

Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi

Sinan ÖZYAVAŞ*

ÖZ

Ağız diş hastalıkları, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar içerisinde yer alan, önlenebilir sorunlardır. Ancak, yüksek prevalans nedeniyle sağlık harcamalarında artışa neden olurlar. Türkiye’de ve gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda ağız diş hastalıklarına yönelik koruyucu önlemler, sağlık otoriteleri tarafından gereken ilgiyi görememektedir. Buna karşın, WHO ve FDI gibi küresel paydaşlar yayınladıkları raporlarla dikkatleri bu noktaya çekmeye çalışmaktadırlar. Ayrıca, OECD ve Avrupa Komisyonu ortak çabalarıyla çeşitli izlem platformları oluşturmaktadırlar. Bu çalışmada, Türkiye’de ağız diş sağlığı finansmanı, hizmet sunumu, insan kaynağı ve mesleki eğitim süreci irdelenmiş ve Türkiye’de ağız diş sağlığı politikasının mevcut durum analizi için ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşlarının konuyla ilgili görüşlerine yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık politikası, ağız diş sağlığı, halk sağlığı.

Oral Health Policy in Turkey: Situation Analysis

ABSTRACT

Oral diseases are among non-communicable chronic diseases which are preventable. However, because of their high prevalence, they lead to increase in healthcare expenses. Protective measures against oral diseases do not attract the attention of health authorities in Turkey and many of developing countries. However, global stakeholders such as WHO and FDI are trying to attract the attention to the point via reports they published. In addition, they generate various monitoring platforms with the collective efforts of OECD and European Commission. In this study, funding, service delivery, human resources and vocational education process related with oral health in Turkey have been discussed and concepts of national and international non-governmental organization have been provided for the situation analysis of oral health policies of Turkey.

Keywords: Health policy, oral health, public health.

I. GİRİŞ

Sağlık politikaları, sağlık sistemi ile ilgili kurumları, hizmetlerin finansmanı vb. faaliyetleri etkileyen tüm eylemleri kapsar. Sistem içerisinde yer alan aktörler, ulusal düzeyde politik güce sahip kişi ya da gruplar olabileceği gibi, aynı zamanda çok uluslu şirketler, Dünya Ticaret Örgütü (WTO) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi örgütler de olabilmektedir. Dolayısıyla, dışa açık ekonomilerde küresel aktörlerin ulusal düzeydeki politik karar alma süreçlerine ve eylemlerine etkisi yadsınamaz (Buse et al. 2012).

2010 yılında Avusturalya’nın Adelaide şehrinde, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) beyanatına adını veren uluslararası bir toplantıda, ‘Tüm Politikalarda Sağlık’ın çerçevesi çizilerek; sektörler arası işbirliği ile insanî gelişme, sürdürülebilirlik ve eşitliği geliştirme adına toplumsal bir mutabakat sağlanmasının gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Bu mutabakatla sağlıklı toplumların, ülkelerin refah seviyesine katkıda bulunacağı hatırlatılmıştır (WHO 2010).

*Öğr. Gör., Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sinan.ozyavas@emu.edu.tr

Avrupa Birliği'nin (AB) sağlık alanında ortak bir politikası olmamakla birlikte, birliğin resmi sağlık politikası gelişim sürecine açıktır. Maastricht, Amsterdam ve Lizbon antlaşmaları bu gelişim sürecinin ilk belirleyicileri olmuştur (Yıldırım, Yıldırım 2015). Konu hakkında görüş bildiren paydaşlar, birliğe üye ülkelerin kendi politik, kültürel ve ekonomik yapıları içerisinde farklılıklar gösterdiğini öne sürerek konuya açıklık getirmekle birlikte (Nikolovska 2008); aynı zamanda, temel ilkeler (**katma değer yaratma, yetki ikamesi ve şeffaflık gibi**) ve ortak değerler (**dayanışma, hakkaniyet ve hizmete erişim gibi**) bağlamında bütünlük sağlandığını belirtmektedirler (Yıldırım, Yıldırım 2015). Avrupalı popülasyonun değişen ağız ve diş sağlığı statüsünü belgelemek, hizmet kalitesini iyileştirmek, birliğe üye ülkeler arasında işbirliği alanlarını genişletmek ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri giderebilmek amacıyla mediko-sosyal politikalar geliştirilmesini teşvik etme noktasında AB'nin, Uluslararası Diş Hekimliği Federasyonu (FDI) ve WHO'dan bağımsız olmamak kaydıyla, açık takip parametreleri belirlediği görülmektedir (European Data Portal 2018).

Politik faktörlerin, sağlığın hayati öneme sahip sosyal belirleyicisi olduğu görüşü, dünya genelinde artan bir şekilde kabul görmektedir. Makro düzeydeki sosyal politikalar, sağlık sisteminin özelliklerini, sosyoekonomik eşitsizlikleri, sosyal ve kültürel sermaye yapısını derinden etkilemektedir. Avrupa'da İskandinav refah devletlerinin (Finlandiya, Danimarka gibi) diğer refah devleti yapılarından daha iyi bir sağlık performansı (yenidoğan ölüm oranı gibi) gösterdiği görülmekte ve benzer bir şekilde, ağız sağlığı performans çıktılarının da aynı paralellikte seyrettiği gözlemlenmektedir (Herreno et al. 2013).

WHO ağız ve diş sağlığını 'bireyin ısırma, çiğneme, gülme, konuşma ve psikososyal iyi olma halini sınırlandıran hastalıklar ve aynı zamanda ağız ve yüz ağrısı, ağız ve yüz kanseri, ağız enfeksiyonu ve yaraların, periodontal hastalık, diş çürümesi, diş kaybı gibi rahatsızlıkların görülmemesi' olarak tanımlamaktadır (Mohanta 2017).

FDI ve WHO, ilk kez 1981 yılında Küresel Ağız Sağlığı Amaç ve Hedeflerini işbirliği içinde belirlemişlerdir. Ortak bildiride;

- 5-6 yaş grubunun %50'sinde diş çürüğü olmaması,
- 12 yaş grubunda küresel ortalama DMFT (Çürük Diş-Kayıp Diş-Dolgu Diş İndeksi) skorunun 3'ten fazla olmaması,
- 18 yaş grubundaki tüm nüfusun %85'inin diş sayısının eksiksiz olması,
- 35-44 yaş grubunda (1982'deki skor ile mukayese edildiğinde) dişsizliğin %50 azaltılması,
- 65 yaş ve üzeri yaş grubunda (1982'deki skor ile mukayese edildiğinde) dişsizliğin %25 azaltılması,
- Ağız sağlığındaki değişimin takibi için veri yönetim sisteminin tesis edilmesinin gerekliliği açıklanmıştır (Petersen 2003).

Bu girişimler daha sonra Uluslararası Diş Hekimliği Araştırmacıları Birliği'nin de (IADR) katılımıyla genişletilerek, 2020 hedefleri olarak açıklanmıştır. 2020 Küresel Ağız Sağlığı Amaç ve Nihai Hedefleri özetle;

- Erken teşhis ve koruyucu önlemler olarak, ağız ve kraniofasial hastalıkların ruhsal ve toplumsal gelişim ve sağlık üzerindeki etkilerini azaltmak ve böylece toplumun yaşam kalitesini yükseltmek,
- Kraniofasial ve ağız hastalıklarından kaynaklanan ölümleri azaltmak,

- Ülkeler arasındaki ağız sağlığı eşitsizliklerini ve ülke içindeki sosyoekonomik açıdan farklılık gösteren popülasyon arasındaki ağız sağlığı statüsü dengesizliklerini azaltmak,
- Kraniofasial ve ağız sağlığı hastalıklarının kontrolü adına, maliyet etkili ağız sağlığı sistemlerine erişilebilirliği geliştirmek,
- Sağlık çalışanlarının programın amaçlarıyla ilgili etik deneyimlerini ve sosyal sorumluluklarını desteklemek şeklinde sıralanabilir (Hobdell et al. 2003).

