sağlığı hizmetleri toplumun kullanımına açılmış ve özel ya da kamu sistemlerine dayandırılmıştır. Bu arada, muhtaç ve yoksul ülkelerde bulunan kişiler, belirli etnik azınlıklar, evsiz kişiler, eve bağlı ya da sakat bireyler ve yaşlı kişiler ağız sağlığı bakımı kapsamına yeterli seviyede alınamamaktadır. Orta ve doğu Avrupa’da bulunan ülkelerde ise, ağız sağlığı hizmetlerinin tek bir merkezden alınması ve belirli bir düzenin dışına çıkartılması geçtiğimiz yıllarda gerçekleştirilmiştir. Özelleştirme ile birlikte, gittikçe artan sayıda insan artık özel diş bakım hizmetlerinin maliyetini karşılayamaz duruma gelmektedir. Bazı doğu Avrupa ülkelerinde üçüncü tarafların ödemesi sistemi kullanılmaya başlanmıştır fakat öncelik önleyici oral bakıma verilmemiştir. Radikal tedavi sistemleri için talep, özellikle de düşük gelir seviyeli gruplar için artmıştır. Ek olarak, birçok çocuk ağız sağlığı programları kapsamına girmemektedir, çünkü çoğu eski doğu Avrupa ülkesinde okullarda sağlanan diş bakım hizmetleri artık sağlanmamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde, ağız sağlığı hizmetleri çoğunlukla bölgesel hastaneler ya da kentlerde bulunan merkez hastaneler tarafından verilmektedir ve önleyici ya da güçlendirici diş bakımına, eğer varsa, çok az önem verilmektedir. Afrika, Asya ve Latin Amerika’da bulunan birçok ülkede ağız sağlığı personeli konusunda sıkıntı yaşanmaktadır ve sistemlerin sahip oldukları kapasite ağıri giderme ve acil durumlar ile sınırlıdır. Afrika’da ise genel nüfus /

dişçi oranı yaklaşık olarak 1:150.000 oranında iken bu oran çoğu sanayileşmiş ülkede yaklaşık 1:2000 oranındadır.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı programı ülkelerin ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayacak ağız sağlığı hizmetlerinin gelişimini desteklemektedir. Ağız sağlığı hizmetlerini önleme ve ağız sağlığının desteklenmesine doğru yeniden yönlendirilmesine yönelik yapılan çalışmalar bölgesel bürolar ve D.S.Ö. ülke büroları ile işbirliği içerisinde gerçekleştirilmektedir. Oral bakım amaçlı olarak temel bir paket geliştirilmiştir (44) ve kullanılan araçlar çoğu ülkede kullanımı makul araçlardır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler için gerekli ağız sağlığı bakımı için öncelikli sağlık bakım modelleri teşvik edilmektedir ve D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı ile müşterek bir şekilde sosyokültürel koşullara dayalı olarak bir dizi toplum model projeleri desteklenmekte ya da icra edilmektedir. Bunun yanı sıra D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı kapsamında Ergenlerde / Yetişkinlerde Gözlemlenen Hastalıkların Entegre bir şekilde İdaresi – Düşük Kaynaklı Düzenlemelerde çalışan Birinci Seviye Tesisleri Sağlık Çalışanları için Ana Noktalar projesinin ağız sağlığı bileşeni tasarlanmıştır (45).

Ağız sağlığı personeli konusu – eğitilmesi gereken personelin dahil edileceği kategorileri, görevleri ve her birisinin sayısı – oldukça uzun süredir bir sorun teşkil etmiştir. Bu konunun esas olarak ne kadar önemli olduğu, eğitilen dişçilerin sayısının ağız sağlığı ihtiyaçlarını ve taleplerini karşılamakta yetersiz kaldığı bazı ülkeler göz önüne alındığında açıkça ortaya çıkmaktadır. Uygun olmayan türde ve sayıda ağız sağlığı profesyonelinin eğitilmesi sorunu halihazırda bazı ülkelerin karşı karşıya olduğu bir sorundur. Özellikle fazla sayıda eğitilen personelin bulunduğu ülkelerde yardımcı personel tarafından icra edilmesi gerekli olan işlerin artık dişçiler tarafından icra edildiğine dair raporlar bulunmaktadır. Bu ülkelerde, yardımcı personelin kullanımı ertelenmiştir. Oral hastalıkların ve sosyo – demografik etmenlerin sergilediği değişken kalıplar bazı gelişmiş ülkelerde mevcut ağız sağlığı insan gücü yapısında bazı düzenlemelerin yapılması gerekliliğine işaret etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılabilecek olan zorluklar ise ülkenin sahip olduğu altyapıya ve ihtiyaçlarına göre eğitim programlarının teşvik edilmesi olacaktır.

HIV / AIDS ve ağız sağlığı

HIV / AIDS salgın hastalığı, insanlığı etkisi altına almış olan en ciddi hastalıklardan bir tanesidir. 2001 yılında yaklaşık olarak 40 milyon kişi HIV virüsünden etkilenmiş bulunmaktadır ve halihazırda milyonlarca insan AIDS nedeni ile ölmüş bulunmaktadır. Bu sayıdan çok daha fazla kişi bu hastalıktan etkilenmiştir, çünkü bu kişilerin diğer aile üyeleri, arkadaşları ve iş arkadaşları AIDS nedeni ile ölmüş ya da HIV virüsünden etkilenmiş bulunmaktadır. HIV / AIDS günümüzde en hızlı yayılan ve gelişen tehdit halindedir ve bu salgın özellikle Afrika'nın Sahra bölgesi ile Asya'da oldukça ciddi boyutlara ulaşmıştır. Ulusal programlar, uluslararası organizasyonlar, sivil toplum örgütleri, topluluklar ve bireyler bu salgına karşılık vermişlerdir. İlk başlarda sergilene çabalar, tehdidin tam özelliği ve kapsamı tam olarak anlaşılmadığından dolayı genellikle zayıf ve dağınık kalmıştır. Salgın ilerledikçe, karmaşık nedenleri ve etkileri gittikçe daha fazla çözümlenmiştir. Günümüzde HIV / AIDS salgınına yanıt vermekte karşılaşılan en büyük zorluk önleme ve tedavi amaçlı olarak uygulanacak kanıtlanmış ve cinslere hassas stratejilerin salgın üzerinde belirgin bir etkiye sahip olacağı bir seviyede geniş bir şekilde uygulanmasıdır.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, bu hastalığın erken teşhis edilmesine, önlenmesine ve tedavi edilmesine önemli katkılarda bulunabilir. Gerçekleştirilen bazı çalışmalar HIV – pozitif bireylerin yaklaşık olarak % 40 – 50 oranında oral mantar, bakteri ve viral enfeksiyonlar bulunduğunu göstermiştir ve be enfeksiyonlar sıklıkla hastalığın erken dönemlerinde meydana gelmektedir (10). HIV enfeksiyonu ile oldukça kuvvetli bir şekilde ilişkili oral lezyonlar pseudo – zarsal oral candidiasis, oral hairy leukoplakia, HIV gingivitis ve periodontitis,

kaposi sarkoma, Hodgkin olmayan lymphoma lezyonları ve azalan tükürük salgısı nedeni ile oluşan ağız kuruluğudur.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, HIV enfeksiyonu ile ilişkili olan oral koşullara ilişkin epidemiolojik çalışmaların gerçekleştirilmesi için sistematik bir yaklaşım sağlamak; söz konusu çalışmalardan elde edilen verilerin toplanması, analizi raporlanması ve yayılması ve değişik çalışmalardan elde edilen bulguların karşılaştırılmasının kolaylaştırılması amacı ile bir kılavuz (46) hazırlamıştır. Bu kılavuz aynı zamanda ağız sağlığı personelinin ve kamu sağlığı uygulayıcılarının ağız sağlığı koşullarını optimum vaka idaresinin ve HIV enfeksiyonu ile ilişkili hastalıkların gözetim faaliyetlerinin entegre bir parçası haline getirmelerini teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı programı, diğer D.S.Ö. teknik programları ve Ağız Sağlığı üzerine D.S.Ö. ile işbirliği içerisinde bulunan Merkezler ile işbirliği içerisinde olacak şekilde teknik ve idari destek aracılığı ile başarılı inisiyatiflerin genişletilmesini kolaylaştıracak ve koordine edecektir.

Söz konusu faaliyetler aşağıda belirtilen hususlara odaklanabilir:

- HIV / AIDS hastalığının en belirgin oral işaretlerin tanımlanması
- Uygun medikal değerlendirme, önleme ve tedavi işlemlerine olanak sağlamak için HIV / AIDS hastalığının dokümantasyonuna ağız sağlığı personelinin dahil edilmesi
- “Eğitimcinin eğitilmesi” yaklaşımını uygulayarak topluluk ya da köy seviyesinde bulunan sağlık bakım çalışanlarına ulaşarak oral lezyonlar ve ekstra oral işaretlerin nasıl eleneceği hususunda diğer sağlık profesyonellerinin eğitilmesi
- Hastalık üzerine elde edilen bilgilerin ve nasıl önlenebileceğine dair hususların olası her türlü iletişim kanalı aracılığı ile yayılmasının sağlanması
- Kampanyalar ve topluluk programları aracılığı ile HIV / AIDS önleme ve yaşam tarzı değişikliklerinin denetlenmesi için ülkeler bazında deneyimlerin paylaşılmasını hedefleyecek şekilde bölgesel ya da bölgeler arası toplantılar düzenlenmesi için D.S.Ö. teknik desteği

Ağız Sağlığı bilgi sistemleri, ağız sağlığı konusunda uygulanan politikalar için kanıtlar ve hedeflerin belirlenmesi

Oral hastalıkların neden oldukları sıkıntılar ve toplumların ihtiyaçları bir geçiş dönemindedir ve ağız sağlığı sistemleri ve bilimsel bilgiler hızlı bir şekilde değişiklik göstermektedir. Karşılaşılan bu sorunlar ile etkin ve verimli bir şekilde başa çıkmak için, kamu sağlık bakım idarecileri ve karar verme mekanizmalarının sağlık ihtiyaçlarını değerlendirmek ve denetlemek için araçlara, yetkiye ve bilgiye ihtiyaçları bulunmaktadır, müdahale stratejilerini seçmek zorundadırlar, kendi içlerindeki buldukları durumlara uygun olan politika seçeneklerini tasarlamak zorundadırlar ve ağız sağlığı sisteminin etkinliğini geliştirmeleri gereklidir.

