

Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hizmetlerin Finansmanı ve Harcamaların Değerlendirilmesi

Evaluation of the Expenses and Financing of Services in Oral and Dental Health Services in Turkey

Dilek Öztaş¹, Kemal Özgür Demiralp², Gamze Bozcuk Güzeldemirci³, Yusuf Üstü⁴, A. Reşat Doğusan⁵, Sevilay Karahan⁶, Hakan Oğuz Arı⁷, Ercan Özgül⁸, İsmail Kartal⁹, Mehmet Uğurlu⁴

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı

³Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

⁴Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

⁵Çankırı Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

⁷Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı Makamı Danışmanlığı

⁸Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İnsan Kaynakları Kurum Başkan Yardımcılığı

⁹Sağlık Bakanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Öz

Amaç: Bu çalışma ile ülkenin ağız ve diş sağlığı hizmet sunumunda büyük bir paya sahip olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri (ADSH)’nde verilen hizmetlere ait tahakkuk miktarlarının değerlendirilmesi ve verilerin diğer ağız ve diş sağlığı hizmet sektörlerindeki durum ile ilişkilendirilmesi amaçlanmaktadır. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili hizmetlerinin etkili bir şekilde planlanabilmesi için bu analizler gereklidir.

Materyal ve Metot: Bu retrospektif kesitsel çalışmada, 2010-2013 yıllarında, Türkiye bütününde hizmet veren ADSM-ADSH’lerinden elde edilen tahakkuk verileri değerlendirilmektedir.

Bulgular: 2010-2013 yılları arasında ADSM-ADSH’lerinde gerçekleşen tahakkuk rakamları incelendiğinde reel rakamlarla 2013 yılına kadar Ortadoğu Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgeleri dışındaki tüm bölgelerde bir artış olduğu görülmektedir. Elde edilen bu analiz sonuçları, yıllar itibari ile artan nüfus ve yıllar itibari ile “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında artan hizmet sunumuna paraleldir. Gerek nominal rakamlarda gerekse reel rakamlarda olsun, bölgeler arasındaki bu farklar bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik endeksi değeri ve gelişmişlik sıralaması ile uyumludur.

Sonuç: Türkiye’de, ağız ve diş sağlığını geliştirmek için, toplumsal ağız ve diş sağlığı programlarının yürürlüğe konması, ülkede ağız ve diş sağlığı alanında hizmet sunan tüm sektörlerin arasındaki entegrasyonun sağlanması gerekmektedir. Böylece, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ulaşılabilirliğin artırılabilirliği ve tedavi maliyetlerinin de düşürülebileceği aşikardır.

Anahtar kelimeler: Sağlık hizmeti sunumu, finansman yönetimi, diş hekimliği, dental tesisler

Abstract

Objectives: In this study, it is aimed to evaluate the accrual data in Oral and Dental Health Services (ODHCs) and Oral and Dental Health Hospitals (ODHHs) of our country and to associate these data with the condition in other oral and dental facilities. These analyses are essential in order to plan oral and dental services more effectively.

Materials and Methods: This cross-sectional retrospective study compares the accrual data obtained from ODHCs/ ODHHs countrywide between 2010-2013.

Results: When the accrual data obtained from ODHCs/ ODHHs countrywide between 2010-2013 were evaluated, an increase was observed with real numbers in all regions, apart from Mideastern Anatolia and North Black Sea Regions. The results of these analyses were parallel to the increase in population and service delivery within the context of ‘Health Transition Programme’. Interregional differences both in nominal and real numbers are in consistence with the regions’ socioeconomic development index values and development levels.

Conclusion: In Turkey, it is essential that social oral and dental programmes are administered and the integration among all dental facilities are established. In that way, it could be possible to increase the accessibility of oral and dental health services and to reduce the treatment costs.

Key words: Delivery of health care, financial management, hospital, dentistry, dental facilities

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Dilek Öztaş

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

e-posta: doztas@hotmail.com

Geliş Tarihi: 10.03.2016

Kabul Tarihi: 21.03.2016

Giriş

Sağlık ihtiyaçlarının kapsamlı, kaynakların sınırlı olmasına rağmen, sağlık sistemlerinin temel amacı, sağlık seviyesini mümkün olduğunca optimize etmek, bireyler, gruplar ve bölgeler arasındaki sağlık statü farklılıklarını en aza indirmektir.¹

Çağdaş sağlık sistemleri, ‘Herkes, her zaman ve her yerde sağlık hizmeti’ sunulmasını sağlamalıdır. Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun ulusal sağlık sistemlerinin giderek artan taleplerle, kaynak kısıtlılığı, sağlık hizmet sunumunda eşitsizlikler ve sağlık insan gücünde sayı ve nitelik olarak eksiklik gibi bir dizi zorluklarla başa çıkmaya ve bu yönde bir takım stratejiler geliştirmeye çalıştıkları gözlenmektedir.² Yeni bir sistem tasarlanırken, bir yandan gelişmiş dünyanın felsefesi, diğer yandan da ülkenin kendi kalkınma öncelikleri dikkate alınmalıdır.^{3,4} Temel özellikleri açısından sağlık hizmetleri, kamu otoritesinin planlama ve denetleme alanı içerisindedir.¹