Hobdell ve diğerleri, aynı zamanda, ağız sağlığı hizmetlerinin planlanma aşamasından önce, mevcut yerel kaynakların seviyesinin belirlenmesi ve tespiti göre eylem planlarının gerçekleştirilmesi için bir dizi soruya (Tablo 1) yanıt verilmesini önermektedir (Hobdell et al. 2003). Bu sorulardan anlaşılmaktadır ki; hizmetlerin tasarımından önce sağlık planlayıcılarının mevcut yerel kaynakları analiz etmesi, potansiyel koşulları göz ardı etmeden sistemi bir bütün olarak düşünüp, bilgi paylaşımına açık geri bildirim kanalları tesis etmesi gerekmektedir.

Tablo 1. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yerel Bir Politika Çerçevesi Oluşturmadan Önce Yanıtlanması Önerilen Sorular

Sorular	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Finans 1. Ağız sağlığı için merkezi bir kamu sağlığı bütçesi bulunuyor mu? 2. Ekipman ve araçlar için yeterli sermaye bulunuyor mu? 3. Maaş ödemeleri için mevcut fon kaynağı yeterli mi? 4. Ağız sağlığı teşviki ve koruyucu önlemler için fon dağıtımı yeterli mi?			
Personel 1. Yeterli miktarda uygun eğitilmiş personel var mı? 2. Değerlendirme, takip ve yönetim fonksiyonlarını yerine getirebilecek yeterli miktarda personel var mı?			
Araç ve Gereç 1. Mevcut olan ekipmanlar uygun mudur?			
Altyapı 1. İhtiyacın değerlendirilmesi için gerekli olan girişimin seçiminde yeterli detayda çaba sarf ediliyor mu? 2. Kaynakların edinimi için iletişim kanalı açık mı? 3. Raporlama için iletişim kanalı fonksiyonel mi? 4. Üretim faktörlerinin transferi gerekliyse, bu fonksiyonel bir şekilde çalışıyor mu?			
Eğer 6 sorudan daha azına evet yanıtı verildiyse, kaynakların tahsisi düşüktür. Eğer 5 ila 10 soruya evet dendiye, kaynakların tahsisi orta seviyededir. Eğer 9 ya da daha fazla soruya evet dendiye, kaynak tahsisi yüksek seviyededir.			

Kaynak: Hobdell et al. 2003

20. yüzyılın sonlarından itibaren ağız sağlığı konusunda ilerleme görülmektedir ancak, bu ilerlemenin dünya nüfusuna tam anlamıyla yansıdığı söylemek mümkün değildir. Nasıl ki 'Tüm Politikalarda Sağlık', bize bir izlem yolu olarak, sağlıklı toplumların refah seviyesindeki artışı beraberinde getireceğine işaret ediyorsa; benzer bir şekilde, dünya üzerindeki yoksullukların giderilmesi hedefinin de sağlıklı toplumların oluşumuna katkı sağlayacağı öngörülebilmektedir (Petersen 2003).

Sağlık hizmeti maliyetlerinin türleri ve seviyeleri hakkındaki bilgilerin şeffaf, güvenilir ve güncel olmaması, sağlık sistemi içinden veya dışından gereken müdahalelerin yapılmasına engel olabilmektedir. Politika oluşturan çevreler, daha kapsamlı bilgi ve belgeye sahip olunan genel sağlık hizmetlerinin göstergelerine daha hassas tepkiler verebilmekteyken, ağız sağlığı göstergelerinde daha az bilgi ve belgeye sahip olunması nedeniyle bu konuda nispeten daha az refleks gösterirler (Righolt et al. 2018).

Dünya üzerinde ağız ve diş hastalıklarının sosyoekonomik boyutu ve bireylerin genel sağlık durumları üzerindeki olumsuz etkileri, tatmin edici seviyede ölçümlenebilmiş değildir. Buna neden olan faktörler arasında; ağız ve diş sağlığının öneminin dünya genelinde tam olarak kavranamamış olması, çoğu koşulda geciktirilebilir bir ihtiyaç olarak görülebilmesi ve özellikle düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkeler nezdinde gerçekçi epidemiyolojik verilere sahip olmamız gösterilebilir (FDI 2015). Bununla beraber, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de sağlık hizmetinden yoksun kalmış bir popülasyon bulunmaktadır. Bir çok ülkede ağız sağlığı hizmetleri, ulusal yahut toplum sağlığı programlarıyla tamamen entegre edilmiş durumda değildir (Petersen 2003).

Veriye ulaşmak noktasında yaşanan kısıtlılıklara rağmen, elde edilen küresel verilere göre; diş çürükleri, periodontal hastalıklar, ağız kanseri, 'Noma', kalıtsal anomaliler ve ağız travmaları küresel boyutta en yaygın görülen ağız ve diş hastalıkları olarak gözlemlenmektedir. 2010 yılı verilerine göre, dünya genelinde tahminen 3 milyar 54 milyon insan tedavi edilmemiş çürük dişlerinden ötürü sağlık problemleri yaşamaktadır (FDI 2015).

Dünya genelinde yüksek ve düşük gelirli ülke ölçeklendirmesine bakıldığında, 2000 yılı veya elde edilebilen en son veri yılına göre, 12 yaş DMFT ortalamalarında, çürük diş ve kayıp diş için en yüksek oranların sırasıyla 1,46 ve 0,25 olarak orta-üstü gelire sahip ülkelerde olduğu görülmektedir. Kayıp diş ve dolgu dişler için en düşük oranlar ise, 0,02 ile düşük gelir grubundaki ülkelerde görülmekte ve bu skorlarla diğer tüm gelir grubundaki ülkelerin skorlarının altında kalmaktadırlar (FDI 2015).

Dünya nüfusunun %15'inde görülebilen periodontal problemler, kısa sürede diş kayıplarına neden olabilmektedir. 'Noma' Sahra Altı Afrika bölgesinde genellikle 6 yaş altındaki çocuklarda görülmekte ve eğer tedavi edilmezse, %70 ila 90'ının ölümüne neden olabilmektedir. Ayrıca ağız kanserleri, yine en yaygın görülen 10 kanser türünden biri olarak, her yıl 300 – 700 bin arasında yeni vakanın görülebildiği bir hastalıktır. Ağız ve yüz bölgesi yarıkları kalıtsal bir anomali olarak, 2006 yılındaki 17 ülkenin farklı etnik gruplarından 10.000 canlı doğumdaki insidansa bakıldığında; %22,5 oranında Asyalılarda görülürken, onları sırasıyla Moğollar (%15,3), Kafkasyalılar (%15,2), Afrika asıllı Amerikalılar (%5) takip etmektedir (FDI 2015).

Ağız travmaları dünya genelinde görülen tüm yaralanma türlerinin %5'ini oluşturmaktadır. Yine dünya genelinde toplam 8,5 milyon travmaya bağlı ölümün tahminen yarısının kraniofasial travmalara bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, Danimarka verilerine göre, diş travmalarının yıllık direkt maliyetlerinin 2-5 milyon dolar / milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir (FDI 2015).

