

HEKİM



BİRLİĞİ



HEKİM BİRLİĞİ SENDİKASI

**KAMU DİŞHEKİMLİĞİNDE
HAKKIYLA GÖREV ÇALIŞTAYI**

17-18 ARALIK 2022



www.hekimbirlikksen.org

HEKİM



BİRLİĞİ



17 ARALIK 2022 CUMARTESİ

SAAT: 09:00 – 12:30 13:30 – 18:00

1. MASA

- MHRS ÇALIŞMA ŞEKLİ VE CETVELİ İLE İLGİLİ ÖNERİLER
- RANDEVUSUNA GEÇ GELEN/GELMEYEN HASTALAR
- AYAKTAN HASTA YÜKLEMESİ

2. MASA

- ACİL KAVRAMI
- 00.00 SONRASI NÖBET VERİMLİLİĞİ VE GEREKLİLİĞİ
- NÖBET ÜCRETLERİ

3. MASA

- İŞ KALİTESİNDE YAŞANILAN DÜŞÜKLÜĞÜN SEBEPLERİ
- MESLEK HASTALIKLARI
- GEÇİCİ GÖREVLENDİRMELER VE İDARECİ MOBİNGİ

4. MASA

- 1. BASAMAK KORUYUCU DIŞ HEKİMLİĞİ
- AİLE DİŞHEKİMLİĞİ
- ETİK ÇALIŞMA VE DENETİM MEKANİZMALARI

5. MASA

- PEDODONTİ-ENDODONTİ-TEDAVİ-ORAL DİAGNOZ VE RADYOLOJİ ÇALIŞMA ŞEKİLLERİNİN BELİRLENMESİ
- YEŞİL ALAN SEVKLERİ İLE İLGİLİ YAŞANILAN SIKINTILAR

6. MASA

- CERRAHİ-PERİODONTOLOJİ-ORTODONTİ-PROTEZ ÇALIŞMA ŞEKİLLERİNİN BELİRLENMESİ
- YEŞİL ALAN SEVKLERİ İLE İLGİLİ YAŞANILAN SIKINTILAR

7. MASA

- 3. BASAMAK ASİSTAN HEKİMLERİN YAŞADIĞI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

8. MASA

- 3. BASAMAK AKADEMİSYEN HEKİMLERİN YAŞADIĞI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

16.50-17.50

- SAĞLIK KOOPERATİFLERİ VE DİŞHEKİMLİĞİ (DT. FARUK YANIK) SUNUM

18 ARALIK 2022 PAZAR

09:30

- KONULARIN KRİTİĞİ VE TARTIŞMA

13:30

- KAPANIŞ VE TEŞEKKÜR

www.hekimbirlikksen.org

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	3
BİZ KİMİZ?	4
DİŞ HEKİMLERİ İÇİN 1 YILDA 10 HEDEF	5
BAŞKANIN MESAJI	6
ÇALIŞTAY SUNUŞU	7
17-18 ARALIK 2022 KAMU DİŞHEKİMLİĞİNDE HAKKIYLA GÖREV ÇALIŞTAYI	8
MASA ÇALIŞMA PLANI	8
KATILIMCI LİSTESİ	9
MASA 1	10
MHRS	10
MASA 2	12
ACİL KAVRAMI, GECE NÖBET VERİMLİLİĞİ ve GEREKLİLİĞİ	12
MASA 3	16
İŞ KALİTESİNDE YAŞANAN DÜŞÜKLÜĞÜN SEBEPLERİ, MESLEK HASTALIKLARI, GEÇİCİ GÖREVLENDİRMELER ve İDARENİN MOBBİNGİ	16
MASA 4	19
HALK SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU	19
MASA 5	21
UZMAN DİŞHEKİMLERİ TALEP ve ÖNERİLERİ	21
MASA 6	27
AKADEMİDE GERÇEKLİK (SORUNLAR) ve BEKLENTİLER (ÇÖZÜMLER)	27
DİŞHEKİMLİĞİNDE ÇALIŞMA SÜRELERİ	31
ÖZLÜK HAKLARI TALEPLERİMİZ	37
HEKİME YÖNELİK ŞİDDETİN ÖNLENMESİ ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	38
HAKKIYLA GÖREV	42

BİZ KİMİZ?

Hekim Birliği; SAHADA ÇALIŞAN HEKİMLERİN alıőma ve mesleki sorunlarına ilişkin, BAĞIMSIZ hak ve menfaat mücadelesi arayıőıyla doęmuőtur.

Hekim Birliği, siyasi-ideolojik bir amaç gütmeden hekimlerin hak ve menfaatlerini korumak için, HEKİMLİK MESLEğİ İÇİN, HEKİMLER İÇİN, HEKİMLER TARAFINDAN kurulmuőtur.

Biz kurucu üyeler de siyasi veya ideolojik amaçları olmayan, sahada alıőan SİZ(BİZ) hekimler gibi sorunlarımıza çözüm arayıőı içerisinde bu mücadele yolunu amaya çalışan, hepimizi bir araya getirmeye çalışan hekimleriz.

Hekim olarak ben bir sendika kursam őunu yapardım, ben bir karar alsam bunu alırdım dediğimiz yerde biz varız.

Bu nedenle sahadan doğan BİZ HEKİM BİRLİğİ ASLINDA SİZ HEKİMLERSİNİZ.

"Gelin Birlik Olalım"



www.hekimbirlikksen.org

HEKİM BİRLİĞİ

DİŞ HEKİMLERİ İÇİN 1 YILDA 10 HEDEF

Hekim Birliği olarak kamuda çalışan Diş Hekimlerinin sorunlarını, Sağlık Bakanlığı, TBMM Sağlık Komisyonu ve özellikle hekim milletvekilleriyle sürekli görüşerek çözmeye çalışacağız. Ayrıca basın ve sosyal medya açıklamalarıyla, STK'larla ortak çalışma çıktılarıyla ve iş bırakmalarla, eylemselliği sonuna kadar sürdüreceğiz.

Bu doğrultuda kamuda çalışan Diş Hekimleri için 1 Yılda 10 Hedef belirledik:

- 1- Temel ücret ve maaşların, Hekim Birliği'nin ilan edeceği miktarda, tek kalemde ve merkezi bütçe tarafından ödenmesi,
- 2- 5434 sayılı Kanun değişikliğinden kaynaklanan emekliliğe yansıyacak ağır kayıpların bertaraf edilerek 7.600 ile 10.800 arası ek göstergenin verilmesi,
- 3- Performans sisteminin; hekimler arasında yarışmacı olamayacak şekilde, sınırları belirlenmiş biçimde ve hekim yararına düzenlenerek, performans dayalı ek ödemenin toplam ücret içindeki oranının düşürülmesi,
- 4- Devlet hastanelerinde çalışan diş hekimlerinin performans katsayılarının artırılması,
- 5- Dişhekimleri ve doktorlu dişhekimlerinin taban ödeme katsayıları artırılmalıdır. Tüm dişhekimlerinin ,Uzman dişhekimlerinin ve doktorlu diş hekimlerinin kadro unvan sayıları en düşüğü 2 olacak şekilde artırılmalıdır.
- 6- Sınırsız ve ayakta hasta bakılması uygulamalarının kaldırılması ve hekimlerin kendi düzenleyebilecekleri makul MHRs randevu sayıları (en fazla 12 randevu) ile çalışılması,
- 7- Klinik ve invazif bir branş olan diş hekimliğinde klinik yardımcı sağlık personeli olmadan çalışmasına son verilmesi ve her hekime bir klinik yardımcısı atamasının yapılması,
- 8- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde gece Nöbeti uygulamasının kaldırılması,
- 9- Yetersiz klinik ekipmanla çalışma , kalitesiz malzemeler ile tedaviye yapmaya zorlanma ve ihale diş protez laboratuvarlarının hizmet kalitelerinin artırılması ve gerekirse anında ihale iptalleri uygulanması,
- 10- Güvenlik görevlilerinin sayılarının ve yetkilerinin artırılarak etkin güvenlik hizmeti sağlanması ve kurum girişlerinin kontrollü olarak yapılması.



BAŞKANIN MESAJI

Diş ve Tıp Hekimleri, Hekimlik ortak paydasında birleşmektedir. Bu sebeple Diş veya Tıp Hekimi Meslektaşlarımızı herhangi bir ayrıma gitmeksizin, tek bir çatı altında Birlik olmaya davet ediyoruz.

Hekim Birliği ailesi olarak, Afyonkarahisar’da düzenlediğimiz Aile Hekimliği Çalıştayımızdan sonra ikinci Hekimlik Çalıştayımız olan Diş Hekimliği Çalıştayını Diyarbakır’da düzenlemenin heyecan ve haklı gurunu yaşıyoruz.

Hekimlik Çalıştaylarımız ile Hekimlerin, çalışma şartlarından ve mesleki sebeplerden kaynaklanan sorunlarını tespit ederek, bu sorunların giderilmesine yönelik çözüm arayışları amaçlanmaktadır. Bu sebeple Hekimlik Çalıştaylarımız, çeşitli alanlarda devam edecektir.

Çalıştaylarımız ile elde edilen sonuç ve öneriler, rapor haline getirilmektedir. Bu Çalıştay Raporlarımız, gereğinin yapılabilmesi amacıyla başta TBMM olmak üzere Cumhurbaşkanlığı, Sağlık Bakanlığı, YÖK ve ilgili meslek örgütleri, dernekler ve sendikalar gibi kamu kurum ve kuruluşlarına gönderilmektedir.

Ayrıca Çalıştay Raporlarımız, her fırsatta arzu ettiğimizi dile getirdiğimiz ve hazırlık çalışmalarına başladığımız Hekimlik Kanunu için temel bir dayanak teşkil etmektedir.

Birlik olmak yolunda emeği geçen tüm Meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Hatice ÇERÇİ BALCI
Hekim Birliği Sendikası
Genel Başkanı

ÇALIŞTAY SUNUŞU

Hekim Birliği Sendikası mesleği hakkıyla ve layıkıyla yapmaya azami özen gösteren, etik çalışmayı özümsemiş ilkeli hekimlerden oluşmaktadır. Bu konuda sendikamız üyesi olan veya bu vasıfları taşıyan hekimlerin katılımlarıyla 17 ve 18 Aralık 2022 tarihlerinde Diyarbakır'da “*Kamu Dışhekimliği'nde Hakkıyla Görev Çalıştayı*” gerçekleştirilmiştir.

Kamu Dışhekimliği'nde Hakkıyla Görev Çalıştayımızın amacı ülkemizde kamuda hakkıyla dışhekimliği hizmeti sunulabilmesi için gerekli şartların neler olduğunu belirlemek ve Sağlık Bakanlığı'ndan maddi ve manevi gerekli şartların oluşumunun sağlanmasını talep etmektir.

Bu çok değerli Çalıştayımız, 29'u dış katılımcı olan ve 3 Profesör Dışhekim, 1 Doçent Dışhekim, 9 Uzman Dışhekim, 4 Uzman Hekim, 29 Dışhekim ve 2 Avukat olmak üzere toplam 48 katılımcıyla gerçekleşmiştir.

Tüm aktif katılımcılara ve mazeret sebebiyle aramızda olamayan fakat dışardan desteğini esirgemeyen Kamu Dış Hekimleri Derneği (KADHED) Başkanı Sayın Dt. Necat DİLAVER'e sunduğu katkılar sebebiyle teşekkür ederiz.

Dt. Özgür ÖZ
Hekim Birliği Sendikası
Basın ve Eğitimden Sorumlu
Genel Başkan Yardımcısı

17-18 ARALIK 2022 KAMU DIŞHEKİMLİĞİNDE HAKKIYLA GÖREV ÇALIŞTAYI

MASA ÇALIŞMA PLANI

Çalıştayın en fazla 50 katılımcı ile gerçekleşmesi planlanmaktadır.

Her masanın biri raportör olmak üzere toplam 8 katılımcı ile çalışması düşünülmektedir. Bu şekilde toplamda 6 çalışma masası olacaktır.

MASA 1 :

- MHRS Çalışma Şekli ve Cetveli ile ilgili Öneriler - Randevusuna geç Gelen/Gelmeyen hastalar - Ayaktan hasta yüklemesi - Eş zamanlı, Geç randevu (gün içinde farklı saatlere alınabilen), Ek randevu v.b. durumlar

MASA 2 :

- Acil Kavramı – 00.00 Sonrası Nöbet verimliliği ve gerekliliği -Nöbet ücretleri
- Vardiya Çalışma Şekli ile İlgili Düşünceler - HAKUK katsayısı, Ek ödeme katsayısı sabitlenmesi, Döner sermaye ödemesinde ortalamadan yapılan ödemeler ÖZLÜK Hakları (Tek kalem maaş) - Giysi yardımı ücret düşüklüğü

MASA 3 :

- Yetersiz zaman, kalitesiz malzeme, protez lab. kalitesizliği v.b sebeplerle iş kalitesinde yaşanan düşüklük - 4 el kuralı uygulanmaması kaynaklı iş kalitesi ile verimlilik temelinde üretilen iş sayısının düşmesi ve yıpranmaya etkisi -Aşırı yoğun ve stress altında gerçekleşen çalışmalarda ergonomik çalışma imkanından yoksun kalınması kaynaklı oluşan rahatsızlıklar ve meslek hastalıkları, Hastalıkların ve yeterli olmayan ekonomik gelirlerin sebep olduğu düşük hayat kalitesi ve bu durumların yaşam sürelerinde yaşanan azalmaya etkileri (Cerrahi 58/ Dahili 62). Çalışma ortamlarımızda güvenliğinin yetersizliği, Şiddet ve Beyaz Kod, SABİM, CİMER şikayetleri, Geçici görevlendirmeler ve idare mobbingi

MASA 4 : (Halk Sağlığı)

- 1. Basamak Koruyucu Diş Hekimliği
- Aile Dişhekimliği
- Etik Çalışma ve Denetim Mekanizmaları

MASA 5 : (Uzman Dişhekimleri Çalışma Grubu)

- Pedodonti-Endodonti-Tedavi-Oral Diagnoz ve Radyoloji Çalışma şekillerinin belirlenmesi ve Yeşil Alan sevkleri ile ilgili yaşanan sıkıntılar
- Cerrahi-Periodontoloji-Ortodonti-Protez Çalışma şekillerinin belirlenmesi ve Yeşil Alan sevkleri ile ilgili yaşanan sıkıntılar

