TDB

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
24.9.96
26 0026/96

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ'NİN YAYIN ORGANIDIR

CİLT: 1
SAYI: 2
OCAK-MART 1987

'Sağlık Yasa Tasarısı' tartışılıyor

- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı paneli.
- Doktorlar yeni sağlık hizmetleri temel yasasına karşı.
- Sağlık Yasa Tasarısı üzerine, Dr. Hasan Caner.
- 22 Kasım kutlamaları, Ümit Ülküer.
- Odalardan haberler.
- Dişhekimliğinde kemik yerine geçen maddeler ve kullanma alanları.

SAYIN DOKTOR VE ECZACILARA

Oral yoldan uygulanabilen beta-laktamaz inhibitörü
potasyum **klavulanat** ile geniş spektrumlu antibiyotik **amoxycillin**'i ihtiva eden

AUGMENTIN®

Klavulanat ile amoksisilin

piyasaya verilmiştir

Forte
süspansiyon
312,5 mg
Sulandırılmaya hazır kuru toz
100 ml'lik ambalajlarda
Günde 3x1 ölçek

Tablet
625 mg
15 Tabletlik ambalajlarda
Günde 3x1 tablet

Pediatrik
süspansiyon
156,25 mg
Sulandırılmaya hazır kuru toz
100 ml'lik ambalajlarda
Günde 3x1 ölçek

Beecham Research Laboratories | fako FAKO İLAÇLARI A.Ş.

TDBD

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ'NİN YAYIN ORGANIDIR

SAHİBİ:
Türk Dişhekimleri Birliği Adına
Birlik Başkanı:
Dt. Yılmaz Bilgin

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:
Dt. Süha Alpay

Yazışma Adresi:
T.D.B. Atatürk Bulvarı
No: 115/11 Tel: 17 74 92
Kızılay / Ankara

Ücretsiz olarak, tüm dişhekimlerine dağıtılır.
Üç ayda bir yayımlanır.

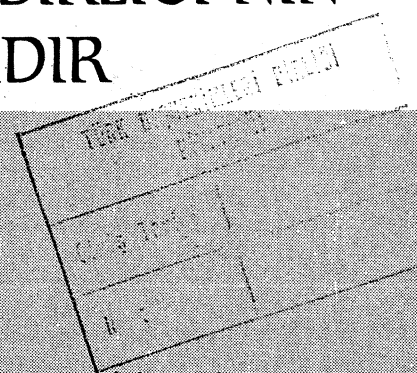
YAYIN KURULU:

Dt. Hüsnü Çuhadar,
Dt. Nurettin Özsuca,
Dt. Ateş Erinanç,
Dt. Halil Uğurlu,
Dt. Demir Temuçin

Teknik Sorumlu
Erdal Taşkesen

FİLM-MONTAJ:
Arsu Ofset
Necatibey Cad. 72/2 Tel: 297692
ANKARA

Baskı:
AYDOĞDU OFSET
MATBAACILIK LTD. ŞTİ.
TEL : 29 47 38
Maltepe - ANKARA



İÇİNDEKİLER

- Değerli meslektaşlarımız, Yayın Kurulu. 2
- TDB Genel Başkanı Yılmaz Bilgin'in konuşması. 4
- "Sağlık Yasa Tasarısı" tartışılıyor. 6
- Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de dişhekimliği, Dt. Süha Alpay 7
- Birlikten haberler, Dt. Eser Cilasun. 16
- Doktorlar, yeni "Sağlık Hizmetleri Yasa Tasarısı"na karşı. 21
- Sağlık Yasa Tasarısı Üzerine, Dr. Hasan Caner. 28
- *DİŞHEKİMLİĞİ KLİNİKLERİ.*
- *TDB "Dişhekimleri Klinikleri"nde basılabilecek yazılar.* 32
- *Dişhekimliğinde Kemik Yerine Geçen (Osteoplastik) Maddeler ve Kullanma Alanları, Dt. Numan Kuzanlı.* 33
- *Hareketli Bölümlü Protez Planlama İlkeleri II, Dr. Dt., Halil Uğurlu.* 39
- Türk Dişhekimleri Birliği (Birleşmiş iller ve merkezleri). 44
- Haberler (Basından, duyurular, odalardan haberler). 47
- 22 Kasım kutlamaları. 49
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı. 60

Değerli meslektaşlarımız,

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
YAYIN KURULU

GERİDE bıraktığımız 1986 yılı, Dişhekimleri arasında Türk Dişhekimleri Birliğinin kuruluş yılı olarak anımsanacak. Bir meslek örgütü için kuruluş dönemi, belli sıkıntılar ve deneyimsizlikten kaynaklanan önemli güçlüklerle geçer. Böyle olmasına karşın, geçen yılın ikinci yarısında mesleki örgütlenmemiz, oldukça sıcak ve hareketli günler yaşadı. Bu hareketliliğin en somut göstergesi 22-29 Kasım Dişhekimliği Haftası kutlamaları idi. İlk defa bu yıl, radyo, televizyon, basın gibi yaygın iletişim araçları, böylesine geniş bir şekilde kullanılarak, topluma diş sağlığının önemi anlatılabildi. Ayrıca odalar üyeleri arasında yüksek katılımlarla çeşitli etkinlikler düzenlediler. Tüm bunlar, güçlü bir örgütlenmenin sağlıyabildiği olanaklarla gerçekleşebildi.

BUNUNLA birlikte önümüzde alınması gereken uzun bir yol var. Ülkemizin Dişhekimliği sorunlarına yıllarca çözüm getirilmemiş, bu sorunlar birikmiş ve kısa dönemde çözümlenmesi olanaksız bir hal almıştır. Türk Dişhekimleri Birliği, ülkemizdeki Dişhekimi kitlesinin sözcüsüdür. Demokratik bir meslek örgütü olarak, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan ya da Hükümetlerden bağımsız, ilkeli bir sağlık politikasının savunucusu olma durumundadır. Bu politika, meslek örgütlenmesini oluşturan, alt birimlerin görüşleri, üyelerin görüşleri ve kongre kararları ile belirlenir. Sağlık alanındaki diğer demokratik meslek örgütleri ile yakın ilişki kurulması ve sağlıkla ilgili uygulamalara ilişkin, sağlık emekçileri adına ortak bir tavır alınması ana hedef olarak görülmektedir.

Uzun zamandır sağlık hizmetlerinde değişiklik olacağı yolunda dolaşan söylentiler nihayet, Ocak ayında hükümetin yaptığı bir açıklama ile gerçeklik kazandı. Bir yasa tasarısının meclis alt komisyonuna sunulmak üzere hazırlandığı öğrenildi.

BİZ biliyoruz ki ülkemizde sağlık hizmetlerinin işleyişinden doğan önemli aksaklıkların nedeni, genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan payın düşük olmasıdır. Bu oran % 2,5 civarındadır. Bu sayı hem bir on yıl öncesine göre düşüktür, hem de diğer ülkelerdeki oranlarla karşılaştırıldığında, çok yetersiz olduğu görülür. (Örneğin Japonya'da % 19 Yunanistan'da % 11, Suriye'de % 8'dir. Dünya sağlık örgütünün önerdiği oran ise % 20 dir.) Hükümetler şimdiye kadar toplumun sağlığını ucuz yoldan sağlamanın yollarını aradılar, bu tasarının da arkasında köklü bir değişiklik olduğu konusunda kuşkularımız var. Konu "Genel Sağlık Sigortası ve bir görüş" başlıklı yazıda daha geniş olarak ele alınıyor. Meslektaşlarımız, prim sistemi ve sözleşmeli personel uygulamaları ile ilgili olarak da endişe duymaktalar. Dergimizde bugünlerde çok konuşulan bu konular hakkında yazılara yer vererek, meslektaşlarımız arasında çok yönlü tartışılmasına olanak sağlamayı amaçladık.

DERGİMİZİN "Diş hekimliği Klinikleri" bölümü öncelikle pratisyen hekimlerin mesleki bilgilerini yenilemeleri amacına yönelik, kuşkusuz bu yazıların üniversitelerdeki araştırmacı meslektaşlarımızın da ilgisini çekeceğini umuyoruz. Amaç yönünden, bu bölüm, üniversitelerin yayınladığı araştırma dergilerinden farklı. Zaman zaman, temel bilgilerin yenilenmesi-

ne yönelik yazılarda yer alabiliyor. Tıp ve Dişhekimliğinde günlük klinik çalışmalarda karşılaşılan sorunların çözümü için fakülte yıllarında alınan klasik eğitimin hem yetersiz kaldığı, hem de sürekli yenilenmeye gereksinim gösterdiği açık. Okul sonrası mesleki eğitim çalışmaları, üniversite çatısı altındaki meslektaşlarımız ile diğer meslektaşlarımız arasında olumlu bir işbirlikteliği geliştirecektir. Ne var ki YÖK ile özerkliğini yitiren üniversitelerde, sözleşmeli personel konumuna gelen öğretim görevlileri, çok yönlü baskı altındadır. Zaman zaman üniversite çalışanlarının, Oda ve Birlik çalışmalarına katkıda bulunmaktan çekindikleri görülebilmektedir. Geçmişte cemiyet deneyimlerinde üniversite çalışanlarından önde gelen isimlerin yönetimde oldukları dönemlerde, cemiyetlerin bir grup dışındaki kesimleri seslenemediklerini gözlemledik. Oda ve Birlik kuruluşlarında durum biraz daha farklı gelişti. Zorunlu üyelik sonucu geniş bir kesim, yönetim kurullarının belirlenmesinde söz sahibi olabildi. Yeni belirlenen yönetimleri karşı üniversitelerin soğuk davranması ve üniversite hiyerarşisi içinde, Oda ve Birlik çalışmalarına katılımın engellenmesi çok ciddi sorunlar doğurabilir. Tüm bunları bir, dişhekimleri fakültesi dekanlığının, dergimize, kendi fakültesinden yazı gönderilmesini engellemeye yönelik girişimleri nedeniyle gündeme getirdik. Bilimi kendi tekelinde görmek, hatta bir ticari meta olarak kullanmak, YÖK zihniyetinin bir uzantısıdır.

Şunu hatırlatmak görevimiz, insan sağlığı ile ilgili bir alanda bilimin yaygınlaştırılmasını engelleyenler, bilimi kendi tekelinde görenler ciddi sorumluluklar altına giriyorlar.

MESLEKTAŞLARIMIZIN ilk sayımıza gösterdikleri ilgiye teşekkür ederiz. Her türlü yapıcı eleştiri bize büyük katkılar sağlar. Dergideki teknik aksaklıklar ve dağıtımdaki gecikme, hem deneyimsizlikten, hem de birinci sayının Türk Dişhekimleri Birliği'nin 1. ana kongresine yetiştirilmesi ivediliğinden kaynaklandığını belirtmek isteriz.

Birinci sayı için, Oda çalışmalarına ilişkin yeterli haber yazısının olmaması, en çok eleştirilen konulardan biri oldu. Ancak bu tür yazıların yayınlanabilmesi için, Odaların, çalışmalarını ve çeşitli konulardaki görüşlerini yazılı olarak aktarmaları gerekiyor. Bu konuda önerilecek bir yol: Oda yönetiminden bir üyenin, haber sorumlusu olarak görevlendirilmesi ve bu kişinin ayda bir, Birliğe yazılı olarak rapor göndermesidir. İstanbul, İzmir ve Ankara'da, benzeri bir işbirliği, bu illerin basın-yayın kurulları arasında oluşturulmaya çalışılıyor.

UNUTULMAMALIDIR ki Türk Dişhekimleri Birliği, Dişhekimlerinin demokratik meslek örgütüdür ve demokratik olmanın kaçınılmaz koşulu, tabandaki, farklı görüşlerin karşıtlıklar taşısa da açıklıkla tartışılmasıdır Dergimizin böylesi bir forum alanı olma amacını güttüğünü bir önceki sayımızda açıklamıştık. Bu çerçevede, özellikle, sağlık alanında yapılacak son değişikliklere ilişkin üyelerimizin ve Odaların görüşlerini bekliyoruz.

Yeni yılda tüm meslektaşlarımıza sağlıklı ve başarılı günler dileriz.

YAYIN KURULU

T.T.B.'nde yapılan basın toplantısında

TDB Genel Başkanı Yılmaz Bilgin'in konuşması

Dt. Yılmaz BİLGİN

Türk Dişhekimleri Birliği olarak yeni bir Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu hazırlanmasını çok olumlu buluyoruz. Gerek halkımız ve gerekse hekimlerimiz açısından Sağlık Hizmetlerinin bugünkü durumunun daha iyiye götürülmesinden yanayız.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin vatandaşlarımıza verilmesinde daha iyiye ve daha güzele varılması herkesin istediği bir gerçek. Bu hususun temininde çeşitli görüşler ve çeşitli yollar vardır.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanun Tasarısının hazırlanmasında kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının ne yazık ki hiçbir katkısı olmamış, hatta görüşleri bile alınmamıştır.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın ülkenin ve milletin yararına olacak hizmetlerinde, çabalarında, yardımcı olmak meslek kuruluşlarının severek yerine getirecekleri bir görevdir. Bu derece büyük kapsamlı bir kanun tasarısının hazırlanışında meslek kuruluşlarının görüş ve katkısının istenmemesi şaşılacak bir durumdur.

Sağlığına kısa sürede kavuşmasını dilediğimiz, Sayın Başbakanın, Büyük Millet Meclisi'ne sevkedilecek Sağlık Hizmetleri Temel Kanun Tasarısı hakkında yapmış olduğu basın toplantısı, bu tasarıyı ilk olarak kamuoyuna duyurmuştur. Basın toplantısının hemen başında Sayın Başbakan, vatandaşın ve sağlık personelinin şikayetlerini altalta maddeler halinde sıralamış, taleplerini belirtmiş; bu şikayetlerin ortadan kaldırılması ve belirtilen taleplerin karşılanması için, bir reform niteliğindeki bu tasarıyı hazırladıklarını beyan etmişlerdir.

Bu şikayet ve taleplerin çoğuna katılıyoruz. Yalnız bu maddelere şu iki maddeyi eklersek, ülkemizde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi hususundaki görüş ve davranışlara daha sağlam bir temel hazırlamış oluruz:

1. Vatandaş güç ekonomik koşullar altında olduğundan kendisine kaliteli sağlık hizmetinin çok ucuz, hatta parasız verilmesini istiyor.

2. Sağlık personeli iş güvenliğinin sağlanmasını kesinlikle istemektedir.

Yasa tasarısında çok önemli bu iki maddenin dikkate alınmadığı görüşündeyiz. Kaliteli sağlık hizmeti, bu tasarıyla prim ve ek ücret karşılığında vatandaşa verilecek, sınıflara ayrılmış hastahaneler, prim basamakları vatandaşın, devletin verdiği sağlık hizmetinden eşit yararlanma ilkesini zedeleyecektir.

Nüfusumuzun % 40'ı olduğu belirtilen sosyal güvenceden yoksun halkımız ve sosyal güvenceli olupta az prim ödeyebilenler sağ-

Sağlık Personelinin iş güvenliği sorunu bu tasarıda dikkate alınmamıştır. Ne kamuda, ne de serbest olarak çalışanların iş güvenliği bulunmamaktadır. Eğer meslekte işgüvenliği olmazsa, kalite ve verimlilik de istenilen düzeye hiçbir zaman erişemeyecektir.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanun tasarısının hazırlanmasında kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının ne yazık ki, hiçbir katkısı olmamış, hatta görüşleri bile alınmamıştır.

lık hizmetlerinin sınıflanması sonucunda, kaliteli kalitesiz diye ayrımlar yapılması nedeniyle, ancak kalitesiz sağlık hizmetinden yararlanabileceklerdir.

Tüm ülkeyi ve vatandaşları kapsayan bir sağlık sigortasına dayanacağı görülen böyle bir yasa tasarısının genel sağlık sigortasının tam anlamıyla meydana çıkarılmasından önce yürürlüğe girmesi büyük aksamalara yol açacaktır.

Sağlık personelinin iş güvenliği sorunu ise bu tasarıda dikkate alınmamıştır. Ne kamuda, ne de bir kamu hizmeti yaptıklarına inandığımız, muayanehanelerinde, serbest olarak çalışanların iş güvenliği vardır. Eğer meslekte işgüvenliği olmazsa kalite ve verimlilik istenilen düzeye hiçbir zaman erişemeyecektir.

Temel esaslar başlığının 3. maddesinin (h) fıkrasında, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verilen yetkilerle, sözleşmeli sağlık personelinin kaderi, kanun tasarısında, iş güvenliği bakımından fevkalade güvensiz hale getirilmiştir.

Ayrıca Kamu Kurumu niteliğindeki Meslek Kuruluşlarına kanunlar ile verilmiş haklar yasa tasarısının bu fıkrası ile ortadan kaldırılmaktadır. Bu, mesleklerin disipline edilmesi yönünden, büyük aksaklıklar doğuracaktır.

Yasada sağlık işletmelerine geçildiğinde işletme yönetiminin kimlerle ve nasıl yapılacağı belirsizdir. Hekimler acaba sermayedarlar tarafından mı yönetilecektir? diye düşünülebilir. Çünkü yasa tasarısı gerekçesinde, mali ve idari özerklik hedef alınmaktadır.

Böylece büyük sermayedarlar tarafından yönlendirilecek sağlık hizmetleri tekelleşmeye yol açacak ve küçük kuruluşlar, özellikle muayanehaneler ezileceklerdir.

Sağlık hizmetlerinin, siyasal baskılardan uzak tutulması halkımızın sağlığının daha iyiye götürülmesine olmasa bile, daha kötüye gidilmesini önleyecek bir etkendir.

Ülkemizde 8 bin civarında dişhekimi vardır. Bunun % 25'i kamuda çalışmaktadır. Daha çok sağlık hizmetlerinin kamu kesimine yönelik olarak gördüğümüz bu yasa tasarısıyla halkımıza 2 bindişhekimiyle nasıl ve ne kalitede ağız ve diş sağlığı hizmeti verebileceğimiz düşünülmelidir. Bu konuda endişeliyiz.

Bugün büyük zorluklar içinde, mesleklerini halkımız yararına ağız ve diş sağlığı hizmeti için özveriyle yapan serbest dişhekimlerine reform niteliğindeki bu kanun tassarısında yer verilmesi gereklidir. Kısaca bütçeden çok az bir parayla, yüzde 2,5 payla sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi çok zordur. Bu yasa dar gelirli halkımıza ek bir yük getirecektir. Sağlık Hizmetleri, bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde, devletin desteklemesi gereken, vatandaştan parasal yükü kaldıran bir hizmet olmalıdır.

Sonuç olarak bu tasarının, aksayan ve eksik yönlerinin giderilerek, Meslek Kuruluşlarının da katkıları ile yeni bir tasarı haline dönüştürülmesinde yarar görmekteyiz.

Saygılarımızla,

KAPAK KONUSU

'Sağlık Yasa Tasarısı' tartışılıyor

Geçtiğimiz günlerde, Türk Eczacılar Birliği Konferans Salonunda Sağlık Hizmetleri Temel Kanun Tasarısı konulu bir panel yapıldı. Türk Dişhekimleri Birliği adına Genel Başkan Yılmaz Bilgin'in katıldığı panele TTB Başkanı Prof.Dr.Nusret Fişek, Türk Veteriner Hekimleri Birliği Başkanı Doç.Dr.Yücel Akıncı ve Türk Eczacıları Birliği Başkanı Prof.Dr.Mekin Tanker katıldı.

Türkiye Barolar Birliği Başkanı Av.Teoman Evren'in başkanlığını yaptığı panelde söz alan konuşmacılar Sağlık Hizmetleri Temel Kanun Tasarısı'nın genel bir değerlendirmesini yaparak, özellikle yasanın aksayan yönleri üzerinde durdular.

İlk konuşmacı Prof.Dr.Nusret Fişek; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasının başarısızlığından söz ettiği konuşmasında, "Bugün Türkiye'de parası olanın sağlık hizmetlerinden yararlanamaması diye bir sorunu yoktur. Sorun, sağlık hizmetini satın alacak kadar parası olmayanların sorunudur" dedi.

Türk Eczacılar Birliği Başkanı Prof.Dr.Mekin Tanker de, özellikle Birliğin üç yıl öncesinden başlayarak gündeme getirdiği sağlık hizmetlerinin düzenlenmesine ait önerilerini yineleyerek, "sağlık hizmetlerinin siyasi etkinliklerin dışında olması" gerektiğini vurguladı.

Daha sonra söz alan TDB Genel Başkanı Dt.Yılmaz Bilgin, kendisinden önceki konuşmacıların sözlerine katıldığını belirterek "Güç ekonomik koşullar altında bulunan vatandaşın, kendisine kaliteli sağlık hizmetinin ucuza sunulmasını istediğini" söyledi ve şöyle devam etti:

"Bu yasa tasarısında çok önemli iki maddenin dikkate alınmadığı görüşündeyiz. Kaliteli sağlık hizmeti, bu tasarıyla prim ve ek ücret karşılığında vatandaşa verilecek, sınıflara ayrılmış hastahaneler, prim basamakları vatandaşın, devletin verdiği sağlık hizmetinden eşit yararlanma ilkesini zedeleyecektir. Tüm ülkeyi ve vatandaşları kapsayan bir sağlık sigortasına dayanağı görülen böyle bir yasa tasarısının genel sağlık sigortasının tam anlamıyla meydana çıkarılmasından önce yürürlüğe girmesi büyük aksamalara yol açacaktır.

Sağlık personelinin iş güvenliği sorun ise bu tasarıda dikkate alınmamıştır. Ne kamuda, ne de bir kamu hizmeti yaptıklarına inandığımız muayenehanelerinde serbest olarak çalışanların iş güvenliği vardır.

Temel esaslar başlığının 3 üncü maddesinin (h) fıkrasında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilen yetkilerle sözleşmeli sağlık personelinin kaderi kanun tasarısında iş güvenliği bakımından fevkalade güvensiz hale getirilmiştir.

Bu yasa tasarısının bir eksiğini daha belirtmek istiyorum. Ülkemizde 8 bin civarında diş hekimi vardır. Bunun yüzde 25'i kamuda çalışmaktadır. Daha çok sağlık hizmetlerinin kamu kesimine yönelik olarak gördüğümüz bu yasa tasarısıyla halkımıza 2 bin diş hekimiyle nasıl ve ne kalitede ağız ve diş sağlığı hizmeti verebileceğimiz düşünülmelidir.

Bu yasa tasarısının maddeleri hakkında görüşlerimize geçmeden özetle şunları söylemek istiyorum. Türkiye şartlarında sağlık hizmetlerinin parayla satın alınan bir hizmet olması bizce yadırganmaktadır. Kaliteli sağlık hizmetinin sadece parası olana verilmesi, bu tasarının aksayan yönüdür. Bütçeden çok az bir parayla, yüzde 2,5 payla sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi çok zordur. Bugün yürürlükte olan Emekli Sandığı, Bağ–Kur SSK gibi sağlık sigortası sistemlerinin iyi işlememesinin ek prim, ek ücret alınarak çözüm bulunmak istenmesi yanlıştır.

Bu dar gelirli halkımıza ek bir yük getirecektir. Sağlık hizmetleri, bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde devletin desteklemesi gereken vatandaştan parasal yükü kaldıran bir hizmet olmalıdır.

Bir görüş:

Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Dişhekimliği

Dt. Süha ALPAY*

Hastaların satın alma gücünün sürekli gerilemesi, artan malzeme ve diğer muayenehane giderleri, serbest çalışan hekimlerin ekonomik durumlarının gittikçe daha kötüye gitmesine neden olmaktadır.

Muayenehanenin bekleme salonu bekleyen hastalar ile doludur. Sekreter yeni başvuran hastalara ancak bir iki hafta sonraya randevu verebilmektedir. Hasta, hekimi tarafından önerilen belli bir tedavi şeklini kolayca kabullenir. Para konusu hiç konuşulmaz. Pazarlık veya ödeme koşulları gibi kavramlar bu muayenehanede hiç söz konusu olmaz. Hasta bir sigorta kartı ile başvurmuştur.

Evet, böyle bir tablo Federal Almanya gibi gelişmiş Avrupa ülkelerinde, ya da ABD'de uygulana gelen sağlık sigortası sisteminin yarattığı bir görünümdür. Bazı farklı uygulamaları varsa da, üç aşağı beş yukarı, genel sağlık sigortası uygulaması olan gelişmiş ülkelerde, dişhekimleri yalnızca protez ücretlerinin bir kısmını hastalarından alırlar, ücretin geri kalan kısmını doğrudan hastanın sigortası öder.

Bugün ülkemizde serbest çalışan binlerce dişhekiminin küçümsenmeyecek bir kesimi, kurtuluş yolu olarak, böyle bir sistemin ülkemizde uygulanmasını görmektedirler. Böyle bir arayışı dayatan koşullar nelerdir?

GÜNÜMÜZDE MUAYENEHANECİLİK

Hastaların satın alma gücünün sürekli gerilemesi, artan malzeme ve diğer muayenehane giderleri, serbest çalışan hekimlerin ekonomik durumlarının gittikçe daha kötüye gitmesine neden olmaktadır. Hastası ile arasında doğan ödeme sorunları, hekimi sürekli yıpratır. Ayrıca serbest çalışan hekimlerin bir çoğu geleceklerine yönelik kuşkular taşımaktadırlar. Bugünün hekimleri için, Bağ-Kur'un emeklilik ödentileri yetersiz kalırken, bir kuşak öncesinin hekimleri gibi, gayrimenkuller edinerek, kendilerini güvence altına almaları da, artık o kadar kolay olmamaktadır.

Günümüzde muayenehane hekimliği ciddi bir bunalım içindedir. Özellikle üç büyük ilde toplanan çok sayıda hekim ve dişhekiminin önemlice bir bölümü, doyumcu bir çalışma ritmini ve buna bağlı olarak bekledikleri ekonomik kazancı elde edememektedirler.

Dişhekimlerinin önünde mezuniyet sonrasında fazla seçenek yoktur. Resmi bir iş sahibi olmak oldukça zordur. Bu durumda parası olmayanlar özel poliklinikte ücretli bir iş peşinde koşarlar. Bu arada yasadışı çalışmalarını sürdürebilmek için işyerinin duvarına bir hekim diploması asmak zorunda olan sahte dişhekimleri, yeni mezunların karşısına, çalışmayarak ya da sınırlı çalışarak para kazanmanın yollarını açarlar. Böyle kişilerle

* *Serbest Dişhekimi*

Batı ülkelerindeki Genel Sağlık Sigortası uygulamalarında hastanın hekim seçme özgürlüğü varken ve muayenehane hekimliği sistemin önemli bir parçasını oluştururken, bu Yasa Tasarısı'nda muayenehane hekimliğinin sağlık hizmetlerindeki yerinden hiç söz edilmemektedir.

çalışmak yoluna giden genç, deneyimsiz dişhekimleri, daha işin başında hekimlik anlayışlarını geriletebilecek, yoz bir çalışma ortamı içinde bulurlar kendilerini.

YA TOPLUMUN SAĞLIĞI?

Hekimlerin ekonomik sıkıntıları ve mesleki çalışma düzeylerinin tatmin edici olmaması madalyonun bir yüzü iken, madalyonun öbür yüzünde, sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanamayan ve gitgide sağlığı bozulan geniş halk kesimleri yer alıyor. Devlet hastahaneleri için, özellikli bizim alanımıza giren diş sağlığı hizmetleri için söylenebilecek çok şey var. Son dönemlerde diş-protez merkezleri açılarak, biraz daha fazla dişhekimine çalışma ortamı oluşturulurken, daha geniş bir halk kesimine de hizmet verilebilir olmuştur. Ancak bu hizmetin kalitesi çok düşüktür. Hekimler bakabilecekleri hasta sayısının çok üstünde hastaya bakmak durumunda kalmaktadırlar. Dişhekimleri tüm bu yüke ek olarak yardımcı personelin yapması gereken bir çok işi de yapmak durumunda kalırlar. Hekim emeği, verimsiz ve yıpratıcı bir şekilde kullanılırken, bu ortamda çok sık olarak hekim-hasta ilişkilerinde çatışmalar ortaya çıkar. Hastalar hekimlerden yakınarak, gerekli ilgi gösterilmediğini, hatta insan yerine konmadıklarını söylerler. Hekimler ise hastası ile gerçek anlamda dialog kuramamaktan doğan sorunların altında ezilirler. Okul yıllarında kazanılan hekimlik nosyonu ve idealizm hızla erozyona uğrar. Yıpratıcı çalışma ortamında makineleşmiş hekim tipi doğar. Hasta oturtulur, 'hangi diş' denir, anestesi yapılır, dışarı gönderilir, önceki hasta çekim için çağrılır...

Hekim mi suçludur, yoksa hastayla hekimi böylesine dar açı içine sokan sağlık sistemi mi?

KÖKLÜ BİR DÜZENLEME GEREKİYOR

Bir yanda emeğini, bilgisini kullanamayan ve bunun doğal sonucu ekonomik sorunları olan dişhekimi kitlesi, diğer yanda, diş sağlığı yetersiz, protez ve tedavi gibi gereksinimleri sağlanamayan geniş halk kitleleri. Bu çelişki ülkemizde dişhekimliği hizmetlerinin köklü bir düzenlemeye gereksinimi olduğunu gösteriyor. Alanımız dışında kalan diğer sağlık sorunları için de benzer bir durum söz konusudur. Ama nasıl bir değişim gerekiyor? Bu sorunun yanıtına geçmeden önce, geçmişten bugüne ülkemizde uygulanan sağlık politikalarının gelişimini ve bu gelişimin son basamağı olan, Yeni Sağlık Yasa Tasarısını kısaca gözden geçirmek doğru olacaktır.

POLİTİKA VE SAĞLIK

1960'larda çıkan ve sağlık hizmetlerinde sosyalizasyonu hedefleyen Yasa tam olarak uygulanamadı yada uygulanmadı. Sağlık Ocakları açıldı fakat gerekli donanım ve sağlık personeli ekibinin eksikliği sürüp gitti. 1970'lerin ikinci yarısında, çıkarılan "Tam Gün Yasası" ile bir ölçüde hastahane hizmetleri geliştirilebildi. Sağlık personelinin geliri, günün koşullarına daha uygun bir düzeye yükseltildi. Bununla birlikte, tam gün uygulamasının ömrü kısa oldu ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde köklü değişiklikler gerçekleştirilemedi. 1980 sonrası, sağlık hizmetlerine genel bütçeden ayrılan payın giderek düşürüldüğünü görüyo-

STAF dentale

temed
diş-tıp araç gereçleri ticaret ve sanayi a.ş.

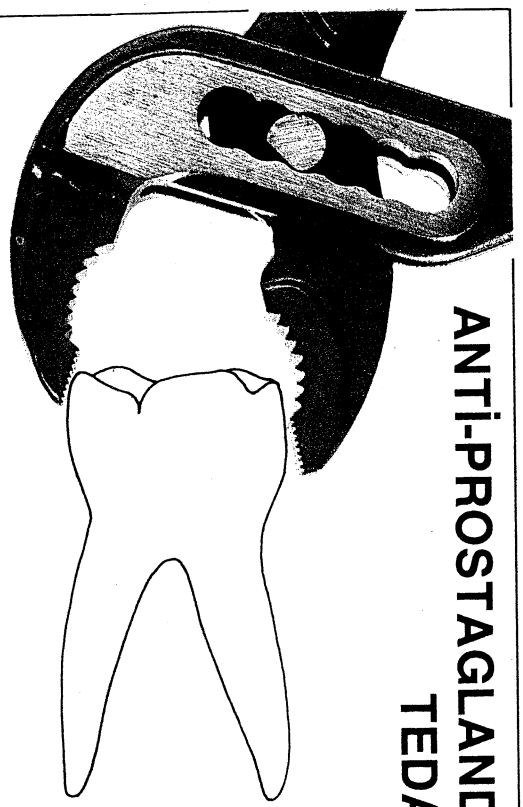
Samanyolu Sok. No.96
Şişli-İstanbul
Telefon: 148 60 21 (4 Hat)

Elektrikli koltuğa bağlı komple unit. Koltukla hareket edebilen kreşuar, tablet, reflektör.
Her yöne hareketli tablete bağlı mikro-motor, airetör, hava-su şırıngası.
Hareketli kreşuar, kuvvetli tükrük emici, uzaktan kontrollu su doldurma ünitesi.
Çift kademeli ışıklı reflektör. Unite can veren güçlü kompresör.
Yükseltme ve arkalığı yatırma hareketleri elektrik kontrolu ile sağlanan koltuk.
İstenilen pozisyonda çabuk ve yumuşak durma. Gerektığı zaman çıkartılabilen kol destekleri.
GÜVENLİ, GARANTİLİ, EKONOMİK.

easy

OMS Officine Meccaniche Specializzate S.p.A. 35030 Caselle di Selvazzano - Padova (Italy) Via Dante, 20 - Tel. 049/630670-630673

Dental Problemlerde



ANTİ-PROSTAGLANDİN TEDAVİ

- 20 dakika içinde SÜRATLİ etki
- 7 saat süren UZUN etki
- NON-NARKOTİK analjezi
- Güçlü analjezi yanında ANTİ-ENFLAMATUAR etki
- Düşük yan etki insidansı

SİNANGİN

APRANAX®

10-20 tablet

Başlangıç: 2 tablet İdame: 6-8 saatte 1 tablet

SYNTEX

ABDİ İBRAHİM İLAÇ SANAYİ ve TİCARET A.Ş.

Son dönemlerde maliyeti fazla olmayan, sağlık hizmetlerindeki temel aksaklıklara hemen hemen hiçbir çözüm getirmeyen bir takım girişimler yapılmıştır.

ruz. Bu pay % 4.5'lardan, bugün % 2.6'a kadar düşürülmüştür. Bu dönem boyunca tüketim eşyalarının fiyatlarına göre sağlık personelinin geliri de sürekli gerilemiştir. (Tam gün yasası dönemine göre bugün hekim maaşları reel olarak yaklaşık 2.5 misli gerilemiştir.)

Buna karşılık son dönemlerde, maliyeti fazla olmayan, sağlık hizmetlerindeki temel aksaklıklara hemen hemen hiçbir çözüm getirmeyen bir takım girişimler yapılmıştır. Hemen hepsi oldukça gürültülü bir şekilde tanıtılan, hatta politik gösterilere dönüştürülen bu girişimler; dış yardımlarla gerçekleştirilen aşı kampanyası, hızır servisler ve il merkezlerinde açılan diş-protez merkezleridir. Bunlar arasında aşı kampanyası, çok yüksek olan bebek ölüm hızını düşürmeyi amaçlamıştır. Ancak sadece gelişmiş ülkelerde değil, ülkemize benzeyen birçok ülkede de aşılamaların, düzenli ve programlı olarak yürütülmesi gerektiği ve kampanya ile aşılamanın, hasta kayıtlarının tutulamaması gibi bir çok sakıncaları olduğu düşünülmelidir.

Bizi daha yakından ilgilendiren, diş protez merkezlerinde, neredeyse fabrika tipi tedavi ve protez hizmetleri verilmektedir. Hastahanelerin kapasiteleri kat kat aşılarak, çok sayıda hastaya yanıt verilmesi karşılığında, hizmetin niteliği sürekli gerilemiştir. Adeta hastayla hekim karşı karşıya getirilmiştir. Böyle bir ortamda hekimin elinden hastaya takılan kötü bir protez, hastanın gözünde, dişhekimine karşı güvenin sarsılmasına yol açmıştır. Böylece hastahane dışında, ucuz olanaklar arayan gelir düzeyi düşük kesimler, sahte dişhekimlerine yönelmişlerdir. Çarpık sağlık sistemi, sahte dişhekimliğinin yaygınlaşmasına, sayılarının hiç de küçümsenemeyecek düzeylere çıkmasına yardımcı olmuştur.

Geriye dönerek, sağlık hizmetleriyle ilgili uygulamalara baktığımızda, düzeltilebilecek bir çok aksaklığın düzeltilmediğini, sosyalizasyon yasasının adeta kasıtlı olarak uygulamaya sokulmadığını ve bunların sonucu olarak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin tek alternatif olarak sunulmak istendiğini görüyoruz.

YENİ SAĞLIK HİZMETLERİ YASA TASARISI

Hükümet geçtiğimiz aylarda "Sağlık Hizmetleri Temel Kanun Tasarısı"nı açıklamıştır. 11 Ocak 1987 tarihinde Başbakan'ın basın açıklaması ve bunun TV'de yayınlanması ile konu hakkında ilk bilgilenmeler oluşmuştur. Geçen yılın ikinci yarısından beri, böyle bir yasa değişikliğinin olacağına yönelik çeşitli haberler, yayılmaya başlamışsa da genellikle Bakanlık yetkilileri konu ile ilgili açıklama yapmaktan kaçınmışlardır. Söz konusu yasa tasarısı hazırlanırken, meslek örgütlerinin hiç bir şekilde görüşü alınmamış tasarı tam bir gizlilik içinde hazırlanmıştır. Hükümet biran önce Yasa'yı meclisten çıkarmak niyetindedir. Anlaşıldığı kadarıyla, hekimler ve vergi veren halkı bu kadar yakından ilgilendiren bu yasanın uzun boylu tartışılması istenmemektedir.

Yasa tasarısında bir Genel Sağlık Sigortasından söz edilmektedir. Ancak, bu sigorta sistemine hemen değil uzun dönemde geçiş düşünülmektedir. Kısa dönemde, sağlık personelinin sözleşmeli personele dönüştürülmesi, hastahanelerin "sağlık işletmeleri"ne dönüştürülmesi gibi değişiklikler öngörülmekte ve bu değişikliklerin Genel Sağlık Sigorası'na geçiş amacı ile hazırlandığı belirtilmektedir.