2008 yılında WHO'nun belirttiği gibi, sağlık eşitsizliklerini belirlemekte en iyi yol, altında yatan sosyal belirleyicilere (doğum, yaşam, iş ve yaşlılık koşulları gibi) bakmaktır (FDI 2015). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ve AB'nin 2016 yılında yayınladığı raporda, AB-28 üye ülkelerinin gelir seviyesi, coğrafi koşulları ve içinde buldukları sağlık sisteminin kısıtlılıkları nedeniyle, 2014 yılı verilerine göre, karşılanmamış ağız sağlığı ihtiyacının düşük gelir grubu aleyhine işlediği belirtilmektedir (OECD, EU 2016). Söz konusu olan bu rapor ile paralellik gösteren bir diğer çalışmada da

şehirleşmeye bağlı olarak düşük ve yüksek gelir gruplarının arasındaki farklılık gösterilmiştir. Petersen ve Kwan (2011)’e göre, tüm gelir dilimlerinde, şehirlerde yaşayan popülasyonun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kırsal kesimde yaşayanlara göre daha yüksek oranlarda olmaktadır.

AB-27 üye ülkesinde, 2008-2012 yılı verilerine göre, yıllık ortalama direkt sağlık harcamalarında (kamu ve özel) ağız hastalıklarının diyabet (€ 137 milyar) ve kardiyovasküler hastalıklardan (€ 105 milyar) sonra üçüncü sırada yer alarak, € 79 milyar harcamaya sebep olduğu tespit edilmiştir (FDI 2015).

2011 yılında Birleşmiş Milletler (UN) Genel Meclisi’nin aldığı ilkesel kararda (19.madde), ‘böbrek, göz ve ağız hastalıklarının ülke ekonomilerine büyük yükler getirmesi nedeniyle bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele için tahsis edilen kaynaklardan belirli bir oranda destek görmeli’ ifadesine yer verilmiştir (UN General Assembly 2012).

II. AĞIZ ve DIŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SUNUMU

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı (ADS) hizmetleri hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Kamu tarafından verilen ADS hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri (ADSH), ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), genel hastaneler ve eğitim hastaneleri ve ayrıca aile sağlığı merkezleri tarafından sağlanmaktadır (Tatar et al. 2011). Ancak, Sağlık Bakanlığı’na ya da belediyelere ait olan birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki diş hekimliği hizmetlerinin genel sağlık sistemine entegrasyonu zayıftır. Bu açıdan bakıldığında, Türkiye’de koruyucu diş hekimliği hizmetlerinde devletin asli sorumluluk alanının gelişime açık olduğunu söyleyebiliriz (Hayran ve diğerleri 2004).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun (TKHK) 2017 yılı ilk 6 aylık verilerine göre, ADSH sayısı 22 iken, bu hastanelerdeki ünit sayısı 2.115’tir. Ayrıca, yine aynı yılın verilerine göre, toplam 131 ADSM’de 4.878 ünit mevcuttur (TKHK 2017). Türk Diş Hekimleri Birliği’nin (TDB) Temmuz 2016 yılı verilerine göre, Türkiye’de özel diş hekimlerine ait muayenehane sayısı 10.775’tir (TDB 2017b).

Türkiye’de 2016 yılı verilerine göre, il düzeyindeki mesleki odalara kayıtlı olup muayenehanesi olmayan 1.889 diş hekimi varken, yalnızca özel sektörde çalışan hekim sayısı 15.394’tür (TDB 2017a). AB’ye üye ülkelerin çoğunda ağız diş hizmetleri serbest hekim muayenehanelerinden sağlanmaktadır ve Avrupa genelinde bu yayılım ortalama %83 civarındadır (TDB 2011).

2005 ve 2010 yılları arasında Türkiye’de bir diş hekimine düşen hasta sayısı, Tablo 2’de görüldüğü gibidir. Tablo 2’de resmedilen sayılara ilaveten Çelik, kümeleme çalışmasına göre bir diş hekimine düşen hasta sayısı açısından en iyi durumda olan illerimizi Ankara, Aydın, Bartın ve İstanbul olarak bulgulamış; en kötü durumda olan illerimizi ise, Hakkâri, Şırnak, Muş ve Şanlıurfa olarak göstermektedir (Çelik 2013).

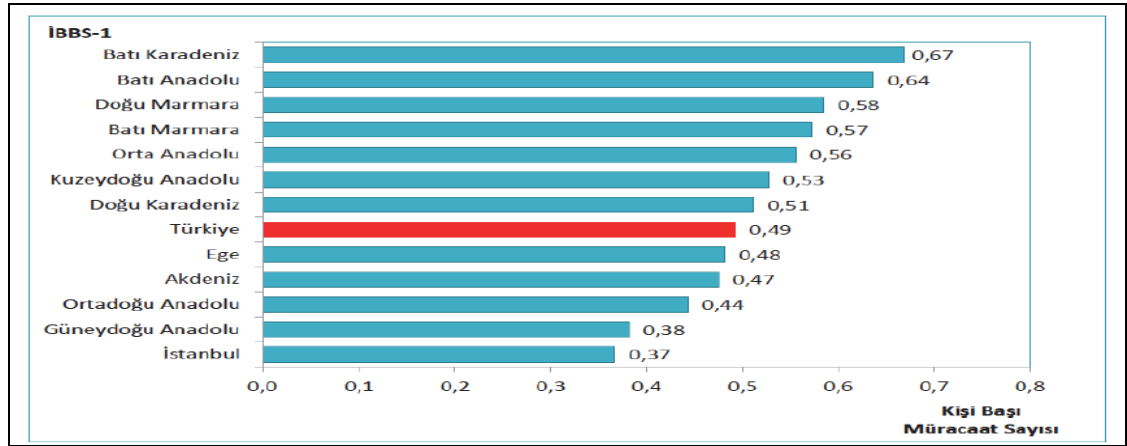
Tablo 2. Diş Hekimi Başına Düşen Hasta Sayısı (2005-2010)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Diş Hekimi Başına Düşen Hasta Sayısı	3.653	3.785	3.642	3.562	3.499	3.406

Kaynak: Çelik 2013

Ayrıca, 2016 yılı verilerine göre, TDB Türkiye’de bir diş hekimine 2.173 hasta düştüğünü ve bu sayının AB ortalamasının (2013 yılı, 1.433 hasta) çok üstünde olduğunu bildirmektedir (TDB 2017b).

OECD’den sağlanan verilere göre, Türkiye’de tüm tıp alanları arasında diş hekimlerine kişi başı konsültasyon sayılarının 0,3 (2010), 0,4 (2011) ve 2012-2015 yılları arasında da her yıl 0,5 olduğu görülmektedir (OECD 2018). 2013 OECD verilerinde 0,5 olarak raporlanan bu oranın karşılığı olan TKHK’nın yine 2013 yılı ülke dağılımı istatistiklerine bakıldığında (Grafik 1), Türkiye’nin coğrafi bölgelerinde eşit bir dağılıma sahip olmadığı görülmektedir (TDB 2015b).

