

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Danışman: Prof Dr. İnci Oktay

“AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI ALANINDA ÜLKEMİZ
KOŞULLARINA UYGUN SİGORTA PLANLARININ
MODELLENMESİ”

REMZİ ÜLGEN

Diş Hekimi

Diş Hekimliği Doktoru

(Dr. Med. Dent)

Ünvanı Kazanmak için

İ.Ü.Diş Hekimliği Fakültesi'nde sunulan

DOKTORA TEZİ

İstanbul-2005

T.C
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Danışman: Prof Dr. İnci Oktay

“AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI ALANINDA ÜLKEMİZ
KOŞULLARINA UYGUN SİGORTA PLANLARININ
MODELENMESİ”

REMZİ ÜLGEN

Diş Hekimi

Diş Hekimliği Doktoru

(Dr. med. dent.)

Ünvanı Kazanmak için

İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nde sunulan

DOKTORA TEZİ

İstanbul-2005

Annem merhume
Z. Samiye Ülgen'in
aziz anısına

Teşekkür

Hayatımı doktora yapmaya başlamadan önce ve sonra diye iki bölüme ayırabilirim. Daha doğrusu İstanbul Üniversitesi Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı ve değerli hocalarım Prof Dr. İnci Oktay, Prof Dr. Gülçin Bermek Saydam ile tanışmadan önce ve sonra olmak üzere ikiye ayırmak daha doğru olacaktır. Diş hekimliğine, bilime hayata bakış açımı değiştiren, doktora çalışmama yön veren katkılarını esirgemeyen hocalarıma teşekkür borçluyum. Ancak asıl müteşekkik olduğum ve üstünde durmam gereken bu çalışma sırasında yaşadıklarım ve klasik teşekkür sınırlarının dışında kalan tarafıdır.

Değerli hocam Prof Dr. İnci Oktay, Bilecik–Osmaneli projesi çalışmalarından başlayarak, saygın kişiliği, örnek çalışkanlığı, enerjisi ve dostluğu ile bana örnek ve destek oldu. 50’li yaşlarımdan sonra tezimi tamamlamama, çalışmalarım sırasında değerli hocamdan gördüğüm dostluk ve destek bana güç verdi. Yaşamım boyunca minnettar kalacağım fedakarlıkla çalışmama yardımcı oldu. Değerli hocam, kurban bayramının ilk gününden başlayarak tezimi yazmaya çalıştığım 2005 yılının kurban bayramının şu son gününe kadar hiç aralıksız benim tezimi sabırla okuyarak ve noktasına kadar en küçük yorgunluk ve bıkkınlık belirtisi göstermeden düzelterek geçirdi. Kendimi değerli hocama her zaman borçlu hissedeceğimi biliyorum. Bu sabırlı ve şefkatli özveri, hayatım boyunca dostlarımla paylaşacağım en değerli anılarımdan biri olacaktır.

Ayrıca doktora tezinin yapılan değil yaptırılan bir bilimsel çalışma olduğunu bu birlikte çalışmam sırasında gördüm, öğrendim.

Sevgili hocam Prof Dr. Gülçin Bermek Saydam kokusu ve görüntüsüyle arıları kendi dünyasına çeken çiçek gibi kendine özgü kişiliği ile beni ve farkettiğim kadarı ile arkadaşlarımı Toplum Ağız Diş Sağlığı dünyasına çeken sonrada kendi kişiliği ve hayat görüşüyle hayatımızın yönünü değiştiren insan oldu. Ondan çok şey öğrendim. Maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemedi. Bana her zaman örnek olmaya devam edecek, bende teşekkür etmeye...

Değerli hocam Prof Dr. Ferda Doğan’a gülen yüzü ve dost sesiyle her zaman manevi destek olduğu, önerileriyle çalışmama ışık tuttuğu için teşekkür ederim.

İ:Ü Cerrahpaşa Biyoistatistik Bilim Dalı Başkanı Prof Dr. Mustafa Şenocak'a bilimsel desteği için ve bitmez tükenmez istatistik analizlerimi sabırla gerçekleştiren değerli asistanı Ömer Uysal beye değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim. Prof Dr. Yıldız Tümerdem'e, değerli arkadaşım Erdem Özkan ve değerli babası Orhan Özkan'a yardımlarından dolayı teşekkür ederim. Her zaman benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım E. Aslı Aktı'ya, Nilüfer Bora'ya, Kadriye Bahtışen'e, Serap Marangoz'a, Yabancı dil sınavım için sabırla ders veren, yol gösteren ve KPDS'de başarılı olmamı sağlayan değerli İngilizce öğretmenim Yasemin Koca ve fedakar eşi Osman Koca'ya, Muzaffer Gülsoy'a, son anda tezimin İngilizce özetine yardımcı olan değerli arkadaşım, meslektaşım Duygu İlhan'a, Ayrıca, Şaziye Akay'a, Havva Özdemir'e ve Zülbiye Doğanay'a teşekkür ederim.

Tezimin anket uygulama aşamasında bana yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Nazmi Duhani İlköğretim Okulu Müdürü Vahit Kesikoğlu'na, diğer okul müdür ve öğretmenlerine Central Hospital, Alp Taksi, Erenköy Türk Telekom Yönetici ve çalışanlarına Tez çalışmam sırasında fırça macun yardımı yapan Vepa fırça ve Sanino diş macunu firmalarına ve bunları sağlayan Haluk Issı Bey'e, anket verilerini excel tablosuna girişinde yardım eden sevgili yardımcım Saliha Çaka'ya, maddi ve manevi desteği ile Behice Çevik'e dağınık dosyalarımı düzen getiren Derya ve Eymür Oskay'a, Almanya'dan bana istediğim belgeleri anında gönderen değerli arkadaşım, meslektaşım Mesut İlday'a bana sabırla Microsoft Office programını öğretip tezime başından beri sürekli destek olan sevgili oğlum Arda'ya, Bana sabırla katlanan eşim B. Sibel'e, kızlarımız Ayça ve Burcu'ya, emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Bu tezden yararlanmak isteyen değerli meslektaşlarıma da kolaylıklar dilerim. Katkısı olursa sevinirim.

İÇİNDEKİLER

1.	GİRİŞ	1
1.1.	Araştırma Konusunun Tanımı ve Amacı	2
1.2.	Sağlık ve İyilik Hali	4
1.2.1.	Kültürel Açıdan İyilik Hali	5
1.2.2.	Farklı Sağlık Görüşlerinin Sentezi	6
1.2.3.	Sağlığın Boyutları	7
1.2.3.1.	Sağlığın Davranışsal ve Psiko-Sosyal Boyutu	7
1.2.3.2.	Sağlığın Sosyo-Kültürel, Sosyo-Ekonomik ve Çevresel Boyutu	7
1.2.3.3.	Sağlığın Sağlık Sistemi ile İlgili Boyutu	8
1.2.4.	Ağız Diş Sağlığının Tanımı	8
1.2.4.1.	Ağız Diş Sağlığına Tıbbi Yaklaşım	8
1.2.4.2.	Sağlığın İyileştirilmesi ve Geliştirilmesi	10
1.2.5.	Sağlık Algısı ve Yaşam Kalitesi	12
1.2.5.1.	Sağlık ve Diş Sağlığının Yaşam Kalitesine Etkileri	14
1.2.5.2.	Ağız Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Boyutları	23
1.2.6.	Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışı	27
1.3.	Sağlık Sistemleri	40
1.3.1.	Sağlık Hizmetleri Sunumu	42
1.4.	Ekonomi ;	44
1.4.1.	Makro Ekonomi ve Sağlık	44
1.4.2.	Sağlık Ekonomisi	46
1.4.3.	Mikro Ekonomi ve Sağlık	47
1.5.	Sağlık Finansmanı ve Harcamaları	49
1.5.1.1.	Finansman Kaynakları	49
1.6.	Sosyal Güvenlik Sistemleri	56
1.6.1.	Genel Sağlık Sigortalarının Tarihçesi	56
1.6.1.1.	Ağız Diş Sağlığı Programları	59
1.6.1.2.	Avrupada Ağız Diş Sağlığı Sistemi	60
1.6.2.	Özel Sağlık Sigortaları	61
1.6.2.1.	Ülkemizde Özel Sigortacılığın Gelişmesi	63
1.6.3.	Türkiye’de Sağlık Sistemi	66
1.6.3.1.	Demografi ve Sağlık Göstergeleri	66
1.6.3.2.	Sağlık Bakanlığı	67
1.6.3.3.	Ülkemizde Sağlık Sektörü Hizmetleri ve Finansmanı	69

1.6.3.4.	Ulusal Sağlık Politikası.....	70
1.6.4.	Ülkemizdeki Sosyal Güvenlik Kurumları	73
1.6.4.1.	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	73
1.6.4.2.	Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı	73
1.6.4.3.	Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	74
1.6.4.4.	Bağ Kur.....	74
1.6.4.5.	Türkiye’de Diş hekimliği İnsan Gücü	76
1.6.4.6.	Ekonomide Kalkınmaya Göre Diş Hekimi Dağılımı.....	80
1.6.4.7.	Diş hekimliği Eğitimi	81
1.6.5.	Bazı Ülkelerde Sağlık Sistemleri	81
1.6.5.1.	İngiltere	81
1.6.5.2.	Amerika.....	86
1.6.5.3.	Almanya.....	90
1.6.5.4.	Fransa.....	91
1.6.5.5.	İskandinav Ülkeleri Sağlık Sistemleri.....	92
1.6.5.6.	İsveç	92
1.6.5.7.	Finlandiya	94
1.6.5.8.	Danimarka	96
1.6.5.9.	Norveç	98
1.7.	Sigorta Riski.....	109
1.7.1.	Sigortalanabilen Riskler;.....	109
1.7.1.1.	Ağız Diş Sağlığı Risk Değerlendirilmesi	110
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	111
3.	BULGULAR.....	121
4.	TARTIŞMA.....	180
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER	204
5.1.	Özet	211
5.2.	İngilizce özet	214
5.3.	Kaynaklar	216
5.4.	Ekler.....	230
5.5.	Özgeçmiş	255

Kısaltmaların listesi

ODA	: Orta ve Doğu Avrupa
BDT	: Bağımsız Devletler Topluluğu
BUPA	: British United Provident Association
DHMO	: Dental Health Maintenance Organisation
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPSOT	: Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment
FDI	: Federation Dentaire Internationale:
FFS	: Fee for Service
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HHS	: Health and Human Services
HIS	: Indian Health Services
HİS	: Herkes İçin Sağlık
HMO	: Health Maintenance Organisation
HRQOL	: Health Related Quality Of life
IADR	: International Association for Dental Research
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MM	: Major Medical
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
ODA	: Orta Doğu Avrupa
OHRQOL	: Oral Health Related Quality Of Life
PPO	: Preferred Provider Organisation
SGP	: Satın Alma Gücü Paritesi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TDB	: Türk Diş hekimleri Birliği
TDBD	: Türk Diş hekimleri Birliği Dergisi
WHO	: World Health Organisation
BDJ	: British Dental Journal
JADA	: Journal of American Dental Association

Tabloların Listesi

Tablo 1: Sağlığın Boyutları.....	7
Tablo 2. Geleneksel Yaklaşım	9
Tablo 3. Tıbbi Yaklaşım	9
Tablo 4. WHOQOL-100'ün Başlıkları	13
Tablo 5. Ağız Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi	14
Tablo 6. Etkene Bağlı OHRQOL Topluma Yönelik Araştırmalar	16
Tablo 7. Hizmet Analizi	18
Tablo 8. Yaş Gruplarına Yönelik Ağız Diş Sağlığı İhtiyacı Değerlendirmesi	19
Tablo 9. Yaşlı Nüfusta Diş Sağlığı İhtiyaç Değerlendirmesi.....	20
Tablo 10 Türkiye’de SSK ve Devlet Hastaneleri Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinden Memnuniyet	22
Tablo 11. Cinsiyetlere Bağlı Ağız Diş Sağlığı Algısı	22
Tablo 12. Ülkelere Göre Total Dişsizlik Oranları	27
Tablo 13: Sağlık Hizmetleri Anlayışları Arasındaki Farklar	29
Tablo 14: Sağlığın Geliştirilmesinde Beş Önemli Gösterge	35
Tablo 15. Sağlık Sistemlerinde Hizmet Sunumu	42
Tablo 16. Genel Ağız Diş Sağlığı Sektörünün Analitik Sınıflandırılması	43
Tablo 17. Hasta Açısından.....	52
Tablo 18. Hekim Açısından.....	53
Tablo 19. Bazı Sos. Sig. Sistemlerinde Primler ve Devlet Sübvansiyonu (1990).....	57
Tablo 20. Uygulanan ve Planlanan Finansman Yönetimine Göre Avrupa Bölgesindeki Ülkeler.....	58
Tablo 21. Kayıtlı Nüfusun Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı (01.01.2004)	66
Tablo 22. Eğitim Çağındaki Nüfusun Yaş Gruplarının Yıllara Göre Dağılımı	66
Tablo 23. Sağlık Sektörü Kapsamında Bulunan Kuruluşlar ve İşlevleri	69
Tablo 24. Yataklı Tedavi Kurumunda Yatan Hastaların Dağılımı 2000.....	70
Tablo 25. Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Dağılımı (2000).....	70
Tablo 26. Sağlık Bakanlığı Kadro Doluluk Oranı (Mayıs 2002).....	70
Tablo 27. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kuruluşları, Aktif ve Pasif Sigortalılar (1999)	75
Tablo 28. SSK ve Bağ-Kur’a Yapılan Hazine Yardımları	76
Tablo 29. Ağız Diş Sağlığı İş Gücü Eğitimi.....	76
Tablo 30. TDB 2003 Kayıtlarına Göre Diş Hekimi Dağılımı	77
Tablo 31. Bölgelere Göre Diş Hekimi Dağılımı	77

Tablo 32. Türkiye’de % 10’luk Grupların Gelirden Aldığı Paylar	78
Tablo 33. Bölgelere Göre Yoksulluk Oranları ve Kişi Başına Diş Hekimi Sayısı	78
Tablo 34.İllerdeki Diş Hekimi Sayısı ve Ortalamaya Göre Sapmalar	78
Tablo 35: İngiltere’de Sağlık Sunumu	84
Tablo 36: Halk Sağlığı Uygulamaları.....	86
Tablo 37. ABD Sigorta Kuruluşları	87
Tablo 38. Sağlık Hizmetleri Sunumunun Özellikleri.....	87
Tablo 39. İskandinav Ülkelerinde Temel ve Sosyal Göstergeler.....	92
Tablo 40. İsveç Sağlık Harcamalarının Hizmetlere Göre Dağılımı (%), 1994	94
Tablo 41. Finlandiya’da Mevcut Sağlık Sistemi ve Nüfus Dağılımı 1997	95
Tablo 42. Danimarka’da Mevcut Sağlık Hizmetleri Sunumu 1994	96
Tablo 43. Ülkelere Ait Genel Bilgiler (2000)	99
Tablo 44. Kişi Başına Düşen Milli Gelir Düzeyleri Bakımından Ülke Grupları (1999)	99
Tablo 45.GSMH’den Sağlığa Ayrılan Toplam Pay (%)	100
Tablo 46.Yıllık Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması.....	101
Tablo 47. Özel Sigortaların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	102
Tablo 48. Bazı Ülkelere Ait Ağız Diş Sağlığı İş Gücü	103
Tablo 49. Gelişmiş Ülkelerde Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri (2000)	104
Tablo 50.Çalışma Alanında Bulundurulmuş Araç ve Gereçler	116
Tablo 51. CPI Değerleri	118
Tablo 52. Örnek Gurubu’nun Yaş Ortalaması ve Değişim Aralığı.....	122
Tablo 53. Cinsiyete Göre Dağılım	122
Tablo 54. Öğrenim Durumuna Göre Dağılım.....	122
Tablo 55. Ailelerin Ortalama Aylık Gelirleri.....	123
Tablo 56. Ailelerin Çocuk Sayısı Dağılımı	123
Tablo 57. Sosyal Güvence Durumu	123
Tablo 58. Sosyal Güvence Durumunun Grup İçindeki Dağılımı.....	124
Tablo 59. Anketin Uygulandığı Alanlar	124
Tablo 60. Diş Hekimi’ne En Son Başvuru Zamanı Dağılımı.....	124
Tablo 61. Diş Hekimine Başvuru Nedenleri.....	125
Tablo 62. Kendi Diş Sağlığını Algılama	125
Tablo 63. Diş Hekimine Başvuru Engelleri	126
Tablo 64. Diş Çürüğü ve Diş Eti Hastalıkları Bilgi Düzeyi	126
Tablo 65. Kendi Diş Estetiğini Algılama	127

Tablo 66. Kendi Dişeti Estetiğini Algılama.....	127
Tablo 67. Diş Fonksiyon Algısı.....	128
Tablo 68. Konuşma (fonasyon) Algısı	128
Tablo 69. Sosyal Güvenlik Kuruluşunun Sunduğu Hizmet Kullanımı.....	128
Tablo 70. Kullanılan Hizmetten Memnuniyet.....	129
Tablo 71. Hizmet Kullanımının Boyutları	129
Tablo 72. Hizmet Karşılığını Ödeme Yöntemi	130
Tablo 73. Çocuğuna Ait Diş Sağlığı Algısı	130
Tablo 74.Çocuğuna Karşı Diş Sağlığı Tutumu	131
Tablo 75. Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerine Ait Tutum.....	131
Tablo 76. Diş Sağlığı Sigortasına Ödeme Gücü.....	131
Tablo 77. Çocuğun İçin Diş Sağlığı Hizmet Kullanımı Engeli	132
Tablo 78. Çocuğu İçin Hizmet Kullanım Engelleri Nedeni	132
Tablo 79.Sosyal Güvenceye Göre Ödeme Yöntemi Dağılımı.....	134
Tablo 80. Diş Hekimine Başvuru Tutum ve Davranışı	135
Tablo 81. Sosyal Güvenceye Göre Hizmet Kullanımı.....	135
Tablo 82. Cinsiyete Göre Çocuğu İçin Sigortaya Karşı Tutum.....	136
Tablo 83. Cinsiyete Göre Sigorta Ödeme Gönüllülüğü.....	136
Tablo 84. Öğrenime Göre Sigortaya Karşı Tutum	136
Tablo 85. Öğrenime Göre Ödeme Gönüllülüğü.....	137
Tablo 86. Diş Hekimine Başvuruda Cinsiyetler Arasındaki Tutum Farkı.....	137
Tablo 87. Cinsiyete Göre Diş Hekimine En Son Başvuru Nedeni.....	138
Tablo 88. Cinsiyetler Arasında Diş Estetiği Algısı Farkı.....	139
Tablo 89. Öğrenim Durumuna Göre Diş Çürüğü Bilgisi	140
Tablo 90. Öğrenim Durumuna Göre Dişeti Sağlığı Bilgisi.....	141
Tablo 91. Gelire Göre Diş Hekimine En Son Gidiş Nedenleri.....	142
Tablo 92. Gelir Düzeyine Göre Hizmet Karşılığını Ödeme Yöntemi	143
Tablo 93. Öğrenime Durumuna Göre Diş Hekimine Başvuru Tutumu	144
Tablo 94. Öğrenim Durumuna Göre Hizmet Kullanımı	147
Tablo 95. Ailenin Gelir Durumuna Göre Sos. Güv. Kur'nun Sunduğu Hizmetin Kullanımı	149
Tablo 96. Öğrenim Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet	150
Tablo 97. Cinsiyete Göre Çocuğunun Diş Sorunlarına Karşı Tutum Farkı.....	152
Tablo 98. Ailenin Geliri Durumuna Göre Çocuklarının Diş Sorunlarına Karşı Tutumu	153

Tablo 99. Öğrenime Göre Çocukları İçin Sigorta İnanç ve Ödeme Gönüllülüğü ..	154
Tablo 100. Gelir Durumuna Göre Çocuğu için Sigorta İnanç ve Gönüllülüğü	157
Tablo 101. Öğrenim Durumuna Göre Çocuğunun Diş Sorunlarına Karşı Tutum Farkı	159
Tablo 102. Gelir Durumu ile Öğrenim Durumu Arasındaki Korelasyon	160
Tablo 103. Öğrenim Durumuna Göre Diş Hekimine Başvuru Tutumu	162
Tablo 104. Sosyal Güvenlik Kuruluşu'nun Sunduğu Hizmetlerinden Yararlanma ..	163
Tablo 105. Aylık Gelir Durumuna Göre Pirim Ödeme Miktarı	164
Tablo 106. Sosyal Güvenlik Durumuna Göre Diş Hekimine Başvuru Tutumu	165
Tablo 107. Diş Hekimine Sosyal Güvenceye Göre Başvuru Engeli	167
Tablo 108. Sosyal Güvence Durumuna Göre Diş Hekimine En Son Başvuru Zamanı	169
Tablo 109. Diş Hekimine Başvuru Nedenine Göre Hasta Memnuniyetsizliği	171
Tablo 110. Kontrol Nedeni ile Başvuranlardan Çocuğunu Diş Hekimine Götürenler	172
Tablo 111. Çürük Nedeniyle Başvuranlardan Çocuğunu Diş Hekimine Götürenler	172
Tablo 112. Çiğneme Güçlüğü Nedeni ile Başvuranlardan Çocuğunu Diş Hekimine Götürenler	172
Tablo 113. Diş Ağrısı Nedeni ile Başvuranlardan Çocuğunu Diş Hekimine Götürenler	172
Tablo 114. Kontrole Gidenlerden Evde Çözüm Arayanlar	173
Tablo 115. Diş Hekimine Hiç Gitmeyenlerden Evde Çözüm Arayanlar	173
Tablo 116. Dişeti Kaynınca Başvuranlardan Evde Çözüm Arayanlar	173
Tablo 117. Kontrol İçin Başvuranlardan Şikayeti Yoksa Bir Şey Yapmayanlar.	173
Tablo 118. Çürük Nedeniyle Başvuranlardan Şikayeti Yoksa Bir Şey Yapmayanlar	174
Tablo 119. Diş Hekimine Gitmeyenlerden Şikayeti Yoksa Bir Şey Yapmayanlar...	174
Tablo 120. Sağlık ve Estetik Algısı	174
Tablo 121. Anket Grubu ile Muayene Edilen Gurubun Uyumu	175
Tablo 122. Grubunun Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)	175
Tablo 123. Yaş Grupları Dağılımı	175
Tablo 124. < 29 Yaş Aralığı Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)	175
Tablo 125. 30-39 Arası Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)	176
Tablo 126. 40-49 Yaş Arası Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)	176
Tablo 127. 50.+ Yaş Grubu Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)	176

Tablo 128. Community Periodontal İndexi Sekstant 17-16.....	177
Tablo 129. Community Peridontal Index Sekstant 11.....	177
Tablo 130. Community Peridontal İndex Sekstant 26-27.....	177
Tablo 131. Community Peridontal İndex Sekstant 46-47.....	177
Tablo 132. Community Peridontal İndex Sekstant 31.....	177
Tablo 133. Community Peridontal İndex Sekstant 36/37.....	178
Tablo 134. Protez Durumu Üst.....	178
Tablo 135. Protez Durumu Alt.....	178
Tablo 136. Protez Gereksinimi Üst	178
Tablo 137. Protez Onarım Gereksinimi Üst.....	178
Tablo 138. Protez Onarım Gereksinimi Alt.....	179
Tablo 139. Acil Müdahale ve Konsültasyon.....	179
Tablo 140 Örnek Gurubun DMF-T dağılımı.....	194
Tablo 141 En Yüksek Tedavi İhtiyacı Değerleri.....	195
Tablo 142. Finansman-Sunum Sınıflandırılması.	198
Tablo 143. İngiliz ve Amerikan Sistemlerinin Karşılaştırılması.....	199

Şekillerin Listesi

Şekil 1. Sağlık, Ekonomi ve Sağlık Servisleri	48
Şekil 2. Araştırma Yöntemi ve Planlama	112

Grafiklerin Listesi

Grafik 1. Cinsiyete Göre Dişeti Hastalıklarına Karşı Tutum ve Davranış	138
Grafik 2. Tedavilerde Sorun Çıkması Durumunda Cinsiyete Bağlı Tutum ve Davranış Dağılımı	139
Grafik 3. Sosyal Güvenlik ve Gelire Göre Diş Hekimine Ödeme Yöntemi	143
Grafik 4. Diş Hekimine Kontrol İçin Gidenlerin Öğrenim Durumu	145
Grafik 5. Diş Hekimine Gitmeyenlerin Öğrenime Göre Dağılımı	145
Grafik 6. Diş Hekimine Ağrı Olunca Başvuranların Öğrenime Göre Dağılımı	145
Grafik 7. 8. Sos. Güv. Kur'dan Öğrenim Durumuna Göre Hizmet Kullanımı	147
Grafik 8. Gelire Göre SGK'nun Sunduğu Hizmet Kullanımı	149
Grafik 9. SGK Sağlık Merkezlerini Uzak Bulanların Eğitime Göre Dağılımı	151
Grafik 10. Öğrenim Durumuna Göre Tedavi İşlemi Süresinden Memnuniyet	151
Grafik 11. Öğrenim Durumuna Göre Özele Sevkte Fiyat Farkı Ödeme Gücü	151
Grafik 12. Öğrenim Durumuna Göre Hizmet Katkı Payını Ödeme Gücü	152
Grafik 13. Gelire Durumuna Göre Çocuklarının Diş Sorunlarına Karşı Tutum	153
Grafik 14. Öğrenime Göre Sigorta İnanç ve Gönüllülüğü	155
Grafik 15. Gelir Durumuna Göre Sigorta Ödeme Gönüllülüğü	158
Grafik 16. 17 18. Öğrenim Durumuna Göre Çocuğunun Diş Sorunlarına Karşı Tutum	159
Grafik 19. Ücret Durumu ile Öğrenim Arasındaki Korelasyon	161
Grafik 20. Öğrenim Durumuna Göre Diş hekimine Başvuru Davranışı	162
Grafik 21. Gelir ve Eğitim Arasındaki Korelasyon	164

1. GİRİŞ

1.1. Araştırma Konusunun Tanımı ve Amacı

Ülkemizde ağız diş sağılığı hizmetlerine yönelik araştırmaların neredeyse tamamı ağız diş sağılığı durum tespiti, tedavi ihtiyacı ve finansman konularında olduğu görölmektedir (1,44,59,111,131,145). Finansmana yönelik araştırmalar ve çalışmalar tedavi ve rehabilite edici ikinci ve üçüncü basamak sağılık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersizliğini ön plana almakta ve devletin diş sağılığına ayırdığı ödeneklerin arttırılmasını ve ağız diş sağılığına ayrılan payın netlik kazanabilmesi için diğer sağılık harcamalarından ayrı olarak bütçede gösterilmesini önermektedir (1).

Oysa, birinci basamak sağılık hizmetlerinden başlayarak öncelikle riskleri ortadan kaldırmak üzere ağız diş sağılığını korumaya yönelik zorunlu kamu ve özel diş sağılığı sigortaları ve sağılığı sürdürme programlarının sorunları çözüme doğru yöneltebileceği belirtilmektedir (110,111,113).

Ülkemizdeki mevcut duruma bakınca planlı bakım programları esasına dayalı sigorta konusunda yapılacak araştırmalara oldukça fazla gereksinim duyulduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca 5 yıllık kalkınma planlarında diş sağılığına verilen önemin ve ayrılan ödeneklerin arttırılmasından bahsedilmekteyse de öneriler makro ekonomi düzeyinde kalmaktadır (122, 145).

Diğer taraftan diş sağılığı harcamalarının diğer sağılık harcamalarından ayrı tutulmaması ve yeterli ağız diş sağılığı kayıtlarının bulunmaması diğer bir ifadeyle enformasyon eksikliği sağılıklı öngörülerin yapılmasına izin vermemektedir (142, 146). İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerine yönelik diş sağılığı sigortası uygulayan özel ve resmi kuruluşlar birinci basamak sağılık hizmetlerine ait giderleri ödeme planları dışında tutumaktadır. Hasar gerçekteştikten sonra veya prepatogeneز dönemde etiolojiye yönelik koruyucu programları ihmal ederek patogeneز dönemde başlatılan tedavi çabaları, toplumun ağız diş sağılığında beklenen iyileşmeyi sağlayamamaktadır. “Birinci Basamak Ağız Diş Sağılığı Koruyucu” programlarının sürekli uygulanmadığı hizmet başına ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin verildiği sigorta sistemlerinde, diş çürüğü prevalansında azalma sağlanamamakta, ancak çürük dişlerin yerini doldurulmuş dişler almakta, sonuçta daha az çürük, daha çok dolgu içeren fakat daha çok emek ve paraya malolan aynı DMF-T değerı devam etmektedir (35, 156, 158). Ülkemizde

harcanan emek ve tüketilen kaynaklara rağmen özellikle DMF-T değeri 12-13 yaşına kadar DSÖ ortalama değerlerine yakın seyrederken, 38-40 yaşından sonra “yüksek”, 45 yaşından sonra “çok yüksek” değerlere erişmekte, buna karşılık kişi başına bir dolgulu diş bile düşmemektedir (139).

