

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DİŞ TEDAVİ MALİYETLERİNİN ÖZEL VE KAMUSAL
TEDAVİ KURUMLARI AÇISINDAN İRDELENMESİ
VE
BUNA YÖNELİK ALAN ÇALIŞMASI**

Faruk YANIK

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Yasemin YEĞİNBOY

2009

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Diş Tedavi Maliyetlerinin Özel ve Kamusal Tedavi Kurumları Açısından İrdelenmesi ve Buna Yönelik Alan Çalışması** ” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

....../....../2009

Faruk YANIK

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin

Adı ve Soyadı : Faruk YANIK
Anabilim Dalı : İşletme
Programı : Hastane ve Sağlık Kuruluşları
Tez Konusu : Diş Tedavi Maliyetlerinin Özel ve Kamusal Tedavi Kurumları Açısından İrdelenmesi ve Buna Yönelik Alan Çalışması
Sınav Tarihi ve Saati : .../.../.....

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen öğrenci Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliği'nin 18. maddesi gereğince yüksek lisans tez sınavına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini dakikalık süre içinde savunmasından sonra jüri üyelerince gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olan Anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI OLDUĞUNA	<input type="radio"/>	OY BİRLİĞİ	<input type="radio"/>
DÜZELTİLMESİNE	<input type="radio"/>	OY ÇOKLUĞU	<input type="radio"/>
REDDİNE	<input type="radio"/>		

ile karar verilmiştir.

Jüri teşkil edilmediği için sınav yapılamamıştır. O***
Öğrenci sınava gelmemiştir. O**

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.
** Bu halde adayın kaydı silinir.
*** Bu halde sınav için yeni bir tarih belirlenir.

Tez burs, ödül veya teşvik programlarına (Tüba, Fulbright vb.) aday olabilir.	<input type="radio"/>	Evet
Tez mevcut hali ile basılabilir.	<input type="radio"/>	
Tez gözden geçirildikten sonra basılabilir.	<input type="radio"/>	
Tezin basımı gerekliliği yoktur.	<input type="radio"/>	

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

..... Başarılı Düzeltme Red

..... Başarılı Düzeltme Red

..... Başarılı Düzeltme Red

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Diş Tedavi Maliyetlerinin Özel ve Kamusal Tedavi Kurumları Açısından İrdelenmesi ve Buna Yönelik Alan Çalışması

Faruk YANIK

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Hastane ve Sağlık Kuruluşları Programı

Ağız Diş Sağlığı alanında koruyucu dişhekimliğine yönelik ulusal sağlık politikası yoktur. Mevzuatlar yetersizdir.

Türk Dişhekimliği Birliği ile Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve hatta her iki bakanlık arasında fiyat belirlemede görüş birliği yoktur. Kurulmuş bir meslek komitesi de yoktur. Türk Dişhekimleri Birliği'nin de İlgili bakanlıklar üzerinde yaptırım gücü bulunmamaktadır.

Kişi başına düşen ağız diş sağlığı harcamalarına yönelik yeterli veri toplanamamaktadır. Genel sağlık giderlerinden yola çıkarak söylemek gerekirse plansızlığın yarattığı karmaşa ve dengesizlik bu alanda da devam etmektedir.

Kamunun özel muayenehanelerden ağız diş sağlığı hizmeti alamayışı ilgili her kurumun asgari fiyatlarda ortak bir noktada birleşmemesi olarak yansıtılmaktadır.

Kamuda Mevcut aktif çalışan hekimlerle ulusal tedavi ihtiyaçlarının karşılanamayacağı istatistiksel olarak ortaya konmuştur.

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında, hizmet kadrosu belirli bir plan dahilinde koruyucu dişhekimliği uygulamalarına yönlendirilmedikçe

görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik çerçevesinde kontrol mekanizması kurulmaksızın verilen ağız diş sağlığı hizmetlerinin sürdürülmesi ülke menfaatleri açısından yeniden gözden geçirilmelidir. Çalışmamızda bu noktada bir alan çalışması uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler : 1) Diş Hekimliğinde Maliyet Muhasebesi,
2) Sipariş Maliyetleme, 3) Dolgu Maliyet Hesaplanması

ABSTRACT

Master of Science Thesis

CONSIDERATION OF DENTAL TREATMENT COSTS BY MEANS OF PRIVATE AND PUBLIC TREATMENT ORGANIZATIONS AND FIELDWORK TOWARDS THIS

Faruk YANIK

**DOKUZ EYLUL UNIVERSITY
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
ADMINISTRATION BRANCH
PROGRAMME OF HOSPITAL AND HEALTH ORGANIZATIONS**

There is no existing national health policy of preventive dentistry in the field of dental health. The legislations are also inadequate.

There is no consensus of opinions on pricing between The Turkish Dentistry Union and Ministry of Finance, Ministry of Social Security and even between the two ministries. There is no functional commissions either. The Turkish Dentistry Union is not able to apply any sanctions against concerned ministries.

The adequate data about per capita cost of dental treatments could not be gathered. By means of general costs of health, one could say that the chaos and imbalance because lack of plans are still going on.

The reason for the public could not be treated by private health organizations is reflected as diversity of opinions of organizations on minimum prices.

It is signposted by statistically that the national treatment needs could not be met by only active doctors working publicly.

By means of national interests, it must be reviewed that of continuing dental treatments without any control mechanisms within the framework of regulation of extra payments to personnel with incomes of circulating capital and also directing the staff to implementations of preventive dentistry. In our survey, a field work is implemented from this view of point.

KEY WORDS : 1) Cost Accountancy of Dentistry

2) Order Costing 3) Accounting of Filling Costs

İÇİNDEKİLER
DIŞ TEDAVİ MALİYETLERİNİN ÖZEL VE KAMUSAL TEDAVİ
KURUMLARI AÇISINDAN İRDELENMESİ
VE
BUNA YÖNELİK ALAN ÇALIŞMASI

YEMİN METNİ.....	ii
TUTANAK.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvi
EKLER LİSTESİ	xvii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM
AĞIZ DIŞ SAĞLIĞINA GENEL BAKIŞ

1.1. TARİHSEL BÜTÜNLÜK.....	7
1.1.1. Cumhuriyet Öncesi Ağız Diş Sağlığı.....	7
1.1.2. Cumhuriyet Dönemi ile Planlı Kalkınma Dönemleri Arasında Ağız Diş ağılığı Alanlarındaki gelişmeler.....	8
1.1.3. Planlı Kalkınma Dönemlerinde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından Bakış.....	9
1.1.3.1 Birinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından	9
1.1.3.2 İkinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından	9
1.1.3.3 Üçüncü Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından	10

1.2.3.4 Dördüncü Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından	11
1.1.3.5 Beşinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından	14
1.1.3.6 Altıncı Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından	15
1.1.3.7 Yedinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından	17
1.1.3.8 Sekizinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından	22
1.1.3.9 Dokuzuncu Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından	25
1.1.3.10 Dokuzuncu Planlı Kalkınma Dönemi yaşanmaktayken Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından Yapılan Yasal Düzenlemeler	29

İKİNCİ BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ NORMLARI ÇERÇEVESİNDE DİŞHEKİMLİĞİ

2.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde Ekonomik Göstergeler ve Türkiye	42
2.2. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dental Göstergeler ve Türkiye	46
2.3. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dental Yönergeler ve Türkiye	49
2.4. Avrupa Birliği Ülkelerinde Veri Korunumu ve Türkiye.....	55
2..5. Avrupa Birliği Ülkelerinde Tüketici Hakları ve Türkiye	56
2.6. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dişhekimliği Etiği, Reklam,e-Ticaret ve Türkiye	58
2.7. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dental Kozmetikler ve Türkiye.....	60
2.8. Avrupa Birliği Ülkelerinde Ağız Bakım Finansmanı ve Türkiye.....	61
2.9. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dişhekimliği Eğitimi ve Türkiye.....	66
2.10. Avrupa Birliği Ülkelerinde Mesleki Eğitim ve Türkiye.....	70

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ÖZEL SEKTÖRE AİT DIŞ HEKİMİ MUAYEHANESİNDE TEDAVİ
HİZMETLERİNİN MALİYET HESAPLANMASINA YÖNELİK ALAN
ÇALIŞMASI

3.1.Maliyet Muhasebesinin Tanımı ve Amaçları	109
3.2. Sipariş Maliyet Yönteminin Yöntemin Özellikleri ve Uygulanacağı İşletmeler.....	112
3.2.1. Sipariş Yöntemin İşleyiş Esasları.....	112
3.3. Özel Sektöre Ait Bir Dişhekimisi Muayenehanesinde İki Yönlü Kompozit Dolgu, Tek Yönlü Amalgam Dolgu ve Diş Çekimi Maliyetlerinin Sipariş Maliyet Yöntemiyle Hesaplanmasına Yönelik Çalışma ve Çıkan Maliyeti Devletin Verdiği Ödeme Oranı ile Karşılaştırılması.....	114
3.3.1 Amaç	114
3.3.2. Problem Cümlesi.....	114
3.3.2.1 Araştırmanın Hipotezleri.....	114
3.3.2.2 Varsayımlar	115
3.3.3 Materyal- Metod	115
3.3.3.1 Evren	115
3.3.3.2 Veri	115
3.3.3.3 Bulgular.....	115
3. 4. İki Yönlü Kompozit Dolgunun Birim Maliyetinin Hesaplanması.....	118
SONUÇ	137
KAYNAKÇA	141
EKLER.....	145

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
TDB	: Türk Diş Hekimleri Birliği
TTB	: Türk Tabipler Birliği
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
BUT	: Bütçe Uygulama Tebliği
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla

TABLolar LİSTESİ

Tablo.1- 1966 Sağlık Bakanlığı Verileri.....	10
Tablo.2- Sağlık Alanında İnsangücü Kullanımı	10
Tablo.3- İkinci Plan Dönemlerinde Sabit Sermaye Yatırımlarının Sektörel Dağılımı(Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977)	11
Tablo.4-Sağlık Alanındaki İnsangücü sayısal Gelişimi (Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983).....	12
Tablo 5- Sağlık İnsangücü Gereksinimi 1983 (Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı)	14
Tablo 6- Arz Yetersizliği Gözlenen Meslek dalları (Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı)	15
Tablo 7-Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve Hedefler 6.Kalkınma Planı.....	16
Tablo 8- Yüksek Öğrenimli İnsan Gücü Arzı	16
Tablo 9-Sağlık Personeli ve Öğretmen İhtiyacı	16
Tablo 10-Yükseköğrenimli İnsangücü Arzı projeksiyonu 7.Kalkınma Planı.....	17
Tablo 11-Sağlık, Eğitim ve Güvenlik Alanındaki Personel Arzı ve İhtiyacı Projeksiyonu 7.Kalkınma Planı	17
Tablo 12- Yedinci Plan Döneminde Sağlık Alanında Beklenen Sayısal Gelişmeler	19
Tablo 13-Sağlık Personeli Sayısal Gelişimi	19
Tablo – 14. Sağlık Göstergelerinde Gelişmeler.....	23
Tablo. 15- Yükseköğrenimli insangücü Projeksiyonu.....	24
Tablo. 16. Sağlık ve Eğitim Alanındaki Personel Arzı ve İhtiyacı Projeksiyonu	24
Tablo 17-Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus	25
Tablo 18- Kamu Kesimi Hedef ve Tahminleri (GSYİH İçindeki Pay)	26
Tablo 19-Dokuzuncu Kalkınma Planında Ekonomik ve Sosyal Gelişme Eksenleri	26

Tablo-20. Dokuzuncu Kalkınma Planında yer alan sağlık hizmet	
Hedefleri	27
Tablo 21: 2005 Yılı İçin Hesaplanan Kişi Başına Gayrisafi Yurt İçi Hasıla	
Hacim Endeksleri	44
Tablo 22: Sağlık Harcamasının Ulusal Gelir ya da Gayri Safi Milli Hasıla	
(GSMH) İçindeki Payı	46
Tablo 23. Türkiye’de Nüfus ve Dışhekimî Dağılımı Tablosu.....	48
Tablo 24: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Hasta Tekrar Muayene	
Periyotları	65
Tablo 25: Ülkemizde Yıllara Göre Özel Ve Resmi Dışhekimliği Fakülteleri	
Sayıları	67
Tablo 26: Ülkemizde Eğitim Veren Fakültelerin Değerlendirilmesi	68
Tablo 27: Türkiye’de Yıllara Göre Dışhekimliği Fakülteleri Eğitim	
Süreleri	69
Tablo 28: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Zorunlu Mesleki Eğitim	70
Tablo29: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Zorunlu Sürekli	
Dışhekimliği Eğitim.....	71
Tablo 30: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Dışhekimî Sayısı.....	77
Tablo 31: Türkiye’de Mesleğini Aktif Olarak Yapan Dışhekimlerinin	
Dağılımı	78
Tablo 32-AB Dış Hekimleri Birliğinin bildirdiği işsiz dış hekimleri	80
Tablo 33: Türkiye’de Bildirilen İşsiz Dışhekimî Sayıları ile İllere Göre	
Dağılımı	80
Tablo 34: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Erkek Kadın Emeklilik	
Yaşı Türkiye’de 4447 Sayılı Yasa’ya Göre 08.09.1999 Tarihinden	
önce ve Sonra Sosyal.....	81
Tablo 35: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Uzmanlık Türleri ve Her	
Birinin Sayısı	82
Tablo 36: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Tanınan Yardımcı	
Personel Tipleri	84
Tablo 37: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Serbest Dışhekimleri	
Tarafından Sağlanan Dental Hizmetlerin Oranı.....	88

Tablo 38: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Halk Dişhekimliği Kliniklerinde Çalışan Dişhekimleri.....	92
Tablo 39: Ülkemizde İllere Göre Kamu ve Serbest Çalışan Dağılımlı	93
Tablo 40: Ülkemizde İllere Göre Kamu ve Serbest Çalışan Dağılımlı	94
Tablo 41: Ülkemizde İllere Göre Kamu ve Serbest Çalışan Dağılımlı	95
Tablo 42: Ülkemizde İllere Göre Kamu ve Serbest Çalışan Dağılımlı	96
Tablo 43: Oral Sağlık Hizmetlerinin Çoğunlukla Genel Kliniklerden Sağlandığı Ülkeler	97
Tablo 44: Ankete Katılan Dişhekimlerine Ait Klinik Fiziksel, Maddi Özellikleri.....	116
Tablo 45: Örneklelimize ait muayenehane fiziki bulgular ve kira bedeli.....	117
Tablo 46: Kira Tutarının Yapılan İşlem Maliyetine yüklemede kullanılan yöntemler	119
Tablo 47: Cihazların yıllık amortisman payı hesaplaması.....	119
Tablo 48: Dakika Başına yıllık amortisman payı hesaplaması	120
Tablo 49: Dolgu Yapımı Sırasinda Fiili Çalışma Süresi ile Amortisman Payı Yüklemesi.....	124
Tablo 50: Bakım Onarım Verileri	126
Tablo 51: İşletme Malzemelerini gösteren Tablo.....	126
Tablo- 52: Yardımcı Malzemelerin listesini gösteren tablo	127
Tablo 53: SSK İşveren Payı ile İşsizlik İşveren Payı hesapları.....	128
Tablo 54- Direkt İlk Madde Malzemelerini gösteren tablo	128
Tablo 55: Sipariş Maliyet Kartı Bilgileri ışığında toplam maliyet gösteren Tablo	129
Tablo 56: İki Yönlü Kompozit Dolgunun Yapım Süreleri Farklılaştıkça Değişen Maliyet Oranları da Görölmektedir	129
Tablo 57: Cihazların Yıllık Genel Amortisman Payı	130
Tablo 58: Dakika Başına Yıllık Genel Amortisman Payı	130
Tablo 59: Dolgu Yapımı Sırasinda Fiili Çalışma Süresi ile Amortisman Payı	130
Tablo 60:Yardımcı Malzemelerin Dolgu Başı Maliyeti.....	131

Tablo 61: İşletme Malzemesi Giderleri	131
Tablo 62: Bakım Onarım Maliyetleri	132
Tablo 63: Yardımcı İşçilik Giderleri	132
Tablo 64: Direkt İşçilik giderleri.....	133
Tablo 65: Direkt İlk Madde Malzeme	133
Tablo 66: Tek Yönlü Amalgam Dolgu Maliyeti (30 dk)	134
Tablo 67: Tekyönlü Amalgam Dolgunun Farklı Sürelerdeki Maliyetleri	134
Tablo 68: Cihazların Yıllık Genel Amortisman Payları	134
Tablo 69: Dakika Başına Cihazların Yıllık Genel Amortisman Payları	135
Tablo 70: Diş Çekimi Sırasında Fiili Çalışma Süresi ile Amortisman Payı	135
Tablo 71: Yardımcı Malzemelerin Çekim Baş Maliyeti.....	136

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Yedinci Kalkınma Planında Yer Alan Hukuki ve Kurumsal.....	20
Şekil 2-GSMH 2001.....	42
Şekil 3- Satın alma gücü paritesi 2001	43
Şekil 4-satın alma gücü paritelerine dayalı GSMH 2002 Kaynak OECD	44
Şekil 5 : Sağlık için harcanan GNP yüzdesi (2002)	45
Şekil 6. Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Dişhekim Nüfus Oranı.....	47
Şekil 7: Ülkemizde Yıllara Göre Dişhekimliği Fakülteleri.....	67
Şekil 8 : Ülkemizde Ünit Başına Düşen Öğrenci Sayısı	68
Şekil 9: Ülkemizde Mesleğini Aktif Olarak Yapan Dişhekimlerinin Dağılımı	78
Şekil 10: Türkiye’de Dişhekimleri Cinsiyet Dağılımı	79
Şekil 11: Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Dişhekim Dağılımı	79
Şekil 12: Türkiye’de Dişhekimlerinin Yaş Gruplarına ve Cinsiyetlerine göre dağılımı.....	79
Şekil 13: Türk Dişhekimlerinin Mesleğini İcra Durumu	89
Şekil 14: Türk Dişhekimlerinin İstihdam Alanları	89
Şekil 15: Türkiye’de Dişhekimlerinin Çalışma Alanları	89
Şekil 16: Sağlık Bakanlığında Çalışan ve Muayenehanesi Olan Dişhekimleri.....	89
Şekil 17: Liberal Diş Hekimlerinin Ortalama Gelirleri-Özel Kazançlar hariç(2001-2003).....	101
Şekil 18: Genel Hizmet Veren Diş Hekimlerinin Ortalama Kazançları-Özel Kazançlar Hariç(2001-2003)	101

EKLER LİSTESİ

Ek 1- Sipariş Maliyet Kartları	146
Ek 2- Dış Tedavileri Fiyat Listesi	148
Ek 3- 31 Ocak 2009 Tarihli Resmi Gazete Tebliği.....	152
Ek 4- 7 Şubat 2009 Tarihli Resmi Gazete Tebliği	153
Ek 5 - DİŞ TEDAVİLERİ FİYAT LİSTESİNE İLİŞKİN AÇIKLAMALAR	155
Ek 6- Özel Sağlık Kuruluşlarına Dış Tedavisi Sevk İşlemleri.....	156
Ek 7- Sağlık Uygulama Tebliğinde Yenilikler	158
Ek 8- 3 Ağustos 2007 Tarihli Resmi Gazete Tebliği.....	162
Ek 9- 23 Ekim 2008 Tarihli Resmi Gazete Tebliği.....	163
Ek 10- Maliye Bakanlığı Genelgesi	167

GİRİŞ

Ağız Dış Sağlığı ulusal politikalarımızda daima göz ardı edilmiş ve sağlıklı politikalar üretilmediği için halkın ağız dış sağlığı gelişmiş ülke popülasyonlarıyla karşılaştırıldığında yüksek çürük insidansı ve kötü ağız hijyeni ile dikkati çekmektedir.

Mevcut ulusal sağlık politikaları nedeniyle hastaların pek çoğuna sağlık alanında hekim seçme özgürlüğü tanınırken sadece dişhekimliği alanında kamudan bu hizmetin verilmesi dikkat çekicidir.

Finansal nedenlerden ötürü bu tercihi kullandığını ifade eden ilgili bakanlıklar ağız dış sağlığının da bugün ve geçmişte yaptıkları fiyat belirleme çalışmalarına ait paylaştıkları bilimsel veriler mevcut değildir. Yakın döneme kadar Türk Dış Hekimleri Birliği ve 1964 yılından itibaren akademik olarak fakülte seviyesinde eğitim veren Dişhekimliği fakülteleri bu alanda çalışmayarak duyarsızlık sergilemişlerdir.

Devlet son yapısal değişiklikleri ile koruyucu dişhekimliği alanındaki hizmetleri neredeyse terk etmiştir. Tedavi hizmetlerini dişhekimliği açısından yürütülen kontrol mekanizması yokluğu, performans uygulamalarına bağlı sorunlar süratle düzenlenmelidir. Bu konuda maliyet hesaplama çalışmaları Türk Dış Hekimleri Birliği, sağlık bakanlığı, maliye bakanlığı ve ilgili fakültelerce koordineli şekilde yürütülmelidir.

BİRİNCİ BÖLÜM

AĞIZ DIŞ SAĞLIĞINA GENEL BAKIŞ

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık; bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal bir bütün olarak tam bir iyilik halidir. Bireylerin fiziksel sağlığı ise vücuttaki tüm organ ve dokuların sağlıklı olması ile mümkündür. Bu nedendir ki ağız ve diş sağlığını bozan faktörler bireyin vücut sağlığını da doğrudan etkilemekte, diş çürükleri ile dişeti hastalıkları; kalp-damar hastalıkları, yüksek tansiyon, kemik erimesi, şeker hastalığı ve kadınlarda erken doğum ve düşük doğum ağırlığı risklerini artırmaktadır.

Diş hekimi, ağız, diş ve dudaklardan oluşan ağız boşluğu ve çevre dokularının hekimidir. Bu mesleği icra etmek isteyen kişiler de 5 yıllık bir süreçten oluşan diş hekimliği eğitimi alarak "Diş Hekimi Diploması" adı verilen yüksek lisans diplomasına sahip olan Diş hekimleridir. Ülkemizde 5 yıllık eğitim 1964 yılından bu yana uygulanmaktadır.

Bu diploma olmaksızın diş hekimliği yapmak son çıkan "tebabetin icrası" kanunlarıyla hapis cezası gerektiren bir şarlatanlık suçudur

Diş hekimliği fakültesini bitirerek diş hekimliği yapmaya hak kazanan kişi ağız, diş ve çevre dokulara her türlü müdahaleyi yapmaya yetkin kişidir. Bunun yanı sıra 27 alt branşı olan diş hekimliğinin her hangi bir dalını seçerek bu dalda 4 senelik bir eğitim daha alıp sadece o dal üzerine hekimlik yapabilir.

Branşları

Diş hekimliği branşları klinik ve preklinik olan temel branşlar olarak 2 ye ayrılmaktadır.

Klinik olmayan branşlar

Bu branşlardaki çalışmalar klinik değil laboratuvar çalışmalarıdır.

1. Anatomi Anabilim Dalı: Baş boyun anatomisi başta olmak üzere tüm vücudun

organ ve yapılarını inceleyen bilim dalı.

2. Fizyoloji Anabilim Dalı: Organ ve dokuların işleyişini inceler. Oral fizyoloji ise ağız,diş ve çevre dokuların işleyişini inceler.

3. Histoloji- Embriyoloji Anabilim Dalı: Organ ve dokuları mikroskopik düzeyde ve anne karnından itibaren gelişimlerini inceler. Oral histoloji ve embriyoloji ise bunu ağız,diş ve çevre dokuları açısından inceler.

4. Patoloji Anabilim Dalı: Hastalıklı doku ve organları mikroskopik düzeyde inceler. Oral patoloji ise bunu ağız, diş ve çevre dokular açısından irdeler.

5. Mikrobiyoloji Anabilim Dalı: Vücudumuzun doğal ve hastalık yapan florasını inceler. Oral mikrobiyoloji ise ağız, diş ve çevre dokuların doğal ve hastalık yapan florasını inceler.

6. Biyokimya Anabilim Dalı : Vücudumuzdaki sistemlerin hangi biyokimyasal olaylarla ve nasıl işlediğini inceler. Oral biyokimya ise ağız, diş ve çevre dokuların biyokimyasını inceler.

7. Farmakoloji Anabilim Dalı: Hastalıkların tedavisi sırasında kullanılan ilaçları inceler. Oral farmakoloji ise ağız, diş ve çevre dokuların hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçları inceler.

8. Tıbbi biyoloji ve genetik Anabilim Dalı: İnsan biyolojisini ve genetiğini inceler.

9. Biyofizik Anabilim Dalı: İnsan biyolojisindeki ilkelerin fiziksel temellerini anlatır.

10. Biyoistatistik Anabilim Dalı: Sağlık bilimlerinin istatistiğidir.

11. Epidemiyoloji Anabilim Dalı: Toplumdaki hastalık, kaza ve sağlıkla ilgili durumların dağılımını, görülme sıklıklarını ve bunları etkileyen faktörleri inceleyen

bir çalışma alanıdır.

12. Halk Sağlığı Anabilim Dalı : İnsanların sağlıklı olabileceği koşulların sağlanmasında toplum ihtiyaçlarını karşılamayı amaç edinen bilim dalıdır.

13. Tıbbi Deontoloji ve Etik Anabilim Dalı: Tıp mesleğinin icrasında uyulması gereken ahlaki kuralları irdeler.

Klinik branşlar

Bu branşların hekimleri hastalıkların tanısı,tedavisi,tedavide kullanılan yöntemler ve materyalleri araştırırlar.

1. Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı: Ağız, diş ve çevre dokularının hastalıklarının belirtilerini, tanı koyma metotlarını, metotların güvenilirliğini inceleyen bilim dalıdır.

2. Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı : Ağız, diş ve çevre dokularda görülen hastalıkları(kist,tümör v.b), oluşumlarını, çene eklemi problemlerini, ve ağız içerisinde cerrahi müdahale gerektiren tüm işlemleri, kullanılan yöntemleri ve materyalleri inceleyen bilim dalıdır.Çene Cerrahisi

3. Ortodonti Anabilim Dalı: Dişlerin ve çenelerin birbirleriyle ilişkilerini, kapanışlarını, dişlerin ve çenelerin gelişimini hareketlerini inceler, dişsel ve iskeletsel bozuklukların tedavisini, kullanılan yöntemleri ve materyalleri inceleyen bilim dalıdır.

4. Periodontoloji Anabilim Dalı: Dişetlerinde oluşan problemleri, tedavilerini, bunların tedavisinde kullanılan materyalleri inceleyen bilim dalıdır.

5. Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı: Diş dizisindeki ya da ağız içindeki yumuşak dokularda oluşan kayıpların oluşturduğu konuşma, fonksiyon ve estetiğin yarattığı problemleri, bunların protez lerle tedavi yöntemlerini, tedavide kullanılan materyalleri inceleyen bilim dalıdır. Aynı zamanda eklem ve çenenin kapanış

hareketlerini (oklüzyon) incelemektedir.

6. Konservatif Diş Tedavisi Anabilim Dalı: Dişlerde çürük, kırık v.b nedenler oluşan madde kaybının tedavi yöntemlerini ve dişleri çürükten korumak için kullanılan materyalleri inceleyen bilim dalıdır.

7. Pedodonti Anabilim Dalı: Çocukların ağız, diş ve çevre dokularında ortaya çıkan sorunları, çürük önleyici yöntemler i, diş tedavilerini ve bu tedavilerde kullanılan materyalleri inceleyen bilim dalıdır.

8. Endodonti Anabilim Dalı: Diş pulpasını ilgilendiren enfeksiyonlar ve bunların tedavilerini inceleyen bilim dalı.

Ülkemizde diş hekimliği fakültelerinde okuyacak öğrenci sayısını Yüksek öğrenim kurulu belirler.

Üniversitelerin her eğitim - öğretim programına kabul edeceği öğrenci sayısı önerilerini inceleyerek kapasitelerini tespit etmek; insan gücü planlaması, kurumların kapasiteleri ve öğrencilerin ilgi ve yetenekleri doğrultusunda ortaöğretimdeki yönlendirme esaslarını da dikkate alarak öğrencilerin seçilmesi ve kabul edilmesi ile ilgili esasları tespit etmek, Yüksek Öğretim Kurulunun görevlerindedir.

Türk Diş hekimleri Birliği (TDB) ülkemizde ağız diş sağlığı hizmeti sunan yaklaşık 20 bin diş hekiminin ortak sesidir. Anayasanın 135 inci maddesinde tanımlanan, "kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları" kapsamında 7.6.1985 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan 3224 sayılı "Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu" ile kurulmuş bir meslek örgütüdür. Devletten ve herhangi bir kurumdan yardım almaz.

Türk Diş hekimleri Birliği Kurulmadan önce Türk Tabipler Birliğince temsil edilmekteydi.

Mezun olan diş hekimleri mesleklerini ya devlet tarafından hiçbir teşvik ve destek almaksızın tüm yatırımlarını kendileri finanse ettikleri bir klinikte serbest olarak sürdürebilirler veya T.C.Sağlık Bakanlığının kurallarına katılıp sözleşmeli olarak devlet kurumlarında çalışabilirler.

Türkiye de diş hekimlerinin %61 ü serbest diş hekim olarak mesleğini icra etmektedir. %24 ü Sağlık bakanlığınca istihdam edilirken %9 u Üniversitelerde k %6 lık kesim ise diğer alanlarda mesleklerini sürdürmektedir.

Aynı oranlara sayısal olarak baktığımızda 2007 verilerine göre toplam 22.454 diş hekiminin 13.628'i serbest diş hekimidir. Kamuda görevli 1.639 diş hekimini çalışmalarını serbest diş hekim olarak da sürdürmektedirler. Ayrıca 2002 verilerine dayanarak 673 diş hekim de Milli Savunma Bakanlığında görev almışlardır.

TD Birliğine üyelik serbest çalışan diş hekimleri için yasal bir zorunluluktur. Türk Diş hekimleri Birliği yapılan görüşmelerde Tüm diş hekimlerinin temsilcisi olduğu halde kamuda görevli 4.777 diş hekiminin yasal zorunluluk olmadığı için üye olmamaları dikkat çekicidir.

Türk Diş hekimlerinin istihdamında T.C.Sağlık Bakanlığının belirleyip yayınladığı ve gösterdiği, ortaya koymuş olduğu yazılı bir kaynağa rastlanamadığı gibi Türk Diş hekimleri birliğince muayene lokasyonlarının belirlenmesinde tavsiyeyi aşan bir yönlendirme de mevcut değildir.

Ülkemizde 2005 Nufus verilerine göre 72.065.000 kişi yaşamaktadır. Nufusa düşen Diş hekim sayısı 22.459 dur. Diş hekim başına ise ortalama 3.209 kişi düşmektedir.

Kişi başına düşen Diş hekim sayısı bölge ve kentlere göre çok ciddi bir biçimde farklılık göstermektedir. Örneğin şanlı Urfa'da 25.000 kişiye bir Diş hekim

düşerken, İzmir ve Ankara'da bu oran 2.000 civarındadır.

1993-1999 yıllarında nüfus artış oranı ile Diş hekimi artış oranı 1.8 e 4.14 iken 200-2006 arasında bu oran 1.42 ye 6.08 dir. (www.tdb.org.tr)

Diş hekimi sayısındaki artış nüfus artış hızından daha yüksek bir hızla artmaktadır. Diş hekimi eğitim istihdam planlamasında yürütülecek planlamaların açıkça ortaya konması gereklidir.

1.1. TARİHSEL BÜTÜNLÜK

1.1.1. Cumhuriyet Öncesi Ağız Diş Sağlığı

Türklerde, Osmanlı dönemi de dahil olmak üzere Diş hekimliği, yüzyıllarca kendi kendine veya başkasının yanında pratikten yetişen kişiler tarafından uygulanmıştır. Cerrahlar özellikle küçük cerrahi ile uğraşanlar, berberler hatta ebeler de Diş hekimliği uygulamalarında bulunmuşlardır. Bu işi yapanlarda özel bir öğrenim aranmadığı için her isteyen kendi kendini yetiştirmekteydi. Yeter derecede bilgi edindiğine inananlar istedikleri zaman Diş hekimliğine başlayabilirlerdi.

Osmanlıların Anadolu'ya yaptıkları ilk hastane olan (1399)Yıldırım Darüşşifanın 1450 yılındaki vakfiyesi incelendiğinde Diş hekimi kadrosu olmadığı görülür.

Aynı şekilden Abdülmecid'in annesi Bezmialem Sultan tarafından 1895 de yaptırılmış olan Vakıf Gureba Hastanesi'nin hizmete başladığı yılki kadrosunda da Diş hekimine rastlanmamaktadır.

Ancak 6 Mayıs 1557 tarihli Süleymaniye Darüşşifası Vakfiyesi incelendiğinde kadrosunda 2 cerrah bulunduğu ve bu cerrahların Diş hekimliği uygulamaları da yapabilecek nitelikte olmaları gerektiği görülür. Evliya Çelebi(1611-1682) seyahatnamesinde İstanbul esnafı arasında Diş hekimi zümresinden söz etmemektedir.

Diş hekimliği Mektebi öncesinde Diş hekimliği uygulaması yapan kişileri 4 grupta toplamak mümkündür.

- 1 - Tıp eğitimi görmeden hastabakıcılıktan yetişmiş küçük cerrahlar
- 2- Anadolu veya yabancı ülkelerde Diş hekimi yanında meslek öğrenmiş kişiler
- 3-Tıp eğitilmiş ve cerrah olup Diş hekimliği yapanlar
- 4-Yabancı ülkede eğitim alıp yurda gelenler.

22 Kasım 1908 de bütçesi oluşturularak resmi yapıya kavuşturulan 28 Ekim 1909 da fiilen eğitim öğretime başlamıştır.

Dişçi Mektebi ilk mezunlarını 1911 de 43 kişi ile vermiştir.

1.1.2.Cumhuriyet Dönemi ile Planlı Kalkınma Dönemleri Arasında Ağız Diş ağılı Alanlarındaki gelişmeler

1922 de kurulan “Müslüman Diştabipleri Mezunin ve talebe Cemiyeti”1925 de Türk Diş Tabipleri Cemiyeti olarak tescillenmiştir.

1932 de 1.Ulusal Diş hekimliği Kongresi toplanmış, ikincisi 1934 de üçüncüsü 1938 de,dördüncüsü 1943 de yapılmıştır.

1953 tarihinde Türk tabipler Birliği bünyesine girmişlerdir.

1964 de 1933 Üniversite reformu ile kazandığı tıp fakültesine bağlı yüksek okul statüsünden kurtulup Diş hekimliği Fakültesi olmuştur.

Cumhuriyet öncesi dönemde ve cumhuriyetin ilk planlı kalkınma dönemlerine dek Diş hekimliği alanında ulusal bir politika izlenememiştir.Bunda planlı dönem öncesi TTB birliği bünyesine katılıp yeterince temsil edilememesi etkili olmuştur. (Efeoğlu, A. 1992)

1.1.3.Planlı Kalkınma Dönemlerinde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından Bakış

Planlı dönemlerde farklı siyasal düşüncelerin izlerini görmekteyiz.

1.1.3.1 Birinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından

Okuma yaşında bulunan ve bu yaşı aşmış çocukların yüzde 60'ı okuma.yazma bilmemektedir. Köylerin yüzde 53'ü, kasabaların yüzde 55'i içme suyundan yoksun veya yeteri kadar içme suyu bulamayacak durumdadır. Nüfusun yüzde 69'u elektrikten faydalanamamaktadır. Doğan her 1000 çocuktan 165'i bir yıl içinde ölmektedir. Nüfusun yüzde 2,5'u veremlidir. Buna karşılık 4 bin kişiye birdoktor düşmektedir. Şehir konutlarının yüzde 30 u oturulamayacak durumdadır. En büyük üç şehirdeki nüfusun yüzde 30'u tek odalı evlerde yaşamaktadır. Gecekondularda yaşayan insan sayısı 1,2 milyondur. (DPT,Birinci Beş yıllık Kalkınma Planı,1963 sf 2)

Bu sağlık gerçekleri altında ağız diş sağlığı çalışmaları ve politikaları üretmek mümkün olamamıştır.

1.1.3.2 İkinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından

İkinci Kalkınma Planlarında da durum o kadar iç açıcı değildir ve T.C.Sağlık Bakanlığı 1966 verilerine göre Diş hekimi sayısı 2100 olarak bildirilmiştir.

Tablo.1- 1966 Sağlık Bakanlığı Verileri

Personel	Sayı (1)	(Bin personele düşen) Bir personele düşen nüfus miktarı (2)			
Hekim	10,2	2,9			
Diş Hekimi	2,1	15			
Eczacı	1,9	16,6			
Hemşire ve Hemşire yardımcısı	5	8,4			
Sağlık Memuru	0,2	6,2			
Ebe	5	6,5			

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında yer alan sağlık alanı insangücü kullanımında Diş hekimine düşen nüfus oranında düzelmelere rastlanmamaktadır.

Tablo.2- Sağlık Alanında İnsangücü Kullanımı

	Sayı (1)	Bir personel Düşen Nüfus(2)	Sayı	Bir Personele Düşen Nüfus (4)	Sayı (5)	Bir Personele Düşen Nüfus (6)
Personel						
Hekim	9		11,9	2,8	15,8 (a)	2,3
Diş Hekimi	1,8		2,2	14,9	3,2	11,3
Eczacı	1,5		2,2	5,3	3	12,1
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı	1,6		6,2	5,3	8,8	4,2
Sağlık Memuru	3,4		5,9	5,5	9,9	3,7
Ebe	3,7		5,6	5,8	11,3	3,2

1.1.3.3 Üçüncü Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından

Geçen iki plana bakıldığında Tarım. Eğitim ve Sağlık Sektörlerindeki gerçekleştirmeler Plan hedeflerinin gerisinde kalmıştır.

Tablo.3- İkinci Plan Dönemlerinde Sabit Sermaye Yatırımlarının Sektörel Dağılımı (Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977)

	Birinci Plan Dönemi		İkinci Plan Dönemi	
	Plan hedefi	Gerçekleşme	Plan hedefi	Gerçekleşme (a)
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tarım	17,7	15,3	15,2	11,8
Madencilik	5,4	5,6	3,7	3,5
İmalât sanayii	16,9	19,6	22,4	25,7
Enerji	8,6	6,1	8,0	8,5
Ulaştırma	13,7	15,6	16,1	16,4
Turizm	1,4	1,3	2,3	2,1
Konut	20,3	22,3	17,9	20,2
Eğitim	7,1	6,5	6,7	4,7
Sağlık	2,3	1,7	1,8	1,5
Diğer hizmetler	6,6	6,0	5,5	5,5
Kalkınma fonu	—	—	0,4	0,1
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0

Kaynak : Devlet Planlama Teşkilâtı

(a) 1968 - 1971 dönemi gerçekleşmesi ve 1972 ilk gerçekleşme tahmini toplamı olarak.

1.2.3.4 Dördüncü Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Dış Sağlığına Program İçeriği Açısından

Sağlık alanındaki insangücünün sayısal gelişimi aşağıdaki tabloda verilmiştir.3.Plan döneminde doktor, diş doktoru ve eczacı sayılarında önemli artışlar gerçekleşmiştir.1971-1977 döneminde doktor sayısı yüzde 51,9 oranında artarken, diş doktoru sayısı yüzde 106,3 eczacı sayısı yüzde 226,7 oranında artmıştır.

**Tablo.4-Sağlık Alanındaki İnsangücü sayısal Gelişimi
(Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983)**

		(Bin Kişi)	
	1971	1977	
Doktorlar	15,8	24	
Diş Doktoru	3,2	6,6	
Eczacı	3	9,8	
Hemşire, Hemşire Yardımcısı	8,8	17,6	
Sağlık Memuru ve Teknisyeni	9,9	12,7	
Ebe	11,3	8,5	
Köy ebesi		13,7	
Kaynak: Sağlık ve sosyal Yardım Bakanlığı			

Toplum sağlığının her yönüyle gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit olarak yararlanması ve görevin Devlet eliyle yürütülmesi olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine 1963 yılında başlanmış ve kapsanan il sayısı, 1978 yılında, 46'ya yükselmiştir.

Ancak, sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi, etken bir istihdam ve ücret politikası, sağlık eğitimi, v.b. sorunların giderilmesi gibi ön koşulların yerine getirilemeyişi, bu birimlerin işlerliğini engellemekte, hizmetin sınırlı bir biçimde gelişmesine neden olmaktadır.

Değişik birimlerde bağımsız olarak yürütülen sağlık hizmetleri, sosyalleştirme programı içinde bütünleştirilmiştir. Uygulamadaki yavaşlama, bu hizmetlerin değeri kalmasına yol açmakta, sağlık hizmetlerini özellikle kırsal yörelere, sağlık gereksinimlerini karşılayacak biçimde götürmek ve koruyucu hekimlik hizmetlerini yaygınlaştırarak tedavi edici (iyileştirici) hizmetlere olan aşırı talebi önlemek mümkün olamamaktadır.

Planlı dönemde sağlık ocak ve evlerinin yapımında hedefler ile gerçekleştirmeler arasında önemli farklar izlenmektedir. Gerçekleştirmelerdeki bu geri kalmalar yatırım olanaksızlıklarından değil, yapımı tamamlanan birimlere ilaç, sağlık malzemesi ve araç - gerecin verilmesindeki aksamalar, arsa sağlanması, altyapı,

projelendirme, inşaat gibi programlama aşamalarının zamanlamasında ortaya çıkan darboğazlar dışında, özellikle personel sağlanmasında karşılaşılan güçlüklerin giderilememesi nedeniyle, programın gereken niteliğe kavuşmadan yaygınlaştırılmasının doğurabileceği sakıncalar gözetilerek yavaşlatılmasından ileri gelmiştir.

1978 yılı başlarında uygulamanın götürüldüğü 37 il ve 5 eğitim bölgesinde mevcut 1.365 sağlık ocağı ve 5.268 sağlık evinde hizmet gören pratisyen hekim kadrolarının yüzde 36'sı, hemşire kadrolarının yüzde 45'i, sağlık memuru kadrolarının da yüzde 58'i dolu bulunmaktadır. Bu oranlar sağlık ocaklarında çalışan ebeler için yüzde 103, sağlık evlerinde hizmet gören ebeler için ise yüzde 72'dir.

Tıptaki gelişmeler sonucu sağlık hizmeti yeni bir anlam kazanmış, bireyi tüm olarak ve çevresiyle birlikte ele alma yaklaşımı, kişilere yönelen hemen bütün hizmetlerde ekip çalışmasını zorunlu kılmıştır. Buna göre, ebeden pratisyen hekime, pratisyen hekimden uzman hekime uzanan hizmet halkasının, her kademede çalışan yeterli sayıda elemanın bulunduğu hizmet için eğitilmesi ve istihdam sorunlarının çözümlenmesiyle işlerlik kazanacağı bir gerçektir.

Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde, özellikle geri kalmış yörelere personel sağlanmasında karşılaşılan güçlükler, önemli bir sorun olma niteliğini korumaktadır.

Toplam sağlık personeli sayısında gelişmeler elmasına karşılık, belirli illerde yoğunlaşmalar artarak devam etmektedir. Yürürlüğe giren ve amacını, sağlık personelinin çalışmalarının tümünü, ayrı bir gelir kaynağına gereksinme duymadan kamu hizmetinde kullanmaları ve hizmeti her kişiye ve yere, en iyi biçimde götürmek olan Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu sorunun giderilmesinde önemli bir adım atılmış bulunmaktadır.

Tablo 5- Sağlık İnsangücü Gereksinimi 1983 (Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı)

Meslek Grupları	Arz (1)	Gereksinim (2)
Doktor	30525	35500
Diş Doktoru	8760	7300
Eczacı	14475	5800
Hemşire	38100	55750
Sağlık Teknisyeni	13015	13350
Köy Ebesi	17750	13600

- (1) Kurulma kararı verilen ve kurulmakta olan tıp fakülteleri kapasiteleri arzın hesaplanmasında dikkate alınmamıştır
- (2) Sağlık insangücü gereksinimleri, Plan döneminde yaratılacak ek yatak kapasitesi ile sosyalizasyon hizmetlerinin kapsamında öngörülen hedefler dikkate alınarak hesaplanmıştır

1.1.3.5 Beşinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından

Beşinci beş yıllık kalkınma planında Sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanması esas alınıp, sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ulaştırmak temel ilke edinilmiştir. Bu çerçevede Genel Sağlık Sigortası sistemi plan döneminde ele alınmıştır.

Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alınması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirilecektir.

**Tablo 6- Arz Yetersizliği Gözlenen Meslek dalları
(Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı sf 137)**

Meslek Dalları	Bin Kişi		
	1989		
	Mevcut	İhtiyaç	Hedef
Elektrik, Elektronik, Bilgisayar Mühendisi	13,7	14,6	24
Hekim	33,6	37,8	56,2
Diş Hekimi	7,8	8,7	12,9
Sağlık Teknisyeni	15	15,9	26,6
Hemşire Ebe	62	75,5	112

1.1.3.6 Altıncı Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından

Sağlık hizmetleri etkili, sürekli ve kolay erişilebilir bir niteliğe kavuşturularak ülke sathına yaygınlaştırılacak, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilecektir.

VI. Plan döneminde kamu kesimi yatırımlarında V. Plan dönemine göre eğitim, sağlık ve tarım sektörü yatırımlarına daha fazla ağırlık verilmektedir.

Plan dönemi sonunda; doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50,0'ın altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun ilk basamak sağlık ünitelerince karşılanması ve 1011 kişiye bir hekim, 4845 kişiye bir Diş hekim, 3655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi hedeflenmektedir.