MASA 6 : (Akademisyen Dişhekimleri Çalışma Grubu)

- 3. Basamak Akademisyen Dişhekimlerinin yaşadığı sorunlar ve çözüm önerileri

17-18 ARALIK 2022 DİYARBAKIR DİŞHEKİMLERİ ÇALIŞTAYI**KATILIMCI LİSTESİ**

NO	İSİM	GÖREV YERİ
1	Dt. AKIN KARSLI	Denizli Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi (Merkezeefendi)
2	Doç.Dr. AYÇA DENİZ İZGİ	Dicle Üniversitesi (Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)
3	Dt. BERNA İŞİL GÜNBEY	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
4	Op.Dr. ÇAĞLAR YILDIRIM	Ordu Devlet Hastanesi
5	Uzm.Dt. DEMET SÜER TÜMEN	Dicle Üniversitesi (Meslek Yüksek Okulu Öğr. Ü.-Ortodonti Uzmanı)
6	Dt. DENİZ DOĞUKAN KARAMAN	Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü
7	Dt. DENİZ KILIÇ	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
8	Prof.Dr. EMİN CANER TÜMEN	Dicle Üniversitesi (Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)
9	Dt. EMİNE ÜNSAL	İzmir Karşıyaka Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi
10	Dt. EMRE PARK	Ordu Korgan Devlet Hastanesi (Ordu)
11	Uzm.Dt. ESMA BARAN	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi(Periodontoloji Uzmanı)
12	Dt. ESRA MERCAN	İzmir Eğitim Diş Hastanesi
13	Dt. EVREN ÇAĞLA ARKÖSE	Ordu Ünye - Devlet Hastanesi (Ordu)
14	Dt. FARUK YANIK	İzmir Bornova Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi
15	Dt. GAMZE MUTLU	İzmir Urla Devlet Hastanesi
16	Dt. HARUN YILMAZ	Antalya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi
17	Dt. HASAN ŞAHİN	Denizli Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi (Merkezeefendi)
18	Dt. HAŞİM AYGÜN	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
19	Uzm.Dt. İPEK KARABULUT	Mersin Toroslar - Mersin Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
20	Dt. JANAT DÜZGÜN	İstanbul Ataşehir Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
21	Dt. KIYMET KILIÇ	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
22	Dt. LEVENT DEMİRAL	Çorum Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi
23	Dt. MEHMET NURİ AZBOY	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
24	Dt. MELİH MURAT ŞİREN	İzmir Eğitim Diş Hastanesi
25	Uzm.Dt. MERVE ECE YÜZER	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
26	Uzm.Dt. MUSTAFA GÜNEY YÜZER	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
27	Uzm.Dt. MUTLU ELÇİN YÜKSEL	İstanbul Ataşehir Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
28	Uzm.Dr. MÜNASİP BUDAK	İzmir Urla Devlet Hastanesi
29	Dt. NADİR COŞKUN	Tokat Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi (Tokat)
30	Dt. NECAT DİLAVER	SAMSUN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
31	Prof.Dr. NİHAL HAMAMCI	Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
32	Dt. NURTEN BOZTAŞ	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
33	Uzm.Dt. ÖZGÜN KARAKUŞ	İstanbul Kağıthane - Okmeydanı Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
34	Op.Dr. ÖZGÜR CENGİZ	Antalya Atatürk Devlet Hastanesi
35	Dt. ÖZGÜR ÖZ	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
36	Dt. ÖZLEM İPEK	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
37	Dt. RAMAZAN AKTÜRK	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
38	Dt. RAMAZAN UYSAL	Mersin Toroslar - Mersin Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
39	Prof.Dr. SABİHA ZELAL ÜLKÜ	Dicle Üniversitesi (Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)
40	Dt. SEÇKİN EMRE SAYDAM	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
41	Dt. SEVİLAY NADİRLER	İzmir Karşıyaka Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi
42	Dt. ŞEYHMUS AYKAL	Diyarbakır Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi
43	Uzm.Dt. TUFAN CAN OKAY	İzmir Karşıyaka Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi
44	Dt. TUĞBA GENÇ	Balıkesir Edremit Ali Fahri Akıllıoğlu Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi
45	Uzm.Dt. UĞUR CAN ÜNLÜGENÇ	Adana Yüreğir Karşıyaka Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi (Adana)
46	Av. UTKU DABAK	Hekim Birliği Sendikası Genel Merkezi
47	Av. ÜMİT ERDEM	Hekim Birliği Sendikası Genel Merkezi
48	Av.Dr. YAKUP GÖKHAN DOĞRAMACI	İzmir Gaziemir Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi

MASA 1

MHRS

MHRS ÇALIŞMA ŞEKLİ VE CETVELİ İLE İLGİLİ ÖNERİLER

- 1- MHRS (12) + Devam Eden MHRS (4) olması.
- 2- Şablonların 09.12.2021 tarih ve 2021/12 sayılı yayımlanmış MHRS yönergesi doğrultusunda Hekimlerin tercihinə göre düzenlenmesi (yarım gün MHRS veya tam gün MHRS)
- 3- Hekimlerin girişimsel işlem yapabilmesi için haftada en az bir gün MHRS cetvelinin kapalı kalmasının talep edilmesi. Türkiye'nin her yerinde uygulamada standart oluşması.

RANDEVUSUNA GEÇ GELEN/GELMEYEN HASTALAR

- 1- Hasta en geç kendisine tanımlanan randevu süresi içinde ve hatta 15 dk öncesinde kurumda olmalıdır. Hasta sorumluluklarını bilmek zorundadır. Hasta hakları yönetmeliği madde 42/A(a,c) düzenlemesine göre hasta randevu zamanına uygun hareket etmekle yükümlüdür.
- 2- Randevu saati geçen hasta alınmak zorunda değildir.
- 3- İdarelerin geç gelen hastaların alınması konusunda baskı yapmaması, hekime yönlendirilmemesi, açıklamayı idarenin kendisinin yapması. İlk kayıttan hastanın bilgilendirilmesi ve kayıt yapılmaması. Hastanelerde bu konuyu özellikle işleyen ve hasta sorumluluklarını bildiren görsel afişlere yer verilmesi.
- 4- Randevusuna gelmeyen sadakatsiz hastanın randevu hakkı, randevu saatinden 5 dk. Sonra sona erer. MHRS sisteminden randevusunun düştüğüne dair hastaya mesaj Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilmelidir.
- 5- Bu işleyişteki düzenleme sağlanarak kaos ortamlarının oluşması engellenmiş olacak ve randevusuna riayet eden hastaların tedavi olma hakkı korunmuş olacaktır. İşleyişte normalleşme sağlanabilmesi adına ilgili düzenleme ivedilikle yapılmalıdır.
- 6- MHRS randevusu alıp da gelmeyen sadakatsiz hastalar için bir yaptırım (katılım payının arttırılması, bir sonraki randevu alımında belirli bir süre randevu alamaması, tekrarlayan durumlarda hastaya ücret yansıtılması vb.) olmalıdır.

AYAKTAN HASTA YÜKLEMESİ

- 1- Hakkıyla görev için MHRS dışında hasta kabul edilmemesi. Sendikanın almış olduğu 17.10.2022 tarih ve 2022/24 karar doğrultusunda ek randevulu hastalarda kabul edilmeyecek, sadece gerçek randevu sahibi MHRS hastası bakılacaktır.

- 2- Ayaktan hasta polikliniğine; travması, ağrısı, kanaması, protez vuruğu (kendi doktoru kurumda yok ise) olan v.b. hastaların kabul edilmesi. Diğer hastaların MHRS ye yönlendirilmesi ve hastaların bilgi sahibi olmaları gereksiz tartışmaların önlenmesi adına bilgilendirici görsellerin olması gereklidir.

EŞ ZAMANLI, GEÇ RANDEVU (GÜN İÇİNDE FARKLI SAATLERE ALINABİLEN), EK RANDEVU

- 1- Hekim Birliği Sendikamızın almış olduğu 17.10.2022 tarih ve 2022/24 sendikal karar doğrultusunda ek randevulu hastalar kabul edilmeyecektir. Ek randevu uygulaması mevzuata aykırı hukuksuz bir uygulamadır ve iptal edilerek hemen kaldırılmalıdır. Aynı zamanda Hekimle hastayı karşı karşıya getiren ve şiddeti körükleyen bir randevu şeklidir. Hangi sistemle verildiği belli olmayan; hekimler, klinikler ve iller arasında farklı sayıda verilen mevzuat dayanağı olmayan bu sistemin hemen kaldırılması gerekmektedir.
- 2- Hasta aynı gün aynı branşa ikinci MHRS randevusu alamamalıdır. Bu hastanelerde gereksiz iş yoğunluğuna sebep olmaktadır.
- 3- Gün içinde MHRS randevusuna erken gelen ve tedavisi yapılan hastanın randevu saatine tekrar randevu verilebilmektedir. Bu durum engellenmelidir. Aksi durumda hastalar randevu saatine kadar mecburen bekleyecektir.

RANDEVULARIN BAŞLAMA VE BİTİŞ SAATİ:

- 1- Kliniklerin sabah hazırlanması, akşam toparlanması, temizlik yapılması, aletlerin steril edilmesi için poliklinikler sabah 8:30 dan önce başlamamalı, akşam 16:00 da sona ermelidir. MHRS randevuları bu çalışma saatleri göz önüne alınarak verilmelidir. Hekimlerin de insani ihtiyaçları olduğu unutulmamalıdır.



MASA 2

ACIL KAVRAMI, GECE NÖBET VERİMLİLİĞİ ve GEREKLİLİĞİ

- 1- ADSM ve ADSH'nin yataklı kurum tedavi yönetmeliğinden çıkarılarak kendilerine özgü yeni bir yönetmelik oluşturulması gerekmektedir.
- 2- 24 saat kesintisiz hizmet verirken nöbet sonrası kullanılan izin sebebiyle çalışan dış hekimlerinin performansı azalmakta hafta içi MHRS sayıları düşmekte, hastaneye de ekstra mali yük oluşturmakta, gelen hasta profili olumsuz yönde değişmektedir. Yeterli güvenlik ve özellikle kolluk gücü bulunmadığından bu nöbetler hekimler bakımından yüksek risk altında geçmektedir. Bu ve benzeri sebepler ile dış acil kavramının olmaması da göz önüne alınarak 24 saat kesintisiz hizmetin kamu yarından çok kamu zararı oluşturduğu düşünülmektedir. 00.00 sonrası uygulama kesinlikle kaldırılmalıdır. Hekim 00.00-08.00 arası yerine 08.00-16.00 arası aktif hizmet sunduğu saat diliminde faydalı hizmet sunmalıdır.
- 3- Dış hekimliğinde acil kavramı var mıdır? Varsa acil kapsamın içine girecek işlemlerin üniversiteler ve TDB organizasyonunda bilimsel standartlarının belirlenmesi gerekmektedir.
- 4- 08.00-16.00 yapılan mesai ücreti ile mesai bitiminden sonra yapılan çalışmanın saatlik ücretinin aynı olamayacağı göz önünde bulundurularak nöbet saat ücretlerinin arttırılması.
- 5- Mesai saati dışında tekrarlayan girişlerden dolayı alınan katılım payı ücretlerinin arttırılması

VARDİYA ÇALIŞMASI

- 1- Yakın zamanda bazı ADSH ve ADSM'lerde dış ünite sayısından fazla dış hekimi ataması yapıldığı ve mesai tamamlama adı altında meslektaşlarımızın 16.00/24.00 saatleri arasında çalıştırıldığı gözlemlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, çalışma yerinin ve tıbbi teçhizatların sağlanması ile yükümlüdür.
- 2- Sağlık Bakanlığı, ADSH ve ADSM'lerin dış ünite sayısına göre atama yapmalı, PDC sayısı ve dış ünite sayısında tutarsızlık varsa PDC sayılarını revize etmelidir. Atamalar PDC fazlalığı olan yerlere yapılmak yerine esas ihtiyaç duyulan yerlere yapılmalıdır. Bu şekilde geçici yapılan görevlendirmeler sonlanacak ve bazı idarelerce hekime baskı yönünde kullanılan bu uygulamalarında önüne geçilmiş olacaktır. Aynı zamanda daimi kadrolar ile hizmet sunumu kaynaklı uzun süreli devam etme durumu olan ve bu sebeple yapılamayan tedavi hizmetleri de yerinden verilmiş olacaktır.
- 3- Dış ünite sayısından fazla hekim ataması yapılan, gerekli klinik ve ünit sayısını sağlayamayan ADSH ve ADSM'ler için hukuki yollara başvurulmalıdır.

ÖZLÜK HAKLARI

- 1- Özlük haklarımızın değerlendirilmesi konusunda diş ve tıp hekimlerinin ortak değerlendirilmesi daha uygun olur. Bu konuda 1. önceliğimiz hekimlik meslek kanununun çıkarılmasıdır.

Tüm kamu ve üniversitelerde hizmet sunumunda bulunan hekim ve dişhekimleri için özlük haklarını şu maddelerle değerlendirebiliriz:

- 1- Emekliliğe de yansıyacak total gelirimizin %80'ine denk gelecek şekilde tek kalem maaş uygulamasına geçilmesi hakkıyla görevin icrası için gerekli bir durumdur. Hekimler için övünç kaynağı yapılan işin sayısı değil, niteliğidir.
- 2- Toplam gelirin %80'i sabit maaş %20'si ek ödeme olmalıdır. Ek ödeme katsayılarının her yerde aynı ve en düşük 0.45 olması, yıllık ÜFE+TÜFE'nin toplamının yarısı oranında arttırılarak güncellenmesi gerekmektedir.
Bu talepler gerçekleşinceye kadar mevcut sistemde uygulanan taban ödemelerde yıllık yasal izinde süre sınırı aranmadan herhangi bir kesinti yapılmamalıdır. Hak kaybının ortadan kaldırılması sağlanmalıdır.
- 3- Ek gösterge minimum 7600 olmalıdır.
- 4- Yıpranma payının artırılması ve geçmişe dönük işletilmesi. Geçmişe dönük tüm 4a,4b,4c hekimleri kapsayacak şekilde işletilmesi ve/veya fiilen 25 yılını dolduran dişhekimlerinin emeklilik hakkı kazanması gerektiği beklenmektedir. Kazanılan emeklilik hakkının uygulanması hekimin isteğine bağlıdır.
- 5- Özel hizmet tazminatı alınması.
- 6- Hizmet bölgesine göre ödenek planlanması .
- 7- Nöbet ve icap ücretlerinin artırılması.
- 8- Geçici görevlendirmelerdeki ödeneklerin artırılması.
- 9- Meslek hastalıklarının tanımlanması, meslek hastalığı nedeniyle iş yapamaz duruma gelen meslektaşlarımızı özlük hakları korunarak erken emekli olması.
- 10- Görevi başında saldırıya uğradığı veya meslek hastalığı sebebiyle (covid-19 v.b) hayatını kaybeden meslektaşlarımıza, şehitlik ünvanı verilip şehitler için düzenlenen yasa kapsamına alınması.

