



## DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

### KORUYUCU AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SUNUMU: TÜRKİYE VE BAZI ÜLKELERDE ÖRNEK UYGULAMALAR

#### PROVISION OF PREVENTIVE ORAL AND DENTAL HEALTH SERVICES: SAMPLE PRACTICES IN TURKEY AND SOME COUNTRIES

Öğr. Gör. Ayşegül DOĞAN<sup>1</sup>  
Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE<sup>2</sup>

#### ÖZ

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri çok sayıda ülkede koruyucu felsefe temelinde yapılandırılmıştır. Gelişmiş ülkelerde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulmaktadır. Türkiye’de ise ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda tedavi edici hizmetlere ağırlık verildiği, koruyucu hizmetlerin sistemli ve yaygın bir biçimde sunulmadığı görülmektedir. Bununla beraber yakın zamanda “Aile Diş Hekimliği” sisteminin uygulamaya geçirilmesi ile ilgili yeni gelişmeler yaşanmaya başlamıştır. Bu derlemede Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili en güncel veriler ortaya konulmuş; Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, Almanya, İsveç, Brezilya ve Japonya’daki koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik emsal uygulamalar değerlendirilmiştir. Bu ülkelerde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda kamuyla birlikte özel sektörün de katkısı olmakta; hizmet kapsamında çocukların yanısıra hamileler, öğretmenler, mental retarde, geriatrik veya immobil engelli hastaların bakımını üstlenen kişiler de yer almaktadır. Türkiye ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunu koruyucu hizmetler bağlamında ele alan herhangi bir çalışmaya ulusal literatürde rastlanmaması dolayısıyla çalışmanın sağlık politikacıları ve akademisyenlere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı, Sağlık Politikası, Sağlık Hizmetleri.

**JEL Sınıflandırma Kodları:** I18.

#### ABSTRACT

Oral and dental health services have been structured based on preventive philosophy in many countries. Preventive oral and dental health care services are provided within the scope of primary health care services in many developed countries. In Turkey, treatment-based health care is emphasized. Recently, new developments regarding the "Family Dentistry" system have begun to be experienced. In this review, the most up-to-date data on oral and dental health care services in Turkey were presented, and precedent practices for preventive oral and dental health services in the United States, Canada, England, Germany, Sweden, Brazil, and Japan were evaluated. In these countries, the private sector also contributes to the provision of preventive oral and dental health services. There are also pregnant women, teachers, people who take care of mentally retarded, geriatric, or immobile disabled patients within the scope of the service. It is thought that the study will be a guide for health politicians and academics since there is no study in the national literature that deals with the delivery of oral and dental health services in Turkey in the context of preventive services.

**Keywords:** Preventive Oral and Dental Health, Health Policy, Healthcare Services

**JEL Classification Codes:** I18.

<sup>1</sup> Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ağız ve Diş Sağlığı Programı, [dt\\_aysegul\\_dogan@hotmail.com](mailto:dt_aysegul_dogan@hotmail.com)

<sup>2</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [sdurukankose@mu.edu.tr](mailto:sdurukankose@mu.edu.tr)

## EXTENDED SUMMARY

### **Purpose and Scope:**

It is important to examine the approach and service delivery of developed countries to preventive oral and dental health services, to direct the oral and dental health policies in Turkey. The aim of this study is to reveal the current developments in the delivery of oral and dental health services in Turkey and to examine the examples of preventive oral and dental health services in countries such as England, Brazil, Germany, Canada, Sweden, Japan, and the United States. Evaluation of exemplary practices on this subject is thought to be a guide for health politicians and academics. Since there is no study evaluating oral and dental health services in Turkey in the context of preventive services in the national literature, it is anticipated that this study will fill an important gap in the literature.

### **Design/methodology/approach:**

Health institutions operating in the public and private sectors play a role in the provision of oral and dental health services in Turkey. Before 2002, oral and dental health services were mostly provided by the private sector in return for out-of-pocket payments. With the "Health Transformation Program" launched in 2003, many important changes and regulations have come to the fore in the health sector. In 2007, the Social Security Institution published the Health Implementation Communiqué (HIC) and in 2008, General Health Insurance was put into practice. After the "Health Transformation Program", the capacity of the oral and dental health services offered by the Ministry of Health increased, and significant investments began to be made in this area. The number of Oral and Dental Health Centers affiliated with the Ministry of Health increased from 14 in 2002 to 131 in 2019. The total number of institutions providing oral and dental health services under the Ministry of Health increased to 997 in 2016 and to 983 in 2019.

### **Findings:**

Children are the target group of preventive services in Turkey. Studies on school health started with the "Public Health Law No. 1593" enacted in 1930. Today, with the "Oral and Dental Health Education and Preventive Oral and Dental Health Studies Program", preventive services are partially provided to school-age children. This program is carried out by the "General Directorate of Public Health of Turkey, the Department of Community Health Services, the Ministry of National Education and the General Directorate of Vocational and Technical Education". The General Directorate of Public Health offers some services such as applying fluoride varnish twice a year and oral hygiene training to school-age children, starting from kindergarden students who have completed 60 months of age, until the end of the 4th grade of primary school. In order to integrate oral and dental health services into primary health care services, the practice of Family Dentistry came to the fore in Turkey in 2004, but it could not be put into practice at that time. In August 2022, the Family Dentistry Model started to be tested in three pilot provinces. However, in most of the developed countries, it is seen that policies aimed at protecting and improving oral and dental health were implemented many years ago.

### **Conclusion and Discussion:**

Most of the diseases related to oral and dental health are chronic diseases that can be prevented. Countries that are aware of this have structured their oral and dental health services based on a preventive philosophy and have successfully integrated preventive oral and dental health services into primary health care services. Many countries receive the support of private sector providers, even if they include these services in their national health programs. It is seen that the topical and systemic application of fluoride, fissure sealant applications, school programs and especially oral hygiene education are focused on protecting and improving oral and dental health. Many developed countries have shaped oral and dental health services in the focus of preventive services. Services for the protection and development of oral and dental health are primarily provided by the public within the scope of primary health care services.