Tablo 7-Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve Hedefler 6.Kalkınma Planı

	1989 yılı Gerçekleşme Tahmini	1994 Hedef
Hekim Sayısı	45200	60604
Bir Hekime Düşen Nüfus	1213	1011
Dişhekimi Sayısı	9750	11800
Bir Dişhekimine Düşen Nüfus	5626	4845
Eczacı sayısı	14631	16000
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3750	3655

Tablo 8- Yüksek Öğrenimli İnsan Gücü Arzı

Öğrenim Dalı	1989 (Gerçekleşme Tahmini)	1994 (Tahmin)
Dil ve Edebiyat	16,2	24,6
Matematik ve Fen Bilimleri	41,4	56,0
Tıp	45,2	60,8
Diş Hekimliği	9,7	11,8
Eczacılık	14,6	16,0
Veterinerlik	5,8	8,7
Sosyal Bilimler	209,1	237,4
Hukuk	31,0	32,8
İlkokul öğretmenliği	221,0	225,0
Ortaokul. Lise öğretmenliği	145,0	175,0
Teknik Bilimler	144,0	175,7

Tablo 9-Sağlık Personeli ve Öğretmen İhtiyacı

Meslek Dalları	1989 Mevcut bin kişi	1994 İhtiyaç bin kişi
Tıp	45,2	77
Dişhekimi	9,7	17
Hemşire, Ebe	63,8	154
Diğer Sağlık Personeli	22	38
İlkokul Öğretmeni	221	240
Ortaokul,Lise Öğretmeni	145	220
Yükseköğretim Öğr.Elemanı	29,5	47

1.1.3.7 Yedinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Dış Sağlığına Program İçeriği Açısından

Sağlık hizmeti sunumunda kamu kesiminin ağırlığı devam etmiştir. Hasta yataklarının yüzde 95'i, koruyucu sağlık hizmet birimlerinin ise tamamı kamu kesimine aittir. Uzman hekimlerin yüzde 76'sı, pratisyen hekimlerin yüzde 96'sı, diş hekimlerinin yüzde 33'ü ve hemşirelerin yüzde 98'i kamuda istihdam edilmektedir.

Tablo 10-Yükseköğrenimli İnsangücü Arzı projeksiyonu 7.Kalkınma Planı
(Bin Kişi)

Oğrenim Dalı	1995	2000
Dil ve Edebiyat	34,3	42,9
Matematik ve Fen Bilimleri	60,9	74,4
Tıp	67,2	83,5
Dişhekimliği	13,8	16,8
Eczacılık	18,1	21,0
Veterinerlik	9,5	12,2
Sosyal Bilimler	286,0	353,6
Hukuk	43,7	50,5
İlköğretim Öğretmenliği	318,8	357,8
Ortaöğretim Öğretmenliği	135,8	159,8
Teknik Bilimler	196,2	238,0
Ziraat ve Ormancılık	46,3	64,4
Güzel Sanatlar	14,7	19,5

Tablo 11-Sağlık, Eğitim ve Güvenlik Alanındaki Personel Arzı ve İhtiyacı Projeksiyonu 7.Kalkınma Planı

	1995	1995	2000	2000
	Arz	İhtiyaç	Arz	İhtiyaç
Hekim	67200	78300	83500	100000
Dişhekimi	13800	16300	16800	22300
Eczacı	18100	17800	21000	22000
Hemşire	69000	140400	104000	176600

Sağlık insangücünün görev tanımlarının kesin olarak yapılmamış olması, çağdaş denetim tekniklerinin ve hizmet içi eğitime yönelik denetimin eksikliği, personel atamalarında liyakat ve kariyer sistemi uygulanmaması, hekimlerin kamu sağlık kuruluşlarında tam süre çalışmaması hizmetin verimliliğini ve maliyetini

olumsuz yönde etkilemektedir.

Maliyet muhasebesi tekniklerinin kullanılmamasından dolayı, sağlık hizmetlerinde bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılmamaktadır. Sunulan hizmetin fiyatlandırılmasında gerçek maliyetler yeterince dikkate alınmamakta ve hizmetin bedelinin ancak bir kısmı kullanıcıdan veya bağlı olduğu sigorta kurumundan alınmaktadır. Sübvansiyon edilmiş olan hizmetlerden sadece ihtiyacı olan değil, gelir düzeyine bakılmaksızın herkes aynı ücreti ödemek suretiyle yararlanabilmektedir. Kurumlara sağlanan ve seçici olmayan bu sübvansiyon uygulamasıyla kaynaklar yanlış yönlendirilmekte, asıl ihtiyacı olanlara doğrudan sübvansiyon sağlanamamaktadır.

Sağlık mevzuatının güncelleştirilmesi ihtiyacı devam etmekte olup, finansman, hizmet sunumu, personel politikaları, yönetim yapısı, toplum sağlığının korunması konularında yasal düzenlemeler yapılmamıştır.

Hizmet kademeleri arasında doğru ve hızlı bilgi akışının yetersizliği yönetimlerin sağlıklı karar almalarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesiyle ilgili olarak her düzeyde toplum katılımına ilişkin mekanizmalar kurulamamış ve işletilememiştir. Dengesiz ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak görülen çeşitli sağlık sorunları önemini korumaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına duyulan ihtiyaç devam etmektedir.

Tablo 12- Yedinci Plan Döneminde Sağlık Alanında Beklenen Sayısal Gelişmeler

	1994	2000
Dişhekimisi Sayısı	13200	16800
Bir Dişhekimisine Düşen Nüfus	4630	4008
Hekim Sayısı	64000	83500
Bir Hekime Düşen Nüfus	954	806

Tablo 13-Sağlık Personeli Sayısal Gelişimi

Sağlık Personeli	1989	1994
Hekim sayısı	46708	64000
Bir Hekime Düşen Nüfus	1190	954
Dişhekimisi Sayısı	10132	13200
Bir Dişhekimisine Düşen Nüfus	5484	4630

Sağlık alanında kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla, sistemin finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutu itibariyle yeniden yapılandırılması ihtiyacı devam etmektedir.

Sağlık politikalarının uygulanmasında sürekliliğin sağlanamaması, alınan kararların ve çıkarılan yasaların zamanında uygulamaya geçirilememesi sağlık hizmetlerinin gelişmesinde engelleyici bir faktör olmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel kesimde birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Ancak, kamu kuruluşları arasında etkili bir işbölümü ve koordinasyonun sağlanamamış olması, bu kuruluşların farklı nüfus gruplarına yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara, kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır.

Yedinci Kalkınma planında sağlığa bakış Temel Yapısal Değişim Projeleri Altında “Sağlık Reformu” olarak tanımlanmıştır.

Bu reformlara yönelik hukuki ve kurumsal düzenlemeler aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir.

Düzenlemeler

YEDİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANINDA YER ALAN HUKUKİ VE KURUMSAL DÜZENLEMELER PROJE ADI: SAĞLIK REFORMU

KONU	YAPILACAK DÜZENLEME	İLGİLİ MEVZUAT	AÇIKLAMA
Örgütlenme, Denetim, Personel Rejimi (Temel Sağlık Kanunu)	Sağlıkla ilgili temel haklar, kavramlar, afet ve olağanüstü hal uygulamaları, bulaşıcı hastalıklara karşı önlemler, tıbbi ürün, farmasötik madde, kozmetik ve sağlık malzemelerine yönelik konular, organ ve doku nakli, çevre sağlığı, beslenme ve gıda güvenliği, sağlık açısından özellikli grupların korunması, toplum eğitimi ve sağlık alanındaki mesleklerle ilgili hususlar	- 992 sayılı Seriri ve Gıda Tahariyat ve Tahliat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu - 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun - 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu - 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu - 3959 sayılı Gözlükçülük Hakkında Kanun - 4459 sayılı Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına Dair Kanun - 5368 sayılı Verem Savaşı Hakkında Kanun - 6197 sayılı Eczacılar ve Eczacılık Hakkında Kanun - 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu - 7402 sayılı Sıtmanın imhası Hakkında Kanun - 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun - 2238 sayılı Organ ve Doku Nakli Hakkındaki Kanun - 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu - 181 ve 210 sayılı KHK'ler - 3201 sayılı Emniyet Teşkilat Kanunu	Bireylerin yaşamlarını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürdürebilmeleri, kamu sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları, hizmet sunumunu, hizmet düzeylerini ve hizmet sunan kurum ve kuruluşlar arası ilişkiler ile meslek grupları ile ilgili hususları düzenlemeyi amaçlamaktadır.

Şekil 1: Yedinci Kalkınma Planında Yer Alan Hukuki ve Kurumsal

YEDİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANINDA YER ALAN HUKUKİ VE KURUMSAL DÜZENLEMELER

PROJE ADI: SAĞLIK REFORMU

KONU	YAPILACAK DÜZENLEME	İLGİLİ MEVZUAT	AÇIKLAMA
Örgütlenme, Denetim ve Yönetim (Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun)	Bakanlık Merkez Teşkilatı, ana hizmet birimleri ile bunların görevi, yetki ve sorumlulukları, danışma ve denetim birimleri, yardımcı birimler ve sürekli kurullar, taşra teşkilatı ve bunların görevi, yetki ve sorumlulukları, yurtdışı teşkilatı, bağlı ve ilgili kuruluşlar ile Bakanlığın sorumluluk ve yetkileri ile ilgili hususlar	- 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilatı ve Memurları Kanunu - 181 ve 210 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmündeki Kararı - 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu - 209 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Rehabilitasyon Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun - 3046 sayılı Kanun - 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu - 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun - 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	Toplumdaki bireylerin yaşamlarını beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamaya yönelik düzenlemeleri gerçekleştirebilmek, Sağlık Bakanlığını doğrudan tedavi hizmeti sunan, hastane işleten ve personel istihdam eden bir yapıdan çıkararak, politika, standart ve norm belirleyerek sağlık alanını düzenleyen, denetleyen, koruyucu sağlık hizmeti sunan bir yapıya kavuşturmak amaçlanmaktadır.
Örgütlenme, Yönetim ve Hizmet Sunumu (Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu)	İl ve ilçe sağlık teşkilatının kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve hizmet kullanımıyla ilgili temel esasları, ilgili kuruluşları, bunların görevlerini, personelin görev kapsamlarını, idari kuruluşları, mesleğini serbest olarak icra edenlerle ilgili hususlar	- 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun - 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu - 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun - 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun - 3046 sayılı Kanun	Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteli, verimli ve etkili bir şekilde sağlık evi, sağlık ocağı, kamu sağlık merkezi ve benzer birimler ile aile hekimliği hizmet birimlerinde sunumunun sağlık sevk sistemi esasları içerisinde sağlanması, hastanelerdeki gereksiz yatırımların önlenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ihtiyacı karşılar hale getirilmesi amaçlanmaktadır.

YEDİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANINDA YER ALAN HUKUKİ VE KURUMSAL DÜZENLEMELER

PROJE ADI: SAĞLIK REFORMU

KONU	YAPILACAK DÜZENLEME	İLGİLİ MEVZUAT	AÇIKLAMA
Örgütlenme, Hizmet Sunumu ve Yönetim (Hastane ve Sağlık İşletmeleri Kanunu)	Kamu kurum ve kuruluşlarına ait olup yatak sayısı 50 ve üstü olan hastanelerin sağlık işletmeleri halinde kendi gelirleri ile giderlerini karşılar, rekabet edebilir, idari ve mali açıdan özerk kamu tüzel kişiliğine sahip hale getirilmesi	- 1050 sayılı Umumi Muhasebe Kanunu - 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu - 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu - 213 sayılı Vergi Usul Kanunu - 1475 sayılı İŞ Kanunu - 3359 sayılı Hizmetleri Temel Kanunu - 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun - 181 ve 210 sayılı KHK'ler - 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu - 4046 sayılı Kanun	İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteli, etkili, verimli ve bireylerin erişebileceği şekilde sunumunu sağlamak için, hastanelerin ve sağlık işletmelerinin kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı ile ilgili temel esasların düzenlenmesi amaçlanmaktadır.
Finansman ve Örgütlenme (Sağlık Finansmanı ve Kurumu Hakkında Kanun)	Sağlık finansman kurumunun, kuruluşu, idari, mali ve hukuki yapılması, sağlık sigortası fonu oluşturulması, sigortacılık koşulları, sigorta yardımları, prim miktarları saptanması ve toplanması, sözleşme yapılması	- 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu - 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu - 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu - 7201 sayılı Tebliğat Kanunu - 1475 sayılı İŞ Kanunu - 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu - 181 ve 210 sayılı KHK'ler - 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun - 1050 sayılı Umumi Muhasebe Kanunu - 832 sayılı Sayıştay Kanunu - 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu - 3065 sayılı Katma Değer vergisi Kanunu - 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun	Sağlık güvencesi ve sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı olmayanların sağlık güvencelerini sağlamak, genel sağlık sigortasına geçişin mevcut sosyal sağlık sigortalı uygulamalarının genel sağlık sigortası sistemi çerçevesinde zaman içinde bütünlük sağlanarak tek bir kurum tarafından yürütülmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

YEDİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANINDA YER ALAN HUKUKİ VE KURUMSAL DÜZENLEMELER

PROJE ADI: SAĞLIK REFORMU

KONU	YAPILACAK DÜZENLEME	İLGİLİ MEVZUAT	AÇIKLAMA
		<ul style="list-style-type: none">- 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yapıl Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun- 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında KHK- 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu- 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu- 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu- 2202 sayılı Kanun- 2828 sayılı SHÇEK Kanunu- 4792 sayılı Kanun- 3418 sayılı Kanun	
Personel Rejimi (Tababet Uzmanlık Tüzüğü)	Uzmanlığa giriş koşulları, yeterlilik sınavı, uzmanlık dalları ve süreleri, idari hususlarla ilgili konular	<ul style="list-style-type: none">- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun- 7/6229 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Kabul Edilen Tababet Uzmanlık Tüzüğü- 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	Tıbbın ülkemizde tanınan uzmanlık dallarını ve bunlarda uzman olmak için gerekli şartlar ile tıpta uzmanlık eğitiminin ve uzmanlık yetkisinin usul ve esaslarını tesbit etmek amaçlanmaktadır.

1.1.3.8 Sekizinci Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından

Sağlık ve eğitim personeli sayısı ve niteliğinin geliştirilmesi ve dengeli bir dağılıma ulaşılması ihtiyacı önemini korumaktadır.

1995–2000 döneminde hasta yatağı sayısının 150.565.den 170.000.e, hekim sayısının 69.349.dan 80.900.e ve hemşire sayısının 64.243.den 71.000.e ulaşacağı, 2000 yılı itibarıyla 807 kişiye bir hekim, 384 kişiye bir hasta yatağı düşeceği tahmin edilmektedir. Aynı dönemde bebek ölüm oranı binde 43,1 düzeyinden binde 35,3.e düşmüştür.

AB ülkelerinde, bebek ölüm hızı binde 5-6 düzeyinde iken, hekim başına düşen nüfus ortalama 300 kişidir.

Sağlık altyapısı ve sağlık insan gücünde önemli gelişmeler sağlanmış olmakla birlikte, sağlık insan gücünün ve altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması sağlanamamıştır.

Hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamamış, aile hekimliği uygulamasına geçilememiş, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkı sağlanamamıştır. Hastaneler idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamamış, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri sağlanamamıştır.

1999 yılındada sosyal sigorta programları tarafından kapsanan nüfusun oranı yüzde 91,0 ve sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigorta kapsamındaki nüfus oranı, yüzde 86,4'dür. Ancak toplam sivil istihdamön yaklaşık yarısı aktif sigortalı olarak sosyal sigorta programları kapsamında bulunmaktadır.

Tablo – 14. Sağlık Göstergelerinde Gelişmeler

	1995	2000	2005
Dışhekimî Sayısı	11717	14200	16000
Dışhekimî Başına Düşen Nüfus	5163	4599	4389
Hekim Sayısı	69349	80900	89000
Hekim Başına Düşen Nüfus	872	807	789

Hukukî ve Kurumsal Düzenlemeler

Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapısı yeniden düzenlenecektir.

AB normlarına uyum düzenlemeleri tamamlanacaktır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi amacıyla mevzuat düzenlemesi yapılacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemeler gerçekleştirilecektir.

Hastanelerin rekabet edebilir ve özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri yapılacaktır.

Kamu kesimine ait sağlık tesislerinde sağlık personelinin tam gün çalışmasını özendirici düzenlemeler gerçekleştirilecektir.

Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılmasına ilişkin düzenlemeler yapılacaktır.

Tablo. 15- Yükseköğrenimli insangücü Projeksiyonu

Öğrenim Dalı	2000	2005
Dil ve Edebiyat	48,1	66,5
Matematik ve Fen Bilimleri	94,7	129,7
Sağlık Bilimleri	196,1	218,5
Sosyal Bilimleri	368,9	458,7
Hukuk	52,9	63
İlköğretim Öğr.	334,2	394,8
Orta Öğr.	155,7	210,1
Teknik Bilimler	245,8	303,8
Ziraat ve Ormancılık	62,2	73
Güzel Sanatlar	18,8	24

Tablo. 16. Sağlık ve Eğitim Alanındaki Personel Arzı ve İhtiyacı Projeksiyonu

	2000	2000	2005	2005
	Arz	İhtiyaç	Arz	İhtiyaç
Hekim	80,9	97,6	89	121,7
Dişhekimisi	14,2	21,5	16	28,3
Eczacı	21,8	21,6	16	
Hemşire	71	172,8	77,1	212,8
Veteriner	11,8	11,6	14,3	15
İlköğretim Öğretmeni	334,2	376	394,8	413
Ortaöğretim Öğretmeni	155,7	133	210,1	180
Yük. Öğrt. Öğretim	64	83	85	119,5

1.1.3.9 Dokuzuncu Planlı Kalkınma Döneminde Ağız Dış Sağlığına Program İçeriği Açısından

Üyelik süreci, ülkemizin ekonomik, sosyal ve siyasi yaşamında köklü dönüşümlere yol açarken, demokrasi, hukuk devleti, insan hakları, sağlık, gıda güvenliği, tüketici hakları, rekabet kuralları, kurumsal iyileşme ve çevrenin korunması gibi bir çok alanda AB norm ve standartlarına ulaşılması, halkımızın yaşam kalitesini yükseltecektir.

2000 yılında sosyal sigorta programları tarafından kapsanan nüfus oranı yüzde 82,2, sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigorta kapsamındaki nüfus oranı ise yüzde 80,9 iken; bu oranlar, 2005 yılında sırasıyla yüzde 91,4 ve yüzde 91'e yükselmiştir.

Tablo 17-Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus

Kuruluşlar	2000	2005
Emekli Sandığı Toplamı (Bin Kişi)	8231	9271
SSK Toplamı (Bin Kişi)	32192	40719
Bağ-Kur Toplamı Toplamı (Bin Kişi)	15036	15990
Özel Sandıklar Toplamı (Bin Kişi)	324	306
Genel Toplam (Bin Kişi)	55782	66286
Genel Nüfus Toplamı (Bin Kişi)	54939	66018
Genel Nüfus Toplamı (Bin Kişi)	67893	72520
Sigortalı Nüfus Oranı %	82,2	91,4
Sağlık Kapsamındaki Nüfus Oranı %	80,9	91

Sosyal güvenlik sisteminde; tüm nüfusun kapsanamaması, kuruluşlarca sağlanan hakların ve yükümlülüklerin farklı olması, bilgi işlem altyapısının yetersiz olması, ortak bir veri tabanının olmaması ve sistemdeki denetim mekanizmalarının etkin işlememesi gibi sorunlar bulunmaktadır.

Sosyal güvenlik sistemindeki bu sorunların giderilmesine yönelik olarak; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla hazırlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal

Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, TBMM tarafından kabul edilmiştir.

Tablo 18- Kamu Kesimi Hedef ve Tahminleri (GSYİH İçindeki Pay)

	2006	2013	2007-2013 Ortalaması
Genel Devlet Harcamaları	45,1	36,1	40,3
Genel Devlet Faiz Dışı Harcamaları	36,9	34,2	36,4
Genel Devlet Gelirleri	45,5	39,7	41,8
Genel Devlet Borçlanma Gereği (1)	-0,3	-3,6	-1,6
Genel Devlet Faiz Ödemeleri	8,2	1,9	3,9
Kamu Kesimi Borçlanma Gereği (1)	-0,9	-3,6	-1,7
Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına Transferler ve Bütçeden Yapılan Sağlık Harcamaları(2)	5,6	5	5,3
Vergi Yüğü (3)	31,6	30	30,8

Tablo 19-Dokuzuncu Kalkınma Planında Ekonomik ve Sosyal Gelişme Eksenleri

EKONOMİK VE SOSYAL GELİŞME EKSENLERİ				
Rekabet Gücünün Artırılması	İstihdamın Artırılması	Beşeri Gelişme ve Sosyal Dayanışmanın Güçlendirilmesi	Bölgesel Gelişiminin Sağlanması	Kamu Hizmetlerinde Kalite ve Etkinliğin Artırılması
1. Makroekonomik İstikrarın Kalıcı Hale Getirilmesi	1. İşgücü Piyasasının Geliştirilmesi	1. Eğitim Sisteminin Geliştirilmesi	1. Bölgesel Gelişme Politikasının Merkezi Düzeyde Etkinleştirilmesi	1. Kurumlar Arası Yetki ve Sorumlulukların Rasyonelleştirilmesi
2. İş Ortamının İyileştirilmesi	2. Eğitimin İşgücü Talebine Duyarlılığının Artırılması	2. Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi	2. Yerel Dinamiklere ve İçsel Potansiyele Dayalı Gelişiminin Sağlanması	2. Politika Oluşturma ve Uygulama Kapasitesinin Artırılması
3. Ekonomide Kayıtdışılığın Azaltılması	3. Aktif İşgücü Politikalarının Geliştirilmesi	3. Gelir Dağılımının İyileştirilmesi, Sosyal İçerme ve Yoksullukla Mücadele	3. Yerel Düzeyde Kurumsal Kapasitenin Artırılması	3. Kamu Kesiminde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi
4. Finansal Sistemin Geliştirilmesi		4. Sosyal Güvenlik Sisteminin Etkinliğinin Artırılması	4. Kırsal Kesimde Kalkınmanın Sağlanması	4. e-Devlet Uygulamalarının Yaygınlaştırılması ve Etkinleştirilmesi
5. Enerji ve Ulaştırma Altyapısının Geliştirilmesi		5. Kültürün Korunması, Geliştirilmesi ve Toplumsal Diyaloğun Güçlendirilmesi		5. Adalet Sisteminin İyileştirilmesi
6. Çevrenin Korunması ve Kentsel Altyapının Geliştirilmesi				6. Güvenlik Hizmetlerinin Etkinleştirilmesi
7. Ar-Ge ve Yenilikçiliğin Geliştirilmesi				
8. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Yaygınlaştırılması				
9. Tarımsal Yapının Etkinleştirilmesi				
10. Sanayi ve Hizmetlerde Yüksek Katma Değerli Üretim Yapısına Geçişin Sağlanması				

Büyümekte olan sosyal güvenlik açığının, 2007 yılından itibaren yürürlüğe girecek reform sonrasında, GSYİH'ya oran olarak, Plan dönemi boyunca 2006 yılı seviyesine göre daha düşük oranlarda olması hedeflenmektedir. Reform sonrasında emeklilik sisteminin açığında düşme olmakla beraber tüm nüfusu kapsam içine alan, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran ve sağlık sigortacılığında ortak standartlar sağlayan genel sağlık sigortası sisteminin getireceği ek yükten dolayı

sosyal güvenlik açığı istenilen seviyede düşmemektedir.

Dokuzuncu Kalkınma Planında yer alan sağlık hizmet hedeflerinde Ağız Diş Sağlığı ile ilgili olarak bir sağlık politikası ortaya konmamıştır

Tablo-20. Dokuzuncu Kalkınma Planında yer alan sağlık hizmet hedefleri

	2006	2013
Hekim Sayısı	103150	120000
Hekim Başına Düşen Nüfus	707	658
Tıp Fakültelerinin Yeni Kayıt Sayısı	4800	7000
Yatak Sayısı	197170	236600
Yatak Başına Düşen Nüfus	372	335

Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanacak ve ülke genelindeki dağılımları dengelenecektir. Erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilecektir.

Sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanları artırılacaktır. Sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerini artıracak şekilde geliştirilecek, ülke gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulacaktır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimler artırılacaktır.

Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulacak, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacaktır. Ayrıca, vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi sağlanacak ve sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ilişkin birimler kurularak uygulamalar yaygınlaştırılacaktır.

Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile artırılabacaktır. 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacaktır.

Daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özertleştirilecektir.

Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır.

Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir.

Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir.

Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenabilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir.

Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.

İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacaktır.

Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılacak, gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır.

Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır.

Dokuzuncu Kalkınma Planında Vizyon “İstikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen ve AB’ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye” olarak ortaya konmuştur.

1.1.3.10 Dokuzuncu Planlı Kalkınma Dönemi yaşanmaktayken Ağız Diş Sağlığına Program İçeriği Açısından Yapılan Yasal Düzenlemeler

Özellikle 2008 ve 2009 yıllarında yapılan yasal düzenlemeler ile ağız diş sağlığı alanında sürekli bir takım değişiklikler gözlenmiştir.

Uygulamada yapılan değişiklikler aşağıda tarih sırasıyla ve resmi gazete alıntlarıyla sunulmaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) : 506 sayılı kanuna göre iş kazası, meslek hastalığı analık sigortasından yararlananları, 2925 tarım işçileri sigortası kanununa göre iş kazası ve meslek hastalığı sigortasından yararlananları, 4447 sayılı işsizlik sigortası kanununa göre işsizlik ödeneği alan ve hastalık / analık sigortası sağlık yardımından yararlananları, 4046 sayılı kanunun kapsamında işsizlik ödeneği alan ve hastalık / analık sigortasından yararlananları, yurt dışı sigortalıları, sağlık yardımına ilişkin işlemleri devredilen Bağ kur kurumunca yürütülenleri, sağlık yardımına ilişkin işlemleri devredilen Emekli Sandığı kurumunca yürütülenleri kapsar.

25 Mayıs 2007 tarih 26532 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği’nde; özel sağlık kurum ve kuruluşları ile kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında istisnai durumlar hariç doğrudan yapılan başvurularda tedavi giderleri ödenmez.

Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaatlarda kron ve protez tedavilerinde 90 gün, dolgu tedavisinde 30 gün, diğer diş tedavilerinde ise 45 gün

içinde başlanamayacağıının belirtilmesi durumunda serbest diş hekimi, kurumla sözleşmesi olmayan resmi veya özel kurum ve kuruluşlara sevkleri yapılabilmektedir. Bu sevki yapan diş hekiminin gerekli tedaviyi ayrıntılı olarak belirtmesi ve sevk yapıldığı kurum ya da kuruluşunda tedavi sonrası, tedavinin yapıldığını onaylaması şarttır.

İlçelerde kurumla sözleşmesi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşu bünyesinde diş hekimi yoksa, sevk hastane başhekimisi tarafından serbest diş hekimlerine ya da sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarına yapabilmektedirler. Bu sevklerde de düzenlenen makbuz ya da faturada belirtilen tedavinin usule uygun yapıldığının beğli bulunan diş hekimi odası temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Tedaviyi yapan hekimin oda temsilcisi olması durumunda en yakın oda temsilcisine onaylatılması gerekir.

%40 üzerinde özürli kişiler özürülük durumlarını belgelendirmeleri durumunda sevk durumu aranmaksızın tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına ve serbest diş hekimlerine başvurabilirler.

5-15 yaş grubu çocukların yer tutucu ve ortodontik tedavi ile 6-12 yaş dişlerinin tedavileri için resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına 90,30,45 gün şartı aranmaksızın sevk edilmesi halinde tüm özel/resmi sağlık kurum kuruluşlarına ve serbest diş hekimlerine başvurabilirler. Bu durumda da sevki yapan hekimin gerekli tedaviyi ayrıntılı belirtmesi ve tedavi sonrası da tedavinin yapıldığını onaylaması gerekmektedir.

16/ Haziran/2007 tarihli 26554 sayılı resmi gazetede; sadece protez için özel sevk yapan ve üniversite hastaneleri ile devlet hastanelerine ödeme yapan SSK, yeni uygulama ile tüm diş tedavileri için devlet hastaneleri ve sözleşmeli üniversite hastanelerinden sevk alarak, özel muayenehanelere ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurabileceklerdir. Özürli vatandaşlar ise sevksiz doğrudan başvurabileceklerdir, şeklinde değişiklik yapılmıştır.

29/Eylül/2008 tarih, 27012 sayılı mükerrer resmi gazetede yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği'nde; özel sağlık kurum ve kuruluşları ile kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında istisnai durumlar hariç doğrudan yapılan başvurularda tedavi giderleri ödenmez.

Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaatlarda kron ve protez tedavilerinde 90 gün, dolgu tedavisinde 30 gün, diğer diş tedavilerinde ise 45 gün içinde başlanamayacağını belirtmesi durumunda serbest diş hekimi, kurumla sözleşmesi olmayan resmi veya özel kurum ve kuruluşlara sevkleri yapılabilmektedir. Bu sevki yapan diş hekiminin gerekli tedaviyi ayrıntılı olarak belirtmesi ve sevk yapıldığı kurum ya da kuruluşunda tedavi sonrası, tedavinin yapıldığını onaylaması şarttır.

İlçelerde kurumla sözleşmesi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşu bünyesinde diş hekimi yoksa, sevk hastane başhekimisi tarafından serbest diş hekimlerine ya da sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarına yapabilmektedirler. Bu sevklerde de düzenlenen makbuz ya da faturada belirtilen tedavinin usule uygun yapıldığının beğli bulunulan diş hekimi odası temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Tedaviyi yapan hekimin oda temsilcisi olması durumunda en yakın oda temsilcisine onaylatılması gerekir.

%40 üzerinde özürli kişiler özürlilik durumlarını belgelendirmeleri durumunda sevk durumu aranmaksızın tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına ve serbest diş hekimlerine başvurabilirler.

5-15 yaş grubu çocukların yer tutucu ve ortodontik tedavi ile 6-12 yaş dişlerinin tedavileri için resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına 90,30,45 gün şartı aranmaksızın sevk edilmesi halinde tüm özel/resmi sağlık kurum kuruluşlarına ve serbest diş hekimlerine başvurabilirler. Bu durumda da sevki yapan hekimin gerekli tedaviyi ayrıntılı belirtmesi ve tedavi sonrası da tedavinin yapıldığını onaylaması gerekmektedir şeklinde süregelen diş sevkleri 31/12/ 2008 tarih ve 27127 sayılı gazetede yayınlanan genelgeyle tamamen kaldırılmıştır.

Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (TUT) : 657 sayılı kanun kapsamındaki devlet memurları ve baklamakla yükümlü oldukları aile fertlerini, 2914 sayılı Yükseköğretim Personelleri kanun kapsamındaki personeller ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerini, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar kanunu kapsamındaki personeller ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerini, 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri iç hizmet kanunu (er ve erbaşlar hariç) kapsamındaki personeller ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerini, 3816 sayılı ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşilkart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun kapsamındaki hak sahiplerini kapsar.

25/05/2007 tarihinde 26532 mükerrer sayılı Maliye Bakanlığının (SıraNo:8) Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş sevklerinde yönetmeliğin 8. maddesinde belirtilen ağız şeması bulunan diş sevk evrağı kullanılacaktır. Yapılan tedavide Ek7 listesinde yer alan fiyat listesi uygulanacaktır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurularda tedavi giderlerinin ödenmesi için sevk usullerine uyulması gerekmektedir. Doğrudan başvurularda ödeme yapılmamaktadır . Serbest diş hekimlerine ise sevk öngörülmemiştir. Ancak diş tedavisi ile ilgili karşılaşılabilecek güçlükler dikkate alınarak, hastanın da doğabilecek fark fiyatını kendisi karşılaması şartıyla serbest diş hekimlerine belli sevk esaslarına uyularak başvurulabilir. Gerekli şartlar ise ; kron ve protez tedavisinde 90 gün dolgu tedavisinde 30 gün, diğer diş tedavilerinde ise 45 gün içinde başlanamayacağı belirtilmesi ve kurum başhekim tarafından onaylanması ile serbest diş hekimlerine ve özel sağlık kurum / kuruluşlarına sevkleri yapılabilir. Ancak sevki yapan diş hekimi tarafından hasta muayene edilmeli teşhisi konulmalı, yapılması gereken tedavi ayrıntılı olarak belirtilip, ağız şeması üzerinde tedavi edilecek diş işaretlenmelidir.

5-15 yaş grubu çocukların yer tutucu ve ortodontik tedavi ile 6-12 yaş dişlerinin tedavileri için resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına 90, 30, 45 gün şartı aranmaksızın, 1. basamak resmi sağlık kuruluşunda görevli diş hekimlerine de

belirtilen usüllere uyularak serbest dış hekimlerine veya özel sağlık kurumve / veya kuruluşlarına sevk yapılabilir.

Özel sağlık kurum/kuruluşlarına ya da serbest dış hekimlerine yapılan sevklerde ödemenin yapılabilmesi için tedavinin bitiminde, sevk yapıldığı evrak üzerine belirtilen tedavinin yapıp tamamlandığına dir sevki yapan hekimin ya da resmi kurum ya da kuruluştaki dış hekimlerinin onaylaması gerekmektedir.

İlçelerde kurumla sözleşmesi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşu bünyesinde dış hekim yoksa, sevk hastane başhekimisi tarafından serbest dış hekimlerine ya da sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarına yapabilmektedirler. Bu sevklerde de düzenlenen makbuz ya da faturada belirtilen tedavinin usule uygun yapıldığının bağlı bulunulan dış hekimisi odası temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Tedaviyi yapan hekimin oda temsilcisi olması durumunda en yakın oda temsilcisine onaylatılması gerekir.

%40 üzerinde özürli kişiler özürllük durumlarını belgelendirmeleri durumunda sevk durumu aranmaksızın tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına ve serbest dış hekimlerine başvurabilirler.

Kurumla sözleşmesi olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında , özel sağlık kurum ve kuruluşlarında ya da serbest dış hekimlerinde yapılan tedavilerde doğabilecek ücret farkını hasta kendisi karşılayacaktır.

Hastalar, başvurdukları sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli ilgili hekim tarafından, dış tedavileri yapılmak üzere, hekimin kendisinin, eşinin veya bunların ortaklarının özel muayenehanelerine/özel sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilemezler. Bu şekilde, sevki yapan ve tedaviyi sağlayan hekimin aynı olduğu veya eşi veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmeyecektir. Tek özel dış hekiminin veya özel sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu yerleşim birimlerinde bu tür sevkler en yakın diğer bir yerdeki başka bir sağlık kurumuna yapılacaktır.

3/ 08/2007 tarih 26602 sayılı resmi gazetede (sıra no:9) Maliye Bakanlığının yayımlanan tebliğinde “ hastanın dış tedavisi amacıyla özel sağlık kurum veya kuruluşuna sevkini yapılması halinde; Tebliğin 5.2 nci (Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Dış Tedavisi) maddesine göre resmi sağlık kurumu tarafından tedavi için sevk edilen hastanın sağlık karnesine tedavinin türüne sevki gerektiren süre açıkça belirtilecek ve ilgili dış hekimi tarafından imzalandıktan sonra başhekimlikçe onaylanacaktır” şeklinde değiştirilmiştir.

15/08/2008 tarih 12139 sayılı Maliye Bakanlığı'nın Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğüne yayımlanan “Dış Tedavileri” konulu yazısında; 25/05/2007 tarihli 26532 mükerrer sayılı resmi gazetede 8 sıra numaralı Tedavi Yardımına ilişkin Uygulama Tebliği'nin 5.2.5 (**5.2.5.** Hastaların doğacak fiyat farklarını kendilerinin ödeyeceğini beyan ederek yapılan sevkler üzerine, yukarıda (5.2.3.) ve (5.2.4.) numaralı bentlerde belirlenen usullere uygun olarak serbest dış hekimliklerinde veya özel sağlık kurum/ kuruluşlarında yaptırılan teşhis, tedavi veya proteze ilişkin giderlerden (EK-7) sayılı listede yer alan dış tedavileri fiyat listesindeki kadarı karşılanacak, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından ödenecektir.) 5.2.6 (**5.2.6.** Bu Tebliğin eki “Dış Tedavileri Fiyat Listesi”nde (EK-7) tespit edilen, beher kron için 40 YTL ve alt ve üst çenede tam protez için 300 YTL esas alınmak suretiyle, serbest dış hekimliklerinde veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan kron ve proteze ilişkin giderlerden;

1- Tek çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 150 YTL,

2- Alt-üst çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 300 YTL,

üzerinden ödeme yapılacaktır.

En son tedavi tarihi esas alınarak bir yıl içinde yeniden kron ve protez yaptırılması halinde, bu tedavilerin bir yıllık toplamı için ödenecek tutar yukarıda belirtilen miktarları hiç bir şekilde geçemez.) 5.2.7 (**5.2.7.** Bu Tebliğin (5.2.6.) bendinde yer alan sınırlama sadece kron ve protez bedelleri için getirilmiş olup, diğer dış tedavilerine ait giderler anılan listede yer aldığı şekilde karşılanacaktır. Ancak, anılan listede (*) işaretli olan tedavilere ait giderlerin karşılanabilmesi için, tedavinin

konularında uzman veya doktoralı diş hekimleri tarafından yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.) maddelerinin “diğer diş tedavilerine ait giderler anılan listede yer aldığı karşılanacaktır.” İbaresini yönünden durdurulmasına hükmedilmiş olup, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisine ilişkin uygulamalarında Danıştay’ın anılan kararı uyarınca işlem yapılması gerekmektedir, şeklinde karar bildirmiştir.

23 /10/ 2008 tarihinde Maliye Bakanlığının 27033 sayılı resmi gazetede (sıra no 6) Tedavi Yardımına İlişkin Tebliğinde aynı sevk usullerine devam edilmektedir.

7 /02 /2009 tarihinde maliye Bakanlığının 27134 sayılı resmi gazetede (sırano 8) Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği’nde 5.2 nci (Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Diş Tedavisi) maddesi yürürlükten kalkmıştır. Bu maddenin kalkmasıyla Tebliğ kapsamındaki personel ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest diş hekimlerine sevkini hiçbir şekilde yapılmayacak, tedavileri Tebliğ hükümleri çerçevesinde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmaya devam edecektir.

Yapılan bu düzenlemelerle serbest dişhekimlerine yönelik tüm sevk uygulamaları durdurulmuş olup kamuda kayıtlı kısıtlı sayıdaki dişhekimleri ile halkın tüm ağız diş sağlığı sorunları çözülmeye çalışılmaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) : 506 sayılı kanuna göre iş kazası, meslek hastalığı analık sigortasından yararlananları, 2925 tarım işçileri sigortası kanununa göre iş kazası ve meslek hastalığı sigortasından yararlananları, 4447 sayılı işsizlik sigortası kanununa göre işsizlik ödeneği alan ve hastalık / analık sigortası sağlık yardımından yararlananları, 4046 sayılı kanunun kapsamında işsizlik ödeneği alan ve hastalık / analık sigortasından yararlananları, yurt dışı sigortalıları, sağlık yardımına ilişkin işlemleri devredilen Bağkur kurumunca yürütülenleri, sağlık yardımına ilişkin işlemleri devredilen Emekli Sandığı kurumunca yürütülenleri kapsar.

25 Mayıs 2007 tarih 26532 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği'nde; özel sağlık kurum ve kuruluşları ile kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında istisnai durumlar hariç doğrudan yapılan başvurularda tedavi giderleri ödenmez.

Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaatlarda kron ve protez tedavilerinde 90 gün, dolgu tedavisinde 30 gün, diğer diş tedavilerinde ise 45 gün içinde başlanamayacağı belirtilmesi durumunda serbest diş hekimi, kurumla sözleşmesi olmayan resmi veya özel kurum ve kuruluşlara sevkleri yapılabilmektedir. Bu sevki yapan diş hekiminin gerekli tedaviyi ayrıntılı olarak belirtmesi ve sevk yapıldığı kurum ya da kuruluşunda tedavi sonrası, tedavinin yapıldığını onaylaması şarttır.

İlçelerde kurumla sözleşmesi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşu bünyesinde diş hekimi yoksa, sevk hastane başhekimisi tarafından serbest diş hekimlerine ya da sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarına yapabilmektedirler. Bu sevklerde de düzenlenen makbuz ya da faturada belirtilen tedavinin usule uygun yapıldığının beğli bulunan diş hekimi odası temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Tedaviyi yapan hekimin oda temsilcisi olması durumunda en yakın oda temsilcisine onaylatılması gerekir.

%40 üzerinde özürli kişiler özürlilik durumlarını belgelendirmeleri durumunda sevk durumu aranmaksızın tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına ve serbest diş hekimlerine başvurabilirler.

5-15 yaş grubu çocukların yer tutucu ve ortodontik tedavi ile 6-12 yaş dişlerinin tedavileri için resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına 90,30,45 gün şartı aranmaksızın sevk edilmesi halinde tüm özel/resmi sağlık kurum kuruluşlarına ve serbest diş hekimlerine başvurabilirler. Bu durumda da sevki yapan hekimin gerekli tedaviyi ayrıntılı belirtmesi ve tedavi sonrası da tedavinin yapıldığını onaylaması gerekmektedir.

16/ Haziran/2007 tarihli 26554 sayılı resmi gazetede; sadece protez için özel sevk yapan ve üniversite hastaneleri ile devlet hastanelerine ödeme yapan SSK, yeni uygulama ile tüm diş tedavileri için devlet hastaneleri ve sözleşmeli üniversite hastanelerinden sevk alarak , özel muayenehanelere ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurabileceklerdir. Özürlü vatandaşlar ise sevksiz doğrudan başvurabileceklerdir, şeklinde değişiklik yapılmıştır .

29/Eylül/2008 tarih, 27012 sayılı mükerrer resmi gazetede yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği'nde; özel sağlık kurum ve kuruluşları ile kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında istisnai durumlar hariç doğrudan yapılan başvurularda tedavi giderleri ödenmez.

Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaatlarda kron ve protez tedavilerinde 90 gün, dolgu tedavisinde 30 gün, diğer diş tedavilerinde ise 45 gün içinde başlanamayacağını belirtilmesi durumunda serbest diş hekimi, kurumla sözleşmesi olmayan resmi veya özel kurum ve kuruluşlara sevkleri yapılabilmektedir. Bu sevki yapan diş hekiminin gerekli tedaviyi ayrıntılı olarak belirtmesi ve sevkin yapıldığı kurum ya da kuruluşunda tedavi sonrası, tedavinin yapıldığını onaylaması şarttır.

İlçelerde kurumla sözleşmesi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşu bünyesinde diş hekimi yoksa, sevk hastane başhekimisi tarafından serbest diş hekimlerine ya da sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarına yapabilmektedirler. Bu sevklerde de düzenlenen makbuz ya da faturada belirtilen tedavinin usule uygun yapıldığının beğli bulunan diş hekimi odası temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Tedaviyi yapan hekimin oda temsilcisi olması durumunda en yakın oda temsilcisine onaylatılması gerekir.

%40 üzerinde özürlü kişiler özürülük durumlarını belgelendirmeleri durumunda sevk durumu aranmaksızın tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına ve serbest diş hekimlerine başvurabilirler.

5-15 yaş grubu çocukların yer tutucu ve ortodontik tedavi ile 6-12 yaş dişlerinin tedavileri için resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına 90,30,45 gün şartı aranmaksızın sevk edilmesi halinde tüm özel/resmi sağlık kurum kuruluşlarına ve serbest diş hekimlerine başvurulabilir. Bu durumda da sevki yapan hekimin gerekli tedaviyi ayrıntılı belirtmesi ve tedavi sonrası da tedavinin yapıldığını onaylaması gerekmektedir şeklinde süregelen diş sevkleri 31/12/ 2008 tarih ve 27127 sayılı gazetede yayınlanan genelgeyle tamamen kaldırılmıştır.

Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (TUT) : 657 sayılı kanun kapsamındaki devlet memurları ve baklamakla yükümlü oldukları aile fertlerini, 2914 sayılı Yükseköğretim Personelleri kanun kapsamındaki personeller ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerini, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar kanunu kapsamındaki personeller ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerini, 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri iç hizmet kanunu (er ve erbaşlar hariç) kapsamındaki personeller ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerini, 3816 sayılı ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşilkart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun kapsamındaki hak sahiplerini kapsar.

25/05/2007 tarihinde 26532 mükerrer sayılı Maliye Bakanlığının (SıraNo:8) Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş sevklerinde yönetmeliğin 8. maddesinde belirtilen ağız şeması bulunan diş sevk evrağı kullanılacaktır. Yapılan tedavide Ek7 listesinde yer alan fiyat listesi uygulanacaktır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurularda tedavi giderlerinin ödenmesi için sevk usullerine uyulması gerekmektedir. Doğrudan başvurularda ödeme yapılmamaktadır . Serbest diş hekimlerine ise sevk öngörülmemiştir. Ancak diş tedavisi ile ilgili karşılaşılabilecek güçlükler dikkate alınarak, hastanın da doğabilecek fark fiyatını kendisi karşılaması şartıyla serbest diş hekimlerine belli sevk esaslarına uyularak başvurulabilir. Gerekli şartlar ise ; kron ve protez tedavisinde 90 gün dolgu tedavisinde 30 gün, diğer diş tedavilerinde ise 45 gün içinde başlanamayacağını belirtilmesi ve kurum başhekim tarafından onaylanması ile

serbest diş hekimlerine ve özel sağlık kurum / kuruluşlarına sevkleri yapılabilir. Ancak sevki yapan diş hekimi tarafından hasta muayene edilmeli teşhisi konulmalı, yapılması gereken tedavi ayrıntılı olarak belirtilip, ağız şeması üzerinde tedavi edilecek diş işaretlenmelidir.

5-15 yaş grubu çocukların yer tutucu ve ortodontik tedavi ile 6-12 yaş dişlerinin tedavileri için resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına 90, 30, 45 gün şartı aranmaksızın, 1. basamak resmi sağlık kuruluşunda görevli diş hekimlerine de belirtilen usllere uyularak serbest diş hekimlerine veya özel sağlık kurum ve / veya kuruluşlarına sevk yapılabilir.

Özel sağlık kurum/kuruluşlarına ya da serbest diş hekimlerine yapılan sevklerde ödemenin yapılabilmesi için tedavinin bitiminde, sevkin yapıldığı evrak üzerine belirtilen tedavinin yapılp tamamlandığına dir sevki yapan hekimin ya da resmi kurum ya da kuruluştaki diş hekimlerinin onaylaması gerekmektedir.

İlçelerde kurumla sözleşmesi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşu bünyesinde diş hekimi yoksa, sevk hastane başhekimisi tarafından serbest diş hekimlerine ya da sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarına yapabilmektedirler. Bu sevklerde de düzenlenen makbuz ya da faturada belirtilen tedavinin usule uygun yapıldığının bağlı bulunan diş hekimi odası temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Tedaviyi yapan hekimin oda temsilcisi olması durumunda en yakın oda temsilcisine onaylatılması gerekir.

%40 üzerinde zrl kişiler zrllk durumlarını belgelendirmeleri durumunda sevk durumu aranmaksızın tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına ve serbest diş hekimlerine başvurabilirler.

Kurumla sözleşmesi olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında , özel sağlık kurum ve kuruluşlarında ya da serbest diş hekimlerinde yapılan tedavilerde doğabilecek ücret farkını hasta kendisi karşılayacaktır.

