



ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI DİŞHEKİMLİĞİ ÇALIŞTAYI

“Dışhekimliği: Eğitimden Sahaya,
Geleceği İnşa Etmek”

12-13 Nisan 2025

ÇALIŞMA GRUPLARI

1. Eğitim ve Mesleki Gelişim Masası
2. Mesleki Düzenlemeler ve Çalışma Koşulları Masası
3. Sürdürülebilir Dışhekimliği ve Dışhekimliğinde İnovasyon Masası





ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI DİŞHEKİMLİĞİ ÇALIŞTAYI

“Dişhekimliği: Eğitimden Sahaya,
Geleceği İnşa Etmek”

12-13 Nisan 2025

ÇALIŞMA GRUPLARI

1. Eğitim ve Mesleki Gelişim Masası
2. Mesleki Düzenlemeler ve Çalışma Koşulları Masası
3. Sürdürülebilir Dişhekimliği ve Dişhekimliğinde İnovasyon Masası

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	1
ÇALIŞMA GRUBU – 1 EĞİTİM VE MESLEKİ GELİŞİM.....	5

DİŞ HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ VE MESLEKİ GELİŞİM

1. LİSANS EĞİTİMİ.....	6
1.1 Geçmişten Günümüze Türkiye’de Diş Hekimliği Eğitimi	6
1.2 Eğitim Müfredatı	9
1.3 Eğiticilerin Yeterliliği	11
1.4 Sürekli Eğitim.....	13
2. LİSANSÜSTÜ EĞİTİM	14
2.1 Uzmanlık Eğitimi.....	14
2.2 Doktora Eğitimi	16
3. BAĞIMSIZ EŞGÜDÜM VE DENETİM KURULU ÖNERİSİ.....	18
SONUÇ.....	19

ÇALIŞMA GRUBU – 2 MESLEKİ DÜZENLEMELER ve ÇALIŞMA KOŞULLARI.....	23
---	----

TÜRKİYE’ DE DİŞ HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARI:

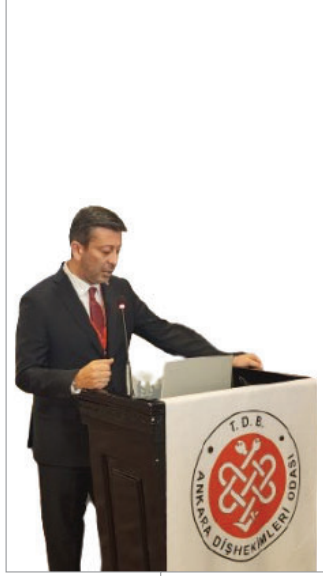
DURUM VE ÖNERİLER	24
DİŞ HEKİMİ OLMAK	25
TÜRKİYEDE DİŞ HEKİMLİĞİ ÇALIŞMA ALANLARINDA GENEL DURUM.....	25
A. Özel Sağlık Kuruluşlarında Meslek İcra Eden Diş Hekimleri.....	29
B.Kamu Sağlık Kuruluşlarında Meslek İcra Eden Diş Hekimleri.....	31
C.Üniversitelerde Meslek İcra Eden Diş Hekimleri.....	33

Sayfa No

SAĞLIK BAKANLIĞI'NDA DİŞ HEKİMİ OLMAK.....	34
TSM'DE (Toplum Sağlığı Merkezi) DİŞ HEKİMİ OLMAK	40
DEVLET HASTANESİNDE DİŞ HEKİMİ OLMAK.....	42
DİĞER DEVLET KURUMLARINDA DİŞ HEKİMİ OLMAK.....	42
UZMANLIK DAYATMASI VE DİŞ HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARINA ETKİSİ.....	46
ÖZELDE DİŞ HEKİMİ OLMAK.....	48
KENDİ ADINA ÇALIŞAN DİŞ HEKİMİ OLMAK (MUAYENEHANE, POLİKLİNİK, MERKEZ).....	48
ÖZELDE ÜCRETLİ DİŞ HEKİMİ OLMAK.....	51
SAĞLIK TURİZMİ YAPAN KURUMLARDA DİŞ HEKİMİ OLMAK.....	54
TOPLUMSAL CİNSİYET BASKISINDA KADIN DİŞ HEKİMİ OLMAK.....	57
ÜNİVERSİTEDE DİŞ HEKİMİ OLMAK	60
1. Akademik Kadro Yetersizliği ve Dengesiz Dağılım	62
2. Mali Haklar ve Ücret Dengesizlikleri	62
3. Ders Yüğü Fazlalığı ve Araştırma Zamanının Kısıtlılığı	63
4. Kadro Problemleri ve Kariyer Engelleri.....	63
EMEKLİ DİŞ HEKİMİ OLMAK.....	64
EKLER.....	66
ÇALIŞMA GRUBU – 3 SÜRDÜRÜLEBİLİR DİŞ HEKİMLİĞİ VE DİŞ HEKİMLİĞİNDE İNOVASYON.....	73
DİŞ HEKİMLİĞİNDE İNOVASYON.....	86
SONUÇ.....	94
EĞİTİM	95
DÜZENLEYİCİ STANDARTLAR.....	97
ÖNERİLER	98
SONSÖZ.....	100
PANEL : DİŞ HEKİMLİĞİ - SAĞLIK HAKKI ve GELECEĞİ.....	103
ÇALIŞTAYDAN FOTOĞRAFLAR.....	153



ÖN SÖZ



**“ Diş hekimliği:
EĞitimden Sahaya,
Geleceği İnşa
Etmek ”**

başlıklı çalıştay,
mesleğimizin tüm
boyutlarıyla çok yönlü bir
değerlendirme sürecine
zemin hazırlamıştır.

ÖNSÖZ

Diş hekimliği mesleği, yalnızca bireysel uygulamalarla değil, aynı zamanda toplumsal sorumluluklarıyla da şekillenen çok boyutlu bir sağlık alanıdır. Günümüzde karşı karşıya olduğumuz yapısal sorunlar sadece eğitim ve istihdam alanında değil, mesleğin bütünsel sürdürülebilirliği, meslektaşlarımızın güvencesi ve toplum sağlığının korunması gibi temel konularda da kendini göstermektedir. Ankara Dişhekimleri Odası olarak, mesleğimizin geleceğini yalnızca mevcut sorunları çözmekle kalmayıp, geleceğin yapısal ihtiyaçlarını önceden öngörerek inşa etme sorumluluğunu üstleniyoruz. Bu sorumluluk doğrultusunda 12-13 Nisan 2025 tarihlerinde düzenlenen "Diş hekimliği: Eğitimden Sahaya, Geleceği İnşa Etmek" başlıklı çalıştay, mesleğimizin tüm boyutlarıyla çok yönlü bir değerlendirme sürecine zemin hazırlamıştır. Hem derinleşen mesleki problemlere çözüm üretmek hem de mesleğimizin yönünü ortak akılla belirlemek amacıyla yıllardır hissedilen ihtiyaçların karşılığı olmuştur.

Çalıştayda sadece mesleki teknik meseleler değil; diş hekimliğinin toplumsal konumu, sağlık politikalarındaki yeri ve kamusal sorumluluğu da tartışılmıştır. Eğitimin kalitesinden istihdam planlamasına, mesleki düzenlemelerden akademik yapıların sorunlarına kadar çok katmanlı bir gündem ortaya konmuştur. Bilimsel, etik ve toplumsal değerlere bağlı bir mesleki yönelim oluşturmak amacıyla yürütülen bu tartışmalar, yalnızca meslektaşlarımızın değil, toplumun tamamının daha nitelikli, erişilebilir ve güvenilir ağız ve diş sağlığı hizmetine ulaşması için bir yol haritası sunmayı hedeflemiştir.

Özellikle 2002 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği sistematik olarak zayıflatılmış, Diş hekimliği de dâhil olmak üzere sağlık hizmetleri kâr odaklı bir yapıya dönüşmüştür. Bu ticarileşme eğilimi, serbest meslek anlayışını ve sağlık çalışanlarının özerkliğini aşındırmakta; halkın nitelikli ve eşit erişilebilir sağlık hizmeti hakkını tehdit etmektedir.

Ne yazık ki, siyasi iktidarın yıllardır sürdürdüğü bu piyasacı yaklaşım, toplumun en temel hakkı olan sağlığı metalaştırmış; koruyucu, önleyici ve kapsayıcı sağlık hizmetlerini geri plana itmiştir. Ankara Dişhekimleri Odası olarak biz, toplum sağlığını kamu sorumluluğu olarak görmekte ve tüm bireylerin nitelikli, erişilebilir ve kamusal ağız-diş sağlığı hizmetine ulaşmasını temel ilke olarak benimsemekteyiz. Piyasacı anlayışa karşı koruyucu hekimlik,



toplumcu sağlık politikası ve etik meslek pratiğini savunmaya devam edeceğiz. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerine ilişkin kararların sadece bakanlıklar ve bürokratik kurumlar aracılığıyla, meslek örgütlerinin görüşü alınmadan şekillendirilmesini kabul etmiyoruz. Yönetmelik ve politika üretim süreçlerinin doğrudan sahada çalışan hekimlerin deneyimi ve örgütlü meslek yapılarını içermesi gerekir. Ankara Dışhekimleri Odası olarak biz, mesleki bilgimizi yalnızca akademik değil, toplumsal sorumlulukla da harmanlıyor, ticari kaygılarla değil, sahadaki gerçek ihtiyaçlara dayalı ve ortak akılla oluşturulmuş politikaların savunuculuğunu yapıyoruz. Sağlık hizmeti yönetimi; tepeden inmeci değil, birlikte düşünme ve birlikte karar alma anlayışıyla şekillenmelidir. Çalıştaya katılan tüm değerli konuşmacılara, masa çalışmalarına özveriyle katkı sunan meslektaşlarımıza, bilim insanlarına ve süreci emekle yürüten herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalıştayın çıktılarının sadece bir rapor değil, mesleğimizin yol haritası olması dileğiyle...

Serkan ER

Ankara Dışhekimleri Odası
Yönetim Kurulu Başkanı





ÇALIŞMA GRUBU - 1 EĞİTİM VE MESLEKİ GELİŞİM

Prof. Dr. S. Burçak ÇEHRELİ

Sorumlu ADO Y.K. Üyesi - ADO Eğitim ve Bilimsel Danışma Komisyonu Başkanı

Dr. Diş Hekimi Elif PEKER

Sorumlu ADO Y.K. Üyesi - ADO Doktora ve Uzmanlık Öğrencileri Komisyonu Başkanı

Prof. Dr. Atilla S. ATAÇ

MODERATÖR - TDB Geçmiş Dönem Başkanı - Lokman Hekim Üniversitesi Dişhekimliği
Fakültesi - Pedodonti

Prof. Dr. Cansu ALPASLAN

DEPAD Yönetim Kurulu Üyesi - Gazi Üniversitesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi

Prof. Dr. Murat AKKAYA

TDB Geçmiş Dönem Başkanı ve TUK Geçmiş Dönem Üyesi -
Lokman Hekim Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi - Periodontoloji

Nur Çağ BUYURGAN

ADO Öğrenci Kolu Genel Sekreteri

Av. Semra DEMİR

ADO Hukuk Müşavirliği

Prof. Dr. Gülriz ERİŞGEN

TTB Geçmiş Dönem Merkez Konsey Üyesi - TOBB ETÜ - Fizyoloji

Doç. Dr. Sühan GÜRBÜZ

Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi - Periodontoloji

Dr. Diş Hekimi F. Serhat ÖZSOY

ADO Geçmiş Dönem Başkanı

Prof. Dr. Figen ÇİZMECİ ŞENEL

TÜSKA Başkanı - Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi

Dr. Diş Hekimi İlnur TUNCER

TBMM Diş Hekimi

DİŞ HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ VE MESLEKİ GELİŞİM

GİRİŞ

Dış hekimliği eğitimi, günümüzde hem içerik hem de yapısal açıdan köklü bir dönüşüm sürecindedir. Bu dönüşüm; bilimsel ve teknolojik gelişmeler, sağlık politikalarındaki değişimler, demografik dinamikler, hastalık profillerindeki farklılıklar ve hizmet sunum modellerindeki dönüşümlerle doğrudan ilişkilidir. Türkiye'nin ihtiyacı, nicelikten çok nitelikli, bilimsel donanıma sahip dış hekimleridir. Sayısal artış tek başına sorunları çözmektedir; özellikle yüksek sorumluluk gerektiren mesleklerde niceliksel büyüme niteliksel zayıflama ile birlikte ilerlediğinde toplum sağlığı olumsuz etkilenmektedir.

Bugünün gereksinimlerini karşılayabilecek ve geleceğin belirsizliklerine uyum sağlayacak yetkinlikte dış hekimlerinin yetiştirilmesi; eğitimciler ve kurumlar açısından giderek daha karmaşık bir sorumluluk haline gelmiştir. Fiziki ve akademik yeterlilik gözetilmeksizin açılan fakülteler, eğitim kalitesini zayıflatmakta ve hem öğrenci hem de eğitimciler üzerinde baskı yaratmaktadır. Bu sorunlar, eğitimin kalitesi ile birlikte mesleğin itibarı ve geleceğini doğrudan etkilemektedir. Genç dış hekimlerinin mesleki belirsizlikler nedeniyle yurt dışına göç eğilimi artmakta, nitelikli meslektaşlarımız başka ülkelere yönelmektedir.

Oysa yapılması gereken, mevcut insan kaynağına sahip çıkmak; onları şiddet, güvencesizlik ve değersizleştirmeden korumak; özlük haklarını, çalışma koşullarını ve mesleki tatminlerini güçlendirmektir. Bu nedenle Ankara Dışhekimleri Odası tarafından düzenlenen "Dışhekimliği: Eğitimden Sahaya, Geleceği İnşa Etmek" başlıklı çalıştayın Eğitim Masası, mesleğin geleceğini tehdit eden bu çok katmanlı yapıyı analiz etmiş, güncel durumu tespit etmiş ve çözüm yolları geliştirmeyi amaçlamıştır. Bu rapor, günümüz ihtiyaçlarının ötesinde, geleceğin nitelikli, donanımlı ve problem çözme yeteneği yüksek dış hekimlerini yetiştirmeye yönelik somut bir yol haritası sunmayı hedeflemektedir.

1. Lisans Eğitimi

1.1 Geçmişten Günümüze Türkiye'de Dış Hekimliği Eğitimi:

Kurumsallaşma, Gelişim ve Güncel Sorunlar Osmanlı'dan Cumhuriyete: Kurumsallaşmanın ilk adımları (1908'e kadar) Osmanlı İmparatorluğu döneminde dış hekimliği, akademik temelden ziyade zanaat esasına dayanan bir alan olarak varlık göstermiştir. Eğitim sistemine dahil edilmeyen dışçılık, usta-çırak ilişkisi



çerçevesinde sürdürülmüş ve bu durum, "ehliyetli dişçi" kavramının halk sağlığı açısından ciddi riskler taşımasına neden olmuştur. Tıp eğitimi içinde yer almayan bu alan, ancak 19. yüzyılın sonlarına doğru Batı'daki gelişmelerin etkisiyle gündeme gelmiş ve tartışılmaya başlanmıştır. 1908 yılında İstanbul Darülfünun Tıp Fakültesi bünyesinde kurulan "Dişçi Mekteb-i Âlisi" ile Türkiye'de modern anlamda diş hekimliği eğitimi resmîyet kazanmıştır. Avrupa'daki örnekler temel alınarak yapılandırılan bu kurum, ilk mezunlarını 1911 yılında vermiştir. Diş hekimliği, bu süreçle birlikte tıptan ayrı bir uzmanlık alanı olarak tanınmış; temel tıp derslerinin (anatomi, fizyoloji, cerrahi) yanı sıra, protez, endodonti ve periodontoloji gibi mesleki branş dersleriyle desteklenen bir eğitim programı benimsenmiştir.

1933 Üniversite Reformu ve Fakülteleşme Süreci

1933 Üniversite Reformu ile diş hekimliği eğitimi daha kurumsal bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu reformla birlikte Dişçi Mektebi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı bir yüksekokul haline getirilmiş; 1964 yılında ise bağımsız bir Diş Hekimliği Fakültesi olarak yeniden yapılandırılmıştır. Bu gelişmenin ardından, İstanbul'un yanı sıra Ankara ve Ege üniversitelerinde de diş hekimliği fakülteleri açılmıştır. Eğitim süresi başlangıçta dört yıl olarak belirlenmiş, 1973 yılında ise beş yıla çıkarılmıştır.

Yaygınlaşma ve Niceliksel Büyüme (1980–2000)

1980'li yıllarla birlikte Türkiye'de diş hekimliği eğitimi hızla yaygınlaşmıştır. 1981 yılında çıkarılan 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ile yükseköğretim merkezi denetim altına alınmış, ancak fakülte açılışları planlamadan ziyade siyasi ve yerel talepler doğrultusunda gerçekleşmeye başlamıştır. Bu süreçte mesleki yeterlilik, akademik kadro eksiklikleri ve altyapı yetersizlikleri gibi yapısal sorunlar ortaya çıkmış olmakla birlikte, diş hekimliği eğitimi hâlen prestijli bir alan olarak algılanmaya devam etmiştir.

2000 Sonrası: Patlama, Kalite Sorunları ve Standart Arayışı

Fakülte Sayıları ve Kontenjanlar

2023 yılı itibarıyla Türkiye'de toplam 105 diş hekimliği fakültesi bulunmakta; bunların 97'si aktif öğrenci kabul etmektedir. Aktif fakültelerin 68'i devlet, 25'i vakıf üniversitelerindendir. Fakülte kontenjanlarında son yıllarda dramatik bir artış yaşanmış; toplam kontenjan 12.965'e ulaşmıştır (devlet üniversiteleri: 11.254; vakıf üniversiteleri: 1.711), bu da 2017'ye kıyasla yaklaşık %189'luk bir artış anlamına gelmektedir.

Ancak akademik kadro artışı bu ivmeyi yakalayamamış, profesör sayısındaki artış sadece %3,77 düzeyinde kalmıştır ve 14 fakültede hiç profesör bulunmamaktadır. Kontenjanlardaki kontrolsüz artış, işsizlik enflasyonu olarak tanımlanabilecek bir tabloyu beraberinde getirmiştir. Mezunların istihdam sorunları kaçınılmaz hale gelirken, bu durum sağlık hizmetlerinde kalite düşüşüne ve sürdürülebilirliğin zedelenmesine yol açmaktadır. Ayrıca yeterince eğitim alamamış diş hekimlerinin mesleki uygulamalara katılması, toplumun ağız ve diş sağlığı üzerinde olumsuz etkiler doğurmaktadır.

Bu sorunlara ilişkin olarak kamuoyunda ve akademik çevrelerde oluşan tepkiler, meslek örgütlerinin ve uzmanlık derneklerinin ısrarlı çağrıları doğrultusunda Yükseköğretim Kurulu 2025 yılı itibarıyla kontenjanlarda önemli ölçüde azaltıma gitmiştir. Türkiye genelinde toplam kontenjan yaklaşık %25 oranında düşürülmüş, bu oran bazı devlet üniversitelerinde %30'un üzerine çıkmıştır. Bu gelişme olumlu bir adım olmakla birlikte, yükseköğretimde nitelik krizini tek başına çözmeye yeterli değildir. Bu nedenle Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK), yeni fakülte açılışlarında eğitim kalitesini doğrudan etkileyen fiziki koşullar, teknik donanım ve öğretim kadrosuna ilişkin standartları açık, somut ve denetlenebilir ölçütlerle belirlemesi; bu standartların uygulanmasını titizlikle takip etmesi ve altyapısı yetersiz fakültelerin açılmasına izin vermemesi gerekmektedir. Diş hekimliği fakültelerinin açılış kriteri olarak, tıp fakültesi ile birlikte var olma zorunluluğu getirilmelidir. Mevcut durumda eğitime başlamamış fakültelerin kapatılması ve kontenjanların kademeli olarak ideal seviyeye çekilmesi zorunludur. Ayrıca fakülteye giriş barajının halen 80.000 olarak uygulanıyor olması, öğrenci niteliği açısından ciddi bir sınırlılık yaratmaktadır. Bu barajın 50.000'e çekilmesi yönündeki talebimiz güncelliğini korumakta olup, mesleğe daha uygun ve nitelikli öğrencilerin seçilmesi bakımından kritik önemdedir. Yabancı öğrenci kontenjanlarının sınırlandırılması ve bu öğrenciler için ayrı planlamalar yapılması da önem taşımaktadır. Her anabilim dalı için lisans ve lisansüstü eğitimde klinik, laboratuvar ve teorik ders yükleri belirlenmeli; buna göre eğitici sayısı ve niteliği saptanmalıdır.

Bu nedenle, Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK), yeni fakülte açılışlarında eğitim kalitesini doğrudan etkileyen fiziki koşullar, teknik donanım ve öğretim kadrosuna ilişkin standartları açık, somut ve denetlenebilir ölçütlerle belirlemesi; bu standartların uygulanmasını titizlikle takip etmesi ve altyapısı yetersiz fakültelerin açılmasına izin vermemesi gerekmektedir. Diş hekimliği fakültelerinin açılış kriteri olarak, tıp fakültesi ile birlikte var olma zorunluluğu getirilmelidir. Mevcut durumda eğitime başlamamış fakültelerin kapatılması ve kontenjanların kademeli olarak ideal seviyeye çekilmesi zorunludur. Ayrıca fakülteye giriş barajının ilk 50.000'e çekilmesi,



mesleğe daha uygun ve nitelikli öğrencilerin seçilmesini sağlayacaktır. Yabancı öğrenci kontenjanlarının sınırlandırılması ve bu öğrenciler için ayrı planlamalar yapılması da önem taşımaktadır. Her anabilim dalı için lisans ve lisansüstü eğitimde klinik, laboratuvar ve teorik ders yükleri belirlenmeli; buna göre eğitici sayısı ve niteliği saptanmalıdır.

1.2 Eğitim Müfredatı

Eğitim, bir toplumun gelişimini ve geleceğini şekillendiren en temel dinamiklerden biridir. Özellikle sağlık alanında, bilimsel bilgi ve teknolojik yeniliklerin hızla değiştiği günümüzde, dış hekimliği eğitiminde ortak ve standart bir çerçevenin oluşturulması zorunlu hale gelmiştir. Ulusal düzeyde mezuniyet sonrası asgari bilgi ve beceri standartlarının belirlenmemesi durumunda, her fakülte kendi akademik yaklaşımı ve altyapısına göre farklı eğitim programları geliştirmekte; bu da mezunlar arasında ciddi farklılıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca, uluslararası platformda eğitim içeriklerinin karşılaştırılması ve kalite güvencesinin sağlanması da güçleşmektedir.

Türkiye’de yükseköğretim sistemi, 2001 yılından itibaren Avrupa Yükseköğretim Alanı’nın bir parçası olarak Bologna Süreci’ne dâhil edilmiştir. Bu kapsamda üniversitelerde eğitim yapısı daha şeffaf, karşılaştırılabilir ve öğrenci merkezli bir formata kavuşturulmuş; lisans, yüksek lisans ve doktora olmak üzere üç aşamalı derece sistemi benimsenmiştir. Bologna ilkeleri doğrultusunda AKTS (Avrupa Kredi Transfer Sistemi) uygulamaya sokulmuş, diploma eki yaygınlaştırılmış ve ulusal yeterlilikler çerçevesinde programların öğrenme çıktılarına yönelik tanımlamalar yapılmıştır. Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi (TYYÇ), hem kurumsal kalite güvencesi hem de uluslararası tanınırlık açısından temel bir referans noktası olarak konumlandırılmıştır.

Dış hekimliği eğitimi ise, genel yükseköğretim yapısının yanı sıra, Avrupa Dış Hekimliği Eğitimi Derneği (ADEE) tarafından belirlenen ilke ve standartlarla da uyumlu hale getirilmeye çalışılmaktadır. ADEE’nin “Avrupalı Dış Hekiminin Profili ve Yeterlilikleri” adlı belgesi, dış hekimliği eğitiminin bilgi, beceri ve tutum bileşenlerini bütünsel bir yaklaşımla yapılandırılmasını öngörmektedir. Bu yaklaşım, etik sorumluluklardan hasta iletişimine, klinik uygulamalardan sürekli mesleki gelişime kadar geniş bir yetkinlik alanını kapsamaktadır. Türkiye’de geliştirilen Dış Hekimliği Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (DUÇEP) da hem Bologna ilkeleri hem de ADEE tarafından önerilen çekirdek yeterlilikler temelinde hazırlanmıştır. Bu standartlara göre yapılandırılan eğitim programları, mezuniyet sonrası tanınırlığı artırmakta,

uluslararası hareketlilik olanaklarını genişletmekte ve mesleki yeterliliklerin ölçülebilirliğini sağlamaktadır.

Ancak, bu uyumun sahada tam anlamıyla gerçekleşebilmesi için sadece müfredat bazında değil; tüm eğitim süreçlerinde kapsamlı ve nitelikli bir dönüşüm gerekmektedir. Fakültelerin fiziksel ve akademik altyapılarının güçlendirilmesi, eğitimde çıktı temelli yaklaşımın benimsenmesi, öğretim üyelerinin eğitim yeterliliklerinin artırılması ve kalite güvencesi kültürünün kurumsallaştırılması bu süreçte kritik öneme sahiptir. ADEE standartları ile Bologna ilkeleri, birbirini tamamlayan ve geleceğin dış hekimini hem ulusal hem de uluslararası düzeyde donanımlı hale getirmeyi hedefleyen yapılardır. Bu doğrultuda Türkiye'deki dış hekimliği fakülteleri Avrupa yükseköğretim alanı ile entegrasyon yönünde önemli adımlar atmakla birlikte, bu adımların kalıcı ve etkili sonuçlar doğurması yalnızca yasal ve idari düzenlemelerle değil, aynı zamanda eğitim anlayışında köklü reformlarla mümkün olabilmektedir.

Bu nedenle dış hekimliği fakültelerinde eğitim programlarının, Türkiye Yükseköğretim Temel Yeterlilikler Çerçevesi (TYYÇ) ile uyumlu, ulusal çekirdek bir yapı temelinde hazırlanması zorunludur. DUÇEP, bu bağlamda yalnızca içerik uyumunu sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda eğitimde kalite güvencesi ve akreditasyon süreçlerinin de temel bileşenlerinden biri olmalıdır. DUÇEP'e uygunluk, fakülteler arasında eğitim farklılıklarını azaltmak, program çıktılarını ölçülebilir kılmak ve mezuniyet yeterliliklerinde eşdeğerlik sağlamak adına kritik bir adımdır

Dış hekimliği lisans eğitiminde kullanılan müfredat, günümüz ihtiyaçlarına göre revize edilmeli; DUÇEP (Dış Hekimliği Ulusal Çekirdek Eğitim Programı) doğrultusunda ADEE (Avrupa Dış Hekimliği Eğitimi Derneği) standartlarına uygun, yeterlilik odaklı biçimde güncellenmelidir. Eğitimde kalite güvence sistemi mutlaka uygulanmalı; YÖKAK (Yükseköğretim Kalite Kurulu) ve DEPAD (Dış Hekimliği Eğitim Programları Akreditasyon Derneği) standartları zorunlu hale getirilmelidir. Ancak uzmanlık eğitimine alan açma gerekçesiyle lisans çekirdek eğitiminden içerik azaltımı eğilimleri gözlenmekte olup, bu durum mezunların genel dış hekimliği pratiğinde ihtiyaç duydukları bilgi ve beceri düzeyini tehdit etmektedir. Uzmanlık zorunluluğu dayatması, her dış hekiminin uzman olmak zorunda olduğu yanılsamasını yaratmakta; bu da mesleki çeşitliliği ve genel pratik yeterliliği olumsuz etkileyebilmektedir. Oysa amaç, her mezunun genel pratikte yeterli, yetkin ve nitelikli olmasıdır.

Lisans öğrencilerinin klinik eğitiminde kaliteli işlemleri yapabilecekleri ve gerekli yetkinliği kazanabilecekleri işlem sayıları belirlenmeli; standardize edilmiş baraj



sistemleri oluşturulmalıdır. Bu işlem kotalarının sağlanabilmesi için fakültelerin SGK anlaşmaları ile stajyer dış hekimliği öğrencilerinin hasta görebilmeleri mümkün kılınmalıdır. Uzmanlık eğitiminde olduğu gibi, fakültelerin verdikleri lisans eğitiminin kalitesi düzenli aralıklarla denetlenmeli; yetersiz fakültelerde öğrenci alımı ve eğitim durdurulmalıdır.

Temel tıp dersleri ilk yıllarda tıp fakülteleriyle ortak yürütülmeli; klinik eğitimlerde Sağlık Bakanlığı verilerine dayalı standardize baraj sistemleri uygulanmalıdır. Klinik eğitimlerin değerlendirme yöntemleri uluslararası standartlara uygun hale getirilmelidir. Ayrıca, müfredata davranış bilimleri, hukuk, etik, muhasebe ve ekonomi alanlarında derslerin %20 oranında entegre edilmesi eğitimin kapsamını genişletecektir. Klinik bilimlere geçişte, staj yeterlilik sınavlarının anabilim dallarınca uygulanması; öğrencilerin pratik alana geçmeden önce yeterliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yaygınlaştırılmalıdır.

1.3 Eğiticilerin Yeterliliği

Akademik Kadro Yapısı

Türkiye’de dış hekimliği fakültelerinde öğretim üyesi sayısı, fakülte ve öğrenci sayısındaki hızlı artışa paralel olarak yeterince artmamıştır. 2023 itibarıyla 100’den fazla dış hekimliği fakültesi bulunmasına rağmen, bazı fakültelerde hiç profesör ya da doçent bulunmamaktadır. 2022 verilerine göre, Türkiye genelindeki dış hekimliği fakültelerinde görev yapan öğretim üyesi sayısı 2.599’dur; bu sayı mevcut öğrenci kontenjanlarına göre yetersiz kalmaktadır. Asistanlar ve genç araştırma görevlileri ise, yetersiz akademik destekle bazen tek başlarına preklinik veya klinik eğitim vermek durumunda kalmaktadır.

Eğiticilerin eğitim formasyonu olmadan da ders vermeleri mümkün olmakla birlikte, yükseköğretim sisteminde eğiticilerin eğitimi zorunlu değildir. Bu durum, özellikle klinik eğitimde etkinlik, iletişim, geri bildirim, değerlendirme ve etik davranışlar açısından çeşitli sorunlar doğurmaktadır. Bazı üniversiteler, özellikle köklü ve tıp fakültesi bulunanlar, öğretim üyelerine yönelik “eğiticilerin eğitimi” (training of trainers) programları düzenlemektedir. Bu programlar genellikle yetişkin eğitimi ilkeleri, etkili sunum ve iletişim, ölçme-değerlendirme, çatışma yönetimi ve eğitim etiği gibi konuları içermektedir; ancak çoğunlukla tüm öğretim üyelerini kapsamaz ve sürekliliği sınırlıdır.

Dış hekimliği fakültelerinde, eğiticilere yönelik klinik eğitim, preklinik laboratuvar eğitimi ve hasta ilişkileri gibi mesleğe özgü modüller içeren sistematik eğitimler

oldukça sınırlıdır. Ulusal düzeyde ortak bir model bulunmamaktadır. Klinik ortamda öğretim, etik karar verme, mesleki rol model olma ve zor öğrenci/hasta yönetimi gibi özgün durumlar çoğunlukla göz ardı edilmektedir.

Akademisyen olmak için YÖKDİL/YDS (Yükseköğretim Kurumları/Yabancı Dil Sınavı) gibi dil sınavlarından en az 55 puan alma zorunluluğu vardır (doçentlik için daha yüksek puan istenir). Ancak bu sınavlar genellikle okuma ağırlıklıdır, konuşma ve yazma becerisi yeterince değerlendirilmemektedir. Bu nedenle, birçok akademisyen uluslararası yayınları takip edebilmekle birlikte, eğitimde yabancı dil kullanma düzeyinde değildir. Türkiye’de dış hekimliği eğitimi genellikle Türkçe olup, İngilizce eğitim veren fakültelerin sayısı çok azdır. Bu durum, hem öğrencilerin hem de eğiticilerin uluslararası kaynaklara erişim ve yayın yapma kapasitelerini sınırlandırmaktadır.

Bu bağlamda öğretim üyeliği için merkezi ve bağımsız kuruluşlarca belirlenen standart kriterler geliştirilmelidir. Atamalar; akademik puan, yayın sayısı ve niteliği ile uluslararası düzeyde geçerli bir yabancı dil sınavı gibi objektif ölçütlere dayanmalıdır.

Yurt dışındaki uygulamalarda, özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde, dış hekimliği fakültelerinde öğretim üyelerinin akademik ve klinik kariyer yolları belirgin bir şekilde ayrıştırılmıştır. Klinik eğiticiler, fakülteler tarafından tam veya yarı zamanlı olarak eğitimde kullanılır. Bu model, öğrencilerin farklı eğiticilerden yararlanmasını sağlar. Akademisyenlerin araştırma performansları, yayınları ve eğitim faaliyetleri düzenli olarak ölçülür; akademik ilerleme kalite kontrol mekanizmalarıyla desteklenir. Avrupa ülkelerinde de öğretim üyelerinin yetkinlikleri düzenli değerlendirmeye tabi tutulmakta ve böylece eğitim kalitesi korunmaktadır.

Türkiye’de dış hekimliği eğitiminde yetkinliği artırmak amacıyla;

- Ulusal düzeyde standart “eğiticilerin eğitimi” modülleri oluşturulmalı,
- Klinik öğretime özel içerikler (hasta başı eğitim, sınav yapma, etik karar verme) geliştirilmeli,
- Eğiticiler için sürekli mesleki gelişim zorunlu hale getirilmeli,
- Akreditasyon süreçlerinde eğitici yeterlilikleri kriter olarak dikkate alınmalı,
- Akademik lokomotif kadroların yanı sıra klinik yetkinliği ön planda olan ve bunu bilimle destekleyerek aktarabilen çeşitlendirilmiş kadrolar bulunmalıdır. Akademisyen açığını gidermek için büyük üniversitelerdeki deneyimli öğretim



üyeleri, kadro açığı olan fakültelere yönlendirilmeli; akademik yaşam klinik eğitici ve araştırmacı gibi farklı istihdam modelleriyle desteklenerek cazip hale getirilmelidir.

- Eğiticilerin eğitimi sürecinde, mobbing (psikolojik yıldırma) olgusu da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kapsamda, ilgili bölgedeki dış hekim odaları ile fakülte dekanlar konseyi etkin bir rol üstlenmeli; üniversite rektörlükleri bünyesinde mobbing ile mücadele ofisleri kurulmalı ve Türk Dışhekimleri Birliği, bu konuda farkındalık oluşturacak bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yürütmelidir.

1.4 Sürekli Eğitim

Türkiye’de Dış hekimliği lisansı ömür boyu geçerlidir ve mezun olduktan sonra meslek içi eğitime katılma zorunluluğu bulunmamaktadır. 1219 sayılı kanun ve Türk Dışhekimleri Birliği mevzuatları, SDE’yi (Sürekli Dış Hekimliği Eğitimi) zorunlu hale getirecek düzenlemeleri içermemektedir. YÖK (Yükseköğretim Kurulu), Sağlık Bakanlığı ve Türk Dışhekimleri Birliği arasında görev, yetki ve sınırlar net olarak tanımlanmadığından merkezi bir denetim ve yönlendirme yapılamamaktadır. SDE (Sürekli Dış Hekimliği Eğitimi) henüz yasal bir çerçevede yapılandırılmamıştır.

Avrupa ülkelerinde uygulanan, kredilendirme sistemiyle desteklenen ve zorunlu hale getirilen modellerin benimsenmesi gerekmektedir. Örneğin Almanya’da mezuniyet öncesi uygulanan resmi “Staatsexamen” sınavları gibi yeterlilik sınavları bulunmaktadır. Ayrıca, sürekli mesleki gelişim zorunlu tutulmakta ve akreditasyon süreçleriyle desteklenmektedir. Belçika’da dış hekimlerinin 6 yılda en az 60 saat mesleki eğitim alması zorunludur.

Türkiye’de SDE (Sürekli Dış Hekimliği Eğitimi) uygulamalarının hayata geçirilmesi, eğitim kalitesi ve hasta güvenliği açısından kritik öneme sahiptir. Böylece dış hekimleri mesleki gelişimlerini sürekli ve güncel tutabilir; bilimsel gelişmeleri takip ederek çağdaş ve kanıta dayalı uygulamalarla hizmet sunabilir. Ayrıca farklı kurum ve bölgelerde hizmet veren hekimler arasında uygulama birliği sağlanır; hasta güvenliği artar, sürekli öğrenme kültürü gelişir; hekimlerin özgüveni, karar verme becerileri ve etik duruşu güçlenir; güncel bilgi ve tekniklerle donanmış hekimler daha etkili koruyucu ve tedavi edici hizmetler sunar. Tüm hekimlerin aynı gelişim çerçevesine tabi olması, kalite denetimini ve mesleki izlemeyi kolaylaştırır; bilimsel temele dayanan uygulamalar ise etik dışı veya gereksiz müdahalelerin önüne geçer.

Dış hekimliğinde kurslara olan talep, temel eğitimin eksikliğiyle ilişkilidir. Kurs içerikleri Türk Dışhekimleri Birliği ve üniversitelerle iş birliği içinde ulusal ve kanıta dayalı tıp çerçevesinde oluşturulmalı; eğitici yeterlilikleri belirlenmiş akademik/ klinik deneyim ölçütlerine göre denetlenmeli ve standardize edilmelidir. Katılımcı değerlendirme ve başarı ölçütleri sadece "katılım"a değil, öğrenme çıktıları temelinde şekillenmelidir.

Kursların geçerliliği resmiyet kazanmalı; SDE niteliğinde kurs programları Sağlık Bakanlığı, YÖK, meslek örgütleri ve uzmanlık dernekleri eşgüdümünde bağımsız bir sürekli mesleki gelişim akreditasyon kurulu (örneğin Türk Dışhekimleri Birliği çatısı altında) tarafından değerlendirilip zorunlu hale getirilmelidir. Bu kurul her eğitimi bilimsel içerik, süresi ve çıktıları doğrultusunda puanlandırmalı; hekimler bu puanları belirli periyotlarda toplayarak lisans yenileme veya mesleki ilerleme süreçlerinde kullanmalıdır.

Bir diğer öneri ise SDE kredilendirme yoluyla, dış hekimliğinin gelişmekte olan alanlarında üniversitelerle iş birliği içinde modüler (belgelendirilen) eğitim programları geliştirilmesidir. Teorik, pratik ve değerlendirme sistemine dayalı bu belgeler, sertifikalardan daha güvenilir ve geçerli olacaktır.

Dış hekimleri, mesleki bilgi ve teknolojik gelişmelerin takibinde önemli rol oynayan yurt dışı bilimsel kongre ve fuarlara katılımda vize engelleriyle karşılaşmaktadır. Bu nedenle "hususî damgalı pasaport" hakkı talep etmekte olup, ilgili konuda girişimlerde bulunularak yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

2. LİSANSÜSTÜ EĞİTİM

ABD ve Avrupa'daki lisansüstü eğitim modelleri genellikle uzun süreli olup, araştırma ve klinik uygulamayı bütünleştiren bir yapıya sahiptir. Bu sistemlerde uzmanlık alanları belirli sınırlar ve yetkinlik tanımlarıyla net biçimde ayrılmışken, doktora (PhD) eğitimi ise akademik kariyerin temel bir gerekliliği olarak kabul edilmektedir.

2.1 Uzmanlık Eğitimi

Türkiye'de dış hekimliği alanında uzmanlık eğitimi, uzun süre sistematik bir yapıya kavuşturulamamış; meslek içi uygulamalar ve akademik yollarla sürdürülen bir süreç olmuştur. 2011 öncesinde Dış hekimleri, uzmanlaşmak için yüksek lisans ve doktora programlarına yönelmiş, ağız, diş ve çene cerrahisi, ortodonti, pedodonti gibi alanlarda uzmanlık benzeri bilgi ve beceriler edinmişlerdir. Ancak bu süreç,



Sağlık Bakanlığı tarafından klinik uzmanlık olarak tanınmamış; doktora mezunu diş hekimleri Sağlık Bakanlığı kadrolarında yalnızca akademik unvan sahibi olarak kabul edilmiştir.

2011 öncesinde üniversitelerde uzmanlık alanlarında doktora programları yaygınlaşmış olmakla birlikte, diş hekimliği mesleği içerisinde bu durum önemli tartışmalara yol açmıştır. Akademik kariyer odaklı doktora eğitimi, sahada çalışan klinisyenler için yeterli bir uzmanlık tanımı olmamış; ayrıca, üniversite eğitimleri esnasında özlük hakları sağlamamıştır. Bu durum, diş hekimliğinde klinik uzmanlık eğitiminin yasal bir çerçeveye kavuşması gerekliliğini görünür kılmıştır.

Bu doğrultuda, 26 Nisan 2011 tarihli ve 6225 sayılı Kanun ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da yapılan değişiklik, diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur. Yapılan düzenlemeyle birlikte uzmanlık alanları resmî olarak tanımlanmış, uzmanlık eğitiminin yürütülmesi Sağlık Bakanlığının yetki alanına bırakılmış ve merkezi sınav sistemi olan Diş Hekimliği Uzmanlık Sınavı (DUS) uygulanmaya başlanmıştır. İlk DUS, 2012 yılında gerçekleştirilmiş; böylece diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi de tıpta olduğu gibi merkezi ve kontenjanlı bir yapıya kavuşturulmuştur.

2011 yılında yayımlanan Diş hekimliği Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ile başlangıçta beş uzmanlık alanı tanımlanmış; bunlar ağız, diş ve çene cerrahisi, ortodonti, periodontoloji, endodonti ve protetik diş tedavisidir. Daha sonra pedodonti, restoratif diş tedavisi ve ağız diş çene radyolojisi alanları da listeye eklenmiştir. Uzmanlık eğitimi Sağlık Bakanlığı ve Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) koordinasyonunda yürütülmekte olup, kontenjanlar ve eğitim kurumları her yıl güncellenmektedir.

Ancak yasal zemine kavuşan uzmanlık eğitimi, önemli sorunları da beraberinde getirmiştir. En belirgin sorun, üniversitelerde yürütülen doktora programları ile DUS'a dayalı uzmanlık eğitimi arasında ciddi bir ayrışmanın bulunmasıdır. Her iki program aynı alanlarda eğitim verse de, biri Yükseköğretim Kurulu (YÖK), diğeri Sağlık Bakanlığı yetkisi altındadır. Bu durum, aynı işi yapan ancak farklı statülere sahip iki mezun grubu oluşturmakta; yetki, unvan, kariyer planlaması ve maaş hakları açısından belirsizlikler doğurmaktadır. Bazı üniversiteler sadece doktora programı yürütürken, bazıları hem doktora hem de Diş Hekimliği Uzmanlık Sınavı (DUS) kontenjanı ile öğrenci almaktadır. Bu yapısal belirsizlikler eğitimin niteliğini, öğretim üyeleri ve kaynaklar ile klinik rotasyonların dağılımını da olumsuz etkilemektedir.

Günümüzde diş hekimliği uzmanlık eğitimi yasal bir statüye sahip olmakla birlikte, akademik sistemle entegrasyonu sağlanamamış ve uzmanlık ile doktora eğitimi

arasında net sınırlar çizilememiştir. Bu nedenle meslek örgütleri, dekanlar konseyi ve üniversiteler, uzmanlık ve doktora eğitimlerinin ya birleştirilmesi ya da karşılıklı tanınırlığa kavuşturulması yönünde çözüm arayışındadır.

Özetle, Türkiye’de dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi 2011’den itibaren yasal bir statü kazanmış ancak uygulamada hâlâ kurumsal eşgüdüm ve kalite güvencesi açısından tamamlanmamış bir süreçtir. Bu alanın sağlıklı gelişimi için Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Türk Dışhekimleri Birliği arasında açık, bütüncül ve planlı bir iş birliği gerekmektedir.

2023 yılı itibarıyla Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (DUS) kontenjanları 1.200’e ulaşmıştır. Kontrolsüz biçimde artan uzmanlık alanları sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmakta ve malpraktis risklerini yükseltmektedir. Her yeni uzmanlık alanı; ayrı bir eğitim süreci, altyapı, öğretim kadrosu ve mevzuat gerektirir. Bu durum hem kamu hem de üniversite kaynakları için önemli bir yük oluşturmaktadır.

Örneğin, yeni bir uzmanlık alanı açıldığında klinik uygulama birimleri kurulmalı, uzman eğiticiler atanmalı ve müfredat hazırlanmalıdır. Bu süreç planlı ve ihtiyaca dayalı yürütülmediğinde kaynak israfına ve hizmetlerde parçalanmaya yol açmaktadır. Artan uzmanlık sayısı, hastanın tedavi sürecine birden fazla branşın müdahil olmasına, dolayısıyla tedavi sürecinin uzamasına, hastane içi sevklerin artmasına ve gereksiz tetkik ile işlemlere neden olmaktadır. Ayrıca bu çok branşlı yaklaşım hastanın takip ve sorumluluk zincirini belirsizleştirerek tıbbi hataların örtülmesine zemin hazırlayabilir.

Uzmanlık alanları, ülkenin gerçek sağlık ihtiyaçları ve hizmet dağılımına göre nesnel anketler ve verilerle planlanmalıdır. Kontrolsüz uzmanlık artışı insan gücü planlamasını bozmakta; belli branşlarda arz fazlası yaratırken, diğer kritik alanlarda hekim eksikliğine yol açmaktadır. Bu dengesizlik, sistemin maliyet etkinliğini ve hizmet kalitesini düşürür.

Kısaca, ihtiyaç analizi yapılmadan artırılan uzmanlık alanları sağlık hizmetlerinde parçalanma, yetki karmaşası, mali yük ve tedavi güvenliğinde risk oluşturur. Bu nedenle uzmanlık alanları belirlenirken epidemiyolojik ihtiyaç, insan gücü projeksiyonu, hizmet organizasyonu ve etik sorumluluklar birlikte ele alınmalıdır.

Tıpta ve Dış hekimliğinde Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Komisyonu (TUKMOS), uzmanlık eğitimi için hazırladığı müfredatlarda; ilgili uzmanlık alanlarının klinik uygulama yetki ve sorumluluklarının kısıtlanmaması, ulusal düzeyde standart



baraj sistemlerinin oluşturulması ve bağımsız kurullar tarafından denetlenmesi önerilmektedir. Ayrıca, DUS (Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı) ile uzmanlık yapan hekimlerin akademik yükselme yolları belirlenmeli, uzmanlık eğitimlerinde eğiticilerin yeterlilikleri düzenli olarak denetlenmeli, iki yıllık eğitici eğitimi, bütünlük doktora ve yabancı dil yeterlilikleri gibi kriterler uygulanmalıdır. Uzmanlık dernekleri arasında eşgüdüm sağlanmalı ve disiplinler arası işbirlikleri güçlendirilmelidir.

Dünyada bütüncül tıp yaklaşımı yaygınlaşırken, ülkemizde oluşturulan uzmanlık alanları yeniden gözden geçirilmeli; bütüncül yaklaşım lisans eğitimi ve Sürekli Dış Hekimliği Eğitimi'nde de öne çıkarılmalıdır.

2.2 Doktora Eğitimi

Dış hekimliğinde doktora eğitimi, YÖK ve üniversiteler bünyesindeki Sağlık Bilimleri Enstitüleri tarafından yürütülmektedir. Programlar Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'ne tabidir.

Doktora programının temel özellikleri şunlardır:

- En az 8 yarıyıllık (4 yıl) eğitim süresi,
- Ders aşaması, yeterlik sınavı, tez önerisi ve tez dönemi olmak üzere dört aşamalı yapı,
- Eğitim dili genellikle Türkçe olup, bazı üniversitelerde İngilizce de olabilir,
- Bitirme kriteri olarak araştırma tezi savunulması zorunludur.

Bu yapı, hem kuramsal derinlik hem de bilimsel araştırma yetkinliği kazandırmayı hedefler. Ancak klinik yeterlilik doğrudan amaçlanmaz; uygulamalı eğitim içeriği üniversiteden üniversiteye farklılık göstermektedir.

2011 yılında uygulamaya konulan DUS (Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı) sistemi, doktora ve uzmanlık arasında kurumsal ayrışmaya neden olmuştur. Aynı alanlarda hem doktora hem uzmanlık programları olmakla birlikte, mezuniyet sonrası yetki, görev tanımı ve mesleki statü açısından net sınırlar bulunmamaktadır. Bu durum hem mezunlar hem de kurumlar arasında yetki çatışmalarına ve kariyer planlama sorunlarına yol açmaktadır.

Doktora mezunları akademik unvan alırken, DUS mezunları doğrudan uzman olabilmektedir; ancak bu ikili yapı hukuki, etik ve idari karmaşaya neden olmaktadır. Fakültelerde uzmanlık yetkinlikleri tamamlandıkça doktora yerine uzmanlık programları üzerinden asistan alımına yönelim başlamıştır. Doktora ve DUS

mezunları akademik ilerleme imkânına sahipken, doktoralı öğretim üyeleri uzmanlık yapmadıkları için uzmanlık öğrencisi yetiştirememektedir. Bu durum, akademide doktoralı hekimlerin istihdamını zorlaştırmaktadır.

Uzmanlık sonrası doktora eğitimi ile akademik misyonu olan uzman klinisyen yetiştirilmesi sağlanabilir; böylece öğretim üyeliğinin temel görevlerinden biri olan uzmanlık öğrencisi yetiştirme engeli aşılabılır.

Diş hekimliği doktora programlarının içeriği uygulamalı klinik eğitim açısından standart değildir. Bazı üniversitelerde yoğun hasta pratiği sunulurken, bazılarında araştırma ağırlıklıdır; bu da mezunlar arasında yeterlilik farklarına yol açmaktadır.

Yeni açılan doktora programlarında profesör ve doçent sayısının yetersizliği eğitimin kalitesini düşürmektedir. Öğretim üyelerinin birden fazla alanda görev yapması da niteliği olumsuz etkiler.

Doktora ve uzmanlık programları arasında geçiş, denklik ve entegrasyon mekanizmaları geliştirilmelidir. Doktora programlarının çekirdek müfredatı klinik ve akademik yeterlilikleri kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.

Eğitimde kalite güvencesi için bağımsız akreditasyon süreçleri uygulanmalıdır. Yeni doktora alanları belirlenirken sadece bilimsel değil, toplumun ağız-diş sağlığı ihtiyaçları ve araştırma öncelikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Doktora programlarının klinik olmayan araştırma odaklı alanlarda (dental materyaller, ağız biyolojisi, ağız kanserleri, dijital diş hekimliği, ağız sağlığı epidemiyolojisi vb.) yoğunlaşması teşvik edilmelidir. Uluslararası modellerde doktora eğitimi araştırma odaklı olup akademik ilerleme için zorunludur. Türkiye’de de bu model benimsenmeli, bilimsel üretkenlik ve akademik kalite artırılmalıdır.

Doktora sınavlarının merkezi olarak denetlenebilirliği sağlanmalı; mezunların asgari standartlara göre sınavla değerlendirilmesi ve programların kamu kaynaklarıyla desteklenerek toplum yararına dönüştürülmesi planlanmalıdır.

3. BAĞIMSIZ EŞGÜDÜM VE DENETİM KURULU ÖNERİSİ

Türkiye’de diş hekimliği eğitimi düzenlemek ve denetlemek amacıyla bağımsız bir eşgüdüm ve denetim kuruluna ihtiyaç vardır. Bu kurulun bağımsız olması, eğitim politikalarının siyasi ve ekonomik etkilerden uzak, objektif ve bilimsel temelli yürütülmesini sağlar.



Mevcut Yükseköğretim Kurulu (YÖK) yapısı atamaya dayalı olup, rektör, dekan ve yöneticiler merkezi otorite tarafından belirlenmektedir. Bu durum, üniversitelerin bilimsel özerkliğini zayıflatmakta ve sağlıkta dönüşüm politikalarının sorgulanmadan uygulanmasına neden olmaktadır. Oysa üniversiteler sadece eğitim kurumları değil, aynı zamanda bilimin ve toplumsal yaşamın yol göstericisidir.

Bu nedenle yükseköğretimde bilimsel özerkliği ve katılımcı demokrasiyi esas alan, seçimle belirlenen Üniversitelerarası Kurul yapılanmasına geçilmesi kaçınılmazdır. Kurulun YÖK, ÜAK (Üniversitelerarası Kurul Başkanlığı), Sağlık Bakanlığı, akademik ve meslek örgütleri ile akreditasyon kuruluşları gibi paydaşlarla iş birliği içinde çalışması; farklı deneyim ve görüşlerden faydalanarak eğitim kalitesinin sürekli iyileştirilmesine katkı sağlaması önemlidir.

Bu yapı, Türkiye'de dış hekimliği eğitim standartlarının sürdürülebilirliği ve uluslararası standartlarla entegrasyonunu güvence altına alacak kritik bir mekanizma olacaktır.