**Grafik 1: Kişi Başına Düşen Diş Hekimine Başvuru Sayısı (2013)**

Kaynak: TDB 2015b

2003 yılında yapılan bir çalışmada, Türkiye’de yetişkinlerin diş hekimlerine müracaat oranı %40,4 olarak tespit edilmiştir. Güney Çin bölgesinde bu oran %23, İsveç ve Danimarka gibi ülkelerde bu oran %80’leri bulmaktayken, Türkiye’nin gelişmiş ülkelere kıyasla bir hayli düşük oranları yakalayabildiğini söyleyebiliriz (Mumcu ve diğerleri 2004). TDB tarafından yayınlanan 2015 yılındaki bir çalışmaya göre, 2000 yılında Türkiye’de nüfusun %40,4’ünün yıl içerisinde bir defa diş hekimine gittiği, bu oranın 2015 yılı verilerine göre % 45,2’ye çıktığı görülmektedir (TDB 2015b).

III. AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye’de genel sağlık hizmetlerinde Genel Sağlık Sigortası tüm ülke vatandaşlarını kapsamaktadır (Tatar et al. 2011). FDI’nın 2015 tarihli ADS hizmetleriyle ilgili raporunda, Türkiye’nin ‘temel hizmet paketleri’ için kapsayıcılık oranı %100 olarak belirtilmiştir (FDI 2015).

Kamu sektöründe diş hekiminin bulunmadığı bölgelerde, söz konusu bölgede faaliyet gösteren kamu kuruluşunun başhekimisi hastalarını tıbbi ihtiyaç halinde özel sektörde hizmet veren bir diş hekimi kliniğine yönlendirebilmektedir. Bu tip durumlarda, alınan hizmetin bedeli kamu sektöründe verilen aynı hizmetin değeri üzerinden hesaplanacağından, kamu sektörü bu kapsamda hizmet sunumu açısından sevk zincirinin ‘tıbbi ihtiyaç belirleyeni’ rolündedir. Kaldı ki, söz konusu hesaplamada kamu ve özel sektör hizmet bedeli farklılıkları, hasta tarafından karşılanmış olacaktır (Tatar et al. 2011). Bununla birlikte, ortodontik tedavinin estetik amaçlı olmadığı sağlık kurulu raporunda açıkça belirtildiyse, kamu kuruluşunca sevk edilen özel sağlık kuruluşuna Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödeme yapılabilmektedir (TSB 2015).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 98 inci maddesinin ikinci fıkrasına göre, hasta katılım payları ‘tamamlayıcı sigortanın’ kapsamına alınmamaktadır. Tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortası, genel sağlık sigortalısının 5510 Sayılı Kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye’deki giderlerine ilave masrafları ve genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye’deki giderlerini karşılamaktadır (TSB 2015). Sağlıkta Uygulama Tebliği’nde (SUT) belirtildiği üzere, örneğin; kemik içi implantlar (kalıtsal diş eksikliği, travma gibi durumlar hariç) ödenmemektedir (Resmi Gazete 2013). Bununla birlikte, SUT’un güncellenen yayınında ‘Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi’nde bazı hastalık tanılamaları ödeme listesine dâhil edilmiştir (Resmi Gazete 2018a).

Tablo 3. ADS Hizmeti Başvuruları İçin Tercih Nedenlerinin Tercih Edilen Yerlere Göre Dağılımı

	Güvence %	Acil %	Tamдық %	Yakın %	İyi %	Güven %	Ucuz %	Diğer %	TOPLAM
Muayenehane	17,1	1,8	21,2	1,8	36,5	18,8	0	2,9	170
Poliklinik	34,2	3,8	6,3	21,5	20,3	7,6	6,3	0	79
Özel	13,6	3,6	12,1	1,4	42,1	25,7	0,7	0,7	140
Merkez	23,5	0	0	41,2	6,7	17,6	5,9	0	17
ADSM	42,2	4,4	11,1	6,7	3,7	20	0	2,2	45
Devlet hastanesi	39,7	0	1,6	3,7	0	12,7	35,4	0,5	189
Özel hastane	9	5	8	0	5,1	24	0	1	100
Fakülte (Devlet)	46,2	2,6	2,6	5,1	10,3	20,5	12,8	0	39
Fakülte (Vakıf)	9,1	0	27,3	0	27,3	27,3	0	9,1	11
TOPLAM	25,4	2,4	9,9	5,2	27,5	18,4	10	1,3	790

Kaynak: TDB 2015b

Tablo 3’te TDB’nin araştırma kapsamında ulaştığı 790 kişiden 421’inin (%53) muayenehane, özel klinik, özel hastane ve vakfa ait fakültelerden hizmet almayı tercih ettiği görülmektedir. Kamudan hizmet almayı tercih edenlerin ise, %39,7 ila %46,2 arasında değişen oranlarda bu kuruluşlardan hizmet alma nedenlerinin ‘sağlık güvencesi’ olduğu görülmektedir. Kamuya gösterilen tercih bu yönde olsa da, 790 kişinin sadece 273’ünü (%35) kapsamaktadır (TDB 2015b).

2009 yılı verilerine göre, OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının %5’i ve özel sağlık harcamalarının %16’sı ADS hizmetlerine ayrılmıştır. Türkiye’deki ADS hizmetlerine yapılan harcamaların tahmini değerleri 2013-2015 yılları arasında Tablo 4’te görüldüğü gibidir (TDB 2014). Çalışmada, 2015 yılına ait toplam sağlık harcama tutarı tahmini değer

olarak verilmiş olmasına karşın, söz konusu yıldaki harcama gerçekleşmiş değerdir (KNOEMA 2018a; TCMB 2015).

Tablo 4: Türkiye’de Tahmini Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları (2013-2015)

	2013	2014*	2015*
Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	84.390	92.829*	102.112*
ADS Harcaması (2009 OECD Oranı)	%5*	%5*	%5*
Tahmini ADS Harcaması (Milyon TL)	4.219*	4.641*	5.105*

Kaynak: TDB 2014 (* Tahmini Değerler)

Türkiye’de 2002 – 2013 yıllarına bakıldığında, toplam ADS harcamaları içinde Sağlık Bakanlığı’nın payı 2002 yılında %21,2 iken, 2013 yılında bu oran %46,5’e yükselmiştir. Üniversitelerin payı 2002 yılında %1,9 iken, 2013 yılında %4,8’e yükselmiş ve ayrıca, özel sağlık kuruluşlarının payı 2002’de %76,9 iken, 2013 yılında %48,7’ye düşmüştür (Atasever, Örnek 2018).

Türkiye’de kişi başı ADS harcamaları, 2012 yılı verilerine göre, AB ortalamasının (257 USD) altında kalarak, 55 USD olarak gerçekleşmiştir. Benzer şekilde, AB-28 üye ülkesinde ADS harcamalarının GSYİH’den aldıkları pay %0,4 iken, bu oran Türkiye’de %0,3 düzeyindedir (Atasever, Örnek 2018).

IV. AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAĞI ve MESLEKİ EĞİTİM

4.1. Diş Hekimi ve Yardımcı Hizmet Personeli Kapasitesi

Türkiye’de, 2016 yılı verilerine göre (Tablo 5), diş hekimlerinin toplam sayısı 29.417’dir (TDB 2017a).