Hastalar, başvurdukları sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli ilgili hekim tarafından, diş tedavileri yapılmak üzere, hekimin kendisinin, eşinin veya bunların ortaklarının özel muayenehanelerine/özel sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilemezler. Bu Şekilde, sevki yapan ve tedaviyi sağlayan hekimin aynı olduğu veya eşi veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmeyecektir. Tek zel diş hekiminin veya özel sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu yerleşim birimlerinde bu tür sevkler en yakın diğer bir yerdeki başka bir sağlık kurumuna yapılacaktır.

3/ 08/2007 tarih 26602 sayılı resmi gazetede (sıra no:9) Maliye bakanlığının yayımlanan tebliğinde “ hastanın diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum veya kuruluşuna sevkinin yapılması halinde; Tebliğin 5.2 nci (zel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Diş Tedavisi) maddesine göre resmi sağlık kurumu tarafından tedavi için sevk edilen hastanın sağlık karnesine tedavinin türüne sevki gerektiren süre açıkça belirtilecek ve ilgili diş hekimi tarafından imzalandıktan sonra başhekimlikçe onaylanacaktır” Şeklinde değiştirilmiştir.

15/08/2008 tarih 12139 sayılı Maliye Bakanlığı'nın Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğünce yayımlanan “Diş Tedavileri” konulu yazısında; 25/05/2007 tarihli 26532 mükerrer sayılı resmi gazetede 8 sıra numaralı Tedavi Yardımına ilişkin Uygulama Tebliği'nin 5.2.5 (**5.2.5.** Hastaların doğacak fiyat farklarını kendilerinin ödeyeceğini beyan ederek yapılan sevkler üzerine, yukarıda (5.2.3.) ve (5.2.4.) numaralı bentlerde belirlenen usullere uygun olarak serbest diş hekimliklerinde veya özel sağlık kurum/ kuruluşlarında yaptırılan teşhis, tedavi veya proteze ilişkin giderlerden (EK–7) sayılı listede yer alan diş tedavileri fiyat listesindeki kadarı karşılanacak, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından ödenecektir.) 5.2.6 (**5.2.6.** Bu Tebliğin eki “Diş Tedavileri Fiyat Listesi”nde (EK–7) tespit edilen, beher kron için 40 YTL ve alt ve üst çenede tam protez için 300 YTL esas alınmak suretiyle, serbest diş hekimliklerinde veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan kron ve proteze ilişkin giderlerden;

1- Tek çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 150 YTL,

2- Alt-üst çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 300 YTL,

üzerinden ödeme yapılacaktır.

En son tedavi tarihi esas alınarak bir yıl içinde yeniden kron ve protez yaptırılması halinde, bu tedavilerin bir yıllık toplamı için ödenecek tutar yukarıda belirtilen miktarları hiç bir şekilde geçemez.) 5.2.7 (5.2.7. Bu Tebliğin (5.2.6.) bendinde yer alan sınırlama sadece kron ve protez bedelleri için getirilmiş olup, diğer diş tedavilerine ait giderler anılan listede yer aldığı şekilde karşılanacaktır. Ancak, anılan listede (*) işaretli olan tedavilere ait giderlerin karşılanabilmesi için, tedavinin konularında uzman veya doktoralı diş hekimleri tarafından yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.) maddelerinin “diğer diş tedavilerine ait giderler anılan listede yer aldığı karşılanacaktır.” İbaresini yönünden durdurulmasına hükmedilmiş olup, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisine ilişkin uygulamalarında Danıştay’ın anılan kararı uyarınca işlem yapılması gerekmektedir, şeklinde karar bildirmiştir.

23 /10/ 2008 tarihinde Maliye Bakanlığının 27033 sayılı resmi gazetede (sıra no 6) Tedavi Yardımına İlişkin Tebliğinde aynı sevk usullerine devam edilmektedir.

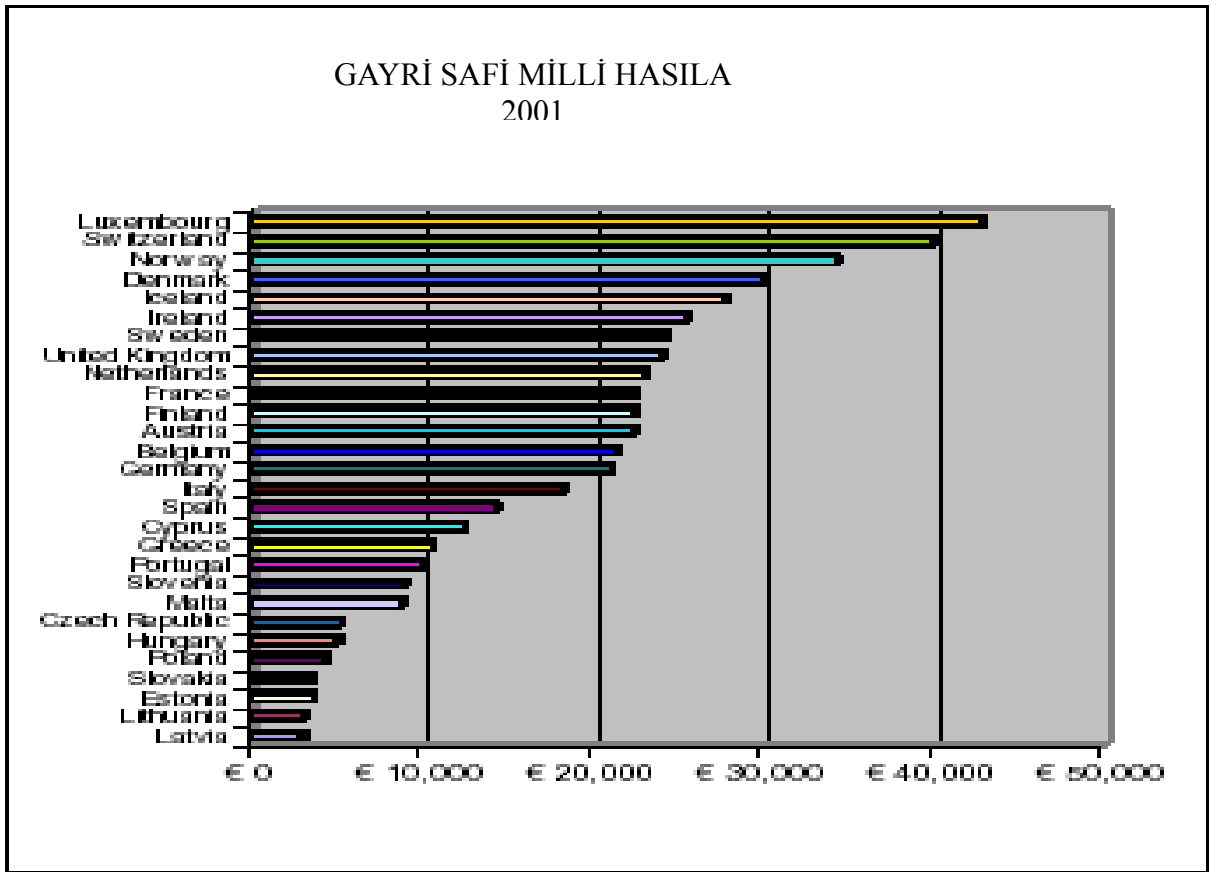
7 /02 /2009 tarihinde maliye Bakanlığının 27134 sayılı resmi gazetede (sırano 8) Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği’nde 5.2 nci (Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Diş Tedavisi) maddesi yürürlükten kalkmıştır. Bu maddenin kalkmasıyla Tebliğ kapsamındaki personel ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest diş hekimlerine sevki hiçbir şekilde yapılmayacak, tedavileri Tebliğ hükümleri çerçevesinde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmaya devam edecektir.

İKİNCİ BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ NORMLARI ÇERÇEVESİNDE DİŞHEKİMLİĞİ

2.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde Ekonomik Göstergeler ve Türkiye

AB/AEA'nın 28 ülkesinin 2001 yılındaki (tüm yılın en son mevcut) gayri safi yurt içi hasılları alttaki şekildedir.

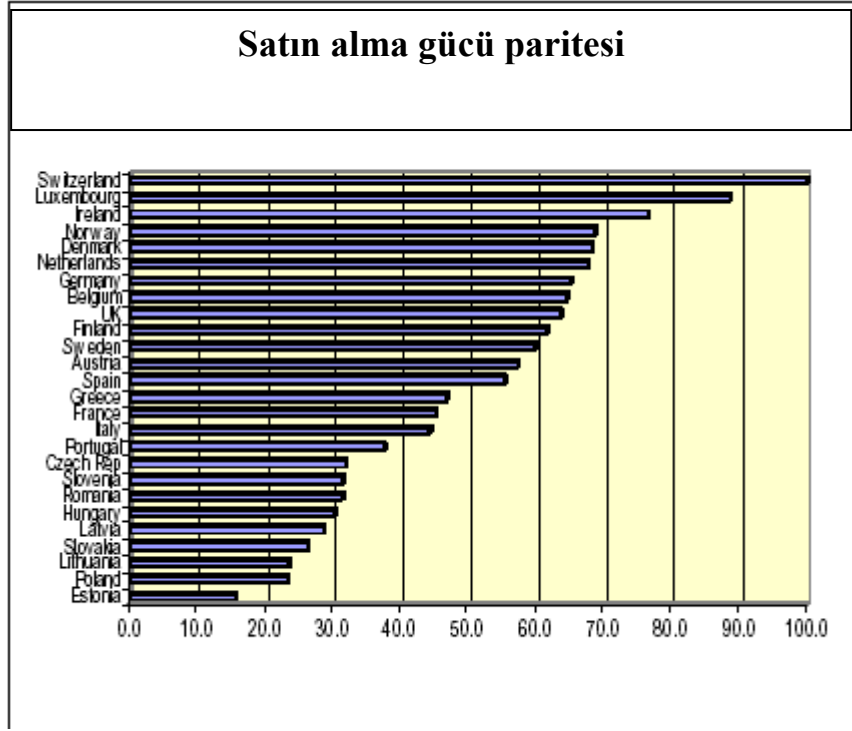


Şekil 2-GSMH 2001

kaynak OECD

IMF'nin 2008 yılı tahminlerine göre, Türkiye de kişi başına yurtiçi gelirden, 10 bin doları aşan ülkeler listesine girdi. Kişi başına 10 bin 738 dolar gelire listenin 55. sırada yer alan Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında ise 31. sırada bulunuyor.

(www.tuik.gov.tr)



Şekil 3- Satın alma gücü paritesi 2001

Kaynak OECD

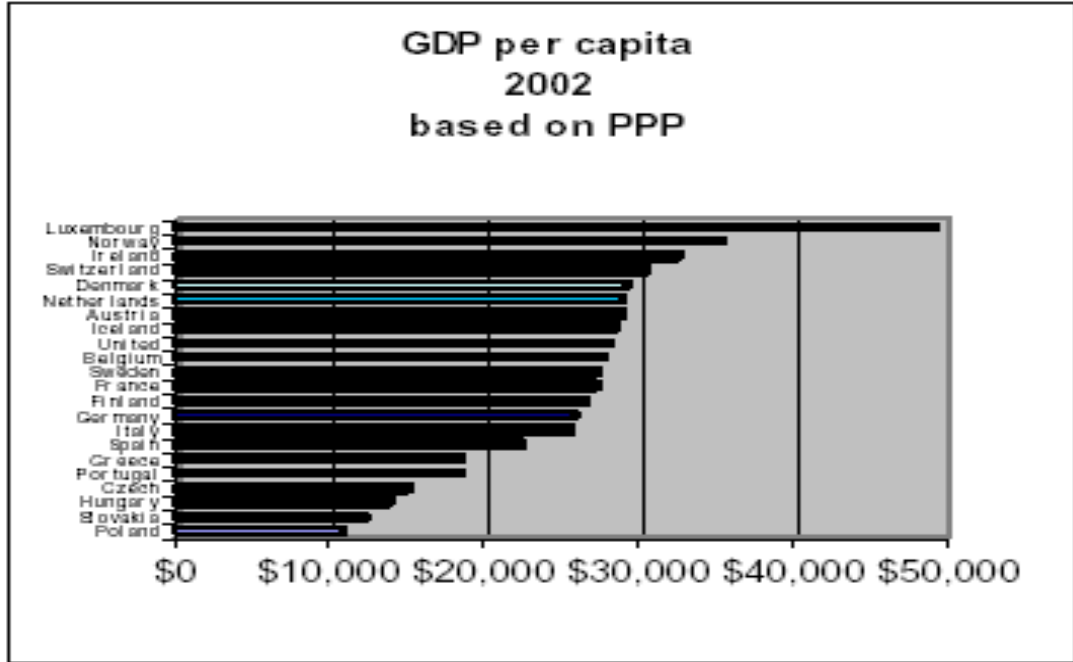
Yukarıdaki şekiller ayrı ayrı ülkelerin gelir ve ücretleri kıyaslanırken dikkate alınmalıdır.

Gayri safi milli hasıladan yola çıkılarak ağız bakımı karşılaştırılması kabaca yapılabilir. Mevcut satın alma gücü pariteleri temeline dayanarak, GSMH için daha iyi ölçüm yapılabilir

Türkiye'nin satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen gelirin 25 AB ülkesi ortalamasının 3 de birini bile bulmadığı belirlendi. TÜİK, Eurostat ve OECD'nin ortaklaşa yürüttüğü Satın alma Gücü Paritesi (SAGP) çalışmaları kapsamında 2005 yılı için hesaplanan kişi başına gayrisafi yurt içi hasıla hacim endeksleri açıklandı.

Tablo 21: 2005 Yılı İçin Hesaplanan Kişi Başına Gayrisafi Yurt İçi Hasıla Hacim Endeksleri

ÜLKE	ENDEKS	ADAY ÜLKELER	ENDEKS
LÜKSEMBURG	248	HIRVATİSTAN	47
İRLANDA	137	TÜRKİYE	31
DANİMARKA	124	MAKEDONYA	26
HOLLANDA	123		
AVUSTURYA	123		
ALMANYA	110		
FRANSA	109		
EURO BÖLGESİ	106		
YUNANİSTAN	82		
MALTA	69		
MACARİSTAN	61		

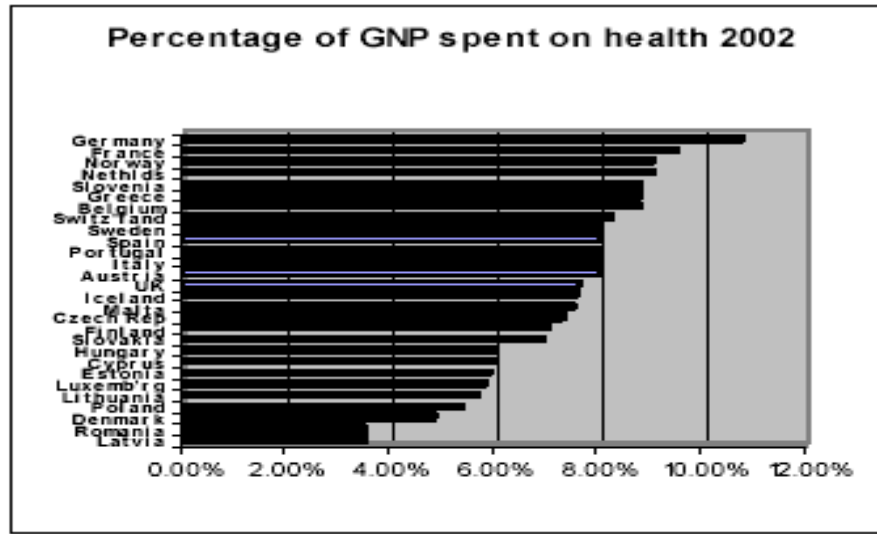


Şekil 4-satın alma gücü paritelerine dayalı GSMH 2002 Kaynak OECD

Türkiye'nin Satın alma gücü paritesine göre kişi başı milli gelir, 2006'da 8.954 dolar, artış oranı ise yüzde 9.9'dur.

"Satın alma gücü paritesi" bilinen ölçü sistemi "sanal" bir ölçü sistemidir. Kısaca, farklı para birimlerinin satın alma gücünü eşitleyen bir değişim oranıdır. (http://veliakel.blogspot.com/2007_10_14_archive.html)

EU/EEA Çapında Sağlık Bakım ve Ağız Sağlığı Bakımı Tüm genel sağlık bakım biçimleri konusunda EU/EEA içerisindeki ülkelerin toplam harcamaları büyük ölçüde genel olarak fakat tamamıyla olmamak üzere GNP/GDP yada PPP ile ölçülen ülke zenginliğine göre değişmektedir. Öte yandan, bu kuralın bazı istisnalar vardır - bu nedenle Lüksemburg ve Danimarka'nın yüksek GNP/GDP/PPP'lere sahip olmalarına karşın sağlık bakım konusundaki harcamaları ortalama olan %7.26'dan çok düşüktür. Bunun aksine, Slovenya'daki sağlık harcamaları GNP/GDP/PPP'lerine oranla oldukça yüksektir.



Şekil 5 : Sağlık için harcanan GNP yüzdesi (2002)

NOT: İrlanda için hiçbir veri girilmemiştir

Ülkelerdeki dışçılık konusundaki bildirilen harcamalarla toplam sağlık harcamalarını karşılaştırmak için bir girişimde bulunulmuştur, fakat dışçılıktaki harcamaları neyin oluşturduğu konusundaki yorumların, önemli ölçüde değişmesi nedeniyle bu mümkün olmamıştır. Bazı ülkeler sadece devlet harcamalarını bildirmişlerdir (özel hastaların harcamaları konusunda hiçbir veri olmadığı için) ve bazıları ise toplam harcama verilerini ulaştırabilmişlerdir.

Ülkelerdeki dişçilik/ağız bakımı konusunu ölçmenin bir yolu nüfus/dişhekimi oranıdır. Öte yandan, çok sayıda dişçi yardımcısına sahip olan ülkelerin topluma hizmet için daha az dişhekimine ihtiyacı olacağından bu yöntemi kullanırken dikkatli olunmalıdır. Aslında, bir diş asistanı olmaksızın yalnız başına çalışan diş hekimleri çok az hastaya ağız bakımı desteği sağlayabilir. Sağlık harcamasında paranın miktarını değerlendirmek için iki temel ölçek vardır. Bulardan birincisi sağlık harcamasının ulusal gelir ya da gayri safi milli hasıla (GSMH) içindeki payı, ikincisi ise kişi başına yıllık sağlık harcamasıdır.

Tablo 22: Sağlık Harcamasının Ulusal Gelir ya da Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) İçindeki Payı

	Bebek Ölüm Hızı 2005	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı 2005	Doğuşta Beklenen Ömür 2005	Kişi Başına Yıllık Gelir ABD\$ 2005	SAĞLIK HARCAMASI 2004		
					Kamu % GSMH	Özel % GSMH	Kişi Başına Yıllık Harcama ABD\$
İsveç	3	4	80,5	32525	7,7	1,4	2828
Norveç	3	4	79,8	41420	8,1	1,6	4080
Fransa	4	4	80,2	30386	8,2	2,3	3040
İtalya	4	4	80,3	28529	6,5	2,2	2414
Almanya	4	5	79,1	29461	8,2	2,4	3171
Danimarka	4	5	77,9	33979	7,1	1,5	2780
Lüksemburg	4	5	78,4	60228	7,2	0,8	5178
İsviçre	4	5	81,3	35633	6,7	4,8	4011
Kore	5	5	77,9	22029	2,9	2,7	1135
İngiltere	5	6	79,0	33238	7,0	1,1	2560
Kanada	5	6	80,3	33375	6,8	3,0	3173
Küba	6	7	77,7	6000	5,5	0,8	229
ABD	6	7	77,9	41890	6,9	8,5	6096
Şili	8	10	78,3	12027	2,9	3,2	720
Kuveyt	9	11	77,3	26321	2,2	0,6	538
Kosta Rika	11	12	78,5	10180	5,1	1,5	592
Siri Lanka	12	14	71,6	4595	2,0	2,3	163
Rusya F.	14	18	65,0	10845	3,7	2,3	583
Çin	23	27	72,5	6757	1,8	2,9	277
Türkiye	26	29	71,4	8407	5,2	2,1	557

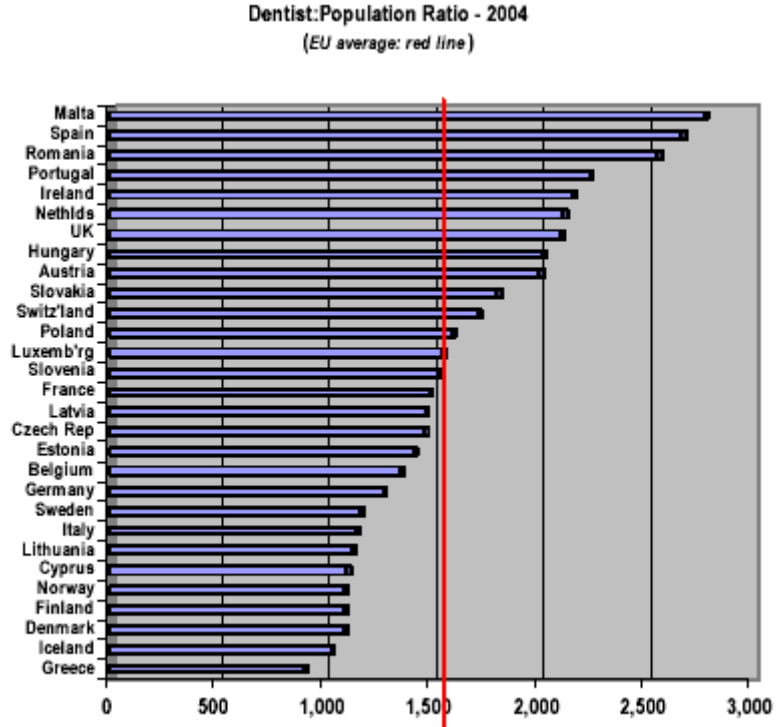
Human Development Report 2007/2008

Not :Koyu yazılanlar sağlıkta piyasacı politika uygulayan ülkelerdir.

2.2. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dental Göstergeler ve Türkiye

EEU/EEA ve Romanya nüfusu 2003 yılında yaklaşık 489 milyondur. Dişhekimi birlikleri yaklaşık 314.000 aktif dişçinin var olduğunu bildirmiştir, bu da bizi 1:1,556

dişçi/nüfus oranına götürmektedir. Öte yandan, bu figürün geniş çeşitlemeleri vardır:



Şekil 6. Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Dişhekimi Nüfus Oranı

Ülkemizdeki dişhekimi nüfus oranları ortalama olarak dişhekimine 3.209 kişidir.

Tablo 23. Türkiye’de Nüfus ve Dişhekimi Dağılımı Tablosu

TÜRKİYE	NÜFUSU (2005) **	ÇALIŞAN DIŞHEKİMİ SAYISI									TOPLAM	DIŞHEKİMİNE	ODAYA KAY.	ÇALIŞMAYAN	GSMH
		Sağ.Bak.	MSB	Dişh.Fak.	Üniversite	Belediye	Kızılay	Diğ. Krm.	Krm. Top.	Serbest	DIŞH. SAYISI	DÜŞEN NÜFUS	DIŞHEKİMİ	DIŞHEKİMİ *	2006 (\$)
	72.065.000	5.447	673	1.997	250	62	71	331	8.831	13.628	22.459	3.209	18.385	1.376	5.477

* Odalara kayıtlı dişhekimleri esas alınmıştır.

** DİE 2005 Yılı Nüfus Projeksiyonu

EU /EEA' nın bütün ülkelerinde *ağız* bakımı, "liberal" yada" genel" pratisyenler aracılığı ile özel uygulamalarla gerçekleştirilir. Devlet yada sigorta tarafından ödenen sağlık bakımının bazı ülkelerde anayasa1 bir hak olmasına ve bazılarında da ilke olarak belirtilmesine karşın, bu nadiren garanti edilir.

Avrupa nüfusunun büyük bir kısmı için sağlık bakımı elde etmenin şartları şu şekilde belirlenir:

- "Özel" dış pratisyenlerinin coğrafi yakınlığı
- Farklı tedaviler için hastalardan istenen ücret seviyeleri, ve
- Belirli nüfus gruplarının (örneğin çocuklar) özel hizmetlere ulaşımı

Hükümetlerin yada diğer ajansların aksi taktirde bakım alamayacak olan nüfus gruplarına finansal destek yada doğrudan hizmet sağladığı yerlerde bu daima sınırlı bir "standart bakım paketidir". Standart paket sıklıkla sadece temel koruyucu tedavilerden (muayene, dolgu) oluşur ve genellikle bütün karmaşık tedavileri (birçok ülkede kazaların ardından yaşanan acil *bakımı* dahil) dışarıda bırakmaktadır. (AB Dişhekimliği Pratiği 2004 Kitapçığı)

Ülkemizde ise temel koruyucu dişhekimliği hizmetlerinden ziyade Tedavi edici hizmetler güçlendirilmektedir. Buna EK-1 de sunacağımız T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yayınlanan “vardiya hizmetleri genelgesi” örnek verilebilir.

2.3. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dental Yönergeler ve Türkiye

Yönergeler üye ülkelere ait Avrupa mevzuatının bir kısmıdır. Herhangi bir kanun Avrupa seviyesinde kabul edildiğinde, üye olan her ülke, bu kanunu kendi hukuk sistemlerinde tam olarak uygulanabilmesini sağlamalıdır. Yönergeler sonuçla ilgili hükümdür, hükmü uygulamaya yönelik metoda ve forma her ülke kendi karar verir. Yönerge, ulusal kanunlar aracılığıyla dolaylı olarak uygulanır. Bununla birlikte üye ülkeler henüz gerekli yönergeyi tam olarak çıkarmadı ise, bazı durumlarda direkt

etkili olabilir. Yani eğer yönerge bireylere direkt bazı haklar kazandırıyor, bireyler ulusal mevzuatın çıkmasını beklemeden, bu hakları kullanabilir. Ayrıca eğer birey, yönergenin kendi ülkesinde uygulamaya geç konulmasından dolayı zarar gördüğünü düşünüyor, zararlarından dolayı dava açabilme hakkına sahiptir. Bu tür zararlar için açılan davalar sadece ulusal mahkemelerde açılabilir.

Avrupa Topluluğu Dental yönergeleri (78/686 ve 78/687 Avrupa Ekonomi Topluluğu) AB dental şartlarını uygulayan AB üye ülkeleri arasında diğer bir üye ülkeye gidip çalışmaya imkan vermektedir. Ayrıca Avrupa Ekonomik Alan Anlaşması ile diğer üye ülkeye hareket özgürlüğü, Norveç, İzlanda ve Lingestein içinde uygulanmıştır. Diplomaların, sertifikaların ve dental pratikle ilgili herhangi bir vafsa ait resmi belgeler karşılıklı kabulü Yönergeden yararlanılarak uygulanır;

- Kullanılan yönergeye ait başlık (bölüm 7 de tam liste bulunmaktadır)
- Karşılıklı olarak tanınan diplomalar, sertifikalar ve herhangi bir vafsa ait resmi belgeler
- İhtisas eğitiminin karşılıklı tanınması için diplomalar, sertifikalar ve resmi belgeler (ihtisasın tanınması için en az iki yada daha çok üye ülkede ve komisyon tarafından kabul edilmesi gereklidir. 2004 yılında sadece ortodonti ve ağız cerrahisi, ihtisas dalı olarak kabul edilmiştir.)
- Üniversite eğitiminin şartları Eğitimin içeriği ve süresi
- Kazanılmış haklar – özgür geçiş için gereken kriterlere uymayan fakat yönergenin kabulünden önce alınmış sertifikalar ve diplomalar kazanılmış haklar hükümlerine göre tanınabilir. Sertifika tarihinden önceki beş yıl süresince en az üç yıl etkin ve kanunlara uygun olarak dental pratik yapılması durumu sertifikaya eşlik etmelidir.
- Akademik unvanların kullanımı
- Dişhekimliği yapmaya hak kazandıran bazı özel durumlar
- Dişhekimlerinin serbest hareket özgürlüğü

Kişilerin 'hareket özgürlüğü' prensipleri ilk olarak 1969 da ortaya konulmuştur ve işe alınmada, ücret ve diğer iş, çalışma koşulları konularında üye ülke çalışanların vatandaşı olduğu ülke farklılığından dolayı ayırım yapılmasının önlenmesi için düşünülmüştür.

Yani birlik üyesi olan herhangi bir ülkenin vatandaşı olan kimse şu haklara sahiptir:

- Herhangi bir AB ülkesinde ki iş teklifini kabul edebilir.
- Çalışmak amacıyla Avrupa Topluluk içinde özgürce ülkeden ülkeye gidebilir.
- Herhangi bir ülkede o ülkenin ulusal iş yönetimi koşullarına bağlı olarak çalışabilir.
- İşi bıraktıktan sonrada ülkede kalabilir

Bu temel prensiplerin limitleri yerel politikalar, yerel güvenlik veya yerel sağlık sebepleriyle yargılanırsa sınırlandırılabilir.

1980'den beri dişhekimliği eğitimi ve öğretimi Dental yönergelere uyan üye ülkelerine mensup diş hekimleri arasında hareket özgürlüğü prensibi uygulanmaktadır. AB ye üye ülke vatandaşı olan, bu ülkedeki okullardan mezun olan veya üye ülkelerde diplomasını saydıran diş hekimleri, Topluluk üyesi olan istediği ülkede çalışabilir.

AB'de çalışmak isteyen diş hekimi, çalışmak istediği ülkenin, yeterliliğini onaylatması gereken birimine başvurmak zorundadır. Bu birimler diplomaların, sertifikaların ve diğer belgelerin diş hekiminin kendisi tarafından alındığının ve şartlara uygun olup olmadığını inceler.

Her ülkenin ulusal diş hekimliği birliği veya ilk başvuru birimleri bünyesinde danışma büroları vardır. Bu bürolardan başvuru şartları ve aranılan özellikler hakkında detaylı bilgi alınabilir.

Özellikle AB uluslarını ve AB standartlarını korumak amacıyla, dil konusunda aranan şartlar da, teorik olarak, hiç bir ülke kendi, ek zorlaştırıcı engeller oluşturamaz. Yönergenin serbest geçişi kolaylaştırmasına rağmen, ulusal kuralları geçersiz kılmaz ve ev sahibi ülke, geçiş yapacak dışhekimine bazı kısıtlamalar koyabilir.

Ülkemizde, 11 Mayıs 2007 Cuma günü Resmi Gazetede yayınlanan 26519 sayılı YURTDIŞI YÜKSEKÖĞRETİM DİPLOMALARI DENKLİK YÖNETMELİĞİ yurt dışındaki yükseköğrenim kurumlarından alınmış ön lisans, lisans, yüksek lisans diplomalarının denklik işlemlerinde uyulacak usul ve esasları düzenlemektedir. Bu yönetmeliğe uygun olması durumunda bile Ülkemizde çalışmak isteyen yabancılar istedikleri tüm meslek kollarında faaliyette bulunamamaktadırlar. Yabancılar yasaklanmış meslekler konusu T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından 155 no.lu 02.10.2003 tarihli Genelge'nin (L) bendi 9. Maddesinde belirtildiği üzere 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun uyarınca; doktorluk, hemşirelik, dişçilik, ebelik, hastabakıcılık yapamazlar. Ülkemizde çalışmak isteyen yabancı uyruklu kimselerin 11/02/1964 tarihinde kabul edilen Türk Vatandaşlığı Kanunu ile Vatandaşlığa kabulü gerekmektedir. AB uluslarını ve AB standartlarını korumak amacıyla dil konusunda aranan şartlar kısıtlayıcı veya ek zorlaştırıcı engeller olarak tanımlanamayacağı halde Türk Vatandaşlığına geçişte Türkçe bilme bir zorunluluktur.

AB tarafından geliştirilen çözümün amacı bir yandan AB deki meslek bütünlüğünü garanti altına almak, AB vatandaşlarını korumak ve tüm bunları yaparken, hakları basit ve anlaşılır yolla vatandaşlarına sunmaktır. Diğer taraftan da külfetli, gereksiz bürokratik işlemleri ortadan kaldırmaktır. AB'de, uygun aday ülkelerin diplomalarının eşitliğini sağlayacak birimleri yoluyla tebliği yürürlükte (girişle birlikte, Birlikçe otomatik olarak tanınacak ülkeler için), tasdikle birlikte kişiler belgelerdeki bilgilerin doğruluğunu taahhüt etmiş olur. Komisyonun çift taraflı yaklaşımıyla (tebliğ-tasdik) uygun garantilerin hepsi AB vatandaşlarına sunulur. Fakat aday ülkelerin unvan verme standartlarını araştırmak zordur ve bununla birlikte bazı sektörel yönergelerde, koşulların izlenmesi öngörülmektedir.

Tüm aday ülkeler, eğitim ve öğretim programlarının AB yönergelerine uygun duruma getirilmesi için gerekli değişimleri yapma konusunda tüm çabalarını göstermeleri için desteklenmektedirler.

Ülkemizde de Dişhekimliği Fakülteleri bazında AB yönergelerine uyulabilmesi için gerekli eğitim öğretim programları çalışmaları yürütülmektedir. (OMU SWOT 2006 Analizi)

Aday ülkeler, düzenlemelerden önce alınmış unvanların, AB yönergeleriyle uyum halinde olması için gerekli düzenlemeleri yapmaları beklenmektedir. Önceki aday ülkelerinde uyguladığı bu prosedürler belgelerin tanınma sürecine katkıda bulunur. Estonya, Macaristan, Litvanya, Letonya ve Malta adaylık sürecinde ülkelerindeki dental eğitimi, AB yönergeleriyle uyumlu hale getirdiler. Çekoslovakya, Romanya ve Polonya’da dental eğitim daha sonra uyumlu hale getirilecektir (bağımsız ülkeler bölümüne bak). Bu kılavuzun basıldığı zaman ise Slovenya’nın durumu henüz belli değildi. Kıbrıs’da ise dişhekimliği fakültesi yoktur.

Yüksek eğitim diplomalarının karşılıklı tanınması konusunda genel yönergeler Sağlık çalışanlarını da içeren ilk “sektörel yönerge” 1975de yürürlüğe konuldu,dental denklikten üç yıl önce. O zamanlarda her meslek grubunun gerekli yönde kendi yönergesi olması gerektiği düşünülüyordu. Bu yaklaşım daha sonra, bazı kompleks meslek gruplarıyla görüşme yapmanın çok zaman almasından dolayı gereksiz bulunarak değiştirildi. Alternatif olarak, eşit kalitede eğitim ve öğretim almış ve tatmin edici düzenlemeler yapılmış yüzlerce meslek grubuna uygulanabilir “genel yönerge” ortaya konulmuştur.

İlk “genel yönerge”, girişi diploma alınmaya hak kazanılan en az üç yıl süren eğitim ve tam gün öğretim temeline dayalı olarak düzenlenmiş olan meslek dallarına, yönelikti. Bu yönerge 1 Ocak 1991 de kanun haline geldi ve her bir meslek dalında serbest geçişe izin verdi.

İkinci “genel yönerge”, ‘üç yıllık yüksek eğitim diploması’ tarifiyle uyuşmayan meslek belgeleriyle ilgilidir. 1994 Haziranın da yürürlüğe girdi ve 1-3 yıllık ikinci kurs sonrası elde edilen belgeleri içeren genel bir sisteme genişletildi. Mesleki belgeler (unvanlar) bu tanımlamada yer almaktadır. Göçmenlerin eğitim ve öğretiminde çalışmak istedikleri ülkelerdeki ilgili kurumlar tarafından istenilen önemli farklılıklar vardır, ilgili kurumlar tarafından, önceden görmedikleri alanlarda “yetenek testine” tabi tutulabilirler veya istenilen eğitim için “adaptasyon periyodu” öngörülebilir.

Genel sistem yönergelerinin hiç biri sektörel yönergelerin konusu olan mesleklere uygulanmadı.

Tıbbi ürünler sadece 65/65 yönergeye (ve düzeltilen yönergelere) uygun olarak kullanılması için üye devletlerce onaylanmışsa dışhekimliğinde kullanılabilir. Londra’daki Tıbbi ürünlerin değerlendirildiği Avrupa Şubesinin kurulmasıyla, ilaçların serbest hareketini düzenleyen tüzüğün ilave edilen uyumlandırmaları saptanmıştır. Bu şube toplumda insanlar üzerinde ve veterinerlikte kullanılan tıbbi ürünlerin alım satım sırasındaki bariyerleri ortadan kaldırmak amacıyla değerlendirilmesi ve denetlenmesini koordine etmektir sorumludur. EudraVigilance; Avrupa Ekonomik Bölgesinde izin verilen tıbbi ürünlere ilişkin özel durum güvenlik raporunun işlem, değişim ve değerlendirilmesini sağlayan Avrupa bilgi işlem ağı ve veritabanı yönetim sistemidir.

Medikal cihazlar yönergesi (93/42/ Avrupa Ekonomik Topluluğu-EEC-), sabit ve farmasötik olmayan bütün dental ve medikal ürünlerin hepsi için uygulanır ve asıl amacı; alım satım sırasındaki bariyerleri ortadan kaldırmak ve güvenlik ve etkinliğin geliştirilmesi adına koşullar oluşturmaktır. Bu yönerge bütün imalatçıların ulusal yeterlilik otoritesine kayıt yaptırmasını ve belirli taslak ve ürün koşullarını gözlemlenmelerini, klinik gözlemleri ve uygunluk değerlendirme prosedürlerini gerekli kılar ve soruşturmayı da şart koşar. Kesin prosedür ve koşullar cihazın yapısına dayanarak oluşturulan; ısmarlama, Sınıf I, Ia, Iib ya da III gibi ürünün türlerine göre değişkenlik gösterir.

AB Medikal ürün mevzuatında güncellemeler; 2007/47/EC Yönetmeliği Bilindiği gibi AB ürün mevzuatı çerçevesinde Türkiye’de üretilen tüm medikal ürünler ilgili T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından uyumlaştırılan yönetmeliklere (90/385/EEC, 93/42/EEC ve 98/79/EC) göre CE işareti taşımak zorundadır. AB sınırları içerisinde tüm ürünlerin serbest dolaşımı için hazırlanmış olan bu yönetmelikler ihtiyaçlara göre ilgili AB kurullarında görüşülüp Konsey tarafından güncellenebilmektedir. Yönetmeliklerde yapılan güncellemeler AB resmi gazetesinde yayımlandıktan sonra yürürlüğe girmektedir. Bu güncellemeleri yönetmeliklerin sonunda görmek mümkündür.

2.4. Avrupa Birliği Ülkelerinde Veri Korunumu ve Türkiye

Veri korunumuna ilişkin ulusal kanunlar her ne kadar aynı hakları garantilese de, bazı farklar yine de mevcuttur. Avrupa Topluluğu, bu farkların serbest bilgi akışının önünde potansiyel engeller ile ekonomik operatörler ve vatandaşlar için ek sorumluluklar oluşturabileceğine karar vermiştir. Bunlara ek olarak bazı üye devletlerin veri korunumu üzerine kanunları bulunmamaktadır. Kişisel verilerin korunumunda bir azalma olmaksızın serbest bilgi akışının önündeki engelleri ortadan kaldırmak amacıyla 95/46/ Avrupa Topluluğu yönergesi bu alandaki ulusal koşulları uyumlandırmak için kabul edilmiştir.

2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı Sağlık ilişkimi ve e-Sağlık konusunda yeni bir dönemi başlatmıştır.Yapılan çalışmalarla öncelikle sağlık verisinin standartlarının belirlenmesi konusuna odaklanmıştır.Ardından ülke çapında tüm sağlık kurumlarından veri toplayabilmek için, öncelikle herkesin aynı dili konuşmasını sağlamak amacıyla Ulusal Veri Sözlüğü (USVS) geliştirilmeye ve beraberinde bu veri sözlüğünde yer alan veri elemanlarının değişik kombinasyonlarda bir araya getirilmesiyle Minimum sağlık Veri Setleri (MSVS) oluşturulmaya başlanmıştır.

Minimum Sağlık Veri Setleri ile sağlık kurumlarından toplanacak olan veriler, Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veri tabanında toplanacak ve bu

veriler, geliştirilecek olan Karar Destek Sistemi (KDS) ile detaylı bir şekilde analiz edilebilecektir. (Sağlıkta e-Dönüşüm, Ankara 2007. Sağlıkta Dönüşüm Serisi-3. Sağlık Bakanlığı Yayını)

Resmi kurumlarda verilen Dental Hizmetlerin tekrarlarında hastaneler arası bilgi ağı yokluğuna bağlı yinelenen performans puanları nedeniyle aynı işlem tekrarı olduğu halde aynı hasta üzerinden farklı hekimlere mükerrer ödemeler yapılmasına olanaklı bir ortam bulunmaktadır. Bunun takibine yönelik bir veri tabanı uygulaması yoktur.

Ülkemizde de lokal olarak yapılan dental girişimler veri kayıtları resmi kurumlarca tutulmakta ancak ulusal bir ağ ile veriler denetlenememektedir.

2..5. Avrupa Birliği Ülkelerinde Tüketici Hakları ve Türkiye

Defektif ürünlerin sorumluluğu yönergesinin (85/374/EEC) ana özellikleri; hata içermeyen sorumluluk prensipleri- Yönerge; objektif sorumluluk ve hatalı bir ürün tarafından oluşturulan ve üreticinin bir hatasının olmadığı zarar durumlarındaki sorumluluğu tayin eder-üzerinedir. Eğer birden fazla kişi bu zarara maruz kalmışsa, buna ortak sorumluluk denir. Üretici kelimesinin geniş bir anlamı vardır. Üretim sektöründeki herhangi bir katılımcı, defektif ürünün ithalatçısı, ürün üzerine ismini, herhangi ayırt edici bir özellik ya da marka amblemini koyan kişi, ya da üreticisi belli olmasa da bu ürünü sağlayan kişi; üretici olarak isimlendirilebilir.

Zarar gören kişi; esas zararı, üründeki hatayı ve zarar ile hata arasındaki sebep-sonuç ilişkisini ispatlamalıdır. Yönerge hata içermeyen sorumluluklar üzerine olduğu için, üretici ya da ithalatçının hatası ya da ihmali ispatlamaya gerek yoktur.

Genel toplumun olmasını beklediği güvenliğin olmaması; bir ürünün kusurluluğunu belirler. Dikkat edilmesi gereken faktörler; makul surette kullanımı ve piyasaya sürüldüğü süreye ilişkin ürün bilgileridir.

Ürünün piyasaya sürüldüğü zamanın bilimsel ve teknik bilgi durumunun bir hata oluşumunu kolaylaştırıcı bir süreç olmadığını kanıtladığı sürece, üretici bütün sorumluluklarından muaftır. Bir üreticinin sorumluluğu, zarar ürünlerdeki bir hata ya da üçüncü bir şahsın ihmali sonucu oluştuğunda değişmez. Fakat zarar gören kişi hatalıysa, üreticinin sorumluluğu azalabilir.

Yönergeye göre “Zarar”; ölüm ya da kişisel yaralanmalarla sonuçlanan zararlardır. Yönerge ulusal kanunlara tabi maddi olmayan zararların karşılanmasını kısıtlamaz. Zarar gören kişinin hakkını araması için 3 yılı vardır. Bu zaman periyodu, davacı üreticinin kimliği, zarar ve hatanın farkına vardığı günden itibaren başlar. Üreticinin sorumluluğu, ürün piyasaya sürüldükten sonraki 10. yılın sonunda biter. Kanunda üreticinin zarar gören kişiye dair sorumluluklarını sınırlayan bir hüküm yoktur.

Anlaşmaya dair olan ya da olmayan sorumlulukları düzenleyen ulusal koşullar, yönergeden etkilenmez. Zarar görmüş kişiler bu nedenle haklarını öne sürebilirler.

Yönerge her üye devlete benzer hatalardan kaynaklı ölüm ya da kişisel hasarla sonuçlanan zararlar için üreticilerin toplam sorumluluklarına bir sınır getirme iznini verir.

TDB bu konuda yürüttüğü çalışmalarla

1. Tüketici (TDB üyesi dişhekimleri Dişhekimliği fakültesi öğrencileri) ile firmalar (ithalatçı, perakendeci, imalatçı, servis sağlayan vb) arasında çıkabilecek sorunları, tüketici yasasına başvurmadan, tarafların bağlı olduğu kuruluşların oluşturduğu yapılar yoluyla çözmek,
2. İnsan sağlığı ve çalışma güvenliği esas alınarak tüketicinin korunması ve aydınlanmasını sağlamak, ürün ve hizmet kalitesini artırmak, rekabetin korunmasını sağlamak ve haksız rekabeti önlemeyi amaçlayan

DİŞHEKİMLİĞİNDE TÜKETİCİ HAKLARINI KORUMA PROTOKOLÜ
(<http://www.tdb.org.tr/tdb/sayfa.php?s1=1&sayfa=71&grup=10>) oluşturmuştur.
Ayrıca 4077 sayılı “Tüketicinin Korunmasına Yönelik Kanun” 23/2/1995 yılından
bu yana yürülmektedir.

2.6. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dişhekimliği Etiği, Reklam,e-Ticaret ve Türkiye

Yanlış yönlendirici reklamcılık, herhangi bir şekilde kullandığı kelimeler yada sunum tarzı ile aldatıcı olan yada ulaştığı veya hitap ettiği insanları aldatma eğiliminde olan reklamcılık olarak tanımlanır; aldatıcı doğası nedeniyle onların ekonomik . davranışlarını etkiler ve bütün bu nedenlerle de rakiplerine zarar vermesi olasıdır.

Karşılaştırmalı reklamcılık, açık bir şekilde yada ima yolu ile bir rakip tarafından sunulan hizmet yada mallan veya rakibin kendisini tammlayan herhangi bir reklamcılık biçimi olarak tanımlanır.

Yanlış yönlendirici yada karşılaştırmalı reklamcılık konusundaki yönergeler, tüketicileri, rakip firmaları yada genel olarak kamu yararını yanlış yönlendirme ve onun adil olmayan sonuçlarına karşı korumak amacıyla ortaya atılmıştır.

Ulusal kanunlar, kişilerin ya da organizasyonların yasal hakları ile yanlış yönlendirici reklamları engellemesine izin verebilir yada yasal yollara başvurup konuyu otoritelerin önüne getirmeleri için karşılaştırmalı reklamcılığı kontrol edebilir. Tüketiciler, ulusal otoritelerinin hangi sistemi (adli yada yönetsel) tercih ettiğini öğrenmelidirler.

Ulusal mahkemeler yada idari otoriteler bir reklamın belirli bir süre yada kesin olarak yapılmamasını isteme gücüne sahiptirler. Ayrıca reklamın yayınlanması yakınsa ve henüz yayınlanmamışsa bunun yasaklanmasını da sağlayabilirler. Kendi kendini yöneten ulusal kurumların desteği ile de gönüllü bir kontrol gerçekleştirilebilir.