SONUÇ

Dış hekimliği eğitimi, yalnızca bireysel bir mesleki formasyon olmanın ötesinde, toplum sağlığının, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin ve kamusal yararın doğrudan belirleyicisidir. Günümüzde hem lisans hem de lisansüstü düzeylerde; yükseköğretim politikalarındaki belirsizlikler, kurumsal denetimsizlik, sağlıkta insan gücü planlamasındaki yetersizlik ve nitelikli eğitici eksikliği gibi çok katmanlı yapısal sorunlarla karşı karşıyadır.

Bu çalıştayda ortaya konulan değerlendirmeler, Türkiye'de dış hekimliği eğitiminin artık sayı odaklı genişleme politikalarından uzaklaşarak, nitelik temelli, planlı ve bütüncül bir reforma ihtiyaç duyduğunu açıkça göstermiştir. Kontrolsüz artan fakülte sayısı ve öğrenci kontenjanları, akademik kadro yetersizliği ile eğitimin standardize edilmemesi, yalnızca mezuniyet sonrası mesleki yetersizliklere yol açmakla kalmayıp; toplumun ağız-dış sağlığına erişimini ve hasta güvenliğini de tehlikeye sokmaktadır

Dış hekimliği eğitiminde nicelikten ziyade niteliğe odaklanan kapsamlı ve bütüncül bir planlama zorunludur. Sunulan tüm öneriler, eğitim kalitesini artırarak mezunların mesleki yeterliliklerini güvence altına alacak; toplumun ağız ve dış sağlığı hizmetlerine erişimini iyileőtirecek ve Türkiye'nin uluslararası arenadaki saygınlığını yükseltecektir.

Ankara Dışhekimleri Odası tarafından düzenlenen bu çalıştay, sadece mevcut sorunları ortaya koymakla kalmayıp; Türkiye’de dış hekimliği eğitimine dair sürdürülebilir, çağdaş ve toplumsal faydayı esas alan bir yol haritası sunmuştur. Bu yol haritası, nitelikli, etik değerlere bağlı, bilimsel donanımı yüksek ve kamusal sorumluluk taşıyan dış hekimleri yetiştirme hedefinin önünü açacak güçlü bir adımdır.

Bu doğrultuda, eğitimi yalnızca bireysel başarı ile değil; toplumsal sorumlulukla da tanımlayan, nitelik temelli reform için tüm paydaşların aktif sorumluluk alması gerekmektedir.

ÖNERİLER

- Fakültelerin fiziksel ve akademik altyapıları güçlendirilmelidir. Eğitimde çıktı temelli yaklaşımlar benimsenerek, öğretim üyelerinin eğitim yeterlilikleri geliştirilmelidir. Kalite güvencesi kültürü kurumsallaştırılarak eğitim süreçlerinde nitelikli dönüşüm sağlanmalıdır.
- Dış Hekimliği Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (DUÇEP), Avrupa Dış Hekimliği Eğitimi Derneği (ADEE) standartlarına uygun ve yeterlilik odaklı olarak güncellenmelidir.
- Uzmanlık zorunluluğunun dayatılması, her dış hekiminin uzman olması gerektiği yanılsamasını yaratmakta; bu da mesleki çeşitlilik ve genel pratik yeterlilik açısından olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Her mezunun genel pratikte yeterli, yetkin ve nitelikli olması hedeflenmelidir.
- Ulusal düzeyde standart “eğiticilerin eğitimi” modülleri oluşturulmalı; klinik öğretime özel içerikler (hasta başı eğitim, sınav yapma, etik karar verme vb.) geliştirilmeli, eğiticiler için sürekli mesleki gelişim zorunlu hale getirilmeli ve akreditasyon süreçlerinde eğitici yeterlilikleri kriter olarak dikkate alınmalıdır.
- Büyük üniversitelerdeki deneyimli öğretim üyelerinin, kadro açığı bulunan fakültelele yönlendirilmesi teşvik edilmelidir. Akademik yaşam, klinik eğitici ve araştırmacı gibi farklı istihdam modelleriyle desteklenerek cazip hale getirilmelidir.
- Eğiticilerin eğitiminde mobbing konusu değerlendirilmelidir. Türk Dışhekimleri Birliği tarafından mobbing ile ilgili çalışmalar ve bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Sürekli Dış hekimliği Eğitimi (SDE) uygulamalarının Türkiye’de yaygınlaştırılması, eğitim kalitesi ve hasta güvenliği açısından önemlidir. Böylece dış hekimleri mesleki gelişimlerini sürekli ve güncel tutabilecektir.



- Kurs içerikleri, Türk Dişhekimleri Birliği ve üniversitelerle birlikte oluşturulan ulusal ve kanıta dayalı tıp çerçevesinde hazırlanmalı; eğitici yeterlilikleri belirlenmiş akademik ve klinik deneyim ölçütlerine göre denetlenmeli, standardize edilmelidir.
- SDE niteliğindeki kurs programları, Sağlık Bakanlığı, YÖK, meslek örgütleri ve uzmanlık dernekleri eşgüdümünde bağımsız bir sürekli mesleki gelişim akreditasyon kurulu (örneğin Türk Dişhekimleri Birliği çatısı altında bir yapı) tarafından değerlendirilmeli ve zorunlu hale getirilmelidir.
- Tıpta ve Diş hekimliğinde Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Komisyonu (TUKMOS), uzmanlık eğitiminde klinik uygulama yetki ve sorumluluklarının kısıtlanmaması; ulusal düzeyde standart baraj sisteminin oluşturulması ve bağımsız kurullar tarafından denetlenmesini önermektedir.
- DUS (Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı) ile uzmanlık yapan hekimlerin bilimsel gelişime açık akademik yükselme yolları belirlenmeli, uzmanlık eğitimlerinde eğiticilerin yeterlilikleri düzenli olarak denetlenmeli; iki yıllık eğitici eğitimi, bütünleşik doktora ve yabancı dil yeterlilikleri gibi kriterler uygulanmalıdır. Uzmanlık dernekleri arasında eşgüdüm sağlanmalı ve disiplinler arası işbirlikleri güçlendirilmelidir.
- Doktora programları, uzmanlık alanlarıyla örtüşen klinik dallarda üniversiteler tarafından açılmamalı; klinik olmayan araştırma odaklı alanlarda (dental materyaller, ağız biyolojisi, ağız kanserleri, ağız-diş sağlığı politikaları, dijital diş hekimliği, ağız sağlığı epidemiyolojisi, oral biyoloji, toplum sağlığı vb.) yoğunlaşması teşvik edilmelidir.
- Türkiye'de diş hekimliği eğitimi düzenlemek ve denetlemek üzere bağımsız bir eşgüdüm ve denetim kuruluna ihtiyaç vardır. Bu kurulun bağımsızlığı, eğitim politikalarının siyasi veya ekonomik etkilerden uzak, objektif ve bilimsel temelli olarak yürütülmesini sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Türk Dişhekimleri Birliği. Diş hekimliği Eğitimi ve İnsangücü (2023).
- "Artan kontenjanlar diş hekimliği eğitiminin niteliğini düşürüyor", Medimagazin (2023).
- Resmî Gazete. 6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (26 Nisan 2011, 27916 RG).
- Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK), Sağlık Bakanlığı: Diş hekimliği uzmanlık dallarının tanınması (2011).
- Council of European Chief Dental Officers (CECDO). (2012, April). Position Paper on Specialisation in Dentistry. <https://www.cecdo.org>
- Council of European Dentists (CED). (2023). Statement on Dental Specialties. Brussels: CED General Meeting, June 2023. <https://www.cedentists.eu>





ÇALIŞMA GRUBU – 2

MESLEKİ DÜZENLEMELER ve ÇALIŞMA KOŞULLARI

Diş Hekimi Dağhan ERBAZ

Sorumlu ADO Y.K. Üyesi - ADO Saymanı

Dr. Diş Hekimi Ahu Eser ESET

Sorumlu ADO Y.K. Üyesi - ADO Başkan Vekili

Dr. Diş Hekimi A.R. İlker CEBECİ

MODERATÖR - TDB Geçmiş Dönem Başkanı

Av. Hazal AKTEPE

ADO Hukuk Müşavirliği

Diş hekimisi Yasin Onur ANDAÇ

TABİPSEN

Prof. Dr. Emre BARIŞ

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi - Patoloji

Dr. Diş Hekimi Aktan Zeki ÇELİK

ADO Yönetim Kurulu Üyesi

Diş Hekimi Necat DİLAVER

KADHED Başkanı

Diş Hekimi Özgür ÖZ

Hekim Birliği Sendikası Genel Başkan Yardımcısı

Diş Hekimi Şimal ÖZTÜRK

Diş Hekimi Burak YANDIMATA

ADO Geçmiş Dönem Y.K. Üyesi

Doç. Dr. Cavit Işık YAVUZ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı

Dr. Diş Hekimi Banu YILDIRIM -

HEKİMSEN Ankara Şube Başkanı

Diş Hekimi Neslihan YILDIZ

TDB Geçmiş Dönem Genel Sekreteri

TÜRKİYE'DE DİŞ HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARI: DURUM VE ÖNERİLER

GİRİŞ

Hastalık Yüğü verilerine göre ağız hastalıkları, küresel anlamda en yaygın sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Tedavi edilmemiş diş çürükleri yaklaşık 2 milyar vaka ile en sık karşılaşılan ağız-diş sağlığı problemi olup, bunu 1 milyar vaka ile şiddetli periodontal hastalıklar takip etmektedir. Ayrıca 510 milyon tedavi edilmemiş süt dişi çürüğü ve 350 milyon tam dişsizlik vakası bulunmaktadır. Dünya genelinde ağız hastalıklarının toplam yaygınlığı, bulaşıcı olmayan diğer büyük hastalık gruplarının (zihinsel bozukluklar, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserler) toplamından yaklaşık 1 milyar kişi daha fazladır.

Ağız sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Ağız içindeki birçok belirti, sistemik hastalıkların erken habercisi olabilir. Düzenli diş hekimi kontrolleri sayesinde diyabet, lösemi, anemi, HIV, osteoporoz ve bazı kardiyovasküler hastalıklar gibi hastalıkların erken teşhisi mümkün olmaktadır. Örneğin diş eti kanamaları, ağız kuruluğu, tekrarlayan enfeksiyonlar veya iyileşmeyen yaralar gibi bulgular, altta yatan ciddi sağlık sorunlarının ilk göstergeleri olabilir. Bu erken teşhis, bireyin yaşam kalitesini artırırken, sağlık sistemine düşen maliyeti de azaltmaktadır. Sistemik hastalıkların ilerlemeden kontrol altına alınması, uzun süreli hastane yatışları ve karmaşık tedavi süreçlerini önleyerek sağlık harcamalarını düşürür. Bu durum, ülke ekonomisi üzerinde ciddi bir yükün hafiflemesini sağlar; zira koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, tedavi giderlerini azaltarak ekonomik verimlilik kazandırır.

Bu veriler, diş hekimlerinin toplum sağlığı için "ağız doktoru" rolünün önemini ortaya koymaktadır. Ancak Türkiye'de ve birçok ülkede ağız-diş sağlığının önemi yeterince kavranmamıştır. Yanlış sağlık politikaları ise bu sorunları çözmek yerine daha da artırmaktadır.

2002 yılında ilan edilen "Acil Eylem Planı" ile Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulanmaya başlamıştır. Hükümet tarafından başarı öyküsü olarak sunulan SDP, demokratik kitle örgütleri, sendikalar, sağlık hakkı savunucuları ve sağlık meslek örgütleri tarafından ise Dünya Bankası ve IMF'nin Türkiye'de uyguladığı neoliberal politikaların bir yansıması olarak değerlendirilmektedir. SDP, sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğini azaltıp piyasa temelli hale getirmeyi, vatandaşların bireysel sorumluluğunu artırmayı ve sağlık emek sürecini rekabet ve üretim artışı ekseninde



dönüştürmeyi amaçlamıştır. Bu yapı, ağız-diş sağlığı hizmetleri ve diş hekimlerinin çalışma koşullarında önemli değişiklikler yaratmıştır.

Bu rapor, diş hekimlerinin çalışma alanındaki değişimleri değerlendirmek ve çözüm önerileri sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

DİŞ HEKİMİ OLMAK

Madde 29¹ – (Değişik: 11/12/2010-6088/1 md.) Diş tabibi, dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile ilgili tüm mesleki faaliyetleri yürütmeye yetkilidir.

Türkiye’de diş hekimlerinin çalışma koşulları, 1219 sayılı Kanun’da tanımlanan mesleki görevleri etkin bir şekilde yerine getirebilmesi için tüm çalışma alanlarında yeniden düzenlenmelidir. Bu düzenlemeler, öncelikle toplumun ağız-diş sağlığının korunması ve iyileştirilmesi ile bu hizmetleri verecek diş hekimlerinin uygun eğitim ve çalışma koşullarının sağlanmasını hedeflemelidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ağız-diş sağlığını, “Bireyin ısırma, çiğneme, gülme, konuşma ve psiko-sosyal iyi olma halini sınırlandıran hastalıkların olmaması; ağız ve yüz ağrısı, ağız ve yüz kanseri, ağız enfeksiyonu, yaralar, periodontal hastalık, diş çürümesi ve diş kaybı gibi rahatsızlıkların bulunmaması” olarak tanımlamaktadır.

TÜRKİYE’DE DİŞ HEKİMLİĞİ ÇALIŞMA ALANLARINDA GENEL DURUM

Türkiye’de diş hekimi sayısı son yıllarda artış göstermektedir. Çalışma alanları ve çalışma biçimleri de bu süreçte değişim geçirmiştir. 2023 Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı verilerine göre Türkiye’de toplam 45.718 diş hekimi bulunmaktadır. Bu rakam, yaklaşık 1,5 milyon sağlık çalışanı içinde %3,2’lik bir oran oluşturur. Diş hekimlerinin %76,7’si diş hekimi, %16,1’i uzman diş hekimi, %7,2’si ise diş hekimliği uzmanlık öğrencisidir.

Diş hekimlerinin çalışma yerleri ise %58,8 özel sektör, %28,2 Sağlık Bakanlığı ve %13,0 üniversitedir. Uzman diş hekimlerinin %50,6’sı özel sektörde, %30’u üniversitelerde, %19,4’ü Sağlık Bakanlığı’nda çalışmaktadır. Diş hekimlerinin ise %66,1’i özel sektörde, %32,6’sı Sağlık Bakanlığı’nda, %1,2’si üniversitelerde görev yapmaktadır. Uzmanlık öğrencilerinin büyük çoğunluğu üniversitelerde eğitim almaktadır (Tablo1).

¹1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

Tablo 1. Sektörlere ve Unvanlara Göre Dış Hekimlerinin Dağılımı, 2023

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
Dış hekimi	11.439	32,6	438	1,3	23.169	66,1	35.046
Uzman dış hekimi	1.426	19,4	2.210	30,0	3.727	50,6	7.363
Asistan dış hekimi	9	0,3	3.300	99,7	-	-	3.309
Toplam	12.874	28,2	5.948	13,0	26.896	58,8	45.718

Türk Dışhekimleri Birliği'nin 2024 verilerine göre aktif dış hekimi sayısı 49.305'e ulaşmış ve serbest çalışanların oranı %59,3 olarak belirlenmiştir. Fakülte ve öğrenci kontenjanları da önemli ölçüde artmıştır: 2003 yılında 929 olan kontenjan sayısı 2022 yılında 11.254'e yükselmiş; dış hekimliği fakültesi sayısı ise 104'e ulaşmıştır.

Yıllar içindeki artış trendi incelendiğinde:

- 2002'de toplamda 16 bin olan dış hekimi sayısının 2023 yılında 3 katına yaklaşarak 45 bini aştığı görülmektedir.
- Sağlık Bakanlığı'nda çalışan dış hekimi sayısı 4 kat artarak 3.000'den 12.000'e yükselmiştir.
- Üniversitelerdeki dış hekimi sayısı 8,8 kat artmıştır (681'den yaklaşık 6.000'e).
- Özel sektörde çalışan dış hekimi sayısı ise iki katın biraz üzerinde yaklaşık 12.000'den 27.000'e artmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Dış Hekimi sayıları ve kurumlara göre dağılımları

	2002		2023
	Sayı	%	Sayı
Sağlık Bakanlığı	3.211	19,6	12.874
Üniversite	681	4,2	5.948
Özel	12.479	76,2	26.896
Toplam	16.371	100,0	45.718

Bu verilere göre;

- Dış hekimlerinin %66'sı özel sektörde, %34'ü kamuda çalışmaktadır.



- Uzman diş hekimlerinin oranı %16'ya ulaşmıştır.
- Asistan diş hekimlerinin oranı %7'dir.
- Üniversitelerdeki istihdam artışı fakülte sayısındaki artışla paralellik göstermektedir. Diş hekimlerinin %13'ü üniversitelerde çalışmaktadır.
- Kamudaki istihdam oranı toplamda üçte bire yaklaşmıştır.

Diş hekimlerinin çalıştıkları kurumlara göre dağılımları açısından Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarında yer alan verilere bakıldığında Tablo 3'te belirtilen sayılarla karşılaşılmaktadır. 2014 yılına göre 2023 yılında diş eğitim hastanesi ve diş polikliniklerindeki artış dikkat çekicidir. Bir kısmı faal olmayan bu kurumların sayısal değişimi çalışma biçimlerinin de değişimine dair ipucu vermektedir.

Tablo 3. Diş hekimlerinin çalıştıkları kurumlara dağılımı

	2014					2023		
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel
Ağız Diş Sağlığı Merkezi	137	-	69		206	133	-	143
Diş Hastanesi	5	-	4		9	36	-	3
Diş Eğitim Hastanesi	1	25	-		26	5	73	
Diş Polikliniği (Hastane)	613	21	263	35	932	832	11	202
Diş Polikliniği	-	-	1382	-	1382	-	-	4426
Toplam	756	46	1718	35	2555	1006	84	4774

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, diş hekimlerinin kamu dışındaki mesleki faaliyetlerini dört ana başlık altında düzenlemektedir. Yönetmeliğin 'Sağlık kuruluşlarını açabilecek kişiler' başlıklı 5. maddesine göre, ağız ve diş sağlığı hizmeti özel sağlık kuruluşları bünyesinde dört farklı yapıda sunulabilmektedir:

Muayenehane: Mesleğini serbest olarak icra etme yetkisi bulunan bir diş hekimi tarafından açılabilir.

Poliklinik: Mesleğini serbest olarak icra etme yetkisi bulunan bir veya birden fazla diş hekimine ait şirket tarafından açılabilir.

Merkez: Mesleğini serbest olarak icra etme yetkisi bulunan bir veya birden fazla diş hekimine ait şirket ya da en az %51 hissesi diş hekimi ortaklığı bulunan şirket tarafından açılabilir.

Hastane: Şirket tarafından açılabilir.

Bu yönüyle değerlendirildiğinde diş hekimlerinin özel sektörde iki ana grupta çalışma biçimi olduğu söylenebilir. Bunlar muayenehane ve özel kurum diş hekimliği. Özel kurum diş hekimliği kuruluşlarında yapı poliklinik/merkez/hastane olarak üç başlıkta şekillenmekte ve kendi adına çalışan diş hekimleri veya ücretli çalışan diş hekimleri olarak iki çalışma grubu bulunmaktadır.

Kamuda çalışan diş hekimlerinin ise çalıştığı üç ana kurum Sağlık Bakanlığı, Üniversitelerdir ve diğer kamu kurumlarıdır. Üniversitelere dair veri istatistiklerinde devlet ve vakıf üniversitelerine dair ayrıntılı veri bulunmamaktadır.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BAŞLADIĞI 2002 YILINDAN BU YANA DİŞ HEKİMLERİNİN MESLEKİ ÇALIŞMALARINA YÖNELİK TESİS EDİLEN HUKUKİ DÜZENLEMELER, YARGI KARARLARI, HUKUKİ ÇERÇEVE

2002 yılında hükümet tarafından yayınlanan "Acil Eylem Planı" içerisinde "Herkesin Sağlık" başlığı altında açıklanan prensiplerle, Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konulacağı resmi olarak ilan edilmiştir. Dünya Bankasının 2002 yılında yayınladığı "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" raporuna ve maddi desteğine dayanan Sağlıkta Dönüşüm Programı özetle; sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği azaltılarak piyasa temelli hale getirilmesini, vatandaşların bireysel sorumluluğunun artırılmasını, sağlık emek sürecinin rekabet ve üretim artışını esas alarak dönüştürülmesini amaçlamıştır.² Programın bu yapısı, kaçınılmaz olarak diş hekimlerinin çalışma koşullarını da etkilemiş, o tarihten bu yana diş hekimlerinin mesleki düzenlemelerinde çokça değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikler, diş hekimlerinin farklı çalışma alan ve biçimlerini etkileyen ayrı mevzuatlarda yapılmış olmakla birlikte, birbirleriyle etkileşim ve bağlantı içerisinde olduğu, bir bütün olarak aynı amaca hizmet ettiği elbette yadsınmaz. Ancak bu bilgi notunda anlaşılabilirliği ve kronolojik akışın aktarımını kolaylaştırmak adına, yapılan değişiklikler ve buna dair yürütülen hukuki süreçler

²Gavin Mooney, Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politığı Doğru, İstanbul, Yordam Yayınları, 2. Basım, 2020, s.290.

Kayıhan Pala, "AKP'li Yıllarda Sağlık Bakanlığı", Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 38, Mart-Nisan 2023, Sayı 2, s.126-132.



diş hekimlerinin çalışma alanlarına göre ayrı ayrı bilginize sunulacaktır.

A. Özel Sağlık Kuruluşlarında Meslek İcra Eden Diş Hekimleri

2002 öncesinde, diş hekimlerinin mesleklerini özel sağlık kuruluşlarında icrası 14.10.1999 tarihli Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte düzenlenmekteydi.³ Mesleğini serbest olarak icra etmek yetkisine sahip olan diş hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hizmeti verdikleri özel sağlık kuruluşları muayenehane, poliklinik ve merkez olarak tanımlanmış, her birisinin yalnızca diş hekimleri tarafından açılabileceği düzenlenmişti. Yönetmeliğin bugünden farklı esaslı yaklaşımlarından birisinin, diş hekimliği odalarının kuruluş kanunlarından doğan görevlerini yapmalarına imkân veren hükümlerin varlığı olduğu görülmektedir. Örneğin; sağlık kuruluşunun fiziki, teknik ve tıbbi kurallar ile tabela gerekliliklerine uygunluğunun kayıtlı olunan diş hekimliği odası tarafından ruhsat başvurusu öncesi tescil edilmesi, denetim ekibinde oda temsilcisi bulunmasının, sağlık kuruluşunun ağız ve diş sağlığının korunmasına ilişkin hazırladığı bilgilendirici materyallerin toplumla paylaşılmasından önce içeriğinin uygunluğuna dair odadan yazılı onay alınması zorunluluğu bunlardan bazılarıdır. Bunun dışında Yönetmelik şubeleşmeyi açıkça yasaklamış, denetimlerde usulsüzlük tespiti halinde her halükârda önce giderilmesi için 15 gün süre verilmesini, gereği yerine getirilmediyse kuruluşun faaliyetinin durdurulmasını öngörmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Programının başlamasının ardından Yönetmelikte ara ara bazı değişiklikler yapılmışsa da yapısal ilk sistem değişikliği 2015 yılında aynı isimli yeni bir Yönetmelikle getirilmiştir.⁴ Ağız diş sağlığı merkezlerine, diş hekimi olmayan tacirlerin ortak olmasına ve sermaye sahibi diş hekimi ve tacirlerin "şube" adı altında aynı şehir ya da farklı şehirlerde zincir ağız diş sağlığı kuruluşları açmalarına olanak sağlanmış, muayenehanelerin açılış ve işleyiş koşulları bilimsel gerekliliklere aykırı şekilde zorlaştırılmış, diş hekimlerinin kendi adlarına bağımsız meslek icrası tacirler lehine ortadan kaldırılmış, odaların yetkileri kuruluş kanunlarından doğan görevlerini yapmalarına imkan vermeyecek ölçüde sınırlandırılmıştır.

Yönetmeliğe karşı Ankara Dişhekimleri Odası dâhil olmak üzere meslek kuruluşları tarafından 2015 yılında açılan dava sonucunda Danıştay; muayenehanelerin açılmasını ve serbest meslek icrasını bilimsel gerekliliklere aykırı şekilde zorlaştıran hükümler ile denetim ekibinde oda tarafından görevlendirilen bir diş hekiminin bulunma gerekliliğine yer verilmemesini hukuka aykırı bulmuştur. Buna karşılık, diş hekimi olmayanların sağlık kuruluşu ortağı olabilmesini "belli bir sermaye

³14 Ekim 1999 tarihli ve 23846 sayılı Resmi Gazete, s.2-19: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23846.pdf>

⁴2 Şubat 2015 tarihli ve 29256 sayılı Resmi Gazete: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150203-3.htm>

gücü gerektiren merkezlerin açılabilmesi için ihtiyaç duyulabilecek maddi imkânın sağlanabilmesi" gerekçesiyle, poliklinik ve merkezlerin şube açmasını bunu engelleyen bir üst hukuk normu olmaması gerekçesiyle hukuka uygun bulmuştur.⁵

Her ne kadar Danıştay'ın 2015 tarihli Yönetmeliğe ilişkin kararlarına burada özet olarak yer verilmişse de 2015 yılında açılan iptal davasının hala kesin olmak üzere sonlanmadığını, dosyaya ilk derece sıfatıyla bakan Danıştay 10. Dairesinin esasa dair ilk kararını 2018 yılında yani Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden 3 yıl sonra verdiğini, bu karara yapılan itiraz üzerine Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulunun ancak 2020 yılında bir karar verdiğini, bu kararla dosyanın Danıştay 10. Dairesine döndüğünü ve sürecin sürdüğünü belirtmek isteriz. Sağlık alanında yapılan düzenleyici işlemlere karşı açılan davalarda yargının bu ağır işleyişi düzenlemenin halihazırda yol açtığı hukuka aykırılığı derinleştirmekte, hukuki belirsizlik başlı başına yargı eliyle yaratılmaktadır.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik son olarak 2022 yılında bütünüyle değiştirilmiştir.⁶ Önceki Yönetmeliğin, alanı ticarileştirme ve ağız diş sağlığı "hizmet piyasası" oluşturmaya yönelik düzenlemeleri sürdürülmüştür. Bunun dışında, hastaların kişisel sağlık verilerinin, ölçü ve sınırlamaya tabi tutulmaksızın Bakanlığın merkezi sağlık veri sistemine gönderilmesi de zorunlu hale getirilmiştir. Yönetmeliğe karşı Türk Dışhekimleri Birliği tarafından dava açılmış, Danıştay "sağlık kuruluşlarının ruhsat başvurularını değerlendiren komisyonda oda temsilcisinin bulunmamasını, özel sağlık kuruluşunda kısmi zamanlı çalışma hakkının başka bir özel sağlık kuruluşunda tam zamanlı çalışma koşuluna bağlanmasını, merkez ve hastaneler için gereklilik koşulan bazı fiziki gerekliliklerin bilimsel dayanağı olmamasını" hukuka aykırı bulmuş, diğer maddeler yönünden talepleri reddetmiştir.⁷

Diş hekimlerinin serbest meslek icrası ile özel sağlık kuruluşlarında çalışma haklarını önemli ölçüde ihlal eden 2024 tarihli son bir düzenlemenin daha aktarılmasında fayda görülmektedir. Yönetmeliğin dayanaklarından birisi olan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek-11.maddesinde düzenlenen yaptırımlar hükmünde değişiklik yapılmıştır. Söz konusu maddede önceden tespit edilen herhangi bir ihlalde önce uyarı ya da brüt gelirin %1'i tutarında bir idari para cezası verilmesi öngörülmüşken, değişikliğin ardından Bakanlığa bildirim yükümlülüğünün yerine getirmeyenler yönünden en az 50.000,00 TL, Sağlık Bakanlığınca belirlenen acil hastaya müdahale esaslarına aykırılık halinde en az 100.000,00 TL idari para

⁵Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu'nun E. 2018/3611 K. 2019/5552 sayılı ve 13/11/2019 tarihli kararı

⁶Ekim 2022 tarih ve 31975 sayılı Resmi Gazete: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/10/20221006-1.htm>

⁷Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu'nun 2024 /121 sayılı kararı



cezası verileceği düzenlenmiştir. Kanun değişikliği henüz kabul edilmeden önce gerçekleştirilen TBMM komisyon görüşmelerinde, bazı milletvekilleri ve kurum temsilcileri söz konusu yaptırımın orantısız derecede ağır olduğunu belirterek itirazlarını dile getirmiştir. Kanun değişikliği teklifi sahibi milletvekili ise; maddenin sadece "acil hastaya müdahale esasları" için değiştirildiğini, yoksa kişilerin hayatına mal olabileceğini söylemiştir.

Buna karşılık, değişikliğin yürürlüğe girmesinin ardından özel ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen denetimlerde, hasta sağlığını doğrudan etkilemeyen eksiklikler dahi tespit edildiğinde 100.000,00 TL ve katları tutarında idari para cezaları uygulanmaya başlanmıştır. Çok sayıda diş hekiminin bu meblağları karşılayamadığı için yakınlarından yüksek tutarda borç almak, kredi çekmek, sağlık kuruluşunu kapatmak ya da devretmek zorunda kaldığı Ankara Dişhekimleri Odasına bildirilmiştir. Cezalara yapılan itirazlarda bazı mahkemelerin Yönetmelikteki yaptırımların uygulanması gerektiği, ağır idari para cezası verilmesinin dayanaksız olduğunu belirterek cezaları kaldırmaları üzerine Sağlık Bakanlığı 15.12.2024 tarihinde, Yönetmeliğin ekinde yer alan yaptırımlar listesinde de ağır idari para cezaları öngörülen bir değişiklik yapmıştır. Bu değişikliğe karşı da yargı yoluna başvurulmuş olup görüşülmesi beklenmektedir.

Sonuç olarak, 2002 yılından sonra diş hekimlerinin mesleğini serbest olarak icra etmek üzere özel sağlık kuruluşu açma ve çalışma imkânı düzenli olarak zorlaştırılmaya çalışılmış, ağız ve diş sağlığı alanının "kar odaklı" ticari bir alan haline gelmesine dönük düzenlemeler tesis edilmiştir. Bazı sağlık kuruluşlarının, yalnızca kâğıt üzerinde diş hekimi ortak gösterilerek; gerçekte ise tamamen ticari amaç güden kişiler tarafından işletildiği bilinmektedir. Öyle ki, zaman zaman 'diploma kiralama' talepli ilanlara bile rastlanmakta, özellikle genç diş hekimlerinin geçim kaygısıyla bu tür uygulamalara yönelmek zorunda kaldıkları görülmektedir. Bu tür yapılanmalarda, diş hekimlerinin emeği değersizleştirilmekte ve mesleki özerklikleri ciddi şekilde ihlal edilmektedir. Şubeleşmeye imkân sağlanmasıyla zincir ağız ve diş sağlığı kuruluşları açılmış, böylelikle hem diş hekimlerinin "işçileştirilmesi" hem de serbest çalışan diş hekimlerinin de emeği üzerinden kazanç sağlayarak geçimini sürdürebilmesi zorlaşmıştır.

B. Kamu Sağlık Kuruluşlarında Meslek İcra Eden Diş Hekimleri

Sağlık Bakanlığına bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak⁸ sağlık kuruluşlarında çalışan diş hekimlerinin büyük çoğunluğu 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na

⁸10.02.2022 tarihli ve 31746 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39362&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

tabii olarak çalışmaktadır. Daha az sayıdaki dış hekimisi ise kadrolu olmayıp sözleşmeli personel statüsündedir. Kamuda sözleşmeli personel istihdamı 1975 yılından bu yana hukuken mümkün olmakla birlikte, 2002'den sonra getirilen düzenlemelerle istisnai mahiyeti kaldırılmış, yaygın bir istihdam biçimi olmaya başlamıştır. Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılmasına dair 4924 sayılı Kanun uyarınca dış hekimleri de kamuda sözleşmeli personel olarak çalışabilmektedir. Söz konusu Kanunun hukuka uygunluk denetimini gerçekleştiren Anayasa Mahkemesi, dış hekimlerinin kamuda eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli olarak istihdam edilmesini başlı başına Anayasaya aykırı bulmamış ancak haklarının kanunla düzenlenmesi gerektiğini ifade etmiştir.⁹ 2002 yılından sonra sözleşmeli kamu personeli sayısındaki artış, kamuda iş güvencesi sağlanmayan istihdamın ve özlük hakları sınırlı personel sayısının artırıldığı anlamına gelmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda doğrudan dış hekimlerinin mesleki çalışma koşullarını etkileyen değişiklik yapılmamış olmakla birlikte, farklı düzenleyici işlemlerle kamu sağlık kuruluşlarında performansa dayalı ek ödeme sistemi başlatılmıştır. Bu sistem 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır. Özetle; sağlık çalışanının kıdemi, deneyimi, liyakati ve sağlık hizmetlerinin bütünselliği göz önünde bulundurulmaksızın "sisteme sağlanan bireysel mali katkının" temel alınması anlamına gelmektedir. 209 sayılı Kanun¹⁰'da yapılan değişiklikle getirilen performansa dayalı ek ödeme sistemi Anayasa Mahkemesi tarafından takdir yetkisi kapsamında değerlendirilerek hukuka uygun bulunmuştur. Sonrasında Kanuna dayanılarak çıkarılan birçok yönerge ve yönetmelik de dava konusu edilmiş ancak Danıştay da takdir yetkisi kapsamında olduğu ve üst hukuk normlarına dayandığı değerlendirilmesini sürdürmüştür.

Performansa dayalı ek ödemenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, sistemin başlangıcından 2020 yılına kadar farklı basamaktaki sağlık kuruluşları için ayrı yönetmeliklerde düzenlenmiş, sistemin başlı başına oluşturduğu eşitliğe ve hakkaniyete aykırılığı derinleştirmiştir. 2020 ve 2022 yılında çıkarılan Yönetmeliklerle farklı basamaktaki sağlık kuruluşlarını içeren tek bir Yönetmelik çıkarılmakla birlikte, ek ödemenin hesabında daha önce olmayan "hizmet verimlilik katsayısı" adlı yeni bir katsayı daha getirilmiştir. Hizmet verimlilik katsayısının; sarf malzemeleri ve ilaçların idareli kullanılıp kullanılmadığı, laboratuvar ve görüntüleme şeklinde tetkiklere tasarruf temelli başvurulup başvurulmadığına ilişkin maliyet kontrolü ile

⁹Anayasa Mahkemesi, 23.7.2009 tarih ve E. 2005/145, K.2009/112 sayılı Karar, RG, 31 Mart 2010, Sayı 27538.

¹⁰209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun



hasta memnuniyeti üzerinden hesaplanacağı, 0,9 ile 1,1 arasında olacağı yani ek ödemeyi düşürebilecek bir etkisi de olacağı ifade edilmiştir. Birçok meslek örgütü ve uzmanlık derneği, hizmet verimlilik katsayısı ile Yönetmeliğin bütünü ve "mesai katsayısı" şeklinde fiilen çalışmama halinde ek ödemeden kesinti getiren düzenlemelerin iptali istemiyle dava açmışsa da Danıştay yine idarenin takdir yetkisi bulunduğundan bahisle ret kararları vermiştir.

Sonrasında Anayasa Mahkemesi, Yönetmeliğin dayanağını oluşturan 209 sayılı Kanunun 5.maddesine ilişkin bir iptal kararı vermiştir. Gerekçesinde; (1) Kamu görevlilerine ödenecek mali hakların kanunla düzenlenmesi gerekirken idareye dayanaksız bir yetki tanındığı (2) Disiplin cezasının ek ödemeden kesinti yapılmasına gerekçe olarak gösterilmesi için gerekli güvencelerin kanunda yer almadığı ifade edilmiştir. Bunun üzerine söz konusu madde TBMM tarafından yeniden düzenlenerek yürürlüğe konmuştur. Sağlık Bakanlığı ise halihazırda yürürlükte olan ek ödeme yönetmeliğinin içeriğinde bir değişiklik yapmaksızın, yalnızca dayanak maddesini değiştirerek yeniden yayınlamıştır. Bu Yönetmeliğe karşı Ankara Dishekimleri Odası tarafından açılan dava sürmektedir.

C. Üniversitelerde Meslek İcra Eden Diş Hekimleri

Yükseköğretim kurumlarında da performansla dayalı ek ödeme sisteminin uygulanması için 2547 sayılı Kanunda¹¹ 2010 yılında değişiklik yapılmıştır. Anayasa Mahkemesi, bu değişikliği hukuka uygun bulmuş, "yükseköğretim kurumlarının hizmet sunum gereklilikleri ve kriterlerinin dikkate alındığını, yeterli ölçütlerin belirlendiğini" ifade etmiştir.¹² Ardından Yükseköğretim Kurulu 18.02.2011 gün ve 27850 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmeliği yürürlüğe koymuştur. Yönetmeliğe karşı meslek örgütleri tarafından dava açılmış, üniversitelerin temel işlevi olan eğitim-öğretim, araştırma, bilimsel çalışmalar yerine sağlık hizmeti sunumunun öncelendiği, bu nedenle Anayasaya aykırı olduğu açıklanmıştır. Buna karşılık Danıştay, kamu sağlık kuruluşlarında olduğu şeklinde yine idarenin takdir yetkisi olduğunu değerlendirmiş, Yönetmeliğin bir üst hukuk normuna dayanmasını yeterli bulmuştur.

Diş hekimliğinde uzmanlığa ilişkin mevzuat da Sağlıkta Dönüşüm Programı süresince değiştirilmiştir. 1973 tarihli Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yalnızca ortodonti ve diş protezi uzmanlık dalı olarak kabul edilmişken, 2002 tarihli Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün ekli çizelgesinde diş hekimliğinde 5 uzmanlık ana dalı

¹¹2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu

¹²Anayasa Mahkemesi E.2010/29 K.2010/90 KT: 16.7.2010 R.G. Tarih-Sayı : 04.12.2010-27775

düzenlenmesine karşı açılan davada Danıştay 8.Dairesi işlemin sebep unsuru bulunmadığını, gerekçelerin bilimsel raporla ortaya konmadığını belirtilerek iptal etmiş ve İDDK (Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu) bu kararı onamıştır.¹³ Ardından Sağlık Bakanlığı yine bir Tüzük değişikliği yapıp bu sefer de 6 uzmanlık dalı belirlemiş, Danıştay 8.Dairesi yine iptal kararı vermiş, yeni uzmanlık alanları belirlenmesini gerektiren hukuki veya fiili durumun ne olduğu, hangi ölçütlerin esas alındığının bilimsel veri ve gerekçeler ile ortaya konmadığını ifade etmiştir.¹⁴ Sonrasında 1219 sayılı Kanun'da 2011 yılında yapılan değişiklikle diş hekimliğinde 8 uzmanlık dalı belirlenmiştir. Anayasa Mahkemesi bu değişikliği hukuka uygun bulmuş, gerekçesinde; "söz konusu uzmanlık dallarının, bu uzmanlık dallarındaki hizmetlerin ülke genelinde verilmesine bağlı olarak kişilerin bu hizmete erişimini kolaylaştıracak nitelikte olduğu anlaşılmakta olup, diş hekimliği uzmanlık ana dallarının yasamanın genelliği ilkesince kanun koyucu tarafından belirlenmesine engel bulunmamaktadır." denilmiştir.¹⁵

SAĞLIK BAKANLIĞI'NDA DİŞ HEKİMİ OLMAK

2002 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanacağı resmi olarak ilan edilmiştir. Bu süreçte kamuda diş hekimi istihdamı artmış ve yeni Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri'nin (ADSM) açılmasıyla kurum sayısı da hızla artmıştır. Kamuda ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kuruluşların ve diş hekimi sayısının artması, başlangıçta toplum sağlığı açısından olumlu bir gelişme gibi görünse de; plansız ve yoğun açılan ADSM'ler zamanla sadece tedavi hizmeti veren, hekimlerin performansına dayalı ödeme sistemine göre çalıştırıldığı sağlıksız çalışma alanlarına dönüşmüştür. Bu durum hem hastalar hem de hekimler açısından sağlıksız sonuçlar doğurmuştur.

Bu süreçte koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunulması ve geliştirilmesi görevinin temel olarak kamunun sorumluluğunda olduğu vurgulanmasına rağmen, Türk Dışhekimleri Birliği ve sağlık emekçilerini temsil eden örgütlerin koruyucu diş hekimliği alanındaki çalışmalarına yeterince destek verilmemiş, bu alan boş bırakılmıştır. Koruyucu uygulamalar devreye alınmadığı için, başarı göstergeleri olarak bireylerin ve toplumun ağız diş sağlığı durumları yerine, diş hekimlerinin yaptığı tedavi uygulama sayıları ön plana çıkarılmıştır.

Oysa koruyucu diş hekimliği; diş ve ağız sağlığını koruma ve hastalık ortaya çıkmadan önlemeye yönelik tüm aksiyonları kapsar. Bu yaklaşım, diş çürükleri ve diş eti hastalıklarının önlenmesine yönelik stratejiler geliştirmeyi amaçlar. Gelişmekte olan ülkelerde bu tür politikaların oluşturulması; toplum sağlığını iyileştirmek,

¹³Danıştay 8. Dairesi'nin E.2003/3936, K.2005/1212 sayılı ve 16.03.2005 günlü kararı

¹⁴Danıştay 8. Dairesi E.2009/7829, K.2011/904 sayılı ve 16.02.2011 günlü kararı

¹⁵Anayasa Mahkemesi E.2011/65 K.2013/49 KT 28.3.2013 25 Ocak 2014 tarih ve 28893 sayılı RG



sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, diş tedavilerinin maliyetini azaltmak ve devlet bütçesine olan yükü hafifletmek açısından hayati önem taşımaktadır.

Ankara Dişhekimleri Odasının Koruyucu Diş Hekimliği Temel İlkeleri ve Önerileri

Koruyucu diş hekimliğinin temel ilkeleri şunlardır:

1. Düzenli Diş Muayeneleri: Diş hekimleri, hastaların ağız sağlığını değerlendirmek üzere düzenli muayeneler yapar. Bu muayeneler sayesinde diş çürükleri, diş eti problemleri ve diğer ağız sağlığı sorunları erken dönemde tespit edilir.

2. Ağız Hijyeni: Günlük diş fırçalama ve diş ipi kullanımı ağız hijyeninin sağlanmasında kritik öneme sahiptir. Dişlerin, günde iki kez, ikişer dakika boyunca florürlü diş macunu ile fırçalanması plak oluşumunu önler ve diş çürüklerinin azalmasına yardımcı olur.

3. Beslenme Alışkanlıkları: Şekerli ve asidik yiyeceklerin sınırlandırılması, diş sağlığını korumada önemli bir etkidir. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları, dişlerin güçlenmesini sağlar ve çürük riskini azaltır.

4. Remineralize Eden Bileşenlerin Uygulamaları: Florür, diş minesini güçlendiren ve diş çürüklerine karşı koruyan temel mineraldir. Diş hekimleri, hastaların ihtiyacına göre florür uygulamaları yapar.

5. Birinci Daimi Azılar (6 Yaş Dişleri): Genellikle 6 yaş civarında süren ve çoğunlukla ağızdaki ilk kalıcı dişler olan birinci daimi azılar, çocukluk döneminde bilinçsizlik ve bakım eksikliği nedeniyle toplumda en hızlı çürüyen ve kaybedilen dişler arasında yer alır. Bu konuda farkındalık artırılmalı ve bu dişlerin korunması için kapsamlı bilgilendirme ve koruma stratejileri geliştirilmelidir.

Koruyucu ve Önleyici Diş Hekimliği Politikalarında Dikkat Edilmesi Gereken Konular

1- Eğitim ve Farkındalık

Koruyucu Diş hekimliği politikaları, toplumda ağız ve diş sağlığı konusunda bilinç ve farkındalığı artırmaya yönelik olmalıdır. Okullarda ve topluluk merkezlerinde düzenlenecek eğitim programlarıyla bireylere ağız hijyeni, sağlıklı beslenme ve düzenli diş muayenesinin önemi anlatılmalıdır. Toplum liderleri ve sağlık çalışanlarının bu bilgilerin yayılmasındaki rolü büyüktür.

2- Erişim ve Altyapı

Gelişmekte olan ülkelerde diş sağlığı hizmetlerine erişimde sorunlar yaşanmaktadır. Koruyucu diş hekimliği politikaları, yerel sağlık merkezlerinde diş sağlığı hizmetlerinin kolayca sunulabilmesini sağlamalı, altyapı güçlendirilmelidir. Mobil diş klinikleri ve toplum temelli sağlık hizmetleri, uzak bölgelerde yaşayanların diş sağlığına erişimini artırabilir. Ayrıca, ABD’de uygulanan ve Erken Çocukluk Çürüğü prevalansını azaltmaya yönelik olumlu etkileri bildirilen “Diş Evi” modeli ülkemizde de araştırılmalıdır. Bu modelde; bebeğin ilk yaşında veya ilk diş çıkınca diş hekimine düzenli kontrole başlaması, beslenme ve ağız bakım önerilerinin verilmesi sağlanır; çocuk bu diş hekimiyle büyür, riskler takip edilerek gerektiğinde müdahale edilir.

3- Sağlıklı Beslenme Teşviki:

Diş sağlığı beslenme alışkanlıklarıyla doğrudan bağlantılıdır. Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde sağlıklı beslenmeyi teşvik eden politikalar geliştirilmelidir. Yerel gıda kaynaklarının kullanımının artırılması, toplumun beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi ve şekerli gıdaların tüketiminin azaltılması hedeflenmelidir. Beslenme eğitimi programları da bireyleri sağlıklı gıda seçimleri yapmaya yönlendirmelidir.

4- Florür Uygulamaları:

Florür, diş çürüklerine karşı koruma sağlar. Gelişmekte olan ülkelerde topikal florür uygulamaları ve florürlü diş macunlarının erişilebilirliği artırılmalıdır. Florür kullanmayan bireyler ve aileleri için bilimsel alternatiflerin tartışıldığı bilgi platformları oluşturulmalı ve bu uygulamalar diş hekimleri arasında yaygınlaştırılmalıdır. Ayrıca, gıda kodeksinde yapılacak değişikliklerle paketli gıdaların ağız sağlığı açısından sınıflandırılarak paket üzerinde belirtilmesi sağlanabilir.

5- Kamu-Özel Ortaklıkları:

Koruyucu diş hekimliği politikalarının etkinliği için özel sektörle işbirliği yapılmalıdır. Özel sektör, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve eğitim programlarının geliştirilmesinde önemli rol oynayabilir. Bu tür ortaklıklar kaynakların verimli kullanılmasını ve hizmet kalitesinin yükselmesini sağlar.

6- Milli Eğitim Bakanlığı – Sağlık Bakanlığı İşbirliği:

İlk ve orta öğretim kurumlarında dönem başlarında diş hekimi muayenesi ve ağız sağlığı raporu zorunluluğu getirilerek, çocukların düzenli diş hekimi kontrolleri sağlanabilir.



Gelişmekte olan ülkelerde koruyucu diş hekimliği politikalarının toplum sağlığını iyileştirmede ve diş hastalıklarını önlemede kritik bir rolü vardır. Eğitim, erken yaşta diş hekimine erişim, sağlıklı beslenme teşviki, kamu-özel sektör işbirliği ve medyanın etkin kullanımı gibi unsurların bütüncül şekilde ele alınması, etkili bir koruyucu diş hekimliği stratejisi oluşturulmasına katkı sağlar. Böylece bireylerin diş sağlığı korunurken toplumun genel sağlık düzeyi de yükselmiş olur.

ADSM ve ADSH’de (Ağız Diş Sağlığı Merkezi ve Hastanesi) Diş Hekimi Olmak

(Eğitim hastaneleri de bu grup içinde ADSH olarak değerlendirilmeli, ancak henüz eğitim hastanesi statüsünde işlev gören kurum bulunmamaktadır.)

Temmuz 2024 verilerine göre, Türk Dışhekimleri Birliği kayıtlarında aktif olarak çalışan 46.378 diş hekiminin yaklaşık %26’sı (12.800 diş hekimi) Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapmaktadır. Bunların yanı sıra %2’sine yakın bir oranı (yaklaşık 800 kişi) diğer kamu kurum ve kuruluşlarında çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan diş hekimlerinin büyük çoğunluğu, bakanlığa bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ile Ağız Diş Sağlığı Hastanelerinde (ADSH) görev yapmaktadır. Ayrıca, il ve ilçe sağlık merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve devlet hastanelerinde de diş hekimleri istihdam edilmektedir. ADSM’ler, özel sektörde ücretli çalışmanın getirdiği güçlüklerden dolayı muayenehane açmayı tercih etmeyen veya Diş Hekimliği Uzmanlık Sınavı’nı (DUS) kazanamayan genç diş hekimleri için önemli bir istihdam alternatifi oluşturmuştur.

Daha deneyimli diş hekimleri ise iki gruba ayrılmaktadır; Önce kamuda ve muayenehanesinde çalışan, ancak tam gün yasası sonrası yalnızca Sağlık Bakanlığı’nda görev yapmaya devam edenler,

Kendi muayenehanesinde çalışırken kamudaki rekabetten dolayı muayenehanesini kapatıp kamuda görev alanlar. İkinci gruptakiler arasında, hastalarla maddi ilişkiden ve muayenehane sorumluluğundan kurtulmak isteyenler de bulunmaktadır.

Kamusal hizmet verme ideali, özellikle genç diş hekimlerinde temel motivasyon olmuştur. Ancak birçok meslektaş, kendilerini beklediklerinden farklı ve zorlayıcı bir ortamda bulduklarını ve verdikleri karardan memnun olmadıklarını ifade etmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında öngörülemez ve kısıktırılmış tedavi talebi yaratılmış bu durum sonucunda ağız diş sağlığı hizmetlerinde de büyük bir iş yükü ortaya çıkmıştır. Asıl ve en önemli görevi koruyucu diş hekimliğini geliştirmek ve toplum ağız diş sağlığı sorunlarını en aza indirmek olan Sağlık Bakanlığı daha çok tedavi sayıları, hasta sayıları ve yapılan işlemler üzerinden planlamalar yaptığı için kamuda çalışan diş hekimleri de çok yoğun hasta bakmak ve çok fazla tedaviler yapmak zorunda kalmaktadır.

Diş hekimliği, girişimsel işlemler bütünüdür. Sağlık Bakanlığı'nın, diş hekimlerinin çalışma saatlerine MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) üzerinden müdahale etmesi, diş hekimleri ile hastalar arasında önemli sorunların yaşanmasına yol açmaktadır.

Sağlıkta şiddet, sağlığın her alanında olduğu şeklinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde de hızla artmaktadır. Yoğun hasta sayısı ve artan MHRS sayıları hekimle hastayı karşı karşıya bırakmaktadır. Sağlık sisteminin, hekimleri yalnızlaştırdığı bu ortam, kamuda çalışan diş hekimlerini de yorgun çaresiz ve tükenmiş hissettirmektedir.

Yetersiz yardımcı personel, kalitesiz malzeme ve uygun hizmetleri sağlayamayan anlaşmalı protez laboratuvarları sorunları diş hekimlerinin hizmet kalitesini düşürmektedir.

Kamuda çalışan diş hekimleri mesleki gelişmeler ile teknolojik yeniliklerin ve yeni güncel malzemelerin kullanımı hakkında geride kalmakta bu yönde gerekli eğitimleri alamamaktadır. Bu yönde kendini geliştirmek isteyen meslektaşların kongre izinlerinin kullanımı konusunda da sıkıntılar yaşanmaktadır.

Eski adıyla performans yeni adıyla teşvik ek ödeme yönetmeliği üzerinden diş hekimlerinin yaptığı işlerin puanlama ve katsayılar üzerinden değerlendirilerek yapılan ilave ödemeler artık içinden çıkılmaz büyük bir sorun haline gelmiştir. Bilimsel hiçbir kriterle dayanmayan bu sayısal veriler ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin niteliğini düşürmekte, diş hekimleri arasında gelir adaletsizliklerine neden olmaktadır.

Diş hekiminin maaş + sabit ek ödeme + taban ek ödeme + teşvik ek ödeme adı altında belirlenen toplam geliri; kanuni güvenceden uzaktır. Yönetmeliklerle uygulanması nedeniyle idareye çok büyük ve sınırsız yetki sağlaması, özlük hakları açısından kamuda çalışan diş hekimlerini mağdur etmektedir.



Yıllık izinlerin ve raporların yönetmelikte belirlenen gün sayısının dışındaki sürelerin üzerine çıkması durumunda diş hekimlerinin taban ödemesinin kesintiye uğraması ve teşvik ek ödemesinin de alınamaması diş hekimlerinin dinlenme hakkını kullanmasını ve hastalık şeklinde zorunlu durumlarda bile gerekli tedaviye ulaşmasını kısıtlamaktadır.