D.S.Ö. / FDI tarafından 2000 yılı itibarı ile belirlenen ağız sağlığına ilişkin hedefler Üye Ülkeleri ağız sağlığına ilişkin bilgi sistemleri tesis etmeye zorlamıştır ve bu durum dünya üzerinde bulunan birçok ülke için halen aşılması gerekli bir zorluk olarak kalmaya devam etmektedir. D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, epidemiolojik göstergelere ek olarak verileri de içeren bir ağız sağlığı bilgi sistemi geliştirme yönündeki çabalarında ülkelere yardımcı olmak amaçlı olarak hazırlanmıştır.

Bir sağlık bilgi sistemi aracılığı ile elde edilebilir nitelikte olan bilgiler aşağıda belirtilen birbirleri ile ilişkili alt sistemler kullanılarak faydalı bir şekilde belirli kategorilere ayrılabilir:

- Epidemiolojik gözetim
- Nüfusun tabi olduğu hizmet kapsamı
- Hizmet kayıtları ve raporları

- idare ve kaynak yönetimi
- sağlanan bakım hizmetlerinin kalite seviyesi
- Ağız sağlığı programı denetimi ve sonuçların değerlendirilmesi

Ağız sağlığı sistemlerinin sistematik olarak değerlendirmeye tabi tutulması oldukça gereklidir ve D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı giriş, işlemler, çıkış ve sonuçların ölçüldüğü ayrıntılı bir model sunmaktadır. (Şekil 9)

D.S.Ö. kapsamında, oral hastalıklar ve risk etmenleri hususundaki global eğilimlerin gözetim altında tutulması için bilgi sistemleri tesis edilmiş durumdadır. D.S.Ö. Global Ağız Sağlığı Veri Bankası, global epidemiolojik resmin denetlenmesi için değerli bilgileri derler. D.S.Ö. Ağız Sağlığı programı mevcut veri tabanının risk faktörlerine ilişkin diğer D.S.Ö. sağlık veri tabanları ve gözetim sistemleri ile entegrasyonunu sağlamak için gerekli çalışmaları başlatmış bulunmaktadır. Kullanılan başlıca gözetim aracına STEPS ismi verilmiştir (STEP – gözetim işlemine akıllı bir yaklaşım). Bu yaklaşım kapsamında ülkelere çekirdek niteliğinde standartlaştırılmış yöntemler sağlanmakta fakat ülkeler yerel koşullar ile ilişkili olarak bilgi ilavesi aracılığı ile araçların genişletilmesi hususunda esnek bırakılmaktadır (47).

Girdi	İşlem	Çıktı	Sonuç
Mali kaynaklar Personel Süre	İşlerin organize edilmesi Yapı ve tesisler İdare	Klinik önleyici ve tedavi edici hizmetler Topluluk yönlendirmeli önleme ve sağlık teşvik	Hizmetlerin kullanımı Tatmin Kendi kendine bakım Ağız sağlığı durumu Yaşam kalitesi

Şekil 9. Ağız sağlığı sistemleri değerlendirme modeli

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, gerçekleştirilecek olan birkaç faaliyet aracılığı ile modern global sağlık bilgi sistemleri sağlamaktadır:

- D.S.Ö. Ağız Sağlığı Anketleri Temel Yöntemlerinin Revizyonu, yeni oral hastalık kalıplarının hesaba katılması (örnek olarak dental aşınma ve yumuşak içeceklerin tüketilmesi) ve ağız sağlığını etkileyen risk faktörleri (beslenme alışkanlıkları, tütün kullanımı, alkol tüketimi ve ağız sağlığı bakım alışkanlıkları benzeri riskli davranışları da kapsayacak şekilde) ve yaşam kalitesi için kayıt tutulmasına izin verilmesi
- Enformasyon teknolojisinin kullanımına dayalı olarak veri yönetimi ve analizi için prosedürlerin geliştirilmesi
- Global Ağız Sağlığı Veri Bankasının Ülke / Bölge Profil Programı enformasyon sistemi ile birleştirilmesi
- Toplulukta uygulanan ağız sağlığı programlarının etkinliğinin değerlendirilmesi için metodolojilerin ve yaklaşımların geliştirilmesi ve bu hususta sağlık koşullarının teşvik edilmesine ve hastalıkların önlenmesi konularına odaklanması. Söz konusu değerlendirme programlardan elde edilen deneyimlerin paylaşılabilmesine olanak sağlamak amaçlı olarak aynı zamanda işlem dokümantasyonunu da kapsayacaktır.

Ana merkez ve bölgesel seviyelerde bulunan D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programının değerlendirilmeye tabi tutulması sonucunda, ağız sağlığı konusunda 2000 yılı için D.S.Ö. / FDI tarafından belirlenen hedeflerin başarılı bir şekilde yerine getirildiği belirlenmiştir. Yeni D.S.Ö. hedeflerinin belirlenmesi çalışmalarına başlanmıştır. Avrupa'da bulunan D.S.Ö. Bölgesel Bürosu 2020 yılı için ağız sağlığı konusunda belirlenen hedeflerini (hedef 8.5) Sağlık21 politikasının bir parçası olarak belirlemiştir (48). D.S.Ö., FDI ve IADR müşterek bir şekilde 2020 yılına kadar olan süreç için hedeflerin belirlenmesi çalışmalarına başlamıştır. Amaç ve hedefler, ağız sağlığına ve nüfus gruplarının bakımına ilişkin belirgin göstergelerin karşılanması amaçlı olarak genişletilmiştir. Küresel anlamda belirlenecek olan hedeflerin emir

verme amaçlı olması düşünülmemektedir: belirlenecek olan çerçevenin öncelikli olarak bölgesel, ulusal ve yerel seviyelerde bulunan karar verme mekanizmalarının ağrı, işlevsel bozukluklar, bulaşıcı hastalıklar, oro – pharyngeal kanser vakaları, HIV enfeksiyonunun oral işaretleri, noma, travma, kraniofacial anormallikler, diş çürükleri, dişlerde gelişimsel anormallikler, oral mukozal hastalıklar, tükürük bezi bozuklukları, diş kaybı, sağlık bakım hizmetleri ve sağlık bilgi sistemlerine ilişkin olarak ağız sağlığına ilişkin standartların belirlenmesi için teşvik edici şekilde tasarlanması gerekmektedir.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, ağız sağlığına ilişkin olan konularda hedeflerin, amaçların ve standartların belirlenmesi konusunda ülkeleri doğrudan olduğu kadar bölgesel ve ülkelerde bulunan büroları aracılığı ile de destekleyecektir.

Ağız sağlığı konusunda gerçekleştirilen araştırmalar

Araştırma, yeni bilgilerin üretilmesi için gerçekleştirilen sistematik bir süreçtir. Biyomedikal ve sosyal bilimlerde meydana gelen ilerlemelere dayalı olarak, yeni kavramlar insan sağlığı ve hastalıklarının tanınması, önleyici, tedavi edici, etik ve sosyal yönleri üzerinde doğrudan etkiye sahip olan yenilikçi müdahalelerin belirlenmesine yol açmaktadır. Bilgi kapsamında meydana gelen ilerlemeler ise gelişmekte olan ülkeler tarafından tam kapsamı ile faydalanılabilir nitelikte değildir. Örnek olarak global sağlık araştırmaları için ayrılan fonların sadece % 10 oranının dünya nüfusunun % 90 oranını etkileyen sağlık sorunlarının araştırılmasına tahsis edilmektedir (49). Ekonomik güçte, politik istemde, bilimsel kaynaklarda ve yeteneklerde ve global enformasyon şebekelerine erişim yeteneğinde gözlemlenen belirgin eşitsizlikler, ne yazık ki zengin ve fakir ülkeler arasındaki bilgi boşluğunu giderek daha da geniş bir hale getirmiştir.

D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı, ağız sağlığı konusunda mevcut olan bilgilerin dağılımındaki bu dengesizliği ortadan kaldırarak düzeltmeyi hedefleyen sürece katkıda bulunmakta ve bu sayede gerçekleştirilen araştırmaların sonuçlarının herkes tarafından, hatta en fakir durumda olan ülkeler tarafından dahi sürdürülebilir ve eşitlikçi bir şekilde kullanımına olanak sağlamayı hedeflemektedir. Fakir insanların sağlık koşullarının iyileştirilmesi için bilginin başlıca araç olması nedeni ile, D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı oral hastalıklarının neden olduğu sıkıntıların ve bu hastalıkların oluşmasına neden olan risk etmenlerinin azaltılması için gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler tarafından gerçekleştirilen ağız sağlığına ilişkin araştırmaların teşvik edilmesine ve ağız sağlığı sistemlerinin ve toplum ağız sağlığı programlarının verimliliğinin geliştirilmesine odaklanacaktır. Özellikle de, aşağıda belirtilen konularda daha fazla araştırma gerçekleştirilmesi sağlanacaktır: ağız sağlığı konusunda eşitsizlik; ağız sağlığı koşullarının / hastalıklarının psikososyal anlamları; beslenme; beslenme alışkanlıkları ve ağız sağlığı, tütün kullanımını bırakma programları; ağız sağlığı – genel sağlık – yaşam kalitesi kavramları arasındaki ilişkiler ve HIV / AIDS.