Diş hekimlerinin ekonomi ile ilgili konulara, ekonomistlerin de diş hekimliği konularına uzak olmaları, ağız diş sağlığı sigortaları konusunda yapılan çalışmaların yetersiz kalmasının önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir (186).

AMAÇ;

Bu araştırmanın amacı, bireylerin sosyo-ekonomik durumları, ağız diş sağlığı algıları, bilgi, tutum ve davranışları, mevcut sağlık sistemini kullanımları ve memnuniyetleri, ebeveynlerin çocuklarına karşı tutum ve davranışlarını belirleyerek, öncelikli yaş gruplarından başlayarak mevcut durumu değiştirebilmek için riskleri ortadan kaldırmaya yönelik, ülkemiz şartlarına uygun ağız diş sağlığı sigorta modeli oluşturmaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. Yüzyılda toplumların sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla başlattığı “Herkes İçin Sağlık “ girişimi sağlıkta 21 hedefin belirlenmesiyle çalışmalarına devam etmektedir. Ayrıca komite Sağlık 21 hedeflerine ulaşılabilmesi için ülkelerin hemen eylem planlarını yapmalarının önemini vurgulamıştır. Bu hedeflerin belirlenmesinde aşağıdaki temel ilkelerin dikkate alınmasını benimsemiştir (147,150).

- Sağlık, sosyal gelişmenin temel ögesidir.
- Sağlıkta eşitliğe ve bütünlüğe özen gösterilmelidir.
- Sağlığın geliştirilmesi insan odaklı olmalıdır.
- Gelişmeler, bilimsel yöntemlerle değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
- Sağlığın tüm yaşam boyunca sürekliliği sağlanmalıdır.

Sağlık 21 hedeflerinden hedef 8.5'te 6 yaş altındaki çocuklarda en az % 80'inde diş çürüğünün bulunmamasını, 12 yaşındaki çocuklarda DMF-T değerinin 1,5 den az olmasını ön görmektedir. Bireysel çabalar bireyin kendi sağlığını korumaya yetmeyeceği göz önünde bulundurularak, hedef 11 ile sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasının önemi belirtilmiştir. DSÖ, hedef 13 ile insanların evde, okulda, iş yerinde ve yaşadıkları yerlerde daha sağlıklı fiziksel ve sosyal ortamlarda yaşama

olanağına sahip olmalarının öngörmüş, okul ve işyerlerini bu konuda görevlendirmiştir (147).

Ağız diş sağlığını gösterilen hedefler düzeyinde geliştirmenin ancak pre-patojen dönemde gerçekleştirilecek girişimlerle sağlanabileceği bilinmektedir (109).

Ülkemizde “Ağız Diş Sağlığı Durum Analiz”i ile ülkemizin genel ağız diş sağlığı durumu belirlenmiştir. Durum analizinin ardından Bilecik Osmaniye de uygulanan “Ağız Diş Sağlığı Kapasitesinin Arttırılması” projesi ile sağlık risklerinin belirlenerek ortadan kaldırılması yönünde yapılan çalışmaların, ağız diş sağlığını ileri düzeyde geliştirdiği gösterilmiş, DMF-T insidensi % 60-90 oranında azaltılmıştır (68).

Sağlığın tanımında ifade edilen “Tam İyilik Hali” bireylerin sağlık algısına ve yaşam kalitesine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (58, 83, 103). Ağız Diş Sağlığı bakımından normatif ve subjektif sağlık ihtiyaçları arasında bireyin sağlık algısına ve yaşam kalitesine bağlı olarak önemli farklılıklar bulunmaktadır (97,99). Bireyler tarafından birinci basamak sağlık hizmeti talep edilmemektedir. Ağız Diş Sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasından sonra yapılan tedavi girişimleri de oldukça pahalı ve zahmetli olmaktadır (34,103).

Gelişmiş ülkeler, pre-patojen dönemde riskleri ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalarla DMF-T değerlerini büyük oranda düşürmüş, Ağız Diş Sağlığına bağlı yaşam kalitesini yükselterek, ekonomik ve sağlık kazanım elde etmişlerdir (92).

Bu tez çalışmasında ülkemizin politik ve ekonomik durumu, sağlığa ve sağlıktan ağız diş sağlığına ayrılan kaynaklar, toplumun sağlık ve yaşam kalitesi algısı, diş sağlığına olan talebi ve dünyada başarıyla uygulanan özel ve zorunlu kamu ağız diş sağlığı sigortaları da incelenerek ülkemiz koşullarına uygun bir ağız diş sağlığı sigortası modeli oluşturulmaya çalışılacaktır.

1.2. Sağlık ve İyilik Hali

“Sağlık yalnız bir hastalığın veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı 1948 yılında bu şekilde tanımlamıştır (25, 58,157).

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre, bir bireyin hastalığının teknik olarak tedavi edilmiş olması, o bireyin tam bir iyilik halinde olduğunu göstermemektedir.

Sağlığın üç boyutu da değerlendirildikten sonra iyilik haline karar verilmelidir (58,103). Bu tanım, sağlık ve hastalık kavramlarını birbirinden ayırmaktadır. Son yıllarda araştırmacılar bu tanımı da yetersiz bularak sağlığı “kişiye yönetim yeteneği, seçim özgürlüğü ve kendi çevresini değiştirme yeterliliği veren bir kavram ve kişisel yetkinliğin kazanılması olarak” tanımlamaktadırlar (114, 115).

Bireyin fiziksel iyilik hali, yeme içme, gezme gibi günlük işlerini yapabilme yetkinliği içinde olmasıdır. Ayrıca bireyin kendini anksite, stres, depresyon ve diğer olumsuz ruhsal algılar içinde hissetmemesi gerekir. Ancak bu durum onun ruhsal olarak tam bir iyilik halinde olduğunu göstermektedir. Bir bireyin sosyal iyilik halinde olması demek, bireyin topluma katılması, aile bireyi, arkadaş, çalışan eleman, yurttaş olarak ve diğer sosyal roller yönünden çevresiyle iletişim içinde olması demektir (103).

Sağlık kavramının hastalıktan farklı olduğu, sosyoloji ve psikoloji ile ilgili geniş bir kavram olduğu görülmektedir. Bu nedenle son yıllarda sosyal bilimlerdeki gelişmelere de paralel olarak hastalık odaklı değil, pozitif sağlığı değerlendirmeye yönelik ölçüm metotları geliştirilmektedir. Örneğin ağız diş sağlığı göstergesi olarak DMF-T yerine Fonksiyonların Değerlendirilmesi (Functional Measure), Kaliteye Göre Düzenlenmiş Sağlıklı Diş Yılları (Quality Adjusted Tooth Year), Diş Sağlığı İndeksi (Dental Health Index), Fonksiyon Gören Dolgulu ve Sağlıklı Dişler (Filled and Sound Functioning Teeth), ve Ağız Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi (Oral Health Related Quality of Life) gibi ölçütler uygulanmaktadır (109, 66).

1.2.1. Kültürel Açıdan İyilik Hali

Bireysel yaşamın sağlığa dayalı yaşam kalitesini, o topluma özgü kültürel özellikleri, değerleri, standartları, gelenek ve görenekleri belirler. Hekimlerin, diş hekimlerinin ve diğer ilgili hizmet sunucularının sağlık programları yaparken toplumun etnik ve kültürel yapılarını ve görüşlerini de bilmeleri gerekir. Farklı toplumların sağlık konusundaki görüşleri, sağlık sorunlarını tanımlamaları, sağlığa verdikleri önem, tedavi arayışı konusunda verdikleri kararlar da biri birinden farklı olmaktadır (140). Bir kültüre ait bireyin yeni başlayan diş ağrısı, çözüm arayışı için yeterli olurken, bir başka toplum üyesi kanama, şişlik veya ateş olmadan sağlık sorununa çare aramamaktadır. Bu nedenlerle tedavi ve bakım programları yapılırken kültürel etki de göz önünde bulundurularak bireyin kendi kendine

uygulayacağı bir bakım programı veya takip programlarıyla hastanın takip edilip edilmeyeceği konusunda karar verilmesi gerekmektedir (66, 103).

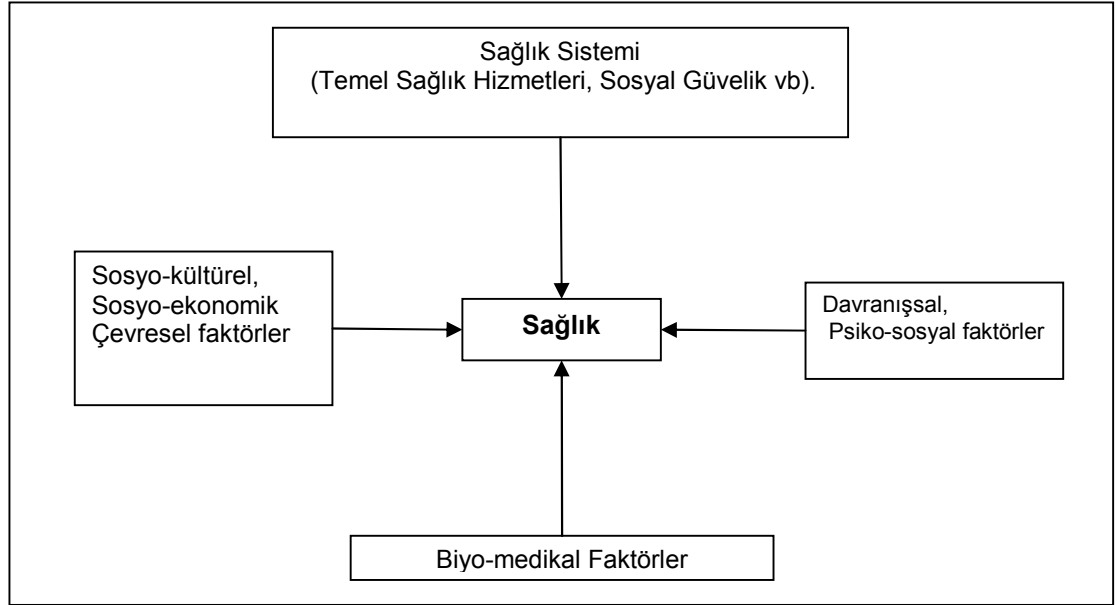
1.2.2. Farklı Sağlık Görüşlerinin Sentezi

Bazı kişiler, acıyı hastalığın hoş olmayan fakat gerekli olan bir parçası olarak veya ağrı kesici ilaçlarla hafifletilebilen geçmişin kusurlarının ve günahlarının kaçınılamayan cezası olarak kabul ederler. Çoğu Pragmatik kültürler klasik sağlık sistemlerinin hizmetleri ile geleneksel tedavilerin karışımını kullanmaktadırlar. Geleneksel inançlar genellikle bireyin doyumunu ve rahatını sağlamaya yöneliktir. Batı kültürü ve bilim her zaman halkın yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik olmamaktadır. Beslenmedeki değişiklikler, rafine besin maddeleri, diş çürükleri, şişmanlık ve benzeri olumsuzlukları da beraberinde getirmiştir. Tütün ürünlerinin ticareti kanser, kalp ve akciğer sorunlarının dünyanın her tarafına yayılmasına neden olmuştur. Geleneksel kırsal yaşamdan şehir merkezlerine göç, ailelerin parçalanmasına yol açmış, şiddet, uyuşturucu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve yüksek tansiyon özellikle gelişmekte olan ülkelerin önemli sorunları haline gelmiştir (103).

Araştırmacılar, yüksek bebek diş çürüğü oranına sahip bazı kültürel gruplarda yaptıkları araştırmalar sonucunda, ağlayan bebeği yatıştırma yöntemleri, uyuma zamanı, ve geleneksel oyunların sorgulanmaları gerektiğini ifade etmişlerdir. Böylesi kültürel görüşe sahip, bilimsellikten uzak toplumlara sağlığı geliştirici ve hastalıktan koruyucu programlarla davranış değişikliği gerçekleştirmeyi hedefleyen çalışmaların yapılması zorunlu bir gereksinim olarak görülmektedir. Araştırmalar, bireylerin kendi yerel çevrelerinde uygulanan, sağlığı geliştirici programların daha başarılı olacağını, bireyleri bu konuda daha fazla isteklendirebileceklerini ve katılımlarını sağlayabileceklerini göstermişlerdir (103).

1.2.3. Sağlığın Boyutları

Tablo 1: Sağlığın Boyutları



Diğer taraftan sağlık, çağdaş anlamda biyo-medikal etkenlerle ilgili boyutunun yanı sıra sosyo-kültürel, sosyo-ekonomik ve çevresel faktörler, davranışsal, ve psiko-sosyal faktörler ve sağlık sistemi ile ilgili faktörler olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır (4,109, 114).

1.2.3.1. Sağlığın Davranışsal ve Psiko-Sosyal Boyutu

Bireylerin doğuştan yapısında bulunan yetenek, kişilik gibi davranışsal veya bilgi, tutum, inanç, değerler beceriler, deneyimler gibi sonradan kazanılan psiko-sosyal özellikler sağlığı etkileyen önemli etmenlerin içinde yer almaktadır (4,103, 109)

1.2.3.2. Sağlığın Sosyo-Kültürel, Sosyo-Ekonomik ve Çevresel Boyutu

Sosyal koşullar ve normlar, ulusal, bölgesel ve yerel ekonomik, kültürel özellikler, bireylerin inanç tutum ve davranışlarını, buna bağlı olarak sağlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir (83, 88). Ayrıca eğitim, sosyal sınıflar, ekonomik koşullar, çevre kirliliği, yaşam koşullarının kötülüğü sağlığı etkileyen faktörlerdendir. Ağız dış sağlığının yaşam kalitesine etkisi, bireylerin sosyal ve

davranışsal olarak ağız diş sağlığı durumundan nasıl etkilendiğini belirleyebilmek için ölçekler geliştirilmektedir (Dental Impact Profile, Dental Impact on Daily Living Index, Oral Health Related Quality of Life) (51, 103).

1.2.3.3. Sağlığın Sağlık Sistemi ile İlgili Boyutu

Bir ülkenin sağlık sisteminin örgütlenmesi, hizmet sunumu, finansmanı, sağlık güvencesi toplumun sağlık düzeyini yakından ilgilendirmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sunumunun içinde yer alması toplumun tüm sosyal ve ekonomik kalkınmasının önemli bütünleyici parçalarından biri olduğu bilinmektedir. Ağız diş sağlığının iyileştirilmesi, diş hekimliği hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin içinde bulunup bulunmaması ile yakından ilgilidir (110,114,115).

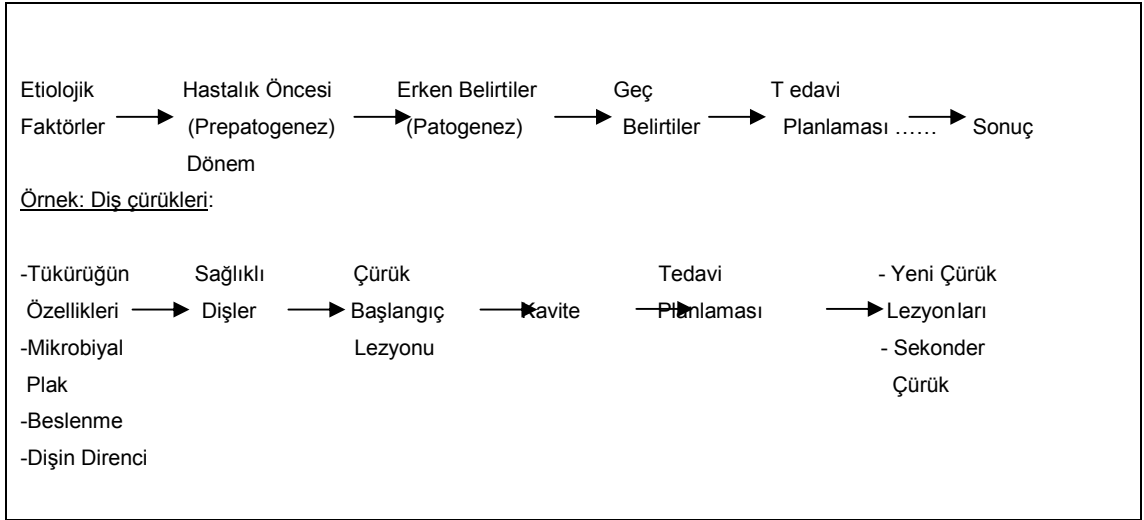
1.2.4. Ağız Diş Sağlığının Tanımı

Geleneksel yaklaşım, alt ve üst çenede tüm dişlerin yerinde olmasını öngörmekteydi. Yerinde olmayan dişler protez aracılığı ile tamamlanmalıydı. Son yıllarda yapılan araştırmaların ışığında, “yaşam boyunca alt ve üst çenede ağrısız, estetik, toplum tarafından kabul edilebilir, fonksiyon gören alt ve üst çenede uygun dağılımda diş dizisinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır” Kısaltılmış Dental Ark” (Shortage Dental Arc) olarak tanımlanan bu görüşe göre alt ve üst çenede uygun kapanışta bulunan 20 diş yeterli görülmektedir (34, 109, 103).

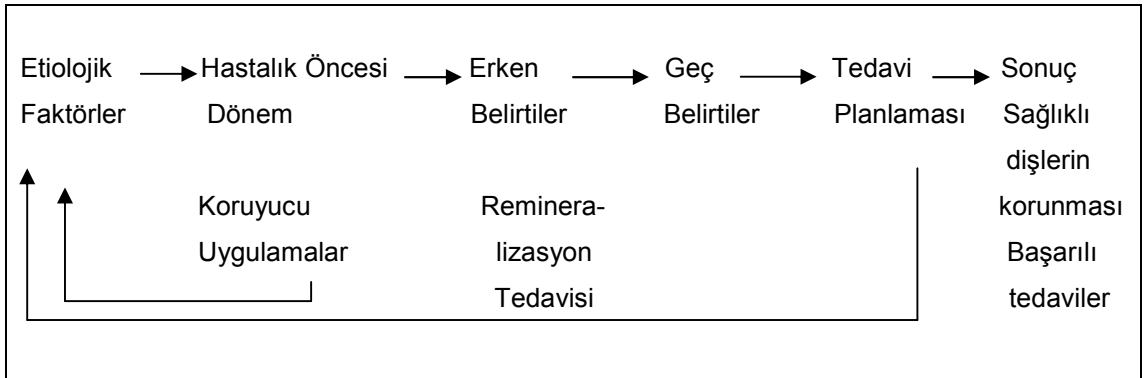
1.2.4.1. Ağız Diş Sağlığına Tıbbi Yaklaşım

Diş hekimliği özellikle son yıllarda bilimsel ve teknolojik gelişmelerin yanı sıra tanı ve tedavi planlamasında da yeni kavramlarla tanışmaktadır. Tüm dünyada araştırmacılar diş hekimliğinin tıba daha yakın olmasını ve 21. Yüzyılın başında “Ağız Diş Sağlığı ve Hastalıkları Hekimine” dönüşümünün sağlanmasının üzerinde ısrarla durmaktadırlar. “**Tıbbi yaklaşım**” olarak ifade edilen bu görüşte hastalık gerçekleşikten sonra özellikle teknoloji kullanımını ön planda tutarak hastalığın sonuçlarını ortadan kaldırmaya yönelik geleneksel hekimlik yerine, diş hekimliğinin hekimlik yönünü ön plana çıkararak koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin planlanmasında hastalıkların etiolojileri ile birlikte değerlendirilmesini esas almaktadır (109).

Tablo 2. Geleneksel Yaklaşım



Tablo 3. Tıbbi Yaklaşım



Tablo 2.'de görüldüğü gibi hastalıkların doğal gidişi incelendiğinde etiyolojik faktörlerin varlığı ile başlayan, tedavilerin yapılması ve izlenmesiyle devam eden bir süreçle karşılaşılmaktadır. Diş hekimliği hizmetleri geleneksel yaklaşımda çoğunlukla geç belirtiler aşamasından sonra yerine getirilmekte ve bu hastalıkların nedenleri üzerinde durulmaksızın sonuçları tedavi edilmektedir. Hastalık nedenlerini ortadan kaldırmaya yönelik bir uygulama içermemesi ve ağız ortamındaki patolojik etkenlerin varlığının devam etmesi nedeniyle, hastanın yeni çürük lezyonlarına ya da Sekonder çürüklere sahip olmasını engelleyememektedir. Tablo 3'te görüldüğü gibi ağız diş sağlığı sorunlarına hastalık öncesi veya erken belirtiler döneminde yapılacak girişimler, etiyolojik faktörleri değiştirecek, sonuçta daha çok sayıda sağlıklı dişler veya erken tedavi planlaması daha az komplike tedaviler daha düşük değerde DMF-T değeri gerçekleşecektir (109).

1.2.4.2. Sağlığın İyileştirilmesi ve Geliştirilmesi

“Negatif sağlığın iyileştirilerek pozitif sağlığa doğru geliştirilmesi sağlığın dört boyutunu kapsayan, örgütsel, ekonomik, çevresel destekler ve topluma yaygınlaştırılmış koruyucu uygulamalarla bireylerin kişisel ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını koruma noktasına getirme ve sağlıklarını geliştirme süreci” olarak tanımlanmaktadır. Sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde;

1. Toplum bir bütün olarak görülmeli ve sağlık ölçütlerini dikkate almalı, hasta ve hastalıkların yanı sıra sağlığı da kapsamalıdır.
2. Farklı sosyal sektörlerle yakın ilişkide olmalı
3. Değişik yaklaşımları birleştirerek toplum gelişimi, örgütsel değişim ve bölgesel faaliyetler ile sağlık sorunlarını azaltma
4. Etkili toplum katılımını sağlama
5. Tıbbi bakım yerine sağlık hizmetlerini benimseme gibi ilkeler hazırlanacak programlarda esas kabul edilmelidir.
6. Sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesinin, hedefleri, ilkeleri ve faaliyetleri incelendiğinde, çoğunlukla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile örtüştüğü görülmektedir.

Bu nedenle ülkemizde, ağız dış sağlığı düzeyinin yükseltilmesi için sadece tedavi edici hizmetleri değil, aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerini de kapsamalıdır. Dünya tarihinde ilk kez Çin’liler en büyük hekimi halen hasta olan birini değil, henüz hasta olmamış birini tedavi eden hekim olarak tanımlamışlar ve hekime hasta iken değil, sağlıklı oldukları zaman para ödemişlerdir. Benzer uygulama Sümerlerde de görülmektedir (25, 40,109).

1984 yılında WHO sağlığın geliştirilmesini (Health Promotion) şöyle tanımlamıştır; “Bireylerin ve toplumların sağlıklı olma azmi üzerinde kontrolü arttırabilmeyi ve bu sayede daha sağlıklı bir gelecek yaratmak üzere bireysel tercih ve sosyal sorumluluğu birleştirerek bireysel seçim ve çevreleri arasında bağdaştırıcı bir strateji uygulayarak onların sağlığını geliştirmeyi olanaklı kılma sürecidir (34).

Sağlığın geliştirilmesinin pratik uygulamalarında bu tanım, önemli bir çıkış noktasıdır. Bu tanıma göre toplumun sağlıklı olması, ön koşul olarak sunulmaktadır. Bir çok sağlık hizmeti sunucusunun düşündüğü gibi bireylerin sağlık sorunlarının ortaya çıkışında “hem suçlu hem kurban” konumunda değerlendirilmeleri yanlış bir

yaklaşımıdır. Sadece bireylerin kendi yaşam tarzlarını kontrol ederek sağlıklı olmaları beklenmemelidir. Çevre şartları, bireye daha sağlıklı olma, aynı zamanda sağlığı geliştirici yolu daha kolay seçme fırsatını da sağlamalıdır. Ağız diş sağlığının geliştirilmesinde sosyal çevrenin, sağlığın önemini kavramış olması önemli rol oynamaktadır. Şeker tüketiminin özelliği, plak kontrolü, tütün tüketimi, optimal seviyede floridlerin kullanılması ve diş sağlığı hizmeti sunan merkezlerden gerektiği gibi yararlanabilmek önemli unsurlardır. Ancak bu unsurlar bireysel kontrolden çok karmaşık sosyal çevre, politik etmenler ile daha yakından bağlantılı olduğu bilinmektedir. İngiltere’de çocukların ağız diş sağlığını geliştirmeye yönelik çalışmalarda, davranış değişikliğinin gerçekleştirilmesinde, sosyal etmenlerin, bireysel gayretlerden daha etkili olduğu gösterilmiştir (108,126).

Sağlığın geliştirmesinde hedef grup olarak seçilenlerin çevrelerinin düzenlenmesi gerekir. Özellikle okullar, hastaneler, boş zamanların geçirildiği mekanların, ve iş yerlerinin yöneticileri, yiyecekten sorumlu görevlileri, hastalar, ziyaretçiler, öğrenciler ve çalışanları için çevre şartlarının düzenlenmesinde ve yiyecek temininde sağlığı desteleyen seçimlere özen göstermeleri gerekmektedir. Okullar bu konuda ayrı bir öneme sahiptirler. Ağız diş sağlığının geliştirilmesinde sosyal ve politik programların oluşturulmasında multi-sektörel işbirliğinin gerekliliğinin ilgililer tarafından anlaşılmış olması gerekmektedir. Politikaları belirleyen yöneticiler, eğitim otoriteleri, sosyal servis kurumları, planlama kuruluşları, gıda imalat sanayicileri, su şirketleri, ve perakende satış yapan firmaların, ağız diş sağlığının geliştirilmesinde doğrudan ve önemli etkileri olmaktadır. Sağlık servislerinin izolasyonu, kurumlar arası iletişimin zayıflığı, sarf edilen çabaların ve kaynakların boş yere harcanması ile sonuçlanmasına neden olmaktadır. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, vücut hijyeninin yetersizliği, tütün kullanımı, sağlık çalışanlarının ve diğer ilgililerin başlıca ilgilendikleri konuların başında gelmektedir (103).

Sağlığın geliştirtmesinde eğitim oldukça önemlidir. Ancak ağız diş sağlığının geliştirtmesinde özellikle yüksek risk gruplarının tanımlanması ve onlara yönelik programların uygulanması, konunun esasını oluşturmaktadır (26, 32,126).

Bir çok ülkede değişik ağız diş sağlığı stratejileri ve politikaları geliştirilmektedir. Bu strateji ve politikaların geliştirilebilmesi için ihtiyaçların ve önceliklerin belirlenmesi gerekmektedir (32, 126).

1.2.5. Sağlık Algısı ve Yaşam Kalitesi

Sağlık sorunlarının bireylerin yaşamlarını nasıl etkilediği sağlık hizmeti sunanlar tarafından uzun süre düşünülmüştür. Tedavi yöntemlerinde, sadece hastalığı ortadan kaldırma çabaları yeterli görülmemiş, aynı zamanda yaşam kalitesini de arttırması hedeflenmiştir. Son 20-25 yıldır sağlık hizmeti verenler tedavi yöntemlerinin yaşam kalitesine ve iyilik haline olan etkilerini giderek daha fazla araştırmaktadırlar. Bu çabaların sonucunda sağlığın sosyal, ekonomik, psikolojik ve benzeri boyutları giderek ölçülebilir olmuştur (178).

Dünya Sağlık Örgütü de kişinin öznel yaşam kalitesini tanımlama ve ölçebilme çabalarına 1980 yılı ortalarında başlamıştır. Yaşam Kalitesi "Kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlanmaktadır (25,178). Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı yerde, amaçları, beklentileri, standartları, ve ilgilerini kapsar (93, 133, 179). Yaşam kalitesi içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü başlangıçta kavramları geliştirmiş, bu kavramları çeşitli boyutlarıyla araştıran 2000 soruyu 15 merkez aracılığı ile toplamıştır. Daha sonra bu sorulardan 236 soru (29 bölüm) seçilmiş, yapılan analizlerle 236 soru (29 bölüm) azaltılarak 100 sorudan (24 bölüm) oluşan WHOQOL-100 ölçeği geliştirilmiştir. WHOQOL-100 ölçeğinin özetlenmesiyle WHOQOL-BREF (26 soru ve 4 bölüm) ölçeği WHOQOL-100'ün yerine araştırmanın amacına göre seçilip kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Her iki ölçek de kültürler arası kıyaslamalara olanak verecek biçimde geliştirilmiştir (47, 178).