Tablo 5. Aktif Olarak Çalışan Diş Hekimi Sayıları (2016)

Türü	Sayı
Serbest Çalışan Diş Hekimi	15.934
Kamu Sektöründe ve aynı zamanda Serbest Olarak Çalışan Diş Hekimi	211
Kamu Sektöründe Çalışan (Oda Üyesi) Muayenesi Olmayan Diş Hekimi	1.889
Kamu Sektöründe Çalışan (Oda Üyesi Olmayan) Diş Hekimi	11.383
TOPLAM	29.417

Kaynak: TDB 2017a

Aktif olarak çalışan hekimlerden %55’inin serbest hekim statüsünde çalıştığı görülmektedir (TDB 2017a). Bu oran, 2004 yılında yaklaşık toplam diş hekimisi sayısının 20.000 civarında olduğu bir dönemde %70’ten fazla idi (Hayran ve diğerleri 2004). ,

Tablo 6. Diş Hekimi Sayıları ve 1.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı (2012-2016)

	2012	2013	2014	2015	2016
Diş Hekimi Sayısı (Kamu + Serbest)	21.404	22.295	22.996	24.834	29.417
1000 Kişi Başına Diş Hekimi Sayısı	0,28	0,29	0,3	0,32	0,37

Kaynak: OECD 2018; KNOEMA 2018b

2016 yılı verilerine göre, ülkemizdeki diş hekimlerinin %59’u erkek, %41’i kadındır (TDB 2017a). Almanya’da 2017’den itibaren kadın diş hekimleri oranının (2015 yılı verilerine göre %42’si kadın) %50’den daha fazla olacağı öngörülmektedir. Bunun sonucu olarak, büyük diş kliniklerinde maaşlı personel sayısında veya yarı zamanlı çalışan diş hekimlerinin oranında artış olması muhtemel olarak görülmektedir (Ziller et al. 2015).

Mevzuatımızda tanımlanmış diğer ağız ve diş sağlığı meslek mensuplarının (Diş Protezi Teknikeri, Ağız Diş Salığı Teknikeri) herhangi bir odaya kayıtlı olmaları yasal bir zorunluluk olmadığından ve herhangi bir resmi takibi bulunmamasından ötürü, Türkiye’de bu meslek alanlarına dair gerçekçi verilere ulaşılamamaktadır.

4.2. Yükseköğretim ve Diş Hekimliği Fakülteleri

FDI’nın 24.09.2006 tarihli bildirisinde temel ve sürekli diş hekimliği eğitime vurgu yapılmış ve ülkelerin bu alanlarda gelişim göstermesinin özellikle koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemli çıktılar sağlamakta yararı olacağı belirtilmiştir (TDB 2014).

Yükseköğretim Kurumu’nun (YÖK) 2018 istatistiklerine göre, 69 adet diş hekimliği fakültesi bulunmaktadır. Bu yükseköğretim kurumlarında 652 profesör, 316 doçent, 859 doktor öğretim üyesi, 79 öğretim görevlisi, 1.659 araştırması görevlisi olmak üzere toplam 3565 akademik personel istihdam edilmektedir (YÖK 2018). YÖK istatistiklerindeki diş hekimliği fakültelerine devlet ve vakıf üniversiteleri (KKTC hariç) dâhil edilmişken, akademik personel sayısına KKTC üniversitelerindeki daimi personel dâhil edilmemiştir.

Türkiye’de diş hekimliği eğitim süresi teorik ve pratik olarak toplamda 5 yıldır. Alanda uzmanlık eğitime (periodontoloji, endodonti, pedodonti vb. gibi) devam etmek isteyen öğrenciler, pratik ağırlıklı ve uzmanlık alanlarına göre değişen sürelerde eğitim almak durumundadırlar (Yanık 2009).

TDB tarafından 2008 yılında yapılan bir araştırmaya göre, Türkiye’de diş hekimliği fakültelerinde görevli akademisyenlerin, öğrencilerin ve mezunların görüşleri alınarak eğitimin yeterliliği ölçümlenmiştir. Yapılan çalışmada katılımcıların hassasiyet göstererek geri bildirimde buldukları ortak konular oransal olarak Tablo 7’de listelendiği gibidir (TDB 2008).

Tablo 7. Türkiye’de Diş Hekimliği Eğitiminin Yeterliliğine Dair Bazı Geri Bildirimler

	Akademisyen	Öğrenci	Diş Hekimi
Kaynak yetersizliği	%70	%63,2	-
Acil durumlar konusunda verilen eğitimin yetersizliği	-	%72,6	%70,2
Klinik uygulamalar için öğrenci sayısının fazla oluşu	%17	-	%76,7

Kaynak: TDB 2008

4.3. Türk Diş Hekimleri Birliği'nin Verdiği Mesleki Eğitimler

'Sürekli Diş Hekimliği Tanıma ve Kredilendirme Yönergesi', 2013 yılında TDB'nin Merkez Yönetim Kurulu kararı ile yürürlüğe girmiştir. Yönergede, Türkiye'de diş hekimliği mesleğini icra eden her diş hekiminin bu yönergeye tabi olduğu ve en fazla 4 yıllık bir süre içerisinde 80 kredilik puanın toplanması koşuluyla Sürekli Diş Hekimliği Eğitimi Sertifikasının alınabileceği şarta bağlanmıştır. Yönergenin kural ve şartlarına uymayan diş hekimleri TDB'nin ilgili disiplin yönetmeliği gereğince cezalandırılmakta ancak, kamu sağlık kuruluşlarına bağlı diş hekimlerine ceza verme yetkisinin kamu kuruluşunun takdirinde olduğu vurgulanmaktadır (TDB 2015a).

Diş hekimliğinde sürekli mesleki eğitim, çoğu Avrupa ülkesinde zorunludur (Yanık 2009). Örneğin; Almanya'da diş hekimi asistanları ve diş hijyenistleri üniversite eğitimlerinden sonra bölgesel diş hekimliği birlikleri tarafından sınava tabi tutulmaktadır. Diş hekimleri ise, 5 yıllık zorunlu üniversite eğitimlerinden sonra yine zorunlu olarak, Sürekli Mesleki Eğitim adı altında toplam 125 saatlik bir eğitimi 5 yıllık periyotlarda tekrarlamaktadırlar. Buna ek olarak, Almanya'da diş hekimleri her 5 yıllık periyotta radyasyondan korunma eğitimi almak zorundadır. Eğitimi tamamlayamayan diş hekimleri ise, ulusal sosyal sağlık sigortasının geri ödeme sistemleriyle yaptıkları sözleşmelerini kaybetmek gibi ciddi yaptırımlarla yüzleşmek durumunda kalabilmektedirler (Ziller et al. 2015).