Araştırma kapasitesinin inşa edilmesi ve güçlendirilmesi, gelişmekte olan ülkelerin özellikle de bölgesel ya da ülkelerarası ağız sağlığı araştırma şebekelerinin kullanımı aracılığı ile bilimsel bilgi gelişmelerinden faydalanmasını sağlayacak olan en etkin, verimli ve sürdürülebilir stratejilerden bir tanesidir. D.S.Ö. Ağız Sağlığı Programı gelişmekte olan ülkelerde ve bu ülkeler aracılığı ile aşağıda belirtilen yolları kullanarak ağız sağlığına ilişkin araştırmaların teşvik edilmesini hedeflemektedir:

- Araştırmaların ağız sağlığına ilişkin olarak uygulanan politikaların temeli olarak tanınmasını sağlamak üzere gelişmekte olan ülkelerdeki araştırma yeteneğinin güçlendirilmesini sağlayacak destekleyici inisiyatifler
- Ulusal, bölgesel ya da uluslar arası merkez şebekelerinde gerçekleştirilen yüksek öncelikli araştırma alanları içerisinde D.S.Ö. ile işbirliği içerisinde bulunan Ağız Sağlığı Merkezlerinin katılımını artırmak

- Yerel seviyelerde gerçekleştirilen ya da üniversiteler arası işbirlikçi “sandviç” programlarına dayalı olarak gerçekleştirilen ağız sağlığı araştırma eğitimlerinin teşvik edilmesi
- Gelişmekte olan ülkelerde bulunan üniversitelere ağız sağlığı kapsamındaki bilimsel literatüre kolay erişim sağlamak ve bilimsel makalelere online erişim sağlamak.
- Sağlık Araştırmaları için Global Forum (49) çerçevesinde çalışmalar esnasında ağız sağlığı araştırmalarında bulunan 10 / 90 boşluğunun azaltılması. Bahsi geçen bu forum “fakirliğin ve hastalıkların” oluşturduğu tehlikeli dairenin kırılmasını sağlamak amaçlı olarak öncelik seviyeleri ayarlanmış metodolojilere, elde edilen bulguların yayılmasına ve sonuçların ölçülmesine destek sağlamaktadır.

Sonuç

Sağlıklı olmayan beslenme alışkanlıkları, sigara tüketimi ve diğer türlü tütün kullanımı, alkol tüketimi ve stres, ağız sağlığını da kapsayacak şekilde bilinen birçok NCD için yaygın risk etmenlerinden bazılarıdır. Global Ağız Sağlığı Programı, hastalıkların önlenmesi ve sağlık koşullarının teşvik edilmesi için yaygın risk etmeni yaklaşımının etkin bir şekilde icra edilmesine olanak sağlamak için ana merkezde NPH dahilinde ideal bir şekilde yerleştirilmiştir. Geçtiğimiz son on yıllar içerisinde birçok ülkede ağız sağlığı koşullarının geliştirilmesi için cesaret verici bazı gelişmeler olsa da, halen yapılması gereken birçok iş bulunmaktadır. Önümüzde birçok zorluk bizi beklerken, elde ettiğimiz başarılar ve işleyen stratejiler üzerine yeni hazırlıklar inşa etmek önemlidir.

Sağlık Koşullarının Teşvik edilmesi üzerine Ottawa Beyannamesi (1986 yılında benimsenmiştir) kapsamında bulunan kılavuz niteliğindeki ilkeler, bu çalışma için değerli bir platform oluşturmaktadır. Bu tarihten günümüze meydana gelen bir dizi kalkınma ve gelişme hareketi, 1988 yılında Adelaide’de gerçekleştirilen konferansta açıklanan sağlıklı toplum politikası ile 1991 yılında Sundsvall’da gerçekleştirilen sağlıklı koşullar için destekleyici çevreler benzeri sağlık koşullarının teşvik edilmesi üzerine anahtar niteliğindeki stratejilerin öneminin bir kez daha altını çizmiştir. 1997 yılında gerçekleştirilen Jakarta konferansı yukarıda bahsi geçen beyannamenin anahtar nitelikli beş bölümünü yineleyerek 21. Yüzyılda sağlık koşullarının teşvik edilmesinin yolunu açmıştır.

Bazı ülkelerin değişim içerisindeki toplumun değişim gösteren ihtiyaçlarını yansıtabilecek şekilde sağlık alanında bulunan mevcut yatırımlarını yeniden yönlendirmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin geliştirilmesi, eşitlik kavramının teşvik edilmesi ve destekleyici çevreler yaratılması için sağlıklı toplum politikaları temel gereksinimler arasındadır. Toplumun sağlık konusunda güvenilir durumda olması, bir değişim yaşanması için tahrik edici bir kuvvet olabilir ki bu da sağlıklı toplum politikalarının gelişimi için hayati önem taşıyan bir elemandır. Sağlık koşullarının kalkındırılması için etkin ortaklıkların kurulması ve sağlıklı işbirlikleri oluşturulması için küresel, ulusal ve yerel bağlılık ve sorumluluk kritik önem taşımaktadır.

Bu rapor içerisinde Global Ağız Sağlığı programı için öncelikli alanların altı çizilmekte ve bu programın uygulanması için bir çerçeve belirtilmektedir. D.S.Ö. Bölgesel Büroları bu süreç içerisinde önemli bir rol oynayacaktır. D.S.Ö. ile işbirliği içerisindeki Merkezlerden elde edilecek olan uzman katkıları, NGO’lardan alınacak olan destek benzeri oldukça gereklidir. Başarı için iyi iletişim içerisinde olunması bir zorunluluktur. Yatırım ve uygun eylemler aracılığı ile Global Ağız Sağlığı Programının ağız sağlığı konusunda daha üst seviyede bir eşitlik elde edilmesini sağlamakta yardımcı olacağı ve hepimiz için daha parlak bir gelecek inşa edeceği öngörülmektedir.

SAĞLIK MESLEK MENSUPLARI

BİRLİĞİ KANUN TASARI

TASLAĞI

Sağlık Meslek Mensupları Birliği Kanun Tasarı Taslağı

BİRİNCİ KISIM

Amaç, Kapsam ve Tanımlar

Amaç

Madde 1-Bu Kanunun, amacı sağlık alanındaki mesleklerden her birinin mensuplarının kendi ortak ihtiyaçlarını gidermek, birbirleriyle ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak ve meslek ile ilgili etik kuralları belirlemek üzere Sağlık Meslek Mensupları Odaları ve Birliklerinin kurulmasına, teşkilat, faaliyet ve denetimlerine ilişkin esas ve usulleri düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2-Bu Kanun, sağlık meslekleri mensuplarını, Sağlık Meslek Mensupları Odalarını ve Birliklerini ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk kişilerini kapsar.

Tanımlar

Madde 3-Bu Kanunda geçen deyimlerden;

- a) Bakanlık; Sağlık Bakanlığını,
 - b) Oda; Belirli sağlık mesleği mensuplarının bir veya birkaç il düzeyinde faaliyet gösteren tüzel kişiliğe sahip kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşunu,
 - c) Birlik; aynı meslek alanındaki odaların mensuplarının tüzel kişiliğe sahip kamu kurumu niteliğinde üst kuruluşunu,
 - d) Sağlık meslekleri; sağlıklı yada hasta kişileri konu alan, temel faaliyet alanları doğrudan doğruya insan üzerinde uygulamalara dayanan, sağlık uygulamalarında hekim veya diş hekiminin yönlendirmesi ve denetimi altında teknik destek sağlayan, sağlık alanında insan üzerinde doğrudan uygulaması olmayan ve sağlıkla ilgili diğer meslekleri,
- ifade eder.

İKİNCİ KISIM

Odalar

Kuruluş

Madde 4-Sınırları içerisinde belli bir sağlık mesleğine mensup en az yüz kişi olan her ilde bir Oda kurulur.

Sınırları içinde Oda kurmak için yeter sayıda ilgili sağlık meslek mensubu bulunmayan illerdeki sağlık meslek mensuplarının hangi illerdeki sağlık meslek mensupları ile birleştirileceği ve merkezin hangi il olacağı veya bu gibi illerdeki sağlık meslek mensuplarının hangi il sağlık meslek mensupları Odasına bağlanacağı ve yeterli sayıya ulaşılan illerde ayrı Oda kurulması konuları, Birlik Yönetim Kurulunun teklifi üzerine Birlik Genel Kurulunca, Birlik henüz kurulmamışsa Bakanlıkça belirlenir.

Ayrı ayrı hiçbir ilde Oda kuracak sayıya ulaşamayan çeşitli meslek mensuplarından hangilerinin bir araya getirilmesiyle Oda kurulabileceği illerdeki meslek mensuplarının arasında yapılacak oylama ile belirlenir.

Odaların adlarında, merkezlerinin bulunduğu il ve hangi meslek mensuplarına ilişkin oldukları belirtilir.

Üyelik

Madde 5- Bir Oda sınırları içinde mesleğini serbest olarak icra etmeye başlayan sağlık meslek mensupları bir ay içinde o ilde faaliyet gösteren Odaya üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler. Herhangi bir sebeple mesleğini icra etmeyenler de istedikleri takdirde Odalara üye olabilirler.

Özel Kanunlarında üye olamayacaklarına dair hüküm bulunanlardan mesleklerini serbest olarak icra edenler; mesleki hak, yetki, disiplin ve sorumluluk bakımından bu Kanun hükümlerine tabidirler.

Odaya kaydolma yükümlülüğü bulunan sağlık meslekleri mensupları kayıtlarını süresi içinde yaptırmadıkları takdirde mesleklerini serbest olarak icra edemezler.

Gerek meslek mensubu ve gerekse bunları istihdam eden bütün kurum ve işyerleri tayin, nakil, işten ayrılma ve benzeri değişiklikleri en geç bir ay içinde buldukları yerin Odalarına bildirmeye mecburdurlar.

Üyelerin bir odadan diğer bir odaya naklinde üye kayıt ücreti ve yıllık aidat yeniden alınmaz.

Serbest meslek mensuplarının mesleklerini farklı yerlerde icra etmeleri halinde mali yükümlülükler ilk kayıt olunan Odaya karşı yerine getirilir; ancak diğer Odalara da belirlenen odaya giriş aidatı ve yıllık aidatın beşte dördü ödenir. Meslek mensubu seçme ve seçilme yeterliliğine tam aidat ödediği Odada sahiptir.

Aidatlarını zamanında ödemeyen üyeler, yükümlülüklerini yerine getirinceye kadar altı ay süreyle Oda hizmetlerinden faydalanamazlar.

Bu süre içerisinde de aidatların ödenmemesi halinde, aidat borcunun tamamının faiziyle birlikte ödenmesine kadar bu karar Odaların yazılı bildirimini üzerine ilgili ve yetkili kurum veya kuruluşça çalışmaktan men edilir.

Yönetim Kurulu, hastalık, ihtiyarlık veya yoksulluk dolayısıyla aidatını veremeyecek durumda olan oda mensuplarından geçici veya sürekli olarak aidat almamaya karar verebilir.