WHOQOL100 ve WHOQOL BREF'in Kullanım Amaçları:

- 1.Tedavi hizmetlerinde: Hekimin uygun bir tedavi yöntemi seçmesine, sonuçları izlenmesine ve diğer yöntemlerle karşılaştırılmasını yardım eder.
 - 2.Hekim-Hasta ilişkilerinin iyileştirilmesinde: WHOQOL ölçekleri bir bakım programının hastanın bakış açısından değerlendirilmesini sağlar.
 - 3.Karşılaştırmada: Tedavi yöntemlerinin ve zaman içinde etkilerinin ölçülmesini ve karşılaştırmasını sağlar.
 - 4.Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde: Tıbbi hizmetlerin hasta açısından periyodik olarak gözden geçirilmesini sağlar.
 - 5.Araştırmalarda: Kapsamlı araştırmalarda hastalıklarının doğası hakkında yeni içgörü kazanmaya katkıda bulunur.
 - 6.Sağlık politikalarının oluşturulmasında: Hastaların WHOQOL ölçekleri aracılığı ile elde edilen algılama biçimlerinden yola çıkarak iyi sağlık politikaları oluşturulabilir.
- Tablo 1.'de görüldüğü gibi WHOQOL100 6 alan ve 24 bölümden oluşmaktadır (47, 178).

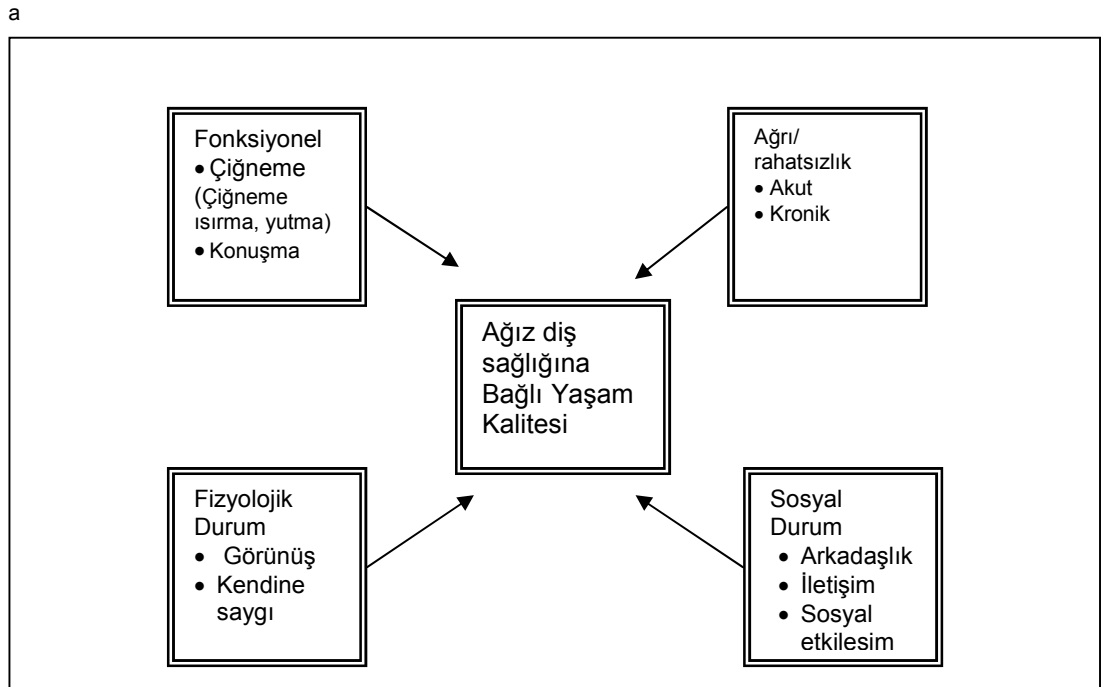
Tablo 4. WHOQOL-100'ün Başlıkları

1.Bedensel alan	Bölüm 1.Ağrı ve rahatsızlık
	Bölüm 2. Canlılık ve bitkinlik
	Bölüm 3. Uyku ve dinlenme
2. Ruhsal alan	Bölüm 4. Olumlu duygular
	Bölüm 5. Düşünme, öğrenme, Bellek ve dikkatini toplama
	Bölüm 6. Benlik saygısı
	Bölüm 7. Beden imgesi ve dış görünüş
	Bölüm 8. Olumsuz duygular
3. Bağımsızlık alanı	Bölüm 9. Bedensel hareketlilik
	Bölüm 10. Gündelik işleri yürütebilme
	Bölüm 11. İlaçlara ve tedaviye bağımlılık
	Bölüm 12. Çalışabilme gücü
4. Sosyal ilişkiler alanı	Bölüm 13. Diğer kişilerle ilişkiler
	Bölüm 14. Sosyal destek
	Bölüm 15. Cinsel yaşam
5. Çevre	Bölüm 16. Fiziksel güvenlik ve emniyet
	Bölüm 17. Ev ortamı
	Bölüm 18. Maddi kaynaklar
	Bölüm 19. Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım: ulaşılabilirlik ve nitelik
	Bölüm 20. Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları
	Bölüm 21: Dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatları ve bunlara katılabilme
	Bölüm 22. Fiziksel çevre
	Bölüm 23. Ulaşım
6. Maneviyat, din, kişisel inançlar	Bölüm 24. Maneviyat, din, kişisel inançlar.

1.2.5.1. Sağlık ve Diş Sağlığının Yaşam Kalitesine Etkileri

Halk sağlığı araştırmacıları, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı tanımlamasına paralel olarak, sosyal bilimlerdeki gelişmelerin de ışığında sağlığın ve tedavi sonuçlarını değerlendirebilmek için bir çok göstergenin geliştirilmesinin gerekli olduğunu vurgulamışlardır. Bu ihtiyacın doğrultusunda “Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi’nin” (Health-Related Quality of Life) tanımlanması ve açıklanması çalışmaları başlamıştır. Tedavi sonuçlarının biyolojik ve fizyolojik değişkenler ile semptom durumu, fonksiyonel durum ve genel sağlık algısının beş boyutunun ölçülmesinin gerekli olduğu ifade edilmeye başlanmıştır (35, 46, 50, 95). Bu çalışmalar HRQOL tanımlanmasının yanında açıklayıcı modellerin de geliştirilmesine öncülük etmiştir. Örneğin Tablo 5.’de görüldüğü gibi uygulanan tedavilerin sonunda, sonuçların beş boyutunun da ölçülmesine başlanmıştır. Biyolojik, fizyolojik değişkenler, semptom durumu, fonksiyonel durum, genel sağlık algısı diğer bir ifadeyle yaşam kalitesinin bütünü değerlendirilmektedir (103).

Tablo 5. Ağız Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi



Bu etmenler yaşam kalitesini tamamen bağımsız ve doğrudan değil, dolaylı faktörler olarak yaşam kalitesini etkilerler. Örneğin depresyon belirtileri gösteren bir diyabetli hastanın serum glikozunun yükselmesi depresyon nedeniyle değildir. Fakat

fiziksel ve sosyal aktiviteler bakımından şeker hastalığı nedeniyle ortaya çıkan depresyon, hastanın durumunun daha kötüye doğru gitmesine neden olmaktadır (89, 103).

Biyolojik ve fizyolojik faktörlerin etkisi, hastanın genel sağlık algısı, iş yapabilme gücü ve kendi sağlığı ile ilgili ifadeleri kısaca genel yaşam kalitesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları ile değerlendirilmektedir. Genel tıptaki bu gelişmeler, araştırmacıların OHRQOL (Oral Health Related Quality of life) ağız diş sağlığına bağlı çok boyutlu yaşam kalitesi modelleri geliştirilmesinin gerekli olduğunu fark etmelerini sağlamıştır (43, 66, 103,).

Yaşam kalitesinin ölçülebilmesinin, sağlık politikasını belirleyenler, sağlık hizmetleri araştırmacıları, epidemiologlar, program değerlendiricileri, tedavi sonuçları ile ilgilenen klinisyenler için pratik olarak değeri vardır (Tablo 6). Aynı zamanda hasta ve yakınları, sigorta kuruluşları, işveren için de önemli bilgiler sağlar. Örneğin günlük iş yapabilme kapasitesi bilinen bir çalışandan durumuna göre iş beklenir veya gerekirse daha fazla tedavi uygulanabilir (103).

Ağız diş sağlığına bağlı yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik standardize anketler geliştirilmeye çalışılmış olup bu alanda Tablo.6'da kullanılan ölçekler ve bu ölçeklerle yapılan bazı araştırmalar Tablo 6'da görülmektedir (44, 66, 85).

Tablo 6. Etkene Bağlı OHRQOL Topluma Yönelik Araştırmalar

Araştırma	Anket	Toplum	Grupların tanımlanan OHRQOL sorunları
Cushing ve sheiham	Sociodental scale	İngiltere İşçiler	< Fonksiyonel> Çürük dişler
Gooche ve ark.	RAND Dental Health Index	ABD 18-61 yaş sigortalı erişkinler	<Çürük diş>periodontal hastalıklar; Beyaz nüfus harici<eğitim, gelir
Atchison ve Dolan	General Oral Health Assessment Index	ABD Medicare hizmet alanlar >65 yaş	< Dişler; algılanan diş bakım ihtiyacı, Muteharrik protezler
Locker ve Miller	Subjective Oral Health	Kanadalı > 18 yaş	Dişsizlik< dişler
Locker ve Slade	Oral Health Impact Profile	Kanadalı erişkinler >50 yaş	<Dişler;<Genel sağlık;<yaş;>Yaşam strsi;< hanehalkı geliri; Diş sigortası olmayanlar
Slade ve Spencer	Oral Health Impact Profile	Avustralyalı erişkinler > 60 yaş	Dişsizlik; Bir sorun nedeniyle diş hekimine başvuru Son Diş hekimi başvurusu>1 yıl
Hunt ve ark.	Oral Health Impact Profile	Kuzey Karolayna erişkinleri >65 yaş	<Dişler>Periyodontal hastalıklar; Siyahlar; Sorunlu diş hekimi başvuruları
Leao ve Sheiham	Dental Impact on Daily Living	Brezilyalılar 35-44 yaş	<Dişler;> Çürük dişler>Dişeti kanaması:> Diştaşı>Periyodontal cep derinliği< <o<yal sınıf
Coates ve ark.	Oral Health Impact Profile	Avustralyalı dişli hastalar	HIH bulaşmış bireyler
Kressin	Oral Health-related Quality of Life Index	ABD erişkinler >47 yaş	Sorun esaslı Diş hekimi başvurusu
Gift ve ark.	Global self rating	ABD. >18 yaş	Eğitim, Beyaz olmayanlar. Son Diş hekimi başvurusu >2 yıl
Gilbert ve ark.	Subjective oral Health status Indicators	Floridalı erişkinler >45 yaş Yüksek Diş hastalığı riski olanlar	>Kök kırıkları> Çürük>Sallanan dişler> Semptomlar
Chen ve ark.	Global self rating	7 ülke arasında İkinci uluslararası işbirliği çalışması ;Çocuklar, erişkinler ve yaşlılar	12-13 yaşgenel sağlığı yetersiz,<diş fırçalama > DMF-T. 35-44 yaş genel sağlığı bozuk <Koruyucu amaçla diş hekimine başvuru, DMF-T, Periyodontal hastalıklar, 65-74 yaş Genel sağlığı bozuk , gelir (sağlığa etki değişkeni)< Koruyucu diş bakımı,> diş fırçalama
Atchison ve ark	General Oral Health assessment Index	Ucuz kliniklerde Kaliforniya azınlık gruplarının Hizmet arayışları	

Diş problemlerinin klinik olarak yaşanması, ağız diş sağlığı sorunları hakkında yeterli bilgi vermesine rağmen bireylerin günlük hayatta yaşadıkları sıkıntıları yeteri kadar dışa yansıtmaz. Hastalıkların toplumun yaşamına yaptığı etkilerin ölçülmesi, epidemiyolojik prevalans, insidens gibi ölçütler kadar önemli hale gelmiştir (126).

1998 yılında İngiltere’de Periyodontal, diş ve diğer ağız sağlığı sorunlarının etkisinin araştırıldığı seri araştırmaların ilki gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmaya katılanların %51’i yani yarıdan fazlası ağız diş sağlığı sorunları nedeniyle hayatlarının değişik yönlerden etkilendiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %8’i hayatlarının diş sorunları nedeniyle önemli derecede etkilendiğini ve yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmişlerdir. %40’ı 12 ay içinde ağrı hissetmiştir. Psikolojik olarak kendini kötü hissetme, gerginlik, gevşeyememe, utanç duyma gibi sorunlar diş sağlığı sorunların ardından ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların %8’i ağız diş sağlığı sorunlarından fazla etkilenmekte olduğunu ifade etmiştir. Fakat ağız diş sağlığı şikayeti olanların bir çoğunun diş hekimine başvuruda bulunmadıkları belirlenmiştir.

İngiltere’de erişkin ağız diş sağlığını araştırmada Oral Health Impact Profile (OHIP) kullanılmaktadır. OHIP, sağlık durumunun tüm aralığını ölçen ölçeklerden biri olan”quality of Life” ölçeğinin diş bölümüne ait bir parçasıdır. Bu ölçek geçmişte ve günümüzde kullanılan standardize edilmiş ağız diş sağlığı ile ilgili ne hissedildiğini araştıran en önemli ölçektir. Orijinal OHIP skalası 7 alanda 49 sorudan oluşmaktadır (62, 63, 64).

Bilimsel temele dayanan ve ağız diş sağlığının geliştirilmesini amaçlayan çalışmalara 1977 yılında başlanmıştır. Yılda bir muayene 4 ana mesajdan birisidir. 1998 yılında İngilterede düzenli diş hekimine gidenlerde Yüksek DMF-T ve daha az tedavi edilmemiş diş bulunduğunu gösterilmiştir. Diğer araştırmalar da daha fazla tedavi sağlandığını göstermektedir. Diş hekimine düzenli başvuru hastalıklardan korumaya ve diş çürüklerini azaltmaya yetmemektedir. Diş hekimine düzenli başvuru

- Daha az tedavi edilmemiş çürük diş
- Daha az diş kaybı, daha az boşluk
- Daha fazla fonksiyon gören diş
- Daha az ağrı duymayı sağlar.

Düzenli diş hekimine başvuru yaşam kalitesini nasıl etkiler?

Ağız diş sorunları öldürmez, fakat; yeme, içme, konuşma, sosyal faaliyetler, bireyler arası ilişkiler, günlük aktiviteler etkilenir (35).

Sağlık algısı ve hizmet kullanımı

Yaşama kalitesi ve sağlık algısı hizmet kullanımını yakından etkileyen unsurlardır. Hizmet kullanımını etkileyen diğer unsurlar Tablo 7’de görüldüğü gibi ihtiyaç, talep ve hizmet kullanımı boyutlarıyla değerlendirilmektedir ve sağlık politikacıları bu değerlendirmeleri de dikkate alarak sunulacak hizmetin özelliklerine yön vermektedir (25, 48, 51).

Tablo 7. Hizmet Analizi

<u>Hizmet Analizi</u>		
İhtiyaç	Talep	Hizmet Kullanımı
• Normatif İhtiyaç Sağlık profesyonellerinin belirlediği standartlara uygun sağlık ihtiyacı. Hekim muayenesi ve laboratuvar analizleri gerekir. • Bireyin algıladığı ihtiyaç (perceived need). • Bireyin algıladığı ihtiyaç, kişinin sağlığını algılama biçimine, sosyal, kültürel yapısına göre değişir. Kozmetik bir operasyon ihtiyaç olarak algılanırken, normatif bir ihtiyaca talep olmaz. Bireyler özellikle koruyucu tedavi hizmetlerine ihtiyaç duymazlar. • Realistik ihtiyaç (Gerçekçi ihtiyaç). Bireyin gereksinimlerini karşılamaya yetecek kadar sağlık ihtiyacının karşılanması. Örneğin kaybedilmiş tüm dişleri tamamlamak yerine karşılıklı gelebilecek 20 dişin sağlanması gibi...	• Talep, kısmen tüketicinin arzusunu, kısmen de tüketiciye aracılık eden akraba eş dost ve sağlık personelinin (Hizmet sunucunun) görüşlerini yansıtır • Fiyat talebi doğrudan etkiler • Hizmete ulaşım zorluğu talebi azaltır. Zamansal maliyeti artırır. • Hizmetin yararına ve özelliklerine yönelik yargılar (Tutum) hizmete olan talebi etkiler • Sosyo-ekonomik düzey arttıkça sağlığa olan talep artar.	• Hizmete maliyet ve zaman açısından ulaşılabilirliği. • Bir sigortaya sahip olma ve sigortanın sisteminin düzenli kontrole zorunlu tutumunu • Hizmete ve hizmet verenin niteliklerine güven duyma algılanan kalite hizmet kullanımını etkiler. • Beklenen, algılanan ve var olan kalite birbirinden farklıdır. Algılanan kalite her zaman var olan kaliteyi yansıtmaz. Bireyin yaşam kalitesi ve tutumu ile ilgilidir. Hizmet kullanımını etkiler.

Tablo 8. Yaş Gruplarına Yönelik Ağız Diş Sağlığı İhtiyacı Değerlendirmesi

Hizmet Alanı	0-4	5-11	12-17	18-24	25-44	45-64	65+
Oral Diagnoz Servisi		+	+	+	+	+	+
Koruyucu Hizmetler							
Fissür örtücü		++	++				
Flor uygulanması ((profesyonel)		+	+	+			+
Detertraj		+	+	+	+	+	+
Koruyucu plak		+	++	++	+		
Tütün kullanımını engelleme				+	+	+	
Periodontal Hizmetler					+	++	++
Restoratif Hizmetler		+	+	+	++	++	++
Oral Cerrahi							
Diş Çekimi					+	++	++
Diğer Uygulamalar			+	++	+		
Protez Hizmetleri							
Tam protez					+	++	+
Parsiyel protezler							
Endodonti Hizmetleri					+	++	+
Kron-Köprü					+	+	
Ortodonti Hizmetleri		+	+	+			

Kaynak: Adelaide Üniversitesi

+ Orta derecede ihtiyaç

++ Yüksek derecede ihtiyaç

Yukarıdaki Tablo. 8'de her yaş grubuna özel hizmet ihtiyaçları belirlenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine her yaş gurubunda ihtiyaç duyulurken yaş ilerledikçe komplike tedavi ve protez ihtiyaçları da giderek artış göstermektedir (158).

Yaşlı nüfusa ait değişik ülke ve yaş grupları arasında ağız diş sağlığı durumunu, ihtiyaç değerlendirilmesi ve etkenlerin karşılaştırmasında bazı güçlükler bulunmaktadır. Birincisi eldeki kayıtlar her zaman yeterli bilgi vermeyebilir veya bilimsel bir araştırmada kullanılabilecek yeterlilikte değildir. Özellikle yaşa bağlı kohort çalışmalarda yeterli kayıtlara ulaşmak oldukça zordur. İkincisi Profesyonel veya objektif ihtiyaç değerlendirmesi sübjektif yani algılanan sağlık değerlendirmesinden çok farklıdır.

Gerçekçi (Realistic) ihtiyaç değerlendirmesi hekimin o bireyin ihtiyacını karşılayacağına inandığı tedavi şekli olarak tanımlanabilir. Realistic ihtiyaç klinik ihtiyacın diğer bir ifadeyle normatif ihtiyacın devamı olan bir tedavi ihtiyacı belirleme yöntemidir. Önce hekim hastanın normatif ihtiyacını belirler. Ancak bundan sonra hastanın genel durumu ve arzusu da göz önünde tutularak hastaya gerekli olan tedaviler ve çözüm seçenekleri açıklanır ve onunla işbirliği içinde ihtiyaca en uygun olan tedavi yöntemi belirlenir.

değişik ülke ve yerleşim yerinde bulunan yaşlılara araştırma verilerinden elde ettikleri bilgileri değerlendirerek, yaşlıların proteze olan ihtiyaçlarını normatif, gerçekçi ve algılanan ihtiyaç bakımından farklılıkları ifade etmeye çalışmışlardır. Algılanan ihtiyacın klinik kayıtlarda görülen normatif ihtiyaçlardan oldukça az olduğu diğer taraftan gerçekçi ihtiyacın da normatif ihtiyaçtan daha az olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9. Yaşlı Nüfusta Diş Sağlığı İhtiyaç Değerlendirmesi

Ülke Adı	Araştırma	Hasta Sayısı	Normatif İhtiyaç	Gerçekçi İhtiyaç	Algılanan İhtiyaç
Kanada	Mojon ve MacEntee 1992	269 (LTC)	% 83	%36	%54
Danimarka	Vigild 1987 Brauer ve ark. 1986	685 (İnst) 50 (İnst)	% 67.71	% 19.3	(NR) % 45
İngiltere	Wilson ve ark.1987 Tobias 1988 Diu ve Gelbier 1989 Tobias ve Smith 1990 Hoad-Reddick 1991	150 (RH) 414 (SA) 293 (CCC) 151 (LTC) 41 (İnst)	% 65 % 75 % 82 % 65 % 76.6	% 32 % 76 — —	% 11 % 22 % 53 % 39 % 36.5
Switzerland	Stuck ve ark.	219 (GH)	%97.8	—	%30.4

LTC = Long term care. (Uzun süreli bakım)

İnst = Institutionalized. (Bakım evine yerleştirilmiş)

RH = Residential home (İkametgah, İkamet edilen ev)

SA = Sheltered accommodation (Sığınma yeri)

CCC = Community care center (Toplum bakım merkezleri)

GH = Geriatric hospital (Yaşlılık hastanesi)

NR = Not reported (Rapor edilmeyen, bildirilmemiş (34).

Tanzanya’da yapılan bir araştırma ile (HJ.Mosha, Scheutz F) yaşa, cinsiyete ve sosyo-ekonomik duruma bağlı farkların kendi ihtiyacını algılama ve hizmet kullanımına olan etkileri incelenmiştir Araştırmaya katılanların %82’si ağız nedeniyle dişlerini çektirdiklerini belirtiyorlar. Ağız diş sağlığından şikayetçi olan ve sağlık hizmetlerinden yararlanaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. En sık yakınma önce yapılan tedaviler ve bunlarla ilgili hizmet kullanımı olmuştur. Eski tedavilerdeki sorun nedeniyle başvuru oranı % 68,8 Algısal ihtiyaç kadınlarda daha fazla bulunmuştur.%60.1 Erkeklerde 53.5. Yaşlı nüfusta sağlık talebi artarken kırsal

kesimde de sorunların daha fazla olduğu gözleniyor. Diş hekimine başvuru sıklığı yıllık kadınlarda %52.1, erkeklerde %43 olarak bulunmuştur (102).

Diş hekimine kontrol, restoratif tedavi ve detertraj için başvurunun çok az olduğu görülmüştür. %6,1 restoratif tedavi, %1,6 kontrol için diş hekimine başvurduğunu ifade etmiştir. Gençler tedavi için yaşlılara göre diş hekimine daha fazla başvuruda bulunuyor. Bu araştırmada diş hekimine düzenli başvuru ile dişeti hastalıkları arasında herhangi bir korelasyon bulunamamıştır. Düzenli diş hekimine başvuru ile uzaklığın arasında da korelasyonun olmadığı gözlenmiştir (102).

Finlandiya'nın iki farklı bölgesinde 1993 yılında diş sağlığı, bakım ihtiyacı ve diş hekimine düzenli başvuru sıklığını sosyo-kültürel ve ekonomik açıdan değerlendirmek üzere bir araştırma yapılmıştır. Araştırma nedeniyle dağıtılan anket formlarının %86'sı geri dönmüştür. Araştırmaya katılanlar 65-74 yaşlar arasındadır. Katılımcıların %41'i dişlerinin tamamının olmadığını belirtmişlerdir. %25 katılımcıda 11-27 diş arasında %10'u 6-10 diş arasında diş kayıplarının olduğunu bildirmiştir. %24'ü pratik olarak dişlerin tamamının korunabileceğini belirtmiştir. %44'ü son bir yıl içinde bir diş hekimine başvuruda bulunmuştur. %21'i 1-5 yıl arasında %34'ü 5 yıldan daha fazla süre içinde başvuruda bulunduğunu belirtirken, diş hekimine hiç başvuruda bulunmayanların oranı 0,6 olarak bulunmuştur (142).

Diş hekimine son yıllarda başvuruda bulunanlar birkaç diş kaybı olan yüksek öğrenimli yüksek geliri olan ve diş ağrısı olan hastalardır. Sahip olunan diş sayısı ile son diş hekimine başvuru arasında da uyum olduğu gözlenmiştir.

Dişsiz bireylerin %67'si diş hekimine 5 yıldan daha önce başvuruda bulunduklarını belirtmişlerdir. Tam protez kullananların diş hekimi başvuruları dişsizlerle benzer sonuçlar göstermiştir. Yapılan çok değişkenli analizler son yıllarda diş hekimine başvuruya ağızda bulunan diş sayısı ve gelirin önemli etken olduğunu göstermiştir. Sağlık Merkezlerinin kullanımı demografik, kişisel tutum, gelir, fiyat, sigorta paketi ve sağlık merkezine uzaklıktan etkilenmektedir (72, 141).

Ülkemizde de Prof Dr. Osman Hayran ve ark tarafından yapılan "Türkiyede Ağız Diş Sağlığı Yararlanım Araştırması" ve "Sağlık Bakanlığı ve SSK Tarafından Verilen Sağlık Hizmetlerinden Yararlanım Memnuniyeti Araştırması" bazı sonuçları Tablo 10.'da yer almaktadır (56, 57).

Tablo 10 Türkiye’de SSK ve Devlet Hastaneleri Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinden Memnuniyet

Sorular	SSK %			Devlet Hst.%		
	Evet	Hayır	Kararsız	Evet	Hayır	Kararsız
Verilen hizmetten memnun kaldınız mı?	62,4	22,1	14,1	66,4	18,6	14,3
Başkasına tavsiye edermisiniz?	51,1	24,7	22,4	68,1	15,6	15

Her türlü tedavim için sigortam olmasını isterim diyenlerin tüm gruptaki oranı %96,6, genel olarak diş tedavilerini pahalı bulanların oranı %74.8 her türlü diş tedavisinin devletçe karşılanmasını isteyenler %83.9 olarak bulunmuştur.

9 il merkezinde Türkiye’yi temsil etmek üzere 9 il merkezinde yapılan Ağız diş sağlığı hizmetlerinden yararlanım araştırmasına göre Bir yıl içinde diş hekimine başvuru oranı %40,4 olarak bulunmuştur. Orta yaşlarda daha yüksek 70 yaş üzerindekilerde bu oran %22,6 olarak bulunmuştur (56, 57).

Anna-Lena Ö ve ark ları genç erişkinler arasında, ağız diş sağlığı algısı, tutum ve davranış bağlantısının cinsiyetler açısından farklılığını araştırmıştır. İsveç’te yapılan bu araştırmaya 13-18 yaş arası 17.280 öğrenci katılmıştır. Bu araştırmada ağız diş sağlığı algısı, dişlerinin görünüşünden memnuniyet, dişeti kanaması algısı değerlendirilmiştir (121).

Sonuçları Tablo 11.’de görülen bu araştırmaya göre kızlar erkelere göre diş sağlığını daha fazla önemli bulmuşlar, daha az dişeti kanaması şikayetleri olduğunu buna rağmen dişlerinin genel görünüşünden erkelere göre daha az memnun olduklarını belirtmişlerdir (121).