ÖNERİLER

- Sağlık Bakanlığı politikalarını, koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerini önceler şekilde en kısa sürede değiştirmeli ve bu doğrultuda kamuda diş hekimi istihdamını artırmalıdır.
- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ile Ağız Diş Sağlığı Hastanelerinde (ADSH) görev yapan diş hekimlerinin çalışma koşulları iyileştirilmelidir. Bu kapsamda, her bir hekime bir yardımcı personel tahsis edilerek ADSM fiziki gereklilikleri yeniden düzenlenmeli; kullanılan malzeme ve laboratuvar hizmetlerinin kalitesi artırılmalı, ayrıca dört el çalışma prensibi eksiksiz bir şekilde uygulanmalıdır.
- Diş hekimlerinin mesleki gelişimi yönünde eğitimleri sağlanmalı, kongre, seminer ve mesleki kurs katılımları teşvik edilmeli, sürekli diş hekimliği eğitimi zorunlu olmalıdır. Sağlık Bakanlığı meslek örgütü ile iş birliği içinde olmalı kamuda çalışan diş hekimlerinin güncel yenilikleri ve mesleki gelişmelerin öğrenilmesini sağlamalıdır.
- Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden verilen randevu sayıları ve tedavi süreleri, Dünya Dişhekimliği Federasyonu (FDI) ile Türk Dişhekimleri Birliği verileri doğrultusunda belirlenerek, diş hekiminin takdirine bırakılmalıdır.
- Diş hekimlerinin mali özlük hakları yönetmeliklerle değil kanunla belirlenmeli idarenin sınırsız yetkisine bırakılmamalıdır.
- Performans veya teşvik diye adlandırılan ek ödeme sistemi kaldırılmalıdır. Diş hekimlerine kamu hiyerarşisinde hak ettiği tek kalem maaş verilmeli ve kanunla garanti altına alınmalıdır. İlave performans ödemeleri toplam gelirin yüzde yirmisini %20'sini aşmamalıdır. Ek ödemeler sayısal puanlama ve kat sayılar şeklinde bilimsel hiçbir veriye dayanmayan kriterler üzerinden değil, yapılan tedavilerin niteliği ve toplum ağız diş sağlığına etkisi üzerinden değerlendirilmelidir, ilave ödemeler bu kriterler değerlendirilerek yapılmalıdır.

- İzlenler ve raporlarda diğer kamu personelinde olduğu şeklinde herhangi bir gelir kesintisi olmamalıdır.
- Sağlıkta şiddetin önlenmesi için gerekli bütün tedbirler alınmalı hekimin çalıştığı ortamda kendisini güvende hissetmesi sağlanmalıdır.

Ankara Dişhekimleri Odası, meslektaşlarına yönelik her türlü şiddetle mücadeleyi temel bir sorumluluk olarak görmektedir. Sağlıkta şiddetin sıradanlaşmasına karşı güçlü ve sürekli bir tutum sergilenmeli, koruyucu yasal düzenlemeler ivedilikle hayata geçirilmelidir. Özellikle kamusal alanda çalışan diş hekimleri, yoğun hasta yükü, yetersiz fiziki koşullar ve performansla dayalı baskılar altında şiddet riskine daha açıktır. Sağlıkta şiddet yalnızca bireysel değil, sistematik bir sorun olarak ele alınmalı; şiddeti önleyici yapısal düzenlemelerin takipçisi olunmalı, şiddete maruz kalan diş hekimlerine hukuki ve psikososyal destek mekanizmaları sunulmalıdır. Ayrıca meslektaşlarımızın hasta ile karşılaştıkları her ortamın güvenli hale getirilmesi için idareler nezdinde sürekli girişimlerde bulunulmalı, şiddet olaylarının raporlanması, izlenmesi ve kamuoyuyla paylaşılması etkin hale getirilmelidir.

TSM'DE (Toplum Sağlığı Merkezi) DİŞ HEKİMİ OLMAK

(İl ve ilçe sağlık müdürlüklerinde çalışanlarda bu başlıkta düşünülmelidir)

Genç diş hekimleri, özel sektörde ücretli çalışırken sömürülmekten şikayetçi olurken; daha deneyimli diş hekimleri ise Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri'nde (ADSM) uygulanan performans sisteminden kaçış yolu olarak Toplum Sağlığı Merkezleri'nde (TSM) çalışmaya başlamaktadır. Hatta bazı diş hekimleri, muayenehanelerini kapatıp ADSM yerine TSM'yi tercih etmektedir

TSM'de çalışan diş hekimlerinin gelir düzeyi ADSM'deki meslektaşlarından düşüktür. Ama performans baskısı olmadan, rahat bir ortamda çalışmak bu kaybı kabul edilebilir hale getirmektedir. Diğer yandan TSM diş hekimi olmak da kolay değildir. Katılımcılar kendilerine ait oda bir yana, masalarının ve/veya çalışmalarında kullanabilecekleri bilgisayarlarının bile olmadığını dile getirmiştir. Belli bir görev tanımları da yoktur. Okul çalışmaları yürütmedikleri zamanlarda her türlü işle görevlendirilebilmektedirler. Bunların bir bölümü destek personele ait işler iken, bir bölümü de birinci basamak hekimleri tarafından yürütülmesi gereken aile sağlığı merkezi denetimi, bulaşıcı hastalık fiyasyonu şeklinde çalışmalardır. Bu rol belirsizliği yöneticilerle ve diğer çalışanlarla ilişkilerde sorunlar yaratmaktadır. Büyük şehirlerde sağlık çalışanı sayısının az, nüfusun ise fazla olması nedeniyle



saha çalışmalarının yarattığı iş yükü ağırdır, bu ağırlık bilhassa okulların açık olduğu dönemde artmaktadır. Nüfus yoğunluğunun görece düşük olduğu şehirlerde, diş hekimlerinin iş yükü daha yönetilebilir düzeydedir. Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) diş hekimi ihtiyacı oluştuğunda, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinden (ADSM) geçici görevlendirmeler yapılmakta; ancak bu uygulama çoğu zaman istenilen verimi sağlayamamaktadır. TSM bünyesinde görev yapan diş hekimlerinin tedavi edici hizmetlerden uzak kalmaları, iş doyumlarını olumsuz etkileyen temel faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, katılımcılar; koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları aracılığıyla topluma fayda sağlayabilmenin ve hizmet sundukları bireylerden hekim kimlikleriyle saygı görmenin, mesleki tatminlerini artırdığını ifade etmiştir. Ayrıca, görev yapılan TSM'nin yönetim anlayışı ve çalışma koşullarının da iş doyumunu üzerinde belirleyici olduğu; bu koşulların olumlu olduğu kurumlarda memnuniyet düzeyinin arttığı bildirilmiştir.

ÖNERİLER

TSM'lerde görev yapan diş hekimlerinin görev tanımları açık ve net biçimde belirlenmeli, destek hizmetler ya da filyasyon şeklinde branş dışı görevlerle ilişkilendirilmelerine son verilmelidir.

- Fiziksel altyapı (oda, masa, bilgisayar, malzeme) eksiklikleri hızla giderilmeli ve hekimlere çalışma ortamlarında mesleki kimliklerini koruyabilecekleri koşullar sağlanmalıdır.
- Diş hekimlerinin koruyucu hizmetlere odaklanabilmesi için ağız ve diş sağlığı programları TSM düzeyinde de standartlaştırılmalı ve izleme-değerlendirme sistemleri kurulmalıdır.
- İş yükü dağılımı, illerin nüfus yoğunluğu ve sağlık çalışanı sayısı göz önüne alınarak adil biçimde yapılmalı, büyükşehirlerdeki orantısız saha yükü azaltılmalıdır.
- Koruyucu hizmetlerin önemi göz önüne alınarak, performans odaklı değil, hizmetin niteliğini önceleyen teşvik modelleri TSM diş hekimlerine yönelik olarak geliştirilmelidir.
- ADSM'lerden geçici görevlendirmeler yerine TSM'ler için planlı ve sürekli kadro politikaları oluşturulmalı; bu birimler geçici görev alanı değil, mesleki gelişimin ve kamu yararına katkının bir parçası olarak görülmelidir.

DEVLET HASTANESİNDE DİŞ HEKİMİ OLMAK

Devlet hastanesinde çalışan diş hekimleri hem fiziki gereklilikler hem de malzeme ve laboratuvar hizmetleri açısından büyük sıkıntılar yaşamaktadır.

Temelde teşvik ödemeleri hastaneye sağlanan gelir üzerinden belirlenmektedir. Devlet hastanelerinde çalışan diş hekimleri diğer hekimlere göre nispeten daha çok gelir sağlamasına rağmen daha düşük ek ödeme almaktadır.

ÖNERİLER

Devlet hastanelerinde çalışan diş hekimleri için de fiziki gereklilikler iyileştirilmeli, kullanılan malzemeler ve laboratuvar hizmetlerinin kalitesinin artırılması sağlanmalı ve diş hekimliği mesleğinin saygınlığına yakışan tek kalem maaş verilmeli, ilave ek ödemeler bilimsel kriterlere uygun nitelik üzerinden belirlenerek toplam gelirin yüzde yirmisini% 20'sini aşmayacak şekilde verilmelidir.

DİĞER DEVLET KURUMLARINDA DİŞ HEKİMİ OLMAK

Ceza Tevkifevleri'nde Diş Hekimi olmak

Türkiye'deki ceza infaz kurumlarında, Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nün 7 Nisan 2025 tarihli verilerine göre, toplam 326 diş tabibi (diş hekimisi) görev yapmaktadır.

2025 yılı itibarıyla, Türkiye'de toplam 403 ceza infaz kurumu bulunmaktadır. Bu kurumlar, kapalı ve açık ceza infaz kurumları ile kadın, çocuk, gençlik ve yüksek güvenli kurullar şeklinde çeşitli statülerde faaliyet göstermektedir. Bu sayı, Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nün en güncel istatistiklerine dayanmaktadır.

Bu kurumlarda çalışan diş hekimleri, ceza infaz kurumlarının sağlık birimlerinde diş ünitelerinde hizmet vermektedir. Hükümlü ve tutukluların diş tedavileri, bu birimlerde görevli diş hekimleri tarafından yürütölmekte olup, gerektiğinde devlet veya üniversite hastanelerine ya da ağız ve diş sağlığı merkezlerine sevk sağlanmaktadır.

Ceza infaz kurumlarındaki sağlık hizmetlerinin, Sağlık Bakanlığı hastanelerine bağılı ceza infaz kurumu semt polikliniğı, aile hekimleri veya görevlendirilen sağlık personeli eliyle Birleşmiş Milletler Minimum Standartlarında yürütölmelerini sağlamak amacıyla 30.04.2009 tarihinde "Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı Arasında Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokol" imzalanmıştır.



Bahse konu protokolün 5. maddesinde "Ceza Tevkifevleri Genel Müdürlüğüne görevlendirilmiş tabip ve diş tabibi bulunan ceza infaz kurumlarında Sağlık Bakanlığınca tabip görevlendirilmesi yapılmaz, Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği uygulaması kapsamında görevlendirme yaptığı ceza infaz kurumlarına Adalet Bakanlığınca atama, nakil ve görevlendirme yapılmaz.", Mükellefiyetler bölümünün, 7. maddesinin, Sağlık Bakanlığı ile ilgili olan B başlığının, c maddesinde "Adalet Bakanlığı kadrolarından Sağlık Bakanlığı kadrolarına nakledilecek personeli (uzman tabip, tabip ve diş tabibi) talepleri halinde öncelikle ilgili kurumda veya aynı il içerisinde bulunan bir sağlık kurum veya kuruluşunda istihdam etmek," 9. maddesinde ise "Bu Protokolün yürürlüğe girdiği tarihte, ceza infaz kurumları kadrolarında çalışmakta olan uzman tabip, tabip ve diş tabipleri; talepleri halinde bu Protokolün uygulama esasları ve Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde Sağlık Bakanlığı kadrolarına atanır. Bu maddenin uygulanmasına münhasıran, sayılan unvanlardaki personelin çalışmakta olduğu kurum sağlık birimleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş sayılır." denilmektedir.

Bu kurumlarda çalışan diş hekimlerinin çalışma koşulları üzerinden görüşlerine başvurulduğunda birçok sorunla karşılaştıkları anlaşılmaktadır. Bu sorunlar Sağlık Bakanlığı'na ve Adalet Bakanlığı'na zaman zaman yazılı olarak iletilmiş ancak bakanlıklar tarafından ciddi bir çözüm üretilmemiştir. Bu sorunlar diş hekimleri tarafından genellikle aşağıdaki çerçevede ifade edilmektedir:

Maaş eşitsizliği ve ek ödemelerden mahrumiyet

Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı hizmeti veren diş hekimlerinin taban ödeme ve teşvik ödemeleri, bu kurumlarda çalışan diğer diş hekimleri için mevcut değildir. Sağlık Bakanlığı kadrosundaki meslektaşlarımıza kıyasla, bu diş hekimleri ciddi gelir kayıpları yaşamaktadır.

kampüs cezaevlerine Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilen diş hekimleri hem teşvik ödemesi hem de görevlendirme ek ödemesi almaktadır. Ancak aynı ortamda görev yapmamıza rağmen, cezaevi diş hekimleri olarak biz bu haklardan yararlandırılmamaktayız."

Sağlık Bakanlığı sistemlerine erişim sorunları

Ceza İnfaz Kurumlarında görevli diş hekimlerinin Sağlık Bakanlığı'nın sağlık verileri sistemlerine erişimi bulunmamaktadır. Hastaların e-Nabız verileri, kronik ve bulaşıcı hastalık geçmişleri, radyolojik görüntüleri ve geçmiş tedavileri hakkında bilgi sahibi olmak sorun olmaktadır. Ayrıca bu kurumlarda hastalara uygulanan işlemler

de ilgili sistemlere yansıtılamamaktadır. Bu durum, etkin tedavi sürecini olumsuz etkilemekte ve tedavi risklerini artırmaktadır.

Personel ve idari destek eksikliği

Kurumlarda genellikle bir diş hekiminin bulunması, izin veya hastalık izni gibi durumlarda hizmetin aksamasına yol açmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilen aile hekimlerinin rapor veya izin durumlarında ilçe sağlık müdürlüklerinden destek almaları sağlanırken, diş hekimleri bu haktan yararlanılmamaktadır.

Sevk sistemi eksiklikleri

Sevk işlemleri, cezaevi revir birimi aracılığıyla fiziki evrak yoluyla gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı sistemine entegrasyon sağlanmadığı için, acil durumlarda dahi diş hekimi birçok bürokratik işlemle birebir ilgilenmek zorunda kalmaktadır.

İdari baskılar ve mobbing

Tıbbi bilgiye sahip olmayan kurum müdürlerinin denetimi altında çalışmakta, bu durum zaman zaman mobbinge dönüşebilmektedir. Radyasyondan koruyucu koşullar sağlanmaksızın röntgen çekmeye zorlanmak, sterilizasyon ve dezenfeksiyon şeklinde işlemleri yardımcı personel eksikliği nedeniyle üstlenmek, operatif işlemleri yardımcısız yapmak şeklinde konularla sürekli idare ile gerilim yaşanmakta ve bu da hükümlülerin yeterli tıbbi desteği almasını zorlaştırırken, diş hekimlerinin de çalışma koşulları tahammül edilemez şekilde taciz edilmektedir.

Tedavi malzemelerine erişim engelleri

Tedavi uygulamaları için gerekli olan dental malzemelere, bu alanın bilgisine sahip olmayan idari amirlerin onayıyla ulaşabilmektedir. İdareciler, tedavi sürecinde tıbbi uygunluğu değerlendiremediğinden, malzeme teminlerindeki kusurları nedeniyle tedavi kalitesinin düşmesine ve gecikmesine yol açabilmektedir.

Güvenlik sorunları ve psikolojik yıpranma

Cezaevinde iki yıldan uzun süredir görev yapan diş hekimleri, mahkûmlar tarafından tanınmakta ve yalnızca ağız ve diş sağlığıyla sınırlı kalmaksızın tüm sağlık sorunlarının muhatabı olarak görülmektedir. Bu durum, zamanla öngörülemeyen güvenlik risklerine yol açabilmektedir. Ayrıca, meslek hayatının yalnızca cezaevi ortamında sürdürülmesi, mesleki doyumun sağlanmasını zorlaştırmakta ve psikolojik



travmalara neden olabilmektedir. Suça eğilimli bireylerle sürekli yakın temas hâlinde çalışmak ise zaman içerisinde ciddi düzeyde kaygı ve tükenmişlik sendromuna sebebiyet verebilmektedir.

ÖNERİLER

- Bu kurumlardaki diş hekimlerinin özlük haklarının, Sağlık Bakanlığı kadrosunda görev yapan diş hekimleriyle eşit düzeye getirilmesi gerekmektedir.
- Tayin ve yer değişikliği haklarının güvence altına alınması gerekmektedir.
- Bu kurumlardaki diş hekimliği birimlerinin, e-Nabız ve benzeri dijital sağlık sistemlerine erişimlerinin sağlanması gerekmektedir.
- Tıbbi yetkinliği bulunmayan idari amirlerin sağlık hizmetlerine müdahalesinin engellenmesi gerekmektedir.
- Yardımcı sağlık personeli desteği artırılmalı; ağız ve diş sağlığı teknikerlerinin istihdamı sağlanmalıdır.
- Tedavi malzemelerine erişim süreçlerinin, yetkili sağlık personelinin onayı doğrultusunda yürütülmesi sağlanmalıdır.
- Cezaevi koşullarında görev yapan hekimlerin maruz kaldığı güvenlik risklerinin azaltılması ve bu hekimlere düzenli psikolojik destek hizmetlerinin sunulması büyük önem taşımaktadır.
- Bu kurumlarda görev yapan diş hekimlerine de sendikal hakların tanınması ve temsil yetkisinin verilmesi gerekmektedir.
- Temel sorun, 19.01.2005 tarihli ve 5283¹⁶ sayılı kanunla tüm sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmasının yasalaşmış olmasına rağmen, bu uygulamanın cezaevi sağlık çalışanları için hayata geçirilmemiş olmasıdır.

Daha sonra 2009 yılında Adalet Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan bir protokol ile cezaevindeki sağlık biriminin Sağlık Bakanlığı'na bağlanmasına karar verilip tıp ve diş hekimleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Ancak daha sonra uygulama bu şekilde devam etmemiş ve diş hekimlerini kadroları adalet bakanlığında tutularak bir nevi kanuna aykırılık ortaya çıkmıştır. Bu protokolün uygulanması sorunların en azından bir kısmının çözümüne katkısı olabileceği düşünülmektedir.

UZMANLIK DAYATMASI VE DİŞ HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARINA ETKİSİ

Uzmanlık yasası düzenlenirken diş hekimliği fakültelerinde 5 yıllık lisans eğitimi ile diş hekimine kazandırılan bilgi ve becerilerin ağız diş sağlığı hizmetini karşılamakta yetersiz olduğu ve sorunun da ancak uzmanlık eğitimi verilerek çözülebileceği şeklinde bir mesnetsiz önerme ile yola çıkılmıştır. Oysa, bu konuda henüz kapsamlı bir bilimsel çalışma yapılmamıştır. Diş hekimliği fakültelerinde yürütülen eğitim, yasada uzmanlık olarak kabul edilen alanlardaki tüm işlemleri gerçekleştirmek için zaten yeterlidir. Nitekim, Avrupa Diş Hekimleri Derneği (European Dental Association) tarafından hazırlanmış olan 'Avrupalı Diş Hekimi Profil ve Yeterlilikleri' raporu da, lisans eğitimi tamamlayan diş hekimlerinin sahip olması gereken nitelikleri tanımlarken bu durumu doğrulamaktadır.

Günümüzde gözlemlenen uzmanlaşma eğiliminin, diş hekimliği mesleğine ve toplumun ağız-diş sağlığına kayda değer bir katkı sağlamadığı görülmektedir. Uzmanlık hedefleyen ve Diş Hekimliği Uzmanlık Sınavı'na (DUS) hazırlanan birçok kişi, özel bir alana duydukları ilgi doğrultusunda hareket etmemektedir. Temel motivasyon, uzmanlık unvanı elde etmek ve uzman olmayan diş hekimlerine getirilebilecek muhtemel mesleki kısıtlamalara karşı kendini korumaktır. Bu bağlamda, gençler ideallerinden ziyade geleceğe dair belirsizlikler nedeniyle mesleğe ara vererek aylarca DUS'a hazırlanmaktadır. Dershanelere ücret ödemek, sınava girip istenilen sonucu elde edemeyip tekrar denemek, sadece puanına uygun alanı seçmek, defalarca denemekten sonra DUS'tan vazgeçmek gibi aşamalardan oluşan bu süreç, genellikle gençlerin tükenmesine ve meslekten uzaklaşmasına yol açmaktadır.

Diş hekimliği fakültelerine birçok öğrenci, kamuoyunda mesleğe ilişkin oluşan algılar doğrultusunda; yüksek gelir, toplumsal statü ve iş güvencesi beklentisiyle yönelmektedir. Özellikle sosyal medyada idealize edilen yaşam tarzları ve klinik ortamları, bu algının pekişmesine katkı sağlamaktadır. Ancak öğrenciler, lisans eğitimi süreci boyunca mesleğin gerçek koşullarıyla çoğu zaman yeterince yüzleşememektedir.

Eğitimin erken dönemlerinde, özellikle ikinci sınıftan itibaren, öğrenciler uzmanlık sınavına hazırlık sürecine yönlendirilmektedir. Bu yönlendirme, kimi zaman asistanlar ve bazı akademisyenler tarafından, mesleğin ancak uzmanlık yoluyla sürdürülebileceği düşüncesiyle yapılmakta; bu durum ise öğrencilerin lisans eğitimine duyduğu güveni zedelemektedir.



Bunun sonucunda, lisans düzeyinde kazanılması gereken bilgi ve becerilerin önemli bir bölümü uzmanlık eğitimine ertelenmekte; öğrenciler, mezuniyet sonrasında bağımsız meslek icrası için gerekli donanımı edinmeden mesleğe adım atabilmektedir. Uzmanlık sınavını kazananlar ya da kamuya atanabilenler bu döngüden kısmen çıkabilse de, önemli bir kısmı özel sektörde düşük ücretli ve güvencesiz koşullar altında çalışmak zorunda kalmaktadır.

Bazı mezunlar, eğitimlerini tamamlamış olmalarına rağmen mesleklerini kendi adlarına icra edemedikleri için, başka diş hekimlerinin yanında temel klinik görevleri üstlenmekte; hatta bazı durumlarda, ruhsatsız çalışan kişi ya da kurumlarda, yasal zorunlulukları karşılamak amacıyla diplomaları üzerinden düşük ücretlerle istihdam edilmektedir.

Bu tablo, nitelikli bir diş hekimliği eğitiminin gerekliliğini ve aciliyetini açıkça ortaya koymaktadır. Eğitimin yetersizliği, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda mesleğin bütününde yapısal sorunlara yol açmakta; bu durum hem sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte hem de mezunların mesleki bağımsızlıklarını ciddi biçimde kısıtlamaktadır. Eğitimdeki bu zafiyetin sürmesi, güvencesiz istihdam biçimlerinin yaygınlaşmasına ve sistemin bu kırılgan koşullar üzerinden sürdürülebilir hale gelmesine neden olmaktadır.

Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda, uzmanlık yasası ile birlikte meydana gelen değişiklikler, diş hekimlerinin çalışma koşullarını olumsuz yönde etkilemiştir. Bakanlık bünyesinde yaklaşık 1400 uzman diş hekimi görev yapmaktadır. Ancak bu uzmanların ülke geneline dengeli bir şekilde dağılmadığı görülmektedir. Uzman diş hekimleri çoğunlukla büyükşehirlerdeki Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri'nde (ADSH) istihdam edilmektedir.

Uzman diş hekimleri ile genel diş hekimlerinin görev alanları büyük ölçüde örtüşmektedir. Benzer tedavileri uygulayan bu iki grup arasında, ek ödeme yönetmeliğine dayalı gelir düzenlemeleri ciddi adaletsizlikler yaratmakta ve bu durum, çalışma barışını olumsuz yönde etkilemektedir.

Uzmanlık yasası sonrası ortaya çıkan uygulamalar, kamuda görev yapan bazı diş hekimleri tarafından, genel diş hekimlerinin yetki alanlarının daraltıldığı şeklinde algılanmıştır. Önceden rutin olarak gerçekleştirilen bazı tedavilerin artık uzman diş hekimlerine yönlendirilmesi yönünde bir eğilim oluşmuştur. Bu durum, hâlihazırda artmakta olan hasta yoğunluğuna, uzman sevki nedeniyle tedaviye geç ulaşan hastaların yarattığı yeni bir yoğunluğu da eklemiş ve hizmet sunumunu daha da zorlaştırmıştır.

ÖNERİLER

- Diş hekimliğinde uzmanlık süreci; mesleğin sınırlarını daraltmayacak biçimde, bilimsel gerçekler ve toplumsal ihtiyaçlar doğrultusunda, tüm paydaşların katkısıyla yeniden planlanmalıdır.
- Toplumun ağız ve diş sağlığı gereksinimleri temel alınarak, uzman diş hekimi sayıları belirlenmeli; bu sayıların nüfus yoğunluğu göz önüne alınarak bölgesel dağılımı sağlanmalıdır.
- Uzman diş hekimlerinin ve genel diş hekimlerinin mali ve özlük hakları yasal güvence altına alınmalı; her iki grup için de emekliliğe yansıyan, tek kalem maaş sistemi oluşturulmalıdır.
- Performansa dayalı ek ödemeler; yalnızca nicelik değil, nitelik esas alınarak ve yapılan tedavilerin kalitesine göre belirlenmelidir. Bu ödemelerin toplam gelir içindeki oranı %20'yi aşmamalıdır.
- Kamuda görev yapan uzman diş hekimleri ile diş hekimleri arasında çalışma barışını bozmayacak, her iki grubun emek süreçlerini gözeten adil bir gelir düzenlemesi sağlanmalıdır.

ÖZELDE DİŞ HEKİMİ OLMAK

2002 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP), serbest diş hekimlerinin mesleki faaliyet biçimlerini ve sağlık hizmeti sunum alanlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Bu süreçte, serbest çalışan diş hekimlerini dolaylı gibi görünse de gerçekte doğrudan etkileyen, mesleki yeterlilik ve saygınlık kayıplarına yol açan çarpık bir eğitim sisteminin ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Ayrıca mevcut mevzuatta, SDP'nin neoliberal yapısal öngörülerini destekleyen çeşitli düzenlemelere gidilmiştir.

KENDİ ADINA ÇALIŞAN DİŞ HEKİMİ OLMAK (MUAYENEHANE, POLİKLİNİK, MERKEZ)

Diş hekimlerinin kendi adına çalışma kararı vermelerinin başlıca nedeni; özgür ve bağımsız hareket edebilmek, kendi belirledikleri ortamda ve hizmet standartlarında mesleğini icra etmek ve mesleki ideallerini gerçekleştirme olanağına sahip olmaktır. Günümüzde ülkemizdeki sağlık ortamında, kendi adına çalışan diş hekimleri, yalnızca profesyonelliğin temel unsurlarından biri olan mesleki bağımsızlık açısından bu tercihi avantajlı bulmaktadır.



Ancak bu hekimler, idari ve mali yasal düzenlemelerin her yıl değişmesi ve giderek ağırlaşması nedeniyle artan bir bürokratik yükü karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın uygulamaları, toplum ve hasta yararını gözetmekten uzak bulunmakta; dış hekimleri, mevzuatın hazırlanmasında yetkin olmayan kişilerin etkili olması, denetimlerin cezalandırıcı niteliği ve taleplerin tutarsızlığı gibi nedenlerle ciddi rahatsızlık duymaktadır. Sahtecilikle mücadele amacıyla desteklenen denetim mekanizmalarının, bugün legal çalışan özel sağlık kuruluşlarındaki dış hekimlerini hedef alıyor olması da eleştirilmekte ve tartışılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde 2015 yılında başlattığı düzenlemeleri 2016 ve 2022 yıllarında da sürdürmüş ve bu yönetmelikler birçok kez yargıya taşınmıştır. 3 Şubat 2015’te yenilenen yönetmelik, birçok maddesiyle özel çalışma alanlarını zorlaştırmış; ayrıca dış hekimliği alanında ilk kez hekim dışı sermayenin yatırımcı olmasına olanak tanımıştır. 6 Ekim 2022’de yayımlanan güncel yönetmelikte ise, önceki sorunların büyük ölçüde devam ettiği ve hekim dışı sermayenin iştiraki konusunda herhangi bir değişikliğe gidilmediği görülmektedir. Türk Dışhekimleri Birliği tarafından, hekim dışı ortaklık için kamusal bir gereklilik bulunmadığı Sağlık Bakanlığı yetkililerine birçok kez iletilmiş olsa da, bu konuda kamuoyunu tatmin edecek açıklamalar yapılmamıştır.

2015’ten 2022’ye kadar geçen süreçte yapılan düzenlemeler, alanı giderek serbest piyasa koşullarına terk etmiş, sağlık hizmetinin ticarileşmesini teşvik etmiş ve muayenehane sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit etmiştir. Sürekli değişen yönetmelik maddeleri, röntgen cihazları için ödenen yüksek lisans ücretleri, hasta bilgilerinin güvenlik açısından riskli Muayenehane Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS) sistemi üzerinden iletilmesi zorunluluğu, belediyelerin sorumluluğunda olan tıbbi atık toplama hizmetlerinin özel kuruluşlar aracılığıyla sağlanması ve bunun denetiminin Çevre Bakanlığı adına yürütülmesi gibi yükümlülükler, dış hekimlerinin iş yükünü artırmakta ve mesleki faaliyetlerini sektöre uğratmaktadır. Üstelik son kullanıcı olmalarına rağmen, ürün takip sistemleri gibi hasta sağlığını doğrudan ilgilendirmeyen konularla da sorumlu tutulmaktadırlar.

Bu yönetmeliklerle sosyal ve bilimsel temele dayanmaksızın sağlık kuruluşları (muayenehane, poliklinik, merkez, hastane) olarak sınıflandırılmış; muayenehaneler için zorlayıcı yaptırımlar getirilmiş; buna karşın sermaye ortaklığının mümkün olduğu yapılara hukuki zemin hazırlanmıştır. Hekim dışı sermaye payının ve kar baskısının arttığı, dış hekimlerinin işçi konumunda çalıştırıldığı kuruluşlara geçiş açıkça

desteklenmiştir. Son yirmi yılda artan fakülte sayısı ve kontenjanlarla birlikte genç diş hekimleri, bu kar odaklı yapılarda ucuz iş gücü olarak istihdam edilmekte; bu durum hem emeğin sömürülmesine hem de mesleki itibarın ve gelirlerin azalmasına yol açmaktadır.

Serbest çalışan diş hekimleri, yalnızca mevzuat nedeniyle değil, aynı zamanda hükümetin neoliberal politikalarının doğal sonucu olarak da sorunlar yaşamaktadır. Ekonomi yönetiminin geldiği nokta, bu sorunları daha da derinleştirmektedir. Devletin ağız ve diş sağlığı politikalarında, serbest diş hekimlerine yapılan başvurular sonrasında sağlanan hizmetler için herhangi bir geri ödeme mekanizması bulunmamaktadır. Bu nedenle tüm harcamalar hane halkı tarafından doğrudan karşılanmakta; hane gelirindeki azalmalarla birlikte serbest hekimlere başvuru oranları da düşmektedir.

Ekonomik koşullar nedeniyle Türk Lirası'nın değer kaybı, ağız ve diş sağlığı ile ilgili birçok ürünün ithal edilmesini zorlaştırmış ve tedavi maliyetlerini erişilemez düzeye taşımıştır. ADSM'lerle rekabet, teknolojik gelişmelere uyum zorunluluğu ve artan idari maliyetler, serbest çalışan diş hekimlerinin muayenehanelerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.

Sağlıkta şiddet ise yalnızca kamuda değil, özel sektörde çalışan diş hekimlerini de etkilemektedir. Adalet sistemindeki cezasızlık algısı, kadın cinayetlerinde olduğu gibi sağlıkta şiddetin de artmasına zemin hazırlamaktadır.

ÖNERİLER

- "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik", yalnızca özel sağlık kuruluşlarının açılış süreçlerini düzenleyici bir çerçeveye kavuşturulmalı; detaylı denetim süreçleri ise, diş hekiminin mesleki yeterliliği ve sağlık kuruluşunun hizmet sunma kapasitesi esas alınarak, Türk Dışhekimleri Birliği koordinasyonunda yeniden yapılandırılmalıdır.
- Diş hekimliği uygulamalarında kullanılan röntgen cihazlarının lisanslama süreçleri, cihazın iyonizasyon kapasitesiyle orantılı ve yapılan işlem düzeyine uygun olarak Türk Dışhekimleri Birliği danışmanlığıyla yeniden belirlenmelidir.
- Tıbbi atık yönetimi, belediyelerin hizmet sorumluluğunda değerlendirilmeli ve denetim yetkisi yalnızca Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı'na ait olmalıdır. Diş hekimliği kurumları sadece atıkların uygun biçimde toplanması ve geçici olarak güvenli bir şekilde saklanmasıyla sorumlu tutulmalıdır.



- İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı, diş hekimlerinden ayrıca işyeri hekimi ile sözleşme yapmalarını zorunlu kılmayacak biçimde yeniden düzenlenmelidir.
- Ürün Takip Sistemi (ÜTS), son kullanıcı olan diş hekimlerini değil; ürünleri üreten, ithal eden veya pazarlayan firmaları kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmalıdır.
- Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası, Türk Dişhekimleri Birliği ile birlikte yeniden ele alınmalı; prim hesaplama yöntemi, kapsamı ve kamu/özel sorumluluk paylaşımı adil bir şekilde yeniden düzenlenmelidir.
- "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik"te yer alan meslek dışı sermaye ortaklığına izin veren tüm maddeler yürürlükten kaldırılmalı, diş hekimliği alanı yalnızca meslek mensupları tarafından yönetilecek şekilde yapılandırılmalıdır.

ÖZELDE ÜCRETLİ DİŞ HEKİMİ OLMAK

Son yirmi yılda diş hekimlerinin serbest çalışma alanında yaşanan eğitimdeki dönüşüm, olumsuz etkiler doğurmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında, ihtiyaç fazlası artan diş hekimi sayısı nedeniyle birçok genç diş hekimi özel sektörde ücretli olarak çalışmak zorunda kalmıştır. Muayenehane açmaya uygun olmayan, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde (ADSM) çalışmak istemeyen ya da ataması yapılmayan genç diş hekimleri ücretli çalışma yolunu tercih etmektedir. SDP'nin olumsuz etkileriyle muayenehanesini kapatan veya yalnızca kendi uzmanlık alanında çalışmak amacıyla poliklinik ya da sağlık merkezlerini tercih eden hekimler de ücretli çalışan statüsüne düşebilmektedir. Üniversitede yeterli eğitimi alamayan genç hekimler, bu açığı kapatmak için uzmanlığa yönelmekte, ancak sonunda sadece kendi alanlarında çalışmak zorunda kalmakta ya da böyle hissetmektedirler.

Ücretli diş hekimlerinin, özellikle kariyerlerinin başlangıç aşamasında, Diş Hekimleri Odası ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kaydı olmadan çalıştırılması yaygın bir durumdur. "Deneme" süreci olarak adlandırılan bu dönemler ise aylar süren bir sömürüye dönüşebilmektedir. Ücretli diş hekimi ile işveren arasında genellikle yazılı iş sözleşmesi yapılmamaktadır. Sözleşme imzalandığında ise hekimler, kendilerini mağdur edebilecek maddeleri kabul etmek zorunda kalabilmektedir. Kliniklerdeki ücretli diş hekimlerinin mevzuatta belirtilen konumları ile fiili durumları arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Genç hekimlerin çoğu yönetimde söz hakkına sahip olmamalarına rağmen, ortak ya da mesul müdür olarak gösterilmekte; ancak bu durum pratikte hak ve yetki sahibi olmalarını sağlamamaktadır. Sonuç olarak, genç

dış hekimleri meslek yaşamlarına güvence içermeyen, aksine ciddi riskler barındıran bir ortamda başlamaktadır.

İşverenler, ücretli dış hekimlerine farklı ödeme yöntemleri uygulamaktadır. Özellikle ücretli dış hekim bulmanın kolay olduğu büyük şehirlerde sömürü düzeyi artmaktadır. Dış hekimlerinin, teknisyenler gibi meslek dışı işverenlere kıyasla daha yüksek ücret talep etmesi, teknisyenlerin bu işverenler için çekim unsuru oluşturmalarını beraberinde getirmektedir. Ücretli dış hekimlerinin emeği, sigorta primlerinin asgari ücret üzerinden yatırılmasıyla da sömürülmektedir. Bazı poliklinikler, kuruluş şartlarını yerine getirmek amacıyla maaşlı dış hekimlerini kısa süre çalıştırıp, işler tamamlandıktan sonra çeşitli gerekçelerle işten çıkarmaktadır. Yasal olarak tanınan "3 ay yeni dış hekim arama hakkı" gerekçe gösterilerek, bu süre boyunca hekim maaşı ve sigorta primlerinden kaçınılmakta; böylece yasalara uygun gibi görünülürken giderler azaltılmaktadır. Bu döngü, birçok genç hekimin mağduriyetine yol açmakta ve artan mezun sayısı nedeniyle suistimale açık hale gelmektedir. Ayrıca mesai dışı çalıştırma ve mobbing gibi uygulamalar, polikliniklerde hekim sirkülasyonunun yüksek olmasına ve kısa süre içinde istifa etmelerine neden olmaktadır.

Tüm bu olumsuz faktörler, çalışmayan dış hekim sayısının artmasına sebep olmaktadır. Bu durum hekimleri düşük ücretle, yasal olmayan koşullarda çalışmaya, mobbinge sessiz kalmaya ve dolandırılmaya açık hale getirmektedir. Artan mezun sayısı ve değişen sektör koşulları, dış hekimlerinin hakları ve mevcut durum hakkında bilinçlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

İşverenler, ücretli dış hekimlerinin mesleki bağımsızlığını göz ardı etmektedir. Dış hekimlerinin endikasyon, tedavi planı, alet ve malzeme seçimi, hasta ilişkileri ve randevu saatleri gibi tüm kararları işverenler tarafından alınmakta ve genellikle ticari çıkarlar doğrultusunda şekillenmektedir. Prim ve teşvik adı altındaki zorlayıcı sistemler, hekimlerin ağır iş yükü altında çalışmasına sebep olmaktadır. Bu çalışma koşulları nedeniyle ortaya çıkan hatalı tedavilerden çalışan dış hekimleri sorumlu tutulmaktadır.

Sorunların bir diğer boyutu, eğitim süreciyle bağlantılıdır. Dış hekimliği fakültelerine giren pek çok öğrenci, kendileri veya aileleri tarafından sağlanacağı düşünülen iş garantisi ve yüksek gelir beklentisiyle, özellikle sosyal medyada mesleğin cazip gösterilmesinden etkilenerek bu alana yönelmektedir. Ancak mezuniyet gününe kadar mesleğin gerçek yüzüyle çoğunlukla karşılaşmamaktadırlar.



Dış hekimliği öğrencileri, eğitimlerinin erken dönemlerinde (genellikle ikinci sınıfta) uzmanlık baskısıyla karşılaşmakta ve DUS (Dış Hekimliği Uzmanlık Sınavı) hazırlık kurslarına yönlendirilmektedir. Bazı akademisyenler, bu mesleğin ancak uzmanlıkla birlikte maddi ve manevi olarak yapılabileceği fikrini aşılacaktır. Mevcut eğitim sistemi, lisans süresince verilmesi gereken bilgilerin önemli bir kısmını uzmanlık dönemine bırakmakta; bu nedenle öğrenciler mezun olduklarında bağımsız meslek icra edemeyecek düzeyde donanım eksikliğiyle mezun olmaktadır. Az sayıda mezun, sınavla uzmanlık öğrencisi olarak ya da devlet atamalarıyla kamuda çalışma şansı bulabilmektedir. Kalan büyük çoğunluk ise hekim veya hekim dışı sermaye sahibi "patron"ların yanında, mesai saatlerinde basit tedavi işlemleri ve çeşitli angaryalar için çalışmakta; akşamları ise bazı akademik personelin kayıtsız olarak yürüttüğü kaçak işlerde, diplomalarının karşılığı olarak asgari ücretin altında çalışmaya zorlanmaktadır.

ÖNERİLER

- Kanunda ve yönetmelikte, çalışan dış hekimlerine iş güvencesi sağlayacak düzenlemeler acilen hayata geçirilmelidir.
- Dış hekimi çalıştıracak kurum ve kuruluşlarda, Sağlık Bakanlığı'nın çalışma izni verirken, dış hekiminin uygun kodla SGK kaydının yapıldığını ve sigorta primlerinin Türk Dışhekimleri Birliği asgari ücretine göre düzenli yatırıldığını, otomasyon sistemleri aracılığıyla sürekli denetlemesi sağlanmalıdır.
- Yetkili kişi veya kurumlar tarafından, hekim şikayeti beklenmeksizin, rutin olarak polikliniklerde maaşlı çalışan dış hekimlerinin işe giriş ve çıkış tarihleri ile işten çıkarılma gerekçeleri detaylı şekilde incelenmelidir. Sektörde maaşlı çalışan dış hekimleriyle görüşmeler yapılarak suistimal ve mağduriyetlerin önüne geçilmesine yönelik çalışmalar yürütülmelidir.
- Yeni mezun ve mezun aday dış hekimlerine, mevcut piyasa koşulları, yasal haklar ve çalışma hayatında karşılaşabilecekleri zorluklar hakkında kapsamlı bilinçlendirme programları Türk Dışhekimleri Birliği ve dış hekimleri odaları tarafından düzenlenmelidir.
- Dış hekimi arzının kontrol altına alınmasına ve istihdamın artırılmasına yönelik uzun vadeli stratejik çalışmalar yapılmalıdır. Bu süreç tamamlanana kadar, "evde oturan dış hekimi" kavramını önlemek için geçici çözümler geliştirilmelidir. Örneğin, genç dış hekimlerinin sektöre entegrasyonunu sağlamak ve deneyim kazanmalarını desteklemek amacıyla okullarda veya

huzurevlerinde ağız sağlığı taraması yapma ve oral hijyen eğitimi verme projeleri hayata geçirilebilir.

- Ayrıca, akademik personelin ve kamuda çalışan diş hekimlerinin özelde kayıtsız çalışmasının önlenmesi sağlanmalıdır.

SAĞLIK TURİZMİ YAPAN KURUMLARDA DİŞ HEKİMİ OLMAK

Son yıllarda sağlık turizmi, küresel ölçekte hızla büyüyen bir sektör haline gelmiştir. Türkiye, coğrafi konumu, geçmişten gelen nitelikli sağlık insan gücü, çok sayıda yeni diş hekimliği fakültesinden mezun olan ve iş arayan genç diş hekimleri ile rekabetçi fiyat politikaları sayesinde, sağlıkta dönüşüm programının neoliberal uygulamalarının da etkisiyle bu alanda önemli bir aktör olmaya adaydır. Ancak bu gelişme, sağlık sisteminde çalışan diş hekimleri açısından çeşitli sorunları da beraberinde getirmiştir. Türkiye’de sağlık turizmi kapsamında özel sağlık kuruluşlarında çalışan ücretli diş hekimlerinin karşılaştığı çalışma koşulları ve etik sorunlar değerlendirildiğinde, bu alanın sağlığın ticari bir araç olarak kullanılması nedeniyle birçok potansiyel problemi barındırdığı görülmektedir.

1. Sağlık Turizminde Diş Hekimlerinin Rolü ve İstihdam Biçimleri

Türkiye’de özel sağlık kuruluşlarında çalışan diş hekimlerinin büyük çoğunluğu, performansa dayalı ücretlendirme ya da sabit maaş artı prim sistemiyle istihdam edilmektedir. İş güvencesi genellikle sınırlı olup, uzun mesai saatleri yaygındır. Avrupa’nın sağlık turizmi merkezlerinden Macaristan ve Polonya’da ise ücretli diş hekimleri için iş güvencesi, sendikal haklar ve düzenli çalışma saatleri daha yaygındır. Öte yandan Hindistan ve Tayland gibi ülkelerde, Türkiye’ye benzer şekilde “yüksek hacimli hasta döngüsü” beklentisi vardır ve bu durum hekimler üzerinde ticari baskıyı artırmaktadır.

2. Ekonomik Sorunlar ve Gelir Adaletsizliği

Türkiye’de birçok diş hekimi, sundukları hizmetin karşılığı olan adil ücreti alamamakta; klinik kârı üzerinden yapılan prim dağılımı ise çoğu zaman şeffaflık taşımamaktadır. Sosyal devlet yapısının güçlü olduğu Almanya gibi ülkelerde diş hekimleri kamusal güvencelerle desteklenirken, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler benzer gelir eşitsizliği sorunlarıyla karşılaşmaktadır. ABD’de birçok hekim, bireysel marka ve klinik yoluyla gelirini artırabilmekteyken, Türkiye’de büyük zincir kliniklerin sektörü domine etmesi bu fırsatları sınırlandırmakta ve özellikle genç diş hekimleri için sömürüye zemin hazırlamaktadır.



Bu durumun daha ileri bir boyutu ise, meslek dışı yatırımcıların açtığı kliniklerin sayısının hızla artmasıdır. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde (ADSM) meslek dışı yatırımcılar nispeten daha görünürken, polikliniklerde (ADSP) ve muayenehanelerde muvazaa yoluyla hekim dışı sermayenin gerçek oranı net olarak bilinmemektedir. Bu sağlık kurumlarında çalışan yeni mezun meslektaşlarımız ucuz iş gücü olarak görülmekte ve zor koşullarda çalıştırılmaktadır. Ticari amaçlarla hekimlere endikasyon dayatılmakta, çok düşük fiyatlarla "sürüden kazanma" mantığıyla mesleğin onuruna aykırı, etik değerlerle bağdaşmayan uygulamalara zorlanmaktadır.

Mesul müdürler, mesleki ve idari faaliyetlerden sorumludur. Ancak genç ve yeni mezun diş hekimleri, aslında söz sahibi olmadıkları kurumlarda yaşanan disiplin usulsüzlükleri nedeniyle cezalar almakta ve meslek yaşamlarının başında çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar.

3. Etik Sorunlar ve Ticarileşme

Sağlık turizminde hasta memnuniyeti ve ticari başarı ön planda tutulmakta; bu durum diş hekimlerini, mesleki etik ilkeleri ile çalıştıkları sağlık işletmelerinin beklentileri arasında bir tercihe zorlamaktadır.

Sağlık turizminin yarattığı etik sorunların başında, sağlık alanının ticarileşmesi ve bu neoliberal yapının rekabetçilikle birlikte getirdiği reklam ve pazarlama sorunları yer almaktadır.

Sağlık turizmi yapan aracı kurumların yetki sınırlarını aşarak endikasyon koyması, fiyatlandırma yapması, tedavi şekli ve süresine karar vermesi, implant alımları gerçekleştirerek istedikleri fiyat ve implantı sağlık tesislerine dayatmaya çalışması, laboratuvar bağlantıları kurması ve laboratuvar malzemeleri alarak tedavi pazarlıklarına girmesi ile artan sağlık tesisi ortaklık ve sahiplikleri önemli etik sorunlar arasında sayılmaktadır.

Bu ticari potansiyelin yarattığı iştah, kurumların baskısıyla diş hekimlerini hekimlik değerlerinden uzaklaşmaya zorlamaktadır. Hasta yararının temel odak olması gerekirken, kar amacı aracı kurumların patronajı ve sağlık kurumlarının iş birliği ile ön plana çıkmaktadır.

İsveç ve Hollanda gibi ülkelerde, özel sağlık kuruluşları bile etik kurallara bağlı kalmak zorundadır ve hekimler üzerinde ticari baskı oluşturulamazken; Malezya gibi ülkelerde ise yoğun hasta talebi ve düşük ücret politikaları nedeniyle Türkiye'ye benzer etik baskılar hekimler üzerinde sıkça görülmektedir.

4. Hukuki Koruma ve Malpraktis Riski

Türkiye’de özel sektörde çalışan diş hekimleri, malpraktis davalarında genellikle bireysel olarak sorumlu tutulmakta ve kurumsal sorumluluklar yeterince net tanımlanmamıştır.

Çoğu durumda, diş hekimleri kurumlarda esas pozisyonlarının dışında kâğıt üzerinde sorumlu konumda gösterilmekte ve bu da olası roblemlerde hekimin tüm sorumluluğu üstlenmesine yol açmaktadır. Bu sorunlar, kurumun ticari odaklı hedeflerinden kaynaklansa da, sorumluluk tamamen hekime yüklenmektedir. Bu durum, sadece malpraktis ile sınırlı kalmayıp, vergi, sigorta primleri ve idari cezalar gibi pek çok alanda da sorunlara neden olmaktadır. Kanada ve İngiltere’de hekimler, devlet destekli malpraktis sigortaları ve meslek birlikleri tarafından korunurken; Türkiye’de bu sigortalar bireysel sorumluluk altındadır. Malpraktisle ilgili davalarda, tıp hukuku ve özel kanunlar yerine ceza kanunları üzerinden yargılamalar yapılabilmekte ve bu alandaki hukuki düzenlemenin alanın özgün koşullarına uygun olmaması, sadece sağlık turizmi alanında değil genel sağlık sektöründe önemli bir problemidir.

26 Nisan 2025 tarihli ve 32882 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik ile, 13 Temmuz 2017 tarihli aynı isimli Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni Yönetmelik, önceki düzenlemenin temel sistematüğünü korumakla birlikte, yetkilendirme, denetim mekanizmaları ve sağlık kuruluşlarına getirilen yükümlölükler bakımından yapısal değışiklikler içermektedir. Yeni Yönetmelik ile sağlık turizmi kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinde oluşabilecek komplikasyonlar için sağlık kuruluşlarının sorumluluğu açıkça düzenlenmiş ve cerrahi ya da girişimsel işlemler açısından zorunlu komplikasyon sigortası yaptırma yükümlölüğü getirilmiştir.

Komplikasyonların tıbben kaçınılması mümkün olmayan olumsuz sonuçları nedeniyle meslek mensuplarının sorumlu tutulması, mesleki özerkliği zedeleyebilir ve klinik kararların bilimsel temeller ve hastanın üstün yararı yerine hukuki ve mali riskler gözetilerek alınmasına yol açabilir. Bu durum yalnızca hekimleri değil, sunulan sağlık hizmetinin niteliğini ve dolayısıyla hasta sağlığını da etkileyebilir. Bunun yanı sıra, hastaların açık rızası olmaksızın sağlık verilerinin merkezi bir sisteme aktarılması, ölçölölük ve demokratik toplum ilkeleri açısından ciddi sakıncalar doğurmakta; hasta-hekim güven ilişkisini zedeleyerek sağlık hizmetine erişimi olumsuz etkileyebilmektedir. Anonimleştirme ve istatistikî veri aktarımı gibi alternatif, daha az müdahaleci yöntemler mümkünken; doğrudan kişisel verilerin toplanması,



hukuka uygunluk, ölçülülük ve meşru amaç kriterleri açısından sorun teşkil etmektedir. Yeni yönetmelikle sağlık tesisleri ve aracı kuruluşların denetim ve performans değerlendirmesi, ayırım gözetmeksizin Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. (USHAŞ)'a bırakılmıştır. Buna ek olarak, performans kriterlerine dayalı yeni yeterlilik değerlendirme sistemi, sağlık hizmetinin mesleki bağımsızlık, bilimsel gereklilik ve kamu hizmeti niteliği ile bağdaşmamaktadır.

ÖNERİLER

- Yasal düzenlemeler çerçevesinde, sağlık turizmi kapsamında faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin iş güvencesi, ücretlendirme sistemi ve mesleki sorumlulukları açık ve net bir biçimde düzenlenmelidir.
- Etik Denetim: Türk Dişhekimleri Birliği'nin sağlık kuruluşları üzerindeki etik denetim yetkisi güçlendirilerek, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kurum ve hekimlere rehberlik etmesi sağlanmalıdır.
- Meslek Sigortaları: Meslek sigortaları devlet teşvikiyle yaygınlaştırılmalı ve kapsamı belirlenirken meslek örgütleri ile iş birliği yapılmalıdır.
- Tanıtım ve Reklam: Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yurtdışında yapılan tanıtım ve bilgilendirmeleri, mesleki etik kurallara uygun olarak kamu kurumları tarafından gerçekleştirilmelidir. Hekimlerin etik kurallarından biri olan tanıtım ve reklam yasağı kesinlikle korunmalı, aşındırılmamalıdır.
- Temel Problem: Asıl sorun "sağlık turizmi" olgusudur. Turistlerin kendi ülkelerinde alabilecekleri acil olmayan sağlık hizmetlerinin ticari kaygılarla gelir kaynağı haline getirilmesi yerine, "turistin sağlığı" odaklı programlar geliştirilmelidir.