Odaların görevleri

Madde 6-Sağlık Meslek Odalarının görevleri şunlardır:

- a) Mesleki ahlak ve dayanışmayı korumak,
- b) Sağlık hizmetlerinin gelişmesi için görev alanlarıyla ilgili çalışmalar yapmak,
- c) İdari ve adli merciler nezdinde üyelerinin ortak hak ve menfaatlerini korumak,
- d) Halk sağlığı ve görev alanında sağlık meslekleri ile ilgili meseleler için resmi makamlarla işbirliği yaparak gerekli yardımlarda ve tekliflerde bulunmak,
- e) Üyelerinin meslek kültürlerini ve yeterliliklerini geliştirebilmeleri için gerekli çalışmaları yapmak,
- f) Yabancı ülkelerin sağlık meslek kuruluşları ile işbirliğini geliştirmek, bilgi alışverişinde bulunmak, kongre ve sempozyumlara katılmak ve düzenlemek,
- g) Diğer mevzuat ile verilen görevleri yapmak.

Odaların organları

Madde 7-Sağlık Meslek Odalarının organları şunlardır:

- a) Oda Genel Kurulu,
- b) Oda Yönetim Kurulu,
- c) Oda Disiplin Kurulu,
- d) Oda Denetleme Kurulu.

Oda Genel Kurulu

Madde 8- Oda Genel Kurulu, Odanın en yüksek karar organı olup Odaya kayıtlı meslek mensuplarından oluşur.

Oda Genel Kurulunun görevleri şunlardır:

- a) Oda Yönetim Kurulunun geçmiş dönem faaliyetleri ve bilançosunu gösteren raporu ile Oda Denetleme Kurulunun raporunu görüşmek ve bu Kurulların ibra edilip edilmemesine karar vermek,
- b) Oda Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan gelecek yılın tahmini bütçesini ve çalışma planını görüşüp karara bağlamak,
- c) Oda Yönetim, Disiplin ve Denetleme Kurullarının asıl ve yedek üyeleri ile Birlik Genel Kuruluna tabii delege olan oda başkanı dahil üye sayısı 500 kişiye kadar 5, 1.000 kişiye kadar olan odalardan 7, 3.000 kişiye kadar olan odalardan 9 delege, 3.000'den sonraki her 3.000 kişi için birer delege seçmek,
- d) Oda için gerekli taşınmazların satın alınması veya mevcut taşınmazların satılması hususunda Yönetim Kuruluna yetki vermek,
- e) İhtiyaca göre, faaliyet alanı içindeki il veya ilçelerde Yönetmelikle gösterilecek esaslar çerçevesinde faaliyette bulunmak üzere temsilcilikler kurulmasına karar vermek,
- f) Mevzuata göre gündeme konulan diğer konuları görüşüp karara bağlamak,
- g) Oda Yönetim, Disiplin ve Denetleme Kurulu üyelerine katılacakları toplantılar için verilecek ücretleri harcırah mevzuatına ve Bütçe Uygulama Talimatına uygun olarak belirlemek,
- h) Kanunlarla verilen diğer görevleri yerine getirmek.

Genel Kurul, olağan ve olağanüstü olmak üzere iki şekilde toplanır. Olağan Genel Kurul toplantısı iki yılda bir defa Nisan ayında, olağanüstü Genel Kurul toplantısı Yönetim Kurulu kararıyla veya üyelerin beşte birinin yazılı isteği üzerine yapılır. Oda Yönetim Kurulu, üyelerin beşte birinin yazılı isteği üzerine Genel Kurul toplantısına çağırılmazsa olağanüstü toplantı isteyen üyelerden birinin yazılı başvurusu üzerine Birlik Yönetim Kurulu, henüz birlik kurulmamışsa Bakanlık veya yetkili kurum veya kuruluş Oda Genel Kurulunu toplantıya çağırır.

Toplantıların günü, yeri, saati ve gündemi toplantı tarihinden en az on beş gün önce Yönetim Kurulu tarafından mahalli bir gazetede ilan edilir ve ayrıca taahhütlü bir mektupla üyelere bildirilir. Bu ilan ve mektupta çoğunluk sağlanamaması halinde yapılacak ikinci toplantının günü, yeri, saati ve gündemi de belirtilir. İlk toplantı tarihi ile ikinci toplantı tarihi arasında en az bir hafta olmalıdır. İlk toplantıda salt çoğunluk aranır, ikinci toplantı katılanlar ile yapılır.

Toplantı, Oda Yönetim Kurulu Başkanı veya görevlendireceği bir kurul üyesi tarafından açılır ve toplantıyı yönetmek üzere bir Divan Başkanı, bir Başkan vekili ve üç kâtip üye seçilir.

Genel Kurul toplantılarında önceden bildirilen gündemdeki konular görüşülür. Toplantıda hazır bulunan üyelerin beşte birinin imzası ile de gündeme yeni madde ilavesi teklif edilebilir.

Genel Kurul toplantılarında kararlar hazır bulunanların salt çoğunluğu ile alınır.

Oda Yönetim Kurulunun yapısı ve çalışma esasları

Madde 9- Oda Yönetim Kurulu, iki yıllık bir dönem için, Genel Kurulca, üyeleri arasından seçilir. İki dönem üst üste seçilen üyeler, aradan bir dönem geçmedikçe yeniden seçilemezler. Üye sayısı beş yüze kadar olan Odalarda Yönetim Kurulu beş asıl, beş yedek,

beş yüzden fazla üyesi olan Odalarda yedi asıl, yedi yedek üyeden oluşur. Oda Yönetim Kuruluna seçilebilmek için bu Kanuna göre seçilme yeterliliğine sahip olmak şarttır.

Oda Yönetim Kurulu asıl üyeleri ilk toplantılarında kendi aralarında gizli oyla bir Başkan, bir Başkan Yardımcısı, bir Genel Sekreter ve bir de Sayman seçerler.

Oda Yönetim Kurulu Başkanı, Odayı temsil ve Yönetim Kuruluna başkanlık eder; Odanın mali işlerini ve bu konu ile ilgili defter ve kayıtların tutulmasını Saymanla birlikte; diğer defterlerin tutulmasını ve yazışmaları Genel Sekreter ile birlikte yürütür. Başkanın yokluğunda kendisine Başkan Yardımcısı vekalet eder.

Oda Yönetim Kurulu, Oda merkezinde ayda bir defa olağan; Başkan yazılı olarak çağırdığında olağanüstü toplantı yapar. Oda Yönetim Kurulu üye tamsayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve kararlar hazır bulunanların çoğunluğu ile alınır; oylarda eşitlik halinde Başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır. Geçerli bir mazereti olmaksızın üst üste üç olağan toplantıya veya her ne sebeple olursa olsun altı ay içinde yapılan toplantıların yarısına katılmayanların üyelikleri kendiliğinden düşer ve yerlerine sırasıyla en fazla oy alan yedek üyeler çağrılır. Yönetim Kurulu üyelerine, toplantılara katıldıkları süreler için çalıştıkları kurumca izin verilir.

Oda Yönetim Kurulunun görevleri

Madde 10 - Oda Yönetim Kurulunun görevleri şunlardır:

- a) Oda Genel Kurulu gündemini hazırlayıp, Genel Kurulu toplantıya çağırmak,
- b) Odanın dönem bilançosu, faaliyet raporu ile tahmini yıllık bütçesini ve çalışma planını hazırlayıp Genel Kurula sunmak; bilanço ve faaliyetleri konusunda ibrasını istemek,
- c) Birliğin ve Oda Genel Kurulunun kararlarını uygulamak,
- d) Meslekle ilgili mevzuatın ve meslek kurallarının gereği gibi uygulanmasına yardımcı olmak,
- e) Meslek mensuplarının, özel hukuk kişileri ile meslek mensupları arasında aracılık yapmayı meslek edinenlerle işbirliği yapmasını, Birlik Yönetim Kurulunca şekli belirlenmiş örneğe uymayan tabelaların kullanılmasını ve her türlü araçla veya kişiyle reklam yapılmasını; meslektaşlar arasında gayri meşru menfaat sağlanmasını önlemek,
- f) Faaliyet alanı içerisinde uygulanacak asgari ücret tarife tekliflerini mevzuata uygun olarak hazırlayıp, Birlik Yönetim Kuruluna göndermek,
- g) Meslek mensuplarının birbirleriyle ve özel hukuk kişileri ile aralarında çıkacak mesleki ihtilafları uzlaştırmaya veya hakem usulüne başvurarak çözüme kavuşturmaya çalışmak,
- h) Meslek mensuplarının daha yüksek bir mesleki kültür düzeyine ulaşabilmeleri için gerekli teşebbüslerde bulunmak, kütüphane açmak, modern iletişim, eğitim araç ve yöntemlerini kullanmak,
- i) Meslek mensuplarını meslekleriyle ilgili sağlık sorunları üzerinde inceleme ve araştırma yapmaya teşvik ederek bunlardan çıkan sonuçları ilgili kurum ve kuruluşlara iletmek,
- j) Mesleğin onurunu, meslek mensuplarının genel hak ve menfaatlerini ilgili merciler nezdinde savunmak,
- k) Oda üyeleri hakkında, disiplin cezası uygulanmasına ilişkin başvuru ve şikayetler üzerine veya böyle bir fiil veya isnadın herhangi bir şekilde öğrenilmesi halinde ilk incelemeyi yaparak sonuç raporunu Disiplin Kuruluna tevdi etmek,
- l) Üyelerin meslek kayıtlarını tutmak,
- m) Gerektiğinde onur üyeliği için Birlik Yönetim Kuruluna öneride bulunmak,

- n) Meslek hizmetlerinden resmi tatil günlerinde ve mesai saatleri dışında da yararlanılabilmesi için meslek mensuplarıyla işbirliği yapmak,
- o) Gelirleri noter tasdikli makbuz mukabili toplamak ve harcamaları belgeye dayalı olarak yaparak gelir ve harcamaları noter tasdikli defterlere işlemek, işlemlerini mali mevzuat doğrultusunda yürütmek,
- p) Oda adına taşınır ve taşınmaz mal almak, satmak, ipotek etmek ve bunlar üzerinde her türlü ayni hak tesis etmek, kaldırmak gibi konularda karar almak ve hukuki işlemler için Oda Başkanına veya bir Yönetim Kurulu üyesine yetki vermek,
- q) Oda Genel Kurul toplantı tutanaklarının bir örneğini Birlik Yönetim Kuruluna göndermek,
- r) Bu Kanun ve diğer mevzuatla verilen görevleri yerine getirmek.