Ne var ki sözü geçen Genel Sağlık Sigortası ile, bir kısım ser-

Kaldı ki özel sağlık kuruluşlarında işleyişin kâr bırakması gerekliliği, sağlık hizmetlerinin maliyetini ve vatandaşın sırtındaki yükü artıracaktır.

best çalışan hekim tarafından savunulan, sigorta kavramı arasında büyük farklılıklar, hatta taban tabana zıtlıklar vardır. Örneğin, Batı ülkelerindeki Genel Sağlık Sigortası uygulamalarında hastanın hekim seçme özgürlüğü varken ve muayenehane hekimliği sistemin önemli bir parçasını oluştururken, bu Yasa Tasarısı'nda muayenehane hekimliğinin sağlık hizmetlerindeki yerinden hiç söz edilmemektedir. Başbakan TV konuşmasında **''Getirdiğimiz yeni düzen içinde doktorlar muayenehanelerini kapatmak isteyeceklerdir.''** diyerek bu sonucu doğrulamaktadır.* Muayenehane cihazlarının hastahaneler tarafından alınmaları için imkan getirileceğini ve bu şekilde hastahanelerin cihaz ihtiyaçlarını ucuz yoldan karşılayabileceğini yasanın gerekçelerinden öğreniyoruz.

Bunun anlamı nedir, bir devletçilik uygulaması mı?

Yasa Taslağı'nın ilk açıklanan metinlerinin 5. madde'sinde sağlık kuruluşlarının sağlık işletmelerine dönüştürülmesinden söz edildikten sonra, şöyle devam ediliyordu. **''Sağlık işletmeleri gösterdikleri performans ve kaliteli hizmet üretimleri dikkate alınarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile 20.1.1986 tarihli ve 3291 sayılı kanun çerçevesi içinde özel kuruluşlar haline getirilebilirler.''** Bu cümlenin sonradan hazırlanan yasa taslağından çıkarılmış olduğu görüldü. Ancak yasa taslağının özü değişmedi. Bir bütün olarak incelendiğinde sağlık hizmetlerinin kâr getirecek şekilde düzenleneceği, sağlık kuruluşlarının yıllık müsbet bakiyesinin % 20'sini ''Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonuna'' aktarılmasının öngörüldüğü görülür. (Geçici madde -4-c, söz konusu maddede ''müsbet bakiyelerinin % 20'sinden çok olmamak üzere...'' denirken, aynı maddenin gerekçesinde, ''bu oran % 20'den az olmayacaktır'' deniyor!)

Başbakan Turgut Özal'ın Basın Açıklamasında **''Hastahanelerin özelleştirilmesi için yetki alınıyor, Niçin?''** başlığı altında şöyle deniyor. **''Biz ne kadar uğraşırsak uğraşalım hastahaneleri belirli denetim mekanizmalarının dışına çıkaramayız. Halbuki bazı hastahanelerin çok özel ameliyatlarda ihtisaslaşmaları ve çok yüksek ücretle, belki de yurtdışından da uzman istihdam etmeleri gerekecektir. Tabii ki sigoralı vatandaş bu hastahanelerden özelleştirme sonrası da rahatlıkla yararlanacaktır...''** Aynı konuşmasının başka bir yerinde **''Özel sigortacılık kurumlarını da güçlendirmek mecburiyetindeyiz.''** demektedir. 'Parana göre istediğin sağlık hizmetini satın alabilirsin', anlamına gelebilecek bir ifadede ise farklı primlere göre, farklı düzeyde sağlık sigortası paketlerinin sunulabileceği belirtilmektedir.

DEVLETÇİLİK Mİ, LİBERALİZM Mİ, TEKELCİLİK Mİ?

Yukardaki sorunun yanıtı kolayca anlaşılabileceği gibi ''Devletçilik'' değildir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi söz konusudur. Parası olan istediği şekilde sağlık hizmetini satın alabilecek, olmayan ise daha düşük seviyede bir sağlık hizmeti alabilecek. Peki, özelleştirme, ama nasıl bir özelleştirme ki bu sistemde muayenehanelere yer yok? Küçük sermayenin (burada hekim muayenehaneleri oluyor) olmadığı, ama büyük sermaye grupları için kârlılığın iyi olabildiği bir özelleştirmedir, söz konusu olan. Sadece hekim hizmetleri için değil, ilaç ve eczacılık hizmetlerinde de **''... serbest piyasa şartlarına geçiş için hazırlıkların başlatılması''** hedefleniyor (Yasa'nın ''Genel Gerekçeleri''nden).

Yasa, Bakanlığa geniş yetkiler vermektedir. Her hükümet değişikliğinde ya da her Bakan değişikliğinde yeni Yönetmelikler ile sağlık sisteminde de büyük değişikliklerin olması beklenmelidir.

Yasanın yürürlüğe girmesinden kısa bir süre sonra, sağlık hizmetlerinin paralı bir duruma gelmesi yüksek bir olasılıktır. Daha önce bağlı olduğu kurum tarafından sağlık harcamaları karşılananlar için ilk başta bir sorun çıkmayabilir. Ama zamanla, artan sağlık hizmetleri maliyetleri karşısında ücretlere daha fazla kesinti uygulanması beklenmelidir.

SAĞLIK VERGİSİ Mİ?

Toplumumuzun büyük bir çoğunluğunu oluşturan kırsal kesim için durum başkadır. Vergileri bile zor tahsil edilen veya edilemeyen bu kesimlerden bir de sağlık sigortası priminin alınması çok zordur. Bu durumda olan hastalar, sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunduklarında, kendilerinden ücret talep edilecektir. Diğer bir deyişle bu kesimler için pratikte sağlık hizmetleri paralı duruma gelecektir.

Bugün ülkemizde, parası olan kesimler için sağlık sorunu yoktur. İstedikleri şekilde sağlık hizmetini satın alabilirler, gerekirse yurtdışında tedavi olurlar. Asıl sorun bu hizmeti satın alamayacak durumda olan kesimler için vardır. Genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay zaten düşüktür, bu payın daha da azaltılması ve bu yükün vatandaşın sırtına yüklenmesi sağlık sistemini gerçek bir çıkmaza sürükler. Böyle bir sistemin doğuracağı tahribatların onarılmasının ve düzeltilmesinin yıllar süreceğini tahmin etmek zor değildir.

Kaldı ki özel sağlık kuruluşlarında işleyişin kâr bırakması gerekliliği, sağlık hizmetlerinin maliyetini ve vatandaşın sırtındaki yükü artıracaktır. Belki hekim emeği yoğunlaştırılarak, sözleşmeli hekimlerin çeşitli dayatmalarla fazla çalışmaları sağlanarak, bu yükün bir kısmı da hekimlerin sırtına yüklenecektir.

Bu arada prim ödeyemeyecek durumda olanların primlerinin sosyal yardım amacıyla oluşturulmuş fon ve kuruluşlar tarafından ödeneceği öngörülüyor. (Geçici madde-3) Ancak yasa tasarısında fakir kişilerin kimler olduğu belirtilmemiştir. Sigorta primlerini rahatlıkla ödeyebilecek kesimlerin toplumun ne kadarını oluşturduğunu hesaplarken, fazla iyimser olmamak gerekiyor.

Tasarının asıl üzerinde durulması gereken madelerinden biri, (Madde 10) Yürürlükteki yasaların bu tasarıda yeralmayan hükümlerinin yürürlükten kalktığını belirtilmektedir. Bu durumda farklı yorumlar ortaya çıkabilir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görevlerini belirleyen 1262 sayılı yasa yerine, Tasarının 3. maddesinin (k) fıkrasında, belirtilen görevler kabul edilirse, Bakanlığın, ilaç fiyalarını kontrol yetkisi kalkmış olur. Genel gerekçelerde de böyle birşeyin hedeflendiği belirtilmektedir. Böylece ilaç fiyatları, denetimsiz olarak yükseltilebileceği gibi, eczaneler arasında bile fiyat farkları olabilecektir.

Bunun dışında, 9. madde ile bir çok uygulama, çıkarılacak yönetmeliklere bırakılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Mustafa Kalemli ile yapılan bir söyleşide Bakan'ın kendisi de bunu kabul etmekte ve yasayı bir çerçeve yasası olarak açıklamaktadır. (18 Şubat 1987 Cumhuriyet, Söyleşi; Yalçın Doğan) Bakan şöyle demektedir: **''Bu çerçeve yasası herşeyi tadat etmesin. Genel prensipleri koysun, o prensipleri zaman içerisinde yönetmeliklere bağlayalım.''**

Yasa, Bakanlığa geniş yetkiler vermektedir. Her hükümet değişikliğinde ya da her Bakan değişikliğinde yeni Yönetmelikler ile Sağlık sisteminde de büyük değişikliklerin olması beklenmelidir.

Sağlık personelinin daha verimli çalışabilmesi için antidemokratik ve politik baskılara açık bir personel politikası değil; çalışanların, demokratik haklarının korunduğu yönetime, katılma olanaklarının sağlandığı bir model getirilmelidir.

Yasada daha önce var olan bir çok uygulamanın yeni bir uygulama gibi sunulduğunu da görüyoruz. Örneğin sağlık hizmetlerinde zincir sistemi ve ilk basamak hekimliği bir yenilik gibi getiriliyor. Aynı şekilde, herkesin sağlık durumunu takip için kayıt ve bildirim sistemi (Madde, 3f) insanlar üzerinde ilaç deneylerinin yasaklanması yeni kavramlar değil.

BİR BASKI YASASI

Yasa tasarısının 3. maddesinin (h) fıkrası şöyle: "Serbest ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personelinde aranacak genel ve özel şartlar ile bu şartlardan herhangi birini taşımadığının sonradan anlaşılması veya bu şartlardan birinin kaybedilmesi ya da şartlardan birine uyulmaması halinde alınacak meslekten geçici ve daimi çıkarma dahil bütün tedbirler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit edilir."

Bu şekilde Meslek Odalarının görevleri Bakanlığa aktarılmış oluyor.Personelde aranacak "**genel ve özel**" şartlar ise belli değil. Bir an için "**genel**" şartların neler olabileceği kestirilebilse bile "**özel**" şartların neler olabileceği sorusunun yanıtı, tam olarak verilemez. Bıyık, sakal, giyim kuşam sınırlamalarından, güvenlik soruşturmalarına kadar uzanan bir dizi sınırlama, bu özel şartların içine girebilir. Bakanlığın, meslekten daimi men cezası verebilecek kadar geniş yetkiler alması da düşündürücüdür. Sağlık personelinin politik baskılara açık olmaları ve demokratik meslek örgütlerinin yetkilerinin iyice gerilemesi, beklenen tehlikeler arasındadır. Bu maddenin sağlık personeli üzerinde baskı kurmak dışında, bir işlevi yerine getirebileceğine inanmak oldukça zordur.

SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Yasaya göre sağlık personelinin sözleşmeli olacağı ve yaptıkları fazla iş için prim alacaklarından söz edilmektedir. Bu şekilde personelin iş güvencesi ortadan kalkmaktadır. Yöneticisine bağımlı bir hekim tipinin ortaya çıkması istenmektedir. İşten atılma korkusu ile, daha "**iyi çalışan**" bir hekim tipi ile sağlık hizmetlerinin düzelmesi sağlanabilir mi?

Şimdiye kadar sağlık hizmetlerinin aksak yürümesinden hekimleri sorumlu gören mantığa göre bu sorunun yanıtı "evet"tir. Hekimin elinden sosyal haklar ve iş güvencesi alınırken biraz daha yüksek bir ücret verilecektir. Bu yüksek ücretin ne kadar süre ile yüksek kalacağı da şüpheli. Enflasyon karşısında ne kadar artış olacak, miktarı nasıl saptanacak? Toplu sözleşme hakkı olmayan, meslek örgütü tarafından hastahanelerin yönetiminde temsil edilmeyen hekimlerin haklarını kim savunacak? Yasaya göre hastahanelerin ve diğer sağlık işletmelerinin, müsbet bakiyelerinin % 20'sini, merkezdeki fona aktarma zorunluluğu var. Bunun için sağlık işletmelerinin bütçelerini çok iyi gözetmesi gerekiyor. Bu durumda düşük ücretle ve çok çalışan hekimlere gereksinim artacaktır. Hizmetin kalitesi ve kârlı bir alan olmayan koruyucu sağlık hizmetleri böyle bir sistemde sürekli gerileyecektir.

Yeni Yasa Tasarısında getirilen bir başka yenilik sağlık personeline yaptıkları iş sayısına göre prim verilmesidir.

Prim sistemi gerçekten sağlık kuruluşlarında hizmeti geliştirir mi? Örneğin diş-tedavi merkezinde, iş başına prim verildiğini varsayalım. Dişhekimi, fazla prim almak için, fazla vaktini alacak tedavi işlemini cerrahiye (çekime) yollarken daha az vaktini ala-

Hekimlerin iş güvencelerini elinden alarak, yöneticiye bağımlı geçici işçiler haline sokan ve hekimliği politik baskılara açık bir hale getirerek, hekimlik onurunu yok edecek olan bir yasaya karşı çıkılması zorunluluktur.

cak olan basit tedavileri (örneğin küçük çürükleri) öncelikle yapmayacak mıdır? Ayrıca, zamana karşı yapılan böyle bir çalışmada, tedavinin kalitesi de olumsuz etkilenmeyecek midir?

Oysa ki aynı ücret, başka düzenlemelerle sağlanabilir. İyi bir hastahane ortamı, yetişmiş yardımcı personel, eksiksiz cihazlar, düzenli mesleki eğitim ve doyurucu bir ücret karşısında, hekimin tam verimle çalışmaması için hiçbir neden yoktur. Ayrıca, hekimin yaptığı tedavinin cinsine göre, bakması gereken hasta sayısı ortalama olarak saptanabilir ve buna uyulması için, klinik çalışmalar izlenebilir. Bununla birlikte prim sistemi, bu yasa tasarısı içinde önemsiz bir ayrıntıdır. Bu konu üzerinde farklı görüşler olabilir. Örneğin, bir sağlık kuruluşunda çalışmaların belli bir düzeyin üzerine çıkması halinde tüm personele belirli bir prim ödenmesinin yararlı olabileceği düşünülebilir.

Yasa Tasarısını genel çerçevesi ile ve madde madde incelediğimizde ortaya çıkan tabloyu çizmeye çalıştık. Ancak böyle bir Yasa Tasarısına karşı çıkmak, varolan sağlık sistemini savunmayı da getirimiyor. Tersine, köklü dönüşümlere gereksinim olduğu ortadadır. O halde bu yasa tasarısına karşı çıkarken, alternatif bir modeli de ortaya koymamız gerekiyor.

NASIL BİR SAĞLIK MODELİ?

Dünya Sağlık Örgütü'nün ve UNİCEF'in **''Uluslararası Temel sağlık Hizmetleri Konferansı''**nda hazırladıkları deklerasyonda **''Hükümetler halkın sağlığından sorumludur. Hükümetlerin temel sosyal hedefi, insanların sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürebilmelerine olanak sağlayacak koşulların sağlanması olmalıdır.''** denilmiştir. İngiltere gibi kapitalist bir ülkede bile sağlık hizmetlerinin devlet denetiminde olduğunu, Almanya'da yıllardan beri çeşitli sorunlar ve zaman zaman ciddi salgın hastalıkların ortaya çıkmasından sorumlu tutulan Genel Sağlık Sigortasından vazgeçilmesi eğiliminin gün geçtikçe güçlendiğini, İtalya'da, 1977'den itibaren Genel Sağlık Sigortasından vazgeçilerek kademeli olarak kamu sağlık kuruluşlarına geçişin başlatıldığını kaydettikten sonra sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin nekadar çağın gerisinde bir anlayış olduğunu ayrıca belirtmeye gerek var mı?

Yasa Tasarısı ile önerilen Genel Sağlık Sigortasının, sağlık hizmetinin ücretinin halktan toplanmasını güvence altına almaktan başka hiçbir hizmet getirmeyeceği açıktır. Böyle bir sistemde ilaç tüketiminin, sürekli pompalanacağını, Genel Sağlık Sigortasının uygulandığı ülkeleri inceliyerek görebiliriz.

Ülkemizde, sağlık hizmetleri ve koruyucu hizmetler çok geridir ve mali kaynaklar zayıftır. Bu durumda getirilecek bir sistemle sağlık hizmetlerinin maliyeti düşürülmelidir.

Sağlık hizmetlerinin kamulaştırılması zorunludur. Muayenehane hekimliğinin pahalı bir tedavi sunduğu ortatadır. Gelişmiş tıbbi teknoloji, pahalı cihazlar ve sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının gelişmesi, zaten muayenehaneciliğin gerilemesi için nesnel koşulları yaratmıştır. Bununla birlikte son saydığımız gerekçeler, dişhekimliği için geçerli değildir. Tersine dişhekimliğinde en kaliteli tedavi hizmeti hâlâ muayenehanelerde verilebilmektedir. Teknolojik gelişmeler muayenehane dişhekimliğinin gerilemesini değil, gelişmesini sağlamıştır. Hekim açısından da bakıldığında dişhekimliği fiziki olarak yıpratıcı bir meslektir, hastahanelerde doyurucu bir çalışma ortamının sağ-

Yasa Tasarısı ile önerilen Genel Sağlık Sigortasının, sağlık hizmetinin ücretinin halktan toplanmasını güvence altına almaktan başka hiçbir hizmet getirmeyeceği açıktır.

lanabilmesi için, çalışma yerlerinin geniş, birbirinden ses geçirmeyecek bir şekilde ayrılmış ve iyi cihazlarla donatılmış olması gerekir. Ülkemiz koşullarında sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yürütülmesinin yanında dişhekimi muayenehanelerinden yararlanılmasının yolları da araştırılmalıdır. Bazı ülkelerde uygulanan sağlık kuruluşlarına bağlı muayenehane biçimleri, ülkemiz için düşünülebilir. Bu tür uygulamalarda, hasta hastahene kanalıyla ilgili muayenehaneye sevk edilir, muayenehaneler hastahaneye bağlı olarak çalışır ve muayenehanede çalışan hekim ücretini hastahaneden alır.Bunun yanı sıra koruyucu dişhekimliğinin, özellikle çocuklara yönelik olarak geliştirilmesi gerekir. Ülkemizde dişhekimi kontrolündeki okul çocuklarının sayısı büyük illerimizde bile çok düşüktür. Çocuk diş sağlığının geliştirilmesi ile ileri yaşlarda yapılan, protez ve pahalı tedavi hizmetlerinden tasarruf sağlanır. Önerilebilecek sistemde, tedavi hizmetini satın almak isteyenler özel sağlık kuruluşlarından yararlanabilecektir.

Sağlık personelinin daha verimli çalışabilmesi için antidemokratik ve politik baskılara açık bir personel politikası değil; çalışanların, demokratik haklarının korunduğu yönetime katılma olanakların sağlandığı bir model getirilmelidir. Tüm sağlık emekçileri için tek tek sözleşme değil, toplu sözleşme ve sendikalaşma hakkı getirilmelidir. Çalışanların, emeklilik güvenceleri, hastalık halinde tedavi ve ilaç giderlerinin karşılanması gibi hakları korunmalıdır. Meslek Odaları temsilcileri, sağlık kuruluşlarının yönetiminde söz sahibi olabilmelidir.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Genel sağlık sigortası denilince, belli bir model çizilemeyeceği ortatadır. Genellikle akla gelen, muayenehane hizmetlerini de içeren bir sigorta sistemidir. Ancak hükümetin hazırladığı yasa tasarısındaki sigorta biçimi gibi, hizmetin sadece hastahaneler ve sağlık ocakları aracılığıyla yerine getirildiği bir biçim de olabilmektedir.

Genel Sağlık Sigortası Neler Getirir?

a. Hükümete ek bir finansman kaynağı bularak ve yeni bir hizmet başlatarak siyasi avantaj sağlar.

b. Halk yönünden, hükümetin yaptığı sağlık hizmetinin yetersiz olduğu yerde, yurttaşlar sigortalanarak daha iyi bir sağlık hizmetine kavuşabilirler. (Parası olanlar için)

c. Hastalara, hekim seçme serbestisi sağlar, serbest çalışan hekimler için avantajlıdır. (Hükümetin hazırladığı ''yasa tasarısı'' için bu madde geçerli değildir.)

d. İlaç sanayi sektörünün yapay olarak pompalanması sonucu ilaç tüketimi ile kârlılığı artar.**

Genel Sağlık Sigortasını uygulayan gelişmiş ülkelerde, kişi başına gelir yüksektir. Kişiler yüksek prim ödeyebilmektedir, ayrıca, devletin bu prime katkısı oldukça yüksektir. Bu ülkelerde ilaç ve diğer tedavi malzemelerinin kendi ülkelerinde üretilmesi, tedavi maliyetini düşürür. Bu koşullar ülkemiz için geçerli olmadığı gibi, çevre sağlığı, koruyucu hekimlik gibi alanlarda çok geri kalınmıştır. Kaldı ki, daha öncede belirttiğimiz gibi bu ülkelerde sağ-

Ancak böyle bir Yasa Tasarısına karşı çıkmak, varolan sağlık sistemini savunmayı da getirmiyor.

lık sigortasından vazgeçilmesi eğilimi vardır. İtalya'da 1977 yılında parlamento Genel Sağlık Sigortasını kaldıran ve kademeli olarak sağlık hizmetlerinin kamulaştırılmasını öngören Yasa'yı kabul etmiştir. Almanya'da bu yönde çalışmalar vardır.*** Yeni Yasa Tasarısında belirtilen tipte bir sağlık sigortasının ise halkın sırtına ek bir mali yük ve büyük sermayenin sağlık alanından daha fazla kâr elde etmesi dışında getireceği birşey yoktur.

SONUÇ

Bu Yasa Tasarısı, sadece hekimleri ve diğer sağlık personelini değil, sağlık hizmetlerinden yararlanan bütün toplum kesimlerini yakından ilgilendirmektedir. Böyle bir Yasa'nın kesinleşmesi ile doğacak sonuçların halkımız tarafından bilinmesi ve tartışılması gerekmektedir. ''Hükümet istediği Yasa'yı çıkarır'' şeklinde bir yaklaşım doğru değildir. Demokrasi, halkın yönetime katılması demektir. Sağlık emekçileri, meslek örgütlerinin çatısı altında, yasal yollar kullanarak bu girişime karşı çıkmalıdırlar. Hekimlerin iş güvencelerini elinden alarak, yöneticiye bağımlı geçici işçiler haline sokan ve hekimliği politik baskılara açık bir hale getirerek, hekimlik onurunu yok edecek olan bir yasaya karşı çıkılması zorunluluktur.

Çözüm, hekim, dişhekimi, eczacı, veteriner ve diğer sağlık personelini temsil eden meslek örgütlerinin içinde yer aldığı, bir çalışma ile ülkemiz koşullarına en uygun sağlık modelinin oluşturulması, bu modelin geniş bir şekilde tartışıldıktan sonra yasalaştırılmasıdır. Bu şekilde yeniden yazılacak bir yasa ile, halka ve sağlık hizmetleri için yıllardır emeğini vermiş olanlara en fazla yararlı olabilecek bir sisteme geçilebilir. Demokrasinin gereği budur.

---

* ***Basına açıklama***, *Turgut Özal, 11 Ocak 1987, İstanbul.*

** *Ulusal sağlık politikası, Türk Eczacılar Birliği, teknik rapor dizisi, 1986'dan yararlanılmıştır.*

*** *Genel Sağlık Sigortası Modelleri, İtalya, Dr. Ali Babaoğlu, ATOB, 1986/5.*

-VİOKLAR-
ABİDİN KARGÜN

Senelerin verdiği tecrübe ve teknik imkanlarla hizmetinizdeyiz.

PORSELENDE ve diğer bütün köprülerde her cins metal ENDÜKSİYON MAKİNASI ile dökülür ve işleriniz zamanında teslim edilir.

Laboratuvar: Bayındır sok.
30/2 KIZILAY
Tel: 31 96 03- 32 47 26

Birlikten haberler

Dt. Eser Cilasun
TDB Genel Sekreteri

İlk sayımızın yayınlanmasından bu yana geçen üç ay içinde hiç de küçümsenmeyecek çalışmalar yapıldığını görüyoruz.

DERGİMİZİN ilk sayısının yayınlanmasından bu yana 3 ay geçti. Bu süre içinde, neler yaptığımızı görmek için dönüp geriye baktığımızda çok da küçümsenmiyecek çalışmalar görüyoruz. İlk sayımız çıktığı gün Birliğimizin 1. olağanüstü kongresi vardı. Bu kongrenin gündeminde, yeni oda kurulacak illerin ne şekilde birleştirileceği, merkezin hangi il olacağı ve Birlik Merkez Yönetim Kurulu'nun hazırladığı yönetmelik taslakları vardı. Akşama kadar süren toplantıda bütün bunlar görüşülüp karara bağlandı. Merkez Yönetim Kurulu'nun önerileri üzerine çeşitli delegeler görüşlerini açıkladılar ve Birlik Genel Kurul delegelerinin oyları ile illerin birleştirilmesi ve merkez olan iller şu şekilde kabul edildi.

Ankara (Merkez) - Çankırı
Antalya (Merkez) - Isparta - Burdur
Aydın (Merkez) - Muğla
Balıkesir (Merkez) - Çanakkale
Diyarbakır (Merkez) - Mardin- Siirt, Hakkari- Bitlis - Van- Muş
Edirne (Merkez) - Tekirdağ - Kırklareli
Erzurum (Merkez) - Erzincan - Kars - Ağrı
Eskişehir (Merkez) - Bilecik - Kütahya - Afyon
Gaziantep (Merkez) - Kahramanmaraş - Şanlıurfa
Kayseri (Merkez) - Kırşehir - Nevşehir
Kocaeli (Merkez) - Sakarya - Bolu
Konya (Merkez) - **Niğde**
Malatya (Merkez) - Adıyaman - Elazığ - Bingöl - Tunceli
Manisa (Merkez) - Uşak
Samsun (Merkez) - Sinop - Ordu
Sivas (Merkez) - Yozgat - Çorum - Tokat - Amasya
Trabzon (Merkez) Rize - Artvin - Giresun - Gümüşhane
Zonguldak (Merkez) - Kastamonu

Hüviyetlere ilişkin bazı aksaklıkların da, gerek odaların, gerekse üyelerin bilgileri eksik ve okunaksız yazmalarından kaynaklandığını belirtmek isteriz.

Bunlardan Ankara- Antalya - Balıkesir - Gaziantep - Kayseri - Konya - Manisa - Samsun ve Zonguldak daha önce 100 Dişhekimini tamamlayıp bağımsız Odalarını kurmuşlardı. Bu kongre kararı ile bu illere ek iller bağlandı. Ayrıca Adana - Bursa - Hatay - İçel - İstanbul - İzmir Odalarına başka bir il bağlanmadı. Böylece Birliğimize bağlı toplam oda adedi 24 olarak belirlendi.

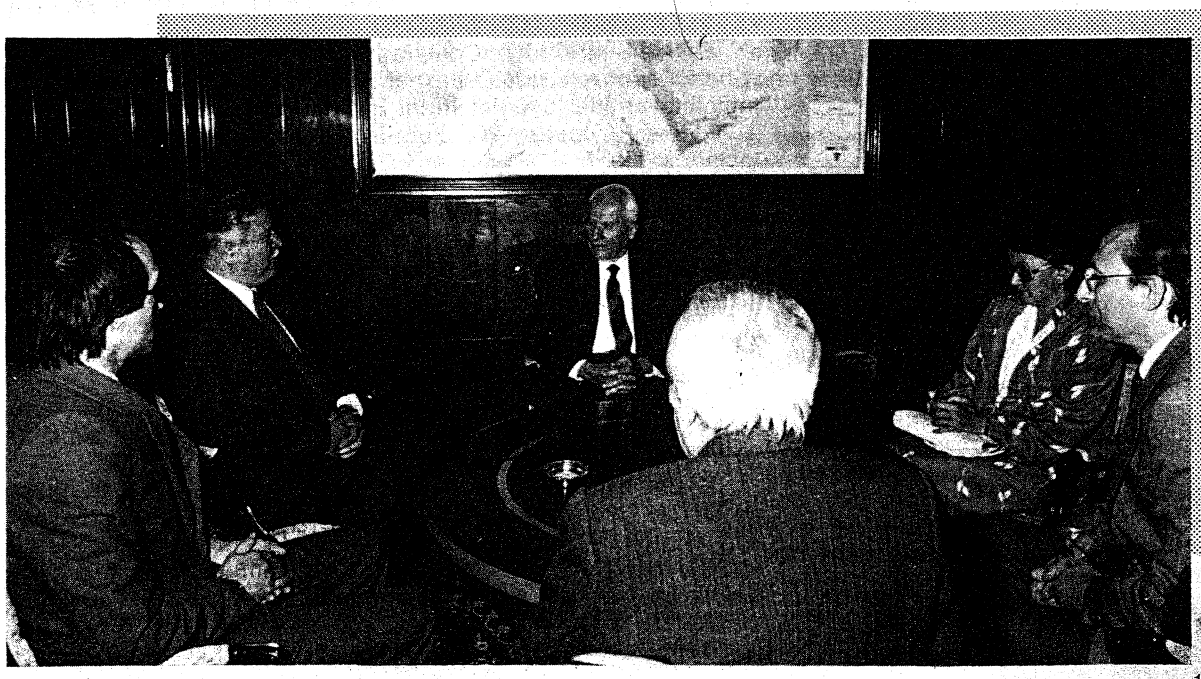
Yeni kurulan Odalara Kasım ayı içerisinde, kurucu olmak için Birliğimize yapılan başvurular da incelenerek, kurucu üyeler atandı.

Aydın Dişhekimleri Odasına Atanan Geçici Yönetim Kurulu Üyeleri
Dt. Emin Yaşar
Dt. Cevdet Ağan
Dt. Tan Sezer
Dt. Hamdi Erol
Dt. Ömer Yetkiner
Dt. Süleyman Koloğlu
Dt. Onur Alp

Diyarbakır Dişhekimleri Odasına Atanan Geçici Yönetim Kurulu Üyeleri
Dt. H. Oğuz Üçok
Dt. Mehmet Bozyel
Dt. Tarık Ataç
Dt. Rezzan Alp
Dt. Cemal Mermutlu

Eskişehir Dişhekimleri Odasına Atanan Geçici Yönetim Kurulu Üyeleri
Dt. Haluk Çelikoğlu
Dt. Haşmet Uygun
Dt. Ahmet Ataç
Dt. Mahmut Palaz
Dt. Sami Dobrucanlı

Erzurum Dişhekimleri Odasına Atanan Geçici Yönetim Kurulu Üyeleri
Dt. Mehmet Akçay
Dt. Abdulvahit Erdem
Doç. Dr. Muzaffer Gülyurt
Dt. Sebahattin Kırıcı
Doç. Dr. Şeref Gündoğan



Odalardan asgari ücret tarifesi ve katsayı ile ilgili görüşlerini alan birliğimiz, bu görüşlerin ışığında 1987 yılı ücret tarifesini hazırlayarak bakanlığın onayına sunmuştur.

Edirne Dişhekimleri Odasına Atanan Geçici Yönetim Kurulu Üyeleri
Dt. Ersah Kale
Dt. Akşit Tekan
Dt. Faruk Etker
Dt. Cafer Ağaoğlu
Dt. Semih Uçankale

Kocaeli Dişhekimleri Odasına Atanan Geçici Yönetim Kurulu Üyeleri
Dt. Oktay Sarmat
Dt. Cumhur Ergüney
Dt. Nejat Eratalar
Dt. Metin Ulusoy
Dt. Ercan Acar

Malatya Dişhekimleri Odasına Atanan Geçici Yönetim Kurulu Üyeleri
Dt. Şahin Çekirdek
Dt. Oktay İpekçi
Dt. Güngör Ünal
Dt. Sünusi Alibiyoğlu
Dt. Ercan Erdoğan

Sivas Dişhekimleri Odasına Atanan Geçici Yönetim Kurulu Üyeleri
Dt. Erhan Akay
Dt. Salih Gül
Dt. Hidayet Çolakoğlu
Dt. Bedri Erişen
Dt. Faruk Süha

Trabzon Dişhekimleri Odasına Atanan Geçici Yönetim Kurulu Üyeleri
Dt. Taner Önal
Dt. Cemil Bulak
Dt. Ahmet Armutçu
Dt. Habibe Demirci
Dt. Hasan Ziya Kurtkaya

Bu üyeler geçici Yönetim Kurulu oluşturup üye kayıtlarını yaparak bölgelerinde seçime hazırlandılar. 31 Ocak'ta Trabzon ve Eskişehir, 7 Şubat'ta Edirne Odası'nın Genel Kurulları var. Diğer Odalar da Şubat ayı sonuna kadar Genel Kurullarını yaparak seçimlerini tamamlayacaklar.

Eskiden kurulmuş Odalara yeni bağlanan iller için, Oda yöneticilerine yazı gönderilip yeni bağlanan illerde üye kayıtlarını tamamlayan iller üye listelerini Birliğimize gönderdiler.

Merkez Yönetim Kurulumuzun hazırladığı 4 yönetmelik taslağı şunlardı:

1-Hizmetlerin yürütülmesine ilişkin yönetmelik
2.Disiplin ve Yargılama usulleri yönetmeliği
3. İl ve İlçe temsilcilikleri yönetmeliği
4. Denetleme Kurulları yönetmeliği

Genel kurulda delegelerimizin önerileri doğrultusunda alınan kararlara göre taslaklarda bazı değişiklikler yapıldı. Ve son şeklini alan taslaklar 19.11.1986 tarihli üst yazı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görüşüne sunuldu.

Aralık ayında yönetmelikler ile ilgili Bakanlık görüşünün belli olup olmadığı araştırıldığında birkaç gün Bakanlıkta yönetmeliklerin izine rastlanamadı.

Kasım ayı sonuna kadar Odalardan 1987 yılı asgari ücret tarifesi ve katsayı ile ilgili görüşleri alan Birliğimiz, bu görüşler ışığı altında 1987 yılı asgari ücret tarifesi ve illerin uygulayacağı katsayı cetvelini hazırlayarak 9.12.1986 günü onaylanmak üzere Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na sundu. Aralık ayı son günlerinde Bakanlık yetkilileri ile yapılan görüşmeler ve Bakanlık içerisinde sıkı bir takipten sonra ele geçirilen asgari ücret tarifesi

Birliğimiz 1987 yılı için meslektaşlarımıza dağıtılmak üzere randevu defteri olarak kullanabilecekleri ajandalar bastırıp ücretsiz dağıtmış, hazırladığı protokol defterini de isteyen odalara göndermiştir.

7.1.1987 günü Bakanlıkça onaylanarak, resmi gazetede yayınlanması için gereğini yapmak üzere 8.1.1987 tarihli üst yazı ile Birliğimize gönderildi. Bu koşullarda asgari ücret tarifesini resmi gazetede Birliğimizin yayınlatması gerekiyordu. Oysa böyle bir uygulama şimdiye dek alışılagelmiş bir durum değildi. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı'ndaki "Mevzuatı geliştirme ve neşriyat genel müdürlüğü" yetkilileri bu listenin resmi gazetede "paralı ilan mı?" yoksa resmi bir kuruluş tarafından verilen "tebliğ" tarzında mı yayınlanacağını bir süre tartıştılar.

Aslında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından verilse idi, kolaylıkla tebliğ tarzında yayınlanabileceğini belirttiler. Biz de Birliğimizin Kamu kurumu niteliğinde bir meslek kuruluşu olduğunu, bu listenin resmi gazetede yayınlanmasının da 3224 sayılı yasanın 40. maddesi uyarınca zorunlu olduğunu belirttik ve yayını için 12.1.1987 tarihinde Başbakanlığa yolladık. Sonuçta ilgili Genel Müdürlük listenin tebliğ olarak yayınlanabileceğini belirten müsbet görüşü ile yayınlanabilmesi için "olur" almak üzere listemizi Başbakanlık makamına sundular. Ancak Başbakanlıkta ilgili Müsteşar yardımcısı listemizin tebliğ tarzında yayınlanıp yayınlanamıyacağı konusunda oldukça kararsızdı. Hatta listelerin "ilan" olarak ve paralı neşredilmesi gerektiğini düşünüyordu. Ne yazık ki sayın müsteşar yardımcısının bu kararsızlığı tam iki hafta sürdü. Sonunda biz listeyi paralı ilan olarak yayınlatmaya yanaşmayınca tebliğ olarak yayınlanması için müsteşarlığın "olur"u alındı ve listelerin resmi gazetede yayınlanması için gerekli emir verildi. Sonunda asgari ücret listelerimiz 29.1.1987 tarihli resmi gazetede yayınlanarak 1 aylık bir bürokratik engel gecikmesi ile yürürlüğe girdi.

Birliğimiz 1987 yılı için meslektaşlarımıza randevu defteri olarak kullanabilecekleri ajandalar bastırıp, ücretsiz dağıtılmak üzere Odalara gönderdi ve ajandalar meslektaşlarımıza dağıtıldı.

Birliğimiz protokol defterlerini bastırdı ve isteyen Odalara gönderdi. Protokol defterinin serbest hekimler tarafından kullanılması 1219 sayılı yasa uyarınca zorunludur. İhtiyacı olan üyeler Odalarından temin edebilirler.

Ocak ayından itibaren artık Birliğimizin profesyonel hukuk danışmanı ve basın danışmanı bulunmaktadır.