TOPLUMSAL CİNSİYET BASKISINDA KADIN DİŞ HEKİMİ OLMAK

Kadın diş hekimleri, çalıştıkları ağız ve diş sağlığı kurumlarında, toplumsal cinsiyet olgusuna bağlı çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunların ele alınması ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi acil bir ihtiyaçtır. Kadınlara toplum tarafından yüklenen aile içi roller, çalışma yaşamlarını önemli ölçüde etkilemekte; bu rollerin getirdiği dezavantajlara yönelik düzenlemelerin eksikliği ise kadınların mesleklerinden uzaklaşmasına yol açmaktadır.

Kadın diş hekimleri, mesleklerini icra ederken eş ve annelik rollerini de üstlenmekte; bu nedenle çalışma saatlerini azaltmak, çalışma biçimini değiştirmek veya aile

sorumluluklarını çalışma ortamına taşımak zorunda kalmaktadırlar. Ev içi emek yükünün ağırlığı nedeniyle çalışma hayatını sonlandırmak zorunda kalan, kamudan istifa eden ya da muayenehane kapatan kadın diş hekimleri bulunmaktadır. Esnek çalışma modellerini tercih ederek tüm sorumluluklarını yerine getirmeye çalışan kadın diş hekimleri, önemli bir efor sarf etmektedir.

Çalışma saatleri üzerinde kontrol sağlayamayan kadınlar, toplumun empoze ettiği bu rollerini yerine getiremedikleri düşüncesiyle psikolojik baskı altında kalmaktadır. Öte yandan, bu zaruri esnek çalışma durumu, erkekler tarafından "anne ve eş sorumluluklarını yerine getirebilme imkânı" şeklinde değerlendirilmektedir ki bu durum toplumsal cinsiyet olgusunun yansımasıdır.

Ayrıca kadın diş hekimlerinin mesleki yeterlilikleri, hastalar tarafından sorgulanabilmekte; bu durum mesleki motivasyon ve performansı olumsuz etkileyebilmektedir.

Ayrıca, kadın diş hekimlerinin girişimcilikleri ile hasta üzerindeki etki ve yetkinlikleri işverenler tarafından da sorgulanabilmektedir. İşverenlerin, daha kolay yönetilebilir oldukları algısıyla, ücretli olarak çalıştıracakları diş hekiminin genç ve kadın olmasını tercih etmeleri, toplumsal cinsiyet olgusunun bir yansımasıdır. Bu "kolay yönetilebilirlik" algısı, hasta-hekim ilişkisine de yansımaktadır. Buna ek olarak, kadın diş hekimleri ücretli çalışırken işverenlerin; kamuda çalışırken ise hastaların şiddet ve tacizine maruz kalabilmektedir. Şiddet ve taciz, toplumun her alanında yaygın bir sorun olup, eğitim kurumları olan üniversitelerde dahi bildirimlere konu olmaktadır.

Kadınların medeni hal değişikliklerinde soyadlarını değiştirmek zorunda kalmaları, günlük yaşamda zorluklar yaratırken; akademik yaşamda yayınlarda, serbest çalışma alanında ise ruhsat, sözleşme ve benzeri evrakların tamamının yeni bir sağlık kuruluşu açılışı olarak değerlendirilmesi de kadınlara özgü ayrı bir sorundur.

ÖNERİLER

- Kadınların karşılaştıkları sorunların görünür olabilmesi, öncelikle her alanda etkin bir şekilde temsil edilmeleri ile mümkündür. Bu bağlamda, meslek örgütleri ve sendikalarda kadın komisyonlarının oluşturulması; çalışma yaşamında karşılaşılan cinsiyete dayalı eşitsizliklerin tespiti ve çözüm üretimi açısından önem arz etmektedir. Söz konusu komisyonlar, diğer kadın örgütleriyle güçlü ve sürekli bir iletişim kurarak ortak mücadele zeminini güçlendirmelidir.



- Toplumda eşitliğin temeli, aile içinde sağlanacak eşitliktir. Kadınların çocuk ve yaşlı bakımında orantısız biçimde sorumluluk üstlenmesi, iş yaşamına katılımlarını doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, bakım emeğinin yalnızca kadınların omzunda kalmasının önüne geçilmeli; hem kamusal hem özel sektörde aile içi sorumlulukların eşit paylaşımını teşvik eden yapısal düzenlemeler hayata geçirilmelidir.
- Toplumsal cinsiyet normlarının baskısıyla mesleğinden uzaklaşmak zorunda kalan ya da işsiz kalan kadın dış hekimlerine ulaşılabilmesi amacıyla mekanizmalar geliştirilmelidir. Bu kadınların mesleki yaşama yeniden katılabilmelerine olanak sağlayacak destek modelleri ve somut çözüm önerileri, ilgili meslek örgütleri tarafından geliştirilmeli ve uygulanmalıdır
- Kadınların soyadı değişikliği nedeniyle, yönetmelikler gereği kurumlar tarafından talep edilen sözleşme, ruhsat ve benzeri evrakların tümünün yeni bir işyeri açılışı kapsamında değerlendirilmesi, hem hukuki hem de pratik açıdan eşitsiz sonuçlar doğurmaktadır. Bu uygulamanın yalnızca bilgi güncellemesi düzeyinde değerlendirilmesini sağlayacak biçimde ilgili mevzuat gözden geçirilmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Toplumsal cinsiyet eşitliğine dair farkındalık, yalnızca bireysel değil, kurumsal düzeyde de inşa edilmelidir. Bu nedenle, üniversitelerden başlayarak meslek örgütleri, sendikalar ve tüm sağlık kuruluşlarında toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda bilgilendirici ve dönüştürücü eğitimler planlanmalı ve hayata geçirilmelidir. Kadına yönelik şiddet, mobbing ve cinsel taciz gibi sorunların ortadan kaldırılması, ancak bu farkındalığın toplumun tüm alanlarına yayılması ile mümkün olacaktır.

* Ankara Dışhekimleri Odası'nın bu konudaki kurumsal yaklaşımı, 23 Nisan 2022 tarihinde gerçekleştirilen 19. Olağan Genel Kurul'da kabul edilen Toplumsal Cinsiyet Baskısında Kadın Dış Hekimi Olmak konulu “**Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Politika Belgesi**” ile belirlenmiştir. İlgili belgeye aşağıdaki bağlantıdan ulaşılabilir:

<https://www.ado.org.tr/odamiz/toplumsal-cinsiyet-esitligi-tutum-belgesi>

ÜNİVERSİTEDE DİŞ HEKİMİ OLMAK

- DEVLET ÜNİVERSİTELERİNDE DİŞ HEKİMİ OLMAK
- VAKIF ÜNİVERSİTELERİNDE DİŞ HEKİMİ OLMAK

Diş Hekimliği Fakültelerinin Genel Görünümü:

2002 yılında Türkiye’de yalnızca 19 olan diş hekimliği fakültesi sayısı, günümüzde Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) dahil toplamda 111’e ulaşmıştır. Bu fakültelerin 30’u vakıf üniversitelerine, 75’i ise devlet üniversitelerine bağlıdır. Hâlihazırda bu fakültelerde toplam 46.076 öğrenci diş hekimliği eğitimi almaktadır (https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/insangucu/Dishekimliginde_Insangucu_Planlamasi_2024.pdf). 9 üniversite hali hazırda eğitim vermemektedir. Ancak bu üniversitelerden 9’u henüz eğitim-öğretim faaliyetine başlamamıştır (https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/Fakultelerin_Oda_Bolgesi_Dagilimi.pdf).

Yeni fakültelerin açılma hızına paralel olarak diş hekimliği öğrenci kontenjanlarında da yıllar içerisinde belirgin bir artış gözlemlenmektedir (https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/insangucu/Dishekimliginde_Insangucu_Planlamasi_2024.pdf). 2024 Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) sonuçlarına göre diş hekimliği programlarına toplam 9.804 kontenjan ayrılmıştır. Bu kontenjanların %64,7’si devlet, %29,8’i vakıf ve %4,8’i KKTC üniversitelerine aittir. YÖK Atlas verileri incelendiğinde, bazı vakıf üniversitelerinde, aynı şehirde yer alan köklü devlet üniversiteleriyle benzer sayıda kontenjan açıldığı dikkat çekmektedir (EK1: <https://yokatlas.yok.gov.tr/meslek-lisans.php?b=10049>). Diş hekimliği programlarına yerleşen adayların dağılımı ise %70,2’sinin devlet, %26,6’sının vakıf ve %3’ünün KKTC üniversitelerine yerleştiğini göstermektedir (EK1: <https://yokatlas.yok.gov.tr/meslek-lisans.php?b=10049>).

Aktif çalışan 46.378 diş hekiminin %13’ü diş hekimliği fakültelerinde görev yapmaktadır ([https://www.tdb.org.tr/userfiles/files/Dekanlar_Konseyi_Toplantisi_11_07_2023_\(T_Ismen_Konusma\).pdf](https://www.tdb.org.tr/userfiles/files/Dekanlar_Konseyi_Toplantisi_11_07_2023_(T_Ismen_Konusma).pdf)). 2022 verilerine göre diş hekimliği fakültelerinde 826 Profesör, 457 Doçent ve 1.316 Doktor. Öğretim. Üyesi olmak üzere toplam 2.599 öğretim üyesi çalışmaktadır (https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/insangucu/Dishekimliginde_Insangucu_Planlamasi_2024.pdf). Türk Dişhekimleri Birliği’nin, Mart 2024’de yayınladığı araştırma raporu, Türkiye’de 105 diş hekimliği fakültesinin 13’ünde profesör unvanında öğretim üyesinin bulunmadığını, 14’ünde diş hekimliği fakültesi dekanının diş hekimi olmadığını ortaya koymaktadır.



Dış hekimliği eğitimi 5 yılı kapsayan, teorik bilginin yanı sıra modern ekipman ve sarf malzeme kullanılmasına ihtiyaç duyan maliyetli bir süreçtir. Birçok köklü kamu üniversitesinin dış hekimliği fakültesine ayrılan bütçe, bilhassa teknolojik yenilenmeyi sağlayacak yeterlikte değildir.

Fakültelerin ders programları ve ders içerikleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Pek çok dış hekimliği fakültesi, klinik öncesi ilk üç sınıfta temel tıp bilimleri derslerini verecek yeterli sayıda öğretim üyesi temininde ciddi güçlükler yaşamaktadır. Ayrıca her fakültenin klinik eğitim süreçlerinin birbiriyle uyumlu olması, asgari eğitim standartlarının tüm kurumlar için sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Bu durum, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından da tespit edilmiş ve bu doğrultuda Mezuniyet Öncesi Dış Hekimliği Eğitimi için Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (DUÇEP) geliştirilerek uygulamaya konulmuştur. Ancak DUÇEP'in kapsamlı ve karmaşık yapısı, fakülteler arasında mevcut olan altyapı farklılıkları (öğretim üyesi sayısı, fiziki imkânlar, ulaşım olanakları, bulundukları şehirlerin demografik özellikleri vb.) nedeniyle uygulamada çeşitli zorluklara yol açmaktadır.

Türk Dışhekimleri Birliği'nin 2024 yılı raporunda şu ifadelere yer verilmektedir: "Dış hekimliği fakültelerindeki eğitimin, mevcut program çıktı hedefleri korunarak sürdürülebilmesi için, öğrenci kontenjanlarının 9.000 civarında sabit tutulması hâlinde dahi, 2030 yılına kadar her yıl yaklaşık 850 öğretim üyesine ve 1.000 araştırma görevlisine ihtiyaç duyulacağı öngörülmektedir." Bir öğretim üyesinin yetişmesinin uzun yıllar aldığı düşünüldüğünde, bu ihtiyacı karşılamak kısa vadede oldukça güç görünmektedir. Bu nedenle, insan gücü planlamasının öncelikle öğrenci kontenjanları azaltılarak yapılması daha gerçekçi ve sürdürülebilir bir yaklaşım olacaktır. Mezun sayılarındaki artış bu hızla devam ettiği takdirde, yakın gelecekte dış hekimlerinin mesleki yeterliliklerini değerlendirmek ve çalışma izni vermek amacıyla ulusal düzeyde sınavların uygulanması olasılığı giderek daha güçlü biçimde gündeme gelmektedir.

Üniversitelerdeki Akademisyen Dış Hekimleri

Türkiye'deki dış hekimliği fakültelerinde görev yapan öğretim üyeleri, son yıllarda çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Öğretim üyelerinin karşılaştığı temel sorunlar şu başlıklar altında toplanabilir:

1. Akademik Kadro Yetersizliği ve Dengesiz Dağılım

Son yıllarda Türkiye’de diş hekimliği fakültelerinin sayısında hızlı bir artış yaşanmıştır. 2005 yılında 15 olan fakülte sayısı, 2025 itibariyle 105’e yükselmiştir. Ancak, bu artışa rağmen öğretim üyesi sayısındaki artış aynı oranda gerçekleşmemiştir. 2002 yılında 649 olan öğretim üyesi sayısı, 2017 yılında 1.812’ye yükselmiştir. Ancak bu artış, aynı dönemde hızla çoğalan fakülte ve öğrenci sayısına oranla yetersiz kalmıştır. Özellikle yeni açılan fakültelerde, deneyimli akademik kadro eksikliği belirgin hissedilmektedir. Türkiye’deki ilk 18 diş hekimliği fakültesinde toplam 622 profesörün 497’si görev yaparken, geri kalan fakültelerde profesör sayısı oldukça düşüktür. Bu durum, eğitim kalitesinin düşmesine ve öğrencilerin yeterli bilgi ve beceriyle mezun olamamasına neden olmaktadır. Bu durum, bazı fakültelerde ciddi akademik kadro eksikliklerine yol açmıştır. Örneğin, 2021 yılında 17 diş hekimliği fakültesinde profesör bulunmadığı bildirilmiştir (https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/insangucu/Dishekimliginde_Insangucu_Planlamasi_2024.pdf).

2. Mali Haklar ve Ücret Dengesizlikleri

Akademisyenlerin mali hakları konusunda da önemli sorunlar bulunmaktadır. Eğitim-Bir-Sen tarafından hazırlanan bir raporda, akademisyen maaşlarının yetersizliği ve bu durumun mesleğin cazibesini azalttığı vurgulanmaktadır. Farklı meslek gruplarının aldıkları maaşlar çeşitli göstergeler oluşturularak analiz edildiğinde, akademik personel maaşlarının asgari ücret karşısında görece diğer unvanlara göre daha fazla eridiği; 2023 yılında maaş/ kişi başı milli gelir oranları incelendiğinde akademik personelin 2003 yılından 2023 yılına görece maaş artışlarının diğer unvandakilere göre daha az olduğu saptanmıştır. Ayrıca, reel maaş artışları ve artış oranları açısından da akademik personelin, diğer kadro unvanlarına sahip personele kıyasla görece olarak daha düşük seviyede kaldığı tespit edilmiştir.

Aynı raporda başlangıç maaşları artırılarak akademisyenlik mesleği cazip hale getirilmesi; akademisyenlikte deneyim ve kıdem arttıkça maaş artışlarının da daha fazla olması gerekliliği önerilmektedir. Türkiye’de unvanlar içerisinde kıdemler arasındaki maaş farklılıklarının diğer ülkelere göre az olduğu görülmektedir. Bu nedenle Türkiye’de de akademisyenlik mesleğini icra edenlerin deneyim esaslı maaşlarının yeniden düzenlenmesi ve iyileştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (<https://www.memur5.com/20-maddede-akademisyenlerin-mali-haklarina-iliskin-sorunlar/75342/>).



Diğer taraftan, fakülteler arasında ek ders, ikinci öğretim ve döner sermaye uygulamaları nedeniyle ücret eşitsizlikleri ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, devlet ve vakıf üniversitelerinde görev yapan, aynı unvana sahip akademik personel arasında da özlük haklarına ilişkin farklılıklar bulunmaktadır. Tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalışma, yeşil pasaport hakkı vb eşitsizlikler akademik çalışma barışına ket vurmaktadır.

3. Ders Yükü Fazlalığı ve Araştırma Zamanının Kısıtlılığı

Öğretim üyelerinin haftalık ders yüklerinin fazla olması, bilimsel araştırmalara ayıracak zaman bulmalarını zorlaştırmaktadır. Bu durum, üniversitelerde araştırma kalitesinin düşmesine ve uluslararası rekabette geri kalınmasına neden olmaktadır. Öğretim üyeleri "performans" kaygısıyla çalıştırılmakta, bu da eğitim ve araştırma faaliyetlerine yeterli zaman ayıramamalarına yol açmaktadır. Diğer yandan üniversitelerde teorik ya da pratik uygulama ders ücretleri düşük kaldığından birçok öğretim üyesi ders vermek yerine performans geliri elde edebileceği faaliyetleri tercih etmektedir. Öğretim üyelerinin, hasta tedavisine öncelik vermek zorunda kalmaları, akademik çalışmaların ve öğrenci yetiştirmenin ikinci plana atılmasına sebep olmaktadır.

4. Kadro Problemleri ve Kariyer Engelleri

Doktora sonrası kadro alamayan akademisyenler, mesleki gelişimlerinde engellerle karşılaşmaktadır. Araştırma görevlilerinin derece ilerlemelerinin sınırlı olması ve yeşil pasaport hakkının bulunmaması, uluslararası akademik etkinliklere katılımlarını zorlaştırmaktadır.

ÖNERİLER

- Yeni diş hekimliği fakültelerinin açılmasında toplumsal ihtiyaç, mevcut akademik kapasite ve coğrafi denge göz önünde bulundurulmalı; öğretim üyesi kadroları öğretim üyelerinin niteliği gözetilerek ve fakülte artışına paralel olarak planlı biçimde artırılmalıdır.
- Akademisyen maaşları uluslararası standartlarla uyumlu hale getirilmeli, aynı görev tanımına sahip akademisyenler arasında üniversiteler arası ücret eşitsizlikleri giderilmelidir.
- Özellikle öğretim üyesi sayısının yetersiz olduğu fakültelerde, akademisyenlerin bilimsel araştırma yapabilmesi için ders yükü azaltılmalı, eğitim ve araştırma arasındaki denge gözetilmelidir.

- Doktora sonrası kadro alım süreçleri şeffaf ve hızlandırılmış bir biçimde yürütülmeli; araştırma görevlilerinin yurt içi ve yurt dışı bilimsel etkinliklere katılımı desteklenmelidir. Bunun için akademik ortamdaki öğretim görevlileri ve üyelerinin, görevleri süresince "görev tanımlı pasaport" verilmelidir.
- Üniversitelerde çalışan dış hekimlerinin hem sağlık hizmeti sunucusu hem de eğitimci rolü göz önüne alınarak, bu çift yönlü sorumluluğa uygun güvenli ve sürdürülebilir çalışma koşulları sağlanmalıdır.
- Klinik eğitimin niteliğini artırmak amacıyla öğretim üyelerine yönelik düzenli eğitici eğitimleri uygulanmalı; eğitim formasyonu kazanımı yasal olarak zorunlu hale getirilmelidir.
- Uzmanlık ve doktora eğitiminden doğan statü karmaşası giderilmeli; akademik kariyer yapısında adil, tanımlı ve motive edici bir ilerleme yolu oluşturulmalıdır.

EMEKLİ DIŞ HEKİMİ OLMAK

Dış hekimliği mesleği, uzun yıllar süren eğitim ve yüksek düzeyde fiziksel, zihinsel ve duygusal emek gerektiren bir meslek olmasına rağmen, emeklilik dönemine geldiğinde meslek mensupları, bilhassa BAĞ-KUR (Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu) kapsamında emekli olanlar, ciddi sosyal ve ekonomik güvencesizliklerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu raporda, BAĞ-KUR emekliliği sisteminin serbest çalışan dış hekimlerine dayattığı düşük gelir, sınırlı haklar ve eşitsiz sosyal güvenlik uygulamaları nedeniyle, bu gruba özgü sorunların görünür kılınması ve çözüm yollarının tartışılması amaçlanmaktadır.

BAĞKUR EMEKLİSİ DIŞ HEKİMİ OLMAK:

Türkiye’de serbest çalışan dış hekimlerinin çalışma hayatlarının sonunda BAĞ-KUR emeklisi olarak yaşadığı ekonomik ve sosyal sorunlar, mesleki birikimleriyle ve topluma sundukları hizmetlerle bağdaşmayan bir yaşam standardına yol açmaktadır.

Dış hekimliği, yüksek eğitim ve donanım gerektiren, bireylerin temel sağlık haklarına hizmet eden bir meslektir. Ancak Türkiye’de emekli olan serbest dış hekimlerinin bilhassa BAĞ-KUR statüsünde olanları hem düşük emekli aylıkları hem de sağlık güvenceleri açısından ciddi mağduriyet yaşamaktadır. Bu durum, mesleki tatminin ötesinde sosyal adalet ilkesini de sorgulatmaktadır.

Düşük emekli aylıkları BAĞ-KUR emeklilerinin önündeki en önemli sorun olarak görülebilir. Sosyal güvencenin sağladığı sağlık hizmetlerindeki çeşitli zorluklar tüm emeklilerin ortak sorunu olarak düşünülmeli ve bu çerçevede ele alınmalıdır.



BAĞ-KUR primlerinin geĐmiőte düşük tutulması, emekli maaőlarına doğrudan olumsuz yansımıştır. Dış hekimleri çalıştıkları dönemde emekliliklerine yansıyacak şekilde gelir düzeyleri ile orantılı gelire dayalı emeklilik primi şeklinde uygulamalara tabi edilmemiş, standart bir primle adeta cezalandırılmıőlardır. Bununla beraber standart prim uygulamasında bile BAĞ-KUR emeklileri hakkettikleri gelirin çok altında gelir elde etmektedir. Emeklilik sonrası yaşam standardı, meslek yaőamındaki gelir düzeyine kıyasla dramatik şekilde düşmektedir. Aynı hizmet süresine sahip SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) veya Emekli Sandığı emeklileri ile BAĞ-KUR emeklileri arasında ciddi maaş farkı mevcuttur. Bu durum, anayasanın eşitlik ilkesine aykırıdır.

Dış hekimleri başta olmak üzere, tüm sağlık çalışanları ve emekliler, yaőlanma ile birlikte artan sağlık ihtiyaçlarını mevcut kamu sağlık sistemi aracılığıyla yeterli düzeyde karőılayamamaktadır. Bazı sağlık hizmetlerinin geri ödeme kapsamından çıkarılması, özel ilaçların cepten karőılanması zorunluluğu ve kronik hastalıkların tedavisine erişimde karşılaşılan bürokratik ve finansal engeller, emeklilerin sağlık hizmetlerine erişimini ciddi ölçüde zorlaştırmaktadır.

Emeklilik sonrası özel sağlık sigortası yaptırmak, yüksek maliyetleri nedeniyle çoğu kişi için erişilebilir değildir. Üstelik, özel sigorta sistemleri zamanla emeklilerin sağlık sorunlarına çözümler üretmekten uzaklaőmakta, giderek artan prim bedelleriyle ekonomik bir yük ve adeta bir soygun mekanizması haline gelmektedir.

Emekli olduktan sonra çalışmaya devam etmek zorunda kalan dış hekimleri için ise çalışma kısıtlamaları ve vergilendirme uygulamaları ek bir yük oluőtırmaktadır. Özellikle emeklilik sonrası ücretli olarak çalışan Bağ-Kur emeklisi dış hekimlerinden kesilen Sosyal Güvenlik Destek Primi (SGDP), mesleki faaliyetlerini sürdüren hekimler açısından önemli bir gelir kaybına neden olmaktadır. Her ne kadar mevzuata göre bu primin işveren tarafından ödenmesi gerekse de, uygulamada bu maliyet çoğu zaman hekimlerin gelirinden kesilmekte ve bu durum mesleki devamlılığı güçleőtirmektedir.

ÖNERİLER

- Emekli Aylıklarının İyileştirilmesi: BAĞ-KUR emeklilerinin maaşları, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Emekli Sandığı emeklileriyle en azından eşit seviyeye getirilmeli; prim günü sayısı ve ödenen prim miktarı dikkate alınarak adil ve dengeli bir yeniden hesaplama sistemi oluşturulmalıdır.
- Sağlık Hizmetlerinin Geniőletilmesi: Emekli sağlık çalışanları için özel bir

sağlık destek paketi oluşturulması gündeme alınmalıdır. Bununla birlikte, sağlık hizmeti temel bir insan hakkı olup, herkes için ücretsiz, eşit ve erişilebilir olmalıdır. Emeklilerin, özel sigorta sistemlerine mahkûm edilmeden, hak ettikleri sağlık hizmetlerine bilimsel gerekçeler dışında hiçbir etkenin yön vermediği, adil ve kamu temelli bir sistem aracılığıyla ulaşmaları sağlanmalıdır.

- SGDP Uygulamasının Kaldırılması veya Hafifletilmesi: Emeklilik sonrası mesleki faaliyetlerine ücretli çalışan olarak devam eden hekimlerden alınan Sosyal Güvenlik Destek Primi (SGDP) kaldırılmalı ya da makul oranlara düşürülmelidir. Bu uygulamanın hafifletilmesi, hem mesleki birikimin toplum yararına kullanılmasını kolaylaştıracak hem de hekimlerin ekonomik refahını artıracaktır.
- Kurumsal Destek ve Sosyal Katılım: Dış Hekimleri Odaları ile Türk Dışhekimleri Birliği, emekli üyelerine yönelik sosyal destek programları geliştirmelidir. Emekli dış hekimlerinin bilgi ve deneyimlerinden faydalanmak amacıyla, mentorluk, eğitim danışmanlığı veya etik rehberlik gibi rollerde değerlendirilmesi teşvik edilmelidir. Bu sayede mesleki süreklilik korunurken, emekli hekimlerin toplumsal katkıları da sürdürülebilir hale gelecektir.

Türkiye’de BAĞ-KUR emeklisi dış hekimlerinin yaşadığı sorunlar, sadece ekonomik değil, aynı zamanda sosyal bir adaletsizlik meselesidir. Bu sorunların çözümü hem bireysel hakların korunması hem de sağlık sisteminin bütünlüğü açısından önemlidir. Adil ve sürdürülebilir bir emeklilik sistemi için bununla beraber çalışanların da gelir ve sosyal hakları için yapısal reformlara ihtiyaç vardır.

EKLER

DİŞ HEKİMLERİNİN MESLEK İCRASINA İLİŞKİN YÜRÜRLÜKTEKİ TEMEL HUKUKİ DÜZENLEMELER

Çalışma biçimi fark etmeksizin, Türkiye’de dış hekimliği yapabilmenin koşulları ile dış hekimliği mesleğinin ve dış hekimliğinde uzmanlığın uygulama ve yetkinlik alanı 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’da düzenlenmektedir (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3>).



A. Özel Sağlık Kuruluşlarında Meslek İcra Eden Dış Hekimlerine Yönelik Düzenlemeler

- Muayenehane, Poliklinik, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesinin kurulması, faaliyetleri, çalışma esasları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte düzenlenmektedir. (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39749&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>)
- Özel Hastaneler ile hekimler tarafından kurulan Poliklinik ve Tıp Merkezlerinde ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan birimlerin çalışma esasları ile burada çalışacak diş hekimleri, diş hekimlerinin tabii olduğu kurallar, Özel Hastaneler Yönetmeliği (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=41265&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>) ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=11969&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>) düzenlenmektedir.
- Türk Dışhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu, 2017 yılında, birden fazla sağlık kuruluşunda mesleki faaliyette bulunan diş hekimlerine Odalarca verilecek izinlerin koşul ve esaslarını belirlemek amacıyla, "Dışhekimlerinin Birden Çok Yerdeki Mesleki Çalışmalarının Usul ve Esasları Hakkında Yönerge"yi yürürlüğe koymuştur (https://www.tdb.org.tr/mevzuat_goster.php?id=197).
- Türk Dışhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu, 2024 yılında güncelleyerek yürürlüğe koyduğu "Muayenehane, Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Hastaneler İçin Tabela Standartları"nı yayımlamıştır. (https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/Mevzuat/Muayenehaneler_icin_Tabela_Standartlari-08.10.2024.pdf https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/Mevzuat/Poliklinik_Merkez_Hastane_icin_Tabela_Standartlari-08.10.2024.pdf)
- Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik kamu, üniversite ve özel tüm sağlık kuruluşlarının bu kapsamda sunacağı hizmetlerin esaslarını düzenliyor olmakla birlikte, uygulamada ağırlıklı olarak özel sağlık kuruluşları tarafından sunulduğundan bu başlıkta yer verilmektedir: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=23751&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>)

B. Kamu Sağlık Kuruluşlarında Meslek İcra Eden Dış Hekimlerine Yönelik Düzenlemeler

- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=657&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Kamu sağlık kuruluşlarında görev yapan dış hekimlerinin döner sermayeye dayalı ek ödemelerine ilişkin hususlar, 209 sayılı "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun" ile Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği'nde düzenlenmektedir.
- Kanun: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=209&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=4>
- Yönetmelik: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=40905&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=40905&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

C. Üniversitelerde Meslek İcra Eden Dış Hekimlerine Yönelik Düzenlemeler

- 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2547&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- 2914 sayılı Yükseköğretim Personel Kanunu
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2914&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Tıpta ve Dış hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39700&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

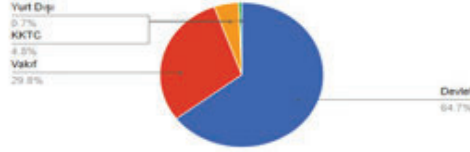


D. Dış Hekimlerinin Meslek Etiği Kurallarına İlişkin Düzenlemeler

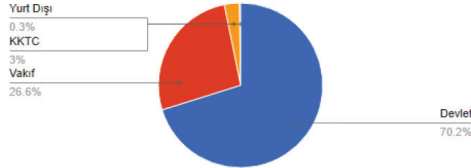
- Dış hekimleri ile diğer hekimlerin tabi olduğu temel tıbbi etik kurallar, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ile düzenlenmektedir.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=412578&MevzuatTur=2&MevzuatTertip=3>
- Ayrıca, 3224 sayılı Türk Dışhekimleri Birliği Kanunu uyarınca, Dış Hekimleri Odaları ile Türk Dışhekimleri Birliği'nin, mesleki kurallara ve etik ilkelere aykırılık hâlinde yaptırım uygulama yetkisi bulunmaktadır. Bu yaptırımlar, Türk Dışhekimleri Birliği Disiplin Yönetmeliği çerçevesinde hayata geçirilmektedir
- Türk Dışhekimleri Birliği, ilk olarak 2012 yılında yapılan Olağan Genel Kurul'da kabul ettiği ve zaman içinde güncellediği Dış Hekimliği Meslek Etiği Kurallarını yürürlüğe koymuştur.
https://www.tdb.org.tr/mevzuat_goster.php?Id=210
- Türk Dış hekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu ilk olarak, 2011 yılında kabul ettiği ve daha sonra güncellediği "Dış Hekimlerinin Her Türlü İletişim Ortamında Yayın Yapmalarına İlişkin Kılavuz" ile hekimlerin mesleki tanıtım faaliyetlerine yönelik ilke ve sınırlamaları belirlemiştir.
https://www.tdb.org.tr/mevzuat_goster.php?Id=30
- Sağlık Bakanlığı ise, özellikle internet ortamında yapılan paylaşımların reklam niteliği taşımasının yaygınlaşması üzerine, 2023 yılında Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik'i yürürlüğe koyarak sağlık alanında tanıtım faaliyetlerini yasal bir çerçeveye oturtmuştur.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=40264&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

Ek 1: Yükseköğretim Kontenjan, Tercih ve Yerleşme İstatistikleri (2024 YKS)

Üniversite Türü	Genel	Okul Birincisi	Şehit ve Gazi Yakını	34 Yaş Üstü Kadın	Depremzede Aday	Toplam Kontenjan
Toplam	9.346	178	59	---	221	9.804
Devlet	5.985	178	---	---	179	6.342
Vakıf	2.824	---	59	---	42	2.925
KKTC	472	---	---	---	---	472
Yurt Dışı	65	---	---	---	---	65



Üniversite Türü	Genel	Okul Birincisi	Şehit ve Gazi Yakını	34 Yaş Üstü Kadın	Depremzede Aday	Toplam Yerleşen
Toplam	8.632	178	7	---	221	9.038
Devlet	5.985	178	---	---	179	6.342
Vakıf	2.357	---	7	---	42	2.406
KKTC	267	---	---	---	---	267
Yurt Dışı	23	---	---	---	---	23





Üniversite	Tercih Sayısı	Kontenjan	Kontenjan Başına Tercih Sayısı
Toplam	208.648	9.804	21,3
ADA KENT ÜNİVERSİTESİ	383	50	7,7
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ	3.167	51	62,1
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ	2.795	103	27,1
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ	3.375	113	29,9
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ	3.878	21	184,7
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ	2.000	82	24,4
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ	549	73	7,5
ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ	3.193	172	18,6
ANKARA ÜNİVERSİTESİ	4.323	175	24,7
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ	3.597	103	34,9
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ	378	61	6,2
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ	2.285	154	14,8
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ	2.298	103	22,3
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ	712	67	10,6
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ	1.888	107	17,6
BATMAN ÜNİVERSİTESİ	2.327	31	75,1
BEZM-İ ÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ	818	102	8,0
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ	3.741	31	120,7
BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ	2.514	62	40,5
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ	1.866	162	11,5





ÇALIŞMA GRUBU – 3

SÜRDÜRÜLEBİLİR DİŞ HEKİMLİĞİ VE DİŞ HEKİMLİĞİNDE İNOVASYON

Diş Hekimi Armağan DEMİRÖREN

Sorumlu ADO Y.K. Üyesi - ADO Genel Sekreteri

Prof. Dr. Mehmet Ali KILIÇASLAN

MODERATÖR Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi - Protez

Doç. Dr. Keziban AVCI - Yıldırım Beyazıt Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi

Prof. Dr. İbrahim Şevki BAYRAKDAR

Osman Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi - Ağız Diş Çene Radyolojisi

Prof. Dr. Nergis Ercil ÇAĞILTAY

Çankaya Üniversitesi Mühendislik Fakültesi - Yazılım Mühendisliği

Av. Tarık İLHAN

ADO Hukuk Müşavirliği

Prof. Dr. Kaan ORHAN

Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı - A.Ü. Rektör Yardımcısı

Av. Ziyet ÖZÇELİK

ADO Hukuk Müşavirliği

Tunahan ŞEN

ADO Öğrenci Kolu Başkanı

Prof Dr. Özden ŞENER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi - Nöroloji

SÜRDÜRÜLEBİLİR DİŞ HEKİMLİĞİ VE DİŞ HEKİMLİĞİNDE İNOVASYON

DİŞ HEKİMLİĞİNDE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

1) Diş hekimliği Uygulamalarının Çevresel Etkisi (Yeşil Diş Hekimliği)

Diş hekimliği; önemli çevresel etkilere sahip, enerji ve kaynak kullanımı oldukça yoğun bir meslektir. Mesleğin doğasında bulunan faktörler, elektronik diş ekipmanlarının yüksek enerji talepleri, hacimli su gereksinimleri, biyomalzemelerin çevresel etkileri (klinik kullanımdan önce, sırasında ve sonrasında), radyasyon kullanımı, cıva ve benzeri tehlikeli atıkların üretimi buna katkıda bulunmuştur. Bu kapsamda diş hekimliği muayenahanelerinde her yıl milyonlarca sterilizasyon poşeti, hasta önlüğü, ünit tabla örtüsü, eldivenler, maskeler, tükürük emiciler, enjektör ve uçları şeklinde diğer tek kullanımlık malzemeler kullanılmakta ve atılmaktadır. Bunların parçalanması zordur.

Artan çevresel farkındalık, çevresel zararı azaltmaya yönelik kademeli bir küresel harekete dönüşmüş ve "olumlu çevresel bilince, sorumluluğa veya hedeflere sahip olma" anlamında kullanılan "yeşil dönüşüm" kavramını gündeme getirmiştir. Karbon emisyonlarını azaltan, atık ve kirliliği en aza indiren ve sınırlı doğal kaynakları en verimli şekilde kullanan sürdürülebilir uygulamalara, diş hekimliği alanında da her geçen gün daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır.

Çevre dostu diş hekimliği olarak da tanımlanan "yeşil diş hekimliği", optimum kaynak tüketimini önceleyen, uygun atık bertarafını teşvik eden, atıkları ve kirliliği azaltarak çevreyi koruyan, klinik ortamda bulunanların refahını destekleyen ve sürdürülebilir uygulamaları hayata geçiren diş hekimliği yaklaşımıdır. Çevre dostu diş hekimliği, hastaların, sağlık çalışanlarının, toplumun ve küresel sağlığın korunduğu bir yaklaşımdır. Yeşil diş hekimliği gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneğini tehlikeye atmadan bugünün ihtiyaçlarını karşılayan diş hekimliğidir.

a) Diş Kliniklerinin Karbon Ayak İzi

Karbon ayak izi; ısıyı emen ve tekrar yayan ve böylece atmosferi olması gerekenden daha sıcak tutan herhangi bir gazı tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu gazlar arasında; su buharı, karbondioksit, metan, azot oksit ve ozon bulunmasına

rağmen, genellikle tüm sera gazlarını karbondioksit eşdeğeri adı verilen ortak bir birime dönüştürür. Karbon salınımını ve ayak izini azaltmak için su, enerji, yakıt ve atık şeklinde doğal kaynakların gereksiz ve aşırı kullanımını azaltmaya odaklanma, daha verimli ve etkili hasta tanı-tedavi-rehabilitasyon süreçleri tasarlayıp sunarak sosyal ve çevresel etkileri azaltmaya odaklanmak gerekmektedir.

Diş hekimliği uygulamaları açısından değerlendirildiğinde; radyografiler, florür verniği uygulamaları ve fissür örtücüler, düşük düzeyde bireysel karbon ayak izine sahiptir. Amalgam ve kompozit restorasyonlar ise orta düzeyde, kron veya protez gibi birden fazla klinik ziyareti gerektiren prosedürler ile azot oksit kullanılan işlemler ise yüksek karbon ayak izine sahiptir. Uygulanan prosedürlerin sayısı ve kapsamı arttıkça, karbon salımı da paralel olarak artmaktadır. Diş hekimliği hizmetlerinden kaynaklanan emisyonların başlıca kaynakları; hasta ve personel seyahatleri, malzeme ve cihaz tedariki, enerji kullanımı, nitroz oksit salınımı ve su tüketimi olarak sıralanmaktadır.

Karbon Ayak İzini Azaltmaya Yönelik Uygulamalar

- Tele-diş hekimliği ve dijital dönüşüm

Yapay Zekâ, tele-diş hekimliği (uzaktan diş hekimliği) uygulamalarında erişilebilirliğin artırılması, klinik karar süreçlerinin desteklenmesi ve hasta deneyiminin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Uzaktan Teşhis ve Ön Değerlendirme

Yapay zekâ tabanlı görüntü analiz sistemleri sayesinde, hastalar tarafından cep telefonu veya tarayıcı aracılığıyla gönderilen ağız içi görüntüler otomatik olarak değerlendirilebilmektedir. Bu sistemler, çürükler, diş eti hastalıkları veya lezyon şüphesi gibi durumlara yönelik ön tanılamalar gerçekleştirebilmektedir. Böylece hasta verileri önceliklendirilerek acil müdahale gerektiren vakaların hızlı bir şekilde tespit edilmesi mümkün hâle gelmektedir.

Kırsal ve Erişimi Kısıtlı Bölgelerde Sağlık Hizmetine Erişim

Uzman desteğinin bulunmadığı bölgelerde, aile hekimliği birimleri veya yerel sağlık merkezlerine entegre edilebilecek yapay zekâ destekli sistemler aracılığıyla, birinci basamakta ön değerlendirme yapılması mümkün olabilmektedir. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerine erişimde bölgesel eşitsizliklerin azaltılmasına katkı sağlayarak, daha eşitlikçi ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti modelinin oluşturulmasına olanak tanıyabilir.

Klinik Karar Destek Sistemleri ile Uzak Danışmanlık

Konsültasyon gereksinimi doğduğunda, yapay zeka destekli platformlar aracılığıyla verilerin ilgili diş hekimlerine iletilmesi ve vakaların ortak değerlendirilmesi süreci kolaylaştırılabilmektedir. Tele-tıp platformlarıyla entegre çalışan yapay zekâ sistemleri, hekimlere otomatik teşhis önerileri ve olası tedavi planları sunarak klinik karar alma süreçlerinde zaman tasarrufu sağlayabilir. Bu alandaki teknolojik gelişmeler, hem hizmet kalitesini artırma potansiyeli hem de etik ve hukuki boyutları nedeniyle dikkatle izlenmelidir.

Hasta Takibi ve İzlem Süreci

Mobil uygulamalar aracılığıyla periodontal hastalık şeklinde kronik vakaların uzaktan izlenmesi mümkün olabilir. Hastadan gelen veriler (fotoğraflar, ağrı ölçeği, anketler) analiz edilerek hekime erken uyarı sistemleri sunulabilir. Ortodontik tedavi süreçlerinde de yapay zeka destekli uzaktan takip sistemleri kullanılabilir.

Kişiselleştirilmiş Dijital İletişim

Hastanın risk profiline ve önceki tedavilerine göre özelleştirilmiş bilgilendirme ve hatırlatma mesajları gönderilebilir. Bu, hasta uyumu ve tedavi sürekliliğini artırmada yardımcı olabilir.

Sürdürülebilirlik Katkısı

Klinik ziyaret sıklığının önüne geçilerek karbon ayak izi azaltılır, zaman ve ulaşım maliyetlerinden tasarruf edilir. Dijital arşivleme ve belge yönetimi, kaynak tüketimini azaltır.

- Koruyucu ve önleyici bakım uygulamaları

Toplum Temelli Önleyici Uygulamalar

- Flor uygulamaları (topikal uygulama, suya flor eklenmesi)
- Ağız hijyeni eğitimi ve farkındalık kampanyaları
- Okul diş sağlığı programları (tarama ve koruyucu uygulamalar)
- Ağız sağlığına yönelik ulusal politikalar (şeker tüketiminin azaltılması, gıda etiketlemelerinin düzenlenmesi)



Bireysel Koruyucu Uygulamalar (Klinik Temelli)

- Fissür örtücü (sealant) uygulamaları
- Topikal flor uygulamaları (jel, vernik, köpük)
- Profesyonel diş temizliği ve plak kontrolü
- Kişiye özel ağız hijyeni eğitimi ve diyet danışmanlığı
- Risk düzeyine göre belirlenen periyodik kontroller

Risk Tabanlı Önleyici Yaklaşım

- Bireysel çürük riski değerlendirmesi (CRA: Caries Risk Assessment)
- Periodontal hastalıklar için klinik ve biyolojik belirteçlerle erken uyarı sistemleri
- Genetik, sistemik ve davranışsal risk faktörlerine göre özelleştirilmiş koruyucu planlar
- Yapay zekâ ile desteklenen kişiselleştirilmiş önleme modelleri (P4 yaklaşımı)
- P4 yaklaşımı, modern sağlık anlayışının temel taşlarından biridir ve kişiselleştirilmiş (Personalized), önleyici (Preventive), katılımcı (Participatory) ve öngörücü/hassas (Predictive/Precise) tıp modelinden uyarlanarak diş hekimliğine entegre edilmiştir.

Kişiselleştirilmiş (Personalized) Diş Hekimliği

- Her bireyin genetik yapısı, yaşam tarzı, sistemik durumu ve ağız mikrobiyotası farklıdır. Bu farklılıklar göz önüne alınarak kişiye özel teşhis, risk değerlendirmesi ve tedavi planı yapılır.
- Örnek: Çürük riski yüksek bireylerde özel flor protokolleri, sık kontroller.

Önleyici (Preventive) Diş Hekimliği

- Hastalık ortaya çıkmadan önce risklerin tanımlanması ve müdahale edilmesi hedeflenir.
- Davranışsal, biyolojik ve çevresel faktörler analiz edilerek koruyucu stratejiler oluşturulur.

- Örnek: Beslenme önerileri, fissür örtücü uygulamaları, mobil uygulamalarla takip

Katılımcı (Participatory) Dış Hekimliği

- Hasta sadece tedavi edilen değil, aktif karar verici ve sürece katılan bir bireydir.
- Eğitim, dijital araçlar ve bilgi paylaşımı yoluyla hastalar bilinçlendirilir ve sürece dahil edilir.
- Örnek: Hastanın mobil uygulama üzerinden fırçalama alışkanlıklarını takip etmesi

Öngörücü / Hassas (Predictive / Precise) Dış Hekimliği

- Yapay zekâ ve büyük veri analitiğiyle bireyin gelecekteki hastalık riskleri tahmin edilir.
- Klinik kararlar daha hassas ve veriye dayalı şekilde alınır.
- Örnek: Yapay zeka ile çürük ilerleme tahmini, diş kaybı riski değerlendirmesi

b) Dış Hekimliğinde Enerji, Su ve Kaynak Tüketimi

Sürdürülebilir dış hekimliği, klinik, idari ve operasyonel faaliyetlerde "Azalt, Yeniden Kullan, Geri Dönüştür ve Yeniden Düşün" ilkelerini benimser. Daha düşük çevresel etkiye sahip malzemeler seçmeyi, atık üretimini en aza indirmeyi, dijital iş akışlarını teşvik etmeyi ve çevresel hususları klinik karar alma sürecine entegre etmeyi içerir. Sürdürülebilir dış hekimliği, bilhassa iyi sağlık ve refah, sorumlu tüketim ve iklim eylemiyle ilgili olanlar olmak üzere Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile uyumludur.

Son yıllarda, biyolojik olarak parçalanabilir sarf malzemeleri, kompostlanabilir ambalajlar ve cıva içermeyen restoratif malzemeler gibi çevre dostu dış hekimliği ürünlerinin geliştirilmesi yönünde önemli yenilikler yaşanmıştır. Dijital dış hekimliğinin, özellikle CAD/CAM sistemleri ve 3D baskı teknolojilerinin yükselişi, geleneksel modellere olan bağımlılığı azaltarak malzeme tüketimini ve israfı önemli ölçüde azaltmaktadır. Ayrıca, biyoaktif malzemelerdeki gelişmeler, restoratif uygulamaların dayanıklılığını artırarak müdahale sıklığını azaltmakta ve dolayısıyla kaynak kullanımını optimize etmektedir.



Diş klinikleri, tek kullanımlık ürünlere olan gereksinimi azaltan minimal invaziv teknikler ile dijital üretim teknolojilerini benimseyerek çevresel ayak izlerini anlamlı ölçüde düşürebilir. Aynı zamanda, sterilizasyon protokolleri enfeksiyon kontrolü ile enerji verimliliği arasında denge kurulacak şekilde yeniden yapılandırılabilir. Tele-diş hekimliği uygulamaları ise, hastaların gereksiz seyahatlerini azaltarak ulaşımına bağlı karbon emisyonlarını düşürmeye katkı sağlayan sürdürülebilir bir alternatif olarak öne çıkmaktadır.

Yeşil tesis tasarımı, enerji tüketiminin ve uygulama maliyetlerinin azaltılması açısından önemli bir rol oynamaktadır. Günümüzde kliniklerde giderek daha yaygın şekilde LED aydınlatma sistemleri, enerji tasarruflu HVAC (Isıtma, Havalandırma ve İklimlendirme) çözümleri ile su tasarrufu sağlayan cihazlar tercih edilmektedir. Bu uygulamalar, hem çevresel sürdürülebilirliğe katkı sağlamakta hem de işletme maliyetlerini düşürmektedir. Ayrıca, sürdürülebilir tedarik politikaları, ürün ve hizmetlerin çevresel ve etik sorumluluklar gözetilerek temin edilmesini mümkün kılmaktadır. Kliniklerde uygulanan atık ayırma ve geri dönüşüm programları, sürdürülebilir tedarik zinciri yönetimi ile entegre edildiğinde, çevresel performans daha da güçlenmektedir.

Artan çevresel ve sosyal zorluklar karşısında, eğitim sistemlerinin erişilebilirlik ve eşitlik ilkelerini benimseyen sürdürülebilir uygulamalara yönelmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Bu bağlamda, sanal laboratuvarlar, artırılmış gerçeklik (AG), sanal gerçeklik (SG), karma gerçeklik (KG), metaevren, inovatif teknolojiler ve yapay zeka şeklinde yenilikçi teknolojiler, eğitimin sürdürülebilirlik hedeflerine ulaşmasına önemli katkılar sunmaktadır. Bu şekilde teknolojilerin entegrasyonu ile eğitim kurumları, çevresel etkilerini azaltabilir, maliyetleri düşürebilir ve daha erişilebilir, kapsayıcı ve etkili bir öğrenme ortamı sunabilir. Bu teknolojiler sadece yenilik değil, aynı zamanda geleceğe yönelik sürdürülebilir bir eğitim vizyonunun temel yapı taşlarıdır.

Uygun geri dönüşüm yaklaşımları ve sürdürülebilir uygulamalar geliştirilmeden tüketim ve nüfus artışının hızla ivmelenmesi devam ederse, hayati doğal kaynakların tükeneceği öngörülmektedir. Dünya çapında yaşanan birçok karantina, mevcut iklim değişiklikleri şeklinde olayların ve diş hekimliği eğitiminde artan sürdürülebilirlik gereksinimlerinin ardından, diş hekimliği eğitimcileri öğretim stratejilerini önemli ölçüde değiştirmektedirler. Diş hekimliğinde dijital ortamların geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla, masaüstü bilgisayarlar çözümlerinden, dokunsal masaüstü bilgisayarlar teknolojilerine, dijital olarak geliştirilmiş fantom kafalara, dokunsal SG, AG, KG ve meta evren temelli dijital diş hekimliği eğitimlerine kadar çok farklı

eğitim sistemlerinin literatürde tutarlı SG simülasyonu toplu terimiyle ele alınmış olduğunu görmekteyiz.

Bu teknolojilerin birleşimi, son derece ilgi çekici ve kişiselleştirilmiş deneyimler sunmaktadır. Birçok teknoloji geliştirme şirketi, karbon emisyonlarını azaltmak amacıyla daha enerji verimli uygulamaları benimseyerek sürdürülebilirlik hedeflerine öncelik vermeye başlamıştır. Örneğin, meta evren (metaverse) teknolojisinin, verileri ve bilgileri bulutta depolayarak fiziksel veri merkezlerinin sayısını en aza indirebilme potansiyeti sayesinde yeşil ağ teknolojilerinin gelişimini kolaylaştırabileceği öngörülmektedir. Bununla birlikte, sürdürülebilirlik açısından belirlenen etik ilkelere uygun inovasyon sağlanabilmesi için atılması gereken daha çok adım bulunmaktadır. Meta evren ile sürdürülebilirlik arasındaki ilişki büyük önem taşımaktadır; zira sürdürülebilirlik, bu son derece verimli teknolojinin yeteneklerinden yararlanılarak ele alınması gereken kritik bir konudur. Meta evrenin küresel ölçekte çevre, ekonomi ve toplumu etkileyerek sürdürülebilirlik üzerinde önemli bir etkiye sahip olması beklenmektedir. Çok sayıda medya kuruluşu ve işletme, meta evrenin ekonomiyi ve finansal karlılığı artırma potansiyelini kabul etmektedir. Ancak çevresel, sosyal ve etik faktörler göz önünde bulundurulduğunda, meta evrenin karbon emisyonlarını önemli ölçüde azaltma potansiyeline de işaret edilmektedir. Ortaya çıkan dijital alanların, teknolojideki ilerlemeler sayesinde alternatiflerine kıyasla çevreye daha az zarar verme olasılığı yüksek olup, bireylerin daha az fiziksel ürün satın alarak dijital tüketim ve edinim tercihlerini artıracak; dolayısıyla meta evrenin maddi tüketimin azalmasına yol açacağı öngörülmektedir.