## 1. GİRİŞ

Yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olan ağız ve diş sağlığı, genel sağlığı birebir ilgilendirmektedir (DSÖ, 2021). Ağız ve diş hastalıkları, görülme sıklıklarının fazla olması ile dünyadaki tüm ülkeleri etkilemekte ve önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Jin vd, 2016; Shawn ve Kane, 2017; Petersen vd., 2005). Son yıllarda sağlık otoritelerinin gündemine aldığı önemli konulardan biri ağız ve diş sağlığı ile genel sağlığın entegrasyonudur (Watt ve Sheiam, 2012; Özyavaş, 2018; Balasubramanian vd., 2019). Dünya Sağlık Örgütü 2022 yılı itibarıyla küresel bir ağız sağlığı stratejisinin ve 2023 yılına kadar bir eylem planının geliştirilmesi çağrısında bulunmuş, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ağız ve diş sağlığının geliştirilmesini amaçlayan hizmetlerin önemine özellikle vurgu yapmıştır (DSÖ, 2021). Günümüzde gelişmiş ülkeler, ağız ve diş sağlığı hizmetleri konusunda “proaktif bir yaklaşım” sergilemektedir. Sağlık hizmetlerini koruyucu felsefe temelinde şekillendirmiş olan ülkelerde koruyucu hizmetlerin geliştirilmesini hedefleyen sağlık politikalarına öncelik verilmektedir (Kavşur ve Sevimli, 2021). Türkiye’de ise ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ağırlıklı olarak tedaviye yönelik uygulamalar yer almaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri yaygın bir biçimde sunulmamaktadır (Karabekiroğlu, ve Ünlü, 2017; Hayran vd., 2004).

Gelişmiş ülkelerin koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yaklaşımı ve hizmet sunumlarını incelemek, Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı politikalarına yön vermek adına önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu ile ilgili güncel gelişmeleri ortaya koymak, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin İngiltere, Brezilya, Almanya, Kanada, İsveç, Japonya ve Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerdeki örneklerini incelemektir. Bu konudaki örnek uygulamaların değerlendirilmesinin sağlık politikacılarına ve akademisyenlere yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Ulusal literatürde Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu hizmet bağlamında değerlendiren herhangi bir çalışma bulunmaması dolayısıyla bu çalışmanın literatürde önemli bir boşluğu dolduracağı öngörülmektedir.

## 2. TÜRKİYE’DE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

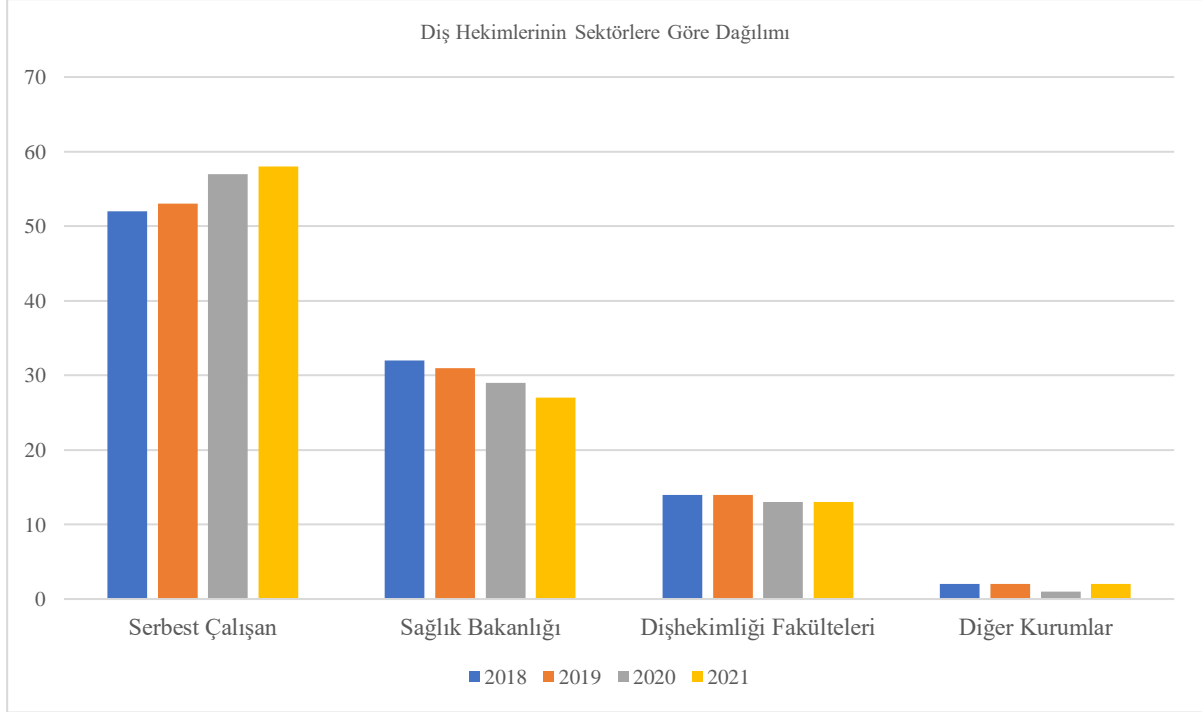
Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren sağlık kuruluşları rol almaktadır (Doğan Eren ve Karakaya, 2021). 2002 yılı öncesinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri çoğunlukla cepten ödemeler karşılığında özel sektör tarafından sunulmuştur (Atasever ve Örnek, 2018). 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlık sektöründe pek çok önemli değişiklik ve düzenleme gündeme gelmiştir (Memişoğlu, 2018). 2007 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliği’ni (SUT) yayınlamış, 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya geçirilmiştir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sonrasında Sağlık Bakanlığının sunduğu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapasitesi artmış, bu alanda önemli yatırımlar yapılmaya başlanmıştır (Başol ve Işık, 2015). Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin sayısı 2002 yılında 14 iken 2019 yılında 131’e yükselmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan toplam kurum sayısı 2016 yılında 997’ye, 2019 yılında 983’e yükselmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017, 2020). 2019 yılına ait veriler Tablo 1’de sunulmaktadır.

