

# Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi

(2021) Cilt-Vol 3, Sayı-No 1, s-p: 9-16

## Bazı Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi

Zeynep Kavşur<sup>1</sup>  
Esra Sevimli<sup>2</sup>

### Öz

**Amaç:** Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın önemli bir parçasıdır. Ağız sağlığının bozulmasının insan sağlığı ve insanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bazı gelişmiş ülkeler ile Türkiye’nin ağız ve diş sağlığı hizmet politikaları ve uygulama alanları hakkında bilgi sunmaktır.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışma kapsamına İsveç, İngiltere, Almanya, Danimarka, Japonya, Kanada, Avustralya, ABD ve Türkiye dâhil edilmiştir. Sonuç olarak, ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri Kanada, Avustralya ve ABD gibi ülkelerde özel hizmet sunucular aracılığıyla verilirken İngiltere ve Danimarka gibi ülkelerde sadece özel gruplar (yaşlılar, hamileler, engelliler, çocuklar vs.) güvence kapsamına alınmaktadır. Ancak, ulusal sigorta kapsamı geniş olan Japonya ve Almanya bu hizmetleri tüm vatandaşlarına vermektedir. Türkiye’de ise Sosyal Güvenlik Kurumu’nun bu hizmetleri ödeme oranı düşüktür ve hizmet kamu sunucularından alındığında geri ödemesi yapılmaktadır. Türkiye’de ağırlıklı olarak özel sektör bu hizmetleri sunmaktadır.

### Anahtar Kelimeler

*Ağız ve diş sağlığı  
hizmetleri,  
Sağlık Politikası,  
Ülkeler*

### Makale Hakkında

*Geliş:*  
28.07.2020

*Kabul:*  
16.11.2020

<sup>1</sup> Arş. Gör., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye, E-mail: [zeynep.kavsur@marmara.edu.tr](mailto:zeynep.kavsur@marmara.edu.tr), ORCID No: 0000-0001-8071-6903

<sup>2</sup> Öğr. Gör., İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, İstanbul, Türkiye, E-mail: [esrasevimli@arel.edu.tr](mailto:esrasevimli@arel.edu.tr), ORCID No: 0000-0001-7119-0882

---

## Comparative Analysis of Oral and Dental Health Services in some Developed Countries and Turkey

---

### Abstract

**Objective:** Oral and dental health is an important component of general health. Poor of oral health has negative effects on human's health and human's quality of life. The aim of this study is to provide information about Turkey's oral and dental health policy and scope of practices along with some developed countries.

**Discussion and Conclusion:** This review study was included Sweden, United Kingdom, Germany, Denmark, Japan, Canada, Australia, USA and Turkey. As a result, while oral and dental health care services are provided through private sector in countries such as Canada, Australia and the USA, vulnerable social groups (elderly, pregnant women, disabled, children etc.) are only covered insurance in countries such as the UK and Denmark. However, Japan and Germany, which national insurance coverage is wide, provide these services to all citizens. The Social Security Institution's payment rate in Turkey for these services is low. Oral and dental health services are repaid when the service is taken from public sectors. Private sector mainly provide these services in Turkey.

### Keywords

*Oral and Dental Health Services, Health Policy, Countries*

### About Article

*Received:*

*07.28.2020*

*Accepted:*

*11.16.2020*

## GİRİŞ

Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın önemli bir parçasıdır. Ağız sağlığının bozulmasının insan sağlığı ve insanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Ağız ve diş hastalıklarının şiddetli ağrılara, yemede zorluklara, yetersiz beslenmeye, uyku bozukluklarına, ağızda kötü kokunun oluşmasına ve toplumda bundan dolayı dışlanmaya kadar birçok sonucu olabilmektedir. Bu nedenle ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi ülkeler açısından önem arz etmektedir (Murakami ve Hashimoto, 2016). Tüm bunların yanı sıra, bir sağlık bakım sisteminin ana amacı toplumun sosyo-ekonomik statüsüne veya coğrafi konumuna bakılmaksızın sağlık bakım hizmetlerine ulaşmada hakkaniyeti sağlamaktır. Buna rağmen, ülkeler tarafından ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri kısmen kamu sağlık güvencesi kapsamı içine alınmaktadır ve genellikle cepten yapılan ödemeler ile karşılanan bir hizmet olarak görülmeye devam etmektedir. Çoğu OECD ülkesinde, ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik kapsamına alınma oranları çok düşüktür. Örneğin, bu bakım hizmetlerini sağlık güvencesi kapsamına almayan iki ülke Hollanda ve İsrail bu hizmetleri destekleyici özel sağlık sigortalarından karşılamaktadır. Bu hizmetlerin karşılanma oranlarının ulusal sağlık sistemi kapsamına dahil edilmemesi ya da kapsamının sınırlı olmasından dolayı sağlık bakım hizmetlerine göre ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerinin haneler açısından karşılanmamış ihtiyaç oranı çok daha yüksektir (OECD, 2015). Buna ek olarak, yüksek ve düşük gelirli hane halkları arasında karşılanmamış ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri farkının çok yüksek olduğu araştırmalarda gösterilmektedir. OECD (2015) raporuna göre, düşük gelirli hane halklarının yüksek gelirli hane halklarından 6 kat daha fazla karşılanmamış diş tedavi hizmetleri ihtiyacı bulunmaktadır. Bu oranlar OECD ülkeleri arasında incelendiğinde, karşılanmamış ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri ihtiyacı OECD Avrupa ortalaması %10'dur. Bu oran sırasıyla Litvanya, Portekiz, İzlanda ve İtalya'da en yüksek seviyelere çıkmaktadır. Hane halkı gelirleri düştükçe bu oran artmaktadır (OECD, 2015).

Cepten yapılan ödemeler ağız ve diş sağlığı bakımı hizmetlerine erişimde en büyük engellerden biridir. Diş tedavilerine yapılan ödemeler hane halkı sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaktadır. OECD ülkeleri arasında hane halklarının sağlık harcamaları içinde diş tedavi hizmetlerine ayırdığı pay %20'dir. Bu oran özellikle Estonya, Danimarka ve İspanya'da %30 ve daha üst seviyelere ulaşmaktadır (OECD, 2015).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye ve bazı gelişmiş ülkelerin ağız ve diş sağlığı hizmet politikaları ve uygulama alanları hakkında bilgi sunmaktır. Çalışma kapsamına İsveç, İngiltere, Almanya, Danimarka, Japonya, Kanada, Avustralya, ABD gibi gelişmiş ülkeler ve Türkiye'nin ağız ve diş sağlığı hizmet sunumları dâhil edilmiştir.

## BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMET SUNUMLARI

Çalışmanın bu bölümünde bazı gelişmiş ülkelerin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yaklaşımları incelenmektedir. Bu bağlamda, gelişmiş ülkeler ağız ve diş sağlığı hizmetlerine proaktif yaklaşmaktadır ve ağız ve diş sağlığı problemi ortaya çıkmadan önleme çabası içerisindedirler. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumunda öncelikli politikaları olarak görülmektedir (Ziller vd., 2015; Davidson vd., 2015; Birch ve Anderson, 2005; Olejaz vd., 2012).

### İsveç

İsveç'te ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri ya kamu tarafından ya da özel sağlık sunucuları tarafından sunulmaktadır. 1938 yılında kurulan Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde hekimlere direk olarak performansla ilintili olmayan aylık maaşlar ödenmekteyken özel ağız ve diş sağlığı hizmeti sunanların gelirleri performanslarına göre değişmektedir. Kuruluş yapısına bakılmaksızın ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri üç şekilde karşılanmaktadır. Bunlar sırasıyla; İsveç'in Sosyal Sigorta Kurumunun Ağız ve Diş Sağlığı Sigorta Programı (Swe. Försäkringskassan), il meclisleri ve hastaların cepten ödemeleridir (Davidson vd., 2015). OECD (2015) verilerine göre, İsveç'in sağlık harcamalarına yapılan toplam cepten ödemeler arasında ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin payının %26 olduğu ifade edilmektedir. Hane halkları tarafından karşılanamayan ağız ve diş sağlığı hizmetleri oranı ise yaklaşık olarak %12'dir (OECD, 2015). Bununla beraber, İsveç'te 19 yaş altı bütün hastaların ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri ücretsizdir. Bu yaş grubu için hizmet başı ödeme yapılmaktadır ve vergilerle bu hizmetler fonlanmaktadır (Davidson vd., 2015). Bir hastalığın ya da engelin olduğu durumlarda bu yaş grubuna özel destekler sağlanmaktadır. Bu yaş grubunda, kompleks ve pahalı diş tedavileri için yüksek maliyet korumaları mevcuttur. Kamusal sigorta programında, diş hekimliği hizmet sunumlarına finansal desteğin boyutları sigortalıların yaşına göre değişmektedir. 20-29 yaş arası 300 SEK, 30-74 yaş arası 150 SEK, 75 ve üstü 300 SEK yıllık olarak ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri için sigorta ödeneği almaktadır. Sigorta ödeneğinin temel amacı, check-up ve koruyucu bakım hizmetlerinin karşılanmasıdır. Ancak, diş beyazlatma ve kozmetik tedaviler dışında diğer işlemler içinde kullanılması mümkündür (Pälvärinne vd., 2018). İsveç'te Ulusal Diş Sağlık Sigortası 1974'te kurulmuştur ve diş tedavileri ağırlıklı olarak bu sigorta fonundan karşılanmaktadır. Kuruluşun temel amacı, toplumu çok yüksek maliyetli diş tedavilerinin etkilerinden korumaktır. Bu kuruluş çok karmaşık ve maliyetli hastalıkların tedavisinde ödemeyi belli oranlarda paylaşmaktadır. Bu sigorta fonu vatandaşların geliri ne olursa olsun geniş kapsamlı diş sağlığı hizmeti sunmaktadır (Holm-Pederson vd., 2005).

İsveç'in ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerinde temel amacı, koruyucu sağlık hizmetlerini vermektir. Bu amaç doğrultusunda bu ülkede başarılı uygulamalar mevcuttur. İsveç, fırçalama ve diş ipi kullanılarak diş aralarının temizlenmesi ile birlikte diş hastalıklarının büyük ölçüde önlenildiğini çok önceden fark etmiş bir ülkedir. Bu nedenle İsveç'te periodontal hastalıkların kontrolünde bu yönde başarılı programlar uygulanmaktadır. İsveç'te çocukların ağız sağlıkları gayet iyidir. Neredeyse çocukların tümünün ağızlarında diş çürükleri yoktur (Nordenram, 2012; Pälvärinne vd., 2018). 12 yaş grubunda diş çürüğü olmayan ağız yüzdesi 1985 ve 2005 yılları arası %20'den %60'lara çıkmıştır. 1960'ların sonlarından beri uygulanmaya başlanan florürlü diş macunu çürüksüz ağız prevalansının keskin bir şekilde düşmesinde ana sebep olarak görülmektedir. Florür hem çürüklere karşı koruyucudur hem de çürümenin başlangıcında çürümeyi durdurur. Dahası florür kullanımı, iyi beslenme ve ağız hijyeninin öneminin farkına varılması ile İsveç'te diş çürüğü prevalansının düşmesiyle birlikte diş dolgusu yaptırma oranları da düşmüştür. Dolgular, genellikle çürükleri önleminin bir yolu olarak düşünülürdü. Ancak günümüzde bu tedavi yöntemine İsveç'te gerek duyulmamaktadır. İsveç'te florürlü diş macunu uygulamasından önceki popülasyonun okul döneminde çok fazla dolgusu bulunurdu. Hatta bu gruptan amalgam jenerasyonu olarak bahsedilir (Patel, 2012; Nordenram, 2012; Pälvärinne vd., 2018).