Türkiye Cumhuriyeti, geniş bir coğrafyada, 76.667.864 nüfusu ile bulunduğu bölgenin önemli ülkelerinden biridir. Kırsal nüfus oranı%13,3’tür. 0-14 yaş nüfus oranı %24,6’dır. 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %7,7’dir. Türkiye, sağlık düzeyi açısından incelendiğinde orta düzeyde ülkeler arasında yer almaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda 79,2, erkeklerde 74,7’dir.⁵

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, hasta odaklı hizmet anlayışının yaygınlaştırılması, hizmete erişimin kolaylaştırılması ve bölgesel farklılıkların ortadan kaldırılmasını sağlamak amacıyla bir dizi çalışmalar yapmaktadır. Türkiye’de önerilen yeni ağız ve diş sağlığı uygulamalarında, bu hizmetlerin nasıl sağlanacağına dair yeterince esneklik sunulmakta ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerini güçlendirmek için daha fazla kaynak vaat edilmektedir.⁶

Diş ve dişi taşıyan dokuların hastalıkları, ülkemizde olduğu gibi dünyanın hemen hemen bütün ülkelerinde en sık rastlanan sağlık sorunlarıdır. Ayrıca bu hastalıklar ölümcül olmadıklarından pek önemsenmemektedirler. Oysaki ağız ve diş sağlığı, genel sağlığın bir bölümünü oluşturmakta ve diğer bazı özellikleriyle de önemli bir halk sağlığı konusu olmaktadır.⁷

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2003 tarihli Rapor’unda ağız ve diş hastalığı yükünün en yoğun olarak gelişmekte olan ülkelerin ve bu ülkelerdeki alt sosyal sınıflarının üzerinde olduğunu göstermektedir. Ağız ve diş sağlığının sosyoekonomik değişkenler ile ilişkisini değerlendiren çalışmalarda sağlığın diğer alanlarına göre daha derin eşitsizlikler ile karşılaşmaktadır.⁸

2015 yılına gelindiğinde, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”ne paralel bir şekilde, ağız ve diş sağlığı hizmet sunumu, ağırlıklı olarak kamusal alana geçmiştir. 2003 yılında

başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, sağlık alanının yeniden düzenlenmesini sağlama yolunda atılmış modern bir adımdır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır.⁶

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ayrılan kaynağın sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında %4,8 iken, 2013 yılında %5,3’e çıkmıştır. Bu dönemde sağlık harcamaları %349,5 artmışken, ağız ve diş sağlığı harcamaları %403 oranında artmıştır.⁹ 2002-2013 döneminde yürütülen 2002 yılında 14 ADSM (Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi), 1 Ağız ve Diş Hastanesi (ADSH) ve 3211 diş hekimi varken, bu sayılar zaman içinde artarak, 2014 yılına gelindiğinde 137 ADSM, 6 ADSH ve 7750 diş hekimine yükselmiştir.^{10,11}

Türkiye’de ağız ve diş hizmetlerinin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Sistemin finansmanında 2013 yılı itibarı ile kamunun payı özel harcamaların payını geçmiştir. Oysa 2002 yılında Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin temel finansman kaynağı özel harcamalardan oluşmaktaydı. Türkiye’de 2002 yılında her 100 TL’lik ağız ve diş sağlığı hizmetleri harcamasının 77 TL’si özel harcamalardan oluşuyorken, bu oran 2013 yılında 49 TL’ye düşmüştür.⁹

2003 yılından itibaren Türkiye’de ağız ve diş hizmetlerinin finansmanı açısından önemli reformlar yapılmıştır. 2003 yılı öncesi oldukça pahalı bir yapıya sahip sosyal güvenlik kurumları için norm birliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla, Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK) Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve BAĞ-KUR Genel Müdürlüğü’nü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığı kurulmuştur. Bu reformla sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür. Bu üç kurumun ilaç geri ödeme uygulamaları 2007 yılında birleştirilmiş, 2010 yılında devlet memurları ve 2012 yılında ise yeşil kart bu çatı altında toplanmıştır. Bu dönemde, hizmete erişimin önündeki engeller kaldırılmıştır.⁹

Materyal ve Metot

Bu kesitsel çalışmada ağız ve diş sağlığı hizmetlerindeki tahakkuk miktarları, Türkiye genelindeki ADSH-ADSH’lerden toplanarak (2012-2013 tarihlerindeki veriler) değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak çalışan ve ağız-diş sağlığı hizmetlerinde temel yapıyı oluşturan ADSM-ADSH alınmıştır. Türkiye’de 2014 yılında toplam 18.070 diş üniti bulunmaktadır. Bunların 7.659 (%42,39) tanesi Sağlık Bakanlığı’na aittir. ADSM’ler toplam 4.872 ünit, ADSH’ler ise toplam 846 ünit kapasitesine sahiptir.⁵ Türkiye pratiğinde ADSM’ler ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde birinci basamak başvuruların karşılandığı merkezlerdir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan hastane diş poliklinikleri ile diğer sektörlere ait hizmet birimleri (üniversite, özel sektör ve diğer kurumlar) çalışma kapsamının dışında bırakılmıştır. Türkiye’de 2014 yılında toplam 37.925.956 diş hekimliği poliklinik hizmeti verilmiştir. Bu hizmetin 24.204.277’lik kısmı ADSM-ADSH’lerde sunulmuştur. Sonuç olarak; araştırmanın evrenini oluşturan ADSM-ADSH’ler Türkiye’deki tüm diş hekimliği poliklinik hizmetlerinin %63,82’sini ve diş ünitlerinin %42,39’unu ve kapsamaktadır. Evrenin tümü araştırma kapsamına alınmış olup, evrenden örneklem seçme yoluna gidilmemiştir.