**Tablo 1.** Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Kurumlar ve Diş Ünite Sayıları

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	131	4.411	-	-	83	909	214	5.320
Diş Hastanesi	29	2.052	-	-	3	85	32	2.137
Diş Eğitim Hastanesi	3	265	50	5.504	-	-	53	5.769
Diş Polikliniği (Hastane)	820	3.222	15	368	211	477	1.046	4.067
Diş Polikliniği	-	-	-	-	2.123	8.701	2.123	8.701
Toplam	983	9.950	65	5.872	2.420	10.172	3.468	25.994

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020:137

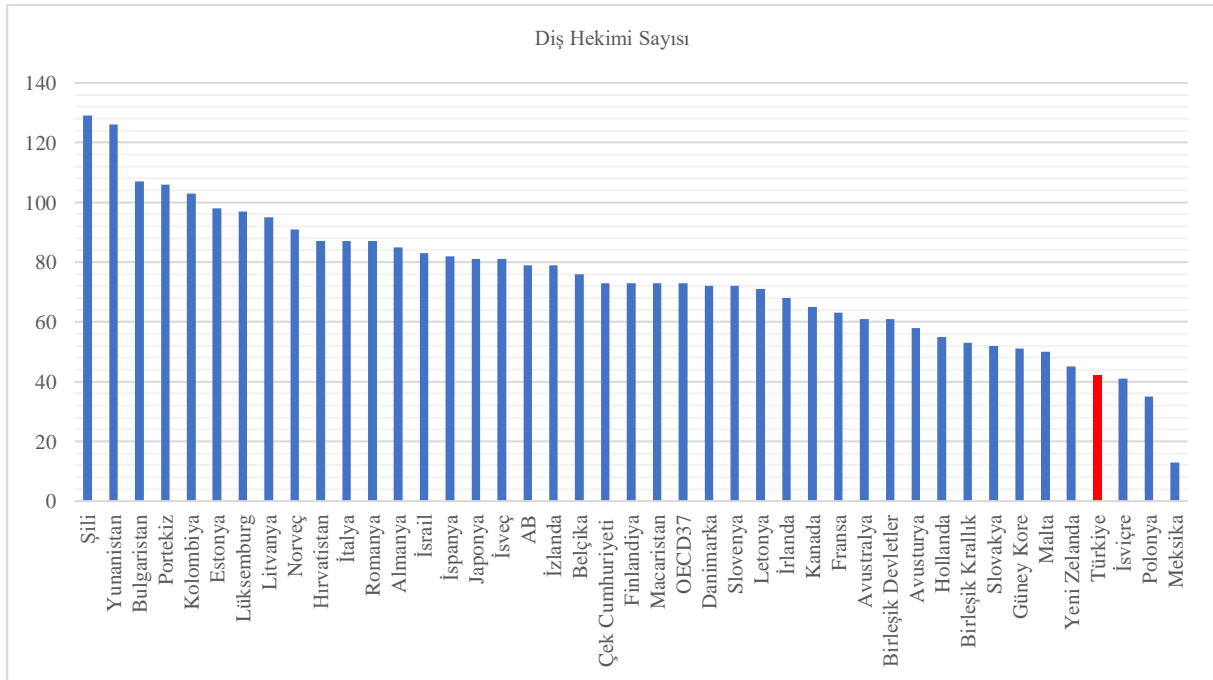
Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna dair yapılan yatırımlar ve artmış istihdama rağmen diş hekimlerinin sektörlere göre dağılımı değerlendirildiğinde özellikle son yıllarda diş hekimlerinin ağırlıklı olarak özel sektörde çalıştığı görülmektedir (Grafik 1). Bu veriler özel sektörün Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda halen en önemli aktör olduğunu ortaya koymaktadır.



**Şekil 1.** Dış Hekimlerinin Sektörlere Göre Dağılımı

**Kaynak:** Türk Dış Hekimleri Birliği Yayınları, 2021

Türkiye’de 2007 yılı verilerine göre yüz bin kişi başına 27 dış hekimi düşerken bu sayı 2019 yılında 40’a yükselmiştir. Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında bu değer oldukça düşüktür (Sağlık Bakanlığı, 2019).



**Şekil 2.** Türkiye ve Diğer Ülkelerde 100.000 Nüfusa Düşen Dış Hekimi Sayıları

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019:222

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ağırlıklı olarak tedavi ve rehabilite edici uygulamalar yer almıştır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri maalesef bütün nüfusu kapsayacak sistematik bir biçimde sunulmamış ve koruyucu hizmetlerin eksikliği pek çok soruna temel teşkil etmiştir (Ağırılan, 2013; Akar, 2014).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sağlık sistemi içerisinde konumlandırılması toplum sağlığı ve sağlık hizmetlerinin yönetimi açısından önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde özellikle koruyucu uygulamalara vurgu yapılmakta ve “tüm dünyada ülkelerin sağlık sistemlerinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde koruyucu uygulamaları temel alarak yapılandırılması” savunulmaktadır (Öztaş vd., 2016).

Türkiye’de koruyucu hizmetlerin hedef kitlesinde çocuklar vardır. Okul sağlığı ile ilgili çalışmalar 1930 yılında çıkarılan “1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ile başlatılmıştır. Günümüzde “Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi ve Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Çalışmaları Programı” ile okul çağı çocuklarına koruyucu hizmetler kısmen sunulmaktadır. Bu program “Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ile Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü” tarafından yürütülmektedir (Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı, 2017). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 60 ayını doldurmuş ana sınıfı öğrencilerinden başlayarak ilkökul 4. sınıfın sonuna kadar okul çağı çocuklarına yılda iki kez flor vernik uygulanması ve ağız hijyeni eğitimleri gibi bazı hizmetleri sunmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu amacıyla Türkiye’de 2004 yılında Aile Diş Hekimliği uygulaması gündeme gelmiş ancak o dönemde uygulamaya geçirilememiştir (Çam ve Kumru, 2020). 2022 yılının ağustos ayında Aile Diş Hekimliği Modeli üç pilot ilde denenmeye başlanmıştır. Oysaki gelişmiş ülkelerin çoğunda ağız ve diş sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik politikaların uzun yıllar önce hayata geçirildiği görülmektedir (Kavşur ve Sevimli, 2021; Kırıcı Çevik ve Yüksel, 2019).