2) Kaynakların Sürdürülebilirliği

a) Çevresel sürdürülebilirlik

Geleneksel eğitim yöntemleri; basılı materyaller, laboratuvar malzemeleri ve fiziksel altyapılar şeklinde kaynak yoğun süreçlere dayanır. Özellikle diş hekimliği eğitim süreçlerinde, eldiven, maske, ağız açacağı, mum, sabun şeklinde tek kullanımlık birçok malzemeye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu malzemelerin Tek kullanımlık olması ciddi bir atık oluşturmaktadır. Ayrıca öğrencilerin pratik olarak deneyim kazanmaları için de sınırlılıklara neden olmaktadır. Sanal laboratuvarlar, kimyasallar ve fiziksel ekipmana duyulan ihtiyacı azaltarak tekrar kullanılabilir ve güvenli öğrenme ortamları sunar. Aynı şekilde, AG/SG (Artırılmış gerçeklik, sanal gerçeklik) teknolojileri, öğrencilerin simule edilmiş modeller üzerinde çalışmalarına ve diş hekimliğinde önemli olan anatomik modellerin üç boyutlu (3B) olarak incelenmesine ve üzerinde pratik yapılmasına olanak tanır. Bu ortamlara istenilen



yerde ve zamanda erişim olanağının olması nedeniyle fiziksel ortamlara ulaşım zorunluluğu ortadan kalkar ve fiziksel kaynak kullanımı azaltılarak karbon ayak izi düşürülür.

b) İnsan kaynağının sürdürülebilirliği

Diş hekimliği kliniklerinde sürdürülebilirlik farkındalığını artırmak hem sağlık personelinin hem de hastaların çevreye duyarlı uygulamalara katılımını sağlamak açısından büyük önem taşır. Klinik içi eğitim programlarıyla bu bilinç artırılabilir:

Klinik içi eğitimler, personelin karbon ayak izi, enerji verimliliği, su tasarrufu ve atık ayrıştırma konularında bilgi sahibi olmasını sağlar. Eğitimlerde örnek vaka analizleri, simülasyonlar ve çevresel etki değerlendirme formları kullanılabilir.

Hasta eğitimleri, sürdürülebilir ağız hijyeninin nasıl sağlanacağı konusunda bilgilendirme içerir. Bu eğitimler broşürler, dijital ekranlar, mobil uygulamalar veya doğrudan hekim-hasta iletişimi aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Ağız bakımında aşırı su kullanımının azaltılması, çevre dostu ürün tercihi ve atıkların bilinçli yönetimi şeklinde konular vurgulanmalıdır. Broşürler ve dijital platformlarla hastalara geri dönüşümün önemi anlatılmalıdır.

c) Finansal kaynakların sürdürülebilirliği

Diş hekimliği hizmetlerinde sürdürülebilir tedarik yaklaşımı; malzeme, cihaz ve hizmetlerin sadece ekonomik açıdan değil, aynı zamanda çevresel ve etik açıdan da sorumlu temin edilmesini ifade eder. Bu yaklaşım, uzun vadede maliyetlerin düşürülmesini, kliniklerin çevresel etkisinin azaltılmasını ve toplum sağlığına duyarlı bir hizmet sunulmasını hedefler.

Malzeme Seçimi ve Satın Alma:

Biyolojik olarak parçalanabilir, geri dönüştürülebilir ve çevre dostu dental ürünler tercih edilmelidir. Ekolojik sertifikalı ürünler (örneğin FSC, ISO 14001, Ecolabel) önceliklendirilmelidir. Paketleme atığını azaltan toplu veya konsantre ürün alımları tercih edilmelidir. Tek kullanımlık ürünlerin kullanımının azaltılması hedeflenmelidir (ör. yeniden sterilize edilebilir aletler kullanılabilir).

Tedarikçi Seçimi:

Tedarikçilerin karbon ayak izi, sosyal sorumluluk politikaları ve atık yönetim sistemleri sorgulanmalıdır. Yerel ve bölgesel üreticilerden temin, ulaşım kaynaklı

emisyonları azaltır ve yerel ekonomiyi destekler. Uzun vadeli sürdürülebilirlik taahhütleri olan firmalarla çalışılmalıdır.

Depolama ve Envanter Yönetimi:

"İlk giren ilk çıkar" (FIFO-First in first out) sistemine dayalı stok yönetimiyle israf önlenir. Raf ömrü kısa olan ürünlerin takibi dijital sistemlerle yapılmalıdır. Aşırı stoklamadan kaçınmak hem maliyet hem çevresel açıdan avantaj sağlar.

Atık Yönetimi ile Entegrasyon:

Kullanılmayan, süresi dolmuş veya hatalı malzemeler için geri kazanım yolları oluşturulmalıdır. Tedarikçilerle birlikte iade ve geri toplama (take-back) programları uygulanabilir.

Dijital Dönüşüm ile Şeffaflık ve İzlenebilirlik:

Tedarik zincirinde her ürünün yaşam döngüsünü izleyen dijital sistemler sayesinde hem çevresel etkiler ölçülür hem de verimlilik artırılır. "Yeşil Satın Alma" politikaları, satın alma kararlarının dijital kriterlere göre değerlendirilmesini sağlar.

Stratejik Faydalar:

1. Uzun vadeli maliyet tasarrufu: Daha az atık, daha az enerji kullanımı ve verimli stok yönetimi ile finansal sürdürülebilirlik sağlanır.
2. Kurumsal imajın güçlendirilmesi: Toplum nezdinde çevreye duyarlı sağlık kurumları pozitif algılanır.
3. Regülasyonlara uyum: Avrupa Yeşil Mutabakatı, Atık Yönetmeliği, ISO 20400 şeklinde uluslararası sürdürülebilirlik standartlarına uyum sağlanır.

Finansal Yönetim:

1. Sürdürülebilir finansal yönetim; sadece gelir-gider dengesini korumayı değil, aynı zamanda kaynakları etik, çevre dostu ve uzun vadeli stratejik hedeflerle uyumlu biçimde kullanmayı da kapsar. Dış hekimliği kliniklerinde bu anlayışın benimsenmesi, hem hasta bakımının kalitesini artırır hem de maliyetleri uzun vadede optimize eder.
2. Klinik Operasyonlarında Finansal Sürdürülebilirlik: Maliyet-etkin hizmet planlaması: Klinik süreçlerin (randevu, sterilizasyon, malzeme kullanımı) analiz edilerek zaman, enerji ve personel tasarrufu sağlayacak şekilde yeniden yapılandırılması önerilir.



Akıllı randevu sistemleri ve vaka planlama yazılımları sayesinde, kliniklerde boş zaman dilimlerinin azaltılması ve hasta yoğunluğunun dengelenmesi mümkün hâle gelmekte; böylece hem operasyonel verimlilik artırılmakta hem de olası gelir kayıpları minimize edilmektedir. Öte yandan, elektronik kayıt sistemleri ile kâğıt kullanımının azaltılması, yalnızca çevresel sürdürülebilirliğe katkı sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda belge yönetimi süreçlerinde de önemli ölçüde kolaylık ve etkinlik sunmaktadır.

3. Enerji ve Malzeme Tabanlı Giderlerin Azaltılması: Enerji verimliliği yüksek cihazlar (örneğin düşük tüketimli otoklavlar, LED aydınlatma, hareket sensörlü lambalar) kullanmak, kısa vadeli yatırım olsa da uzun vadeli tasarruf sağlar. İzleme sistemleri (monitoring) ile su, elektrik ve medikal gaz tüketimleri analiz edilerek israf noktaları tespit edilebilir. Tek kullanımlık ürünlerin yerine yeniden kullanılabilir ve sterilize edilebilir ürünlerin tercih edilmesi, uzun vadede daha ekonomiktir. Enerji verimliliği projeleri için devlet hibeleri ve yeşil krediler teşvik edilmeli.

4. Tedarik Zincirinde Finansal Strateji: Toplu alımlar ve merkezi satın alma anlaşmaları, bilhassa kamu kurumlarında ciddi maliyet avantajı sağlayabilir. Malzeme alımında "birim başına maliyet" yerine "kullanım ömrü" ve "atık oluşturma potansiyeli" göz önüne alınarak alım yapılmalıdır. Tedarikçi ile uzun vadeli iş birliği protokolleri, fiyat dalgalanmalarına karşı finansal denge sağlar.

5. Finansal Performans Göstergeleri ile İzleme: Klinik yöneticileri için sürdürülebilirlik temelli finansal Anahtar performans göstergeleri-KPI'lar (Key Performans Indicator) (örneğin "hasta başı enerji maliyeti", "malzeme başına atık oranı", "geri dönüştürülen atık yüzdesi") oluşturulmalı. Bu göstergeler aylık veya üç aylık raporlarla izlenmeli ve stratejiler bu verilerle güncellenmelidir.

6. Hasta Hizmetleri ve Gelir Optimizasyonu: Tele-tıp hizmetleri hem hastaların ulaşım ve zaman maliyetini azaltır. Bu şekilde önleyici hizmetlerin (florid uygulaması, beslenme danışmanlığı, risk temelli takip) yaygınlaştırılması, uzun vadede tedavi maliyetlerini azaltarak sürdürülebilir bir model oluşturur.

3) Sürdürülebilir Diş Hekimliği için Eğitim, Mesleki Gelişim ve Yasal Düzenlemeler

Çevre ve atık yönetimi için yasal gereklilikler ve etik sorumluluk

Temel bir insan hakkı olan çevre hakkı, bireylerin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkını ifade eder. Bu hak, insanların temiz hava, su ve toprak şeklinde

doğal kaynaklara erişimini güvence altına alır. Yeryüzü, ülkelerin sınırları ile bölünmüş alanlar toplamı değil, birbiri ile ilişkili bütüncül bir ekosisteme sahiptir. Genellikle, bir ya da birkaç ülkenin sınırları içindeki faaliyetlerin etkileri yalnızca o bölge veya ülke ile sınırlı kalmayıp sınır aşan, hatta dünyaya yayılan etkilere sahiptir. Bu nedenle çevre sorunlarında yol almak için bireysel bir arayışın çare olamayacağı, dayanışmanın öncelenmesi gerektiği ön kabulünü içerecek bir biçimde çevre hakkı dayanışma hakkı olarak da isimlendirilir.

Çevre hakkı, çevresel sürdürülebilirlik ilkeleriyle korunur ve desteklenir. Sürdürülebilirlik, insan gereksinimlerini karşılamak üzere kullanılacak yeryüzü varlıklarının gelecek nesillerin haklarına zarar vermeden kullanılmasını, ekosistemlerin korunmasını amaçlayan bir yaklaşımı içerir.

Stockholm Bildirgesi çevre hakkının oluşumunda ilk adım olarak anılmaktadır. Bildirgenin giriş bölümünde sanayi devriminden bu yana insanın çevreye artan müdahalesinin nedenleri, insanın doğayı olumsuz yönde etkileme gücü vurgulanmıştır. Paris Anlaşması ile iklim krizi olarak adlandırılan iklim değişikliğinin bu kapsamda gerçekleştiği kabul edilerek taraf devletlerin iklim değişikliği ile mücadelelerinde karbon emisyonlarında azaltmaya gitmesi hedeflenmiştir.

Yapılan değerlendirmelerde, bir ülke olarak kabul edilmesi halinde sağlık hizmetlerinin en çok karbon salımı yapan ülkeler arasında 5. sırada yer alacağı belirtilmektedir. Sağlıktaki karbon salımının %71'inin sağlık ürünlerinin üretimi, kullanımı ve imhası sürecin ortaya çıktığı, tek kullanımlık cihazların bu atıklara en büyük katkısı yaptığı vurgulanmaktadır.

Sürdürülebilirlik açısından sağlık alanında yapılan yasal düzenlemelerin öncüsü olan Hindistan'da 2023 senesinde Tıbbi İlaç, Cihaz ve Kozmetikler yasası yürürlüğe girmiştir. Bu Yasada Hindistan'ın tıbbi cihaz konusunda dışa bağımlılığının en düşük seviyeye indirilmesi ve yeniden kullanılabilir cihaz üreticilerine vergi indirimi ve benzeri teşviklerde bulunulması öngörülmüştür. Hindistan'da Yasa henüz taslak aşamasındayken birçok tıbbi cihaz üreticisi firma üst kuruluşlarının yoğun itirazlarda bulunulduğu basına yansımıştır. Bu noktada sağlıklı bir çevrede yaşamak için ulusal ve uluslararası düzeyde yapılması gerekenler ile endüstrinin menfaatleri arasında bir çatışma bulunmaktadır.

Ülkemizde, Anayasanın 56. Maddesinde "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir" denerek çevre hakkı düzenlenmiştir. 2872 Sayılı Çevre Kanunu'nun "İlkeler" başlıklı 3. Maddesinde ise çevrenin korunmasına, iyileştirilmesine ve kirliliğin önlenmesine ilişkin ilkeler gösterilmiş; atık oluşumunu



kaynağında azaltan ve atıkların geri kazanımını sağlayan teknolojilerin kullanımının esas olduğu belirtilmiştir. Ancak 2872 Sayılı Çevre Kanunu'nda sürdürülebilirlik uygulamalarının hayata geçirilmesine yönelik somut bir düzenleme yapılmamıştır. Karşılaştırmalı hukuk örneğinde bu önemli bir eksiklik olarak gözlenmektedir.

Diğer taraftan ülkemizde bir tıbbi cihaz veya malzemenin tek kullanımlık olup olmadığını belirleme yetkisi kural olarak üreticilerin/endüstrinin, denetimi ise Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun yetkisindedir. Ancak endüstriyi yeniden kullanılabilir ürünler üretmeye zorlayacak negatif veya pozitif düzenlemeler de (üretim kotaları/vergi teşvikleri ve benzeri) mevzuatımızda yer almamaktadır.

Tek kullanımlık cihazların yeniden kullanılması ile ilgili eski ismiyle İlaç ve Eczacılık Müdürlüğü, yeni ismiyle Tıbbi İlaç ve Cihaz Kurumu'nun 2011-7 sayılı bir genelgesi bulunmaktadır. Genelgede üç husus vurgulanmıştır.

(1) Tekrar kullanıma uygun cihaz, araç ve gerecin kaç kez kullanılabileceğine üretici firmanın önerileri çerçevesinde karar verileceği,

(2) Tek kullanımlık olarak üretilen tıbbi malzemelerin kullanım kılavuzuna aykırı olarak kesinlikle birden fazla kez kullanılamayacağı,

(3) Tek kullanımlık tıbbi malzemelerin kullanım kılavuzuna aykırı olarak tekrar sterilize edilmesi ve kullanılması durumunda ortaya çıkabilecek her türlü olumsuz durum karşısında tüm sorumluluğun diş hekimi, diş hekimi/hekim ve idare üzerinde olacağıdır.

Genelge, mevcut koşullar dikkate alındığında, yeniden kullanımın hekim ve ilgili sağlık kuruluşunun takdirine bırakıldığı izlenimini vermektedir. Ancak, Bakanlığın tek kullanımlık malzemelere ilişkin yaklaşımı, bu konunun yalnızca hekimin inisiyatifiyle şekillendiği varsayımına dayanmaktadır. Oysa uygulamada, bu durum çoğunlukla idare tarafından hekimlere dayatılmakta; konu, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tıbbi malzeme endüstrisi ve sağlık kuruluşları arasında çok paydaşlı bir zeminde değerlendirilmesi gereken, çözüm bekleyen yapısal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Stockholm Bildirgesinin giriş bölümünde çevre hakkının diğer insan haklarıyla bağlantısı vurgulanmaktadır: Bu vurgular BM (Birleşmiş Milletler) insan hakları komitesi, çocuk hakları komitesi şeklinde yarı yargısal mercilerin, ya da AİHM'in (Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi) Devletlerin çevre hakkına ilişkin yükümlülüklerini yerine getirip getirmediğini sınırlı da olsa denetleme imkânı sağlamaktadır.

Paris Anlaşması'nın 2016 yılında imzaya açılmasından bu yana küresel karbon salım düzeyleri incelendiğinde, devletlerin çevreci politikalar üretme konusundaki isteksizliği sürdüğü müddetçe, uluslararası denetim mekanizmalarının çevre hakkını diğer insan haklarıyla entegre ederek yürüttüğü incelemelerin karbon salımını azaltma konusunda belirleyici bir etki yaratamayacağı görülmektedir.

DİŞ HEKİMLİĞİNDE İNOVASYON

1- Dijital Dönüşüm ve Yapay Zekâ Uygulamaları

Dijital dönüşüm, dış hekimliğinde geleneksel tanı, tedavi ve hasta yönetimi süreçlerinin dijital teknolojiler, veri yönetimi sistemleri ve yapay zekâ araçlarıyla yeniden yapılandırılması sürecidir. Bu dönüşümün temel amacı; daha etkili, erişilebilir, güvenli ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri sunmaktır.

Dış hekimliği alanında sürdürülebilirlik hedefleri, nitelikli sağlık hizmetlerinin erişilebilir, verimli ve çevre dostu bir biçimde sunulmasını kapsamaktadır. Bu hedeflere ulaşmada yapay zekâ teknolojileri; klinik süreçleri optimize etme, kaynak kullanımını azaltma ve hizmet kalitesini artırma gibi yönleriyle önemli katkılar sağlamaktadır. Bu bağlamda yapay zekâ, hasta güvenliğini artırma, tanı doğruluğunu yükseltme, kaynakların etkin kullanımını sağlama ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini güçlendirme potansiyeliyle kritik bir rol üstlenmektedir.

Yapay zekânın klinik dış hekimliğine entegrasyonundaki temel hedeflerden biri, klinisyenlerin tutarlı ve yüksek kaliteli hasta hizmeti sunmalarını desteklemektir. Veri yönetimi ve yapay zekâ uygulamaları, hasta yolculuğunun tüm aşamalarında ve dış hekimliğinin tüm uzmanlık alanlarında etkin şekilde kullanılmaktadır.

a) Hasta Ziyaretlerinin Düzenlenmesi ve Klinik İş Akışının Optimizasyonu

Yapay zekâ, hasta ziyareti düzenlemesi konusunda hem klinik verimliliği artırabilir hem de hastaya daha uygun ve kişiselleştirilmiş bir deneyim sunabilir.

Akıllı Randevu Planlaması

- Yoğunluk analizine göre otomatik randevu zamanlaması yapabilir.
- Dış hekiminin uzmanlık alanı, muayene süresi, önceki ziyaret süresi şeklinde verileri dikkate alarak en uygun zaman aralığını önerebilir.
- Hasta iptalleri ve değişikliklerine karşı dinamik güncellemeler sağlayabilir.



Klinik İş Akışlarının Optimizasyonu

- Farklı hastaların tedavi süreçlerini analiz ederek zaman ve kaynak kullanımını en verimli hale getirir. Örneğin, benzer işlemler yapılacak hastaları ardışık olarak yerleştirerek alet dezenfeksiyonu ve hazırlık süresini azaltır.

Klinik Karar Destekli Ziyaret Planlama

- Hastaların önceki anamnez, ağız içi görüntü, röntgen ve tanılarına dayanarak tekrar ziyaretlerin süresini ve zamanlamasını önerir. Risk grubundaki hastalar (örneğin periodontal hastalık, implant sonrası takip) için erken ve daha sık ziyaretler önerir.

Kişiselleştirilmiş Hatırlatma ve Takip

- Hastanın diş fırçalama verisi (örneğin akıllı fırça uygulaması), diyet alışkanlığı veya önceki kontrollerine göre otomatik hatırlatma sistemleri oluşturulabilir. Yapay zekâ destekli mesajlaşma sistemleriyle otomatik, kişiye özel iletişim kurulabilir.

Veri Tabanlı Tahmin ve Önceliklendirme

- Hastaların geçmiş verilerine göre ağrı, komplikasyon riski veya aciliyet skorları oluşturur, bu sayede önceliklendirme yapılabilir. Özellikle yoğun kliniklerde acil-planlı hasta sıralaması açısından büyük kolaylık sağlar.

b) Analiz-Planlama-Tasarım

Görüntü analizi

Ağız içi fotoğraflar, tarayıcı görüntüleri ve radyograflardaki anatomik ve patolojik bulgular, yapay zekâ destekli sistemler aracılığıyla tespit edilip raporlanabilmektedir. Günümüzde yapay zekâ, diş çürükleri, apikal lezyonlar, periodontal kemik kaybı, kistler ve kemik kırıkları gibi yaygın patolojileri hem 2 boyutlu (2D) hem de giderek yaygınlaşan biçimde 3 boyutlu (3D) radyografik görüntülerde tespit edebilecek kapasiteye ulaşmıştır.

Ayrıca, sefalometrik radyograflarda anatomik referans noktalarının (landmark) otomatik olarak belirlenmesi gibi görevlerde de yapay zekâ, ortodontik tanı ve tedavi planlaması süreçlerinde diş hekimlerine önemli ölçüde destek sunmaktadır. Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar, yapay zekâ destekli radyografik analizlerin, deneyimli diş hekimlerinin değerlendirmeleriyle benzer doğruluk düzeylerine sahip olduğunu, hatta bazı durumlarda bu doğruluğu aşabildiğini ortaya koymaktadır.

Yalnızca tanısal doğruluğu artırmakla kalmayıp, aynı zamanda değerlendirme süresini önemli ölçüde azaltan bu sistemler; kapsamlı, sistematik ve tekrarlanabilir raporların oluşturulmasını da kolaylaştırmaktadır. Bu yönüyle yapay zekâ, günlük diş hekimliği pratiğinde radyografik yorumlamanın kalitesini ve tutarlılığını artıran güçlü bir teknolojik araç olarak öne çıkmaktadır.

Hastanın Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografi (KİBT), ağız içi tarayıcı ve yüz tarayıcı verileri kullanılarak yapay zekâ destekli "sanal hasta" ya da "dijital ikiz" oluşturulması, diş hekimliğinde ileri dijitalleşmenin önemli bir örneğidir. Bu dijital ikiz üzerinde, planlama, tasarım ve üretim aşamaları da yine yapay zekâ destekli sistemler aracılığıyla gerçekleştirilebilmektedir. Bu yaklaşımla, hastaya özel, yüksek doğrulukta ve öngörülebilir tedavi planları oluşturmak mümkün hâle gelmekte; aynı zamanda klinik karar alma süreçleri hızlanmakta ve kişiselleştirilmiş tedavi seçenekleri geliştirilebilmektedir. Sanal hasta modellemeleri, restoratif ve ortodontik tedavi planlamasından cerrahi rehber tasarımına kadar birçok alanda kullanım imkânı sunarak hem hasta deneyimini hem de tedavi kalitesini artırmaktadır.

Yapay Zekâ ile otomatik diş-protez tasarımları

c) Veri Sentezi ve Öngörü

Klinik diş hekimliği pratiği, her gün farklı kaynaklardan büyük ve çeşitli veri üretmektedir. Bu veriler arasında görüntüleme sonuçları, uygulanan tedaviler, hastaların tıbbi öyküsü ve sistemik durumlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Ancak bu veriler genellikle birbirinden izole sistemlerde depolanmakta ve birlikte değerlendirilmesi güçleşmektedir. Yapay zekâ, bu dağınık verileri entegre ederek hastanın risk profilinin daha kapsamlı biçimde analiz edilmesini ve buna dayalı olarak kişiselleştirilmiş tedavi hizmetlerinin sunulmasını mümkün kılmaktadır.

Dashboard (gösterge paneli) sistemleri aracılığıyla hastaya ait geçmiş klinik veriler bütüncül biçimde sunulabilmekte; bu da hem zaman tasarrufu sağlamakta hem de hekimin karar alma süreçlerine etkin biçimde destek sunmaktadır.

Buna ek olarak, hastadan gelen beslenme bilgileri, fırçalama alışkanlıkları gibi davranışsal veriler ile giyilebilir sensörlerden elde edilen biyometrik veriler, hasta sürecin aktif bir katılımcısı hâline gelmektedir. Bu yaklaşım, "P4 Diş Hekimliği" kavramı ile tanımlanmaktadır: Kişiselleştirilmiş – Hassas – Önleyici – Katılımcı.



d) Kanıta Dayalı Tedavi Planlaması ve Uygulaması -Yapay Zekâ Destekli Klinik Karar Süreçleri

Yapay zekâ, veri sentezi yapma kapasitesi ve risk faktörleri ile klinik kalıpları tanımlayabilme yeteneği sayesinde, kanıta dayalı tedavi planlaması ve uygulamasını önemli ölçüde desteklemektedir. Bu teknolojik yetkinlik, daha etkili, verimli, bireyselleştirilmiş ve hasta odaklı bir bakım sunulmasını mümkün kılmaktadır.

Yapay zekânın sunduğu bilgi yalnızca hastaya özgü bireysel değişkenleri değil, aynı zamanda güncel klinik kılavuzlar ve bakım standartlarından elde edilen dışsal bilimsel kanıtları da içermekte ve sürece entegre etmektedir. Bu sayede tedavi planları daha standartlaştırılmış, kalibre edilmiş ve yüksek kalitede uygulanabilir hâle gelmektedir.

Sonuç olarak, standart, güvenilir ve kaliteli tedavi süreçleri geliştirilebilir; gereksiz müdahalelerin önüne geçilirken, tanısal destek sistemleri sayesinde erken tedavi olanakları da artırılmaktadır. Ayrıca, tedavi gereksinimleri, sunulan hizmetler ve elde edilen sonuçlar düzenli, objektif ve ölçülebilir şekilde izlenebilmektedir.

e) Hasta Etkileşimi - Yapay Zekâ ile Sürekli ve Kişiselleştirilmiş İletişim

Veri bağlantısının, veri temelli sağlık hizmetleri ve yapay zekâ uygulamalarının temel hedeflerinden biri olması, hasta ile sağlık hizmet sunucuları arasında daha sürekli, dinamik ve kişiselleştirilmiş bir etkileşimin kurulmasını mümkün kılmaktadır. Diş hastalıklarının önemli bir kısmının davranış temelli özellikler göstermesi nedeniyle, geleneksel "tek seferlik müdahale" yaklaşımı yerine, süreç odaklı ve bireyin günlük yaşamına entegre edilen bir bakım modeli daha etkili sonuçlar doğurabilmektedir. Bu bağlamda Yapay zekâ destekli hasta etkileşimi için öne çıkan örnek uygulamalar şunlardır:

- Elektronik diş fırçaları aracılığıyla hastaların fırçalama alışkanlıklarının izlenmesi veya beslenme uygulamaları üzerinden diyet verilerinin değerlendirilmesi.
- Ortodontik tedavi süreçlerinde uzaktan izlem ya da semptom kontrol araçları ile tedavi takibi.
- Mobil cihazlar üzerinden diş hekimiyle eşzamanlı iletişim (canlı görüşmeler) veya asenkron iletişim (semptom kontrol uygulamaları ya da Yapay zekâ destekli sohbet robotları) yoluyla sürekli danışmanlık ve yönlendirme.

Bu tür teknolojiler, hastaları yalnızca muayene anında değil, yaşamın içinde karşılaştıkları ağız sağlığıyla ilgili sorunlarda da desteklemeyi amaçlar. Böylece katılımcı ve davranış odaklı bir diş hekimliği modeli geliştirilmiş olur.

f) Diş Hekimliği Eğitimi

- Öğrencinin bilgi düzeyine göre içerik ve hız uyarlaması yapan akıllı eğitim platformları, öğrenme eksiklerini tespit ederek hedefli geri bildirim sunan sistemler, vaka analizleri ve uyarlanabilir sınavlar ile kişiselleştirilmiş öğrenme süreçleri
- Gerçek klinik vakalarla yapay zeka destekli vaka bazlı öğrenme yoluyla klinik görüntü yorumlama eğitimi (Ağız içi-dışı görüntü, radyografi)
- Sanal gerçeklik (VR) ya da artırılmış gerçeklik (AR) ile entegre edilerek yapay zekâ ile simüle edilen hastalar
- Pratik uygulamalarda yapay zeka tabanlı otomatik puanlama sistemleri, Klinik beceri ve karar verme süreçlerine yönelik analitik performans raporları, Öğrenci ilerlemesini takip eden göstergeler ve analiz sistemleri aracılığıyla yapay zeka destekli değerlendirme ve geri bildirim
- Büyük dil modelleri tabanlı oluşturulmuş sohbet robotları ile öğrencilerin sorularına cevap veren ve klinik vakalarda öneri almalarını sağlayan sistemler ile yapay zekâ destekli danışmanlık
- Yapay zeka destekli dijital eğitim materyalleri ile uzaktan ve esnek öğrenme

Diş Hekimliğinde Yapay Zekânın Hukuksal Boyutu

Diş hekimliğinde yapay zekâ sistemleri günümüzde yalnızca yardımcı değil, sağlık hizmetlerinin normatif çerçevesine yön veren "yeni aktörler" olarak konumlanmaktadır. Bu gelişme, etik, hukuki ve mesleki sınırların yeniden tanımlanmasını zorunlu kılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021 ve 2024 tarihli rehberlerinde, yapay zekânın sağlık hizmetlerinde kullanımına ilişkin olarak altı temel etik ilke vurgulanmaktadır. İnsan özerkliğinin korunması, kamu yararının gözetilmesi, şeffaflık, hesap verebilirlik, eşitlik ve sürdürülebilirlik. Ancak, söz konusu belgelerde bu ilkelerin günümüzdeki uygulamalarda büyük ölçüde yeterince karşılanmadığına dikkat çekilmektedir. Özellikle büyük çok modlu yapay zekâ modelleri, karar verme süreçlerinin nasıl işlediğini açık bir şekilde ortaya koyamamakta; bu sistemler çoğunlukla kapalı kaynaklı, dış denetime kapalı ve iç işleyişi açıklanamayan yapılar olarak faaliyet göstermektedir.



Bu durum, klinik uygulamalarda yalnızca güvenlik riski oluşturmakla kalmamakta, aynı zamanda hasta hakları ve tıbbi etik açısından da ciddi sorunlara yol açmaktadır. Bilindiği üzere, tıpta “bilgilendirilmiş onam” ilkesi, hastanın rasyonel karar alma hakkını temel alır. Bu hak, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi’nin 5. maddesinde, herhangi bir tıbbi müdahalenin ancak “ilgili kişinin özgürce ve bilgilendirilmiş olarak verdiği onam” çerçevesinde gerçekleştirilebileceği hükme bağlanarak güvence altına alınmıştır. Ancak, yapay zekâ sistemlerinin önerdiği işlemlerin nasıl oluşturulduğuna dair teknik ayrıntıların açıklanmadığı durumlarda, hastanın özgür iradesine dayalı bir değerlendirme yapabilmesi mümkün değildir. Nitekim, Dünya Sağlık Örgütü’nün de vurguladığı üzere, mevcut büyük çok modlu yapay zekâ modelleri, verdikleri kararların gerekçesini üretme kapasitesinden yoksundur. Bu nedenle, bu tür sistemlerin dahil olduğu karar süreçlerinde alınan onamların hukuki geçerliliği tartışmalı hale gelmektedir.

Yapay zekâ sistemlerinin doğruluk düzeyinin, beslendikleri veri setlerinin niteliğine bağlı olduğu bilinmektedir. Ancak, bu veri setleri genellikle sosyoekonomik temsiliyetten yoksun, homojen, kentsel ve Batı merkezli örneklemelerden oluşmaktadır. Bu nedenle, söz konusu sistemler yaşlı bireyler, kırsal bölgelerde yaşayan hastalar veya azınlık gruplara ait klinik örüntüleri dışlayabilmekte ve sağlıkta eşitlik ilkesine açıkça aykırı sonuçlar doğurmaktadır. Adalet, yalnızca sağlık hizmetine erişimde değil, aynı zamanda hizmetin içeriği ve kalitesinde de sağlanmak zorundadır. Öngörüsüz bir şekilde kullanılacak yapay zekâ sistemleri, “yeni dijital dışlama biçimleri”nin veya “damgalamanın” kurumsallaşmasına neden olabilir; bu durum zamanla normalleşerek meşru bir zemin kazanabilir. Böyle bir süreç ise, Biyotıp Sözleşmesi’nin 1. ve 11. maddeleriyle güvence altına alınan “insan onuruna saygı” ve “ayrımcılık yasağı” ilkeleriyle kesinlikle bağdaşmamaktadır.

Öte yandan bu dönüşüm, sağlık mesleklerinin doğasını da temelden etkilemektedir. Dış hekimleri artık yalnızca klinik bilgiye değil, algoritmik sistemlerin karar mantığına da tabi kılınmakta; klinik kararlar önce desteklenmekte, ardından yönlendirilmektedir. Bu yönlendirme, zamanla mesleki özerkliğin aşınmasına, hatta bazı uzmanlık alanlarının bütünüyle sistem tarafından ikame edilmesine neden olabilecek bir eğilim yaratmaktadır. Bu senaryoda dış hekiminin rolü “karar verici profesyonel aktör” konumundan, “kararı uygulayan teknisyen” konumuna indirgenmektedir. Sistemin ürettiği öneriye uymayan hekimin ileride hukuki sorumlulukla karşılaşması riski de vardır. Çünkü “sistemin önerisini dikkate almadığı” gerekçesiyle açılacak bir davada, hekimin kararının sistem karşısında “anlamlı” olup olmadığı tartışma konusu olabilecektir.

Bu tür yapısal değişimlerin yalnızca meslek etiğini değil, aynı zamanda kamu hizmeti anlayışını ve yurttaş-devlet ilişkisini dönüştürme potansiyeli taşıdığı belirtilmelidir. Nitekim, yapay zekânın kamusal işlevler üstlenmesi, onu salt teknik bir araç olmaktan çıkararak bir tür yönetim aracı hâline getirmektedir. Kamu Yönetimi Derneği tarafından 2024 yılında düzenlenen "Yapay Zekâ ve Kamu Hizmetleri Çalıştayı"nda vurgulandığı üzere, algoritmalar devletin klasik idari işlevlerini dolaylı biçimde ikame etmekte, karar alma süreçlerini teknikleştirmekte ve yurttaş ile kamu arasındaki ilişkiyi kurumsallıktan çıkararak yazılıma dayalı bir düzenlemeye dönüştürmektedir. Eğer bu sistemler kamu mülkiyeti dışında, özel şirketlerin kontrolünde kalmaya devam ederse – ki günümüzde büyük ölçekli dil modellerinin neredeyse tamamı bu yapıya sahiptir – kamu yararı ilkesinin ticari çıkarlar lehine zayıflaması kaçınılmaz olacaktır.

Bu gelişmeler, hukuki müdahaleyi gerektiren çok yönlü bir sorun alanı yaratmaktadır. Bu nedenle, kişisel verilerin korunması, mesleki sorumluluk sınırlarının belirlenmesi, yapay zekâ kaynaklı zararların tazmini ve algoritmaların denetlenmesi konularında acil planlama ve düzenleme ihtiyacı bulunmaktadır.

Hukuki bir çerçevenin oluşturulabilmesi için, yapay zekâ uygulamalarının hızla geliştiği bu dönemde asgari olarak aşağıdaki ilkeler esas alınmalıdır:

- 1) Klinik yapay zekâ sistemleri meslek örgütlerinin, uzmanlık derneklerinin ve kamu yararına çalışan diğer kuruluşların doğrudan katılım sağlayacağı süreçlerle yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından sertifikalandırılmalı;
- 2) Bu sistemlerin algoritmik işleyişi denetlenebilir kılınmalı ve şeffaf biçimde kamuyla paylaşılmalı;
- 3) Yapay zekâ ile işleyen tüm sistemler için Etik Denetim Kurulları oluşturulmalı;
- 4) Hastaların veri sahipliği tam olarak tanınmalı ve veri kullanımına ilişkin açık onam, şeffaf beyan ve geri alma hakkı güvence altına alınmalı;
- 5) Yapay zekâ tasarım ve geliştirme süreçlerinde farklı disiplinlerden uzman insanların gözetimi ve etkililiğinin sürekli olması sağlanmalıdır.

Sonuçta diş hekimliği şeklinde yüksek etik duyarlılık ve doğrudan insan ilişkisi içeren bir sağlık mesleği, yapay zekânın biçimlendirdiği yeni teknolojik ortam içinde kendi ontolojisini korumakla yükümlüdür. Bu süreçte teknolojinin kendisi değil, teknolojinin işlevsel, meslek etiği ve hukuki sınırları tartışılmalıdır. Sonuçta hukukun



ve etiğın önceliğı, teknolojiyi sınırlandırmak değıl onu ancak insan onurunu ve toplumsal adaleti temel alacak şekilde yönlendirmek olabilir.

Bugün yapay zekâya yönelik düzenleyici çerçevelere dünya genelinde bakıldığında, Avrupa Birliğı'nin 2024 yılında kabul ettiğı Yapay Zekâ Yasası (AI Act) öne çıkmaktadır. Bu yasa, alandaki ilk kapsamlı ve bağlayıcı yasal düzenleme olarak, yapay zekâ sistemlerini risk düzeylerine göre sınıflandırmakta; özellikle sağık gibi yüksek hassasiyet gerektiren alanlarda kullanılan sistemler için tasarımdan piyasaya sunuma kadar ciddi güvenlik, şeffaflık ve denetim yükümlölükleri getirmektedir.

Sosyal puanlama, bireylerin davranışlarını manipüle etmeye yönelik sistemler ile kamuya açık alanlarda gerçek zamanlı biyometrik gözetim şeklinde uygulamalar "kabul edilemez risk" grubunda değerlendirilmiş ve bu tür sistemlere yönelik yasaklar 2 Şubat 2025 itibarıyla yürürlüğe girmiştir. Uyumsuzluk hâlinde, şirketler 30 milyon Euro'ya veya küresel cirolarının %6'sına kadar para cezası ile karşı karşıya kalabilecektir. Diğer risk seviyelerine ilişkin hükümler ise kademeli olarak devreye girecek; bu geçiş sürecinin 2027 yılına kadar tamamlanması öngörülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa'dan farklı olarak merkezi ve yeknesak bir mevzuat yerine eyalet bazlı düzenlemeler ile federal düzeyde yayımlanan rehber metinlerle ilerlemektedir. Bu kapsamda, 2024 yılında kabul edilen Colorado Yapay Zekâ Yasası, yüksek riskli sistemler için şeffaflık ve hesap verebilirlik yükümlölükleri getiren ilk eyalet düzenlemesi olmuştur.

Federal düzeyde ise Ticaret Bakanlığı ve Ulusal Güvenlik Konseyi, yapay zekâ sistemleri ve çip teknolojilerine ilişkin ihracat kontrolleri ile etik denetim çerçevesi oluşturma yönünde çalışmalar yürütmektedir. Bunun yanı sıra, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 15 Mart 2024 tarihinde yayımladığı "Yapay Zekâ ve Tıbbi Ürünler" başlıklı Beyaz Kitap ile, ilaç, biyolojik ürün, tıbbi cihaz ve kombine ürünlerde kullanılacak Yapay zekâ sistemlerine yönelik hasta güvenliğı ve şeffaflık odaklı bir yaklaşım benimseneceğini duyurmuştur. Söz konusu belgede, paydaşlarla iş birliğı yapılacağı; önyargı risklerini azaltmayı ve inovasyonu desteklemeyi amaçlayan politikaların geliştirileceğı; ayrıca sistem güvenilirliğini izlemeye yönelik araştırmaların destekleneceğı belirtilmiştir.

Türkiye'de ise henüz yapay zekâya ilişkin düzenleyici çerçeve bile oluşturulmamıştır. 25 Haziran 2024 tarihinde TBMM'ye bir kanun teklifi sunulmuş ise de henüz yasama süreci tamamlanmamıştır. Önerilen düzenlemede de veri güvenliğı, şeffaflık, adillik, hesap verilebilirlik ve gizlilik şeklinde ilkeler genel olarak

tarif edilmekle beraber düzenlemenin içeriğinden Avrupa Birliği örneğinde görüldüğü şeklinde uygulamaya dönük sınırlama ve yasaklar getirmeyeceği anlaşılmaktadır.

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından yayınlanan 2025-2027 yıllarına ilişkin Orta Vadeli Programda, Yapay Zekâ mevzuatının AB Yapay Zekâ Yasası ile uyumlaştırılacağı ifade edilmiş ve 2024'ün Ekim ayında bir Yapay Zekâ Meclis Araştırma Komisyonu kurulmuş ise de henüz kamuoyuna yansıyan somut bir gelişme bulunmamaktadır. Kişisel Verileri Koruma Kurulu'nun ise 6698 Sayılı Kanun ve ikincil yasal düzenlemeler kapsamında Yapay zekâ ile ilgili tavsiye niteliğinde kılavuz ve rehber çalışmalar yaptığı görülmektedir.

Karşılaştırmalı örnekler ve önceki başlıktaki öneriler dikkate alınarak, ülkemizde sağlık alanında yapay zekâ kullanımına ilişkin gereken yasal düzenlemelerin ivedilikle hayata geçirilmesi zorunludur. Bu düzenlemeler; hasta güvenliğini sağlamak, etik ilkeleri korumak, veri gizliliği ve şeffaflığı temin etmek, sağlık hizmetlerinde eşitliği gözetmek ve yapay zekânın sunduğu teknolojik avantajları güvenli şekilde entegre etmek açısından kritik önem taşımaktadır. Böylece hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların hakları korunacak, yapay zekâ teknolojilerinin etkin ve güvenilir kullanımı sağlanabilecektir.

SONUÇ

Türkiye'de diş hekimliği eğitiminde sürdürülebilirliğe dair farkındalık artmaktadır. Ancak bu yaklaşımın sistematik biçimde müfredata entegre edilmesi, eğitim teknolojilerinin daha yaygın kullanılması ve hasta/hekim boyutunda davranışsal dönüşüm stratejilerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Öğrenci, hasta ve hekim eğitiminde sürdürülebilirlik yalnızca bir çevre politikası değil, aynı zamanda kaliteli, etik ve çağdaş sağlık eğitiminin vazgeçilmez bir parçasıdır.

Diş hekimliği uygulamaları, yüksek enerji ve kaynak tüketimi nedeniyle önemli çevresel etkiler doğurmaktadır. Elektronik ekipmanların enerji ihtiyacı, su kullanımı, tehlikeli ve tıbbi atık üretimi, tek kullanımlık ürünlerin fazlalığı ve karbon salımı, bu etkilerin başlıca kaynaklarıdır. Kliniklerde kullanılan sterilizasyon poşetleri, maske, eldiven, emme uçları ve plastikler şeklinde malzemelerinin parçalanması güçtür ve bunlar atık yükünü artırmaktadır.

Artan çevresel farkındalık ile birlikte, sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğe yönelik küresel eğilim diş hekimliğini de etkilemiştir. "Yeşil diş hekimliği" yaklaşımı, kaynak tüketimini azaltmayı, atık yönetimini iyileştirmeyi ve çevresel etkileri asgariye indirmeyi amaçlayan bir model olarak öne çıkmaktadır. Bu yaklaşım, karbon ayak



izini düşürmek amacıyla klinik operasyonlarda dijital dönüşüm, minimal invaziv teknikler, biyolojik olarak parçalanabilir malzeme kullanımı ve enerji verimliliği şeklinde stratejileri teşvik etmektedir.

Ayrıca, metaevren, artırılmış ve sanal gerçeklik şeklinde dijital teknolojiler, diş hekimliği eğitiminde sürdürülebilirliğe katkı sağlamakta; fiziksel kaynak kullanımını azaltmakta ve daha kapsayıcı, erişilebilir öğrenme ortamları yaratmaktadır. Bununla birlikte, çevre hakkının etik ve hukuki boyutları, çevresel sağlık farkındalığını artırmak ve sürdürülebilirlik kültürünü klinik uygulamalara entegre etmek açısından temel teşkil etmektedir.

EĞİTİM

1. Öğrenci Eğitimi

a) Dijital Dönüşüm ve Teknoloji Entegrasyonu

- Artırılmış gerçeklik (AR), sanal gerçeklik (VR) ve karma gerçeklik (MR) uygulamaları, laboratuvar eğitimlerinde fiziksel malzeme ihtiyacını azaltarak çevresel sürdürülebilirliği desteklemektedir.
- Simülasyon tabanlı öğrenme sistemleri (örneğin dijital fantom kafalar), hem tekrarlanabilirlik hem de risk yönetimi açısından eğitimde verimliliği ve sürdürülebilirliği artıran önemli araçlardır.
- Yapay zekâ destekli dijital eğitim materyalleri, öğrencilerin bireysel öğrenme hızına göre içerik sunarak kişiselleştirilmiş öğrenmeyi teşvik etmektedir.

b) Erişilebilirlik ve Kapsayıcılık

- Sosyoekonomik farklılıklar nedeniyle bazı öğrencilerin fiziki laboratuvarlara veya klinik donanımlara erişimi kısıtlıdır.
- Dijital platformlar, coğrafi bağımsızlık ve cihazlar arası erişim avantajıyla fırsat eşitliğini artırmaktadır.
- Engelli bireyler için erişilebilirlik (altyazı, sesli anlatım, renk körlüğü uyumluluğu) dijital öğrenme ortamlarında daha kolay sağlanabilir.

c) Değerlendirme ve Geri Bildirim

- Öğrenci performansını takip eden gösterge panoları (dashboard) ve yapay zekâ destekli analiz sistemleri, eğitimin kalitesini artırmakta ve sürdürülebilir izleme imkânı sunmaktadır.

2. Hasta Eğitimi

a) Sürdürülebilir Ağız Sağlığı Bilinci

- Yapay zekâ destekli sistemler ile hastanın risk profiline uygun bilgilendirme ve hatırlatmalar kişiselleştirilebilmektedir.

b) Davranışsal Katılım ve Takip

- Elektronik diş fırçaları ve mobil uygulamalar ile hastaların ağız bakım alışkanlıkları takip edilmekte, davranış değişikliği izlenebilmektedir.
- Bu yöntemler çevre dostu alışkanlıkları desteklemekte ve gereksiz müdahaleleri azaltarak klinik sürdürülebilirliği desteklemektedir.

3. Hekim ve Sağlık Personeli Eğitimi

a) Hizmet İçi Eğitim Programları

- Kliniklerde sürdürülebilirlik temalı seminerler, atölyeler ve vaka analizleri yapılmalıdır.
- Aylık düzenlenecek eğitimlerde sterilizasyon protokolleri, enerji-su tasarrufu, atık yönetimi, çevre dostu malzeme kullanımı şeklinde konular işlenmelidir.

b) Uygulamalı Eğitimler ve Denetim

- Simülasyon destekli senaryolar aracılığıyla amalgam separatörü kullanımı, dökülme/acil müdahale tatbikatları gibi konuların işlenmesi mümkündür.
- Klinik içinde düzenli "yeşil denetim" uygulamaları yapılarak uygulamalı farkındalık artırılmalıdır.

c) Sürekli Mesleki Gelişim

- "Sürdürülebilirlik odaklı Sürekli Mesleki Gelişim (SMG) modülleri ve sertifika programları oluşturulmalı; bu kapsamda 'Yeşil Diş Hekimliği Uzmanı' gibi unvanların tanımlanması ve yaygınlaştırılması teşvik edilmelidir."
- Sürdürülebilir klinik yönetimi, yeşil satın alma, dijital kayıt sistemleri şeklinde konular hekimlerin mesleki gelişiminde yer almalıdır.



DÜZENLEYİCİ STANDARTLAR

Ülkemizde çevre hakkı kapsamında, çevrenin korunması, iyileştirilmesi ve kirliliğin önlenmesine ilişkin temel ilkeler belirlenmiş; atık oluşumunun kaynağında azaltılmasını ve atıkların geri kazanımını sağlayan teknolojilerin kullanımını öngören düzenlemeler yasalarla tanımlanmıştır. Ayrıca, çevre hakkına ilişkin kararlara meslek örgütlerinin ve toplumun katılım hakkı da yasal güvence altına alınmıştır. Ancak sürdürülebilirlik uygulamalarının hayata geçirilmesine yönelik somut ve bağlayıcı düzenlemelerin eksikliği dikkat çekmektedir. Tekrar kullanıma uygun cihaz, araç ve gereçlerin üretimine dair inisiyatif büyük ölçüde endüstrinin insafına bırakılmıştır. Öte yandan, amalgam atık yönetimi ve tek kullanımlık plastiklerin azaltılmasına yönelik mevcut yasal çerçeve, Avrupa Birliği standartlarının gerisinde kalmaktadır.

"Sağlık alanında çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması, belirli standartların oluşturulması ve yeniden kullanılabilir ürünlerin üretiminin teşvik edilmesine yönelik hukuki düzenlemelerin yapılması, ilgili Bakanlıklar ve Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin önünde acil bir sorumluluk olarak durmaktadır. Bu süreçte diş hekimleri, diğer sağlık profesyonelleri, üniversiteler ve meslek örgütleri; söz konusu düzenlemelerin hayata geçirilmesine yönelik ısrarlı talepleri ve çözüm önerileriyle sürece aktif katkı sunma yükümlülüğü taşımaktadır."

Günümüzde diş hekimliğinde yapay zekâ uygulamaları ağırlıklı olarak tanı ve teşhis süreçlerinde kullanılmakta olup, yakın gelecekte yapay zekânın karar verme süreçlerinde daha etkin bir rol üstleneceği öngörülmektedir. Ancak bu gelişme, özerklik gerektiren diş hekimliği gibi bir meslek alanında mesleki uygulamaların doğasını ve hekim sorumluluğunun sınırlarını yeniden tanımlama gerekliliğini gündeme getirebilir.

Klinik gelişmeler ilerledikçe, yapay zeka "bilgilendirilmiş rıza", "tıbbi müdahalelerin mesleki standartlara uygun yapılması gerekliliği", "hatalı tıbbi uygulamada sorumluluğun kime ait olacağı", "ayrımcılık yasağı", "hasta mahremiyeti", "sağlık hizmetlerinde eşitlik ve adalet" ve benzeri birçok hak ve özgürlük yönünden gözetilmesi gereken bir konu halini alacaktır.

Sertifikasyon ve Standardizasyon: Klinik yapay zekâ sistemleri yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından, meslek örgütleri ve uzmanlık derneklerinin, kamu yararına çalışan kuruluşların katılımıyla sertifikalandırılmalıdır.

Şeffaflık: Tüm sistemlerin algoritmik işleyişi denetlenebilir hâle getirilmeli, teknik belgeleri kamuya açık olmalıdır.

Etik Denetim: Sağlık alanında kullanılan yapay zekâ sistemleri için etik denetim kurulları oluşturulmalı; bu kurullar disiplinler arası yapılarla desteklenmelidir.

Veri Sahipliği: Hastaların veri üzerindeki sahipliği açık biçimde tanınmalı; açık onam, veriye erişim ve geri alma hakları güvence altına alınmalıdır.

Disipliner Gözetim: Yapay zekâ sistemlerinin tasarım, geliştirme ve klinik entegrasyon süreçlerinde yalnızca mühendislik değil; sağlık hukuku, etik ve sosyal bilimler alanlarından uzmanların sürekli katkısı sağlanmalıdır.

ÖNERİLER

1. Sürdürülebilir Klinik Yönetim:

- Koruyucu diş hekimliği uygulamaları desteklenmelidir.
- Daha az malzeme kullanımı ve daha az atık üretimi nedeniyle hasta bakımında çevresel etkiyi azaltmak için minimal invaziv teknikler tercih edilmelidir.
- Kliniklerde atık üretimini azaltacak şekilde dijital kayıt sistemleri yaygınlaştırılmalıdır.
- Kullanılan ürünlerin çevre dostu alternatifleri tercih edilmelidir.
- Enfeksiyon kontrolü uygulamalarında, insan sağlığına zarar vermeyen ve çevresel etkileri en aza indiren çevre dostu dezenfektanların tercih edilmesi gerekmektedir.
- Malzeme stokları minimum israfı yönetilmelidir.
- Diş hekimliği kliniklerinde, enerji verimliliği yüksek cihazların tercih edilmesi; su ve enerji tasarrufu sağlanması açısından gereksiz tüketimin önlenmesi önem arz etmektedir. Bu kapsamda, yüksek verimli LED aydınlatma sistemleri, modern HVAC (ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme) teknolojileri ile su tasarrufu sağlayan ekipmanların kullanımı teşvik edilmelidir.
- Tek kullanımlık ürünler yerine, çevresel sürdürülebilirliği desteklemek amacıyla yeniden kullanılabilir ya da biyobozunur malzemelerin tercih edilmesi gerekmektedir.
- Diş kliniklerinde atıkların doğru şekilde ayrıştırılması ve geri dönüşüm süreçlerinin uygulanması dikkatle ele alınmalıdır.



2. Sürdürülebilir Klinik Uygulamalara Yönelik Ulusal Rehberler Hazırlanmalıdır.

- Sürdürülebilir diş hekimliği için eğitim ve farkındalık programları:
- Diş hekimliği öğrencileri ve profesyonelleri için sürdürülebilirlik temelli eğitim programları müfredata entegre edilmelidir.
- Klinik çalışanlar için çevresel sağlık ve atık yönetimi konularında hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.
- Hasta bilgilendirmelerinde çevre duyarlılığına yer verilmelidir. Çevre dostu diş bakım ürünleri kullanımı ve su tasarrufu şeklinde konulara dair eğitimler verilmeli, bu farkındalık dijital platformlar aracılığıyla yayılmalıdır. Organik ve doğal diş bakım ürünlerinin kullanımı teşvik edilmelidir.

3. Sürdürülebilir Diş Hekimliği İçin Dijital Ve Yenilikçi Teknoloji Entegrasyonu:

- Sanal gerçeklik, artırılmış gerçeklik ve meta evren tabanlı simülasyon sistemleri, hem hasta eğitimi hem de öğrenci uygulamalarında aktif kullanılmalıdır.
- Materyal israfını azaltacak şekilde, restoratif süreçlerde dijital dönüşüm sağlanmalıdır.