### İngiltere

İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri Ağız ve Diş Sağlığı Topluluğu çocukların diş taramalarını ve tedavilerini gerçekleştirmenin yanında sosyal ve ekonomik nedenlerden dolayı ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşamayan nüfusa da bu hizmetleri ücretsiz sağlamaktadır (Birch ve Anderson, 2005). 18 yaşın altında olan çocuklar, gebeler, emziren anneler, belirli sosyal yardımlardan

faydalanan bireyler, eğitimi devam eden 19 yaş altı gruptaki bireyler ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sosyal güvence kapsamında ücretsiz almaktadır (Patel, 2012). Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS-National Health Service) geri ödeme sisteminin içinde yer almayan diğer bireyler ise ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerini NHS servislerinden ya da özel sunuculardan alabilmektedirler. Bunun sonucunda üç standart ödeme şekliyle ödemelerini yapmaktadırlar. Bu ödeme standartları (<http://www.nhs.uk/>, e.t: 11.02.2016):

- 18.80£, bu fiyata muayene, tanı ve önleyici bakım hizmetleri dahildir. Bu fiyata tedavilerin planlanması, ölçme, parlatma ve röntgen de dahil edilmektedir. Acil hizmetlerde bu maliyette sunulmaktadır.
- 51.30£, bu fiyata yukarıdaki standart tedavileri de kapsayan dolgu kanal kök tedavisi ya da diş çekme gibi diğer tedavilerde dahil edilmektedir.
- 222.50£, bu fiyat yukarıdaki tedavilerin ödemelerine ek olarak kron, protez ve köprüleri de içine almaktadır.

Bunun yanında ağız ve diş sağlığında koruyucu sağlık hizmetleri uygulaması mevcuttur. Bu hizmetlerden en yaygın florürlü su kullanımınıdır. İngiltere’de 20. yüzyılın başlarında diş çürüğü oranlarının düşük olması sudaki florür miktarı ile ilgili olduğu bulunmuştur. Bu gösterge toplumun kullandığı su kaynaklarında florür uygulamaları programlarını başlatmıştır. Diş çürüklerini önlemek için pilot çalışmaların akabinde 1964’te florürlü su takviyesi programı Birmingham’da tamamen uygulamaya koyulmuştur. Florür çeşitli miktarlarda mineralli su kaynaklarında bulunan bir maddedir. Ayrıca bazı gıda maddelerinde de bulunmaktadır ve dişi çürüklere karşı korumaktadır. Birmingham’ın ardından program geliştirilerek diğer eyaletlerde uygulanmaya başlanmış ve 6 milyon insanın şu anda evlerinde florürlü su kullanımını mümkündür. Batı Midlands’de yaşayanların üçte ikisi florürlü suya erişebilmektedir. Ancak birkaç eyalette florürlü su uygulamaları yetersiz kalmıştır. İngiltere’de florür miktarı litre başına bir miligram şeklinde hesaplanmaktadır. Bu program İngiltere’de yaklaşık 40 yıldır devam etmektedir. Yapılan bir çalışmada, florür uygulamasının olduğu bölgelerde 5 yaş grubunda florürlü su kullanılmayan bölgelere göre %15 daha az diş çürüğü tespit edilmiştir. 12 yaş grubunda ise bu oran %11’dir. Florürlü su kullananların diş çürük sayıları daha az olmaktadır. Ayrıca florürlü su kullanan 5 yaş grubunda dişlerin çürümesinde %28 oranında azalma tespit edilmiştir. Bunun yanında 12 yaş grubunda ise bu oran %21’dir (Landes ve Jardine, 2010; Hill vd., 2017; Sinclair vd., 2019). Sonuç olarak, florürlü su uygulaması iyi bir koruyucu sağlık hizmeti olarak düşünülebilir.

### **Almanya**

Almanya’da diş hekimliği hizmetleri özel hizmet sunucularından sağlanır ve ulusal sosyal sağlık sisteminin içinde yer almaktadır (Holm-Pederson vd., 2005). Toplumun büyük çoğunluğu kar amacı gütmeyen hastalık sigorta fonlarının birer üyesidir. Bu kapsayıcı sigorta fonu ile toplum kron, köprü, ortodontik diş tedavileri gibi karmaşık maliyetli tedavilerin yanında temel diş tedavileri hizmetlerini paket kapsamında almaktadır. Ancak, hastaların bazı durumlarda katkı payı ödemeleri gerekmektedir. Kamu diş hekimliği servisleri vardır fakat muayene, tanı ve diş hastalıklarından korunma ile sınırlanmıştır. Almanya’da 1988 yılında ağız ve diş sağlığına yönelik grup ve bireysel koruma yöntemleri sosyal güvence kapsamına alınmıştır (Patel, 2012).

Kapsayıcı sigorta programı, klinik ve radyolojik muayenenin, tanının, dolgunun, oral ameliyatların, çocuklar için önleyici tedavilerin, periodontal ve endodontal tedavilerin maliyetlerinin hizmet sunucularına hizmet başı ödeme yoluyla tamamını geri ödemektedir. Buna ek olarak, 2000 yılında Alman Devlet Sağlık Sigortası (GKV) sağlık hizmetlerinde reform kanunu ile diş hekimliğinin ana hatlarını değiştirmiştir. Bu kanun ile "Dental Tedavi Maddeleri Standart Değerlendirme" ölçeği geliştirilmiştir. Bu reform ile de koruyucu diş hekimliği programları geliştirilmiştir. Koruyucu tedavilerin artırılmasıyla dental protez, çene kırıklıkları periodontal ve ortodontal alanlarındaki tedavilerde önemli düşüşler sağlanmıştır (Akar, 2014).

Özel diş hekimleri de yerel anaokulları ve okullar için bir koruyucu program geliştirmiştir. Buna ek olarak, bölgesel diş odaları çocuk ve ergenlerin ağız sağlığını geliştirmek için bölgesel ve ulusal konseyleri kurmuşlardır. Federal düzeyde, Çocuk Diş Hekimliği ve Diş Hijyenistleri Bölgesel Çalışma Grupları grup önleme faaliyetleri uygulanmasından sorumludur (Ziller vd., 2015). 1995 yılında Alman Diş Hekimleri Enstitüsü (IDZ) tüm yaşam sürecini kapsayan sekiz ayrı yaş grubu için bir profilaksi kavramı gösteren "Yaşam Boyu Koruma" (Prophylaxis for a Lifetime) adlı bir makale hazırlamış ve her yaş grubu için uygun profilaksi tasarımları geliştirmiştir. Almanya’da toplumun genelinde koruyucu diş hekimliği çerçevesinde florürlü sofr tuzu kullanımı yaygınlaştırılmıştır. Dördüncü Alman Ağız ve Diş Sağlığı Araştırması’na (DMS IV) göre, florürlü sofr tuzu kullanımı diş çürümesini engellemektedir (Ziller vd., 2015).