Oda Disiplin Kurulu

Madde 11 - Oda Disiplin Kurulu, Genel Kurulca iki yıllık bir dönem için Oda üyeleri arasından seçilir. Disiplin Kurulu üye sayısı beş yüze kadar olan adalarda beş asıl, beş yedek, beş yüzden fazla olanlarda yedi asıl, yedi yedek üyeden oluşur. Disiplin Kuruluna seçilebilmek için en az 10 sene meslekte çalışmış olmak ve bu Kanuna göre seçilme yeterliğine sahip olmak şarttır. Hizmet süresi bakımından yeterli sayıda aday bulunmazsa sırasıyla daha az hizmeti olanlarda aday olabilir.

Disiplin Kurulu asıl üyeleri ilk toplantıda gizli oyla kendi aralarında bir Başkan ve bir Raportör seçerler.

Oda Disiplin Kurulunun görevi, Oda Yönetim Kurulunun üyeler hakkında disiplin cezasını gerektiren fiilleri veya bu konudaki başvuru ve şikayetler üzerine yaptığı ilk inceleme üzerine disiplinle ilgili kararları ve cezaları vermek ve Kanunla verilen diğer yetkileri kullanmaktır.

Oda Disiplin Kurulu toplantıya, Yönetim Kurulu tarafından, toplantı tarihinden en az iki hafta önceden taahhütlü mektup gönderilmek suretiyle çağrılır. Geçerli bir mazereti nedeniyle toplantıya katılamayacak üyelerin toplantıdan bir hafta önce durumlarını belirtmeleri halinde yerlerine yedek üyeler görevlendirilir.

Mazereti olmaksızın üst üste üç toplantıya katılmayan asıl üyelerin üyelikleri düşer, yerlerine sırasıyla en fazla oy alan yedek üye getirilir.

Disiplin Kurulu toplantılarında Disiplin Kurulu Başkanı bulunmazsa toplantıyı Raportör, Raportör de bulunmadığında en yaşlı üye yönetir.

Oda Disiplin Kurulu salt çoğunluk ile toplanır, disiplin cezası verilmesi veya disiplin cezası verilmesi gerektiği kararı üye tamsayısının salt çoğunluğu ile alınır. Oylarda eşitlik halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır.

Oda Denetleme Kurulu

Madde 12 - Oda Denetleme Kurulu, Oda Genel Kurulunca iki yıllık bir dönem için Oda üyeleri arasından seçilen üç asıl ve üç yedek üyeden oluşur. Oda Denetleme Kuruluna seçilebilmek için bu Kanuna göre seçilme yeterliğine sahip olmak şarttır.

Oda Denetleme Kurulu üyeleri ilk toplantılarında kendi aralarından bir Başkan seçerler. Denetleme Kurulu üyeleri, gerek birlikte ve gerekse ayrı ayrı, Odanın işlem ve hesaplarını incelemekle görevlidirler; oy hakları olmaksızın Yönetim Kurulu toplantılarına katılabilirler. Oda Denetleme Kurulu hesap ve işlemlerde gördüğü aksaklıkları en geç on gün içinde Oda Yönetim Kuruluna ve iki yıllık denetleme sonuçlarını da bir rapor halinde Oda Genel Kuruluna sunar. Oda Denetleme Kurulu üyeleri yılda en az bir defa kurul halinde denetlemede bulunurlar.

Odaların gelirleri

Madde 13- Sağlık meslek odalarının gelirleri şunlardır:

- a) Odaya giriş ücretleri ve üye aidatları,
- b) Eğitim, kültürel ve sosyal faaliyetlerden elde edilecek gelirler,
- c) Disiplin Kurullarınca verilip kesinleşen para cezaları,
- d) Basılı belgelerden ve yayınlardan elde edilecek gelirler,
- e) Görevleri içine giren onaylamalardan alınacak ücretler,
- f) Bağış ve yardımlar,
- g) Gerekliğinde Meslek Birliğince yapılacak yardımlar,
- h) Çeşitli gelirler.

Odaya kayıt ücreti ile üye aidatının yıllık miktarı ve ödeneceği tarihler yönetmelikle düzenlenir.

Odaların Giderleri

Madde 14-Odaların giderleri şunlardır:

- a) Kurul üyelerine verilecek ücretler,
- b) Personel giderleri,
- c) Yatırım giderleri,
- d) Yolluklar,
- e) Hizmet alımları,
- f) Tüketim malları ve malzeme alımları,
- g) Demirbaş alımları,
- h) Diğer giderler.

ÜÇÜNCÜ KISIM Meslek Birlikleri

Birliklerin kuruluşu ve amaçları

Madde 15 – Her bir sağlık mesleğinde Odaların katılımıyla Türkiye Sağlık Meslek Birliği kurulur. Meslek Birliklerinin adında Türkiye kelimesinden sonra meslek belirtilir. Sağlık Meslek Birliklerinin merkezi Ankara'dadır.

Birliklerin amaçları, bu Kanunda yazılı esaslar uyarınca sağlık meslek mensuplarının müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak ve meslek mensuplarının birbirleri ve hastaları ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumaktır.

Birliklerin organları

Madde 16 - Birliklerin organları şunlardır:

- a) Birlik Genel Kurulu,
- b) Birlik Yönetim Kurulu,
- c) Birlik Disiplin Kurulu,
- d) Birlik Denetleme Kurulu.

Birlik Genel Kurulu

Madde 17- Birlik Genel Kurulu, Oda Genel Kurullarınca seçilen delegelerle tabii delege olan Birlik organlarının asıl üyeleri ve Oda başkanlarından oluşur. Birlik Genel Kurulu iki yılda bir defa Ekim ayında olağan, Birlik Genel Kurulu delegelerinin beşte ikisi veya Birlik Yönetim Kurulu istekte bulunduğu da olağanüstü olarak Ankara'da toplanır. Toplantıların günü, yeri, saati ve gündemi toplantı tarihinden en az on gün önce Yönetim Kurulu tarafından gazeteler ile ilan edilir ve ayrıca taahhütlü bir mektupla delegelere bildirilir. Bu ilan ve mektupta, çoğunluk sağlanamaması halinde yapılacak ikinci toplantının günü, yeri, saati ve gündemi de belirtilir. Genel Kurul, delegelerin salt çoğunluğu ile toplanır, ikinci toplantıda çoğunluk aranmaz.

Toplantı Birlik Yönetim Kurulu Başkanı veya görevlendireceği bir Yönetim Kurulu üyesi tarafından açılır. Toplantıyı yönetmek üzere bir Divan Başkanı, bir Başkan vekili ve üç katip üye seçilir.

Genel Kurul toplantılarında önceden bildirilen gündemdeki konular görüşülür. Ancak Birlik Genel Kurulu delegelerinin beşte ikisinin imzası ile teklif edilen konular da gündeme ilave edilir. Toplantıda hazır bulunan delegelerin beşte birinin imzası ile de gündeme yeni madde ilavesi teklif edilebilir.

Seçimle ilgili Birlik Genel Kurulu toplantılarına delegelerin katılmaları ve oy kullanmaları zorunlu olup geçerli bir mazereti olmaksızın bu toplantılara katılmayan, katılsa bile oy kullanmayanlar iki dönem geçmedikçe Birlik Genel Kurulu delegeliklerine seçilemezler.

Genel Kurul toplantılarında hazır bulunanların salt çoğunluğu ile karar verilir.

Birlik Genel Kurulunun görevleri şunlardır:

- a) Birlik Yönetim Kurulunun geçmiş dönem faaliyetleri ve bilançosunu gösteren raporu ile Birlik Denetleme Kurulunun raporunu görüşmek, bu Kurulların ibra edilip edilmemesine karar vermek,
- b) Birlik Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan gelecek dönem tahmini bütçesini ve çalışma planını karara bağlamak,
- c) Birliğin Yönetim, Disiplin ve Denetleme Kurullarının asıl ve yedek üyelerini seçmek,
- d) Birliği ilgilendiren yönetmelik taslaklarını ve mevcut yönetmelikler üzerindeki değişiklik tekliflerini karara bağlamak,
- e) Birlik için gerekli taşınmazların satın alınması veya mevcut taşınmazların satılması hususunda Birlik Yönetim Kuruluna yetki vermek,
- f) Yeni Oda kurulması ile ilgili başvuruları görüşüp karara bağlamak,
- g) Gündemindeki diğer konuları görüşüp karara bağlamak,
- h) Kanunlarla verilen diğer görevleri yerine getirmek.

Birlik Yönetim Kurulu

Madde 18 – Birlik Yönetim Kurulu iki yıllık bir dönem için Birlik Genel Kurulunca delegeler arasından seçilen on bir üyeden oluşur. Aldıkları oy sırasına göre on bir de yedek üye belirlenir. İki dönem üst üste seçilen üyeler, aradan bir dönem geçmedikçe yeniden seçilemezler. Birlik Yönetim Kuruluna seçilebilmek için bu Kanunda belirtilen seçilme yeterliğe sahip olmak şarttır.

Birlik Yönetim Kurulu asıl üyeleri ilk toplantılarında kendi aralarından gizli oyla bir Genel Başkan, bir Genel Başkan Vekili, bir Genel Sekreter ve bir de Genel Sayman seçerler.

Genel Başkan Birliği temsil ve Birlik Yönetim Kuruluna başkanlık eder; Birliğin mali işlerinden ve bu konu ile ilgili defter ve kayıtların tutulmasından Genel Saymanla, diğer defter ve yazışmalarla ilgili olarak da Genel Sekreterle birlikte sorumludur. Genel Başkanın yokluğunda Başkanlık görevlerini Genel Başkan Vekili yerine getirir.