Reklamcılar daima yaptıkları iddiaların geçerliliğini kanıtlayabilmelidirler. Dolayısıyla reklamcılar (tüketiciler değil) iddialarının doğruluğuna dair deliller ortaya koymak zorundadır

Ülkemizde de bir diş macunu firması "sunulan bilgi ve belgelerde, reklamdaki iddiaların ispatı niteliğindeki bilgi ve belgeler olmaması nedeniyle reklama yönelik idari para cezası ve anılan reklamları durdurma cezası verilmiştir. (<http://arama.hurriyet.com.tr/arsivnews.aspx?id=4981284>)

13.1.1960 da kabul edilip resmi gazetede 19.2.1960 Tarihinde yayınlanan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 8. Maddesi ile Madde - 8. Tabiplik ve diş tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veche verilemeyeceği, Tabip ve diş tabibi, yapacağı yayınlardan tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olup, her ne suretle olursa olsun, yazılarında kendi reklamını yapamayacağı, Tabip ve diş tabibi, gazetelerde ve diğer neşir vasıtalarında, reklam mahiyetinde teşekkür ilanları yazdıramayacağı yasal olarak tespit edilmiştir.

E-Ticaret yönergesi 8 Haziran 2000 tarihinde kabul edilmiş ve 17 Temmuz 2000'de Avrupa Toplulukları Resmi Dergisi'nde yayınlanmıştır. Buradaki amaç, bilgi toplumu hizmetlerinin, kurum özgürlüğü ve hizmetlerin hareket özgürlüğü konusundaki uluslar arası piyasa hizmetlerinden ve özellikle de Avrupa Topluluğu'na olan sınır geçişlerinin kısıtlandırılmayacağı ilkesi aracılığı ile faydalanmalarını güvence altına almaktır.

Yönerge, bilgi toplumu hizmetleri ve interaktif online alışveriş gibi online aktivitelere imkan tanıyan hizmetleri kapsamaktadır. Kapsanan sektör ve aktiviteler, gazeteler, online veri bankaları, online finansal hizmetler, online profesyonel hizmetler (avukatlar, doktorlar, muhasebeciler ve emlakçılar gibi), online eğlence hizmetleri (isteğe bağlı video gibi), online doğrudan pazarlama ve reklamcılık gibi internete giriş sağlayan servisleri içermektedir.

Yönergenin temel amacı, tüketici güvenini güçlendirerek ve bilgi toplumu hizmetlerine yasal garanti getirerek toplumun e-ticaretten tam olarak faydalandığından emin olmaktır.

Özellikle bunun dışçılığı nasıl etkilediği ve internetin etik kullanımı konusunda yol göstericileri içeren daha fazla bilgi için bak Ek 1.

2.7. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dental Kozmetikler ve Türkiye

1970'lerin başlarında AB Üye Devletleri, kozmetik ürünlerinin Topluluk içerisinde serbest dolaşımın sağlamak için ulusal kozmetik düzenlemelerini birbiri ile uyumlu hale getirmeye karar vermişlerdir. Bütün üye devletlerden katılan çeşitli uzmanlar arasındaki sayısız görüşmelerin sonucu olarak, 27 Temmuz 1976'da Konsey Yönergesi 76/768/EEC kabul edilmiştir. Kozmetik Yönergesinde ortaya konulan ilkeler ticari alışverişi teşvik edip engelleri azaltırken tüketicilerin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmıştır. Örneğin eğer bir ürün AB içerisinde serbest bir şekilde dolaşacaksa aynı etiketleme, paketleme ve güvenlik düzenlemeleri uygulanmalıdır. Bu Kozmetik Yönergesinin temel hedeflerinde bir tanesiydi: güvenli bir kozmetik ürününün piyasa öncesi otorizasyon olmaksızın AB içerisinde serbest dolaşabilmesi için hangi gereklilikleri gerçekleştirmek zorunda olduğu konusunda açık bir yönlendirme sunmak.

1976 Yönergesi kozmetik ürünlerinin düzenlenmesi konusunu başlatmıştır ve "kozmetik ürünü" tanımı içerisinde şunlar yer almaktadır: "insan vücudunun çeşitli dışsal kısımlarıyla etkileşim halinde olması için hazırlanmış herhangi bir madde... yada özel yada temel olarak oral boşluktaki dişler ve mukozayı temizleme, koku verme, görünüşlerini değiştirme ve/veya vücut kokularını düzeltme, koruma ve iyi durumda tutma".

Yönergenin 4. maddesi, Üye Devletler'den hidrojen peroksit İçeren belli kozmetik ürünlerini yasaklamalarını ister - bu aşamada dişler için hiçbir ürün kontrolü yapılmamıştır. Öte yandan, 1980'lerde ve 1992'de gelişmeler kaydedilmiştir:

"oral hijyen ürünleri" hidrojen peroksitin maksimum konsantrasyonunun gerçekleştirildiği ürünler yelpazesine dahil edilmiştir: hidrojen peroksit maddesi (R2O2), karbomit peroksit ve çinko peroksit gibi onu dışarı çıkaran bileşikler içermesi için genişletilir. 21 Ekim 1992 tarihli Yönerge 92/86/EEC, "oral hijyen ürünleri"nin maksimum % 0.1 H2O2 konsantrasyonu içermesi gerektiğini ortaya koymuştur. "Oral hijyen ürünleri"nin hiçbir tanımı yoktur.

Ülkemizde de 24.3.2005 tarihinde kabul edilen 5324 numaralı Kozmetik Kanunu ile süreçler sürdürülmektedir.

2.8. Avrupa Birliği Ülkelerinde Ağız Bakım Finansmanı ve Türkiye

Araştırılan bütün ülkelerde, dişsel bakım tipik olarak diğer genel sağlık bakım alanlarına oranla büyük ölçüde doğrudan hasta ödemeleriyle fonlanmaktadır. Birçok ülkede, özellikle yetişkinler ve gelire sahip olanlar için doğrudan hasta ödemelerinin kabulü yada buna bağımlılık sadece ilaç maliyetleri nedeniyle aşılır.

Devlet yada sigorta tarafından fonlanan diş bakımı için hasta ödemelerinin Avrupa çapında geniş ölçüde kabul edilmesine karşın, her ülkenin, hastanın sigorta yada vergi aracılığı ile diş bakımı maliyetlerini karşıladığı kendine has bir sistemi yada sistemleri vardır. Bu sistem genellikle genel sağlık bakımı fonlarının bir parçası yada temsilcisi niteliğindedir. Bazı "sosyal sigorta" formlarının geniş ölçüde kullanıldığı yerlerde, yetişkin nüfusu için genel ağız bakımı dışında hiçbir "model" sistem tanımlanmamıştır.

Hemen hemen her ülkede bireylerin bazı dişsel bakım maliyetlerini toplu olarak ödemelerine imkan tanıyan alternatif bir sistem vardır. Bu sistemler, ulusal sosyal güvenlik sistemleri yada sağlık hizmetlerinden, devlet tarafından tanınan veya zorunlu sağlık sigortasına ve özel şirketlerin gönüllü sigortalarına kadar değişmektedir. Buna ek olarak, her ülkede bir tür finansal yardım mevcuttur, dişsel bakım yada özel sağlık ihtiyacı olanlar (örn. Çocuklar, işsizler, özürllüler, gaziler gibi) konusunda doğrudan yada toplu olarak ödeme yapamayan nüfus grupları için özel servisler bulunabilir.

Çocukların bir gelir elde etme ve kendi dış bakımı ücretlerini ödeyebilme gibi bir konumları olmadığı için, bunlar en yaygın şekilde sübvans edilen sağlık bakımı elde edebilecek nüfus gruplarıdır. Aslında, bir ulusal sağlık hizmeti yada devletin organize ettiği sosyal sigorta sistemlerine sahip olan ülkelerde, dış bakımını ödenebilir, uygun ve özel dış hekimlerine kar sağlayabilecek şekilde tutmak için idari mekanizmalar uygulanır. Doğrudan hasta ödemelerinin hakim finansman biçimini oluşturduğu ülkelerde ise tipik olarak sınırlı bir sosyal sigorta sistemi vardır.

Hastalar için, bakım maliyeti farklı tedaviler için önerilen farklı sübvansiyonlar nedeniyle daha da karmaşık hale gelir. Aşırı bir örnek olarak bireysel dış hekimleri belirli fiyatlara belirli bakımları gerçekleştirmek için bireysel sigorta şemalarıyla anlaşmaya gidebilirler. Öte yandan, diğer ülkelerde dişhekimliği mesleğinin temsilcileri -bakım sağlayıcıları- bakım alıcıları arasında ulusal olarak kabul edilmiş bir anlaşma vardır.

29 ülkenin uygun gördüğü dört farklı sağlık bakım hizmeti sunum modelinin bulunduğu görülmektedir.

Ulusal Sağlık Hizmeti Tipi Sağlık Bakımı;

Kategorisel

Bu grupta, fonlamanın büyük kısmı ulusal yada yerel vergilerle sağlanır, fakat şema, çocuklar, işsizler, özürlüler yada gaziler gibi belirli insanlarla sınırlı olabilir. Genel olarak, 18 yaş altı kişiler için tedavi ücretsiz olacaktır (bazı ülkelerde bazı ortodontik bakım türleri dışında), fakat özellikle prosthodontic uygulamalar için, yetişkinler tarafından bazı ek ödemeler gerekli olabilir.

Tanımlanan grup dışındaki hastalar için başka düzenlemeler uygulanacaktır.

Evrensel

Bu grupta, fonlama yine ulusal yada yerel vergilerle sağlanır, ve teoride NHS tedavisi bütün vatandaşlar için ücretsizdir. NHS tedavisinin mevcut olduğu yerlerde, bu 18 yaş altı kişiler ve (sıklıkla) diğer yetişkin grupları için ücretsizdir -yaş, refah durumu ve tıbbi şartlara bağlı olarak. Öte yandan uygulamada bir miktar sınırlama vardır -kırsal yada *sosyal* olarak malınun bölgelerde hizmeti sağlayacak olan dış

hekimlerinin azlığı yada önerilen düşük ücretler nedeniyle.

Yetişkin ağız bakımın ulusal sosyal sigorta sisteminin bir parçası olarak sübvansiyon edildiği ülkelerde, örneğin Danimarka, Finlandiya, İzlanda, İsveç ve İngiltere' de bu sübvansiyonlar devlet tarafından sağlanır. Ancak sübvansiyon sistemi sıklıkla yerel hükümetler yada yerel sosyal sigorta ofisleri tarafından idare edilir-. İzlanda' da sübvansiyonun hükümet tarafından karşılanmasına karşın, bunlardan sınırlı sayıdaki uygun hasta grupları yararlanabilir.

Sosyal Sigorta Aracılığı ile Ağız Bakımı

Sosyal sigorta temeline dayanan bir ağız sağlığı bakımı sisteminin temel öğeleri şunlardır:

- Bireyler, genellikle gelirlerinden kesilen katkılar tarafından fonlanan uygun bir kuruma üyedirler
- Bir sigorta kurumuna üyelik bazı nüfus sektörleri için zorunlu olabilir.
- Çalışanlar da genellikle katkıda bulunmak zorundadır
- Sigortalı üyeler ve genellikle onlara bağımlı olan kişiler tanımlanmış diş hizmetlerini elde edebilirler
- Bu hizmetlerin maliyeti genellikle kısmen sigorta organizasyonları tarafından kontrol edilir
- Belirli bir dişsel hizmetler yelpazesi için sigortalı birey, sigorta kurumundan talep ederek yada dişhekimine kısmi ödeme yapmak suretiyle kısmi veya tam sübvansiyon elde edebilir

On yedi ülkede hasta fonları tarafından organize edilen sağlık bakımı bulunmaktadır, fakat bunların gerçek yapı, üyelik ve fonlamaları geniş ölçüde değişmektedir. Hükümet müdahalesi tipik olarak sadece zorunlu üyelik kurallarına dayanır. Sonuç olarak, zorunlu hasta fonlarına üyelik genellikle bu 17 ülkenin nüfuslarının %80 'inden fazlasını kapsamaktadır.

Hasta fonları tipik olarak yerel merkezli yada çalışanın meslek tipine bağlıdır. Bunlar büyük ölçüde bağımsız, demokratik ve kendi organizasyonuna sahip kurumlardır fakat bunun yanı sıra dişsel ve tıbbi mesleklere dair ulusal görüşmelerde de yer alırlar. Örneğin, Fransa, Belçika ve Lüksemburg'da bazı diş hekimlerinin ücretlerine karar verme ve ulusal bütçe oluşturma amacıyla ayrı kurumlar bir şema altında toplanır. Çalışanların ve işverenlerin ortalama katkıları arasındaki ayırım da önemli ölçüde değişir, fakat daima maaş oranlarına göre hesaplanır. Bazı ülkelerde bu oranın belirli olup hasta fonları arasında değişmemesine karşın diğerklerinde fonlar arasındaki katkı seviyesinde bir değişim gözlenmektedir.

Gelir Tavanı

Almanya ve Hollanda, gelirleri birçok norma uygun olanlar için sosyal sigorta sistemine katılıma izin verir, ve gelirleri belirli eşiklerin ötesinde olan yetişkinleri şu yada bu şekilde dışarıda bırakır. Devlet sisteminin dışarıda bırakılan yetişkin hastalar özel sigorta bakımı düzenleyebilirler.

Gelirsizlik Tavanı

Hasta fonları aracılığı ile sağlık bakımı sağlayan araştırılan ülkelerin yandan fazlası sübvansiyonlu bakım elde etme konusunda başka kriterlere sahiptir. Genellikle, çocuklar, yaşlılar, işsizler, özürllüler yada gaziler gibi gruplar için kategorisel bir giriş temel alınmıştır. Düşük seviyedeki bir gelirin üzerindeki yetişkinler için sınırlı bakım önerilebilir.

Başvuru Sıklığı

Ağız sağlığı muayenesi almak için hastaların başvuru sıklığı hakkındaki karar genellikle diş hekimleri ve onların bireysel hastaları arasında alınan bir karardır. Öte yandan, bu kararlar konusunda, nüfus ve birey hastalık seviyeleri, önleyici stratejiler, sosyo-ekonomik ve kültürel davranışlar ve diş fonlama düzenlemelerini içerebilecek bir dizi etki söz konusu olabilir.

Veri sunamayan İspanya dışındaki birçok ülkeden hastaların normal tekrar muayeneye geliş tahminlerini aldık:

Tablo 24: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Hasta Tekrar Muayene Periyotları

<u>Yaklaşık 6 ay</u>	Çekostovakya, Litvanya, Malta, Polanya, Portekiz, İngiltere
<u>Yaklaşık 9 ay</u>	Danimarka, Estonya, Fransa, Hollanda, Slovenya, İsviçre
<u>Yıllık</u>	Avusturya, Belçika, Kıbrıs, Almanya, Yunanistan, Macaristan İzlanda İtalya, İrlanda, Litvanya, Lüksemburg, Norveç, Romanya
<u>18 ay ve fazla</u>	Finlandiya, Slovakya, İsveç

Türk Diş Hekimleri Birliği'nin (TDHB), Türkiye genelinde yaptığı çalışmaya göre, Avrupa'da yılda 5 kez olarak gerçekleşen diş hekimine gitme sıklığı Türkiye'de 0.7. Türkiye'de bir diş hekimine ortalama 3 bin 650 hasta düşüyor.

TDHB'nin "Türkiye'de Diş Hekimi ve İnsan Gücü Planlaması" adlı çalışmasından derlenen bilgilere göre, 2000 yılı nüfus sayımına göre 67 milyon 421 bin nüfusa sahip olan, her yıl nüfusu yaklaşık yüzde 1.5 artan Türkiye'de nüfusun yüzde 12.5'i yaşamları boyunca hiç, yüzde 47.11'si de son bir yılda diş hekimine gitmedi.

Avrupa'da bir kişinin yılda 5 kez diş hekimine gittiğini, Türkiye'de ise diş hekimine gitme sıklığının 0.7 olduğunu ortaya koyan çalışma raporunda, Türkiye'de yıllık yüzde 1.5 oranındaki nüfus artışına karşılık, mezun diş hekimisi sayısının yılda yüzde 6 arttığına işaret edildi. (TürkDişhekimleri Birliği İstatistikleri)

Bütün ülkeler aktif hastalıkları olan hastaların belirtilen normal zaman periyodundan daha sık görülebileceğini belirtmişlerdir. Neredeyse bütün Avrupalı ülkelerde, toplam harcama seviyeleri ve sağlanan bakım miktarı doğrudan bir şekilde hastaların ücretlerini düzenleyen düzenlemeler tarafından etkilenir. Ağız sağlığı sunumunda "özel pratisyenlerin" hakimiyeti nedeniyle, hasta ödemeleri konusundaki düzenlemeler, belirli ödeme ücretleri ve sübvansiyon sistemlerinin hepsi dişhekiminin tedavi etme ve hastanın tedavi isteme dürtülerini etkilemektedir.

2.9. Avrupa Birliği Ülkelerinde Dişhekimliği Eğitimi ve Türkiye

Diş hekimlerinin ayrı ayrı tanınması ve eğitimi bugün AB/AEA'nın bütün ülkelerindeki bir gerçekliktir. Aslında tıp doktoru eğitimi almış olan bir dişhekimisi sınıfının varlığı da (sıklıkla stomatolog olarak bilinirler) Avusturya, İtalya, İspanya, Portekiz ve 2004 girişli ülkelerin çoğunda tarihi bir miras şeklindedir -fakat bütün bu ülkeler için AB üyeliği dişhekimliği eğitiminde muazzam değişiklikleri beraberinde getirmiştir.

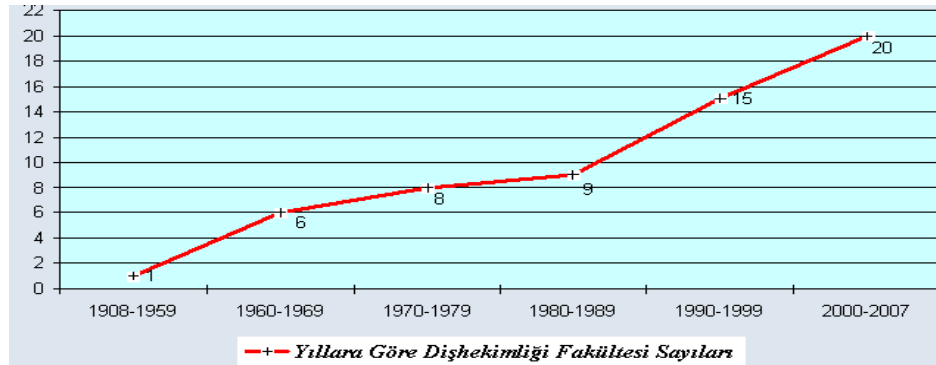
EU/EEA çapında bütün dişhekimisi eğitimleri üniversitelerde gerçekleştirilir. Kıbrıs ve Lüksemburg'un dişhekimliği okulları yoktur ve bunlar diğer AB üyesi ülkelerde eğitim gören diş hekimlerine bağımlıdır. 2004 yılında, AB/AEA'da kamu tarafından fonlanan 177 dişhekimliği okulu vardır -Estonya, İzlanda, Litvanya, Malta ve Slovenya'da birer, Almanya ve İtalya'da 30 yada daha fazla olmak üzere. Buna ek olarak, Almanya (1), İtalya (1), İspanya (4) ve Romanya'da (9) toplam 15 adet özel finansmana sahip dişhekimliği okulu vardı, bu kurumlar hiçbir kamu fonu desteklemiyordu. Sadece Danimarka ve İsveç'te öğrencilerin yaşama ve bakım ücretleri bir dereceye kadar devlet tarafından karşılanıyordu.

2003 yılında, Romanya da dahil olmak üzere AB/AEA'mn dişhekimliği okullarında eğitim gören 50.000'm üzerinde dişhekimliği öğrencisi bulunmaktaydı. Her yıl yaklaşık 9.200 mezun (% 53 bayan).

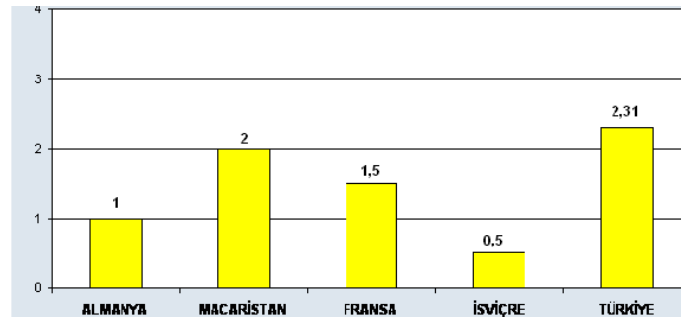
Birçok EUİEEA ülkesinde dişhekimliği okullarına giriş bir sınav aracılığı ile gerçekleştirilir -kabul sayısında kesin bir sayısal sınırlama vardır (bunun Belçika ve İtalyada her zaman uygulanmadığı bildirilmiştir). Yedi ülkede (Danimarka, İrlanda, Malta, Norveç, İspanya, İsveç ve İngiltere) ikincil bir okul sınavı yada kaydı vardır - ve bunun sonuçları dişhekimliği okuluna girişleri belirler. Fransa'da, ilk yıl tıbbi bir eğitim verilir ve bunun sonrasında 5 yıllık dişhekimliğine girişler bir yıl sonu başarı sınavı ile belirlenir.

Tablo 25: Ülkemizde Yıllara Göre Özel Ve Resmi Dişhekimliği Fakülteleri Sayıları

YIL	RESMİ ÜNİVERSİTE	ÖZEL ÜNİVERSİTE
1908-1959	1	-
1960-1969	6	-
1970-1979	8	-
1980-1989	9	-
1990-1999	13	2
2000-2007	17	3



Şekil 7: Ülkemizde Yıllara Göre Dişhekimliği Fakülteleri



Şekil 8 : Ülkemizde Ünit Başına Düşen Öğrenci Sayısı

Tablo 26: Ülkemizde Eğitim Veren Fakültelerin Değerlendirilmesi

FAKÜLTE ADI	Öğretim Üyesi	Öğrenci Sayısı	Ünit Sayısı	Öğretim Üyesine Düşen Öğrenci Sayısı	Ünit Başına Düşen Öğrenci Sayısı
Ankara	103	611	191	5,9	3,1
Atatürk - Erzurum	41	291	146	7	1,9
Başkent - Ankara	25	30	78	1,2	0,3
Cumhuriyet - Sivas	31	188	110	6	1,7
Çukurova - Adana	15	187	70	12,4	2,6
Dicle - Diyarbakır	41	170	89	4,1	1,9
Ege - İzmir	117	666	207	5,6	3,2
Gazi - Ankara	94	465	248	4,9	1,8
Hacettepe - Ankara	84	561	191	6,6	2,9
İstanbul	145	815	262	5,6	3,1
KTÜ - Trabzon	8	31	25	3,8	1,2
Marmara - İstanbul	45	570	127	12,6	4,4
19 Mayıs - Samsun	38	255	106	6,7	2,4
Selçuk - Konya	41	332	141	8	2,3
S. Demirel - Isparta	25	182	78	7,2	2,3
Yeditepe - İstanbul	48	147	76	3	1,9
TÜRKİYE (*) GENELİ	901	5501	2145	6,29	2,31

* Erciyes ve Kırıkkale Dişhekimliği Fakülteleri değerlendirilmeye alınmamıştır.

Mezuniyet-Öncesi Eğitim ve Yetiştirme karşılıklı olarak tanınmış olan diplomalar eğitim programı esnasında öğrencinin şunları kazanmış olduğunu garanti eder:

Dişhekimliğinin dayandığı bilimler konusunda yeterli bilgi ve biyolojik işlevleri ölçme, bilimsel olarak yerleşmiş gerçeklerin değerlendirilmesi ve veri analizi de dahil olmak üzere bilimsel yöntemlerin iyi bir şekilde anlaşılması

- İnsan sağlığı konusunda doğal ve sosyal çevrenin etkilerinin yanı sıra sağlıklı ve hasta insanların yapısı, psikoloji ve davranışları hakkında yeterli bilgi
- Hem sağlıklı hem de hastalarda dişler, ağız, çene ve ilgili dokuların yapısı ve

işlevleri ve bunların genel sağlık durumu ve hastanın fiziksel ve sosyal durumu ile ilişkisi konusunda yeterli bilgi

- Dişhekimine anomalilerin, lezyonların, diş hastalıklarının, ağzın, çenenin ve ilgili dokuların özellikleri konusunda tam bir resim sunan klinik disiplin ve yöntemler, ve önleyici, teşhis edici ve tedavisel dişhekimliği konusunda yeterli bilgi
- Uygun gözetimler altında uygun bir klinik deneyim

Tam bir mezuniyet-öncesi dişhekimliği eğitimi süresi, bir üniversitede yada bir üniversitenin gözetimi altında eşdeğer olarak tanınmış bir Yüksek Öğrenim kurumunda minimum 5 yıllık tam zamanlı teorik ve pratik eğitimden oluşur.

Böyle bir eğitime kabul edilebilmek için, adayın ilgili kursa katılımını olanaklı kılan bir diploma yada sertifikaya sahip olması gerekir.

Uzman dişhekimliğinde eğitim, uzman otorite yada kurumlarca gözetilen minimum üç yıllık tam zamanlı bir kurs alımını içerir.

Böyle bir eğitim, bir üniversite merkezinde, bir tedavi, öğretim yada araştırma merkezinde yada yeterli otoriteler ve kurumlar tarafınca bu amaçla onaylanmış uygun bir sağlık kuruluşunda yürütülebilir. Öğrenci bireysel olarak gözetilmelidir. Bu gözetimin sorumluluğu ilgili kuruma verilmiştir.

Tablo 27: Türkiye’de Yıllara Göre Dişhekimliği Fakülteleri Eğitim Süreleri

YILLAR	EĞİTİM SÜRESİ
1908	2 YIL
1920-1930	3 YIL
1933	4 YIL
1964	5 YIL
2007	5 YIL (6 Yıla Çıkarılması Tartışılmaktadır)

2.10. Avrupa Birliği Ülkelerinde Mesleki Eğitim ve Türkiye

Bütün EU/EEA ülkelerinin yaklaşık yansı, yeni mezunları için tam yetki yada bağımsız uygulama yetkisi veya uzman klinikçi olarak devlet ağız sağlığı bakım sistemlerine katılım izni vermeden önce post-qualification 'mesleki eğitimlerinde (VT) ısrar etmektedir. Bazı ülkelerde bu mesleki eğitim gönüllü bir şekilde gerçekleştirilir.

Bu mesleki eğitimin yapısı ve nerede gerçekleştirileceği önemli ölçüde değişebilir -neyin nerede yapılacağını anlamak için bireysel ülke birimlerine başvurmak en iyisidir. Öte yandan, yeni mezunun eğitimi genellikle deneyimli bir dişhekiminin denetimi ve yönlendirmesi altında “korunmuş” bir çevrede gerçekleştirilir. Dişhekimliği okulu gibi bir eğitim kurumunda paralel resmi öğretim olabilir yada olmayabilir.

Zorunlu mesleki eğitimin 2003 'te şu şekilde gerçekleştiği bildirilmiştir:

Tablo 28: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Zorunlu Mesleki Eğitim

Çekoslovakya	36 ay	Polonya	12 ay
Danimarka	12 ay	Romanya	12 ay
Finlandiya	12 ay	Slovakya	36ay
Almanya	24 ay	Slovenya	12ay
Letonya	24 ay	İngiltere	12 ay
Litvanya	12 ay		

Litvanya dışındaki bütün ülkelerde mesleki eğitim sadece kendi üniversitelerinden mezun olan öğrenciler için zorunludur, fakat Litvanya'da bu dişhekimliği uygulamasına giren herkes için zorunludur. Öte yandan, bunun ED kanunlarına göre izin verilebilir olup olmadığı konusu henüz (2003 yılı) kesinliğe kavuşturulmamıştır. Mesleki eğitim Belçika'da 2002'den itibaren eğitime başlayan herkes için 2007 yılında geçerli olacaktır.

Bütün ABve AEA ülkelerinde dış hekimleri İçin bir tür devam eden mesleki eğitim almaları en azından etik bir zorunluluktur. Öte yandan 10 ülkede böyle bir eğitimden minimum miktarda alma konusunda zorunlu bir gereklilik vardır. Birkaç ülkede bu yeni bir gerekliliktir ve bu yazılırken miktar henüz belirlenmemiştir.

Tablo29: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Zorunlu Sürekli Dışhekimliği Eğitim

<u>Zorunlu</u>	<u>Miktar</u>
Belçika	6 yılda 60 saat üzeri, herhangi bir yılda min. 6 saat
Almanya	tartışılmaktadır
Macaristan	250 saat 5 yıl üstünde
İtalya	tartışılmaktadır
Letonya	250 saat 5 içinde
Litvanya	250 saat 5 içinde
Lüksemburg	tartışılmaktadır
Polanya	tartışılmaktadır
Portekiz	tartışılmaktadır
Romanya	200 saat 5 yılda
Slovakya	yılda 5 gün
Slovenya	7 için 10 ders
İsviçre	yılda10 gün
İngiltere	75 saat resmi +175saat gayri resmi 5 yıl içinde – özellikle uzmanlar için

TÜRK DIŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ SÜREKLİ DIŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİ
KREDİLENDİRME YÖNERGESİ ile (18 Şubat 1998 tarihli Merkez Yönetim Kurulu kararı ile yürürlüğe girmiştir) Fakültede edinilen bilgi ve becerilerin unutulmamasını sağlamak, dişhekimliği alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin izlenmesini sağlamak ve topluma daha nitelikli dişhekimliği hizmeti verilmesini sağlamak amaçlanmıştır.TDB tarafından denetlenir. Bu yönerge Türkiye’de mesleğini serbest olarak uygulayan dişhekimleri ile üniversiteler haricindeki kamu kurumlarında çalışan dişhekimlerini kapsar. Üniversitelerdeki dişhekimleri kendi isteklerine bağlı olarak kredilendirilebilirler. Bu yönerge 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu’nun 3/19/11-h/26-h maddeleri gereğince hazırlanmıştır

EV yönergelerinde tanımlandığı üzere uzmanlar AB/AEA 'nın birçok ülkesinde tanınırlar. Ortodonti ve Oral Cerrahi, uzmanların tanınmadığı Avusturya, İspanya ve Lüksemburg dışındaki tüm ülkelerde genellikle tanınan iki uzmanlık alanıdır. Öte yandan, Avusturya, Belçika, Fransa ve İspanya'da Oral Maxillo-facial Cerrahi, EV Tıp Yönergeleri altındaki bir tıbbi uzmanlık alanı olarak tanınır. Diğer birçok uzmanlık alanı farklı ülkelerde çeşitli şekillerde vaka odaklı tanınmalara sahiptir (örneğin resmi eğitim programları), fakat Dişhekimliği Yönergeleri altında resmi olarak tanınmayabilir.

AB/AEA ülkelerinde karşılıklı olarak tanınan uzman diploma ve sertifikaları Ek 5'te listelenmiştir.

Avusturya, Kıbrıs, İzlanda, Lüksemburg, Malta ve İspanya' da hiçbir uzmanlık eğitimi bulunmamaktadır. Uzmanların tanındığı Kıbrıs, İzlanda ve Malta' daki eğitim düzenlemelerini görmek için bireysel ülke bölümlerine bakınız.

Avrupa Dişhekimliği Eğitimi

Eğitim ve Kültür konusundaki EV Direktörlüğü, Avrupa çapında dişhekimliği eğitimine ortak bir yaklaşım geliştirmek için yenilikçi bir pan-Avrupa projesine fon desteği sağlamıştır (DentEd www.dented.org). Altı yıl boyunca AB'deki birçok

dişhekimliği okulu, dişhekimliği çevrelerince birçok uluslar arası konferansla desteklenen dişhekimliği akademisyenleri takımları tarafından tavsiye ve meslektaş desteği alınışlardır. Bir Avrupa dişhekimliği okulundan mezun olan bir dişhekimi için profil geliştirmek amacıyla Avrupa Dişhekimi Eğitimi Birliği (ADDE) tarafından çalışmalar devam ettirilmektedir. DentEd ve ADDE tarafından yürütülen çalışmaların çoğu, 2010'da sona erecek olan Bologna Bildirgesinin gerekliliklerini karşılamak için Avrupa'daki dişhekimi eğitiminin ihtiyaçlarına bağlanacaktır.

Türkiye'de Dişhekimliği eğitimi Yüksek Öğrenim Kurulu tarafından biçimlendirilir ve yönetilir.

AB/AEA'nın bütün ülkeleri yeterli bir otorite ile kayıt gerektirir - sıklıkla bu otorite dişhekimliği birliğinden ayırır ve devlet atamalı olabilir.

Her bir ülkede yasal olarak uygulama yapmak için temel nitelik daima gereklidir, fakat belirli bir miktardaki mesleki deneyim, AB vatandaşlığının delili, bir tavsiye mektubu ve bazen de sigorta kapsamı konusunda bir delil gerekli olabilir. Belirli bir ülkedeki durumu incelerken herhangi bir kapasitede uygulama yapma konusundaki yasal kaydı bir sosyal güvenlik yada sosyal sigorta kaydından ayrı tutmak gerekir. Kaydın ulusal dişhekimliği birliği yada devlet harici bir kuruma yapıldığı yerlerde, bir pratisyenden ayrıca bir devlet bakanlığından alınmış uygulama izni istenebilir. Sosyal güvence yada sigorta şemalarına kayıt sıklıkla farklı kriterlere bağlı olacaktır ve etik zorunlulukların yanında kontratsal zorunluluklar da getirebilir.

Akademik Unvanların Kullanımı

Eğitimle ilgili bütün şartların tamamlanmış olması koşuluyla, sahipler, uygun yerlerde akademik unvanlarını ve bunların kendi ülkeleri yada buldukları ülke dilindeki kısaltmalarını kullanma hakkına sahiptirler. Bazı Üye Ülkeler, bu unvanları isim, kurumun yeri veya onu veren inceleme komitesinin takip etmesini gerekli kılabilir.

Bazı durumlarda, akademik unvan ev sahibi ülkede ek eğitimi gerektiren unvanlarla karıştırılabilir. Bu durumda ev sahibi devlet unvan yerine farklı ve uygun başka bir kelimenin kullanımını isteyebilir.

Uygulama Yapma Hakkı ile İlgili Özel Koşullar

Bir dişhekimi pratisyeni olarak ilk kez başvurduklarında vatandaşlarından iyi karakterli olduklarına dair delil isteyen bir ev sahibi Üye Ülke, kişinin geldiği Devlet yada Üye Devlette bulunan yeterli bir otorite tarafından verilen sertifikayı yeterli delil olarak kabul etmek durumundadır.

Kişi o Devlette ilgili oturma iznini almadan önce bir Üye devlet toprakları dışında gerçekleşen ciddi bir problem hakkında detaylı bilgiye sahipse, kişinin geldiği Üye Devleti bilgilendirebilir. Buradaki amaç problemin ev.sahibi ülkedeki uygulamayı etkileyip etkilemeyeceğini doğrulamaktır.

Kişinin geldiği Üye Devlet bilgilerin doğruluğunu onaylamalıdır. O Devletteki otoriteler yapılması gereken araştırmanın yapısı ve derecesi hakkında karar verirler. Daha sonraki hareket olarak İse ev sahibi Üye Devlet'i verdikleri doküman ve sertifikalar hakkında bilgilendirirler. Açık bir şekilde, Üye Devletler sundukları bilgilerin gizliliği ve güvenilirliğinden sorumludurlar.

Dil

Bütün üye devletler adaylardan ev sahibi devletin ulusal dili konusunda linguistik yeterlilik göstermelerini isterler. Öte yandan, altı ülkede (Avusturya, Belçika, İrlanda, İtalya, Portekiz ve İspanya) bu sadece etik bir gerekliliktir. Diğer ülkelerde gereklilik daha resmidir ve bir sınav yada görüşme ile belirlenmesi istenebilir. Bu test dişhekimi olarak çalışmak üzere müracaat etmiş herkes için uygulanabilir yada sadece devlet sağlık bakımında çalışacak uygun otoriteler için gerekli kılınabilir.

Ülkemizde bu durum için gerekli düzenlemeler evvelce bahsedilmiştir.
Ciddi Mesleki Suiistimaller ve Suçların Cezaları

Ciddi mesleki suiistimal yada suça teşebbüs suçlamaları durumlarında da aynı prosedür takip edilir. Bu durumda kişinin geldiği Üye Devlet ev sahibi Üye Devlete ilgili pratisyene karşı gerçekleştirilmiş herhangi bir disiplin hareketi konusundaki gerekli bütün bilgileri yada kişiye uygulanan cezai hükümleri bildirmekle yükümlüdür.

Bu kısım için eğer ev sahibi ülke kayıttan önce ciddi bir problem hakkında detaylı bir bilgiye sahipse kişinin geldiği Üye Devleti bilgilendirebilir. Daha sonra izlenecek prosedür iyi karakterli olma konusunda uygulananla aynı yapıdadır.

Fiziksel yada Zihinsel Sağlık

Bazı üye ülkeler dış hekimlerinin fiziksel ve zihinsel sağlık konusunda bir sertifika sunmasını isteyebilirler. Bir ev sahibi ülkenin kendi vatandaşlarından da böyle bir doküman istediği durumlarda, o ülke kişinin geldiği Üye Devlet tarafından gerekli görülen dokümanı yeterli delil olarak kabul etmelidir.

Kişinin geldiği Üye Devletin bu yapıda bir doküman gerektirmediği durumlarda, ev sahibi Üye Devlet, ev sahibi devletin verdiği sertifikalara uyumluluk göstermesi şartıyla o devletteki otoriteler tarafından verilmiş olan sertifikaları kabul etmelidir.

Otorizasyon Prosedürünün Süresi

İlgili kişiyi bir dişhekim pratisyeni olarak otorize etme prosedürü mümkün olduğunca kısa sürede ve başarısız bir başvuru veya dair bir dava olmadığı sürece bütün dokümanların sunumundan sonra üç ayı geçmemek suretiyle tamamlanmalıdır. Adayın iyi karakteri, iyi tanınmış olması, herhangi bir disiplinsizlik hareketi, cezai hükümleri yada fiziksel yada ruhsal sağlığı konusunda herhangi bir şüphe varsa

otorizasyon prosedürü için ortaya konulan süreyi uzatabilecek bir tekrar İnceleme isteği yapılabilir. Danışılan Üye Devlet üç ay içerisinde cevap vermelidir. Sürenin sonunda yada cevabın alınması üzerine otorizasyon prosedürü devam ettirilir.

Yemin Etme Alternatifleri

Bazı üye Devletler uygulama yapabilmeleri için vatandaşlarından yemin etmelerini yada ciddi bir bildiri yapmalarını isteyebilir. Bu tür yemin yada bildirilerin birey için uygun olmadığı durumlarda, ev sahibi Üye Devletler ilgili kişiye uygun yada eşdeğer bir yemin yada bildirin önerildiğinden emin olmalıdır.

Dişsel işgücü ağız sağlık bakımını sağlar ve diş hekimleri, klinik dişhekimi yardımcıları ve diğer dişhekimi yardımcılarını kapsar. Bazı ülkelerde stomatolog ve orthodontologlar hala varlığını sürdürmektedir (bu iki sınıfın açıklamaları için aşağıya bakın)

Bütün ülkelerde hangi dişhekimi yardımcısı sınıflar var olursa olsun en büyük ağız sağlık bakımı diş hekimleri tarafından sağlanır. Kısım 2' de tarif edildiği gibi, bir dişhekiminin sağlayabileceği hizmetlerin tarifi Dişsel Yönergeler tarafından düzenlenir ve EU ülkeleri bunun üzerinde kanunlar uygulama hakkına sahip değildir. Öte yandan, dişhekimi yardımcıları ile ilgili düzenlemeler sadece Genel Sistem Yönergeleri tarafından idare edilir. Bu nedenle, dişhekimi asistanı (hemşireler), hijyenistler, terapistler ve klinik dişhekimi teknisyenleri gibi izin verilen görevler ülkeden ülkeye göre değişebilir. öte yandan bütün ülkelerde dişhekimi teknisyenleri, oral müdahale gerektirmeyen prosthodontic uygulamaların onarımı dışında hastalara doğrudan hizmet sunmazlar.

Dişhekimleri

Her ülkede yeterli bir otorite ile yasal olarak kayıt yapma zorunluluğu bulunduğu için her bir ülkedeki diş hekimlerinin sayısı bilinmektedir. Sayılardaki devam eden artışa rağmen, Avrupa çapında birçok dişhekimi birliği coğrafi dağılımın

eşit olmadığını, kırsal alanlarda yaşayan insanların sıklıkla en yakın hizmete ulaşabilmek için uzun saatlerce yolculuk yapmak zorunda olduğunu bildirmektedir. Sıklıkla kırsal topluluklar bir dişhekimini bölgelerine getirmek için kendi fırsatlarını yaratmak zorunda kalmaktadırlar. Ayrıca bazı ülkelerde, örneğin Almanya'da coğrafi insan gücü kontrolleri vardır ve buralarda zaten aşım hizmet bulunduğu için diş hekimlerinin buralarda hizmet vermelerine engel olunur.

Tablo 30: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Dişhekimisi Sayısı

Cyprus	2002	767,314	896	43%	649	43%	1,182
Czech Rep	2003	10,182,471	7,780	67%	6,911	69%	1,473
Denmark	2002	5,368,654	6,400	40%	4,892	46%	1,097
Estonia	2002	1,415,618	1,081	91%	998	91%	1,418
Finland	2002	5,183,545	5,900	69%	4,720	69%	1,068
France	2002	60,200,000	42,541	34%	40,423	34%	1,489
Germany	2002	82,388,326	79,985	37%	64,294	37%	1,282
Greece	2002	10,665,989	12,788	46%	11,750	46%	908
Hungary	2002	10,075,034	5,611	57%	4,992	56%	2,018
Iceland	2002	288,000	310	69%	278	69%	1,036
Ireland	2002	3,897,000	2,134	33%	1,800	33%	2,165
Italy	2002	57,716,000	50,000	30%	50,000	30%	1,154
Latvia	2002	2,366,515	1,692	85%	1,602	85%	1,477
Lithuania	2002	3,458,200	3,051	82%	3,051	82%	1,133
Luxemb'rg	2003	448,300	288	28%	288	28%	1,557
Malta	2002	397,500	184	25%	143	25%	2,780
Nethids	2003	16,150,511	9,800	23%	7,623	23%	2,119
Norway	2002	4,552,200	5,802	36%	4,140	36%	1,100
Poland	2003	38,662,660	30,063	79%	24,088	79%	1,605
Portugal	2003	10,102,022	4,500	51%	4,500	51%	2,245
Romania	2002	22,272,639	8,694	66%	8,694	66%	2,562
Slovakia	2002	5,379,181	3,084	61%	2,968	61%	1,812
Slovenia	2004	1,985,986	1,533	61%	1,285	67%	1,530
Spain	2002	40,077,000	19,678	41%	15,000	41%	2,672
Sweden	2002	8,877,000	14,043	54%	7,594	54%	1,169
Switz'land	2002	7,302,000	4,250	20%	4,250	20%	1,718
UK	2004	59,778,000	31,160	30%	28,500	30%	2,097
EU/EEA Totals		488,399,666	365,675		317,068	42%	1,540

these countries: registered = active

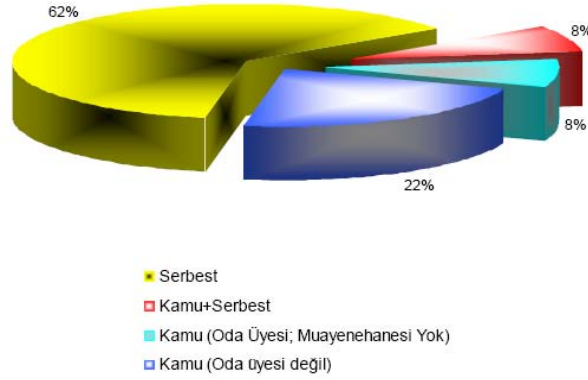
(mavi ile işaretli olan yerler bildirilen “aktif” diş hekimlerinin kayıtlı olanlarla aynı olduğu yerlerdir)

2003 yılında Romanya dahil AB/AEA'da kayıtlı toplam diş hekimleri sayısı yaklaşık 365.000'di. Bazı ülkeler (İtalya, Litvanya, Lüksemburg, Portekiz, Romanya ve İsviçre) bu diş hekimlerinin kaç tanesinin ,aktif olduğunu değerlendirememektedir, bu nedenle bu diş hekimlerinin sayısı konusundaki doğru

rakamları değerlendirmek oldukça zordur. Fakat AB/AEA'da 317.000'den fazla dişhekimi aktif değildir.

Tablo 31: Türkiye’de Mesleğini Aktif Olarak Yapan Dişhekimlerinin Dağılımı

SERBEST	13.628
KAMU+SERBEST	1.639
KAMU (Oda Üyesi - Muayenehanesi yok)	1.742
KAMU (Oda Üyesi değil)	4.777
TOPLAM	21.786
MSB ÇALIŞAN DIŞHEKİMLERİ *	673
GENEL TOPLAM	22.459

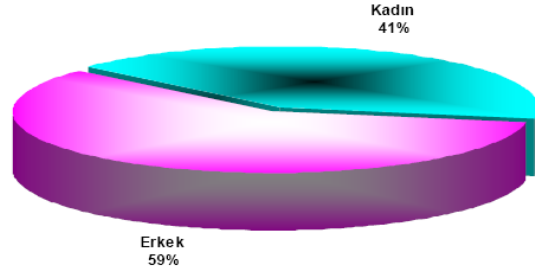


Şekil 9: Ülkemizde Mesleğini Aktif Olarak Yapan Dişhekimlerinin Dağılımı

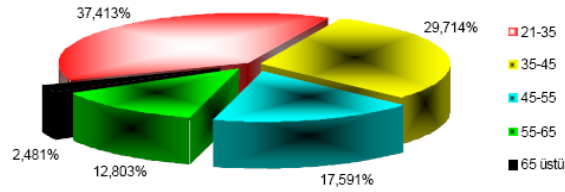
Uygulama Yapan Dişhekimlerinin Cinsiyet Karışımları

Tarihi olarak erkekler gibi uzun saatler boyunca çalışmayan kadın diş hekimlerinin oranındaki artış ile birlikte İngiltere gibi bazı ülkelerde cinsiyet dengesinde yaşanan değişim, artmış toplam sayılarda bile toplam dişhekimi sayısının tam zamanlı çalışma eşdeğerinin ölçümünü de değiştirmektedir.