Tablo 1. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS-1)¹²

	Düzyey 1	Düzyey 2	Düzyey 3
1	İstanbul	İstanbul Alt Bölgesi	İstanbul
2	Batı Anadolu	Ankara Alt Bölgesi	Ankara
		Konya Alt Bölgesi	Konya, Karaman
3	Doğu Marmara	Bursa Alt Bölgesi	Bursa, Eskişehir, Bilecik
		Kocaeli Alt Bölgesi	Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova, İzmir
4	Ege	İzmir Alt Bölgesi	İzmir
		Aydın Alt Bölgesi	Aydın, Denizli, Muğla
5	Batı Marmara	Manisa Alt Bölgesi	Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak
		Tekirdağ Alt Bölgesi	Tekirdağ, Edirne, Kırklareli
		Balıkesir Alt Bölgesi	Balıkesir, Çanakkale
6	Akdeniz	Antalya Alt Bölgesi	Antalya, Isparta, Burdur
		Adana Alt Bölgesi	Adana, Mersin
		Hatay Alt Bölgesi	Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye
7	Batı Karadeniz	Zonguldak Alt Bölgesi	Zonguldak, Karabük, Bartın
		Kastamonu Alt Bölgesi	Kastamonu, Çankırı, Sinop
		Samsun Alt Bölgesi	Samsun, Tokat, Çorum, Amasya
8	Orta Anadolu	Kırıkkale Alt Bölgesi	Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir
		Kayseri Alt Bölgesi	Kayseri, Sivas, Yozgat
9	Doğu Karadeniz	Trabzon Alt Bölgesi	Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane
10	Güneydoğu Anadolu	Gaziantep Alt Bölgesi	Gaziantep, Adıyaman, Kilis
		Şanlıurfa Alt Bölgesi	Şanlıurfa, Diyarbakır
		Mardin Alt Bölgesi	Mardin, Batman, Şırnak, Siirt
11	Ortadoğu Anadolu	Malatya Alt Bölgesi	Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli
		Van Alt Bölgesi	Van, Muş, Bitlis, Hakkari
12	Kuzeydoğu Anadolu	Erzurum Alt Bölgesi	Erzurum, Erzincan, Bayburt
		Ağrı Alt Bölgesi	Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan

Verilerin toplanması:

ADSM-ADSH’lerdeki veriler, araştırma merkezimiz tarafından 2010 yılından başlayarak 4 yıl boyunca aylık olarak toplanmıştır. Toplanan data havuzundan alınan veriler, 2015 yılında analiz edilmeye başlamıştır. Veriler 81 ilde hizmet veren toplam 137 ADSM ve 6 ADSH’den, 4 yıl boyunca toplanmıştır.

Araştırma için, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu’ndan izin alınmıştır. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu’ndan 04/21-24 oturum/sırasında, 28.08.2015 karar tarihi ve 110-113 karar no ile araştırma izni alınmıştır.

Bu çalışma, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması-1 (İBBS-1) göz önüne alınarak tasarlanmıştır. Avrupa Birliği (AB)’ne detaylı veriler sunmak üzere Eurostat (Avrupa Birliği İstatistik Ofisi) tarafından 1970’li yılların ortalarında oluşturulan İBBS’nin temel amacı; bölgesel tabanlı olacak şekilde istatistikleri toplamak, sosyo-ekonomik analizler yapmak ve topluma yönelik bölgesel politikaların çerçevesini oluşturmaktır. İBBS sınıflandırmasında iller "Düzyey 3" olarak tanımlanmış; ekonomik, sosyal ve coğrafi yönden benzerlik gösteren komşu iller ise bölgesel kalkınma planları ve nüfus büyüklükleri dikkate alınarak "Düzyey 1" ve "Düzyey 2" olarak gruplandırılarak, hiyerarşik İBBS yapılmıştır. Düzyey 1 İstatistiki Bölge Birimleri ise "Düzyey 2" İstatistiki Bölge Birimlerinin gruplandırılması sonucu tanımlanmış olup, 12 adettir ve kamusal alandaki tüm bölge tabanlı çalışmalarda artık İBBS çalışması esas alınmaktadır.¹² Bu çalışma, İBBS-1 sınıflandırması göz önüne alınarak tasarlanmıştır.

Tablo 2. Yıllara ve İBBS-1’e Göre ADSM-ADSH’lerinde Gerçekleşen Tahakkuk Rakamları, TL (Nominal Rakamlar)

Bölgeler	2010	2011	2012	2013	2010-2013 Fark (%)
Akdeniz	68.817.633	108.315.781	140.880.293	148.920.116	116,40
Batı Karadeniz	50.681.236	82.095.629	96.752.478	102.272.235	101,80
Batı Anadolu	109.464.827	153.057.752	182.259.949	192.578.202	75,93
Kuzeydoğu Anadolu	17.668.753	27.341.928	32.687.185	32.827.734	85,80
Güneydoğu Anadolu	52.765.887	84.336.939	99.602.376	105.381.984	99,72
Ege	98.247.851	143.801.365	165.119.192	176.445.463	79,59
Doğu Marmara	81.522.045	119.273.536	139.170.581	144.741.925	77,55
Batı Marmara	16.121.239	30.875.631	40.210.419	44.149.745	173,86
Doğu Karadeniz	24.328.217	37.663.339	39.309.936	41.546.278	70,77
İstanbul	79.385.857	109.843.648	133.190.978	12.8842.810	62,30
Ortadoğu Anadolu	37.700.854	49.801.375	49.856.710	60.385.412	60,17
Orta Anadolu	38.184.624	55.890.876	64.236.921	69.196.440	81,22
Total	674.889.023	1.002.297.799	1.183.277.019	1.247.288.343	84,81