Kasım ayında göreve başlayan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Sayın Mustafa Kalemli'yi yeni görevinde Birlik Merkez Yönetim Kurulu adına ziyaret ettik ve yakın ilgi gördük.

Aralık ayında göreve başlayan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı müsteşarı Tandoğan Tokgöz'ü de Birlik Merkez Yönetim Kurulu adına ziyaret ettiğimizde, bazı meslek sorunlarımızı kısaca tartıştık. Gerek bu ziyaretimizde, gerekse daha sonra Bakanlıkla ilişkilerimizde müşteşarımızından hep yakın ve sıcak ilgi görmekteyiz.

KDV yasasında yeni getirilen uygulama ile hekimler % 5 KDV alacak ancak gerek malzeme gerekse diş teknisyenliği hizmetleri için % 12 KDV uygulanacaktır. Bu durumda bizler hiç bir zaman ödediğimiz KDV'nin mahsubunu yapamayacağız. Durum bu tarzda Maliye ve Gümrük Bakanlığı'na sözlü ve yazılı olarak anlatıldı. Ayrıca diş teknisyenlerinin yaptıkları işin de Sağlık hizmeti (örneğin herhangi bir tıbbi tahlil laboratuarının hizmeti gibi) olduğunu bu nedenle bu hizmetleri de % 5 KDV uygulanması gerektiğini izah ettik. Ancak henüz herhangi bir yanıt alamadık.

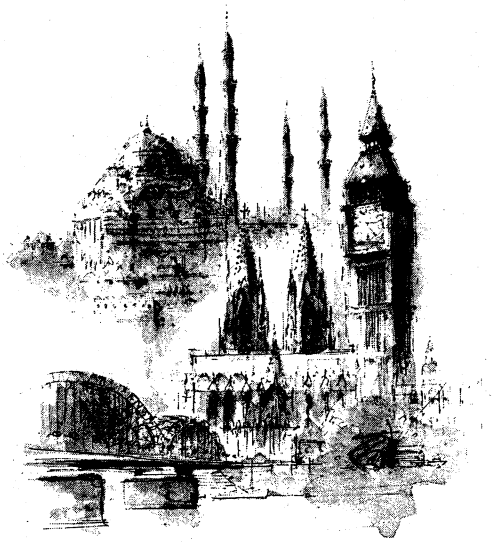
Dergimizin elinize ulaştığı tarihte, Birliğimize bağlı oda adedi 24'e ulaşmış bulunmaktadır.

Pek çok Odamız ve üyemiz hüviyetler konusunda son derece tedirgin ve aceleci.

Her ne kadar bugüne dek Odalardan yapılan hüviyet baş vurularının bir kısmı yerine getirildi ise de, hazırlanan hüviyetler bizim istediğimiz hızda bitirilemedi. Bunun pek çok nedeni var. Hüviyetleri en mükemmel şekilde yapmak istedik. Ancak bu işi yapan firma ilk kez mühür ve imza taşıyan bu tip bir hüviyet yapıyordu. Defalarca İçişleri Bakanlığı yetkilileri ile görüşerek hüviyetin her türlü işlemde geçerli olabilmesi için kusursuz olmasının koşullarını tartıştık. Kimlik düzeni ve mühürün küçültülmüş şekli gerek firmanın gerekse bizim deneyimsizliğimizden, birkaç kez gözden geçirilip, en estetik görünüm verilmeye çalışıldı. Kendi kusurlarımızın deneyimsizliğimizden kaynaklandığını bir kez daha belirtip tüm üyelerimizden özür diliyoruz. Ancak bazı aksaklıkların da gerek Odaların gerekse üyelerin, bilgileri eksik ve okunaksız tarzda yazmalarından kaynaklandığını da belirtmek isterim.

Ancak aylardır süren çalışmalar sonucunda bu bilgilerin belli bir form üzerinde ve belli bir sıralama ile belirtilmesi gerektiği sonucuna varıp bir "Kimlik Bilgi Formu" geliştirdik. Kimliği üreten firma ile de yeni bir sözleşme imzalayıp Odaya teslim edilen kimlik isteklerinin kimliğe dönüştürülmesi için geçecek süreyi biraz daha kısıtladık. Sanıyorum bundan böyle üyelerimizin kimlik isteklerini daha hızlı olarak karşılayabileceğiz.

Yurt içinde,
yurt dışında...
... gelişen ekonomimizin
güçlü bankası:



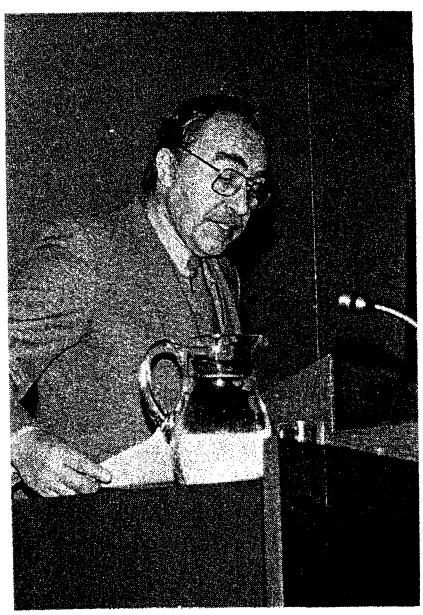
Türkiye İş Bankası

Doktorlar, yeni "Sağlık Hizmetleri Yasa Tasarısı"na karşı

7 Şubat 1987 tarihinde Ankara'da Ankara Tabib Odası tarafından, Ankara'lı hekimlere açık bir forum yapıldı. Oda başkanı yaptığı açılış konuşmasında, amaçlarının tabanın görüşlerini almak ve ona göre görüş belirlemek olduğunu belirtti. Forum'un konusu, hükümet tarafından hazırlanarak, meclise sunulan Sağlık Hizmetleri Temel Kanun Tasarısı idi.

Hemen hemen tüm konuşmacılar, Yasanın özünü oluşturan, önemli maddelerine karşı çıkan konuşmalar yaptılar. Ayrıca konuşmacıların büyük bir çoğunluğu, Yasa'ya esas olarak karşı çıkılması gerektiğini vurgulayarak, Yasa'yı özü yönünden değerlendirdiler. Katılımın, olağan bir Tabib Odası kongresi ile karşılaştırıldığında bile çok fazla olduğu ve ilginin yüksek olduğu gözlemlendi. Dört saate yakın süren forum'dan, bazı konuşmaları özet olarak sunuyoruz.

Dr. Ali Babaoğlu



Tasarı yasalaşırsa, çoğu genç meslektaşlarımız banliyö trenlerinde tansiyon ölçmek ve üç-beş kuruş nafaka çıkarabilmek olanağından bile yoksun kalacaktır.

Elimizdeki yasa tasarısının birçok üslup ve anlatım yanlışları ile dolu oluşuna aldırmadan içeriğini ele almak istiyorum. Bir tek sözcük hatta nokta, virgül ayrıntılarının ne tür meseleler çıkarabileceğini bilen birisi olarak bunu yapabiliriz.

Bir çok son derece önemli konunun ileride çıkarılacak tüzük, yönetmelik ve yönergelere bırakılmış olması, bakanlar kurulu ve bakanlığı olağanüstü yetkilerle donatmak demektir. Bunun sakıncası da ortadadır.

Maddeleri tek tek ele alırsak, benden önceki konuşmacılar da bu noktaya değindiler, örneğin 3. maddenin h bendi: "Serbest ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personelinde aranacak genel ve özel şartlar ile bu şartlardan birini taşımadığının sonradan anlaşılması veya bu şartlardan birinin kaybedilmesi ya da bu şartlardan birine uyulmaması halinde alınacak, meslekten geçici ve daimi çıkarma dahil tüm tedbirler" deniyor. Dikkat buyurun: İşten çıkarma değil, meslekten çıkarma deniyor. Ve de genel ve özel şartlar. Şimdi bakanlık bu şartlar arasında sözüm meclisten dışarı örneğin "güvenlik soruşturmasını" da sayarsa, ya da meselâ şu "türbansız çağdaş giyimi" o zaman Türkiye'de mesleklerini serbestçe icra hakları dahi ellerinden alınmış binlerce meslekdaşımız olacaktır. Çoğu genç bu meslekdaşlarımız, banliyo treninde tansiyon ölçmek ve üç beş kuruş nafaka çıkarabilmek olanağından bile yoksun kalacaktır. Çünkü bir sıhhiye onbaşısı, terhisinden sonra bu işi yaparsa, tansiyon ölçen herhangi bir vatandaştır. Ama meslekten yasaklı bir hekim için bu, yasaklanmış olan mesleğin icrasıdır.

Sağlık işletmelerinin gelir ve giderleri de sayılmış: Giderler: Sözleşmeli personel ücreti, dışarıdan alınacak hizmete ödenecek ücret, teşvik primi, tam gün çalışacak hekimlere ödenecek ekstra prim, bütün malzeme, yenileme, teknoloji masrafı ile eğitim giderleri. Görüldüğü gibi yalnız ekstra primler değil, personelin asıl ücreti de hastanenin gelirine bağlanmıştır. Hastanede çalışanlar, a- aylıklarını almak için para kazanacaklar, b-para kazanmak için ise aylık almayıp yatırım yapacaklardır. Yani ünlü formülle "kendi yağlarında kavrulacaklardır" Bunun için de elbette "sineğin yağını" da hesap eder duruma gireceklerdir.

Bu yağın nasıl geleceği de Md. 7'de anlatılıyor: "Hizmetler ücretli olup, tahakkuk ettirilen masraflar ilgili kurumca öncelik ve ivedilikle ve ödeme emri aranmaksızın ödenir." Bu ödeme emri almadan ödemeye maliyeciler ne der çok merak ediyorum. Ama diyelim ki PTT-ki bir

Cesetlere haciz konulma adeti YÖK sayesinde başladığına göre, hastanelerin büyük morg hangarları açmaları bence menfaatleri icabıdır.

devlet kurumudur- bir çok müvezzi çalıştırır. Şimdi bütün müvezzilerin banal karın ağrılarının hepsi birden bire apandisit, safra taşı vs. olarak teşhis edilmeye, hepsi ameliyat edilmeye, pos-operatif bakım, şimdiye kadar olduğu gibi 3 gün yerine türlü komplikasyonlarla 30'ar gün olmaya, her birine günde 5'er pansıman yapılmaya başlanırsa PTT saymanları bu işe ne diyeceklerdir? Ödeme emri almadan ödemeyi kabul edecekler midir. Ama hastanedeki doktorların da yaşaması lazımdır ve bu yasayla bu yollara başvuracakları kesindir. Çünkü personelin ücreti, Md. 6'da belirtiliyor "personelin kuruluşa yaptığı katkı" esas alınarak saptanacaktır. Md. 7'nin anlamını ben, oldukça iyi türkçe bilmeme rağmen pek anlıyamadım. Yani Bağ-Kur'a bağlı olan ben, hasta olup tedavi edildikte faturam Bağkur'a gidecek, Bağ-Kur bana tebliğ edip 15 gün içinde ödemezsem vergi dairesine başvuracak. Bu amme alacağı benden faiziyle tahsil edilecek. İyi de, ölürsem ne olacak? Elbette mirasçılarımdan tahsil edilecek. Ama Bunun için tereke hakimliğinin önce mirasçılarımı tesbit etmesi, onların paylarını bölmesi lâzım. Elbette bu süre içinde % 10 fazlalık+ faiz+ Morg kirası+ bu kiranın faizi işleyecek. Cesetlere haciz konulması adeti YÖK sayesinde başladığına göre hastanelerin büyük morg hangarları açmaları bence menfaatları icabıdır. Çünkü ceset durduğu yerde bu morg kirası yüzünden gelir getirir.

Bundan çok daha ürkütücü bir madde var tasarıda: Md. 5'in son paragrafına sıkıştırılmış şu ibare: Koruyucu sağlık hizmetlerinden istifade eden kişilere verilen her türlü hizmet karşılığı düzenlenen gider belgelerine istinaden ..... ilgili sağlık işletmesine ödenir."

Yani sevgili arkadaşlar bundan böyle Türkiye'mizde Koruyucu Sağlık Hizmetleri ücrete tabidir.

Bu yasa tasarısı yürürlüğe girerse bütün sağlık hizmeti ilk bir kaç hafta içinde çökecektir. Ancak bu çöküntünün asıl ağırlığını halkımız ve onlarla birlikte biz çekeceğiz.

❑

Dr. Taner Özbenli

Diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da serbest rekabetin işleyeceğini sanmak boş bir hayaldir. Toplumsal hayatta herşey belli ihtiyaçları karşılama kaygısının ve belli nedenlerin sonucu olarak doğar.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı'nın tartışıldığı böyle bir FORUM'da, tasarının önceden görebildiğim olası sonuçlarını iki nedenden dolayı açıklamak zorundayım. Bunlardan birincisi, hekim olmam ve bu tasarının yasalaşması halinde haklarımın büyük bölümünün bir çırpıda yok edilerek bir daha geri alınmasının iyice zorlaşacak olması, ikinci neden de, üyesi bulunduğum Ankara Tabip Odası bünyesinde Büyük Kongre Temsilcisi olmak gibi bir görevimin bulunması ve Tabip Odalarının halk sağlığını korumak ve geliştirmek olarak 6023 sayılı yasada açıkça belirtilen bir ödevle sorumlu tutulması.

Aylardır NATO'nun savaş planı gizliliğinde hazırlanan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı nihayet elimize geçti. Tasarının metnini öğrenmemizle birlikte daha etraflı tartışabilme, tasarı ile ilgili yargı bildirebilme olanağını da elde edebildik. Acaba çok geç mi oldu? Geç olmamasını dilerim.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı ile ilgili sorumlu kişilerin yaptıkları açıklamalarda tamamen katıldığım bir konu var. Bu tasarı, sıradan bir değişiklik tasarısı değil, gerçekten çok önemli bir girişimdir. Çünkü bu yasa tasarısı eğer yürürlüğe girerse, ülkemizde sağlık hizmetleri bambaşka bir görünüm alacaktır. İşlevi dikkate alınabilseydi, yasa tasarısının adını SAĞLIK HİZMETLERİNİ TAM BOY ÖZELLEŞTİRME KANUNU TASARISI şeklinde düzenlemek daha uygun olurdu. Bunu söylerken şunu da eklemek gerek: Ülkemizde sağlık hizmetlerini özelleştirme girişimleri bu tasarıyla başlamıyor. Neredeyse birkaç on yıldır 'sağlık hizmetinin özelleşmesi' olgusu bilinçli bir şekilde destekleniyor. Yeni özel sağlık kuruluşları kuruluyor, kamu sağlık hizmetinin felç edilebilmesi için ne gerekiyorsa yapılıyor.

Yasa'nın geçici 4. maddesi ile, yangından mal kaçırırcasına Genel Sağlık Sigortası'na geçişi sağlayacak bir fondan söz ediliyor. Anlaşılmaktadır ki, bu tasarının bir sonraki aşamasında GSS sahneye çıkacaktır.

Ama yine de bu tasarının oturduğu başka bir yer var.

Tasarı bir bütün olarak ele alınınca ortaya şöyle bir görünüm çıkıyor. Tasarı, sağlamı ile, hastası ile tüm toplumu bir kâr alanı, bu toplumun sağlığından sorumlu biz hekimleri de kâr aracı olarak görüyor. İşte bu yasaya temelinden karşı çıkmamızın nedeni bu. Ne bu toplumun insanları kâr alanı olmalı, ne de biz hekimler kâr aracı.

Tasarının hekim haklarını gaspeden ve toplumumuza sunulan sağlık hizmetinin düzeyini düşürecek olan bazı maddelerinin üzerinde durmak istiyorum. Tasarının 3 h maddesi, başımızın üzerine itina ile yerleştirilen demoklesin kılıçlarından ilkidir. (3 h maddesi) Yaptırımı ile birlikte bir hukuk normunu değerlendirmek çok yönlü bir yaklaşımı gerektirir. Değerlendirmenin anlamlı ve az çok bilimsel olabilmesi, değerlendirici tarafından kullanılan değer yargılarının açıkça belirlenmesi halinde mümkündür. Bu değer yargıları yeterince açıklanmamışsa, varılacak sonuçların doğruluğundan kuşku duyulabilir. Tasarının 3 h maddesinde belirtilen GENEL ve ÖZEL ŞARTLAR 'ın neler olabileceği konusunda devletin yapısında 1980'de meydana gelen nitel değişiklik dikkate alınarak bazı ip uçları elde edilebilir.

Tasarının 5. maddesinde, 'Kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı sağlık kuruluşlarının sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın uygun görmesi halinde sağlık işletmesini dönüştürülebilirler. Sağlık işletmeleri gösterdikleri performans ve kaliteli hizmet üretimleri dikkate alınarak özel kuruluşlar haline getirilirler. Tümceleri yer alıyor. Burada performans ve kaliteli hizmet kavramlarına takılmamak elde değil. Sözlüklerde performans karşılığı olarak verilen tanımlardan biri şu: Performans- Bir atletizm veya at yarışında sonucun zaman ve mesafe olarak ilanı. Ya da: Teniste daha iyi bir oyuncuya karşı kazanılan zafer. Demek ki sağlık bundan sonra bu gözle görülecek. Kaliteli hizmet deyince de, akla hemen, eski Sağlık Bakanı'nın Samsun'da Devlet hastanesinden polikliniklerin ayrılması töreninde yaptığı konuşma geliyor. Eski Sağlık Bakanı bu törende, hastanenin poliklinik karmaşıklığından kurtulmasını kastederek, "Artık zenginler de rahatça kaliteli hizmetten yararlanabilecekler" demişti. Bu yaklaşımla, Dünya Sağlık Örgütü'nün düzeyli ve nitelikli sağlık hizmeti yaklaşımı arasında elbette önemli farklar var.

Tasarının 6. maddesi bizler için çok önemli. Çünkü bu madde pratikte tüm hekimlerin sözleşme kapsamına alınmasıyla sonuçlanabilecek şekilde düzenlenmiş. Bu maddenin biz hekimleri ilgilendiren en önemli yanı, 'iş güvencesi' ne ilişkin bir tek satırın bile olmaması. Ülkemizdeki otuz beş bin hekimin iş güvencesi konusuna, tasarının 3 k maddesinde ayrıca belirtilen kaliteli kozmetik üretimi kadar bile önem verilmemiş.

Tekrar 5. maddeye, hastaneleri birer ticari işletme haline dönüştüren maddeye dönmek istiyorum. Bu madde özü itibarı ile sağlık alanında da uygulanırsa, yarışmacılığın verdiği ivme ile sağlık kuruluşları içinde bulundukları kötü koşullardan kurtulabilecekler ve halkımız varsın biraz pahalı olsun, daha nitelikli sağlık hizmetinden yararlanacaktır. Bu mantık temelinden yanlıştır. Çünkü, diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da serbest rekabetin işleyeceğini sanmak boş bir hayaldir. Toplumsal hayatta herşey belli ihtiyaçları karşılama kaygısının ve belli nedenlerin sonucu olarak doğar.

Bir sokak düşünelim; bu sokakta iki tane bakkal olsun, bu bakkallardan ikisi de aynı ticari beceriye sahip olsunlar. Yani ikisinin de lafazanlık, müşteriye şirin görünme, müşteriyi ikna etme yetenekleri, zekâları, kurnazlıkları varsayalım ki eşittir. Ama bu bakkalların yalnızca parasal güçleri, sermayeleri eşit değilse bile, bu durum aralarındaki re-

Genel Sağlık sigortası, tamamen tüketim tipi bir sağlık sistemine ilk adım anlamı taşır. İlaç tüketimi, hekimin emek tüketimi, her türlü kaynak tüketimi en üst düzeydedir.

kabetin sonucunda hangisinin galip çıkacağını bilmemiz için yeterlidir. Sonuçta sermayesi çok olan bakkalın galip çıkacağını, ötekinin ya iflas edeceğini, ya da sermayesi çok olan bakkala bağımlı duruma düşeceğini kestirebiliriz. Bir sokak ölçeğinde gözlemlediğimiz bu süreç daha geniş ölçeklerde de sürüp gittiğinden, her alanda, kendi işinde bağımsız çalışan küçük üreticilerin yerini, kendi işinde çok sayıda başka bazı insanları çalıştıran sermayedarlar almaya başlar. Üretim ve anamalın hızla yoğunlaşarak, büyük işletmelerin küçük işletmeleri yutmaları ve kimilerini de mali denetimleri altına almaları sonucu kaçınılmazdır. Büyük işletmeler de -serbest rekabetin amansız saldırısından kurtulabilmek için- birleşmek zorunda kalarak dev işletmeleri meydana getirirler. Bu konuda canlı bir örnek olduğu için 1985 Kasımında yapılan bir panelde bir sermayedar hekimin 'sağlık alanında elde edilen gelirlerin yeni kurulacak bir bankada toplanması' önerisini vermek istiyorum. Bu da tekel kârlarının banka sermayesi ile birleşmesi talebidir. Böylece durum daha bir berraklaşıyor. Bu verilere bir başka bulguyu da eklemek gerek. 1980'den beri hekim ücretleri sürekli düşerken sermaye ve servetin kâr, faiz ve rantı sürekli artmaktadır.

Tasarının değinmek istediğim bir başka maddesi geçici 4. maddesi. Bu madde ile adeta yangından mal kaçırılırcasına Genel Sağlık Sigortası'na geçişi sağlayacak bir fondan söz ediliyor. Öyle anlaşılmaktadır ki, bu tasarının bir sonraki aşamasında GSS sahneye çıkacaktır.

Sağlık Sigortası kavramı, 19. yüzyıl liberallerinin halkın sağlık hizmeti talebine çözüm olarak oluşturdukları bir kavramdır. Sağlık sigortası, toplum için 'sağlığın sigortası, sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulacağının güvencesi' olarak sunulmak istenmektedir. Oysa gerçek çok farklı. Gerçekte sağlık sigortası, sağlık hizmetinin bedelinin, bu hizmeti kullananlar tarafından ödenebilmesinin güvencesidir. Sağlık hizmetlerinin daha iyi olacağına ilişkin hiçbir güvencesi yoktur. O halde gerçekte sigortalanacak olanlar hizmeti kullanacak hastalar değil, kişilerden toplanan primlerle ödenecek bedeli paylaşacak olanlardır. Yani gerçekte, hastanelere gerekli tıbbi araç gereç satıcıları, tüketilen ilâcı üretenler, özel hastaneler sigortalanacaklardır.

Genel Sağlık Sigortası, tamamen tüketim tipi bir sağlık sistemine bir adım anlamı taşır. İlâç tüketimi, hekimin emeğinin tüketimi, her türlü kaynak tüketimi en üst düzeydedir. Çağdaş sağlık kavramında yer alan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bir bütün halinde yürütülmesi ilkesi ister istemez uygulanamayacaktır, çünkü GSS zorunlu olarak tedavi edici hizmetlere kaymayı getirir. Özellikle ülkemiz için pratisyen hekim/uzman hekim dengesizliğini artırır. Hekimlerin toplumun gelir düzeyi yüksek yerlerde yerleşme eğilimi ile dengesiz hekim dağılımı sorunu büyür.

Denilebilir ki birçok Avrupa ülkesinde sağlık sigortası uygulanmaktadır. Almanya ve İtalya'daki sigorta uygulamasının çıkmazlarını ve sistemin nasıl tıkandığını ATOB'un 3., 4. ve 5. sayılarında yayınladık. Durum Belçika, Danimarka ve Fransa için de çok farklı değildir. Bugün bu ülkeler sırtlarındaki sigorta kamburundan kurtulabilmek için formüller araştırmaktadırlar. İşte böyle bir dönemde GSS ülkemizde seçenek olarak sunulmaktadır. Bir an için Avrupa ülkelerinde sağlık sigortası sisteminin aksaksız işlediğini varsayalım. Bu ülkelerin sistemin işlemesi konusunda bizim ülkemize göre belirgin üstünlükleri vardır. Bir kez bu ülkelerde gelir dağılımı ülkemize oranla çok daha dengelidir. Kişi başına düşen ulusal gelir düzeyi yüksektir. Pek çoğunda işsizlik dahil tüm sigorta dalları vardır. Kişilerden alınan primlere devlet katkısı yüksektir. Örneğin İsveç'te kişilerin ödediği prim % 1, devletin sağlık hizmeti harcamaları % 23, bizde kişilerin ödemesi planla-

Bu yasa, hekimlik meslek onuruna da ciddi bir saldırıdır. Sağlık sorunu ticari bir mal olarak düşünülmektedir.

Dr. Özen Aşut

Önemli bir nokta belirsiz olan pekçok konunun 8. madde ile yönetmeliklere bırakılmasıdır. Böylece yaşamsal önemdeki konularda Bakanlık tek başına, istediği yönde karar alabilecektir.

nan prim % 4-5, devletin sağlık hizmeti harcamaları % 2.4 tür. Sigortanın uygulandığı Avrupa ülkelerinde nüfusun % 80'i şehirde yaşar. Bu nedenle hizmetlerin yapılması kolaydır. Sözü edilen bu ülkelerde hekim dağılımı dengelidir. Bizde hekimlerin yarıdan fazlası üç büyük ilde bulunuyor. Yine bu ülkelerde işsizlik oranı % 3-4 kadar iken biz de bu oran % 20 dir. Bu ülkelerin pek çoğunda ilaç hammaddeleri yeterlidir, hatta ilaç ihraç ederler. Bizde ise ilacın % 80'i dışalım yolu ile sağlanır.

Son olarak bu yasa tasarısının az değinilen bir yanı ile ilgili görüşlerimi anlatmak istiyorum. Bu yasa bizim meslek onurumuza da ciddi bir saldırıdır. Herkesin herşeyi paraya çevirmeye çalıştığı bir dönemde sağlığın bir ticaret malı olarak görülmesini, bu bakışın sistemle olan uyumunu anlayabiliyoruz. Ancak kimse bizden şirketine para kazandırabilmek için olmayacak daleveralara giren kullar küçük (askercikler) olmamızı beklemesin. Çünkü hekimlik bu değildir.

Gündemde olan yeni sağlık yasa tasarısı ile ilgili değerlendirmelerimi, ayrıntılara girmeden, yalnızca ilkesel düzeyde açıklamaya çalışacağım.

Bu tasarı, ekonomik anlamda "özelleştirme", yönetsel açıdan ise tam bir "baskı yasası" niteliğindedir. Sağlık Bakanlığı her konuda tek seçici, yönetici, cezalandırıcı konumdadır. Bakanlık'ın, sağlık alanının tümü üzerinde, bu arada hekim ve diğer sağlık personelinin hakları üzerinde de mutlak egemenliği sözkonusudur. Yönetimde hiçbir demokratik işleyişe olanak tanınmamıştır. Örneğin, madde 3h, madde 6, geçici madde 1, bu amaca yönelik maddelerdir. Hekim hakları yönünden en önemli madde, Bakanlık'ın hekimlere ve diğer sağlık personeline "meslekten sürekli çıkarma" cezası verebilmesini öngören 3h maddesidir. Böyle bir önlem, Cumhuriyet tarihinde görülmemiş, hatta düşünülmemiştir; hekimlik adına onur kırıcıdır ve kabul edilemez. Siyasal iktidarlarca bu yetkinin nasıl kullanılacağı ise kolaylıkla tahmin edilebilir. Ayrıca, bu tür bir uygulama hukuk kurallarına aykırı olup yasama, yürütme ve yargı güçleri birbirine karıştırılmaktadır.

Halk sağlığı açısından değerlendirildiğinde, yasa tasarısının hiçbir yenilik getirmediği saptanmaktadır. Tasarının halk sağlığından götüreceği ise, "Sağlık alanının tümüyle özelleşmesi"nden doğacak sonuçlardır. Başka bir deyişle, bu yasa sağlık hizmetini süreç içinde tümüyle paralı ve pahalı hizmet durumuna getirecektir. Zaten asıl amaç fiyatları artırarak bütçeye ek fon sağlamaktır. Örneğin madde 3d, madde 5, geçici madde 4 bu amaçları gerçekleştirmek üzere düzenlenmiş maddelerdir.

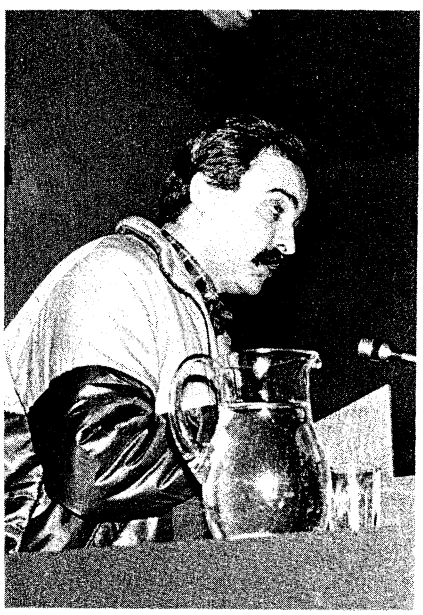
Tasarıda yer alan başka önemli bir nokta, belirsiz olan pek çok konunun, 8. madde ile yönetmeliklere bırakılmış olmasıdır. Böylece, yaşamsal önemde olan konularda Bakanlık tek başına, istediği yönde kararlar alabilecektir.

Sonuç olarak; eğer gerçekleşirse bu tasarı, hekimlerin büyük çoğunluğunu, tüm hakları elinden alınmış özel ücretli hekim konumuna getirecektir. Süreç içinde sağlık hizmeti tümüyle özelleşecek, halk ancak satın alma gücü oranında hizmetten yararlanabilecektir.

Hekimler, tüm sağlıkçılar ve insana değer veren herkes bu tasarıya karşı çıkmalıdır. Tabip Odaları ve diğer meslek kuruluşları bu konuda etkin bir tutum içinde olmalı, uyarı görevini yerine getirmelidir. Bu amaçla, tasarının içyüzü çeşitli yöntemlerle kamuoyuna duyurulmalıdır. Tasarının yasallaşmaması için eldeki tüm araçlar sefer edilmelidir. "Nasıl olsa bu yasa çıkacak ama gene de karşı çıkmak görevimizdir" görüşüne katılmıyorum. Etkin çabalarla bu yasanın çıkması engellenebilir.

Bu toplantının başlangıç olarak olumlu olduğunu düşünüyorum. Ancak bir sonuç elde edilebilmesi meslektaşlarımızın görüşleri derlenmeli, değerlendirilmeli, toplantı sonuçları bir "kararlar metni" biçiminde basına ve kamuoyuna açıklanmalıdır.

Dr. Levent Derman



Özellikle son 1 yıldır basında ve TRT'de hastahanelerdeki yetersizlik, hekim hataları, bozuk sağlık sistemi furyası adeta bir kampanya gibi sürdürülmekte ve "bu bozuk düzene son" imajı ile "Sağlıkta Reorganizasyon Reform" adlı yasa tasarısı el altından kapalı kapılar ardında hazırlanarak, buna kamuoyu oluşturulmaya çalışılmaktaydı. Yani bir yanda bozuk sağlık düzenimiz, diğer yanda da her derde deva yeni yasa.

Bu yasa tasarısının hazırlanma süreci gerçekten ibret verici ölçüde üzerinde durmaya değer.

24 Ocak kararları ile büyük bir ivme kazanan azgın tekelci politikalar tüm diğer kamusal olaylara baktığı gibi sağlığı da devletin sırtına yük olarak görmekte ve devletin sosyal devlet olma özelliğinin önemli koşullarından birisi olan "vatandaşının sağlığını üstlenme" sorumluluğunu günbe gün belirsizliğe sürüklemekteydi. Giderek sistemleşen sağlıkta özelleşme, tekelleşme olgusu ile halkın sağlığı bir meta anlayışıyla piyasa koşullarına bırakılmakta, Koruyucu Sağlık Hizmetleri tırpanlanmakta ve yozlaştırılan sosyalleştirme yapısı çözümsüzlüğün sorumlusu olarak gösterilmeye çalışılmaktaydı.

Sağlık bütçesi Cumhuriyet tarihinin en düşük değeri olan % 0,8'e (personel giderleri dışında) düşürülmüş ve geçenlerde Milliyet Gazetesi'nde çıkan bir habere göre vatandaş başına 6,5 liralık, bir tabled Aspirin düşmesi bu durumu en somut bir şekilde belgelemektedir.

İşte bu yapının sistemleşmesi hem devlet sübvansiyonunu ortadan kaldıracak hemde tekelleşme olgusunun teorik bazını oluşturacak; bu suretle istenen sermaye birikimi sağlanacak ve sağlık talep eden geniş halk kesimleri ve sağlık emekçileri, hekimler, sağlık piyasasına terkedilecektir.

Yasa Tasarısı devlet sırrı gibi aylarca T.B.M.M. Sağlık Komisyonu ve YÖK'ten bazı üst düzeyde bürokratlar tarafından saklanarak ve neredeyse S.S.Y.B bile dışlanarak hazırlanmış, (Reorganizasyon) safsatasına kamuoyu oluşturmaya girişmişlerdir.

Doğal olarak tasarının hazırlanması sürecinde yer alması gereken T.T.B. ve Tabib Odaları ve sağlık alanında örgütlü diğer demokratik meslek örgütleri, işçi sendikaları, Sosyal Güvenlik Kuruluşları dışlanmalıydı ve böyle oldu. Öyle ki geçtiğimiz ay içinde S.S.Y.B'da yapılan bir toplantıya T.T.B. ve ATO, diğer tabib Odaları çağrılmazken bir tek Adana Tabib Odası'ndan 2 yönetici (ki bunlar yasanın bezirganlığını yapmaktalar) ve hangi hekimi ne sıfatla temsil ettiği bilmeyen, ne idüğü belirsiz kişiler çağrılmıştır.

Sağlık ordusunun tüm çalışanlarının, örgütleri ile demokratik katılımının sağlanmadığı bu yasa, ulusal ve demokratik olamaz.

Hekimler, Dişhekimleri, Eczacılar, Hemşireler, Sağlık Eğitimcileri ve Sağlık Ordusunun diğer çalışanlarının örgütleri ile demokratik katılımının sağlanmadığı bu yasa ulusal ve demokratik olamaz. Yapılması gereken yılmadan T.T.B.'nin, Odaların, Dişhekimleri, Eczacılar Birliklerinin, İşçi Sendikalarının ve Siyasal Partilerin tasarı konusunda görüşlerini halka anlatmaları ve yöneticileri uyarmaları ve bu yasanın çıkmamasını sağlamaktır.

Dr. Türkan Akyol

Bu kanunun, insan haklarına ve özgürlüklerine aykırı olduğunu belirtiyorum. Düzeltilmesi uzun yıllar gerçekleştirilemez...

Sosyalleştirme programı 23 yıldır maksatlı olarak uygulanmamış, bu noktaya getirilmiştir. Gelecekte bu aksaklıkların yükü yine hekimlere yıkılacaktır. Bu kanunun insan haklarına ve özgürlüklerine aykırı olduğunu belirtiyorum. Düzeltilmesi uzun yıllar gerçekleştirilemez.... İngiltere'de de serbest piyasa ekonomisi var, kapitalist ülke, ama sağlık hizmetleri tamamen sosyalleştirilmiştir....

...Subjektif ölçülere dayalı partizanlığa açık uygulama, hekimlere hakaret ediliyor... Sağlıklı bir çözüm, kolaydır, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, sosyal hukuk devletinde temeldir. Devlet Sağlık hizmetlerindeki kaynağı sağlamak için vardır.

Konuk konuşmacı olarak söz alan Oğuz Oyan; prim alamayan SSK'nın 150 milyar, Bağ-Kur'un ise 250 milyar borcu olduğunu, köylüden prim alınamayacağını ve sonuçta, hastaneye başvurandan para talep edileceğine dikkati çekti.

Ankara Dişhekimleri Odası adına, Dr. Ümit Ülküer kürsüye davet edildi. Dr. Ümit Ülküer kendilerinin de benzer şekilde üyelerinin görüşlerini almak istediklerini belirttikten sonra, dişhekimliğinin önemli sorunları olduğunu, yasanın ise dişhekimliğinden hiç söz etmediğini belirtti.

KONAK
DİŞ DEPOSU

Tüm Dişçilik Malzemeleriyle Hizmetinizdeyiz

İzmir Merkez • 1. Beyler 846 Sk. Uğur İşhanı 55/5
Konak - İzmir
Tel • 143225 - 135097

İstanbul Sube • Mustafa Kemal Paşa Cad. Aybey İşhanı
Kat: 2, No: 76 Aksaray - İstanbul
Tel • 526 10 72 Teleks: 22627

Ankara Şube • Ziya Gökalp Cad. Dilek Apt. No: 16/4
Kızılay - Ankara
Tel • 322739

Erzurum Şube • Cumhuriyet Cad. Belediye Pasajı
Kat: 2, No: 214 Erzurum
Tel • 21425

Sağlık Yasa Tasarısı Üzerine

Dr. Hasan Caner

Herkesi yakından ilgilendiren "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı" büyük bir gizlilik içinde, görülmemiş bir hızla oluşturuluyor. Yasalaştığı takdirde sağlık hizmetlerini daha da kötüye götürecek olan bu tasarı, kamuoyuna açıklanmıyor. Oysa her önemli yasanın gerek kamuoyu , gerek meslek kuruluşları tarafından tartışılması, demokratik bir toplum için son derece doğal bir süreç olsa gerektir. Ancak, elde edilen yasa tasarısı incelendiğinde görülüyor ki, bu tasarı toplumda açıkça tartışılırsa, hem hizmeti kullananlar yönünden, hem de hizmeti sunanlar yönünden taşıdığı çok önemli sakıncalar ortaya çıkacak. Böylece yasanın gizlice oluşturulmasının gerekçesi anlaşılır hale geliyor.