11- Giyim, çocuk ve aile yardımının artırılması.

12- Diş ve Tıp Hekimleri ile 1. derece yakınlarının sağlık hizmetlerinde ödenen katkı paylarından muaf tutulması.

13- Diş ve Tıp Hekimlerinin ile 1. derece yakınlarının özel muayenehane, klinik ve hastanelerdeki hizmet alımlarında ki fark tutarın Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması.

14- Lojman temini ve/veya ek kira yardımının yapılması.

15- Emeklilik aylığı bağlanma oranı %50 'ye düşürülmüş olup tekrar eski seviyesi olan %75'e çıkarılması gerekmektedir. Emeklilik sonrası çalışan meslektaşlarımızın emeklilik sonrası çalışmaları halinde maaşlarından kesinti yapılmamalıdır.

16- Staj tarihinin sigorta başlangıç tarihi olarak hesaplanarak geçmişe dönük hakların tanınması sağlanmalıdır. Bu sayede 1999 yılı stajyer olan tüm tıp ve dişhekimliği öğrencileri EYT kapsamında olacak ve mağduriyet yaşamayacaktır.

17- Teşvik ödeme; yıllık izin, idari izin alındığında ek ödemelerde kesinti olmamalıdır. Hastane ortalamasından teşvik ödemesi yapılmalıdır. 3.basamakta yapılan aktif gün sayısına bağlı kesinti kaldırılmalıdır. Taban ödemede, ay ve gün (şu anda mevcut olan yıllık 12 gün sınırlaması) sınırlandırması olmadan hiçbir şekilde kesinti olmamalıdır.

18- Vergi dilimi kesinti oranları yeniden değerlendirme oranı doğrultusunda güncellenmeli ve tüm memurlar için en fazla %15 olacak şekilde sabitlenmelidir.

19- Bir diğer önemli husus mesai dışı çalışma şekliyle ilgilidir. Daha önce de belirtildiği üzere 0.45 sabit mesai içi ek ödeme katsayısının uygulanması ve her yıl güncellenmesi durumunda hekim mesai içi hak ettiği ücreti alması sağlandıktan sonra, hekim makul sayıda hastaya hizmet sunumu sonrası kalan enerjisi ile çalışmaya dahil olur ve mesai dışı çalışması uygulanabilir. Bu da ancak brüt teşvik ödemesinin hekimin aktif gün çalışma katsayısına bağlı olarak %80'inin garanti ücret kalan yüzde 20 sinin teşvik ödemesi altında yapılıyor olmasına bağlı olarak gerçekleşebilir. Bütün bunlar sağlandıktan sonra tercih eden hekim elbette mesai dışı çalışmaya dahil olabilir. Hakkıyla yapılacak mesai dışı çalışma uygulamasına hekimlerin katılımı muhakkak çok daha yüksek olacaktır.

Tüm Diş ve Tıp Hekimlerinin 4B, 4924 v.b. gibi ayrı statülerde değerlendirilmeyip özel olarak kanuna tabi değerlendirmesi çalışma barışı açısından da gereklidir.

Özlük haklarıyla ilgili sendikamızın tüm talepleri genel talebimizdir.

Sosyal anlamda değ erlendirilmesi gereken özlük hakları şunlardır:

- 1- Diş ve Tıp Hekimleri için sosyal tesis ve hekim evleri kurulması.
- 2- Kreş planlaması yapılması.

Bunun dışında diş hekimlerini özel olarak ilgilendiren özlük hakları şunlardır:

- 1- ADŞH ve ADSM için hazırlanan yönetmelik revize edilmelidir.
- 2- ADSM’lerde yemek  creti kaldırılmalı bunun için gerekiyorsa hukuki süreç başlatılmalı geriye yönelik ödenen yemek ücretleri talep edilmelidir.



MASA 3

İŞ KALİTESİNDE YAŞANAN DÜŞÜKLÜĞÜN SEBEPLERİ, MESLEK HASTALIKLARI, GEÇİCİ GÖREVLENDİRMELER ve İDARENİN MOBBİNGİ

MALZEMELER

1. Malzeme kalitesinde iller arasında kalite farkı olmamalıdır.
2. Malzemeden memnuniyet olmaması durumunda ihalenin iptali ya da malzemenin geri iadesinin mümkün olması gerekir. Bu durumun gerçekleşebilmesi için şartnamede gerekli bağlayıcı maddelere yer verilmelidir.
3. Hekimler aynı hastanede aynı ve kaliteli malzemeye kolay ulaşabilmelidir.
4. Malzeme ve stok bilgileri hekimlerce şeffaf olarak görülebilmelidir.
5. Stokların zamanında takibi yapıp temin edilmelidir.
6. Kurumlar kendi ihtiyaç duydukları malzemeleri kaliteli bir şekilde alabilmeleri için gerekli yetkiye sahip olmalıdır.

KALİTE

1. Kalitesiz malzemenin yetersiz tedaviye neden olması nedeniyle aynı hastada sürekli tekrarlayan tedaviler oluşmaktadır. Bu durum hem hekime hem de hastaya gereksiz zaman kaybı yaşatmaktadır. Ayrıca aynı tedavi için tekrar malzeme kullanılması gereksiz israf yaratmaktadır. Bu durum kaynaklı yaşanan zaman kaybı, başka hastaların tedavi olma hakkını da engellemektedir. Hekim ve hasta mağduriyetleri oluşturması, iş gücü ve zaman kaybı yaratması sebepleriyle düşük kaliteli malzeme alımları engellenmelidir.
2. Hastanın bu nedenlerle yetersiz malzeme sonucu aldığı tedavi kaynaklı iyileşme olamaması sonucu mevcut endikasyonunun daha kötüye gitmesi durumu oluşabilmektedir.
3. Röntgen kalitesinin teşhis konusunda yetersiz olması hatalı endikasyonlara sebep olabilmektedir.
4. İlk muayeneye gelen hastaların röntgenden geri dönüşlerinin diğer hastalarla çakışması nedeniyle hekimin süre sıkıntısı yaşaması hastaların tedavi sürelerini kısaltmakta bu da tedavi kalitesini azaltmaktadır.
5. Hekimin zaman çizelgesinin kendi isteğine göre düzenlenmesinin 09.12.2021 tarihli MHRS yönergesine göre aktifleştirilmesi, hastalara ayrılması gereken zaman planlamasında işlemlerin yeterli zamanda yapılabilmesi için elzem bir durumdur.

6. Hasta mahremiyeti ve enfeksiyon açısından klinikler mevcut bilimsel standartlara göre tasarlanmalıdır. (İdeali tek ünitli çalışma ortamlarıdır)

LABORATUVAR

1. En az iki laboratuvar ile kurumlar anlaşma yapabilmeli ve hekim istediği laboratuvar ile çalışabilmelidir.
2. Protez provalarının en geç 5 iş günü içinde olmasına olanak sahibi olan laboratuvarlar tercih edilmeli, bu sürelerde esneme olmamalı yetersiz ve düşük kalite sunan laboratuvarlar ile yapılan sözleşmeler feshedilebilmelidir. Bu durumda laboratuvarlarca yüklü tazminat ödenmelidir.
3. Hastanelerin anlaştığı özel laboratuvar seçeneğinde hastalar tarafından ödenecek belli bir ücret karşılığında iş yapan özel laboratuvarlarda olabilmelidir. Hastaya seçim hakkı verilmelidir. Hasta tercih etmesi halinde özel dişhekimliği hizmeti yerine kamudan aynı kaliteye daha avantajlı ekonomik koşullarda ulaşabilmelidir.
4. Protez seçeneklerinin çeşitliliği artırılmalıdır. Kamuda da özel de sunulan seçeneklere hasta fark ödemesi yaparak ulaşabilmelidir.
5. Laboratuvara tutanak ve rpt oranına göre yaptırımı uygulanmasının takibi yapılmalıdır. Düşük kaliteye taviz verilmemelidir.

4 EL KURALI

1. Her işlemin girişimsel olması nedeniyle her dişhekimine 1 adet yardımcı sağlık personeli uygulaması zorunlu olmalıdır.
2. Yardımcı sağlık personeli ağız ve diş sağlığı bölümü mezunu olmalıdır.
3. 4 el kuralı uygulanamaması nedeniyle hekimlerin meslek hastalığında artış olmaktadır ve çapraz enfeksiyon riski artmaktadır. Hekimin iş gücü ise azalmaktadır.

ERGONOMİ

1. Her hastaya girişimsel işlem yapılması ve bu durumun hekimde oluşturduğu ergonomik rahatsızlıklar ve yapılan işleme bağlı yorgunluk kaynaklı dikkat eksikliğinin gün sonunda artması nedeniyle hekim çalışma saatlerinin ve yıpranma payının ona göre ayarlanması gereklidir. Mevcut çalışma koşullarının (aşırı hasta sayısı, güvenliksiz çalışma ortamları, düşük gelir ve tüm bu olumsuz şartlar sebebiyle yaşanan aşırı stress vb.) zorluğu sebebiyle Cerrahi branşlarda 58, Dahili branşlarda 62 olan hekim yaşam süreleri uygun ve güvenli çalışma şartlarının inşa edilmesine bağlı olarak uzamalıdır.

GÜVENLİK

1. Hastane girişinde x-ray cihazı konulmalı ve uygulanmalıdır. Bu uygulama hava alanları gibi etkili uygulama şeklinde olmalıdır. Sağlık polisi uygulaması ile hastaneler ve ilgili tüm kuruluşlarda güvenlik tedbirleri artırılmalıdır.
2. Refakatçi sayısı sınırlandırılmalıdır.
3. Yeterli güvenlik görevlisi sağlanmalıdır.
4. Kliniklere panik butonu yerleştirilmelidir.

MOBİNG

1. SABİM uygulanması kaldırılmalıdır. Hekimlerin tehdit edildiği psikolojik baskı aracı olarak kullanılan bu uygulama derhal sonlandırılmalıdır.
2. CİMERE yapılan her başvuru hekime iletilmemelidir.

NOT: Şiddetle ilgili sendikamızın TBMM'ye sunduğu öneriler genel talebimizdir.



Masa 3 İş Kalitesinde Yaşanan Düşüklüğün Sebepleri, Meslek Hastalıkları, Geçici Görevlendirmeler ve İdarenin Mobbingi

MASA 4

HALK SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU

AİLE DİŞHEKİMLİĞİ

- 1- İl bazlı değerlendirmeler yapıp ihtiyaca göre hekim sayısı planlanır.
- 2- Her Aile hekimi bulunan yere bir dişhekimisi planlaması yapılır.
- 3- Malzeme ve sarf desteği sağlanmalı bu ADSM ya da müdürlük üzerinden sağlanabilir.
- 4- TSM veya Halk sağlığı merkezlerinde hizmet verilir.
- 5- Alt yapı desteği, temizlik, otomasyon gibi hizmet desteği sağlanmalıdır.
- 6- Yardımcı sağlık personeli desteği sağlanmalı .Çalışacak tüm personel görev ve hizmet tanımı net olarak belirlenmelidir.
- 7- Özel diş kliniklerinden sistem oturana kadar hizmet satın alına bilinir ve koruyucu hekimlik yaptırılabilir.
- 8- Tüm ülke geneli merkezi otomasyon ağı kurulmalı. Hasta kayıtlarının saklanacağı merkezi otomasyon bütün birimlere açık olmalıdır.

BİRİNCİ BASAMAK KORUYUCU DİŞHEKİMLİĞİ

- 1- Ülke geneli Risk grupları belirlenmeli kayıtlar alınmalı,
- 2- 0-6 beslenme diyet, 2-12 çürük tespiti gruplandırılmalı,
- 3- Koruyucu hekimlik özendirilmeli ve teşvik edilmeli,
- 4- Malzeme ve sarf malzeme alt yapı desteği sağlanmalıdır.
- 5- Okul müfredatına ağız ve diş sağlığı dersi eklenmeli dersler dişhekimleri tarafından verilmelidir. Aktif hekimlik yapmakta zorlanan dişhekimleri bu şekilde eğitim sistemine bir protokol ile dahil olup, aktif öğretici olarak koruyucu dişhekimliğine büyük katkılar sunabilir.

ETİK ÇALIŞMA VE DENETİM MEKANİZMASI

- 1- Sağlık Bakanlığı bünyesinde inceleme ve denetleme birimi oluşturmalı ve kurumlardaki inceleme heyetleri direk bu birime bağlı olmalıdır. Gerekli denetim ve soruşturmalardan imtina eden idareler hakkında bu birim tarafından gerekli soruşturmalar başlatılmalıdır.
- 2- Bu birim il bazlı birimleri inceleme ve denetlemeleri takip eder. İhtiyaç halinde gerekli müdahaleleri yapabilecek yetkiye sahip olmalıdır.
- 3- İl bazlı birimler tamamen idareden bağımsız özerk yapılar olmalıdır.