V. PAYDAŞLARIN GÖRÜŞLERİ

5.1. Türk Diş Hekimleri Birliği

TDB, 2011 tarihli 'Meslek Sorunları Sempozyumu'nda ADS hizmetlerinde çalışanların sorunlarını raporlamış, aynı zamanda sistemin işleyişi ile ilgili eleştirel bir bakış açısı getirmiştir (TDB 2011). Bu rapor, özetle;

- Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın özel sektörden ADS hizmeti alımını gerçekleştirmemesi nedeniyle hastaların cepten ödemelerle sağlık hizmeti almaya çalıştığına,
- Diş hekimliği fakültelerinin sayısında ciddi bir artış yaşandığına (2000-2011 yılları arası %42 artış),
- Diş hekimi ile uzman diş hekiminin çalışma sahasında fark olmamasına karşın bir kanun ile uzmanlık sayısının 8'e çıkarılmış olduğuna,
- 250 bin ve üzeri nüfuslu yerleşim yerlerine 10 ünitelik tedavi ve protez birimlerinin açılması yerine, bölgenin klinik ihtiyacına uygun politikaların geliştirilmesinin gerekliliğine,
- Diş hekimliği öğrencilerinin ve diş hekimlerinin meslek hastalıkları ve riskleri hakkında bilinçlendirilmesinin gerekliliğine,
- Tedavilerde KDV'nin sıfırlanmasının, cihazlarda ise %5'e düşürülmesinin hizmete ulaşımdaki engelleri azaltacağına,
- Performans uygulaması ile çalışma alanı içinde iş huzurunun bozulduğuna,
- Hekimin sadece hastalarına karşı sorumluluğunun bulunup, Hizmet Kalite Standartları (HKS) ile belirlenen performans puanlarının hekimlerin ödemelerine olumsuz etkiler yaratması nedeniyle bu kriterlerin sadece hastane yönetiminin performansı ile ilişkilendirilmesinin gerekliliğine,
- Sağlık Bakanlığı 2010-2014 stratejik planında yer alan Aile Diş Hekimliğinin uygulamaya alınma sürecinin netleştirilmesinin gerekliliğine,

- Merkezi randevu verme sistemlerinden verilen randevuların hekimlerin izin dağılımını olumsuz etkilemesi nedeniyle randevuların klinikler tarafından verilmesinin gerekliliğine,
- Travma ve kaza haricinde ADS hizmetlerinde ‘acil’ olgusu olmaması nedeniyle nöbet kavramının da olmadığına ve bu uygulamanın kamuda kaldırılmasının gerekliliğine,
- Yetkili makamlarca hasta hakları vurgusunun her ortamda yapılmasına karşın, aynı derecede hakları olan sağlık çalışanlarının haklarından bahsedilmemesinin halk nezdinde hekimlik mesleğinin itibar kaybına neden olmasına vurgu yapılmıştır (TDB 2011).

5.2. Sağlık-Sen Stratejik Araştırma Merkezi

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası’nın bir kolu olan Sağlık-Sen Stratejik Araştırma Merkezi (SASAM) 2018 yılında yayınladığı ADS Hizmetleri ve Çalışan Sorunları Analizinde temel hedeflerini, özetle;

- Koruyucu sağlık politikalarının geliştirilmesi,
- Toplumda ADS bilincinin geliştirilmesi,
- Diş hekimliği eğitiminde teknoloji kullanımına yer veren yenilikçi modelin sağlanması,
- Ar-Ge desteğinin verilmesi,
- DMFT-12 indeksinde 2023’e kadar (1) skorunun yakalanması ve
- Aile Diş Hekimliği sisteminin uygulamaya alınması olarak belirtmiştir (Atasever, Örnek 2018).

SASAM bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde ADS hizmetlerinde çalışan özel ve kamu personelinin ihtiyaçlarına cevap vermenin önemine ve ADS açısından genel devlet politikalarına değinerek özetle;

- Kamu personelinin aldığı ek ödemelerin emekliliğe yansımaması nedeniyle yaşanan kayıpların giderilmesinin gerekliliğine,
- Temel mesleki yetkinlik ve ağız içinde çalışma açısından bir farklılık olmamasına karşın, diş hekimi ve uzman diş hekimi ayrımının yapılarak aynı işi yapanların farklı performansa dayalı ek ödenekler almasının önüne geçilmesinin gerekliliğine,
- Diş hekimlerinin hasta ve çalışan hakları açısından itibarlarının yeniden kazandırılmasının gerekliliğine,
- SUT fiyatlarının ADS hizmetlerinde reel fiyatlar üzerinde güncellenmesinin gerekliliğine,
- ADS çalışanlarının İş Sağlığı Güvenliği riskleri ve çalışma ortamlarının iyileştirilmesinin gerekliliğine ve
- TKHK’nın başta var olan ancak, daha sonra kapatılan ADS Hizmetleri Daire Başkanlığı’nın yeniden tesis edilmesinin gerekliliğine vurgu yapılmıştır (Atasever, Örnek 2018).

VI. SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin gelişimi için koruyucu hizmetlere önem verilmesi, politika belirleyicilerin dikkatle üzerinde durması gereken konuların başında yer almaktadır. Dünya genelinde sağlık politikalarına yön veren ve/veya tavsiye kararlarını yayınlayan WHO, IADR, UN, FDI vb. kuruluşlar ADS hizmetlerinin önlenebilir ve bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde artan önemine geçmiştense günümüze değin sayısız defa vurgu

yapmışlardır. Ne var ki, Dünya genelinde ADS hizmetleri gerek sunum gerekse finansman imkânları açısından gereken ilgiyi görememiştir.

Ülke örneklerinde görüldüğü üzere, Yunanistan'da olduğu gibi, bu yetersiz ilginin Dünya genelindeki ana sebebi kimi zaman, küresel finansal krizler sonucunda kemer sıkma politikalarının yaşattığı kayıplardan ileri gelmektedir (Damaskinos et al. 2015). Ancak; kimi zaman da, 12 yaş grubunda DMFT skorunun düşürülmesi için yapılan ADS harcamalarının sağladığı fayda bağlamında hayati öneme sahip olmadığı da bilinmektedir (Nikolovska 2008). Fransa örneğinde olduğu gibi, ADS hizmetlerinde koruyucu ve teşvik edici politikaların devlet nezdinde geliştirilememiş olması ve Türkiye'dekine benzer bir şekilde Fransa'da da diş hekimliği daire başkanlığının (French Chief Dental Officer) birleştirici bir fonksiyonunun yokluğu sorunun kök nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir (Atasever, Örnek 2018; Pegon-Machat et al. 2016). Sağlık harcamalarını kontrol edebilmek, hastalıklardan koruyucu önlemlerin alınmasıyla birlikte hizmetin sistem içindeki tüm paydaş grupların (İskandinav ülke örneklerinde olduğu gibi özel sektör dâhil) işbirliğini içerecek şekilde organizasyonunu tesis etmek en uygun model olarak gözükmektedir (Nikolovska 2008).

Hizmetin finansman modelini belirlemek, harcamaların hangi hizmet birimlerinde ve hizmet kalemlerinde ağırlıklı olduğunu görmek için verilere olan ihtiyacımız yadsınamaz. Sadece finansal veriler değil, aynı zamanda ulusal boyutta hastalıkların epidemiyolojik görünümünü takip etmek rasyonel karar verme sürecinde önemli bir birleşendir. Birincil bakım alanlarından özellikli hizmet alanlarına kadar tüm birimlerde entegre bilişim sistemlerinin kullanılması bu noktada önem kazanmaktadır. Almanya'da tüm sağlık hizmetlerinin (ADS hizmetleri de dâhil) elektronik sağlık kartı (eGK) üzerinden takibi bu açıdan değerli bir örnektir. Alman Ulusal Sağlık Sistemi bu sayede veri suistimallerini önleyebilmekte ve veri güvenliğini sağlayarak güvenilir bilgiye erişebilmektedir (Ziller et al. 2015).

Türkiye'de 'Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in 24. maddesine göre, *'.....kuruluştta sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin istatistiki verileri belirlenen formata uygun şekilde ve belirli aralıklarla Bakanlığa gönderir'* ifadesine yer verilmiştir (Resmi Gazete 2015). TDB ise, 'Hasta Verilerinin Sağlık Bakanlığı'na Gönderilmesi' konulu genelgesinde, yargı sürecinde olmakla beraber, söz konusu yönetmelik gereği istatistiki (anonimleştirilmiş) verilerin Sağlık Bakanlığı'na özel klinik/muayenehaneler tarafından gönderilmesinin uygun olacağını bağlı diş hekimlikleri odalarına bildirmiştir (TDB 2018).