4. Sürdürülebilir Diş Hekimliği İçin Yasal ve Etik Düzenlemeler:

- Diş hekimliği alanında sürdürülebilirliğe yönelik ulusal standartlar ve akreditasyon kriterleri geliştirilmelidir.
- Kliniklerde çevreye duyarlı uygulamaların teşvik edilmesi için teşvik sistemleri ve denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır.

5. Sürdürülebilir Diş Hekimliği İçin Kurumsal Kültür:

- Kliniklerde sürdürülebilirlik ilkesini temel alan bir kurumsal kültür oluşturulmalı; Bu bağlamda, tüm çalışanların sürece aktif katılımını teşvik eden uygulamalar geliştirilmelidir.
- Atıkların ayrıştırılması, geri dönüşüm uygulamalarının benimsenmesi ve çevre performansı raporlaması yapılmalıdır.

SONSÖZ

Gerçekleştirdiğimiz bu çalıştay, mesleğimizdeki buzdağının yalnızca görünen kısmıyla sınırlı sandığımız sorunların kamu-özel farketmeksizin tüm dış hekimliği alanlarını kuşatan yapısal bir krizden kaynaklandığını göstermiştir.

Türkiye’de dış hekimliği uygulamaları, yalnızca sayısal iyileştirmelerle düzeltilemeyecek kadar derin, sistematik ve siyasal sorunlarla karşı karşıyadır. Bu sorunlar, her alana özel geçici çözümlerle değil, dış hekimliğinin bir bütün olarak ele alındığı, insan gücü planlamasından akademik yapıya, mesleki özerklikten etik değerlere uzanan kapsamlı ve köklü reformlarla çözülebilir.

2002 sonrası yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlığı bireysel bir tüketim nesnesine, dış hekimliğini ise piyasa koşullarına terk edilmiş bir hizmet alanına dönüştürmüştür. 23 yıldır istikrarlı şekilde yürütülen bu programın yıkıcı sonuçları yaptığımız bu çalıştay ile ortaya konmuştur.

Siyasi iktidarın sağlık hizmetlerini ticarileşmeye teslim eden 2015 tarihli Ağız ve Dış Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Yönetmeliği ise serbest çalışan dış hekimlerini meslek dışı sermaye karşısında savunmasız bırakmış, hekim bağımsızlığını ve hasta-hekim ilişkisini ciddi biçimde zedelemiştir. Sağlık hizmetlerinin metalaştırılması, toplum sağlığının iyileştirilmesine herhangi bir katkı sağlamadığı şeklinde, etik değerlerin ve halk sağlığının büyük risk altına girmesine yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasa kurallarına göre şekillendirilmesi, hekimleri etik değerlerden uzaklaştırarak rekabet baskısı altında reklam ve tanıtım yoluyla var olmaya zorlamakta; bu durum mesleğin saygınlığına zarar vermekte ve hastaların yanlış bilgilendirilmesiyle birlikte kısıktırılmış bir sağlık talebinin oluşmasına neden olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sürekli artan performans baskısı altında, nitelikten çok niceliğe odaklanan şekilde çalışmaya zorlanması, hem mesleki tükenmişliği derinleştirmekte hem de sağlıkta şiddetin sistematik hale gelmesine zemin hazırlamaktadır.

Bu çalıştay, tüm bu tabloyu yalnızca teşhis etmekle kalmamış; nasıl bir eğitim ve sağlık sistemi istediğimizi açıkça ortaya koymuştur.

Ankara Dışhekimleri Odası, eğitimi yalnızca bireysel başarıya değil, toplumsal sorumluluğa da dayandıran bir anlayışla; nitelik temelli, planlı, etik değerlere bağlı ve bilimsel bir dış hekimliği eğitim sistemini savunmaktadır.



Dünya Dışhekimleri Federasyonu Avrupa Bölgesel Organizasyonu (ERO)'nun da vurguladığı üzere, "Dış hekimî bağımsız çalışamazsa, mesleğin tüm diğer kazanımları da tehlikeye girer." Bu bağlamda, mesleki özerkliğın, emeğin hakkının ve etik ilkelere dayalı meslek pratiğinin korunması, yalnızca dış hekimleri açısından değil, toplumun bütününün ortak geleceği açısından da hayati önem taşımaktadır.

Bu çalıştay, yalnızca bir sorun envanteri sunmakla kalmayıp; aynı zamanda bilimsel birikimi, saha deneyimini ve örgütlü gücü bir araya getiren bir yol haritası niteliği taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğini savunan, piyasacı değil toplumcu sağlık politikalarını önceleyen bu irade; ancak kolektif mücadele, kararlı bir duruş ve birlikte üretme pratiğiyle güç kazanacaktır. Meslek örgütleri, Yükseköğretim Kurulu (YÖK), Türk Dışhekimleri Birliği ve fakülte yönetimleriyle iş birliği içinde çalışarak, akademik yapının güçlendirilmesine yönelik yapısal reformların hayata geçirilmesine katkı sunmalıdır.

Toplumda etik duyarlılığın zayıflaması, evrensel hekimlik ilkelerini benimsemiş, insan haklarını ve bilimsel doğruları önceleyen dış hekimlerinin mesleklerini onurlu şekilde sürdürmesini ciddi bir biçimde zorlaştırmaktadır. Kamu yönetimindeki hatalı politikaların ekonomi, eğitim ve hukuk alanlarında yarattığı tahribat, sağlık sistemine de doğrudan yansımakta; hem sağlık emekçilerini hem de bu hizmete ihtiyaç duyan yurttaşları zorluklarla karşı karşıya bırakmaktadır.

Meslek örgütlerinin, kanunla tanımlanmış denetim, temsil ve düzenleme yetkilerinin zamanla kısıtlanması; demokratik bir hukuk devleti açısından ciddi bir gerileme olarak değerlendirilmelidir. Oysa tüm gelişmiş demokrasilerde meslek örgütleri, dış hekimlerinin eğitim süreçlerinden mesleki uygulamalarına, etik denetimden toplumsal sorumluluğa kadar uzanan geniş bir etki alanına sahiptir ve bu yetkiler kamu yararı adına korunmaktadır. Bir mesleğin geleceği, ancak bağımsız ve güçlü bir meslek örgütüyle güvence altına alınabilir. Meslek örgütleri gücünü sadece yasadan değil, birlikte hareket eden, hakkına sahip çıkan ve sorumluluk üstlenen üyelerinden alır.

Ankara Dışhekimleri Odası olarak, bu iradenin taşıyıcısı olmaya; emeğimizi değersizleştiren, mesleki özerkliğimizi aşındıran ve etik değerlerimizi tehdit eden her türlü politikaya karşı kararlılıkla mücadele etmeye hazırız. Geleceği ortak akılla ve toplumsal sorumluluk bilinciyle inşa etmek mümkündür ve bu sorumluluk bugün hepimizin omuzlarındadır.

Ankara Dışhekimleri Odası Yönetim Kurulu





PANEL

DİŞ HEKİMLİĞİ - SAĞLIK HAKKI VE GELECEĞİ

Serkan ER - MODERATÖR

Ankara Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu Başkanı

Dr. A. Mine COŞKUN

Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı

Av. Ziynet ÖZÇELİK

ADO Hukuk Müşavirliği

Dr. Diş Hekimi F. Serhat ÖZSOY

ADO Geçmiş Dönem Başkanı

Prof. Dr. Cavit Işık YAVUZ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı

ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI

DİŞ HEKİMLİĞİ ÇALIŞTAYI

PANEL; SAĞLIK HAKKI VE GELECEĞİ

13 NİSAN 2025 – ANKARA

AÇILIŞ KONUŞMALARI

TAKDİM – Değerli katılımcılar, hepinize günaydın.

Hepiniz, Ankara Dışhekimleri Odası olarak düzenlediğimiz "Eğitimden Sahaya Geleceği İnşa Etmek" isimli çalıştaya hoş geldiniz. Bugün sizinle birlikte olmaktan büyük mutluluk duyuyoruz.

Programımız, her zaman olduğu şeklinde, önce İstiklâl Marşımız ve saygı duruşu ile başlayacaktır.

Sizi, Ulu Önder Mustafa Kemâl Atatürk ve silah arkadaşları başta olmak üzere tüm şehitlerimizin eşsiz hatırası önünde saygı duruşuna ve ardından İstiklâl Marşımızı okumaya davet ediyorum.

(Saygı duruşunda bulunuldu, İstiklâl Marşı okundu)

TAKDİM – Teşekkür ederim.

Serkan Er'i, açılış konuşmasını yapmak üzere kürsüye davet ediyorum. SERKAN ER (Ankara Dışhekimleri Odası Yönetim Kurulu Başkanı) – Teşekkür ediyorum.

Konuşmama geçmeden önce, çalıştayın hikâyesini sizinle paylaşmak isterim.

Öncelikle, çalıştay fikrinin ortaya çıkışından—ki bu bir önceki dönemde planlanıyordu—bugüne gelerek gerçekleşmiş olmasının haklı gururunu ve mutluluğunu sizinle paylaşmak isterim.

Şöyle ki; yaklaşık kırk meslektaşımız bu çalıştaya katkı sundu ve çalışma gruplarında yer aldı. Yaklaşık bir ay önce çalışma grupları oluşturuldu ve çalışmaya başladılar. Bugüne geldiğimizde ise, yüz yüze gerçekleştirilen bir toplantı ile sabah 10.00'dan akşam 17.00'ye kadar süren yoğun bir çalışma sonucunda taslak raporlar hazırlanarak süreç devam ettirildi.



Bu konuda birkaç anekdot paylaşmak isterim. Dün gece saat 23.00 civarında, çalışma gruplarında hâlâ mesajlaşmalar devam ediyordu. Bu durum gerçekten mutluluk verici; mesleğimiz ve meslektaşlarımız adına katkı sunma arzusu çok kıymetlidir. Sizinle bu bilgiyi paylaşmak istedim.

Bugün amacımız, taslak raporları sizinle paylaşmak ve sizin değerli katkılarınızı almaktır. Çalıştay tamamlandıktan sonra, nihai raporlar da size sunulacaktır.

Aramızda Ankara Tabip Odası Başkanımız Sayın Mine Hanım var, hoş geldiniz demek istiyorum.

Değerli meslektaşlarım, saygıdeğer konuklar; Ankara Dışhekimleri Odası olarak büyük bir sorumluluğu yerine getirmenin gururunu yaşıyoruz. Ankara Dışhekimleri Odası adına hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum.

“Dış Hekimliği: Eğitimden Sahaya, Geleceği İnşa Etmek” temasıyla düzenlediğimiz bu çalıştayda bir araya gelmemiz, sadece mesleki gelişim adına değil; birlikte düşünmenin, üretmenin ve geleceğe dair söz söylemenin güçlü bir ifadesidir. Çünkü biliyoruz ki, mesleğimizin geleceği bugün olduğu gibi yarın da bizim sorumluluğumuzdadır. Eğitimden başlayarak sahadaki uygulamalara, çalışma koşullarına, etik değerlere, meslektaşlarımızın haklarına ve genç diş hekimlerinin yararlarına kadar uzanan pek çok başlık artık bireysel çabalarla çözülebilecek basit meseleler olmaktan çıkmıştır. Bu nedenle, bu çalıştayı sadece teknik ve akademik bir platform olarak değil; aynı zamanda bir arayış, irade ve duruş alanı olarak görmekteyiz.

İçinde bulunduğumuz toplumsal ve siyasi ortam, bununla birlikte bireyin haklarını önceleyen bir hukuk devleti olmaktan gittikçe uzaklaşmış durumdadır. Yasaların keyfî biçimde yorumlandığı, hukukun üstünlüğü ilkesi yerini otoritenin üstünlüğüne bıraktığı bir düzende yaşıyoruz. Hukukun geri plana itildiği bu düzende yalnızca meslektaşlarımızı değil, gençlerimiz, öğrencilerimiz de büyük bir baskı altında yaşamaktadır. Sadece düşüncelerini ifade ettikleri, demokratik taleplerini dile getirdikleri için tutuklanan öğrencilerimiz var bu ülkede. Bu tablo, yalnızca bireysel özgürlükleri değil, gelecek kuşakların umutlarına da doğrudan yönelmiş bir tehdittir.

Biz diş hekimleri olarak, sağlıklı bir toplumun yalnızca beden sağlığıyla değil, hukukun üstünlüğü, düşünce özgürlüğü ve adalet duygusuyla mümkün olacağını savunuyoruz.

Bugün burada özgürce konuşabiliyor olmamızı, sesini çıkaran tüm gençlerimize borçluyuz. Siyasi iktidarın yargı bağımsızlığını yok sayan, kurumları işlevsizleştiren,

eleştirel düşünceyi kriminalize eden yaklaşımı sadece bireysel özgürlükleri değil, aynı zamanda meslek özgürlüğünü de tehdit eden bir hâle gelmiştir.

Yasa, toplumun tamamını kapsayan ortak bir sözleşme olmalıdır. Ancak günümüzde geldiğimiz noktada, yasaların siyasal güçler lehine esnetildiği, muhalefetin ise bu süreçte adeta cezalandırıldığı bir dönemi yaşıyoruz. Bu durum, hiçbirimizin hukuki anlamda gerçek bir güvence altında olmadığını acı bir şekilde hatırlatmaktadır.

Bu güvensizlik ortamı, mesleğimize doğrudan yansımaktadır. Kamusal sağlık politikalarının piyasa odaklı hâle gelmesi, özel sektör baskısı, artan hasta yükü, yetersiz kadrolar, şiddet ve değersizleştirme... Tüm bunlar, bilhassa genç dış hekimlerinde derin bir gelecek kaygısı yaratmaktadır. Biz, sadece bugünün değil yarının da hekimleriyiz. Dolayısıyla, yaşanan bu sürece sessiz kalamayız. Sadece dış hekimliği mesleğinin değil, bir bütün olarak toplumun sesini duyurmak zorundayız.

Bu çalıştayda, dış hekimliği eğitiminin yeniden yapılandırılması, sahadaki etik dışı uygulamalara karşı çözüm önerileri, meslektaşlarımızın sosyal güvenceleri ve özlük hakları, dijitalleşme ve yapay zekâ çağında mesleğin dönüşümü, sürdürülebilir ve erişilebilir bir sağlık sistemine dair öneriler şeklinde pek çok başlığı detaylı olarak ele alacağız. Bunu yaparken, yalnızca kendi alanımızda değil, toplumsal sorumluluklarımızın da bilincinde olarak hareket edeceğiz. Çünkü, dış hekimliği yalnızca bireyin ağız sağlığını değil, toplumun genel sağlığını da etkileyen bir alandır. Meslek örgütü olarak sesimiz yalnızca kendi mesleğimiz için değil, ülkemizin ortak vicdanına da ses olması açısından önemlidir.

Kıymetli meslektaşlarım, bugün burada bulunmamız, bu dayanışma çağrısına verdiğiniz cevaptır. Her birinizin katkısı bu çalıştayı daha anlamlı, daha etkili kılacaktır. Tartışalım, eleştirelim, fikir üretelim ama en iyiyi birlikte konuşalım, birlikte karar alalım. Geleceğimizi başkalarının şekillendirmesine izin vermemek için bugün, burada kurduğumuz ortak akli büyütmemiz gerekmektedir.

Katılımınız için teşekkür ediyor, çalıştayımızın mesleğimiz, toplumumuz ve ülkemiz için hayırlı sonuçlar doğurmasını temenni ediyorum.

SUNUŞ – Sayın Başkanım, değerli konuşması için teşekkür ediyorum.

Başkanımızın da belirttiği gibi, Ankara Tabip Odası Başkanı Sayın Mine Coşkun da aramızda bulunmaktadır. Sayın Mine Coşkun'u konuşmasını yapmak üzere kürsüye davet ediyorum.



MİNE COŞKUN (Ankara Tabip Odası Başkanı) – Saygıdeğer katılımcılar, değerli Ankara Dişhekimleri Odası üyeleri; bu çalıştaya beni ve Ankara Tabip Odası üyesi meslektaşlarımı davet ettiğiniz için çok teşekkür ederim.

Çalışma gruplarında bizden hocalarımız da vardı, onlar da bu çalıştaya katkı sundular. Teşekkürler.

Sağlık hizmetinin ayrılmaz ve vazgeçilmez bir parçası olan diş hekimliğinin toplum sağlığı açısından taşıdığı önem tartışılmaz. Bugün burada siz değerli diş hekimlerinin karşılaştıkları sorunları daha yakından anlamak, çözüm yollarını konuşmak, mesleğin geleceğine dair güçlü adımlar atmak üzere bir arada olmaktan dolayı büyük memnuniyet duyuyorum.

Her biri kendi alanında büyük özveriyle çalışan sağlık mensupları olarak ortak noktamız, insan sağlığına adanmış bir yaşam biçimini benimsememizdir. Hepimiz yoğun ve fedakârca çalışmaktayız; ancak geldiğimiz noktada, sistemin bütününe sorgulamak ve masaya yatırmak gereklidir. Bu nedenle, genel anlamda sağlık sisteminin ve özelde diş hekimlerinin mesleki zorluklarının ele alınması ve çözüm arayışına katkı sunulması büyük bir sorumluluk olarak görülmelidir.

Bu toplantının da, yalnızca sorunların dile getirildiği değil aynı zamanda çözüm odaklı fikirlerin üretildiği, mesleki dayanışmanın güçlendiği, yapıcı ve umut verici bir platform olacağına inanıyorum.

Toplantımızın verimli geçmesini temenni ediyor, katkı sunan herkese, Ankara Dişhekimleri Odasına, Yönetim Kuruluna teşekkür ediyor, sizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Sağlıkla kalın.

TAKDİM – Mine Hocam, teşekkür ediyoruz.

Programımız, Sayın Serkan Er'in moderatörlüğünde; Sayın Dr. Mine Coşkun, Sayın Av. Ziynet Özçelik, Sayın Diş Hekimi Serhat Özsoy, Sayın Prof. Dr. Cavit Işık Yavuz'un katkılarıyla "Sağlık Hakkı ve Geleceği" isimli panelimizle devam edecek ancak hazırlıklarımız için sizden 15 dakika müsaade istiyoruz. Bütün katılımcılara verimli, interaktif ve keyifli bir gün diliyoruz.

Teşekkürler.

PANEL; DİŞ HEKİMLİĞİ, SAĞLIK HAKKI VE GELECEĞİ

MODERATÖR (SERKAN ER - Ankara Dışhekimleri Odası Yönetim Kurulu Başkanı) – Panele geçiyoruz.

Konuşmacılarımızı davet etmek istiyorum.

Ankara Tabip Odası Başkanımız Mine Hanım.

Çalışma grubunda bize katkı sunan Cavit Bey.

Geçmiş dönem oda başkanımız Serhat Özsoy.

Ve Ankara Dışhekimleri Odası Hukuk Müşavirliğinden Ziynet Hanım'ı davet ediyorum.

Panele geçmeden önce kısa bir bilgilendirme yapmak isterim. Taslak raporlarımızın hazırlıkları hâlen devam ediyor. Panelimizin ardından bu taslak metinleri birlikte değerlendirip tartışma bölümüne geçeceğiz. Ardından çalıştay programımızı bu şekilde tamamlamış olacağız.

Yaklaşık bir ay süren kapsamlı bir çalıştay sürecinden söz ediyoruz. Bu süreçte, öncelikle sorunlarımızın kaynağını doğru biçimde analiz etmek istedik. Herhangi bir çözüm üretmeden önce, Türkiye'deki sağlık sisteminin tarihsel gelişimini gözden geçirmenin ve bu konuda bilgi sahibi olmanın gerekli olduğunu düşünüyorum.

Konuşmacılardan müsaade isteyerek öncelikle Cavit Hocamdan başlamak istiyorum.

Cavit Hocamı da size takdim etmek istiyorum. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümünde öğretim üyesi kendisi. Aynı zamanda da Toplum ve Hekim Dergisi Yayın Kurulu Üyesi.

Türkiye'de sağlık sisteminin seyri noktasında ben sevgili Cavit Hocamın sunumunu dinlemiştim. Cumhuriyet dönemi öncesinden ve günümüze kadar devam eden süreci, çok detaylı anlatıyor. Bu panel için çok zamanımız yok. Özellikle de 1980'den sonra Türkiye'de sağlık sistemi nasıl seyretti, isterseniz böyle başlayalım Cavit Hocam.

Hoş geldiniz, teşekkür ediyoruz davetimizi kabul ettiğiniz için.

Buyurun.



Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı)
– Çok teşekkür ederim.

Ankara Dışhekimleri Odası'na içten teşekkürlerimi sunuyorum. İki gündür burada büyük bir heyecan ve yüksek bir motivasyonla, son derece profesyonelce yürütülen bir çalışmanın parçası oldum. Yaklaşık bir aydır ise çalışma grubunda Sayın İlker Hocamız bizi yoğun bir tempoyla, titizlikle yönlendiriyordu.

Bu süreçte çok şey öğrendim. Özellikle dış hekimliği emeğinin dönüşümüne ilişkin olarak, özellikle de dünkü oturumda son derece önemli gözlemler edindim.

Şimdi, bir bakışa göre 1980 yılından sonra Türkiye'de sağlık sisteminin seyri şahane. Bu şahaneliği politikacıların söylemlerinde görüyoruz. Neden 1980'i bilhassa milat olarak alıyoruz sağlık sisteminin seyrini ele alırken?

Hepimizin bildiği üzere, 1970'lerin ortalarında başlayan ve 70'lerin sonlarına doğru politikaya da yansımaya başlayan dönüşümle birlikte; yalnızca sağlık politikalarında değil, aynı zamanda iktisadi ve sosyal politikalarda da neoliberal değişim ve etkileşimler gözlemlenmektedir.

Türkiye'de 80 sonrası dememizin temel sebeplerinden bir tanesi de 24 Ocak 1980 tarihinde Türkiye'nin bu neoliberal politikalara kapılarını ve pencerelerini açması, deyim yerindeyse bir neoliberal cereyanda kalmış hâle gelmesidir.

Sağlıktaki yansıması şöyle olmuştur: Sağlık hizmetlerinde ve sağlık politikalarında devletin rolü ya da sosyal güvenlik sistemlerinin rolü ana tartışma konularından bir tanesidir ve 80'li yıllardan sonra sağlıkta değişen de biraz budur.

Neoliberal söylem, devletin mal ve hizmet üretimindeki rolünün değişmesi gerektiğini, mal ve hizmet üretiminden, bilhassa mal üretiminden çekilmesi gerektiğini ifade eder. Bunu Türkiye'de kamu iktisadi teşebbüslerinin özelleştirilmesi, şirketleştirilmesi biçiminde gördük 90'lı yıllardan itibaren.

Neoliberal yaklaşım, sağlık ve eğitim gibi sosyal hizmet alanlarında da devletin hizmet sunumundaki rolünün değişmesini esas alır. Türkiye'de 1980 sonrası dönemde yaşanan dönüşüm de tam olarak bu ekseninde gelişmiştir. Peki, bu dönüşüm çerçevesinde devletin sağlık ve eğitim alanındaki rolü nasıl tanımlanmıştır?

Neoliberal söylem, devletin doğrudan hizmet sunma görevinden çekilmesi gerektiğini savunmuştur. Çünkü bu durum, piyasanın önünü tıkayan ve özellikle sağlık ve eğitim gibi alanlarda kamu kurumlarının tekel konumunda olması nedeniyle

piyasalaşmayı engelleyen bir unsur olarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, devlete ait sağlık kurumlarının yapısının yeniden düzenlenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Hatta birçok politika belgesinde şu görüşe yer verilmektedir: "Kamu sağlık kurumlarının, piyasada rekabet edebilir bir yapıya kavuşturulması gerekir." Bu hedef doğrultusunda, yalnızca kurumların yönetim yapılarında değil, aynı zamanda bu kurumlarda istihdam edilen emek gücünün profillerinde de köklü değişiklikler yapılması gerektiğini öngören politikalar devreye sokulmuştur.

Türkiye'de neoliberal dönüşüm sürecinin izleri daha önceki yıllara dayansa da, bu bağlamda bir milat olarak genellikle 1987 yılı kabul edilmektedir. Bu yıl, Dünya Bankası'nın Türkiye'ye ilişkin kapsamlı bir sağlık raporu hazırladığı ve sağlık hizmetlerine dair köklü düzenlemelerin gündeme geldiği bir dönüm noktasıdır. Özellikle kamu sağlık kurumlarının "işletmeleştirilmesi" yönünde yapılan düzenlemeler, sürecin seyrini belirlemiştir. Bu dönemde Türkiye, Dünya Bankası'ndan üç ayrı kredi dilimi hâlinde toplam 250 milyon dolar tutarında finansman sağlamıştır. Aynı süreçte Sağlık Bakanlığı bünyesinde, bu dönüşümün koordinasyonunu sağlamak üzere Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü adlı özel bir birim oluşturulmuştur. Neoliberal sağlık politikalarının en görünür yansımalarından biri ise, 1990 yılında düzenlenmeye başlanan Ulusal Sağlık Kongreleri olmuştur. Bu kongreler, belki de Türkiye'de sağlık alanında yapılan ilk kapsamlı ve resmî dönüşüm deklarasyonu niteliğindedir. Sağlık Bakanlığı bu kongrelere Tabip Odası, meslek örgütleri ve diğer ilgili paydaşları davet ederek şu açık mesajı vermiştir: "Ben Türkiye'deki sağlık sistemini dönüştürüyorum." Bu dönüşümün de üç temel bileşeni var, çok iyi biliyorsunuz, şu anda: Aile hekimliği, genel sağlık sigortası, kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özertleştirilmesi. Aslında Türkiye'deki sağlık alanında olup biten mesele, 1990 yılındaki ulusal kongreyle resmedilmiş oluyor.

90'lı yıllarda hükümete hangi parti gelirse gelsin bu çerçeve değişmiyor, sürekli hazırlıklar yapılıyor; yasa tasarıları hazırlanıyor, dokümanlar hazırlanıyor, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü birçok çalışma yürütüyor, bir hazırlık süreci uzadıkça uzuyor.

Tabii burada şunu da gözden kaçırmamak lazım: Gündeme geldiği andan itibaren de sağlık meslek örgütleri tarafından çok büyük bir dirençle karşılaşıyor ve 90'lı yıllar, bunların tartışıldığı, bu dirençlerin meslek örgütleri tarafından ve yavaş yavaş sağlık sendikaları tarafından övüldüğü bir döneme işaret ediyor.

2000'li yıllarla birlikte sağlık alanındaki dönüşüm süreci yeni bir evreye girmiştir. 2002 yılında yapılan genel seçimlerin ardından, 2003 yılında iktidara gelen AKP



hükümetinin Acil Eylem Planı'nda sağlık hizmetlerine yönelik köklü değişimlere işaret eden önemli sinyaller yer almıştır. Bu değişim süreci, Temmuz 2003'te Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ve kamuoyuna "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla sunulan belgeyle somutlaşmıştır. Program, sağlık sistemine yönelik dönüşümün aşamalarını ve temel bileşenlerini içermekte ve uygulama süreci bu doğrultuda başlatılmaktadır. O dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ, ilk etapta bu programın "kendi projeleri" olduğunu ifade etmiştir. Ancak kısa bir süre sonra bu söylem değişmiş, 1980'lerde başlatılan sağlık reformunun uygulama aşamasına geçildiği şeklinde bir açıklama yapılmıştır. Böylece, sağlık sistemindeki dönüşüm süreci adım adım günümüze kadar ilerlemiştir.

Buraları daha çok açayım mı bilmiyorum. Sağlıkla dönüşümün ayrışmasına gireyim mi?

MODERATÖR (SERKAN ER) – Özellikle soru – cevap şeklinde girelim isterseniz. Belki katılımcılardan soru olabilir ve onun üzerinde ayrıntıları konuşabiliriz.

Hocam, konuyla ilgili birkaç sorum olacak size. Tarihçeyi anlattınız. Bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay ve bunun ne şekilde harcadığıyla ilgili bilgilenmek isteriz. Bu konuda gerçekten dikkate alınması gereken hususlar var. Koruyucu, önleyici tedavilere mi harcanıyor ya da tedavi edici sağlık hizmetlerine mi harcama yapılıyor; ne şekilde kullanıldığıyla ilgili bilgilenmek isteriz.

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Keşke öyle olsa.

Şimdi, Sağlık Bakanlığından daha doğrusu genel bütçeden sağlığa ayrılan pay Türkiye'de her zaman düşük kaldı. Bu 80 öncesinde de böyleydi, 80 sonrasında da çok değişmedi. Son rakamı söyleyeyim: 2025 yılı bütçesinde, genel bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay, bütçenin yüzde 6,9'u oranında. Bir önceki yıla göre, 6,6'dan 6,9'a çıkmış şeklinde görünüyor oransal olarak ama işin ilginç yanı, kuvvetle muhtemel tasarruf genelgesi ya da tasarruf tedbirleri yüzünden ayrılan parasal miktar düşmüştür yani bütçedeki pay artmış ama ayrılan para düşmüş ve bu miktar hemen hemen aynı oranlarda gidiyor. Zaman zaman yüzde 5, yüzde 6, yüzde 7'ler civarında. Hiçbir zaman yüzde 10'lara ulaşmadı, cumhuriyet tarihine baktığımızda da bu hep böyle gidiyor.

Mesele sadece Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçe meselesi değil. Çünkü, Bakanlığın bu bütçeyi nereye ayırdığına baktığınız zaman başka bir resim görüyorsunuz,

çoğunluğu personel gideri. Yani Bakanlık bütçesinden harcamaların büyük bir kısmı personel gideri ve tedavi edici hizmetlere ayrılıyor. Türk Tabipleri Birliğinin yaptığı bir açıklama var, verdiği oran şu: 2025 yılında Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçenin sadece ve sadece yüzde 26'sı koruyucu hekimlik hizmetlerine ayrılmış, kalan kısım büyük oranda tedavi edici hizmetlere ve personel gideri vesaire şeklinde oranlara dağılmış durumda. Dolayısıyla, bu manzaranın çok da değişmediğini görüyoruz.

Sağlık finansmanında bir başka önemli konu da şudur: Millî Gelir dediğimiz gayri safi yurt içi hâsıladan sağlığa ayrılan pay. Sağlık sistemini ele alırken bu da kritik bir parametredir. O da Türkiye'de, sizce kaçlar civarındadır, biz millî gelirimizin yüzde kaçını sağlığa ayırıyoruz? Başkan bana soruyor, ben de size sorayım. Var mı kafanızdan geçen bir rakam?

BİR KATILIMCI – Yüzde 0,5 civarında.

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Neyse ki o kadar kötü değil. Son rakam yüzde 4,7. Türkiye, gayri safi yurt içi hâsılasının yüzde 4,7'sini sağlığa ayırıyor. Bu oranla, OECD ülkeleri arasında sondan ikinci ya da üçüncü sıradayız. Sağlığa az kaynak ayırıyoruz; ayırdığımız kaynağı verimli harcıyor muyuz, tartışılır. Tedavi edici hekimlik harcamaları çok daha fazla. 2023 yılı sağlık istatistiklerine göre, sağlık harcamalarımız 900 milyar TL'yi aşmış durumda. Yüzde 50–52'si hastanelere yapılıyor bu harcamanın. Yaklaşık yüzde 20'si perakende malzeme satışı sunanlara, yüzde 10'u ayakta tedavi sunanlara harcanıyor. Bilin bakalım halk sağlığı hizmetlerinin sunumu ve yönetimine ne kadar harcanıyor? Yüzde 4,7. Yani Türkiye, sağlığa harcadığı 100 liranın 4,7 lirasını halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimine ayırıyor. Böyle bir manzaramız var

Dolayısıyla, Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçemiz hep yüzde 10'ların altında kaldı. İşte Türk Tabipleri Birliği bu oranın en az yüzde 15 olması gerektiğini söylüyor. Ayrılan parayı da ne kadar verimli ya da sağlık göstergelerine yansıyan harcıyoruz, tartışılabilir. OECD ülkeleri içerisinde diyabet sıklığı en yüksek ülke biziz, yüzde 14 civarında erişkinlerde diyabet sıklığı. Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri kalitesi göstergesi olarak meme kanseri taraması ele alınır. Meme kanseri taramasında OECD ülkeleri arasında en düşük ülkeler arasındayız, yüzde 30'un altında.

Dolayısıyla, baktığımız zaman, harcadığımız bu az kaynağın da sağlık göstergeleri olarak ne kadar karşılığını alıyoruz tartışılır.



Buyurun.

BİR KATILIMCI – Hocam, bahsettiğiniz kaynaklar ve rakamlar genel bütçe kaynakları mı, yoksa her kurumun ve hastanenin ayrıca bir döner sermayesi var; bu döner sermaye rakamları da bunlara dahil mi? Elinizde bu konuda sağlıklı bir bilgi var mı?

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Sağlık Bakanlığı bütçesi merkezi bir bütçedir; söz konusu olan, o yüzde 6,9'luk merkezi bütçedir. Döner sermayeyle ilgili ise son dönemde bir rakama rastlamadım ama 2013 yılında bir Sayıştay raporu vardı. O dönemde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmuştu ve yaklaşık altı yıl boyunca Türkiye’de devlet hastaneleri özleştirilmişti. Raporda çok çarpıcı bir veri yer alıyordu. Kabaca şöyle ifade edeyim: Sağlık Bakanlığı’nın hastanelere gönderdiği bütçe, diyelim ki 8 lira; buna karşılık hastanelerin döner sermaye aracılığıyla elde ettiği gelir 20 lira idi. Yani hastaneler, Bakanlık bütçesinin yaklaşık 2,5 katı kadar döner sermaye geliri elde etmişti—bu, yaklaşık on yıl öncesine ait bir durum. Son dönemde ise sistem eskiye döndü; hastaneler artık bir genel müdürlüğe bağlandığı için bu tür Sayıştay raporları yayımlanmıyor. Çünkü artık hastanelerin ya da Kamu Hastaneleri Kurumu’nun kendine ait özel bir bütçesi kalmadı. Bu nedenle güncel rakamları görmedim, bilmiyorum ama genel olarak tablo bu şekildeydi.

Millî gelirden ayrılan pay meselesinde, o bütün harcamalar için içinde.

BİR KATILIMCI – Bunu neden sordum? Kamudan emekli olalı 15 yıl oldu. 15 yıl önce yöneticilik yaptığım dönemde tahakkuk memurunu denetliyordum; kendisi döner sermaye tahakkuk memuruydu. O dönemde, devletin verdiği bütçeye kıyasla döner sermayeden alınan pay çok daha fazlaydı. Öyle 3 katı, 4 katı değil; çok daha ciddi farklar vardı. Genel bütçe yalnızca maaşlar ve bazı sabit giderler için kullanılır. Oysa hastanelerin asıl harcamalarının büyük bölümü döner sermayeden karşılanır. Yani, oradaki rakamlar çok daha büyük, çok daha belirleyici rakamlardır.

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Kesinlikle. Yani bu yapısal bir durum hâline geldi. Şu anda hastaneler kendi ihtiyaçlarını, mal alımı, hizmet alımı, personel ödemeleri; tamamen döner sermaye üzerinden karşıılıyorlar.

BİR KATILIMCI – Bununla ilgili bir istatistik var mı elinizde?

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Son dönemde ben böyle bir istatistiğe rastlamadım hocam, ancak yaklaşık on yıl önce Kamu Hastaneleri Kurumunun Sayıştay raporunda bu konuda bir rakam yer alıyordu.

BİR KATILIMCI – Çünkü hekimlerin maaşının yarısı kadar olan gelir de gene oradan karşılanıyor.

Av. ZİYNET ÖZÇELİK (ADO Hukuk Müşavirliği) – Küçük bir katkı.

Bütçe açısından bakıldığında, Sağlık Bakanlığı'ndan sağlanan döner sermaye geliri esas olarak tedavi hizmetlerinden elde edilen gelirden oluşuyor. Bu gelirin büyük bölümünü ise kamu hastaneleri açısından Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) yaptığı ödemeler oluşturuyor. Ancak biliyorsunuz, SGK bu ödemeleri doğrudan hastanelere yapmıyor. Anlaşma gereği önce Sağlık Bakanlığı'na ödüyor, ardından Bakanlık bu parayı kendi sağlık kuruluşlarına aktarıyor. Ben, en azından son birkaç yılı hatırlıyorum; bu süreçte SGK ile Sağlık Bakanlığı arasında toplu bir anlaşma yapılıyor. Götürü usulde yapılan bu anlaşmaya göre, Sağlık Bakanlığı "Bana gelen tüm hastalara hizmet vereceğim, sen de bana şu kadar ödeme yapacaksın" diyor. Yani her bir işlem veya hizmet için ayrı bir ücret alınmıyor. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı'nın kendi sağlık kuruluşlarına ne kadar para gönderdiğini ve bu parayı hangi kriterlere göre dağıttığını kamuoyuna hiç açıklamadığını görüyoruz. Bu konuda herhangi bir resmi veri yayımlanmadı. Dolayısıyla, sizin sorduğunuz sorunun yanıtını ben de detaylıca düşündüm ancak bu bilgiye ulaşmak mümkün olmadı. Kamuoyu olarak bu miktarları öğrenemedik.

BİR KATILIMCI – Ben o derste yokmuşum demek ki çünkü son 15 yıla hakim değilim.

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Değişti hocam, yani on – on iki yıl oldu herhâlde değişeli.

Son olarak bu konuyla ilgili bir şey daha söyleyeyim: Türkiye'de sağlık harcamalarının en büyük finansörü Sosyal Güvenlik Kurumu'dur. Güncel verilere göre, sağlığa harcanan her 100 liranın 42 lirası SGK tarafından karşılanıyor. Vergi gelirlerinden karşılanan kısmın payı ise bir miktar artarak yüzde 34'e çıktı. Önceden bu oran yüzde 25–30 civarındaydı ancak pandemiyle birlikte merkezi bütçeden sağlığa ayrılan pay yükseldi. Geriye kalan yüzde 22,5'lik kısım ise özel sigortalar ve vatandaşın cebinden yaptığı harcamalardan oluşuyor. Sağlık finansmanına ilişkin genel tablo şu anda bu şekilde.



MODERATÖR (SERKAN ER) – Sağlık finansmanından bahsederken, asgariyi de kullanmadığımız ortaya çıkıyor. Bu finansman konusunda bir bilgilendirme yapabilirseniz, orası eksik kalmasın derim hocam.

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – İyi hatırlattınız, unuttum söylemeyi.

Sağlık Bakanlığı, şehir hastaneleri biliyorsunuz kamu – özel ortaklığıyla yapılan şehir hastanelerinin çok ağır bir finansman yükü var. Bilmiyorum modelin ayrıntısını anlatmama gerek var mı? Model şunu öngörüyor: Devlet bir hazine arazisini bedelsiz olarak bir konsorsiyuma veriyor. O konsorsiyum bir hastane kompleksi yapıyor. Yirmi beş yıllığına kir alıyor o kompleksi Sağlık Bakanlığı ve çekirdek tıbbi hizmetler dışındaki bütün hizmetlerini o konsorsiyuma devrediyor. Bazı sözleşmelerle de bu konsorsiyuma doluluk garantisi vermiş durumda.

Eski Sağlık Bakanı Fahrettin Koca ki ben kendisinin kulaklarını sık sık çınlatıyorum, devir teslim töreninde dikkat çekici bir açıklama yaptı. Şöyle dedi: "Kamu–özel ortaklığıyla yapılan 18 şehir hastanesi için, 25 yıl boyunca ödenecek toplam tutar şu kadar milyar avro." Sizce ne kadar olabilir? Her şeyi devletten beklemeyin; zaten "sağlıkta dönüşüm" dediğimiz sürecin en kritik noktalarından biri de bu. Peki, 18 şehir hastanesi için, 25 yıllığına Sağlık Bakanlığı'nın ödemesi öngörülen tahmini miktar ne kadar biliyor musunuz? Tam 322 milyar avro.

Av. ZİYNET ÖZÇELİK (ADO Hukuk Müşavirliği) – Türkiye'nin bütçesi...

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Türkiye'nin bütçesi 14 trilyon olabilir. Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçe 1 trilyon 100 milyar lira, onu biliyorum, toplam bütçe 15 trilyon kalmış aklımda. Bakarız sonra.

Dedi ki: "Altı projede yöntem değiştirdik, bu 322 milyar avroluk yükü 2,7 milyar avroya düşürdük." Şu anda, değerli meslektaşlar, Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) dokümanına göre, Sağlık Bakanlığı bütçesinin geçen yılki rakamının yaklaşık yüzde 15'i 18 şehir hastanesine ayrılmış durumda. Şehir hastaneleri, bana sorarsanız, sağlık sisteminin kara deliğidir. Yani, sağlık finansmanı açısından ciddi bir kara delik. Önümüzdeki 25 yıl boyunca yapılması gereken ödemelerin büyüklüğü, gerçekten çok ciddi bir yük olarak karşımızda duruyor.

MODERATÖR – Hocam, teşekkür ediyorum.

Bir sorum daha olacak size.

Konuşmanız sırasında kamunun rolünün değişiminden bahsettiniz. Herhâlde yanlış hatırlamıyorsam, 2003 yılıydı, kamunun rolünün değişimi. O konuyu biraz açmanızı rica edeceğim. Artı, eğitim – araştırma hastaneleri, üniversitelerin rolü bu dönemde nasıl değişti? Bu konularda da bilgilendirme yapabilir misiniz?

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Teşekkürler.

Şimdi, bu rol değişimine ilişkin en güzel metafor bence Recep Akdağ'ın kullandığı metafordur. Aslında bu, onun icadı da değil; bu metafor, sağlık reformları kapsamında dünyada yaygın olarak kullanılan bir ifadedir. Recep Akdağ şöyle demişti: "Artık biz, Sağlık Bakanlığı olarak kürek çeken değil, dümen tutan bir bakanlık olacağız." En büyük rol değişimi de işte budur. Yani Sağlık Bakanlığı, kendine bağlı kurumları özertleştirerek, bu yapıları adeta birer kamusal şirket konumuna dönüştürmeyi hedeflemişti. Merkezde yer alan Bakanlık ise politika üretme, denetim yapma ve standart belirleme görevlerine odaklanacaktı. Aslında bu yaklaşım, reformun en kritik yönlerinden biriydi. Bazı ülkelerde sağlık kurumları ve hastaneler de dahil olmak üzere, doğrudan özel sektöre devredilirken, Türkiye'de bu model Kamu Hastaneleri Birliği ile denenmiş oldu. Hatırlarsanız, 2007 yılında kamu hastaneleri birliklerine ilişkin ilk taslak yayımlandığında, 7 kişilik bir yönetim kurulu öngörülmüştü. Bu kurulun içinde bir muhasebeci, bir valilik temsilcisi ve yalnızca bir hekim yer alıyordu. Kurulun altında bir genel sekreter vardı ki, onlara "CEO" bile deniyordu; başhekim ise bu yapının altında konumlanmıştı.

Bu yapı, Dünya Bankası'na verilen bir taahhüt kapsamında ortaya konmuştu. Ancak Türkiye'nin IMF ve Dünya Bankası ile olan programlarının 2016–2017 döneminde sona ermesiyle birlikte, 2017 yılında bu uygulamadan vazgeçildi. O dönemin Sağlık Bakanı, bu sistemin "çok başlılık" yarattığını ve sürdürülemez olduğunu belirterek eski yapıya dönüş kararı aldıklarını açıkladı.

Sonuç olarak, şu anda tekrar başhekimler hastane yöneticisi olarak görev yapıyor; genel sekreterlik sistemi ise tamamen kaldırıldı.

Dolayısıyla, bu rol değişimini de bu çerçevede değerlendirmek gerekir.

Sağlıkta dönüşüm nedir? Sağlıkta dönüşümün en önemli bileşenlerinden biri, etkili ve kademeli bir sevk zinciriydi. 2003 yılında bu çerçevede bir doküman yayımlandı. Ancak 2007 yılına gelindiğinde, etkili kademeli sevk zinciri uygulaması tamamen kaldırıldı. Bu kaldırma işlemi şu argümanla yapıldı: Denildi ki, sosyal güvenlik programları tek çatı altında toplandı; artık isteyen herkes dilediği hastaneye



başvurabilecek. Hatta SGK'lılar özel hastanelere dahi gidebilecek ve fark ücreti ödeseler bile bu hizmetten yararlanabilecekler. Bunun sonucunda sevk sistemi ortadan kalktı. Bu durumun en olumsuz etkilerinden biri ise üniversite hastanelerinde görüldü. Üniversite hastaneleri, eğitim–hizmet–araştırma dengesini tamamen kaybetti. Hizmet sunumu, eğitimin ve araştırmanın önüne geçti. Ayrıca, döner sermayeye bağımlı bir hastane yapısı yerleşti. Artık birçok üniversite hastanesi finansal anlamda ayakta kalma mücadelesi veriyor. Ziyet Hocam'ın da belirttiği gibi, Sağlık Bakanlığı döner sermaye gelirlerini Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan peşinen tahsil ederken, üniversite hastaneleri verdikleri hizmeti faturalandırıyor, gönderiyor ve ödemelerini ancak aylar sonra alabiliyor. Üniversite hastanelerinin maliyetleri yüksek olduğu için ciddi finansal krizlerle karşılaştılar ve bu krizler çoğunlukla geçici, pansuman çözümlerle yönetildi. Bugün itibarıyla da bu konuda temel bir yapısal düzenleme yapılmış değil; sistem bu haliyle işlemeye devam ediyor.

Bu durum neyi getirdi? Muhtemelen birazdan konuşulacaktır ama fakülte sayılarının artması ve eğitim kalitesinin niteliksizleşmeye başlaması önemli sonuçlar arasında. Bence bu konuyu uzun uzun tartışmalıyız. Dış hekimliği alanında da çünkü oturumda, özellikle genç dış hekimlerinden çok etkileyici şeyler öğrendim ve şunu anladım: Dış hekimliğinde de bir "yedek işsizler ordusu" yaratılmış durumda. Sağlık reformları, emek gücü maliyetini düşürme stratejilerine dayanıyor. Bu yedek işsizler ordusu, piyasadaki emek gücü ihtiyacını ve emek maliyetini kontrol altında tutmak için her yerde kullanılabilen bir mekanizma olarak oluşturuluyor. Eğitim–hizmet–araştırma dengesi bozulduğu için, bugününkü masada da söyledim, İstanbul Sağlık Müdürlüğü geçtiğimiz ay eğitim ve araştırma hastanelerine bir yazı gönderdi. Yazıda şu ifade yer alıyor: "Haftanın birçok günü ve saatinde seminer ve makale saati düzenliyorsunuz, bu nedenle randevular aksıyor. Haftada sadece bir saat seminer ve makale saati yapacaksınız, MHRs sistemini kapatmayacaksınız." Yani müdürlük, eğitim ve araştırma hastanelerine böyle bir yazı göndermiş. İstanbul Tabip Odası Başkanı ise önce "Bizi trollüyorlar zannettik," dedi. "Böyle bir şey olamaz! Nasıl olabilir? Sonra yazının gerçek olduğunu gördük."

Geldiğimiz nokta maalesef bu.

Randevu, hizmet kullanımı, vatandaş memnuniyeti her şeyin önüne geçmiş durumda. Zaten bu çalıştayda da bunun olumsuz etkileri uzun uzadıya tartışılacak.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Ziyet Hanım, buyurun.

Av. ZİYNET ÖZÇELİK (ADO Hukuk Müşavirliği) – Bu konuya ilişkin son bir soru sormak istiyorum.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi örgütlenmesini burada nereye oturtuyorsunuz?

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Sağlık Bilimleri Üniversitesi ultra süper, hiper kozmik bir üniversitedir. (Bir üniversite düşünün ki, galiba 26 tane tıp fakültesi, 50'nin üzerinde de eğitim araştırma hastanesi var. Hepsi Sağlık Bilimleri Üniversitesi çatısı altında toplanmış. Öncelikle eğitim ve araştırma hastanelerini tıp fakültesine dönüştürdüler, bir akademik kadro oluşturdular ve tıp fakültesi açtılar. Karşımızda böyle enteresan bir yapı var. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, ilginç bir şekilde, bazı açılardan YÖK'ten bağımsız konumda bulunan ve Sağlık Bakanlığı ile de yönetsel bir ilişki içinde olan bir üniversite. Bu nedenle, dış hekimliğine bu durumun nasıl yansıdığını bilmiyorum; ancak Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin Sağlık Bakanlığı tıp eğitimine doğrudan bağlı olduğunu söyleyebiliriz. Evet, mezuniyet sonrası tıp eğitiminde Sağlık Bakanlığının eğitim ve araştırma hastanelerinin önemli bir yeri vardı, fakat artık mezuniyet öncesi tıp eğitiminde de Sağlık Bakanlığının önemli bir rolü olduğunu belirtmek gerekir. Bu açıdan bakıldığında, gerçekten enteresan ve farklı bir modelle karşı karşıyayız.

Av. ZİYNET ÖZÇELİK (ADO Hukuk Müşavirliği) – Dünyada örneği var mı?

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Benim bildiğim bir örneği yok ama dünyada bazı ülkelerde tıp fakülteleri Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışabiliyorlar.

BİR KATILIMCI – Polonya'da bütün sağlık tesisleri ve bütün üniversiteler Sağlık Bakanlığına bağlı, bütün talimatları ondan alıyor.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Teşekkür ediyoruz değerli hocam.

Bir de son olarak şunu sormak isterim: Dış hekimliği özelinde, 2011 yılında uzmanlık yasası yürürlüğe girdi. Birkaç örnek üzerinden yorumunuzu merak ediyorum. Şu anda toplam kontenjan sayısı 11.186 iken, 2024 yılı için Dış Hekimliği Uzmanlık Sınavı (DUS) kontenjanı 1.606'dır. Yeni mezun meslektaşlarımızın uzmanlığa geçme gerekliliği konusu var. Tıp hekimliğinde yan dal uzmanlığı gibi bir durum söz konusu mu? Ayrıca, "aşırı uzmanlaşma" gibi bir terminoloji de gündeme gelmiş görünüyor. Genç meslektaşlarımızın sayısı 11 bini bulurken, uzmanlık kontenjanının 1.606 olması dikkat çekici. Cavit Hocam ile yaptığımız sohbetlerde, tıp hekimliği alanında uzmanlık kontenjanlarının doygunluğa ulaştığı ve bu nedenle kontenjan sayısının artırılmayacağı, Sağlık Bakanlığının da bu konuda ısrarcı olmayacağı yönünde görüşler paylaştık. Bu konuyla ilgili görüşlerinizi merak ediyorum.



Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Şimdi, bu aşırı uzmanlaşma, daha doğrusu hekimlikte ve dış hekimliğinde etkili faktörleri iki ana gruba ayırabiliriz: Birincisi, mesleğe bağlı faktörler. Çünkü meslek ve meslek uygulamaları değişiyor. İkincisi ise meslek dışı faktörler; yani sağlık politikaları, devletin yapısındaki değişiklikler ve benzeri unsurlar Aşırı uzmanlaşma, dünyada da genel bir eğilim haline gelmiş durumda. Bu kadar aşırı uzmanlaşmaya neden ihtiyaç duyulduğu ayrı bir tartışma konusu. Ancak Türkiye’de de uzman sayısının giderek arttığını görüyoruz. Eski Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, geçtiğimiz yıl veya bir önceki yıl görevdeyken şöyle bir açıklama yaptı: “Dört yıl içinde 51 bin uzman yetiştireceğiz ve Türkiye’nin önümüzdeki otuz yıl boyunca uzman ihtiyacı kalmayacak.” Son iki uzmanlık sınavında özellikle üniversitelerdeki ihtisas kadrolarında eski düzenlemelere döndüğünü görüyoruz. Öğrencilerimiz bu durumdan oldukça mutsuz; çünkü kadrolar ciddi şekilde azaltıldı ve uzmanlığa zorunlu hale getirildiler. Hatta öğrenciler, neden uzman olmak istediklerini bile tam olarak bilmiyorlar; okuldan mezun olur olmaz, hiç hekimlik deneyimi yaşamadan doğrudan ihtisasa başlamak istiyorlar. Bu oldukça enteresan bir durum.

Düşünün ki bir öğrenci, ilk hastasını belki de asistan olarak görecektir. Önceden bir çalışma, pratik yapma veya deneyim kazanma süreci neredeyse tamamen ortadan kalktı. İkinci sınıfta TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) dersanesine kayıt oluyorlar, dördüncü ve beşinci sınıfta dershaneye gitmeye başlıyorlar, altıncı sınıf ise çoğunlukla sınava hazırlık ve çalışmakla geçiyor. En azından tıp öğrencilerinin durumu bu şekilde.

Bu kadroların artışı neyi getirdi? Şu anda Türkiye’de doktorların yüzde 23’ü asistan hekim arkadaşlar. 4 hekimden 1’i neredeyse asistan hekim. Zaten şu anda 48 - 50 bin civarında asistan var, dört yıl içinde bunlar mezun olunca, Fahrettin Koca’nın dediği şey gerçekleşmiş olacak şeklinde görünüyor.