Birlik Yönetim Kurulu en az ayda bir defa Birlik merkezinde olağan olarak toplanır. Başkanın yazılı çağrısı üzerine olağanüstü olarak da toplanabilir. Toplantılar Birlik Yönetim Kurulu üye tamsayısının salt çoğunluğu ile yapılır ve kararlar hazır bulunanların salt çoğunluğu ile alınır; oylarda eşitlik halinde, Başkanın bulunduğu taraf üstün tutulur. Geçerli bir mazereti olmaksızın üst üste üç olağan toplantıya katılmayan veya altı ay içinde yapılan toplantıların yarısına her ne sebeple olursa olsun katılmayanların üyelikleri kendiliğinden düşer ve yerlerine sırasıyla en fazla oy alan yedek üyeler çağrılır.

Birlik Yönetim Kurulu üyelerine, toplantılara katıldıkları süreler için çalıştıkları kurumlarca izin verilir.

Birlik Yönetim Kurulunun görevleri şunlardır:

- a) Birlik Genel Kurulunun gündemini hazırlayıp Genel Kurulu toplantıya çağırarak,
- b) Birliğin dönem bilançosunu, faaliyet raporu ile yıllık tahmini bütçesini ve çalışma planını hazırlayıp Birlik Genel Kuruluna sunmak; bilanço ve faaliyetleri konusunda ibrasını istemek,
- c) Birlik Genel Kurul kararlarını uygulamak,
- d) Kanuna, tüzük ve yönetmeliklere uymayan Odaları uyarmak, gerekirse sorumluları Birlik Disiplin Kuruluna sevk etmek,
- e) Odalarca önerilen asgari ücret tarife tekliflerini ilgili kurum ve kuruluşların temsilcileri ile değerlendirerek Bakanlığa sunmak,
- f) Meslek mensuplarının kullanacakları tabela örneğini tespit etmek ve bu örneğe uymayan tabelaların kullanımını ve kanunlara aykırı ilan ve reklam yapılmasını önlemek,
- g) Birlik adına taşınır ve taşınmaz mal almak, satmak, ipotek etmek ve bunlar üzerinde her türlü ayni hak tesis etmek, kaldırmak; bu konulardaki hukuki işlemler için Genel Başkan veya bir Birlik Yönetim Kurulu üyesine yetki vermek,
- h) Bu Kanunun uygulanmasına esas olacak yönetmelikleri çıkarmak için gerekli faaliyetlerde bulunmak,
- i) Bu Kanun ve diğer mevzuatla verilen görevleri yerine getirmek.

Birlik Disiplin Kurulu

Madde 19 - Birlik Disiplin Kurulu, Birlik Genel Kurulunca iki yıllık bir dönem için Birlik Genel Kurulu delegeleri arasından seçilen dokuz asıl ve dokuz yedek üyeden oluşur. Birlik Disiplin Kuruluna seçilebilmek için en az 15 sene meslekte çalışmış ve bu Kanuna göre seçilme yeterliğine sahip olmak şarttır.

Birlik Disiplin Kurulu asıl üyeleri ilk toplantılarında kendi aralarından gizli oyla bir Başkan ve bir de Raportör seçerler.

Birlik Disiplin Kurulu olağan olarak yılda iki kez Ankara'da toplanır. Disiplin Kurulu Başkanının yazılı çağrısı üzerine de olağanüstü olarak toplanır. Odalardan gelen meslekten men teklifleri olduğu zaman olağanüstü olarak toplanır.

Birlik Disiplin Kurulunun görevi, Oda Disiplin Kurullarının kararlarına karşı yapılacak itirazları karara bağlamak ve Kanunla verilen diğer yetkileri kullanmaktır.

Birlik Disiplin Kurulu toplantıya Birlik Yönetim Kurulu tarafından, asıl üyelere toplantı tarihinden en az üç hafta önce taahhütlü mektup gönderilmek suretiyle çağrılır. Geçerli bir mazereti nedeniyle toplantıya katılamayacak üyelerin toplantı tarihinden on gün önce durumlarını belirtmeleri üzerine yerleri yedek üyelerle doldurulur.

Mazereti olmaksızın üst üste iki toplantıya katılmayan asıl üyelerin üyelikleri düşer, yerlerine sırasıyla en fazla oy alan yedek üye getirilir.

Birlik Disiplin Kurulu toplantılarında Başkan bulunmazsa toplantıyı Raportör yönetir. Birlik Disiplin Kurulu üye tamsayısının üçte ikisi ile toplanır, disiplin cezası verilmesi veya disiplin cezası verilmesi gerekmediği kararı üye tam sayısının salt çoğunluğuyla alınır. Oylarda eşitlik halinde Başkanın bulunduğu taraf üstün tutulur.

Birlik Disiplin Kurulunun verdiği kararlar ilgili Disiplin Kuruluna bildirilir ve işlemi yapılan kişiye de tebliğ edilir. Birlik Disiplin Kurulu kararları ilgilinin bağlı bulunduğu kurum ve kuruluşça uygulanır.

Birlik Denetleme Kurulu

Madde 20 - Birlik Denetleme Kurulu, iki yıllık bir dönem için Birlik Genel Kurulu delegeleri arasından seçilen beş asıl ve beş yedek üyeden oluşur. Birlik Denetleme Kuruluna seçilebilmek için bu Kanuna göre seçilme yeterliğine sahip olmak şarttır.

Birlik Denetleme Kurulu üyeleri ilk toplantılarında kendi aralarından gizli oyla bir Başkan seçerler.

Birlik Denetleme Kurulu üyeleri, gerek birlikte ve gerekse ayrı ayrı Birlik Yönetim Kurulunun bütün işlem ve hesaplarını incelemekle görevlidirler; oy hakları olmaksızın Birlik Yönetim Kurulu toplantılarına katılabilirler. Birlik Denetleme Kurulu, işlem ve hesaplarda gördükleri aksaklıkları en geç on gün içinde Birlik Yönetim Kuruluna ve iki yıllık denetleme sonuçlarını da bir rapor halinde Birlik Genel Kuruluna sunar.

Birlik Denetleme Kurulu üyeleri, yılda en az bir defa Kurul halinde denetlemede bulunurlar.

Birliğin gelirleri

Madde 21 - Birliğin gelirleri şunlardır:

- a) Odaların giriş ve aidat gelirlerinin yüzde 10'unu aşmamak üzere Birlik Genel Kurulunca belirlenen katkı payları,
- b) Bilimsel toplantılar ve yayınlarla, eğitim faaliyetlerinden elde edilecek gelirler,
- c) Eğitim, sosyal ve kültürel faaliyetlerden elde edilecek gelirler,
- d) Odalara sağlanacak her türlü basılı belge, defter ve benzerlerinden elde edilecek gelirler,
- e) Bağışlar ve yardımlar,
- f) Çeşitli gelirler.

Geliri giderini karşılamayan Odalara, Birlikçe yardım yapılır. Bu yardımın miktarı ve ödenme şekli Birlik Genel Kurulunca kararlaştırılır.

Birliğin Giderleri

Madde 22-Birliğin Giderleri şunlardır:

- a) Kurul üyelerine verilecek ücretler,
- b) Personel giderleri,
- c) Yatırım Giderleri,
- d) Yolluklar,
- e) Hizmet alımları,
- f) Tüketim malları ve malzeme alımları,
- g) Demirbaş alımları,
- h) Diğer giderler.

DÖRDÜNCÜ KISIM **Ortak Hükümler**

Oda ve Birlik organlarına seçilme yeterliği

Madde 23 - Bu Kanunda aksine hüküm yoksa, Oda ve Birlik organlarına aşağıda yazılı olan meslek mensupları seçilemezler:

a) Oda ve Birlik Disiplin Kurullarınca geçici olarak meslek uygulamasından alıkonulma cezası almış olanlar,

b) Kamu hizmetinden yasaklılar,

c) Taksirli suçlar hariç, toplam altı aydan fazla hapis veya süresi ne olursa olsun ağır hapis cezasına hüküm giymiş olanlar,

d) Affa uğramış olsa bile; zimmet, ihtilas, irtikap, rüşvet, dolandırıcılık, hırsızlık, sahtecilik, inancı kötüye kullanma, dolanlı iflas gibi yüz kızartıcı suçlardan biriyle veya Türk Ceza Kanununun İkinci Kitabının Birinci Babında yazılı suçlardan veya bu suçların işlenmesini aleni olarak tahrik etmek suçlarından veya Türk Ceza Kanununun 312 inci maddesinin ikinci fıkrasında yazılı sınıf, ırk, din, mezhep veya bölge farklılığı gözeterek kin ve düşmanlığa açıkça tahrik etme suçlarından mahkum olanlar veya Türk Ceza Kanununun 536 inci maddesinin birinci, ikinci ve üçüncü fıkralarında yazılı eylemlerle aynı Kanunun 537 inci maddesinin birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci fıkralarında yazılı eylemleri siyasi ve ideolojik amaçlarla işlemek suçlarından mahkum olanlar.

Seçildikten sonra bu maddede yazılı suçların herhangi birinden mahkum olanların kurul üyelikleri, kendiliğinden sona erer.

Tüzel kişilik kazanma

Madde 24–Belirli bir ilde Oda kuracak sayıya ulaşıldığında veya birden fazla ilde birleştirilerek Oda kurulması kararlaştırıldığında bu Kanuna göre seçilmeye engel bir hali olmayan ve Oda kurucusu olmak isteyen meslek mensupları, mesleklerini icra etmekte oldukları il veya illerin valiliklerine başvurarak birer kuruculuk belgesi alırlar. Oda bir ilde faaliyet gösterecekse, o ilin Valisinin, birden fazla ilde faaliyet gösterecekse Bakanlığın belirleyeceği ilde o ilin Valisinin başkanlığında toplanarak beş meslek mensubundan oluşan birer geçici yönetim kurulu seçerler.

Geçici yönetim kurulları, geçici yönetim kuruluna seçildikleri tarihi takip eden bir ay içinde üye kayıt işlemlerini tamamlayıp bu Kanuna uygun olarak Odaların ilk genel kurullarını toplantıya çağırırlar. Bu Genel Kurulda Oda organları seçilir. Bu Odalar, seçim sonuçlarının Bakanlığa bildirilmesiyle tüzel kişilik kazanırlar.

İlk üç Odanın tüzel kişilik kazanmasından sonra Bakanlık Odalarca seçilen Birlik Genel Kurulu delegelerini, Birlik organlarını seçmek üzere Ankara'da toplantıya çağırır. Birlik, organ seçimlerinin kesinleşmesiyle tüzel kişilik kazanır.