### 3. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK HİZMETLERDE ÜLKE ÖRNEKLERİ

#### 3.1. İngiltere

İngiltere’de sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı, sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na ait olan ve 1948 yılında kurulan “Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services, NHS)” kapsamında sunulmaktadır (Boyle, 2011; Cylus vd., 2015). 2012 yılında çıkarılan Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası, özel hizmet sağlayıcılara da NHS sözleşmeleri kapsamında hizmet sunma hakkı tanımıştır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin büyük kısmının özel sağlık hizmet sunucuları tarafından ve belli miktar geri ödeme karşılığında NHS kuruluşları aracılığıyla sunulduğu karmaşık bir sistem söz konusudur. Bu sistemde hizmet temel olarak GDP (general dental practitioner) adı verilen diş hekimleri tarafından sunulmaktadır. Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde diş hekimleri, dental terapistler, dental hemşireler, ağız diş sağlığı teknikerleri ve dental hijyenistler görev almaktadır (O’Connor vd., 2022). Toplum ağız ve diş sağlığı hizmetleri çocuklar ve özel bakım ihtiyacı bulunan yetişkinleri kapsamaktadır. Diş sağlığı taramaları ve ağız sağlığının teşvikine yönelik çeşitli uygulamaları içeren bu hizmetler maaşlı çalışan diş hekimleri tarafından sunulmaktadır (Gulabivala, 2018). “Ulusal Sağlık Hizmetleri Ağız ve Diş Sağlığı Topluluğu” çocukların diş taramalarını ve tedavilerini gerçekleştirmekte, sosyoekonomik nedenlerle hizmete erişim sağlayamayan vatandaşlara bu hizmetleri ücretsiz olarak sunmaktadır (Birch ve Anderson, 2005; Gulabivala, 2018).

İçme sularına florür ilave edilmesi, İngiltere’de 1960’lı yıllardan itibaren diş çürüğüne karşı bir koruma yöntemi olarak uygulanmaktadır (Kavşur ve Sevimli, 2021). İlk olarak Birmingham’da uygulanmaya başlanmış, sonrasında diğer bölgelerde yaygınlaşmıştır. 2016 yılından itibaren, İngiltere’deki 28 resmi yerel bölgede yaklaşık altı milyon kişiye florürlü içme suyu temin edilmiştir (Henein ve Landes, 2022).

Toplumun bazı kesimlerinde çocukların ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimlerinin kısıtlı olduğunun fark edilmesiyle birlikte “Çocuk Ağız Sağlığı Geliştirme Programı Aksiyon Planı 2016-2020” kapsamında pek çok koruyucu uygulama hayata geçirilmiştir (Sofi-Mohmudi vd, 2020). NHS İngiltere, ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu hizmetler odağında şekillendirmiştir. Ağız ve diş hastalıklarının önlenmesi ve etkilerinin azaltılması için yaşam boyu, kanıta dayalı koruyucu hizmetlerin sunumuna yönelik bir felsefe benimsenmiştir (Gulabivala, 2018).

#### 3.2. Brezilya

Brezilya sağlık sistemi Birleşik Sağlık Sistemi (SUS) olarak isimlendirilmekte olup federal bir yapıya sahiptir. Brezilya’da sağlık anayasal bir haktır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hem özel hem de kamu kuruluşları rol almaktadır (Couttolenc, 2011). Ağız ve diş sağlığı hizmetleri birleşik sağlık sistemi kapsamında birinci basamak

kuruluşlar ve dental uzmanlık merkezleri aracılığıyla sunulmaktadır (Pucca Junior ve De Lucena 2010). Özellikle okul çocuklarını hedef alan ağız ve diş sağlığı programları 1952 yılından bu yana yürütülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu amacıyla 1994 yılında Aile Sağlığı Programı (FHP) faaliyete geçirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu belediyelerin sorumluluğundadır. 2000 yılında Aile Sağlığı Programı bünyesine ağız sağlığı ekipleri (oral health teams, OHT) dahil edilerek Aile Diş Hekimliği Modeli kullanılmaya başlanmıştır. Brezilya vatandaşlarına diş bakım hizmetlerinden faydalanma hakkı sağlayan, “Smiling Brazil” adı verilen program 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe koyulmuştur (Pucca Junior vd., 2009, Goes vd., 2012; Dos Reis vd., 2015). Bu programla birlikte çocuklar, gençler, yetişkinler ve yaşlı bireylerin diş sağlığını korumak ve geliştirmek için özel bakım programları organize edilmiştir. OHT’ler koruyucu hizmetler kapsamında, oral kanserlerin erken teşhisine yönelik uygulamalar da gerçekleştirmektedir. Bu sistemde 2 tür ağız sağlığı ekibi mevcuttur. OHT 1, bir diş hekimi ve bir ağız ve diş sağlığı teknikerinden oluşan ekiptir. OHT 2’de bir diş hekimi, bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ve bir dental hijyenist yer almaktadır. Giderek artan taleple birlikte 2002-2008 yılları arasında birçok yeni OHT kurulmuş (Pucca Junior vd., 2009), 2019 yılında OHT sayısı yirmi altı bine ulaşmıştır (Brezilya Sağlık Bakanlığı, 2019).

Brezilya diş çürüklerinin önlenmesi amacıyla florür kullanımını benimsemiş bir ülkelerden biridir. İçme sularının florürlenmesi Brezilya’da 1950’li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmış ve 1980’li yıllarda tüm ülkede yaygınlaşmıştır (Pucca Junior vd., 2009). Florürlü ağız gargaraları kullanımı ve topikal florür uygulamalarının yanı sıra toplum ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik oral hijyen eğitimleri de koruyucu hizmetler içerisinde yer almaktadır. Belediyeler ailelere ve hamilelere oral hijyen eğitimleri verilmesinden ve bebeklerin 0-4 yaş arası takibini içeren çocuklara yönelik ağız ve diş sağlığını koruma programlarının yürütülmesinden sorumludur (Goes vd., 2012; Lemos vd., 2014).