Almanya’da ulusal epidemiyolojik çalışmalar her on yılda bir yapılmaktadır. Bu çalışmalar çocuk ve gençlerde çürük sıklığının 1980’lerin başından bu yana belirgin bir şekilde azaldığını göstermektedir. Ulusal DMFT (decayed-missing-filled-teeth) 12 yaş için 0,7; 1-5 yaş için 1,8; 35-44 yaş grubu için 14,5 ve 65 ve üstü yaş grubu için 22,1’dir. Yetişkinlerin %1’inin ve 65-74 yaş arası yetişkinlerin %22,4’ünün dişleri bulunmamaktadır. Sabit protez, eksik dişleri olan yetişkinlerin %49’u tarafından tercih edilmektedir. Hareketli protez, 65 yaş üzerindeki yetişkinlerin %89’u tarafından kullanılmaktadır. İleri periodontal hastalıklar eğitim düzeyleri düşük ve sigara içen bireylerde yaygındır (Ziller vd., 2015).

### **Danimarka**

Danimarka’da çocuklar ve adolesanlar için ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri belediyenin diş hekimliği hizmetleri tarafından sunulmaktadır. Diş hekimliği hizmetleri 18 yaş altı grup için ücretsizdir ve birey diş hekimliği hizmetini özel sağlık sunucusundan ya da belediyelerin hizmetlerinden sağladığında geri ödemesi belediyeler tarafından yapılmaktadır. Belediyeler diş hekimliği hizmetlerinde checkup ve tedavi hizmetlerinin tamamını bu yaş grubuna vermektedir. Ayrıca, gerekli olduğu durumlarda çocukları ortodontiste sevk etmektedir (Olejaz vd., 2012).

18 yaşından büyük vatandaşlar için diş hekimliği hizmetleri özel sunuculardan sağlanmaktadır. Bu yaş grubu vatandaşlar ödemelerin büyük bir kısmından sorumludur. Ancak, koruyucu hizmetlerin maliyetlerinin geri ödemesi bölgeler tarafından yapılmaktadır. Danimarka’da özel sigorta piyasa düzenlemesi yoktur. Kapsam dahiline alınmayan sağlık hizmetlerinde destekleyici ya da tamamlayıcı sigorta programları vardır. Vatandaşlar diş hekimliği hizmetleri için destekleyici ya da tamamlayıcı sigorta alabilirler. Ayrıca, diş hekimliği hizmetlerinin fiyatları her yıl ‘Danimarka Dişhekimliği Birliği’ ile ‘Sağlık Bakım Hizmetleri Geri Ödeme Komitesi’ arasında yapılan müzakereler ile belirlenmektedir (Olejaz vd., 2012).

Yaklaşık kırk yıl önce Danimarka’da çocukların ağız ve diş sağlığı Avrupa’daki ülkeler arasında en kötü durumdayken koruyucu önlemlerin etkinliğinin farkına varılması ve koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin uygulamaya konulmasıyla ağız sağlığında iyi sonuçlar elde edilmiştir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sayesinde 1974 - 2000 yılları arasında 12 yaş grubu çocuklarda ağız sağlığında bir sıçrama olmuş ve DMFT skoru 4,5’ten 0,98’e düşmüştür. Danimarkalı çocukların %99’u her yıl koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri almaktadır. Danimarka’da bütün belediyelerin koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmeti sunmak üzere yerel klinikleri bulunmaktadır. Bu kliniklerin belediye hizmet alanındaki yeni doğandan 18 yaşa kadar çocuk ve adolesanlara ücretsiz ve kapsamlı bir ağız ve diş sağlığı hizmeti sunma yükümlülükleri vardır. Bu klinikler okul içinde ve çevresinde açılmaktadır. Bölgede yaşayan çocukların

klinalere kayıtları zorunludur (Patel, 2012).

### **Japonya**

Japonya'da ağız ve diş sağlığı düzenlemeleri Taisho Era (1912–1925)'ya kadar dayanmaktadır. Ağız hijyenine vurgu yapan eğitim faaliyetleri o yıllarda başlamıştır. İkinci dünya savaşından sonra oral sağlık aktiviteleri anne ve çocuk sağlığı programlarının bir parçası olarak kamu sağlığı merkezleri tarafından sağlanmıştır. Günümüzde, diş hekimliği hizmetlerinin büyük kısmı bazı kısıtlamalara rağmen sağlık sigortası kapsamındadır (Tatara ve Okamoto, 2009).

Japonya'da 1961'den beri tüm vatandaşları kapsayan sağlık sigortası sistemi uygulanmaktadır. Bu sistemde sadece medikal tedaviler değil aynı zamanda diş tedavi hizmetlerinin büyük çoğunluğu vatandaşa sunulmaktadır. Tüm cerrahi ve koruyucu tedaviler ve bazı protez tedavileri kapsam dahiline alınmıştır. Güvence kapsamında olan tedavilerde hekimler geri ödemelerini hizmet başı almaktadır. Kamu sağlık sigortasının çoğu hizmeti finanse ettiği pazarda klinikler bu programın kriterlerini temel alarak düzenlemelerini yapmaktadır. Ancak sigorta programının kapsamına almadığı tedaviler (belirli protezler, implantlar ve ortodontik vs.) vardır. Bu tedavilerde hasta aldığı hizmetin geri ödemesinin tamamını cebinden karşılamaktadır. Sonuç olarak, bütün ortodontik tedaviler sağlık sigortası kapsamı dışındadır. Ayrıca, diş hekimlerinin çoğu sağlık sigorta fonu ile hizmet sunumunda bir anlaşma yapmaktadır (Tsuneishi vd., 2013).