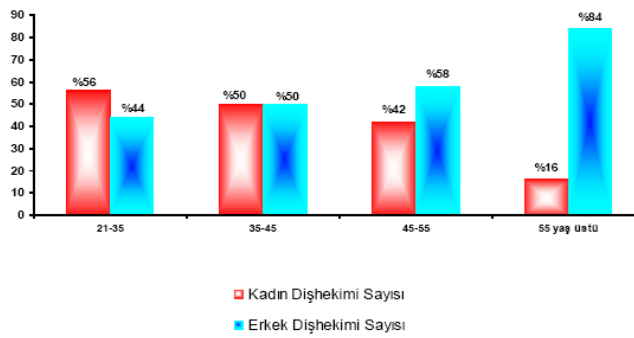
EU/EEA çapında aktif dişhekimlerinin %42'si kadındır. Öte yandan bu sayı büyük değişimleri gizlemektedir. Bu nedenle genel olarak güçlü kamusal diş hizmetlerine sahip olan ülkeler (Doğu Avrupa ve Nordic Ülkeler) daha yüksek sayılarda kadın dişhekimine sahiptir -Estonya' da %91- ancak daha geniş özel uygulamalara *sahip* ülkelerde bu oranlar daha düşüktür (İsviçre %20).



Şekil 10: Türkiye'de Dişhekimleri Cinsiyet Dağılımı



Şekil 11: Türkiye'de Yaş Gruplarına Göre Dişhekimliği Dağılımı



Şekil 12: Türkiye'de Dişhekimlerinin Yaş Gruplarına ve Cinsiyetlerine göre dağılımı

İşsizlik

Dişhekimleri eğer iş bulamıyorlarsa mezun oldukları ülkeden farklı ülkelere hareket etme eğilimindedirler. Her ülkede, yeni mezun dişhekimi hazırlıklı değilse, mesleki eğitimin hemen ardından bazı kısa vadeli, günler yada haftalar ile ölçülen, işsizliğin var olması mümkündür.

Öte yandan bir dizi ülkede, okulların aşırı miktarda dişhekimi yetiştirmesi nedeniyle diş hekimleri için daha uzun vadeli işsizliklerin yaşandığı bildirilmiştir.

Tablo 32-AB Diş Hekimleri Birliğinin bildirdiği işsiz diş hekimleri

Avusturya	Almanya	Belçika
Çekostovakya	İtalya	Danimarka
Finlandiya	Slovenya	Yunanistan
Slovakya		

Tablo 33: Türkiye’de Bildirilen İşsiz Dişhekimi Sayıları ile İllere Göre Dağılımı

İL	ÇALIŞMAYAN DİŞHEKİMİ SAYISI	İL	ÇALIŞMAYAN DİŞHEKİMİ SAYISI	İL	ÇALIŞMAYAN DİŞHEKİMİ SAYISI
ADANA	28	ELAZIĞ	2	MANİSA	6
ADYAMAN	2	ERZİNCAN	2	MERSİN	11
AFYONKARAHİSAR	1	ERZURUM	1	MUĞLA	2
AMASYA	1	ESKİŞEHİR	5	NEVŞEHİR	1
ANKARA	175	GAZİANTEP	7	NİĞDE	1
ANTALYA	31	GİRESUN	1	OSMANİYE	6
ARTVIN	2	HATAY	10	RİZE	1
AYDIN	6	ISPARTA	3	SAMSUN	14
BALIKESİR	11	İSTANBUL	826	SİRT	1
BAYBURT	1	İZMİR	77	SİNOP	1
BURDUR	2	KASTAMONU	3	SİVAS	1
BURSA	51	KAYSERİ	5	TOKAT	1
ÇANAKKALE	7	KIRIKKALE	1	TRABZON	7
ÇANKIRI	1	KOCAELİ	15	VAN	1
ÇORUM	1	KONYA	11	YALOVA	6
DENİZLİ	7	KÜTAHYA	1	YOZGAT	1
DIYARBAKIR	9	MALATYA	4	ZONGULDAK	5

Tablo 34: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Erkek Kadın Emeklilik Yaşı Türkiye’de 4447 Sayılı Yasa’ya Göre 08.09.1999 Tarihinden önce ve Sonra Sosyal

Avusturya	65/60
Belçika	65
Kıbrıs	60
Çekostovakya	62
Danimarka	65
Estonya	65
Finlandiya	65
Fransa	65
Almanya	68
Yunanistan	65
Macaristan	62
İzlanda	67
İrlanda	65
İtalya	65/63
Letonya	65/62
Litvanya	65/62
Lüksemburg	65
Malta	60
Hollanda	65
Norveç	67
Polonya	65/60
Portekiz	65
Romanya	65/60
İngiltere	65/60
Slovenya	58
İspanya	70
İsviçre	67
İsviçre	65
Slovakya	60/57

Güvenlik Kurumlarında çalışmaya başlayanların emeklilik yaşları farklılık arz eder. Sosyal Sigortalar Kurumuna tabi olanlar Kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmuş olması ve en az 7000 gün prim ödemiş olması veya Kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmuş olması, 25 yıldan beri sigortalı bulunması ve en az 4500 gün prim ödemiş olması gerekir. Bağ-Kur a tabi olanlar Kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmuş olması, 25 tam yıl sigorta primi ödemiş olması gerekir. Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığına tabi olanlar Kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını ve 25 yıl fiili hizmet süresini doldurmuş olması gerekir.

Bu tarihten önce çalışmaya başlayanlar içinse emeklilik yaşları için aşka değişkenler kullanılır. Konumuz dahilinde olmayacağından bahsedilmeyecektir.

Tablo 35: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Uzmanlık Türleri Ve Her Birinin Sayısı

	Year of data	Ortho-dontics	Oral Surgery	Perio-dontics	Paedo-dontics	Endo-dontics	Prosthodontics	DPH Community	Oral Medicine	Radiology	Stomatology	Max-Fac	Others
Belgium	2002	NK			NK							350	
Cyprus	2002	25										13	
Czech Republic	2002	264										63	
Denmark	2002	60										60	
Estonia	2003	27										35	2
Finland	2002	140	84					137					268
France	2003	1,834											
Germany	2003	3,266	1,456	40				450					
Greece	2002	353										151	
Hungary	2002	219	222	25	296							18	
Iceland	2002	9	5	7	4	4	6	4		6			6
Ireland	2002	72	26										
Italy	2000	1,100	20										
Latvia	2002	16					6					37	
Lithuania	2002	22	81	32	77	67	304					26	
Malta	2003	3	5	1	2	1		1		1			6
Netherlands	2002	283										203	
Norway	2002	182	43	84	21								
Poland	2003	310	414	86	273	898	625					107	
Portugal	2002	36	4								635		
Romania	2002	153									4,938	107	
Slovakia	2002	150		87	69		59					29	
Slovenia	2002	79	29	37	34		34					15	
Sweden	2003	430	251	202	171		198			70			51
Switzerland	2002	165	101	82			85						
United Kingdom	2002	1,023	236	261	222	163	349	119	86	21			
NK = Numbers Not Known													

(endodontoloji ve periodontoloji bazen tek bir uzmanlık dalı olarak birleştirilmiştir, bu durumlarda olan ülkelerdeki sayılar bifil birleştirilmiştir)

- Ortodonti ve oral cerrahi/oral maksilo-fasiyel dalı uzmanlıkları bir şekilde resmi olarak hemen hemen tüm 29 Avrupa ülkesinde tanınmıştır
- Daha birçok ihtisas dalları çeşitli yollardan(örneğin resmi eğitimler, dişhekimliği fakülteleri) farklı ülkelerde ulusal olarak tanınmaktadır fakat AB Dental Yönergesi tarafından resmi olarak tanınmıyor olabilir.
- Bir çok ülkede Maksillo-fasiyel cerrahi dental uzmanlıktan çok tıp dalı olarak işlev görmektedir.

Avusturya, İspanya,ve Lüksemburg ihtisas konusunu kabul etmemektedir. Avusturya'da oral cerrahi bölümü olan herhangi üç üniversiteden 3 yıllık eğitim alınabilir(resmi olarak oral cerrahi halen tıp alanının bir bölümüdür)

Çoğu ülkede hastalar uzman hekimlere, ilk basamaktaki dişhekimine uğramadan direk başvurabilir. Estonya, İrlanda, İtalya, Litvanya, Portekiz, Slovenya, İsveç ve İngiltere’de pratisyen bir diş hekimden alınmış bir belge gereklidir.

Türkiye’de diş hekimliği alanında resmi bir uzmanlık statüsü bulunmamaktadır. Doktora yapan ancak uzmanlık eğitimi almayan diş hekimleri, uzman gibi çalışıp uzmanlık haklarından yararlanamamaktadırlar. Serbest Kliniklerde tabelalarına doktora yaptıkları alanları belirtebilmektedirler.

Dental yardımcıları

Tüm Avrupa çapında, hasta ağızında çalışma izni olan dişhekimleri yardımcıları konusunda ve diş hekimlerinin süpervizörlüğü ve denetimi hakkında, çok farklı kurallar vardır. Yardımcı personelin zorunlu eğitimi ve birliğe kayıtları konusunda uluslar arası farklar vardır. Ayrıca Hollanda’ da Dental Hijyenistler resmi olarak dental yardımcı değildirler çünkü bağımsız bir meslek olarak kabul edilmektedir.

Tablo 36’da dental yardımcı olarak kabul edilen mesleklerdeki farklılıklar gösterilmiştir. Genellikle diş hekimlerinin genellikle tek başlarına çalışmalarının yaygın olduğu ülkelerde, yardımcı personele daha az güven duyulmaktadır.

Ülkemizde Dental yardımcıları için resmen dental yardımcı eğitimi yoktur. Bazı özel teşebbüsler sertifikasyon verebilmektedirler.

Tablo 36: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Tanınan Yardımcı Personel Tipleri

ÜLKE	DENTAL ASIST. & HEMŞİRE	DENTAL HİJYENİST	DIŞ TEKNİS.	KLİNİK DIŞ TEKNİS.	DIĞER
Avusturya	NF		R		Bazı asistanlar oral sağlık konusunda uzmanlık yapmiştir
Belçika	NN		N		
Kıbrıs	NN		R		
Çekostova	NF	N	N		Asistanlar oral sağlık eğitimi verebilir
Danimarka	NN	R	R		
Estonya	R		N		1950 lilerde mezun kayıtlı Dental Terapistler vardır
Finlandiya	R	R	R	R	
Fransa	NF		N		
Almanya	R	R	R		Eğitilmiş diş hekimleri hemşireleri vardır
Yunanistan	R		R		
Macaristan	R	R	R		
İzlanda	R	R	R		
İrlanda	NF	R	N		
İtalya	NF	R	R		
Letonya	R	R	R		1950 lilerde eğitim almış,sadece çocuklarla çalışan kayıtlı dental terapistler vardır
Litvanya	NF	N	N		
Lüksembur	NN		N		
Malta	NN	R	R		
Hollanda	NF ⁵	R	N	R	Hijyenistlik bağımsız bir meslektir
Norveç	R	R	R		
Polonya	NN	N	N		
Portekiz	NN	R	R		
Romanya	R		R		
Slovakya	NF	N	R		Hijyenistlerin görevi ağız bakımı eğitimidir.
Slovanya	NN		R		İlk hijyenistler 2005 de çalışmaya başlayacak
İspanya	NN	R	N		
İsveç	NN	R	N		Kayıtlı dental terapistler ve ortodontik işlemler için yardımcı personel vardır
İsviçre	NF	R	R	R	
İngiltere	NF	R	R		Kayıtlı dental terapistler, genişletilmiş yetkili dental hemşireler, ve 2005/6 tarihinden itibaren ortodontik yardımcı personel ve klinik dental asistan vardır. Dental hemşirelerin 2005/6 dan itibaren kayıtlı olmaları gerekecek. Ayrıca kayıtsız ağız sağlığı eğitilmeleri vardır

Tablodaki boş hücreler bu tür dental yardımcıların tanınmadığını göstermektedir.

R= İlgili yetkilere kayıtlı olmaları gereklidir.

N= Çalışmak için kayıt gerekli değildir.

NN= Dental asistanlar için resmi bir eğitim yoktur.

NF= Dental asistanlar için resmi eğitim vardır.

Dental asistanlar

Tüm ülkelerde dişhekimlerinin dental cerrahi asistan, dental hemşire, dental asistan (chairside) veya dental sekreter(aynı zamanda asistanlık yapan) gibi isimler alan farklı yardımcı personelleri vardır. Bununla birlikte bazı ülkelerde (Belçika, Yunanistan, Portekiz) diş hekimleri kimseden yardım almadan tek başlarına

çalışmaktadır, bu ülkelerde yardımcı personel konusu çok gelişmemektedir. Kıbrıs, Fransa, Litvanya ve Polanya'da tüm dişhekimlerinin üçte birinden daha azı bu şekilde yardımcıyla çalışmaktadır.

Yaklaşık olarak ülkelerin yarısında dental asistanlık veya hemşirelik sertifikası elde edilebilir ve yine bu ülkelerinde yarısında asistanlar dişhekimleriyle birlikte çalışmak zorunda olduklarından, bu kayıtlar tutulmaktadır.

Dental hijyenistler

19 ülkede dental hijyenistler vardır fakat 3 ülkede kayıtlı değildir (Çekostovakya, Polanya, Slovakya). Slovakya'da dental hijyenistlerin görevleri Ağız Sağlığı Eğitimcilerinin yaptığı işle aynı sınırlardadır. Slovenya ise 2005 den itibaren hijyenistler kabul görecektir fakat halen daha kayıt (tescil) konusunda hazırlıklar yapılmamıştır.

Eğitim genellikle özel okullarda yapılmaktadır, bazıları diş hekimleri fakültelerine bağlıdır. Çoğu ülkede eğitim iki yıldır. Sertifika genellikle diploma yerine kullanılmaktadır ve hijyenistlerin resmi yetkililere bu belgeleriyle başvurmak zorundadır. 2003 yılı itibariyle çoğu ülkede dental hijyenist eğitimi 3 yıldır fakat bazı ülkelerde 2 yıl, Macaristan da ise 1 yıldır. Tam tersi Hollanda'da ise eğitim 4 yıldır. Farklı ülkelerde hijyenistlerin süpervizörlük derecesi ve görevleri konusunda çok farklı uygulamalar vardır. Lütfen farklı kurallar konusu için her ülkenin kendi bölümüne bakınız.

Diş teknisyenleri

Laboratuvar işleriyle ilgilenen teknisyenler tüm ülkelerde kabul görmektedir. 29 ülkenin 27 sinde(Kıbrıs ve Lüksemburg dışında) resmi eğitim verilmektedir ve bu eğitim özel okullarda verilmektedir. Eğitim farklı sürelerdedir(3 den 5). 18 ülkede çalışmak için başvuru yapmak zorunluluğu vardır.

Diş teknisyenleri sadece diş hekimlerine hizmet sunmaktadırlar, çoğu ülkede hastaların kullandığı dental malzemeleri direkt tamir etme izinleri vardır.???

Klinik dental teknisyenleri

Sadece 4 ülkede (Danimarka, Finlandiya, Hollanda ve İsviçre'nin bazı kantonlarında) klinik dental teknisyenlere oral sağlık hizmeti verme konusunda, özellikle tam veya parsiyel protez işlerinde, izin verilmektedir. Yani bu klinik dental teknisyenler ağız içinde çalışabilmek için gerekli eğitimi almış demektir. İngiltere 2005 yada 2006 da bu tür yardımcı personelleri tanıttı.

Dental terapistler

Az sayıda Avrupa ülkesinde, diğer bir yardımcı personel resmi olarak tanınmaktadır. Dental terapistler klinik konservatif ve çekim (İsveç, İsviçre ve İngiltere) ve ortodontik hizmetler konusunda sınırlı görevleri vardır. Yine hijyenistler gibi terapistlerin de görevleri ve süpervizörlükleri konusunda farklı kurallar vardır.

Litvanya'da 1960 larda terapistler eğitim görmekteydi fakat çok azı pratikte çalışabildi ve daha ileri bir eğitim sistemi yıllar boyunca uygulanmadı.

Diğer personel

Çoğu ülke dental hemşirelere hastaya hizmet vermesi için oral sağlık eğitimi almasını sağlamaktadır yada resmi yardımcı hizmetlilerden bu hizmet için yararlanılmaktadır.

Stomatolojist/odontolojist

Çoğu ülkede AB ye girinceye kadar oral sağlık hizmeti geleneksel yollardan stomatolojist veya odontolojist kullanılarak yapılmaktaydı. Bunların çok azı dişhekimliği konusunda eğitim almış medikal doktordu. Bu konudaki raporlar kılavuzun her ülke bölümlerinde ayrı ayrı incelenmiştir. 2003 yılı itibariyle halen fazla sayıda çalışan olduğu rapor edilmiştir ve belki AB'nin herhangi bir yerinde çalışma hakkı kazanabilirler.

Stomatolojistler Fransa'da halen eğitim görmektedir fakat bunlar 6 yıllık tıp eğitiminin yanında 4 yıllık ihtisas eğitimi almaktadırlar. Diğer AB ülkelerinde genellikle, kazanılmış hakları olsa da, dişhekimisi olarak kabul edilmemektedirler, fakat bir ülkenin stomatolojisti varsa durum değişebilir.

Bununla birlikte Portekiz'de dişhekimliği eğitiminden daha az eğitim almış odontolojist olarak adlandırılan dental çalışanları vardır. Bu tür uygulamalar diş hekimlerine ihtiyacın fazla olduğu zamanlarda ortaya çıkmıştır. Komisyon tarafından legal oldukları kabul edilmiştir ve bu tür eleman yetiştirme eğitimi durdurulmuştur. Odontolojistler AB içinde istedikleri yerde çalışabilme hakkına sahip değildirler. Estonya'da 1950'lerde diş hekimlerinin stomatolojist olarak eğitim almış doktorlar olarak bilindiği zamanlarda, bazı dental terapistler mesleğe hazırlayan okullarda eğitim gördüler (bunlar zamanında gerçek dişhekimisi olarak kabul görülmekteydi). Bazıları Sovyetler Birliği'nden gelmiştir. Bunların aktif çalışma süreleri boyunca dişhekimisi gibi çalışma hakları olmasına rağmen pozisyonlarıyla ilgili kazanılmış hakları konusu tam açık değildir.

Ülkemizde yukarıdaki eğitim alanlarından Diş Teknisyenliği hariç hiçbir tanesi bulunmamaktadır.

AB deki Dişhekimliği Pratiği

Avrupa ülkeleri arasında genel sağlık hizmetlerinin nasıl sağlanması gerektiği (örneğin hastane açma, insan gücü içeriği, birinci ve ikinci bakım? arası denge) konusunda büyük farklılıklar vardır. Çoğu ülkede dental hizmetlerin büyük kısmı, resmi kurumlarda çalışmayan, özel muayenehanelerdeki hekimler tarafından gerçekleştirilmektedir (özel, serbest veya genel çalışanlar). Çoğu AB/AEA ülkelerinde bu oran %83 dir. Bazı ülkelerde (Belçika, Lüksemburg, İzlanda, Malta ve Portekiz) ise bu tür çalışan hekimlerin oranı hemen hemen %100 ü bulmaktadır.

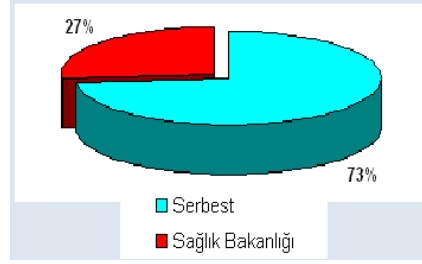
Genel pratik

**Tablo 37: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Serbest Dişhekimleri
Taraından Sağlanan Dental Hizmetlerin Oranı**

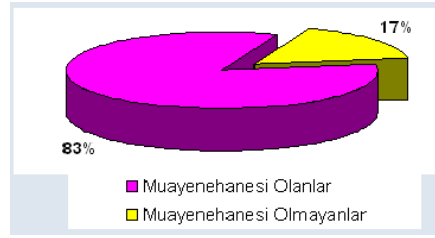
İsveç	%44
Slovenya	%50
Finlandiya	%54
İrlanda	%57
Norveç	%65
Danimarka	%70
Hollanda	%77
Avusturya	%78
Litvanya	%80
Polanya	%80
Slovakya	%82
Çekostovakya	%84
İngiltere	%84
İtalya	%87
Yunanistan	%89
İsviçre	%89
Estonya	%90
Fransa	%90
Letonya	%90
Romanya	%90
Macaristan	%92
Kıbrıs	%94
İzlanda	%100
İspanya	%95
Portekiz	%98
Belçika	%99
Lüksemburg	%99
Malta	%99
Almanya	%95



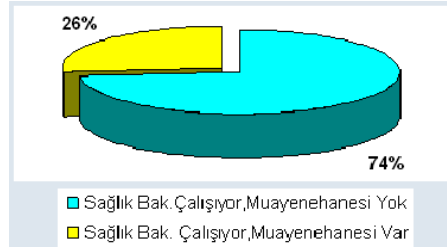
Şekil 13: Türk Dişhekimlerinin Mesleğini İcra Durumu



Şekil 14: Türk Dişhekimlerinin İstihdam Alanları



Şekil 15: Türkiye’de Dişhekimlerinin Çalışma Alanları



Şekil 16: Sağlık Bakanlığında Çalışan ve Muayenehanesi Olan Dişhekimleri

Devletin dental sağlık hizmetlerine geniş fonlar ayırdığı ülkelerde, serbest diş hekimleri oranı biraz daha düşüktür. Böylece devletin dental hizmet verdiği klinikler genellikle çocuklar gibi özel gruplara hitap etmektedir, özel hekimler yetişkin hastalarla ilgilenir.

Serbest Pratik (Hekimlik)

Özel muayenehane açma yöntemleri tüm Avrupa'da aynıdır, çoğu genç dişhekimini ortak veya asistan olarak başka bir hekimin yanında kendi muayenehanesi açmadan önce çalışmaktadırlar. Bununla birlikte tek başına çalışmanın yaygın olduğu ülkelerde (Fransa, Belçika, Norveç) ortak yada genç partner olarak bir iş bulmak zordur. Devletin katkı desteği, genellikle seyrek popülasyonlu alanlarda iş kurmaları konusunda desteklemektedir, nadiren alınabilir. Diğer iş dallarında olduğu gibi çoğu dişhekimini iş yapabilmek için ticari kredi almak zorundadır. Böylelikle hastaların listesini de almış olurlar.

Çoğu ülkede, diş hekimlerinin şartları yerine getirmeleri konusunda bazı düzenlemeler vardır. Örneğin Almanya'da 1993 den beri diş hekimleri eğer gerekli şartları yerine getirdiler ise sağlık sigortası altında çalışabilmek için belge alabilmektedirler. Bu şartların ihlalini önlemek içindir.

Genellikle Avrupa'da özel muayenehaneler "küçük çaplı iş" olarak nitelendirilmektedir, bir, iki ya da az sayıda dişhekimini bir araya gelerek çalışmaktadır (Yunanistan'da 2001 yılından itibaren diş hekimleri bir kliniği veya koltuğu paylaşmaya başlamıştır.). Bununla birlikte İngiltere'de çok sayıda hekimin birlikte çalıştığı, mesela 200 tane ya da daha fazla, klinikler vardır.

Dişhekimleri Birlikleri raporlarına göre, muayenehanelerin genellikle evler, apartmanlar veya genel kliniklerin içinde yapılması eğilimi vardır (AB'nin yeni üyeleri bu durumu rapor etmişlerdir). Alışveriş merkezleri çok popüler gibi görünmemektedir.

Genel dental servisleri

Serbest muayenehaneler dışında ki, oral sağlık hizmeti veren kurumlar için 'genel dental kurumlar' terimini kullandık. Bununla birlikte bu terim, maaşlı çalışan diş hekimleri ile kendi muayenehanesi olan hekim arasında kesin sınır çizmez, bu

konuda son yıllarda karışıklıklar oluşmuştur.

Yani özel pratikte maaşlı çalışan birçok dişhekimi vardır, genellikle asistan olarak veya kendi başlarına hasta bakarlar. Bu durum için maaş ödenebilir ya da mesleğe hazırlık için bir süreç olabilir. Aynı şekilde çoğu dişhekimi muayenehanesini özel sektörden kiralamaktadır veya satın almaktayken, bazı ülkelerde (örneğin Estonya) muayenehaneleri bölgesel sağlık kurumlarından veya belediyelerden kiralamaktadırlar, böylece yardımcı personel ve malzeme de kiralanmış olmaktadır.

Bazı ülkelerde “genel dental servisler” terimi ülkenin NHS sistemiyle birlikte çalışan diş hekimleri içinde kullanılmaktadır. Kılavuzun bu bölümünde tanımlaması yapılan bu terim, genellikle maaşlı, özel olmayan hastanelerde, sosyal sigorta kapsamında işleyen herhangi bir kurumda çalışan diş hekimleri için kullanılmıştır.

Genel klinikler

Çoğu ülke çeşitli şekillerde devlete bağlı, genel klinikler vardır (İzlanda ve Lüksemburg’da böyle kurumlar yoktur, tüm hizmetler özel klinikler tarafından verilmektedir). Devletin sağladığı dişhekimliği hizmetleri kültürü özellikle Kuzey ve Baltık ülkelerinde yaygındır, Estonya dışında bu ülkede diş hekimleri büyük oranda kendi başlarına çalışmaktadır.

Belçika, Estonya (1 Ocak 2004 den itibaren), İzlanda, Lüksemburg, Portekiz’de genel dental servisler yoktur. Çoğu ülkede diş hekimleri bu tür kliniklerde part-time çalışmaktadır çünkü ya dişhekimi bayandır ve ailesiyle ilgilenmek zorundadır ya da maaşlar düşük olduğundan dolayı ek bir işde daha çalışmak zorundadır.

Tablo 38: Avrupa Birliği Üye ve Aday Ülkelerde Halk Dışhekimliği Kliniklerinde Çalışan Dışhekimleri

	Yıllar	Nüfus	Aktif Sayı	Halk Klinik.	Hastane	Askeriye
Avusturya	2002	8.118.207	4.077	418	BS	0
Belçika	2002	10.263.414	7.559	0	BS	10
Kıbrıs	2002	767.314	649		37	7
Çekoslovakya	2002	10.182.471	6.735	450	134	58
Danimarka	2002	5.368.854	4.892	1.200	63	55
Estonya	2003	1.415.618	998	0	35	0
Finlandiya	2002	5.183.545	4.720	2.076	55	24
Fransa	2002	60.200.000	40.423	2.661	200	42
Almanya	2002	82.398.326	64.264	450	200	447
Yunanistan	2002	10.964.020	8.800	342	352	63
Macaristan	2002	10.075.034	4.992	40	40	80
İrlanda	2002	3.897.000	1.800	372	20	8
İtalya	2002	57.716.000	50.000	2.100	BS	BS
Litvanya	2002	2.366.515	1.602	542	37	5
Letonya	2002	3.458.200	3.051	610	40	18
Malta	2002	397.500	143	23	17	0
Hollanda	2003	16.150.511	7.623	120	0	97
Norveç	2002	4.552.200	4.140	1.107		25
Polonya	2003	38.662.660	24.088	7.000	147	400
Portekiz	2001	10.080.000	4.200	0	BS	35
Romanya	2002	22.272.838	8.694	3.827	200	80
Slovakya	2002	5.379.161	2.966	249	BS	13
Slovenya	2001	1.974.139	1.248	551	3	0
İspanya	2002	40.077.000	15.000	370	320	60
İsveç	2002	8.877.000	7.594	3.761	220	0
İsviçre	2002	7.302.000	4.250	150	50	0
İngiltere	2002	59.778.000	29.055	1.800	200	300
İtalya, Litvanya, Portekiz, Romanya, İsviçre, İngiltere : Kayıtlı dış hekim sayısı						
BS : Belirsiz						

Tablo 39: Ülkemizde İllere Göre Kamu ve Serbest Çalışan Dağılımı

İL	DIŞHEKİMİ SAYISI									TOPLAM DIŞH. SAYISI	ODAYA KAY DIŞHEKİMİ	ÇALIŞMAYAN DIŞHEKİMİ
	Sağ.Bak.	MSB	Dişh.Fak.	Üniversite	Belediye	Kızılay	Diğ. Krm.	Krm. Top.	Serbest			
ADANA	94		73	4	1	-	6	178	359	537	441	24
ADİYAMAN	28		-	-	-	-	-	28	20	48	46	1
AFYONKARAHİSAR	34		-	2	-	-	2	38	63	101	88	-
AĞRI	16		-	-	-	-	1	17	8	25	18	1
AKSARAY	27		-	-	-	-	1	28	38	66	47	-
AMASYA	20		-	-	-	-	-	20	40	60	54	1
ANKARA	780		532	25	25	2	107	1471	1322	2793	1898	163
ANTALYA	98		5	4	-	-	7	114	622	736	731	29
ARDAHAN	10		-	-	-	-	-	10	1	11	5	-
ARTVİN	15		-	-	-	-	-	15	18	33	31	1
AYDIN	64		-	3	1	-	4	72	198	270	248	3
BALIKESİR	76		-	-	-	1	2	79	197	276	264	9
BARTIN	11		-	-	-	-	-	11	16	27	22	-
BATMAN	20		-	-	-	-	-	20	24	44	36	-
BAYBURT	8		-	-	-	-	-	8	1	9	4	-
BİLECİK	11		-	-	-	-	-	11	22	33	28	-
BİNGÖL	16		-	-	-	-	-	16	12	28	22	-
BİTLİS	16		-	-	-	-	-	16	14	30	25	-
BOLU	26		-	1	-	-	-	27	50	77	57	-
BURDUR	16		-	-	-	-	-	16	37	53	55	2
BURSA	121		-	4	3	1	5	134	472	606	597	31

Tablo 40: Ülkemizde İllere Göre Kamu ve Serbest Çalışan Dağılımı

İL	DİŞHEKİMİ SAYISI									TOPLAM	ODAYA KAY	ÇALIŞMAYAN
	Sağ.Bak.	MSB	Dişh.Fak.	Üniversite	Belediye	Kızılay	Diğ. Krm.	Krm. Top.	Serbest	DİŞH. SAYISI	DİŞHEKİMİ	DİŞHEKİMİ
ÇANAKKALE	32		-	3	-	-	-	35	81	116	118	4
ÇANKIRI	18		-	-	-	-	-	18	10	28	24	-
ÇORUM	28		-	-	-	-	-	28	71	99	84	1
DENİZLİ	56		-	7	-	1	-	64	235	299	295	10
DIYARBAKIR	72		60	1	-	-	4	137	62	199	165	8
DÜZCE	15		-	-	-	-	-	15	51	66	56	-
EDİRNE	26		-	3	-	-	-	29	67	96	89	1
ELAZIĞ	40		-	1	-	-	2	43	49	92	89	2
ERZİNCAN	18		-	-	-	1	-	19	22	41	32	-
ERZURUM	45		121	2	1	1	5	175	30	205	79	3
ESKİŞEHİR	56		-	9	-	2	4	71	150	221	199	3
GAZİANTEP	74		-	2	6	-	1	83	128	211	188	4
GİRESUN	19		-	-	-	-	-	19	34	53	48	-
GÜMÜŞHANE	15		-	-	-	-	-	15	11	26	21	-
HAKKARİ	12		-	-	-	-	1	13	1	14	5	-
HATAY	63		-	1	-	-	-	64	197	261	262	8
İÇDIR	15		-	-	-	-	-	15	5	20	9	-
ISPARTA	34		79	1	-	-	-	114	66	180	108	8
İSTANBUL	391		439	37	14	52	43	976	4517	5493	5888	813
İZMİR	417		215	9	7	1	23	672	1071	1743	1377	67
KAHRAMANMARAŞ	54		-	3	-	-	-	57	68	125	114	-

Tablo 41: Ülkemizde İllere Göre Kamu ve Serbest Çalışan Dağılımı

İL	DİŞHEKİMİ SAYISI									TOPLAM DİŞH. SAYISI	ODAYA KAY DİŞHEKİMİ	ÇALIŞMAYAN DİŞHEKİMİ
	Sağ.Bak.	MSB	Dışh.Fak.	Üniversite	Belediye	Kızılay	Diğ. Krm.	Krm. Top.	Serbest			
KARABÜK	15		-	-	-	-	-	15	39	54	46	-
KARAMAN	13		-	-	-	-	-	13	34	47	39	-
KARS	13		-	1	-	-	1	15	7	22	15	-
KASTAMONU	25		-	-	-		1	26	42	68	58	2
KAYSERİ	50		33	3	-	2	1	89	160	249	202	10
KIRIKKALE	29		19	1	-	-	-	49	28	77	33	-
KIRKLARELİ	19		-	-	-	-	1	20	66	86	78	-
KIRŐEHİR	18		-	-	-	-	-	18	20	38	35	1
KİLİS	5		-	-	-	-	-	5	5	10	7	-
KOCAELİ	62		-	4	1	2	2	71	294	365	364	16
KONYA	106		136	-	-	2	1	245	286	531	367	10
KÜTAHYA	30		-	5	-	-	-	35	58	93	78	-
MALATYA	51		-	3	1	-	3	58	93	151	129	1
MANİŐA	83		-	2	-	-	-	85	163	248	234	4
MARDİN	27		-	-	-	-	1	28	28	56	46	1
MERSİN	95		-	3	1	1	-	100	272	372	368	18
MUĞLA	48		-	1	-	-	-	49	223	272	263	4
MUŐ	13		-	-	-	-	1	14	5	19	15	2
NEVŞEHİR	22		-	-	-	-	-	22	32	54	42	-
NİĞDE	20		-	1	-	-	1	22	22	44	36	-
ORDU	37		-	-	-	-	-	37	73	110	85	-

Tablo 42: Ülkemizde İllere Göre Kamu ve Serbest Çalışan Dağılımı

İL	DİŞHEKİMİ SAYISI									TOPLAM DİŞH. SAYISI	ODAYA KAY DİŞHEKİMİ	ÇALIŞMAYAN DİŞHEKİMİ
	Sağ.Bak.	MSB	Dişh.Fak.	Üniversite	Belediye	Kızılay	Diğ. Krm.	Krm. Top.	Serbest			
OSMANİYE	22		-	-	-	-	-	22	48	70	64	2
RİZE	19		-	-	-	-	-	19	46	65	60	1
SAKARYA	42		-	2	2	-	-	46	155	201	185	-
SAMSUN	88		90	1	-	1	7	187	220	407	275	15
SİİRT	13		-	-	-	-	-	13	9	22	17	-
SİNOP	12		-	-	-	-	-	12	28	40	34	-
SİVAS	32		46	4	-	4	-	86	40	126	74	1
ŞANLIURFA	34		-	2	-	-	1	37	51	88	79	2
ŞIRNAK	14		-	-	-	-	1	15	5	20	13	-
TEKİRDAĞ	34		-	-	-	1	-	35	128	163	155	1
TOKAT	38		-	2	-	-	1	41	64	105	77	-
TRABZON	45		30	1	-	-	3	79	135	214	196	12
TUNCELİ	12		-	-	-	-	-	12	3	15	8	-
UŞAK	25		-	-	-	-	1	26	53	79	77	-
VAN	29		-	1	-	1	-	31	32	63	45	1
YALOVA	11		-	-	-	-	-	11	41	52	56	7
YOZGAT	29		-	-	-	-	1	30	27	57	39	1
ZONGULDAK	42		-	-	-	-	2	44	101	145	135	2
TOPLAM	4329	673	1878	159	63	76	248	7426	13596	21022	18096	1311

Bazı ülkelerde özellikle Çekoslovakya, Kıbrıs, Malta ve Slovakya’da özel klinikler ve genel hastaneler arasındaki fark tam açık değildir, bu yüzden bu ülkeler her iki sektörde özel-genel çalışanlar hakkında tam bir bilgi verememektedir. 27 ülkenin çoğu tarafından desteklenen bu kliniklerin içeriğindeki ortak servisler: acil servis, evde bakım, genel dental sağlık desteği, koruyucu servisler ve mezuniyet sonrası eğitimidir. Bu servisler tüm halka açıktır ve bazı durumlarda ücretsizdir.

Tablo 43: Oral Sağlık Hizmetlerinin Çoğunlukla Genel Kliniklerden Sağlandığı Ülkeler

Çekoslovakya	Norveç	Danimarka	Polonya	Finlandiya
Romanya	Fransa	Slovakya	Slovenya	
	Macaristan			
İrlanda	İspanya	Litvanya	İsveç	Malta
İngiltere				

Hastane dental servisleri

Yukarıda bahsi geçtiği üzere, hastane kelimesinin tam anlamının ne olduğu konusunda Avrupa’da tam bir birlik yoktur. Fakat bu bölümde hastaların genel sağlıklarıyla da ilgilenilen, akut ve kronik bakım servisleri bulunan, hastaların ve refakatçilerinin gece kalabileceği (yatakli) kuruluşlar için hastane kelimesi kullanılacaktır. Bu özelliklere sahip olmayan dişhekimliği okulları bu kapsamda değildir.

Tüm ülkelerde travma, oral maksillo-fasiyal cerrahi ve patoloji servisleri bulunan hastaneler vardır. Çoğu cerrahi dalında mezuniyet sonrası eğitim vermektedir. Her ülkede devlete bağlı hastaneler vardır ve ayrıca bazılarında sağlık hizmeti veren özel hastaneler mevcuttur. Çalışanların çoğu genel hastanelerden maaş almaktadır, bunun yanında çoğu ülkede ek iş olarak özel sektörde de çalışabilmektedirler.

Bu hizmetlerin ağız sağlık hizmetleri bölümüne mi yoksa genel sağlık bölümüne mi dahil edilerek yürütüleceği her ülkenin kendisine bağlıdır. İzlanda ve Lüksemburg hariç maaşlı personel bu konu için mevcuttur.

Çoğu ülkede acil dental tedavi gereksinimi olan hastalar için hizmet ayrılmıştır ve bu hizmet genellikle bölgedeki maaşlı hekimler tarafından verilmektedir. Bununla birlikte altı ülkede, hastane dışındaki hastaların da oral tedavileri yapılmaktadır, bu çoğunlukla ihtisas eğitimin bir parçasıdır. Bu ülkeler Kıbrıs, İrlanda, Malta (İngiltere ile tarihsel bağları vardır), İspanya, İsviçre ve İngiltere'dir. Gerçekten İngiltere'deki sistem çok gelişmiştir, yaklaşık olarak %10 oranında dişhekimleri bu hizmette yer almaktadır veya mezuniyet sonrası eğitim almıştır.

Üniversitelerdeki Dişhekimliği

Bazı dişhekimliği hizmetleri üniversitelerde akademik diş hekimleri ve (çoğu ülkede) dişhekimliği öğrencileri tarafından yapılmaktadır. Fakat bu yolla verilen ağız sağlığı hizmeti sınırlıdır.

Askeri dişhekimliği

Çoğu AB/AEA ülkesinde özellikle birliğe yeni giriş yapan ülkelerin askeri kuvvetlerinde ulusal hizmetleri vardır. Bu ülkeler, gönüllü askerlerde oluşan çoğu personeline hem askeriye'nin dişhekimliği bölümlerinden hem de genel kliniklerden ağız sağlığı hizmeti almak için resmi düzenlemeler yapmışlardır.

Almanya, Polonya ve İngiltere ülkelerinin askeri kuvvetleri çok gelişmiştir, bünyelerinde çok sayıda dişhekimleri çalışmaktadır.

Finanssal Konular

Dişhekimi ücretleri

İster devlet tarafından sağlık fonundan ödensin ister hasta tarafından direk ödensin, hizmet karşılığı ücret (parça başı ücret) şeklinde ödeme türü tüm Avrupa'da özel hekimler arasında en yaygın alanıdır. Fakat ücretlerin seviyeleri, nasıl sabit tutuldukları, hastanın ne kadarını ödediği konularında farklılıklar vardır.

Sadece İngiltere'de (1 milyondan fazla hasta kapitale dayalı sistemde, özel servislere başvurmaktadır)

Litvanya, İspanya'da bu durum farklıdır. Hemen hemen tüm ülkelerde, hastanın tüm ücreti kendi direk ödediğinde, dişhekimi hastanın ödemeyi kabul ettiği istediği miktarı almakta özgürdür. Bununla birlikte Çekoslovakya, Hollanda ve Slovakya'da özel sektörde de fiyatlar kontrol altındadır.

Sağlık fonuna üye hastaları tedavi etmek için kontrat imzalayan veya devletin sağlık servisi için hasta bakmak üzere anlaşılan hekimler için ücretler merkez tarafından sabit belirlenmiştir fakat belli ölçülerde lokal esneklikler olabilir. Mevcut standart ücret sistemi olan ülkelerde, dişhekimi genellikle sosyal sağlık organizasyonunun temsilcisi kurumlar tarafından veya devletle imzaladığı kontratla ücret konusunda sınırlandırılmıştır.

Devlet hastanelerinde veya resmi diş servislerinde çalışan hekimler maaş almaktadırlar ve genel (resmi) çalışan çok sayıda dişhekimi bu şekilde çalışmaktadır, başka bir dişhekimi yanında asistanlık yapanlar kazanç yüzdesine göre veya ülkede genel sisteme uygun olarak maaş alırlar (İngiltere).

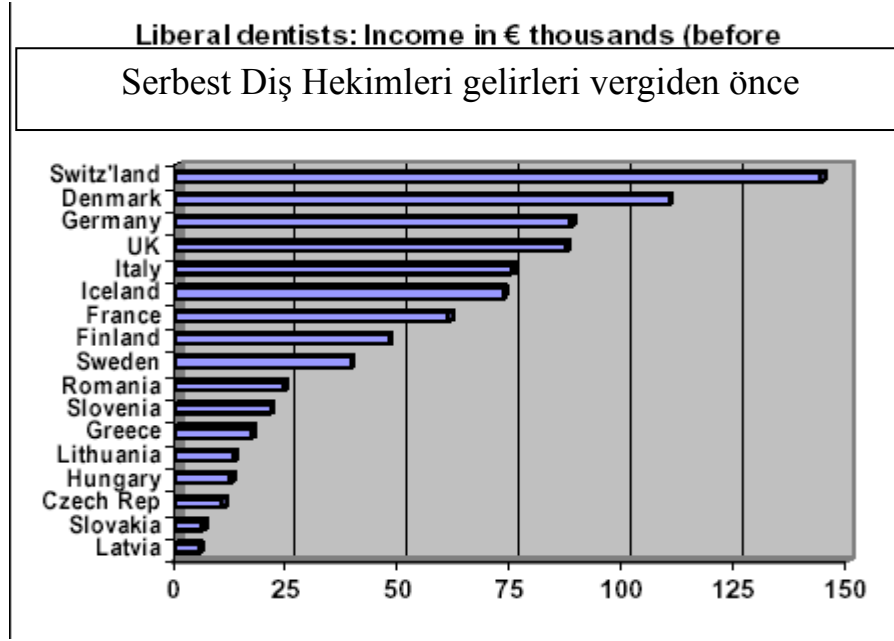
Anlaşmalı özel diş hekimleri devletin ilgili halk diş sağlığı bölümleriyle çalışma zamanları ve hizmet karşılığı ücret konularında kontrat yaparlar.

Hizmet karşılığı ücret verme (parça başı ücret) sistemi tüm özel çalışan diş hekimleri arasında Avrupa’da yaygın olan sistemdir. Hastane veya devletin ağız sağlığı merkezlerinde çalışan bazı diş hekimleri için standart veya maksimum ücret düzeni kurulması ağız sağlığı sisteminin önemli bir parçasıdır. Standart ücrete karar vermek için en çok kullanılan model, her tür tedavi seçeneği için yakın değeri yansıtan, yakın değerlere bağlı nokta sistemidir. Ayrı yapılan farklı işlemler için ek ücret her noktaya eklenebilir. Farklı tedavilere bağlı olarak oluşan gelirler, ortalama diş hekimlerinin “hedef gelir” hesabına dahil edilmemiştir. Bu yolla devlet tüm harcamalar üzerindeki parsiyel kontrolü mümkün olabilir. Bununla birlikte bazı ülkelerde skala maksimum ücret üzerine oluşturulmuştur, daha sık olarak dişhekiminin standart ücretlerin üstüne çıkabileceğine dair esnek kuralları olan sistemlerde vardır.

Gelir seviyeleri

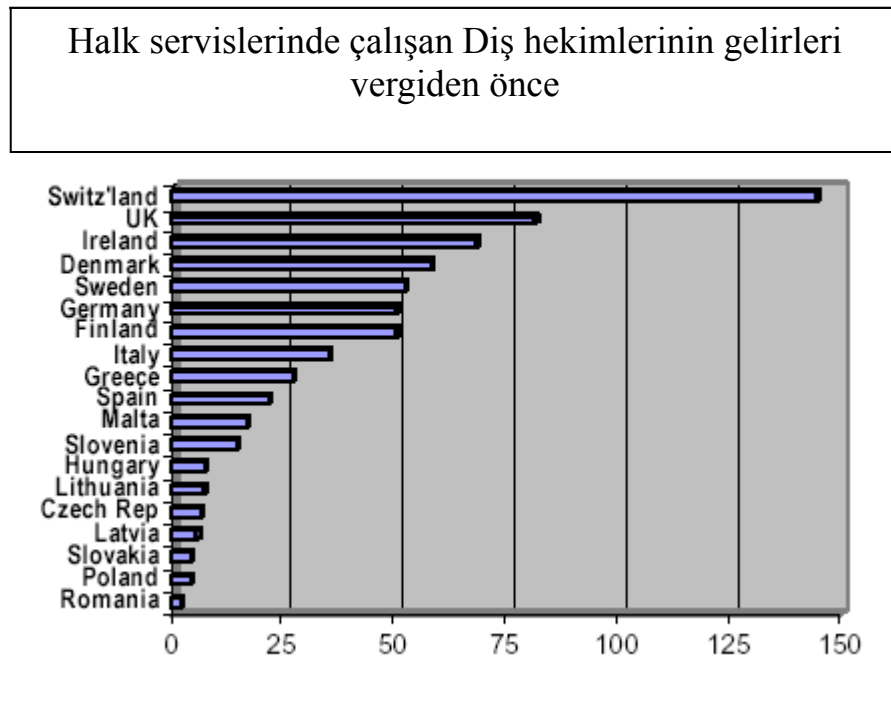
Bu kılavuz için araştırmanın bir parçası olarak dişhekimliği birliklerine pratiğin türüne bağlı olarak (özel, genel, hastane veya akademik), her iki grup diş hekimleri için –“25 yaşında olan veya mezuniyetinin üzerinden 2 yıl geçmiş olanlar”-45 yaşında olanlar veya mezuniyetinin üzerinden 20 yıl geçenler” gelir seviyeleri hakkında bilgi edinmek için sorular sorduk. Bu toplanması zor bir bilgidir, az sayıda ülke bu bilgileri verebilir ve birçoğu veremez.