Odalar ve birlik organlarının seçim esasları

Madde 25- Odalar ve Birliğin organlarının bu Kanunda belirtilen seçimleri yargı gözetimi altında gizli oy ve açık tasnif esasına göre, tek dereceli Nispî Temsil Sistemine göre aşağıdaki şekilde gerçekleştirilir:

Seçim yapılacak Genel Kurul toplantılarından en az on beş gün önce seçime katılacak üye veya delegeleri belirleyen listeler iki nüsha olarak o yer İlçe Seçim Kurulu Başkanı olan hakime tevdi edilir. Ayrıca toplantıların gündemi, yeri, günü, saati ile çoğunluk olmadığı takdirde yapılacak ikinci toplantıya ilişkin hususlar da belirtilir. Toplantı tarihlerinin, gündemde yer alan konular da göz önünde bulundurularak görüşmelerin bir cumartesi günü akşamına kadar sonuçlanması ve müteakip pazar gününün dokuz – on yedi saatleri arasında

seçimlerin yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmesi zorunludur. Birden fazla İlçe Seçim Kurulu bulunan yerlerde görevli hakim İl Seçim Kurulunca belirlenir. Seçimlerin yapıldığı illerin, ulaşımı zor olan ilçelerinde de sandık kurulabilir. Hangi bölgelerde sandık kurulacağına, üyelerin dağılımı ve ulaşım şartları göz önüne alınarak Oda Yönetim Kurulu karar verir.

Hakim gerektiğinde ilgili kayıt ve belgeleri de getirtip incelemek suretiyle varsa noksanları tamamlattırdıktan sonra seçime katılacak üye veya delegeleri belirleyen liste ile yukarıda belirtilen diğer hususları onaylar. Onaylanan liste ile toplantıya ilişkin diğer hususlar görevli İlçe Seçim Kurulu binası ile ilgili Oda veya Birliğin ilan yerinde asılmak suretiyle üç gün süre ile ilan edilir. İlan süresi içinde listeye yapılacak itirazlar hakim tarafından incelenir ve en geç iki gün içinde kesin karara bağlanır. Bu suretle kesinleşen listeler ile toplantıya ilişkin diğer hususlar ilgili Oda veya Birliğe gönderilir.

Hakim, kamu görevlileri veya aday olmayan üyeler arasından bir başkan ve iki üyeden oluşan bir Seçim Sandık Kurulu atar. Aynı şekilde ayrıca üç yedek üye de belirler. Dört yüz kişiden fazla üyesi bulunan Odalar veya Birliklerde her dört yüz kişi için bir oy sandığı bulunur ve her seçim sandığı için ayrı bir Kurul oluşturulur. Yüze kadar olan üye fazlalığı sandık sayısında nazara alınmaz. Seçim Sandık Kurulu Başkanının yokluğunda Kurula en yaşlı üye başkanlık eder. Seçim Sandık Kurulu, seçimlerin Kanunun öngördüğü esaslara göre yürütülmesi, yönetimi ve oyların tasnifi ile görevli olup bu görevleri seçim ve tasnif işlemleri bitinceye kadar aralıksız devam eder. Seçimlerde kullanılacak araç ve gereçler İlçe Seçim Kurulundan sağlanır ve sandıkların konacağı yerler hakim tarafından belirlenir.

Genel Kurullarda yapılacak seçimlerde toplantıya katılma hakkı olanlar imzalı yazı ile aday olabilirler veya aday gösterilebilirler. Seçimlerde aday olanların listeleri organlara göre ayrı ayrı gruplanmak şartıyla tek liste halinde veya her organ için ayrı listeler halinde Genel Kurul Başkanlık Divanınca adayların soyadı alfabetik sırasına göre sıralanıp yeteri kadar çoğaltılarak o seçimde görevli hakime mühürlenmek üzere verilir. Listedeki isimlerin yanına herhangi bir unvan veya işaret konulmaz.

Genel Kurul toplantılarına katılma hakkı olanları gösteren listede adı bulunmayan üye oy kullanamaz. Oylar, oy verenin kimliğinin Oda, Birlik veya resmi kuruluşlarca verilmiş kimlik kartı ile ispat edilmesinden ve listedeki isminin karşısındaki yerin imzalanmasından sonra, oy verme sırasında Sandık Seçim Kurulu Başkanı tarafından verilen İlçe Seçim Kurulu mührünü taşıyan ve adayları gösterir listedeki isimlerin karşısına seçilecek organın asıl üyeleri kadari işaretlenip İlçe Seçim Kurulu mührünü taşıyan zarflara konularak kullanılır. Bunların dışındaki kağıtlara yazılan veya seçilecek organı oluşturan üye sayısından fazla adayın işaretlendiği oy pusulaları ile mühürsüz zarflardan çıkan pusulalar geçersiz sayılır. Sayım ve döküm sırasında en fazla oy alanlar asıl üyeliklere, diğerleri de aldıkları oy sırasına göre yedek üyeliklere seçilir. Oylarda eşitlik halinde kura çekilir.

Liste halinde oy kullanılırsa üzeri çizilen yada eklenen adayların oyları ayrıca sayılır.

Seçim süresinin sonunda seçim sonuçları tutanakla tespit edilip Seçim Sandık Kurulu Başkan ve üyeleri tarafından imzalanır. Tutanakların bir örneği seçim yerinde asılmak suretiyle geçici seçim sonuçları ilan edilir. Kullanılan oylar ve diğer belgeler, tutanağın bir örneği ile birlikte üç ay süre ile saklanmak üzere İlçe Seçim Kurulu Başkanlığına tevdi edilir. Seçimin devamı sırasında yapılan işlemler ile tutanakların düzenlenmesinden itibaren iki gün içinde seçim sonuçlarına yapılacak itirazlar, hakim tarafından aynı gün incelenir ve kesin olarak karara bağlanır. İtiraz süresinin geçmesi ve itirazların karara bağlanmasından hemen sonra hakim, yukarıdaki hükümlere göre kesin sonuçları ilan eder ve ilgili Oda veya Birliğe bildirir.

Hakim, seçim sonuçlarını etkileyecek ölçüde usulsüzlük veya Kanuna aykırı uygulama nedeniyle seçimlerin iptaline karar verdiği takdirde, bir aydan az ve iki aydan fazla bir süre içinde olmamak üzere, seçimin yenileneceği pazar gününü tespit ederek ilgili Oda veya

Birliğe bildirir. Belirlenen günde yalnız seçim yapılır ve seçim işlemleri bu madde ile Kanunun diğer hükümlerine göre yürütülür.

Görevli hakim ve Seçim Sandık Kurulu Başkanı ile üyelerine "Seçimlerin Temel Hükümleri ve Seçmen Kütükleri Hakkında Kanun" da belirtilen esaslara göre ödenecek ücret ve diğer seçim giderleri ilgili Oda veya Birlik bütçesinden karşılanır.

Seçimler sırasında Seçim Sandık Kurulu Başkanı ve üyelerine karşı işlenen suçlar Devlet memurlarına karşı işlenmiş gibi cezalandırılır.

Seçimlerin düzen içerisinde ve sağlıklı biçimde yürütülmesi amacıyla hakim ve Seçim Sandık Kurulunun aldığı tedbirlere uymayanlara eylemlerinin ağırlığına göre bu Kanunda yazılı disiplin cezaları verilir.

Oda ve Birliklerin denetimi, organların görevlerine son verilmesi

Madde 26-Bakanlık, Odalar ve Birliklerin organları üzerinde idari ve mali yönden gözetim ve denetim hakkına sahiptir.

Amaçları dışında faaliyet gösteren Odaların ve Birliklerin sorumlu organlarının görevlerine son verilmesine ve yerlerine yenilerinin seçilmesine, Bakanlığın veya buldukları yer Cumhuriyet Başsavcılığının istemi üzerine, o yerdeki Asliye Hukuk Mahkemesince basit usule göre yargılama yapılarak karar verilir ve dava en geç üç ay içinde sonuçlandırılır. Mahkeme, organların görevlerine son verilmesi halinde kararda ayrıca, görevlerine son verilen organları bu Kanunda yazılı usullere göre seçecek organları toplamak üzere, Oda Yönetim Kurulu için Oda Genel Kurulu üyeleri arasından; Birlik Yönetim Kurulu için Birlik Genel Kurulu delegeleri arasından beş kişiyi de görevlendirir. Seçim görevlendirilen bu beş kişi tarafından bir ay içinde sonuçlandırılır. Görevlendirilen bu beş kişi bu süre içinde görevlerine son verilen organlar gibi görevli ve yetkili olup aynı şekilde sorumludurlar. Seçilecek yeni organlar eski organların görev sürelerini tamamlarlar.

Bakanlığın bu Kanun uyarınca Oda veya Birlik organlarının karar ve işlemleri hakkındaki tasarruflarına Oda veya Birliğin organları tarafından uyulması zorunludur. Bakanlığın tasarruflarını kanuni bir sebep olmaksızın yerine getirmeyen veya eski kararda direnme niteliğinde yeni bir karar veren ya da Kanunun zorunlu kıldığı işlemleri Bakanlığın uyarısına rağmen yerine getirmeyen Oda veya Birlik organları hakkında da yukarıdaki fıkra hükümleri uygulanır. Çıkarılmalı

Görevlerine son verilen organ üyelerinin Kanunda yazılı ceza sorumlulukları saklıdır. Bu organların görevlerine son verilmesine neden olan tasarrufları hükümsüzdür.

Milli güvenliğin, kamu düzeninin, suç işlenmesini veya suçun devamını önlemenin yahut yakalamanın gerektirdiği hallerde gecikmede sakınca varsa, Odalar ile Birlik, vali tarafından faaliyetten men edilebilir. Faaliyetten men kararı, yirmi dört saat içinde görevli hakim onayına sunulur. Hakim, kararını kırk sekiz saat içinde açıklar, aksi halde, bu idari karar kendiliğinden yürürlükten kalkar. Çıkarılmalı

Onur üyeliği

Madde 27- Genel sağlık, mesleği üzerinde yaptığı çalışmalar ve yayımladığı eserler dolayısıyla ülke ve dünya çapında üne kavuşmuş veya mesleğine, Odalar veya Birliğe maddi ve manevi yardımda bulunmuş kimselere; Birlik Yönetim Kurulunun, Oda Yönetim Kurullarının teklifine dayalı veya doğrudan isteği üzerine, Birlik Genel Kurulunun kararı ile onur üyeliği payesi verilebilir.