### 3.3. Almanya

Almanya, 2012 yılında altmış dokuz bin iki yüz otuz altı, 2019 yılında yetmiş bir bin kırk çalışan diş hekimi sayısı ile Avrupa’nın en fazla diş hekimine sahip ülkesidir (Ziller vd., 2015; Michas, 2021). Ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel hizmet sunucularından sağlanmakta ve ulusal sosyal sağlık sistemi bünyesinde yer almaktadır. Devletin sunduğu hizmetler muayene, tanı ve koruyucu uygulamalar ile sınırlanmıştır. Almanya’da 1988 yılında grup ve bireysel koruma yöntemleri sosyal güvence kapsamına dahil edilmiştir (Patel, 2012). 1989 yılında Sosyal Güvenlik Yasası ile çocuklar için grup bazlı koruyucu diş sağlığı programları uygulamaya geçirilmiştir (Ziller vd., 2015). 2000 yılında yürürlüğe koyulan “Almanya Devlet Sağlık Sigortası (GKV) Sağlık Hizmetlerinde Reform Kanunu” ile koruyucu ağız ve diş sağlığı programları geliştirilmiştir (Kavsar ve Sevimli, 2021). 12 yaşın altındaki çocuklara yılda bir kez diş muayenesi, topikal florür uygulaması ve fissür örtücü uygulamasını içeren koruyucu hizmetler sigorta kapsamında sunulmaktadır (Nomura, 2008). Ayrıca Almanya, ADVOCATE (Added Value for Oral Care) projesinin uygulandığı ülkelerden biridir. Altı Avrupa Birliği Ülkesi’nde uygulanmakta olan bu proje, Avrupa Birliği Ülkeleri’nde ağız ve diş sağlığı sistemlerinin değerlendirilerek ağız ve diş hastalıklarından korunmak için en uygun sistemin tasarlanmasını, koruyucu hizmetlerin geliştirilmesine yönelik stratejilerin ekonomik değerlendirmelerinin yapılarak politika önerilerinde bulunulmasını hedeflemektedir (Legget vd., 2017).

Almanya’da koruyucu programlar grup bazlı geliştirilmiş olup eyaletlerde büyük ölçüde özel sektör tarafından sunulmaktadır. Grup bazlı programlarda oral hijyen eğitimleri, diş sağlığı taramaları ve topikal florür uygulamaları yer almaktadır (Ziller vd., 2015). Özel muayenehanelerinde çalışan diş hekimleri yerel okullar için koruyucu programlar yürütmektedir. Bölgesel diş hekimleri odaları tarafından bölgesel ve ulusal konseyler kurulmuştur. Federal düzeyde, “Çocuk Diş Hekimliği ve Diş Hijyenistleri Bölgesel Çalışma Grupları” grup koruma faaliyetlerini yürütmekte olup, bütün bu koruyucu programlar “Almanya Ağız Sağlığını Geliştirme Akademisi”nin sorumluluğundadır (Petersen ve Kwan, 2004; Ziller vd., 2015). Bu koruma programları kapsamında anaokullarında çocuklara florürlü diş macunu ile fırçalama alışkanlığı kazandırılmakta, ailelere ve öğretmenlere oral hijyen eğitimleri verilmekte, yılda iki kez flor vernik uygulaması yapılmaktadır (Petersen ve Kwan, 2004). Koruyucu hizmetlerin hedefinde sadece çocuklar değil yaşlı ve engelli bireyler de yer almaktadır (Ziller vd., 2015).

### 3.4. İsveç

İsveç sağlık sistemi; ulusal, bölgesel ve yerel olarak üç düzeyde örgütlenmiştir. Bölgesel anlamda eyalet meclisleri ve yerel düzeyde belediyeler sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumundan sorumludur. Genel sağlık politikalarının ülke çapında sorumlusu ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’dır (Anell vd., 2012). İsveç, ağız ve diş sağlığı politikalarını koruyucu hizmetler odağında şekillendirmiş bir ülke olması açısından örnek teşkil

etmektedir. 1974 yılında “Ulusal Diş Sağlık Sigortası” kurulmuştur ve diş tedavilerinin çoğu bu sigorta fonundan karşılanmaktadır (Holm-Pederson vd., 2005). Bu sistemin kuruluşundan sonra protez kullanan birey sayısı azalmış, diş hekimine giden yetişkinlerin sayısı artmıştır (Hjern vd., 2001).

İsveç’te ağız ve diş sağlığı hizmetleri, kamu tarafından, özel sağlık sigortalar tarafından veya cepten ödemelerle finanse edilmektedir (Ljung vd., 2019). Bu hizmetler 20 yaşına kadar olan bireyler için ücretsizdir. 20 yaşının üzerindeki bireylerin koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerinden yararlanması için yaşa göre yıllık sabit bir sübvansiyon verilmektedir. Çocuklar ve gençler için diş çürüğüne karşı koruyucu programlar 1990’lı yıllardan itibaren uygulanmaya başlanmıştır (Ljung vd., 2019; Hjern, 2001). Son 50 yıldır diş çürüğü ve dişeti hastalıklarından korunmaya yönelik toplumsal bazda uygulanan koruyucu yöntemler toplum ağız ve diş sağlığı düzeyini belirgin şekilde arttırmıştır. Çocuklar için okul sağlığı programları, yaşlı bireyler için de ev ziyaretleri ile koruyucu uygulamalar gerçekleştirilmektedir (Birkhed, 2017). Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda diş hekimleri, dental hijyenistler ve özel eğitimli dental hemşireler görev almaktadır (Hjern vd., 2001).

### 3.5. Kanada

Kanada sağlık sistemi, ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilmekte; yönetim, organizasyon ve hizmet sunumu bakımından yerleşmiş bir yapı göstermektedir. Eyaletler, kendi vergi fonlu ve evrensel Medicare planlarını yönetmekten sorumludur. Federal hükümet finansmandan, araştırma işlemlerinin yürütülmesinden, bazı özel gruplar için kamu sağlık sigortası temin edilmesinden sorumludur (Marchildon, 2013; Grignon vd., 2010).