Serbest diş hekimleri



Şekil 17: Liberal Diş Hekimlerinin Ortalama Gelirleri-Özel Kazançlar hariç(2001-2003)

Genel hizmet veren dişhekimleri



Şekil 18: Genel Hizmet Veren Diş Hekimlerinin Ortalama Kazançları-Özel Kazançlar Hariç(2001-2003)

Daha fazla bilgi için her ülkenin kendi bölümüne bakınız. Yaklaşık olarak elde edilen bilgiler, ortalama değerlerle, bilgi verebilen ülkeler için liberal (özel) dış hekimleri, sadece devlette çalışan veya sosyal sağlık fonu için çalışanlar için: çoğu ülkelerde devlete bağlı çalışan dış hekimlerinin geliri daha düşüktür fakat bazı durumlarda akademik dış hekimleri grubunda daha fazla gelir elde edilmektedir.

Vergi Oranları

Tüm AB/AEA ülkeleri arasında vergi oranları hakkında doğru bilgileri edinmek karışık ve kompleks bir iştir. Her nasılsa her ülke için vergi oranlarına hakkında –resmi olarak istenilen gelir seviyeleri üzerinde bir form hazıladık. Çoğu ülkelerde bu sorular cevaplandı.

En yüksek vergi oranı 100,000 € üzerinde geliri olanlardan alınan % 60 vergiyle Finlandiya'daydı. Çoğu ülkede vergi oranları % 50 nin altındaydı. En düşük vergi oranı %24 ile Estonya'daydı ve sırasıyla Hollanda ve Slovenyadaydı (%25 vergi oranı 5,000 € üzerinde geliri olanlarda)

KDV

Ağız sağlığı harcamaları tüm ülkelerde özellikle KDV'tan muaf tutulmuştur, yani dişhekimleri faturalarına KDV eklemesine gerek yoktur.

Bununla birlikte dış hekimleri satın aldıkları hizmetler (dış teknisyenleri ve labrotuvar hizmetleri dışında) ve çeşitli servisler sırasında KDV ödemek zorundadırlar ve bunları tutarı ücrete dahildir, devlet, sigorta firmaları ve hasta tarafından dış bakımı için ödenmektedir.

Yine farklı ülkelerdeki KDV seviyeleri çok karmaşıktır. En yüksek oran %25 dir (Danimarka,İsviçre, Slovenya), fakat ortalama %18 ile 20 arasındadır. Genellikle iki seviyeli KDV uygulaması olan ülkelerde daha düşük olan oran tedavi edici

ürünlerden veya aletlerden sağlanmaktadır. Malta’da tedavi edici ürünler, belli dişhekimliği malzemeleri ve dolgu maddeleri KDV den muaf tutulmaktadır. Ülkemizde KDV oranları 2005 Ocak ayından itibaren %18 den %8 Oranına düşürülmüştür.

Mesleki temsilcilik

Tüm ülkelerin ana ulusal diş hekimleri birliği olmasının yanında bazılarında iki tane (örneğin Belçika ve İtalya)ve bazılarında bölgesel birlik federasyonları vardır (Danimarka, Almanya, İsviçre ve İspanya)

Tüm ulusal dişhekimliği birliklerinin ana görevi üyelerinin her birinin ve bütün olarak mesleğin haklarını savunmaktır. Ulusal dişhekimliği birliklerinin genellikle “standart ücretleri” belirlemede önemli rol oynamasına rağmen, bazı ülkelerde birlikler diş hekimlerinin resmi ticari birlikleri niteliğindedir.

Çoğu ülkelerde dişhekimliği kuruluşlarının üyeliği yada daha yaygın bilinen adıyla odalara zorunlu üyelik yaygındır çünkü odaların resmi başvuru yetkilisi özelliği vardır. Bazı ülkelerde diş hekimleri (ve dental personel) için sürekli eğitim sağlamak ve üyelerinin katılımını sağlamakla sorumludur.

2004 yılında üyeliğin zorunlu olduğu ülkeler

Avusturya	Yunanistan	Romanya	Kıbrıs
Macaristan	Slovakya	Çekoslovakya	Polonya
Slovenya	Almanya	Portekiz	İspanya

Litvanya dişhekimliği birliği 2003 yılı raporlarına göre mecburi üyelik konusunda tartışmalar oluşmuştur. Kalan ülkelerde üye olmak isteğe bağlıdır ve karışıktır. Yani Finlandiya’da % 98 dişhekimleri odalar üye iken, İtalya’da diş hekimlerinin yarısından azı (%44) odalara veya ANDI veya AIO ya üyedir.

3224 sayılı 7/6/1985 tarihli Türk Dişhekimleri Birliği Kanununun 17. Maddesine göre oda sınırları içinde sanatını serbest olarak icra etmeye başlayan diş hekimleri

bir ay içinde o il veya bölge Odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler.

Etik

Her Avrupa ülkesindeki dişhekimi etik özelliklere saygı göstermek zorundadır. Resmi olarak ifade edilen kanunlar, verilmiş sözler veya yazılı talimatnameler, hasta ile ilişkiler, diğer diş hekimleriyle ilişkileri ve toplumla olan ilişkilerle ilgilidir.

Diş hekimlerinin etik kurallara uymasında en çok kullanılan basitçe yazılmış kurallardır. Bu genellikle ulusal diş hekimleri birlikleri tarafından veya bazı ülkelerdeki ayrı düzenleyici kurumlar (Örneğin Fransa, İrlanda, İngiltere), tarafından hazırlanmaktadır. Bu kodlara başvuru komitelerde yerel seviyede yapılmaktadır. Dişhekimliği mesleği ve diğer eylemler genellikle özel kanunlarla (Norveç ve İzlanda'daki Dental Eylemler gibi), daha genel medikal kanunlarla (mesela yeni AB üyesi ülkelerde ve Avusturya'da diş hekimleri 'Hipokrat Yemini' ederler), meslek ve iş konularında yol gösterici kanunlarla yürütülmektedir.

4/12678 karar sayılı 13.1.1960 karar sayılı 19.2.1960 tarihinde yayımlanan TIBBİ DEONTOLOJİ NİZAMNAMESİ ile WEB Etik kuralları Türk Dişhekimliğine yol göstermektedir.

Standartlar ve moniterizasyonu

Halen daha, tedavi gören hastaların yapmış oldukları şikayetler tedavi standartları konusunda en güçlü kontrol yöntemi olmasına rağmen oral sağlık sisteminin dental pratiğinin ortaya konulması konusunda başka bir mekanizması vardır. Bu pahalı ve kompleks tedaviler için dışarıdan alınması gereken 'ilk onay', uygulayıcı için teşvik ve kurallar, faturalar ve her bir hekimin tedavisi hakkında ki ana kontrol esasları devamlı eğitimlerle verilemektedir.

Avrupa'daki dişhekimliği pratiği konusundaki büyük farklılıklar standartların görüntülenmesinde yaşanmaktadır. Çoğu ülkede görüntülemeye gerekli önem verilmemektedir, basitçe bakanlıkça yapılan bir kontroldür ve bu hastanın doğru miktarda ve türde tedavi edilmesini sağlamak amacıyla yapılır. Çok az ülkede seçilen dişhekiminin hastaları, gerçekten aldığı ücretin karşılığında tedaviyi yapıp yapmadığı tekrar kontrol edilmektedir. Bu uygulamanın yapıldığı ülkelerde bu yola çok sık başvurulmaz, çoğu tekrar kontrolleri hasta şikayetleri üzerine yapılmaktadır. Bazı ülkelerde sadece hasta şikayetleri, hekim üzerinde standartları sağlama konusunda baskı yaratmaktadır.

Reklam

AB/AEA ülkeleri arasında bu nelerin reklama girdiği ve topluma sunulduğunda dişhekimliği ve dişhekiminin pratiği konusunda, en doğru izlenimleri yaratması konularında geniş farklılıklar vardır. yani çoğu ülkede telefon rehberinin "sarı sayfalarına" girmek reklam sayılmaktadır. Aşağıdaki ülkelerdeki kurallar çok sıkıdır ve hekime herhangi toplumsal ilan yasaklanmıştır.

Belçika	İzlanda	Polonya	Kıbrıs	İrlanda
Portekiz	Fransa	İtalya	Romanya	Yunanistan
Lüksemburg	Slovakya	Macaristan	Malta	

2003 yılındaki raporlara göre İzlanda ve İtalya'da hükümet bu ülkelerdeki kurallara açıklık getirmek için incelemeler yapmaktadır.

Bilgi Toplanması

2003 yılı itibarıyla 2004 den önce AB üyesi olmuş ülkeler, Fransa hariç '1995 yılı AB bilgi toplama yönergesine' kendi ulusal kanunlarıyla uyumlandırıdılar. Fakat Fransa'daki etnik kurallar başlıkları buna dahil olmadı. Kıbrıs, Macaristan ve Slovakya üyeliğe kabullerinden önce çeşitli yasalar çıkartarak AB yönergelerine uyum sağladılar. İzlanda ve Norveç'deki ulusal kanunlar bu dişhekimliği pratiğini

alanını kapsamaktadır. Ayrıca Estonya, Letonya, Litvanya, Polonya'nın kendi veri saklama kanunları vardı. Çekoslovakya, Polonya ve Slovenya ülkeleri henüz daha rapor göndermemiştir.

Tazminat sigortası

29 ülkenin hepsinde mesleki tazminat sigortası. dış hekimlerinin zararları ödemeye ve onlara karşı kanuni zararlar talep edildiği durumlar içindir. Fakat 16 ülkede tazminat sigortası zorunludur;

Belçika	Macaristan	Slovakya	Çekoslovakya
İzlanda	İspanya	Danimarka	Litvanya
Finlandiya	Lüksemburg	İngiltere	Fransa
Norveç	Almanya	Polonya	İsviçre

Bu sigortaya Danimarka dişhekimliği odasının üyelik ücretlerini de dahildir.

1 Ocak 2009 tarihinden itibaren ülkemizde de zorunlu hale getirilmiştir.

Müşterek hizmet

Çoğu ülke dış hekimlerinin sınırlı sorumlu şirketler kurmalarına izin vermektedir. Sadece Kıbrıs, Almanya, İrlanda, Lüksemburg ve Malta'da bu durum tam anlamıyla yasaklanmıştır. İngiltere'de bu tür şirketlerin sayısı sınırlıdır, fakat 2004 yılı süresince sınırlama yükseltilecektir.

Avusturya, Fransa, İzlanda, İtalya, Norveç ve İsviçre'de sadece dış hakimleri bu tür şirketlere sahip olabilirler. Aşağıdaki ülkelerde dişhekimi olmayan kişilerde tek başlarına veya ortak olarak bu şirketlere sahip olabilirler fakat tüm durumlarda en az bir tane dişhekimi çalıştırılması zorunludur.

Ülkemizde de benzer bir durum yasal olarak olanaklıdır.

Belçika	Macaristan	Romanya	Kıbrıs
Litvanya	Slovakya	Çekostovakya	Litvanya
Slovenya	Danimarka	Hollanda	İspanya
Estonya	Polonya	İsviçre	Finlandiya
Portekiz	İngiltere	Yunanistan	

Avrupa dişhekimliği birlikleri ve komiteleri

AB/AEA ülkelerinde diş hekimlerini temsil eden birçok birlik, ihtisas topluluğu ve komite vardır. AB çapındaki bu tür 3 ana organizasyon:

- AB Dişhekimliği İrtibat Komiteleri (EUDLC)
- Avrupa Dişhekimliği Birliği (EUD)
- Avrupa Diş Hekimleri Yönetim Kurulları Başkanları Konseyi (CECDO)

Bu kılavuzun oluşumuyla da ilgilenen AB Diş Hekimleri İrtibat Komitesi Avrupa Komisyonu Sosyal İşler Komitesi nin isteği üzerine 1960 ların başlarında kurulmuştur. Dişhekimliği birliklerini temsil eden komite düzenlediği toplantılarla 2 üyeyi bir araya getirir, bu toplantılar AB üyesi bir ülkenin ev sahipliğinde yılda iki defa gerçekleştirilir. Bunlardan bir tanesi Brüksel'deydi. Toplantılar arasında yönetim kurulu ve konularla ilgili çalışacak çalışma grupları seçilir. Diş hekimleri İrtibat Komiteleri Brüksel'de devamlı bir ofisi ve yönetimi vardır.

DİK'nin ana görevi, 1978 yılında basılmış dental yönergede geliştirildiği üzere, Avrupa Topluluğu ile işbirliği yapmaktır. Bu yönergeden sonra Komite ve üye birlikler, Avrupa Enstitüleriyle bir çok konuda yakın ilişkilerle çalışmışlardır.

Avrupa Dişhekimliği Birlikleri 1974 yılında, diş hekimlerini ortak pazarla ilişkili tutmak amacıyla kurulmuştur. Uluslararası bir organizasyondur ve herhangi bir ülkeden (sadece Avrupa değil) katılan dişhekimine bireysel üyelik sunar. ADB, Özel Alan Grupları (SIG_s) şebekesi şeklinde organize olmuştur.

ADB devlete bağı bir organizasyon değıdir (NOG), danışman statüsü vardır ve Avrupa Komiteleri listesinin Strasburg'daki merkezi veri bankasında yer almaktadır. ADB, Avrupa Komiteleri arasında danışman statüsünde devlete bağı olmayan organizasyonlar arasında daimi olarak temsil edilmektedir ve çeşitli çalışma gruplarına dahil edilmiştir. ADB devlete bağı olmayan organizasyonların, sağık kolları oturumunda Başkan Yardımcısı tarafından temsil edilmektedir.

Avrupa Dişhekimleri Yönetimi Başkanları Konseyi (CECDO) 1992 yılı Ağıustos ayında resmen işe başlamıştır ve Kamer van Koophandel (Ticaret Odası) Den Haag Hollanda kanunlarına birlik olarak 1995 yılında tescil edilmiştir.

Konseyin amacı AB/AEA üye ölkelerini etkileyecek, dişhekimliğı ilgili konularda görüş alış verişi için forum yaratmaktır., Avrupa Dişhekimleri Yönetimi Başkanları için bağılantı organizasyonları yaratmak ve Avrupa'daki Dişhekimliğini ilgilendiren konularda Ulusal hükümetlere, komisyonlara ve diğerlerine tavsiye nitelikli tekliflerinde bulunmak amacındadır.

Dişhekimliğı Yönetim Başkanları arasında bilgi ve veri alış verişi vardır ve buda diş sağılığı ilgili ulusal hükümetlerin şu andaki ve gelecekteki politikalarını etkileyebilir. Fikir alış verişi gizli bir şekilde, tercihen Avrupa Birliğı Başkanı olan öлке ev sahipliğinde yılda iki kere düzenlenen toplantılarla gerçekleştirilir.

Dişhekimliğı Yönetimi Başkanları Konseyi ayrıca Avrupa nın tümündeki diş sağılığı bakımı, dişhekimliğı eğıtimi ve teknolojinin ilerlemesi için aktivitelerin koordinasyonunda görev alır. Konsey ayrıca halkın diş sağılığının kalitesini geliştirmek için programlar dizayn eder, konuyla ilgili yazılar ve raporlar yayınlar.

Türk Dişhekimleri Birliğı European Regional Organisation of the Fédératiön Dentaire International üyesidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÖZEL SEKTÖRE AİT DIŞ HEKİMİ MUAYEHANESİNDE TEDAVİ HİZMETLERİNİN MALİYET HESAPLANMASINA YÖNELİK ALAN ÇALIŞMASI

3.1.Maliyet Muhasebesinin Tanımı ve Amaçları

Her işletmenin kendi faaliyet konusunu oluşturan mal veya hizmetleri elde etmek için harcadığı çeşitli üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değerine o ürünün maliyeti denilmektedir (Bursal, N.Ercan, Y. 1990:3) Sağlık hizmetleri maliyeti ise, o sağlık biriminin kendi faaliyet konusunu oluşturan sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeri şeklinde tanımlanmaktadır.(Ağırbaş, İ. 1993:2)Sağlık kaynakları ekonomik olarak “kıt”tır.(Güzel A. 1996)Üretim faktörleri kıt olduğundan, bu faktörlerin ekonomik olarak kullanılabilmesi amacıyla yöneticiler çeşitli yönetim araçlarını kullanmak zorundadırlar. Bu araçlardan birisi de maliyet analizidir. Maliyet analizleri üretilen hizmetin, üretim sürecinde rol oynayan maliyet merkezlerinde oluşan maliyetlerin nihai çıktı sunan ve gelir getiren maliyet merkezlerine mantıklı bir şekilde dağıtılması ve bu maliyetlerin analiz edilmesi sürecidir. Bu analizler sayesinde sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak amacıyla planlamalar ve kaynak tahsisleri yapılabilmektedir (Bhaskaran, V.P., et al. 2002,Anand, K., et al. 2002,Shepard, D.S. et al2000).

Maliyet analizinin temel amaçları şunlardır;

Üst yönetime finansal faaliyetlerin değerlendirilmesi ve kontrolü için bilgi sunmak, sağlık işletme yöneticilerine daha çok yönetsel özerklik tanımak, yöneticilerin ve mevcut durumların verimliliğini değerlendirip daha çok verim elde etme imkanlarını araştırmak ve hastanenin gelişimi ve karlılığı üzerindeki etkilerini göstermek, maliyetleri azaltmak, ileriye yönelik finansal planlamalara yardımcı olmak ve tedavinin nitelik ve niceliğini düşürmeden maliyetleri aynı düzeyde tutabilmektir.(Şahin, İ. 1992,Gök, Rafet 1981,Demir, C. 1992)

Hastane yöneticilerinin önemli iki fonksiyonu olan karar alma ve kontrol fonksiyonlarını etkili ve verimli bir şekilde yapabilmeleri için hastaneyle ilgili finansal bilgi kaynakları olan; maliyet muhasebesi verileri, bütçe, bölüm üretim raporları, genel ekonomik göstergeler ve genel durum raporlarının bulunmasına gereksinim duyulmaktadır.(Kukla, S.F. 1986,Menderes, M1991)

Hastanelerde maliyet analizinin amacına tam olarak ulaşabilmesi için aşağıdaki koşulların gerçekleşmesi gerekmektedir:

Bir organizasyon şeması ve buna bağlı olarak hesaplar şemasının olması, hastanenin bütün maliyet merkezleri, genel maliyet merkezleri ve sonuçta bütün giderlerin toplanacağı esas maliyet merkezleri olarak ayrılması, maliyet bilgilerini doğru olarak toplayabilecek ve gider dağıtımını yapabilecek uygun maliyet muhasebe sisteminin geliştirilmesi, gider dağıtımını en uygun dağıtım ölçütü ile yapabilmek için parasal olmayan verileri de toplayacak ve değerlendirebilecek, kapsamlı bir bilgi sisteminin geliştirilmesi, hastane dolaylı giderlerinin dağıtımında kullanılacak en uygun maliyet analizi yönteminin seçilmesi gereklidir.(Ağırbaş, İ. 1993,Berman, H.J., Weeks, L.E. (1976)):

Ayrıca; maliyetleri bünyesinde toplamak ve bunlardan üretilen mal ve hizmetlere yüklenecek maliyet paylarının tespitine imkan vermek, maliyetlerin ortaya çıktıkları veya dağıtıldıkları yerler itibarıyla kontrolünü kolaylaştırmak, maliyetlerin bu merkezler itibarı ile planlanmasına imkan vermek amacıyla maliyet analizlerinde maliyet merkezleri belirlenir (Gök, Rafet 1981)

Üretimin içinde gerçekleştirildiği yerlerin maliyetlerini o merkezlerden çıkan birimlere yüklemek kolaydır. Bünyesinde üretim faaliyeti yapılmadığı halde işletmenin faaliyetine devam etmesi için yardımına gereksinim duyulan bazı merkezler vardır.(Anand, K et al 2002, Münevver 1991) Maliyet merkezleri esas maliyet yerleri, tali (ikincil) maliyet yerleri ve yardımcı maliyet yerleri olarak ayrılabilir.

Esas Maliyet yerleri; sağlık hizmeti üretiminin fiilen yapıldığı hizmet merkezleridir. Hastane işletmelerinde esas maliyet yerleri, poliklinikler ve kliniklerdir. Tali maliyet yerleri; sağlık hizmetlerinin gereği olarak hastane içinde üretilen bazı hizmetlerin üretildiği teknik merkezleridir. Ameliyathane, kan merkezi, laboratuvar gibi birimler hastanelerdeki ikincil maliyet birimlerine örnek olarak gösterilebilir.

Yardımcı maliyet yerleri, esas ve tali hizmetler üzerinde fiilen çalışmamakla beraber, hastane için gerekli bazı hizmetlerin yapıldığı hizmet merkezleridir. Hastane idaresi, teknik bakım, mutfak vb. Gibi bölümler yardımcı maliyet yerlerine örnek verilebilir. (Ağırbaş, İ. 1993,Shepard, D.S.et al.2000).

Maliyet dağıtımında gözetilmesi gereken prensip, maliyet türlerinin mümkün olduğu kadar fazla kısmını maliyet yerlerine doğrudan yüklemeye çalışmak, ancak buna imkan bulunmadığı durumda dağıtım ölçütlerine başvurmaktır. Dağıtım ölçütü seçiminde ana kural, dağıtılacak maliyetlerin karakterine uygun, bunu değişimini en iyi takip edebilecek bir ölçüt seçmektir. Dağıtım ölçütlerine şunlar örnek olarak gösterilebilir: Çamaşırhane-yıkanan çamaşır miktarı, hemşirelik bakımı-kullanılan hemşire saati, ameliyathane-yapılan ameliyat sayısı ve ameliyathane kullanma saati, röntgen-film çekim süresi ve çekilen film adedi, arşive-yatan hasta sayısı, yönetim birimleri-metrekare cinsinden alan ölçüsü, eczane-verilen ilaç miktarı(Ağırbaş, İ. 1993,Demir, C. 1992,Menderes, M 1991).

Gelişmiş ülkelerde, sağlık bakım harcamalarının artması ve sağlığı finanse eden sigorta şirketlerinin zorlamaları nedeniyle hasta maliyeti çalışmaları hastalık bazında yapılmaktadır. Literatür incelendiğinde görülmektedir ki, bu tür çalışmaların temel amacı, sağlık bakım hizmetinin kalitesinden ödün vermeksizin hastalık bazında maliyetleri en aza indirmektir (Bradley, B. et al. 2003 , Haya, A. et al 2002,Heather, G. et al 2002 , Kristian, H. et al 1999).

Dişhekim muayenehanelerinde üretilen her hizmet ve ürün çeşitliliği ve hastadan hastaya uygulanışı esnasındaki tedavi alternatiflerinin zenginliği ilk bakışta

oldukça karmaşık bir görüntü çizer. Her bir ürün ve siparişe ilişkin her maliyet unsurunu ayrı ayrı belirleyen sipariş veya hizmet maliyetini özel olarak hesaplamaya yarayan sistem sipariş maliyet sistemidir.

3.2. Sipariş Maliyet Yönteminin Yöntemin Özellikleri ve Uygulanacağı İşletmeler

Sipariş Maliyet yöntemi belli partiler halinde üretim yapan ve her partide diğerlerinden oldukça farklı tür veya nitelikte mamuller/hizmetler üreten işletmelerde herbir mamul/hizmet veya mamul/hizmet grubunun maliyetlerini ayrı ayrı saptayabilmek için kullanılan bir yöntemdir. “İş emri maliyet yöntemi” adı ile bu yöntem; inşaat, uçak, gemi, Makine, mobilya, konfeksiyon, döküm imalatı yapan şirketler ve yayınevleri gibi büyük ve birbirinden ayrı birimler üreten işletmelerde ve tür ya da nitelikleri ve işlevleri müşteri tarafından belirlenen veya her müşteriye göre türü ve niteliği farklılık gösterebilecek mamullerin/ hizmetler için sipariş üzerine üretim yapan tüm işletmelerde kullanılabilir. Bu yöntemde önemli olan, üretim birimlerinin farklı olması ve değişik üretim işlemlerine tabi tutulmasıdır.

3.2.1. Sipariş Yöntemin İşleyiş Esasları

Sipariş maliyet yönteminde, direkt ilk madde ve malzeme giderleri ile direkt işçilik giderleri doğrudan doğruya üretim partileri itibarıyla saptanıp izlenmekte, genel üretim giderleri ise uygun bazı kıstaslardan yararlanarak siparişlere dağıtılmaktadır. Her bir siparişin hesaplanan toplam maliyeti o siparişteki birim miktarına bölünerek birim maliyet elde edilmektedir. Maliyetlerin sağlıklı bir biçimde hesaplanabilmesi için aşağıdaki çalışmaların yapılması gerekir;

Üretimine başlanan her mamul/hizmet veya mamul/hizmet grubu için ayrı bir sipariş numarası verilir ve o sipariş için ayrı bir sipariş maliyet kartı(veya fiş ya da defter föyü olabilir) açılır. Sipariş maliyet kartında, her bir maliyet unsuru, gider yerleri itibarıyla ayrı ayrı izlenir.

Direkt ilk madde ve malzeme giderleri, malzeme istek fişleri veya fiş özetinde yer alan bilgilerden yararlanılarak ait oldukları üretim partilerine ilişkin sipariş maliyet kartlarına işlenir.

İşçi zaman kartları veya özetindeki bilgilerden yararlanılarak, direkt işçilik giderleri ait oldukları siparişlerin sipariş maliyet kartlarına işlenir. Bu işlemler günü gününe yapılabildiği gibi, o mamul/ hizmet üretimi tamamlanıncaya kadar haftalık, on günlük veya aylık olarak toplu biçimde de yapılabilir.

İşletmede her bir esas üretim yerinde uygulanmakta olan genel üretim gideri yükleme oranları yardımıyla, genel üretim giderlerinin siparişlere dağılımı yapılır ve her siparişin o dönemde söz konusu esas üretim yerinden alacağı genel üretim giderleri payı bulunur. Bu pay sipariş maliyet kartında, genel üretim giderlerine ayrılmış bölüme aktarılır.

Genel üretim giderlerinin siparişlere dağılımında genel üretim giderleri yükleme oranları bulunurken her işletme kendi bünyesine uygun olan dağıtım ölçüsünü seçer. Genel üretim giderlerinin siparişlere yüklenmesinde, direkt işçilik saatleri, sipariş direkt giderler toplamı, makine çalışma saatleri, direkt malzeme tüketimleri, üretim miktarları, önceden tahmin edilmiş götürü oranlar esas alınabilir.

Maliyet dönemi içerisinde üretimi tamamlanmış olan siparişlerin, sipariş maliyet kartındaki direkt ilk madde ve malzeme giderleri, direkt işçilik giderleri ve genel üretim giderleri toplanarak, ilgili sipariş partisinin toplam üretim maliyeti bulunur. Bu toplam maliyetin, o partide üretilen birim sayısına bölümü ile de birim maliyetler hesaplanır. Hesaplanan toplam maliyet üretilen bir mamul / hizmete aitse o mamulün ya da hizmetin birim maliyeti hesaplanmış olur.

3.3. Özel Sektöre Ait Bir Dişhekim Muayenehanesinde İki Yönlü Kompozit Dolgu, Tek Yönlü Amalgam Dolgu ve Diş Çekimi Maliyetlerinin Sipariş Maliyet Yöntemiyle Hesaplanmasına Yönelik Çalışma ve Çıkan Maliyeti Devletin Verdiği Ödeme Oranı ile Karşılaştırılması

3.3.1 Amaç

Özel sektöre ait dişhekim muayenehanesinde tedavi hizmetlerine yönelik alan çalışması ile diş tedavi maliyetlerinin saptanması ve belirlenen rakamlarla devletin bu hizmetler karşılığı ödediği fiyatların karşılaştırılması.

3.3.2. Problem Cümlesi

Devletin EK-7 2008 tarihli diş tedavileri fiyat listesinde belirtilen işlemler modern , estetik dişhekimliği hizmetlerini barındırmamaktadır. Bu koşullarda yapılan tedaviler için devletin ödediği fiyatlar serbest hekimin maliyetlerini karşılamaktan uzaktır.

3.3.2.1 Araştırmanın Hipotezleri

Problemin açıklanmasına yönelik hipotezler şunlardır:

Hipotez 1: İleri teknoloji gerektirebilecek modern estetik dolgu materyalleriyle yapılan restorasyonların maliyetleri ile devletin EK-7 2008 diş tedavi fiyat listesince yapılacak ödemeleri arasında ciddi farklar vardır.

Hipotez 2: Devletin diş tedavi fiyat listesinde belirttiği rakamlar ancak geleneksel tedavi yöntemlerini karşılamaya bile yeterli değildir

Hipotez 3: Sağlıkta izlenen politika önleyici/tedavi edici hizmetlere yönelik değildir.

Hastalar hatalı politikalarla diş çekimine yönlendirilmektedir.

3.3.2.2 Varsayımlar

Araştırmamızda dayandığımız verilerden bazıları ortalama olarak tespit edilmiştir.

3.3.3 Materyal- Metod

Serbest dişhekimlerine uygulanan anket formu, çeşitli üniversitelerden çalışma sürelerinin tespitine yönelik ilgili birimlerinden uzman görüşleri alınmış bir dişhekim muayenehanesinde çeşitli cihazların çalışma saatlerine yönelik etüdler yapılmıştır.

3.3.3.1 Evren

Çalışma kapsamı İzmir Bornova da rastgele seçilen 30 hekimdir. Klinik fiziksel maddi özellikler anket formu ile değerlendirilmiştir. Çeşitli üniversitelerden dolgu süreleri ile ilgili görüşler alınmıştır.

3.3.3.2 Veri

Diş tedavi hizmetlerindeki veriler serbest dişhekim kliniğinden ve tedarikçilerinden elde edilmiştir.

3.3.3.3 Bulgular

Çalışmamızda esas olarak derin çürüğü bulunan bir alt çene azı dişi olan altı numaralı dişe yapılması planlanan bir dolgu kriter olarak kullanılmıştır. Bu altı numaralı dişlerin örneklem olarak seçilmesindeki temel unsur popülasyonda en yaygın sıklıkla kaybedilen ve çok derin ve ciddi madde kayıplı dişler olmalarındandır. Altı yaşında sürdüklerinden dolayı bu adla anılırlar.

Klinik olarak bu dişlerin restorasyonunda farklı uygulamalar mümkündür. Günümüzde klinik uygulamalara yönelik çalışmaları incelediğimizde arka grup dişlerde beyaz dolgu olarak anılan kompozit dolgu materyali ile eskiden bu yana

kullanıla gelen amalgam dolgu malzemesinin en sıkça kullanılan materyallerdir.

İzmir Bornova ilçesinde dişhekimlerine dağıttığımız anketlerden 30 adedi cevaplandırılmıştır. Bulgularımız cevaplandırılan bu anketler temel alınarak ortaya konmuştur.

Anketimizi cevaplayan 30 hekimden yalnızca 4 tanesinin kendine ait bir işyeri olduğunu 26 tanesinin kliniklerinde kiracı oldukları belirlendi.

Kullandıkları kliniklerin daha çok konut tipi daireler olup 6 dişhekiminin ortalama 80 m²'den küçük , 22 dişhekiminin ise 80-120 m² arası büyüklükte daireler oldukları gözlemlendi.

Ortalama aylık kira bedellerinin de 1.100.- TL olduğu saptandı.

Tablo 44: Ankete Katılan Dişhekimlerine Ait Kliniklerin Mülkiyet ve Fiziksel Özellikleri

		Dişhekim Sayısı
Mülkiyet	Kiracı	26
	Mülk Sahibi	4
Alan	80 m² den Küçük	6
	80- 120 m² arası	22
	120 m² den büyük	2

Tablo 45: Aylık Kira Bedelinin Yapılan İşlem Maliyetine Yansıtılma Değerleri

Aylık Kira Bedeli (TL)	1.100.-
Ortalama Klinik m2	100
Ortalama m2 kira bedeli	11.-
Tedavi odası m2	20
Aylık tedavi odası kira bedeli (TL)	220.-
Aylık çalışılan gün sayısı	20
Günlük tedavi odası kira bedeli (TL)	11.-
Günlük fiili çalışma saati	5
Tedavi odası saat /TL	2,20
Tedavi odası 45 dk. /TL (çift yönlü kompozit dolgu için)	1,65
Tedavi odası 30 dk. /TL	1,10

Dişhekimlerine uygulanan ankete göre günlük fiili çalışma süresi ortalama olarak 5 saat bildirilmiştir.

Aynı ankete gelen yanıtlara göre iki yönlü derin çürüklü altı yaş dişine yapılan dolgunun süresi 45 ila 60 dakika olarak eşit oranda cevap gelmiştir.

Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı tarafından dişeti altı seviyesindeki bir çürüğe müdahale anestezi ile birlikte 50 dakikayı bulduğu bildirilmiştir.

Buradan hareketle iki farklı süre için aynı yöntemi kullanmak suretiyle hesaplama yapmayı uygun bulunmuştur.

3. 4. İki Yönlü Kompozit Dolgunun Birim Maliyetinin Hesaplanması

Kompozit dolgu 1960 lardan bu yana dişhekimliğinde kullanılan bir materyaldir ve bu materyal üzerine çalışmalar günümüzde de sürdürülmektedir. Özellikle restoratif diş hekimliğinde, estetiğin daha fazla önem kazanması (Altun C. 2005) ile talepler de bu doğrultuda artmıştır.

Dişhekimlerine ait diş üniti, ışınli dolgu cihazı, aeratör, mikromotor, angldrüva, kompresör, otoklav, otoklav poşetleme cihazı, distile su cihazı çalışmamızda maliyetlerini hesaplayacağımız dolgu türlerinde ortak olarak kullanılan zorunlu cihazlardır. Bu cihazların olmaması durumunda hiçbir şekilde tedavi hizmeti yapılamaz.

Aşağıdaki tabloda diş hekimliğinde kullanılması zorunlu olan asgari cihazların adları, satış fiyatları, amortisman (faydalı) ömürleri ile yıllık amortisman payları görülmektedir.

Tablonun sonundaki ısıtma ve soğutmaya yönelik klima sistem cihazları da reel bir ölçümlerimizi gerçekleştirdiğimiz dişhekiminin kliniğinde aktif olarak kullandığı cihazlardır.

Dişhekimleri ruhsatnamesinde katı fosil yakıtı ile ısınma engellenmiştir. Bu sebeple tüm klinikler soğutma için klima kullanırlarken 30 hekimden 19 u klima ile klinik ısınma ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar. Kalan 11 i doğalgaz kullanarak ısınmaktadırlar.

Tablo 46: Cihazların Yıllık Amortisman Tutarlarının Hesaplanması

Cihaz Adı	Fiyatı (TL)	Amortisman Ömrü(yıl)	Yıllık Amortisman Tutarı
Diş Üniti	15000	10	1500
Işınlı Dolgu Cihazı	2200	5	440
Aeratör	2000	6	333,33
Mikromotor	2000	6	333,33
Angldruva	2000	6	333,33
Kompresör	10000	6	1666,67
Otoklav	13000	7	1857,14
Otoklav Poşetleme	550	3	183,33
Distile Su Cihazı	550	3	183,33
Klima 24000BTU	5300	15	353,33
Klima 18000BTU	4200	15	280
Klima 12000BTU	2800	15	186,67

Tablo 45’de belirtildiği üzere günlük 5 saat çalışma süresi üzerinde ayda 20 fiili çalışma saati ve yılda toplam 1200 çalışma saati (5saat * 20 iş günü *12 ay) üzerinden 72000 dakikalık fiili çalışma süresi hesaplanmıştır.

Klinikte kullanılan ilgili cihazların yıllık amortisman tutarları yıllık 72000 dakika fiili çalışma süresi üzerinden dakikaya karşılık gelen amortisman tutarları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 47: Dakika Başına Yıllık Amortisman Tutarlarının Hesaplanması

Cihaz Adı	Yıllık Amortisman Tutarı	Yıllık Fiili Çalışma Süresi (YFÇS)(dk)	YAT(TL)/YFÇS(DK)
Diş Üniti	1500	72000	0,02083
Işınlı Dolgu Cihazı	440	3600	0,12222
Aeratör	333,33	12000	0,02778
Mikromotor	333,33	12000	0,02778
Angldruva	333,33	12000	0,02778
Kompresör	1666,67	1440	1,15741
Otoklav	1857,14	14400	0,12897
Otoklav Poşetleme	183,33	4800	0,03819
Distile Su Cihazı	183,33	14400	0,01273
Klima 24000BTU	353,33	1200	0,29444
Klima 18000BTU	280	1200	0,23333
Klima 12000BTU	186,67	1200	0,15556

Hasta, dişhekimi çalışması süresince diş ünitesinde oturur. Dişhekimi teorik olarak tüm fiili saati boyunca diş ünitesini kullanacaktır. Buna göre 15.000.- TL maliyet bedelli ünitenin faydalı (amortisman) ömrü 10 yıldır. Faydalı ömrü 1 sayısına böldüğümüzde yıllık ayrılacak olan amortisman oranı bulunmuş olur.

$15.000 \text{ TL} * 0,10 = 1.500. \text{ TL}$ ayrılacak olan yıllık amortisman tutarı olarak hesaplanır. Dişhekimin günlük 5 saatlik fiili çalışmasını tamamı kadar süreye fiilen katkı sağlayan ünit de hekimle beraber yılda 1200 fiili çalışma saati hizmet vermesi üzerinden hesaplanır. Yıllık 1. 500.- TL olarak hesaplanan amortisman tutarı yıllık fiili çalışma dakikası olan 72.000'e bölünmesi ile bulunan 0,02083 TL /dakika amortisman payın diş ünitesinin dolgu yapımındaki fiili katılım süresi olan 45 dakikayla çarpılması sonucunda tamamlanan bir dolgu için 0,937500 TL amortisman bir maliyet unsuru olarak dolgu maliyetine yüklenmiş olduğu görülecektir. Tüm cihazların yıllık amortisman tutarları fiili çalışma süresi üzerinden dolgu maliyetine yansıtılır.

Tablo 48: Dolgu Yapımı Sırasında Fiili Çalışma Süresi ile Amortisman Payı Yükleme

Cihaz Adı	YAT(TL)/YFÇS(DK)	45 Dakika Üzerinden	45 Dakikalık Dolguda Amortisman TL
Diş Üniti	0,020833	45,000000	0,937500
Işınlı Dolgu Cihazı	0,122222	5,002500	0,611417
Aeratör	0,027778	22,500000	0,625000
Mikromotor	0,027778	22,500000	0,625000
Angldruva	0,027778	22,500000	0,625000
Kompresör	1,157407	2,625000	3,038194
Otoklav	0,128968	9,000000	1,160714
Otoklav Poşetleme	0,038194	3,000000	0,114583
Distile Su Cihazı	0,012731	9,000000	0,114583
Klima 24000BTU*klirikm2	0,294444	45,000000	2,650000
Klima 18000BTU*klirikm2	0,233333	45,000000	2,100000
Klima 12000BTU*klirikm2	0,155556	45,000000	1,400000

Işınlı dolgu cihazı, ağza uygulanan direkt ilk madde malzemenin sertleşmesini sağlayan bir cihazdır. Ortalama maliyet fiyatı 2.200.- TL olan bu cihazın faydalı ömrü 5 yıldır. Dişhekimlerine uyguladığımız anketin sonucuna göre

günlük ortalama 3 adet dolgu uygulaması yapıldığı belirlenmiştir. Buna göre her bir iki yönlü kompozit dolgu için fasıllı çalışan bu cihaz toplamda 5 dakikalık çalışma süresine sahiptir. Buna göre günlük 15 dakika çalışan bu cihaz 5 yıl faydalı ömrü süresince toplam 18.000 dakika hizmet edecektir.

$2.200.-\text{TL}/18.000\text{dakika} = 0.1222 \text{ TL /dakika}$ olarak dakika başına amortisman payı hesaplanır.45 dakikalık dolgu süresince çalışacağı fiili katılım süresi 5 dakika olduğundan 45 dakikalık iki yönlü kompozit için amortisman tutarı 0,611417 TL olacaktır.

Aeratör, mikromotor ve angldruva cihazları ucuna takılan frezlerin dönerek çalışmasını ve dolgu için gereken kavitenin hazırlanmasına olanak tanır. Bu üç cihazın ortalama maliyet fiyatları her biri için 2.000.- TL ve dayanıklılık (faydalı) ömürleri 6 şar yıldır. Günlük fiili çalışma süresinin yarısı süresince çalışan bu cihazlar için altı yılda 108.000 er dakikalık bir çalışma süresi olacaktır.

$2.000.-\text{TL} / 108.000 \text{ dakika} = 0,019\text{TL/dakika}$ olarak dakika başına amortisman payı hesaplanır.

45 dakikalık dolgu süresince çalışacağı fiili katılım süresinin yarısı kadar çalıştığından 45 dakikalık iki yönlü kompozit dolgu için amortisman tutarı aeratör, angldruva ve mikromotor için ayrı ayrı 0,625000 şer TL olacaktır.

Kompresör cihazı bir hava tankı içerisinde oluşturduğu basınçlı hava aracılığı ile aeratör mikromotor ve angldruva cihazlarının çalışmasına olanak tanır.

Bu cihazın maliyet bedeli 10.000.-TL ve faydalı ömrü 6 yıldır. Her fiili çalışma saatinin 3 dakika 30 saniyesinde çalışan bu cihaz için altı yılda 8.640 dakikalık bir çalışma süresi olacaktır.

$10.000.- \text{ TL} /8.640 \text{ dakika} =1,157407 \text{ TL} / \text{ dakika}$ olarak dakika başına genel amortisman payı hesaplanır.

45 dakikalık dolgu süresince çalışacağı fiili katılım süresi 112,5 saniye yani 1 dakika 52,5 saniye çalışacağından 45 dakikalık iki yönlü kompozit dolgu için

kompresörün amortisman tutarı 3,038194 TL olacaktır.

Otoklav cihazı bir tankı içerisinde oluşturduğu basınçlı hava aracılığı ile alet sterilizasyonuna olanak tanır.

Bu cihazın maliyet değeri 13.000.-TL ve faydalı ömrü 7 yıldır. Cihaz hergün 60 dakika çalışarak bu işlevini günlük olarak yerine getirir. Her fiili çalışma saati bir günlük fiili çalışma süresinin beşte biri olacaktır. Yıllık amortisman payı olan 1.857,14 TL meblağın yıllık fiili kullanım süresi olan 14. 400 dakikaya bölünmesi ile 0,128 TL/ dakika dakika başına amortisman payı hesaplanır.

45 dakikalık dolgu süresince çalışacağı fiili katılım süresi 9 dakika olacağından 45 dakikalık iki yönlü kompozit dolgu için kompresörün amortisman tutarı 1,160714 TL olacaktır.

Otoklav poşetleme cihazı ile distile su cihazının maliyet bedelleri 550.- şer TL'dir. Faydalı ömürleri 3 yıldır. Otoklav poşetleme cihazı günde 20 dakika fiilen çalışmaya katılır. Dolgu yapımında kullanılan el aletleri bu poşetler içinde saklanabilirler. Distile su cihazı da otoklav için gerekli distile suyu üretir.

$550.- \text{ TL} * 0,333 = 183,33 \text{ TL}$ yılda 4.800 dakika çalışan bu cihaz için $183,33 \text{ TL} / 4800 \text{ dakika} = 0,036 \text{ TL} / \text{dakika}$ olarak dakika başına genel amortisman payı hesaplanır. 45 dakikalık dolgu süresince çalışacağı fiili katılım süresi 3 dakika olacağından 45 dakikalık iki yönlü kompozit dolgu için poşetleme cihazı amortisman tutarı 0,114583 TL olacaktır.

Distile su cihazı için günde 60 dakika , yılda 14.400 dakika çalışan bu cihaz için $183,33 \text{ TL} / 14.400 \text{ dakika} = 0,012 \text{ TL} / \text{dakika}$ olarak dakika başına amortisman payı hesaplanır. 45 dakikalık dolgu süresince çalışacağı fiili katılım süresi 9 dakika olacağından 45 dakikalık iki yönlü kompozit dolgu için distile su cihazı amortisman tutarı 0,114583 TL olacaktır.

Klimalar;

24000 BTU gücündeki klimanın maliyet bedeli markalara göre farklılık göstermesine rağmen 5.300.- TL olarak kabul edilmiştir. Faydalı ömrü her her bir klima için 15 yıldır. $5.300.- \text{ TL} * 0,066 = 353,33 \text{ TL} / \text{yıl}$ olarak amortisman payı hesaplanır.

Günde fiilen 5 saat yılda da 1.200 fiili çalışma saati üzerinden hesaplandığında $353,33 \text{ TL} / 1.200 \text{ saat} = 0,294 \text{ TL} / \text{saat}$ ve $0,294 \text{ TL} / \text{saat} / 60 \text{ dakika} = 0,0049 \text{ TL} / \text{dakika}$ olarak dakika başına düşen amortisman payı hesaplanır.

18000 BTU gücündeki klima için maliyet bedeli 4.200 TL' dir. $4.200.- \text{ TL} * 0,066 = 280.- \text{ TL} / \text{yıl}$ olarak amortisman payı hesaplanır.

Günde 5 saat yılda da 1.200 fiili çalışma saati üzerinden hesaplandığında $280.- / 1.200 \text{ saat} = 0,233 \text{ TL} / \text{saat}$ ve $0,233 \text{ TL} / \text{saat} / 60 \text{ dakika} = 0,0038 \text{ TL} / \text{dakika}$ olarak dakika başına düşen amortisman payı hesaplanır.

12000 BTU gücündeki klima için maliyet bedeli 2.800.- TL dir. $2.800.- \text{ TL} * 0,066 = 186,66 \text{ TL} / \text{yıl}$ olarak genel amortisman payı hesaplanır.

Günde 5 saat yılda da 1.200 fiili çalışma saati üzerinden hesaplandığında $186,66 / 1200 \text{ saat} = 0,155 \text{ TL} / \text{saat}$ ve $0,155 \text{ TL} / \text{saat} / 60 \text{ dakika} = 0,0026 \text{ TL} / \text{dakika}$ olarak dakika başına düşen amortisman payı hesaplanır.

Üç klimanın tüm muayenehane odaları için dakikalık amortisman payı (100m2 lik daire için) 0,011389 TL /dakikadır.