### **Kanada**

Kanada'da neredeyse bütün ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel sunucular tarafından verilmektedir. Bu hizmetlerin geri ödemesi ya özel sağlık sigortaları tarafından ya da cepten ödemeler ile yapılmaktadır. Ancak, bir vatandaş sosyal yardımla destekleniyor ise bireyin aldığı diş hekimliği hizmetlerinin harcamaları ait olduğu bölge tarafından karşılanmaktadır. Benzer olarak, bir birey yerli ya da eskimo ise aldığı hizmetin harcamalarının geri ödemesi, sigortalanmamış hasta yararlanım programı aracılığıyla federal hükümet tarafından yapılmaktadır. Toplumun neredeyse %54'ünün diş hekimliği hizmetleri özel sağlık sigortası sunucuları tarafından finanse edilmektedir. Kalan miktar ise cepten ödemeler ile yapılmaktadır (Hurley ve Guindon, 2008). Kanada'da sağlığa ödenen toplam cepten ödemelerin %21'i diş hekimliği hizmetlerine yapılmaktadır. Çoğu gelişmiş ülkelerin tersine Kanada'da ağız ve diş sağlığı hizmetine erişimde kamu desteği çok azdır. Diş hekimliği hizmetlerinin %95'i özel olarak finanse edilmektedir. Benzer seviyeler ABD, İspanya ve Portekiz'de de bulunmaktadır (Grignon vd., 2010). Diş hekimliği hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulup fonlanması ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizliğe yol açmaktadır. Bu hakkaniyetsizliği ortadan kaldırmak için eyaletler ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerine yönelik programlar geliştirmiştir. Bu programlar arasında en kapsamlısı sigortalanmamış sağlık yararlanım programı adı altında federal hükümet tarafından uygulanmaktadır (Marchildon, 2013).

Kanada'da kamu tarafından finanse edilen pediatrik diş programları sadece acil ve temel tedavileri içermektedir. Mali yardım alanlar veya düşük gelirli ailelerin çocukları için sınırlı diş sağlığı bakım hizmetleri bu programın kapsamındadır. Bu programın kapsamı diş hekimine gitme sıklığında sınırlama, yaş kısıtlamaları ve hizmetin türü bakımından iller ve bölgeler arasında önemli ölçüde farklılıklar göstermektedir (Rowan-Legg, 2013).

ECC (Early childhood caries-Erken çocukluk çürükleri) biyomedikal faktörlerin (diyet, bakteri vs.) ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin neden olduğu multifaktöriyel kronik bir hastalıktır. Uygun olmayan bebek beslenmesi uygulamaları (örneğin; sık veya uzun süreli biberon kullanımı ve aşırı meyve suyu tüketimi) ECC gelişiminde önemli bir faktördür. Erken dönemde ortaya çıkan diş çürüme süreci topikal florid kullanımının, birinci basamak sağlık sunucuları tarafından diş koruyucu uygulamalarının ve florürlü diş macunu kullanımının artırılması, uygun beslenmenin geliştirilmesi, florürlü su tüketiminin yaygınlaştırılması gibi toplumsal, bireysel ve profesyonel önlemlerle önemli derecede kontrol altına alınabilmektedir. Florürlü su kullanımı önemli bir maliyet-etkin halk sağlığı programıdır ve çürüğü önlemenin en etkili yoludur. Kanada'da toplumun kullandığı suyun %45'i florlanmıştır. Ontario nüfusunun %76'sı florlü suya erişebilmektedir. Çocuklarda topikal floridlerin kullanımını çürük oranlarını önemli derecede azaltmıştır. Kanıt dayalı rehberler, yüksek riskli toplumlarda bir yılda iki kez diş üzerine florür uygulamasını tavsiye etmektedir. Florürle ağız düzenli çalkalanması daha büyük yaş grubu çocuklarda diş çürümelerini önlemektedir. Kanada Diş Hekimleri Birliği florürlü su ve topikal florür kullanımını onaylamaktadır (Rowan-Legg, 2013).

2010 yılında yapılan Kanada sağlık ölçümlerine göre 6-11 yaş arası Kanadalı çocukların %57'sinde bir diş kaybı olduğu ve çürük tarafından etkilenen diş ortalamasının 2.5 olduğu rapor edilmiştir. Çürük ortalaması 2-4 yaş arası çocuklarda artış göstermektedir (Rowan-Legg, 2013).

### **Avustralya**

Avustralya'da ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerinin çoğu özel sektör tarafından sunulmaktadır. Diş hekimlerinin %85'i kendi muayenelerinde çalışmaktadır. Kamu diş sağlığı hizmetlerinden yararlananların oranı çok düşüktür ve genellikle sosyo-ekonomik dezavantaja sahip olan bireyler bu hizmetlerden faydalanmaktadır. Bu bireylerin kamu diş sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanmaları için sağlık kartına sahip olmaları gerekmektedir. Sağlık kartları Avustralya Hükümeti tarafından sadece emeklilere ve işsizlere verilmektedir. Ancak, bu karta sahip olan vatandaşlar bekleme listelerinden dolayı ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerini çok uzun sürede almaktadır. Bu bireyler kamu diş hekimliği hizmetlerine ulaşabilmek için bir yıldan daha uzun bir süre beklemek zorunda kalabilmektedirler (Brennan vd., 2008).

Yerli Avustralyalıların diş hekimliği hizmetlerine kişi başı yaptığı ödeme 149\$ iken yerli olmayan halk bu hizmetlere kişi başına 355\$ ödeme yapmaktadır. 2011-2012 yıllarında diş hekimliği harcamaları tutarı 8.3 milyar dolar ve toplam sağlık harcamalarının %6.3'ünü oluşturmaktadır. 2013 yılında toplam sağlık harcamalarına yapılan cepten ödemelerde diş hekimliği hizmetlerinin payı %19'dur. Özel sağlık sigortalarının bu hizmetleri fonlama oranı %15.1, merkezi yönetimde bu oran %6.3, eyalet yönetimlerinde ise %21.3 ve kalan oran ise hane halklarının cepten ödemeleriyle fonlanmaktadır (AIHW, 2016).

Avustralya'da ağız ve diş sağlığı bakımı hizmetlerine yönelik veri toplamada büyük sıkıntılar yaşanmaktadır. Verilerin çoğu kamu ağız ve diş sağlığı merkezlerinden toplanmaktadır. Ancak merkezi yönetim toplam ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sadece %30'undan azını sunmaktadır (AIHW, 2016).

### **Amerika Birleşik Devletleri (ABD)**

ABD'de ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri diş ve diş eti hastalıklarının önleyici ve düzeltici bakımını içerir. Önleyici bakım hizmetleri içme suyunu florlamayı, diş temizlemeyi, dişlerin X-ray cihazı ile görüntülenmesini, ağız, diş eti ve dişlerin muayenesini kapsamaktadır. Düzeltici hizmetler çok geniş çaplıdır ve dolgu, diş kırıklarının düzeltilmesi, protezler ve diş eti hastalığının cerrahi tedavisi gibi tedavileri içermektedir (Rice vd., 2013).