İstatistiksel Yöntem:

Veriler, bilgisayara işlenerek tek boyutlu ve iki boyutlu tablolar şeklinde sunulmuş, istatistiksel analizler IBM-SPSS for Windows Version 22.0 paket programında yapılmıştır.

Eldeki veriler kitle verisi olduğundan, yani herhangi bir örneklem çekimi işlemine gidilmediğinden, elde edilen veriler üzerinde herhangi bir hipotez testi uygulanmamıştır ve karşılaştırma yapılmamıştır. Sonuçlar, bir önceki yıla göre

“artmıştır” veya “azalmıştır” şeklinde yorumlanmış, bölgeler ise salt rakamlar ve oranlar üzerinden kıyaslanmıştır.

ADSM-ADSH’lerinin 2010 ve 2013 yılları arasında gerçekleştirmiş oldukları toplam cari tahakkuk rakamları ile hasta ve hekim başına oluşan cari tahakkuk rakamları, 2013 yılı baz alınarak enflasyon etkisinden arındırılarak incelenmiştir. Enflasyon etkisinden arındırma amacıyla TÜİK tarafından yayınlanan TÜFE endeksi kullanılmıştır. Her yılın yıl sonu endeks değeri sabit yıl olan 2013 yılı yıl sonu endeks rakamına bölünerek dönüştürme katsayıları elde edilmiştir. Cari yıllarda gerçekleşen tahakkuk rakamları, elde edilen dönüştürme katsayılarına oranlanarak her yıl için 2013 yılına göre enflasyon etkisinden arındırılmış reel tahakkuk rakamları elde edilmiştir.

Bulgular

2010-2013 yılları arasında ADSM-ADSH’lerinde gerçekleşen nominal tahakkuk rakamlarında tüm bölgelerde bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 2). Toplam rakamlar açısından en fazla tahakkukun gerçekleştiği bölge 637.360.730,62 TL ile Batı Anadolu Bölgesidir. En az tahakkukun gerçekleştiği bölge ise 110.525.599,21 TL ile Kuzeydoğu Anadolu Bölgesidir (Tablo 3).

Tablo 3. Yıllara ve İBBS-1’e Göre ADSM-ADSH’lerinde Gerçekleşen Tahakkuk Rakamları, TL (2013 Yılı Rakamları ile Enflasyondan Arındırılmış Reel Rakamlar)

	2010	2011	2012	2013	2010-2013 Fark (%)
Akdeniz	86.664.427	123.502.101	151.306.082	148.920.116	71,84
Batı Karadeniz	63.824.635	93.605.775	103.912.606	102.272.235	60,24
Batı Anadolu	137.852.846	174.517.081	195.748.023	192.578.202	39,70
Kuzeydoğu Anadolu	22.250.873	31.175.379	35.106.186	32.827.734	47,53
Güneydoğu Anadolu	66.449.908	96.161.326	106.973.410	105.381.984	58,59
Ege	123.726.919	163.962.911	177.338.771	176.445.463	42,61
Doğu Marmara	102.663.534	135.996.179	149.469.844	144.741.925	40,99
Batı Marmara	20.302.034	35.204.522	43.186.175	44.149.745	117,46
Doğu Karadeniz	30.637.365	42.943.895	42.219.052	41.546.278	35,61
İstanbul	99.973.357	125.244.182	143.047.722	128.842.810	28,88
Ortadoğu Anadolu	47.477.990	56.783.733	53.546.336	60.385.412	27,19
Orta Anadolu	48.087.219	63.727.008	68.990.748	69.196.440	43,90
Total	849.911.109	1.142.824.092	1.270.844.957	1.247.288.343	46,76

2010-2013 yılları arasında ADSM-ADSH’lerinde gerçekleşen reel tahakkuk rakamları incelendiğinde, 2013 yılına kadar Doğu Karadeniz ve Ortadoğu Anadolu bölgeleri dışındaki tüm bölgelerde %35’in üzerinde bir artış olduğu görülmektedir. 2013 yılında 2012 yılına göre Batı Marmara, Ortadoğu Anadolu ve Orta Anadolu dışındaki bölgelerde reel tahakkuk rakamlarında bir azalma olduğu görülmektedir. İlgili dört yılın toplamında reel rakamlarla ADSM-ADSH’lerinde 4.510.868.500,45 TL tahakkuk gerçekleşmiştir. Toplam rakamlar açısından en fazla tahakkukun gerçekleştiği bölge

700.696.152,86 TL ile Batı Anadolu Bölgesidir. En az tahakkukun gerçekleştiği bölge ise 121.360.171,72 TL ile Kuzeydoğu Anadolu Bölgesidir. İncelenen 4 yılda tüm bölgelerde reel rakamlarla toplam 4.510.868.500,45 TL tahakkuk gerçekleşmiş olup, en yüksek tahakkuk miktarı 700.696.152,86 TL ile Batı Anadolu, en düşük tahakkuk miktarı ise 121.360.171,72 TL ile Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde gerçekleşmiştir. 2010-2013 yılları arasında en fazla artış % 117 ile Batı Marmara Bölgesinde gerçekleşmiştir. En az artış ise, % 27 Ortadoğu Anadolu Bölgesi’nde olmuştur.