$0,011389 \text{ TL} / \text{dakika} * 45 \text{ dakika} = 0,512505 \text{ TL}$ 45 dakikalık bir uygulamada 100 m2 klinikte klimaların amortisman payı hesaplanmış olur. Hasta tedavi odası 20 m2 olarak kabul edildiğinde $(0,512505 \text{ TL} / 100\text{m}^2) * 20\text{m}^2 = 0,102501 \text{ TL} / 45 \text{ dakika} / 20 \text{ m}^2$ amortisman payı olacaktır..

Tablo 49: Yıllık Bakım Onarım Giderleri

	KURUŞ/saat	TL/45 DAKİKA	TL/SA
ÜNİT YILLIK BAKIM – SAATLİK	16,000000	0,120000	0,160000
KOMPRESÖR YILLIK BAKIM-SAA TLİK	48,611110	0,364583	0,486111
ÜNİT ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,000000	0,000000	0,000000
ÜNİT SU SARFIYATI/DK	10,920000	0,081900	0,109200
REFLEKTÖR ELEKTRİK SARFIYATI	0,660000	0,004950	0,006600
IŞIN CİHAZ AMPULÜ	7,777777	0,291667	0,388889
DİSTİLE SU CİHAZI ELEKTRİK SARFIYATI/ DK	0,560000	0,004200	0,005600
KLİMA 24000 BTU ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,660000	0,004950	0,006600
KLİMA 18000 BTU ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,560000	0,004200	0,005600
KLİMA 12000 BTU ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,400000	0,003000	0,004000
KOMPRESÖR ELEKTRİK SARFIYATI	2,972222	0,022292	0,029722

Ünite 6 ayda bir 100.- TL periyodik bakım yapılır. Bu da yılda iki kere yapılacağı için 200.- TL ünit bakım- onarım gideri olacaktır. Ünitin yıllık fiili kullanım süresi 1.200 saattir. Buna göre 200.- TL /1.200 saat = 0,16 TL/saat 60 dakika için hesaplanmıştır. Dakika olarak ünitin bakım onarım gideri 0,16 TL / 60 dakika = 0,0027TL /dakika olarak bulunur.

Ünitin elektrik sarfıyatı göz ardı edilebilecektir. Ünitin kullandığı elektrik miktarı kws olarak bilindiğinde aynı yaklaşımlarla bir çift yönlü kompozit dolgu için fiili kullanılan elektrik tutarı üzerinden maliyetlere yansıtılır.

Ünit Reflektör saatte 200 watt harcıyor 5 saat fiilen çalıştığı düşünüldüğünde 1 kwt/saatte yaklaşık 20 kuruşluk elektrik enerjisi harcıyor. Dakikada 0,066 kuruşluk enerji harcıyor.

Kompresör yıllık bakım ücreti 200.- TL'dır. 200.- TL /1.440 dakika = 0,138888 TL /dakika olur. Kompresör 60 dakikalık fiili çalışma süresinde 3,5 dakikadır. 60 dakikalık bir dolgu uygulamasında yansıtılacak tutar 0,138888 TL olarak hesaplanır. 45 dakikalık bir uygulama da ise 0,364583TL'dır.

Distile su cihazı saatte 1.7 kwatt elektrik harcamaktadır. Distile su cihazının dakika olarak yansıtılacak olan tutar 34 kuruş /saat üzerinden 34 kuruş/60 dakika = 0,56 kuruş/dakika maliyet hesaplanacaktır.

Işınlı dolgu cihazı 3 ayda bir ampulü değiştiriliyor. Ampul değeri 60.- TL ampul, günde ışınlı dolgu cihazı ile beraber 3 vakada 5' er dakikadan 15 dakika,haftada 75 dakika 3 ayda 900 dakika kullanılır.

$60 / 900 = 0,077777$ TL/Dakika maliyetle 3 vakada 5 dakika kullanıldığında ;
 $0,077777$ TL * 5 = 0,388885 TL /saat 'dır. Buna göre 45 dakikalık bir dolgu için $0,291667$ TL/45 dakika olarak hesaplanır.

24000 BTU klima , yakıt hesaplaması saatte 2 kw yani 40 kuruş, günlük sekiz saat çalışma süresi üzerinden 320 kuruş, haftada 1600 kuruş ayda 6400 kuruş, dakikada 0,66 kuruş harcar.

18000BTU klima , yakıt hesaplaması: saatte 1.7 kwatt yani 34 kuruş, günlük sekiz saat çalışma süresi üzerinden 272 kuruş, haftada 1360 kuruş, ayda 5440 kuruş, dakika 0,56 kuruş harcar.

12000BTU klima için 1,2 kwatt yani 24 kuruş, günlük 8 saat çalışma süresi üzerinden 192 kuruş haftada 960 kuruş, ayda 3480 kuruş, dakikada 0,40 kuruş harcar.

Tükürük emici sistem, dakikada 2 lt su harcar, saatte 120 litre, fiili 5 saatlik günlük çalışma içinde 600 litre, haftada 3000 litre ayda 12000 litre su tüketiyor. Konut dışı mekanlarda İZSU fiyatlandırmasına göre m3 bedeli KDV dahil 5,46 kuruştur. Buna göre dakikada su tüketim ücreti 10,92 kuruş /dakikadır.

Yardımcı işçilik gideri olarak, dişhekimi yanında asistan olarak çalışan hemşirenin aylık ücreti aylık çalışma saati ne bölünerek indirekt işçilik saat ücreti hesaplanır. Buna göre brüt 1.000.- TL maaşı olan hemşirenin aylık 240 saat çalışması ile aylık çalışma saat ücreti 4,17 TL olarak hesaplanmıştır.

Kullanılan işletme malzemeler aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 50: Kullanılan İşletme Malzemeleri Listesi

İŞLETME MALZEMELERİ	FİYATI (Kuruş)	KULLANIM SAYISI	KULLANIM BİRİM FİYATI (TL)
Otoklav Poşeti	4000,000000	100,000000	0,4
Yüzey Dezenfektanı	1500,000000	50,000000	0,3
Alet Dezenfektanı	8000,000000	80,000000	1
Aeratör Yağı	3000,000000	50,000000	0,6
Mikro motor Yağı	3000,000000	50,000000	0,6
Eİ Dezenfektanı	2000,000000	40,000000	0,5
Plastik Bardak	300,000000	100,000000	0,03

İşletme malzemeleri listeleri oluşturulurken, üretilen hizmetin bünyesine girmeyen ancak hizmetin oluşumuna yardımcı olan, hizmetin kesintisiz akışını sağlayan malzemeler olması dikkate alınmıştır.

Tablo- 51: Kullanılan Yardımcı Malzemeler Listesi

YARDIMCI MALZEMELER	FİYATI (Kuruş)	KULLANIM SAYISI	TL/ Kullanım Sayısı
Tek Kullanımlık Enjektör	2500,000000	250,000000	0,100000
Xylocain Sprey	1800,000000	70,000000	0,257143
Ultracain DS 20 lik kutu	1200,000000	20,000000	0,600000
Dycal	3000,000000	40,000000	0,750000
*Bond ikili anti bakteriyel	34000,000000	40,000000	8,500000
Bond uygulama fırçası	1200,000000	100,000000	0,120000
Elmas Frez	200,000000	3,000000	0,666667
Tungusten karbit frez	300,000000	5,000000	0,600000
Aşındırma/Parlatma Lastiği	300,000000	5,000000	0,600000
Kompozit aşındırma taşı	300,000000	4,000000	0,750000
Aşındırma /Parlatma diskleri	12000,000000	80,000000	1,500000
Isırtma Kağıdı	1000,000000	40,000000	0,250000
Pamuk Rulo	1000,000000	25,000000	0,400000
Sakşın	500,000000	100,000000	0,050000
Kama	1000,000000	50,000000	0,200000
Matrix Bandı	300,000000	12,000000	0,250000

Yukarıdaki tablo'da yer alan yardımcı maddelerde listelenirken üretilen hizmetin bünyesine giren, onun üretilmesine yardımcı olan, ancak miktar ve değer olarak direkt ilk madde ve malzemeye göre önemsiz maddeler olmasına dikkat edilmiştir.

Ayrıca personellerin SSK işveren payı (%19,5) ile işveren işsizlik fonu payı (%2) payları da genel üretim giderleri içerisinde değerlendirilir.

SSK işveren payı direkt işçilik saati dişhekimi ile hemşirenin aylık brüt maaşlarının %19,5 unun hesaplanması ile ortaya konur. Örneğimize göre 4.000.- TL dişhekiminin brüt ücreti ve hemşirenin brüt ücreti 1.000.- TL üzerinden %19,5 hesaplanmış ve aylık çalışma saatine bölünerek 45 dakikaya denk gelen kısmı 3,046875 TL olarak hesaplanmıştır.

İşveren işsizlik fonu payı da aynı yöntemle bu kez %2 üzerinden hesaplanmıştır. 45 dakikalık kısma denk tutar 0,312500 olarak hesaplanmıştır.

İki yönlü kompozit dolgu yapılırken kullanılan direkt ilk madde malzemeler belirlenirken, üretilen hizmetin özünü oluşturup ve hizmetin bünyesine girip girmediği ve ne miktarda tüketildiği net olarak belirlenebiliyor olmasına dikkat edilmiştir.

Tablo 52 - Direkt İlk Madde Malzeme Listesi

FİYATI (KURUŞ)	KULLANIM SAYISI	BİRİM FİYATI (TL)
2500,00	20,00	1,25
5000,00	12,00	4,17
7500,00	12,00	6,25

Aynı kimyasal özellikte ve dolgunun özelliğini hep birlikte kimyasal birleşerek oluşturan ve ölçülebilen malzemeler olarak cam fiber, akışkan kompozit, kompozit dolgu resini direkt ilk madde malzemeler olarak belirlenmiştir.

45 dakikalık iki yönlü kompozit dolgunun toplam maliyetini gösteren sipariş maliyet kartı aşağıdaki gibi gösterilebilir.

Tablo 53: İki Yönlü Kompozit Dolgu Sipariş Maliyet Kartı

SİPARİŞ MALİYET KARTI BİLGİLERİ	
TEDAVİ TÜRÜ	İKİ YÖNLÜ POSTERİOR KOMPOZİT
TARİH	
	45 DAKİKALIK DOLGU İÇİN
D.İ.M.M	11,666667
DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ	12,502500
GENEL ÜRETİM GİDERLERİ	
KİRA	1,65
YARDIMCI MALZEME	15,593810
YARDIMCI İŞÇİLİK	3,125000
SSK İŞVEREN PAYI	3,046875
İŞSİZLİK İŞVEREN PAYI	0,312500
BAKIM ONARIM	0,901742
AMORTİSMAN	14,001992
İŞLETME MALZEMESİ	3,43
TOPLAM	66,23

Aynı şartlarda aynı teknikle ve yöntemle dolgunun bu defa 60 dakika içerisinde yapılan bir iki yönlü kompozit dolgunun karşılaştırmalı sipariş maliyet kartı aşağıdaki gibi düzenlenir.

Tablo 54: İki Yönlü Kompozit Dolgunun Yapım Süreleri Farklaştıkça Değişen Maliyet Tutarları (TL)

	45 DAKİKALIK DOLGU İÇİN	60 DAKİKALIK DOLGU İÇİN
D.İ.M.M	11,666667	11,666667
DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ	12,502500	16,670000
GENEL ÜRETİM GİDERLERİ		
KİRA	1,65	2,2
YARDIMCI MALZEME	15,593810	15,593810
YARDIMCI İŞÇİLİK	3,125000	4,166667
SSK İŞVEREN PAYI	3,046875	4,062500
İŞSİZLİK İŞVEREN PAYI	0,312500	0,416667
BAKIM ONARIM	0,901742	1,202322
AMORTİSMAN	14,001992	16,326466
İŞLETME MALZEMESİ	3,43	3,43
TOPLAM	66,23	75,74

3.5. Tek Yönlü Amalgam Dolgunun Birim Maliyetinin Hesaplanması

Tek Yönlü Amalgam Dolgu hakkında genel biraz bilgi maliyet hesaplamaları ayrıntılı olarak iki yönlü kompozit dolguda verildiği için burada yalnızca maliyetleri hesaplamaya yönelik tablolara yer verilmiştir.

Tablo 55: Cihazların Yıllık Amortisman Tutarı

Cihaz Adı	Fiyatı (TL)	Amortisman Ömrü(yıl)	Yıllık Amortisman Tutarı
Diş Üniti	15000	10	1500
Işinli Dolgu Cihazı	2200	5	440
Aeratör	2000	6	333,33
Mikromotor	2000	6	333,33
Angldrüva	2000	6	333,33
Kompresör	10000	6	1666,67
Otoklav	13000	7	1857,14
Otoklav Poşetleme	550	3	183,33
Distile Su Cihazı	550	3	183,33
Klima 24000BTU	5300	15	353,33
Klima 18000BTU	4200	15	280
Klima 12000BTU	2800	15	186,67

Yukarıdaki tabloda cihaz amortisman tutarları fiyat/amortisman ömür oranlanması ile hesaplanmıştır.

Tablo 56: Dakika Başına Yıllık Amortisman Tutarı

Cihaz Adı	Yıllık Amortisman Tutarı	Yıllık Fiili Çalışma Süresi (YFÇS)(dk)	YAT(TL)/YFÇS(DK)
Diş Üniti	1500	72000	0,02083
Işinli Dolgu Cihazı	440	3600	0,12222
Aeratör	333,33	12000	0,02778
Mikromotor	333,33	12000	0,02778
Angldrüva	333,33	12000	0,02778
Kompresör	1666,67	1440	1,15741
Otoklav	1857,14	14400	0,12897
Otoklav Poşetleme	183,33	4800	0,03819
Distile Su Cihazı	183,33	14400	0,01273
Klima 24000BTU	353,33	1200	0,29444
Klima 18000BTU	280	1200	0,23333
Klima 12000BTU	186,67	1200	0,15556

Dakika başına düşen amorti tutarları hesaplandıktan sonra, dolgu işlemi sırasında cihazların bu sürece katılım sürelerine denk düşen orandaki amortisman tutarları aşağıdaki tabloda ifade edilmektedir

Tablo 57: Dolgu Yapımı Sırasında Fiili Çalışma Süresi ile Amortisman Tutarı

Cihaz Adı	YAT(TL)/YFÇS(DK)	30 Dakika Üzerinden	30 Dakikalık Dolguda AmortismanTL
Diş Üniti	0,020833	30,000000	0,625000
Işınlı Dolgu Cihazı	0,122222	3,335000	0,407611
Aeratör	0,027778	15,000000	0,416667
Mikromotor	0,027778	15,000000	0,416667
Angldrüva	0,027778	15,000000	0,416667
Kompresör	1,157407	1,750000	2,025463
Otoklav	0,128968	6,000000	0,773810
Otoklav Poşetleme	0,038194	2,000000	0,076389
Distile Su Cihazı	0,012731	6,000000	0,076389
Klima 24000BTU*klirikm2	0,294444	30,000000	1,261905
Klima 18000BTU*klirikm2	0,233333	30,000000	1,000000
Klima 12000BTU*klirikm2	0,155556	30,000000	0,666667

Tablo 58:Yardımcı Malzemelerin Dolgu Başlı Maliyeti

YARDIMCI MALZEMELER	FİYATI (Kuruş)	KULLANIM SAYISI	TL/ Kullanım Sayısı
Tek Kullanımlık Enjektör	2500,000000	250,000000	0,100000
Xylocain Sprey	1800,000000	70,000000	0,257143
Ultracain DS 20 lik kutu	1200,000000	20,000000	0,600000
Dycal	3000,000000	40,000000	0,750000
Amalgam Liner	10000,000000	40,000000	2,500000
Bond uygulama fırçası	1200,000000	100,000000	0,120000
Elmas Frez	200,000000	3,000000	0,666667
Tungusten karbit frez	300,000000	5,000000	0,600000
Aşındırma/Parlatma Lastiği	300,000000	5,000000	0,600000
Amalgam Aşındırma Taşı	300,000000	4,000000	0,750000
Isırtma Kağıdı	1000,000000	40,000000	0,250000
Pamuk Rulo	1000,000000	25,000000	0,400000
Sakşın	500,000000	100,000000	0,050000

Yardımcı malzemeler yapılan işlemlere göre değişiklikler gösterecektir.

Tablo 59: İşletme Malzemesi Giderleri

İŞLETME MALZEMELERİ	FİYATI (Kuruş)	KULLANIM SAYISI	KULLANIM BİRİM FİYATI (TL)
Otoklav Poşeti	4000,000000	100,000000	0,4
Yüzey Dezenfektanı	1500,000000	50,000000	0,3
Alet Dezenfektanı	8000,000000	80,000000	1
Aeratör Yağı	3000,000000	50,000000	0,6
Mikro motor Yağı	3000,000000	50,000000	0,6
El Dezenfektanı	2000,000000	40,000000	0,5
Plastik Bardak	300,000000	100,000000	0,03

İşletme malzemelerinin birim bazda maliyete olan katılımlarının hesaplanmasının ardından , bakım onarım maliyetlerinin dolgu sürelerine yansıyan miktarları aşağıda tablolaştırılmıştır.

Tablo 60: Bakım Onarım Maliyetleri

	KURUŞ/saat	TL/30 DAKİKA	TL/SA
ÜNİT YILLIK BAKIM – SAATLİK	16,000000	0,080000	0,160000
KOMPRESÖR YILLIK BAKIM-SAATLİK	50,000000	0,250000	0,500000
ÜNİT ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,000000	0,000000	0,000000
ÜNİT SU SARFIYATI/DK	10,920000	0,054600	0,109200
REFLEKTÖR ELEKTRİK SARFIYATI	0,660000	0,003300	0,006600
IŞIN CİHAZ AMPULÜ	7,777777	0,038889	0,077778
DİSTİLE SU CİHAZI ELEKTRİK SARFIYATI/ DK	0,560000	0,002800	0,005600
KLİMA 24000 BTU ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,660000	0,003300	0,006600
KLİMA 18000 BTU ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,560000	0,002800	0,005600
KLİMA 12000 BTU ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,400000	0,002000	0,004000
KOMPRESÖR ELEKTRİK SARFIYATI	2,972222	0,014861	0,029722

Tablo 61: İşçilik Ücretleri

İşçilik Türü	Saat Ücret (TL)	İş Birim Sayısı	30 Dakika İçin (TL)
Yardımcı İşçilik Giderleri	4,167	Dolgu başına	2,083
Direkt İşçilik Giderleri	16,67	0,5	8,34

Direkt İlk Madde Malzeme olarak amalgam dolgu malzemesi 110 TL fiyatla edinilen 50 lik kutudan kullanılan bir adet dolgu materyalinin kullanılmasıyla birim fiyat 2,20 TL olarak maliyete yansımıştır.

Yukarıdaki veriler ışığında 30 dakikada uygulanan tek yönlü amalgam dolgu maliyetlerine ilişkin sipariş maliyet kartı aşağıdaki şekilde düzenlenir.

Tablo 62: Tek Yönlü Amalgam Dolgu Sipariş Maliyet Kartı (30 dk)

SİPARİŞ MALİYET KARTI BİLGİLERİ	
TEDAVİ TÜRÜ	TEK YÖNLÜ AMALGAM DOLGU
TARİH	
	30 DAKİKALIK DOLGU İÇİN
D.İ.M.M	2,200000
DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ	8,335000
GENEL ÜRETİM GİDERLERİ	
YARDIMCI MALZEME	7,643810
YARDIMCI İŞÇİLİK	2,083333
BAKIM ONARIM	0,452550
AMORTİSMAN	8,163233
İŞLETME MALZEMESİ	3,430000
TOPLAM	32,307926

Aynı şartlarda aynı teknikle ve yöntemle dolgunun bu defa 60 dakika içerisinde yapılan bir amalgam dolgunun karşılaştırmalı sipariş maliyet kartı aşağıdaki gibi düzenlenir.

Tablo 63: Tek yönlü Amalgam Dolgunun Farklı Sürelerdeki Sipariş Maliyet Kartı

	30 DAKİKALIK DOLGU İÇİN	60 DAKİKALIK DOLGU İÇİN
D.İ.M.M	2,200000	2,200000
DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ	8,335000	16,670000
GENEL ÜRETİM GİDERLERİ		
YARDIMCI MALZEME	7,643810	7,643810
YARDIMCI İŞÇİLİK	2,083333	4,166667
BAKIM ONARIM	0,452550	0,905100
AMORTİSMAN	8,163233	16,326466
İŞLETME MALZEMESİ	3,43	3,43
TOPLAM	32,31	51,34

3.6. Komplikasyonsuz Diş Çekimi Birim Maliyetinin Hesaplanması

Komplikasyonsuz Diş Çekimi hakkında genel biraz bilgi maliyet hesaplamaları ayrıntılı olarak iki yönlü kompozit ve amalgam dolgularında verildiği için burada yalnızca maliyetleri hesaplamaya yönelik tablolara yer verilmiştir.

Tablo 64: Cihazların Amortisman Tutarları

Cihaz Adı	Fiyatı (TL)	Amortisman Ömrü(yıl)	Yıllık Genel Amortisman Tutarı
Diş Üniti	15000	10	1500
Işınılı Dolgu Cihazı	2200	5	440
Aeratör	2000	6	333,33
Mikromotor	2000	6	333,33
Angldruva	2000	6	333,33
Kompresör	10000	6	1666,67
Otoklav	13000	7	1857,14
Otoklav Poşetleme	550	3	183,33
Distile Su Cihazı	550	3	183,33
Klima 24000BTU	5300	15	353,33
Klima 18000BTU	4200	15	280
Klima 12000BTU	2800	15	186,67

Belirlenen tutarları takiben dakika başına hesaplanan yıllık amortisman tutarları hesaplanır.

Tablo 65: Dakika Başına Cihazların Yıllık Amortisman Tutarları

Cihaz Adı	Yıllık Amortisman Tutarı	Yıllık Fiili Çalışma Süresi (YFÇS)(dk)	YAT(TL)/YFÇS(DK)
Diş Üniti	1500	72000	0,02083
Işınılı Dolgu Cihazı	440	3600	0,12222
Kompresör	1666,67	1440	1,15741
Otoklav	1857,14	14400	0,12897
Otoklav Poşetleme	183,33	4800	0,03819
Distile Su Cihazı	183,33	14400	0,01273
Klima 24000BTU	353,33	1200	0,29444
Klima 18000BTU	280	1200	0,23333
Klima 12000BTU	186,67	1200	0,15556

Bu tutarların dış çekimi sırasında aktif çalışma süreleri nispetinde katılımlarına bağlı amortisman tutarlarına ulaşılır.

Tablo 66: Diş Çekimi Sırasında Fiili Çalışma Süresi ile Amortisman Tutarı

YAT(TL)/YFÇS(DK)	30 Dakika Üzerinden	30 Dakikalık Dolguda AmortismanTL
0,020833	30,000000	0,625000
0,122222	3,335000	0,407611
1,157407	1,750000	2,025463
0,128968	6,000000	0,773810
0,038194	2,000000	0,076389
0,012731	6,000000	0,076389
0,294444	30,000000	1,261905
0,233333	30,000000	1,000000
0,155556	30,000000	0,666667

Tablo 67: Yardımcı Malzemelerin Çekim Başlı Maliyeti

YARDIMCI MALZEMELER	FİYATI (Kuruş)	KULLANIM SAYISI	TL/ Kullanım Sayısı
Tek Kullanımlık Enjektör	2500,000000	250,000000	0,100000
Xylocain Sprey	1800,000000	50,000000	0,360000
Ultracain DS 20 lik kutu	1200,000000	20,000000	0,600000
Pamuk Rulo	1000,000000	25,000000	0,400000
Sakşın	500,000000	100,000000	0,050000

Yardımcı malzemeler işlem türüne göre değişiklikler gösterir.

Tablo 68: İşletme Malzemesi Giderleri

İŞLETME MALZEMELERİ	FİYATI (Kuruş)	KULLANIM SAYISI	KULLANIM BİRİM FİYATI (TL)
Otoklav Poşeti	4000,000000	100,000000	0,4
Yüzey Dezenfektanı	1500,000000	50,000000	0,3
Alet Dezenfektanı	8000,000000	80,000000	1
Aeratör Yağı			
Mikro motor Yağı			
Eİ Dezenfektanı	2000,000000	40,000000	0,5
Plastik Bardak	300,000000	100,000000	0,03

Tablo 69: Bakım - Onarım Giderleri

	KURUŞ/saat	TL/30 DAKİKA	TL/SA
ÜNİT YILLIK BAKIM – SAATLİK	16,000000	0,080000	0,160000
KOMPRESÖR YILLIK BAKIM-SAA TLİK	50,000000	0,250000	0,500000
ÜNİT ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,000000	0,000000	0,000000
ÜNİT SU SARFIYATI/DK	10,920000	0,054600	0,109200
REFLEKTÖR ELEKTRİK SARFIYATI	0,660000	0,003300	0,006600
DİSTİLE SU CİHAZI ELEKTRİK SARFIYATI/ DK	0,560000	0,002800	0,005600
KLİMA 24000 BTU ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,660000	0,003300	0,006600
KLİMA 18000 BTU ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,560000	0,002800	0,005600
KLİMA 12000 BTU ELEKTRİK SARFIYATI/DK	0,400000	0,002000	0,004000

Tablo 70 : İşçilik Ücretleri

İşçilik Türü	Saat Ücret (TL)	İş Birim Sayısı	30 Dakika İçin (TL)
Yardımcı İşçilik Giderleri	4,167	Dolgu başına	2,083
Direkt İşçilik Giderleri	16,67	0,5	8,34

Yukarıdaki tabloda da yardımcı işçilik ve direkt işçilik ücretleri gösterilmiştir.

Direkt İlk Madde Malzeme Kullanımı yoktur.

Yukarıdaki veriler ışığında uygulanan 30 dakika süren komplikasyonsuz dış çekimi maliyetlerine ilişkin sipariş maliyet kartı aşağıdaki şekilde düzenlenir.

Tablo 71: 30 Dakika Süren Komplikszyonsuz Diş Çekim Sipariş Maliyet Kartı

SİPARİŞ MALİYET KARTI BİLGİLERİ	
TEDAVİ TÜRÜ	DIŞ ÇEKİMİ
TARİH	
	DIŞ ÇEKİMİ İÇİN
D.İ.M.M	0,000000
DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ	8,335000
GENEL ÜRETİM GİDERLERİ	
YARDIMCI MALZEME	1,510000
YARDIMCI İŞÇİLİK	2,083000
BAKIM ONARIM	0,398800
AMORTİSMAN	6,913233
İŞLETME MALZEMESİ	2,23
TOPLAM	21,47

SONUÇ

Devletin resmi ödeme fiyat listesindeki içerik olarak yeni tedavi tekniklerini kapsamadığı ortaya konmuştur.

Özellikle teknoloji yenileme hizmet kalitesi hastaların ve hekimlerin beklentisidir.

İki yönlü kompozit dolgu fiyatı ile devletin ödediği rakamlar arasında ciddi farklar gözlenmiştir. Özellikle bu farkın yüksek olması Sağlık Bakanlığı'nın fiyat listelerini oluştururken izlediği yöntemleri yeniden gözden geçirmesini gerekli kılmaktadır. Aradaki bu farkın sadece hastadan finansa edilmesi sağlık hizmetlerindeki adaletteki dağıtım ilkesini çığnetecektir. Öte yandan Türk Diş Hekimi Birliği'nin belirlediği askeri ücret rakamları ile çalışmamızda bulduğumuz rakamlar birbirine yakın bulunmuştur.

İki yönlü kompozit dolgu yaptığımız hesaplama göre 45 dakikalık çalışma neticesinde 66,23 Tlye mal olurken sürenin 60 dakikaya uzaması halinde 75,74 TL ye mal olacaktır.

TDB asgari ücret fiyat listesinde ise iki yönlü kompozit dolguya biçilen fiyat 63,16 TL dir.

Oysa aynı işleme devlet tarafından ödenen rakam Ek-7 2008 diş tedavileri fiyat listesine göre 28 TL olarak bildirilmiştir. Bu rakam diğer iki çalışmanın %50 sinden daha düşük bir tutardır.

Dişhekimliği gün geçtikçe gelişen ve maddeler bilgisi alanında sürekli yenilenen bir alandır.

Bu yenilikler dünyada her yıl pek çok şehirde binlerce toplantı ile dişhekimlerine duyurulmakta, meslekteki gelişimlerden ülkemizdeki

meslektaşlarımız haberdar edilmektedir.

Dişhekimliği alanında ar-ge çalışması yapan firmaların geliştirdikleri ürünler rutin uygulamalarda yerini alana dek belirli bir fiyatla piyasada yer alırlar. Kullanımlarının rutindeki yerleri arttıkça ve özellikle teknolojik olarak geriledikçe kaçınılmaz olarak ucuzlarlar. Ayrıca süre içinde kimi malzemelerin kullanımı da dişhekimliğinde terk edilmiştir.

Kullanılan direkt ilk madde malzemelerdeki fiyat farklılıkları kaçınılmaz olarak maliyete yansımaktadır.

Hekimlerin asli vazifesi hastalara en az zararı vermektir. Hekimleri yöneten erkin asli görevi de sorumlu olduğu kitleleri hastalıktan korumaktır. Dişhekimliği alanında koruyucu faaliyetleri planlayıp organize etmek T.C Sağlık Bakanlığı'nın görevidir.

Ne yazık ki ilgili bakanlıkta üniversiteler ile koordineli bir çalışma çerçevesinde yürütülen, planlı eylemler yoktur. Okulları kapsayan ülke genelinde bir çalışma yoktur. Profilaksi konusunda dişhekimliği alanında hiçbir dönüşüme rastlanamamaktadır. Devletin ilgili birimlerinin koruyucu dişhekimliğine ayırdığı bütçe ile tedavi edici hizmetlere ayırdığı bütçe kesin bir ayrımla hiçbir yerde deklere edilmemiş olduğu gibi sonraki yıllara yönelik hiçbir hedef yazılı ifade altına alınmamıştır.

Diş hekimlerinin modern teknikleri bir kenara bırakıp geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamaya yolunu seçmeleri halinde bile Sağlık Bakanlığı'nın rakamları reel rakamların uzağında kalmaktadır.

Tek yönlü amalgam dolgu maliyeti hesaplamalarımızda 42,01 TL olarak hesaplanan TDB asgari ücret fiyat listesinin altında bir rakamla yer almıştır. Bu rakam 32,31TL dir.

Aynı işleme devlet tarafından ödenen rakam Ek-7 2008 dış tedavileri fiyat listesine göre 20 TL dir.

Diğer yandan dış çekimi için belirtilen rakam Sağlık Bakanlığının rakamı ile uyuşmaktadır. 21,47 TL olan dış çekimi rakamımız 21,00TL olarak Ek-7 2008 dış tedavileri fiyat listesinde yer alır. TDB asgari ücret fiyat tarifesine göre bu işlemin fiyatı;43,67 TL dir.

Maliyetin belirlenmesinde bir diğer unsurda tedavi süreleridir.

Tedavi sürelerinin kısalması çalışmamızda da görüldüğü gibi maliyetler üzerinde önemli bir yere sahiptir ancak hizmet başı uygulama ile hekimlerle birlikte sağlık bakanlığının gelirleri Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan aldığı fonlarla arttığından tedavi sürelerin kısaltılıp en az sürede yapılmasıyla nicelik olarak artan dolgu oranınca hekime performans uygulanması, niteliği zarara uğratacağı gibi elde edilen veriler sağlıklı maliyet hesaplarının yapılmasına da engel olacaktır.

Reel olarak dış hekiminin teknik yardıma ihtiyacı vardır.. Devletin özellikle dış hekimliği alanına yönelik yardımcı personel eğitimine ağırlık vermesi gerekmektedir.

Tedavi sürelerin kısaltılması ancak kaliteden taviz verilmemesi için ergonominin kliniklerde yaşanır hale getirilmesi gerekmektedir.

Maliyetlerin düşürülmesindeki beklide en önemli anahtar muayenehanelerin atıl kapasitelerini aktif hale getirmektir. Muayenehanelerin ağız dış sağlığı hizmetlerinde daha aktif rol almasıyla fiili çalışma kapasiteleri artacak bu da maliyetlerin düşürülmesinde etkili olacaktır. Akılcı bir planlamada serbest dişhekim muayenehanelerinin planlama dışında tutulması mümkün değildir.

Tüm mallarının maliyetleri, sadece direkt malzemeler değil, ayrıca bakım, onarım ve çalıştırma kaynakları ile faydalar, geziler, ve diğer her şey için harcanan paralar hakkında bilgi anlamına gelmektedir. Bu gerçeğe dayalı bilgi, işletmenin

satın aldığı her tür malzeme ve hizmetin elde edilmesinin en iyi yolunun belirlenmesi için gereklidir.

Serbest dişhekimlerinin yapacakları toplu mal alımları, bakım onarım anlaşmaları, bir araya gelmek suretiyle minimize edilen işletme giderleri de maliyet kontrolünde önemli yararlar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

AB Dişhekimliği Pratiği 2004 Kitapçığı

AĞIRBAŞ, İ. (1993): Hastanelerde maliyet-performans analizi ve TCDD Ankara Hastanesinde bir uygulama, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi). H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s.3-8, Ankara.

ANAND, K., PANDAV, C.S., KAPOOR, S.K., (2002): "Cost of services in a Sub-district level Hospital in Northern India" Journal of the Academy of Hospital Administration, Volume 14, No:2, p.19- 22.

BERMAN, H.J., WEEKS, L.E. (1976): The Financial Management of Hospitals. Aspen System Corporation, Maryland.

BHASKARAN, V.P., SATYASHANKAR, P., SANDEEP DESMOND, D. (2002): "Use of hospital accounting- based cost studies to aid in better management of resources of the CSSD in a large tertiary care teaching hospital" Journal of the Academy of Hospital Administration, Volume 14, No:2, , p.15-182.

BURSAL, N.Ercan, Y. (1990): Maliyet Muhasebesi İlkeler ve Uygulama. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Muhasebe Enstitüsü Yayınları, Yayın No: 58, s.3, İstanbul.

BÜYÜKKAYIKÇI, H. (2000): SSK Ankara Eğitim Hastanesinde cerrahi hizmet sunan bazı kliniklerde ameliyat maliyetleri ile Sağlık Bakanlığı fiyat tarifesinin karşılaştırılması s.1-12, (www.ssk.gov.tr).

DEMİR, C. (1992): Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalında Hasta Maliyet Analizi, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi). GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s. 8-15, Ankara.

Efeoğlu, A. 1992

DPT,Birinci Beş yıllık Kalkınma Planı,1963 sf 2

GÖK, Rafet (1981): Sağlık Kurumlarında Maliyet Hesaplama İşlemleri ve Muhasebeleştirilmesi. A.İ.T.İ.A. Muğla İşletmecilik Yüksekokulu Yayınları, Yayın No: 6, s.81-194, Muğla.

GÜNGÖR K, TÜTER G, BAL B. Eğitim düzeyi ile ağız diş sağlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. GÜ Diş Hek Fak Derg 1999; 16: 15-20.

GÜZEL A. 1996 Kapasite Kullanım Oranları : Ankara Rehabilitasyon Merkezinde Kapasite Kullanım Oranlarının Analizi ve Etki Eden Faktörlerin Tespitine Yönelik Bir Model. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

HAYA, A., JOANNE, D., MARİLYN, K., DAVID, V. And TOGOS, T. (2002): "Cost Analysis of Myomectomy, Hysterectomy, and Uterine Artery Embolization". Am J Obstet Gynecol, Vol 187, p. 1401-1404.

HEATHER, G, GARY, K., TIMOTHY, J., NICK, C., N. İNESON, L.. SHAIKH (2002): "Health System Costs of in Hospital Cardiac Arrest". Resuscitation 54,p.139-146.

KUKLA, S.F. (1986): Cost Eccounting and Financial Analysis For The Hospital Administrator. American Hospital Pupliching, p.5, Illinois.

KRİSTİAN, H., GLYN, C., İNAM, C., OSSY, K. And GABRİEL, M. (1999): "The Costs of Hospital Care At Government Health Facilities in Zimbabwe With Special Emphasis on HIV/AIDS Patients". WHO, p. 1-20.

Kompozit Dolgu Materyallerinde Son Gelişmeler Gülhane Tıp Dergisi 47 (1) : 77 - 82 (2005)

MENDERES, Münevver (1991): Hastanelerde Maliyet Muhasebesi Modeli Geliştirme ve Hemodiyaliz Seans Maliyeti Örnek Uygulaması. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s.2,40, Ankara.

OMU SWOT 2006 Analizi

ÖZTUNÇ H, HAYTAÇ MC, ÖZMERİÇ N, UZEL Y. Adana ilinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi. GÜ Diş Hek Fak Derg 2000; 17: 1-6.

Sağlıkta e-Dönüşüm, Ankara 2007.Sağlıkta Dönüşüm Serisi-3.Sağlık Bakanlığı Yayını

SHELLEY, M. (2003): The Staggering Cost of İllness and İnjury. Canadian Medical Association. Volume 168, p.332-335.

SHEPARD, D.S., HODGKİN, D., ANTONY, Y. (2000): "Analysis of hospital cost: a manuel for managers,WHO, Geneva.

ŞAHİN, İ. (1992): Hastanelerde Birim Çıktı Maliyetinin Analizi ve Kapasite Kullanım Faktörünün Maliyetlere Etkisi. Sağlık Bakanlığı Zübeyde Hanım Doğum Evi'nde Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi). H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s.10-12, Ankara.

Tek Düzen Muhasebe Sisteminde Maliyet Muhasebesi Uygulamaları Prof.Dr.Nalan Akdoğan Gözden geçirilmiş üçüncü baskı Ankara-1995 sayfa 430-432

TULUNOĞLU Ö, BODUR H, AKAL N. Aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız diş sağlığı uygulamaları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. GÜ Diş Hek Fak Derg 1999; 16: 27-32.

Yönetim Açısından Maliyet Muhasebesi Prof.Dr. Süleyman Yükçü 5.Baskı 2005 İzmir.

www.tdb.org.tr

www.tuik.gov.tr

http://veliakel.blogspot.com/2007_10_14_archive.html

http://veliakel.blogspot.com/2007_10_14_archive.html

<http://www.tdb.org.tr/tdb/sayfa.php?s1=1&sayfa=71&grup=10>

<http://arama.hurriyet.com.tr/arsivnews.aspx?id=4981284>

<http://www.tdb.org.tr/tdb/sayfa4.php?s1=1&ac=1&es=5&sayfa=56&grup=16>

<http://www.ido.org.tr/dergiarsiv108.asp?ID=1705>

http://www.tdb.org.tr/cm/nesgor/istatistik/Arastirma_sonuclari.htm

<http://www.sivassm.gov.tr/birimhaber.aspx?idno=91>

(<http://www.who.int/research/en>)

(<http://www.tdb.org.tr/tdb/sayfa4.php?s1=1&ac=1&es=1&sayfa=66&grup=13>)

(<http://www.tdb.org.tr/tdb/sayfa8.php?s=1>) 10.02.2009

(http://www.yok.gov.tr/mevzuat/mevzuat_kanun.htm)

EKLER

Ek 1- Sipariş Maliyet Kartları

SİPARİŞ MALİYET KARTI				
Tedavi Türü	Kompozit Dolgu		Tarih	
DİREKT İLK MADDE VE MALZEME			E.Ü.G.Y	TOPLAM
AMALGAM DOLGU	TEKYÖNLÜ			2,2
D.İ.M.M.Gideri Toplamı				2,2
Direkt İşçilik Giderleri				
İş Ölçüsü	Saat Ücreti	İş Birim Sayısı		
Direk İşçilik Saati	16,67	0,50 DİS	8,34	8,34
Direkt İşçilik Gideri Toplamı				8,34
Genel Üretim Giderleri				
İş Ölçüsü	birim fiyatı	İş Birim Sayısı		
Dolgu Adeti (yrd.mlzm)	7,64	BİR DOLGU	7,64	
Dolgu Adeti(Yrd.İşçilik)	3,54	0,50 DİS	3,54	
D.İ.S.(bakım onarım)	0,45	0,50 DİS	0,45	
D.İ.S (Amortisman)	16,33	0,50 DİS	8,17	
Dolgu Adeti (İşletme Malzemesi)	3,43	BİR DOLGU	3,43	
Genel Üretim Giderleri Toplamı				23,23
TOPLAM MALİYET				33,77

TEK YÖNLÜ AMALGAM DOLGU SİPARİŞ MALİYET KARTI

SİPARİŞ MALİYET KARTI				
Tedavi Türü	DİŞ ÇEKİMİ		Tarih	
DİREKT İLK MADDE VE MALZEME			E.Ü.G.Y	TOPLAM
D.İ.M.M.Gideri Toplamı				0,000
Direkt İşçilik Giderleri				
İş Ölçüsü	Saat Ücreti	İş Birim Sayısı		
Direk İşçilik Saati	16,67	0,50 DİS	8,340	8,340
Direkt İşçilik Gideri Toplamı				8,340
Genel Üretim Giderleri				
İş Ölçüsü	birim fiyatı	İş Birim Sayısı		
Çekim Başı (yrd.mlzm)	1,51	çekim başı	1,51	
Çekim Başı(Yrd.İşçilik)	7,08	0,50 DİS	3,54	
D.İ.S.(bakım onarım)	0,91	0,50 DİS	0,46	
D.İ.S (Amortisman)	13,82	0,50 DİS	6,91	
Dolgu Adeti (İşletme Malzemesi)	2,23	Çekim başı1	2,23	
Genel Üretim Giderleri Toplamı				14,650
TOPLAM MALİYET				22,990

DİŞ ÇEKİMİ SİPARİŞ MALİYET KARTI

SİPARİŞ MALİYET KARTI				
Tedavi Türü	Kompozit Dolgu		Tarih	
DİREKT İLK MADDE VE MALZEME			E.Ü.G.Y	TOPLAM
Malzeme Kodu	birim fiyatı	miktar	Muayenehane	
Akışkan kompozit	25.-TL	0,050000	1,2500	
Cam Fiber	50.-TL	0,083333	4,1667	
Kompozit dolgu	75.-	0,083333	6,2500	
D.İ.M.M.Gideri Toplamı				11,67
Direkt İşçilik Giderleri				
İş Ölçüsü	Saat Ücreti	İş Birim Sayısı		
Direk İşçilik Saati	16,67	0,75 DİS	12,5	
Direkt İşçilik Gideri Toplamı				12,5
Genel Üretim Giderleri				
İş Ölçüsü	birim fiyatı	İş Birim Sayısı		
Dolgu Adeti (yrd.mlzm)	15,59	0,75 DİS	15,59	
Dolgu Adeti(Yrd.İşçilik)	4,17	0,75 DİS	3,125	
SSK İŞVEREN PAYI	4,06	0,75 DİS	3,050	
İŞSİZLİK İŞVEREN PAYI	0,42	0,75 DİS	0,31	
D.İ.S.(bakım onarım)	1,2	0,75 DİS	0,9	
KİRA	2,2	0,75 DİS	1,65	
D.İ.S (Amortisman)	10,57	0,75 DİS	7,95	
Dolgu Adeti (İşletme Malzemesi)	3,43	1	3,43	
Genel Üretim Giderleri Toplamı				36,01
TOPLAM MALİYET				60,18

İKİ YÖNLÜ KOMPOZİT DOLGU SİPARİŞ MALİYET KARTI

Ek 2- Diş Tedavileri Fiyat Listesi

DIŞ TEDAVİLERİ FİYAT LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMALAR	PUAN	BİRİM FİYAT (YTL)
1		1. TEŞHİS VE TEDAVİ PLANLAMASI			
2	401.010	Diş hekimi muayenesi		12	7,00
3	401.020	Uzman diş hekimi muayenesi		15	9,00
4	401.030	Konsültan dişhekimi muayenesi		7	4,00
5	401.040	Konsültan uzman diş hekimi muayenesi		8	5,00
6	401.050	Diş röntgen filmi (periapikal) adedi		7	4,00
7	401.060	Oklüzal film (adedi)		5	3,00
8	401.070	Ekstra-oral röntgen filmi (adedi)		11	6,50
9	401.080	Ortopantomograf film (panoramik)		21	12,50
10	401.090	Sefalometrik film (adedi)		15	9,00
11	401.100	Antero-posterior sefalometrik film (adedi)		13	8,00
12	401.110	El-Bilek filmi (adedi)		10	6,00
13	401.120	TME röntgen filmi (adedi ve tetkiki)		15	9,00
14	401.130	Siyalografi (adedi)		8	5,00
15	401.140	Vitalite kontrolü		3	2,00
16	401.150	Bite-wing film (adedi)		5	3,00
17	401.160	Dijital Radyografi		14	8,50
18		2. TEDAVİ VE ENDODONTİ			
19	402.010	Amalgam dolgu (bir yüzlü)		34	20,00
20	402.020	Amalgam dolgu (iki yüzlü)		40	24,00
21	402.030	Amalgam dolgu (üç yüzlü)		44	26,00
22	402.040	İnley dolgu-oklüzal		13	8,00
23	402.050	İnley dolgu (iki yüzlü)		13	8,00
24	402.060	İnley dolgu (üç yüzlü)		17	10,00
25	402.070	Öndiş kompozit dolgu		35	21,00
26	402.080	Arkadiş kompozit dolgu		35	21,00
27	402.090	Öndiş Işnı kompozit dolgu	dentin bağlayıcı işlemleri dahil	44	26,00
28	402.100	Arkadiş Işnı kompozit dolgu (bir yüzlü)	dentin bağlayıcı işlemleri dahil	44	26,00
29	402.110	Arkadiş Işnı kompozit dolgu (iki yüzlü)	dentin bağlayıcı işlemleri dahil	47	28,00
30	402.120	Arkadiş Işnı kompozit dolgu (üç yüzlü)	dentin bağlayıcı işlemleri dahil	51	30,00
31	402.130	Kuafaj (dolgu hariç)		20	12,00
32	402.140	Amputasyon (dolgu hariç)		13	8,00
33	402.150	Kanal tedavisi- tek kanal (üst dolgu hariç)		78	46,00
34	402.152	Kanal tedavisi- iki kanal (üst dolgu hariç)		106	63,00
35	402.153	Kanal tedavisi- üç kanal (üst dolgu hariç)		150	89,00
36	402.154	Kanal tedavisi- ilave her kanal için		46	27,00
37	402.160	Black 5 (kole) dolgusu (amalgam)		10	6,00
38	402.170	Black 5 (kole) dolgusu (cam iyonomer)		10	6,00
39	402.180	Black 5 (kole) dolgusu (kompozit)		10	6,00
40	402.190	Cam iyonomer dolgu		35	21,00
41	402.200	Dentin pinli restorasyonu (pin başına) (dolgu hariç)		12	7,00
42	402.210	Intrakoronel bleaching (diş başına) (en fazla altı diş)		4	2,50
43	402.220	Extrakoronel bleaching (tek çene)(Teknisyen ücreti hariç)		35	21,00
44	402.230	Dentin bağlayıcısı (diş başına)		6	3,50
45	402.240	Kanal içi post uygulaması (diş başına)(dolgu hariç)		12	7,00
46	402.250	Aşırı kole hassasiyeti tedavisi (yarım çene)		7	4,00
47	402.260	Aşırı kole hassasiyeti tedavisi (tek diş)		3	2,00
48	402.270	Gangren veya periapikal lezyon tedavisi (her kanal için)		21	12,50
49	402.271	Gangren veya periapikal lezyonlu dişte kanal tedavisi- tek kanal (üst dolgu hariç)		83	49,00
50	402.272	Gangren veya periapikal lezyonlu dişte kanal tedavisi- iki kanal (üst dolgu hariç)		117	69,50
51	402.273	Gangren veya periapikal lezyonlu dişte kanal tedavisi- üç kanal (üst dolgu hariç)		157	93,00
52	402.290	Dolgu sökülmesi (her diş için)		10	6,00
53	402.300	Ekstirpasyon (her diş için)		19	11,00
54	402.310	Pansuman(seans başına)		3	1,50
55	402.320	Onley (laboratuar ücreti hariç)		22	13,00
56	402.330	Kanal dolgusu sökülümü (her kanal için)		11	6,50
57	402.340	Kompozit venner		52	31,00