Tasarıyı üç ana başlıkta incelemek gerekiyor. İlk olarak, tasarıda öngörülen kimi göstermelik "hizmet" hükümleri. Gerçekte bu hükümler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na yeni yükümlülükler getirmediği gibi, bakanlığın kimi görevlerini devretmesini sağlıyor. İkincisi, tasarının hekim haklarına yönelik olarak getirdiği hükümler. Bunlar uygulanırsa hekimlerin iş güvenceleri kalmadığı gibi, sağlık hizmeti bütünüyle idari baskı altına girecek. Üçüncü başlık olarak da, SSY Bakanlığı'na tanınması düşünülen ve herhangi bir hekimin diplomasını almaya dek uzanabilen idari yetkilere değinmek gerekiyor. Ayrıca aynı bakanlığa verilecek olan geniş mali yetkiler de önem taşıyor.

HİZMET YOK

Yasanın temel felsefesi, 'Daha iyi nasıl hizmet sunulur?'dan kaynaklanmıyor, 'Sağlık alanında daha fazla para nasıl toplanır?'dan kaynaklanıyor. Öyle, 'Herkese eşit sağlık hizmeti' gibi, ya da 'Gereksinimi olana daha fazla hizmet' gibi kavramlar da bu yasanın ruhuna hiç uymuyor. Parası olana daha çok hizmet sunulacağı açıkça söyleniyor: "Batı ülkelerindeki vatandaş daha iyi sağlık hizmeti istediği zaman daha yüksek prim ödeyeceğini bilmektedir"(*) Ya batı ülkelerindeki vatandaşın düz bir işçi olarak geliri ne kadardır?

İnsanlar, kendilerinin, ailelerinin sağlığı için ayırabildikleri paranın miktarını yıldan yıla azaltmak zorunda kalırken, onlara kimi seçenekler sunmak biraz sözde kalmaz mı? "Sağlık sigorta sisteminde tercihli sigorta planları yapılabilir. Bazı prim ödeme planlarında yüksek prim ödeyen kişi sadece devlet hastanesinde değil, özel hastanede de tedavi görebilir.(...)?Kişiye beğendiği sağlık sigorta paketini satın alma tercihi verilecek, çok daha verimli bir sigorta sistemi geliştirilecektir."(*) Acaba insanlar sigorta paketi beğenirken, hangi derecede sağlık bakımı isteyeceklerine özgürce karar mı verecekler, yoksa gelirlerine göre bir paketi almak zorunda mı kalacaklar? İnsan hiç göz göre göre, 'Hayır, ben daha az hizmet istiyorum" der mi?

Eğer insanların alacağı hizmet değil de ödeyeceği para sizi ilgilendiriyorsa, kime ne kadar hizmet gitmesi gerekeceği gibi bir sorununuz da olmaz.

İşte gerçek amacı para toplamak olan yeni yasa tasarısının hizmete ilişkin maddelerinin göstermelik olması da bu nedenle kaçınılmazdır. Tasarı, koruyucu hizmetlerin (md. 3/c) ve sağlık eğitiminin (md. 3/1) sorumluluğunu yumuşak bir şekilde SSY Bakanlığından alıp bütün kuruluşlara dağıtıyor. Anayasanın 17'nci maddesinde var olan bilimsel deneyde kişinin rızasının alınması zorunluluğu bir yeni hüküm gibi sunuluyor. Sosyalleştirme yasasının getirdiği kayıt-bildirim sistemi ve kuruluşlar arası eşgüdüm de yeni hizmetler değil (Md. 3/k, f, a, b).

Tasarı, Sosyalleştirmeden alınma iki kavram üzerinde de duruyor: Hasta sevk sistemi ile tek elden yönetim. Ancak, bu tasarıdaki sevk sistemi, eski hizmete yönelik niteliğini bütünüyle yitirmiş. Çünkü "Acil vakalar haric olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı daha fazla ücret öderler." (Md. 3/d) deniyor. Birinci basamak hizmetleri kurmadan böyle bir kısıtlama getirmek, hastaneye gelenleri azaltmaz, çünkü hasteneye gitme gereksinimi ortadan kalkmamıştır. Ama böyle bir kural hastanelerde hastalardan daha fazla ücret alınması için güzel bir gerekçe olacaktır. Buradan da, bir kez daha tasarının gerçek amacının para toplamak olduğu anlaşılıyor.

Tek elden yönetim kavramı da tasarıda bütünüyle kâra yönelik olarakve 'paranın tek elde toplanması' anlamında kullanılıyor.

Hizmetle ilgili olarak yasanın yol açacağı en önemli sonuçlardan biri hizmetlerin önce birdenbire, sonra yavaş yavaş artan şekilde pahalılanması olacak. Sağlık kuruluşlarındaki her türlü hizmetin ücretli olacağı, tasarıda özenle belirtilmiş. (Md. 7) Yasayı hazırlayanların, sağlık sigorta primlerinin devamlı yükseleceğini bildikleri anlaşılıyor. Yalnız önemli bir konuda yanlış yaptıklarını da söylemek gerek. Sigorta sistemlerinde primlerin sürekli artışının nedeni, "Sağlık hizmetlerinin maliyenin devamlı artması"(*) değil, bu sistemlerin tedavi hizmetlerine yönelik olması ve bu alandaki tekel kârlarının denetlenemeyişidir. Öte yandan, insanları hastalıklardan koruyamazsanız, hastalıklar ve tedavi giderleri de giderek artar.

YA HEKİMLER?

Yasa tasarısı hekimler ve öteki sağlık çalışanlarına da hiç iyi şeyler vaad etmiyor. Tasarı yasalaşırsa hekimler bir yandan idari, bir yandan ekonomik baskı altına girecekler.

SSY Bakanlığı, alacağı bir kararla istediği herhangi bir hekimin diplomasını elinden alıp hekimlik yapmasını engelleyebilecek. (Md. 3/h) Bu yetkinin ne denli önemli olduğunu anlamak için geçtiğimiz dönemlerde uzmanlık sınavlarında yapılanları, şeflik sınavına sokulmayan hekimleri, vb. anımsamak yeterlidir. Hiçbir bakanın böyle bir yetkiyi politik ve idari bir baskı aracı olarak kullanmayacağına ilişkin bir güvence yoktur.

Hastanelerin 'işletme' adı altında birer kâr kaynağına dönüşmesiyle birlikte, hekimler de güvencesiz bir konuma, sözleşmeliliğe itiliyorlar. Bu sözleşme, altı ay-bir yıllık süre sonunda idarenin tek başına feshedebileceği 'tekli sözleşme'dir, sendikaların işveren karşısında masaya oturup da pazarlık yaptığı 'toplu sözleşme' değildir. Sözde daha çok ücret verebilmek için, hekimlerin 657 sayılı yasayla sağlanmış kimi güvenceleri bu tasarıyla ortadan kaldırılmak isteniyor.

Eğer amaç gerçekten hekimlerin ücretini arttırmaksa, bu şimdiki yasal güvencelerle yapılabilir ve öyle olmalıdır. Bu olanaksız görülüyorsa ikinci seçenek, hekimlerin sendikalı işçi olmaları ve tekli değil, toplu sözleşme imzalamalarıdır.

Tasarıda, güvencesiz durum şöyle sunuluyor: "Biz çalışanı ve hastaya iyi muamele eden kişiyi koruma taraftarıyız. Çalışmayan ve hastaya kötü muamele eden kişiyi niye koruyalım? (....) Çalışan ve hastaya iyi muamele edenlerin korkacağı en ufak bir şey yoktur" (*) Son yıllardaki sözleşme uygulamalarını anımsayalım: Üniversitelerde sözleşmesi yenilenmeyen yüzlerce öğretim üyesi en kötü öğretim üyeleri miydi? TRT'nin sözleşmesini yenilemediği Uğur Dündar en kötü program yapımcısı mıydı? Ya yazılı emir istediği için sözleşmesi sona erdirilen nükleer fizik uzmanı? Bütün bu örnekler, eğer sözleşmeli olmayı kabul ederlerse, hekimlerin ciddi bir idari baskı altına girebileceğini akla getiriyor. Önemli olan çalışma ve iyi muameleden çok, kararı kimin verdiği olmaktadır.

Hekimlerin ücretlerini arttırmanın çok daha kolay ve çok daha güvenli bir yolu vardır: Bütçeden hekim ücreti ayırmak. Yaklaşık yirmi bin kamu hekimine, ayda 300 bin, yani yılda 3,6 milyon/kişi ücret artışı sağlansa, bunun tutarı toplam 72 milyar TL eder. Bu toplam, SSY Bakanlığının bugünkü bütçesinin yalnızca % 24'ü kadardır, genel bütçe içindeki payı ise % 1'den azdır. Yani, güvencelerini azaltmadan hekimlerin ücretlerini arttırmak mümkün ve gereklidir.

Öte yandan hekimler, ülkenin sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde söz sahibi olmak istiyorlar. Tasarıda düşünüldüğü gibi herşeyden sorumlu, ama hiç bir yetkisi olmayan bir konum yerine hekimler çeşitli basamaklarda kararlara katılma olanağı arıyorlar. Bunun sağlanması da hiç zor değildir. Örneğin, hastaneler düzeyinde oluşacak 'kurullar'a kimi yetkiler verilebilir, kâra değil hizmete yönelik gelişmeler de bu kurullar eliyle sağlanabilir.

SSYB: AZALAN SORUMLULUK–ARTAN YETKİ

Sağlık hizmetleri sunma, özellikle de koruyucu hizmetleri götürme yönünden Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının sorumluluğu bu yasayla azaltılıyor. Ama bu tasarı SSY Bakanlığına, neredeyse YÖK Başkanlığına tanınan ölçüde yetkiler veriyor. Bu yetkileri, idari ve mali olarak iki başlıkta toplayabiliriz.

İdari yönden: Hekimler hekimliklerini şu ya da bu kişinin öznel kararıyla değil, tıp fakültelerinde yıllar boyu aldıkları yoğun bir eğitim süreci ile edinirler, SSYB ise yalnızca diplomaları onaylamakla görevlidir. Oysa tasarı, yalnızca kamuda değil, özel olarak çalışan hekimlerin bile diplomasını elinden alma hakkını SSY Bakanlığına vermeyi öngörüyor. Şimdiye dek idari nedenlerle çok sayıda hekimin şeflik, uzmanlık sınavlarına alınmadığı, ama açılan idari davalarda hekimlerden yana kararlar alındığı düşünülürse, bu hükmün gerçek anlamı ve amacı ortaya çıkar.

Tasarıda öngörülen sözleşmeli statüye geçme sürecinin bile aslında hekimlerle tartışılmadığı, hekimlerin sözleşmeli olmaya zorlandığı unutulmamalıdır. Deniliyor ki, "İşletme hesabını kuran kuruluşlarda tüm personel sözleşmeli kadrolara geçecektir"(*) Basın açıklamasındaki bu kesin ve zorlayıcı ifade, tasarı metninde de sürdürülmüş. Tasarıya göre sözleşmeli olmak istemeyenlerin kadro ilerlemeleri durduruluyor ve "uygun bir kadroya" nakledilen bu kişilerin "durumlarına uygun işlerde" görevlendirileceği belirtiliyor. (Geç. Md. 1) Yasayı hazırlarken hekimlerle tartışmayan, onların görüşlerini almayanlar, uygularken mi görüş soracaklar?

Hekimler sözleşmeli oldukları takdirde, iş güvenceleri bütünüyle SSY Bakanlığının eline geçecektir. Yine sözleşmeli hekimlerin iş koşulları, yani iş saatleri, işyeri koşulları, fazla çalışma, hizmet sistemi, vb. hep tek yanlı olarak SSYB tarafından belirlenecek. Sözleşmeler her kuruluşta ya da aynı kuruluştaki kişiler arasında birbirinden farklı olabilecek, bu nedenle hekimler bir birlik haline gelip işverene, yani SSY Bakanlığı'na karşı bir pazarlık unsuru oluşturamayacaklar.

SSYB, kendi idari endişelerine göre kimi hekimleri yüksek ücretle ödüllendirecek, hoşuna gitmeyenleri ise, hizmet endişesiyle değil, idari endişelerle işten atabilecektir.

Her türlü hizmet öğesi, yönetmeliklere bağlanıyor. Yani bütün sağlık kuruluşlarının araç, gereç, örgütlenme, denetim, eşgüdüm, personel durumu vb. gibi kalıcı olması gereken pek çok özelliği, bakanlık emirleriyle belirlenecek.

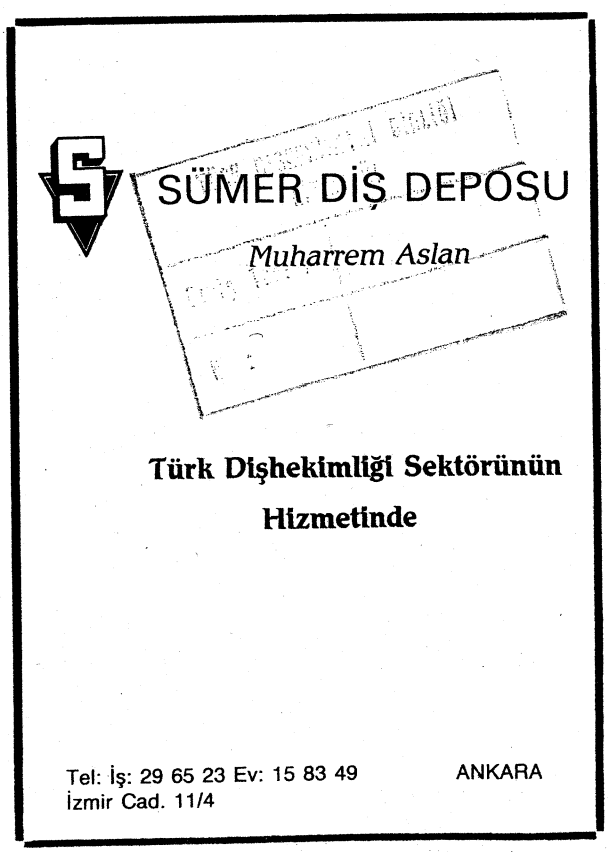
Mali yönden: Tasarı, bütün hizmetlerin paralı olmasını öngörüyor. Hastaneler, adı üzerinde, birer 'sağlık işletmesi' olacak ve başvuranlardan ya da bağlı oldukları sigorta kurumlarından topladıkları paralarla bir bütçe oluşturup harcamalarını buradan yapacaklar. Ancak bu paranın en çok beşte biri SSYB'ye bağlı olarak oluşturulan 'Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Gelişme Fonu'na gidecek. Primi toplanamayanların sağlık giderleri de bu fondan ödenecek. Yani prim ödeyen kesimler, işçiler, memurlar, prim ödemeyenlerin yükünü de üstlenecek. Sağlık sigortası uygulanan öteki ülkelerde olduğu gibi, tedavi hekimliğinin doğal bir sonucu olarak giderler hızla yükseldiğinde yapılacak şey, ücretli kesimlerin primlerini arttırmak olacaktır. Böylece sağlık hizmetlerinin bütün bedelleri halktan toplanmış olacak, ama bunun yükü büyük ölçüde ücretlilere aktarılacaktır. Yani böyle bir sistem içinde, 'herkesin ödediği prim miktarına göre sağlık hizmeti alması' gibi bir sözde-eşitlik bile sağlanması olanaksızdır.

Öte yandan, kurulan fonda kısa zamanda önemli miktarda bir para toplanması beklenebilir. Fiyatları saptayan makam olarak, SSYB bu fonda toplanacak tutarı tek başına belirleyecektir. Hekimlerin sözleşmeli olması halinde ücretleri de SSYB tek başına saptayacaktır. Böylece, sağlık piyasasında dönen paranın çok önemli bir kısmı doğrudan doğruya fonun ve SSYB'nin denetimine girecektir. Dahası, 3291 sayı ve 28.5.1986 tarihli yasanın 11'nci maddesine göre, bu fondaki para başka fonlara bile aktarılabilir. Aynı yasanın 10'ncu maddesine göre, bu fon gelirleriyle devlet tahvili satın alınıp bütçe açığının kapatılması için fonun katkısı sağlanabilir. Yani bu tasarı ile, sağlık için kesilen primler tam ve kesin bir denetim altına alınıyor. Bu uygulamanın bir tek anlamı vardır: Sağlık alanında tekel oluşturmak. Uygulama yaygınlaştıkça, bu fon giderek sağlık piyasasının daha büyük yüzdesini denetleyebilir hale gelecektir.

Kurulan bu tekel sisteminde kazananlar ilaç ve sağlık alanında üretim yapan büyük firmalar olacaktır. Çünkü tedavi hekimliğine yönelen, koruyucu hekimliği geri plana atan her sistem tüketimi ve sağlık kârlarını arttırır. Büyük firmaların ve büyük hastanelerin egemen olduğu bu sistemde küçük muayenehaneler de yaşayamaz.

YAPILMASI GEREKENLER

Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesinde, sağlığın doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olduğu ilkesinden geri dönülmemelidir. Ha-



zırlanacak öneriler, kâra değil hizmete yönelik olmalı ve demokrasinin vaz geçilmez bir gereği olarak, yasalaşmadan önce toplumda en geniş şekilde tartışılmalıdır.

Hizmeti kullananlar yönünden: Sağlık giderleri primlerle halktan değil, genel bütçeden karşılanmalıdır. Sosyalleştirme yasasının dayandığı ilkelere sahip çıkılmalı ve hizmet bu ilkelere dayalı olarak, köy, şehir ve gecekondu bölgeleri için geliştirilmelidir. Temel sağlık hizmetleri, geliştirilecek olan sağlık ocakları sistemiyle işleyebilir hale getirilmelidir.

Hizmeti sunanlar yönünden, hekimlerin ve öteki sağlık çalışanlarının hakları geri götürülmemelidir. Hekim ücretleri, tıbbi işlemlerden alınan ücretlerden pay, yani adeta komisyon ödenerek değil, saat ücretleri yükseltilerek arttırılmalıdır. Hekim ücretlerinin belirlenmesinde Tabip Odaları taraf olarak kabul edilmeli ve muayenehaneler için olduğu gibi ücretli hekimler için de Tabip Odalarının belirleyeceği asgari ücret tarifeleri geçerli olmalıdır. Sağlık hizmetini sunanlar üzerindeki her türlü idari baskı ya da etki mekanizmaları ortadan kaldırılmalıdır.

Hem halkın daha iyi bir sağlık hizmetine kavuşması, hem de hekimlerin özlük haklarının korunması, ancak kamu sağlık hizmetlerinin egemen olduğu bir sağlık düzeni ile sağlanabilir.

(*) TC Büyük Millet Meclisi'ne Sevk Edilecek Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile İlgili Başbakan Turgut Özal'ın Basına Açıklaması, 11 Ocak 1987, İstanbul.

(**) Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı

YILMAZ
DİŞ PROTEZ
LABORATUARI

MAHİR YILMAZ YILLARDIR EDİNDİĞİ DENEYİM ve BİLGİYİ LABORATUARIMIZDA SAYIN DİŞHEKİMLERİNE SUNMAKTADIR.
HER TÜRLÜ İŞİNİZ GARANTİLİ VE GECİKMESİZ OLARAK YAPILIR

KARANFİL SOKAK 47/2 KIZILAY/ANKARA
TELEFON: 17 88 60

ALTAYLI
MODERN DÖKÜM
DİŞ PROTEZ
LABORATUARI

İsmail Eker-Metin Aykent

Tel: 29 64 22
Strazburg Cad. 49/8 Yenişehir-ANKARA

TDBD

DİŞHEKİMLİĞİ KLİNİKLERİ

☐ TDB Dergisi "Dişhekimleri Klinikleri"nde basılabilecek yazılar.

☐ Dişhekimliğinde Kemik Yerine Geçen (Osteoplastik) Maddeler ve Kullanma Alanları, Dt. Numan Kuzanlı.

☐ Hareketli Bölümlü Protez Planlama İlkeleri II, Dr. Dt. Halil Uğurlu.

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi "Dişhekimleri Klinikleri"nde basılabilecek yazılar

1- ÖZGÜN ARAŞTIRMA MAKALELERİ: Temel veya uygulamalı bilim dallarında özgün bir araştırmayı bulgularına dayanarak sunan yazılardır. Bu yazılar kısmen de olsa başka bir dergide yayınlanmamış olmalıdır. Ancak araştırma sonuçları herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ise bu makalenin dip notunda belirtilmelidir.

2- ÖN BİLDİRİLER: Yeni bir araştırmanın ön bulgularını özetle bildiren (500-800 kelimelik) yazılar.

3- EDİTÖRE MEKTUPLAR: Yazarın özgün bir gözlem veya bulgusunu bildiren, veya dergide yayınlanan makaleler konusunda okuyucuların kendi görüş deneyim ve soruları ile ilgili 100-200 kelimelik yazılar.

4- TARAMA MAKALELERİ: Uygulama veya bilimsel yönden önde gelen konularda, son araştırmaları bildiren, yeterli sayıda bilimsel makaleyi tarayarak, konuyu bugünkü bilgi düzeyinde değerlendiren makaleler. Yazarın konu üzerinde deneyimli olması zorunludur.

5- KISA DERLEMELER: Dişhekimliğinde önemli gelişmeleri son çıkan önemli makalelerden yararlanarak özetle aktaran ve yazarın bu alanda ki deneyimine ve görüşlerine göre değerlendiren yazılardır.

6- BİLİMSEL ÖZETLER: Son iki yılda uluslararası literatürde basılmış önde gelen bilimsel çalışmaların 200-250 kelimelik özetleri.

7- BİLİMSEL YAYINLAR: Yeni kitap ve bilimsel çalışmalar hakkında özetle bilgi veren makaleler.

YAZILARIN SEÇİMİ:

1- Dergi, dişhekimlerinin sürekli eğitimini amaçlar. Bunun için daha çok klinik uygulamalara yönelik yenilik ve değişiklikleri kapsayan derlemelere ve bu kapsamdaki çeviri yayınlarına yer verebilir.

2- Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulunca seçilen "Danışmanlar Kurulu"na, ilgili danışmanlara verilir. Danışman, yazının içeriği, dili ve biçimi ile ilgili görüşlerini, birlikte gönderilen forma belirterek yayın kuruluna gönderir. Yazı işleri müdürü, danışmanın eleştirileri doğrultusunda yazardan değişiklik isteme hakkına sahiptir. Buna uyup uymamak yazarın doğal hakkıdır. Ancak yazar görüşünde ısrar ederse yazı işleri müdürünün yazıyı basmama hakkı saklıdır.

3- Dergiye gönderilen yazılar yayınlansın veya yayınlanmasın iade edilmez.

4- Dergiye gelen yazılar derginin yayın hacmine göre sonraki sayılarda yayınlanabilir.

5- Dergide yayınlanan her makalenin yazarına 5 adet ücretsiz baskı verilir.

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ "DİŞHEKİMLİĞİ KLİNİKLERİNDE" BASILABİLECEK MAKALELERİN YAZILMASINDA DİKKATE ALINACAK ESASLAR:

1- Türk Dişhekimleri Birliği Dergisinde basılacak yazılar, temel veya uygulamalı bilim dallarında dencysel, klinik veya teorik araştırmalardan elde edilen bulguların yazıldığı makalelerdir. Bunlar, 29x20 cm. ebadında dosya kağıdının bir yüzüne daktilo ile ve iki aralıklı olarak yazılmalı, şema, fotoğraf, tablo ve şekiller dahil 3 örnek olarak gönderilmelidir.

2- Başlık, metindeki bilginin özelliklerini tanıtıcı nitelikte ve kısa olmalıdır.

3- Çalışmayı yapanların isim ve soyadları başlığın altında dizilmelidir. İlgili yazışmalar genellikle birinci yazarla yapılır.

4- Yazar isimlerinin altına çalışmanın yapıldığı kuruluş adı belirtilmelidir.

5- Makale, Türkçe ve İngilizce olmak üzere iki dilden yazılır. 150-200 kelimeden oluşan özet, çalışmanın amacını, kullanılan materyali, metodları ve en önemli buguları ana hatları ile belirtir.

6- Giriş bölümünde çalışmanın amacı, .öyle bir çalışmaya neden ihtiyaç olduğu literatür bilgisine ve özgün deneyimlere dayanılarak anlatılır.

7- Materiel ve Metod: Çalışmanın özgün bulguları ön planda olmak üzere ve istatistik önemleri belirterek yazılır.

8- Tartışma: Bulgular başka araştırıcıların bulguları ile karşılaştırılmalı, mümkünse sebebleri ile belirtilmeli ve tümü uygulama ve teori yönünden tartışılmalıdır.

9- Kaynaklar: Yararlanılan eserler makalenin sonunda olmalıdır: Yazarın adı, adının başharfleri, makalenin başlığı, yayınlandığı derginin adı (Uluslararası kısaltmalara uygun olarak), sonra cilt sayısı ve yazarın başladığı ve bittiği sayfa numaraları ve yayınlandığı yıl ve yazının başladığı ve bittiği sayfa numaraları ve yayınlandığı yıl belirtilmeli.

10- Şekil ve grafikler: Çini mürekkebi veya letraset ile aydinger veya kuşe kağıdına çizilmeli ve parlak fotograf kağıdına siyah-beyaz baskıları gönderilmelidir.

Yukarıda belirtilen koşullar dişhekimlerinin okul sonrası mesleki eğitimlerini hedefleyen özgün bilimsel yazılar için bağlayıcıdır. Bu tip yazılar dergimizin orta kısmında yer alacaktır. Dergimizin baş kısmında yer alacak olan Dişhekimleri Birliği yönetimi ve örgütlenmesi ile ilgili yazılar ve son kısımlarda yer alacak olan haber yazıları için daha esnek ölçütler söz konusudur. Ayrıca her türlü okuyucu mektupları yayın kurulu tarafından ele alınacaktır.

DERGİ YAYIN KURULU

Dişhekimliğinde Kemik Yerine Geçen (Osteoplastik) Maddeler ve Kullanma Alanları

Numan Kuzanlı *

Periodontal rahatsızlıklar neticesi duruma göre lokal veya yaygın çenekemiği rezorpsiyonları olmaktadır. Ayrıca kistler, iyi veya kötü huylu urlar periapikal veya bölgesel uzun süren iltihaplar ve uzun süre protezsiz kalan alt veya üstçene bölgelerinde kemik rezorpsiyonları olmaktadır. Silinmiş kretlere yapılacak köprü, parsiyal veya total protezlerde pekçok zorluğu aşma durumu hasıl olmaktadır. İncical bölgeleri aşırı rezorbe olmuş kretlerde köprü yapma imkanı varsa estetik sorunla karşılaşılıyor. Ayrıca kretleri aşırı rezerpsiyona uğramış hastalar total protez kullanmada pekçok sorunla karşılaşmaktadır. Bunun ızdırabını hastalarımızla beraber biz dişhekimleri de günlük hayatımızda devamlı yaşamaktayız.

Karşılaşılan bu tip sorunların pekçoğu günümüzde geliştirilen kemik yedek maddeleri ile bertaraf edilmektedir. Kemik yerine geçen yedek maddeler şekil ve kimyasal yapı olarak değişiktirler. Herbiri farklı özelliğe sahiptir ve kullanma alanlarıda çeşitlidir.

1— Aliminyum oksit seramik Al_2O_3

2— Tricalcium phospate seramik (T.C.P)

3— Poröz calcium hydroxylapatite seramik (H.A.P)

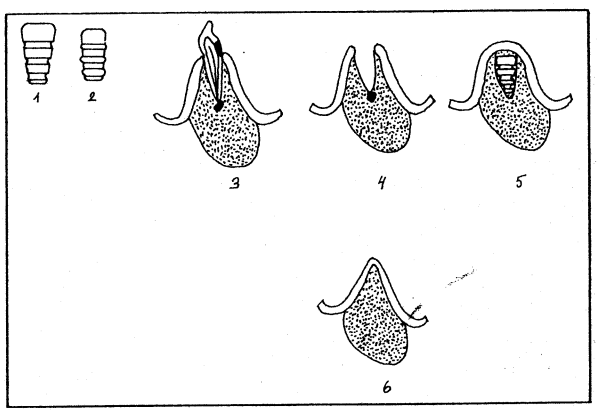
Esas yapısı Pentacalcium—hydroxid (Phospate) olup kimyasal formülü $Ca_5(Po_4)_3OH$ dir

Her üç meteryal fiziksel olarak değişik özelliklere sahiptirler. Bu değişik özelliklere göre kullanma yerleri de değişiktir.

1— Aliminyum oksit seramik (Kemik içi inplant) vücutta hiçbir şekilde rezorbe olmaz. Muhtelif ebatlarda normal diş köklerinin 3/2'si boyunda hazırlanan konlar şeklindedir. Herhangi bir diş çekildiğinde diş kökünün genişliğine ve uzunluğuna bakılır. Steril set içinden kökün 3/2'si boyunda kon seçilerek alveol boşluğuna yerleştirilir. Üstünden hafifçe vurularak alveole sıkıştırılır. Normal kemikleşme ile implantın üstü zamanla kapanır. Aliminyum oksit seramik, alveol boşluğu içinde hertarafı normal kemikle kaplanmış vaziyette hastanın ağzında devamlı kalır. Adeta içeride kalmış steril bir diş kökü gibi. Bu sayede kretlerde (içeriden bir destek olduğundan) aşırı rezorpsiyon olmaz. Yüksek ve geniş kretlere sahip bir ağız elde edilmiş olur. Böylece ileride yapılacak protez için büyük kolaylık sağlanmış olur.

Şekil 1.

Ayrıca üst keserler ve küçükazılar bölgesinde tek



ŞEKİL 1

1,2— Aliminyum oksit esaslı alveoler stabilizatör konlar.

3— Enfekte bir diş.

4— Extraksiyondan sonra.

5— Stabilizatörün yerleştirilmesi. Alveoler rezorpsiyon minimal.

6— Stabilizatör kullanılmayan kretin rezorpsiyonla ileride alacağı şekil.

diş çekimi yapıldığında bu konlar kullanılırsa köprü yaparken son derece kolay estetik sağlıyabileceğimiz bir kret elde ederiz. Krette zamanla aşırı rezopsiyon olmaz. Kretimiz normaldeki eski dişeti hiza ve formunu hemen hemen korumuş olur. Materyal alveoler stabilizatör olarak adlandırılabilir.

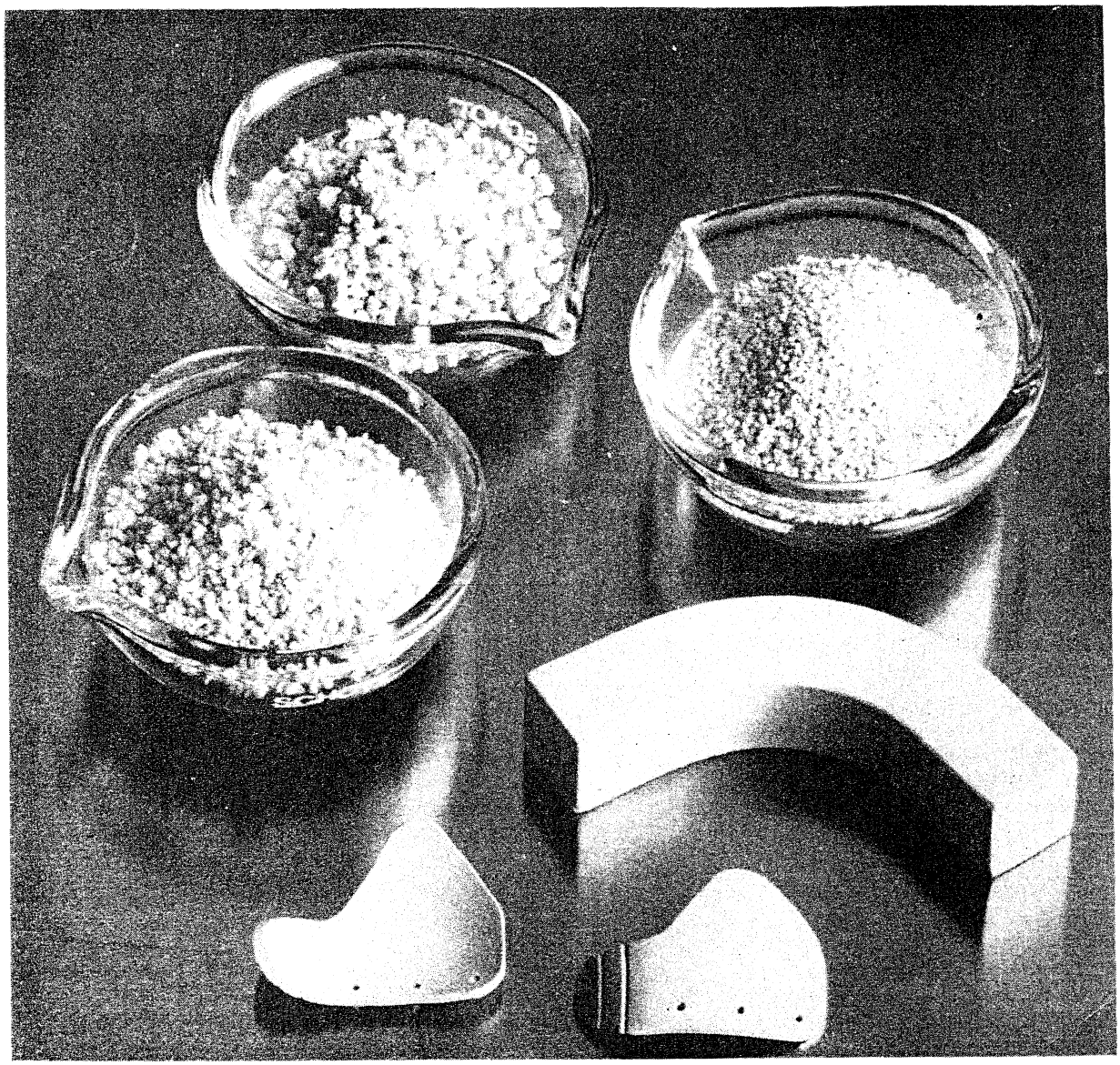
2— Tricalcium phospate seramik (T.C.P)

Granül ve kon şekilleri vardır. Granül şeklinde olanları ortalama 0.5 mm veya daha küçük çaptadırlar. Dişhekimliğinde daha ziyade periodontolojide kullanılmaktadır. Hazır özel steril disposibile enjektör içindedir.

Flap operasyonu esnasında bilindiği gibi enfekte dokular kürete edilmekte. Ayrıca alveol septumlarının sivri kısımları temizlemek, aktive etmek ve şekillendirmek üzere freze edilmektedir.

Periodontolojik rahatsızlık neticesi rezorbe olan ve operasyon esnasında freze edilen kemik dokusunu tamamlamak üzere (T.C.P) kullanılıyor. Materyal kaybolan kemiği tamamlamaktadır. Flap operasyonu esnasında gerekli temizlikler yapıldıktan sonra özel enjektör ile meteryal septumların üzerine yerleştirilerek şekil veriliyor. Kaldırılmış flap kapatılarak normal yerine dikiliyor. İçerde kalan bioseramik meteryal kemiğin oluşması için adeta matris vazifesi görü-

**Serbest dişhekimi, Yazışma adresi: Atatürk Bulvarı 115/12 Tel: 25 77 57 - Ankara*



ŞEKİL2

Batı Almanya—Feldmühle firmasının H.A.P kemik yedek maddeleri. Kap içinde olanlar üç değişik boyutta granüller. Ortada blok kemik yedek maddesi. En alttaki iki parça orbita tabanının rekonstürüksiyonu için imal edilmiş.

yor. Aktive olan kemik konulan granülatlar hizasına kadar yükseliyor.

T.C.P rezorbe olan bir maddedir. 3 şekli vardır.

a— 3 ayda rezorbe olan T.C.P granül

b— 6 ayda rezorbe olan T.C.P granül

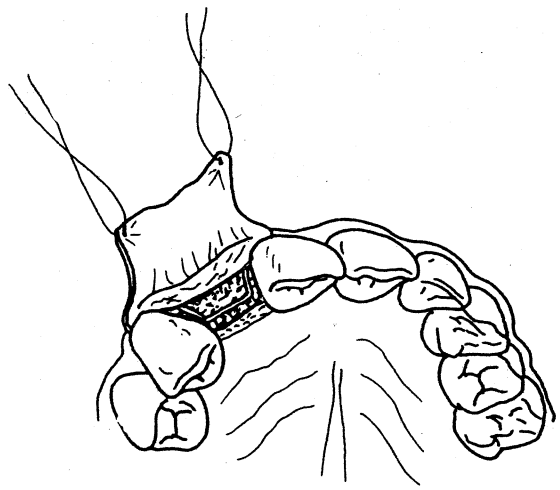
c —Kon şeklinde olan ve 6-9 ayda rezorbe olan T.C.P (Alveol stabilizatörü)

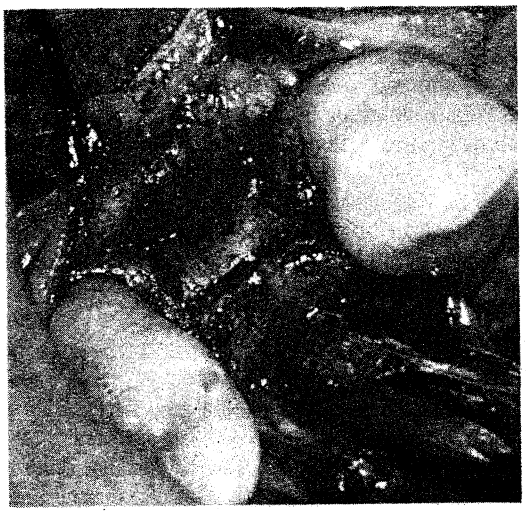
Meteryal rezorpsiyon esnasında kemiğe calcium ve phospate vermekte, ayrıca aktive etmektedir. 3 veya 6 ayda rezorbe olan meteryali hekim hastanın iyileşme aktivitesini gözönünde tutarak seçiyor. Genç hashastalarda aktivite daha hızlı olduğundan 3 ayda rezorbe olanları tercih etmek gerektir.