Onur üyeliği payesi verilebilmesi için ilgili meslek mensubu olmak şart değildir.

Onur üyeleri oy hakkı olmaksızın Oda veya Birlik Genel Kurul toplantılarına katılabilirler.

Organlarda görev alanlara ödenecek ücret ve benzeri giderler

Madde 28- Organlarda görev alacaklara her ne nam altında olursa olsun, verilecek ödeneklerin cins ve miktarı Odalarda Oda Genel Kurullarınca, Birlikte ise Birlik Genel Kurulunca kararlaştırılır.

Meslek mensupları mesleki kayıtları

Madde 29– Odalarda ve Birliklerde Türkiye'de mesleğini icra etmeye hak kazananların mesleki kayıtları tutulur.

Odalarda ve Birliklerde ayrıca kayıtlı bulunan meslek mensuplarının, Birlikçe belirlenen örneğe göre düzenlenen meslek kayıtları bulunur. Bu bilgiler açıktır; ancak özel bilgileri içereler hak sahipleri veya vekalet verecekleri bir avukat tarafından her görülebilir ve gerekli notlar ve örnekleri alınabilir.

Odadan odaya nakil halinde, odadaki meslek kayıtları, nakledilen Oda Başkanlığına gönderilir.

Odalar, üye kayıtları ve meslek kayıtlarındaki bilgi ve değişiklikleri Birliğe bildirirler.

Disiplin cezaları

Madde 30 –Mesleğin vakar ve onuruna veya meslek düzen ve geleneklerine uymayan fiil ve hareketlerde bulunanlar ile mesleğini gereği gibi uygulamayan veya kusurlu olarak uygulayan veyahut görevin gerektirdiği güveni sarsıcı davranışlarda bulunan meslek mensupları hakkında disiplin cezası olarak, hafiften ağıra doğru sıralamayla, uyarma, kınama, para cezası, meslek uygulamasından geçici alıkonulma ve meslek uygulamasından sürekli alıkonulma cezaları verilir.

Uyarma; meslek mensubuna görevinde ve davranışlarında daha dikkatli davranması gerektiğinin yazı ile bildirilmesidir. Kural olarak uyarma cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

- Diğer disiplin suçlarının kapsamı dışında kalan ve mevzuatın meslek mensubuna yüklemiş olduğu görevleri yerine getirmemek,
- Meslek ahlak ve anlayışı ile bağdaşmayan davranışlarda bulunmak,
- Birliğin ve Birliğe bağlı Odaların Genel Kurullarında kanun, tüzük ve yönetmeliklere uygun olarak alınan kararlara aykırı davranmak.

Kınama; meslek mensubuna görevinde ve davranışlarında kusurlu sayıldığı yazı ile bildirilmesidir. Kural olarak kınama cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

- Uyarı cezasını gerektiren durumları, uyarıya rağmen sürdürmek veya tekrarlamak,
- Meslektaşları ve meslek kuruluşlarını gerek fiil ve hareketleri ile gerekse sözlü ve yazılı beyanları ile küçük düşürücü veya rencide edici davranışlarda bulunmak,
- Oda ve Birlik organlarına seçilmiş olduğu halde, hukuksal düzenlemeler ve Genel Kurul kararları ile kendisine yüklenen görevleri yapmamak,
- Oda veya Birlik organlarına seçilmiş üyelerin görev yapmasını engellemek,

Para cezası; İş Kanununa göre o yıl uygulanan asgari ücretin üç katından az on katından fazla olmamak üzere verilecek para cezalarıdır. Kural olarak para cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

- El ilanları, promosyon malzemeleri ve benzeri araçlarla reklam yapmak veya sanal ortamlar da dahil olmak üzere her türlü iletişim araçlarında reklam amacına yönelik veya haksız rekabeti sağlayıcı yazılar yazmak, yazdırmak veya açıklamalarda bulunmak; çalıştığı

veya ortağı olduğu kuruluş veya şirket aracılığı ile anılan eylemlerin yapılmasını sağlamak veya yapılmasına göz yummak,

b) Özel ve/veya kamu sağlık kuruluşlarının açılış, adres değişikliği, telefon değişikliği gibi durumlarda; bu değişiklik ve açılış izleyen bir ay içinde, en çok üç kez ve mevzuattaki kurallara uygun biçimde verilen ilanlar hariç, her türlü iletişim araçlarına ve sanal ortamlara ilan vermek,

c) Meslek uygulamasında herhangi bir şekilde haksız kazanç sağlamaya yönelik davranışlarda bulunmak,

d) Yeterliliği belirten belgeye haiz olmadığı konularda yetkili meslek mensubuymuş gibi herhangi bir şekilde tanıtım yaparak mesleğini yapmak,

e) Birlikçe çıkartılmış tabela standardına uymamak,

f) Asgari hizmet ücretleri belirlenmiş ise bu tarifedeki meblağların altında ücret almak, alınmasına göz yummak,

g) Yasa ve yönetmeliklerle öngörülen sürelerde Oda'ya kayıt olmamak,

h) Mesleğini kusurlu uygulamak,

i) Oda aidatını, haklı bir mazereti olmaksızın, yönetmelikle belirlenen zamanda ödememek,

j) Herhangi bir şekilde maddi çıkar sağlamak için sağlık meslekleri mensuplarına hasta veya hizmet alıcısı göndermek,

k) Kendisine hasta veya hizmet alıcısı sağlaması için aracı kullanmak veya herhangi bir kişi veya kuruma bu nedenle çıkar sağlamak,

l) Resmi hasta veya hizmet alıcısı sevklerinde usulsüz uygulamalar yapmak; sevk edilen kişileri zorunlu haller dışında kendisine, yakınına veya ortağına ait sağlık kuruluşlarına yönlendirici tavır ve davranışlarda bulunmak,

Meslek uygulamasından geçici alıkonulma; Oda bölgesinde bir aydan altı aya kadar serbest meslek uygulamasından alıkonulmadır. Kural olarak meslek uygulamasından geçici alıkonulma cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

a) Acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı veya hizmet alıcısına hizmet sunmayı reddetme hali dışında gerekli tıbbi hizmetleri kasıtlı olarak başlatmamak, yapmamak veya gerekli olmasına karşın ilgili kuruluşlara sevki geciktirmek veya yapmamak,

b) Meslek uygulaması sırasında öğrenilen hastalara veya hizmet alıcılarına ait sırları yasal zorunluluk dışında açıklamak,

c) Meslek uygulaması sırasında hastaların veya hizmet alıcılarının cinsiyet, ırk, milliyet, din, dil, mezhep, ahlaki düşünce, kişilik, sosyal ve siyasi durumlarına göre ayrıcalıklı uygulamalar yapmak,

d) Maddi veya başkaca çıkar için gerçeklere uymayan reçete, rapor veya belge vermek,

e) Diplomasını çıkar karşılığı, mesleği yapmaya yetkisi olmayan kişi veya kişilere vermek veya kullandırmak,

f) Hakkında yargı mercilerince veya disiplin kurullarınca meslek uygulamasından geçici alıkonulma cezası verildiği halde, bu dönemde meslek uygulamasında bulunmak,

g) Yüz kızartıcı bir suçtan hüküm giymek,

h) Mesleki bilgi ve becerilerini insan onuruna ters düşecek amaçlarla kullanmak veya işkence yapmak, resmi görevi icabı dahi olsa işkenceye katılmak veya işkence olarak nitelendirilecek müdahale ve davranışlarda bulunmak.

Meslek uygulamasından sürekli alıkonulma; Oda bölgesinde iki defa geçici olarak meslek uygulamasından alıkonulma cezası almış olanların Oda bölgesi içinde serbest meslek uygulamasından sürekli olarak alıkonulmasıdır. Cezai takibat ve hüküm tesisi disiplin soruşturması yapılmasını ve disiplin cezası uygulanmasını etkilemez.

Meslek mensubu hakkında savunma alınmadan disiplin cezası verilemez. Tebligata rağmen on beş gün içinde savunmasını yapmayanlar savunma hakkından vazgeçmiş sayılırlar.

Disiplin cezaları kesinleşme tarihinden itibaren uygulanır.

Disiplin cezalarını gerektiren benzer fiiller ve bu fiillere uygulanacak disiplin cezaları; bir derece ağır veya hafif disiplin cezalarının uygulanacağı haller; disiplin kovuşturması yapılması konusunda karar verecek merci; disiplin cezalarını vermeye yetkili merciler; disiplin cezalarına karşı yapılacak itirazların usul ve şartları; disiplin kurullarının çalışma usul ve esasları; disiplinle ilgili diğer işlemler Birlikçe düzenlenecek bir yönetmelikle gösterilir.

BEŞİNCİ KISIM

Çeşitli Hükümler

Yönetmelik

Madde 31- Bu Kanunda çıkartılması öngörülen yönetmelikler Bakanlığın uygun görüşü alınarak Birlik tarafından çıkarılır.

Yürürlükten kaldırılan hükümler

Madde 32- 23 Ocak 1953 tarihli ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu, 7 Haziran 1985 tarihli ve 3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu, 25 Ocak 1956 tarihli ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu ile diğer kanunların bu Kanuna aykırı hükümleri yürürlükten kaldırılmıştır.

Geçici madde 1 – Kaldırılan kanunlara göre kurulan Odaların ve Birliklerin tüzel kişiliği devam eder; ancak bu Oda ve Birlikler altı ay içinde bu Kanuna uygun olarak gerekli yapısal değişiklikleri yaparlar.

Geçici madde 2 Bu Kanunda çıkarılması öngörülen Yönetmelikler yürürlüğe girinceye kadar mevcut Yönetmeliklerin bu Kanuna aykırı olmayan hükümlerinin uygulanılmasına devam edilir.

Yürürlük

Madde 33–Bu Kanun yayımlandığı tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 34 - Bu Kanun hükümlerini Sağlık Bakanlığı yürütür.