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Medicare kapsamında bulunmamakta, büyük ölçüde özel sektör tarafından sunulmaktadır. Finansmanı cepten ödemeler ve özel sigortalar yoluyla gerçekleşmektedir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel sigorta planı kapsamında da yer almaktadır (Garbin Neumann ve Quiñonez, 2014). Toplumla yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, en maliyet etkili yöntem olarak kabul edilen “içme sularının florlanması” yöntemi kullanılmaktadır. Ayrıca birçok eyalette çocuklar, yetişkinler ve yaşlılar için diş sağlığının koruma ve geliştirilmesine yönelik programlar uygulanmaktadır. Diş sağlığının korunma ve geliştirilmesine yönelik uygulanan programlara örnek olarak The Children In Need Of Treatment (CINOT) ve The Halton Oral Health Outreach (HOHO) Programları verilebilir (Kanada Sağlık Bakanlığı, 2012). Eyaletlerin farklı bölgelerinde yaşayan ve diş tedavilerini karşılayamayan çocuk ve gençlerin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim sağlaması amacıyla mobil diş klinikleri kullanılmaktadır. Bu mobil araçlar içerisinde topikal florür ve fissür örtücü uygulamaları, diş taşı temizliği gibi koruyucu hizmetler ücretsiz olarak sunulmaktadır (Main vd., 2006). 2004 yılında hayata geçirilen “Children Oral Health Initiative (COHI)”, kırsal kesimde yaşayan yerli halk için tasarlanmış ulusal bir programdır. 5-7 yaş grubu çocukları, gebeleri ve aileleri hedef almaktadır. Çocuklara diş çürüğünden korunma amacıyla topikal florür ve fissür örtücüler uygulanmakta, ailelere ağız hijyeni eğitimleri verilmektedir (Mathu Muju vd., 2016, Leck ve Randall, 2017).

### 3.6. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD sağlık sistemi, genel sağlık hizmetleri ile ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ağırlıklı olarak piyasa ekonomisi dahilinde özel sektör tarafından sunulduğu bir sistemdir (Kavşur ve Sevimli, 2021). 2018 yılında ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yapılan ödemelerin %10’u Medicare ve Medicaid kapsamında, %40’ı cepten ödemelerle, %46’sı özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmıştır (Amerikan Diş Hekimleri Birliği, 2021). Çocukların diş tedavi hizmetleri Medicaid kapsamındadır. CHIP (Çocuk Sağlık Sigortası Programı) çocuklara yönelik bir kamu sigortası programıdır. Medicaid programları birinci basamakta anlaşmalı oldukları diş hekimlerinin sunduğu koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini karşılamaktadır (Edelstein, 2010). 2019 yılında diş hekimlerinin %43’ü Medicaid veya CHIP kapsamında hizmet sunmaktadır (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021).

Eyalet Sağlık Merkezleri ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır. 2017 yılında düşük gelir seviyesindeki nüfusun %25’inin ihtiyaçları bu merkezler tarafından karşılanmıştır. Eyalet Sağlık Merkezlerinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri de sunulmaktadır (HRSA, 2021). Çocuklar için birinci basamak koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna ilişkin politikaların belirlenmesinde “Amerikan Diş Hekimleri Birliği, Amerikan Perodontoloji Akademisi ve Amerikan Çocuk Diş Hekimleri Akademisi” gibi kuruluşlar da rol almaktadır. Okul tabanlı sağlık merkezleri (SBHC), çocukların ağız ve diş sağlığı da dahil olmak üzere bulaşıcı hastalıklar, sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini birinci basamak seviyede sunan interdisipliner sağlık kuruluşlarıdır. Okul tabanlı ağız ve diş sağlığı programları, diş sağlığı taramaları, oral hijyen eğitimi, florlu gargaraların kullanılması, fissür örtücü ve flor vernik uygulamalarını içermektedir. Bu programlar eyalet ve yerel yönetimler,

vakıflar, özel sağlık sigortaları, CHIP ve Medicaid tarafından finanse edilmektedir (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021).

2000 yılından sonra toplum tabanlı sağlık programları içerisinde diş sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik uygulamalar yer almaya başlamıştır. Bu programlarla özellikle “erken çocukluk çağı çürükleri”nin önlenmesi hedeflenmiştir (Lumsden vd., 2021). Programların çoğu oral hijyen eğitimleri ile koruyucu hizmetleri içermektedir. Örneğin Head Start Programları sığınmacı ebeveynler ve çocuklara oral hijyen eğitimleri verilmesi ve diş sağlığının korunması konusunda bilinç oluşturulmasını hedeflemekte, çocukların diş taramaları ile sağlık düzeylerinin takibinin yapılmasını sağlamaktadır. Diğer bir örnek 2009 yılında kurulan Future Smiles’in diş sağlığını korumaya yönelik programlarıdır (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021). Yine benzer bir program olan MySmileBuddy Programı teletıp tabanlı olup, elektronik tabletler vasıtasıyla kırsal kesimlerde yaşayan halkın ağız diş sağlığı konusunda bilgilendirilmesini sağlamaktadır (Lumsden vd. 2019).

### 3.7. Japonya

Japonya’da toplum ağız ve diş sağlığı hizmetleri yerel yönetimlerle yapılan sözleşmeler vasıtasıyla özel sektörde görevli diş hekimleri tarafından sunulmaktadır (Tsuneishi vd., 2013). Diş hekimlerinin neredeyse tamamı kamu ulusal sağlık sigortası planına “sigortalı hekim” olarak kayıtlıdır ve hizmet başına ücret sistemine tabi olarak hizmet sunmaktadır (İkegami vd., 2011). Bölgesel sağlık hizmetlerinin sunumu çeşitli yasal düzenlemeler ile belirlenmiştir. Toplum Sağlığı Yasası (1947), Sağlığın Geliştirilmesi Yasası (2003), Ağız ve Diş Sağlığını Geliştirme Yasası (2011) tüm yaş gruplarındaki bireyleri hedef almaktadır. “Okul Sağlığı ve Güvenliği Yasası” (1958) okul çağı çocuklarını, “Anne ve Çocuk Sağlığı Yasası” (1965) okul çağı çocuklarını, bebekleri ve hamilelere sunulacak hizmetleri konu almaktadır (Zaitu vd., 2018).

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sağlık sigortası kapsamına dahil olmadığı için hizmet sunumunda özel sektörün desteği önemli yer tutmaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri toplum sağlığı merkezlerinde yarı zamanlı görev yapan, aslen özel sektör çalışanı olan diş hekimleri tarafından sunulmaktadır. Oral hijyen eğitimlerinde dental hijyenistler görev almaktadır. Bu eğitimler diyet düzenlenmesi, ağız sağlığını ilgilendiren alışkanlıkların düzenlenmesi ve doğru diş fırçalama ile ilgili bilgilendirmeleri içermektedir. Çürükten korunma yöntemi olarak florür topikal olarak kullanılmakta, sistemik olarak kullanılmamaktadır. İlkokul ve liselerde okulda oral hijyen eğitimleri veren, öğrencilerin rutin diş kontrollerini yapan ve gerekli tedaviler için yönlendiren “okul diş hekimleri” mevcuttur (Zaitu vd., 2018).