SASAM'ın raporunda da belirtildiği üzere, SUT fiyatlarının güncellenmesi ve ayrıca koruyucu ADS hizmetlerine ait girişimlerin SUT'a dâhil ediliyor olması, Türkiye'deki ADS hizmetlerinin kapsayıcılığı ve etkinliği için önem arz etmektedir (Atasever, Örnek 2018). Türkiye'de koruyucu ADS hizmetlerinin özellikle okul çağındaki çocuklar için sorumluluğu 'Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği' ile Toplum Sağlığı Merkezleri ve ona bağlı sağlık kuruluşlarına bırakılmıştır (Resmi Gazete 2018b). Ancak, okul sağlığının Türkiye'deki durumuyla ilgili yapılan çalışmalarda ve okul çağı çocuklarındaki DMFT skorlarına bakıldığında, söz konusu sürecin etkin bir şekilde işlemediği görülmektedir. Türkiye'de bu mevzuatın işlerliği için ailelerin çocuklarını diş hekimlerine muayenesi zorunluluğa tabi olmalı ve zamanında önlem alınamamasından kaynaklanabilecek ağız diş problemleri kurallara uymayan aile bireyleri adına kapsam dışına alınabilmelidir (Karabekiroğlu ve diğerleri 2015; Özcan ve diğerleri 2013).

TDB ve SASAM'ın raporlarında belirtmiş olduğu Türkiye'nin ADS hizmetlerindeki sağlık politikasının seyri ve bu politikaların doğal sonucu olarak sağlık çalışanlarının

karşılaştıkları güçlükler, hizmetin operasyonel problemlerini de görmemiz açısından önemlidir. Belirli gerçekçi hassasiyetler ve kimi zaman da kamu ve özel ADS hizmet sunucuları arasında güç dengesini lehte terazilemek adına arz edilen bu görüşler, bazı noktalarda tekrar gözden geçirmeyi gerekli kılmaktadır.

TDB’nin 2011 ‘Meslek Sorunları Sempozyumu’ ve ayrıca 2016 ‘Merkezi Yönetim Kurulu 15. Dönem Çalışma Kurulu Raporu’nda iki konu dikkat çekici olabilir. Bunlardan ilki; ‘*Kalite ve Performans Yönergesi Performans puanlarının hesaplanmalarında kullanılan teknik kriterler (HKS) hekimin değil hastane yönetimlerinin yerine getirmekle yükümlü oldukları kriterlerdir. Hekimler sadece yaptıkları işten hastalarına karşı sorumludurlar. Kalite denetlemelerindeki HKS standartlarında yer alan ve sistemle ilgili eksiklikler doğrudan hastane yönetiminin sorumluluğundadır.....*’ (TDB 2011) ifadesidir ve bu ifade Toplam Kalite Yönetimi’nin ruhuna uygun bir bakış açısı değildir. Kalite yönetim sistemleri doğası gereği, bir sistemin tüm unsurlarının birlik halinde hareket etmesini, iç iletişimi ve ortak değerleri ifade eder. Hiçbir sağlık yöneticisi, çalıştığı sağlık kuruluşu içerisinde yetkisi ve sorumlulukları dâhilinde, kendisini sağlık iş süreçlerinin dışında tutamayacağı gibi hiçbir sağlık personeli de kalite yönetim kültürünün bir parçası olan kalite hedeflerini kendi dışında kalan bir çabanın unsuru olarak görmemelidir. Belki de bu noktadan hareketle gerek diş hekimliğinde gerekse diğer sağlık uzmanlıkları eğitiminde Toplam Kalite Yönetimi derslerinin zorunlu olması düşünülmelidir.

İkinci olarak; TDB 2016 yılı verilerine göre mevcut diş hekimlerinin %55’inin muayenehanelerde hizmet vermesine karşın (TDB 2017a), yine söz konusu raporda belirtildiği üzere, Türkiye’de diş hekimliği hizmetlerinin özellikle 2003 yılından itibaren ağırlıklı olarak kamu sağlık kuruluşları tarafından karşılandığı görülmektedir. 2008 yılı verilerine göre, AB-32 ülkelerinde ADS hizmetlerinin ortalama %83’ünün özel muayenehaneler tarafından sağlandığı göz önünde bulundurulduğunda, AB ülkelerinde bir diş hekiminin günde ortalama 15 - 20 hastaya bakarken Türkiye’de bir diş hekiminin günde 5-6 hastaya bakarak %30-%40 gibi bir kapasite ile çalıştığı sonucuna varılabilir (TDB 2011). Özel ve kamu kaynaklarının verimli kullanılması ve toplumun ADS hizmetlerine erişiminin önündeki engellerin kaldırılması amacıyla, tam ve/veya yarı zamanlı olarak karma bir istihdam modelinde ‘aile diş hekimlerinin’ birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde rol alabileceği TDB tarafından belirtilmiştir (TDB 2016). T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sunum raporunda ise, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının birinci basamakta yer alacağı vurgulanmıştır (SB 2003). Yeni Kamu Yönetimi (YKY) yaklaşımıyla devlet organlarının hareket kabiliyetinin iyileştirileceği görüşüne (Acar 2016) paralel olarak, SDP’nin de YKY ilkeleriyle şekillendirilmiş olduğu görülmektedir (Demirci 2015). Günümüzde, özel hizmet sunucularından hizmet satın alımı yoluyla aile hekimliği hizmeti verilmesinin yarattığı sonuçlar (sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi, sağlık ocağı uygulamasındaki ekip anlayışından uzaklaşarak aile hekiminin odağa alındığı bir hizmet sunumunun getirilmesi gibi) değerlendirildiğinde (Doğan 2017; Lağarlı ve diğerleri 2011), hâlihazırdaki aile hekimliği modeline öykünerek ‘aile diş hekimliği’ hizmetlerini kurgulamamakta fayda vardır.