Tablo 11. Cinsiyetlere Bağlı Ağız Diş Sağlığı Algısı

Cinsiyet	Erkekler	Kızlar
1.Sağlam dişler önemlidir. (Tutum)	%	%
Kesinlikle doğru	66	73
Oldukça önemli	28	24
Pek önemli değil	4	2
Hiç önemli değil	2	1
2.Diş hekimine başvuru hoş bir şey değildir.	%	%
Kesinlikle doğru	17	21
Oldukça doğru	19	22
Pek doğru değil	23	21
Hiç doğru değil	41	36
3.Benim ağız diş sağlığım iyidir. (Ağız diş sağlığı algısı)		
Kesinlikle doğru	44	48
Oldukça doğru	43	43
Pek doğru değil	10	7
Hiç doğru değil	3	2
4.Dişlerimin görünüşünü beğeniyorum	66	62
5.Dişlerimi fırçalarken kanıyor	22	18

1.2.5.2. Ağız Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Boyutları

Wilson ve Cleary. ve diğer araştırmacılar yaşam kalitesini multi-faktoriyel olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu görüş yaşam kalitesinin değişik boyutlarını değerlendirebilmek üzere skalalar geliştirilmesini sağlamış, bu skalalar yardımıyla yaşam kalitesinin

1. Fonksiyonel,
2. Psikososyal, ve
3. Ekonomik boyutları değerlendirilmiştir.

1.2.5.2.1. Fonksiyonel Boyut

Bir çok araştırmacı, yiyeceklerin seçilmesini ve tüketilmesini diş ve kraniyo fasiyal hastalıkların etkilediğini bildirmişlerdir. Ayrıca uyku sorunlarının arasında oro-fasiyal ağrıların birinci sırada yer aldıklarını belirtmişlerdir. Sistemik ve dişlerle ilgili hastalıklar beslenmeyi, tüm sağlığı ve iyilik halini ileri derecede etkilemektedir. Yaşlı nüfusun yaş ilerledikçe artan kronik hastalıkları ve bunların tedavileri özellikle düşükün yaşlıları oldukça çok etkilemektedir (84, 105). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan geriatric hastaların yaklaşık yüzde 50'si yetersiz beslenebilmektedir. Uzun süreli bakım gerektiren yaşlıların bir çoğunda çiğneme ve yutma sorunları görülmektedir. Klinik çalışmalar protez dişlerin doğal dişlerden en az yüzde 30- 40 daha az çiğneme görevini yerine getirdiğini göstermiştir. Amerika'da yapılan araştırmalarda çiğneme sorunlarının olduğunu bildiren grupların, toplumun önemli bir çoğunluğunu oluşturmakta olduğunu göstermiştir. Kaliforniya eyaletinde medi-care kapsamında olan bireylerin %1'inde yutma zorluğu görülürken katılımcıların yaklaşık yüzde 37'si ısırma ve çiğneme sorunları olduğunu bildirmişlerdir. Birçok çalışma kötü beslenme ile diş eksikliği arasındaki bağlantıyı vurgulamaktadır (103, 109).

Emeklileri kapsayan araştırmalarla dişsizlerin, diş bütünlüğü bozulmamış olanlara göre daha yumuşak, kolay çiğnenebilen, düşük lifli, besin değeri daha düşük besinlerle beslenmeyi seçtiklerini göstermişlerdir. Yaşam kalitesi bireylerin yiyeceklerini istedikleri gibi seçememeleri veya optimal beslenmelerini sağlayabilecek besinleri alamamaları durumunda oldukça etkilenmektedir. Dişsizlik ve yetersiz ağız hijyeni, günde beş kez liften zengin sebze ve meyve yiyerek sağlıklı beslenme görüşüne uygun beslenmeyi engellemekte, yetersiz beslenmeye ve

bunun sonucunda önemli kilo kaybına neden olurken genel sağlığı da önemli ölçüde etkilemektedir (103).

İskandinav ülkelerinde yapılmış olan bir çok araştırma ve klinik gözlemler ile 12 diştten daha az kayıp varsa ve geriye kalan 20 dişte alt ve üst çenede eşit ve düzgün bir kapanış varsa, çiğneme işleminin yeteri kadar yerine getirilebileceği gösterilmiştir. Bu bulgular, bazı araştırmacıların yaşlı erişkinlerin tedavi planlamalarında **“shortened dental arch”** **“Kısaltılmış diş arki”** kavramını savunmalarını gündeme getirmiştir. Alt ve üst çenede en az 20 adet düzenli dağılmış dişin varlığının çiğne için yeterli olacağını ortaya koymuştur.

Hareketli protezler kaybedilmiş olan çiğneme görevinin ancak bir bölümünü geriye kazandırabilirken İmplantların klasik protezlerden önemli ölçüde daha etkin bir çiğneme sağladıkları kanıtlanmıştır. Çalışmalar, diş eksikliklerinin parsiyel veya total protezlerle yerine konulduğunda çiğneme eksikliğini tam olarak gideremedikleri gösterilmiştir. Değişik düzeyde diş kaybı olan erkek emekliler ile yapılan bir çalışmada, diş eksikliği arttıkça tad alma, koku, besinlerin kıvamını algılama, çiğneme algısı ve beslenme sıklığının da azaldığı gösterilmiştir. Nitekim bazı araştırmalar prostodontik tedaviden sonra hastaların çiğneme kapasitelerinin arttığını bildirmelerine rağmen yapılan klinik ölçümlerde, çiğneme kapasitesinde önemli ölçüde bir değişikliğin olmadığı gösterilmiştir (66, 103).

Diş eksikliğinin çiğnemeye olan bağıntısının dışında gösterdiği etkiler konusunda daha az sayıda araştırma bulunmaktadır. Diş bütünlüğü bozulmamış hastalar ile yapılan bir çalışmada 22 besinden 18'inde çiğneme sayısı ile tükürük miktarının fazlalığı arasında ters yönde korelasyonun olduğunu göstermiştir. Tükürük miktarı çoğaldıkça çiğneme sayısı azalmaktadır. Locker ve slade de yaptıkları bir çalışma ile Kanada toplumunun % 6 sının temporo-mandibuler bozukluğa eşlik eden çiğneme konuşma ve yutkunma sorunu yaşadıklarını göstermişlerdir. Bu septomlar ağız açma kapatma esnasında veya sürekli olarak görülmekte ve çene hareketlerinde kısıtlamalara ve ağrıya neden olmaktadır. Sjörger's sendromlu hastaların ilerleyen tükürük bezi harabiyeti nedeniyle ağız kuruluğu artmakta buna bağlı olarak konuşma, çiğneme ve yutkunma güçlükleri yaşanmaktadır. List ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmayla farenks kanseri olan hastaların ancak 1/3 ünün beslenme performansları başarılı bulunmuş, ve sadece %60 ının toplum içinde yemek yiyebildikleri bildirilmiştir. Bu hastaların ancak %55

inin konuştukları anlaşılabilir (66, 103). Tükürük akışının azaldığı durumlarda konuşma ve yutma zorlukları görülmekte tat alma bozulmakta ve ağız kokusu gelişebilmektedir (110).

D Locker ve ark. yaşlı nüfusta ağız diş sağlığı durumu algısı, psikolojik iyilik hali ve yaşamdan memnuniyet konulu araştırması için başvuruda bulunulan örnek gurubunun % 71'i cevap vermiştir.

Katılımcıların % 41.3'ü diş sağlığını %21,1'l genel sağlığını kötü bulmuştur. Diş hekimine düzenli gidenlerin oranı %54 sigortası olanların oranı %46.9 düşük gelirli olanların oranı da % 32 olarak bulunmuştur (95, 96).

1.2.5.2.2. Yaşlı Nüfusta Yaşam Kalitesine Bağlı Sağlık Algısı ve Ağız Diş Sağlığının Sosyal ve Davranışsal Boyutu

Sanayileşmiş ülkelerin çoğunda artmakta olan yaşlı nüfus konusuna daha fazla ilgi gösterilmektedir. Günümüzde sanayileşmiş ülkelerde görülen bu yaşlı nüfusun artışı gelecekte yaş ortalamalarının daha büyük boyutlarda değişeceğini göstermektedir. Örneğin, İngiltere ve Wales'de 1971 yılından 1981 yılına kadar geçen 10 yıllık süre içinde 60 yaş ve üstü nüfus %10.1 oranında artmıştır. 75 yaş ve üstündeki nüfustaki artış aynı yıllar aralığında %23.9 olarak gerçekleşmiştir. Günümüze kadar aynı ülkelerde 60 yaş ve üstü nüfus %18.3 oranında artış göstermiştir. 1985 yılında 1.8 milyon olan 80 yaş ve üzerindeki nüfus 2001 yılında 2.4 milyona, 2001 yılında 2.6 milyona erişeceği beklenmektedir. Doğuştan beklenen yaş ortalaması ve yaşlı nüfustaki artış ülkemizde de özellikle 1960 yılından başlayarak hızla artmaya başlamıştır (34).

Artmakta olan bu yaşlı nüfusun ağız diş sağlığı hizmetlerine talepleri genç yaş nüfusa göre sosyal, davranışsal ve ekonomik açıdan farklı olacaktır (38, 41,158). İngiltere'de daha önceki yıllardaki yaşlı nüfusun taleplerinin tersine son yıllarda artmakta olan bu yaşlı nüfusun ağız diş sağlığına yönelik talepleri kendi doğal dişlerine yönelik olmaktadır. Bu gün İngiltere'de ağız diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin yanında diğer konulardaki yaşam kalitesi de artış göstermiştir. Bir çok yaşlı günlük faaliyetler ve görünüş bakımından oldukça hareketli ve sağlıklı görünmektedirler. Neredeyse diğer ülke yaşlılarının yanında yaşlı denemeyecek kadar sağlıklı ve genç görünmektedirler (34).

Yaşlılık tanımı önceleri sadece kronolojik olarak tanımlanır ve doğum tarihlerine göre yaş gruplarına ayrılmaktaydı. Ancak zihinsel, fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan yaşlılar oldukça farklılık göstermektedirler. Bu nedenle örneğin fiziksel yaş yerine sağlık ve kendine yeterlilik bakımından üç gruba ayrılmaktadır;

1. Kimseye bağımlılığı olmayan yaşlılar (Functionally independent older adults)
2. Yardıma gereksinimi olan güçsüzler (Frail older adults)
3. Tamamen bağımlı yaşlılar. Functionally dependent older adults)

FDI (Federation Dentaire Internationale) bu sınıflandırmaya benzer olarak yaşlıları fiziksel faaliyetleri bakımından diş sağlığına bağlı üç gruba ayırmıştır.

1. Sağlıklı yaşlılar. (Healty elderly adults)
2. Kısmen engelli yaşlılar. (Partially incapacitated)
3. Bir kuruluştaki bakıma muhtaç olanlar. (Instituionalized elderly adults)

Diğer taraftan bir çok araştırma, yaşlıları;

- a. Engelli yaşlılar (Handicapped older adults)
- b. Bakım evinde bulunan yaşlılar (Institutionalised older person)
- c. Eve bağımlı olanlar (Homebound elderley person) olmak üzere farklı şartlarda ve farklı bakıma ihtiyacı olanlar olarak üç gruba ayrılabilir (34).

Tablo 12.Ülkelere Göre Total Dışsırlık Oranları

Bölge / Ülke	Dışsırlık yüzdesi	Yaş gurubu
Amerika kıtası		
USA	26	65-69
Kanada	58	65+
Afrika kıtası		
Gambiya	6	65+
Madagaskar	25	65-74
Doğu Akdeniz		
Mısır	7	65+
Lübnan	20	64-75
Suudi Arabistan	31-46	65+
Batı Pasifik		
Kamboçya	13	65-74
Çin	11	65-74
Malezya	57	65+
Singapur	21	65+
Güney Doğu asya		
Hindistan	19	65-74
Endonezya	24	65+
Sri lanka	37	65-74
Tayland	16	65+
Avrupa		
Arnavutluk	69	65+
Avusturya	15	65-74
Bosna-Hersek	78	65+
Bulgaristan	53	65+
Danimarka	27	65-74
Finlandiya	41	65
Macaristan	27	65-74
İzlanda	15	65-74
İtalya	19	65-74
Litvanya	14	65-74
Polonya	25	65-74
Romanya	26	65-74
Slovakya	44	65-74
Slovenya	15	65+
İngiltere	46	65+
TÜRKİYE	74	65+

Kaynak:WHO (177)

1.2.6. Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışı

1978 yılında Kazakistanın başkenti olan Alma-ata'da Ülkelerin büyük çoğunluğunun ve uluslararası kuruluşların katılımıyla gerçekleştirilen konferansta Temel sağlık hizmeti anlayışının kapsamı şekillendirilmiş ve günümüze kadar yapılan halk sağlığı çalışmalarına da yön vermiştir (25,76, 77, 78, 79, 80, 81, 82,159).

Temel Sağlık Hizmetleri; “Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir” (25,159).

Sosyal ve Ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez unsuru olan temel sağlık hizmetleri ulusal sağlık hizmetlerinin toplumun ve bireylerin yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınında verilen sağlığı koruyan ve geliştiren sağlık hizmetleridir. İlk başvuru yeri olan sağlık zincirinin birinci halkasını oluşturur (25, 58,65, 159).

• Temel sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir görüştür.

Sosyal eşitlik, öz sorumluluk, multi-faktoryel oluşu ve uluslararası dayanışma gerektirmesi temel sağlık hizmetlerinin dört boyutunu oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Bu hizmetler toplumun her bireyine sosyal adalet ve hakkaniyet içinde verilmelidir. Sağlık hizmetlerini satın alamayacak olanlara sağlamak ülke yönetiminin esas görevlerindendir.

Bunun yanında halk, kendi sağlığının değerini bilmeli, kendi sağlığının ve ailesinin sorumluluğunun farkında olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve sunulmasında yer almalıdır, söz sahibi olmalıdır.

Sağlık hizmetleri sadece sağlık sektörü çalışanlarının yürütemeyeceği kadar geniş boyutludur. Ülkenin bir çok sektörünü ilgilendirir. Bu sektörler arasında koordinasyon gerekir. Alma-ata'da bu konuda alınan kararlar, ilerleyen yıllarda halk sağlığı çalışmalarına öncülük etmiş, özel sektörün de temel sağlık hizmetlerinden sorumlu olduğu ifade edilmiştir.

Sağlık bir dünya sorunudur. Gelişmiş ülkelerin geliştirmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerinin kalkınmasına yardımcı olmalıdır.

• Temel sağlık hizmetleri Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Anahtarıdır.

Bir ülkenin sağlık örgütlenmesinin temel sağlık hizmetlerine uygun olduğunu değerlendirebilmek için aşağıdaki özelliklerine bakmak gerekir.

1. Toplum sağlık hizmetlerine katılmalıdır.
2. Sağlık hizmetleri “ekip anlayışı” içinde verilmelidir.
3. Halkın “ilk başvuruları” için birimler kurulmalıdır.

4. Kademeli hasta sevki işletilmelidir.
5. Koruma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri bir bütün olarak ele alınmalıdır (entegre hizmet).
6. Hizmetler sürekli olmalıdır.
7. Sağlık yönünden risk altındakilerin belirlenmesi ve bunun için evlere ve iş yerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulması gerekir.
8. Hizmet modeli kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır.

Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve diğer koşullarına uygun olmalıdır. Sağlık Hizmetlerinin ilk basamağıdır. "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri", "Temel Sağlık Hizmetleri'nin" en tanınan ve yaygın tanımıdır. Halkın ilk başvuruda bulunduğu tanı ve tedavi basamağıdır. Bu basamakta tedavisi yapılamayan hastalar ikinci basamağa sevk edilirler.

•**Bir Faaliyetler Grubudur.**

Alma-Ata bildirgesinde "en az bakım" (minimal care) kavramından söz edilmektedir. Sağlık sisteminin en az bakım hizmetleri kapsamında o ülkede aşağıdaki belirtilen sekiz konuda faaliyette bulunması gerekir.

Bu faaliyetler vazgeçilmezdir;

Halkın sağlık eğitimi, Beslenme durumunun geliştirilmesi, Temiz su sağlanması ve sanitasyonu, Ana Çocuk Sağlığı ve aile planlaması, başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, endemik hastalıkların kontrolü, sık görülen hastalıkların uygun tedavisi, temel ilaçların sağlanması (25,159).

Tablo 13: Sağlık Hizmetleri Anlayışları Arasındaki Farklar

Geleneksel	Temel Sağlık Hizmeti
1. Hastalık tedavisi	1. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi
2. Hastaya hizmet	2. Herkese sürekli hizmet
3. Belirli sorunlara ağırlık	3. Geniş boyutlu hizmet
4. Hekim ağırlıklı hizmet	4. Ekip anlayışı
5. Uzman kullanımına ağırlık	5. Genel pratisyenlere ağırlık
6. Pasif toplum	6. Toplum katılımı
7. Yalnızca sağlık sektörü	7. Sektörler arası işbirliği

Tablo 13. geleneksel tedavi yöntemleri ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farkları özet olarak göstermektedir (25,40, 58).

1978 yılında kabul edilen Alma-ata deklarasyonundan sonra sağlığın korunması ve geliştirilmesini amaçlayan girişimler gerçekleştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye devletlerin görüş ve önerileri doğrultusunda 1984 yılında Herkes için Sağlık (HİS) stratejisi benimsenmiş ve ilk toplantı 1984-1985 yılında gerçekleştirilmiştir. Avrupa Bölgesel HİS hedeflerinin kabulünden sonra üç yılda bir yapılan toplantılarla bölgesel, bölgesel ve global bazda HİS stratejileri değerlendirilmektedir. 1997 yılında komite, ülkelerin eylem planlarını yapmalarını istemiş ve eylem planları düzenlenirken aşağıdaki temel ilkelerin dikkate alınmasını benimsemiştir (58,65, 76,77,81).

- Sağlık, sosyal gelişmenin temelidir.
- Sağlıkta eşitlik ve bütünlüğe özen gösterilmelidir.
- Sağlığın geliştirilmesi insan odaklı olmalıdır.
- Gelişmeler bilimsel yöntemlerle değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
- Sağlığın tüm yaşam boyunca sürekliliği sağlanmalıdır.

Başlangıçta 38, daha sonra 26 olan HİS hedefleri yeniden gözden geçirilmiş, hedefler Eylül 1998 yılında toplanan Bölge Komite Toplantısında üye ülkelerin onayına sunulmuştur. 14-18 Eylül tarihleri arasında Kopenhag'da toplanan DSÖ 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı'nda HİS, "Sağlık 21 " başlığı altında "21. Yüzyılda 21 Hedef" sloganıyla resmen kabul edilmiştir.

Ülkemizde HİS hedefleri kapsamında 16-17 Temmuz 1991 tarihinde üniversitelerin Halk Sağlığı, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanları ve Sağlık Bakanlığı yetkililerinin katılımı ile bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada alınan kararlardan aşağıdaki yararlar beklenmektedir.

1. Toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesinde karar vericilere yol göstermek.
2. Kaynak tahsisinde öncelikleri belirlemek
3. Sağlık gelişiminde sektörler arası işbirliğini sağlamak.
4. Sağlığın geliştirilmesinde toplum katılımını sağlamak (25,58, 150).

DSÖ Avrupa Bölgesi 21. Yüzyılda Herkes İçi Sağlık Hedefleri

- **HEDEF 1.** Avrupa Bölgesinde Sağlık Dayanışması.

2020 yılına kadar,Avrupa Bölgesi üye Ülkeler arasında sağlık durumu farklılık, en az 1/3 azaltılmalıdır.

- **HEDEF 2.** Sağlıkta Hakkaniyet.

2020 yılına kadar, ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılık dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek tüm üye ülkelerde en az ¼ azaltılmalıdır.

- **HEDEF 3.** Yaşama Sağlıklı Başlanması.

2020 yılına kadar, bölgedeki yeni doğanların bebeklerin ve okul öncesi yaşlardaki çocukların hepsinin yaşama sağlıklı başlayarak daha sağlıklı olmaları sağlanmalıdır.

- **HEDEF 4.** Gençlerin Sağlığı.

2020 yılına kadar, bölgedeki gençler daha sağlıklı olmalı ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmelidirler.

- **HEDEF 5.** Yaşlıların Sağlığı.

2020 yılına kadar, 65 yaş üzerindekiilerin sağlık potansiyelinin tam yerinde olması ve aktif sosyal rol oynayabilmeleri sağlanmalıdır.

- **HEDEF 6.** Ruh Sağlığının Geliştirilmesi.

2020 yılına kadar, insanların psiko-sosyal iyilik hali geliştirilmeli ve ruh sağlığı sorunları olan insanların ulaşabileceği daha kapsamlı hizmetler oluşturulmalıdır.

- **HEDEF 7.** Bulaşıcı Hastalıkların Azaltılması.

2020 yılına kadar, halk sağlığı açısından önemli olan enfeksiyon hastalıklarının eradikasyonu, eliminasyonu ya da kontrolü programlarının sistemli olarak uygulanmasıyla bulaşıcı hastalıkların sağlığa olumsuz etkileri azaltılmalıdır.

- **HEDEF 8.** Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Azaltılması

2020 yılına kadar, tüm bölgede başlıca kronik hastalıklara bağlı, sakatlık ve erken ölüm mümkün olan en düşük düzeylere inmelidir. Özellikle:

1. 65 yaşın altındakilerde kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümler, özellikle mortalitenin yüksek olduğu ülkelerde en az %40 azaltılmalıdır.
2. 65 yaşın altındakilerde tüm vücut kanserlerine bağlı ölümler en az %15, akciğere kanserine bağlı ölümler ise %25 azaltılmalıdır.
3. Diyabete bağlı amputasyonlar, körlük, böbrek yetmezliği, gebelik komplikasyonları ve diğer komplikasyonların insidansı üçte bir azaltılmalıdır.
4. Kronik solunum yolu hastalıkları, kas iskelet bozuklukları ve diğer yaygın kronik hastalıklara bağlı hastalık, sakatlık ve ölümlerde sürekli devam eden bir azalma sağlanmalıdır.

5. 6 yaş altındaki çocukların en az % 80'inde diş taşı bulunmamalı, 12 yaşın altındaki çocuklarda da 1.5'den fazla çekilmiş, eksik ya da dolgulu diş olmamalıdır. (DMF-T 1.5'in altında olmalıdır).

- **HEDEF 9.** Şiddet ve Kazalar Sonucu Yaralanmaların azaltılması.

2020 yılına kadar, Bölgede şiddet ve kazalar sonucu oluşan yaralanmalar, sakatlık ve ölümlerde sürekli ve belirgin bir azalma olmalıdır.

- **HEDEF 10.** Sağlıklı ve Güvenli Fizik Çevre.

2015 yılına kadar, bölgede insan sağlığına zarar veren çevre kirliliğine neden olma düzeyleri uluslararası standartları aşmamalı ve insanlar daha güvenli bir fiziksel çevrede yaşamalıdır.

- **HEDEF 11.** Sağlıklı yaşam.

- 2015 yılına kadar, toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelidir.

- **HEDEF 12.** Alkol, ilaç ve tütüne bağlı zararın azaltılması.

2015 yılına kadar, bağımlılık yapan tütün, alkol ve psiko-aktif ilaçların tüketiminin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri tüm üye ülkelerde belirgin şekilde azaltılmalıdır.

- **HEDEF 13.** Sağlıklı Ortamlar.

2015 yılına kadar, bölgedeki insanlar, evde okulda iş yerinde ve yaşadıkları yerlerde daha sağlıklı fiziksel ve sosyal ortamlarda yaşama olanağına sahip olmalıdır. Özellikle;

1. Sağlığı koruyucu ve iyileştirici ailesel ve bireysel becerilerin artırılması yoluyla, ev çevresini güvenliği ve kalitesi geliştirilmeli ve fiziksel ev ortamında sağlığı tehlikeye atan etkenler azaltılmalıdır.
2. Birleşmiş Milletlerin "Özürlülere Fırsat Eşitliği Sağlayan Kurallarına" uygun olarak, özürlülerin sağlıklı ev iş, toplumsal ve sosyal yaşama ulaşım olanakları artırılmalıdır.
3. Ev ve iş kazaları hedef 10'da belirtildiği gibi azaltılmalıdır.
4. Çocukların en az % 50'si sağlıklı ana okullarda ve %95'i sağlıklı okullarda eğitime fırsatına sahip olmalıdır.
5. Şehirlerin, kentsel alanların ve toplumların en az %50'si sağlıklı şehirler ya da sağlıklı topluluklar ağının aktif üyeleri olmalıdır.
6. Orta ve büyük ölçekli şirketlerinin az %10'u kendilerini sağlıklı şirket/girişim ilkelerine adanmalıdır.

- **HEDEF 14.** Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu.

2020 yılına kadar, tüm sektörler sağlıkla ilgili sorumluluklarını kabul etmelidir. Özellikle;

1. Tüm sektörlerin karar vericileri kendi sektörlerinde sağlığa yatırımla elde edilebilecek yararları dikkate almalı ve politikalarını ve eylemlerini ona göre yönlendirmelidir.
2. Üye ülkeler, sağlığa olan etkileri feğerlendirme mekanizmalarını oluşturmali ve tüm sektörlerin politika ve eylemlerinin sağlık üzerine etkilerinden sorumlu tutulmalarını sağlamalıdır.

o **HEDEF 15.** Entegre Sağlık Sektörü.

2010 yılına kadar bölgedeki insanlar, esnek ve duyarlı bir hastane sistemi ile desteklenen aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmelidir.

o **HEDEF 16.** Hizmette Kalite Yönetimi.

2010 yılına kadar üye ülkeler, topluma dayalı hizmet programlarından klinik düzeyde bireysel hasta bakımına kadar hizmet sektörü yönetiminin elde edilmek istenen sonuçlara yönelik olmasını sağlamalıdır.

o **HEDEF 17.** Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Kaynakların Tahsisi.

2010 yılına kadar üye ülkeler, eşit ulaşım, maliyet-etkililik, dayanışma ve optimum kalite ilkelerini temel alan sağlık hizmetleri için sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsisi mekanizmalarına sahip olmalıdır. Özellikle;

1. Sağlık hizmetleri harcamaları, nüfusun gereksinimlerini karşılamakla birlikte uygun bir şekilde yapılmalıdır.
2. kaynaklar; sağlık üzerine etkisi, maliyet-etkililik ve mevcut bilimsel kanıtları dikkate alınarak; sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tedavi ve bakım hizmetlerine uygun şekilde tahsis edilmelidir.
3. Sağlık finansman sistemleri kapsayıcılığı, dayanışmayı ve sürdürülebilirliği garanti etmelidir.

o **HEDEF 18.** Sağlık Hizmetlerine Yönelik İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi.

2010 yılına kadar tüm üye ülkeler, sağlık personelinin ve diğer sektörde çalışanların sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygun bilgi, tutum ve becerileri kazanmaları sağlanmalıdır. Özellikle;

1. Sağlık personelinin eğitimi, iyi, kalitede geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri vermeye hazırlayan, klinik ve halk sağlığı uygulaması arasında köprü kurmasına yardımcı olabilecek düzeyde ve HİS politikası ilkelerine dayalı olmalıdır.

2. Planlama sistemleri, eğitilmiş sağlık personelinin sayı ve branşlarının mevcut ve gelecekteki ihtiyacı karşılayabileceğinden emin olunacak şekilde kurulmalıdır.
3. Tüm üye ülkeler, halk sağlığı liderliği, yönetimi ve uygulamasında uzmanlık eğitimi vermek için yeterli kapasiteye sahip olmalıdır.
4. Diğer sektördeki personelin eğitimi, HİS politikası ile ilgili temel ilkeleri özellikle o sektörlerin sağlığı nasıl etkilediği bilgisini içermelidir.

○ **HEDEF 19.** Sağlıkla İlgili Araştırma ve Bilgi.

2005 yılına kadar, tüm üye ülkeler herkes için sağlığı destekleyen bilginin daha kolay elde edilmesini, etkili kullanılmasını ve yayınlanmasını destekleyen sağlık araştırma, bilgi ve iletişim sistemlerine sahip olmalıdır.

○ **HEDEF 20.** Sağlık İçin Tarafların Harekete Geçirilmesi.

2005 yılına kadar, herkes için sağlık politikalarının uygulanmasında bireyler, kamu ve özel sektördeki grup ve kuruluşlar ile sivil toplum örgütleri harekete geçirilmelidir.

● **HEDEF 21,** Herkes İçin Sağlık Konusunda Politikalar ve Stratejiler.

2010 yılına kadar, tüm üye ülkelerin ülke, bölge ve yerel düzeylerde herkes için sağlık politikaları olmalı ve uygun kurumsal altyapılar, yönetsel süreçler ve yenilikçi liderlikle desteklenerek uygulanmalıdır (149).

Sağlığın Korunması ve geliştirilmesi konusundaki çalışmalar Avrupa bölgesi dışında diğer bölgelerde de ele alınmış, sağlık stratejileri ve politikalarının oluşturulması ile ilgili raporlar yayınlanmıştır.