- 4- Denetlemeler ciddi sıkı bir şekilde sağlanmalı,
- 5- Üyeler seçimle belli kriterlere göre seçilmeli,
- 6- Komisyon caydırıcı yetki ve etki gücüne sahip olmalı. Gerek görmesi halinde soruşturma inceleme başlatabilmelidir.
- 7- İnceleme heyeti üyeleri haftanın her günü belirli saatlerde inceleme yapabilecek izine tabi olmalı. İnceleme üzerine rahatça çalışılabilmeli, aktif katkı sağlayabilecek hekimler seçilmeli inceleme yapılan saatler ile ilgili maddi kayıp olmaması için ek ödeme ilave puanı minimum %30 olmalıdır.
- 8- İhtiyaç duyulması halinde çalışma barışı ve huzuru için denetleme hekimleri farklı illerden görevlendirilebilmeli
- 9- Tüm girişimsel işlemlerim açık bir şekilde tanımlaması yapılmalı. Gingivektomi nedir, kanama müdahalesi nedir v.b
- 10- Hangi branşın hangi girişimsel işlemi girebileceği net olarak belirlenmeli ve kısıtlamalar sağlanmalıdır.
- 11- Hastaya yapılacak her işlem hastaya ayrıntılı anlatılıp aydınlatılmış onam formu düzenlenir. İşlem sonunda hastaya hangi dişe ne işlem yapıldığının ayrıntılı olarak yazıldığı epikriz raporu verilmelidir. Bu rapor verildikten sonra hasta sayfasına herhangi bir işlem girişi yapılmaz. Kaliteli işlem ve uygulama için gerekli zaman göz önüne alınmalı, hakkıyla görev yapan hekimlerin hakkıyla ücret ödemesi yapılmalıdır. Bu durumun sağlanabilmesi içinde teşvik oranı total gelirin en fazla %20'sine denk gelecek şekilde sınırlandırılmalıdır.
- 12- Dişhekimliği faaliyet ve etki alanı daha kolay gelişebilsin diye Sağlık Bakanlığında en az genel müdürlük düzeyinde temsiliyet olmalı sağlık müdürlüklerinde de birimler oluşturulmalıdır.



Masa 4 Halk Sağlığı

MASA 5

UZMAN DIŞHEKİMLERİ TALEP ve ÖNERİLERİ UZMANLIK ALANLARI ÇALIŞMA ŞEKLİ ve BELİRLENMESİ YEŞİL ALAN SEVKLERİ İLE İLGİLİ YAŞANILAN SIKINTILAR

UZMANLIK GENEL

- 1- Acil tanımının diş hekimliğinde netleştirip acil nöbet uygulamasının sonlandırılması bu durum gerçekleşinceye kadar uzman diş hekimlerinin acil nöbetinden çıkarılması
- 2- Uzman diş hekimlerinin özellikli iş tanımı nedeniyle yardımcı personele birebir ihtiyaç duyması ve özellikli dental malzemelere ulaşma zorluğunun giderilmesi
- 3- ADSM / ADSH çalışan hekim sayısının en az %20'sini uzman diş hekimleri oluşturuyorsa yönetim kadrosunda en az 1 (bir) uzman diş hekiminin bulunması
- 4- Genel diş hekimliği ve uzman diş hekimliği HAKUK oranlarının tıptaki oranlar referans alınarak yeniden düzenlenmesi (Genel diş hekimi 2, Uzman Diş Hekimi 2.8)
- 5- Tabip dönem ek ödeme katsayılarının kurum, bölge vs. bağımsız tüm kurumlar için en az 0.45 olacak şekilde sabit olarak belirlenmesi, yıllık ÜFE+TÜFE artış oranının yarısı oranında güncellenmesi
- 6- Uzman diş hekimlerinin branşına göre randevu süresini ve çalışma cetvelini kendisinin belirleyebilmesi (09.12.2021 MHRS Genelgesinin aktifleşmesi)
- 7- Hasta mağduriyetinin önlenmesi ve hastaların etkin tedavi alabilmesi için gerekli tedavi sürelerinin aralarına yerleştirilen ek randevuların kaldırılması

YEŞİL ALAN

- 1- Yeşil alandaki yığılmanın önlenmesi amacıyla genel diş hekimliğinden yeşil alana hasta ekleme kriterlerinin belirlenerek yerine getirilmesi ve aktif denetiminin sağlanması
- 2- Nöbet kliniğinden yeşil alana hasta eklenmesinin kapatılarak hastanın öncelikle poliklinik muayenesine yönlendirilmesi
- 3- Yeşil alandan gelen hastanın ilgili alandaki tedavisi bittikten sonra hekim tarafından yeşil alandan silinebilmesi
- 4- Entegre sistem ile çalışan ADSM ve ADSH'larda branş uzmanı olmayan hekimlere yeşil alan açılmaması

UZMAN DİŞHEKİMİ ADÇR GÖREV TANIMI OLMAMASI

- 1- Görev başlangıcından itibaren nasıl ve nerede/hangi birimde çalıştırılacağımıza dair keyfi kararlar alınıyor. Başka herhangi bir uzman diş hekimine 'ne görev yaptığı ' sorulmaksızın bizim ne iş yapacağımız başhekim kararı ile belirleniyor. Çünkü yazılı bir görev tanımı yok.
- 2- İşe başlarken 'kendi branşımda istihdam edilmek istiyorum' şeklinde dilekçe vermek zorunda kalan bir branş
- 3- Atandığımız kurumlarda daha işe başlangıç yaparken "Biz radyoloji uzmanı istemedik, Bakanlık verdi" şeklinde bir ifade ile karşılaşıyoruz.

ÖZLÜK HAKLARININ VERİLMEMESİ

- 1- Kurumda ADÇR uzmanı varsa **RADYOLOJİ BİRİM SORUMLUSU** ADÇR uzmanı olmak zorunda olmalıdır. Bu **idari görev ve sorumluluğu karşılığı hekimin performansına ilave ek ödeme yapılmalıdır.**
- 2- Kurumda ADÇR uzmanı varsa 1. **Radyasyondan Korunma Sorumlusu** ADÇR uzmanı olmak zorundadır. (Branş gereği doğal sorumluluk yüklendiği için yasal olarak da bunu yerine getirmek zorunludur.)
- 3- ADÇR uzmanı, uzmanlık eğitimine başladığı günden itibaren radyasyon çalışanıdır ve kamuda göreve başladığı an **DOZİMETRE** başvurusu yapılmalıdır.
- 4- Radyasyon çalışanının yılda bir kez kesintisiz 30 gün süreyle sağlık iznine ayrılması zorunludur. (**ŞUA İZNİ**) (Uzman olarak kurumda göreve başladığında izin hakkı doğması için yeniden 6 ay beklenmesine gerek yoktur.)
- 5- Radyasyon çalışanının mesaisi **günde 7 saat/haftada 35 saati** aşamaz. Mesai saatleri buna göre düzenlenmek zorundadır.
- 6- Radyasyon çalışanının belirli yıllık sağlık taramalarının (**PORTÖR MUAYENESİ**) kurum tarafından yaptırılması zorunludur.
- 7- Radyasyon çalışanının fiili hizmet zammı, yıpranma payı, erken emeklilik vs hesaplamalarının yaptırılması zorunludur.

İDARİ GÖREVLER

- 1- Ek ödemeye tabii ya da değil her türlü komite/komisyon görevlerine dahil edilmekteyiz. Şu ana kadar herhangi bir ek ücret branş kalemlerimiz ile üretilemediğinden ve sabit ek ödemeyi geçemediğimiz için 0 hak ediş ile ücretli idari görevlerimizin de %'si 0 olarak hesaplandığından bu görevleri yerine getirdiğimizde hiçbir ek ödeme almıyoruz.
- 2- Branş dışı idari komite/komisyon görevlerinin sınırı ve süresi olmalı

- 3- Kalite standartları gereği ADÇR uzmanı olmayan kurumlarda yerine getirilmek üzere harici görevler geliyor ancak bu görevlere ücretlendirme yapılmıyor. Bunun yanında yol harcırahı belgelendirilen, güncel yakıt fiyatlarının 1/3'üne tekabül ediyor.
(Hatta kurum aracı ile transfer sağlanması gerekirken araç temin edilmiyor.)

FİZİKİ ŞARTLARIN SAĞLANMAMASI

- 1- Tıp radyologlarından farklı olarak bizler hala hasta üzerinden elimizi çekmiş bir branş değiliz. Bizler hala Oral Diagnoz görevimizi de devam ettirmekteyiz. Klinik muayene/ konsültasyon için Sağlık Bakanlığı'nın kalite standartları yönetmeliği uyarınca hasta mahremiyetine de uyacak klinik şartlar sağlanmalı, bu klinikler Radyoloji birimine de yakın olmalıdır. Bu alan Radyoloji Kliniği olarak ifade edilebilir ve ADÇR Uzmanının olduğu kurumlarda tesis edilmelidir.
- 2- Raporlama hizmetleri için teknolojik ve fiziki şartlar sağlanmalı Sağlık Bakanlığı'nın kalite standartları yönetmeliği uyarınca raporlama yapabilmeye uygun bir oda oluşturulmalıdır.
- 3- İş akışının yürütülebilmesi için personel desteği sağlanmalıdır.

HASTA SAYISININ YETERSİZ OLMASI

- 1- Branşımız doktorlarına hasta erişimi konsültasyon ve kurum içi sevk ile yapılmalıdır. Ancak şu zamana kadar devam eden mevcut veriler göstermektedir ki branşımıza ihtiyaç olması halinde dahi hasta sevkı yapılmamakta, hastalar doğrudan genel diş hekimi tarafından 3. Basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmekteledir. Bu durum hem 3. Basamakta hasta yığılmasına yol açmakta hem de ADÇR uzmanına hasta gelmesine engel olmaktadır.

HASTA KABUL YOLU VE ÇALIŞMA ŞEKLİ DEĞİŞKENLİĞİ

Kamu hastanelerinde hiçbir uzman kendisi yazılı olarak talep etmediği sürece branşı dışı (entegre diş tedavileri) işlemler (muayene/tedavi) yapmaya zorlanamaz. Ancak kamuda bizim branşımız için bu durum pratikte böyle işlememektedir. Tüm kurumlar incelenip ADÇR uzmanlarının çalıştırılma şekillerine bakıldığında şunlar tespit edilmiştir;

- 1- **Gönüllü olmayarak entegre hasta bakmaya zorlanan var,**
- 2- **Genel diş MHRS'i açılmış olan var** (Hastalar, tedavi olma beklentisi ile geldikleri için hasta ile karşı karşıya kalınıyor.),
- 3- **Yeşil alan MHRS'i olan var** (Henüz branşımızda hasta sayısının yetersiz olması sebebiyle hastaya o gün içerisinde bakılabilecekken hasta yeşil alan randevusu olarak ikinci kez ADÇR muayenesi için gelmek zorunda kalıyor.)
- 4- **Sadece kurum içi sevk ile hasta kabul eden var,**

- 5- **Triaj/ayaktan hasta polikliniği bakmaya zorlanan var,**
- 6- **Acil polikliniğine bakmaya zorlanan var,**
- 7- **Kalite biriminde çalıştırılan var,**
- 8- **Röntgen teknisyeni gibi çalıştırılan var** (Teknisyen gibi çekim yapıp muayene girişi olmadan, çekim başına 4'er puan alan var)
- 9- **Hasta hakları biriminde çalışan var.**
- 10- **Gece nöbetine** dahil edilen ADÇR Uzmanları var lakin bu görevde geçirilen süreler haftalık 35 saatten düşerek hesaplama yapılmıyor. Yani hekime fazla mesai yaptırılmış olunuyor.

KURUMLARDAKİ CİHAZ EKSİKLİĞİ (KONİK IŞINLI BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ(KIBT) / USG / MRG)

- 1- İleri görüntüleme cihazları birçok kurumda yok.
- 2- KIBT cihazı olup ADÇR uzmanı olmayan kurumlar var (Cihaz yine de aktif çalıştırılıyor).
- 3- KIBT cihazı olan yerlerde raporlama odası yok.
- 4- KIBT cihazı olan kurumlarda cihazlar bozulunca 6 ayı aşkın süredir tamir ettirmeyenler var.
- 5- KIBT cihazı olan kurumlarda ADÇR Uzmanının rapor yazmasını **gereksiz** gören idari yönetimler var (Nasıl olsa SGK ödemesini yapıyor diye gerekçe gösterilmektedir.)

SUT PUANLARI

- 1- Kurum içi sevk ile muayene edilen hastalardan 10 gün süre içinde tek bir muayene puanı yazılabildiği için uzmana yansıyan muayene puanı alınamıyor.
- 2- Konsultan dış hekimi muayenesi girişi yapılamıyor.
- 3- **KIBT cihazı olmayan kamu kurumlarının** çoğunda yalnızca 2 boyutlu görüntüleme yapan periapikal/panoramik görüntüleme cihazları bulunmaktadır.
- 4- Bazı ADSM/ADSH'larda panoramik/periapikal röntgen görüntülerine ADÇR Uzmanı tarafından raporlama yapılması ile puan üretilmesine izin verilirken bazılarında ise izin verilmiyor. (Otomasyon üzerinden sistem dahi açılmamış oluyor.)
- 5- Raporlama yapabilenler ise panoramik röntgen raporlaması karşılığı **4 puan**, periapikal röntgen raporlaması karşılığı **2 puan** alabiliyorlar. 7 saat mesaide, başka iş yapılmaksızın,

yaklaşık 100 panoramik raporlanabileceği düşünülürse bu puanlar ile mevcut performans sisteminde puan üretebilmek imkansız olduğu kabul edilmelidir.