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMALAR	PUAN	BİRİM FİYAT (YTL)
58		3. PEDODONTİ			
59	403.010	Fissür örtülmesi (sealant) (tek diş)		12	7,00
60	403.020	Yerel flor uygulaması (çürük profilaksisi) yarım çene		12	7,00
61	403.030	Prefabrike kron (Malzeme ücreti hariç)		39	23,00
62	403.040	Yer tutucu (sabit)(Teknisyen ücreti hariç)		34	20,00
63	403.050	Yer tutucu (hareketli)(Teknisyen ücreti hariç)		34	20,00
64	403.060	Çocuk protezi (akrilik, bölümlü) (tek çene)(Tek. Ücreti hariç)		59	35,00
65	403.070	Çocuk protezi (tam) (tek çene)(Tek. Ücreti hariç)		59	35,00
66	403.080	Strip kron		20	12,00
67	403.090	Kompomer dolgu (diş başına)		35	21,00
68	403.100	Açık apeksli dişte kanal tedavisi (her kanal için)		42	25,00
69	403.110	Bilinçli sedasyon		30	18,00
		(Bu bölümde yer verilmeyen tedaviler için bu listenin diğer bölümlerindeki fiyatlar uygulanır.)			
70		4. PROTEZ			
71	404.010	Tam protez (akrilik) (tek çene)		253	150,00
72	404.020	Bölümlü protez (akrilik, tek çene)		253	150,00
73	404.030	Tam protez (metal kaideli-tek çene)		253	150,00
74	404.040	Bölümlü protez (metal kaideli, tek çene)		253	150,00
75	404.050	İmmediat protez (akrilik) (tek çene)		76	45,00
76	404.060	Rebazaj (kaide yenileme-tek çene)		44	26,00
77	404.070	Proteze yumuşak akrilik uygulaması		35	21,00
78	404.080	Besleme (tek çene)		30	18,00
79	404.090	Tamir (akrilik protezde kırık veya çatlak)		15	9,00
80	404.100	Kroşe ilavesi		15	9,00
81	404.110	Metal iskelet tamiri		20	12,00
82	404.120	Diş ilavesi (tek diş)		15	9,00
83	404.130	Gnatoloji, TME-kas muayenesi (okluzyon kontrolü)		20	12,00
84	404.140	Oklüzal aşındırmalar (tek çene)		20	12,00
85	404.150	Gece plağı (brüksizm için)		35	21,00
86	404.160	Pinley ve çeşitleri		23	13,50
87	404.170	Tek parça döküm kron		67	40,00
88	404.180	Venner kron (akrilik)		67	40,00
89	404.181	Venner kron (seramik)		101	60,00
90	404.190	Pivo (çivili kron) veya post-core		67	40,00
91	404.200	Jaket kron (akrilik)		35	21,00
92	404.201	Jaket kron (tam seramik kron-metal desteksiz)		110	65,00
93	404.210	Teleskop primer kron-kopingli		54	32,00
94	404.220	Maryland (andheziv) köprü		39	23,00
95	404.230	Roach köprü		34	20,00
96	404.240	Geçici kron (her diş için)		13	8,00
97	404.250	Kron sökümlü (her ayak üye için)		7	4,00
98	404.260	Düşmüş kron-köprü simantasyonu (her sabit tutucu için)		7	4,00
99	404.270	Kron, köprü tamiri (her üye için)		15	9,00
100	404.280	Damak yanğı protezi (over-denture)		84	50,00
101	404.290	Yeni doğanda preoperatif aparey (veren ücreti hariç)		54	32,00
102	404.300	Velum uzantılı konuşma apareyi		71	42,00
103	404.310	Geçici opturatör (cerrahi plaklar)		34	20,00
104	404.320	Basit çene defektlerine protetik tedavi		69	41,00
105	404.330	Komplike çene defektlerine protetik tdv		110	65,00
106	404.340	Yüz protezleri		84	50,00
107	404.350	Göz protezleri		84	50,00
108	404.360	Hassas tutuculu kronlar		67	40,00
109	404.370	Periodontal protez (hareketli,tek çene)		89	53,00
110	404.380	Periodontal protez (sabit-her üye için)		30	18,00
111	404.390	Laminate veneer		30	18,00
112	404.400	İmplant üstü kron köprü (üye başına)		69	41,00
113	404.410	İmplant üstü tam protez		253	150,00
114	404.420	İmplant üstü bölümlü protez		253	150,00

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMALAR	PUAN	BİRİM FİYAT (YTL)
115		5. AĞIZ DIŞ VE ÇENE CERRAHİSİ			
116	405.010	Diş çekimi (infiltrasyon anestezi ile)	infiltrasyon anestezi ücreti dahil	34	20,00
117	405.011	Diş çekimi (rejyonel anestezi ile)	rejyonel anestezi ücreti dahil	35	21,00
118	405.020	Komplikasyonlu diş çekimi (infiltrasyon anestezi ile)	infiltrasyon anestezi ücreti dahil	34	20,00
119	405.021	Komplikasyonlu diş çekimi (rejyonel anestezi ile)	rejyonel anestezi ücreti dahil	42	25,00
120	405.030	Gömülü diş çekimi (mukoza retansiyonlu)		110	65,00
121	405.040	Gömülü diş çekimi (kemik retansiyonlu)		118	70,00
122	405.050	Gömülü kanin-premolar diş çekimi		118	70,00
123	405.060	Kök ucu rezeksiyonu (tek diş için) (diş dolgusu hariç)		118	70,00
124	405.070	Alveolit cerrahi tedavisi		17	10,00
125	405.080	Kanamaya müdahalesi		15	9,00
126	405.090	Alveol plastiği (yarım çene)		59	35,00
127	405.100	Alveol düzeltilmesi (tek çene)		67	40,00
128	405.110	Kist operasyonu (küçük)		110	65,00
129	405.120	Kist operasyonu (büyük)		126	75,00
130	405.130	Osteomiyelit operasyonu (tek çene)		79	47,00
131	405.140	Çene lüksasyonu (basit)		29	17,00
132	405.150	Vestibuloplasti operasyonu		118	70,00
133	405.160	Sinüs plastiği		84	50,00
134	405.170	Sert doku greftleme (greft ücreti hariç)		67	40,00
135	405.180	Biopsi		13	7,50
136	405.190	Apse drenajı (ekstraoral)		20	12,00
137	405.200	Fizik tedavi (infraruj) (seansı)		5	3,00
138	405.210	Reimplantasyon (tek diş)		30	18,00
139	405.220	Ototransplantasyon		30	18,00
140	405.230	Subperiostal implant (tek ünite)		169	100,00
141	405.240	Stomatit tedavisi (kisa süreli)		34	20,00
142	405.250	Stomatit tedavisi (uzun süreli)		47	28,00
143	405.260	Kemik içi implant (tek ünite)		202	120,00
144	405.270	Torus operasyonu (yarım çen)		59	35,00
145	405.280	Odontojenik tümör operasyonu (küçük)		118	70,00
146	405.290	Odontojenik tümör operasyonu (büyük)		253	150,00
147	405.300	Cerrahi nevralji tedavisi		47	28,00
148	405.310	Küçük ameliyat		194	115,00
149	405.320	Orta ameliyat		261	155,00
150	405.330	Büyük ameliyat		354	210,00
151	405.340	Narkozlu diş çekimi (genel anestezi ile)		56	33,00
152	405.350	Oro-antral fistül tedavisi		135	80,00
153	405.360	Enjeksiyon		5	3,00
154	405.370	Premedikasyon ve sedasyon		13	8,00
155	405.380	Ortodontik tedavi amaçlı gömük dişlerin üzerinin açılması		32	19,00
156	405.390	T.M.E. Mekanoterapi		32	19,00
157	405.400	T.M.E. İçi enjeksiyon (tek taraflı)		6	3,50
158	405.410	Artrosentez (tek taraflı)		46	27,00
159	405.420	Lokal anestezi (Infiltrasyon)		5	3,00
160	405.430	Lokal anestezi (rejyonel)		7	4,00
161		6. PERIODONTOLOJİ			
162	406.010	Periodontal apse tedavisi		17	10,00
163	406.020	Detartraj (diş taşı temizliği) (yarım çene)		22	13,00
164	406.030	Subgingival küretaj (yarım çene)		27	16,00
165	406.040	Gingivektomi(yarım çene)		29	17,00
166	406.050	Flep operasyonu (yarım çene)		101	60,00
167	406.060	Hemiseksiyon (kök amputasyonu) kanal tedavisi hariç		29	17,00
168	406.070	Serbest diş eti grefti (yarım çene)		93	55,00
169	406.080	Koronale kaydırma veya sliding flep (yarım çene)		93	55,00
170	406.090	Periodontal şine (splint) (geçici tek çene)		29	17,00
171	406.100	Periodontal şine (splint) (devamlı tek çene)		132	78,00
172	406.110	Aşırı kole hassasiyet tedavisi(yarım çene)		7	4,25
173	406.120	Frenektomi		24	14,00
174	406.130	Gingivoplasti (yarım çene)		12	7,00
175	406.140	Bio materyal uygulaması (diş başına)		42	25,00
176	406.150	Tunnel operasyonu (diş başına)		29	17,00
177	406.160	Membran uygulaması		46	27,00
178	406.170	Bağ dokusu grefti (diş başına)		46	27,00

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMALAR	PUAN	BİRİM FİYAT (YTL)
179	406.180	Subgingival ilaç uygulaması		13	8,00

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMALAR	PUAN	BİRİM FİYAT (YTL)
180		7. ORTODONTİ			
181	407.010	Sefalometrik film analizi (en fazla üç defa)		8	5,00
182	407.020	Antero-posterior sefalometrik film analizi		8	5,00
183	407.030	Bilgisayarlı sefalometrik film analizi (en fazla üç defa)		10	6,00
184	407.040	Bilgisayarlı büyük TME fonksiyon testi		56	33,00
185	407.050	Bilgisayarlı kas tonus analizi (EMG)		46	27,00
186	407.060	Kemik yaşı tavini		8	5,00
187	407.070	Ortodontik fotoğraf		8	5,00
188	407.080	Ortodontik fotoğraf analizi		5	3,00
189	407.090	Ortodontik model yapımı (en fazla üç defa)		8	5,00
190	407.100	(*) Ortodontik model analizi		8	5,00
191	407.110	(*) Angle sınıf 1.(class 1) anomalilerin ortodontik tedavisi		304	180,00
192	407.120	(*)Angle sınıf 2.(class 2) anomalilerin ortodontik tedavisi		379	225,00
193	407.130	(*) Angle sınıf 3.(class 3) anomalilerin ortodontik tedavisi		455	270,00
194	407.140	(*) Kısa süreli ortodontik tedavi		110	65,00
195	407.150	Önleyici ortodontik tedavisi (dil paravanası)		29	17,00
196	407.160	(*) Pekiştirme tedavisi		76	45,00
197	407.170	Pekiştirme aygıtı (havley pi)		76	45,00
198	407.180	Sabit pekiştirme aygıtı (Lingual retainer)		37	22,00
199	407.190	(*) Tek çeneyi ilgilendiren aparey yapımı		76	45,00
200	407.200	(*) İki çeneyi ilgilendiren aparey yapımı(aktivatör)		174	103,00
201	407.210	(*) Ağız dışı aparey tatbiki (headgear-yüzarkı)		76	45,00
202	407.220	(*) Ağız dışı aparey tatbiki (chinecap-çenelik)		76	45,00
203	407.230	Kayıp apareyin yeniden yapımı (tek çene)		143	85,00
204	407.240	Aparey tamiri		8	5,00
205	407.250	(*)Hızlı maksiller ekspansiyon apareyi		110	65,00
206	407.260	(*)Arkteli tatbiki (tek çene-her uygulama için)		20	12,00
207	407.270	(*)Band (braket) tatbiki (her diş için)		4	2,50
208	407.280	(*)Sefalometrik cerrahi planı		11	6,50
209	407.290	(*)Okluzal cerrahi splint		143	85,00
210	407.300	(*)Ortodontik ameliyat arka (tek çene)		143	85,00
211	407.310	Çıkan bantın tatbiki		4	2,50
212	407.320	(*)Açık kapanış ortodontik tedavisi		354	210,00

31 Ocak 2009
CUMARTESİ

Resmî Gazete

Sayı : 27127

TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

2008 YILI SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ

MADDE 1 – 29/9/2008 tarihli ve 27012 sayılı birinci mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”nin 8.2 numaralı maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 2 – 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 24.1.1.3.1 numaralı maddesinin son cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“SUT eki EK-8 listesinde yer alan tutarlar üzerinden ücretlendirilir.”

MADDE 3 – “Diş İşlemleri Sevk Formu” (EK-7/B) yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 4 – Bu Tebliğ hükümleri 29/1/2009 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 5 – Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

TEBLİĞ

Maliye Bakanlığında:

**TEDAVİ YARDIMINA İLİŞKİN UYGULAMA TEBLİĞİ
(SIRA NO: 8)**

Bilindiği üzere, (6) sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Bundan sonra Tebliğ olarak ifade edilecektir.) 23/10/2008 tarihli ve 27033 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

Söz konusu Tebliğde aşağıda belirtilen değişiklik ve düzenlemelerin yapılması gerekli görülmüştür.

1. Tebliğin 5.1.4 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Resmi sağlık kurumunda veya personelin bağlı olduğu kurum bünyesinde yapılan protez tedavileri ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen akrilik veya seramik veneer kron, hassas tutuculu kron, implant üstü kron v.b. metal destekli tek parça kron ve tek parça döküm kronlar ile alt-üst çene iskelet dökümünün ilgili resmi sağlık kurumu ve kuruluşu tarafından yapılması/hizmet alımı ile sağlanması halinde akrilik veya seramik veneer kron, hassas tutuculu kron, implant üstü kron v.b. metal destekli tek parça kron ve tek parça döküm kron için (malzeme dahil) 11 TL, alt-üst çene iskelet dökümü için (malzeme dahil) 43 TL döküm işçilik ücreti sağlık kurumunun faturasında belirtilmek kaydıyla ödenir. Söz konusu işlemlerin, protez tedavisini yapan sağlık kurumları tarafından yapılmayarak mevzuat hükümlerine dayanılarak başhekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılması ve hastaya fatura düzenlenmesi halinde fatura bedeli yukarıda belirtilen fiyatları aşmamak kaydıyla hastalara ödenir. Bu işlemlerin serbest diş hekimliklerinde yaptırılması halinde, ayrıca döküm işçilik ücreti ödenmez.”

2. Tebliğin “Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisi” başlıklı 5.2 nci maddesi ve 2.7.7 nci maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Bu Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest diş hekimliklerine sevk yapılmayacaktır. Konuyla ilgili olarak yeni bir düzenleme yapıncaya kadar, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ve Tebliğ hükümleri çerçevesinde diş tedavileri resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlanmaya devam edilecektir.

3. Tebliğin 12.1.2 nci maddesinin dördüncü fıkrasına “Özel sağlık kurumlarında yapılan günübirlik tedavilerde kullanılan ve tanıya dayalı işleme dahil olmayan ilaçların serbest eczanelerden temini esastır.” ibaresi ilave edilmiştir.

4. Tebliğin 12.2 nci maddesinin üçüncü fıkrasının ikinci cümlesi madde metninden çıkarılmıştır.

5. Tebliğin 12.7.14 üncü maddesinin c-3/d bendine son fıkrasından önce gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Lapatinib: Daha önce antrasiklin, taksan ve trastuzumab ile tedavi görmüş ve halen progresyon gösteren, c-erb B2 immünohistokimya testi sonucu 3+ veya FISH + olan metastatik meme kanserli hastalarının tedavisinde kapesitabin ile kombine olarak kullanılır. Lapatinib + kapesitabin progresyona kadar geçen sürede, hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde ödenir. Lapatinib + kapesitabin kullanılıyor iken progresyon gelişen hastalarda tedavinin sonraki basamaklarında lapatinib ödenmez.”

6. Tebliğin 12.7.20 numaralı maddesine (b) bendinin ilk fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki (c) bendi eklenmiştir.

“c)12 aylıktan küçük;

-Soldan sağa şanlı doğuştan kalp hastalığına sahip olup, konjestif kalp yetersizliği tedavisi alması gereken bebeklerde,

-Siyanotik doğuştan kalp hastalıkları olan bebeklerde,

-Düzeltilmemiş ya da kısmen düzeltilmiş kompleks doğuştan kalp hastalıkları olan bebeklerde,

-Opere edildiği halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebeklerde,

-Önemli pulmoner hipertansiyonlu bebeklerde (Sistemik basıncın %50'sinden fazlası)

-Hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomyopati bebeklerde.

12-24 ay arası;

-Düzeltilmemiş ya da kısmen düzeltilmiş kompleks doğuştan kalp hastalığı olan bebeklerde,

-Opere edildiği halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebeklerde,

-Hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomyopati bebeklerde,

-Önemli pulmoner hipertansiyonu olan bebeklerde (Sistemik basıncın %50'sinden fazlası) kullanılır.”

7. Bu Tebliğ yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Ek 5 - DIŞ TEDAVİLERİ FİYAT LİSTESİNE İLİŞKİN AÇIKLAMALAR

MADDE 1. Tebliğ eki “Diş Tedavileri Fiyat Listesi” nde (EK-7), diş tedavilerine ilişkin tım işlem basamakları ayrı ayrı ücretlendirilmiŐtir. Ancak, aşağıda yer alan tedaviler belirlenen ara işlem basamaklarını iŐerecek Şekilde ücretlendirilmiŐ olup, karŐılarında yer alan işlemler ayrıca faturalandırılmayacaktır.

Kanal tedavisi; devital dişte, tek kanal, üst dolgusu hariç; extirpasyon (1 kanal), pansuman (2 adet), kanal dolgusu (1 kanal), periapikal röntgen (3 adet) ara iŐlemlerini iŐerecek Şekilde ücretlendirilmiŐ olup, 2 kanallı diş, 3 kanallı diş ve ilave her kanal için ayrı ücret belirlenmiştir. Diş vital ise, faturaya anestezi (1 adet) ilave edilir.

Gangren veya periapikal lezyonlu diş tedavisi; tek kanal, üst dolgusu hariç; extirpasyon (1 kanal), pansuman (4 adet), kanal dolgusu (1 kanal), periapikal röntgen (3 adet) ara iŐlemlerini iŐerecek Şekilde ücretlendirilmiŐ olup, 2 kanallı diş, 3 kanallı diş ve ilave her kanal için ayrı ücret belirlenmiştir.

Süt diŐlerinde prefabrike kron uygulamaları; anestezi (1adet), dentin bağlayıcı (1 adet), periapikal röntgen (1adet) ve simantasyon (1 üye) ara iŐlemlerini iŐerecek Şekilde ücretlendirilmiŐtir.

MADDE 2. Birinci maddede yer verilen tedavilerin diŐında kalan diğer tedaviler (özellikle bir dizi işlem aŐaması gerektiren periodontal ve cerrahi operasyonlar) tedavinin seyrine uygun olarak yapılan işlem basamaklarını iŐerecek Şekilde faturalandırılacaktır.

MADDE 3. Tebliğ eki EK-7 Listesinde herhangi bir bölümde yer verilmeyen tedaviler için bu listenin diğer bölümlerindeki fiyatlar uygulanır.

MADDE 4. Genel anestezi ile yapılan müdahalelerde, ameliyat ücretinin % 30’u anestezi ücreti olarak alınır.

MADDE 5. Tebliğ eki EK-7 Listesinde bulunmayan ameliyat, yatak ve laboratuvar ücretlerinde bu Tebliğ eki “Sağlık Kurumları Fiyat Listesi” (EK-8) uygulanır.

MADDE 6. 1, 2, 3, 4 ve 7 nolu bölümlerde klinik malzeme bedeli fiyatlara dahildir. Protez başlıklı 4. bölümdeki ücretlerde ise teknisyen ve laboratuvar malzeme ücreti hariçtir.

MADDE 7. 5 ve 6 nolu bölümlerde; yatak, laboratuvar, ileri tetkik ve ameliyatlarda kullanılan hemostatik ajanlar, greft materyalleri, membranlar, plaklar, her türlü Őant ve protezler ile ilaçlar ayrıca fatura edilebilecektir. Diğer malzemelerin bedeli fiyatlara dahildir.

MADDE 8. Ortodontik tedavide kullanılan braket ve ortodontik materyal hasta tarafından karŐılanır.

MADDE 9. Diş Tedavileri Fiyat Listesinde yer alan iŐlemlerde anestezi için kullanılan anestetik solusyonlar işlem ücretine dahildir.

Ek 6- Özel Sağlık Kuruluşlarına Dış Tedavisi Sevk İşlemleri

bu yılda sut but ayrı değeldi....

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG0110003 / 1049/15869 21.09.2004

KONU : Özel Sağlık Kuruluşlarına Dış Tedavisi Sevk İşlemleri

..... VALİLİĞİNE

GENELGE

2004 / 121

Devlet memurları ve bunların kanunen bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapacakları dış tedavileri ile buna ilişkin sevk usul ve esasları 11.02.2004 tarih ve 25370 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren 2004 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı’ nın 5.2. maddesi ile açıkça düzenlenmiştir.

Buna göre, söz konusu kimselerin özel sağlık kurumu ve kuruluşlarının dış ünitelerinde yaptırdıkları tedavi giderlerinin ödenebilmesi için;

a) Öncelikle hastaların kendilerine en yakın resmi sağlık kurumuna (Devlet Hastanesi, Ağız ve Dış Sağlığı Merkezi) sevk edilmeleri,

b) Sevk edildikleri resmi sağlık kurumunda herhangi bir sebeple tedaviye 90 gün içinde başlanamayacağına (5-15 yaş grubundaki çocukların 6 yaş dışlarının tedavisinde 90 günlük süre kaydı aranmayacaktır) ilgili dış tabibi tarafından belirtilmesi ve aynı sağlık kurumu başhekimince onaylanması,

c) İstekli olan hastaların doğacak fiyat farkını kendileri karşılaması kaydıyla ve kendi talepleri üzerine serbest dış tabipliklerine veya özel sağlık kurum/ kuruluşlarına bu şekilde sevk edilmeleri, gerekmektedir.

Ancak, Bakanlığımıza intikal eden vaki başvurulardan; uygulamada hastaların serbest dış tabipliklerine veya özel sağlık kurumu/kuruluşlarına kurumlarından aldıkları sevkle doğrudan veya birinci basamak sağlık kuruluşları (sağlık ocağı, dispanser vb.) tarafından yapılan sevkle müracaat ettikleri ve buna bağlı olarak yapılan dış tedavileri neticesinde doğan giderlerinin geri ödemesinde sorunlar yaşandığı, dolayısıyla ilgililerin mağdur oldukları anlaşılmaktadır.

Bu nedenle, Devlet memurları ve kanunen bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin serbest dış tabiplikleri veya özel sağlık kurum/kuruluşlarında yaptıracakları dış tedavileri ve buna ilişkin sevk işlemlerinin Talimatın iş bu Genelge ile açıklanan usul ve esaslarına uygun olarak yürütülmesi gerektiği hususunun İliniz dahilindeki ilgili tüm kurum ve kuruluşlara tebliğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Bakan a.

Müsteşar Yardımcısı

Ek 7- Sağlık Uygulama Tebliğinde Yenilikler

Cumartesi, 16 Haziran 2007

Bilindiği gibi Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında olan sigortalı, emekli ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlanacak sağlık yardımlarının karşılanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen “Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)” Resmi Gazetede yayımlanmış, 15 Haziran 2007 tarihinden geçerli olmak üzere; devredilen SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığının sağlık hizmetlerinde uygulama birlikteliği getirilmiştir.

Taraflar arasında yıllardır sorun olan fatura inceleme sistemi gözden geçirilerek; fatura ve eki belgelerin incelenmesi, örnekleme yöntemi ile incelemenin usul ve esasları, ilgili tarafların da dahil olduğu itiraz inceleme ve değerlendirme komisyonları gibi konuların düzenlendiği, fatura incelemede standart getiren ve fatura bedellerinin zamanında ödenmesine olanak sağlayan “fatura bedellerinin ödenmesi” başlıklı Ödeme Genelgesi yürürlüğe girmiş ve Kurum web sayfasında yayımlanmıştır.

Kurumun sağlık yardımlarının karşılanması için Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel sağlık tesisleri ile yapacağı sözleşmeler/protokoller hazırlanmış olup Kurumun web sayfasında yayımlanmış ve imzalanma aşamasına gelmiştir. Kurumla sözleşme/protokol yapmak isteyen tüm sağlık hizmet sunucularının Kurumun ilgili birimlerine istenen belgelerle müracaat etmeleri halinde sözleşmeler/protokoller yapılacaktır. Müracaat eden tüm sağlık tesisleri ile bir iki gün içinde sözleşmelerin/protokollerin imzalanabilmesi için Kurumca gerekli tüm tedbirler alınmıştır.

Kurumla sözleşme/protokol yapan sağlık tesisleri Kurumun web sayfasında duyurulacak olup, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler bu sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebileceklerdir.

Kurumca yapılacak sözleşmeler/protokoller ile hayata geçirilecek Sağlık Uygulama Tebliğinin, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için getirdiği temel yenilikler aşağıda belirtilmiştir.

SGK SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ İLE GETİRİLEN YENİLİKLER

1. Üniversite hastanelerine müracaat

SSK'lılar üniversite hastanelerine gidebilmeleri için devlet hastanelerinden sevk almaları gerekiyordu.

Bağ-Kur'lular üniversite hastanelerine gittiklerinde tedavi giderlerini kendileri ödeyip daha sonra fatura bedelini Bağ-Kur il müdürlüğünden talep ediyorlardı.

Emekli Sandığı mensupları, üniversite hastanelerine doğrudan müracaat edebiliyorlardı.

Yeni uygulama ile Emekli Sandığı mensupları gibi SSK'lular ve Bağ-Kur'lular da Kurumla sözleşmeli üniversite hastanelerine doğrudan gidebilecekler ve tedavi giderleri Kurumca bu sağlık tesislerine ödenecek.

2. Özel sağlık tesislerine müracaat

SSK mensupları sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebiliyorlardı.

Bağ-Kur mensupları sadece yatarak tedavilerde sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebiliyorlardı.

Emekli Sandığı mensupları, birinci basamak sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan, ikinci basamak özel sağlık tesislerine sevk ile müracaat edebiliyorlardı.

Yeni uygulama ile sözleşmeli özel sağlık tesislerine ayaktan ve yatarak tedavilerde doğrudan müracaat edebilmeleri imkanı sağlandı.

3. Yatan hastalarda ilaç ve malzeme temini

Yatan hastalara kullanılacak ilaç ve malzemelerin büyük bir kısmının kamu hastanelerince temini zorunlu değildi. Gerektiğinde reçeteye yazılıyor ve hastalar veya yakınları tarafından dışardan temin ediliyordu.

Yeni uygulama ile Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra yatan hastalara kullanılacak ilaç ve malzemelerin hastanelerce temin edilmesi zorunluluğu getirildi. Böylece hastalar ve yakınlarının ilaç ve malzeme temininde yaşadıkları sıkıntılar önlenmiş olacaktır.

4. Tıbbi malzemenin hasta tarafından alınması

Yatan hastalarda kamu hastaneleri tarafından temin edilmesi zorunlu olan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılması durumunda, olabilecek fiyat farkı hasta tarafından ödeniyordu.

Yeni uygulama ile Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra yatan hastalarda hastaneler tarafından temin edilmesi zorunlu olan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılması durumunda fatura tutarı üzerinden hastaya ödeme yapılarak hasta mağduriyeti önlenmiş olacaktır.

5. Sürekli kullanılan raporlu ilaçların reçetesiz eczaneden alınması

Raporlu ilaçlar, üç ayda bir hastaneye gidilerek reçete yazdırmak suretiyle alınıyordu.

Yeni uygulama ile tansiyon, şeker hastalığı, kolesterol v.b. gibi uzun süre ilaç kullanılmasını gerektiren hastalıklarda rapor ve sadece bir kez reçete düzenlenmesi yetecektir. Bu şekilde

hastalar, iki yıl boyunca ilaçlarını her seferinde reçete yazdırmadan doğrudan eczaneye giderek üçer aylık miktarlarda alabileceklerdir.

6. Raporlu ilaçların bitmeden temin edilmesi

Raporlu ilaçların yeniden alınabilmesi için hastanın daha önce almış olduğu ilaçların bitmiş olması gerekiyordu.

Yeni uygulama ile hastanın daha önce almış olduğu raporlu ilaçlar bitmeden 7 gün öncesinde de alabilmelerine imkan verildi. Böylece farklı zamanlarda biten ilaçlar için ayrı ayrı reçete yazdırmaya ve eczaneye gitmeye gerek olmayacaktır.

7. Ambulans Ücretleri

SSK, belediye/büyükşehir belediyesi mücavir alan dışına ambulans ile gönderilme ücretini ödüyordu.

Bağ-Kur ambulans ücretlerini ödenmiyordu.

Emekli Sandığı ise ambulans ücretlerini ödemekteydi.

Yeni uygulama ile şehir içi ve şehirlerarası ambulans bedelleri ödenecektir.

8. Diş Tedavileri

SSK devlet hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde yaptırılan diş tedavilerinin bedellerini ödüyordu. Sadece protez için özele sevk yapılabiliyordu.

Yeni uygulama ile SSK'lılar da Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları gibi, tüm diş tedavileri için devlet hastaneleri ve sözleşmeli üniversite hastanelerinden sevk olarak özel muayenehanelere ve özel sağlık tesislerine gidebileceklerdir.

Özürü vatandaşlar ise özel muayenehanelere ve özel sağlık tesislerine doğrudan gidebileceklerdir.

9. Özel Diyaliz Merkezinde Tedavi Gören Hastalar

Özel diyaliz merkezinde sadece diyaliz tedavisine ilişkin ilaçlar yazılabiliyordu.

Yeni uygulama ile hastaya kullanılması gerekli görülen tüm ilaçlar diyaliz merkezindeki ilgili hekimce yazılabilecektir. Bu sayede hastaların diyaliz dışında kullanmaları gereken ilaçları için ayrıca sağlık tesislerine gitmelerine gerek kalmayacak ve hasta mağduriyeti önlenecektir.

10. Motorlu Malul Arabası Temini

Sadece SSK'da aktif sigortalılara ödeniyordu.

Yeni uygulama ile tüm SSK'lılar Bağ-Kur'lular ve Emekli Sandığı mensuplarına ödenecektir.

11. Sünnet

Sadece hemofili gibi hastalığı bulunanlara sağlık kurulu raporu çıkartılarak sünnet yapılması halinde ödeniyordu.

Yeni uygulama ile sözleşmeli sağlık tesislerinde yapılan sünnet giderleri sağlık kurulu raporuna gerek olmaksızın ödenecektir.

12. Sağlık Tesislerinde Yapılamayan Tetkik/Tahliller

Sağlık tesislerinde yapılamayan tetkik ve tahliller için hastalar özel merkezlere sevk ediliyordu. SSK'lılar sadece sözleşmeli merkezlere gitmek zorundalardı. Bağ-Kur'lular ise özel merkezlere gittiklerinde tetkik veya tahlil bedellerini kendileri ödeyip daha sonra il müdürlüğünden talep ediyorlardı. Bu şekilde oluşabilecek fark creti hasta tarafından karşılanıyordu.

Yeni uygulama ile Tebliğın yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra, sağlık tesisleri tarafından tetkik ve tahlil için dışarı sevk yapılmayacaktır. Hastaneler zel merkezlerden hizmet alarak tüm tetkik ve tahlilleri yapacaklardır.

Kamuoyuna saygı ile duyurulur.

Ek 8- 3 Ağustos 2007 Tarihli Resmi Gazete Tebliği

3 Ağustos 2007 CUMA

Resmî Gazete

Sayı : 26602

TEBLİĞ

Maliye Bakanlığında:

TEDAVİ YARDIMINA İLİŞKİN UYGULAMA TEBLİĞİ (SIRA NO: 9)

Bilindiği üzere, Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No:8) (bundan sonra “Tebliğ” olarak ifade edilecektir) 25/5/2007 tarihli ve 26532 Mükerrer sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış ve 15/6/2007 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe girmiş bulunmaktadır.

Söz konusu Tebliğde, memurun kendisinin ve bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertlerinin sağlık kurum ve kuruluşlarına ne şekilde müracaat edecekleri açıklanmış bulunmaktadır.

Diğer taraftan, 20/7/2007 tarihli ve 26588 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile memurun bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertlerinin sağlık kurum ve kuruluşlarına hasta yollama kağıdı olmaksızın müracaat edebilecekleri esası getirilmiştir.

Anılan yönetmelikte yapılan bu değişiklik paralelinde aşağıda belirtilen açıklama ve düzenlemelerin yapılması gerekli görülmüştür.

1. Memurun kendisi, hastalanması halinde sağlık kurum veya kuruluşuna halen olduğu gibi sağlık karnelerinin yanında hasta yollama kağıdı (hasta sevk kağıdı) ile birlikte müracaat edecektir.

2. Memurun bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertleri (hasta) ise sağlık kurum veya kuruluşuna hasta yollama kağıdı olmaksızın sağlık kartesi ile birlikte müracaat edeceklerdir.

Aile fertleri için sağlık kurum veya kuruluşu tarafından düzenlenecek olan faturaların ekinde sevk kağıdı istenmeyecektir.

2.1. Hastanın tedavi amacıyla bulunduğu mahalden başka bir yere sevkinin gerekmesi durumunda, sağlık kurum veya kuruluşu tarafından sevk işlemi sağlık kartesine yazılacaktır. Sağlık kurum veya kuruluşu hastanın sevk edileceği ili ve hangi polikliniğe gitmesi gerektiğini, refakatçi gerekiyor ise bu durumu sağlık kartesinde belirtecektir.

2.2. Sağlık kurum veya kuruluşu, sağlık kartesinde, sevkli olarak gelen hastanın sağlık kurum veya kuruluşuna müracaat tarihini ve uyguladığı tedaviyi gösterecektir.

Hasta ayakta tedavi görmüş ve tedavi süresi bir gün ise sağlık kartesinin tarih sütununda belirtilen tarih, sağlık kurum veya kuruluşuna müracaat tarihi olarak kabul edilecek, hastanın tedavisi bir günden fazla sürmüş ise hastanın hangi tarihler arasında ayakta tedavi gördüğü ayrıca belirtilecektir.

Hasta yatarak tedavi görmüş ise, hastanın polikliniğe ilk müracaat ettiği tarih, servise yatışının yapıldığı tarih ve taburcu edildiği tarih belirtilecektir.

2.3. Hastanın tedavi amacıyla bulunduğu mahalden başka bir yere sevk edilmesi nedeniyle harcırah beyannamesi vermesinin gerektiği hallerde; beyannameye sağlık kartesinin sevk işleminin yazıldığı sayfası ile hastanın tedavisinin yapıldığı sağlık kurumu tarafından doldurulan sayfası eklenecektir.

2.4. Hastanın dış tedavisi amacıyla özel sağlık kurum veya kuruluşuna sevkini yapılması halinde; Tebliğin 5.2 nci maddesine göre resmi sağlık kurumu tarafından tedavi için sevk edilen hastanın sağlık kartesine tedavinin türü ve sevki gerektiren süre açıkça belirtilecek ve ilgili dış hekim tarafından imzalandıktan sonra başhekimlikçe onaylanacaktır.

2.5. Sağlık karnelerinin ön yüzünde hak sahipliğine ilişkin güncel bilgiler gösterilecek, ayrıca hastanın T.C. kimlik numarası ile memurun emekli sicil numarası da yer alacaktır. Hastanın T.C. kimlik numarası ile memurun emekli sicil numarası hasta reçetesinde de bulunacaktır.

2.6. Tedavi yardımına ilişkin uygulamalar, (8) sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile bu Tebliğde belirtilen esaslar dâhilinde yürütülecektir.

2.7. Bu Tebliğ yayımı tarihinde yürürlüğe girer.
Tebliğ olunur.

Ek 9- 23 Ekim 2008 Tarihli Resmi Gazete Tebliği

23 Ekim 2008 PERŞEMBE

Resmî Gazete

Sayı : 27033

TEBLİĞ

Maliye Bakanlığından:

TEDAVİ YARDIMINA İLİŞKİN UYGULAMA TEBLİĞİ (SIRA NO: 6)

5.2. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisi

5.2.1. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarındaki diş ünitelerinde yapılan tedavi giderlerinin ödenebilmesi için Tebliğın bu bölümünde belirtilen sevk usul ve esaslarına uyulması zorunludur. Diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan yapılan başvurularda tedavi gideri ödenmez.

5.2.2. Yönetmeliğın 8 ve 10 uncu maddelerinde, özel sağlık kuruluşları sayılan serbest hekimliklere sevk ilke olarak öngörölmemiştir. Bu nedenle, diş tedavileri için hastaların kendilerine en yakın resmi sağlık kurumlarına sevk edilmeleri gerekmektedir. Ancak, diş tedavisi sırasında karşılaşılan güçlükler dikkate alınarak Tebliğ kapsamında yer alan kişilerin, doğacak fiyat farkını kendilerinin ödemesi kaydıyla, kendilerinin talepleri üzerine serbest diş hekimliklerine, aşağıda belirtilen esaslara göre sevkleri yapılabilecektir.

5.2.3. Diş tedavisi için sevk edildiği resmi sağlık kurumunda herhangi bir sebeple kron ve protez tedavisine 90 gün, dolgu tedavisine 30 gün, diğer diş tedavilerine ise 45 gün içinde başlanamayacağının ilgili diş hekimi tarafından belirtilmesi ve aynı sağlık kurumu başhekimisi tarafından onaylanması suretiyle istekli olan hastaların serbest diş hekimliklerine veya özel sağlık kurum/kuruluşlarına sevkleri yapılabilecektir. Ancak, bunun için kurumca gönderildiği resmi sağlık kurumu diş hekimi tarafından hasta muayene edilip teşhis konulduktan sonra, yapılması gereken bütün tedaviler ve boşlukların ayrıntılı olarak belirlenmesi ve hangi dişin tedavi edileceğinin ağız şeması üzerinde işaretlenmesi gerekmektedir.

Yalnız çocukluk ve okul çağı olarak kabul edilen 5–15 yaş grubundaki çocuklarda yer tutucu ve ortodontik tedaviler ile 6 ve 12 yaş (1. ve 2. daimi büyük azı) dişlerinin tedavilerinde (münhasıran kanal,dolgular) 90 günlük süre kaydı aranmaz ve birinci basamak resmi sağlık kuruluşunda görevli diş hekimlerince de yukarıda belirlenen

usul ve esaslar çerçevesinde serbest diş hekimliklerine veya özel sağlık kurum/kuruluşlarına sevkleri yapılabilir.

Yukarıda belirtilen diş tedavilerine ait giderlerin ödenebilmesi için, tedavi sağlandıktan sonra sevk kağıdında belirtilen tedavinin yapıldığının, kurumun diş hekimi veya sevk yapan resmi kurum veya kuruluştaki diş hekimlerince onaylanması zorunludur.

5.2.4. Resmi sağlık kurumu bünyesinde diş hekimi bulunmayan ilçelerde serbest diş hekimi bulunması halinde, resmi sağlık kurumu başhekimisi tarafından serbest diş hekimliklerine veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarına sevk yapılabilecektir. Bu şekilde sağlanan tedavilerde, sevk kağıdında ve faturada/serbest meslek makbuzunda belirtilen tedavinin usulüne uygun yapıldığının ilçenin bağlı olduğu bölge diş hekimleri odasının temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Özel kurumlarda tedaviyi yapan diş hekiminin oda temsilcisi olması halinde, onaylama işlemi en yakın yerdeki oda temsilcisi tarafından yapılacaktır.

5.2.5. Hastaların doğacak fiyat farklarını kendilerinin ödeyeceğini beyan ederek yapılan sevkler üzerine, yukarıda (5.2.3.) ve (5.2.4.) numaralı bentlerde belirlenen usullere uygun olarak serbest diş hekimliklerinde veya özel sağlık kurum/kuruluşlarında yaptırılan teşhis, tedavi veya proteze ilişkin giderlerden (EK-7) sayılı listede yer alan diş tedavileri fiyat listesindeki kadar karşılanacak, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından ödenecektir.

5.2.6. Bu Tebliğin eki "Diş Tedavileri Fiyat Listesi"nde (EK-7) tespit edilen, beher kron için 40 YTL ve alt ve üst çenede tam protez için 300 YTL esas alınmak suretiyle,serbest diş hekimliklerinde veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan kron ve proteze ilişkin giderlerden;

1- Tek çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 150 YTL,

2- Alt-üst çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 300 YTL,üzerinden ödeme yapılacaktır.

En son tedavi tarihi esas alınarak bir yıl içinde yeniden kron ve protez yaptırılması halinde, bu tedavilerin bir yıllık toplamı için ödenecek tutar yukarıda belirtilen miktarları hiç bir şekilde geçemez.

5.2.7. Yukarıda belirtilen esaslara göre özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest dış hekimliklerinde yaptırılan dış tedavilerine ait ücretlerin ödenmesine ilişkin olarak, 5.2.5 ve 5.2.6 ncı maddelerde belirtilen fiyat tarifesine göre değil, konuyla ilgili olarak yeni bir düzenleme yapıncaya kadar, **Danıştay İkinci Dairesinin 26/3/2008 tarihli ve 2007/2863 Esas sayılı yürütmeyi durdurma kararı doğrultusunda işlem yapılmasına devam edilecektir.**

5.2.8. Anılan listede (*) işaretli olan tedavilere ait giderlerin karşılanabilmesi için, tedavinin konularında uzman veya doktoralı dış hekimleri tarafından yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

5.2.9. Serbest dış hekimliklerinde yaptırılan dış tedavileri için yukarıdaki esaslara göre ödenecek tutarlar azami tutarlar olup, bunun dışında hastaya serbest dış hekimliklerine gidiş-geliş için harcırah veya benzeri herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

5.2.10. Aynı yerde birden çok resmi sağlık kurumu bulunması halinde, memurların dış tedavilerini serbest dış hekimliklerinde veya özel sağlık kurum/kuruluşlarında yaptırabilmeleri için, tedavilerinin o yerde bulunan ve bünyesinde dış hekimi olan resmi sağlık kurumlarının sadece birinde yapılamayacağını belgelendirilmesi yeterlidir.

5.2.11. Serbest dış hekimlikleri veya özel sağlık kurum/kuruluşlarında yapılan dış tedavileri sonucunda yapılacak ödemeler sırasında, tedavinin bir bölümünün resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmış olabileceği de dikkate alınarak gerçekleştirme görevlileri ve muhasebe yetkililerince gerekli itina gösterilecek ve mükerrer ödemelere sebebiyet verilmeyecektir.

5.2.12. % 40 ve üzerinde özürlü kişiler, dış tedavileri için özürlülük durumunu belgelendirmek suretiyle, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına veya serbest dış hekimliklerine doğrudan başvurabilirler. Ancak başta zihinsel özürlü olmak üzere iletişim kurulamayan veya algılama güçlüğü yaşanan özürlü kişilerin dış tedavileri lokal anestezi altında gerçekleştirilemiyorsa ve genel anestezi altında müdahale gerekliliği söz konusu ise tedavinin, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanının sorumluluğunda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan özel sağlık kurumlarında yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

Özürölük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürölülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe uygun olarak alınan raporun onaylı bir örneği düzenlenecek faturaya eklenecektir.

5.2.13. Hastalar, başvurdukları sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli ilgili hekim tarafından, dış tedavileri yapılmak üzere, hekimin kendisinin, eşinin veya bunların ortaklarının özel muayenehanelerine/özel sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilemezler. Bu şekilde, sevki yapan ve tedaviyi sağlayan hekimin aynı olduğu veya eşi veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmeyecektir. Tek özel dış hekiminin veya özel sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu yerleşim birimlerinde bu tür sevkler en yakın diğer bir yerdeki başka bir sağlık kurumuna yapılacaktır.

Ek 10- Maliye Bakanlığı Genelgesi

T.C.
MALİYE BAKANLIĞI
Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü

Sayı: B.07.0.BMK.0.18/100.


15.08.08 12139

Konu: Dış Tedavileri

..... BAKANLIĞINA
..... BAŞKANLIĞINA
..... GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE
..... VALİLİĞİNE
..... REKTÖRLÜĞÜNE

T.C. Danıştay 10'uncu Dairesinin 26/03/2008 tarihli ve 2007/2863 Esas sayılı kararı uyarınca 25/5/2007 tarihli ve 26532 mükerrer sayılı Resmî Gazetede yayımlan (8) sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin (Bundan sonra Tebliğ denilecektir) 5.2.5.inci ve 5.2.6.'nci maddeleri ile 5.2.7.'nci maddesinin "diğer dış tedavilerine ait giderler anılan listede yer aldığı şekilde karşılanacaktır" ibaresi yönünden yürütmesinin durdurulmasına hükmedilmiş olup, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında dış tedavisine ilişkin Tebliğ uygulamalarında Danıştay'ın anılan Kararı uyarınca işlem yapılması gerekmektedir.

Bilgilerimi ve durumun iliniz dâhilindeki tüm Muhasebe Birimlerine duyurulmasını arz ve rica ederim.



Bakan u.

Hasan Doğan AKTAN
Müsteşar