1986 Ottawa (Kanada) Bildirgesi. 1.Uluslararası Halk Sağlığı Konferansı

1988 Adelaide (Avustralya) Bildirgesi. 2. Uluslararası Halk Sağlığı Konferansı

1991 Sundsvall (İsveç) Bildirgesi. 3. Uluslararası Halk sağlığı Konferansı

1993 Nairobi (Kenya) Bildirgesi Afrika Halk Sağlığı İçin Halk Hareketi

1993 Bangkok (Tayland) Bildirgesi Asya-Pasifik Bölgesi Halk Sağlığı

1995 Bahreyn (Birleşik Arap emirlikleri) Bildirgesi Sağlıklı Şehirler

1997 Cakarta (Endonezya) Bildirgesi 4. Uluslararası Halk Sağlığı Konferansı

2000 Mexico Konferansı Bildirgesi

Tablo 14: Sağlığın Geliştirilmesinde Beş Önemli Gösterge

	Sağlıklı Politikalar Geliştirme	Sağlığı Destekleyen Çevre Oluşturma	Toplum Katılımının Sağlanması	Bireysel Becerilerin geliştirilmesi	Sağlık Servislerinin yeniden düzenlenmesi
Ottawa 1986	+	+	+	+	+
Adelaide 1988	+	+	+	+	+
Sundsvall 1991		+	+		
Nairobi 1993		+			
Bangkok 1993		+			
Bahreyn 1995		+			
Cakarta 1997	+	+	+	+	+

Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile gerçekleştirilen Halk Sağlığı Konferanslarında sağlığın devamlılığını sağlayan ve destekleyen çevrenin oluşturulması tüm konferanslarda değinilen konu olmuştur. Sağlığın geliştirilmesinin sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olmadığı, sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesiyle sağlığın geliştirilebileceği ve iyilik halinin devam edebileceği belirtilmiştir. Bu konferanslarda değinilen ve bu seri kongrelerin ilki sayılabilecek olan Ottawa bildirgesinde açıklanan beş ana başlık Tablo 14.'te gösterilmiştir (76, 77, 78, 79, 80, 81, 82).

1986 Ottawa konferansında güvenlik, barınma, eğitim, besin, gelir, sürekli ekosistem ve kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik sağlığın temel ve zorunlu ön koşulu olarak kabul edilmiştir. Sağlığın geliştirilmesinde tüm sosyal gruplar arasında sağlık farklılıklarının ortadan kaldırılması sağlık kaynaklarına ve fırsatlarına erişimde eşitliğin sağlanması vurgulanmıştır. Sağlığı destekleyen çevrelerde bilgi, beceri ve fırsatlara sahip olan bireyler sağlıklı seçim yapabilirler. Bilgi ve beceriye sahip olmayan, sağlığı destekleyen çevreye sahip bulunmayan bireylerin sağlığı bireysel olarak geliştirmeleri beklenemez. Tüm bu fırsatların kadın erkek tüm bireylere sağlanması gerekir. Devletin sağlık, sosyal, ve ekonomi, sektörleri, devlet dışı ve gönüllü kuruluşlar, bölgesel otoriteler, endüstri ve medya, bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde büyük sorumluluğa sahiptirler ve bu sorumluluğu işbirliği içinde yerine getirmelidirler (81).

1988 Adelaide konferansı Ottawa konferansının devamı niteliğinde olmuş ve aynı konulara değinmiştir (76).

1991 Sundsvall konferansı Sağlığı Destekleyen Çevre konusu tartışılmıştır. Destekleyici çevrenin sosyal, politik, ekonomik yönleri ele alınmış ve özellikle sektörlere kadınların bilgi ve becerisin dahil edilmesinin ve iş gücünün kadın ve erkeler arasında dağıtılmasının önemi belirtilmiştir (77).

1993 Nairobi konferansı, Afrika'daki su kaynakları hijyen ve sanitasyonu, atıklar ve çevre kirlenmesi, besin ve beslenme, eğitim konularında gerçekleştirilmiştir (80).

1993 Bangkok konferansında da Nairobi konferansında olduğu gibi bölgesel sorunlara değinilmiştir. Asya-Pasifik bölgesinde su kaynakları, sanitasyonu, atıklar, barınma, kontrolsüz şehirleşmenin tarım alanlarına yaptıkları hasarlar, besin ve beslenme güvenliği, taşıt araçlarından kaynaklanan çevre kirliliği, çalışma koşulları, kaynaklarının tahsisi ve eşitlik, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi konferansın tartışma konularını oluşturmuştur (79).

1995 Bahreyn konferansı Bangkok ve Nairobi konferanslarında olduğu gibi sağlığı destekleyen çevre başlığı altında sağlıklı yerleşim yerleri ve su kaynakları, atıklar, besin güvenliği, barınma, hava kirliliği, eğitim konuları gibi konularda gerçekleştirilmiştir (78).

1997 Cakarta sağlığın geliştirilmesi konferansı, "Yeni Çağa Yeni Oyuncular"-21. yüzyılda sağlığın geliştirilmesinde öncülük sloganıyla Alma-ata'dan 20 yıl, İlk Sağlığın Geliştirilmesi Ottawa konferansından 11 yıl sonra farklı bir görüşle gerçekleştirilmiştir. Ottawa Bildirgesi, sağlığın geliştirilmesinde 20 yıl boyunca rehberlik yapmış, ilham kaynağı olmuştur. Sağlıklı Toplum Politikaları (Adelaide, Avustralya), Sağlığı Destekleyici Çevre (Sundsvall, İsveç 1991) Ottawa bildirgesine açıklık getiren konferanslar olmuştur. Cakarta Konferansı gelişmekte olan ülkeleri kapsamı ve özel sektör'ü de Sağlığı Destekleyici Çevre, Sağlığın Geliştirilmesi konularında sorumluluk yükleme, Halk Sağlığı Konferansları bildirgelerinde ilk defa gerçekleşmiştir (82).

Sağlık, insanın haklarının temelidir ve sosyal ve ekonomik kalkınmanın esas unsurudur. Ana hedef sağlık beklentilerinin artırılması, ülkeler ve gruplar arasındaki sağlık beklentilerinde bulunan farkların azaltılması olmalıdır. Cakarta Bildirgesi,

geleceğe yönelik vizyon belirler, 21. yüzyıl hedeflerinin ana hatlarını çizer. Başarının esasını Ottawa da ortaya konulan 5 kriter oluşturmaktadır.

Sağlığın ön koşulları barış, barınma, eğitim, sosyal güvenlik, sosyal ilişkiler, besin, gelir, kadının güçlendirilmesi, sürekli eko-sistem, kullanılan kaynakların korunması, sosyal adalet, insan haklarına saygı ve adalettir. **Tüm bunlara ek olarak sağlığın en büyük düşmanı yoksulluktur (82).**

Sağlık tehditlerine karşı yeni işbirliği ve yeni eylemler gerekmektedir. Geleneksel devlet sınırlarını aşarak devletler arası ve devlet dışı organizasyonların halk ve özel sektörlerinin iş birliği yapması zorunlu görünmektedir. Özel ve halk sektörleri sağlık konusunda sorumluluk altındadırlar.

- Bireysel sağlığa zarar vermekten kaçınmalıdırlar.
- Kaynakları ve çevreyi korumalıdırlar.
- Doğası gereği zararlı olan ürünlerin, özellikle silah, tütün gibi ürünlerin ticaretine kısıtlamalar getirilmeli, sağlıksız ürünlerin ticaretine caydırıcı önlemler alınmalıdır.
- Bireyler, alış veriş ve çalışma ortamlarında korunmalıdırlar.
- Sağlık politikalarının önemli bir parçası da eşitlik olmalıdır (82).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, geçen süre içinde sağlık sektörü çalışanlarının görevi olmaktan çıkmış, resmi ve özel, uluslararası ve ulusal kuruluşların, tüm sosyal kuruluşların, ailenin ve bireylerin görevi ve sorumluluğu şekline dönüşmüş, bunların arasındaki işbirliğinin gerekli ve önemli olduğu kabul edilmiştir (76, 77, 78, 79, 80, 81, 82).

FDI, WHO ve IADR 2020 yılı, yeni bin yıl için global hedefler belirlemek üzere düzenlediği çalışma gurubu bu amaçla bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda 2 ana, 10 alt amaç 16 ağız dış sağlığı hedefi belirlenmiştir (17, 61).

- **Ana amaçlar;**

1. Sağlığa ve psiko-sosyal gelişime etki eden kranyofasiyal ve oral hastalıklardan kaynaklanan hastalıkların etkisinin en aza düzeye indirmek, toplumun en çok etkilendiği sağlık durumunu geliştirmek ve hastalığın etkisini azaltabilmek için konunun üzerinde önemle durmak

2. Kraniofasial ve oral hastalıkların sistemik etkileri ortaya çıkarılarak toplumsal ve bireysel etkilerinin en aza indirilmesi için bu gerçekler doğrultusunda sistemik hastalıkların erken teşhis, koruma ve kontrol altına alınmasını sağlamak.

- **Amaçlar;**

1. Kraniyofasiyal ve oral hastalıklardan ölüm olaylarını azaltmak.
2. Kraniyofasiyal ve oral kaynaklı hastalıkları azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak
3. Öncelikli, sürdürülebilir, sağlığı geliştirici politika ve programları en iyi uygulamalar gözden geçirilerek yapılmak (kanıta dayalı)
4. Oral ve kraniyofasiyal hastalıkların önlenmesi ve kontrol edilebilmesi için maliyet-etkinlik açısından kabul edilebilir ağız diş sağlığı sistemleri geliştirmek.
5. Risk faktörleri yaklaşımını kullanarak sağlığa etki eden diğer sektörlerle Ağız Diş Sağlığının bakım ve geliştirilmesini entegre etmek.
6. Toplumun sağlığı kontrol etme isteğini güçlendiren ağız diş sağlığını Geliştirici programlar yapmak.
7. Ağız sağlığının takibi güçlü sistem ve metotlarla, uygulama ve sonuç bakımından takip edilmek.
8. Sosyal sorumluluk ve hizmet sağlayanların etik değerleri ve uygulamalarını geliştirmek.
9. Ağız diş sağlığını bakımından Ülkeler ve ülke içindeki sosyo-ekonomik gruplar arasında eşitsizlikleri azaltmak.
10. ağız diş sağlığı hastalık ve rahatsızlıklarının epidemiolojik araştırması konusunda çalışan sağlık çalışanlarının sayısını arttırmak.

- **2020 Hedefleri**

Ağız Diş sağlığı ile ilgili hedefler belirlenirken aşağıdaki konular göz önünde tutulmalıdır..

1. Ağrı
2. Fonksiyonel yetersizlik
3. Enfeksiyon hastalıkları
4. Oro-faryngeal kanserler
5. HIV enfeksiyonlarının ağız belirtilerini ortaya koymak
6. Noma
7. Travma
8. Kraniyo-Fasiyal anomaliler
9. Diş çürükleri

- 10.** Diş gelişim anomalileri
- 11.** Periodontal hastalıklar
- 12.** Ağız mukozası hastalıkları
- 13.** Tükürük bezi rahatsızlıkları
- 14.** Diş kaybı
- 15.** Sağlık servisleri
- 16.** Sağlık enformasyon sistemi (49, 61).

1.3. Sağlık Sistemleri

Bir ülkede toplumun, hastalıklardan korunması, hastaların tıbbi bakımı, rehabilitasyonun ve sağlığının geliştirilmesi için gerekli olan tüm örgütlenme, yönetim, sağlık insan gücü, finansman, harcamalar ve bunların arasındaki ilişkilerin tamamı sağlık sistemini oluşturur (58,135).

Tüm dünya ülkelerinde sağlık politikaları; Sağlık örgütlenmeleri, finansman kaynakları, bu kaynakların sağlık ihtiyaçlarına göre yönlendirilmesi, ve bunların yönetim organizasyonları ve sağlık sonuçlarıyla tanımlanmaktadır. Hizmeti hangi sağlık alanında kimler, kim için, hangi kaynaktan hangi ödeme yöntemiyle verecek ve hangi sonuçlarını elde etmek amaçlanmaktadır. Bu konular sağlık sistemini oluşturan unsurlardır (25,160). Sağlık sistemleri yaygın, kaliteli, sürekli, kolay ulaşılabilir olmalı, halkın ihtiyaçlarını karşılayan, hasta haklarına saygılı, kolay ulaşılabilir, sosyal, bölgesel, ve ekonomik farklılıkları azaltan insan odaklı olmalıdır. Hastalıkların prevalansı, insidensi, ekonomik, politik, çevre şartları toplumun ve sağlık hizmetlerini sunanların sosyo-kültürel yapısı, değerleri, sosyal, ekonomik, politik, ve çevre şartları, hastalık ve sakatlıkların prevalansı, sağlık sistemlerinin kuruluşunu ve gelişimini etkilemektedir (160, 180).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yayınladığı raporunda halk sağlığı ve bireysel sağlık alanında sağlık hizmetinin sağlanmasının ötesinde insan sağlığını etkileyen diğer önemli halk politikalarının genişletilerek nasıl bir sağlık sisteminin planlanacağı belirtilmiştir. Bu rapora göre:

1. Bir ülkenin sağlık performansının tüm sorumluluğu hükümetlerde bulunmaktadır. Toplumun sağlığının dikkatle ve sorumluluk içinde takip edilmesi, iyi yöneten bir hükümetin başta gelen görevidir.
2. Ulusal önceliklerin başında insan sağlığı gelmektedir ve bunun sürekliliğini ve kalıcılığını sağlamak hükümetlerin görevidir.
3. Reel olarak pek çok ülkenin sağlık harcamaları azalmaktadır. Bu durum, önlenemez hastalıklara nedeni ile toplumda sakatlıklara ve hayat kayıplarına neden olmaktadır.
4. Sağlık sistemleri, insanların sağlığını geliştirmenin yanı sıra onları, hastalıkların masraflarından da korumakla görevli olmalıdır.

Sağlık sistemlerinin iki yönlü hedefi vardır;

- Ortalama en iyi seviyede iyilik hali ve
- grup ve bireyler arasında mümkün olan en az farklılık.

Diğer bir ifadeyle, toplumda yaygın olarak sağlanabilen azami iyilik hali, hakkaniyetin azami düzeyde sağlanması, ayırım yapmaksızın herkese eşit sağlık hizmeti verilmesidir (30).

WHO'nun (21 Haziran 2000 Cenevre) 191 ülkeyi kapsayan 5 performans göstergesini kriter alarak genel sağlık hizmetlerini analiz etmiş ve sonuçlarını yayınlamıştır. Bu değerlendirmelere göre, en iyi sağlık hizmetini Fransa sağlamakta bu ülkeyi İtalya İspanya, Umman, Avusturya, ve Japonya izlemektedir. En büyük payı ABD'nin ayırmasına karşılık sağlık performans değerlendirmesinde 191 ülke arasında ancak 37. sırada yer alabilmektedir. İngiltere sağlık harcamalarına GSMH'nin %6'sını ayırmakta ve bu sıralamada 18. sırada yer almaktadır (30, 152).

1. Toplumun Genel Sağlık Seviyesi
2. Toplumun Genel Sağlık eşitsizlikleri (Sağlık seviyelerindeki farklılıklar)
3. Hasta memnuniyeti (Sistemin ne kadar iyi işlediği)
4. Hasta memnuniyetinin toplum içindeki dağılımı (Gelir düzeyleri arasındaki sağlıktan yaralanma farklılığı, hakkaniyeti)
5. Toplum üzerindeki finansal yük (Masrafları kim ödüyor?)

Sağlığa ayrılan kaynakların yeterli olması iyi bir sağlık sunumu için yeterli değildir. Ayrıca uygun sağlık sistemleri ve etkin uygulama da gerekmektedir.

Ağız diş sağlığı hizmetlerinin topluma yönelik planlanması ve sunumu sosyal ve tıbbi ihtiyaçların farklı olması nedeniyle farklı yapıda hizmet vermektedirler. Ağız diş sağlığı hizmetleri için bazı ülkelerde ayrı bir sistem bulunurken bazı ülkelerde de tıbbi sistemin içinde yer almaktadır (103).

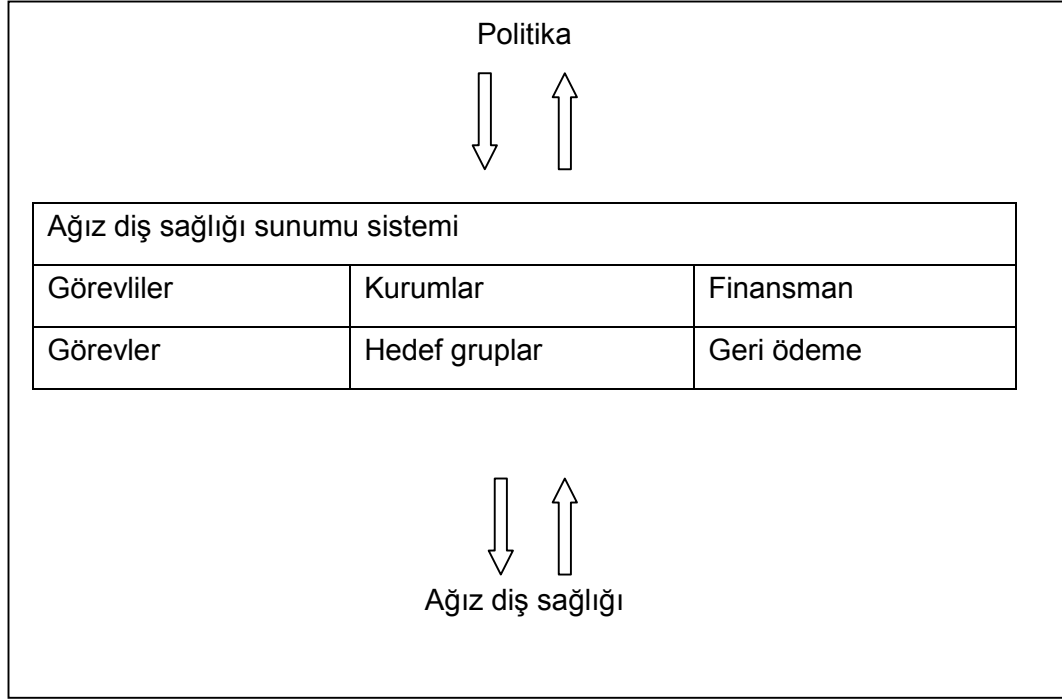
Ağız diş sağlığı hizmetleri, lisanslı ve eğitilmiş diş hekimleri tarafından topluma yönelik ve örgütlü olarak verilmeye 19 yüzyıl başlarından itibaren başlanmıştır. 20. yüzyılın başlangıcında sanayileşme, yaşam tarzı ve beslenme biçimini değiştirmiştir. Bunun sonucunda "bir medeniyet hastalığı" olarak tanımlanan diş çürüklerinde de artış gözlenmiştir. Diğer taraftan sanayileşme diş hekimliği teknolojisindeki gelişmeleri de beraberinde getirmiş bu gelişmeler diş hekimliğinden beklentileri değiştirmiş, diş hekimliği sağlık sunumunu ve sistemin yapısının değişmesine neden

olmuşlardır. 20.yüzyılın başlarında birkaç ülkede okul diş sağlığı programlarının uygulanmasına başlanmıştır (103).

1.3.1. Sağlık Hizmetleri Sunumu

Ağız diş sağlığı sistemi değişkendir. Toplumun demografik yapısındaki değişiklikler, ağız diş hastalıklarına neden olan sistemik hastalıklar, sosyal, politik, ekonomik yapıdaki değişiklikler, toplumsal normlar, milli politikalarda, yasalarda ve geri ödeme planlarında değişikliklere neden olmaktadır. Sağlık sistemleri içinde topluma yönelik ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetleri örgütü içinde Tablo15. ve Tablo16'da özetlendiği gibi gerçekleştirilmektedir (126).

Tablo 15. Sağlık Sistemlerinde Hizmet Sunumu



Tablo 16. Genel Ağız Diş Sağlığı Sektörünün Analitik Sınıflandırılması

Görevliler • Diş hekimi • Dental Hijyenist • Dental Terapist • Genel yardımcı • Dental asistan • Toplum Ağız ve Diş Sağlığı görevlileri • Kamu görevlileri • Diğer Sağlık Görevlileri	Kurumlar • Resmi kurumlar • Üniversiteler • İş yerleri • Hastaneler ve benzer tesisler • Okullar • Sağlık ve Diş sağlığı klinikleri • Mobil üniteler • Özel diş Muayenehaneleri	Finansman • Genel vergiler • Ek vergiler ve zorunlu sigorta • Çalışanların ve bireylerin sigorta ve ön ödemeleri • Özel gelirlerden doğrudan ödeme
		Geri ödeme • Hizmet Başına • Kişi Başına • Sözleşme • Maaş
Görevler • Politika geliştirmek ve uygulamak • Yönetim • Kalite kontrol • Araştırma • Profesyonel eğitim • Toplum ağız diş sağlığı eğitimi • Koruyucu servisler • Acil servisler • Tedavi servisleri • Rehabilitasyon servisleri	Hedef Gruplar • Yeni doğanlar • Okul öncesi çocuklar • Okul çocukları • Genç erişkinler • Erişkinler • Yaşlı erişkinler • Özel bakıma muhtaç gruplar (Evde bakıma muhtaç olanlar, askeri birlikler gibi özel görev grupları, Özel gelir grupları vs.)	Amaç • Uygun Ağız bakımı • Bilgi ve değerlerin geliştirilmesi • Ağız diş sağlığına uygun tutum ve davranışlar • Gençlerde düşük DMFs • Yaşlılarda dişsizliğin azaltılması ağız diş sağlığının geliştirilmesi

Kaynak: Pine CM Community Oral health

Konut, su, gıda ve güvenlik sistemlerinde olduğu gibi ağız diş sağlığı sistemleri de diğer sosyal sistemlerle önemli derecede etkileşim içindedir. Sosyal değişiklikler, hizmete ulaşımı ve ödeme gücünü azaltabilmektedir. Ülkenin ekonomik ve politik yapısındaki değişiklikler de diş sağlığı sistemine doğrudan etki etmektedir. Örneğin; GSMH oranlarındaki değişiklikler, ağız diş sağlığı ödemelerini diğer tıbbi hizmet ödemelerinden çok daha önce ve fazla etkilemektedir. Genellikle düşük gelir gurubunda olanlar, yüksek gelir gurubunda olanlara göre diğer etkenler ortaya çıkmadan, gelirdeki değişimlerden doğrudan etkilenmektedirler. Ağız diş sağlığı sisteminin uygun politikalarla yönetilmesi, toplumda kısa sürede davranış değişikliği ve ağız diş sağlığı durumunun geliştirilmesini sağlamaktadır (DMF değeri). Başarı erken ve geç sonuçların ölçülmesiyle değerlendirilmelidir. Elde edilen başarı sadece uygulanmakta olan sistemin değil, aynı zamanda sosyal ve çevresel faktörler ile sağlık ve ağız diş sağlığı sistemlerinin birlikte uzun yıllar uygulanmasının sonucudur (126).

1.4. Ekonomi ;

Ekonomi bilimi, üretim ile tüketime arasında dengenin nasıl sağlanacağı, üretim faktörlerinin nasıl kullanılacağını inceleyen bilim dalıdır. Ancak böyle bir tanım daha çok kapitalist sisteme uygundur. Çünkü kapitalist sistem piyasa koşullarına dayanmaktadır (75). Bu tanım sosyalist sistemler için uygun değildir. Ekonomi, bir tercihler bilimi olarak da tanımlanabilir (58, 74, 123, 119).

Ekonomi biliminin başlıca konusu ve amacı kıt kaynakların sonsuz olan ihtiyaçların maksimum tatminini sağlamaktır. İhtiyaçlar sosyal yapıya, cinse, yaşa vs. göre değişiklik göstermektedir (25, 58, 123).

İhtiyaçların tatmini faydaya bağlıdır. Fayda herkese göre değişebilmektedir. Doktora göre insan sağlığına faydalı olan, eğitimciye göre eğitime faydalı olan her şey ihtiyaçtır. Temel ekonomi konusundaki yazarlardan samuelsona göre ekonominin tanımı şöyledir;

“Ekonomi, insanların ve toplumların para kullanarak ya da kullanmadan, zaman içinde çeşitli mallar üretmek ve bunları bugün ve gelecekte tüketmek üzere, toplumdaki bireyler veya gruplar arasında bölüştürmek için, seçenek kullanım alanları olan kıt üretim kaynakları kullanmak konusundaki tercihlerini, kaynak dağılımı örüntüsünü geliştirmek ve daha etkili kılma yolundaki çabalarını, seçeneklerin maliyetlerini ve yararlarını inceler (25,126).

Bir başka ifadeyle;

Hangi hizmet, ne miktarda, kim tarafından, nasıl (hangi kurum ve teknolojik yöntemle), kim için (Toplumsal değişik sosyal grup ve kişileri), üretilmeli, sorularını en iyi şekilde yanıtlamalıdır (25, 158, 119).

-(iktisat blm giriş s.6 ihtiyaçlar)

1.4.1. Makro Ekonomi ve Sağlık

Makro ekonomi, toplam tüketim, toplam tasarruf, toplam yatırımlar, istihdam ve milli gelir değişimlerini bütün olarak içine alır. Makro ekonomi, ekonomiye “kuş bakışıdır”. Ülkenin fabrikalarına, ormanlarına, sağlığına, eğitimine kısaca tüm servetine bakar. Mikro ekonomi ülkeyi yürüyerek görmeye benzer. Makro ekonomi ormanı inceler. Mikro ekonomi ağaçları tek tek inceler. Ağaçların tek tek kuruyup yok

olması ormanı fazla etkilemez yerine yenileri ekilebilir. Ormanın tamamen zarar görmesi ülke ekonomisinin zarar görmesi gibidir. Keynes'de makro ve mikro ekonomi ayırımını şöyle yapar; Kişisel tasarruf mikrodur ve faydalıdır. Tasarrufların artması gelir artışını ifade etmektedir. Fakat makro düzeyde kişisel tasarruf artışı harcamaları kısıacak, harcamaların kısılması talebin azalması demektir. Talep azalması fiyatları düşürecek, yatırımlar azalacak ve milli geliri azalacaktır. Milli gelir azalınca da kişi başına düşen gelir azalacaktır. Çünkü gelirler yatırımlara bağlıdır ve birinin harcaması öbürünün gelirini yaratacaktır. Görüldüğü gibi mikro düzeyde özel çıkarlar, çoğu zaman makro düzeyde genel çıkarlara aykırı düşmektedir. Mikro ekonomi, kişilerin ve firmaların tercihleridir (74, 123).

Makro ekonomi ise toplumun tercih ve kararlarına dayanmaktadır. Mikro denge tüketici ve firma dengeleri üzerine kuruludur. Buna "kısmi denge" denir. Makro ekonomi toplam tasarruf–yatırım eşitliğini konu alır. Buna "genel denge" denir. Genel denge özet olarak şöyle ifade edilebilir; eğer tüketiciler harcamalarını attırırlarsa üretim uyarılır ve üreticilerin gelir düzeyleri yükselir, üretim faktörleri talebi artar, işsizlik azalır. Eğer tüketiciler harcamalarını kısıarlarsa (toplam talep azalırsa), üretim kısıılır ve üreticinin gelir düzeyi düşer. Bu da üretim faktörleri talebini azaltır. İşsizlik artar. Bu nedenle tüketicilerin kararları ile üreticilerin kararları arasında dengelerin kurulması genel dengelerin kurulmasında çok önemlidir (25, 175, 123).

19 yüzyılın başında klasik İngiliz iktisatçılar (Adam Smith, David Ricardo, Thomas Malthus, Stuart Mill) ekonomik durgunluğu (Stasyoner) makro bakımdan incelemişlerdir. Nüfus teorisi, rant teorisi, kar teorisi, miktar teorisi, sermaye birikimi makro analizlerdir.

Makro ekonomi, sağlık sektöründe çalışanların oranı, milli hasıladan sağlığa ayrılan pay gibi konuları içine alır. Sağlık harcamaları bir çok endüstrileşmiş ülkede 1960 ile 1990 yılları arasında iki katından fazla artmıştır. Diğer ülkelerde de bu harcamalar oldukça yüksektir. Sağlığa bütçeden ayrılan payın % 20 olduğu ve oldukça yeterli gibi görüldüğü bu ülkelerde bile yöneticilerin ve ekonomistlerin üzerinde durduğu bir başka önemli konu da sağlık hizmetlerinin dağıtılmasındaki adalettir (25, 158, 119).

Sağlık harcamalarını tamamen karşılamak ne kadar arzu edilse de bunu sağlamak olanaksızdır. Bu alanda yapılacak olan harcamalar eğitim taşımacılık,

savunma gibi sektörlere ayrılan payı azalma yönünde etkilemeyecek mi? Eğer etkilerse ne kadar?

Bir kısım ekonomistler sağlığın öncelikli olduğunu savunurken diğerleri sağlık harcamalarında ortaya çıkan artışları diğer sektörlerdeki artışla kıyaslamaya başlarlar. Sağlığa ayrılan kaynakların her zaman planlı ve etkin olması önemlidir. Bunu sağlamanın yolu da ekonomistlerin ve sağlık yöneticilerinin işbirliği yapmasından geçmektedir (126, 119).