KIBT cihazı olan kurumlarda işleyiş:

- 1- KIBT ile görüntüleme diş hekimliği tarihinde yeni sayılabilecek bir yöntem olduğundan ve lisans eğitimi içerisinde yer almayan bir teknik olması sebebiyle hala görüntüleme endikasyonuna karar verilmesi ADÇR Uzmanı'na bağlıdır. Bu nedenle istem, hastaya ADÇR Uzmanınca yapılacak **ilk muayeneye** ya da yapılmış genel diş muayenesi üzerine **konsültasyon muayenesi** yapılmasına muhtaçtır. Sonuç olarak KIBT çekim endikasyonu için mutlaka ek bir iş yükü ve muayene süresi hesaplanmalıdır.
- 2- Röntgen teknikerliği önlisans eğitimi, hiçbir dental görüntüleme tekniğini kapsamadığından **KIBT cihazı ile görüntüleme** yapılması ADÇR uzmanına bağlıdır.
- 3- Diş hekimliği radyolojisi alanında standart bir raporlama şablonu olmadığından ve kurumlarda rapor sekreterliği ile görevli personel olmadığından **raporun hazırlanması, diktesi** hatta **hastaya randevu verip rapor çıktısı teslim edilmesi** dahil tüm aşamalar ADÇR Uzmanı tarafından yapılmaktadır.
- 4- Buraya kadar anlatıldığı üzere günümüzde KIBT cihazı ile görüntüleme yapılması işleyişinde ADŞM/ADŞH'larda çalışan ADÇR uzmanına düşen görevler, diğer tıbbi görüntüleme birimlerinde çalışan yaklaşık 5 ayrı personelin işine karşılık gelmektedir.
- 5- İş üretiminin artırılması ve iş akışının sağlanması adına fiziki/yazılımsal tüm düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- 6- Bu koşullarda KIBT cihazı olan kurumlarda günlük çekim sayısı tek uzman için 6-12 civarındadır (Puan üretilecek kalemin işlem ve raporlama süresi uzun, mesaiye göre üretim kapasitesi az). Bir KIBT raporlaması ise 18 puan.
- 7- Yine KIBT cihazı olan kurumlarda da diğer branşlar kadar yüksek puan üretiminin mümkün olmadığı kabul edilmelidir.
- 8- Bu sayı ve puanlar, idareler tarafından az görülerek ADÇR Uzmanı'nı, kendi istemi dışında, entegre sistemde çalışmaya zorlayan başhekimler var.
- 9- 10 yıllık memuriyet hayatı olan 3'ün 2'sinde görev yapan bir ADÇR Uzmanının Ekim ayındaki tavan puan karşılığı 69000 olarak hesaplanmıştır. Tüm branşlar yasa karşısında eşit haklara sahip olmalıyken 2 veya 4 puan raporlama, 8 puan muayene gibi komik rakamlar ile 60-70 bin gibi normalde yapılması çok zor olan puanlar yapılması beklenilmektedir. Mevcut SUT puanlarının ve karşılık gelen ödemelerin aynı oranda düzenlenerek mutlaka yükseltilmesi gerekmektedir.
- 10- Bazı işlem kalemlerine (örn. TME KIBT), 2. Basamakta, SGK tarafından ödeme yapılmadığı için kurumlarda çekim onayı ve hastalar açısından problem yaşanıyor.

11- -Bir Radyodiagnostik Uzmanı ve bir ADÇR uzmanı aynı ek ödeme yönetmeliğine tabidir. Tıpta, kurumda üretilen tüm tıbbi görüntüleme işlemlerinden oluşan puanlar toplanır ve Radyoloji Uzmanları arasında paylaştırılarak bir taban puan oluşturulur. Hekim bunun üzerine yaptığı Ultrasonografik görüntülemeler, raporlamalar ve girişimsel işlemler karşılığında aldığı puanlar ile tavan puanına ulaşarak kurumlarda en yüksek puan yapabilen branş olmaktadır. **Diş hekimliğinde ise görüntüleme hizmetlerince üretilen puanlar ADÇR Uzmanlarına yansıtılmamaktadır.** Yönetmelik karşısında bu eşitliğin sağlanarak ADSM ve ADSH'larda da diş hekimliği alanında yapılan tüm tıbbi görüntüleme işlemlerinin puanlarının ADÇR Uzmanlarına yansıtılması gerekmektedir.

12- **Sağlık Uygulama Tebliği Ek 2ç'de bizim branşımıza ait bir tablo yok!!!**

13- Yalnızca dental tomografinin açıklama kısmında adımız geçiyor ancak yalnızca ADÇR Uzmanı tarafından raporlandırılırsa faturalandırılır denmesine rağmen kurumlar ödeme alabiliyorlar. Bunun sonucunda idareciler "ADÇR Uzmanı'na ihtiyacımız yok" tavrını takınıyorlar. Bu uygulamaların sona ermesi adına branş ile ilgili çalışma şartlarının kurumlarda standardizasyonu sağlanmalı ve ortalama teşvik ödemesi üzerinden ödemeler yapılmalıdır.



Masa 5 Uzman Dişhekimliği

MASA 6

DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİNDE AKADEMİ DÜNYASINDAKİ GERÇEKLİK (SORUNLAR) ve BEKLENTİLER (ÇÖZÜMLER)

Eğitim, insanın güç sandığı ya da gerçekten kolay alt edilebilen engelleri, nasıl aşacağını öğretme sanatından başka bir şey değildir (Wolfgang Van Goethe).

Üniversiteler; yüksek düzeyde eğitim, öğretim, bilimsel araştırmalar ve yayın yapan enstitü, fakülte, yüksekokul ve benzeri birim ve bölümlerden oluşan, bilimsel özerkliği ve kamu tüzel kişiliği bulunan öğretim kurumlarıdır.

Üniversite, bir toplumda değer statüsü itibarıyla, kurumsal olarak, en üst bilgi kurumudur (Durmuş Günay - Üniversitenin Felsefesi / Büyüyenay yayınları).

Eğitim/üniversiteler; donanımlı ve yeterli mesleki beceride bireyler yetiştirilmesinde temel unsurdur. Ülkemizde; kalitesi standardize edilmeden, altyapısı oluşturulmadan ve insan gücü planlaması yapılmadan açılan ve öğrenci alan diş hekimliği fakültesi sayılarındaki artış en temel sorunlardan biridir.

2002 yılında 19 olan dişhekimliği fakülte sayısı 2022 yılında 104'e ulaşmıştır (104 diş hekimliği fakültesinin 90'ında eğitim verilmektedir. Gelecek yıllarda diğer fakültelerde de eğitim başlayacaktır). 2005 yılında 960 olan öğrenci kontenjanı; 2018'de 63 fakültede 5792 sayısına, 2021-2022 eğitim-öğretim döneminde ise 90 fakültede 8807 sayısına ulaşmıştır.

Yıl	Fakülte Kontenjanları	Mezun Sayıları	Toplam Dişhekimi Sayısı	Ülke Nüfusu*	Dişhekimine Düşen Nüfus
2017	4.405	2.680	31.684	80.810.525	2.550
2018	5.792	2.991	34.045	81.867.223	2.405
2019	6.421	3.185	37.108	82.886.421	2.234
2020	7.443	3.440	39.438	83.900.373	2.127
2021	8.340	4.014	43.199	84.680.273	1.960
2022	8.807	4.405	47.213	85.911.035	1.820
2023	8.807	5.792	51.618	86.907.367	1.684
2024	8.807	6.421	57.410	87.885.571	1.531
2025	8.807	7.443	63.831	88.844.934	1.392
2026	8.807	8.340	71.274	89.784.584	1.260
2027	8.807	8.807	79.614	90.703.600	1.139
2028	8.807	8.807	88.421	91.601.117	1.036
2029	8.807	8.807	97.228	92.476.323	951
2030	8.807	8.807	106.035	93.328.574	880

Tablo 1. 2030 yılına kadar dişhekimi sayısının artışı ve dişhekimine düşen nüfus (2022 kontenjan sayılarının artmayacağı varsayılarak hazırlanmıştır).

* TÜİK'in 21 Şubat 2018 tarihli ana senaryosundaki hesaplama baz alınmıştır.

Gelişmiş ülkelerde bireylerin diş hekimine başvuru sıklığı yıllık kişi başı 5 kez iken, ülkemizde bu oran 0.9'dur (ADSM'lerin açılmasından sonra başvuru sıklığının 1 olduğu tahmin edilmektedir).

Dişhekimine başvuru sıklığının Türkiye'ye göre çok yüksek olduğu Avrupa Birliği'ndeki diş hekimi / nüfus oranı (1/1500) olarak baz alındığında bile, içinde bulunduğumuz 2023 yılında ülkemiz için bu hedef tutturulmaktadır. Her akademik yılda artan diş hekimliği fakültesi ve kontenjanlarla yakın gelecekte işsiz diş hekimlerinin varlığı kaçınılmaz olacaktır.

Dişhekimliği fakültelerinde; öğretim üyesi, araştırma görevlisi, ağız diş sağlığı yardımcısı, diş protez teknolojisi elemanlarının istihdamında büyük eksiklikler olduğu gibi, özellikle diş protez teknolojileri ve ağız diş sağlığı yardımcı personellerinin eğitim aldıkları meslek yüksekokulu eğitim kadrolarında da eğitim kalitesini etkileyecek düzeyde yetersizlikler bulunmaktadır. Ayrıca, klinik alt yapı ve preklinik laboratuarlardaki teknik ve fiziki yetersizlikler, preklinikte ve sonraki yıllarda kliniklerde hasta başında uygulamalı olarak sürdürülmesi gerekli olan diş hekimliği eğitiminin önünde önemli bir engeldir.

Olması gereken sayıda öğretim üyesi, asistanı, yardımcı elemanı, teknik destek personeli, sınıfı, amfisi, laboratuvarı ve kliniği olmayan diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin alacağı diploma insan sağlığına hizmet vermekte ne derece yeterli olacaktır?

Dişhekimliği uzmanlık eğitimi giriş sınavının (DUS) hakkaniyetli merkezi genel bir sınav olduğu ve fırsat eşitliği yarattığı kabul edilmektedir. Enstitüler üzerinden açılan Doktora kadrolarında ise üniversitelerin DUS'a benzer biçimde; açık, şeffaf ve liyakata uygun politikalar izlemesi zorunludur.

Diş Hekimliği için Türkiye ile nüfusu benzer bir ülke olarak Almanya kıyaslaması

	TÜRKİYE	ALMANYA
Nüfus	83.614.362 (2020)	80.523.746* (2013)
Dişhekimisi Sayısı	43.000 (2021)	88.882* (2015)
2020 Yılı Kişi Başı GSYH Gelir (USD)	8.599	55.306
Fakülte Sayısı	104	31
2021-2022 Eğitim Dönemi Dişhekimliği Fakültesi Kontenjan Sayısı	10.460	2.500
Öğrenci Başına Düşen Asistan Oranı	14/1	5/1
Öğrenci Başına Düşen Profesör Oranı	46/1	9/1

(*) Council of European Dentists (CED) Manual of Dental Practice 2015 (Edition 5.1)

SORUNLAR

- 1- Diş hekimliği fakültesi sayısındaki fazlalık
- 2- Diş hekimliği öğrenci kontenjanlarındaki fazlalık
- 3- Üniversitelerdeki öğretim üyesi, araştırma görevlisi sayılarındaki yetersizlik; ağız diş sağlığı yardımcı eleman azlığı
- 4- Fakültelerdeki teknik ve fiziki altyapılardaki eksiklik ya da yetersiz kapasite
- 5- Yetkin ve vasıflı eğitim kadrolarının sağlanamaması
- 6- **Sistemin DUS sınavı sonuçlarına göre aynı puana sahip kişilerin birlikte aynı fakültedeki uzmanlık alanını tercih ederek, açılan kadro sayısından fazla şekilde yerleştirme yapılabilmesine olanak vermesi**
- 7- Üniversite ve 3. Basamak diş hastanelerine sevk zincirine tabii olmadan (Yeşil Kart hariç) her hastanın direkt olarak başvuru yapabilmesi
- 8- Ağız ve diş sağlığı için koruyucu ve önleyici hekimlik uygulamalarının yeterince kabul görmemesi ve yaygınlaştırılamaması

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

- 1- Yeni diş hekimliği fakültesi açılmaması
- 2- Henüz eğitime başlamamış olan fakültelerin kapatılarak istihdam edilmiş Akademik kadronun bölgedeki alt yapısı en yeterli fakülteye entegre edilmesi
- 3- Eğitim veren fakültelerdeki kontenjanların Öğretim elemanı, derslik, laboratuvar ve kliniklerin fiziki ve teknik alt yapı şartlarıyla uygun olarak belirlenmesi
- 4- Köklü, yeterli öğretim üyesi ve fiziki/teknik alt yapısı bulunan fakültelerin günün teknolojik gelişmeleri takip edilerek yatırım açısından desteklenmesi ve daha da donanımlı bir biçimde eğitime devam edilmesi
- 5- Tıp fakültesi olmayan üniversitelerde temel tıp bilimleri derslerinin verilememesi açısından diş hekimliği fakültesinin açılmaması; var olanların kapatılarak 2. maddede önerildiği gibi Akademik kadronun bölgedeki alt yapısı en yeterli fakülteye entegre edilmesi
- 6- Ağız diş sağlığı yardımcısı, diş protezi teknolojisi elemanı yetiştirecek meslek yüksek okullarının Akademik kadro ve teknik ve fiziki laboratuvar alt yapılarının geliştirilmesi, var olanların teknolojik gelişmelere göre güncellenerek desteklenmesi ve mezunlarının diş hekimliği fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı ilgili kurumlarında istihdam edilmesi

- 7- Doçentlik sınavlarının kayıt altında, standardize edilmiş sınav teknikleri ile ve mülakatla yapılması
- 8- Üniversite ve 3. Basamak dış hastanelerine sevk zinciri ile hasta başvurusu alınmalıdır.
- 9- Dış hekimliğinde Acil tanımı net olarak yapılabilmiş değildir. Ülkemizde dış hekimliği fakültelerinde nöbet uygulaması yoktur. Bu durum asistan hekimlerin eğitim hakkının engellenmemesi bakımından doğru bir uygulamadır ve bu şekilde devam etmelidir.
- 10- Aile içinde erken çocukluk yaşlarında başlamak üzere yazılı ve görsel basın üzerinden ağız ve diş sağlığı ile ilgili koruyucu uygulamaların ve faydalarının anlatılması
- 11- Okul öncesi eğitimde ve okullarda koruyucu-önleyici hekimlik açısından ağız ve diş sağlığı eğitimlerinin yaygınlaştırılması, aile dış hekimliği uygulaması ve okullarda pilot illerden başlanarak uzman çocuk diş hekimi ve ortodontist çalışması
- 12- Akademik unvanlarda (Profesör, Doçent, Doktor Öğretim Üyesi, Uzman hekim) hekim olmaları nedeniyle, maaş ödemelerinde diğer fakülte akademik personeline göre hekimlik farkının tanımlanması ve ödemesinin yapılması gerekmektedir.