Japonya’da yetişkin nüfusa yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmak bireylerin kendi tercihine bırakılmış olup bu hizmetler genel sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır (Murakami vd., 2014). Yaşlılar için ise yaşlı nüfusun ağız sağlığını korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen, “80-20 Kampanyası” adında ulusal bir kampanya başlatılmıştır. Bu ulusal kampanya ile zaman içerisinde toplumun ağız-diş sağlığı düzeyinin iyileştiği gözlenmiştir (Shinso, 2001). 2000 yılında “Sağlık ve Refah Bakanlığı” tarafından uygulamaya geçirilen “Healthy Japan 21” projesi kapsamında diş sağlığının korunması ve geliştirilmesi önemli yer tutmuş ve bu konudaki hedefler belirlenmiştir (Tsuji, 2020). Ağız ve Diş Sağlığını Geliştirme Yasası (2011) ile koruyucu ağız ve diş sağlığı tamamen sağlık politikaları içerisine dahil edilmiştir (Shinso, 2001).

## 5. SONUÇLAR, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Ağız ve diş sağlığını ilgilendiren hastalıkların büyük bir kısmı önlenebilen kronik hastalıklardır. Bunun bilincine varmış olan ülkeler ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu felsefe temelinde yapılandırmış olup koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetleri içerisine başarılı bir şekilde entegre etmişlerdir. Birçok ülke bu hizmetleri ulusal sağlık programları kapsamına dahil etseler bile özel sektör sunucularının desteğini almaktadır. Ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak florürün topikal ve sistemik uygulanması, fissür örtücü uygulamaları, okul programları ve özellikle oral hijyen eğitimlerine ağırlık verildiği görülmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda Ülke Örnekleri

	Koruyucu Uygulamalar						Hizmet Sunumu				
	Topikal Uygulamaları	Florür	İçme Florürlenmesi	Sularının	Okul Programları	Oral Eğitimleri	Hijyen	Fissür Örtücü	Kamu	Kamu-Özel İşbirliği	Sektör
A.B. D	+		+		+	+		+	+	+	
Almanya	+		+		+	+		+	+	+	
Brezilya	+		+		+	+		+	+	-	



İngiltere	+	+	+	+	+	+	+
İsveç	+	+	+	+	+	+	-
Japonya	+	-	+	+	+	+	+
Kanada	+	+	+	+	+	+	+
Türkiye	+	-	+	+	+	Kısmen	-

Oral hijyen eğitimlerinde yaş grubuna göre direkt olarak çocuklar hedef alınabildiği gibi, aileler, hamileler, öğretmenler, mental retarde, geriyatrik veya immobil engelli hastaların bakımını üstlenen kişiler de hedef kitle içerisinde yer almaktadır. Dolayısıyla gelişmiş ülkelerde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sadece çocukları değil, hamileleri, evde bakım ihtiyacı olan engelli ve yaşlı birey gruplarını da kapsayan geniş bir yelpazede sunulmaktadır.

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri tedavi edici hizmetler üzerinde yoğunlaşmıştır. Koruyucu hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında henüz sistemli bir şekilde sunulmamaktadır.

Sonuç olarak:

- Pek çok gelişmiş ülke ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu hizmetler odağında şekillendirmiştir. Ağız ve diş sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine yönelik hizmetler öncelikli olarak kamu tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulmaktadır.
- Birçok ülkede aile diş hekimliği benzeri bir sistem mevcut olup bazı ülkelerde birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda kamu ile sözleşmeli olan ve özel sektörde çalışan diş hekimleri görev almaktadır.
- “Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası” olarak kabul edildiği için Türkiye’de ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetler birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ve yaygın şekilde sunulmalıdır. Mevcut duruma bakıldığında, geçmiş yıllarda uygulamaya geçirilmesi planlanan ancak netice alınamayan Aile Diş Hekimliği uygulaması ile ilgili gelişmelerin devam ettiği görülmektedir. Diş hekimlerinin sayıca çoğunluğunun özel sektörde çalıştığı göz önüne alındığında Aile Diş Hekimliği uygulamasının kamuda diş hekimi istihdamını da arttıracığı düşünülmektedir.
- Konunun tüm paydaşlarının görüşleri alınarak ulusal bir ağız ve diş sağlığı hizmet politikası belirlenmelidir.
- Koruyucu hizmet dendiğinde ilk akla gelen şüphesiz ki çocuklardır ancak farklı ihtiyaç grupları da dikkate alınmalıdır. Toplumun ağız ve diş sağlığına yönelik farkındalığı artırılmalı, bu konuda çocuklara, ebeveynlere, hamilelere ve evde bakım ihtiyacı olan bireylerin bakımından sorumlu kişilere ağız hijyeni eğitimleri verilmelidir. Bu da ancak koruyucu hizmetlerin sistematik bir biçimde sunumunun sağlanması ile mümkün olacaktır.

## YAZARIN BEYANI

**Katkı Oranı Beyanı:** Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır. Çalışmaya birinci yazar %50 oranında, ikinci yazar %50 oranında katkı sağlamıştır. Birinci yazar makalenin literatür taraması ve veri toplanması aşamalarından, ikinci yazar ise yöntemin belirlenmesi ve kontrolünden sorumlu olmuştur. Çalışmaya birinci yazar %50 oranında, ikinci yazar %50 oranında katkı sağlamıştır.

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

**Çatışma Beyanı:** Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

## KAYNAKÇA

Ada.org American Dental Association, Health Policy Institute. Dentist Participation in Medicaid or CHIP, 2019. [Erişim Tarihi: 8.06.2021]. <https://www.ada.org>.

Akar Ç. Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi. Ankara: Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları; 2014.