3— Calcium hydroxylapatite seramik (H.A.P)

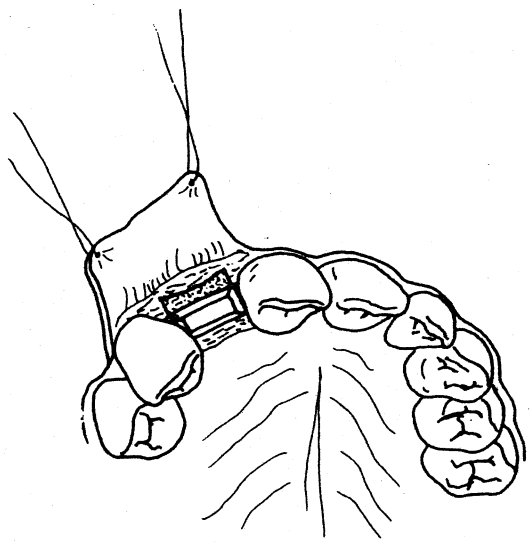
Granül şeklinde rezorbe olmayan bir maddedir. Daha doğrusu çok uzun dönemde rezorbe olur. Bağ dokularına zarar vermeden kemikle doğrudan doğruya mekanik birleşme sağlar. Vücutta devamlı kalır ve değişikliğe uğramaz. Kimyasal kristal yapısı tabii kemik stiriktürü şeklindedir. Bu madde yerleştiği yerde yeni kemikleşmeyi aktive eder. Ayrıca yeni kemikleşmeye matrix vazifesi görür. Yeni kemik dokusu gelişirken ilk önce granüller arasında damar ağları oluşuyor. Sonra granüller arasında osteoblastik faaliyet başlıyor. Meteryal yeni oluşan kemik dokusu içinde kalıyor.

Hydoxylapatite seramik iyonları calcium ve phospate yapısında tabii iyonlardır ve bu kemik dokusu tarafından kolayca kabul edilir, benimsenir. Bu sebeple hydroxylapatite ve kemik dokusu arasında doğrudan iyileşme oluyor. Yani arada psaudo membran

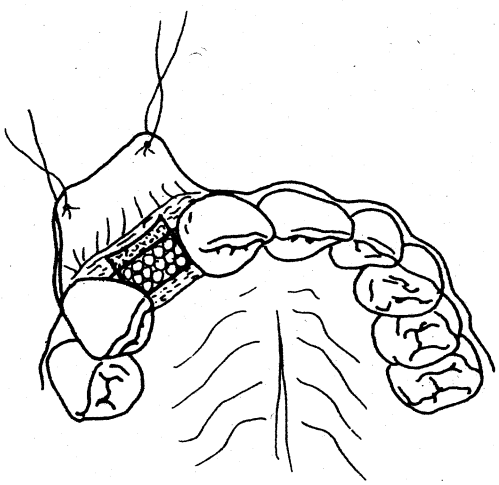




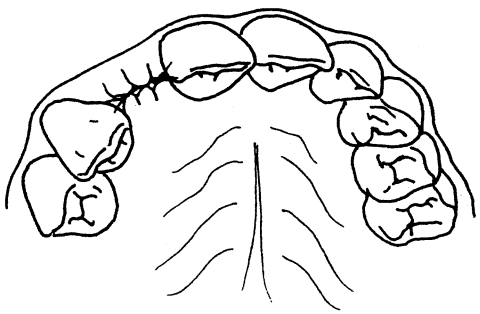
ŞEKİl 3
"Alveoler kollaps" çekim sonrası aşırı rezorbe olmuş lokal kret düzeltilmesi. Alveoler extansiyon plasti operasyonu. Kret lindeman frezi ile şekilde görüldüğü gibi U şeklinde kesiliyor.

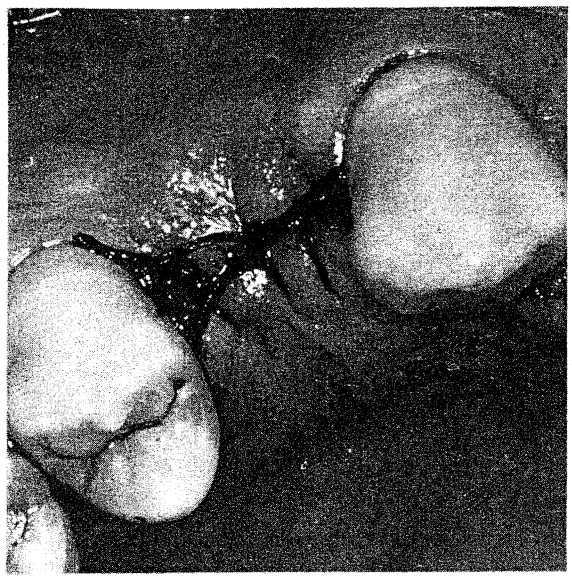


ŞEKİL 4
Vestibüler kemik parçası vestübüle doğru mobilize ediliyor.

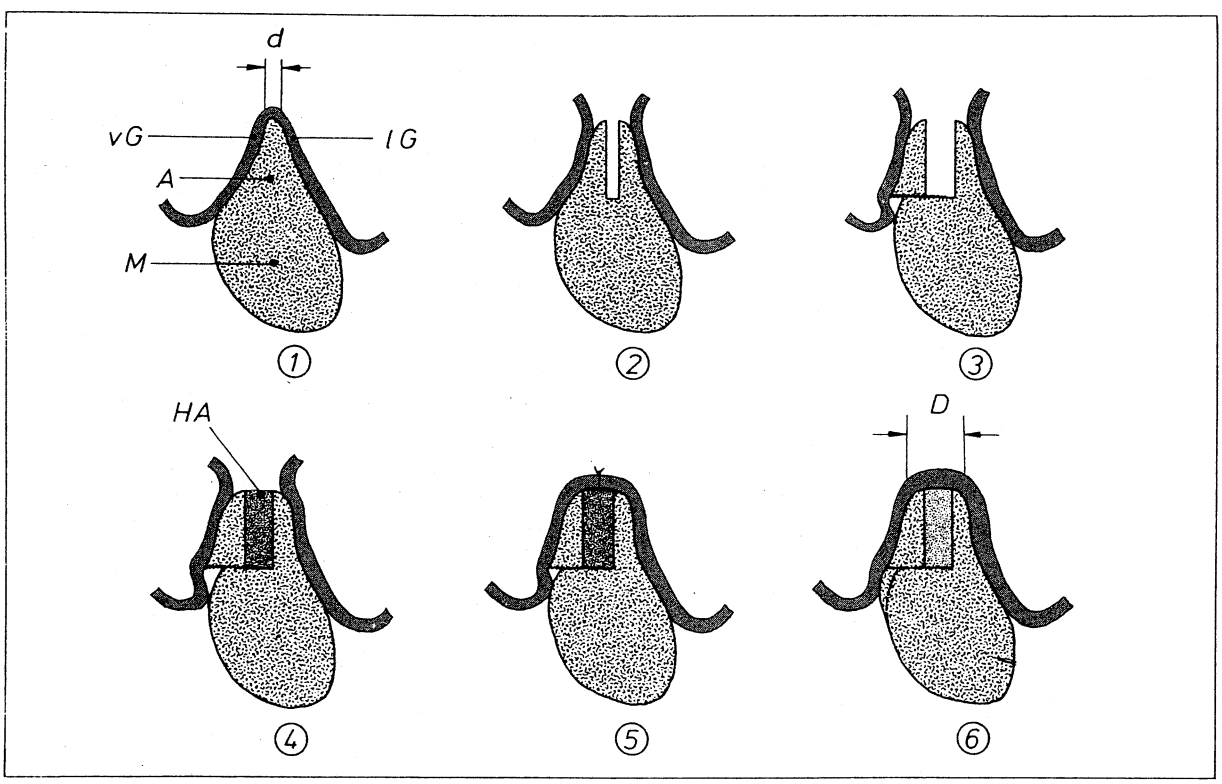


ŞEKİL 5
Lameller arası meydana gelen boşluğu Hydroxylapatit seramik granülleri doldurulуyor.





ŞEKİL 6
Flap yerine çekilerek dikiliyor.



ŞEKİL7
Alt sağ—sol 1.premolerler arasındaki bölgede kret extansiyon plastiği tekniğinin şematize izahı.

1— Ön bölgede mondibüler kemik atrofisi.
2— Mukoperiostal flap ve dikey asteotomi
3 - Kortikal lamelin vestibüle kaydırılışı
4— Lameller arası boşluğa H.A.P. doldurulușu
5— Mukoperiostal flap'ın kapatılmış hali
6— Extansiyon edilmiş bölgenin profili

A: Alveoler bölge
M: Mandibula
VG: Vestübüler gingiva
G: Lingval gingiva
HA: Hydroxylapatit seramik granülleri
d: Operasyon öncesi kret genişliği
D: Operasyon sonrası kret genişliği

(bağ dokusu) bulunmamaktadır. Bu nokta implantolojinin can damarıdır. İmplantolojide sağlam doku ile implantın doğrudan bağlanması idealdir. Arada oluşacak bağ dokusu implantın başarısızlığı anlamına gelmektedir.

Prof. Brinchman 1982 bu konuda şöyle diyor. "Hydroxylapatit'in dış yüzeyi kemikle kaynaşmak için ideal şekildedir. Zamanla her iki madde arasında morfolojik bir sınır olmadan kemik lamelleri implantın girintilerine yarleşir.

Kemiğin gelişme ve mineralleşmesinde hiçbir menfi değişme olmaz.

H.A.P poröz blok ve granül şeklinde hazırlanmıştır.

Poröz blok şeklinde olanlar su soğutmalı elmas separe ile yavaş yavaş kesilerek istenilen şekle sokulabilir. Bunlar daha ziyade ur veya (kist) dolayısıyla meydana gelmiş kemik defeklerinin rekonstüriksiyonunda kullanılmaktadır. Materyalin mekanik sağlamlığı ve aşınmaya direnci çok iyidir.

H.A.P'nin granül şeklinde olanları iki büyüklükte hazırlanmıştır.

1— Çapı 0,5-1 mm arasında olanlar
2— Çapı 1, 2-1,8 mm'ye kadar olanlar

Küçük çaplılar periodontolajide kullanılmaktadır. Kullanılışı aynen T.C.P gibidir.

Büyük çaplıların kullanma alanları:

a— Osteotomi sonucu ortaya çıkan kemik defeklerinin rekonstüriksiyonu

b— Travma sonucu alveol kemiği kaybı

c— Kist ve iyi huylu tümör operasyonları sonucu meydana çıkan kemik kayıplarında.

d— Tam dişsiz ağızlarda alçalmış kretlerin yükseltilmesinde ve genişletilmesinde.

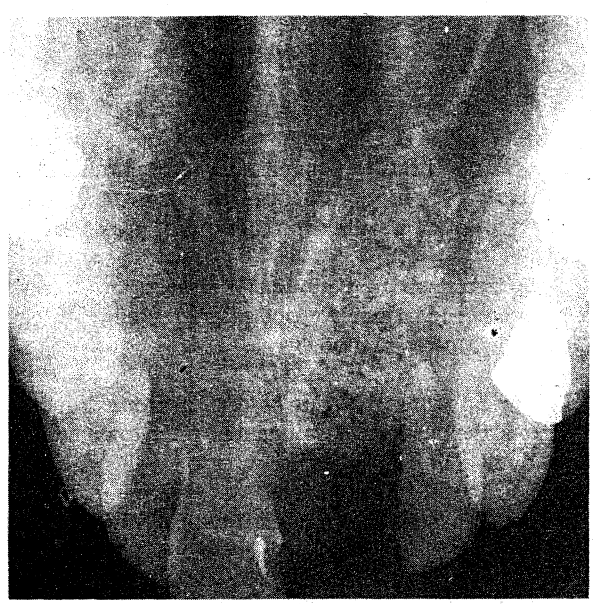
Büyük kemik kaybı olan bölge daha ziyade iri granüllerle doldurulmaktadır. Granüller yerleştirilirken en iyisi hastadan alınan bir miktar kanla karıştırılarak hamur halinde kullanılmasıdır. Steril Serum fizyolojik ile de aynı hamur yapılabilir.

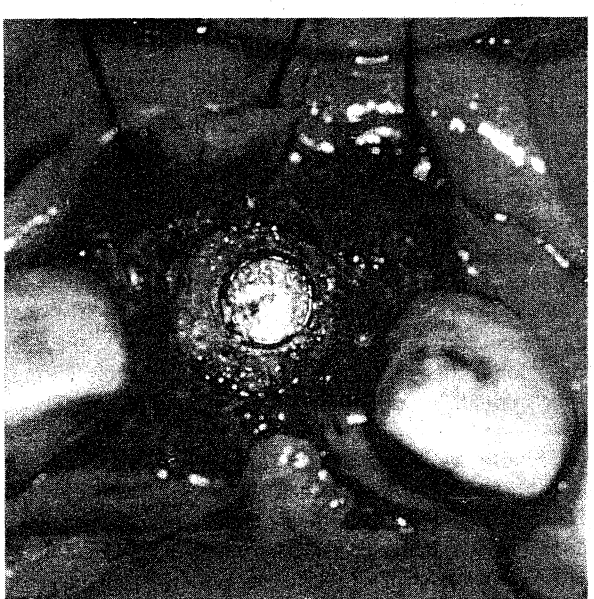
Alçalmış kretlerin yükseltilmesinde, alt çenede foramen mentale'nin distalinden başlayarak distale doğru özel periostel evatörü ile kemik periost arasına bir tünel açılıyor. Bu esnada mental sinir damar grubuna dikkat etmek gerektir. Tünel açılırken periost'u ve mukoza'yı delmemek şarttır. Açılan tünele özel enjektörüyle hydroxylapatit granüller (kanla karıştırılmış şekilde) enjekte edilmektedir. Bu sayede kemikle periost arasında H.A.P'nin meydana getirdiği yükseklik veya genişlik 3—6 ay arasında kemikleşerek kret şekillenmektedir. H.A.P. mandibulada periost ile kemik arasında bulunduğu bölgede kemiği aktive ederek yeni bir kemikleşme meydana gelmektedir. Bu sayede daha geniş ve yüksek kret kazanmış oluyoruz.

Diğer bir operasyon tekniği ile ön keserler bölgesinde mandibulayı extansiyon etme imkanı vardır. Bu metodda H.A.P kemik içine yerleştirilmektedir.

İMPLANT MATERYALLERİNİN ORGANİZMAYA UYUMLARI

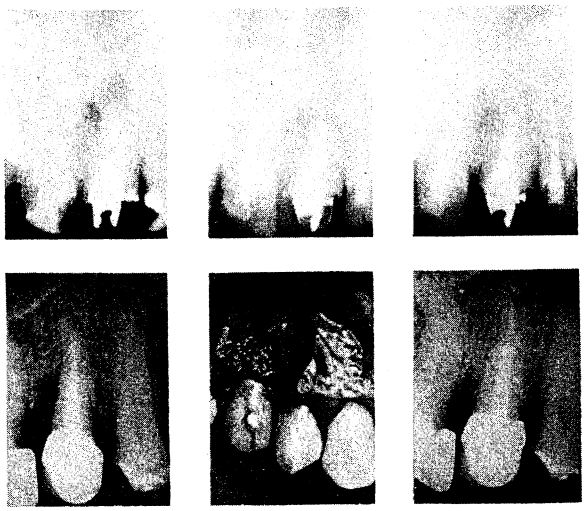
Prof. Dr. Med. Johannes Friedrich Osborn bu konuda çalışmalar yapmıştır. Bilindiği gibi implant meteryal organizma içerisine yerleştirilmektedir. Devital yabancı maddelerin vital organizma ile uyuşma derecesi veya şekli o materyalin biyolojik uyumluluğu ile ilgili. Biyolojik uyumluluk BİOKOMPATİBLİTAT diye adlandırılmaktadır. İmplant ile kemik, kan ve bütün organik maddeler arasında mekanik, e-





ŞEKİL 8

Maksillada da santral ve lateral dişlerin bulunduğu bölgedeki kemik defektinin H.A.P ile rekonstüriksiyonu ve 16 ay sonraki röntgeni



ŞEKİL 9

Tri calciyum phospate seramik granüllerin kullanılışı. Resim 1.2.3 rezeksiyon apikal sonrası kök apex'i hizasındaki kemik defektinin rekonstürüksiyonu.

Şekil 4.5.6 Periodontal kemik defektinin T.C.P ile rekonstürüksiyonu.

lektrik, kimyasal ve yüzeyel procesler rol oynamaktadır. Bu noktada fizyolojik olayların etkisiyle özelligini kaybetmeyen maddelere BİOSTABİL maddeler diyoruz.

Biostabilite implantın kaderi ile sıkı sıkıya ilgilidir. Seramik implantlarda istenmeyen ionizasyonun olmaması pek çok araştırmacı tarafından son derece müsbet olarak karşılanmaktadır. Bilindiği gibi her materyalin belirli bir elektriki potansiyeli vardır. Organizma ile implant materyalleri arasında yüksek elektiriki potansiyel farkı olmaması şarttır. Metal implantlarda elektriki potansiyel yüksektir. Bu yüzden metal implantlarda doku içinde yüksek ionizasyon olmaktadır. Bu nokta metal implantlar için dezavantajdır. Seramik implantlar elektrik potansiyel bakımından organizmaya son derece uygundurlar.

Bazı metal implantların alaşım şeklinde olmasından alaşımı meydana getiren bütün metallerin ion tuzları açığa çıkmaktadır. Her firmanın hazırladığı metal implantın alaşım oranları metal cinsleri değişik olduğundan ionizasyon derece ve açığa çıkan tuzlarda çok değişiklikler göstermektedir. İonizasyon neticesi zamanla ortaya çıkacak artık maddelerin yeterince değerlendirilmesi gerektir. Bu noktada hekimin daima çok denenmiş implantları tercih etmesi gerekmektedir.

Biyolojik meteryallerin dokusal uyumluluğunu sistematik olarak incelemek için "BİYOLOJİK UYUMLULUK" kavramının içerdiği detayları açıklamak icap eder. Biyolojik meteryallerin korozyondan, toksitite'den antigen reaksiyonundan uzak olması mekanik ve kimyasal kanserojen etkisinin olmaması gerektir. Bahsedilen dört nokta implant meteryalleri için ana şartlardır. Ayrıca implant meteryalin biyolojik uyumluluğunun tam olması gerektir. İşte biyolojik uyumluluğu T.C.P ve H.A.P tam olarak gösteren iki bioseramik maddedir.

ÖZET

Kemik Yerine Geçen Yedek Maddeler:

Periodontal rahatsızlıklar dolayısıyle veya çekim sonrası çene kemiğinde meydana gelen aşırı rezorpsiyonlar neticesinde kretler aşırı derecede küçülmektedir. Bu nokta pekçok protez sorunlarını doğurmaktadır.

Periodontal rahatsızlıkların tedavisinde veya kert yükseltme ve genişletme operasyonlarında seramik esaslı kemik yedek maddeleri kullanılmaktadır. Aynı maddeler kist veya iltihap neticesinde meydana gelen kemik defektlerinin rekonstürüksiyonunda yardımcı olmaktadır.

Seramik esaslı kemik yedek maddeleri 3 grupta toplanır:

1- Aliminyum oksit seramik "hiç rezorbe olmaz"

2- Tricalcium phaspate seramik "rezorbe olur T.C.P."

3- Poröz calcium hydroxylapatit seramik "çok geç rezorbe olur H.A.P."

Her üç materyal değişik özelliklere sahiptir. Taşıdığı özelliklerine göre her üçünün de ayrı endikasyonları vardır.

Kemik yedek maddeleri sayesinde periodontal rahatsızlıklar daha kolay ve emin tedavi edilmektedir. Ayrıca protez taşıyan hastaların estetik ve fonksiyonel sorunlarına çare bulma imkanını kazanmış oluyoruz.

ABSTRACT

Materials Used as Bone Substitutes

Crests resorbe too much after extractions, or as the result of periodontal diseases. This resorbsions cause a lot of trouble in constructions of prosthesis.

In treatment of periodontal diseases or in crest elavations and widening operations ceramic origin bone substitutes are used.

The same materials are helpfull in reconstruction of bone defects that have occured after cysts or inflamations.

Ceramic based bone substitutes are divided into three groups.

1- Al.oxide ceramic "it doesnit resorbe"

2- Tricacum phospate ceramic "it resorbes T.C.P"

3- Porous Ca. Hydroxyapatit ceramic "Resorbes very late H.A.P."

Each of these three materials has different properties. They have different indications according to the properties they have.

With the help of bone substitutes the treatment of periodontal diseases are sasier and safer.Moreover we have an opportinity to solve the problems of esthetic and function in patients with prosthesis.

KAYNAKLAR

1— *Prof. Dr. med. J.F. Osborn, İmplant atwerkstoff Hydroxylapatit keramik 1985.*

2— *Prof. Dr. H. Newesely ve J.F. Osborn, Dynamic aspects of the implant—bone—interface 1980.*

3— *Prof. Dr. K. Donath ve J.F. Osborn, Die enossale implantation von Hydroxylapatit keramik und Tricalcium phosphat keramik, Dtseh zahnarztl mecmuası, sayfa 39. Baskı 1984.*

4— *Prof. Dr. E. Brinkman, Dia Versorgung des zahnlosen Unterkiefers, Avusturya stematoloji dergisi sayfa 11, 1983.*

5— *E. Dörre, H. Beutler ve D. Geduldig, Anforderungen an oxidkeramische werkstoffe als Biomateriel für künstliche Gelenke, 1975,*

6 - *P.A. Ehrl. Freudenstadt, Systematichen Vergehen bei enossalen keramik implantaten ZWR, 91 Nr. 11 S. 20—31, 1982*

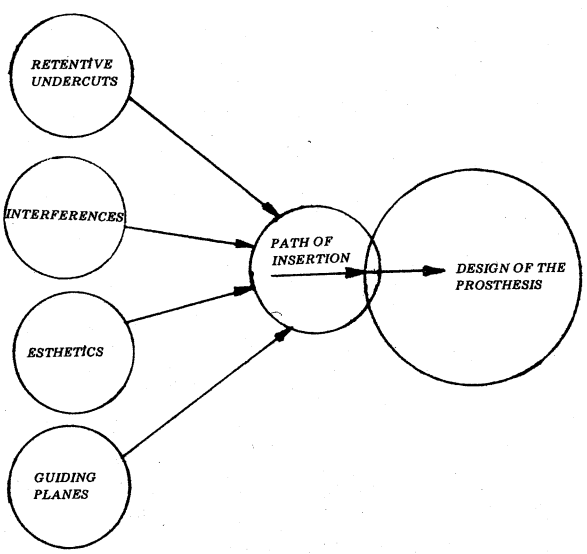
7— *Prof. Dr. E. Brinkman, İndikation und Anwendung des keramischen, 1983.*

Hareketli bölümlü protez planlama ilkeleri II

Dr. Halil Uğurlu *

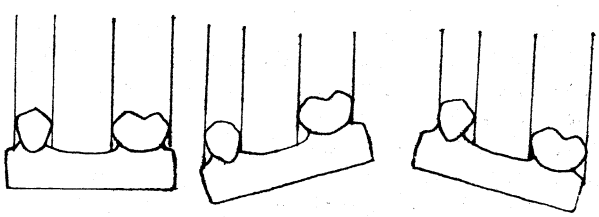
GİRİŞ YOLUNUN PLANLANMASI

Giriş yolu, bir protezin rijid parçalarının destek dişlerle değimlerinden, son yerleşme konumuna gelene kadar hareket ettiği doğrultudur. Protez çıkarılırken de bu doğrultuda ve ters yönde hareket eder.



Şekil: Yukarıdaki 4 faktör, tutucu andırkatlar, engellemeler, estetik faktör ve rehber düzlemler değerlendirilerek proteze bir giriş yolu seçilir ve protez planı tasarlanır. (E.L.Miller)

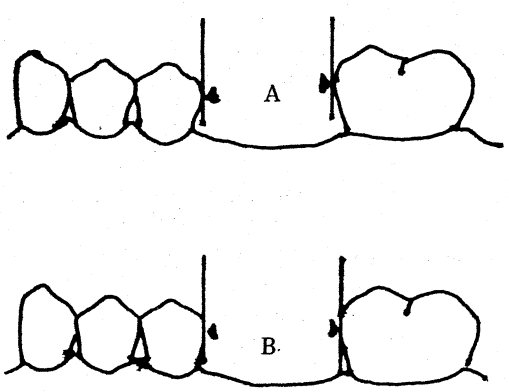
Paralelometre üzerindeki protez yapılacak modele çeşitli konumlar verilerek çeşitli giriş yolları elde etmek mümkünse de genellikle dikey giriş yolları yeğlenmelidir.



Şekil: (S.Çalıkkocaoğlu)

Ön bölgede diş eksikliği olan olgularda giriş yolu öyle ayarlanmalıdır ki doğal dişle protez arasındaki uyum estetik sakınca yaratmasın.

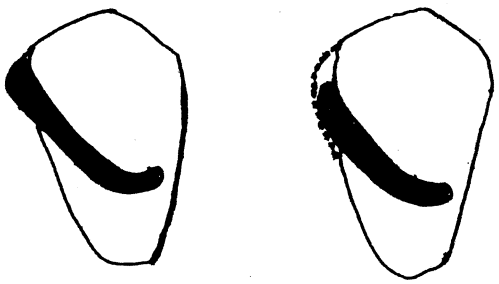
Giriş yolu seçildikten sonra, bu yola paralel rehbeh düzlemler, destek dişler üzerinde hazırlanmalıdır. Rehber düzlemler, protezin, giriş yolundan kolayca çıkmasını önlerler.



Şekil: (E.L.Müller)

* *Dr. Dt., SSYB Ankara Hastanesi, Protez Uzmanı.*

Anterior dişlerin aproksimallerine açılan rehber düzlemler sayesinde dişin aproksimal kontur yüksekliği düşürülerek kroşeninbazı rijid parçaları dişin üzerinde gingivaya daha yakın yerleşir ve daha doyurucu bir estetik elde edilir.



Şekil: (E.L.Miller)

DİREK TUTUCULAR (KROŞELER)'İN PLANLANMASI

Uygun bir kuvvet dağılımını sağlayabilmek için dikkatli bir kroşe planlaması gerekir.

İyi planlanmış bir kroşe, şu önemli işlevleri sağlamalıdır:

1— Retansiyon (Tutuculuk)
2— Stabilizasyon
3— Desteklik
4— Kavrama
5— Karşılama (Resiprokasyon)
6— Pasivite

Hekim hangi kroşeyi nereye uygulayacağını hiçbir zaman teknisyene bırakmamalıdır. Kroşe seçimi ise biyolojik ve mekanik olarak kusursuz olmalı ve daha önce belirlenen tanı ve tedavi planına dayanmalıdır.

Tutuculuk sağlanacak destek dişlerdeki andırkatlar 0,25 mm den daha az ise rijid ve kısa yollu krom-kobalt kroşe kolları kullanılmalıdır.

Üst çene ön dişlere kroşe yerleştirilirken hastanın gülme çizgisi göz önüne alınmalıdır. Eğer gülme çizgisi marginal gingivayı geçmiyorsa daha estetik olan dişeti kroşeleri yeğlenir.

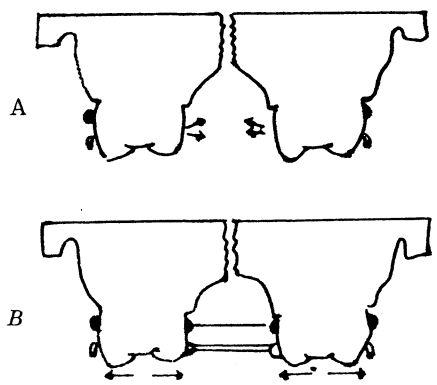
İyi bir kroşe tasarımının avantajları aşağıdaki soruların olumlu olarak yanıtlanmasında yatar:

1— Esnekliği yeterli mi?
2— Diş üzerinde en az yer kaplıyor mu?
3— Kroşe kolu en az görülecek şekildemi ?
4— Diş boyutlarında artma, oklüzal tablada genişlemeye neden oluyormu ?
5— Malpoze ve dönük dişler için uygun mu ?
6— Doku andırkatları varlığında kullanılabiliyormu ?
8— Horizontal ve rotasyonel hareketleri önleyecek stabilizasyona sahip mi ?
9— Gerekli yerde rijidite sağlanmış mı ?

Bir kroşe birimi (tırnak, tutucu kol, karşılama kolu) dişin çevresini 180 derece kaplamalıdır.

Şekil: D.Henderson

Her bir kavrama yolu, fonksiyon sırasında oluşacak ortodontik basınca karşı, karşılayıcı kollarla dengelenmelidir.



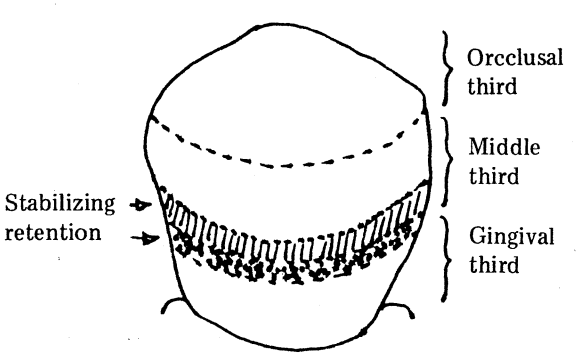
Şekil: D.Henderson

Rehber düzlemler, protezi çıkarma düzlemini tam olarak kontrol etmediği taktirde, tutucu kol bilateral olarak karşılıklı yerleştirmelidir, şöyleki, arkın bir taraftaki lingual, diğer taraftaki lingual ile karşılıklı yerleştirilmelidir.

Her bir tutucu kolun kaçış yolu protezin çıkarılma yoluna paralel olmalıdır.

Retansiyonun miktarı devirici kuvvetlere karşı koyabilecek şekilde minimum olmalıdır.

Karşılayıcı kollar destek diş kuronunun gingival üçlüsü ile orta üçlüsünün birleşim yerine konulmalıdır.



Şekil: (D. Henderson)

Tutucu kolun fonksiyonel ucu kronun gingival üçlüsünde yar almalıdır. Bu lokasyonlar destek dişleri horizontal ve rotasyonel kuvvetlere karşı korur.

Kroşe seçiminde başlıca faktörler:

1— Kroşelenecek dişler: Molar, premolar, kanin

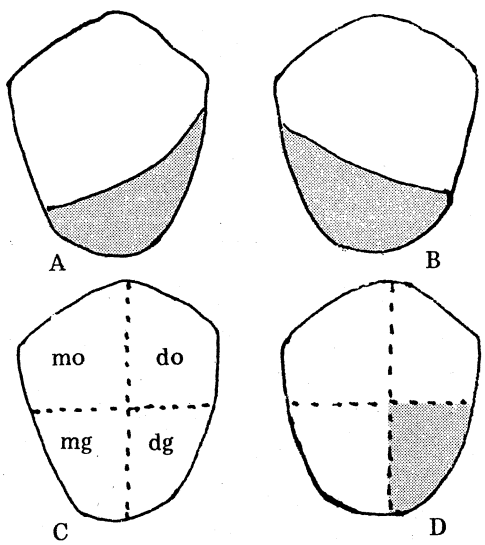
2— Kroşelenecek yüzey: Lingual, labial veya bukkal,

3— Diş üzerindeki en uygun andırkat bölgesi: Distal veya mezial,

4— Estetik faktör: Kroşenin görünürlüğü

Bunların dışında, embraşur kroşe için inter okluzal mesafe veya saçtokası kroşe için gerekli yüzey genişliği gibi daha az önemde faktörler de vardır.

Kroşelenecek yüzey, survey çizgisi ile dörde bölünebilir. Meziooklüzal, distooklüzal, meziogingival, distogingival.



Şekil: (E.L.Miller)

İki oklüzal bölüm gerek estetik ve gerekse fonksiyonel açıdan kroşe tutuculuğu için uygun bir bölge değildir. Halbuki gingivaya yakın iki bölüm çeşitli kroşe tasarımları için ençok kullanılır.

Şimdi çeşitli kroşe planlamalarını inceleyelim:

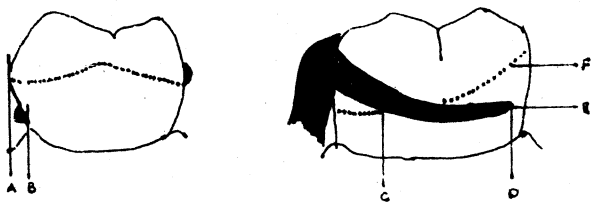
A- ÇEVRESEL KROŞE PLANLAMALARI

Bunlar ekvator altına okluzal yönden yaklaşan kroşe şekilleridir. Arkası dişle sonlanan hareketli bölümlü protez olgularında kullanılabilecek en uygun kroşelerdir.

1— Basit Çevresel Kroşeler (Akers, C kroşe)

Destek dişteki andırkat alanları protez plağının karşıtında (yani ondan uzakta) yer alıyorsa bu durumda basit çevresel kroşeler kullanılır. Bir tutucu kol ile onu dengeleyen karşılayıcı kol ve bir oklüzal tırnaktan oluşur.

Akers kroşesi kalın ve kuvvetli bir kroşedir. Üzerine yerleştirileceği destek dişin de gerek kendisinin ve gerekse alveol desteğinin sağlam olması gerekir. Zayıf desteklerde kullanılmamalıdır.



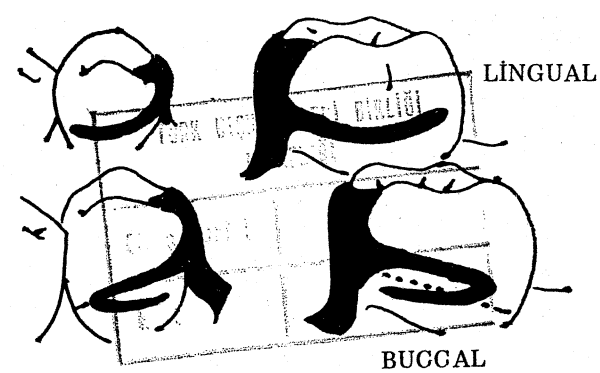
Şekil: (E.L.Miller)

2— Tersine etkili Kroşe (Saç tokası, Reverse Action)

Destek dişlerdeki andırkat alanları protez plağına yakın olduğunda bu tür kroşeler kullanılır. Bağlayıcıdan çıkan kol rijid olmalı ve ekvator üstünde seyretmelidir. Geriye dönen tutucu uç ise, esnek olmalıdır. Bu tür andırkatları, halka çevresel kroşe ve bar kroşe kolları da tutabilir. Fakat proksimal andırkatın kullanılması gerekli bir posterior dişte bar kroşe kullanılmasını engelleyen bir doku andırkatı veya yüksek bir doku ataçmanı varsa bu tip kroşe kullanılabilir.

Bu durumda bir halka kroşeden de yararlanılabilinir. Ama bunun için de destek dişin lingualinde doku andırkatı olmamalı ve bağlayıcılar dili rahatsız etmemelidir.

Böylesine sınırlı durumlarda bile kullanıldığında oylumu (hacmi) gereği diş üzerinde geniş yer kaplar ve yiyecek birikimlerine neden olabilir. Bu nedenle anterior dişlerde yeğlenmez. Ayrıca bu kroşe için diş yüzeyi yeterli genişlikte olmalı ve kapanışta karşıt dişle prematür değim oluşturmamalıdır.



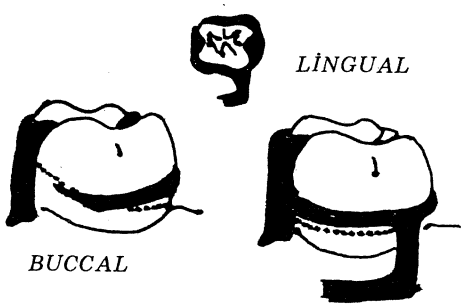
Şekil: (D. Henderson)

3— Halkalı Kroşe (Ring Kroşe)

Bu kroşe destek dişin meziolingualinden başlar ve ekvator hattı boyunca dişi çepeçevre sararak, dönüp meziobukkal andırkatta son bulur.

Daha çok posterior bölgede tek kalmış ve eğilmiş ikinci ve üçüncü molarlarda kullanılır. Genellikle tutucu alanlar, üst molarların meziobukkal andırkatlarında, alt molarlarda ise meziolingual andırkatlarda yer aldığından ring kroşelerin retantif ucu bu andırkatlarda sonlandırılmalıdır.

Bu kroşe destek dişin andırkat bölgesine okluzal-



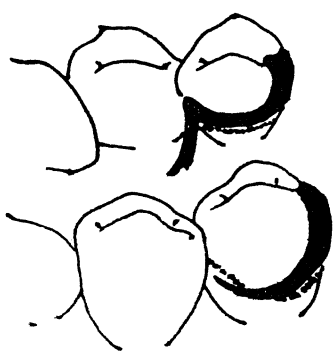
Şekil: (D.Henderson)

den yaklaşılamıyorsa ve bar kroşe kullanılmasına engel bir durum varsa düşünülmelidir.