Tablo 4’te 2010 ve 2013 yılları arasında ADSM-ADSH’lerinde gerçekleşen hasta başı tahakkuk rakamları verilmiştir. Nominal rakamlarla incelendiğinde hasta başına en yüksek tahakkuk miktarının tüm yıllarda Batı Anadolu Bölgesinde gerçekleştiği görülmektedir. En düşük hasta başı tahakkuk miktarı ise tüm yıllarda Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde gerçekleşmiştir. Yıllara göre hasta başı tahakkuk rakamlarının artış trendine bakıldığında İstanbul’da 2013 yılında görülen düşüş haricinde tüm bölgelerde bir artış söz konusudur. 2010-2013 yılları arasında en fazla artış % 92 ile Batı Marmara Bölgesinde gerçekleşmiştir. En az artış ise, %25 ile Ortadoğu Anadolu Bölgesi’nde olmuştur.

Tablo 4. Yıllara ve İBBS-1’e Göre ADSM-ADSH’lerinde Gerçekleşen Hasta Başı Tahakkuk Rakamları, TL (Nominal Rakamlar)

Bölgeler	2010	2011	2012	2013	2010-2013 Fark (%)
Akdeniz	48,72	55,10	64,89	65,94	35,34
Batı Karadeniz	47,08	65,99	72,23	75,77	60,94
Batı Anadolu	81,29	104,38	91,76	105,05	29,23
Kuzeydoğu Anadolu	35,34	46,69	54,67	52,47	48,47
Güneydoğu Anadolu	45,43	55,52	58,42	62,70	38,01
Ege	62,66	75,92	78,43	80,03	27,72
Doğu Marmara	51,33	66,43	69,03	69,46	35,32
Batı Marmara	37,96	61,93	71,15	72,97	92,23
Doğu Karadeniz	53,59	65,97	66,50	72,64	35,55
İstanbul	65,74	71,02	84,17	83,50	27,02
Ortadoğu Anadolu	58,58	72,48	72,31	73,26	25,06
Orta Anadolu	49,11	59,76	62,94	64,40	31,13
Toplam	54,36	68,12	71,17	73,97	36,07

Tablo 5’te 2010 ve 2013 yılları arasında ADSM-ADSH’lerinde gerçekleşen 2013 yılı baz alınarak enflasyondan arındırılmış rakamlarla hasta başı tahakkuk rakamları verilmiştir. Reel rakamlarla incelendiğinde hasta başına en yüksek tahakkuk miktarının tüm yıllarda Batı Anadolu Bölgesinde gerçekleştiği görülmektedir. En düşük hasta başı tahakkuk miktarı ise tüm yıllarda Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde gerçekleşmiştir. Yıllara göre hasta başı tahakkuk rakamlarının artış trendine bakıldığında genel olarak tüm bölgelerde bir artış söz konusu olmakla birlikte, 2013 yılında Batı Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgeleri dışında kalan tüm bölgelerde hasta başına tahakkuk rakamlarında

bir düşüş olduğu görülmektedir. 2010-2013 yılları arasında en fazla artış % 52 ile Batı Marmara Bölgesinde gerçekleşmiştir. Ortadoğu Anadolu Bölgesi’nde ise %0,69 oranında bir azalma yaşanmıştır.

Tablo 5. Yıllara ve İBBS-1’e Göre ADSM-ADSH’lerinde Gerçekleşen Hasta Başı Tahakkuk Rakamları, TL (2013 Yılı Rakamları ile Enflasyondan Arındırılmış Reel Rakamlar)

Bölgeler	2010	2011	2012	2013	2010-2013 Fark (%)
Akdeniz	61,36	62,83	69,69	65,94	7,46
Batı Karadeniz	59,29	75,24	77,57	75,77	27,80
Batı Anadolu	102,37	119,01	98,55	105,05	2,62
Kuzeydoğu Anadolu	44,51	53,24	58,71	52,47	17,88
Güneydoğu Anadolu	57,21	63,31	62,74	62,70	9,60
Ege	78,91	86,56	84,24	80,03	1,42
Doğu Marmara	64,65	75,75	74,14	69,46	7,44
Batı Marmara	47,81	70,61	76,41	72,97	52,62
Doğu Karadeniz	67,49	75,22	71,43	72,64	7,63
İstanbul	82,79	80,97	90,40	83,50	0,86
Ortadoğu Anadolu	73,77	82,64	77,66	73,26	-0,69
Orta Anadolu	61,85	68,14	67,60	64,40	4,12
Total	68,45	77,67	76,43	73,97	8,06

Tablo 6. Yıllara ve İBBS-1’e Göre ADSM-ADSH’lerinde Gerçekleşen Hekim Başı Tahakkuk Rakamları, TL (Nominal Rakamlar)