Düzenli diş hekimisi ziyaretleri önleyici ve diş hastalıklarının erken tanısı için önemlidir. 2010 yılında Amerikan vatandaşlarının %65'i bir önceki yılda en az bir kez diş hekimine muayene olmuştur. ABD'de diş tedavilerinde kamu harcamasının payı %6'dır. Kamu fonlamasının çoğu medicare tarafından düşük gelirli ailelere yönelik verilen hizmetleri içerir. Ancak medicare diş tedavi hizmetlerinin küçük bir oranını karşılamaktadır. Diş tedavilerinin %94'ü özel kaynaklar tarafından fonlanmaktadır. Bu oranın %53'ü özel diş

sigortaları tarafından diğer kalan oran ise cepten ödemeler ile finanse edilmektedir. ABD sağlık sistemi kamunun payının çok az olduğu ve genel sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisine bırakıldığı bir sistemdir. ABD'nin sağlık sistemleri gereğince hem sağlık hizmetleri hem de ağız ve diş tedavi hizmetleri özel sektör aracılığıyla sunulup fonlanmaktadır. Cepten ödemeler, hem katkı paylarını hem de diş sigortası ile yapılan iştirakleri içermektedir. Bunun yanı sıra sigortanın olmadığı durumlarda diş tedavisinin tüm maliyetlerini içine almaktadır (Rice vd., 2013).

Medicaid ve CHIP (Children's Health Insurance Program-Çocukluk Sağlık Sigortası Programı) gibi kamu sigortası nüfusun bir kısmı için diş tedavilerine erişimde mali engelleri ortadan kaldırmaktadır. Yetişkinler için diş hizmetlerinin Medicaid kapsamı eyaletlere göre değişiklikler göstermektedir. Ayrıca federal yasalar gereğince Medicaid programı çocuklarında diş tedavi hizmetlerini sigorta kapsamına almak zorundadır. Medicaid tarafından geniş çaplı fonlanan CHIP, çocukların diş tedavi hizmetlerini fonlamaktadır. Ancak, özel diş hekiminin ödemeyi yetersiz bulması ve herhangi bir sebepten dolayı bu programlar kapsamında olan kişilerin tedavilerini reddetme hakkı vardır (Rice vd., 2013). ABD'de 25 eyalette uygulanmakta olan Medicaid programları, birinci basamakta hizmet sunan diş hekimlerinin çocuk hastalarına düzenli muayenehane ziyaretlerinde uyguladığı temel koruyucu ağız ve diş sağlığı tedavi maliyetlerini karşılamaktadır. Birinci basamakta hizmet sunan hekimlerin çocuklara önleyici tedavi uygulamalarının ana amacı, çocukların 3 yaşına gelene kadar genelde diş hekimlerine görünemedikleri, oysa dişlerde çürümeye yol açan faktörlerin 1 yaşında görülmeye başlanması ve çocukların %40'nın anaokuluna başlamadan önce diş çürüğüne maruz kalmalarıdır (Akar, 2014).

## TÜRKİYE'DE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMET SUNUMU

Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak özel sunucular tarafından sunulmaktadır. Türk Diş Hekimleri Birliği'nin (TDB) 2019 verilerine göre, diş hekimlerinin %53'ü ya özel klinikte ya da kendi muayenelerinde, %31'i Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda, %14'ü diş hekimliği fakültelerinde ve %2'si ise diğer kurumlarda çalışmaktadır (TDB, 2019). Türkiye'de bir diş hekimine düşen nüfus 2.241 ve diş hekimine başvuru sıklığı yıllık kişi başı 0,9'dur (TDB, 2020).

Tablo 1'de Türkiye'de sektörlere göre ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurum/kuruluşların verileri yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 verilerine göre; Türkiye'de 208 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 31 Diş Hastanesi, 47 Diş Eğitim Hastanesi, 1055 Diş Polikliniği (Hastane) ve 1888 Diş Polikliniği olmak üzere toplamda 3.229 ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurum bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

**Tablo 1: Sektörlere Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar**

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	129	4317	(-)	(-)	79	851	208	5168
Diş Hastanesi	28	2103	(-)	(-)	3	85	31	2188
Diş Eğitim Hastanesi	1	97	46	5412	(-)	(-)	47	5509
Diş Polikliniği (Hastane)	826	3823	15	118	214	472	1055	4413
Diş Polikliniği	(-)	(-)	(-)	(-)	1888	7692	1888	7692
<b>Toplam</b>	<b>984</b>	<b>10.340</b>	<b>61</b>	<b>5.530</b>	<b>2.184</b>	<b>9.100</b>	<b>3.229</b>	<b>24.970</b>

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019

Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik Ağırılan (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) 2009-2012 yılları arasında ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerine yaptığı toplam harcamalar bir tablo halinde sunulmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2: SGK Toplam Sağlık ve Toplam Ağız Diş Sağlığı Harcamaları (2009-2012)**

SUT Kodlu Bazlı (Milyon TL)	2009	2010	2011	2012
Toplam Sağlık Harcaması	28.996	32.352	36.511	43.474
Toplam Ağız ve Diş Sağlığı Harcaması (TADSH)	701	955	1.348	1.738
TADSH'nin Toplam Sağlık Harcamasına Oranı	%2,42	%2,95	%3,69	%4,00
TADSH Bir Önceki Yıla Göre Artış Oranı	(-)	%18,03	%20,07	%7,62

**Kaynak:** Ağırılan, 2013

Tablo 1 incelendiğinde, SGK'nın 2012 yılında toplam sağlık harcamaları içinde ağız ve diş sağlığına ayırdığı pay oranı %4'tür. Yıllara göre kamunun yaptığı ağız diş sağlığı harcamalarında düzenli artış bulunmaktadır (Ağırılan, 2013). Aynı çalışmada, SGK ağız ve diş sağlığı harcamalarının yaş gruplarına göre dağılımı da yapılmış ve 34-65 yaş grubuna yapılan harcamaların diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu da bulunmuştur (Ağırılan, 2013).

Tablo 3'te 2009-2012 yılları arasında SGK tarafından fonlanan ağız ve diş sağlığı harcamaları; temel tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve diğer ağız ve diş sağlığı hizmetleri dağılımına yer verilmiştir (Ağırılan, 2013).