Diş üzerinde fazla yer kapladıkları için ağız hijyeni kötü hastalarda olası çürük ve periodontal hastalıklardan korumak için dişi kuronlamakta fayda vardır.

4 Geri Hareketli ve Tersine Geri Hareketli Kroşe (Back Actıon ve Reverse Back Action)

Bu kroşe yerine andırkata basit bir çevresel kroşe ile daha az diş yüzeyi örterek ve daha az metal görünerek erişmek olanağı çok daha fazladır.



Bir oklüzal tırnak daima rijit bir minör bağlayıcıya bağlanmalı ve hiçbir zaman sadece kavrama kolu ile desteklenmemelidir. Eğer okluzal tırnak esneyebilir bir elemanın parçası ise gerekli fonksiyonu yapamaz. Mc.CRACKEN bu kroşeyi biyolojik ve mekanik olarak pek tutmamakla beraber, küçük bağlayıcısının bukkalde veya lingualde olması dolayısıyla distal papilin sağlığının korunduğunu söyleyip önerenler de vardır (Özellikle arkası sonsuz olgularda).

5 – Embraşur Kroşe (Çift Akers)

Modifikasyonu olmayan II. ve III. sınıf ağızlarda kullanılır. Daima iki okluzal tırnak ile iki tutucu ve iki karşılayıcı kolu olmalıdır. Bu kroşe ağız hijyeni iyi olan ve yeterli inter okluzal mesafesi olan ağızlarda, dişlerde herhangi bir restorasyon yapılmadan kullanılabilinir. Eğer hastanın ağız hijyeni iyi değilse dişler uygun kronlarla kaplanarak bu kroşe kullanılmalıdır.

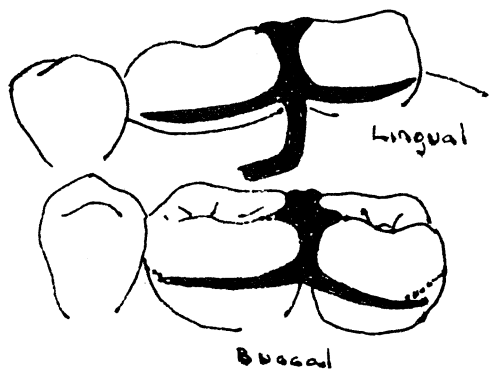
Bu kroşeler rijid olduklarından derin andırkatlara konulmazlar.

6 Multiple Kroşe

Modifikasyonu olmayan Kennedy II ve III olgularında ek bir retansiyon sağlamak için kullanılır.

7 Yarım Yarım Kroşe (Half and Half)

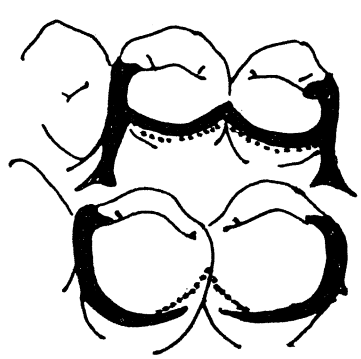
Çevresel tutucu kolu bir yönden, karşılayıcı kolu ise başka bir yönden yükselir. İkili tutuculuk sağlamak için planlanmıştır. Tek taraflı dişsizlik gösteren olgularda kullanılır.



B- BAR KROŞELER

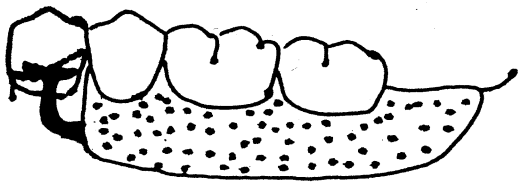
Bu kroşeler protezin iskeletinden çıkan ve dişlerin kök yönünden okluzal yön doğru yükselen, dişin andırkat bölgesine diş etinden yaklaşan kroşeler olarak tanımlanabilir. Diş üzerinde en az yer kapladıklarından daha çok tercih edilirler.

En çok arkası sonsuz K (I) olgularında destek dişteki andırkatın distobukkal yüzde yer aldığı durumlarda kullanılır. Bu tip olgularda T-Bar kroşe kullanıldığı zaman, eğer dişin çevresi 180 dereceden fazla sarılmış ise T-Bar'ın mezial uzantısının kullanılmasına gerek yoktur. Fakat dişin 180 derece sarılmasına gereksinim varsa o zaman mezial parça ekvatorun üstünde seyredecek şekilde yerleştirilir.



Mandibular kanin ve premolarlarda, maxillar dişlere göre daha çok kullanılır, çünkü alt çenede daha doyurucu estetik elde edilir.

Bu kroşe de tutuculuk sürtünme ile değil andırkat bölgeye konulan tutucu ucun deformasyona direnci ile elde edilir.



Ekvator çizgisinin okluzale yakın olduğu dişlerde estetik sakıncası nedeniyle kullanılmaz. Ayrıca derin doku andırkatına sahip bir destek dişte yanağı rahatsız edeceğinden ve yiyecek birikimine neden olacağından tercih edilmezler.

C- BİRLEŞİK KROŞE (Combination K.)

Bu kroşe bütünün tutucu kolu bükme telle, karşılayıcı kolu ise dökümdür. Tutucu kolu hemen her zaman çevresel kroşe tipindedir.

Maksimum esnekliğe gereksinim duyulduğu zaman kullanılır. Eğer kroşelenecek diş periodontal olarak zayıf bir destek diş ise üzerine gelecek stressin en az olması isteniyorsa bu tip kroşeler kullanılır. Sonu serbest biten olgularda destek dişteki andırkat meziobukkal yüzde ise tercih edilirler.

KAYNAKLAR

1 — *Çalikkocaoğlu, S., Bölümlü Protezler . İstanbul Üniversitesi Yayınları No: 2812 .Kudret Matbaası. İstanbul 1981.*

2 — *Huderson D , Steffel V.L.: Mc CRACKEN's Removable Partial Prosthodontics., Fıfth Ed., The, C.U.Mosby Comp., Saınt Lovis, 1977.*

3 — *Hudis, M.M.: Occlusion in removable pastial denwes . Dent. Clin. North. Am. 25:3.1981.*

4 — *Miller E.L: Removable Partial Prosthodontics Fırsth. Ed., The Williams and Wilkıns Comp. Baltimore.*

5 — *Stewart, K.L., Rudd. D., Kuebker W.A.: Clinical Removable Partial Prosthodontics. The C. V.Mosby Comp, Saint Louis, 1983.*

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
(Birleşmiş iller ve merkezleri)

MERKEZ YÖNETİM KURULU

Dt. Yılmaz Bilgin - Genel Başkan
Dt. Cengiz Özyalçın - Genel Başkanvekili
Dt. Eser Cilasun - Genel Sekreter
Dt. Nazif Yurdakul - Genel Sayman
Dt. Cemil Altay
Dt. Avni Aydemir
Dt. Hüseyin Elmacı
Dt. Ateş Erinanç
Dt. Kazmir Pamir
Dr. Dt. Demir Temuçin
Dt. Demir Tomiçin
Atatürk Bulvarı 115/11 Kızılay / Ankara
Tel: 17 74 92

ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Ümit Ülküer - Başkan
Dr. Dt. Demir Temuçin - Başkan Yardımcısı
Dt. Hüsnü Çuhadar - Sekreter
Dt. Nevit İlkay Batum - Sayman
Dt. Kılıç Aslan
Dt. Muhlis Polat
Dt. Okan Sözener
Dt. Orhan Halil Özkan
Dt. Faruk Göknar
Mithatpaşa Cad. No: 65/6 Kızılay / Ankara
Tel: 32 24 46

ANTALYA DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Ali Zeybek - Başkan
Dt. Aygülsün Yenigün - Başkanvekili
Dt. H.Nuray Yılmaz - Sayman
Dt. Mustafa Akbaba - Sekreter
Dt. Hüseyin Çelik
Çetinkaya Cad. Şanlı Apt. No: 117/5 Antalya
Tel: 9 311 15109

ADANA DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. M. Asım Savaş - Başkan
Dt. Hasan Sahi - Başkanvekili
Dt. Fazıl Görkem - Sekreter
Dt. Mehmet Hallaçoğlu - Sayman
Dt. Muzaffer Nisanoğlu
Stadyum Cad. Kervansaray Apt. No: 41/1 Adana
Tel: 9 711 347 67

AYDIN DİŞHEKİMLERİ ODASI GEÇİCİ YÖNETİM KURULU

Dt. Emin Yaşar
Dt. Cevdet Ağan
Dt. Tan Sezer
Dt. Hamdi Erol
Dt. Ömer Yetkiner
Gazi Bulvarı No: 15 Kat: 2 Aydın
Tel: 9 631 14 288

BALIKESİR DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. İbrahim Şener - Başkan
Dt. Alaaddin Güler - Başkanvekili
Dt. Tuna Çay - Sekreter
Dt. Yunus Özgür - Sayman
Dt. Zinnur Gündoğan
Örücüler Cad. Çarşı İşhanı Kat 4/16 Balıkesir
Tel: 9 631 12 983

BURSA DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Bülent Aktaş - Başkan
Dt. Hüsnü Öztürk
Dt. Doğan Başöz
Dt. Tayfun İrfan
Dt. Tanju Pala
Altıparmak Cad. Petek İşhanı 39/18 Kat: 3 Bursa
Tel: 9 24 22 69 69

DİYARBAKIR DİŞHEKİMLERİ ODASI GEÇİCİ YÖNETİM KURULU

Dt. H.Oğuz Üçok
Dt. Mehmet Bozyel
Dt. Tarık Ataç
Dt. Rezzan Alp
Dt. Cemal Mermutlu
Gazi Cad. Acar Sok. No: 4 Diyarbakır
Tel: 9 831 12 943

ESKİŞEHİR DİŞHEKİMLERİ ODASI GEÇİCİ YÖNETİM KURULU

Dt. Haluk Çelikoğlu
Dt. Haşmet Uygun
Dt. Ahmet Ataç
Dt. Mahmut Palaz
Dt. Sami Dobrucanlı
İsmet İnönü Cad. Nayman Sok. No: 2/3 Eskişehir
Tel: 9 221 158 67

ERZURUM DİŞHEKİMLERİ ODASI GEÇİCİ YÖNETİM KURULU

Dt. Mehmet Akçay
Dt. Abdulvahit Erdem
Doç. Dr. Muzaffer Gülyurt
Dt. Sabahattin Kırıcı
Doç. Dr. Şeref Gündoğan
SSK Rand Tesisleri 2. Blok Kat: 2 No: 235 Erzurum
Tel: 9 011 35 868

EDİRNE DİŞHEKİMLERİ ODASI GEÇİCİ YÖNETİM KURULU

Dt. Ersah Kale
Dt. Akşit Takan
Dt. Faruk Etker
Dt. Cafer Ağaoğlu
Dt. Semih Uçankale
Saraçlar Cad. Özelidare İşhanı Kat: 1 Edirne
Tel: 9 1811 1763

HATAY DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Mustafa Kıyak - Başkan
Dt. İlyas Mukannesgil - Sekreter
Dt. İnayet Taşçı - Sayman
Dt. Cengiz Melek
Dt. Ahmet Zeki Saygılı
Harbiye Cad. Maksim Gazinosu No: 6 Hatay
Tel: 9 891 230 49

GAZİANTEP DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Mehmet Göksel - Başkan
Dt. Cevdet Almacıoğlu - Başkanvekili
Dt. Burhan Yetkin - Sekreter
Dt. A.Fehmi Batur - Sayman
Dt. Ali Sayın
Mütercim Asım Cad. No: 17/3 Gaziantep
Tel: 9 851 113 13

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Yılmaz Manisalı - Başkan
Prof. Dr. Dt. Gülümser Koçak - Başkanvekili
Dt. Kazmir Pamir
Dt. Ali Özden Uçansu
Dt. Çınar Erölçer
Dt. Haydar Aslan - Sayman
Dt. Celal Korkut Yıldırım - Sekreter
Dt. Ertuğrul Oğuz
Dt. Hüseyin Meşeci
Meşrutiyet Cad. 182/7 Şişhane/İstanbul
Tel: 9 1 144 44 42

İÇEL DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Mahmut Cömert - Başkan
Dt. Tahsin Ceylan
Dt. Bülent Özdemir
Dt. Tuncay Etiler
Dt. Osman Kökner
Piri Reis Mah. Plaj Yolu 145. Sok. No 12/1 İçel
Tel: 9 741 150 71

İZMİR DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Haluk Baylas - Başkan
Dt. Serhat Çınarcık
Dt. Levent Özses
Dt. Zekai Şentaş
Dt. Mustafa Oral
Dt. Behzat Özbozdağ
Dt. Sezer Yaman
Dt. Ali İhsan Örsel
Dt. Sevil Erman
1399 Sok. No: 15/9 Alsancak/ İzmir
Tel: 9 51 22 57 50

KONYA DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Rasih Vardım - Başkan
Dt. Haluk Poçan
Dt. Necati Hilmi Küçükyıldız
Dt. Ahmet Birlik
Dt. Naci Gürdin
İstanbul Cad. Kasabalı İşhanı Kat. 3 No: 315-316
Tel: 9 331 18 258

KOCAELİ DİŞHEKİMLERİ ODASI GEÇİCİ YÖNETİM KURULU

Dt. Oktay Sarmat
Dt. Cumhur Ergüney
Dt. Nejat Eratalar
Dt. Metin Ulusoy
Dt. Ercan Acar
Alemdar Cad. Beyaz Han No: 21 Kat: 3 Kocaeli
Tel: 9 211 155 90

KAYSERİ DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Halit Erkiletlioğlu - Başkan
Dt. Mustafa Oğuztimur - Başkanvekili
Dt. Alaaddin Duru - Sekreter
Dt. Sadullah Çetin - Muhasip
Dt. Remzi Çetiner
Millet Cad. 39/2 Kayseri
Tel: 9 351 22 293

MANİSA DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. İbrahim Ay
Dt. Selahattin Tural
Dt. Kazım Tezgin
Anafartalar Mah. Cumhuriyet Cad. No: 31 Manisa
Tel: 9 5511 17 92

MALATYA DİŞHEKİMLERİ ODASI GEÇİCİ YÖNETİM KURULU

Dt. Şahin Çekirdek
Dt. Oktay İpekçi
Dt. Güngör Ünal
Dt. Sünusi Alibeyoğlu
Dt. Ercan Erdoğan
Dt. Şahin Çekirdek
Çekirdek Pasajı Kat: 2 Malatya

SAMSUN DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Dt. Mehmet Egeli - Başkan
Dt. Köksal Piyade - Başkanvekili
Dt. Abdullah İlker Sekreter
Dt. Adnan Mısırlıoğlu - Muhasip
Dt. Aytekin Turgut
Kale Mah. Sakarya Cad. No: 9/10 Samsun
Tel: 9 361 12 805

SİVAS DİŞHEKİMLERİ ODASI
GEÇİCİ YÖNETİM KURULU

Dt. Erhan Akay
Dt. Salih Gül
Dt. Hidayet Çolakoğlu
Dt. Bedri Erişen
Dt. Faruk Süha
Bankalar Cad. 2. Park Sok. 2/1 Sivas
Tel: 9 477 131 01

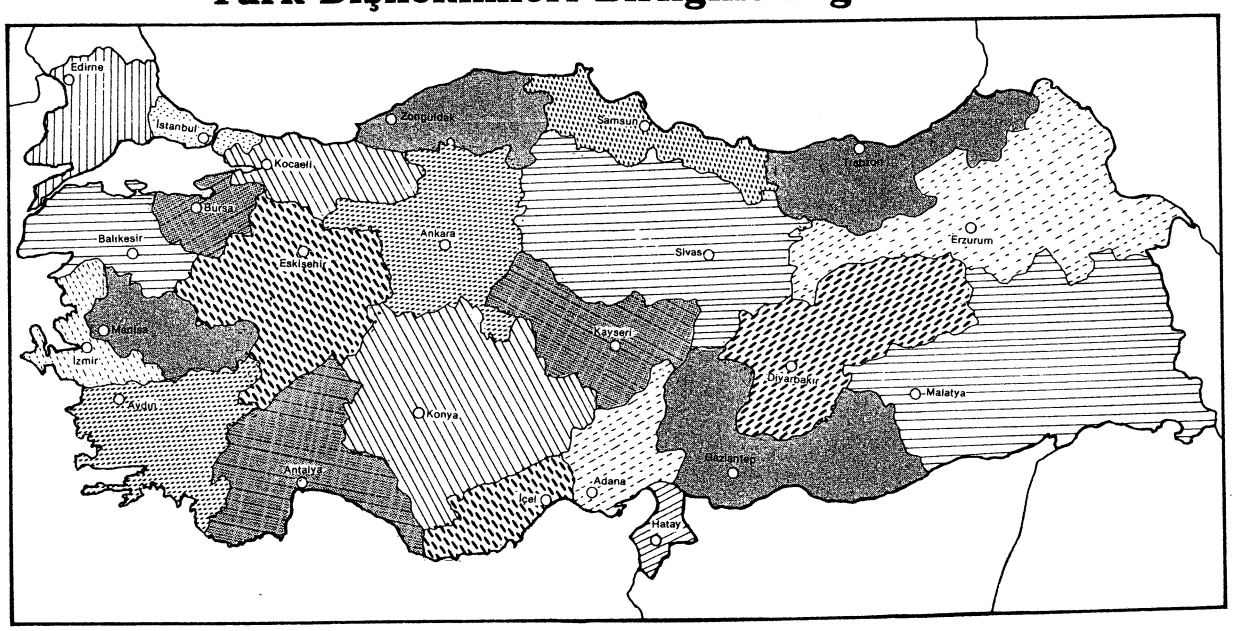
TRABZON DİŞHEKİMLERİ ODASI
GEÇİCİ YÖNETİM KURULU

Dt. Taner Önal
Dt. Cemil Bulak
Dt. Ahmet Armutçu
Dt. Habibe Demirci
Dt. Hasan Ziya Kurtkaya
Halkevi Sok. Mürtezaoğlu İşhanı Kat: 3 No: 65 Trabzon

ZONGULDAK DİŞHEKİMLERİ ODASI
YÖNETİM KURULU

Dt. Mehmet Çakmakçı
Dt. Ali Bakkaloğlu
Dt. İzzet Çığ
Dt. Vehbi Kutayer
Dt. Bekir Atalay
Dt. Mehmet Çakmakçı
Nizam Cad. Okul Sok. Korkmaz Pasajı Kat: 1 No: 2 Zonguldak
Tel: 9 381 15 122

Türk Dişhekimleri Birliğine bağlı odalar



DUYURU

Son yıllarda bütün dünyada, özellikle de Avrupa ve Amerika'da görülen AİDS hastalığına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yaklaşımını doğru bulmakla birlikte eksik olduğu konusundayız. Türkiye'nin sağlık açısından en büyük meselelerinden biri olduğuna inandığımız sahte Dişhekimleri konusunda da, AİDS yayılmasının önlenmesi için, halkımıza duyuru yapmak gerektiğine inanıyoruz. Bilindiği gibi sahte Dişhekimleri, ağız içerisinde iğne yaparak, diş çekerek faaliyetlerini sürdürmektedirler ve yine bunlar; yani sahte Dişhekimleri aletlerini sterilize etmeden, bir başka hastanın ağzında kullanmaktadırlar. Böylelikle de AİDS'in yayılmasında birinci derecede rol oynayabilirler. AİDS hastalığı konusunda halkımızın dikkatinin bu konuyada çekilmesi gerekmektedir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yayınladığı AİDS'den korunma yöntemleri çerçevesinde bu konuda da yeterli duyarlılığı göstermek zorundadır. Bakanlık sahte Dişhekimleri konusunda bundan sonra, bu açıdan daha duyarlı olmalıdır.

Merkez Yönetim Kurulu Adına
Genel Başkan
Dt. Yılmaz Bilgin

Odalarımızın artan mali sorunları üzerine Birlik Saymanı Dt. Nazif Yurdakul'un yazısı

3224 sayılı yasa dişhekimliğinde yeni bir dönemin başlangıcı olmuştur. Yasamızın uygulamada ortaya çıkan eksikliklerinin yasama organlarınca zaman içerisinde giderileceğine inancımız tamdır.

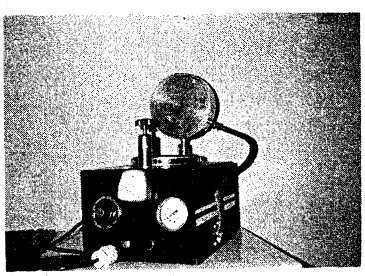
Bu yasanın önemi bağımsız dişhekimleri örgütü sağlamış olmasıdır. Yasal yeterli dişhekimleri sayısını bulmuş illerde kamu kuruluşu niteliğinde olan odalarımız kurulmuş, tüzel kişilik kazanmış ve seçimlerle Türk Dişhekimleri Birliğini oluşturmuştur.

Türk Dişhekimleri Birliğimiz kuruluşunu tamamlar tamamlamaz, uzun yılların biriktirmiş olduğu sorunlarla karşılaşmış bir yandan bunlara çözüm ararken öte yandan yasanın zorunlu kıldığı yönetmelikleri hazırlama çabasına girmiş ve hazırlayarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görüşüne sunmuştur. Ayrıca yasal zorunluluk olan 100 dişhekimi sayısını aşamamış illeri birleştirip olağanüstü genel kuruldan geçirerek diğer kurulmamış dişhekimleri odalarını da kuruluş aşamasına getirmiştir.

Yasanın çıkmasından sonra meslektaşlarımız arasında kıvanç verici bu canlılık ve dayanışma yıllarca özlemini duyduğumuz bir tablo oluşturmaktadır.

Sekizbin civarında dişhekimini çatısı altında toplayan ve onların haklarının savunucusu olan Türk Dişhekimleri Birliği, onlardan aldığı güçle görev başındadır. Onları maddi yönden güçlü kılalım. Başarı dişhekimlerinin başarısı olacaktır.

Türk Dişhekimleri Birliği
Genel Saymanı
Dt. Nazif Yurdakul



Extromat Tipi
Biodent-İzosit-
Plastik Köprü vs.
çalışmaları için
basınçlı kazan
● Yarı otomatik

Son derece uygun fiat **(KDV dahil)**

225.000 TL
1 yıl garantili

Atatürk Bulvarı 115/12 ANKARA
Tel: 25 77 57

SATILIK
Kullanılmış Japon
Unit ve Koltuk
Tel: 17 72 57

TUNA
DİŞ DEPOSU

Kadir Hamamcı

İzmir Cad. Halilbey Çarşısı No. 9/37
Tel: 30 63 28 *Kızılay-ANKARA*

Dişhekimliğinin sorunları

Dt. Halit Erkiletlioğlu
Kayseri Oda Başkanı

MEMLEKETİMİZDE ağız sağlığı ve dişhekimliği maalesef henüz yerini bulmuş değildir. Bu durum üç sebepten kaynaklanmaktadır.

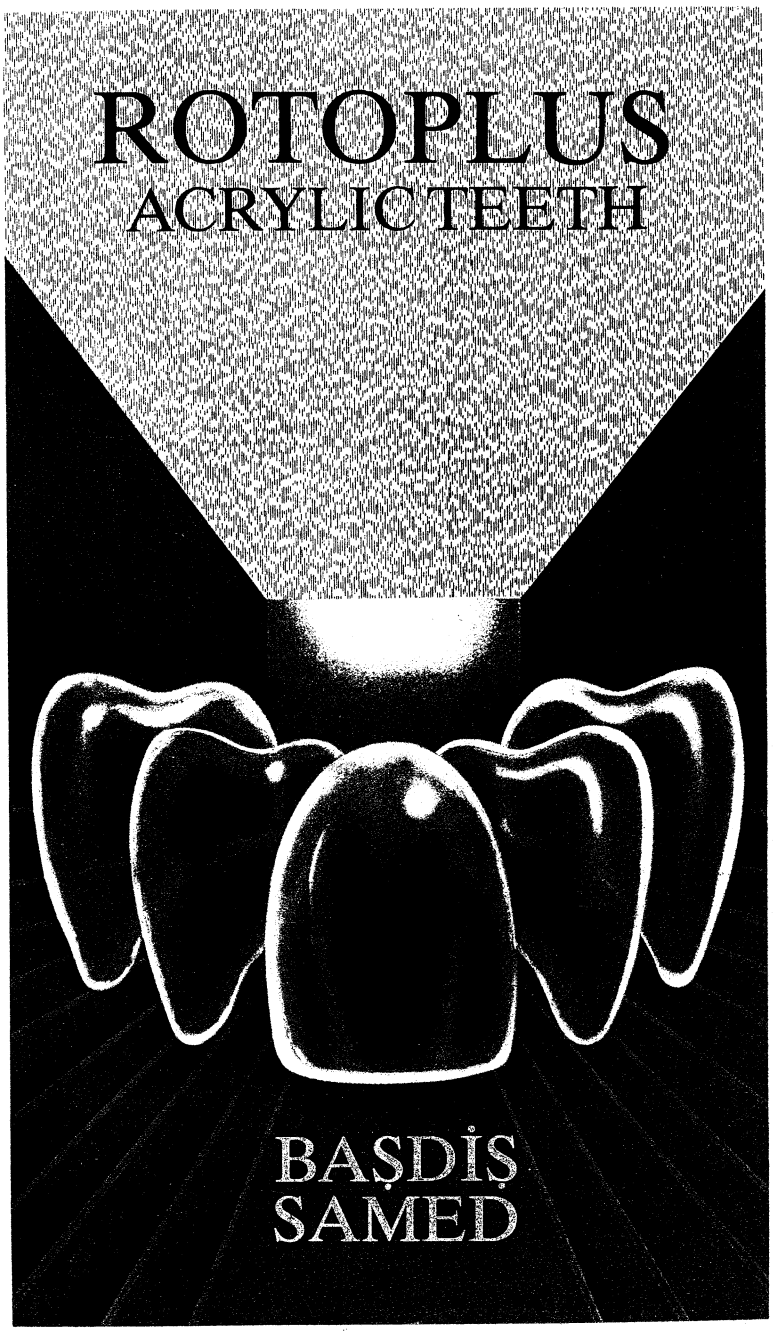
Birincisi, Devletin Dişhekimliği mesleğini bazı standartlara kavuşturamamış olmasıdır. Türkiye'nin sekiz ayrı üniversitesinde değişik eğitim verilirken, kamu hizmetlerinde çalışan meslektaşlarımız da diğer hekimlerden farklı muameleye tabi tutulmaktadır. Oysa dişhekimliği, tıp ile sanatı birleştiren bir maharet istedikten başka oldukça yorucu ve stresli bir meslektir. Dolayısıyla diğer hekimlerden farklı muamele görmesi en azından haksızlıktır.

Devlet, diş tedavi ve protez ödemelerinde de günün şartlarına uymayan ilim dışı bir uygulamayı ısrarla yürütmektedir. Bir misal verirsek, Memurlarına wipla kron denilen bir madde dışındaki maddelerle yapılan kron ve köprülere ödeme yapmamaktadır. Halbuki wipla denilen alaşımı, ağız şartlarında okside olduğu için kullanılması mahsurludur. Bu sebepten ne diş hekimliği fakültelerinde ve ne de Batıda kullanılmamaktadır.

İkinci problem, dişhekimlerinin organize olamamalarından doğmaktadır. Zor ve masraflı bir tahsilden sonra okuldan mezun olan dişhekimi, eğer ailesinden yardım görmüyorsa çok büyük bir sermayeye ihtiyaç olduğu için muayenehane açması mümkün olamamakta böylece ya işsiz kalmakta veyahut derme çatma muayenehanelerde teknisyenin kucağına düşmektedir.

Dişhekimliği mesleğinin üçüncü meselesi ise halkın bu konuda gerektiği şekilde eğitilememesinden kaynaklanmaktadır. Hekime gelen vak'aların çoğunluğunda çürük veya apse had safhaya girmiş olmakta, ağız hijyeninin de son derecede bozuk olduğu görülmektedir. Bu durumda yapılacak tedavilerin tabii ki başarı şansı azalmaktadır. Bir de işin içine hekim hasta arasındaki maddi anlaşmazlıklar girince meslektaşlarımızın yüklendiği sıkıntıyı yeterince ifade ettik sanırız.

Devletimizin ağız sağlığı politikasını dünya standartlarına uygun hale getirmesi, mesleki dayanışmayı sağlayacak kanun ve yönetmenliklerin bir an önce çıkarılması ve en önemlisi genel sağlık sigortası kanununun çıkartılarak hekim hasta arasındaki maddi alışverişin kaldırılması Dişhekimliği mesleğini rantabl bir şekilde halk hizmetine sokacaktır.



Sayın Dişhekimlerimiz,

2 yıl önce İtalyan EPOR MODEL ve Lichnestayn menşeli akrilik üreten R.C. firması ile yaptığımız anlaşmalar sonucu sizlere ROTOPLUS marka 5 ayrı formda ve 10 değişik renkte bir plastik diş sunmak istiyoruz. Sunabildiğimiz özellikleri kısaltarak bildirmek istiyoruz.

1. Dişlerimizin formları ağız oklizal yapısı düşünülerek hazırlandığından size istediğiniz anatomik kolaylığı sağlamaktadır.

2. Akrilik özelliği diş imalatı için özel olarak hazırlanmış olup açık bir ortamda krom nikel kalıp içinde pişecek Lumin Sent'li olduğundan herhangibir sertleştiriciye gerek duymaksızın, şu ana kadar yerli imalat dişlerin başlıca problemi yumuşak olma ve renk değiştirme gibi menfi sonuçlarını ortadan kaldırmıştır. Renklerimiz biodent renklerine uyumlu olarak boyandığından biodent skalasını kullanma imkanı verdiği gibi, parsiel protezlerde kullanım kolaylığı verir.

3. Satış sonrası şikayetleriniz ve eklemek istediğiniz şeyler konusunda satış elemanlarımız ve irtibat büromuz sürekli emrinizdedir. Firmamız her an aldığınız dişleri değiştirmek konusunda size istediğiniz yardımı yapacaktır.

Fabrika:
Demir Sanayii
Baharlı Sokak No: 17
Tel: 410443

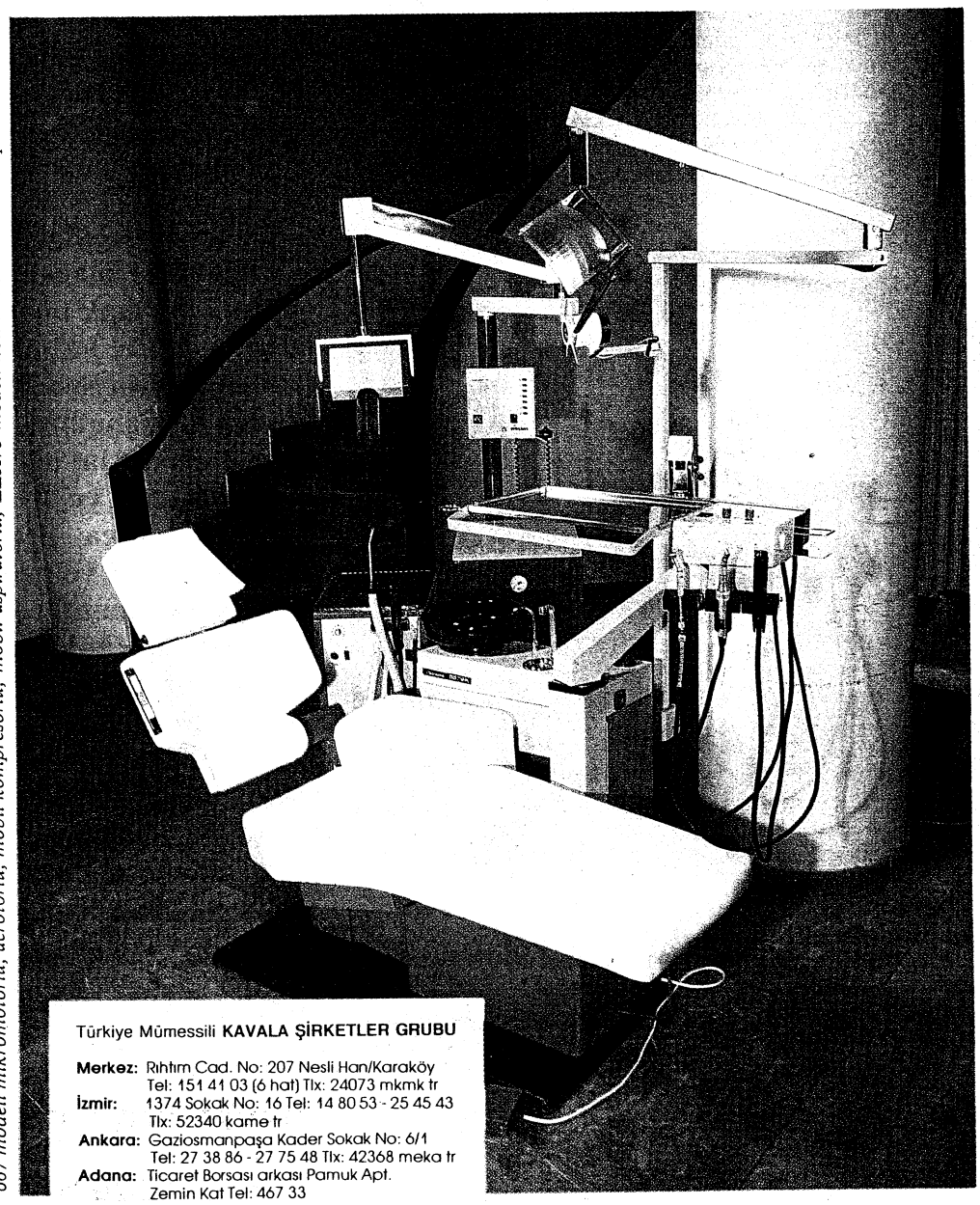
Türkiye Satış Sorumlusu:
Sıdkı Ayan
Lale Sok. 19/15
Tel: 304677 Sıhhıye/ANKARA

Chirana

DİŞ ÜNİT VE KOLTUKLARI

Chirana

SINIRSIZ TECRÜBE
BOL YEDEK PARÇA
ANINDA SERVİS
DERHAL TESLİM
ÖDEMEDE KOLAYLIK



667 modeli mikromotorlu, aerotörlü, mobil kompresörlü, mobil aspiratörlü, ELH/3 modeli koltuk ile birlikte komple unit.

Türkiye Mümessili **KAVALA ŞİRKETLER GRUBU**

Merkez: Rıhtım Cad. No: 207 Nesli Han/Karaköy
Tel: 151 41 03 (6 hat) Tlx: 24073 mkmk tr
İzmir: 1374 Sokak No: 16 Tel: 14 80 53 - 25 45 43
Tlx: 52340 kame tr
Ankara: Gaziosmanpaşa Kader Sokak No: 6/1
Tel: 27 38 86 - 27 75 48 Tlx: 42368 meka tr
Adana: Ticaret Borsası arkası Pamuk Apt.
Zemin Kat Tel: 467 33

BOYUT

22 Kasım kutlamaları

Dt. Ümit Ülküer

Geçtiğimiz senenin Kasım ayı sonlarında 22 Kasım çalışmalarını yaptık. Türkiyede dişhekimliğinin bilimsel olarak kurulduğu gün kabul edilen 22 Kasım'ı sembolik bir gün olmanın ötesinde 29 Kasım'a kadar uzanan bir hafta şeklinde kutladık. 22-29 Kasım tarihleri arasındaki "Ağız ve Diş Sağlığı Haftası'nda" mesleğimizin her boyutunun gündeme geldiği ve kamu oyunda hatırlandığı bir takım faaliyetlerimiz oldu.

Gerçekleştirebildiğimiz bu faaliyetleri şu şekilde özetliyebilmek mümkündür. Genelde ağız ve diş sağlığını vurgulayan bir afiş hazırlıyarak bunların okullarda ve Ankara'daki toplu ulaşım vasıtalarında sergilenmelerini sağladık. Afişimizde vücut ve ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi vurgulayarak "çürüyen bir diş çürüyen bir vücuttur" sloganı kullanıldı.

İlk ve Orta dereceli okullarda ağız ve diş sağlığı konulu konferanslar tertiplendi. Ağız ve diş sağlığı konularında eğitsel bilgiler verildi. Bu amaçla çalışmalara katılan odamız üyesi sayın meslektaşlarımıza ve ayrıca SSK Topraklık Diş Tedavi ve Protez Merkezi ile Ankara Hastanesi Diş Tedavi ve Protez Merkezine teşekkürlerimizi arz etmek isteriz. Hiç şüphe yok ki bu tür eğitsel faaliyetler sonradan yapılacak olan çalışmaların başlangıcı niteliğinde olmuştur.

22-29 Kasım tarihleri arasında basın ve TRT ile sıkı bir ilişki kurularak toplumumuzla geniş tabanlı bir ilişki gerçekleştirilebilmiştir. Hafta öncesinde yaptığımız radyo konuşmalarını 21 Kasım günü Türk Dişhekimleri Birliği ile düzenlediğimiz basın toplantısı izledi. Yine 21 ve 22 Kasım akşamları TV den haftamızla ilgili haber ve görüntüler verildi.