Bölgeler	2010	2011	2012	2013	2010-2013 Fark (%)
Akdeniz	15.264,05	20.311,88	23.222,97	24.565,09	60,93
Batı Karadeniz	17.214,68	23.893,97	23.494,64	24.636,68	43,11
Batı Anadolu	15.043,27	19.002,27	20.499,50	21.997,39	46,23
Kuzeydoğu Anadolu	14.535,12	16.886,76	22.821,51	22.726,81	56,36
Güneydoğu Anadolu	17.787,19	23.972,64	26.399,41	24.463,62	37,54
Ege	15.857,97	21.441,33	23.453,14	24.537,32	54,73
Doğu Marmara	16.434,23	21.853,40	23.486,81	22.954,68	39,68
Batı Marmara	16.397,96	21.217,99	23.105,20	24.325,06	48,34
Doğu Karadeniz	16.829,35	23.184,87	22.727,22	22.125,44	31,47
İstanbul	17.771,62	24.235,39	23.459,87	22.179,03	24,80
Ortadoğu Anadolu	23.050,29	27.705,80	28.011,47	25.277,86	9,66
Orta Anadolu	16.278,66	19.982,95	20.731,21	23.439,55	43,99
Toplam	16.695,18	21.816,57	23.430,59	23.733,42	42,16

Tablo 6’da 2010 ve 2013 yılları arasında ADSM-ADSH’lerinde gerçekleşen hekim başı tahakkuk rakamları verilmiştir. Nominal rakamlarla incelendiğinde hekim başına en yüksek tahakkuk miktarının tüm yıllarda Ortadoğu Anadolu Bölgesinde gerçekleştiği görülmektedir. En düşük hekim başı tahakkuk miktarı ise tüm yıllarda Batı Anadolu bölgesinde gerçekleşmiştir. Yıllara göre hekim başı tahakkuk rakamlarının artış trendine bakıldığında Güneydoğu Anadolu, Doğu Marmara, Doğu Karadeniz, İstanbul ve Ortadoğu Anadolu Bölgelerinde görülen dalgalı seyir dışında, tüm bölgelerde bir artış söz konusudur. 2010-2013 yılları arasında en fazla artış %173 ile Batı Marmara Bölgesinde gerçekleşmiştir. En az artış ise, %60 ile Ortadoğu Anadolu Bölgesi’nde olmuştur.

Tablo 7. Yıllara ve İBBS-1’e Göre ADSM-ADSH’lerinde Gerçekleşen Hekim Başı Tahakkuk Rakamları, TL (2013 Yılı Rakamları ile Enflasyondan Arındırılmış Reel Rakamlar)

Bölgeler	2010	2011	2012	2013	2010-2013 Fark(%)
Akdeniz	19.222,55	23.159,69	24.941,57	24.565,09	27,79
Batı Karadeniz	21.679,04	27.244,01	25.233,35	24.636,68	13,64
Batı Anadolu	18.944,51	21.666,47	22.016,56	21.997,39	16,11
Kuzeydoğu Anadolu	18.304,58	19.254,35	24.510,40	22.726,81	24,16
Güneydoğu Anadolu	22.400,02	27.333,70	28.353,09	24.463,62	9,21
Ege	19.970,48	24.447,49	25.188,78	24.537,32	22,87
Doğu Marmara	20.696,20	24.917,34	25.224,94	22.954,68	10,91
Batı Marmara	20.650,52	24.192,84	24.815,09	24.325,06	17,79
Doğu Karadeniz	21.193,78	26.435,49	24.409,14	22.125,44	4,40
İstanbul	22.380,42	27.633,29	25.196,01	22.179,03	-0,90
Ortadoğu Anadolu	29.028,03	31.590,27	30.084,44	25.277,86	-12,92
Orta Anadolu	20.500,28	22.784,64	22.265,42	23.439,55	14,34
Total	21.024,82	24.875,35	25.164,56	23.733,42	12,88

Tablo 7’de 2010 ve 2013 yılları arasında ADSM-ADSH’lerinde gerçekleşen 2013 yılı baz alınarak enflasyondan arındırılmış rakamlarla hekim başı tahakkuk rakamları verilmiştir. Reel rakamlarla incelendiğinde hekim başına en yüksek tahakkuk miktarının Ortadoğu Anadolu bölgesinde gerçekleştiği görülmektedir. Ancak yüzdesel olarak 2010 yılına göre düşüş yaşanmıştır. En düşük hekim başı tahakkuk miktarı ise 2010 ve 2011 yıllarında Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde, 2012 ve 2013 yıllarında ise Batı Anadolu Bölgesinde gerçekleşmiştir. Yıllara göre hekim başı tahakkuk rakamlarının artış trendine bakıldığında genel olarak tüm bölgelerde bir artış söz konusu olmakla birlikte, 2013 yılında Orta Anadolu Bölgesi dışında kalan tüm bölgelerde hasta başına tahakkuk rakamlarında bir düşüş olduğu görülmektedir.