**Tablo 3: Toplam Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları Karşılaştırması**

	2009		2010		2011		2012	
	Milyon TL	%	Milyon TL	%	Milyon TL	%	Milyon TL	%
Tedavi edici ADS hizmet harcamaları toplamı	522	74,6	711	74,5	1.059	78,1	1.345	77,0
Koruyucu ADS hizmet harcamaları toplamı	7	1,0	17	1,8	19	1,3	29	1,6
Diğer ADS hizmet harcamaları toplamı	168	24,8	224	24,8	269	20,6	362	21,4
<b>Toplam ADS hizmet harcamaları toplamı</b>	<b>701</b>	<b>100,0</b>	<b>954</b>	<b>100,0</b>	<b>1.348</b>	<b>100,0</b>	<b>1.738</b>	<b>100,0</b>

**Kaynak:** Ağırılan, 2013

Temel tedavi edici hizmetler kron, diş çekimi, dolgu, kanal tedavisi, detraj (diş taşı temizliği) olarak belirlenmiştir. Koruyucu tedaviler ise Fissür örtücü ve flor uygulamaları olarak ifade edilmiştir. Tablo 3'e göre, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yapılan harcamaların %75-

78 arası tedavi edici hizmetlere tahsis edilmektedir. Koruyucu tedavilerin payı çok azdır (Ağırılan, 2013). Bu bilgiler doğrultusunda, Türkiye’de koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmediği çıkarımını yapmak mümkündür. Türkiye’de ağız diş sağlığı hizmetleri çoğunlukla tedavi edici diş hekimliği hizmetleri olup, koruyucu diş hekimliğinde tüm ülke nüfusunu kapsayan sistematik bir uygulama bulunmamaktadır (Akar, 2014).

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın önemli bir parçasıdır. Koruyucu tedbirler ile önenebilir olan diş ve diş eti hastalıkları bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, genel sağlıkları üzerinde kötü etkileri olabilmektedir. Diş ve diş eti hastalıklarının önenebilir olduğunu fark eden gelişmiş ülkeler ise koruyucu diş hekimliği üzerine başarılı programlar geliştirmiştir. Ancak çoğu ülke sağlık bakım hizmetlerini ulusal sağlık programları kapsamına almasına rağmen genellikle ağız ve diş sağlığı hizmetleri ya kısmen bu kapsama alınmaktadır ya da tamamen bu hizmetleri özel sektör sunucularına bırakmaktadır (Murakami ve Hashimoto, 2016; Ziller vd., 2015; Davidson vd., 2015). Bu nedenle, tespit edilen ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin karşılanmamış ihtiyaç oranı diğer sağlık hizmetlerine göre çok daha yüksek olduğu görülmektedir.

Gelişmiş OECD ülkeleri olan Japonya, Almanya ve İsveç’in ağız ve diş sağlığı hizmetlerini ulusal güvence kapsamına alma oranları ve diş tedavi maliyetlerini geri ödeme oranları diğer ülkelere göre daha yüksektir. İsveç’te sigorta programı diş hekimliği hizmetlerinden doğan aşırı mali yükü önleme üzerine geliştirilmiştir. Japonya’da koruyucu diş hekimliği çok eski yıllarda başlamıştır ve Japonya’nın çok geniş bir diş tedavi hizmetleri kapsamı vardır. Almanya’da bireyler kar amacı gütmeyen hastalık fonunun birer üyesidir ve diş hekimliği hizmetleri bu fonlar aracılığıyla özel sunuculardan sağlanmaktadır (Pälvärinne vd., 2018; Ziller vd., 2015; Tsuneishi vd., 2013). Diğer taraftan vergilerle finansman yoluyla sağlık hizmeti sunumu olan Danimarka ve İngiltere toplumun bazı özel gruplarını (hamileler, engelliler, çocuklar, yaşlılar vs.) güvence kapsamına almaktadır. Toplumda yaşayan diğer bireyler ise ya destekleyici sigorta ya da cepten ödemeler ile diş hekimliği hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Sinclair vd., 2019; Patel, 2012). Kanada, ABD ve Avustralya’da kamunun desteklediği diş hekimliği hizmetlerinin oranı çok düşüktür. Bireyler çoğunlukla bu hizmetleri özel sigortalar yoluyla ya da cepten ödemeler ile finanse etmektedir (Marchildon, 2013; Rice vd., 2013; Brennan vd., 2008).

Gelişmiş ülkelerin ağız ve diş sağlığı hizmet yaklaşımlarını ve modellerini incelemek, ülkemiz sağlık politikalarına yön vermek açısından önemlidir. Çalışma kapsamında değerlendirilen gelişmiş ülkelerde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ulusal kapsamda olma oranları çok düşüktür. Bu ülkeler çoğunlukla koruyucu hizmetlere yönelmiş ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerine proaktif yaklaşım sergilemektedir. Gelişmiş ülkelerde uygulanan koruyucu önlemler başarılı sonuçlar vermektedir. Bu hizmetler tedavi edici hizmetleri ya çok geciktirmektedir ya da büyük oranda azaltmaktadır.

Türkiye’de ise diş hekimliği hizmetleri çoğunlukla özel hizmet sunucular aracılığıyla sunulmaktadır. Kamu hizmetlerinin sunumu kısıtlı olmaktadır ve genellikle tedavi edici hizmetler verilmektedir. Koruyucu diş hekimliği hizmetleri oranı ise çok düşüktür. Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki diş hekimliği hizmetlerinin genel sağlık sistemine entegrasyonu zayıftır. Dolayısıyla, Türkiye’de koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin gelişimi için devletin sorumluluk alanının artırılması ve bu sisteme bireylerinde dahil edilmesi, bireye de koruyucu ağız ve diş sağlığına yönelik sorumluluklar yüklenmesi gerekmektedir (Hayran vd., 2004).