DİŞHEKİMLİĞİNDE ÇALIŞMA SÜRELERİ



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü**

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ -
İSTATİSTİK ANALİZ VE RAPORLAMA VE STRATEJİK
YÖNETİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
21.12.2017 11:01 - 32693113 - 420.01 - E 401
00078826062

Sayı: 32693113/420.01

Konu: MHRS'nin Etkin Kullanımı ve
Randevu Sürelerinin Düzenlenmesi

DAĞITIM YERLERİNE

MHRS ile vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, zaman ve iş gücü kaybını azaltmak, sakin ve huzurlu ortamlarda hizmet sunumunu sağlamak hedeflenmiştir. Söz konusu hedefler doğrultusunda Genel Müdürlüğümüz tarafından; MHRS bilinirliğini artırmak, etkin ve verimli kullanımının sağlanarak iş gücü ve zaman kaybını azaltmak amacıyla tanıtım faaliyetleri planlanmakta ve uygulanmaktadır. Bu kapsamda;

- İl Sağlık Müdürlüğünüz ve bağlı sağlık tesislerinin web siteleri ile mobil uygulamalarında, MHRS'nin görünürlüğünü etkinleştirecek şekilde düzenleme yapılması,
- Sağlık tesislerinde ve hastanenin uygun yerlerindeki ilan panolarında, MHRS tanıtımını sağlayacak materyallerinin kullanımının yaygınlaştırılması konularında çalışma yapılması,

Ayrıca randevu zaman aralıklarının düzenlenmesi, sağlıklı ve kaliteli bir muayenenin gerçekleştirilmesini sağlayacağından;

- Randevulu muayene sürelerinde, ekteki tabloda bulunan "Randevu Zaman Aralığı" sütunundaki asgari değerler esas alınarak düzenleme/tanımlama/güncelleme yapılması uygun olacaktır. Ancak belirtildiği gibi bu süreler asgari olup, hekim çalışma durumu, hasta yoğunluğu, branşların özellikleri dikkate alınarak artırılabilceğinin bilinmesi hususunda;

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr. Furkan Erol KARABEKMEZ
Genel Müdür

Ek: Randevu Zaman Aralığı (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
81 İl Sağlık Müdürlüğü

POLİKLİNİK ADI	RANDEVU ZAMAN ARALIĞI (EN AZ)
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	20
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	15
DİŞ POLİKLİNİKLERİ	20
DİĞER POLİKLİNİKLER	10

FDI - DİŞHEKİMLİĞİ TEDAVİ HİZMETLERİ ÇALIŞMA SÜRELERİ

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
TEŞHİS VE TEDAVİ PLANLAMASI	TEŞHİS VE TEDAVİ PLANLAMASI		
1. Dişhekimi muayenesi	1. Dişhekimi muayenesi (Diş tb)	14	20...*
2. Uzman dişhekimi muayenesi	2. Uzman dişhekimi muayenesi (Doktor)	14	
3. Diş röntgen filmi	3. Diş röntgen filmi (Periapikal) Adedi	13	20...*
4. Okluzal film	4. Okluzal film (Adedi)	13	20
5. Ekstra oral röntgen filmi	5. Ekstra oral röntgen filmi (Adedi)	13	
6. Panoromik film	6. Panoromik film (Ortopantomografi)	14	25...*
7. Sefalometrik film	7. Sefalometrik film (Adedi)	14	
8. Antero-posterior sefalometrik film	8. Antero-posterior sefalometrik film (Adedi)	14	
9. El bilek filmi	9. El bilek filmi (Adedi)	14	
10. T.M.E. filmi ve tetkiki	10. T.M.E. filmi ve tetkiki (Adedi)	19	
11. Sylagrafi	11. Sylagrafi (Adedi)		
12. Oral hijyen eğitimi	12. Vitalite Kontrolü	21	
13. Vitalite Kontrolü	13. Bite-Wing film (Adedi)	14	
14. Teşhis amaçlı anestezi	14. Radio-vizyografi	14	
15. Radio-vizyografi		12	
16. Konsültasyon		23	60...*
17. Bilgisayarlı tomografi (Tek Çene)		24	
18. Bilgisayarlı eklem tomografisi (Çift taraflı)		24	
19. Teşhis ve tedavi planlaması		19	
20. Kontrol hekim muayenesi		19	40...*

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
TEDAVİ VE ENDODONTİ	TEDAVİ VE ENDODONTİ		
1. Amalgam dolgu (amalgam restorasyon-bir yüzlü)	1. Amalgam dolgu (bir yüzlü)	35	40...*
2. Amalgam dolgu (amalgam restorasyon-iki yüzlü)	2. Amalgam dolgu (iki yüzlü)	44	50...*
3. Amalgam dolgu (Amalgam restorasyon-üç yüzlü)	3. Amalgam dolgu (üç yüzlü)	55	60...*
4. İnley dolgu* (inley restorasyon-bir yüzlü)	4. İnley dolgu* (okluzal)	37	65
5. İnley dolgu* (inley restorasyon-iki yüzlü)	5. İnley dolgu* (iki yüzlü)	51	80
6. İnley dolgu* (inley restorasyon-üç yüzlü)	6. İnley dolgu* (üç yüzlü)	62	110
7. Komposit dolgu (komposit restorasyon-anterior)	7. Komposit dolgu (ön diş)	39	40
8. Komposit dolgu (Komposit restorasyon-posterior)(bir yüzlü)	8. Komposit dolgu (arka diş)	41	50
9. Komposit dolgu (komposit restorasyon-iki yüzlü)	9. Ön diş Işınlı Komposit dolgu	51	50...*
10. Komposit dolgu (komposit restorasyon - üç yüzlü)	10. Arka diş Işınlı Komposit dolgu (bir yüzlü)	59	60...*
11. Kuafaj (dolgu hariç)	11. Arka diş Işınlı Komposit dolgu (iki yüzlü)	15	
12. Kanal tedavisi - Tek kanal (dolgu hariç)	12. Arka diş Işınlı Komposit dolgu (üç yüzlü)	50	135
13. Kanal tedavisi - İki kanal (dolgu hariç)	13. Kuafaj (dolgu hariç)	84	160
14. Kanal tedavisi - Üç kanal (dolgu hariç)	14. Amputasyon (dolgu hariç)	113	200
15. Periapikal lezyonlu dişte kanal tedavisi - Tek kanal (dolgu hariç)	15. Kanal tedavisi - her tek kanal (dolgu hariç)	62	175
16. Periapikal lezyonlu dişte kanal tedavisi - İki Kanal (dolgu hariç)	16. Black 5 kole restorasyonu (amalgam dolgu)	90	
17. Periapikal lezyonlu dişte kanal tedavisi - Üç Kanal (dolgu hariç)	17. Black 5 kole restorasyonu (cam ionomer dolgu)	118	
18. Aşın kole hassasiyeti tedavisi (tam çene)	18. Black 5 kole restorasyon u (komposit dolgu)	36	
19. Aşın kole hassasiyeti tedavisi (tek diş)	19. Cam ionomer dolgu	17	
20. Black V kole restorasyonu (amalgam dolgu)	20. Dentin pinli restorasyonu (pin başına)(dolgu hariç)	36	

21. Black V kole restorasyonu (cam ionomer dolgu)	21. Diş ağartma (intrakoronel bleaching (diş başına) (6 diş)	33	
22. Black V kole restorasyonu (kompozit dolgu)	22. Extrakoronel bleaching (tek çene) (Teknisyen ücreti hariç)	35	40
23. Onley*	23. Dentin bağlayıcısı (diş başına)	54	
24. Pinley*	24. Kanal için post uygulaması (diş başına dolgu hariç)	72	100
25. Kompozit inley	25. Aşırı kole hassasiyeti tedavisi (tam çene)	71	

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
TEDAVİ VE ENDODONTİ	TEDAVİ VE ENDODONTİ		
26. Seramik inley	26. Aşırı kole hassasiyeti tedavisi (tek diş)	59	90
27. Cam ionomer dolgu (cam ionomer restorasyon)	27. Gangren veya periapikal lezyon tedavisi	37	
28. Diş ağartma (beyazlatma - tek diş)	28. Dijital radyografi	23	
29. Diş ağartma (beyazlatma - alt-üst çene)	29. Dolgu sökülmesi (her diş için)	47	
30. Pinli restorasyon (intrapulpar pin - parapulpar-pin-pin başına)	30. Ekstirpasyon (her diş için)	15	
31. Direkt Kompozit Veneer	31. Pansuman (seans başına)	52	45
	32. Onley (laboratuvar ücreti hariç)		
	33. Kanal dolgusu sökme (her kanal için)		
	34. Kompozit Veneer		

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
PEDODONTİ	PEDODONTİ		
1. Fissür örtülmesi (sealant-tek diş)	1. Fissür örtülmesi (sealant-tek diş)	22	30...*
2. Yerel flour uygulaması (yarım çene) (çürük profilaksi)	2. Yerel flour uygulaması (yarım çene) (çürük profilaksi)	18	55
3. Prefabrike kuron	3. Prefabrike kuron (Malzeme ücreti hariç)	44	70
4. Yer tutucu (sabit)	4. Yer tutucu (sabit) (Teknisyen ücreti hariç)	42	
5. Yer tutucu (hareketli)	5. Yer tutucu (hareketli) (Teknisyen ücreti hariç)	37	
6. Çocuk protezi (akrilik-bölümlü-tek çene)	6. Çocuk protezi (akrilik-bölümlü-tek çene)	76	
7. Çocuk protezi (akrilik-tam-tek çene)	7. Çocuk protezi (akrilik-tam-tek çene)	99	
8. Amputasyon (dolgu hariç)	8. Strip kuron	44	80
	9. Kompomer dolgu (diş başına)		
	10. Açık apeksli dişte kanal tedavisi (her kanal için)		

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
PROTEZ	PROTEZ		
1. Tam protez (akrilik-tek çene)	1. Tam protez (akrilik-tek çene)	128	340...*
2. Bölümlü protez (akrilik-tek çene)	2. Bölümlü protez (akrilik-tek çene)	120	310...*
3. Tam protez (metal-tek çene)	3. Tam protez (metal kaideli-tek çene)	122	...*
4. Bölümlü protez (metal-tek çene)	4. Bölümlü protez (metal kaideli -tek çene)	105	...*
5. Hassas tutuculu protezler (hassas tutucu ücreti hariç tek çene)	5.-----	94	
6. İmplant destekli hareketli protezler (hassas tutucu ücreti hariç tek çene)	6. İmplant destekli hareketli protezler (hassas tutucu ücreti hariç tek çene)	228	340

İmmediat protezler (hassas tutucu ücreti hariç tek çene)	7. İmmediat protezler (akrilik) (tek çene)	88	210
8. Rebezaj (kaide yenileme-tek çene)(besleme)	8. Rebezaj (kaide yenileme-tek çene)	60	
9. Proteze yumuşak akrilik uygulaması (geçici tek çene)	9. Proteze yumuşak akrilik uygulaması	67	90
10. Proteze yumuşak akrilik uygulaması (daimi tek çene)	10.---	55	
11. Tamir (akrilik protezle, kırık veya çatlak)	11. Tamir (akrilik protezle, kırık veya çatlak)	22	
12. Kroşe ilavesi	12. Kroşe ilavesi	27	
13. Kroşe ilavesi veya metal iskelete tamir (punto ile metal iskelete)	13.---	29	
14. Diş ilavesi (tek diş)	14. Diş ilavesi (tek diş)	17	30
15. Gnatoloji, TME Kas Muayenesi (Okluzyon kontrolü)	15. Gnatoloji, TME Kas Muayenesi (Okluzyon kontrolü)	58	
16. Okluzal aşındırmalar (tek çene)	16. Okluzal aşındırmalar (tek çene)	65	
17. Gece plağı (Bruksizm için)	17. Gece plağı (Bruksizm için)	42	
18. Pinley ve çeşitleri*	18. Pinley ve çeşitleri*	64	
19. Metal döküm kuron	19. Metal döküm kuron	80	...*
20. Veneer kuron (akrilik)	20. Veneer kuron (akrilik)	93	150...*
21. Veneer kuron* (seramik)	21. Veneer kuron* (seramik)	91	180
22. Lamine veneer kuron (Akrilik)	22. Lamine veneer kuron (Akrilik)	66	
23. Lamine veneer kuron (Seramik)	23. ---	71	
24. Jaket kuron (Akrilik)	24. Jaket kuron (Akrilik)	72	110
25. Jaket kuron (Seramik)	25. Jaket kuron (Seramik)	92	
26. Teleskop kuron primer (Koping)	26. Teleskop kuron primer (Koping)	91	90
27. Freze tekniği ile yapılan kuron	27. ---	92	105
28. Standart post core (kuron hariç)	28. ---	41	
29. Döküm post core (Pivo-kuron hariç)	29. ---	49	170
30. Maryland köprü (Adeziv köprü)	30. Maryland köprü (Adeziv köprü)	37	180

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
PROTEZ	PROTEZ		
31. Geçici kuron (tek diş)	31. Geçici kuron (tek diş)	20	
32. Kuron sökümü	32. Kuron sökümü	24	
33. Düşmüş kuron ve köprü simantasyonu (tek sabit üye için)	33. Düşmüş kuron ve köprü simantasyonu (tek sabit üye için)	19	
34. Kuron köprü tamiri (tek üye için)	34. Kuron köprü tamiri (tek üye için)	52	
35. Diş üstü protezi (overdenture - tek çene)	35. ---	126	
36. Damak yarığı protezi (velum uzantılı aparey)	36. Damak yarığı protezi (velum uzantılı aparey)	99	
37. Yeni doğanda preoperatif aparey (verin ücreti ayrıca alınır)	37. Yeni doğanda preoperatif aparey (verin ücreti ayrıca alınır)	68	
38. Geçici obturatörler	38. Geçici obturatörler	68	
39. Basit çene defektlerinde protetik tedavi	39. Basit çene defektlerinde protetik tedavi	101	
40. Komplike çene defektlerinde protetik tedavi	40. Komplike çene defektlerinde protetik tedavi	92	
41. Yüz protezleri (yumuşak akrilik ile)	41. Yüz protezleri (yumuşak akrilik ile)	128	
42. Göz protezi (oküler)	42. Göz protezi (oküler)	201	
43. Okluzyon düzeltilmesi (iki çene)		110	

NOT: Köprü bünyesindeki her diş yapılan kuron cinsine göre değerlendirilir. Hassas (anker) ve yan hassas tutucuları içeren protezlerde eleman ücretleri ve diğer giderler ücrete ayrıca eklenir.