Tartışma

2002-2013 döneminde sağlık harcamaları %349,5 artmış iken aynı dönemdeki ağız ve diş sağlığı harcamaları %403 oranında artmıştır. 2002 yılına göre 2013 yılında ağız ve diş sağlığı harcamalarında nominal olarak 4 kat, reel olarak ise 0,8 kat artmıştır. Ağız

ve diş sağlığı harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı 2002 yılında 4,8 iken 2013 yılında 5,3’e çıkmıştır. Türkiye’de 2002 yılında ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin finansmanı büyük ölçüde özel harcamalarla finanse edilirken, bu durum yıllar itibariyle çok önemli değişiklikler göstermiştir. 2002 yılında, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin finansmanının %77’si özel sektör tarafından karşılanırken, bu durum yıllar itibari ile çok önemli değişiklikler göstererek 2013 yılına gelindiğinde özel sektör payı %49’a gerilemiş, kamu payı ise %51’e yükselmiştir.⁹

2010-2013 yılları arasında ADSM-ADSH’lerinde gerçekleşen tahakkuk rakamları incelendiğinde reel rakamlarla 2013 yılına kadar Ortadoğu Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgeleri dışındaki tüm bölgelerde bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 3). Gerek nominal rakamlarda olsun gerekse reel rakamlarda olsun, bölgeler arasındaki bu farklar bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik endeks değeri ve gelişmişlik sıralaması ile uyumludur.¹³

Yıllara göre hasta başı tahakkuk rakamlarının artış trendine bakıldığında genel olarak tüm bölgelerde bir artış söz konusu olmakla birlikte, 2013 yılında Batı Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgeleri dışında kalan tüm bölgelerde hasta başına tahakkuk rakamlarında bir düşüş olduğu görülmektedir. Bu düşüşün ilgili yılın yılsonu enflasyon endeksinin önceki yıla göre daha yüksek düzeyde gerçekleşmesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir. 2010-2013 yılları arasında en fazla artış %52 ile Batı Marmara Bölgesinde gerçekleşmiştir. Ortadoğu Anadolu Bölgesi’nde ise %0,69 oranında bir azalma yaşanmıştır (Tablo 5). Gerek nominal rakamlarda olsun gerekse reel rakamlarda olsun, bölgeler arasındaki bu farklar bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik endeks değeri ve gelişmişlik sıralaması ile uyumludur.¹³

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde muayene başı ağız ve diş sağlığı harcamaları nominal olarak 0,8 kat artarken reel olarak ise 0,3 kat düşmüştür. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde muayene başı ağız ve diş sağlığı harcamaları reel olarak 2002 yılında 97TL iken 2013 yılında 64TL’ye düşmüştür.⁹

Yıllara göre hekim başı tahakkuk rakamlarının artış trendine bakıldığında Güneydoğu Anadolu, Doğu Marmara, Doğu Karadeniz, İstanbul ve Ortadoğu Anadolu Bölgelerinde görülen dalgalı seyir dışında, tüm bölgelerde bir artış söz konusudur. 2010-2013 yılları arasında en fazla artış %173 ile Batı Marmara Bölgesinde gerçekleşmiştir. En az artış ise, %60 ile Ortadoğu Anadolu Bölgesi’nde olmuştur. Nominal ve reel rakamlarda görülen bölgeler arasındaki farklar, bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik endeks değeri ve gelişmişlik sıralaması ile uyumludur.¹³

Yıllara göre hekim başı tahakkuk rakamlarının artış trendine bakıldığında genel olarak tüm bölgelerde bir artış söz konusu olmakla birlikte, 2013 yılında Orta Anadolu Bölgesi dışında kalan tüm bölgelerde hasta başına tahakkuk rakamlarında bir düşüş olduğu görülmektedir. Bu düşüşün ilgili yılın yılsonu enflasyon endeksinin önceki yıla göre daha yüksek düzeyde gerçekleşmesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Gelişmişlik endeks değeri yüksek olup, gelişmişlik sıralamasında ön sıralarda yer alan illerin yer aldığı bölgelerde diş hekimi sayısı göreceli olarak daha fazla olduğundan dolayı hekim başına düşen tahakkuk miktarları da daha düşük seyretmektedir.

Türkiye’de, ağız ve diş sağlığı harcamaları içinde cepten yapılan harcamaların oranı OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında, OECD ortalaması, %55,1 iken, Türkiye’deki

oran %40,8’dir. Türkiye’de, ağız ve diş sağlığı harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) içindeki oranı, Avrupa Birliği(AB) ülkeleriyle karşılaştırıldığında, AB ortalaması %0,40 iken, Türkiye’deki oran %0,31’dir. Türkiye’de, kişi başı ağız ve diş sağlığı harcamalarının GSYH içindeki oranının AB ortalaması %257, Türkiye’deki oran %55’dir.⁹

Sonuç ve Öneriler:

Bu çalışmanın kapsadığı zaman dilimini de içinde barındıran, 2002-2013 döneminde yürütülen Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye, ağız ve diş sağlığı hizmetlerini de kapsayan sağlık sistemi ve finansman yapısından, hizmet anlayışına, vatandaşın beklentisinden, personel davranışlarına, ayrılan kaynak miktarından, finansal sürdürülebilirliğe kadar oldukça farklı bir yere gelmiştir. Bu program ile sağlık alanında Türkiye’de önemli bir dönüşüm yaşanmıştır.¹⁴ Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin finansmanında yaşanan gelişmeler sayesinde her ile en az bir ağız ve diş sağlığı merkezi açılmıştır. 2002 yılında 14 olan ağız ve diş sağlığı merkezi sayısı 2013 yılında 127’ye; 1 olan diş hastanesi sayısı ise 5’e çıkarılmıştır. Diş hekimi istihdamı bir katın üzerinde arttırılmıştır.¹⁴ Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ve finansmanında bölgeler arası bazı farklar söz konusu olsa bile, uygulanan vatandaş odaklı politikalarla hizmet sunum kapasitesi artırılmış, hizmete erişim kolaylaştırılmıştır.¹⁴