22 Kasım Cumartesi günü S.S.Y.B. Eğitim Tesislerinde konuklarımızın ve tüm meslektaşlarımızın davet edildiği bir toplantı gerçekleştirildi. Haftamızın açılışı nedeni ile yaptığımız bu kutlama toplantısında günün anlam ve önemini belirten konuşmalar yapıldı.

Mesleğimize 40 yıl ve daha fazla hizmet vermiş olan sayın meslek büyüklerimize şükran plaketleri sunuldu. Toplantı sonunda düzenlenen kokteyl, meslektaşlarımızın karşılıklı görüşüp kaynaşmalarını sağlayan samimi bir ortam yaratması yönünden bizlere gurur verdi.

Sanırız haftamızın topluma yönelik mesleki dayanışmamızın en anlamlı bir şekilde sergilendiği gün, 29 Kasım oldu.

29 Kasım Cumartesi günü odamızın düzenlemesi ile Ankara'da muayenehanesi bulunan serbest dişhekimi meslektaşlarımızın büyük bir kısmının katılımıyla bir kampanya gerçekleştirdik. Koruyucu Toplum sağlığına yönelik hizmetlerde bizlere de düşen görev olduğunun bilinciyle, "çocuk ağız ve diş sağlığı" konularında muayenehanelerimizi ücretsiz olarak halkımıza açtık. Yurt çapında ilgi uyandıran bu etkinliğimize katılabilen, katılamayıp fikirleri ile güç veren mesleğimiz mensuplarını kutluyor ve saygı duyuyoruz. Tek bir günle ağız ve diş sağlığındaki bilinçlenme eksikliklerinin giderilemeyeceğini bilerek, bu kampanyanın benzerleri ile sürme çabalarında öncülük yaptığına inanıyoruz.

Dileğimiz, beraberce, toplum için dayanışma anlayışıyla nice 22 Kasımlara . . . . . .

Saygılarımızla

we sell quality

Uluslararası
Dil
Merkezi

DİŞ HEKİMLERİ - AKADEMİSYENLER, TIP DOKTORLARI İÇİN ÖZEL TIBBİ İNGİLİZCE, YÖK YETERLİK ve TIP İHTİSAS SINAVLARINA HAZIRLIK PROGRAMLARINA KATILIN...

Eskişehir Dişhekimleri Odası I. Genel Kurulu yapıldı

Eskişehir Dişhekimleri Odası 1. Genel Kurulu 31 Ocak-1 Şubat 1987 günleri Devlet Demiryolları Hastanesi konferans salonunda toplandı Çoğunluğun sağlanması üzerine Kongre Divanı Başkanlığına Dt. Orhan Karabuda, Başkanvekilliğine Dt. Haluk Çelikoğlu, Katip Üyeliklerine Dt. Mine Yükselen ve Dt. Tarık Tuncel seçildiler. Genel Kurula Birlik Genel Başkanı Dt. Yılmaz Bilgin ve Birlik Genel Sekreteri Dt. Eser Cilasun da katılıp birer konuşma yaptılar. İlk gün görüşmeler yapıldı. Geçici yönetim kurulu faaliyet raporu ve bütçesi görüşüldü. Kabul edildi. Söz alan üyeler mesleki sorunları dile getirdiler. İkinci gün seçimlere geçildi. Seçimlerde 113 kayıtlı üyeden 79 üye oy kullandı. Seçim sonuçları şöyle:

YÖNETİM KURULU

1. Ahmet Ataç
2. Mahmut Palaz
3. Sami Dobrucalı
4. Haluk Çelikoğlu
5. Tarık Tuncel

DİSİPLİN KURULU

1. İnan Vardar
2. Nursel Bolel
3. Ekrem Ünlü
4. Kayhan Güven
5. Özer Çerençe

BİRLİK GENEL KURUL DELEGELİĞİ

1. Ahmet Ataç
2. Mahmut Palaz
3. Sami Dobrucalı
4. Semih Ayday
5. Ekrem Ünlü

Kayseri Bölgesi Dişhekimleri Odası'ndan kısa haberler

★ Kayseri ve kazalarında çalışan 30 adet sahte Dişhekimi Sağlık Müdürlüğü vasıtası ile Savcılığa verildi.

★ Kırşehirde 17 Dişhekimi Odamıza kaydedilerek Temsilciliğe Dt. Cengiz Çelikten tayin edildi.

★ Nevşehir'de Odamız Temsilciliğine Dt. Erdal Bayram tayin edildi.

★ Odamız mensupları 22 Kasımda başlayan Dişhekimliği haftası kapanış yemeğinde Kayseri Şemsettin tesislerinde biraraya geldi 127 üyemiz ve eşlerinin de katıldığı yemeğe, Belediye Başkanı, Kayseri'deki diğer Oda Başkanları da iştirak ettiler.

★ Dişhekimliği haftası sırasında Odamız üyesi Dişhekimleri öncelikle kimsesiz Öğrenci Yurtları olmak üzere 8 Okul ve Yurtta Diş ve Ağız taraması yaptılar. 1363 sayıdaki öğrenci serbest çalışan arkadaşlara sevkedildi ve gerekli tedavileri ücretsiz yapıldı.

★ Okullardaki fakir öğrencilerin listeleri Okul Müdürlüklerinden alınarak fırça ve diş macunu hediye edildi.

★ 6 Adet Basın Bülteni yayınlandı. Bültenler Hürriyet, Milliyet ve mahalli gazetelerde yayınlandı.

★ Tabib ve Eczacı Odası Başkanları ile Devlet Hastanesinin açtığı Kan verme kampanyasına katılındı.

"1955'den beri"

DİŞMAL DİŞ DEPOSU
TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ

Tel: 18 36 80-31 57 34-25 84 14
Selanik Cad. No: 28/6
Kızılay-ANKARA

TDB Hukuk Bürosundan

Özel polikliniklere ilişkin çalışma kuralları

Birden fazla hekimin veya dişhekiminin bulunduğu özel polikliniklerin kuruluşuna ilişkin ayrı bir yasa yoktur. Ancak eski tarihli olmakla beraber halen geçerli olan Devlet Şurasının 23.12.1954 ve 1954/112-111 sayılı kararı var: Bu kararda şöyle denilmektedir; hususi hastaneye bağlı olmaksızın çeşitli uzmanlık dallarına mensup hekimlerin bir araya gelerek poliklinik veya dispanser adı altında ve aralarındaki anlaşma esasları dairesinde meslek ve sanatlarını ücret karşılığı yerine getirmelerini yasaklayan hiçbir yasa hükmü olmadığı gibi haddizatında tababet sanatının muayyen bir yerde yalnız biri tarafından yerine getirilmesi ile çeşitli uzmanlık dalına mensup birkaçının bir araya gelerek yapılması arasında bir mahiyet farkı bulunduğu düşünülemez.

Aynı konuda Danıştay 3. dairesinin 1965/357-410 ve Danıştay Genel Kurulu'nun 1985/306-313 karar sayılı içtihatı da bu yöndedir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın konuyla ilgili tek genelgesinde de "Poliklinik açılması Danıştay Başkanlığı 3. Dairesinin 23.12. 1954 tarih ve 54/112, karar 54/111 sayılı kararlarına uymak kaydıyla mümkündür. Bu kuruluşlar 1219 sayılı kanun ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesine uymakla yükümlüdürler" denmektedir.

SSYB'nin 17.4.1985 gün ve 4789 sayılı genelgesi ise aynen şöyledir:

1- İşyerinde her hekimin ayrı bir muayene odası bulunacak, bu oda kapısında usulüne uygun bir tabelaya hekimin ismi ve branşı yazılacaktır. Bu muayenehanede hekimin mezuniyet ve ihtisas diplomaları asılı bulundurulacaktır.

2- Bu işyerinde her hekim muayene etmiş olduğu hastaya, kendi isim ve branşı ile diploma numaralarını taşıyan reçetesini yazacak veya işyerinin ismini taşıyan reçete kullanıyorsa, bu reçeteye, yazan hekimin kaşesi basılacaktır.

3- İşyeri binası dış duvarlarının uygun yerine her hekimin isim ve branşlarını bildirir uygun ebad ve vasıfta tabelası asılacaktır.

4- Tefrik edilecek bir hekim, sorumlu müdür ünvanı ile işyerinin idari ve mali hizmetlerini yürütecek, tıbbi sorumluluk ise her hekimin kendisine ait olacaktır.

5- İşyeri sahip ve ortaklarının tabip dışında başka bir kimse olması mümkün değildir.

6- İşyeri uzman sayısı ve branşları sınırlı değildir.

7- Yukarıda belirtilen tabelalar dışında ve reklam mahiyetinde herhangi bir tabela ve pano bulundurulmayacaktır. Ancak işyerinin dış kısmının uygun bir yerinde işyeri ismini havi bir tabela asılabilir.

8- Röntgen, fizik tedavi, biyokimya, bakteriyoloji, patoloji ve diğer ruhsatı gerektiren bütün labora-

DUYURU

Yeni muayenehane açmak isteyen meslektaşlarımızın yapmakla yükümlü oldukları yasal işlemler şunlardır:

1- Dişhekimleri Odasına başvuru:
   a- Üye kaydının yapılması
   b- Muayenehane adresini içeren başvuru dilekçesi
   c- Protokol defteri satın alma

2- Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğüne başvuru:
   a- Protokol defterinin onaylanması
   b- Muayenehane adresini içeren başvuru dilekçesi
   c- Fotoğraf ve imza örneği verilmesi

3- Vergi dairesine başvuru
   a- Muayenehane adresini içeren başvuru dilekçesi ile vergi hesap numarası alınır.

4- Eğer sadece muayenehanede çalışacaksa, Sosyal Sigortalar Kurumu veya Emekli Sandığına bağlı değilse, Bağ-Kur'a başvuru dilekçesi verilir.

5- Noter'den defter ve Serbest Meslek makbuzu tasdiki.

Meslektaşlarımızın Dişhekimleri Odalarına kayıt olmaları için gerekli işlemler şunlardır:

1- Diploma veya mezuniyet belgesinin noter tasdikli fotokopisi.
2- İkametgah kağıdı.
3- Nüfus cüzdanı sureti
4- Fotoğraf
5- Giriş aidatı-yıllık üye aidatı.

Türk Dişhekimleri Birliği
Merkez Yönetim Kurulu

tuvarlar için, bu işyerlerinde de bir branş sahibinin Bakanlığımızdan ruhsat almak mecburiyeti vardır.

9- İşyerinin halkın rahatlıkla görebileceği bir bölümüne, bütün klinik ve laboratuvar muayene ücretlerini gösterir liste asılacaktır.

10- Ruhsatlı bulunan laboratuvarlar, işyeri dışındaki hekimlerin taleplerine de cevap verebilecektir.

11- İşyerinde hastalara verilmek veya satılmak üzere hiçbir ilaç bulundurulmayacaktır. Sadece acil hallerde kullanılabilecek ilaçlar yeterli miktarda olmak üzere bulundurulabilecektir.

12- Yukarıdaki maddelerde gösterilmiş hususlar, bu müşterek işyerinde görev almış diş tabipleri için de aynen geçerlidir.

TIP ve SANAT

Cemil Altay

Sanatın çeşitli alanlarıyla ilgilenen meslektaşlarımızın sayısı hiç de az değil. Türk Dişhekimleri Birliği Yönetim Kurulu üyesi Dt. Cemil ALTAY şiir yazıyor. Kendi ağzından yaşam öyküsünü ve kısa bir şiirini yayınlıyoruz.

"1941 yılında Kars'ın Sarıkamış ilçesinde doğdum. 1965 yılında İstanbul Dişhekimleri Fakültesini bitirdim. 1977 yılına kadar Deniz Kuvvetlerinde görev yaptım. Sonra Deniz Kuvvetlerinden istifa edip, serbest dişhekimliğine başladım. 1986 yılında Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu üyeliğine seçildim. Halen İskenderun'da serbest dişhekimi olarak çalışmaktayım. Üz kız bir oğlum var. Boş zamanlarımda, kitap okumayı şiir yazmayı ve klasik müzik dinlemeyi seviyorum. İskenderun'da yayınlanmakta olan Akdeniz Gazetesinde köşe yazarıyım."

Bu zamanda
Bu dünyada
Yaşamanın bedeli ağır
Yaşa yaşayabilirsen
Bu acımasız dünyada
Çık dünyanın dışına
Avazın çıktığı kadar
bağır

Kemal Esti

Dental Instruments
Bien Air
Switzerland

Airatör-Mikromotor
Piyasement ve
Anguldruva'da
Harika teknoloji

Türkiye Acentası ve Servisi
Ziya Gökalp Cad. No. 24/54
Kızılay-ANKARA
Tel: 33 13 61

YARGICI DİŞ DEPOSU
NEDİM YARGICI

Malzeme çeşitleriyle hizmetinizdeyiz
hertürlü siparişiniz adresinize
teslim edilir.

Atatürk Bulvarı Sanlı Han No. 105/115
Kızılay - ANKARA
Tel 25 34 03

Ankara'da dörtbin sahte dişhekimi var

Haftaya Bakış Dergisi/25-31.1.1987

Diplomasız dişhekimi ne yapar?

BEYAZ gömlekli sahte dişçi koltuğunda yatan hastayı muayene ederken, birden fotoğraf makinesinin deklanşörünün çalıştığı duyuldu. Çok sinirlenen sahte dişçinin, ne vasıfla fotoğraf çektiğini sorduğu kişi, dergimiz elemanlarından Aslı Gürdal'dı. Hasta diye muayene ettiği de, Diş Hekimleri Odası Başkanı Dr. Ümit Ülküer'den başkası değildi.

Olay Ankara Cebeci Dörtyol'daki Ateş Kliniği'nde geçiyordu. Ümit Ülküer ile Aslı Gürdal'ı kapıda bir hanım karşılamış ve bekleme salonuna almıştı. Oldukça iyi döşenmiş olan salonun duvarları çok sayıda diploma ve sertifika ile doluydu. Diploma diş hekimi Turhan Şahinalp'e aitti. Ama kliniğin sahibi olan ve ameliyat, kanal tedavisi ve dolguya kadar her türlü diş sorunu ile ilgilenen sahte dişçi Ateş Aktaş'ın ustalık belgesinin yanında şu belgeler de yeralıyordu: Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi tarafından uzman doktorlara verilen kurs ve sempozyumlara katılma belgeleri. Dr. İbrahim Çağlayan Vakfı tarafından mezuniyet sonrası hekimlerin katıldığı kursları bitirdiğine dair bir belge.

Büyük bir şaşkınlık içinde olan Diş Hekimleri Odası Başkanı Dr. Ümit Ülküer ile sahte dişçi Ateş Aktaş arasında şu konuşma geçti:

- Bu toplantılara ve kurslara, bırakın sizi, her diş doktoru bile katılamaz. Sadece uzman doktorlar için olan bu belgeler sizde nasıl bulunabiliyor?

- Davetiye gelmişti, ben de katıldım.

- Peki bu belgeleri nasıl aldınız?

- Herkese veriyorlardı, bana da verdiler.

- Bunların üzerinde dişhekimi yazılı, oysa siz değilsiniz.

- Ad yeri boş bırakılmıştı, biz doldurduk.

- İğne yaptığınızda şoka giren hastaya ne yaparsınız?

- Yatırır, rahat nefes alması için düğmelerini açarım.

- Gerçek şoka girmiş, iğnenin etkisiyle şoka girmiş hastayı kastediyorum.

- .... eeee... valla tam bilemiyorum.

- Çeşitli iğneler var. Yaptığınız iğnelerin içindeki ilaçları biliyor musunuz?

- Bilmiyorum.

- İğneyi nereye yapacağınızı nereden biliyorsunuz?

- Önceleri bilmiyordum. Kitaplara bakıp, pratikten öğrendim.

Sorular ilerledikçe Dr. Ümit Ülküer'in şaşkınlığı ve üzüntüsü daha da artıyordu. Sonunda durumun saklanacak bir yanı kalmadığını gören sahte diş hekimi Ateş Aktaş, herşeyi tüm açıklığıyla anlattı: "Bu işi diş hekimliği öğrencilerinden ve diş hekimlerinden öğrendim. 1958'de işe teknisyen olarak başladım. Dört yıldır bu kliniği çalıştırıyorum. Sahibi benim. Dr. Turhan Şahinalp de yanımda çalışıyor. O haftada üç gün gelir, onun dışında hastalara hep ben bakarım. Daha önce de bir başka diş kliniğim vardı. Teknisyenlikle hayatımı kazanamayınca, mecburen bu işe başladım. Yıllar boyu kendimi yetiştirdim. Okuyabilsem ben de hekim olurdum."

Ateş Kliniğinden ayrılırken, Dr. Ümit Ülküer oldukça huzursuzdu. Çünkü Ateş Aktaş gibi sahte dişçilerin sayısının sadece Ankara'da 4 bin dolayında olduğunu biliyordu. Haftaya Bakış'da yalnız Aktaş'ın teşhir edilmesinin, tüm suçlunun o olduğu gibi bir izlenim yaratmasından çekiniyordu. Örneğin Demetevler İvedik Caddesi'nin bir başından diğerine yer alan çok sayıda diş kliniğinde çalışanların yüzde 80'i sahte diş hekimiydi.

Türkiye İş Bankası'nın 27.5.1986 tarih ve 14359 sayılı yazısıyla bildirilen "anlaşmalı" diş hekimlerinden 3 tanesi sahte diş hekimiydi. Diş Hekimleri Odası üç ay önce bunlar hakkında savcılığa suç duyurusunda bulunduğu halde, hala bir sonuç alınamamıştı. Suç duyurusunda bulunanlar arasında bir kişi kendi kendini ilan etmişti: 15 Kasım 1986 tarihinde yayınlanan Türkiye gazetesinin birinci sayfasında, "Örnek diş tabibi, fakire ücretsiz tedavi" başlıklı bir yazı vardı. Yazıda ismi geçen, Kırıkhan Diş Polikliniğinin sahibi Hasan Demirdöven'in de sahte dişçi olduğu anlaşılmıştı.

Türkiye Diş Hekimleri Birliği merkez yönetim kurulu üyesi Dr. Cemil Altay, konuyla ilgili olarak şunları söyledi: "Olayın ekonomik yönü çok önemli. Sabit ve dar gelirli vatandaş sürekli fakirleşiyor. Ağız ve diş sağlığına yönelik harcamaları yapamadığı için en ucuza ağrıyan dişinden kurtulmanın yollarını arıyor. Diş hekimi ile vatandaş arasındaki bu uçurum, hükümetler sağlık politikasını ciddiye almadıkları takdirde daha da büyüyecektir."

Ankara İl Sağlık Müdürü Muzaffer Keçeci'nin sahte diş hekimleriyle ilgili görüşü de şöyle: "İhbar olursa gidiyoruz. Ağızda çalışırken suçüstü yaparsak, orayı kapatma yetkimiz var. Ayrıca savcılığa suç duyurusunda bulunuyoruz. Meslek Eğitim Genel Müdürlüğü'nün bu konuda bir çalışması var. Diş hekiminin ve teknisyenin görevi açık açık belirlenecek. Görevinin dışına taşanlar da cezalandırılacak."

20-25 bin sahte dişhekimi

Dişhekimleri Ankara Odası Başkanı Dr. Ümit Ülküer sorularımızı yanıtladı:

-HAFTAYA BAKIŞ- Türkiye'de ne kadar diplomalı diş hekimi, ne kadar sahte dişçi var?

ÜLKÜER - Kesin bir rakam yok. Ancak, üniversitelerden mezun olanların ve çeşitli kurumlarda çalışanların sayılarından hareketle, Türkiye'de bugün 8 bin dolayında dişhekiminin olduğunu söyleyebiliriz. Sahte diş hekimlerinin sayısı ise, 20-25 bini buluyor.

- Sahte dişhekimleri nasıl çalışıyorlar?

- Tabelaya hekim diye yazamadıkları için, sahte diş hekimleri klinik adı altında çalışıyorlar. Kanuna göre, kliniklerde de bir hekim diploması bulundurmak zorunlu olduğu için, diploma kiralamak yoluna gidiyorlar. Özellikle büyük kentlerde, muayenehane açamamış, işsiz bir sürü dişhekimi var. Bunlar da çoğunlukla sahte diş hekimlerine diplomalarını kiralıyorlar. Ayda bir kez falan uğrayıp, sadece maaşlarını alıyorlar.

- Halk bu sahte diş hekimlerine niçin gidiyor?

- Bunun başlıca üç nedeni var:

★ Eğitimsiz olan kişi, sahte hekimle gerçek hekim arasında ayrım yapamıyor. Doktora diplomasını sormaya çekiniyor.. Öte yandan maddi korku söz konusu. Dişhekimliği, bütün malzemeler dışarıdan geldiği için, oldukça pahalı bir meslek. Bu yüzden ucuz olan sahte dişçiler tercih ediliyor. Nihayet manevi korku da söz konusu. İnsanlar "acıtacak" korkusunu üzerlerinden atamıyorlar. Sahte diş hekimleri derine inmeden, ancak yüzeysel bir tedavi yapabildikleri için, tedavinin kısa ve az ağrılı geçtiği izlenimi veriyorlar.

- Sahte diş hekimine verilen ceza ne?

- Sahte hekime verilen ceza bir zamanlar 5 liradan 50 liraya kadardı. Sonra bu cezalar 90 kat artırıldı. Ama bu da ancak 4.500 lira tutuyor. Buna bir de, para cezasına çevrilebilen aylık hapis cezasını eklerseniz (15 bin lira) cezaların caydırıcı olmaktan çok uzak olduğu anlaşılır. Kanun sahte hekimlerin elindeki malzemeyi almayı da öngörüyor. Ama elinden malzeme alınmış birinin bu işi bir daha yapmasını önlenmiş olmaz ki.

- Diplomasını kiraya veren doktor hakkında ceza yok mu?

- Yasa 3 aydan 1 yıla kadar hapis ve 100 bin liradan 300 bin liraya kadar para cezası öngörmüş. Diş Hekimleri Odası da, bu kişiye 1 aydan 6 aya kadar muayenehanesini kapatma cezası verebiliyor. Ama diplomasını veren hekimin zaten muayenehanesi olmadığı için, bu çok anlamsız bir ceza. İki kez aynı suçu üstüste işlerse, odadan çıkarabilme yolu da fazla etkili değil. Çünkü Ankara'daki odadan çıkınca, başka bir kentteki odaya yazılabiliyor. Diplomasını elinden alma yetkisi ise Sağlık Bakanlığı'na ait. Ama son derece bürokratik engelleri olan, zor bir işlem.

- Sahte diş hekimi, hastaya ne gibi zararlar verebilir?

- Sahte dişçinin yaptığı protez, konuşma veya eklem bozukluklarına, yumuşak dokudaki kanamalara ve yarılmalara neden olabilir. Kanser öncesi lezyonlar meydana gelebilir. Bizim malzemelerin özü zaten kanserojen maddeler. Bilinçsiz kullanma veya kalitesiz malzeme kullanılması kansere neden olabilir. Sterilizasyon tam yapılamayınca bir hastadan ötekine tüberküloz, sarılık ve hatta AİDS mikrobu taşınabilir.. Sahte diş hekimleri, genellikle diş çekip yapan insanlardır. Tedavi ise zahmetli ve bilgi isteyen bir iştir. Bu nedenle hiç çekilmemesi gereken dişler bu sahte dişçiler tarafından çekilmektedir.

ÇELİKKANAT DİŞ PROTEZ LABORATUARI

Sedat Çelikkanat

- PORSELEN (İvoclar)
- İSOSİT-N (İvoclar)
- ALTIN VE METAL Kronlar
- KLASİK PROTEZ İşleri

İzmir Cad. Fevzi Çakmak Sk. 9/18
Kızılay-ANKARA

Tel: 30 00 09
30 16 29

Sahte dişçi yakalanırsa ne olur?

Diş Teknisyenleri Derneği Başkanı Cemal Demirkol sorularımızı yanıtladı:

HAFTAYA BAKIŞ - Derneğinizin üyesi olup da, sahte diş hekimliği yapanlara ceza veriyor musunuz?

DEMİRKOL - Türkiye'de 50

➡

binden fazla diş teknisyeni var. Teknisyenin görevi, hekimin gönderdiği, ölçülerini verdiği protezi yapmaktır. Teknisyen ağızda çalışmaz. Derneğe bağlı olup da ağızda çalışan üyelerimiz var. Ancak bizim bu kişileri dernekten ihraç etmemiz söz konusu olamaz. İkazlarımızı yapıyoruz, ondan sonrası bizi bağlamıyor.

- Yasal hakkı olmadığı halde dişçilik yapan üyeleriniz için suç duyurusunda bulunmanız gerekmez mi?

- Teknisyenin ağızda çalışması aslında insan sağlığına zararlıdır. Ama ben kimsenin ekmeğiyle oynayamam. Şikayet etmek bana düşmez. Diş hekimleri dolaşsınlar, yakalarlarsa mahkemeye versinler. Ben hiçbirini şikayet etmem. Çünkü iki yıllığına seçildik, yarın arkamızdan türlü dedikodular yapmasınlar.

- Şikayet sonucu yakalananlar ne oluyor?

- Diş kıran, olumsuz sonuçlar alanlar yakalanıyorlar. Bazıları da diş çekmeyip kaçak protez yapıyor. Onun da cezası çok az olduğu için, yapmaya devam ediyorlar. Büyük şehirdekiler diş hekimleriyle ortak çalışıyorlar. Hekimlerin çoğu diplomasını ayda 35-40 bin liraya kiraya veriyor. Hekimlerle yaptığımız toplantıda "Biz hiçbir surette isim veremeyiz" dedim. Allah'a şükür böyle dedik.

- Sahte dişçiliğin önlenmesi gerektiğini düşünmüyor musunuz?

- Ankara'da ağızda çalışan kişilerin çoğu bu işte ustalaşmış. Mesleği o artık. Diş hekiminin yanında yıllarca çalışmış bir kişi diş çekmeyi de öğreniyor, diş yapmayı da öğreniyor. Ama diş doktoru, bir teknisyenin yaptığı işi bilemez. Diş hekiminin yanında çalışan bir kişi, dolgu yapmayı da öğrendi mi, köyüne gidip orada hasta bakıyor. Kimse, "bunlar korsan dişçi" diye bizi tehmet altında bırakmasın. Ben başkasının ekmeğiyle niye oynayayım ki? Sonra adam gelip beni çeker vurursa ne olacak?

- Diş hekimi ile diş teknisyeninin kazançları arasındaki denge nedir?

- Avrupa'da kazancın üçte ikisini teknisyen, üçte birini doktor alır. Oysa bizde, bütün protezi biz yaptığımız halde, kazancın yüzde 95'i diş doktoruna gider. En kötü dişçi bir protezi en az 150 bin liraya yaptığı halde, bize verdiği para 10 bin lira. Doktor sadece ölçü alıyor ve protezi hastaya takıyor. Biz ise, bir protezi yapmak için saatlerce uğraşıyoruz. Bunun üzerine teknisyen hastaya protezi daha ucuza yapıp doktora gitmesini önlüyor.. Ben 39 yıldır çalışıyorum, hiçbir mal varlığım yok. Bir de diş doktorlarına bakın.. Vergiye gelince, onlar da 400 bin, biz de 400 bin lira ödüyoruz. Bu haksızlık karşısında sahte hekimliğe yönelenler oluyor.

- Sahte dişçilerin sağlığa zararını küçümsüyor gibisiniz?

- Yıllarca doktorun yanında çalışıp bu işi öğrenmiştir. Bir gün dişini kırar, bir gün yaptığı dolgu düşer, ama zamanla öğrenir. Mesela geçen yıl İstanbul'da "Sosyete dişçisi" diye biri yakalanmıştı. Adam diş teknisyeniymiş. Bütün sosyete çalkalandı. Eğer adam bu işi yıllardır yapıyorsa ve hastaları da memnunsa, demek ki işini yapabiliyor. Geçenlerde gazete, Çapa Hastanesi'nde sahte bir doğum doktorunun yakalandığını yazdı. Üstelik bu işi hastanede yapıyor. Türkiye'de birçok sahte adamlar çalışırken, niçin sadece diş doktorlarının üzerinde duruyorsunuz?

YILDIZ
DİŞ DEPOSU
Yeni Yerimizde
Hizmetinizdeyiz
Adres:
Selanik Cad. Kalabalık Çarşı 20/38 Kızılay-ANKARA
Tel: 32 29 14

Türk kızı Ayşe Birleşmiş Milletler Şiir Yarışması'nda birinci oldu!

Günaydın/12.12.1986

BİRLEŞMİŞ Milletler "İnsan Hakları Günü" dolayısıyla düzenlenen şiir yarışmasını genç amatör şairler dalında "Barış" adlı şiiri ile Zonguldak Karadeniz Ereğlisi Lisesi son sınıf öğrencisi Ayşe Aydeniz kazandı. Ayşe Aydeniz, BM İnsan Hakları Günü Komitesi'nin bir sertifikası ile 200 dolar tutarında para ödülü alacak. 16 yaşındaki Türk kızının İngilizce olarak yazdığı "Barış" adlı şiiri ile birincilik ödülüne layık görüldüğü Birleşmiş Milletler Üyeleri Birliği ile Birleşmiş Milletler Yazarlar Topluluğunun, New York'taki Genel merkezinde önceki gece ortaklaşa düzenledikleri "İnsan Hakları Günü" kutlama töreni sırasında açıklandı. Açıklamada, İnsan Hakları Kutlama Komitesi'nin tüm dünyadan yarışmaya katılan yaklaşık 2000 şiiri inceledikten sonra Türk öğrencisinin şiirini "Birinci" seçerek ödüllendirilmesine karar verdiği bildirildi. Dünya'daki tüm ülkelerden 13 ile 19 yaş grubu arasındaki amatör şairlere açık olan yarışmada ikinciliği 19 yaşındaki Gana'lı Üniversite öğrencisi Jüliet Ofori Mankata kazandı.

BARIŞ

Kapa gözlerini,
Görebiliyor musun?
Artık savaş yok, gözyaşı yok.
Savaş nedir, kimse bilmiyor.
Artık Hiroşima'lar olmayacak.
Gökler baştan, başa çiçek
Bomba değil,
Silahlar paslanıyor, papatyaların gölgesinde
Haykırmak istiyorsun.
Herkese söylemek,
Yaşıyorum diye.
Belki ağlıyorsun, gülüyorsun.
Güçlü bir coşku, yüreğini acıtıyor.
Siyahlar beyazlar ellerini tutuyor sımsıkı
Aşkın ve kıvancın şarkısını söylüyorlar,
Bu aşk türküsü evreni sarsmak,
Bir aşk çiçeği, büyüsün yeryüzünde
Kahkahalar duyulsun heryerde
Ah, olabilse, bu olabilse,
Hani bir sözcük
Biraz kendimi zorlasam
Hatırlayacağım onu.
Hani ilk harfi "B",
Bir sözlük verseniz bana.

Balıkesir Dişhekimleri Odası'nın duyurusu

Hürriyet/26.1.1987

BALIKESİR ve Çanakkale Bölgesi SSK'lı hastaların diş tedavi ve protezleri asgari ücretten yapılacak.

3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle tüm Türkiye'de Dişhekimleri odaları kurulmuş ve Dişhekimleri, Tabip Odaları'ndan ayrılarak müstakil odalarına bağlanmışlardır. Çanakkale bölgesi dişhekimleri de 25 Ocak 1986 tarihinde kurulan Balıkesir Dişhekimleri Odası'na bağlanmıştır. Odamız ilk genel kurulunda almış olduğu bir kararla; meslektaşlar arasında adaletli bir görev dağılımını sağlamak, birçok kurum ve kuruluşun serbest faaliyet gösteren dişhekimi meslektaşlar üzerindeki işveren görüntüsünü tamamen yok etmek, hastaların anlaşmalı hekime gitme zorunluluğunu ortadan kaldırarak hekim seçme özgürlüğüne kavuşmasını sağlamak ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin her yıl saptadığı asgari ücret listesinin uygulanmasıyla hem hastaları, hekim hekim dolaşarak değişik fiyatlar karşısında şaşkınlıktan kurtarmak hem de KDV kanununa uygunluk sağlayabilmek açısından anlaşmalı dişhekimi hadisesini ortadan kaldırmıştır. Odamıza bağlı dişhekimleri özel veya resmi tüm kurum ve kuruluşlara odamız asgari ücreti üzerinden "anlaşmasız" bir şekilde hizmet vereceklerdir. Gayet tabii ki SSK'lı hastalara da hizmet verilecektir, ama 200 TL. çekim ücreti, 300 TL. dolgu ücreti gibi tuhaf rakamlarla hizmet verilemez. Çanakkale Dispanseri'nde dişhekimi bulunmaması odamızın sorunu değildir.

Dt. İbrahim Şener

Balıkesir-Çanakkale
Dişhekimleri Odası
Yönetim Kurulu A.Başkan

Bugün git, 1993'te gel...!

Cumhuriyet'ten

SAIT Seçkin 17 yaşında koca bir delikanlı. Geçenlerde Sait Seçkin'in evine bir posta kartı geldi.. şöyle diyordu:

"28 Ekim 1986 günü saat 10.00'da kliniğimize başvurmanız rica olunur. İmza: Profesör Türköz Uğur."

Seçkin ailesi önce bu karta bir anlam veremedi.. Sait, annesi, ablası bir süre düşündüler.. Sonra birinin aklına geldi...

"Haaa, hani Sait küçükken onu Diş Hekimliği Fakültesi'ne götürmüştük de 5 yıl sonraya randevu vermişlerdi..."

Durum buydu. Sait 12 yaşındayken, annesi onu İstanbul Diş Hekimliği Fakültesi'ne götürmüştü. Çocuğun çene yapısında bir arıza vardı. Orada Profesör Türköz Uğur, kendisini muayene etmiş, 1986 yılına gün vermişti. Ve işte o gün gelmişti. Sait, bizim muhabirimiz Musa Ağacıkile birlikte,verilen gün ve saatte fakülteye gitti. Sait, Türköz Hanım'ın dişçi koltuğuna otururken, Musa sordu:

"Hocam, aradan 5 yıl geçmiş... Sait'in hâlâ tedavi olma şansı var mı?"

"Yaş büyüdüğü için tedavi güç. ama gene de biraz düzelme şansı var..."

"Neden hasta beş yıl bekletiliyor?"

hoca acı acı gülümsedi...

"Şu anda sırada 15 bin hasta var. Bu 15 bin kişi bana muayene olmayı bekliyor.. Bu sayı ile nasıl başa çıkabilirim. ancak çok acil vakalar olursa, yakın zamana randevu veriyoruz. 7-8 yıl sonrasına gün vermek zorunda kalıyoruz."

Musa Ağacık, daha sonra Fakülte Dekanı Nuri Mugan'la konuştu. Mugan:

"Bütün yükü bizim üzerimize bindiriyorlar" dedi. "Örneğin, SSK'nın son derece iyi cihazları var. Ama diş hastalarını çoğunlukla bize gönderiyorlar. Mecburen yıllar sonrasına randevu veriyoruz.."

Musa, daha sonra fakültenin diğer bölümlerini dolaştı. Bir bölümde 15 koltuğu kullanabiliyorlardı. Bir bölümde diş tedavi aletlerinin pasli olduğunu gördü Musa.. Hocalarla konuştu:

"Paslıdır ama sterildir" dedi. hoca: "Tabi bir hasta elbette bu manzaradan rahatsız olur. Görünüş kötü. Bu eksikleri sürekli dekanlığa yazarız. Fakat karşılık gelmez. hastane harap halde..."

Devlet bütçesinden sağlık için her yıl daha az para ayrılıyor... Bir de yöneticilerin yavaşlığı eklenince, manzara iyice sağlıksızlaşıyor. Diş açısından zaten talihsiz bir ulusuz... Tedavi olanaksızlıkları bu talihsizliği artırıyor...

BURAK

KRON KÖPRÜ DİŞ LABORATUARI

Yeni yılınızı en iyi dileklerimizle kutlar, sağlık, başarı ve mutluluklar dileriz

Mehmet ŞİMŞEK

Çalışmalarımızdan örnekler:

Vita VMK 68 Porselen
ITS Metal Keramik
SR-ISOSIT-N
Vitapan K+B
Bioplus K+B
SR-ıvocron-P
Klasik ve Modern Akril Bitimleri

Laboratuvarımız 1987'de sizlere en mükemmeli verebilmenin övüncünü taşımaktadır.

Not: Ağızda değişiklik olmadığı sürece bütün işlerimiz garantilidir.

ADRES: Cihan Sok. Cihan Han. 18/18 Sıhhiye / ANKARA

Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi 1987 yılı konferans programı

29.IV.1987

14.00-14.45 : Prof.Dr. Hasan KÖNİ
"Geleceğin Meslekleri ve İleri Teknoloji Toplumu"

15.15-16.00 : Doç.Dr. Şule YÜCETAŞ
"Odontojenik Tümörler"

16.00-16.45 : Doç.Dr. Nadir GÜNGÖR
"Vestibuloplasti"

27.V.1987

14.00-14.45 : Prof.Dr. Ercüment KONUKMAN
"Ağız Lezyonlarında Teşhisin Önemi"

15.15-16.00 : Doç.Dr. Çetin SUCA
"Mandibular Hareketler ve Tam Protezlerde Artikülasyon"

16.00-16.45 : Doç.Dr. Tayfun ALAÇAM
"Ultrases'ün Kök Kanal Tedavisinde Kullanılışı"

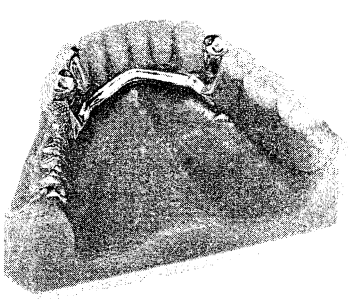
NOT : Konferanslar Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Konferans Salonunda Yapılacaktır.