“Bu durumun dış hekimliğine yansımaları nasıl olur? Dış hekimliği alanında ne düzeyde bir uzman ihtiyacı bulunduğuna ilişkin, bugüne kadar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış somut bir belgeye ya da planlamaya rastlamadım.”
MODERATÖR (SERKAN ER) – Biz de rastlamadık değerli hocam.

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Bu süreç, özellikle esnek üretim modeliyle önemli paralellikler taşımaktadır. Bu bağlamda iki temel kavram karşımıza çıkıyor. Genç işsiz hekim sayısındaki artışla bu model arasında doğrudan bir ilişki olduğunu düşünüyorum. Esnek üretim sistemlerinde

"çekirdek iş gücü" olarak adlandırılan, kadrolu ve sürekli çalışan bir grup bulunur. Diş hekimliğine uyarlayacak olursak, bu grubu genellikle uzman diş hekimleri oluşturur. Ben bu durumu şöyle ifade ediyorum: Hekimler artık "markalaşan" bireyler haline geliyor. Günümüz iletişim araçlarının etkisiyle, son derece profesyonel, yüksek eğitilmiş ve uzmanlaşmış hekim profilleri öne çıkıyor. Ancak öte yandan, bu yapının çevresinde yer alan, "çevre iş gücü" olarak tanımlanan, esnek, güvencesiz ve uzun süreli istihdam olanaklarından yoksun bir kesim de bulunuyor. Bu gruba literatürde "prekarya" adı veriliyor ve bu durum "prekarizasyon" olarak tanımlanıyor. Yani, yüksek eğitilmiş beyaz yakalı çalışanların da giderek güvencesizleştiği ve kendi mesleki gelecekleri üzerinde kontrol kaybı yaşadıkları bir süreçten bahsediyoruz. Yani yüksek beyaz yakalıların artık güvencesiz, kendi mesleki iş ve kariyer olanaklarından yoksun ilerlemelerine prekarizasyon deniyor ve beyaz yakalıların son dönemdeki ciddi sorunlarından bir tanesi. Bir anlamda proleterleşme artıyor. Serbest çalışan hekimlikten, ücretli çalışan hekimliğe doğru bir dönüş var. Şirket hekimliği.

Klinik otonomi kaybı, ekonomik otonomi kaybı, meslek örgütlerinin otonomisini ve özerkliğini kaybetmesi şeklinde süreçler de bu işin diğer boyutu.

BİR KATILIMCI – Efendim, ben size sormak istiyorum. 2024 yılında kaç diş hekimi Türkiye'deki 115 diş hekimliği fakültesinden mezun oldu ve ne kadar DUS kadrosu açıldı?

BAYRICA, bir de doktora programları var. Klinik alanlarda da doktora eğitimi verilmeye başlandı, biliyorsunuz. Örneğin, kulak burun boğaz gibi bazı klinik branşlarda yalnızca uzmanlık eğitimi verilirken doktora programı bulunmamaktadır. Diş hekimliği kliniklerinde, örneğin ortodonti alanında, Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (DUS) ile alınan asistan sayısı, fakültelerin kontenjanlarına göre oldukça düşüktür. Bazı fakültelerde ise klinik branşlardaki doktora programları tamamen kaldırılmıştır. Örneğin, Hacettepe Üniversitesi klinik dallarda doktora eğitimi vermemekte, yalnızca uzmanlık eğitimi sunmaktadır.

Bunlar hakkında biraz bilgi verebilir misiniz?

MODERATÖR (SERKAN ER) – Bilgilendirme yapayım.

Özellikle bu panelde üç çalışma grubu var. Bu çalışma gruplarından birisi eğitim hayatıyla ilgili, ikincisi çalışma alanlarıyla ilgili, üçüncüsü de diş hekimliğine dair yapay zekâ, diş hekimliğinin geleceği anlamında üç çalışma grubu oluşturuldu bu çalıştayda.



Özellikle bu panelde biraz bilgilennemek adına bu çerçeveyi çizdim.

Çalışma gruplarında detaylı olarak bu konu konuşuluyor olacak. Atilla Hocam da moderatör olarak bu eğitimde. Dolayısıyla bu noktada uzmanlık ve eğitim hayatıyla ilgili bölümde de, tartışma bölümünde tartışacağız ve orada bahsettiğiniz şekilde konuşulacak çok konu var ama biraz önce bahsettiğim bir veriyi paylaşmak isterim. 11.186 kontenjan ve 2024 yılı için DUS (Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı) kontenjanı 1.606.

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Ben çok bilmiyordum bu rakamları, çok çarpıcı geldi. 2002 yılında mezun sayısı 929’muş. Aradan geçen yirmi yıl içerisinde 11 bine çıkmış. Şu anda neredeyse tıp fakültesi mezun sayısı ile eşitlenmiş durumdasınız.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Raporlarda da bu konuya değindik. Tartışma bölümünde isterseniz o kısmı da tartışalım.

Buyurun.

BİR KATILIMCI – Bu kadar sağlık ordusunun yanında 4 bine yakın eğitim almış klinik bilimlerde doktora mezunu var. Uzmanlık eğitimine paralel eğitim almış, 2011’den bu tarafa 4 bine yakın doktora belgesi olan dış hekimleri arkadaşlarımız var.

Ayrıca hocam, tabii bunlar konuşulacak ama merak ettiğim bir şey daha var. Tıp eğitiminde klinik bilimlerde uzmanlık eğitiminin yanında doktora eğitimi de veriliyor mu?

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Klinik bilimlerde, Türkiye’de bildiğim kadarıyla doğrudan bir doktora eğitimi bulunmamaktadır. Örneğin, nöroloji gibi alanlarda doğrudan bir “nöroloji doktorası” programı yoktur; bunun yerine, nörobilim gibi alanlarda, ilgili enstitüler aracılığıyla alan doktoraları yapılabilmektedir. Ancak tıpta uzmanlık dışında, doğrudan bir klinik branş adıyla doktora programı mevcut değildir.

Bununla birlikte, bir istisna olarak, tıp öğrencileri için düzenlenen ve ilgili mevzuatla tanımlanmış olan MD-PhD programı bulunmaktadır. Bu program kapsamında tıp öğrencileri, tıp eğitimi sırasında doktora yapabilmekte ve mezuniyetlerinde “PhD” unvanı alabilmektedir. Aynı uygulamanın dış hekimliği fakülteleri için de geçerli olduğunu biliyorum. Ancak örneğin iç hastalıkları (dahiliye) için Türkiye’de doğrudan bir doktora programı bulunmamaktadır; bu alanda yalnızca tıpta uzmanlık eğitimi mevcuttur. Mevzuat, dahiliye uzmanlığına sahip bir hekimin aynı isimle bir doktora

yapmasına izin vermemektedir. Buna karşın, iç hastalıkları uzmanı biri farklı bir alanda, bir enstitü aracılığıyla doktora eğitimi alabilir. Ancak "iç hastalıkları doktorası" ya da "PhD'si" gibi bir unvan Türkiye'de mevcut değildir.

BİR KATILIMCI – Bir soru daha sorabilir miyim?

Türkiye'de tıp fakültesinden mezun olanlar doktor unvanıyla piyasaya çıkabiliyorlar, mesleklerini yapabiliyorlar. Almanya'da ben baktım, Almanya'da mezun olduktan sonra "hekim" adıyla çıkabiliyorlar. Ancak doktorasını yaptıktan sonra, doktor unvanını alıyorlar. İhtisas, yani uzmanlığını yaptıktan sonra da uzman doktor unvanını kullanıyorlar. Şimdi, Türkiye'den Almanya'ya giden bir sürü hekim arkadaşlarımız, meslektaşlarımız var, onların doktor unvanı kullanmasını yasakladılar yani siz hekimsiniz, doktora yapmamışsınız denildi. Bu da 1928 yılında Prof. Dr. Sadi İrmak'la başladı, Meclise bir kanun teklifi verdi ve FKB olayından sonra, birinci sınıftan sonra tıp fakültesi mezunlarına doktor unvanı verilmesi teklifini oya sundu ve kabul edildi. Ondan sonra tıp fakültesi mezunu olanlar doktor unvanıyla mesleklerini yapabiliyorlar. Durum budur. Onu da izah etmiş olayım.

Teşekkürler.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Teşekkürler.

Değerli hocama, verdiği bilgiler için teşekkür ediyorum.

BİR KATILIMCI – Bir soru sorabilir miyim?

Cavit Hocam, teşekkürler verdiğiniz bilgiler için.

Ben şunu merak ediyorum. Şimdi, ben 1983 mezunuyum, tıp doktorları ile diş hekimlerinin bu süreç içerisinde, aşağı yukarı 2010'lu, 2020'li yıllara kadar, bilhassa tam gün yasasına kadar serbest çalışma oranları farklıydı. Tıp doktorlarının serbest çalışma oranları tahminimce çok yüksek değildi; bu konuda sizde daha sağlıklı veriler olduğunu düşünüyorum. 2010 öncesinde veya 2005 öncesinde yüzde 20'si serbest çalışırken, diş hekimlerinin yüzde 60 – 70'i serbest çalışıyordu. Şimdi, 2010'dan sonra bu rakamlar, bildiğim kadarıyla sizde, tıp doktorlarında aşağı yukarı yüzde 3'e, yüzde 5'e indi ki eski muayenehanesi olan akademisyenler dışında kimse yok sanıyorum. Diş hekimliğinde ise bu oran zannediyorum –Serhat Hocamda daha net bilgi vardır- bu yüzde 40'lar, yüzde 50'ler civarında halen serbest hizmet devam ettiriliyor.



Şimdi, sizin kanaatinizi merak ediyorum. Önümüzdeki süreçte bu serbest çalışma oranları, serbest çalışma imkânları ne olacak? Çünkü hâlâ diş hekimlerinin yarısı, kabaca söyleyelim özel çalışıyor, devletle bir alakası yok, fakülteyle bir alakası yok, kendi çabalarıyla, kendi yaptıkları işletmelerle birtakım işlemler yapmaya çalışıyorlar. Bunların geleceğini nasıl görüyorsunuz?

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Şimdi, diş hekimliği alanına dair benim dışarıdan gözlemim, bu serbest çalışma oranının sizin branşınızda artması çok kolay değil hekimler kadar çünkü sizin meslek pratiğinizi uygulayabilmeniz için gerekli donanım, yatırım vesaire bunların maliyeti biraz daha yüksek. Ama hekimlerin bu alanda sizin kadar maliyet açısından zorlukları daha az şeklinde görünüyor. Ama şu an itibarıyla, hekimler özelinde söylersem, sağlıkta dönüşüm programı tam gün yasasını sürdürecektir, sistem bunun üzerine kurulmuş durumda. Şu anda Türkiye’de hekimlerin yaklaşık %20’si özel sektörde çalışmaktadır. Uzman hekimlerde ise bu oran %30’un üzerindedir; yani her üç uzman hekimden biri özel sektörde görev yapmaktadır.

BİR KATILIMCI – Özel derken, kendi kliniğinde çalışanlar...

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Hayır, onları kastetmiyorum.

BİR KATILIMCI – Özel hastaneleri de dâhil ediyorsunuz. Ben sadece muayenehanede çalışanlar için sormuştum.

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Bu konuda Sağlık Bakanlığı, bir süre hastanelerde muayenehane hekimlerinin faaliyetlerini kısıtladı. O dönemde, muayenehane hekimi sayısının yaklaşık 6-7 bin civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Av. ZİYNET ÖZÇELİK (ADO Hukuk Müşavirliği) – Sizin sorunuzla ilgili ben küçük bir katkıda bulunmak isterim.

Sadece diş hekimliği alanında değil, genel tıp alanında da biz avukatlık ortaklığı olarak uzun yıllardır çalışmaktayız; çalışmalarımız mevcut verilere dayanmaktadır. Cavit Hocam’ın ifade ettiği gibi, tam gün uygulaması kapsamında hekimin kendi adına bağımsız çalışmasını engelleyen bir dizi kural getirilmiştir. Bunlardan bazıları Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Burada söz konusu olan yalnızca üniversitedeki akademisyenlerin kendi adlarına

çalışma hakları değil, herhangi bir hekimin kendi adına muayenehane açabilmesi meselesidir. Laboratuvar faaliyetleri planlamaya tabi tutulurken, muayenehaneler için böyle bir uygulama söz konusu değildir. Ancak bu durum önceden öngörülmüş ve özel bir belge zorunluluğu getirilmiştir; bu belgeler belirli sürelerle verilmekteydi. Belge sahibi olanlar, özel muayenehane açma hakkına sahip olabileceklerdi. 2011 yılında çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile bu düzenleme yasalaştırılmıştır. Anayasa Mahkemesi'ne taşınan bu hükümle ilgili olarak Mahkeme, iptal talebini reddetmiş ancak gerekçe göstermiştir. Mahkeme kararında, diplomasına dayanarak serbest meslek faaliyetinde bulunan kişilerin, herhangi bir izin alma ya da başka bir olaya tabi tutulamayacağını, bunun en doğal çalışma hakkı olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla, ilgili madde Anayasa Mahkemesi tarafından, hekimin bağımsız çalışma hakkını kısıtlayacak şekilde yorumlanmamıştır; izin alma zorunluluğu bu yöntemle sağlanmaktadır.

Sonrasında, Sağlık Bakanlığının asıl niyeti bu olmamakla birlikte, Anayasa Mahkemesinin sınırlandırıcı kararı üzerine ilgili madde kaldırılmıştır. Daha sonra çıkarılan yönetmeliklerle; muayenehanelerin koşulları ve standartları değiştirilmiş, çeşitli düzenlemelerle bu alanın daraltılması yönünde çabalar sarf edilmiştir.

Şu anda hekimlikte serbest çalışma bazı branşlarda artış eğilimindedir ve bu alanda en büyük tartışmalar da bu noktada yaşanmaktadır. Özellikle güzellik ve estetik amaçlı işlemler ön plandadır. Dışhekimliğinde bu yönü mevcuttur. Plastik cerrahi, dermatoloji ve KBB (Kulak Burun Boğaz) gibi alanlarda, kontenjanlarda olağanüstü artışlar yapılmıştır; bazı branşlarda yüzde 1000 oranında kontenjan artışı gerçekleşmiştir. Bununla yetinmeyerek, sertifikalı eğitim yönetmeliği adı altında yeni bir yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmelik kapsamında, hemen hemen tüm hekimlere bu alanlarda sertifika verilerek faaliyet göstermelerine yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Bu alanda ciddi bir parasal hareketlilik vardır; ancak birimler, bu piyasadaki işgücü arzını ve kalitesini etkin biçimde kontrol edememektedir. Ucuz işgücü piyasasının düzenlenememesi nedeniyle, tartışmalar ve çatışmalar özellikle bu alanda yoğunlaşmaktadır. Dış hekimliği mesleğinin de bu sürece dahil olan yönleri bulunmaktadır.

Bir hususu daha belirtmek isterim; bu, biraz korsan bir bildiri oldu ama. Söylemek istediğim diğer konu şu: Serbest çalışmada, hekimlerin ve diş hekimlerinin mesleklerini bağımsız olarak icra etme konusu oldukça kritik bir noktaya sahiptir. Bu alandaki hizmetin finansmanını kim sağlayacaktır? Eğer finansman kişiler tarafından karşılanmaya devam ederse, konu farklı bir zeminde ele alınabilir. Ancak,



Sosyal Güvenlik Kurumu tebliği kapsamında kamusal finansman devreye girdiğinde, bu paranın yönetimi ile serbestlik ilişkisi arasında farklı bir dinamik ortaya çıkar. Geleceğe dair bir öngöründe bulunurken, sağlık hizmetlerinin hangi yöne doğru evrileceği ve finansman meselelerinin nasıl şekilleneceği dikkate alınarak fikir yürütmek daha sağlıklı olacaktır.

BİR KATILIMCI – Kısaca bitirmek gerekirse; plastik cerrah veya kadın doğum uzmanı, muayenehane açmayı hayal edebilir. Çünkü biliyorsunuz, özel sektörde işlem yapacak hekim sayısı, o bölümün kadrosunun yaklaşık üçte biri kadar dış hekim alınabilmektedir. Bu durum ne anlama geliyor? Örneğin, büyük bir hastanede plastik cerrahi uzmanı en fazla üç kişi ise, yalnızca bir dış hekim istihdam edilebilir. Yeni mezun bir hekim için bu durumu düşünmek bile mümkün değildir. Peki, bu uygulama bir süre sonra dış hekimliği alanına da uyarlanabilir mi? Asıl üzerinde durmak istediğim konu buydu. Ancak esas sorum, dış hekimliğiyle ilgiliydi; yoksa, yönetmeliklerle engel...

Av. ZİYNET ÖZÇELİK (ADO Hukuk Müşavirliği) – O yönetmelik iptal edildi.

BİR KATILIMCI – Yok, hâlâ devam ediyor, şöyle devam ediyor...

Av. ZİYNET ÖZÇELİK (ADO Hukuk Müşavirliği) – Yeni iptal edildi, çok yeni.

BİR KATILIMCI – Biliyorum, gelişmeleri takip ediyorum; ancak sonuç olarak tıpta muayenehane açılması istenmemekte ve bu amaçla çeşitli engellemeler yapılmaktadır. Finansman hastalar tarafından sağlandığı için şu anda dış hekimlerine yönelik doğrudan müdahaleler olmamaktadır. Fakat on yıl sonra dış hekim muayenehanelerinin durumu ne olacak? Bu konunun geleceğe yönelik çizgisini sizden öğrenmek istemişim.

Prof. Dr. CAVİT IŞIK YAVUZ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı) – Benim gördüğüm kadarıyla dış hekimliğinde şirketleşme artıyor yani serbest hekimlik dışında gerek dış hekimlerinin bir araya gelerek yaptıkları pratikler -biz buna sağlık sistemlerinde grup pratiği diyoruz- artıyor ve sağlık bir sermaye birikim alanı olarak görüldüğü için artık yüzde 51'i dış hekime ait olmak üzere başka sermaye sahiplerinin de bu alana girdisi artıyor. Hatta dün genç dış hekim arkadaşlarımdan biri çok güzel bir cümle kurdu, dedi ki: "Meslek dışı aktörlerin mesleği ele geçirmesi." Şimdi, buradaki bu öncelik, eğer bu sermaye gruplarının bu polikliniklerini büyütmek, geliştirmek vesaire olursa ve bunları sisteme entegre etmek olursa, elbette ki serbest dış hekimleri muayenehaneleriyle de ilgili farklı düzenlemeler gelecektir.

Şu anda bunun bir işareti var mı? Yani olabilir, ben alanınızı çok bilmediğim için... Ama olursa ben böyle olabileceğini düşünüyorum açıkçası.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Değerli hocam, çok teşekkür ediyorum.

Ankara Tabip Odası Başkanımız Mine Hanım'a geçmek istiyorum ben.

Özellikle Cavit Hocam'la başladık ki, geldiğimiz noktanın tesadüf olmadığının anlaşılması, ortaya konulması bakımından 1980'li yıllardan itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında yürütülen sistemin geldiği noktada güncel neler yaşıyoruz? Tabii ki, iki aynı, farklı ama aynı meslek grubundan bahsediyoruz, aynı zamanda da dayanışma arkadaşlarıyız.

Yine şu çerçeveden bakmak isterim: Gün geçmiyor ki bir araya gelip meslektaşlarımızın sorunlarıyla ilgili bir basın açıklaması, bir eylemlilik durumuna geçmeyelim. Kamuya yansıyan haberler, vicdanımızı çok rahatsız eden yeni doğan bebeklerin ölümü, yine yakın zamanda hastanedeki hizmet alımı ve görüntülemelerle ilgili yüksek dozların verilmesi şeklinde çok konumuz var, gerçekten sıkıntılı konular. Şiddet var... Sadece şu andaki ana başlıkları söylüyorum. Meslektaşlarımızın tükenmişliği var. Bu alanda Ankara Tabip Odasıyla sağlık meslek örgütleri birlikte mücadele ediyor tabii ki. Özlük haklarıyla ilgili problemler var.

Bir anekdot anlatmak isterim. Bir yandan sosyal hayatım, bir yandan da meslek örgütleriyle ilgili çalışma yaparken, bir gün bir AK Parti milletvekilinin son söylediği, açılış sırasında söylediği sözler, hani "gerekirse boğazına çökün hekimlerin, sağlık çalışanlarının" dediği zaman, inanamamıştım böyle bir şey yoktur diye. Bununla ilgili hızlıca bir araya geldik yazın ortasında ve geldiğimiz noktada... Bu kışkırtma dili, burada şiddete özendirme var ve ciddi bir problem. Günümüze gelecek olursak; Türk Tabipleri Birliğinin önderliğinde, Ankara Tabip Odası ve diğer sağlık meslek örgütleri tarafından, "Başka Bir Sağlık Sistemi Mümkün" başlığı altında, güncel sağlık politikalarına alternatif oluşturabilecek çeşitli öneriler gündeme getirilmektedir.

Zaten bu çalışmayı yaparken biz de sorunları bu platformlarda paylaşalım diye... Hissettiğimiz duygular, uzun yıllardır meslek örgütünde ve aynı zamanda bu mesleği serbest olarak icra eden bir kardeşiniz, bir arkadaşınız olarak söylüyorum, alan kaybediyormuşuz şeklinde geliyor. Birçok platformda bu doğrultuda tartışmalar görülüyor: Aslında performans odağımızda ama ek ödeme verildiğinden bahsediyoruz. Bu ek ödemeye ilgili katsayıları şöyle değiştirelim, böyle değiştirelim diye Sağlık Bakanlığıyla görüşmeler yapılıyor, evet yapıldı da.



Aslında temelde performans sistemine tamamen karşı olmak yani kötü olan bir sistemi düzeltme olanağımız yok. Dolayısıyla da katsayı diye başladığımız zaman alan kaybediyormuşuz şeklinde hissediyorum.

Sorulara kadar size söz vereceğim. Başka bir sağlık sistemi mümkün, diye bir çalışmamız var Türk Tabipler Birliğiyle birlikte. Burada Mine Hanım'a söz vermek istiyorum. Hastaların ölümü üzerinden para kazanmayı düşünen bir sektöre dönüşmüştür sağlık sistemi. 2002'den 2023 yılına kadar geçen sürede kamudaki yatak sayısı 1,3 kat, başvuru 3 kat, ameliyat sayısı 3 kat artmışken, özel sektörde yatak sayısı 4,5 kat, başvuru 8 kat, ameliyat sayısı 8 kat artmıştır. Kâr getirmeyen koruyucu sağlık hizmetlerine kaynak ayrılmayarak önlenabilir hastaların artmasına neden olunmuştur. Bütün olanaklar daha kârlı olan hasta tedavisine kaydırılmalıdır. Süreç yakından incelendiğinde açıkça görülmektedir ki; MR cihazı sayısı, laboratuvar tetkiklerinin sayısı gibi birçok sağlık göstergesi OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında artış göstermiştir. Ancak buna rağmen toplum sağlığında belirgin bir iyileşme sağlanamamıştır. Aynı zamanda, bu süreçte sağlık çalışanlarının da genel olarak mutsuz olduğu gözlemlenmektedir.

Mine Hanım, "Başka bir sağlık sistemi mümkün" diye sözü size vermek istiyorum.

Dr. A. MİNE COŞKUN (Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı) – Günümüzde yaşananlara baktığımızda, dünyanın genel olarak bir yıkım evresinden geçtiğini söylemek mümkün. Ülkemizde ise bunun ötesinde çoklu bir kriz ortamı söz konusudur. Özellikle ekonomik kriz, son derece derin bir boyuttadır ve geniş bir kesimi doğrudan etkilemektedir. Asgari ücret ile açlık sınırının neredeyse aynı seviyeye gelmiş olması, mevcut yoksulluğun ne denli ciddi olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Toplumun önemli bir bölümü ekonomik açıdan zor durumda kalmış ve yaşam koşulları giderek ağırlaşmıştır.

Bunun dışında hukukun siyasallaşması var. Anayasal ve demokratik hakların askıya alınması var ve otoriterleşen bir hükümet var ve bunlar içerisinde de bir sağlık var. Sağlıkta krizin olmaması mümkün değil, bu çoklu kriz ortamının da bir parçası.

Ben 1989 yılı Ankara Tıp Fakültesi mezunuyum; 35 yılı geride bıraktım, meslek hayatım 36. yılına girdi. 1989'da mezun oldum. Cavit Hoca'nın sözünü ettiği 1990'daki toplantılar ve o dönemde yaşanan gelişmeler, benim meslek hayatımın nasıl şekillendiğini çok net bir şekilde ortaya koymaktadır.

Size, geldiğimiz noktanın bir fotoğrafını sunmak istiyorum. Öncelikle tüm sağlık hizmeti basamaklarında hastaneye başvuru sayısı 2023 yılında yaklaşık 1 milyara ulaşmış durumda. Kişi başına düşen başvuru sayısı ise 11,4. Yani, 2023 yılında her birey ortalama 11,4 kez hastaneye gitmiş. Bu ne anlama geliyor? Bir kişi yılda 11 kez neden hastaneye başvurur? Kendi alanım olan göz hastalıkları açısından bir örnek vereyim: Bir hasta geliyor, göz bebeği genişlemiş. Soruyorum: "Gözüne yanlışlıkla bir damla mı damlattın, bir travma mı oldu?" Cevap: "Hayır." Hasta daha önce Ulucanlar'da muayene olmuş, orada göz bebeği genişletilmiş ve kendisine katarakt tanısı konmuş. Ardından tekrar bana geliyor ve gerçekten katarakt olup olmadığını kontrol ettirmeye çalışıyor. Bu durum, sağlık sistemine olan güvensizlikle birlikte ikinci, üçüncü başvurulara yol açıyor ve başvuru sayılarının neden bu kadar yüksek olduğunu da açıklıyor.

Tabii ki bu muayene sürelerinin 5 dakikaya inmesi... Benim dış hekimim birçok arkadaşım var, tabii ki onlarda da bu MHRS meselesi çok sıkıntılı. Yani bir hasta geldi, 5 dakikada derdini anlarsın, haydi 5 dakikada muayene edersin ki 10 dakika, 5 dakikada da derdini, ne yapacağını anlatırsın, en az 15 dakikalık bir süre gerekir. Eğer siz o süreyi 5 dakikaya indiriyorsanız, hasta ikna olmuyor zaten ve doktor doktor geziyor. Hepimiz bununla karşılaşıyoruz.

Peki, MHRS sürelerinin kısalması... MHRS çok bıkırtıcı bir sistem. Ben 1989'dan itibaren görüyorum, MHRS insanı gerçekten tüketen bir şey, bir 10 dakika size tuvalet molası yok burada. Siz gidiyorsunuz tuvalete arkanızdan bir sürü insan geliyor, hocam bana da bakar mısın filan diyor. Doktora bir 10 dakika dinlenme süresi ayrılmamış. Tabii, bunlar neye sebep oluyor, şiddete sebep oluyor. Kapının önü Pazar yeri şeklinde, onu aldın beni almadın, o girdi ben girmedim... Biz, Ankara Tabip Odası olarak en çok çalışan büromuz hukuk bürosu. Hukuk bürosu da, en çok mobbing ve şiddetle uğraşıyor.

Tabii ki insanlar randevu alamıyorlar ve acillere başvuruyorlar. Beyaz kod verilerine göre... Beyaz kod kurulduğundan bugüne 122 bin sağlık çalışanı Beyaz koda başvurmuş. Burada veriler de yetersiz. Bizi yeni bir anket düzenliyoruz, burada da veriler ortaya çıkacak. Şiddet sarmalındayız zaten. Hocamın da söylediği şekilde, özendirme var bakanlardan filan. Şiddet kısmı da acayip başka noktada.

Şimdi özel hastanelerin durumuna gelelim. Ülkemizde muayenehanelerin açılması genel olarak teşvik edilmiyor; tam aksine, muayenehane hekimlerine yönelik oldukça ciddi yaptırımlar söz konusu.



Hocamızın da ifade ettiği gibi, 6 Ekim tarihli düzenlemelerle birlikte, muayenehane hekimlerinin özel hastanelerde ameliyat yapma yetkileri ciddi şekilde sınırlandırıldı. Bu kararlar, serbest hekimlik uygulamalarını doğrudan etkileyen önemli kısıtlamalar getirmiştir. Bu konu üzerinde uzun süre çalıştık; ancak örneğin bu yılın Ocak ayında yeni bir düzenleme daha yürürlüğe girdi. Buna göre, muayenehane açan bir hekimin özel hastanede ameliyat yapabilmesi için, Ocak ayı içerisinde belirlenen süre zarfında başvuru yapması gerekmektedir. Bu gelişmelerin arka planında, muayenehane hekimliğine yönelik belirli bir yaklaşımın izleri de görölmektedir. Nitekim, 2022 yılında Özel Hastaneler Derneği Başkanı’nın yaptığı bir açıklama oldukça dikkat çekicidir. Açıklamada şu ifadeler yer almıştır: “Günde 4–5 hasta bakıp doktorların keyfine bakmasına izin vermeyeceğiz.” Bu söylem, serbest çalışan hekimlik modeline yönelik olumsuz bir bakıő açısını açıkça ortaya koymaktadır. Burada istenen, hekimlerin ya büyük ölçekli özel sağlık kuruluşlarında (holding tipi hastanelerde) ya da kamuda çalışmaları yönünde bir tercihe zorlanmasıdır. Zaten günümüzde, kamu hastaneleri ile holding yapısındaki özel hastaneler arasında işleyiş bakımından belirgin bir fark kalmamıőtır; her iki sistem de memnuniyet skorlarına dayalı bir performans anlayışıyla işlemektedir.

Kontenjanlar konusu da bu süreçte önemli bir gündem maddesi hâline geldi. Özellikle Cumhurbaşkanı’nın, “Giderlerse gitsinler, ben asistanlarla idare ederim” őeklindeki açıklamasının ardından, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile açılan asistan kontenjanlarında ciddi bir artış yaşandı. Ancak bu kontenjan artışı, eğitimin niteliğini olumsuz yönde etkiledi. Akademik kadrolar, artık asistanların isimlerini dahi tanıyamayacak duruma geldi. Asistanlar, eğitim almak yerine büyük ölçüde MHRS yükünü taşımak ve idari angaryalarla baş etmek zorunda kalıyorlar. Cavit Hocamızın da belirttiği gibi, artık birçok klinikte asistan seminerleri bile kaldırılmıştır. Bu durum, hem tıpta uzmanlık eğitiminin kalitesini zedelemekte hem de hekimlerin mesleki gelişimini sekteye uğratmaktadır.

Sizdeki DUS (Dış Hekimliğinde Uzmanlık Sınavı) gibi, bizde de yan dal uzmanlık sınavlarında önemli sorunlar yaşanıyor. Özellikle 2022 yılında yapılan politik değişikliklerle birlikte, yan dal kontenjanlarında ciddi bir artış gerçekleşti. Örneğin, Onkoloji Hastanesi’nin Cerrahi Onkoloji bölümüne aynı anda 8 asistan alındı. Ancak oradaki hekim arkadaşlarımız, vaka yetersizliği nedeniyle bu öğrencilerin nasıl eğitileceği konusunda ciddi endişeler taşıyordu. Bugün geldiğimiz noktada ise durum daha da dramatik: Cerrahi Onkoloji gibi önemli bir yan dalda, Onkoloji Hastanesi uzun süredir hiç kontenjan alamıyor. Buna karşın, bu yan dal için Diyarbakır gibi altyapısı ve eğitici kadrosu yeterli olmayan yerlere

kontenjanlar yönlendiriliyor. Çocuk cerrahisi yan dalı hâlâ çok düşük sayıda kalırken, plastik cerrahi ve dermatoloji gibi alanlarda kontenjanlar olağanüstü şekilde artırıldı. Ancak devlette bu uzmanları tutmak mümkün olmuyor; özele kaymaları istenmediği hâlde engellenemiyor.

Ben de bir göz hastalıkları uzmanı olarak uzun yıllar muayenehane işletmiş bir hekimim. Özellikle 1990'lı yıllarda göz hekimliği muayenehaneleri çok iyi işlerdi. Ancak süreç içinde özel göz hastanelerinin şirketleşmesiyle birlikte muayenehaneler fiilen ortadan kalktı. Önce Dünya Göz, ardından diğer büyük özel hastane zincirleri açıldı ve biz bu yapılar içinde düşük ücretli, güvencesiz bir işgücü konumuna itildik.

Performans sistemi ise başlı başına bir sorun hâline geldi. Hekimlerin maaşları artık tek kalem değil; Bakanlık, bizim tek kalemde maaş talebimize karşılık üç kalemlilik bir yapı oluşturdu. Bugün itibarıyla 150 bin TL'lik maaşın sadece 50 bin TL'si sabit, yani emekli maaşına yansıyan kısmı. SSK'dan emekli olan bir hekim ortalama 20 bin TL civarında maaş alabiliyor. Ben 30 yıl üzerinden emekli oldum ve karşılaştırma yapıyorum; arkadaşlarımdan bordroları asgari ücretin biraz üzerinde, 22–23 bin TL seviyelerinde. Bu nedenle, her dört emekli hekimden üçü çalışmaya devam etmek zorunda kalıyor. Aile hekimliği açısından da ciddi sorunlar yaşanıyor. Her ne kadar birinci basamağın güçlendirilmesi gerektiği ifade edilse de, pratikte ciddi bir baskı söz konusu. Bu yıl, hocamızla birlikte "eziyet yönetmeliklerine" karşı mücadele ettik. Hekim bağımsızlığı büyük ölçüde ortadan kalktı. Hekimlerin mesleki özerkliği, iş güvencesi ve gelir güvencesi açık hedef hâline geldi. Biz sevk zincirinin yeniden etkinleştirilmesini savunurken, bugün bir aile hekimine düşen hasta sayısı 3.900–4.000 aralığında. Oysa bu sayının 2.500'e düşürülmesi gerekmektedir.

Özel sektörün büyümesi ve plansız şekilde desteklenmesi, sistem içinde ciddi yozlaşmalara neden oldu. Bu durum zamanla çeteleşmeye kadar varan yapıları besledi. En son yaşanan yeni doğan yoğun bakım skandalı, ardından Muğla'daki nükleer tıp birimiyle ilgili ortaya çıkan yolsuzluk iddiaları bu durumun çarpıcı örnekleridir.

Nitelikli ve erişilebilir sağlık hizmeti hedefiyle yola çıkıldığı söylenen şehir hastaneleri ise ayrı bir tartışma konusudur. Cavit Hocam'ın dabelirttiği gibi elimizde çarpıcı bir veriyiz: Şehir hastanelerinin bir yıllık kira bedeliyle 100 yataklı 90 hastane veya dört birimlik 6.284 aile sağlığı merkezi kurulabilir. Bu hastanelere aktarılan kaynak, büyük ve büyüyen bir kara delik hâlini almış durumda. Sağlık bütçesinin önemli bir kısmı bu yapılara kanallanmakta ve bu durum sağlık sisteminin genel işleyişini tehdit eder boyuttadır.



Tabî ki, kamu yararı da ihmal edilmiş durumda.

Sonuçta geline nokta, şiddet, taşeronlaşma, güvencesizlik, mobbing, rant ve çeteleşme üretiyor.

Biz bunu konuşurken, yeni doğan skandalı patladı. Yeni doğan skandalından sonra dedik ki, artık bu sistem çürümüş, bu çürümüş sistemde orasını burasını düzelterek, palyatif tedbirlerle düzeltme sağlayamıyorsunuz. Aile hekimlerini düzeltiyorsunuz, hastanelere ve acillere başvurular artıyor, onu yapıyorsunuz aile hekimliği bozuluyor. Asistan eğitimi şeklinde... Bütün bunları, yeniden bir sağlık sistemini kurgulamak gerekmektedir, dedik ve kurguladığımız bu sağlık sistemi... Artık, her şeyi devletten beklemeyelim dedik, biz de bir proje ortaya koyalım. Ne yapabiliriz? Başka bir sağlık sistemi mümkün mü? Bunu kurgulayalım. Her tabip odası işin ucundan tuttu, Bursa birinci basamakla ilgilendi, Urfa ikinci basamakla ilgilendi, tıp eğitimiyle birisi, birisi özel hastaneler dedi, birisi asistan eğitimi dedi. Biz de Ankara Tabip Odası olarak, Cavit Hoca şeklinde bir üyemiz var, akademisyen çok Ankara'da, akademisyenler de var, biz de sağlığın finansmanını aldık. Dedik ki, sağlığın finansmanı nedir, nereden para kaynağı gelecek, ideali nedir, nereye iletilecek? Biz de bununla ilgili toplantılar yaptık, raporlar hazırladık ve bunu 14 Martta sunduk.

"Başka Bir Sağlık Sistemi Mümkün"; Tüm Türkiye'ye yüksek sesle şunu ifade ettik: Mevcut sağlık sistemi, ne toplumun sağlık hakkını koruyacak düzeydedir ne de sağlık emekçilerinin mesleki onurunu sürdürebileceği bir zemine sahiptir. Dedik ki, "Siz bu sağlık sistemine layık değilsiniz; biz de bu sistem içinde çalışmak istemiyoruz. Çünkü hepimiz daha iyisine layığız." Bu yaklaşımla hareket ederek, mevcut sistemin dışında, toplum merkezli, hekim özerkliğine ve nitelikli hizmet sunumuna dayanan alternatif bir sağlık sistemi tasarımı ortaya koyduk. Bu model, yalnızca eleştiri getirmekle kalmayıp, çözüm önerileri içeren kapsamlı bir yol haritasıdır. Hazırlık sürecinin ardından bu alternatif sağlık sistemi önerimizi, 10 Mart tarihinde kamuoyu ile paylaştık. 14 Mart Tıp Bayramı'nda ise bu öneri, tüm boyutlarıyla kamuoyuna sunulurken hekimlerin ve sağlık çalışanlarının ortak sesi hâline geldi. Ama 19'unda başka bir olay oldu. Ülkemizde gün geçmiyor ki olay olmasın. Önce Ekrem İmamoğlu'nun diploması alındı, sonra İmamoğlu ve yardımcıları, diğer belediye başkanları tutuklandı. Özellikle öğrencilerde yurt dışına çıkış oranlarının artışı, gençler arasında derin bir sıkışmışlık, anksiyete ve çaresizlik hissiyatının yaygınlaştığını göstermektedir. Bu durumun en çarpıcı tezahürlerinden biri, Z kuşağının beklenmedik bir biçimde sokaklara çıkarak yaşadıkları sorunlara karşı kolektif bir tavır geliştirmesidir. Doğrusu, bu kadar güçlü ve kararlı bir çıkışı ben

de beklemiyordum. Ancak gençlerin meşru taleplerine karşılık, güvenlik güçlerinin sergilediği orantısız şiddet, toplumsal bellekte derin izler bırakmıştır. Kendi uzmanlık alanım olan göz hastalıkları bağlamında ifade etmek gerekirse, biber gazı kimyasal bir ajandır ve plastik mermiler ciddi ve kalıcı hasarlara neden olabilmektedir. Nitekim önceki yıllarda yaşanan olaylarda birçok yurttaşın bu müdahaleler nedeniyle gözünü kaybettiği bilinmektedir. Tüm bu olumsuz tecrübelere rağmen, maalesef geçmişten gereken dersler hâlâ çıkarılmamıştır. Ortada, yalnızca anayasal haklarını kullanarak sokağa çıkan, sesini duyurmak isteyen bir gençlik vardır. Ancak bu meşru taleplere karşı gösterilen sertlik, yalnızca tepkileri büyütmekte, toplumsal öfkeyi artırmakta ve demokratik işleyişe zarar vermektedir. Tüm bu süreçte karşı olarak biz, sağlık çalışanları ve meslek örgütleri olarak; basın açıklamaları, kamuoyu bilgilendirmeleri ve demokratik yollarla tepkimizi dile getirdik. Bu tavrımız, hukuka, insan haklarına ve toplumsal barışa olan inancımızın bir ifadesidir.

Çok ilginç bir şey oldu, öğrencilerle iletişimimiz zayıf bizim ama öğrenciler Ankara Tabip Odasını yanlarında istediler. Odaya geldiler, bir gün Ankara Tıp, bir gün Hacettepe Tıp, bir gün Gazi Tıp, bir gün Başkent. Hocaları, bazen hocalarıyla birlikte kendileri. Gülhane uzaktır böyle şeylere, Gülhane'den, sizinle beraber yol yürümek istiyoruz dediler. Yanlarında bir güvence istiyor öğrenciler ve öğrencilerin protesto gösterilerine biz de destek olduk ve yanlarında olduk işin doğrusu. Onlara, hak, hukuk, adalet dedik.

Gelinen noktada, başka bir sağlık sistemi mümkün. Evet, başka bir hekimlik ortamı mümkün, ona da evet. Ama başka bir Türkiye'yi kurgulamadan ikisi de mümkün olamayacak, bu çoklu krizin önüne geçemeyeceğiz.

Sonuçta söylemek istediğim: "Başka bir Türkiye mümkün"ü kurgulamak gerekmektedir. Bunun içerisinde de başka bir sağlık sistemi mümkün, demek gerekmektedir. Sağlık sisteminde de, bütün bölümlerle ilgili olarak da, hepimiz projelerimizi hazırladık ve bundan sonraki bir yıl içerisinde de bunları tek tek açıklayacağız.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Teşekkür ediyorum.

Son söylediğiniz şey üzerine bir şeyler söylemek isterim. Çalıştayı düzenlerken, bir yandan da tabii ki çözüm önerileri üretmeye gayret gösteriyoruz. Bir sağlık politikası üretmek gerekmektedir gerçekten, sağlık politikasının değişimi gerekmektedir. Sağlık politikasının değişimi dediğimiz zaman da, bunun da bir siyasi ayağı var. Aslında siyasetin arkasından oluyor bu sağlık politikalarının değişimi. Özellikle,



başka bir sağlık politikası mümkün noktası, başka bir Türkiye mümkün noktası da aynı şekilde, başka bir sağlık... Bir noktada bozuk olan bir sistemin bir parçasını düzelterek sonuç elde edilebilirse de tekraren denemeye devam ediyoruz, umarım değişir.

Size şunu sormak isterim, öğrencilerle ilgili ilişkilerinizden bahsettiniz, tam da örgütlenmeyle ilgili. Dolayısıyla sonuçta biz burada meslek adına, meslektaşlarımız adına birtakım faaliyetler yürütüyoruz ama keşke daha fazla olsak ve bu birlikteliği, güçlülüğü ortaya koysak. Sonuçta destek istedikleri güç ne kadar destek olunduğuyla da alakalı bir durum.

Örgütlenmeyi nasıl kuvvetlendirebiliriz, diye bir soru soracaktım size. Aslında yaptığınız doğru hareketlerle insanlar ve gençlerimiz meslek örgütüne yaklaşmış şeklinde gözüküyor. Bu konuda ne dersiniz örgütlenmeyle ilgili?

Dr. A. MİNE COŞKUN (Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı) – Evet, bizim en büyük sorunumuz bu örgütlenme meselesi. Sürekli buna kafa patlatıyoruz. Sosyologlarla çalışıyoruz, yeni bir anket düzenledik, anket yayımlandı, sonuçlarını alacağız. Nerelerde hata yapılıyor, bu gençleri nerede yakalayacağız?

Şimdi, 14 Mart etkinlikleri kapsamında bu çalışmamızı yaptık. Emekli hekim, çınarlardan bir kişi bunu önerdi. Bizim yönetim kurulumuzda da 32 yaşında bir arkadaşımız var, pediatri yan dalı yapıyor. O da dedi ki, alındı filan dedik... İşte, çınarlarla fidanlar. Emekli hekim komisyonu Haluk Özer Hocamızı istedi ve beraber yaptık. Şimdi fotoğrafa baktığımızda, fidan yok ortada. Togay var ama izlemeye gelenler arasında, fotoğrafta üç beş öğrenci var. Dün ara Genel Kurulumuz vardı, eleştirildik bu konuda.

Fakat bunun üzerine 19'undaki mesele çıktı. 19'undan sonra da Odaya gelen giden öğrenciler, geliyorlar, ders çalışıyorlar, oradan oraya, oda kıyamet... Başımız döndü. Etkinliklere aktif biçimde katılmaya devam ediyoruz. Nitekim bugün, Ankara Tıp Fakültesi'nde bir dayanışma etkinliğimiz var. Arkadaşlarımız evlerinden hazırladıkları ikramları getiriyorlar; biz de pasta, börek götürüyoruz. Katılım çağrılarımızda ses sistemi, megafon gibi destekler de rica ediliyor. Benzer etkinlikler daha önce Hacettepe, Başkent ve Gazi üniversitelerinde de gerçekleştirildi. Bir arkadaşımız dedi ki, Hocam artık gençler sokakta. Buradaki çınarlar, fidanlar toplanmasınlar. Onların istediği sokağa çıkmak ve bizi de yanlarına çekmek, bizim de yanlarında olmamızı istiyorlar. Yani artık Z kuşağı başka bir yolda. Onlara zorla hiçbir şey yaptıramıyorsunuz ama gelmek istedikleri zaman da kapıyı çalıyorlar.

Onlara gelmek istedikleri zaman güvenli, sağlam bir liman olduğunuzu hissettirmeniz lazımdır.

Ankara Tabip Odasının faaliyetlerini, sosyal medyanın çeşitli platformlarında etkin bir şekilde duyuruyoruz. Twitter, Instagram, Blue Sky, mail ve SMS gibi birçok kanalda aktif bir iletişim sürdürmekteyiz. Ancak şu anda tek eksik olduğumuz alan TikTok platformudur. Twitter üzerinde önemli bir etkileşimimiz bulunmakla birlikte, bu platformda henüz hedeflenen etki tam olarak sağlanamamıştır. Buna karşın, Instagram'da takipçi sayımız hızla artmakta, Blue Sky platformunda da önemli bir yükseliş gözlenmektedir. Sosyal medya tercihlerinde hızlı değişimler yaşanmakta ve yeni platformlara yönelim artmaktadır.

Örnek vermek gerekirse, Hacettepe Üniversitesi ile Ankara Tıp Fakültesi öğrencilerinin birlikte gerçekleştirdiği bir buluşma ve yürüyüş etkinliği sosyal medyada geniş yankı uyandırmıştır. Bu etkinliğin videosu, karşılıklı dayanışma ve birlik mesajlarıyla geniş kitlelere ulaşmış, Ankara Tabip Odası'nın Instagram takipçi sayısında 10 ila 20 kat arasında ciddi bir artışa yol açmıştır. Başka bir Türkiye mümkün, başka bir gençlik var, anlamaya çalışıyoruz, anlamaya çalışacağız, sosyologlarla konuşuyoruz, her şeyi yapıyoruz, anlayacağız sonunda.

BİR KATILIMCI – Gençler değişim istiyorlar, o yüzden oradalar.

Dr. A. MİNE COŞKUN (Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı) – Evet evet. İşte, onlar da "Başka bir Türkiye mümkün"den yola çıkmak istiyorlar.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Bunun üzerinde muhtemelen düşünmek gerekecek.

Çok teşekkür ediyorum.

Serhat Başkanına geçmek istiyorum. Serhat Başkanım, geçmiş dönem oda başkanlarımızdan. Zaten biliyorsunuz ama ben takdim etmek istiyorum. Mesleğimize katkısı büyüktür. Onun oda başkanlığı döneminde ben de Yönetim Kurulu üyesi olarak bulunmuştum.

Size şunu sormak isterim: Bir anlamda gençlerimizi konuşurken, eğitimden de bahsetmek lazımdır. Sonuçta genç meslektaşlarımız mezun oldukları fakültelerden ne nitelikte eğitim alıyorlar? Sonrasında ne gibi sıkıntılar yaşıyorlar? Bu üzerinde düşündüğümüz konulardan birisi. Elimde veriler var, 105 fakülte, 11.186 kontenjandan bahsettik. Bu fakültelerdeki, diş hekimliği fakültesindeki profesör,



doçent, öğretim üyesi, nitelikli kadrolar ne durumda? Çalışma gruplarımızda bu konular detaylı tartışılıyor ama en azından konuya bir girizgâh olsun anlamında söz vermek istiyorum.

Son olarak, zaman ve yöntem konusunda birkaç hatırlatma yapmak istiyorum. Çalışma gruplarımızın moderatörleri şu anda raporlar ve taslak sunumlar üzerinde yoğun bir şekilde çalışmaktadır. Saat 12.30'da öğle yemeğine çıkacağız hep birlikte, saat 13.30'da moderatörlerimiz taslak çalışmalar konusunda bilgilendirme yapacak ve bu konulara dair detaylı tartışmalar ve raporların gelişmesi adına katkılarınızı alacağız. 12.30'a kadar süremiz var. Belki, konuşmalar bittikten sonra kısa bir soru – cevapla panelimizi sonlandırır, ardından öğleden sonraki oturumda da onların detaylı şekilde tartışmasına geçeriz.

Buyurun.

Dr. Diş Hekimi F. SERHAT ÖZSOY (Ankara Dişhekimleri Odası Geçmiş Dönem Başkanı) – Sayın Başkanım, size ve Yönetim Kurulunuza bizi davet etmiş olduğunuz için teşekkür ediyorum. Böyle önemli bir çalıştayı düzenlediniz.

Burada, yıllardır sözlü olarak dile getirdiğimiz ve hepimizin yakından bildiği konuları, bu iki günlük çalıştay sonunda yazılı bir metin haline getireceğiz. Böylece, tarihe not düşmekle kalmayacak, aynı zamanda gelecekte yeni bir Türkiye'nin inşasında rehberlik edecek bir yol haritası oluşturmuş olacağız. İnşallah bu metinler, gelecek dönemlerde atılacak adımlar için ışık tutacaktır.

Önümdeki metinlere bakarak size biraz bilgi vermek istiyorum.

Değerli katılımcılar, ülkemizde yaklaşık 50 bin diş hekimi var, 2024 verilerine göre. Tabii, bu verilerde birtakım tutarsızlıklar da mevcut. YÖK'ün sayfasına baktığınızda iki ayrı veri görebiliyorsunuz. Öğrenci başvurularının verileri biraz farklı fakat YÖK'ün bütün fakültelerinin isimlerinin olduğu, öğrenci sayıları ve öğretim görevlileri verilerine baktığımız zaman, benim verilerim ile Serkan Hoca'nın söylemiş olduğu veriler arasında 50 – 100 oynamalar olabiliyor. Benim YÖK'ün sayfasından indirmiş olduğum istatistikler bölümündeki verilere göre, 2024'te –Kıbrıs hariç bahsediyorum- 91 fakültede 11.254 öğrenci kaydı alınmış ve fakültelerde halihazırda okuyan öğrenci sayısı 50.283. Yani 50 bin diş hekimi var ve 50 bin diş hekimi de şu anda fakültelerde okuyor. Bu ne demek? Beş yıl içinde yüzde 100'e yakın bir enflasyon olacak.

Tabii, bu sayılara, gözden kaçırılma amacıyla ismi değiştirilerek denklik alan öğrenciler dahil edilmemektedir. Daha önceki yıllarda denklik sınavı, gerçekten

aşılması güç bir sınav olarak bilinmekteydi; ancak günümüzde bu sınavın adı "İlmi Hüviyet Tespit Sınavı" olarak değiştirilmiştir. Dış hekimliği alanı, tıptan ayrılarak fizyoterapi, ebelik, odyoloji gibi diğer sınıflarla birlikte aynı sınava tabi tutulmaktadır. Önceki konuşmalarımızda, bu sınavın nasıl gerçekleştirildiğine dair bilgi vermiş olmama rağmen, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) dahil olmak üzere bu sınavın işleyişi hakkında tam anlamıyla bilgi sahibi olunmadığını düşünüyorum. Birçok sorumuza da yeterli yanıt alınamamıştır. Sınavlar, bu yıl hariç, Afyon ve Akdeniz Üniversitesi gibi dönemsel olarak öğretim görevlisi bulunmayan fakültelerde yapılmıştır. Başvuru duyurularında ise "sadece sözlü sınav yapılacaktır; yazılı ve pratik sınav uygulanmayacaktır" şeklinde ifadeler yer almaktadır. YÖK'te Atilla Hocam ile yaptığımız toplantılarda "böyle bir uygulama olmaz" denilmiş olsa da, ilanlarda bu koşullar aynen geçerlidir. Bu nedenle, denklik alarak çalışma hayatına başlayan öğrenci sayısı konusunda net bir bilgiye sahip olmadığımı ifade etmek isterim.

Fakat, ne olursa olsun, fakültele kayıtlı olarak aramıza meslektaş olarak katılan arkadaşlarımızın da iyi ve kaliteli bir eğitim alma zorunluluğu var ve bu onların en önemli hakkı. Peki, meslektaşlarımız bu haktan yeterince yararlanabiliyorlar mı, eşit olarak yararlanabiliyorlar mı? Yine YÖK verilerine göre, ülkemizde 872 profesör ve 503 doçent var. Diğer bir veri kaynağına göre de, 910 profesör 599 doçent. Yani buradaki kayıtlar arasındaki farklılıkta doçentler kadrolu profesör olmuş, yeni doçentler de gelmiş durumda. 1260 da doktor öğretim görevlisi mevcut, Türkiye'de görev yapan.