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
AĞIZ VE ÇENE CERRAHİSİ	AĞIZ VE ÇENE CERRAHİSİ		
1. Diş çekimi	1. Diş çekimi	31	30
2. Komplike diş çekimi	2. Komplike diş çekimi	62	65
3. Gömülü diş operasyonu	3. Gömülü diş operasyonu (mukoza retansiyonlu)	69	

4. Gömülü diş operasyonu (kemik retansiyonlu)	4. Gömülü diş operasyonu (kemik retansiyonlu)	77	110
5. Kök ucu rezeksiyonu (kanal tedavisi ve dolgu hariç)	5. Kök ucu rezeksiyonu (dolgu hariç)	64	55
6. Alveolit cerrahi tedavisi	6. Alveolit cerrahi tedavisi	49	
7. Kanama müdahalesi (basit)	7. Kanama müdahalesi	24	
8. Kanama müdahalesi (dikişli)	8. ---	49	
9. Alveol plastiği (yarım çene)	9. Alveol plastiği (yarım çene)	61	
10. Kist operasyonu	10. Kist operasyonu (küçük)	81	
11. Epulis operasyonu	11. Kist operasyonu (büyük)	56	50
12. Osteomyelitis veya osteitis operasyonu (tek çene basit)	12. Osteomyelitis operasyonu (tek çene)	141	
13. Çene lüksasyonu (basit)	13. Çene lüksasyonu (basit)	26	
14. Frenektomi operasyonu	14. ---	51	
15. Vestibüloplasti plastiği (yarım çene)	15. Vestibüloplasti operasyonu	103	
16. Sinüs plastiği (Graft veya membran ücreti hariç)	16. Sinüs plastiği	77	
17. Sert doku greftleme (greft ücreti hariç)	17. Sert doku greftleme (greft ücreti hariç)	92	
18. Yumuşak doku greftleme (greft ücreti hariç)	18. ---	85	
19. Sinüs lifting (biomateryal ücreti hariç)	19. ---	95	
20. Biyopsi	20. Biyopsi	56	20
21. Fibrom operasyonu	21. ---	66	50
22. Apse drenajı	22. Apse drenajı	67	50
23. Kapsül izalesi	23. ---	28	
24. Fizik tedavisi (infraruj seansı)	24. Fizik tedavisi (infraruj seansı)	24	
25. Çene kırığı (basit)	25. ---	120	
26. Çene kırığı (komplike-materyal ücreti hariç)	26. ---	142	
27. Reimplantasyon (tek diş-kanal tedavisi hariç)	27. Reimplantasyon (tek diş)	72	
28. Ototransplantasyon (tek diş-kanal tedavisi hariç)	28. Ototransplantasyon	96	
29. Subperiostal implant (implant ücreti hariç)	29. Subperiostal implant (tek ünite)	96	
30. Kemik içi implant (tek silindirik implant ücreti hariç)	30. Kemik içi implant	92	

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
AGIZ VE ÇENE CERRAHİSİ	AGIZ VE ÇENE CERRAHİSİ		
31. Kemik içi implant (blade tek implant ücreti hariç)	31. ---	92	
32. Torus operasyonu (yarım çene)	32. Torus operasyonu (yarım çene)	76	
33. Odontogenik tümör operasyonu (küçük)	33. Odontogenik tümör operasyonu (küçük)	71	
34. Odontogenik tümör operasyonu (büyük)	34. Odontogenik tümör operasyonu (büyük)	86	
35. Nevralji tedavisi (alkol enjeksiyonu)	35. ---	38	
36. Nöroktomi (nevralji tedavisi hariç)	36. Nöroktomi (nevralji tedavisi hariç)	81	
37. Tükrük bezi kanalından taş çıkarma (basit)	37. ---	58	
38. Ortodontik tedavi amaçlı gömük dişlerin üzerinin açılması	38. Ortodontik tedavi amaçlı gömük dişlerin üzerinin açılması	71	
39. T. M. E. Mekonoterapi	39. T. M. E. Mekonoterapi	173	
40. T. M. E. içi enjeksiyon (tek taraflı)	40. T. M. E. içi enjeksiyon (tek taraflı)	60	
41. Artrosentez (tek taraflı)	41. Artrosentez (tek taraflı)	55	
42. Açık eklem cerrahisi (tek taraflı)	42. ---	221	
43. Genioplasti	43. ---	151	
44. Segmental osteotomi	44. ---	301	
45. Osteotomi (tek çene)	45. ---	301	

NOT: 1. Cerrahi uygulamalarda protetik uygulamaya gerek duyulan hallerde protez başlığında belirtilen birim ücretleri ayrıca eklenir.

2. Genel anestezi altındaki uygulamalarda Türk Tabipleri Birliği'nin konuyla ilgili ücretleri eklenir.

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
PERIODONTOLOJİ	PERIODONTOLOJİ		
1. Detertraj (diş taşı temizliği-tek çene)	1. Detertraj (diş taşı temizliği-yarım çene)	32	45
2. Subgingival küretaj (tek diş)	2. Subgingival küretaj (yarım çene)	27	55
3. Gingivoplasti (tek diş)	3. Gingivoplasti (yarım çene)	30	5
4. Gingivektomi (tek diş)	4. Gingivektomi (yarım çene)	33	55
5. Flap operasyonu (subgingival küretaj dahil - tek diş)	5. Flap operasyonu (yarım çene)	49	
6. Hemiseksiyon (kök amputasyonu-kanal tedavisi hariç)	6. Hemiseksiyon (kök amputasyonu-kanal tedavisi hariç)	32	
7. Serbest diş eli grefti	7. Serbest diş eli grefti	40	70
8. Coronale kaydırma veya siyding flap	8. Coronale kaydırma veya siyding flap	41	
9. Periodontal şine (splint-sabit)	9. Periodontal şine (splint-sabit)	42	60
10. Periodontal şine (splint-hareketli)	10. Periodontal şine (splint-hareketli)	52	
11. Periodontal şine (splint-geçici-yarım çene)	11. ---	47	
12. Biyomateryal uygulaması (tek diş, flap op. ve biyomateryal ücreti hariç)	12. Biyomateryal uygulaması (tek diş, flap op. ve biyomateryal ücreti hariç)	5	
13. Membran uygulaması (tek diş, flap op. ve membran ücreti hariç)	13. Membran uygulaması (tek diş, flap op. ve membran ücreti hariç)	15	
14. Vestibül plak	14. ---	40	
15. Subepitelyal bağ dokusu grefti	15. Subepitelyal bağ dokusu grefti	43	

TDB TEDAVİ GRUPLARI	MALİYE BAKANLIĞI BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI	TDB Süre (dk)	FDI Süre (dk)
ORTODONTİ	ORTODONTİ		
1. Sefalometrik film analizi	1. Sefalometrik film analizi	70	
2. Antero posterior sefalometrik film analizi (frontal film analizi)	2. Antero posterior sefalometrik film analizi	70	
3. Kemik yaşı tayini	3. Kemik yaşı tayini	10	
4. Ortodontik fotoğraf	4. Ortodontik fotoğraf	15	
5. Ortodontik fotoğraf tetkiki	5. Ortodontik fotoğraf tetkiki	15	
6. Ortodontik model yapımı	6. Ortodontik model yapımı	33	
7. Ortodontik model analizi	7. Ortodontik model analizi	31	
8. Ara dönem sefalometrik film analizi	8. ---	70	
9. Ara dönem model yapımı	9. ---	33	
10. Angle sınıf I anomalilerinin ortodontik ted.	10. Angle sınıf I anomalilerinin ortodontik ted.	320	
11. Angle sınıf II anomalilerinin ortodontik ted.	11. Angle sınıf II anomalilerinin ortodontik ted.	376	
12. Angle sınıf III anomalilerinin ortodontik ted.	12. Angle sınıf III anomalilerinin ortodontik ted.	460	
13. Sabit kapanış yükseltici tatbiki	13. ---	13	
14. Önleyici ortodontik tedavi (tongue thrust)	14. Önleyici ortodontik tedavi (tongue thrust)	62	
15. Pekiştirme tedavisi	15. Pekiştirme tedavisi	130	
16. Pekiştirme aygıtı (havley pi)	16. Pekiştirme aygıtı (havley pi)	46	
17. Sabit pekiştirme aygıtı (lingual retainer)	17. Sabit pekiştirme aygıtı (lingual retainer)	56	
18. Dudak yastıkçığı (lip bumper)	18. ---	96	
19. Tek çeneyi ilgilendiren aparey yapımı (vida hariç)	19. Tek çeneyi ilgilendiren aparey yapımı (vida hariç)	46	
20. Çift çeneyi ilgilendiren aparey yapımı (frankel aygıtları-aktivatör-bionatör)	20. Çift çeneyi ilgilendiren aparey yapımı (frankel aygıtları-aktivatör-bionatör)	66	
21. Vida uygulaması (tek vida)	21. ---	10	
22. Wilson arkı uygulaması	22. ---	31	
23. Çift çeneyi ilgilendiren sabit fonksiyonel aygıtlar (Jumper aygıtı)	23. ---	51	
24. Herbst aygıtı	24. ---	51	
25. Kayıp apareyin yeniden yapımı (tek çene)	25. ---	51	

ÖZLÜK HAKLARI TALEPLERİMİZ

Sayı: 2022/670
Konu: Hekimlerin Özlük Hakları

10.10.2022

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞINA

Hekim Birliği ilkesel olarak; hekimin hakkı olacak şekildeki maaşın tek kalemden ödenmesini ve ek ödemelerin, maaşın %20'sini geçmeyecek şekilde düzenlenmesini talep etmektedir. Bu şekilde şu an taban alamayan kurum hekimlerinin, teşvik alamayan 1. basamak hekimlerinin, yetersiz teşvik alan 2. ve 3. basamak tüm hekimlerin eşitsiz ve adaletsiz uygulamalara maruz kalması engellenmiş olacaktır.

Bu sistem hayata geçirilinceye kadar muhatap olmak zorunda olduğumuz ve fişi çekilen performans sistemi yerine getirilen teşvik ödeme sistemiyle ilgili eşitsizlik ve adaletsizliğe sebep olan tespit ve taleplerimiz:

- 1- Bilimsel dayanaktan yoksun, belirleme kriterleri hakkında bilgi sahibi olmadığımız; Tıp hekimi, Dişhekimi ve Uzman Dişhekimi **HAKUK en düşük 2 olacak şekilde düzenlenmeli**, hekimin teşvik sisteminde tavana ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
- 2- Tüm ülkede dağıtım oranlarında kurum gelirinin **en az yarısı alt sınır olmalıdır**. Üst sınır ise kurum geliri o ay ülke ortalamasının belirgin olarak altındaysa dağıtım oranının %75' e kadar başhekimin teklifi ve sağlık müdürü onayı ile artırılabilir olması gerekir.
- 3- Ek ödeme katsayısında yaşanan aylık farklılıkları ortadan kaldıran, hekimin sarf ettiği emeğin karşılığını her ay aynı şekilde alabileceği bir düzenleme ivedilikle hayata geçirilmelidir. Bu kapsamda **ek ödeme katsayısının alt sınırı, hekimler için en az 0.45 olmalıdır**. Bu oran her yıl ÜFE ve TÜFE oranların toplamının yarısı olacak şekilde artırılarak güncellenmelidir. Üst sınır ise kurumun gelirin göre artmalıdır. Hekimin uyguladığı 'emeğinin hakkını' alamama dönemi sonlandırılmalıdır.
- 4- İlk üç maddeyle ilgili gerekli düzenlemeler yapılmış, hekimin hakkı net ve sabit olarak karşılanmaya başlanmış güven veren bir sistem inşası tamamlanmış ise ancak o zaman mesai dışı çalışma sistemi brüt teşvik ödemesinin %80'ni garanti ödeme olmak kaydıyla uygulanmaya alınabilir.
- 5- **Nöbet ücretleri** tüm sosyal katmanlarda uygulandığı gibi hekimlerde de **mesai ücretinin en az iki katı olmalıdır**.
- 6- **Sabit ek ödemenin emekli maaşlarına yansıtılması** çalışmasının bir an önce yapılması gerekmektedir.
- 7- 4924 s. Kanun statüsünde sözleşmeli çalışan hekimler için özlük haklarında yönetmelikle yapılacağı belirtilen iyileştirmeler hızla yapılmalıdır.
- 8- Hekimlerde 4200 olan **emeklilik ek göstergesinin 7600 olması gerekmektedir**.
- 9- **Emeklilik ek gösterge oranlarımız**, 1 Aralık 2021 tarihinde TBMM Genel Kurulu'nda ortak mutabakatla kabul edildiği şekliyle Hekim (Tıp, Diş) için **33.000**, Uzman Hekim (Tıp, Diş) için **40.000 olacak şekilde düzenlenmelidir**.
- 10- Dahili branşlarda 62, cerrahi branşlarda 58 olan hekim ortalama yaşam sürelerinin nasıl uzayabileceği ile ilgili acil eylem planı oluşturulmalıdır. Bu şekilde ömrünün 2/3 eğitim ile geçen bir uzmanlıktan daha fazla faydalanmanın (özlük iyileştirilmesi, şiddetin engellenmesi, çalışma şartlarını gerektiği gibi düzenlenmesi vb) yol haritası oluşturulmalı, erken yaşlarda gerçekleşen beyin göçüne DUR denmelidir.

Tüm Hekimlerin hak ve onuru için mücadele eden Hekim Birliği olarak;

Yukarıda tespit ettiğimiz maddeler kapsamında gereğinin yapılmasını saygılarımızla talep ederiz.

Dr. Hatice ÇERÇİ BALCI
Genel Başkan

HEKİME YÖNELİK ŞİDDETİN ÖNLENMESİ ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ



HEKİME YÖNELİK ŞİDDETİN ÖNLENMESİ ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sağlık çalışanına yönelik şiddet, her geçen gün artmaktadır. 2013 yılına ait TBMM Raporuna göre, sağlıkta şiddet diğer sektörlerle göre 16 kat fazladır. Hal böyleyken, son 10 yılda Beyaz Kod bildirimleri yaklaşık %600 artmıştır. Ayrıca sağlık alanında yaşanan şiddetin %52'sinin Hekimlere yönelik olduğu tespit edildiğinden; Hekimler, sağlık çalışanlarına göre sayıca çok daha az olsalar da, daha fazla oranda şiddete maruz kalmaktadır.

Sağlık çalışanına yönelik şiddet, sadece sağlık çalışanının değil, çalışanın hizmet verememesi sebebiyle hizmetin aksamasına bağlı olarak hasta mağduriyetine ve kamu menfaatinin de zarar görmesine sebep olan önemli ve önlenmesi gereken bir sorundur. Bu sebeple şiddetin çözümü için sadece hukuksal çerçeve yeterli olmayıp, konuyu öncelikle toplumsal ve sosyolojik yönlerden ele almak gerekir.

ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE ÇÖZÜM BASAMAKLARI

A. ÖNCESİ:

Risk yönetimi olarak da tanımlayabileceğimiz bu safhada henüz şiddet meydana gelmemiştir. Bu sebeple şiddetin önlenmesinde; koruyucu, önleyici ve caydırıcı tedbirler açısından en önemli aşamadır. Önemli olan şiddet meydana geldikten sonra yapılacaklar değil, şiddetin meydana gelmemesi için yapılması gerekenlerdir.

TOPLUMSAL ÖNERİLER

1. Kamu adına görev yapan ve kamu hizmeti sunan Hekime yönelik şiddet, esasında kamuya ve Devlet'e karşı işlenmektedir. Bu sebeple başta Cumhurbaşkanı olmak üzere Devlet'in en üst düzey yetkilileri tarafından şiddetin önlenmesine dair açıklamalar yapılmalıdır.
2. İletişim Başkanlığı tarafından şiddetin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalı; toplumsal alan ve medya organları için kamu spotları, görsel yayınlar, afişler, bildiriler, vb hazırlanmalıdır.
3. Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı gibi doğrudan kamuya hitap eden kurumlar tarafından şiddete mahal verebilecek hususlarda gerekli hassasiyet gösterilmeli ve şiddeti engellemeye yönelik olarak hastaların sorumlulukları, hastanelerde işleyiş ve hekimlerle iletişim, şiddetin yaptırımları gibi konular hakkında çalışmalar yapılmalı,
4. Sağlık kurumlarında; hastaların sorumlulukları, hastanelerde işleyiş ve hekimlerle iletişim, şiddetin yaptırımları gibi şiddeti önlemeye yönelik afiş, broşür vb görseller oluşturulmalıdır.

İDARİ ÖNERİLER

5. SABİM derhal kapatılmalıdır.
6. Hekimlerin tıbbi standartlar ve etik ilkeler doğrultusunda hakkıyla görev yapabilmelerine yönelik.
 - Hekimlerin çalışma cetvelleri oluşturulmalı ve öncesinden ilan edilmeli,
 - Her Hekim, branşına göre hastaya en az 15 dakika ayırabilecek şekilde muayene ve randevu aralığını kendisi belirleyebilmeli,
 - Randevu sistemi uygulanmalı ve ayaktan ve kontrol hasta oranı %20'yi geçmemeli,



- Randevuya uymayana idari yaptırım uygulanmalı,
- Hekimin saygınlığını yeniden tesis edecek ve meslek onuruna yaraşır ücretler verilmeli,
- Afet gibi haller haricinde günlük, haftalık kısa süreli geçici görevlendirmelere son verilmelidir.

7. Acillerle ilgili olarak

- Öncelikle performans sisteminden vazgeçilmeli,
- Yeşil alan hastaları sosyal güvenlikli yararlanmamalı ve tam ücret alınmalı,
- Tıbbi standartlara göre dış hekimliğinin acili olmadığından, dış hekimliğinde 24 saat hizmet kaldırılmalıdır.

8. Sağlık kurumlarında güvenlik tedbirlerinin attırılmasına yönelik;

- X Ray cihazları yaygınlaştırılmalı ancak bundan da önemlisi etkin şekilde kullanılmaları sağlanmalı, bu amaçla güvenlik personelinin yetkileri artırılmalı,
- Ruhsatlı bile olsa içeriye herhangi bir silah sokulmasına izin verilmemeli,
- Güvenlik personeline sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik özel ve düzenli eğitimler verilmeli,
- Güvenlik personeli sağlıkları açısından düzenli psikolojik değerlendirilmeden geçirilmeli,
- Aile Sağlığı Birimleri için de yukarıdaki güvenlik tedbirleri idare tarafından sağlanmalıdır.

9. Spor Polisi gibi Sağlık Polisi oluşturulmalı ve sağlık kurumlarında görev yapmaları sağlanmalıdır.

10. Sosyal medya ve basında Hekim aleyhine yapılan asılsız haberler ve şiddeti teşvik edenleri tespit için Bakanlıkta birim kurulmalı ve failer tespit edilerek adli işlemler re'sen başlatılmalıdır.

11. Sağlıkta şiddetin en fazla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği gözetildiğinde;

- Sağlık kurumlarında gereksiz kalabalıklar önlenmeli,
- Randevulu hastaların randevudan en az 30 dakika önce kabulü sağlanmalı,
- Bir kişiden fazla refakatçinin bulunmasına izin verilmemelidir.

12. Hekimin yalnız kalması engellenmeli, sekreter veya sağlık personeli ile çalışması sağlanmalıdır.

HUKUKİ ÖNERİLER

13. Şiddet uygulayan faile bağlı genel sağlık sigortası en az 6 ay askıya alınmalıdır

14. Sağlıkta şiddetin önlenmesine özgü suç tipleri ihdas edilmeli veya nitelikli haller eklenmeli, yaptırımları caydırıcı hale getirilmelidir.



B. SIRASI

Şiddetin meydana geldiği sırada yapılması ve olması gerekenlerdir.

15. Panik butonları ve mobil uygulamalar sayesinde mağdura derhal ulaşım sağlanmalıdır.
16. Güvenlik görevlileri faili derhal etkisiz hale getirmeli ve varsa diğer hasta yakınlarını ortamdan uzaklaştırmalıdır.
17. Şiddeti tespit ve ispata yarayacak sesli ve görüntülü kayıt sistemleri kurulmalıdır.
18. SABİM, CİMER gibi idareye bağlı yollarla şiddet gerçekleştirildiğinde; idare, TCK m.270 vd hükümleri doğrultusunda doğrudan adli işlemleri başlatmalı, kolluk ve güvenlik personeli ile Hekimi koruma altına alarak, güvenliğini sağlayacak tedbirleri almalıdır.

C. SONRASI

Kriz yönetimi olarak da tanımlayabileceğimiz bu safhada şiddet sonlanmıştır. Şiddet olayı ile ilgili hukuki, idari ve tıbbi süreçleri ifade eder.

19. Öncelikle şiddet mağduru Hekimin hizmetten çekilme hakkı her türlü kolaylık sağlanmalı ve talebi halinde idari izin verilmelidir.
20. Şiddet sonrası genel güvenliğin sağlandığı idare tarafından güvence altına alınana kadar hekim ve sağlık çalışanları hizmet sunmaya zorlanmamalıdır.
21. İdare tarafından, iş kazası kaydı açılarak şiddet mağduru Hekimin fiziksel ve psikolojik tıbbi değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Fiziksel travma yoksa bile ruhsal değerlendirilmeye yönlendirilmelidir.
22. İl Sağlık Müdürlüğü avukatları derhal olaya müdahil olmalı ve olay tutanağı, belge düzenlenmesi ve ifade verilmesi gibi konularda doğrudan destek olmalıdır.
23. Soruşturma ifadesinin kurum içinde alınmasına dikkat edilmeli ve Sağlık Müdürlüğü avukatı ifade sırasında hazır bulunmalıdır.
24. Mağdurun ikametgah bilgileri paylaşılmamalıdır.
25. Fail için tutuklama talebinde bulunulmalıdır.
26. İdare tarafından, fail hakkında uzaklaştırma tedbiri için başvurulmalıdır. Eğer failin başka bir sağlık kuruluşuna gitme imkanı yoksa güvenlik eşliğinde sağlık hizmeti verilebilir.
27. Görevi başında ve/veya göreviyle ilgili şiddet, iş kazası kabul edildiğinden ve sürekli travmalar meslek hastalıklarına yol açabileceğinden gerekli tıbbi farkındalık konusunda eğitim ve bilgilendirmeler yapılmalıdır.



D. ŞİDDETİN ÖNLENMESİNE İLİŞKİN YASA TEKLİFİMİZ

Madde 1. 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 231'inci maddesinin altıncı fıkrasının (c) bendinden sonra gelmek üzere, aşağıdaki bent eklenmiştir:

(d) Suçun, sağlık hizmetinde çalışan kişilere karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106) ve hakaret (madde 125) suçlarından olmaması

Madde 2. 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 86'ıncı maddesinin üçüncü fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir:

(4) Kasten yaralama suçunun;

a) Sağlık hizmetinde çalışan kişilere, görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza iki yıldan az olamaz.

Kasten yaralama suçunun işlenmesi sonucunda sağlık hizmetinin geçici de olsa aksaması hâlinde, yukarıdaki fıkralar hükümlerine göre verilecek ceza yarısından iki katına kadar artırılır.

Madde 3. 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 106'ıncı maddesinin ikinci fıkrasının (d) bendinden sonra gelmek üzere aşağıdaki bent ve ikinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir:

(e) Sağlık hizmetinde çalışan kişilere, görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla,

(3) Tehdit suçunun işlenmesi sonucunda sağlık hizmetinin geçici de olsa aksaması hâlinde, yukarıdaki fıkralar hükümlerine göre verilecek ceza yarısından iki katına kadar artırılır.

Madde 4. 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 125'inci maddesinin üçüncü fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir:

(4) Hakaret suçunun;

a) Sağlık hizmetinde çalışan kişilere, görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza iki yıldan az olamaz. Tehdit suçunun işlenmesi sonucunda sağlık hizmetinin geçici de olsa aksaması hâlinde, yukarıdaki fıkralar hükümlerine göre verilecek ceza yarısından iki katına kadar artırılır.



HEKİM BİRLİĞİ

#hakkıylagörev



Biz Hekim ve Dış Hekimleri olarak, görevimizle ilgili temel sorunlarımıza yönelik Emeklilik, özlük, ücret, çalışma, sorumluluk gibi mesleki hak ve koşullarımız için

- 1) 09.12.2021 tarihli Sağlık Bakanı Sn. Dr. Fahrettin KOCA imzalı Genelge doğrultusunda; MHRS randevularını, 10 ile 30 dakika arasında olacak şekilde her hekimin kendisinin belirleyerek,
- 2) Hazırlık ve mesleki bilimsel gelişim için saat 09.00'dan önce ve 16.00'dan sonra MHRS randevuları verilmeyerek,
- 3) Acil servis yeşil alan, MHRS uygulanamayan vb yerlerde, hastaya en azından 10 dakika ayırarak,
- 4) Hekim ve dış hekimi yakını, acil ve adli vaka haricinde MHRS dışı hasta bakmayarak,
- 5) Şiddet meydana gelmesi halinde Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi m. 6 doğrultusunda; kurumdaki tüm hekimlerce idareden hizmetten çekilme hakkı talep edilmesi, mal ve can güvenliği nedeniyle kurum genelinde gerekli güvenlik tedbirleri sağlanana kadar güvenli bir yerde toplanarak,
- 6) Her türlü tıbbi müdahale hukuki uyumsuzluğa mahal verebileceğinden; idare tarafından Hasta Hakları Yönetmeliği m.15'e uygun şekilde hazırlanan bilgilendirme formlarının, hakkıyla vakit ayırarak hastaya anlatılması ve imzasının alınması, idare tarafından uygun formlar hazırlanmadan ve hastaya anlatılarak imzası alınmadan girişimsel işlem yapmayarak,
- 7) İş göremezlik, durum bildirir, belirli bilimsel kriterleri olmayan veya tek birinci basamak imkanlarıyla çözümü olmayan keyfi olabilecek rapor talepleri konusunda gerekli düzenleme yapılması, bu gibi raporların düzenlenmesinde gerekli dikkat ve özenin gösterilmesi ve şüphe halinde bu raporları düzenlenmeyerek,
- 8) Her türlü girişimsel işlemlerde, komplikasyon ve/veya tıbbi hatayı (tıbbi malpraktis) önleyebilmek için, hastaya gereken zamanın ayrılmasını sağlayarak,
- 9) Hizmet sunumu sırasında dinlemeyi sağlayacak vakit bırakarak, dikkati dağıtacak sayıda vaka almayarak,
- 10) Ağır iş yükü ve organizasyondan kaynaklanan tıbbi ihmaller (malpraktis) sonucu meydana gelen zararların sorumluluğu hekimlere yüklenmeden, idarenin de organizasyon kusuru gözetilinceye ve ağır iş yükü altındaki hekimlerin sorumluluğunu hakim ve Cumhuriyet savcılarını gibi azaltacak yasal düzenleme yapılınca kadar, risk doğrucu özveride bulunmayarak,
- 11) Uzun süredir var olan tüm basamaklardaki sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi ve giderilinceye kadar gereksiz risk almayarak ve tükenmeyerek,
- 12) Aile Hekimliği Ödeme Sözleşme Yönetmeliği ile Hastalık Yönetim Platformu (HYP) nun ülkemiz gerçekleri ile ve sahanın da fikri alınarak yenilenmemesi ve ulaşılması imkansız hedeflerin kaldırılmaması sebebiyle, bu hedefleri hakkıyla gerçekleştirmek üzere gerekirse poliklinik hizmetlerini öteleyerek,
- 13) Aile Hekimliğinde cari gider ödeneklerinin günümüz gerçekleri ile bağdaşır şekilde arttırılmadan, vekaletsiz ve ücret kesintisiz izin hakkı sağlanıncaya kadar,
- 14) Hak ettiğimiz ücret artışı sağlanana, ücret adaletsizlikleri giderilene ve ek gösterge arttırılınca kadar,

HAKKIYLA GÖREV YAPACAĞIZ !!!

Tüm hekim ve dış hekimleri olarak hakkıyla görevimizi yapabilmek için, iş yükü ve yoğunluğu nedeniyle riskin azaltılması konusunda alınacak tedbirlere katılmalı ve meslektaşlarımızı uyarmalıyız.

Hekim Birliği Yönetim Kurulu 14.01.2022 tarih ve 2 nolu işbu kararı hukuka aykırı bir eylem değil, tıbben ve hukuken zaten olması gerekenlerdir.

Başta Tüm Hekim ve Dış Hekimleri ile
Sağlık Bakanlığı, TTB, TDB, TabipSen, HekimSen ve Kamuoyuna açık çağrımız ve ilanımızdır.

Adres: Adalet Mah. Manas Bulvarı No:39 K:34 D:3408 Bayraklı /İZMİR
Tel: 0232 400 0189 E-posta: bilgi@hekimbirlikksen.org



Hekim Birliği Yönetim Kurulu







Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz...

H. Öztürk

Eğitim Birlik Olalım