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde daha büyük ve kalıcı gelişmeler yaşanabilmesi için koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ön plana alınması gerekliliği yadsınamaz bir gerçektir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin, tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerine göre çok düşük sağlık harcamalarıyla finanse edilebilen hizmetler olması, yapılan harcamaların çok kısa bir sürede kamu ağız ve diş sağlığı harcamalarında ciddi indirimler sağlaması, daha ötesinde genel sağlık harcamalarında da ciddi indirimlere yol açması nedeniyle, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ülkemizin sağlık politikasının temel hedeflerinden biri olarak kabul edilmelidir. Gelişmiş ülkelerde 1980’lerden sonra önem kazanarak hızla uygulamaya geçirilen koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ne yazık ki Türkiye’de halen sistematik bir biçimde sunulmamaktadır. Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu daha çok tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri ağırlıklıdır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumu, hem düşük maliyetleri hem de genel sağlık üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle, ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumunda tedavi edici hizmetlere göre öncelikli olarak tercih edilmesi gereken yöntem olarak kabul edilmektedir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin, tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerine göre öncelikli olarak tercih edilmesi, toplam sağlık harcamalarından ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ayrılan payları önemli ölçüde azaltacaktır. Yapılan araştırmalar, koruyucu ağız diş sağlığı için yapılan her 1 \$ harcamanın; restoratif ve acil tedaviler ve potansiyel çok sayıda tıbbi tedavi için ileride yapılacak 8 ila 50 \$ arasındaki bir harcamayı ortadan kaldırdığını ortaya koymaktadır.¹⁵ Bugün ağız diş sağlığı sorunlarına çözüm getirebilmiş olan gelişmiş ülkeler, bu başarıya, sağlık hizmetlerini koruyucu ağırlıklı olarak planlamaları ve sunmaları sayesinde ulaşmışlardır.¹⁵

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin hedefi, öncelikle bugünkü durumu ve halkın ağız, diş sağlığı konusundaki sağlık durumu ve bilincinin ortaya konulması gereklidir. Halkın %90’ının ağız ve diş sağlığı sorunu yaşadığı bugünkü ortamda, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde mevcut çalışanların sayısının arttırılması yanında halkın ağız ve diş sağlığı konusunda ki bilinç düzeyini arttıracak ağız bakımı konusunda farkındalık

oluşturacak faaliyetlerin ve politikaların öncelenmesi, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin geleceği açısından elzemdir.⁹

Türkiye’de ağız ve diş sağlığının gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşabilmesi için aile diş hekimliği sistemi uygulamaya alınmalıdır⁹. Aile diş hekimliği sistemi ile koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, 2. ve 3. basamak ağız ve diş sağlığı hizmeti veren merkezlerdeki yoğunluğun azaltılması ve ileri düzey tedavilerin gerektirdiği daha yüksek maliyetlerin önlenmesi hedeflenmektedir.⁹

Kaynaklar

1. Üstü Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanioğlu SY. 2002-2008 Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci Ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Balkan Med J* 2011;28:55-61.
2. Hamzaoğlu O. The Interpretation of Health of Turkey. *Sted* 2008;17:6.
3. Şahin B, Top M. Bigger Expectations at the Smaller World:Future Health Systems. *Sağlık ve Toplum* 2002;12:3.
4. Figueras J, Menabde N, Busse R. The road to freedom. *BMJ* 2005;331:170-1.
5. DİE Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, (2007-2014). (1935-2000 ve TÜİK adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1589 Erişim tarihi: 25 Kasım 2015.
6. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu (2003-2010). [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_\(2003_2010\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2010).pdf) Erişim tarihi: 25 Kasım 2015.
7. Yazıcıoğlu B. Ağız ve Diş Sağlığı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler (Güler Ç, Akın L. editörler) içinde. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını; 2006.
8. İçtin EG. DSÖ 2003 Dünya Ağız ve Diş Sağlığı Raporu’nun Değerlendirilmesi. Bitirme Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir; 2013.
9. Atasever M, Demiralp KÖ. Türkiye’de Ağız -Diş Sağlığı ve Dental Görüntüleme Hizmetleri. Ankara: Ayrıntı Basımevi; 2015.
10. Bora Başara B, Güler C, Yentür GK. Republic of Turkey, Ministry of Health General Directorate of Health Research. Health Statistics Yearbook 2013, Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık; 2014.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014. <http://www.tkhk.gov.tr/dosyalar/b4a241a4aabo4c26bdf3def6d2fo84e2.pdf>. Erişim tarihi: 25 Kasım 2015.
12. Başara BB, Güler C, Yentür GK. Health Statistics Yearbook 2014 Republic of Turkey, Ministry of Health General Directorate of Health Research. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık; 2015.
13. T.C.Kalkınma Bakanlığı, İllerin ve Bölgelerin Sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması (SEGE-2011). Ankara: Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü; 2013.
14. Atasever M. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, 2002-2013 Dönemi. ISBN: 978-975-590-521-1, Bakanlık Yayın No: 983, Ankara; 2015:220-223.
15. Atasever M, Demiralp KÖ. Türkiye’de Ağız -Diş Sağlığı ve Dental Görüntüleme Hizmetleri. Ankara: Ayrıntı Basımevi; 2015.