Ben bir sıralama yaptım, acaba bunlar nerede çalışıyorlar diye. Ülkemizde ilk açılan 10 devlet üniversitesi –ki ben mezun olurken bu kadar fakülte vardı, 10 fakülte vardı- ve dört özel üniversitede çalışan öğretim görevlisi sayılarına baktım. Toplam olarak 1.375 akademik unvana sahip, doçent ve profesör unvanına sahip olan hocalarımızın 607'si bu ilk 10 fakültede yer alıyor. Yani neredeyse yarı yarıya. 77 fakültede de geri kalanlar mevcut. Sayılar gösteriyor ki eğitim neredeyse, bilhassa bu geri kalan fakültelerde, doktor öğretim görevlileri üzerinden devam ediyor. Bu geri kalan 77 fakültede ayrıca gelecekte eğitim ordusuna uzman olarak atanacak 1.000 uzmanlık öğrencisi mevcut.

Bazı meslektaşlarımız, mezuniyet süreçlerinde hiçbir profesör veya doçent ile karşılaşmadan eğitimlerini tamamlamaktadır. Uzmanlık eğitimlerini de benzer şekilde, akademik unvanı olmayan öğretim üyeleri eşliğinde tamamlayan meslektaşlarımız mevcuttur. Özlük dosyalarını incelediğimde, bildiğim bazı üniversitelerde bu durumun yaşandığını görmekteyim. Öte yandan, akademik kariyer kriterlerinde de önemli



değişiklikler olmuştur. Özellikle doçentlik kriterleri, hocalarımızın da bildiği üzere, geçmişe kıyasla oldukça kolaylaştırılmıştır. Artık doçentlik için sınav zorunluluğu bulunmamakta, yalnızca dosya üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Bu değişiklik neticesinde, doçent unvanını alan birçok akademisyenimiz bulunmaktadır.

Yani, öğretim hayatı boyunca hiçbir doçent ve profesörle karşılaşmayıp şu anda eğitmen olan, doçent olan meslektaşlarımız var ve birçok meslektaşımız da, öğrencilerimiz de bunlardan eğitim almaya devam ediyorlar ki bu gerçekten çok üzülesi bir durum. Yani mesleki deneyim, bilgi birikimi, beceri, uzmanlığa sahip olan hocalarımızın mentörlüğünde araştırma yapmayı öğrenebilmek bile çok önemli iken bunların mentörlüğünden çok uzak bir eğitim alıyorlar ve yeterli eğitimi almadan da bir anda eğitici duruma geliyorlar ki gerçekten bu da çok üzücü.

Sayın hocam, sizde ne kadar öğretim üyesi olduğunuzu bilemiyorum; ancak ben oda başkanı olduğum dönemde, her hafta Anadolu'nun çeşitli bölgelerinde yeni açılan fakültelerin dekanları bizi arayarak, çok amiyane tabir ile "Elinizde hoca var mı?" diye soruyorlardı. Çünkü yeni fakültelerin açılabilmesi için belli sayıda, özellikle doktor öğretim görevlisi istihdam edilmesi zorunludur. Hâlen, öğretim üyesi sayısı yetersiz olan birçok fakülte bulunmaktadır. Özellikle çevre illerde bu durum daha belirgindir. Örneğin, Ankara'da çok sayıda devlet ve özel üniversite bulunmasına rağmen, Kırıkkale, Çankırı ve Kastamonu gibi çevre illerde de yeni fakülteler açılmıştır. Bu fakülteler, Ankara'dan günübirlik ulaşılabilecek öğretim üyeleri aramaktadırlar ve bu ihtiyaç, adeta taşımali sistem şeklinde karşılanmaya çalışılmaktadır.

Tabii, bütün bu sonuçları, hocalarımın konuşmalarını neyle ilişkilendirmeliyiz? Sağlıkta Dönüşüm Programı, kasıtlı olarak kurgulanmış bir projedir. Bu projeyi, sağlık hizmetlerinin serbest dolaşımı olarak; yani sermayenin kişilerin elinden grupların eline verilmesi projeleri şeklinde, tamamen piyasa ekonomisi için düzenlenmiş, sermayenin daha çok para kazanması amacıyla, mesleklerin ucuzlatılması için yürütülen politikalar olabilir diye not almıştım.

İçine düştüğümüz girdaptan kurtulmak için çare arayan, eğitimde eksiklikler olduğunu bildiğim, yeterli bilgi becerisi olmadan mezun olan meslektaşlarımız, ülkemizdeki yasal açıklardan faydalanarak açılan –burası çok önemli- sahibinin kim olduğu bile bilinmeden birçok klinikte çalışarak tecrübe edinmeye ve hayatlarını idame ettirmeye ve bununla birlikte, fakültede tam olarak alamamış oldukları eğitim sonucu hasta üzerinde tecrübe kazanmaya çalışıyorlar. Bunu, oda yöneticisi olarak görüyoruz, gerçekten çok da üzülmüyoruz.

Ekonomik ve eğitimsel koşulları göz önüne alırsak, tabii ki çalışmak da zorundalar ancak özelde çalışmış oldukları kurum dolayısıyla –bunlar özel kurumlar- bir performans baskısı altında çalıştıklarını kesinlikle biliyoruz. Ha Sağlık Bakanlığı performans bazlı sahada çalışmışlar veya özelde. Ne yazık ki yetersiz eğitim ve performans baskısı, diş hekimlerinin kendi adına karar verme yetilerinden biraz uzak endikasyon koymalarına sebep oluyor olabilir ve bu da mesleki itibarımıza çok ciddi aşınmalar göstermemize sebep oluyor ve meslek itibarımız azalıyor.

Diğer bir politikaya değinecek olursak, 1980’lerde başlayan her ile bir üniversite politikası var. Bu, illerin ekonomik olarak kalkınmasını amaçlayan bir politika iken eğitim kalitesinde düşüşe sebep olduğu birçok çalışmada gösterilmiş. Bu projeye beraber, 1980’lerden sonra çok hızlı artan, herhâlde şu anda üniversite olmayan bir ilimiz, bununla birlikte bu SBBUP (Serbest Bölgeler Bilgisayar Uygulama Programı) adında bir proje, vakti olan inceleyebilir. SBBUP diye yazdığınız zaman projeyi, ayrıntılarını, yapılan çalışmaları görebiliyorsunuz.

Bugün diploma sahibi meslektaşlarımız güncel koşullarda edindiği diplomaya ek olarak –çünkü hayatta bir yer edinmeye çalışıyorlar- iş tecrübesi, uzmanlık ve doktora yapmak şeklinde birçok koşulu yerine getirmek konusunda kendilerini mecbur hissediyorlar. Bu yapısal bir sıkıntı şeklinde duruyor, mesleki sıkıntılarımızın sebeplerinden bir tanesi budur.

Sağlık meslekleri, bilhassa hekimlik, her ne kadar itibarı aşınmalara maruz kalsa da, halk gözünde itibarı yüksek meslekler içinde olduk, her zaman böyle olmuştur. O sebeple, mezun olduğunda beklentilerin karşılanmamış olması, meslekten beklenti mutsuzluğunu da artırıyor yani meslektaşlarımızın mutsuzluğunun sebeplerinden bir tanesi de mesleğe girerken var olan beklentilerin hiç birinin tam olarak karşılanmaması.

Bütün mezunların mutlu olduğu bir düzeni şu anda öngörmemiz pek mümkün görünmüyor, beş yıl içinde en azından. Ancak, bunu düzeltmek mümkün mü? Kısa zamanda hayır. Ancak, bunun için ciddi bir planlama gerekmektedir. Üniversiteyi her yere açtığınızda diş hekimliği şeklinde pahalı bir eğitimle ilgili bütün kaynakları boşa harcıyorsunuz ama bununla beraber sadece belli yerlerde üniversiteleri toparlarsanız, kaynakları sadece bir yere aktarmış olursunuz. Dolayısıyla, bunun bir dengelemesini yapacak kapsamlı, uzun vadeli, ne istediğini bilen, ülkenin ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmiş bir üniversite politikasına ihtiyacımız olduğu kesindir.



Bu doğrultuda meslektaşlarımız artırılırken, eğitim kalitesinden fedakârlık kesinlikle yapılmamalıdır çünkü bu aşamada fedakârlık yapılan insan sağlığı ve insan hayatı olacaktır.

Teşekkür ediyorum başkanım.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Çok teşekkür ediyoruz.

Bir soru daha yöneltmek isterim; üzerinde çalıştığınızı da bildiğim bir konu. Mesleki itibar açısından belki de bu noktada değerlendirme yapmak gerekiyor. Şu an itibarıyla 50 bine yakın diş hekimi bulunmakta ve elimdeki verilere göre, önümüzdeki beş yıl içinde bu sayının iki katına çıkması öngörülüyor. Bu hızlı artış, yalnızca arz-talep dengesi açısından değil; aynı zamanda mesleki itibar, şiddet olgusu ve mesleğin kamusal algısı açısından da önemli sonuçlar doğuracaktır. Bu konu üzerine yürüttüğünüz çalışmalarını bildiğim için, değerlendirmelerinizi almak isterim

Dr. Diş Hekimi F. SERHAT ÖZSOY (Ankara Dışhekimleri Odası Geçmiş Dönem Başkanı) – Sayın Başkanım, Bununla birlikte, özellikle mevcut hükümet döneminde, diş hekimleri odalarının öğrencilerle olan bağına zayıflatmaya yönelik bir eğilim olduğunu gözlemlemekteyiz. Bu duruma öncelikle dikkat çekmemiz gerektiğini düşünüyorum. Geçmiş yıllarda, diş hekimliği fakültelerinde düzenlenen mezuniyet törenlerinde, beyaz önlük giydirme törenlerinde ve mesleğe adım atma etkinliklerinde odalar aktif biçimde yer alırken, son beş yıl içinde bu katılım ciddi biçimde sınırlandırılmış ve neredeyse tamamen ortadan kaldırılmıştır. Bugün, bazı fakültelerde mezuniyet törenlerine yalnızca dinleyici olarak davet edilmekteyiz; ancak meslek örgütü adına bir konuşma yapma, öğrencilere hitap etme fırsatı tanınmamaktadır. Oysa bu genç meslektaşlarımız bir yıl sonra mezun olacak ve doğrudan odalara kayıt yaptıracaklardır. Ancak bu geçiş sürecinde, meslek örgütü ile bağ kurmalarını engellemeye yönelik bir tutumun sergilendiğini üzülererek ifade etmek isterim.

Bu arkadaşlar mezun oldu, tabii ki bu ekonomik düzen içerisinde bir çalışma imkânı tam olarak bulamadıkları için farklı kliniklerde çalışmak zorunda kalıyorlar. Tıp doktorunun, bir sağlık memurunun emri veya patronluğu altında çalıştığına ender rastlanır. Oysa biz diş hekimleri, uzun yıllar boyunca diş teknisyenleri ile hekim-hasta ilişkisi dışındaki ticari ilişkilere girmemek için çaba harcadık. Ancak günümüzde bu durum değişmiş, teknisyenlerin de içinde bulunduğu bazı meslek grupları Ankara'da klinik sahibi konumuna gelmiştir. Elbette burada bahsedilen

yapılar, yasal çerçevede faaliyet gösteren klinikler değildir. Bugün, yasal görünümüne büründürülmüş ancak fiiliyatta yasa dışı biçimde organize edilen pek çok klinik bulunmaktadır. İl sağlık müdürlüklerinin dahi durumdan haberdar olduğu bu yapılar, kâğıt üzerinde yasalara uygun gözükmektedir. Ankara Kızılay semtine gittiğiniz zaman bunları görebiliyorsunuz. Sahibi astsubay emeklisi olan var, kasap olan var, manav olan var, kuyumcu olan var yani bunları görebiliyorsunuz. Ancak kâğıt üzerindeki bütün veriler legal olduğu için mücadele edemiyorsunuz.

İşte, yeterli eğitim almadan ve maddi zorluklar sebebiyle kendi kliniklerini açamayan meslektaşlarımız bu kliniklerde çalışmak zorunda kalıyorlar ve mesleki itibar burada düşüyor. Ama ne olursa olsun, yapılan araştırmalar tıp, diş hekimliği, hâkimlik, askerlik ve öğretmenlik mesleklerinin toplum nezdinde en itibarlı beş meslek arasında yer aldığını ortaya koymaktadır. Ancak bu meslek itibarımızı daha yukarı çıkarabilmek için önce odanın itibarını artırmamız lazım. Oda'nın, meslektaşlar gözündeki itibarını artırırsak, meslektaşlarımız bizim yanımıza mutlaka gelecektir. Nitekim az önce de ifade edildiği üzere, Ankara Tabip Odası'nın sosyal medyada artan takipçi sayısı ve gördüğü destek, meslek örgütlerinin doğru yöntem ve dille kamuoyuna ulaştıklarında nasıl karşılık bulabildiklerinin önemli bir göstergesidir.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Çok teşekkür ediyorum.

Güven duyulan meslek grupları arasında hâkimlerin de sayıldığını belirtmişken, bu noktada sözü Ziyet Hanım'a bırakmak istiyorum. Kendisine birkaç soru yöneltmek isterim. Tabii ki sağlık iyilik hâli tabii ki toplumda. Sosyal yönden de tabii ki iyilik hâliyle ifade edilebiliyor. Son günlerde yaşadığımız kararları görünce, bir yandan da vicdani olarak rahatsızlık da duyuluyor. Hani, siz daha iyi anlatırsınız ama hâkimlerin kararlarını... Ama zaman zaman verdikleri kararlarla ilgili, teknik kısmı çok hâkim olduğum bir konu değil- ama vicdani açıdan rahatsız ediyor. İnsanlarımızı, öğrencilerimizi... Temel hak ve özgürlükler, anayasal haklar ... Asıl sorum bu değildi ama bunun üzerine birkaç söz söylemenizi rica edeceğim...

Ardından asıl soruma geleyim bir yandan da, bizim çalışma gruplarından birisi de yapay zekâ, sürdürülebilir ve inovasyon masasıydı. Pelin Hanım da o çalışma grubunda var, raporları tabii ki sonraki oturumlarda paylaşacağız. Yapay zekâ ve sağlık hakkı noktasında çalışmanız olduğunu biliyorum. O konuyla ilgili bilgilendirme rica ediyorum sizden.

Av. ZİYNET ÖZÇELİK (ADO Hukuk Müşavirliği) – Çok teşekkür ederim Serkan Bey.



Gerçekten bu iki gün ve öncesinde yürüttüğümüz çalışmalar benim için hem öğretici hem de zihin açıcı oldu. Aynı zamanda, alanında yetkin ve değerli insanlarla birlikte olma fırsatı verdiğiniz için size içtenlikle teşekkür ediyorum.

Şimdi, bu güven duyulan meslekler meselesini şöyle söylemek istiyorum. Orada güven, güvenden çok ekonomik bir güvence sağladığı için mi? Bu güven meselesi biraz tartışmalı. Çünkü özellikle yargıçlarla ilgili konularda, toplum açısından şunu biliyoruz: Adalet hizmetlerine duyulan güven ciddi biçimde azalmış durumda. Ancak yargıç olmanız durumunda, istediğiniz maaşı almanız mümkün olduğu için bu alanda güven tesis edilebilir; yani burada maddi bir unsur söz konusudur. Bu açıdan söylediklerinize katılıyorum.

Şimdi, felsefecilerin öteden beri üzerinde durduğu bir şey var, sosyologların, felsefecilerin, insan denen canlı toplumsal bir canlıdır, ömrümüzün sınırlı olduğunu biliriz, her şey her an değişebilir, bunun da farkındayız ama bütün bu değişkenlerin içinde belirlilik ve öngörülebilirlik ilkeleri diye iki tane ilkeyi çıkarmışızdır. Aslında hemen hemen her alanda, her meslek grubunda bu belirlilik ve öngörülebilirlik meselesi çok önemlidir, alt açılımları vardır.

Şimdi, zamanımız çok dar, yemeğe de çok süremiz kalmadı, şeker düzeyi de düşmüş olabilir. Onun için çok kısaca geçmeye çalışacağım.

İnsanlık tarihinin erken dönemlerinde, yazılı kaynaklarla bilinen kadarıyla, belirsizliklerin ve değişkenliklerin fazlalığı nedeniyle güven duygusu ve öngörülebilirlik büyük ölçüde yoktu. Bu eksikliği gidermek için insanlar, güveni tanrılara, ardından krallara ve belirli erk sahiplerine bazı yetkiler ve güçler atfederek sağlamaya çalışmışlardır. Daha sonra, toplumsal değerler sistemi oluşturularak ve toplumsal yapılar tanımlanarak, demokrasi gibi kavramlar çerçevesinde, önceden belirlenmiş, öngörülebilir ve güvenli bir yaşam düzeni tesis etmeye çalışılmıştır. Aslında tüm bu tasavvurlar, yaşam düzenine dair ideolojilerin temelini oluşturur.

Tam da bu noktada, yargı; öngörülebilirlik bağlamında, hukuk kurallarının ve değerlerin norma dönüşmüş hali olarak, bizim için çok önemli bir konum teşkil etmektedir. Bir sorun ortaya çıktığında, güvenilirliği zedelenmiş düzeni yeniden tesis edebilecek kurum olarak yargı, mevcut araçlarımız arasında bu işlevi üstlenmiştir.

Ama bugün geldiğimiz noktada, hiç bunları konuşmayacağım, İmamoğlu'nun diplomasının iptal edilmesinin hukuk kurallarıyla hiç ilişkisi yok, hiçbir ilişkisi yok, hani yorumlanabilir bir şey değil, ilmi bir şey de değil. Dolayısıyla, yargı epeyce bir süredir, bilhassa 2010 Anayasa referandumundan sonra Anayasada yapılan değişiklikler,

sonra, darbe girişiminden sonra yapılan düzenlemelerle birlikte bütünüyle iktidarın, mevcut iktidarını sürdürebilmesi için araçsallaştırılmış, buna göre organize edilmiş bir yapılanma bununla birlikte. Bunu hepimiz gayet iyi biliyoruz.

Tabii, benim de arada çok sevdiğim, hâlâ çok kıymet verdiğim yargıç dostlarım, arkadaşlarım var ama biz bir sistemden söz ediyoruz, adalet hizmetlerinden söz ettiğimizde şöyle bir şeyle karşı karşıyayız: Eğer siz bireysel olarak birisiyle bir sorun yaşıyorsanız, o bireysel sorun bir uyumsuzluk olarak yargının önüne gitmişse ve diğer taraf sistemin gücünü arkasında bulunduran birisi değilse yani güç dengesini bozan özel bir statüsü yoksa, orada mevcut hukuk kurallarının işletilebildiğini biliyoruz. Bizim bugün hemen hemen tek bir şey aradığımız, avukat olarak, yargımız... Bir şey daha var onu sonra söyleyeceğim. Bunun dışında, iktidarın, mevcut iktidarın sürdürülmesine ilişkin –burası idari yargı olabilir, adli yargı olabilir... Sulh cezalar asıl mahkeme değildir işin doğrusunu söylemek gerekirse, sonradan oluşturulmuş, son derece bir aparat olarak, yargıçları özel olarak seçilen ve bu konuda belirlenmiş tutuma göre kararlar oluşturabilen yapılardır. Bu da çok açıktır kararlarıyla. Dolayısıyla da, bu yapı esasen bütünüyle bizim, bilim insanları olarak, sosyal varlıklar olarak insanca yaşamak istediğimiz öngörülebilir, bilinebilir, adil bir sistemi korumanın güvencesi olmak üzere var değildir, bunun tam aksine bir işleyişe sahiptir. Bugün bunu böyle yorumlayacağız.

Fakat, kendi alanıma geçmeden önce birkaç hususu ifade etmek istiyorum. Adını bir türlü hatırlayamadığım, hatta defalarca bakmama rağmen isim tutma konusunda ciddi bir sorunum olan bir Alman filozof vardır. Kendisi Yahudi olmamasına rağmen, eşi Yahudi olduğu için toplama kamplarına götürülmüştür. Berlin'in işgali sırasında, toplama kamplarından sağ kalan nadir insanlardan biridir. Bu durum, onun hem Yahudi olmayan bir Alman olarak oradaki varoluş sürecine dair özel bir öyküyü beraberinde getirir. O dönemde kendisiyle çok sayıda röportaj yapılmıştır çünkü birlikte çalıştığı meslektaşları, hatta Almanlar tarafından sahiplenilmemiş, yalnız bırakılmış ve ihanet edilmiştir. Aynı zamanda, başka insanlara karşı işlenen inanılmaz insanlık suçları yaşanmıştır. Ona diyorlar ki "Böylesi bir durumda ne düşündünüz, ne hissettiniz? İnsanlara karşı umudunuzu kaybetmediniz mi?" Hayır, kaybetmedim, diyor. "Peki, nasıl olabilir bu, nasıl kaybetmediniz insanlara yönelik umudunuzu, güveninizi?" O da diyor ki, "Benim umudum ve güvenim tek bir insana yönelik değil çünkü yani A, B C kişisine yönelik değil, insan olma hâline yönelik bir güven, insan olma hâline yönelik bir umut." Yani, değerleriyle, aklıyla, insan olabilen, insan olma hâliyle ilgili ben güven duyuyorum, bu nedenle kaybetmedim, diyor.



Dolayısıyla, sokaklara çıkan gençlerimiz, öngörülebilir, güvenilebilir, adil bir toplum istiyorlar. Birey olarak orada, bu koşullarda var olmak istiyorlar. Bu ciddi biçimde bozulduğu için, buna yönelik artık meşruiyet kalmadığı için, perde yırtılıp alındığı için yani hukukun zerresi bile olmadığı için sokaklara çıkıyorlar. Mine Hocamın söylediği şekilde, bu konuda gölge etmeden yanlarında olmamızı istiyorlar.

Hani şöyle değil: Ah, her şey çok güzel olacak! Olmak zorunda da. Bugün olmayabilir belki ama bunun için de yapabileceklerimiz var her birimizin. Çünkü, meşruiyet kaygı demek. Eğer siz rıza üretemiyorsanız, sürdürülebilirlik sadece baskıyla olabilir, korkuyla olabilir. Korku ve baskı meşruiyet olmaksızın sürdürülebilirliği sağlama konusu her zaman tartışma konusu olmuştur. Nitekim, bakın, o kadar kötü açıklamalar yapıldı. Tutuklananlar ne kadar sonra serbest bırakıldı? Çok da uzun bir süre değil. Aslında atılan bazı adımlara bakarsanız, ilk başta söylenenlerle çok da uyuşmadığını görebiliyorsunuz.

Aslında, bizim, sosyologların, mesleklerimizin ve diğerlerinin bakması gereken yer tam da burası yani buralardan yola çıkarak belki rehberlik etmek ya da yolumuzu buna göre oluşturmak daha olanaklı olabilir diye düşünüyorum. Arayışlarımız doğal olarak devam edecek.

Buradan yapay zekâ meselesine gelirken, ben bir kart point hazırlamadım, evet yazılı çalışmalar yaptık. Son konuşmacıydım, doğal olarak sürenin çok az kalacağını da biliyordum, o nedenle bu süreye göre biçimlendirmeyi... Daha operasyonel bir konuşma, daha kavramsal, öyle olsun istedim.

Yapay zekâ konusunu hepiniz biliyorsunuz, aşinasınız, bazılarınız benden çok daha fazla alana hâkim hatta kullanıyorsunuz da belli ölçülerde, hatta benim ağzımda da kullanıldığını biliyorum ekibim tarafından, görüntüleme alanında bazı işler yapıldığını oradan yola çıkarak diyebilirim. Evet, sağlık alanında belli ölçüde ve diş hekimliğinde yapay zekâ bir süredir kullanılıyor. Bunun gerçekten yararlarını da görüyoruz. Doğru ve giderek bunu yani derin öğrenme dediğimiz, akıl yürütme, sadece belli kodlara göre, belli verileri size sunma, destek olma bakımından değil, bunları yeniden işleyerek bir mantık kurma, bunun üzerinden insan beyninin işleyişine benzer bir işleyişle çıkarım yapma şeklinde bir durumla yüz yüzeyiz ve bu giderek de hızlanıyor, hatta o kadar ki karar mercilerinde yer almaya başlıyorlar. Sağlık alanı dışında mesela Çin'de belli "basit" suçlarda yargıç olarak yapay zekânın kullanıldığını biliyoruz bugün. Böyle bir durumla da yüz yüzeyiz.

Dolayısıyla, böyle bir ortamda şu soru gündeme gelmektedir: Yapay zekâ ne yapacak? Bazı uzmanlar, sağlık alanında yapay zekânın hekimlere ve diş hekimlerine yardımcı, destekleyici bir rol üstleneceğini, karar mekanizmalarında hekimlerin varlığının süreceğini, böylece işlerin kolaylaşacağını ve tanı ile idari doğruluğun artacağını savunmaktadır. Bu olasılık elbette mevcuttur. Ancak diğer bir grup ise, karar verme, tanı koyma ve tedavi önerme süreçlerinin şimdiden yapay zekâ tarafından üstlenilmeye başlandığını, bununla birlikte hekimlerin rolünün giderek yalnızca teknisyenlik ya da uygulayıcılık boyutuna indirgeneceğini ileri sürmektedir. Bu durumun hem hastalar hem de hekimler, özellikle diş hekimleri üzerinde ciddi etkileri olacağı düşünülmektedir.

Peki, bu yapay zekâyı kim yapıyor, kimler yapıyor, nasıl giriyor? Firmalar yapıyor, özel sektör yapıyor genellikle. Üniversitelerde ya da kamusal bazı yerlerde de bu çalışmaların sürdüğünü biliyoruz ama ticari amaçlarla yapılıyor ve firmalar yapıyor. Peki, firmalar bunları yaparken her bir alanın kendine özgü gereksinimlerini, etik değerlerini dikkate alarak kendiliğinden yapar mı? Hedefi bu mudur? Yoksa hedefi en az emekle yatırım, en az emek en az işgücüyle en çok kârı elde etmek midir bütün boyutlarıyla? Bu sorunun cevaplanmasına gerek yok zaten.

Son yıllarda yapay zekanın hızla yayılmasıyla birlikte, bu alandaki risk ve tehlikeler üzerine ciddi çalışmalar yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konuda iki raporu vardır; en güncel olanı 2024 yılına aittir. Bu raporda, sağlık alanında yapay zekanın kullanımına ilişkin altı temel kriter belirtilmiştir. Bunlardan biri, insan odaklı olması, yani insanın özel durumlarının korunmasıdır. Ayrıca yapay zekanın açık ve hesap verebilir olması gerekir; yani hangi verilere dayandığı ve hangi mantıkla bu sonuca ulaştığı açıkça ortaya konabilmelidir. Nasıl bir algoritması olduğu bilinmeli. Hastalar ve hekimler de gerekçesini, bu sonuca nasıl vardığını bilebilmeli ve denetleyebilmeli. Sürdürülebilir olmalı. Ne demek? Yani doğal olarak çevreye her kullanılan teknolojinin etkileri var. Hepimizin, yeryüzünün kaynakları, varlıkları kullanılıyor. Gerçekten bu ne oranda kullanacak; elektrik tüketiminden tutun, o malzemelerin inşası, yapılması, mevcut kullanımların çöpe atılması şeklinde unsurlar var. Bunların etkisi ne olacak? Gerçekten biz bunu kullandığımızda bütün bunlara değecek mi? Yani mevcut uygulamalara göre daha ekonomik olacak mı, daha az kaynak kullanacak mı? Aynı zamanda etik değerler ve hukuksal kurallara tam olarak uyacak mı? Bunun bir güvencesi var mı?

Sonuç olarak, işe tasarım süreci başlamadan önce şunu sormamız gerekiyor: Nasıl bir sistem tasarlamak istiyoruz? Bu sistemi hangi verilerle eğiteceğiz? Veriler



nasıl işleyecek, nasıl karar verecek? Toplanan veriler, tüm toplumu; dezavantajlı grupları, yaşlıları gerçekten temsil ediyor mu? Veriler sağlıklı mı? Kimse dışlanacak ya da damgalanacak mı? Bunu gerçekten denetleyebilecek miyiz? Daha da önemlisi, bir sorun çıktığında sorumlusu kim olacak ve kim yaptırıma uğrayacak?

Bütün bu kriterlere baktığımızda, şu anda kullanılan yapay zeka sistemlerinin hiçbirisi bu ölçütleri karşılamıyor. Özellikle büyük ölçekli olanlar kapalı ve denetlenebilir değil. Nasıl çalıştığını, hangi verileri kullandığını ve kararlarının dayandığı süreci bilmiyoruz. Ayrıca, yapılan hatalardan dolayı kimse sorumlu tutulmuyor; böyle bir düzenleme yok. Sorun çıktığında şirketlere yaptırım uygulanmıyor, denetim mekanizması bulunmuyor. Bu yüzden ciddi bir riskle karşı karşıyayız.

Peki ne yapılmalı? Burada "teknoloji gelişmesin" gibi bir tartışma yok. Ancak teknoloji gelişecekse, insanlığı ve sürdürülebilir bir dünyayı göz önünde bulundurarak ilerlemeli. Bir sorun çıktığında süreç şeffaf, denetlenebilir olmalı; ilgili kişiler de sorumluluğunu üstlenmeli ve gerekli yaptırımlar uygulanmalı. Böylece aynı sorun tekrar yaşanmasın ve sağlıklı bir süreç işletilebilsin.

Kim yapacak? Bunun için normlara ihtiyacımız var, bunun için kuruluşa ihtiyacımız var, sistemlere ihtiyacımız var. Bu konuda dünyada şu anda güncel ve gelişmiş kararların alındığı yer Avrupa Birliği Parlamentosu, bu konuda bir yasa kabul ediyor. 2025 yılının şubat ayında da bir yönetmelik yayımlanmış durumda. 2025 yılının ağustos ayında da bu firmalara, yapay zekâ üretecek firmalara ilişkin yaptırımların olduğu, sürecin de daha detaylı tanımlandığı bir düzenlemenin yürürlüğe gireceği söyleniyor.

Şimdi, orada, özetle bir kere yapay zekânın kullanılacağı alanlar belirlenip risk gruplarına ayrılmış. Mesela, bazı konularda asla yapay zekâ kullanımı yapılamaz, deniliyor. Mesela insanları dış görünüşlerine, duygularına, kökenlerine göre ayıracak, değerlendirilecek işlemler yapılamaz. Ne yazık ki, bu tür uygulamalar özellikle İsrail kaynaklı birçok projede kullanılıyor. Bunlar yapılamaz, diyor. İnsan haklarını ihlal eden alanlarda yapay zekâ uygulamaları yapılamaz. Yapılırsa ne olur? Ciddi yaptırımlar olması gerek. İki: Yüksek riskli alanlar var diyor. Mesela, eğitim ve sağlık hizmetleri yüksek riskli alanlardan. Dolayısıyla, yüksek riskli alanda bir yapay zekâ uygulaması geliştirilecekse önceden izin alınmalı, etik bir kurul oluşturulmalı. Bu kurulun başında, doğrudan o alanla ilgili belirlenmiş katılımcılar, uzmanlar olmalı, çok disiplinli olmalı. Etik onaydan geçmeli. Mesela sağlık alanında, sağlık hizmetlerinde klinik araştırmalar, yeni bir cihaz, yeni bir teknoloji, yeni bir tedavi yöntemi, yeni bir ilaç kullanıma sokacaksanız, buna ilişkin araştırma metodları, etik süreçler, izin,

akran denetimi, bunların yayımlanması, tartışılması şeklinde tanımlanmış süreçler var. İşte, yapay zekâ alanında da tam böyle bir sürecin işletilmesi gerektiğini söylüyor. Ancak ondan sonra yani söylenen, bir kere açık olmalı, kaynak konuları açık olmalı, denetlenebilir olmalı, verileri, verilerinin nasıl alındığı, işlendiği denetlenmeli. Bu etik onaylardan sonra, insan merkezli olduğu, sürdürülebilirlik ilkesine uygun olduğu ve yararlılık ilkesi ve karşılığı dikkate alındığında, buna izin verilebilir ve bu yapay zekânın bütün süreci boyunca da bu ilkeler aranmaya devam edilmeli, denetlenmeye devam edilmeli, diyor.

Dünyada bu konuda birkaç şey daha söyleyebiliriz. Örneğin, Avrupa Birliği'nde özellikle tıbbi cihazlarla ilgili olarak açıklık, şeffaflık ve insan odaklılık gibi bazı ilkeler benimsenmiştir. Amerika'da ise henüz genel bir düzenleme bulunmamaktadır; ancak bazı eyaletlerde yeni düzenlemeler kabul edilmeye başlamıştır. Japonya'da yapay zekâ kullanımına dair bir kılavuz mevcuttur. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), çocuklarla ilgili yapay zekâ uygulamalarında aranacak kriterlere yönelik çalışmalar yürütmektedir. OECD (Organisation for Economic Co-Operation and Development) ise şirketlere yönelik bir kılavuz hazırlamıştır. Ancak bu alandaki düzenlemeler hâlâ gelişme aşamasındadır.

Ancak bu yapay zekâ uygulamalarının sınır aşan bir boyutu da bulunmaktadır. Avrupa Birliği, kendi üye ülkelerinde bu uygulamaları zorunlu kılmakta ve bu standartlara uymayan ürünlerin kendi ülkelerinde kullanımına izin vermemektedir. Yani, bir yapay zekâ uygulaması üretilmediği veya Avrupa Birliği standartlarına uygun olmadığı takdirde, o bölgede kullanımı engellenmektedir. Ancak, Avrupa Birliği dışındaki ülkelerde bu tür düzenlemeler henüz tam anlamıyla uygulanmadığı için, bu alanda önemli bir boşluk bulunduğunu söylemek gerekmektedir.

Birleşmiş Milletlerin önemini biliyoruz, dünyada devletlerin üye olduğu ortak yapımız Birleşmiş Milletler. Filistin, İsrail saldırısı ve savaşı sürecinde yaşananları, insanlık dramını biliyoruz. Bugün için çok uygun bir mekanizma olarak görünmüyor. Ancak, gerçekten şuna ihtiyacımız var: Dünyada bu anlamda bir mekanizmaya ihtiyacımız var. Öyle bir mekanizma ki, bize belli alanlarda, kritik alanlarda uygulamaya giren yapay zekânın hangi sistemden geçerek kullanılmaya başlandığını, buna ilişkin bilgileri, bir sorun olduğunda bunların yasaklandığını, kullanılmaması gerektiğini, hangi sorunların ortaya çıktığını da bizim bilebilmemiz gerekmektedir şeffaflık açısından da, ayrıca, kendi adımıza karar verebilmek için.

Şimdi, yapay zekâyla ilgili her şey güzel ve faydalı olabilir; ancak sağlık alanında en önemli tartışma konusu şu: Hasta ile hekim arasındaki ilişki. Türkiye'nin de taraf



olduğu biyoloji ve tıbbın uygulanmasına dair bir sözleşme var. Bu sözleşmede, insan onuruna uygun bir şekilde sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastanın aydınlatılması ve karar verme hakkının güvence altına alınması gerekiyor. Peki, hasta gerçekten nasıl aydınlatılacak? Üstelik bu aydınlatma, hastanın kültürel özellikleri, içinde bulunduğu durum, yaşı ve anlama yeteneği göz önünde bulundurularak yapılmalı. Gerçekten bilgilendirilmiş onam ve özel bir onay sürecinin sağlıklı işlemesi için hekimin rolü kesinlikle bir teknisyene dönüşmemeli. Yani, yapay zekâ uygulamalarında hekimin insan olarak kalabilmesi, denetimi sağlaması ve bu sürecin insani yönünün korunması için bu denge mutlaka korunmalıdır.

Burada oldukça fazla detay var ama yorulduk, dediğim şekilde süremiz de azaldı. Ben hemen bitireceğim sunuşumu. Ama, hem raporlarımız çıktığında hem sonrasında tartışıyor olacağız.

Biz ne yapabiliriz bu süreçte? Türkiye'de henüz bir yasal düzenleme yok. İki gün önce Mecliste, Ekim ayında kurulmuş bir Meclis araştırma komisyonu var, yapay zekâ konusunda. İki gün önce bir ay daha uzatıldı Meclis araştırma komisyonunun çalışma süresi. Onlar nasıl çalışıyor bilmiyoruz henüz. Ama yapılan açıklamalardan şunu biliyoruz: Avrupa Birliği'nin düzenlemeleri bir biçimde regüle edilecek, bize gelecek. Şimdi, daha önceki Avrupa Birliği düzenlemelerinin kişisel veriler alanında nasıl regüle edildiğini biliyoruz. Bu sürecin en önemli sorunlarından bir tanesi de kişisel veriler yani hastaların kendi verileri üzerinden sahip olması, kişisel verilerinin istediklerinde silinebilmesi sistemden, kayıtlarının kendi kontrolleri altında olması çok önemli. Bunu henüz Türkiye sağlamış değil. Mesela, kişisel veri silme olanağı Türkiye'nin mevzuatında yok, o da bizim ayrı bir çalışma konumuzu oluşturuyor, yargılama konusu oluyor. Böyle bir düzenleme yok. Yapay zekâ açısından bu da çok kritik.

Bütün bunlarla birlikte bizim herhâlde yapabileceğimiz, Ankara Dışhekimleri Odasının da bu alanı bir çalışma grubunun faaliyet alanı hâline getirmek bence çok iyi bir şey. Biz, sağlık alanında yapay zekâ kullanımının hangi ilkelere uygun olarak nasıl bir süreç sonunda gerçekleştirilmesi, nasıl denetlenmesi ve yaptırımlarının nasıl olması gerektiği, hekimlerin, diş hekimlerinin, diğer meslek mensuplarının ve toplumun örgütlerinin, bağımsız kurumların bu süreçte nasıl bir rol üstlenmesi gerektiğini tanımlayarak ve bunu talep ederek ve bunu da daha çok görünür kılarak herhâlde bu süreçte görevimizi yerine getirebiliriz diye düşünüyorum.

Çok teşekkür ederim.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Ziynet Hanım, çok teşekkür ediyorum.

Çalışma gruplarından birinde, bu konuda çalışma yapıldı.

Bu soruyu sormaktaki amacım da, yapay zekânın yaşamı kolaylaştırma, maliyetleri düşürme ve tasarruf sağlama potansiyeline dikkat çekmekti. Bu alandaki eksikliklerin ve olumsuz yönlerin neler olabileceği konusunda farkındalık yaratmak adına çok değerli katkılar sundunuz.

Ziynet Hanım, Ankara Dişhekimleri Odası olarak uzun yıllardır birlikte çalıştığımız bir hukukçudur. Sadece hukuki birikimiyle değil, aynı zamanda felsefi perspektifiyle de çalışmalarımıza önemli katkılar sunmuştur. Bu anlamda da Ankara Diştabipleri Odası adına çok teşekkür ediyorum. Avrupa Hukuk Müşavirliğimizden üç arkadaşımız da burada, Sevgili Semra, Sevgili Hazal, Sevgili Tarık da burada. Onlara da ayrı ayrı teşekkür etmek istiyorum, onlar da çalışma gruplarında bize katkı sundular.

Öğrencilerimizle ilgili konuştuk. Bir bilgi vermek isterim, belki de bilginiz vardır. Denizli Oda Başkanımızın oğlu serbest bırakıldı. Bilgisi olmayanlar için haber vermiş olayım.

Süremizi de tamamladık.

Size, katkılarınız için çok teşekkür ediyorum ayrı ayrı.

Sayın Hocam, söz istiyorsunuz sanıyorum.

Buyurun.

Dr. Diş Hekimi F. SERHAT ÖZSOY (Ankara Dişhekimleri Odası Geçmiş Dönem Başkanı) – Eğitimle ilgili bazı rakamlar daha verecektim, unuttum.

Şimdi, bir diş hekimliği fakültesi düşünelim. Bu fakülte 2011 yılında açılmış, 2011 – 2012 yılında eğitim öğretim faaliyetlerine başlamış. Bir diş hekimliği fakültesi. Bu fakülte 2016 yılında da ilk mezunlarını vermiş. 2013 – 2014 yılında, yani öğrenciler kliniğe geçtiği zaman, bu fakültede kaç tane öğretim görevlisi bulunması gerekmektedir? Kaç profesör vardır, kaç doçent vardır? Evet. Bu fakültede profesör sayısı sıfır, doçent sayısı 2 dir. O dönem yardımcı doçentlik olduğu için, 17 yardımcı doçent varmış. Sonra, fakültedeki eğitimi YÖK çok beğenmiş, o dönemde 87 olan öğrenci kontenjanını bir anda 2019 – 2020 öğretim yılında 111'e artırmış. Demek ki eğitim kadrosu bir anda iki katına çıkmış olması lazım. Peki, bu fakültede kaç profesör vardır? Halen yoktur. Doçentin biri de ayrılmış, o da arkadaşımı ayrılmış.



Demek ki sadece bir doçent var ve 22 tane doktor öğretim görevlisi yani eski ismiyle yardımcı doçent. Peki, kaç tane araştırma görevlisi var? 66. İşte biraz önce bahsetmiş olduğum, herhangi bir doçente, profesöre temas etmeden uzmanlığını alıp, sonra aynı fakültede araştırma görevlisi olan meslektaşlarımız böyle ve bunun şeklinde birçoğları var. Ama vermiş olduğumuz bu sayılarla ilgili sıkıntıyı yaratan tabii siyasi erk diyebilirim. Türkiye'nin en büyük üniversitelerinden bir tanesi Ankara Üniversitesi. Ankara Üniversitesinde 57 profesör, 10 doçent, 11 doktor öğretim görevlisi var. Bu seneki kontenjanı 175. Ankara'da, Sayın Sağlık Bakanımızın, eski sağlık bakanımızın üniversitesi –öyle söyleyeyim– 1 profesör, 1 doçent, 21 doktor öğretim görevlisi var, kontenjanı 172. Yani Ankara Üniversitesiyle aynı.

İşte, gelmiş olduğumuz nokta, paranın özel sisteme aktarılması üzerine tamamen kurgulanmıştır.

Teşekkür ediyorum.

BİR KATILIMCI – Çok özür dileyerek bir katkıda bulunabilir miyim?

Ben de bir örnek paylaşmak istiyorum: Sadece profesör, doçent veya öğretim görevlisi olarak sınıflandırmayalım, branş olarak baktığımızda, 2011 yılında bir fakülte açılacağı zaman, 8 anabilim dalında da en az 1 öğretim üyesi olmasını önkoşul koyuyordu, açtırtmıyordu. Ama günümüzde bırakın açılmasını, süreçte eğitimi verirken bile 8 anabilim dalında eksik öğretim üyesi olabiliyor örneğin, ortodonti eğitimi pedodonti anabilim dalı üstlenebiliyor veya protez eğitimi restoratif anabilim dalı üstlenebiliyor. Bu daha dramatik. Hani profesörü, doçenti geçtik, 8 anabilim dalında birer öğretim üyesi bile olmuyor.

Dr. Diş Hekimi F. SERHAT ÖZSOY (Ankara Dişhekimleri Odası Geçmiş Dönem Başkanı) – Hocam, 11 fakültenin dekanı diş hekimi değil şu anda. Bunlar ziraat fakültesinden mezun, ziraat fakültesinden gelenler var, tıp fakültesinden gelenler var, veteriner hekimler var ama diş hekimi bununla birlikte yok.

BİR KATILIMCI - Bir katkı daha yapmak istiyorum.

800'e yakın anabilim dalından 400'ü kapandı hoca eksikliği yüzünden.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Teşekkürler.

Buyurun Hocam.

BİR KATILIMCI – Öncelikle tüm konuşmacılarımıza teşekkür etmek istiyorum

ve katılımcı meslektaşlarımıza. Bugün, sorunlarımızı siz de sorun edinip burada olduğunuz için mutluluk duyuyoruz.

Kelimelerle ilişkilerimi beni yakın tanıyanlar bilir, Türkçemize de kelimelerin etimolojisine çok önem veririm, araştırma imkânım oldukça da araştırırım. Hekim ne demek? Hepimiz kullanıyoruz, alternatifi olan doktorluk başka dillerden girmiş. Hekim, hikmet sözünden Arapça'dan uyarladıklarımızdan bir tanesi. Hekim, Hâkim ve Hakem aynı kökünden devam eden kelimeler. Peki, anlamı ne demek? Karar veren, son sözü söyleyen, güvenilen kişi. Hâlâ, her şeye rağmen, belki de o kökü o kadar sağlam ki, bize her türlü muameleye rağmen meslekler onurlarını, en azından hakkıyla bu durumda devam ettirmeye çalışıyor. Biz hekimler olarak, diğer ikisini ayırt edelim, içlerinde çok değerli arkadaşlarımız, büyüklerimiz olmasına rağmen, biraz daha galiba bu kelimenin anlamını hakkıyla yerine getirenlerdenim.

Neden bunları söyledim? Değerli Tabip Odası Başkanımız söyledi, bütün konuşmacılar alt metinlerinde ve üst metinlerinde, Başkanımız konuşmasında da dile getirdi. Acaba bütün yönetim olarak hikmetimizi yani bilgeliğimizi kaybettiğimiz için mi bu aşamadayız, tüm sorunlar bundan mı kaynaklanıyor? O bilgiye akıl ve bilim eşlik etmedikçe, bilimi biz sadece... İnsanı diğer tüm canlılardan ayıran temel özelliklerden biri, bilinç sahibi oluşudur... Vicdanımız olmadan acaba bir yere gelebilir miyiz? Yapay zekâ bunun neresindedir? Ve bütün bu değerler olmadan acaba biz insan olarak, ne olursak olalım, insan olmadıkça başka bir şey olabilir miyiz? Umarım öncelikle biz insanlığımıza geri dönüş yaparız. Gururla önünde duruyoruz "Bütün ümidim gençliktedir" demiş boşuna dememiş. O yüzden de belki tekrar... güzel günleri görene kadar, biz kendi branşımızda çalışmaya devam edeceğiz. Emek veren herkese çok çok teşekkür ediyorum.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Çok teşekkür ediyorum.

BİR KATILIMCI – Efendim, şimdi 11.700 bizim bir senedeki diş hekimi mezunumuz. Ben Almanya'yı inceledim, 58 diş hekimliği fakültesi var ve 1.800 ile 2.000 civarında. Bazı seneler ise 1.550'ye kadar düşüyor. Aldıkları öğrenci sayısı 25'le, 35 arasında. En fazla alan diş hekimliği fakültesi Hamburg, bir tane, o 48 kişi alıyor yılda.

Ben şunu merak ediyorum: Yakında 50 bin kişi daha piyasaya gelecek diş hekimlerimizden. Şimdi, Eczacılar Birliği bir karar aldı ve her tarafa eczane açılmıyor yani Meşrutiyet Caddesinde yan yana ikinciyi, üçüncüyü açamıyorlar ama eski eczacılara bir hak verdiler, öyle bir hak var, öyle bir durum var. Bizim diş hekimleri birliği, Diş hekimleri Odası acaba bu hususta bazı yöntemler deneyemez



mi, bunu Bakanlığa sunamaz mı? Mesela, benim bulunduğum bölgede, Meşrutiyet Caddesinde 500 diş hekimi var.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Efendim, toparlarsanız, öğleden sonra da çalışmaya devam edeceğiz.

BİR KATILIMCI - Burada Almanya kontenjanına göre 4 diş hekimi olması lazım. Bunları yayma yönünde bir durum olabilir mi? Onu sormak istedim.

MODERATÖR (SERKAN ER) – Çok teşekkür ediyorum.

Bu pozisyona düşmekten üzülüyorum ancak çok da seviniyorum, dün da aynı şey oldu, sabah 10'da toplanmıştık. Saat 5'te hâlâ çalışmak istiyorlar, ben gitmek zorunda kaldım. Ancak o çalışma isteği ve arzusu çok güzel. Burada da aynı şekilde. Ben mümkün olduğu kadar az konuşmak istiyorum ki siz konuşun, konuşmacılarımız konuşsun biz adına. Sessiz kalmaya ve daha çok size söz vermeye gayret gösterdim. Kusura bakmayın böyle araya girerek sözünüzü kesmek zorunda kaldım. Öğleden sonraki oturumlarda konuşmaya devam edeceğiz.

Eczane ve diş hekimliği alanı tam olarak örtüşmüyor. Eczane örneğinde hizmet alımı söz konusu, Sağlık Bakanlığından hizmet alımı söz konusu olduğu için, Sağlık Bakanlığı şunu yapabilir, hizmet alınacağı noktada bölgeleri belirleyebilir ama serbest alanda özel çalışanlar, biz için bir hizmet alımı söz konusu değil. Dolayısıyla, hizmet alımı söz konusu olduğunda koşul ve gereklilikler bölgelere göre sınıflandırılmaktadır. Bu nedenle ben, mevcut koşullarda klinik açmış olabilirim; ancak başka bir meslektaşımın, hizmet alımı yapılmayan bir dönemde aynı bölgede klinik açmasının engellenmesi, fırsat eşitliği ve mesleki özgürlükler açısından uygun bir yaklaşım olmayacaktır. Bu noktada sözlerimi sonlandırmak istiyorum.

Yönetim Kurulu Üyemiz Sevgili Aktan'a söz vermek istiyorum.

AKTAN ÇELİK (Ankara Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu Üyesi) – Teşekkür ederim.

Çok kısa iki konuya değineceğim. Bir tanesi yapay zekâyla alakalı.

Bazen gerçekten çok ürkütücü oluyor bu, hepimiz için, tüm insanlık için yapay zekânın gelişimi ama bir yandan da yapay zekâ süreçleri ilerlerken, süreçler kendi kurallarını koyuyorlar. Mesela şu anki teknolojide bir yolcu uçağını buradan kaldırıp Amerika'ya hiçbir pilotaj olmadan, tamamen yapay zekâ destekli olarak indirmeniz mümkün. Ama hiç kimse pilotsuz uçağa binmeyeceği için o durumda kalmak

zorunda kalacak. Hekim de bence yapay zekânın merkezinde, önünde duracak, en azından çok uzun bir süre.

İkinci olarak da, burada toplanıp mesleğimizin geleceği açısından endişelerimizi konuşuyoruz, yapılanları, yapılacakları, yapılabilecekleri. Bunu gençler için yapıyoruz ama şu anda aramızda bununla birlikte parmak sayısını aşmayacak kadar... Şu anda buradaki yaş ortalaması 45 – 50 arasında burada. Bu da çok üzücü. Bunu da ayrıca düşünülmesi gereken bir husus olarak kayıtlara geçmesini arz ediyorum.

Teşekkür ederim Başkanım

MODERATÖR (SERKAN ER) – Teşekkürler.

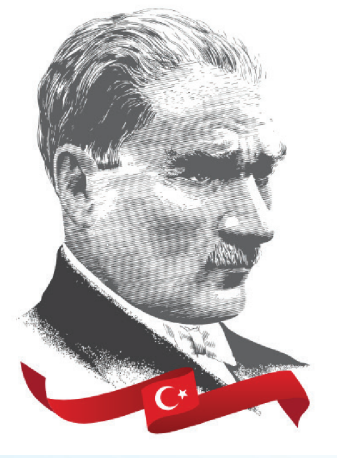
Bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirmek isterim. Şu anda saat 12.48. Öğle yemeğimiz giriş katta olacak. 1 saat sonra yani 13.45'te burada taslaklar, raporlar üzerinde tartışmaya başlayacağız moderatörlerimizin eşliğinde. Her birine ayrı ayrı teşekkür etmek istiyorum.

Serhat Hocam, Cavit Hocam ve Ziynet Hanım zaten çalışma gruplarında oldukları için onların takdimini en sona bırakarak, Ankara Tabip Odası Başkanı Mine Hanım'a plaket takdim etmek istiyorum izninizle.

Teşekkür ediyorum tekrar



ÇALIŞTAYDAN FOTOĞRAFLAR



ANKARA
DİŞHEKİMLERİ ODASI
DİŞHEKİMLİĞİ ÇALIŞTAYI'NA

HOŞ GELDİNİZ

13 NİSAN 2025













ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI DİŞHEKİMLİĞİ ÇALIŞTAYI

12-13 Nisan 2025

"Dişhekimliği: Eğitimden Sahaya, Geleceği İnşa Etmek"















ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI DİŞHEKİMLİĞİ ÇALIŞTAYI

05336900842



@ankaradishekim

<https://t.me/ankaradishekimleriodasi>



ankaradishekimleriodasi

<https://www.linkedin.com/in/ado-ankara>



ankaraDishekimleriOdasi

<https://linktr.ee/ADOhaber>



ankaraDishekimleriOdasi



ZİYA GÖKALP CAD. NO:37/14
KIZILAY – ÇANKAYA / ANKARA

TEL: 0312 435 90 16 | E-POSTA: info@ado.org.tr

FAX: 0312 435 80 28 | WEB: www.info.ado.org.tr