5 günlük tayin

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı görevden almada bir rekor kırarak Siirt Devlet Hastanesi'ne atadığı dişhekimini 5 gün sonra görevinden aldı. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü 19 Kasım 1986 gün ve 2/18345 sayılı kararıyla Siirt Devlet Hastanesi dişhekimi görevine Mehmet Zeki Budak'ı atadı. Dişhekimi Budak göreve atanmasından 5 gün sonra Siirt Valiliği Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü Personel Şube Müdürlüğü'nün 8849 sayılı kararıyla görevinden alındı.

Cumhuriyet'ten

İDEÂL
MODERN PROTEZ
DİŞ LABORATUARI



Sayın Dişhekimlerimiz

Laboratuarımızda, en son teknoloji yeniliklerinden elektrikli döküm makinasıyla modern protez ve kron köprülerinizi dökmekteyiz.

Buna ilaveten ceka anker, sürgüler en son sistemle laboratuarımızda yapılmaktadır.

Laboratuarımız her türlü işlerinizde sizlere en iyisini yapmayı amaç edinmiştir.

Birlikte çalışmamız dilekleriyle

Gazi Mustafa Kemal Bulvarı, Uzay Apt. No: 56/7
(Koç Yurdu Karşısı) Maltepe-ANKARA
Tel: 30 16 24

MALTEPE
DİŞ DEPOSU

HER TÜRLÜ
DİŞ MALZEMESİ
İHTİYACINIZDA
HİZMETİNİZDEDİR

Tel: 29 66 36

Gazi Mustafa
Kemal Bulvarı 73/8

Maltepe-ANKARA

İzmir Dişhekimleri Odası Dergisi ikinci cildine başladı

İki ayda bir yayınlanan ve geçtiğimiz yıl dördüncü sayısını tamamlayan İzmir Dişhekimleri Odası, kendisini yenileyecek ikinci cildine başladı.

İzmir dergisi, ücretsiz olarak İzmir Dişhekimleri Odası üyelerine dağıtılıyor. Bununla birlikte çok sayıda talebin gelmesi üzerine, İzmir Dişhekimleri Odası üyesi olmayan diğer illerde ki dişhekimleri için ücretli abone sistemi getirilmiştir. Derginin yıllık abone ücreti 6000 TL'dir.

Adres: İzmir Dişhekimleri Odası Dergisi 1399 Sok. No: 15/9 Alsancak/ İZMİR

Banka Hesap No: Töbank 8120-0 Konak/İZMİR

"NÜKLEER SAVAŞIN ÖNLENMESİ İÇİN HEKİMLER DERNEĞİ" KURULDU

Geçtiğimiz Şubat ayında, Ankara'da "Nükleer Savaşın Önlenmesi için Hekimler Derneği" kuruldu. Hekim, dişhekimi, eczacı; veteriner hekim, hemşire ve diğer sağlık personelini kapsayan dernek, nükleer savaş tehlikesi konusunda kamuoyunu aydınlatmayı amaçlıyor.

Derneğin, amaçlarını benimsediği "Nükleer Savaşı Önlemek İçin Uluslararası Hekimler Birliği" (IPPNW) 1985 yılında "Nobel Barış Ödülünü almış, dünya çapında büyük bir saygınlığa ulaşmış bir örgüttür.

Dernek başkanı Prof. Dr. Leziz Onaran basına şu açıklamayı yaptı:

"İnsanın ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve iyileştirmek, dolayısıyla ortalama ömrünü uzatmakla görevli olan biz tıp mensupları, bugün dünyanın gündemindeki birinci madde olan nükleer silahsızlanma ve giderek gezegenimizin tüm silahlardan arındırılması konusuna ilgisiz kalamazdık. Şu anda dünyada 150 binden fazla tıp mensubu, bu kutsal görev için örgütlenmiş bulunmaktadır. IPPNW, nükleer silahların tümüyle yokedilmesinin ancak dünya çapında, milyonlarca iyi niyetli insanın yaratacağı bir barış hareketi ile sağlanacağı görüşündedir. Biz, "Nükleer Savaşın Önlenmesi İçin Hekimler Derneği" olarak bu amaçları paylaşıyor ve IPPNW'yi destekliyoruz.

"... Bir nükleer savaşın "ertesi gün"ü yoktur. Sağ kalabilen hekimler, acı çeken insanlara yardım edemeyeceklerdir. Yaşayanlar, ölenlere gıpta edeceklerdir. İşte bunun içindir ki, nükleer savaş konusunda önerilecek tek reçete, bu çılgınlığı önlemektir.

Çağımız demokrasilerinde, örgütlenmemiş bireylerin, ne denli iyi niyetli olurlarsa olsunlar, tek başlarına seslerini duyurabilmeleri olanaklı değildir. Bu nedenle, tüm tıp mensuplarını, Derneğimiz'e katılmaya çağırıyoruz."

27 Mayıs 1986'da IPPNW'nın yaptığı açıklamadan:

- "Nükleer bombalar, silah değil soykırım aracıdır.
- Onlara sahip olmak, askersel gücü göstermez.
- Onları depolamak, üstünlüğü garantilemez.
- Onları kullanmak, kurbanların soykırımı, saldırganların ise intiharı demektir."

METRO
DİŞ DEPOSU

TEKNOLOJİNİN SUNDUĞU EN SON YENİLİKLERLE HİZMETİNİZDEYİZ.

Ziya Gökalp Cad. Metro Han No. 24/31
Tel: 33 76 61 - 33 72 12 - Kızılay-ANKARA

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı

Amaç

Madde 1 — Bu Kanunun amacı; sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2 — Bu Kanun, Milli Savunma Bakanlığı hariç, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişilerini ve gerçek kişileri kapsar.

Temel Esaslar

Madde 3— Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar şunlardır:

a) Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili Bakanlıkların da görüşü alınarak plânlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.

b) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve âtıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

c) Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili Bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Bu kuruluşların ücret tarifeleri gerek görüldüğünde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanır.

d) Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vak'alar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar.

e) Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır.

f) Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur.

g) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt sathında dengeli dağılımını sağlamak üzere insangücü plânlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet öncesi eğitim programları için Yükseköğretim Kurulu ile, devamlı hizmet içi eğitim programlarında ise üniversiteler ve ilgili kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile koordine sağlar, ayrıca yardımcı sağlık personelinin eğitim esaslarını belirler.

h) Serbest ya da kamu kuruluşlarında meslekelerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personelinde aranacak genel ve özel şartlar ile bu şartlardan herhangi birini taşımadığının sonradan anlaşılması veya bu şartlardan birinin kaybedilmesi ya da bu şartlardan birine uyulmaması halinde alınacak meslekten geçici ve daimi çıkarma dahil bütün tedbirler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit edilir.

ı) Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; Bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişkisi ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler.

j) Vatandaşların hastalıklarından korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile plânlaması ve benzeri konularda eğitimleri ve takipleri, bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.

k) Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kaliteli ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretimini teşvik ve temini esas olup her türlü müstahzar, terkip, madde, malzemeler, farmakope mamulleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithali, ihracı, üretimi, dağıtımı, tüketimi ve amaç dışı kullanılmak suretiyle fiziki ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontrol ve murakabesi ve bunların yurt içi ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrolüne Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir.

Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır.

Teşkilatlanma

Madde 4— Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 3 üncü maddede sayılan hizmet ve esasları bu sistem içerisinde gerçekleştirmek üzere ülke çapında teşkilât kurar veya kurdurabilir.

Genel Sağlık Sigortasının tek elden yürütülmesini sağlamak amacıyla bütün sosyal güvenlik kuruluşlarının Sağlık Sigortası bölümleri ile tahsil ettikleri sağlık primlerini, mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının biri veya bu amaçla kurulmuş yeni bir kurum bünyesinde toplanmaya ve bu şekilde görevlendirilen veya yeni kurulan kurumun çalışma usul ve esaslarını tesbite Bakanlar Kurulu yetkilidir.

Sağlık İşletmesi

Madde 5— Bu Kanun kapsamına giren sağlık kuruluşları, ilgili Bakanlığın teklifi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının uygun görmesi halinde Başbakanlığın onayı ile sağlık işletmesine dönüştürülürler.

Yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir.

A) Sağlık İşletmesinin Gelirleri Şunlardır:

a) Sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen gelirler,

b) Bağış ve yardımlar,

c) Bu şekilde kurumlaştırılan sağlık işletmelerine gerek görüldüğünde yapılacak Devlet desteğinin yanında, kuruluşun bağlı olduğu Bakanlığın veya kurumun her yıl bütçesine koyduğu ödenek,

d) Diğer gelirler.

B) Sağlık İşletmesinin Giderleri Şunlardır:

a) Sözleşmeli personel ücreti,

b) Kurum dışından satın alınacak her türlü sağlık ve laboratuvar hizmeti için sizleşmeli personel ve hizmet ücreti,

c) Kuruluşun kapasitesi, niteliği, verilen hiz-

met, tedavi edilen kişi sayısı, sağlık işletmesine katkısı dikkate alınarak ilgili sağlık işletmesinin bağlı olduğu Bakanlığın veya kuruluşun teklifi üzerine Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının tesbit edeceği esaslar çerçevesinde sağlık kuruluşunun sağlık ve yardımcı sağlık ve diğer personel ile kuruluşun dışından sözleşme ile hizmeti satın alınacak personele yapılan işle orantılı olarak ödenecek teşvik primi,

d) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit edilecek usul ve esaslara göre mesleklerini serbet icra etmeyen tabiplerin kuruluşta özel teşhis ve tedavi yapmaları karşılığında tabip ve ilgili sağlık personeline ödenecek prim,

e) Sağlık kuruluşunun tevsii, modernizasyonu, her türlü cihaz ve malzeme tedariki, kurum cihazların bakım ve onarımı ile personelin yurtiçi ve yurtdışı eğitimi için gerekli harcamalar.
harcamalar,

Sağlık İşletmesi İle İlgili Diğer Personel

Madde 6— Koruyucu sağlık hizmetlerinde görevli sağlık ve yardımcı sağlık personeli ile diğer personelin sağlık işletmesi kapsamına alınma ve mali imkanlarından yararlandırma usul ve esasları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tesbit edilir.

Sözleşmeli Personel

Madde 7— Sağlık işletmesi uygulamasını geçirilen sağlık kuruluşlarında sağlık ve yardımcı sağlık personeli sözleşmeli olarak çalıştırılabilir. 657 Sayılı Devlet memurları Kanunu ve diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümleri bu personele uygulanmaz. Bu suretle çalıştırılacakların ücretleri sağlık kuruluşunun niteliği, kapasitesi, bulunduğu yer, verilen hizmetler, personelin bilgi ve becerisi, kuruluşa katkısı, verdiği hizmetin türü ve önemi ile benzeri nitelikler esas alınarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Maliye ve Gümrük Bakanlığı ve ilgili Bakanlıklarca tespit edilir.

Tedavi Masraflarının tahsili

Madde 8— Sağlık işletmelerinde teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetler ücretli olup, sağlık işletmesince tahakkuk ettirilen masraflar ilgili kurumca öncelik ve ivedilikle ve ödeme emri aranmaksızın ödenir.

Bütçe uygulaması dışında olup da herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olanlara ait masraflar, ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna tebliğ edilmek suretiyle tahsil edilir. Bu suretle tebliğ edilen masrafların 15 gün içinde ödenmesi zorunlu olup, bu süre içinde ödenmediği takdirdedurum mahalli vergi dairesine bir teskere ile bildirilerek tahsili istenir.

Vergi dairelerince tahsil edilen masraflar, Maliye ve Gümrük Bakanlığınca tesbit edilecek esaslar dahilinde tahsilatın yapıldığı ayı izleyen ayın sonuna kadar sağlık kuruluşuna ödenir.

Bu maddenin uygulanmasında zaman aşımı ile ilgili hükümleri hariç 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkındaki Kanun ve bu Kanuna dair mevzuat hükümleri uygulanır.

Süresi içinde gönderilmeyen masraflar, müşterek ve müteselsilen sorumlularından % 10 fazlasıyla tahsil edilir.

Yönetmelik

Madde 9—Bütün kamu ve özel sağlık kuruluşlarının hizmet, personel, tesis, araç, gereç ve malzeme yönünden standardına ve buna göre sınıflandırılmalarına, sınıflarının değiştirilmesine, bu kuruluşların amaca uygun olarak teşkilaşlanmalarına ve yönetimine, sağlık hizmet zinciri oluşturulmasına, denetim ve koordineli çalışmalarına, hizmet satın alma ile ilgili kurum ve kuruluşa ait; araç, gereç ve malzemenin kiralanmasına, personelin çalışma ve hizmet verme standartları, prim dağıtma esasları ve personelin devrine dair usul ve esaslarıyla bu Kanunla ilgili diğer hususlar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Maliye ve Gümrük Bakanlığı ile ilgili Bakanlıklarca çıkarılacak yönetmeliklerle tesbit edilir.

Geçici Madde 1— Sağlık işletmesi uygulamasına geçirilen kuruluşun sağlık ve yardımcı sağlık personeli ile diğer personeli istekte bulunmaları halinde ve kuruluşun kabulü şartıyle yeni bir atamaya gerek kalmaksızın sözleşmeli olarak çalıştırılabilirler. Bunların kurumları ile ilişkileri kesilir ve memur kadrolarında olanların kadroları iptal edilir. Ancak, memur statüsünden sözleşmeye geçen personel, istekleri halinde T.C.Emekli Sandığı ile irtibatlandırılırlar.

İlgili sağlık kuruluşunca sözleşme isteği kabul edilmeyen ya da sözleşme isteminde bulunmayan personel sağlık kuruluşunun talebi ve kurumlarının uygun görmesi halinde uygun bir kadroya naklonulur. Bu personel yeni bir kadroya atanıncaya kadar durumlarına uygun işlerde görevlendirilirler ve eski kadrolarına ait aylık, ek gösterge ve her türlü hakları yeni görevlerinde kaldıkları sürece şahıslarına bağlı olarak saklı tutulur.

Geçici Madde 2— Döner sermayesi bulunan ve yeniden teşkilatlandırılması öngörülen sağlık kuruluşlarının döner sermayesi sağlık işletmesine aktarılır.

Geçici Madde 3— Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girinceye kadar, hiç bir sosyal güvenlik kuruumuna tabi olmayanlar müracaatları ve talepleri halinde sağlık kütüğüne kaydolunur.

Bu suretle kayıtlarını yaptıranlardan her yıl Bakanlar Kurulunca tesbit edilen miktarda prim tahsil edilir. Kayıtlarını yaptırmayanlar ile primlerini ödemeyenlerin sağlık kuruluşlarındaki teşhis, tedavi ve rehabilite giderleri kendilerinden veya kayıt oldukları özel sigorta kurumlarından tahsil edilir.

Sağlık kütüğünün oluşturulması ve işletilmesi ile ilgili usul ve esaslar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tesbit edilir.

Kayıtlarını yaptırmalarına rağmen primlerini ödemeyecek kadar fakrü zaruret içinde bulunanların primleri, durumlarının mahalli idarelerce tespit edilmesi şartıyla kısmen veya tamamen sosyal yardım maksadıyla kurulmuş fon ve kuruluşlar tarafından ödenir.

Sosyal yardım maksadiyle kurulmuş fon ve kuruluşlardan sağlanacak mali destek ve yardımlarla ilgili usul ve esaslar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının teklifi üzerine Başbakanlıkça düzenlenir.

Geçici Madde 4— Genel Sağlık Sigortasına geçişi sağlamak ve hiç bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan vatandaşların sağlık giderleri ile ödeyecekleri prim arasındaki farkı karşılamak amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı T.C.Merkez Bankası nezdinde "Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu" kurulmuştur.

A) Fonun Gelirleri:

a) Sağlık İşletmesi uygulamasına geçirilen sağlık kuruluşlarına sağlık kuruluşunun bağlı olduğu kurum tarafından tahsis edilen araç—gereç ile gayrimenkullerin kiralama ve kullanma bedellerinden,

b) Bağış ve yardımlardan,

c) Bakanlar Kurulunun bölgelere göre ve Sağlık İşletmesi uygulamasına tabi olan sağlık kuruluşlarının yıllık müsbet bakiyelerinin % 20'sinden çok olmamak üzere tespit edeceği paydan,

d) Sosyal güvenlik kuruluşlarından herhangi birine tâbi olmayanların ödeyecekleri veya adlarına sosyal yardım maksadıyla kurulmuş fon ve kuruluşlar tarafından ödenecek sigorta primlerinden,

e) Bütçeye konulacak ödeneklerden,

f) Sağlık işletmelerinde ve kuruluşlarında hiç kullanılamayacak durumda olan ve iade edilen araç ve gereçlerin satış bedellerinden,

teşekkül eder.

B) Fonun Giderleri:

a) Fon yönetimi ile ilgili olarak çalıştırılacak sözleşmeli hizmet veya personel harcamalarından,

b) Hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olmayanlardan sağlık kütüğüne kayıt olanlar için yapılan teşhis, tedavi ve rehabilite masraflarından,

c) Acilen satın alınacak veya kiralanacak hertürlü mal ve hizmet alımları bedellerinden,

d) Prim tahsil hizmetleri için yapılacak harcamalardan,

e) Hizmetlerin yürütülmesi amacıyla mekanizasyon, otomasyon, eğitim, bilimsel araştırma, inceleme ve tanıtım harcamalarından

f) Sağlık hizmeti ile ilgili diğer giderlerden,

teşekkül eder.

Fonun tabii başkanı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanıdır. Bu fondan yapılan her türlü harcamalar, 1050 sayılı Muhasebei Umumiye Kanunu, 2886 sayılı Devlet İnale Kanunu ile 832 sayılı Sayıştay Kanunu hükümlerine tâbidir.

Fonun işleyişine dair usul ve esaslar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenecek bir yönetmelikle tesbit edilir.

Geçici Madde 5— Kendi istekleriyle muayenehanelerini veya özel hastanelerini kapatıp kamu kurum ve kuruluşlarında en az beş yıl görev yapmak isteyenlerin kullandıkları tıbbi araç ve gereç, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının uygun görmesi halinde, Bakanlığın tesbit edeceği esaslara göre satın alınır.

Geçici Madde 6— Bu Kanunun 9 uncu maddesindeki yönetmelikler düzenlenip yürürlüğe konuluncaya kadar, mevcut hükümlerin uygulanmasına devam olunur.

Yürürlükten Kaldırılan Hükümler

Madde 10— Diğer kanunların bu Kanuna aykırı hükümleri yürürlükten kalkar.

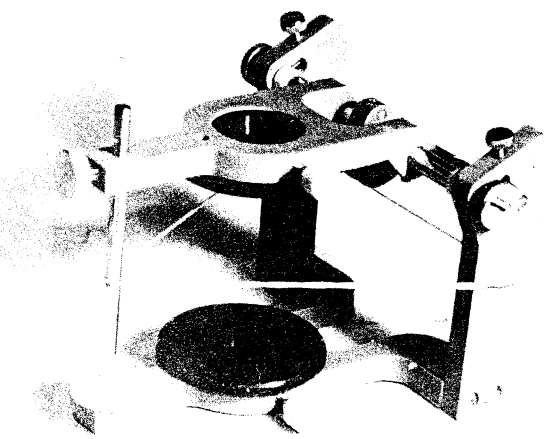
Madde 11— Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Madde 12— Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

5/3/1987

ORTALAMA DEĞERLER ARTİKÜLATÖRÜ

ODAR



TEKNİK ÖZELLİKLERİ :

Kondüller arası mesafe	:	100 mm
Kondül yolu meyli	:	25°
İnsizal yolu meyli (ileri - geri)	:	10°
İnsizal yolu meyli Lateral (sağ - sol)	:	10°

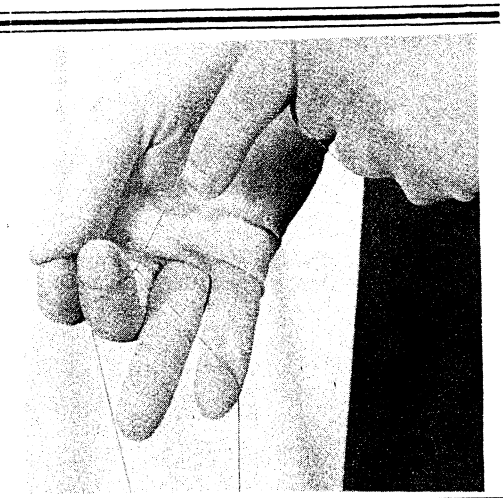
Erktadent
DİŞ PROTEZ
LABORATUAR
Cihazları Sanayi
İzmir Cad. Moda İşhanı
A Blok Kat.3 No: 136
Kızılay/ANKARA
Tel: 25 32 02–25 57 89

An advance in suture technology

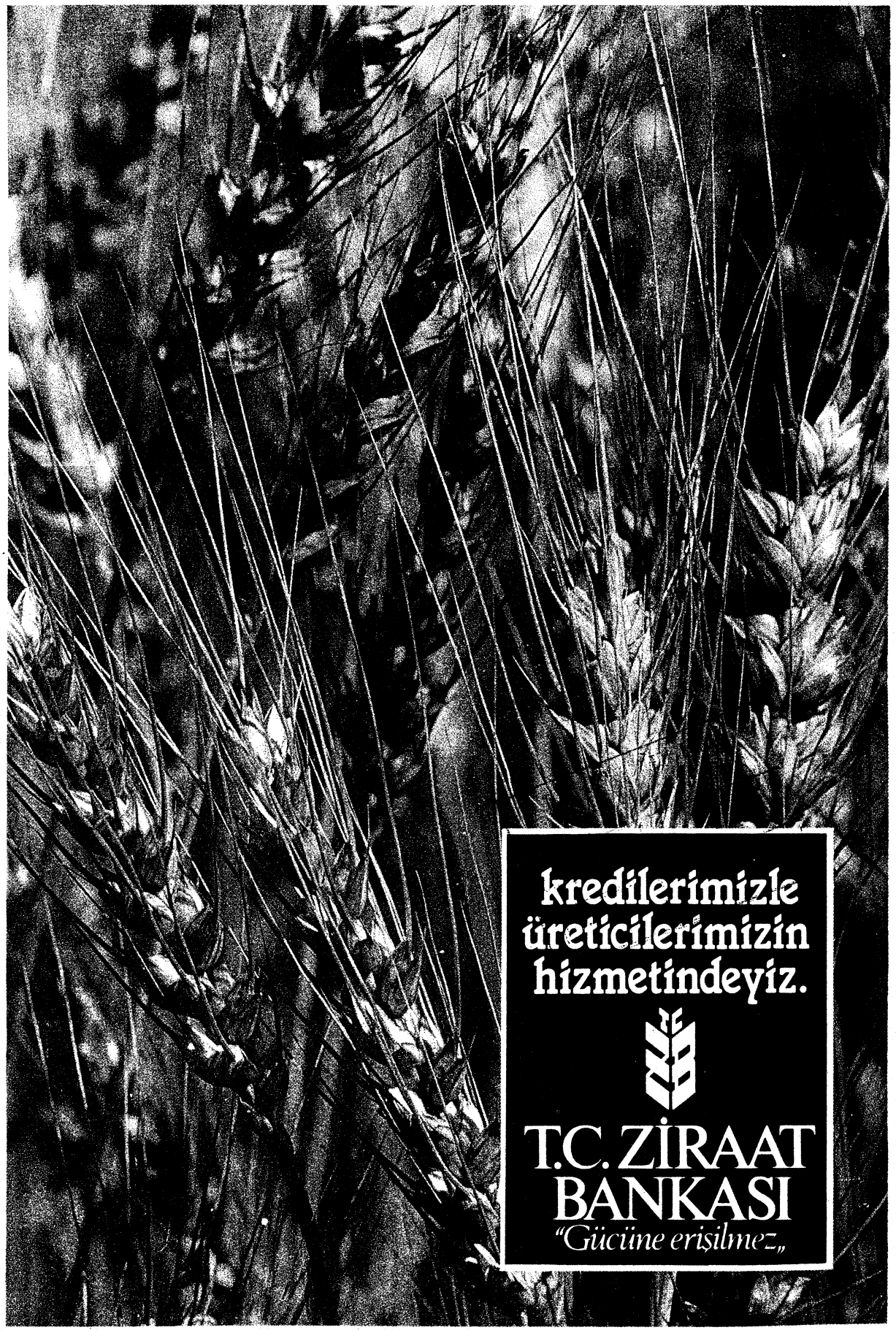
DİŞHEKİMLİĞİ CERRAHİSİNDE
ÖZEL İĞNELİ AMELİYAT İPLİKLERİ
VE HER TÜRLÜ DİŞÇİLİK DEZENFAKTANLARI

İNTERFARMA KOLL. ŞTİ.

ADRES: MİTHATPAŞA CAD. 24/7
Y.ŞEHİR-ANKARA TEL: 33 31 71-72



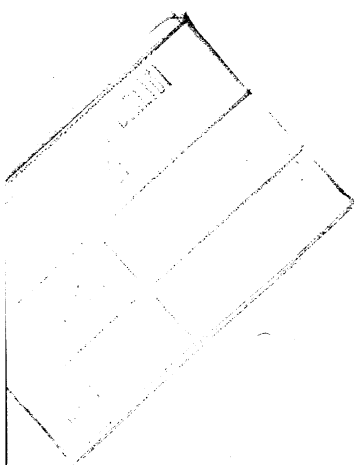
ETHICON
TRADEMARK


kredilerimizle
üreticilerimizin
hizmetindeyiz.
T.C. ZİRAAT
BANKASI
"Gücüne erişilmez"

"Topluma açılan kapı"

- Bugüne kadar bir milyondan fazla aileyi biz konut sahibi yaptık...
- Türkiye'nin dörtbir yanında, okulu, çarşısı, çocuk bahçesi, spor tesisi ve yeşil alanlarıyla modern mahalleleri; uydu kentleri biz kurduk...
- Ticaret Sanayi ve İhracat Sektörlerine kredilerimizle destek olduk.
- Ankara Devlet Resim ve Heykel Müzesi'ni; Ankara Devlet Opera ve Balesi Binasını; İstanbul Atatürk Kültür Merkezi'ni biz inşa ettik.
- Sporda; Dünya, Olimpiyat ve Avrupa şampiyonlarını biz konut sahibi yaptık...

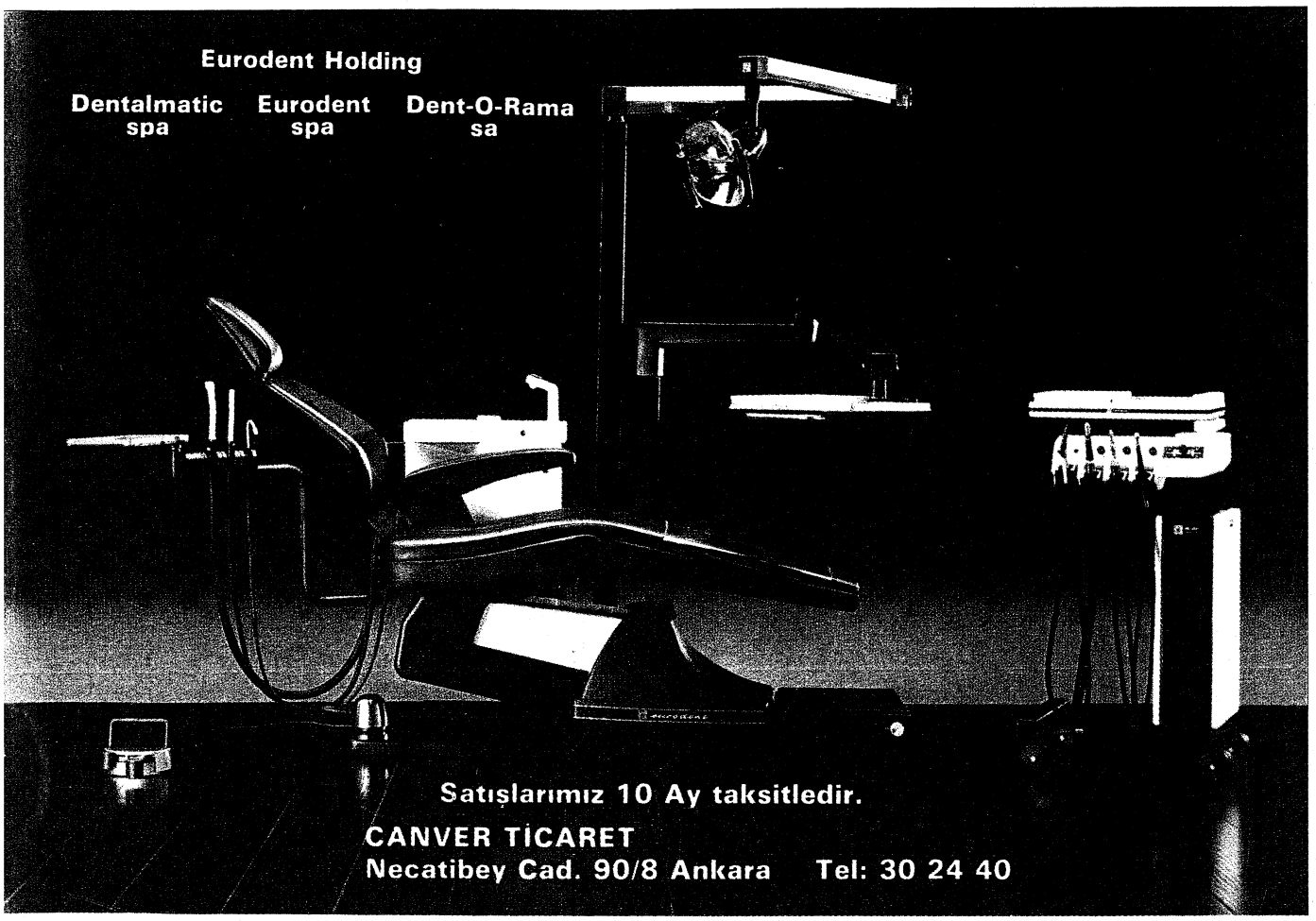
Biz, TEKBANK'ız!
Hem BANKAYIZ, hem de
SOSYAL BİR KURUMUZ.
Yaptıklarımızla gurur duyuyoruz.

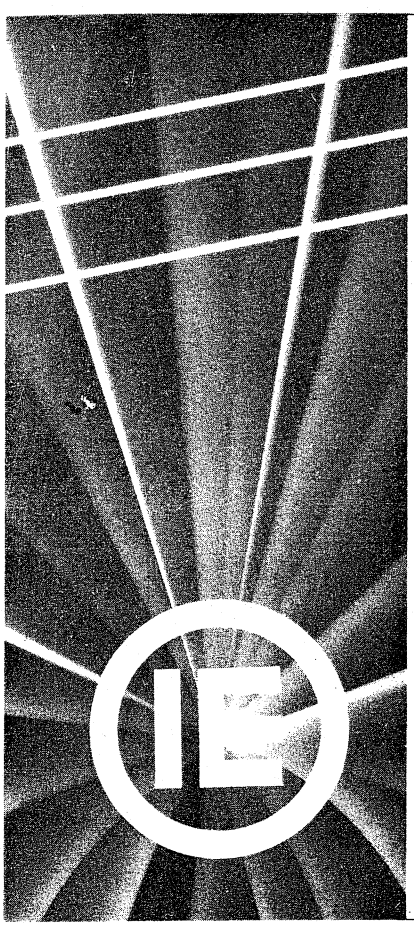


TÜRKİYE EMLAK KREDİ BANKASI

TEKBANK

"Evinize açılan kapı„

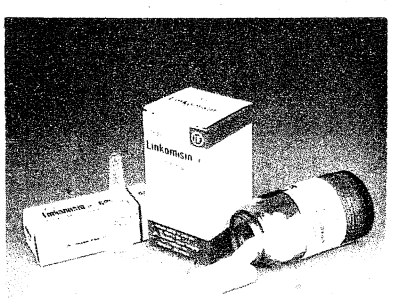




(süratli-etkin-güçlü-spesifik antibiyotik)

Linkomisin-IE

ampul - kapsül



- **LİNKOMİSİN-IE** Tüm dokulara ve sıvı kompartmanlara süratle yayılarak yeterli konsantrasyonlara ulaşır.
- **LİNKOMİSİN-IE** Gram (+) bakterilerin çoğunu (Stafilokok - Streptokok - pnömokok) ve bazı Gram (–) anaerob bakterileri etki spektrumu içine alır.

- Solunum yolları
- Urogenital sistem
- Yumuşak doku enfeksiyonları ve özellikle kemik dokusuna üstün penetrasyonu nedeniyle:
- Akut ve Kronik Osteomiyelit, Mastoidit. Sinüzit ve Septik artritte etkinliğini süratle gösterir.

IE KİMYA EVİ T.A.Ş.

Dr. İbrahim Etem Ulagay İLAÇ FABRİKASI

KURULUŞ 1903

Tasarrufları
değerlendirirken
esnafa, sanatkara destek
sanayiye
kaynak oluşturan...
...ülke kalkınmasına
katkı sağlayan
banka... **TÜRKİYE**

DEVLET GÜVENCESİ

HALK BANKASI

Konusunda öncü ve güçlü

Güney Diş Deposu

Dünyanın en güçlü dental kuruluşlarını bir araya getirdi.

Komet

NO

BAYER BayerDental

BEGO

CASTELLINI

IVOCLAR

Kerr SYBRON

SPEED

SAFICO

tr trophy

VIVADENT

3M

Austenal Dental

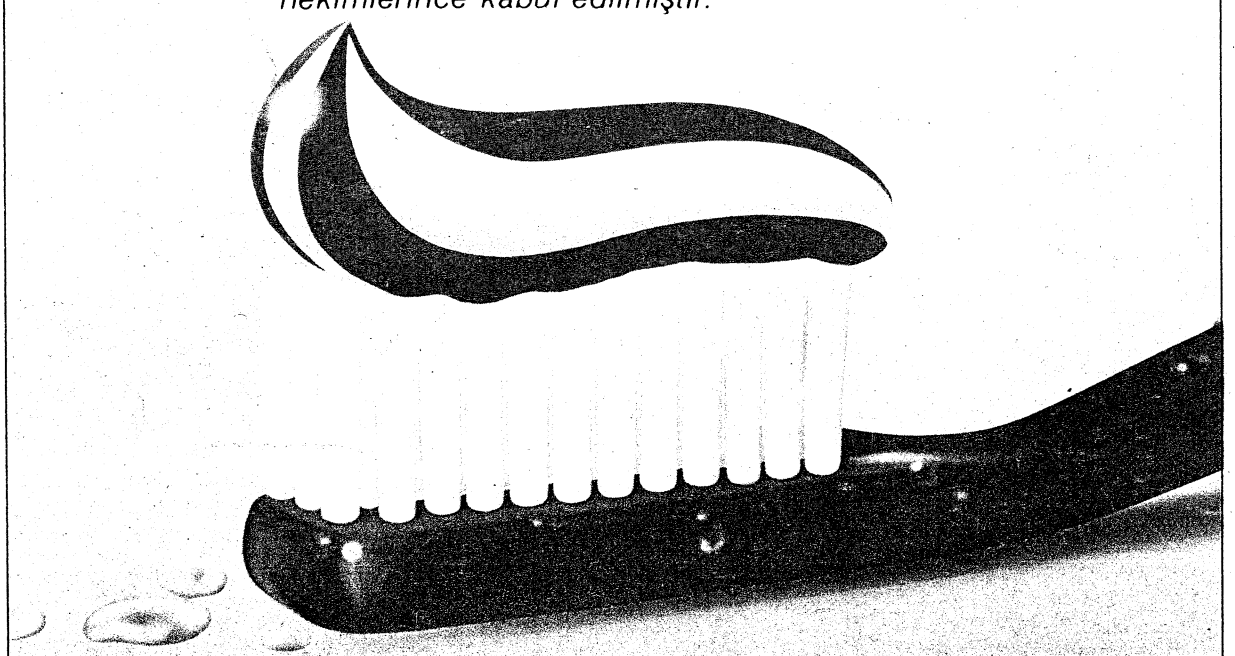
EMS Electro Medical Systems SA

Merkez: Beyazıt, Beyaz Saray No: 9/B **İstanbul** Tel: 522 50 84 - 528 47 58 - 520 68 94 Telgraf/Cable: Güneydiş-İstanbul Telex: 30405 gudi tr

Signal
DİŞ MACUNU

Klinik deneylerde kanıtlanmış florür etkisi

- Signal, özel florürlü formülüyle, (% 0.8 sodyum monoflorofosfat) dişlerin arasına nüfuz eder ve diş minelerini güçlendirerek, çürümelerini önler. Signal diş macunundaki çürükle savaş elemanı, sodyum monoflorofosfattır.
- Unilever tarafından yönetilen 13 klinik deneyde ve A.B.D. İsveç-Kanada-İngiltere-Avusturalya-Danimarka-Almanya-Japonya-Fransa-İsviçre'de yapılan 29 bağımsız klinik deneyde, % 0.76 - % 1.2 oranında sodyum monoflorofosfatın, diş çürümelerini azaltmadaki etkinliği kanıtlanmıştır. Bu deneyler 28.000 çocuk üzerinde 3 yıl süreyle yürütülmüştür.
- Signal, Türkiye'de etkinliğinin kanıtına sahip tek diş macunudur. Bu kanıt, dünya diş hekimlerince kabul edilmiştir.



Signal Diş çürümelerini önler