Bu işbirliğinden de etkili ve verimli sonuçlar elde etmek için her iki tarafın rahatlıkla iletişim kurabileceği ortak dillerinin olması gerekir. Sağlık yöneticileri, ekonomistleri hayat kurtaran sağlık hizmetlerinin önemli bir ahlaki değer olduğunu göz önünde bulundurmadıklarını düşünürler. Ekonomistler de sağlık hizmetlerinde kısıtlı kaynaklarla maksimum yararı sağlamanın sıkıntısı içinde sağlık yöneticilerinin taleplerini geri çevirmek zorunda kalmaktadırlar. Özellikle hizmet sunumunda ve yönetiminde temel roller üstlenen hekimlerin de bir şekilde ekonomiyi öğrenmeleri şarttır. Çünkü hekimler hem ücretleri hem de sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşlara olan başvurular, teşhis ve terapi ile ilgili verdikleri kararlarla ulusal düzeydeki toplam sağlık harcamalarının en az $\frac{3}{4}$, ünü etkileyebilmektedirler. Gerek hastanın gerekse hekimin, verilen sağlık hizmetinin maliyetlerini düşünmesini gerektirmeyen finansman modellerine sahip sağlık hizmeti sunum sistemlerinde (örneğin sosyal sigorta veya kapsayıcı sağlık hizmet sunumu) bu katkı çok daha belirgindir. İşte tüm bu nedenlerden dolayı potansiyel ve mevcut sağlık yöneticileri ekonomik kuralları ve teorileri bilmeleri zorunludur (25, 58).

1.4.2. Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi, “ekonomi kurallarını sağlık hizmetleri alanına uygulanmasıyla ortaya çıkan bilim dalıdır”. Bu genel yaklaşımla sağlık ekonomisi, “sağlık sektörüne ayrılmış tüm kaynaklarının (Sermaye, iş gücü, binalar, tıbbi ekipman vs.) en üst düzeyde sağlık hizmeti üretmek amacıyla en etkili ve verimli şekilde nasıl kullanılacağı ve üretilen bu hizmetin topluma en iyi şekilde bölüştürüleceğini amaçlayan bilim dalı” olarak tanımlanabilir. (58, 158, 119).

Sağlık ekonomisinde farklı iki yaklaşım vardı;

-Sağlık konularına ekonomi yaslarını uygulayan ekonomistlerin görüşleri. Bu görüş sağlık ekonomistleri arasında sağlık profesyonellerinden daha fazla ilgi görür.

Ayrılan kaynaklar diğer alanlarda yapılacak harcamalardan kısıtlamaya gidilmesini gerektirecektir. Eğitim, ulaşım, savunma giderleri sağlığa ayrılan paydan etkilemeyecektir (119).

-Sağlık profesyonellerinin görüşleri. Uygulanan sağlık ekonomisi kurallarının halkın sağlığına olan etkisinin araştırır. Sağlık ekonomisi bu iki görüşün birlikte hareket ettiği bir alandır. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların planlı ve etkin kullanılması önemlidir (119).

- **Pozitif Ekonomi;** Ekonominin gerçekleriyle çalışır. Toplumlarda ekonomi yasalarının nasıl işlediğini inceler ve bir ekonomik hareketin diğerini nasıl etkilediğine bakar, sağlık politikalarının belirlenmesinde kullanılmaz. Ancak uygulanan politikaların sonuçlarına bakar.

Örneğin; Ekonomik gelir düzeyindeki artışın dış sağlığı hizmetlerine olan etkisini inceler.

Normatif Ekonomi; Çeşitli faktörlerin değişiminin sağlık ekonomisine etkisini tahmin etmeye çalışır. Kurallar ve standartlar hakkında yargıda bulunurlar. Sosyal uyumludur. Kişisel görüş ve değerlerin sağlık ekonomisine olan etkisi oldukça fazladır. Bazı sağlık ekonomistleri serbest ticaretten yanadırlar. Hekim ve hastanın biri birlerini özgürce seçmelerini isterken, karşı görüşte olanlar sıkı denetimden yanadırlar.

Ekonomik faaliyetler bireysel hizmet sunanlar ile tüketiciler arasındaki faaliyetler üzerine kurulmuştur ve bu iki taraf **pazarı**, (Sağlık Hizmetleri Piyasası'nı) oluşturur.

Pazarın ticari ilişki özelliklerini ticari esaslı açıklamaya ve yasalar hakkında karar verme aşamasındaki faaliyetleri **mikro ekonomi'nin** konusunu oluşturmaktadır.

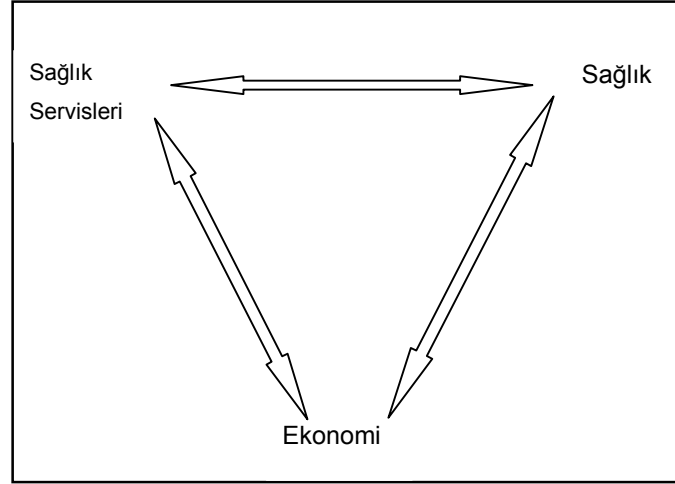
Milli hasıladan sağlığa ayrılan pay, hizmet sektöründe çalışanların oranları gibi konulardaki faaliyetler de **makro ekonomi'nin** ilgi alanına girmektedir (25, 74,158, 119).

1.4.3. Mikro Ekonomi ve Sağlık

Mikro ekonomi tek tek piyasaları inceler. Piyasaların analizini yapabilmek için üretici ve tüketici olarak iki tarafın hareketlerinin bilinmesi gerekir (74).

Kişisel sağlık, bireysel finans ve sağlık servisleri biri birleriyle çok yakın ilişki içindedirler (Şekil 1). İyi bir sağlık durumu sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltır.

Örneğin; Çocukluğunda ve erişkinliğinde iyi bir ağız diş sağlığına sahip olan bireyin ileri yaşlarında daha az periodontal tedavi, kron-köprü ihtiyacı ve çürüğe eğilimi olacaktır.



Şekil 1. Sağlık, Ekonomi ve Sağlık Servisleri

Farklı program seçeneklerinden en fazla fayda sağlayacak olanın seçilmesidir. Sonuçlar “Kalite Eklenmiş Yaşam Süresi” (Quality Adjusted Life Years-QALY) maliyeti veya “sağlıklı gün” maliyeti olarak hesaplanır. Maliyet–fayda analizinde faydanın en iyi şekilde ölçümü “Bu faydayı sağlamak için kaç lira ödemeye razı olursunuz” gibi sorularla faydanın parasal değerini sormaktır. Buna “Ödemeye gönüllülük” denir (25, 58).

1.5. Sağlık Finansmanı ve Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin yeterli ve sürekli sunumu için kaç liranın gerekli olduğu, bu paranın kimler tarafından ödeneceği, kaynaktan kimlerin yararlanacağı, hangi hizmetler için ne kadar harcanacağı ve bu sistemin kimler tarafından kontrol edileceği ile ilgilenmektedir. Sağlık finansmanının iki kaynağı vardır. **Doğrudan finansman.** ve **dolaylı finansman** yöntemi Doğrudan finansman yönteminde hizmeti kullanan bedeli cebinden öder ve risk paylaşımı yoktur. Dolaylı yöntemde arada üçüncü taraf vardır. Hizmet sunan ile hizmeti alan arasında ödemeleri düzenler ve riski tüketicilerle paylaşır Burada aracı kurum vergi gelirleriyle finanse edilen devlet, sigorta primleri ile finanse edilen sigorta kuruluşu veya aidatlarla finase edilen yardım sandığı olabilir (Third party) (25, 58).

•**Sağlık hizmetlerinin finansman modeli ne olursa olsun aşağıdaki şartları yerine getirmesi gerekmektedir.**

1. Hakkaniyet
2. Kaynakların toplanması ve sistemin yönetim maliyetleri düşük olmalıdır.
3. Kaynak akışının devamlılığı sağlanmalıdır.
4. Toplum bireyleri tarafından kabul edilebilmeli ve memnuniyet sağlanmalıdır.
5. Öncelikli olmayan konuları finanse etmemelidir.
6. Hizmet sunucuları arasında rekabeti sağlamalıdır.
7. Sağlık hizmetlerinin “kullanımının ve maliyetlerinin” sürekli denetlenmesine olanak sağlamalıdır.
8. Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmelidir.
9. Hizmeti finanse eden tarafı, hizmet sunanların karşısında pazarlık sırasında güçlü konumda bulundurmamalıdır.
10. Hizmet sunanları gereksiz hizmet sunumuna, hizmet kullananları da gereksiz hizmet talebine yol açmamalıdır.
11. Paranın hastayı takip etmesini sağlamalıdır (25,58, 173).

1.5.1.1. Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin 4 temel finans kaynağı vardır.

1. Hastanın geri ödenmeyen direkt harcamaları.
2. Özel sigorta
3. Sosyal sigorta (İşçi ve işverenin katılımı ile)

4.Devletin vergiden ayırdığı kaynak (Devletin merkezi ve bölgesel vergilerinden ayrılan pay) (25, 127, 40, 58, 59).

Dünya Sağlık Örgütü'nün ideal sağlık harcaması GSMH'nin % 5-7'si civarındadır. OECD ülkeleri sağlık harcamalarının GSMH'ya oranına bakıldığında bu oranın gelişmiş ülkelerde %7-10 civarında olduğu görülmektedir. Ülkemizde bu oran % 3-3.5 civarındadır. Ülkemizde kişi başına yapılan yıllık 110\$ lık sağlık harcamasının %3-5 kadarı ağız diş sağlığı hizmetlerine ayrılabilir ve kişi başına yılda 3.3-5.5 \$ civarında harcama yapılabilir. Kişi başına sağlık harcaması ABD'de 4.090\$ Almanya'da 2.348\$, İsviçre'de 2.225\$ ve OECD ülkeleri ortalaması 1.709\$ iken ülkemizde 110\$ civarında olduğu hesaplanmıştır. Finansman Kaynağının Hekim ve Hasta Davranışlarına Etkisi;

Hastanın yüksek oranda harcamalara katılması aldığı hizmetin bedelini ve şeklini sorgulamasına neden olurken Hekimin de tedavi planlamasında hastanın durumunu daha fazla göz önünde bulundurmasını sağlar. Devletin harcamaları düzenlemesi hizmeti kontrol eden diğer bir mekanizmadır (34, 58, 71,).

1.5.1.1.1. Hekime Geri Ödemenin Dört Değişik Yöntemi Vardır.

- 1.Devlet veya sigorta kurumundan hekime ödeme yapılır.
- 2.Aracı kurum+hasta katılım payı ayrı ayrı hekime ödenir.
- 3.Hasta, katılım payını sigorta aracı kurumuna öder toplam bedel hekime kurum tarafından ödenir
- 4.Parsiyel veya total olarak ödeme hastaya yapılır, toplam bedel hasta tarafından hekime ödenir.

Bunların uygulanmaları ve etkileri farklıdır.

Hekime Yapılan Ödeme Planları;

- 1.Hizmet başına ödeme
- 2.Maaş ödeme.
- 3.Kişi başına ödeme
- 4.Bazı durumlarda bunların kombinasyonu.

Hizmet başına ödeme tedavi hizmetlerini arttırırken.

Kişi başına ödeme koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarır (25, 58, 62,63, 64).

1.Kişi Başına Ödeme (kapitasyon)

Bu ödeme planı İngiltere’de 1983-1984 yıllarında Sağlık Dairesi (Department of Health) ve Diş Hekimleri Odasının (British Dental Association) Ortak çalışma gurubunun ısrarı ile kurulmuş ve 1984-1989 yılları arasında bir pilot çalışmayla test edilmiştir. Sistem 0-16 yaş gurubuna uygulanmış, ilk girişte tedaviler hizmet başına ödeme planıyla yapılmış devamında kapitasyon planı uygulanmıştır (69, 73, 101). Hizmet başına ödeme esasına dayanan pahalı planlar nadiren uygulanmıştır. Tedavileri tamamlanan yeni hastaların ebeveynleriyle sözleşme yapılarak sisteme dahil edilmesi sağlanmıştır (62, 63, 64).

Sözleşme 12 aylık üzerinden yapılmakta, eğer istenirse tekrar 12 aylık sürelerle uzatılmaktadır. Sözleşmede diş hekimi, hastanın ağız diş sağlığını korumayı, ebeveyn de çocuğunu gerektiği zaman kontrole getirmeyi kabul etmektedir..

Hizmet ücreti üç yaş gurubuna farklı uygulanmaktadır. Yaş ilerledikçe ücret te artmaktadır. 0-5 yaş 16.20 £, 6-12 yaş 25,20 £ 13-15 yaş 32.40 £, Ücret 12 aylık eşit taksitler halinde ödeniyor, 16 yaşından sonra erişkinler gurubuna geçerken hizmet başına ödeme planına göre tedaviler yapılıyor.

Pilot uygulama sonucunda;

- Hizmet başı ödemeye göre daha çok çürük, daha az dolgu yapıldığı gösterilmiştir.
- Çürük nedeniyle çekim iki sistemde de eşit olarak bulunmuştur.
- Kayıp diş sayısı az farkla kişi başına ödemede daha az bulunmuştur.

Kişi başına ödeme planına göre çalışan diş hekimleri ile hizmet başına çalışan diş hekimlerinin çalışma felsefeleri farklıdır. Bu felsefe farklılığı kişi başına ödeme planına göre çalışan diş hekimlerinin hizmet başına ödeme planına geçişlerinde de etkili olmuştur.

- Hizmet başına ödeme planına göre çalışan diş hekimleri başlangıçta mine çürüklerini kaydederken kişi başına ödeme planına göre çalışan hekimler bunları gözardı etmektedir. Bunu kişi başına ödeme planına göre çalışan diş hekimleri sistematik olarak yapmaktadır.
- İki grup arasında acil tedavi ihtiyacı yaklaşık aynı oranda saptanmıştır.
- Kişi başına ödeme planına göre çalışan diş hekimleri başlangıçta gözardı ettikleri mine çürüklerini ilerdeki seanslarda tedavi etmişlerdir.

- Kişi başına ödeme planına göre çalışan hekimler daha seyrek randevu vermektedirler
- Daha az film çekmeleri nedeni ile izafi olarak diş çürüklerini daha çok gözardı ediyor gibi görünmektedirler.
- Kişi başına ödemeli plana göre çalışan diş hekimleri çürüğü daha çok önlemeye çalışmaktadırlar.

Üç yıl süreyle bu iki plan test edilmiştir.Sonuçta;

- Kişi başına ödeme planlarında diş hekimleri kendini daha özgür hisetmişler
- Koruyucu hizmet daha fazla uygulanmış
- Diş hastalıkları hakkında ailelere daha fazla bilgi verilmiştir
- Her iki sistemde de daha az topikal flor uygulaması ve fissür örtücü uygulanmıştır.
- Aileler her iki sistemden de memnun olduklarını belirtmişlerdir.
- Koruyucu hizmetlerin etkileri araştırmanın yapıldığı 3 yıl içinde yeteri kadar görülemez. (62, 63, 64)

Tablo 17. Hasta Açısından

Kişi Başına Ödeme	Hizmet Başına Ödeme
1.Hizmetten yararlanma fazla.	1. Daha az hizmetten yararlanma
2.Koruyucu hizmet fazla.	2.Daha az.koruyucu hizmet
3.Restorasyon daha az.	3.Daha fazla restorasyon.
4.Bakım hizmetlerinde süreklilik.	4.Bakım, hasta başvurduğu zaman.
5.Çekim biraz daha fazla.	5.Daha fazla tedavi.
6.Daha az ileri tedavi.	6.İleri tedavi daha fazla.
7Hasta ve ailesine daha fazla öneri.	7.Hasta ve ailesiyle daha az konuşma.
8.Daha düşük pirim	8.Daha yüksek pirim
9.Daha az katkı payı	9.Daha yüksek katkı payı

- Her iki sistemde de acil ihtiyacı düşük, gece ve hafta sonu acil talebi kişi başına ödemede daha fazla
- Kişi başına ödeme planlarında idari sorunlar ve karmaşık işlemler daha fazladır. Ödeme tablolarının kontrolü, formların doldurulması zor ve zaman alıcıdır (29, 62, 63, 64).

Finans kaynağı, hekime ödeme planı, hastanın katkı payı ve hekime geri ödeme yöntemleri bütün olarak düşünüldüğünde hizmeti, hekim ve hastalar açısından farklı şekillerde etkilemektedir (18, 25,58).

Hekime kişi başına ve hizmet başına yapılan ödeme planlarının hastayı nasıl etkilediği aşağıda tabloda gösterilmiştir.

Tablo 18. Hekim Açısından

Kişi Başına Ödenme Ödeme	Hizmet Başına Ödeme
1.Daha fazla serbestiyet.	1.Kontrol fazla.
2.Daha az bürokrasi.	2.Bürokrasi fazla.
3.Düzenli gelir.	3.Gelir düzensiz. Hizmet gerçekleştikçe.
4.Daha az stresli.	4.Daha fazla stresli.
5.Mesleki doyum fazla.	5.Daha az mesleki tatmin.
6.Hasta memnuniyeti fazla.	6.Hastayla daha az karşılaşma.

1.5.1.1.2. Hizmet Başına Ödeme Açık Panel (Fee for Service Open Panel)

Sigorta poliçe sahibi hekim seçmekte serbesttir. Poliçe sahibi dış hekiminden aldığı hizmet karşılığını doğrudan hekime öder veya hekim fatura bedelini sigorta kurumundan tahsil eder. Ödeme miktarları ödeme tablolarında önceden belirtilmiştir. Hekim hastadan eğer uyguladığı fiyatlar sigortanın ödediği fiyattan fazlaysa bu farkı hastadan isteyebilmektedir (18, 126).

1.5.1.1.3. Hizmet Başına Ödeme Sözleşmeli Hekim (Fee For Service Participating Provider)

Tipik profesyonel sigorta modelidir. Blue Cross, Blue Shield ve Delta Plan'ın uyguladığı modeldir. Dış hekimi ile sigorta kuruluşu arasında önceden sözleşme yapılır. İsteyen hekim bu sözleşmeyle sağlık hizmeti verebilir. Ancak bu tip sigorta modelinde hekim hastadan sözleşmeyle kabul edilen fiyatlardan daha fazla ücret talep edemez. Ancak hastadan fark talep edememe tartışmalara neden olabilmekte, hekimler ve dış hekimleri fiyat farkının olması durumunda aradaki bu farkı hastaya fatura etmek istemektedirler. Bu modeli uygulayan ülkelerde dengeleyici fatura "Balance billing" konusu sıklıkla mahkemelere yansımakta ve yeni yasaların hazırlanmasını gerektirmektedir. Son zamanlarda birçok dış hekimi bu programa katılmaktadır. Ödeme garantisi bulunması nedeniyle dış hekime %5 daha az ödeme yapılabilenekte, bu durum Blue cross/Blue shield ve Delta dental'e piyasada avantaj sağlamaktadır. Bu durumda diğer sigorta şirketleri de müşterilerine değişik avantajlar içeren sigorta paket programları sunmaktadırlar (18,27, 33, 39,126).

Kişi Başına Ödemeli Sistemden Hekimlerin Şikayetleri;

- Yeni hastanın sisteme giriş zorluğu
- Kontratın her yıl yenilenmesi
- Hastanın 16 yaşından sonra hizmet başına ödemeli plana geçişte karşılaşılan zorluklar.
- Hastanın bir hekimden diğerine geçişi sırasındaki zorluklar.
- Özel yaş gruplarının rapor edilmeleri
- Formların özel renklerde olmalarına ve kodlanmalarına ve farklı dairelere gönderilmelerine rağmen hekimler standart formalara uyum sağlamakta güçlül çekmişler ve kendi formlarını kullanmışlardır.
- Yenilenen kontratların hangi hastaya ait olduğu, diş sağlığı durumunun raporlanması, özel yaş gruplarının raporlanması hekimlere gereksiz iş gibi gelmektedir.
- Katılımcı diş hekimlerinin büyük bölümü bürokratik yükün azaltılması ve ücretlerin kabul edilebilir seviyede olmaları durumunda Kişi Başına Ödeme planlarının kabul edilebilir olduğunu bildirmişlerdir.
- Hekimler kişi başına ödeme planına göre hizmet alan hastalarının eski sisteme dönmelerinden hoşlanmıyorlar.
- Travma nedeniyle tedavi ve ortodontik nedenlerle çekimlerin kişi başına ödeme planının dışında tutulmasını istiyorlar (64).
- Hekimin gelirini hastaların ek ödemeleri belirler.

Özellikle hastalar farklı primle sisteme katılmaktadırlar. Farklı katkı payı ve diş hekiminin bulunduğu muhite göre farklı yol, zaman gibi dolaylı bedel ödemektedirler. Primler çalışanın geliri ve işverenin katkı payı ile ödenir. Gelir arttıkça diş hekimine talep artmaktadır (64).

Serbest seçim ve katkı paysız hizmet sağlanması durumunda hizmet başına plan, katkı payı değişince kişi başına ödeme planı seçiliyor.

Bir planın diğerine üstünlüğü bulunmuyor. Planlar piyasa şartlarına göre ilgi görüyor (29, 62, 63, 64).

1.5.1.1.4. Fiyat Belirlenmesi:

Bilgi açısından hasta ile hekim arasında büyük farklılıklar vardır. Hastaların talepleri ile hekimin önerdiği tedavi ve bunun fiyatları oldukça farklıdır. Sonuçta hastanın tahminleri ile gerçek değer arasında fark büyük büyük olmaktadır (126).

Bu durumda üçüncü bir taraf fiyatları belirlemektedir. Giderler belirli bir fiyat çevresinde toplanmaktadır.

Sağlık alanındaki analizler bir hastalığın ortaya çıkardığı “doğrudan ve dolaylı” olmak üzere en az iki maliyet boyutunu ölçmektedir.

Doğrudan maliyet; Bir hastalığı ortadan kaldırmak için verilen sağlık hizmetleri sırasında gerçekleşen hekim ücreti, ilaç vb. gibi maliyetleri içermektedir.

Dolaylı Maliyet; Hastanın doğrudan tedaviyi ilgilendirmeyen konularda karşılaştığı ekonomik kayıpların ortaya çıkardığı maliyetlerdir. Hastanın kendisi veya çocuğu için ücretsiz izin alması, sağlık merkezine ulaşınca kadar yaptığı harcamalar, sağlık merkezinde geçen süre içinde yaptığı yiyecek içecek masrafları tedavi için doğrudan gerekli olmayan fakat dolaylı olarak yapılan harcamalardır (27, 34)

1.5.1.1.5. Sosyal Maliyet;

Sağlık merkezine gidinceye kadar karşılaşılan parasal olmayan sosyal güçlükleri kapsar. Parasal değerini belirlemek güçtür ve sübjektif bir değerdir. İşyerinden izin almanın güçlüğü ve rahatsızlığı, yolda çekilen sıkıntı, bekleme sırasında çekilen sıkıntılar, tedavi için birden fazla birime başvuru durumunda karşılaşılan güçlükler bürokrasi vb. gibi konuları kapsamaktadır (25).

1.6. Sosyal Güvenlik Sistemleri

Sosyal sigorta sistemleri, risklerin gerçekleşmesi durumunda gurubun önceden birikim yapmış bireylerine bu birikimden gerekli yardımı dağıtmak amacıyla kurulmuştur. M.Ö. 4500 Mısırdaki yardım sandıkları olduğu bilinmektedir. Taş işçileri kendi aralarında oluşturdukları bir fonda para biriktiriyorlardı ve bu parayı aralarından biri öldüğünde ailesine yardım olarak veriyorlardı.

M.Ö. 2250 Babil’de kervan tüccarlarının borçlarının silinmesi uygulaması görülmektedir. Avrup’da sigortacılık önce denizcilik alanında 12. yy.da İtalya’da kargo gemilerinin zararlarını karşılamak için bir fon kurulmuştu. Osmanlıda ahilik 12. yüzyıldan başlayarak yirminci yüzyıla kadar esnaf ve sanatkarın yaşamlarını sosyal güvence altına almıştır. Osmanlı döneminde ve ondan önce de Anadolu’da her esnaf gurubunun bir yardım sandığı bulunurdu. Sosyal sigorta, gönüllü derneklerin, üyelerine işsiz kaldıklarında veya sağlık ihtiyaçları için mali kaynağa gereksinim duyduklarında, onlara yardım amacıyla kullanmak üzere birikim yapmalarıyla başlamıştır (20).

1.6.1. Genel Sağlık Sigortalarının Tarihçesi

Genel sağlık sigortalarının ilk uygulaması 1883 yılında Almanya’da başlamıştır. 2003 yılında 120 yaşında olan bu dünyanın en eski sigortasında fonlara katılım başlangıçta isteğe bağlıyken, daha sonra zorunlu hale getirilmiştir. Kaza, yaşlılık, uzun süreli sakatlık, zor günler ve işsizlik sigortası yasaları sırasıyla 1927 yılına kadar yürürlüğe girmiştir (44, 58, 127,164). İş verenler tarafından kurulan ve “**Bismarck**” modeli olarak bilinen, çalışanlardan toplanan pirim esasına dayalı bu sosyal güvenlik modeli bazı değişikliklerle Avrupa ülkelerinde de kısa sürede uygulanmaya başlamıştır (44).

1888 de Avusturya, 1911 İngiltere, 1945 Fransa, 1955’te de İsveç’te genel sağlık sigortası kurulmuştur. Toplanan gelir vergilerinden finansmanı sağlanan sigorta modeli (**Beveridge**) olarak bilinen sigorta modelidir. Sosyal refahın geçerli olduğu gelişmiş Avrupa ülkelerinde sağlık sigortaları’nın örgütlenmesi ve finansmanı devletin kontrolünde, sigortacılık temel esasları doğrultusunda gelişmesini sürdürmüştür. Avrupa’da tüm sosyal sigorta modelleri aynı esasa dayalı olmalarına rağmen ülkelerin sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklar

nedeniyle biri birlerinden oldukça farklıdır. Sosyal sigorta esasına dayalı sigortaya sahip ülkelerin sağlık fonlarının geliri sigortaya yapılan katkılardan sağlanmaktadır. Örneğin, 1990 yıllarının ilk yarısında Fransa'da toplam sağlık hizmetlerinin finansmanının %70'ini Almanya ve Hollanda'da da %60'ını bu fonlara yapılan katkılar aracılığı ile sağlamışlardır. Tüm ülkelerde sosyal sigorta fonları devlet tarafından genel vergi gelirlerden sübvansiyon edilmektedir (44).

Tablo 19. Bazı Sos. Sig. Sistemlerinde Primler ve Devlet Sübvansiyonu (1990)

Ülke	Primler %	Devlet Sübvansiyonu %
Avusturya	88.0	12.0
Belçika	58.0	42.0
İsviçre	73.9	14.1

Kaynak OECD

Sosyal sigortanın amaçladığı gibi vasıfsız işçileri de sigorta kapsamına alabilecek şekilde geliştirilebilmesi için şu dört bileşenin kullanılması gerekmektedir.

- Sosyal sigortayı zorunlu kılarak riskin yayılması
- Üyelerin katkılarının bir kısmını karşılayabilecek işveren
- Kar amacı gütmeyen kamu ve yarı kamu kuruluşların aracılığı ile sigorta hizmetinin sağlanması
- Düşük ve yüksek gelirli kişilerin arasındaki dengeyi sağlayacak bir sistemin geliştirilmesi (44)

Dünyada ve ülkemizde devletin veya kamu kuruluşlarının sağlamakta olduğu değişik sosyal güvenlik paketleri vardır. Bu güvenlik paketleri sağlık emeklilik, sakatlık, dul ve yetim güvencesi işsizlik gibi konularda teminat sağlar. Devletin ve kamunun sağladığı sosyal güvenlik paketi çoğunlukla çalışan sigortalıyla beraber aileyi de kapsamaktadır (Aktif ve pasif sigortalı).