Sonuç olarak;

- Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın önemli bir parçasıdır. Bu nedenle ağız ve diş sağlığı hizmetleri diğer sağlık hizmetlerinden ayrı düşünülmemelidir.
- Ağız ve diş sağlığı problemleri bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle sağlık eğitimlerinin verilmesi, ağız ve diş sağlığı hijyen alışkanlıklarının kazandırılması, ihtiyaç duyulan tedavi hizmetlerine zamanında erişimin sağlanması gerekmektedir. Bu yönde bireyin ihtiyaçlarına göre düzenli kontrol periyodlarının tanımlanması ve takibinin yapılması önem arz etmektedir.
- Ağız ve diş sağlığı bilinci, kültürü oluşturmak için bu hizmetlere yönelik eğitimler erken yaşlarda vermeye başlanmalıdır.
- Ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunlar önenebilir en yaygın sağlık sorunudur. Hem doğrudan maliyetleri hem de dolaylı maliyetleri arttırmaktadır. Bu nedenle koruyucu diş hekimliği hizmetlerine gerekli önem ve öncelik verilmeli, tedavi edici diş hekimliği hizmetlerine olan ihtiyaç azaltılmalıdır.
- Her ülke kendi gerçeklerine uygun ulusal bir ağız ve diş sağlığı hizmet politikası belirlemelidir. Bu politikanın oluşturulmasına yön verecek ilgili tüm paydaşların görüşleri alınmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Ağırılan, E. (2013). Sağlık Hizmeti Harcamalarının Azaltılmasında Koruyucu Hizmetlerin Rolü, Ağız ve Diş Sağlığı. Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara.
- AIHW: Chrisopoulos, S. Harford, J. E. & Ellershaw, A. (2016). Oral Health and Dental Care in Australia: Key Facts and Figures 2015. Cat. no. DEN 229. Canberra: AIHW.
- Akar, Ç. (2014). Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi. Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları. Ankara.
- Birch, S. & Anderson, R. (2005). Financing and Delivering Oral Health Care: What Can We Learn From Other Countries. Journal of the Canadian Dental Association 71(4), 243.
- Brennan, D. S. Luzzi, L. & Roberts-Thomson, K. F. (2008). Dental Service Patterns Among Private and Public Adult Patients in Australia. BMC Health Services Research 8(1), 1-8.
- Davidson, T. Rohlin, M. Hultin, M. Jemt, T. Nilner, K. Sunnegårdh-Grönberg, K. & Nilsson, M. (2015). Reimbursement Systems Influence Prosthodontic Treatment of Adult Patients. Acta Odontologica Scandinavica 73(6), 414-420.
- Grignon, M. Hurley, J. Li, W. & Sara, A. (2010). Inequity in A Market-Based Health System: Evidence From Canada’s Dental Sector. Health Policy 98(1), 81-90.
- Hayran, O. Mumcu, G. Sur, H. Yıldırım, C. Söylemez, D. & Atlı, H. (2004). Financing of Dental Services in Turkey: Opinions and Expectations of Dentists, Resident and Patients. Journal of Public Health Dentistry 64(2), 82-87.
- Hill, H. Birch, S. Tickle, M. McDonald, R. & Brocklehurst, P. (2017). The Technical Efficiency of Oral Healthcare Provision: Evaluating Role Substitution in National Health Service Dental Practices in England. Community Dental Oral Epidemiol 1-7.
- Holm-Pedersen, P. Vigild, M. Nitschke, I. & Berkey, D. B. (2005). Dental Care for Aging Populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom and Germany. Journal of Dental Education. 69(9), 987-997.

- <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Documents/2015/HC11-march2015.pdf> Erişim Tarihi: 11.02.2016.
- Hurley, J. E. & Guindon, G. E. (2008). Private Health Insurance in Canada. Centre for Health Ecms. and Policy Analysis, McMaster University 35-38.
- Landes, D. P. & Jardine, C. (2010). Summary of: Targeting Dental Resources to Reduce Inequalities in Oral Health in The North East of England - A Health Equity Audit Methodology to Evaluate the Effects of Practice Location, Practice Population and Deprivation. *British Dental Journal* 09(3), 124-125.
- Marchildon, G. P. (2013). Canada: Health System Review. *Health Systems in Transition* 5(1), 1-179.
- Murakami, K. & Hashimoto, H. (2016). Wealth-Related Versus Income-Related Inequalities in Dental Care Use Under Universal Public Coverage: A Panel Data Analysis of The Japanese Study of Aging And Retirement. *BMC Public Health* 16(1), 1-8.
- Nordenram, G. (2012). Dental Health In Sweden: The National Public Health Report 2012. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(9), 281-286.
- OECD (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing Paris. ISBN 978-92-64-24351-4.
- Olejaz, M. Juul, N. A. Rudkjøbing, A. Okkels, B. H. Krasnik, A. & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health System Review. *Health Systems in Transition* 14(2), 1-192.
- Pälvärinne, R. Widström, E. Forsberg, B. C. Eaton, K. A. & Birkhed, D. (2018). The Healthcare System and The Provision of Oral Healthcare in European Union Member States. Part 9: Sweden. *British Dental Journal* 224(8), 647-651.
- Patel, R. (2012), The State of Oral Health in Europe, Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe, Better Oral Health European Platform, September 2012.
- Rice, T. Rosenau, P. Unruh, L. Y. Barnes, A. J. Saltman, R. B. & Ginneken, E. (2013). United States of America: Health System Review. *Health Systems in Transition* 15(3), 1-431.
- Rowan-Legg, A. (2013). Oral Health Care For Children - A Call for Action. *Paediatrics & Child Health* 18(1), 37-43.
- Sinclair, E. Eaton, K. A. & Widström, E. (2019). The Healthcare Systems and Provision of Oral Healthcare in European Union Member States. Part 10: Comparison of Systems and with the United Kingdom. *British Dental Journal* 227(4), 305-310.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Ankara.
- Tatara, K. & Okamoto, E. (2009). Japan Health System Review. *Health Systems in Transition* 11(5), 1-164.
- TDB (2019). Dişhekimlerinin Çalışma Şekilleri, Kurumlarda ve İl/İlçelerde 2019 Yılı Dağılımı. Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları. Temmuz.
- TDB (2020). Diş hekimliğinde İnsan gücü Planlaması. Türk Dişhekimliği Birliği Yayınları. Ağustos.
- Tsuneishi, M. Yamamoto, T. & Ishii, T. (2013). Income and Expenditure in Private Dental Clinics in Japan. *Japanese Dental Science Review* 49(3), 100-105.
- Ziller, S. Eaton, K. E. & Widstrom, E. (2015). The Healthcare System and the Provision of Oral Healthcare in European Union Member States. Part 1: Germany. *British Dental Journal* (218), 239-244.