Balasubramanian M, Brennan D, Short S, Gallagher J. A strife of interests: A qualitative study on the challenges facing oral health workforce policy and planning. Health Policy. 2019; 123(11): 1068-1075

- Başol E, Işık A. Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. IAAOJ-Social Science. 2015; 2(2):1-26
- Bphc.hrsa.gov. Health Resources and Services Administration. Health Center Program: Impact and Growth. 2021. [Erişim tarihi:06.04.2022]. <https://bphc.hrsa.gov>
- Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O’Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. Health Systems in Transition. 2015; 17(5): 1-126.
- Çam F, Kumru S. Ağız ve Diş Sağlığında Hasta Algısı ve Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hasta Bakış Açısı ile Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum Derg. 2020; 30(2): 123-139.
- Doğan Eren A, Karakaya A. Türkiye’de Ağız Ve Diş Sağlığı Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. International Social Sciences Studies Journal, 2020; 73(6): 4834-4841.
- Dos Reis CMR, Da Matta-Machado ATG, Do Amaral JHL, Werneck MAF, De Abreu MHNG. Describing the Primary Care Actions of Oral Health Teams in Brazil. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015; 12(1): 667-678. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100667>
- Dosyasb.saglik.gov.tr. Türkiye: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 [Erişim tarihi: 18.04.2022] <https://dosyasb.saglik.gov.tr>
- Dosyasb.saglik.gov.tr. Türkiye: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 [Erişim tarihi: 18.04.2022] <https://dosyasb.saglik.gov.tr>
- Egestorab.saude.gov.br. Brezilya Sağlık Bakanlığı, 2019. [Erişim Tarihi: 09.04.2022] <https://egestorab.saude.gov.br>
- Gulabivala K. Dentistry in the United Kingdom, Oral Health and Dentistry in Other Countries 2018; 85(1): 8-18.
- Henein C, Landes D. NHS dental activity: a population marker for the effectiveness of community water fluoridation in children in England. Br Dent J. 2022. <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3822-1>
- Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rose n M: Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. Community Dent Oral Epidemiol. 2001; 29:167–74.
- Hsgm.saglik.gov.tr. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı Uygulama Kılavuzu, Ankara 2017. [Erişim tarihi: 14.04.2022] <https://hsgm.saglik.gov.tr>
- Ikegami, N.; Yoo, B.K.; Hashimoto, H.; Matsumoto, M.; Ogata, H.; Babazono, A.; Watanabe, R.; Shibuya, K.; Yang, B.M.; Reich, M.R.; et al. Japanese universal health coverage: Evolution, achievements, and challenges. Lancet 2011, 378, 1106–1115.
- Jin LJ, Lamster IB, Greenspan JS, Pitts NB, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. Oral Diseases. 2016; 22: 609–619 doi:10.1111/odi.12428
- Karabekiroğlu S, Ünlü N. Toplum Bazlı Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programlarında Erken Dönem Koruyucu Uygulamaların Yeri ve Önemi. EÜ Diş Hek Fak Derg. 2017; 38(2): 89-100.
- Kavsür Z, Sevimli E. Bazı Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi. 2021; 3(1): 9-16
- Leck V, Randall GE. The rise and fall of dental therapy in Canada: a policy analysis and assessment of equity of access to oral health care for Inuit and First Nations communities. Int J Equity Health. 2017; 16(1):131. doi: 10.1186/s12939-017-0631-x.
- Leggett H, Duijster D, Douglas GVA, et al. (2017) Toward More Patient-Centered and Prevention-Oriented Oral Health Care: The ADVOCATE Project. JDR Clinical & Translational Research.;2(1):5-9. doi:10.1177/2380084416668167

- Lemos LVFM, MyaKi SÍ, Walter IR De F, Zuanon ACC. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. *Einstein (São Paulo)* 2014; 12: 6-10. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082014ao289520>
- Lumsden C, Edelstein B, Basch CE, Wolf RL, Koch PA, McKeague I, et al. () Protocol for a family-centered behavioral intervention to reduce early childhood caries: the MySmileBuddy program efficacy tria. *BMC Oral Health*. 2021; 21(246): 1-12
- Main P, Leake J, Burman D. Oral health care in Canada - a view from the trenches. *J Can Dent Assoc*. 2006; 72(4): 319. <http://www.cda-adc.ca/JCDA/vol-72/issue-4/319.pdf>
- Marchildon GP. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition* 2013; 15(1): 1-179
- Michas F. Number of dentists practicing in Europe in 2019, by country 2021. <https://www.statista.com/statistics/554977/dentists-in-europe/> Erişim tarihi: 16.04.2022.
- Murakami K, Aida J, Ohkubo T, Hashimoto H. Income-related inequalities in preventive and curative dental care use among working-age Japanese adults in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014;14(117): 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-117>
- Nidcr.nih.gov. Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, Oral Helath in America, 2021. [Erişim tarihi: 15.04.2022]. <https://www.nidcr.nih.gov>
- O'Connor C, Bridges-Smith F, Docherty C, Holliday R. General dental practitioner views on the current and future provision of advanced NHS restorative dentistry services: a cross-sectional survey in England. *Br Dent J*. 2022. <http://dx.doi.org/10.1038/s41415-022-4035-y>
- Öztaş D, Demiralp KÖ, Boncuk Güzeldemirci G, Üstü Y, Doğusan R, Karahan S, et al. Türkiye'de Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hizmetlerin Finansmanı ve Harcamaların Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*. 2016; 36(2): 170-181.
- Pucca-Junior GA, Costa JFR, Chagas L, Sivestre RM. Oral health policies in Brazil. *Braz. Oral Res*. 2009; 23: 9-16
- Shinso F. New strategy for better geriatric oral health in Japan: 80/20 Movement and Healthy Japan 21, *IDJ*. 2001; 51(3): 200-206.
- Tdb.org.tr. Türkiye: Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları, 2021[Erişim tarihi: 13.06.2022] <https://www.tdb.org.tr/>
- Tsuji I. Current status and issues concerning Health Japan 21 (second term), *Nutrition Reviews*. 2020; 78(3): 14-17. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa079>
- Tsuneishi M, Yamamoto T, Ishii T. Income and Expenditure in Private Dental Clinics in Japan. *Japanese Dental ScienceReview*. 2013; 49(3): 100-105.
- Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework, *Community Dental Oral Epidemiology*. 2012; 40: 289-296
- Zaitsu T, Saito T, Kawaguchi Y. The Oral Healthcare System in Japan. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2018; 6(79): 1-17. <https://doi.org/10.3390/healthcare6030079>
- Ziller, S. Eaton, K. E. & Widstrom, E. (2015). The Healthcare System and the Provision of Oral Healthcare in European Union MemberStates. Part 1: Germany. *British Dental Journal* (218), 239-244.