Kıt kaynaklarla sağlık hizmetlerinin finansmanını adaletli bir şekilde sağlamak, ulusal politika belirleyicileri için önemli sorunlardan biridir. Sağlık hizmetlerinde; Vergilendirme, sosyal sigorta primleri ve diğer katkılar, özel sigortalar, cepten yapılan harcamalar olmak üzere dört ana finansman kaynağı bulunmaktadır.

Bu dört kaynak;

Kamu ve zorunlu sistemler (Sosyal sağlık sigortası ve genel vergiden ayrılan pay) İsteğe bağlı sistemler (İsteğe bağlı sigorta ve cepten ödeme) olarak ikiye ayrılabilir.

Avrupa'da bir çok sağlık sistemi bu dört finans kaynağının karması olarak düzenlenmiş olmalarına rağmen ağırlıklı kamu finans sistemlerine veya oluşturmaya çalıştıkları kamu finans sistemine göre beş grupta toplanabilir.

Bu gruplar;

Bismarck modelini esas alan iyi kurulmuş sağlık sistemleri. (Sigortaya dayalı)

Bismarck modeline göre kurulmuş ancak geçiş döneminde olan sağlık sistemleri.

Beveridge modeline göre iyi kurulmuş sağlık sistemleri (vergiye dayalı).

Sigortaya dayalı olan sistemden henüz vergiye dayalı sisteme geçme yolunda olan sistemler (Tablo20).

Tablo 20. Uygulanan ve Planlanan Finansman Yönetimine Göre Avrupa Bölgesindeki Ülkeler

Sigortaya Dayalı Sistem	Vergiye Dayalı Sistem	Merkezi Sistemden Sigortaya Dayalı Sisteme Geçiş	
İyi kurulmuş (1)	İyi kurulmuş (3)	BDT ülkeleri	ODA ülkeleri
Avusturya	Danimarka		
Belçika	Finlandiya	Arnavutluk	Ermenistan
Fransa	İzlanda	Bosna Hersek	Azerbaycan
Almanya	Norveç	Bulgaristan	Beyaz Rusya
Lüksemburg	İsveç	Hırvatistan	Gürcistan
Hollanda	İngiltere	Çek Cumhuriyeti	Kazakistan
İsviçre		Estonya	Kırgızistan
		Macaristan	Moldova Cumhuriyeti
Geçiş Döneminde (2)	Geçiş Döneminde (4)	Litvanya	Rusya Federasyonu
Eski Alman Demokratik Cumhuriyeti	Yunanistan	Letonya	Tacikistan
İsrail	İtalya	Polonya	Ukrayna
Türkiye	Portekiz	Romanya	Özbekistan
	İspanya	Slovakya	
		Slovenya	
		Eski Yugoslavya	
		Makedon Cumhuriyeti	

Bu sınıflandırmalar genellikle kamu finansmanı düzenlemesine dayalı olmakla beraber tam olarak "saf" bir sistem yoktur. Vergiye dayalı Beveridge finans sistemleri

içinde sosyal sigorta elemanlarını da barındırır. Bismarck sigorta modeline dayalı finansman sistemleri vergiye dayalı sistemlerin güçlü özelliklerini taşırlar. Fransa'da özel sağlık sigorta fonları devlete bağlı olmayan yarı kamu kuruluşlarıdır. Almanya'da bu kuruluşlar özel veya kar amacı olmayan kuruluşlar veya "Kamu Ortaklıkları" diye adlandırılmaktadır. İsviçre'de kar amacı gütmeyen özel sağlık sigorta şirketleri bulunmaktadır. Bütün bu ülkelerde sağlık sigorta fonları bağımsız olmalarına rağmen hükümetin sıkı denetimi altındadırlar (44).

Avrupa ülkelerinde sağlık sigortası ve hastalık fonlarının sayıları ve özellikleri bakımından aralarında önemli farklılıklar vardır. Belçika'da 6, Lüksemburg'da 11, Fransa'da 16 Avusturya'da, 24 Hollanda'da 53 İsviçre'de 200 Almanya'da 1998 yılında 1340 dolayında sağlık sigortası ve hastalık fonu bulunmaktadır. Almanya'da 1883 yılında ilk sağlık sigortası yasası kabul edildiğinde 22.000 tane hastalık fonu bulunmaktaydı. Firmaların birleşmesiyle sayıları azalırken üye sayılarında artış olmuş ve buna bağlı olarak riskler nispeten daha geniş nüfusa yayılmıştır (127,164,175,176).

Fonların organizasyonları da farklılıklar göstermektedir. Fransa ve Lüksemburg gibi ülkelerde fonlar meslek gruplarına göre organize edilmekteyken, Hollanda'da coğrafi, Belçika'da dini ve siyasi ilişkilere göre organize edilmektedir. Avusturya ve Almanya gibi ülkelerde ise meslek, bölge, yer ve işletmeler gibi değişik kriterler gözetilerek organizasyonlar gerçekleştirilmektedir.

1.6.1.1. Ağız Diş Sağlığı Programları

•Diş sağlığı sorunları genel sağlık sorunlarına benzemez.

1. Çok sık görülen bir medeniyet hastalığıdır.
2. Gerekli önlemler alınmazsa insidensi ve prevalansı gittikçe artar, tedavisi imkansız hale gelir.
3. Birden bire ortaya çıkmazlar.
4. Ortaya çıkacak vakalar önceden belirlenebilir.
5. Önlenebilir kronik dejeneratif bir hastalıktır.
6. Teşhis için karmaşık ve pahalı testlere gerek yoktur.
7. Sağlık eğitimi, diğer koruyucu sağlık hizmetleri ve düzenli Diş hekimi kontrolü ile önlenabilir.
8. Koruyucu sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetlerinden daha ucuz ve kolaydır. Yarar ve etkinliği daha fazladır.

9. Tedavi edici hizmetlerin maliyetini ve miktarını azaltır. İkinci basamak tedavi hizmetlere talebi azaltarak ikinci ve üçüncü basamak tedaviye ayrılan payın daha yararlı ve etkili kullanılmasını sağlar.

10. Yarar ve etkinlik, ilerleyen yıllarda daha çok belirginleşir.

11. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışacak personel daha kısa süreli eğitim ve maliyetle yetiştirilebilir.

12. Koruyucu sağlık hizmetlerinde zorluklar ve maliyet başlangıçta yer alır, ilerleyen yıllarda maliyet düşer ve bireylere hekimin ve sağlık personelinin ayırdığı zaman azalır.

13. Risk gruplarının başlangıçta ayrılması çalışmanın etkinliğini artırırken maliyetleri düşürür.

14. Düzenli hekim kontrolü, floridlerin uygulanması, hastanın sağlık davranışlarının değişmesi, sağlığın korunmasında sürekliliği sağlar (33).

Ancak kişinin kendi sağlığını algılaması, ihtiyaçlarının belirlenmesi, bireyin kendisinin belirlediği ihtiyacı (Subjektif) ve teknik bakımdan (Normatif) belirlenmiş standartlara uygun tedavi ihtiyacı ve sağlık hizmetine olan talebi göz önüne alındığında, bireyin kendiliğinden birinci basamak sağlık hizmetini talep etmeyeceği anlaşılır. Ağız dış sağlığı hizmetleri programlı ve sürekli olmalı, uygun sigorta ve hekime geri ödeme modelleriyle desteklenmelidir.

Seçilecek olan bu modeller ihtiyacın belirlenmesini, hizmete talebi, hasta ve hekim davranışlarını doğrudan etkiler. Bu modellerde kullanılan farklı ödeme planları ve yöntemleri bireyin ve Diş hekiminin taleplerinin karşılanması açısından önem taşımaktadır (34).

1.6.1.2. Avrupada Ağız Dış Sağlığı Sistemi

18 Avrupa ülkesinde sağlık sistemlerinin başta geri ödeme metodları, ücretlendirme, yıllık değişimler olmak üzere bir çok yönden incelenmiş ve karşılaştırılması yapılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Avrupa'da sağlık sistemi değişkendir ve bu değişimden ağız dış sağlığı hizmetleri de etkilenmektedir.
- Bir çok Avrupa ülkesinde ağız dış sağlığı finansmanını hastaların, özellikle erişkinlerin doğrudan ödemeleri etkilemektedir. Hemen hemen tüm ülkelerde diş sağlığı harcamalarının bir bölümünü karşılayan bireysel prim ödemeli özel alternatif sigortalar bulunmaktadır.

- Ağız diş sağlığının devlet tarafından organize edildiği ülkelerde harcamaların çoğu tipik halk servislerinde yapılır. Direkt veya kollektif ödeme yoktur. Özel ihtiyaçlar için ödeme yapılmaz.
- Finansmanı devlet tarafından veya zorunlu sosyal sigorta ağırlıklı 18 ülkeden yedisinde etkin diş sağlığı sigortaları bulunmaktadır. Avusturya, Fransa, Almanya, Lüksemburg, Hollanda ve İsveç'te sigorta kurumları üyelerine tam veya tama yakın sigorta paket programları sunmaktadır. Bu sistemler Avrupa Birliğinde 180 milyon, yaklaşık Avrupanın yarısına hizmet sağlamaktadır. Almanya'da eyaletlerin düzenlediği tarihi zorunlu sosyal sigorta hizmet sağlamaktadır.
- Devlet birçok bağımsız ajansın çalışma çerçevesini çizer. Bir tarafta hekimler, diğer tarafta hastalar ve işverenler arasında fon akışını düzenler.
- Sosyal sigortaların ağız diş sağlığı hizmetlerinin ana hatları her ülkede üyeliğin sağlanması için katılımcının gelirinden uygun miktarda kesinti yapılır.
- Bazı kesimlerde ve sektörlerde sigorta zorunludur.
- Üyelerin yakınları da sigortaya dahil edilir.
- Belirli sayıdaki servisler belirli oranlarda tam veya yarım tahsisat almaktadır. Yönetim bakım bedellerini dolaylı olarak öder ve ister özel ister sigortadan olsun bir şekilde hizmet bedellerini ödenebilir düzeyde tutulmasını sağlar. Bu hemen hemen tüm sistemlerde böyledir (Sabit ücret, Esnek ve periyodik ücret skalası).
- Avrupa nüfusunun çoğu için ağız diş sağlığı hizmetleri aşağıdaki gibi saptanır.
 1. Özel diş hekimine yakınlık.
 2. Farklı tedaviler için hastadan talep edilen ücret miktarı
 3. Her ülkede çocuklar, işsizler, savaş emeklileri, hastanede yatanlar, özürlüler için özel yardımcı finans desteği vardır.
 4. Devletin sosyal sigorta sistemi içinde organize ettiği standart, sübvans edilen koruyucu ve tedavi edici hizmet paketleri vardır.
 5. Diş hekimlerinin gelirlerinin standart sorularla belirlenmesi çalışması diş hekimlerin verecekleri cevapların güvenilirliği nedeniyle gerçekleştirilememiştir (117).

1.6.2. Özel Sağlık Sigortaları

Sigortalının, bir kaza veya hastalık sonucunda teşhis ve tedavi masraflarını karşılamaya ve sigortanın türüne göre sigortalıya bir miktar tazminat ödemektedirler. Hayat dışı sigortaları için geçerli olan kurallar hayat sigortaları için de geçerlidir.

Sağlık hizmetlerinin organizasyonuna bağlı olarak bazı ülkelerde devlet sigortasının yerini alırken bazı ülkelere de zorunlu sigortaya destek özelliği taşımaktadır (5, 15).

Bir riskin sigortalanabilmesi için:

- 1.Ortaya çıkan risk sigortalıyı maddi hasara uğratmış olmalıdır.
- 2.Riskin ortaya çıkma olasılığı olmalıdır.
- 3.Gerçekleşeceğinin kesin olarak bilinmemesi gerekir.
- 4.Gerçekleşmiş risk sigorta kapsamına alınmamalıdır.

Hayat sigortalarının hayat dışı sigortalardan en büyük farkı hasarın maliyetinin önceden tahmin edilememesidir. Örneğin riskin gerçekleşmesi durumunda bir ev veya arabanın maliyeti önceden bellidir. İnsan sağlığı için değer biçilemez ancak bunun yerine sigortalının önceden kabul ettiği teminat limitleri belirlenir (5, 15, 16).

Özel sağlık sigortasının rolü, sigortacılığın gelişmiş olduğu çeşitli ülkelerde hastalık hizmetlerinin organizasyonlarına bağlıdır. OCDE ülkelerinde özel hastalık sigortası ile devlet sigortası arasında dengede büyük farklar mevcuttur. Özel hastalık sigortası, çoğunlukla devlet sigortasına tamamlayıcı bir nitelik taşımaktadır. Bazı ülkelerde ise Devlet sigortasının yerini almakta ve halkın bir kısmının ilk tedavi teminatlarını üstlenmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri ve İsviçre’de özel sağlık sigortaları ilk tedavi giderlerini üstlenecek şekildedir. Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık harcamalarının % 40’ı özel sağlık sigortaları tarafından sağlanmaktadır ve nüfusun % 74’ü devlet sigortasını tamamlayıcı veya onun yerine geçici bir şekilde hizmet veren özel sigortalara bağlıdır.

- OCDE ülkelerinin büyük bir kısmında özel sağlık sigortaları devlet sigortalarının sağlamadığı veya üstü teminatları veren tamamlayıcı bir sigorta olarak görev yapmaktadır. Fransa, Kanada, Japonya, Avusturya ve bir dereceye kadar Danimarka’da halkın çoğunluğu özel sigortayı tamamlayıcı bir sigorta olarak yaptırmıştır.
- İrlanda, Avustralya gibi ülkelerde, özel sigortalar topluluğun önemli bir kısmı tarafından kabul edilecek şekilde değerlendirilmiştir. Toplumun yüzde 40’ı özel sigortaya sahiptir.

- İngiltere, İsveç, Norveç, Finlandiya ve Portekiz gibi ülkelerde sağlık hizmetleri ve finansmanı devletindir. Bu sistemlerde özel sigortaların payı yüzde 10 dolayındadır.
- Meksika, Türkiye, Kore ve Yunanistan gibi ülkelerde ise özel sigortalar ikinci derecede kalmaktadır.
- Sağlık sigortası primlerinin bütün ülkelerde artmakta olduğu görülmektedir. 1997 de bu artışın oranı Avrupa’da % 4 olmuştur. Avrupa’da sigorta pazarındaki serbestlik bu gelişimi kolaylaştırmaktadır. Şimdilik uluslararası rekabet zayıf olmakla beraber gelecekte bu rekabetin artması beklenmektedir. Macaristan, Polonya, Türkiye gibi ülkelerde hizmet ve ürünlerde gelişme olmakla beraber, yerel olarak bunları karşılama oranı yetersiz kalmaktadır (44).

1.6.2.1. Ülkemizde Özel Sigortacılığın Gelişmesi

Sigortacılık Osmanlı döneminde kumar olarak görülmüş ve bu nedenle yasaklanmıştı. Aynı dönemde Avrupada ‘da halk yabancı buluşu olarak görmekteydi. 1800’lü yıllarda Beyoğlu ve Kumkapı yangınlarından sonra yabancı şirketlerin acentelik açmasına izin verilmiştir. 1870 Beyoğlu yangınından sonra 1872 yılında Sun, Northern ve North British acenteleri çalışmaya başlamıştır. Tanzimattan sonra her alanda olduğu gibi sosyal güvenlik alanında da modernleşme çalışmaları yapılmış 1892 yılında “Osmanlı Sigorta Şirketi” ile ilgili yönetmelik yayınlanmıştır. 1914 yılında yabancılara tescil zorunluluğu getirilmiştir. 1918 yılında “İttihadı-Milli” Türk yasalarına göre kurulan ilk sigorta şirketi olmuştur. 1925 yılında İş Bankası Anadolu Sigortayı kurmuştur. 1927 tarihinde 1149 ve 1173 sayılı Teftiş ve Murakabe kanunları çıkarılmış, 1929 yılında İş Bankasının katkılarıyla Milli Reasürans tekel olma haklarıyla birlikte kurulmuştur. 1936 yılında Doğan Sigorta ilk özel sermayeli sigorta şirketi. 2001 yılı verilerine göre 64 sigorta ve 4 reasürans şirketi bulunmaktadır (20).

1.6.2.1.1. Sağlık Sigortaları Kapsamı;

- Tedavi masrafları
- Gündelik tazminat sigortası
- Ameliyat tazminatı
- Uzun süreli bakım
- Tehlikeli hastalıklar sigortaları.

En çok ilgi gören sigorta şekli, teşhis ve tedaviye yönelik olanlardır.

Ayrıca piyasada beliren ihtiyaca göre düzenlenmiş sigorta paketleri vardır. Örneğin İngiltere’de BUPA’nın (British United Provident Association) pazarladığı dış sigortası ABD’de uygulanmakta olan AIDS, jinekolojik muayene, doğum sigortaları gibi... Bir diğer sigorta “Major Medikal” (MM) olarak bilinen yüksek teminat ve yüksek muafiyet içeren sağlık sigortasıdır. Bu modelde sigortalıya genellikle 1000-1500 \$’dan başlayan muafiyetler uygulanır. Sigortalı belirlenen bedele kadar olan harcamaları kendisi karşılar daha büyük masrafları sigorta kurumu öder. Böylece sigortalı düşük primler ödeyerek altından kalkamayacağı kanser, by pass gibi pahalı sağlık risklerini sigortalamış olur (15).

1.6.2.1.2. Ürünlerin ve Fiyatlandırmanın Özellikleri

Bu sigortalarda tarifeleştirmenin başlıca üç şekli söz konusudur. Bunlar;

- Riske göre tarifeleştirme,
- Tek tarife ve
- Kapitalizasyondur.

Riske göre tarifeleştirmede, biri kişisel sigortalar, diğeri grup sigortaları olmak üzere iki tip sigorta vardır (15).

Kişisel sigorta poliçeleri İtalya ve Danimarka hariç oldukça azdır. Primler, riski belirleyen yaş veya kabul yaşına; Lüksemburg, Portekiz, İsviçre gibi ülkelerde bazen cinsiyet ve genelde kişinin sağlık durumu gibi kriterlere göre saptanmaktadır. Primler yaşlı şahıslarda veya sağlıklı durumu pek iyi olmayan kimselerde daha yüksektir. Riski yüksek olanların sigortasını şirketler ABD, Lüksemburg ve İsviçre’de olduğu gibi kabul etmeyebilirler veya bir bekleme süresi koyabilirler.

En yaygın olan sigorta türü grup sigortalarıdır. Amerika Birleşik Devletlerinde çoğunluk bu sigorta ile teminat altındadır. Fransa’da sigortalıların üçte ikisi işverence yüklenilen bu sigorta ile teminat altındadır. Grup sigortalarının, finansman ve sigortaya giriş kolaylığı bu sigortanın gelişmesini sağlamaktadır.

Tek tarife uygulaması sağlık sigortalarında yaygın değildir. Bu sistem İrlanda, Avustralya gibi ülkelerde daha gelişmiştir. Devlet sigortalarında olduğu gibi, kişilerin gelirlerine göre bir ödeme sistemi vardır. Sağlık sigortalarında, ister grup sigortalarında isterse büyük çoğunlukla şahıs sigortalarında olsun bu sigorta

sözleşmeleri bir yıl süreli hayat sigortaları gibidir. Sözleşmeler taraflarca yenilenebilir veya Portekiz, Avusturya, İrlanda, Avustralya, Yunanistan, Almanya, İsviçre de olduğu gibi yalnız sigortalı tarafından yenilenir ve bazı hallerde süre bir yıldan fazladır.

Diğer yandan Avusturya, Almanya, İsviçre gibi ülkelerde, sağlık sigortaları kapitalizasyon sistemi içinde de yer alabilir. Örneğin Almanya'da primin bir kısmı yaşa göre prim ayarlamasına müsaade etmeyen bir fona yatırılır. Bu sağlık sigortası, nüfusu yaşlı toplumlar için daha uygundur. Tamamlayıcı bir sigorta sağlamak isteyen yaşlı kimselerin sigorta yapmada karşılaşacakları güçlükleri önlemektedir (173, 174).

1.6.3. Türkiye’de Sağlık Sistemi

1.6.3.1. Demografi ve Sağlık Göstergeleri

Nüfus Yapısı

Türkiye Cumhuriyetinde ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmıştır. Bu sayımda ülkemizin nüfusu 13,6 milyon olarak belirlenmiştir. İkinci nüfus sayımı 1935 yılında yapılmış ve her beş yılda bir sayım yapılmaya devam edilmiştir. 1927-1935 yılları arasında nüfus artış oranı Binde 21,1 olarak hesaplanmıştır. 1945 yılındaki binde onluk artış hariç diğer sayımlarda yıllık nüfus artış oranı binde 20-25 arasında değişiklik göstermiştir.

Tablo 21. Kayıtlı Nüfusun Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı (01.01.2004)

Yaş Gurubu	Erkek Nüfus	Kadın Nüfus	Toplam	Kümülatif Toplam
-1	488,846	455,763	944,609	944,609
1-1	557,402	519,504	1,076,906	2,021,515
2-4	1,949,185	1,834,466	3,783,651	5,805,166
5-9	3,415,536	3,130,227	6,545,763	12,350,929
10-14	3,336,810	3,157,086	6,493,896	18,844,825
15-19	3,379,951	3,221,673	6,601,624	25,446,449
Ara Toplam				25.446.825
20-24	3,536,977	3,394,985	6,931,962	6,931,962
25-29	3,198,420	3,100,137	6,298,557	13,230,519
30-34	2,916,469	2,842,309	5,758,778	18,989,297
35-39	2,613,623	2,525,082	5,138,705	24,128,002
40-44	2,321,336	2,266,296	4,587,632	28,715,634
45-49	1,963,259	1,936,738	3,899,997	32,615,631
50-54	1,545,541	1,577,187	3,122,728	35,738,359
55-59	1,178,899	1,281,985	2,460,884	38,199,243
60-64	933,353	1,041,346	1,974,699	40,173,942
65-69	735,085	858,673	1,593,758	41,767,700
70-74	706,007	866,469	1,572,476	43,340,176
75-79	425,048	702,344	1,127,392	44,467,568
80-84	152,424	299,840	452,264	44,919,832
85-89	92,332	198,615	290,947	45,210,779
90+	203,948	476,028	679,976	45,890,755
Toplam	35,650,451	35,686,753	71,337,204	71,337,204
Yüzde (%)	49,97	50,03	100	
İstanbulun nüfusu Toplam		9,198,809 Ülke nüfusunun % 13’ü		

Ülkemizin 1/3üne yakın bir bölümü 19 yaşının altındadır (19).

Tablo 22. Eğitim Çağındaki Nüfusun Yaş Gruplarının Yıllara Göre Dağılımı

Yaş Gurubu		1995	2001	2005
3-5	%	6,36	5,89	5,89
6-13	%	17,98	15,85	14,63
14-16	%	6,60	6,29	5,53
17-20	%	8,15	8,28	7,68

Kaynak: DiE,DPT (1)Tahmin

(2) Göçleri kapsamamaktadır. Genç nüfus giderek azalmaktadır.

1.6.3.2. Sağlık Bakanlığı

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Cumhuriyet döneminde 02.05.1920 tarihinde “üç” sayılı Kanun ile “Sıhhat ve İctima-i Muavenet Vekaleti” adı altında Bakan, Müsteşar, Sağlık ve Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü ile birkaç müfettişten oluşan sınırlı sayıdaki kadro ile kurulmuştur. Bakanlığın ismi 09.06.1936 tarih ve 3017 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” ile “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” olarak değiştirilmiştir (152).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği 1960’lı yıllardan itibaren Türkiye’de tüm sağlık hizmetleri devletin görevi olarak kabul edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı bir örgütlenme modeli benimsenerek, sağlık ocakları ve bunlara bağlı sağlık evleri ile herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlandırılması ilke kabul edilmiş koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin birlikte yürütülmesi, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi, halkın sağlık hizmetlerine katılımını sağlama ve kamuda hekimlerin tam gün çalışması öngörülmüştür (25, 58).

Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı ve görevleri 181 ve 210 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler yapılarak yeniden düzenlenmiştir. Son olarak 24.1.1989 Tarih ve 356 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Bakanlığın ismi de “Sağlık Bakanlığı” olarak değiştirilmiş ve hizmet koşullarına göre merkez ve taşra örgütünü geliştirerek bugünkü örgüt ve yönetim şeklini almıştır (40, 58,152).

1.6.3.2.1. Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı

1.Ana hizmet birimleri

2.Destek birimler

3.Danışma ve denetim birimleri

olmak üzere üç ana grup altında toplanan altı genel müdürlük, altı bağımsız daire başkanlığı ve iki kurul başkanlığından oluşmaktadır. (Tablo 29.) Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak hizmet vermekte olan iki de kuruluş mevcuttur.

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı, Valiliklere bağlı olarak çalışan İl Sağlık Müdürlükleri ile ilçelerde Sağlık Grup Başkanlıkları ve buna bağlı sağlık kuruluşlarından meydana gelmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile evde ve ayakta tedavi hizmetleri temelinde, 5.793 Sağlık Ocağı, 11.731 Sağlık Evi, 295 Ana Çocuk

Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇS-AP) 274 Verem Savaş Dispanseri (VSD) ile ülke genelinde Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. Kamu hastanesi poliklinikleri ve kanser erken tanı merkezleri de sağlık bakanlığının hizmet sunum merkezleridir.

Diğer sağlık hizmetleri sunan sağlık birimleri SSK sağlık istasyonları ve dispanserleri, belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, muayenahaneler ve farklı büyüklükte çok çeşitli diğer kamu dispanserleri ile vakıf poliklinikleridir (152).

1.6.3.2.2. Sağlık Bakanlığının Görevleri

1. Herkesin hayatını bedenlen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için birey ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurtmak,
2. Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
3. Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
4. İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,
5. Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,
6. Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere, Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
7. Mahalli idareler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
8. Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
9. Kanser, Verem, Sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonu ve denetimini sağlamak,
10. Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,
11. Sağlık Hizmetleri ile ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak (45, 105, 152).

1.6.3.3. Ülkemizde Sağlık Sektörü Hizmetleri ve Finansmanı

Türkiyede sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı bakımından karmaşık bir yapıya sahiptir. Tablo 31’de görüldüğü gibi politikaların oluşturulması hizmet sunumu ve finansmanı açısından bir çok kuruluş yer almaktadır. Aynı şekilde finansman yapısında da bu karmaşıklık göze çarpmaktadır (Tablo 32.) (25, 162).

Tablo 23. Sağlık Sektörü Kapsamında Bulunan Kuruluşlar ve İşlevleri

POLİTİKA OLUŞTURMA AÇISINDAN	SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAMA AÇISINDAN	SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI AÇISINDAN	İDARİ YETKİ AÇISINDAN	SAĞLIK KONUSUNDA DOLAYLI İŞLEVLER AÇISINDAN
	Kamu	Kamu		
Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Bayındırlık Bakanlığı
Devlet Planlama Teşkilatı	Sosyal Sigortalar Kurumu	Sağlık Bakanlığı	İl Sağlık Müdürlükleri	Belediyeler
Yüksek Öğretim Kurulu	Üniversite Hastaneleri	Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı	İçişleri Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	Belediyeler	Sosyal Sigortalar Kurumu	Vilayet (Vali ve Kaymakamlar)	Tarım ve Köy işleri Bakanlığı
Yüksek Planlama Kurulu	Kamu İktisadi Teşebbüsleri	Bağ-Kur		Diğerleri
TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu	Diğer Bakanlıklar			
TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu		Özel		
TBMM Genel Kurulu	Özel	Vakıflar		
	Vakıflar	Özel sigorta Şirketleri		
	Yerli ve Yabancı Hastaneler	Uluslararası Kuruluşlar (Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler vb.)		
	Özel Pratisyenler/Uzmanlar			
	Eczacılar			
	Özel Klinik ve Laboratuvarlar			
	Sosyal Amaçlı			
	Kızılay			
	Türk Aile Planlaması Derneği			
	İnsan Kaynağını Geliştirme Derneği			
	Diğerleri			

Türkiye’de Sağlık Göstergeleri**Tablo 24. Yataklı Tedavi Kurumunda Yatan Hastaların Dağılımı 2000**

KURULUŞUN ADI	YATAN HASTA SAYISI	(%)
Sağlık Bakanlığı	2,673533	52,7
Sosyal Sigortalar Kurumu	1,208201	23,8
Üniversite	681826	13,4
Özel Hastaneler	478719	9,4
Diğer Kamu Hastaneleri	32891	0,6
TOPLAM	5,075170	100,0

Sağlık Bakanlığı en fazla yatak kapasitesine sahiptir (161).