Dünya’da ağız ve diş hastalıklarının ve bu hastalıklarla mücadelenin önemi yeteri düzeyde anlaşılammış olduğu gibi, Türkiye’de de bu alandaki mevcut boşluğun bir an evvel gerçekçi devlet politikalarıyla giderilmesi gerekmektedir. Kamu sağlığının bir parçası olarak görülmesi gereken ağız ve diş sağlığı, hem hizmetin sunumunda hem de finansmanında toplumun sosyoekonomik durumuna uygun planlanmalıdır. Bu planlama yapılırken, uluslararası sağlık örgütlerinin belirlediği küresel sağlık hedefleriyle beraber, Türkiye’nin epidemiyolojik özellikleri dikkate alınmalı ve ortak hedefler için sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği içerisinde hareket edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Acar E. (2016) Dünyada ve Türkiye’de İdareyi Özelleştirmeye İten Nedenler. **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** Afro-Avrasya Özel Sayısı, 147-159.
2. Atasever M. ve Örnek M. (2018) **Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri ve Çalışan Sorunları Analizi**. SASAM Enstitüsü , Ankara.
3. Buse K., Mays N. and Walt G. (2012) The Health Policy Framework. **Making Health Policy**. In: Plowman R. and Thorogood N. (ed.) pp: 4-20. Second Edition, Mc Graw-Hill, London.
4. Çelik Ş. (2013) Kümeleme Analizi ile Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye’deki İllerin Sınıflandırılması. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 14(2): 175-194.
5. Damaskinos P., Koletsi-Kounari H., Economou C., Eaton K.A. and Widström E. (2016) The Healthcare System and The Provision of Oral Healthcare in EU Members States. Part 4: Greece. **British Dental Journal** 220(5): 253-260.
6. Demirci B. (2015) Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Nasıl Bir Sistem Getiriyor? **Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi** 30: 122-135.
7. Doğan B. Ş. (2017) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi. **V. Anadolu International Conference in Economics**, Eskişehir, Türkiye.
8. European Data Portal (2018). **Health Data**. <https://www.europeandataportal.eu/data/en/group/health> (Erişim Tarihi: 10.05.2018).
9. Hayran O., Mumcu G., Sur H., Yıldırım C., Söylemez D. and 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.
10. Hobdell M., Petersen P. E., Clarkson J. and Johnson N. (2003) Global Goals for Oral Health 2020. **International Dental Journal** 53:285-288.
11. FDI (2015) **The Challenge of Oral Disease - A Call for Global Action: The Oral Health Atlas**, Second Edition, FDI, Geneva.
12. Karabekiroğlu S., Öncü E., Kaplanoğlu K. ve Ünlü N. (2015) Okul Çağındaki Çocuklarda Diş Hekimi Ziyaret Sıklığının Çürük Deneyimi ve Ağız Sağlığı Faktörleri Üzerine Etkisi. **Selçuk Dental Journal** 2: 58-64.
13. KNOEMA (2018a) **World Data Atlas: Turkey – Current Expenditure on Health**. <https://knoema.com/atlas/Turkey/topics/Health/Health-Expenditure/Expenditure-on-health> (Erişim Tarihi: 16.05.2018).
14. KNOEMA (2018b) **World Data Atlas: Turkey – Total Population**. <https://knoema.com/atlas/Turkey/Population> (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
15. Lağarlı T., Eser E., Akdeniz M., Aydoğdu B., Baklaya Ü., Fıra C., Saatçioğlu A., Sönmez B., Taner E., Tıgılı S., Topçu K., Yıldız B., Yılmaz N. ve Yorgun H. (2011) Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme

- Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi** 9(1): 16-32.
16. Mohanta A. (2017) Oral Health 21st Century; An Emerging Challenge. **EC Dental Science** 8(1): 12-14.
 17. Mumcu G., Sur H., Yıldırım C., Söylemez H., Atlı H. and Hayran O. (2004) Utilisation of Dental Services in Turkey: A Cross-Sectional Survey. **International Dental Journal** 54(2): 90-96.
 18. Nikolovska J. (2008) An Analytic Study of Oral Healthcare System in Some EU Countries. **Balk J Stom** 12: 47-50.
 19. OECD (2018) **OECD.Stat**. <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177#> (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
 20. OECD and EU (2016) **Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle**. OECD Publishing, Paris.
 21. Özcan C., Kılınç S. ve Gülmez H. (2013) Türkiye’de Okul Sağlığı ve Yasal Durum. **Ankara Medical Journal** 13(2): 71-81.
 22. Pegon-Machat E., Faulks D., Eaton K. A., Widstörn E., Hugues P. and Tubert-Jeannin S. (2016) The Healthcare System and The Provision of Oral Healthcare in EU Members States: France. **British Dental Journal** 220(4): 197-203.
 23. Petersen P. E. (2003) The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in 21st Century – The Approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol** 31(1): 3-24.
 24. Petersen P. E. and Kwan S. (2011) Equity, Social Determinants and Public Health Programmes – Case of Oral Health. **Community Dent Oral Epidemiol** 39: 481-487.
 25. Righolt A. J., Jevdjevic M., Marcenes W. and Listl S. (2018) Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015. **Journal of Dental Research** 97(5): 501-507.
 26. Resmi Gazete (2013) **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği**. Yayımlı Tarihi: 24.03.2013, Sayı: 28597.
 27. Resmi Gazete (2015) **Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik**. Yayımlı Tarihi: 03.02.2015, Sayı: 29256.
 28. Resmi Gazete (2018a) **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliği**. Yayımlı Tarihi: 04.02.2018, Sayı: 30322.
 29. Resmi Gazete (2018b) **Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik**. Yayımlı Tarihi: 25.05.2018, Sayı: 30431.
 30. SB (2003) **Sağlıkta Dönüşüm**. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 23.09.2018)

31. Tatar M., Mollahaliloğlu S., Şahin B., Aydın S., Maresso A. and Hernández-Quevedo C. (2011) Turkey: Health System Review. **Health Systems in Transition** 13(6):1–186.
32. TCMB (2015) **Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Kurları**. <http://www.tcmb.gov.tr/kurlar/201511/17112015.xml> (Erişim Tarihi: 16.05.2018).
33. TDB (2011) **Meslek Sorunları Sempozyumu**. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Egitim_Dizisi/egitimdizisi_16.pdf (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
34. TDB (2014) **Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi**. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma_Dizisi/arastirmadizisi_9.pdf (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
35. TDB (2015a) **Sürekli Diş Hekimliği Eğitimi Tanıma ve Kredilendirme Yönergesi**. http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=250 (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
36. TDB (2015b) **Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanım Araştırması, Araştırma Dizisi:7**. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma_Dizisi/arastirmadizisi_7.pdf (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
37. TDB (2016) **Merkezi Yönetim Kurulu 15. Dönem Çalışma Raporu**. [http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/TDB_Calisma_Raporu/15.Donem\(May15-Kas16\).pdf](http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/TDB_Calisma_Raporu/15.Donem(May15-Kas16).pdf) (Erişim Tarihi: 22.09.2018).
38. TDB (2017a) **Diş Hekimlerinin Çalışma Şekilleri: Kurumlarda ve İl / İlçelerde 2016 Yılı Dağılımı**. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapciklari/2016YiliDishDaKitapcigi.pdf (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
39. TDB (2017b) **Diş Hekimliği Günü ve Toplum Ağız Diş Sağlığı Haftası**. http://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=2819 (Erişim Tarihi: 16.05.2018).
40. TDB (2018) **Genelge Konu: Hasta Verilerinin Sağlık Bakanlığına Gönderilmesi**. Türk Diş Hekimleri Birliği, Ankara.
41. TKHK (2017) **Kamu Hastane Birlikleri - 2017 Raporu**. <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/0d914d7e2f024c36be25ef4000dbd1bd.pdf> (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
42. TSB (2015) **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu**. [https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023-Tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20\(1\).pdf](https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023-Tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20(1).pdf) (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
43. UN General Assembly (2012) **Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases**. http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf (Erişim Tarihi: 12.05.2018).

44. WHO (2010) **Adelaide Statement on Health in All Policies**. http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
45. Yanık F. (2009) Diş Tedavi Maliyetlerinin Özel ve Kamusal Tedavi Kurumları Açısından İrdelenmesi ve Buna Yönelik Alan Çalışması. **Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
46. Yıldırım H. H. ve Yıldırım T. (2015) **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri**. 3. Baskı, ABSAM Yayınları, Ankara.
47. YÖK (2018) **Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi**. <https://istatistik.yok.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
48. Ziller S., Eaton K. E. and Widström E. (2015) The Healthcare System and The Provision of Oral Healthcare in European Union Member States. Part 1: Germany. **British Dental Journal** 218(4): 239-244.

Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:

Özyavaş, S. (2018). *Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 789-805.