Tablo 25. Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Dağılımı (2000)

SAĞLIK PERSONELİ	Sağlık Bakanlığı		SSK	Üniversite	Diğer Kamu	Özel	TOPLAM	Bir Personele Düşen Nüfus
	Sayı	%						
Hekim	42,728	48	8,112	17,344	5,304	15,178	88,666	742
Uzman	13,832	33	4,801	8,585	2,175	12,330	41,723	1,578
Pratisyen*	28,906	62	3,311	8,759	3,129	2,848	46,953	1,402
Diş hekimi	2,418	16	583	812	741	10,734	15,288	4,305
Eczacı	728	3	864	618	240	20,284	22,734	2,895
Sağlık Memuru**	33,720	73	3,059	3,307	2,880	3,416	46,382	1,419
Hemşire	43,670	61	8,489	10,294	4,643	4,838	71,934	915

2000 yıl ortası nüfus 65,819,000

* Asistan hekimler dahildir.

** Sağlık Teknisyenleri dahildir.

Tablo 26. Sağlık Bakanlığı Kadro Doluluk Oranı (Mayıs 2002)

Ünvan	Standart Kadro	Mevcut Çalışan	%
Uzman hekim	20,349	15,518	76,3
Pratisyen Hekim	37,333	29,637	79,3
Diş hekimi	6191	2,532	37,9
Eczacı	4,138	768	18,5
Hemşire	73,781	46,046	62,4
Ebe	52,555	38,065	72,4
Sağlık Memuru	63,242	35,249	55,7

Sağlık Bakanlığı kadrolarında eczacılıktan sonra en boş kadro diş hekimliğindedir.

1.6.3.4. Ulusal Sağlık Politikası

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda insan sağlığı toplumsal kalkınmanın temeli olarak belirlenmekte, yaşam kalitesinin ve süresinin artırılması esas olarak alınmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyo-ekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulması temel ilkeleri oluşturmaktadır. Bu planda, bireylerin ve ailelerin bilinçlendirilmesi, bilgilendirilmesi yoluyla toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi hedeflere ulaşmada önde gelen stratejilerdendir (44, 136, 152).

Sekizinci plan çerçevesinde, koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre edilerek etkinleştirilmesi, bebek ve çocukların yaşama sağlıklı başlaması, ergen ve gençlerin sağlıklarını koruma, geliştirme bilgi ve becerisine sahip olmaları, kişilerin özürsüzlükten ve hastalıktan uzak, yaşam süresinin ve kalitesinin artırılması, özellikle yaşlıların yaşamsal faaliyetlerini yardıma muhtaç olmadan sürdürebilmeleri ve topluma katkılarının devamının sağlanması hedeflenmektedir (44, 136,137).

Gerek hizmet sunumunda etkili yönetim, gerekse hizmetlerin finansmanı konularında etkili çözüm getirilmesi, sağlık alanındaki reformların temel konularını oluşturmaktadır. Hizmetlerin etkililiğini artırmak üzere, iyi işleyen bir sevk sisteminin kurulması, kentsel kesimde özellikle birinci basamakta sunulan evde ve ayaktan tedavi edici hizmetlerin kapasitesinin geliştirilmesi için yapılandırma ihtiyaçları öncelikli konular olarak vurgulanmaktadır (131, 137, 148).

Bunun yanı sıra, tedavi edici hizmetlerde kalitenin artırılması, kaynakların akılcı kullanımı ve hastanelerin ihtiyaçlara cevap verebilmesini sağlamak üzere yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi, idari ve mali açılarından özerk hale getirilmeleri hedeflenmektedir (44,136, 137, 138).

Ülkemizde sağlık düzeyi ile sağlık hizmetlerinin mevcut durumu dikkate alınarak, öncelikli sağlık hedefleri ve bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak stratejilerin belirlenmesi ilgili bütün kurum ve kuruluşların (DPT, ilgili Bakanlıklar, diğer ilgili kamu ve özel kurum ve kuruluşlar, meslek örgütleri, üniversiteler, sivil toplum örgütleri vb.) katılımı ile gerçekleştirilen “Ulusal Sağlık 21 Politikası” toplantısında yapılan sektörler arası çalışmalar sonucunda 21’nci yüzyılın ilk 25 yılı için ulusal hedef ve stratejiler belirlenmiştir (44, 122).

1.1.6.3.4.1. Ulusal Sağlık 21 Politikası’nın ana hedefleri;

HEDEF 1: 2020 yılına kadar uygulanacak kademeli programlar sonucunda toplum

sağlığı açısından önemli bulaşıcı hastalıkların kontrolünü, eliminasyonunu ya da eradikasyonunu sağlamak.

HEDEF 2: 2020 yılına kadar, toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığını ve bunlara bağlı erken ölüm, sakatlık ve iş göremezliği azaltarak, yaşam kalitesini yükseltmek.

HEDEF 3: 2020 yılına kadar, kaza, şiddet ve afetlere bağlı yaralanmaları, sakatlıkları

ve ölümleri önemli ölçüde azaltmak ve bunun sürekliliğini sağlamak.

HEDEF 4: 2020 yılına kadar bütün yeni doğanların, bebeklerin ve okul öncesi yaşlardaki çocukların yaşama sağlıklı başlamalarını ve sürdürmelerini sağlamak.

HEDEF 5: 2020 yılına kadar, üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını en az % 50 azaltmak.

HEDEF 6: 2020 yılına kadar, tütün, alkol, uçuşu maddeler ve psiko-aktif ilaç gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımını, yetersiz fizik aktivite ve kötü beslenme gibi sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri mümkün olan en alt düzeye indirmek.

HEDEF 7: 2020 yılına kadar, ergen, yaşlı ve özürllülerin daha sağlıklı olmalarını ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak.

HEDEF 8: 2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak.

HEDEF 9: 2020 yılına kadar, toplumdaki bireyleri evde, okulda, işyerinde ve yaşanılan her yerde daha sağlıklı bir ortamda yaşama imkanına kavuşturmak.

Bu programın temel amacı; Türkiye’de sağlık göstergelerini iyileştirerek; beklenen yaşam sürelerini uzatmak, yaşam kalitesini iyileştirmek, bölgeler ve gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını mümkün olduğunca azaltmaktır.

HEDEF 10: Toplumun tüm kesimlerine “ulaşılabilir, kabul edilebilir ve kullanılabilir” kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hizmet ağını bölgesel ve sosyal farklılıkları giderecek şekilde yayarak, sürekliliğini sağlamak, olarak belirlenmiştir.

1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Sağlık bakanlığı kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ana-çocuk sağlığı hizmetleri, bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, aile planlaması ve çevrenin olumlu hale getirilmesi hizmetlerini kapsamaktadır.

1.6.4. Ülkemizdeki Sosyal Güvenlik Kurumları

1.6.4.1. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Ülkemizde “Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı” 1930 yılında “İktisat Vekaleti’nin” içinde şekillenmeye başlamıştır. 27 Mayıs 1934 tarih ve 2450 sayılı İktisat Vekaleti Teşkilatı ve Vazifeleri Hakkında Kanunla, bu bakanlık ve bünyesinde “İş ve İşçi Bürosu” kurulmuştur. 8 Haziran 1936 tarih ve 3008 sayılı İş Kanunuyla İş ve İşçi Bürosu İş dairesi haline dönüştürülmüştür. Çalışma Bakanlığı 22 Haziran 1945 tarih ve 4763 sayılı Çalışma Bakanlığı Kuruluş ve Görevleri Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır (146).

17.11.1974 tarih ve 4-1040 Sayılı Cumhurbaşkanlığı teskeresi ile Sosyal Güvenlik bakanlığı kurulmuş Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur bu bakanlığa bağlanmıştır. 13 Aralık 1983 tarih ve 184 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı” örgütlenmiş daha sonra Çalışma Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bu kuruluş altında birleştirilmiştir. 4 Ekim 2000 tarihinde yürürlüğe giren 618 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlık yeniden yapılandırılmış, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü kurulmuş, Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yeniden yapılandırılmıştır (58, 20).

1.6.4.2. Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı

Maliye Bakanlığına Bağlı Olmak üzere 26.06.1938 tarihinde kurulmuştur. Bu sandık hakkında 3460 sayılı kanunun uygun hükümleri ile 3.07.1939 tarihli 3659 sayılı kanun hükümleri bu sandık hakkında uygulanmaktadır. 3460 sayılı yasada gösterildiği gibi Emekli Sandığı “İktisadi Devlet Teşekkülüdür.”

1936 ve 1942 tarihleri arasında kurulmuş olan her kurum ve kuruluşun kendisine ait “Tekaüt Sandıkları ve Emekli sandıkları’nın “malları, yetki ve yükümlülükleri Emekli Sandığına devredilmiştir.

Sandığın gelirleri ücretlerden kesilen %15 lik emekli primi ve diğer kesintilerle ceza gelirleri, harç pulları, bilet ve yardım makbuzları satışlarından elde edilen gelirin yarısı ve sandığa ait taşınmaz malların gelirlerinden elde edilmektedir (20, 58).

Emekli Sandığı'ndan 657 Sayılı Personel Kanun'una bağlı olarak çalışan devlet memurları ve Kamu İktisadi Teşebbüslerinde çalışanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini resmi sağlık kuruluşlarıyla bazı sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarından satın almaktadır (58, 150 158).

1.6.4.3. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

4792 sayılı yasa ile "İşçi sigortaları Kurumu" 1946 yılında hizmet vermeye başlamış, 1965 yılında çıkarılan 506 sayılı yasa ile "Sosyal Sigortalar Kurumu'na " (SSK) dönüştürülmüştür.

SSK, aktif çalışanları, emekli ve malullük aylığı alanlar, bunların bakmakla yükümlü oldukları pasif sigortalıları ile birlikte sosyal güvence kurumu içinde %33 lük pay ile en büyük sosyal güvenlik kurumudur. Sigortalılarına yasaların belirlediği hizmetler ile birlikte, sahip olduğu sağlık kurum ve kuruluşları aracılığıyla doğrudan ve sözleşmeli olduğu diğer kurum ve muayenehanelerden satın alarak sigortalılarına sağlık hizmeti sunmaktadır. Finansman kaynağı %5 brüt maaş, % 6 işverenden olmak üzere sağlanan toplam % 11 lik primlerle sağlanmaktadır. Ağız dış sağlığı hizmetleri SSK'nın kendi sağlık hizmetlerinde verilmekte, sağlık kurumlarının bulunmadığı yerleşim yerlerinde de sözleşmeli dış muayenehanelerinden hizmet satın almaktadır. Sigortalının sağlık hizmeti alabilmesi için 4 ay kesintisiz prim ödemesi gerekmektedir (58, 149, 158,).

1.6.4.4. Bağ Kur

Kendi adına bağımsız çalışanları bir sosyal güvenceye kavuşturmak için 1479 sayılı yasa ile 1971 yılında kurulmuştur. Başlangıçta sadece şehirlerde yaşayan bağımsız çalışanları kapsarken 1983 tarih ve 2926 sayılı yasa ile kırsal kesimde tarıma dayalı bağımsız çalışanları, köy mahalle muhtarları, yurt dışında çalışan Türk vatandaşlarının eşleri, ev hanımları ve belirli bir işi olmasa da sosyal güvenceye sahip olmak isteyenleri isteğe bağlı olarak Bağ-Kur kapsamına alınmışlardır. Bağ-Kur 1986 yılından itibaren sağlık hizmeti vermeye başlamış 1989 yılından itibaren de bu hizmeti ülke genelinde yaygınlaştırmıştır.

Bağ-Kur sigortasından sadece 1479 sayılı yasayla sigortalı olanlarla bunların bakmakla yükümlü oldukları, Dul ve yetim aylığı alanlarla yaşlılık aylığı alanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları yararlanabilmektedir. Aktif çalışanların sağlık

hizmetlerinden yararlanabilmeleri için en az 8 ay pirim ödemesi ve kuruma pirim borcunun olmaması gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri resmi sağlık kurumlarından satın alınmaktadır. Finansman sigortalının bulunduğu basamağın gösterge tutarının % 12'si emeklilerin emekli maaşının % 10'u kadar kesilen primlerden sağlanmaktadır. Ortaya çıkan finansman açıkları devlet tarafından sübvansede edilmektedir.

Bağ-Kur sigortalıları ağız dış sağlığı hizmetlerinden son yıllarda sözleşmeli kuruluşlar aracılığı ile kısıtlı olarak yararlanmaktadırlar (58, 146).

Tablo 27. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kuruluşları, Aktif ve Pasif Sigortalılar (1999)

Kuruluş Adı	Aktif Sigortalılar	%	İsteğe Bağlı Aktif Sigortalılar	Tarımda Aktif Sig.	Aylık Alanlar	Bağımlılar	Aktif /Pasif Sig.Oranı	Bağımlılık Oranı	Toplam
Emekli Sandığı	2,118	21,2	-	-	1,257	5,059	1,69	2,98	8,434
SSK	5,858	58,7	901	194	3,149	26,266	2,21	4,23	36,368
Bağ-Kur	1,940	19,4	264	861	1,180	9,632	2,26	3,53	13,877
Özel Sandıklar	79	0,7	-	-	59	195	1,35	3,22	333
Genel Toplam	9,994	100,0	1,166	1,055	5,644	41,152	2,16	3,83	59,012

1998 yılı verilerine göre ülke nüfusumuz 63.921.000 kişidir ve nüfusumuzun büyük çoğunluğu bir sosyal güvenceye sahip bulunmaktadır. Sosyal güvence altında bulunan nüfusun dağılımı aşağıdaki Tablo 39’da görülmektedir. Ayrıca bunlara ilave olarak 10.954.368 kişi yeşil kart kullanmaktadır (150).

DPT 1997 yılı için nüfusumuzun % 85,3’ünün bir sağlık ve sosyal yardım güvencesine sahip olduğunu, %74,6’sının da sağlık sigortası güvencesi altında olduğunu bildirmektedir. Bunun yanı sıra kişisel olarak cepten yapılan harcamalar, toplam harcamaların % 32’sini oluşturmaktadır. Ülkemizde 1996 verilerine göre yıllık sağlık harcaması 6.878.000.000\$ olarak hesaplanmıştır. Toplam sağlık harcamalarının GSMH’ye oranı 1996 verilerine göre %3,8, 1999 verilerine göre de %4,3 olduğu belirtilmiştir. Tablo 40’ta Hazinesin SSK ve Bağ-kur’a yaptığı yardımlar görülmektedir (159).

Tablo 28. SSK ve Bağ-Kur'a Yapılan Hazine Yardımları

Milyar TL						
Yıllar	SSK'ya Yapılan Hazine Yardımı	Artış Oranı (%)	Bağ-Kur'a Yapılan Hazine Yardımı	Artış Oranı (%)	Toplam Hazine Yardımı	Artış Oranı (%)
1999	1.111000	148,5	796145	83,2	1.907145	116,5
2000	400000	-64,0	1.051460	32,1	1.451460	-23,9
2001	1.108000	177,0	1.740000	65,5	2.848000	96,2
2002	2.386000	115,3	2.622000	50,7	5.008000	75,8
Milyon Dolar						
1999	2.6622	57,3	1.7824	8,3	4.4446	33,2
2000	6878	-74,2	1.6790	-5,8	2.3668	-46,7
2001	8060	17,2	1.5093	-10,1	2.3153	-2,2
2002	1.6149	100,4	1.7546	16,3	3.3695	45,5

Not : Dolar cinsinden hesaplamada T.C.Merkez Bankası ay sonu döviz alış kuru birikimli rakamlar kullanılmıştır.

1.6.4.5. Türkiye’de Diş hekimliği İnsan Gücü

Sağlık sisteminin bir ögesi de yeterli sayıda ve iyi eğitilmiş insan iş gücüdür. Diş hekimi ve yardımcı personeli ihtiyacının planlanması, amaçlara uygun olarak eğitilmesi ağız diş sağlığı hizmetlerinin planlandığı şekilde yürütülmesinde ve kaynakların verimli olarak kullanılmasında oldukça önemlidir. Ağız diş sağlığı hizmetleri için gelecek yıllarda ortaya çıkacak yeni iş gücü ve meslek dalları ihtiyaçları hesaplanmalı, Geleceğe yönelik sağlıklı projeksiyonlar yapılmalıdır.

Tablo 29. Ağız Diş Sağlığı İş Gücü Eğitimi

ÜLKE ADI	Diş Hekimliği Okulu Sayısı	Eğitim Süresi (Yıl)	Yıllık Mezun Sayısı	Hijyenist Okulu Sayısı	Diş hekimi Hemşiresi Okulu Sayısı	Lab. Tek. Okulu Sayısı
ABD	55	4	4,041	253	254	33
Avustralya	5	5	215	4	14	9
Almanya	32	5,5	1,900	2	-	-
Danimarka	2	5	95	2	10	2
Finlandiya	3	5,5	118	4	7	1
Fransa	16	6	800	0	7	13
İngiltere	15	5	800	15	15	4
İsveç	4	5	170	10	0	0
İsviçre	4	5-6	110	3	14	8
Japonya	29	6	2,756	134	43	72
Kanada	10	4-5	450	27	100	5
Türkiye	14	5	720	0	2	2
Yeni zellanda	1	5	56	1	0	1

Tablo 30. TDB 2003 Kayıtlarına Göre Diş Hekimi Dağılımı

Serbest	12.053
Kamu	894
Kamu+Serbest	948
Çalışmayan	1.365
Oda Kayıtlarında Konumu Belli Olmayan	1.341
Toplam	16.601
TDB Üyesi Olmayan Kamuda Görevli	4364
SSK, Bağ-Kur, Sağ.B., (MEB Hariç)	
Diğer Kurumlar ve silahlı kuvvetleri	359
Genel Toplam	21.324

- TDB kayıtlarına göre ülke nüfusu 70 milyon kişi olarak kabul edildiğinde 3.282 kişiye bir Diş hekimi düşmektedir.

- Özel kuruluşlarda diş hekimliği yapanların sayısı 12.053 kişidir.
- Mesleğini yapmayanların sayısı 1.365 kişidir.
- Kamu kurumlarında çalışanların sayısı 6.565 kişidir. 948'i aynı zamanda özel diş hekimliği hizmeti de vermektedir.
- 894'ü ise sadece kamuda çalışmakta ve TDB üyesidir.
- 4.364'ü ise kamu da çalışmakta ve TDB üyesi değildir.
- Ayrıca Oda kayıtlarında 1.341 kişinin çalışma konumu belli değildir (67).

Tablo 31.Bölgelere Göre Diş Hekimi Dağılımı

	2000 sayımına göre nüfus	Diş hekimi	Nüfus/Diş hekimi
TÜRKİYE	67.803927	16367	4143
MARMARA	17.364997	7088	2450
EGE	8.938781	2.533	3529
AKDENİZ	8.706005	1745	4989
İÇ ANADOLU	11.608868	2894	4011
KARADENİZ	8.439213	1192	7080
D. ANADOLU	6.137414	438	14012
G.DOĞU ANADOLU	6.608619	477	13855

- TDB'ye üye olmayan 4.364 kişiyle, MSB'de çalışan kadrolu 359 Diş hekimi ve geçici çalışan yedek subay diş hekimleri dahil değildir.
- Dört coğrafi bölgede Diş hekimi başına düşen nüfus ortalamalarının Türkiye ortalamasının (4.143) üzerinde bulunmaktadır.
- Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da önemli sayıda Diş hekimi açığı olduğu görülmektedir.

Tablo 32. Türkiye’de % 10’luk Grupların Gelirden Aldığı Paylar

Yüzde Onluk Gruplar	Gelir Payları (%) 1994	Kümülatif Azalan	Kümülatif Artan
1.Yüzde onluk grup	2.1	2,1	100,0
2.Yüzde onluk grup	3.3	5,4	97,9
3.Yüzde onluk grup	4.2	9,6	94,6
4.Yüzde onluk grup	5.1	14,7	90,4
5.Yüzde onluk grup	6.1	20,8	85,3
6.Yüzde onluk grup	7.4	28,2	79,2
7.Yüzde onluk grup	8.9	37,1	71,8
8.Yüzde onluk grup	11.1	48,2	62,9
9.Yüzde onluk grup	14.9	63,1	51,8
10.Yüzde onluk grup	36.9	100,0	36,9

Kaynak:DİE

Tablo 33. Bölgelere Göre Yoksulluk Oranları ve Kişi Başına Dış Hekimi Sayısı

Bölge	Gurubu içinde yoksulluk oranı (%)	Nüfus/Dış hekimi
Marmara	7.5	2450
Ege	8.1	3529
Akdeniz	16.2	4989
Karadeniz	14.4	7080
İç Anadolu	11.0	4011
Doğu Anadolu	13.0	14012
Güneydoğu Anadolu	34.5	13855

Tablo 34.İllerdeki Dış Hekimi Sayısı ve Ortalamaya Göre Sapmalar

İller	Toplam Nüfus	Dış hekimi Sayısı	Nüfus/Dhek.	Türkiye Ort. (4143)	Türkiye Ort. Göre Dış hekimi Farkı	Kişi B. GSYH (2001)-\$
				Olması Gereken Dış hekimi Sayısı		
TÜRKİYE	67.803927	16367	4143			2146
MARMARA	17.364997	7088	2450	4191	+2897	
Balıkesir	1.076347	245	4393	260	-15	2005
Bilecik	194326	23	8449	47	-24	2584
Bursa	2.125140	553	3843	513	+40	2507
Çanakkale	464975	101	4604	112	-11	2335
Edirne	402606	98	4108	97	+1	2403
İstanbul	10.018735	5440	1842	2418	+3022	3063
Kırklareli	328461	59	5567	79	-20	3590
Kocaeli	1.206085	263	4586	291	-28	6165
Sakarya	756168	153	4942	183	-30	2108
Tekirdağ	623561	110	5669	151	-41	2498
Yalova	168593	43	3921	41	+2	3463
EGE	8.938781	2.533	3529	2158	+375	
Afyon	812416	65	12499	196	-131	1263
Aydın	950757	225	4226	229	-4	2017
Denizli	850029	282	3014	205	+77	2133
İzmir	3.370866	1390	2425	814	+576	3215
Kütahya	656903	60	10948	159	-99	1805
Manisa	1.260169	228	5527	304	-76	2459
Muğla	715328	219	3266	173	+46	3308

Uşak	322313	64	5036	78	-14	1436
AKDENİZ	8.706005	1745	4989	2101	-356	
Adana	1.849478	359	5152	446	-87	2339
Antalya	1.719751	559	3076	415	+144	2193
Burdur	256803	49	5241	62	-13	1951
Hatay	1.253726	214	5859	303	-89	1757
Isparta	513681	101	5086	124	-23	1510
İçel	1.651400	321	5145	399	-78	2452
K.Maraş	1.002384	84	11933	242	-158	1584
Osmaniye	458782	58	7910	111	-53	1157

İÇ ANADOLU	11.60868	2894	4011	2802	92	
Ankara	4.007860	1.899	2111	967	+932	2752
Çankırı	270355	18	15020	65	-47	1136
Eskişehir	706009	166	4253	170	-4	2513
Kayseri	1.060432	153	6931	256	-103	1806
Kırşehir	253239	29	8732	61	-32	1488
Konya	2.192166	362	6056	529	-167	1554
Nevşehir	309914	44	7044	75	-31	2117
Niğde	348081	28	12431	84	-56	1781
Sivas	755091	57	13247	182	-125	1399
Yozgat	682919	36	18970	165	-129	852
Aksaray	396084	42	9431	96	-54	966
Karaman	243210	33	7370	59	-26	2012
Kırıkkale	383508	27	14204	93	-66	2725

KARADENİZ	8.439213	1192	7080	2037	-845	
Amasya	365231	42	8696	88	-46	1439
Artvin	191934	16	11996	46	-30	2137
Bolu	270654	46	5884	65	-19	4216
Çorum	597065	67	8911	144	-77	1654
Giresun	523819	141	3715	126	+15	1443
Gümüşhane	186953	13	14381	45	-32	1075
Kastamonu	375476	40	9387	91	-51	1781
Ordu	887765	95	9345	214	-119	1064
Rize	365938	48	7624	88	-40	1897
Samsun	1.209137	241	5017	292	-51	1680
Sinop	225574	29	7778	54	-25	1459
Tokat	828027	53	15623	200	-147	1370
Trabzon	975137	145	6725	235	-90	1506
Zonguldak	615599	128	4809	149	-21	2969
Bayburt	97358	5	19472	23	-18	1017
Bartın	184178	24	7674	44	-20	1061
Karabük	225102	39	5772	54	-15	1587
Düzce	314266	20	15713	76	-56	1142

DOĞU ANADOLU	6.137414	438	14012	1481	-1043	
Ağrı	528744	11	48068	128	-117	568
Bingöl	253739	8	31717	61	-53	795
Bitlis	388678	17	22863	94	-77	646
Elazığ	569616	64	8900	137	-73	1704
Erzincan	316841	19	16676	76	-57	1158
Erzurum	937389	119	7877	226	-107	1061
Hakkari	236581	4	59145	57	-53	836
Kars	325016	19	17106	78	-59	886
Malatya	853658	112	7622	206	-94	1417
Muş	453654	11	41241	109	-98	578
Tunceli	93584	7	13369	23	-16	1584
Van	877524	34	25810	212	-178	859
Ardahan	133756	2	66878	32	-30	842
Iğdır	168634	11	15330	41	-30	855

GÜNEYDOĞU ANADOLU	6.608619	477	13855	1595	-1118	
Adıyaman	623811	35	17823	151	-116	918
Diyarbakır	1.362708	138	9875	329	-191	1313
Gaziantep	1.285249	147	8743	310	-163	1593
Mardin	705098	30	23503	170	-140	983
Siirt	263676	14	18834	64	-50	1111
Ş.Urfa	1.443422	67	21544	348	-281	1008
Batman	456734	30	15224	110	-80	1216
Şırnak	353197	10	35320	85	-75	638
Kilis	114724	6	19121	28	-22	1817

Ülkemizde 71 il’de Diş hekimi başına düşen nüfus, Türkiye ortalamasının (4143) altında, 10 ilimizde ortalamanın üstünde bulunmaktadır.

Kamuda çalışan diş hekimleri;

TDB kayıtlarına göre SSK’da 618, Sağlık Bakanlığında’da 3335, MEB’ da 122, Adalet Bakanlığın da 69, MSB’ da 359, üniversitelerde 1553, Devlet Demir Yolları’nda 24 olmak üzere toplam 6080 Diş hekimi kamuda çalışmaktadır.

Türkiye’de kamuda çalışan diş hekimlerinin toplam diş hekimlerine oranı %28.5 dir.

1.6.4.6. Ekonomide Kalkınmaya Göre Diş Hekimi Dağılımı

Ülkemizde kalkınmada öncelikli il sayısı 50’ye çıkarılmıştır. Diş hekimlerinin büyük bölümü üç büyük ilimizde bulunmaktadır. İstanbul, Ankara ve İzmir illerinin

toplam nüfusları, genel nüfusumuzun % 25 dir. Aynı illerin diş hekimleri toplamı ise, diş hekimlerinin genel toplamının % 53'üdür. Kalkınmada öncelikli 50 ilimizin nüfusu toplam nüfusun % 35 dir. Bu illerdeki diş hekimi sayısı toplam diş hekiminin % 14'ü dür.

1.6.4.7. Diş hekimliği Eğitimi

Türkiye'de biri sadece lisansüstü eğitim veren Başkent Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, diğeri Yeditepe Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi olmak üzere ikisi vakıf, 13'ü resmi olmak üzere toplam 15 diş hekimliği fakültesi bulunmaktadır. Ayrıca 15 fakülteye ilave olarak Kayseri, Malatya, Bursa, Kırıkkale ve Trabzon'da olmak üzere beş yeni fakülte açma çalışmaları sürdürülmektedir (67).

1.6.5. Bazı Ülkelerde Sağlık Sistemleri

1.6.5.1. İngiltere

Sistemin esasları, tüm vatandaşlarına ödeme gücüne bakılmaksızın eşit sağlık hizmeti vermeyi hedeflemektedir. Ülkede yaşayan herkes ulusal sağlık sistemi kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık harcamaları için pirim ödenmez. Sağlık harcamalarının % 85'i genel bütçeden % 15'i İşçi ve işverenlerin vergileri aracılığı ile Ulusal Sigorta Fonuna aktarılmaktadır. Devlet 1974 ve 1982 yıllarında yaptığı feformlarla sistemin finansmanını devlet güvencesi altına almıştır. Ulusal sağlık sisteminden yararlanmak için İngiltere'de ikamet ediyor olmak yeterlidir. Sağlık kurumlarının büyük bölümü kamuya aittir. Pratisyen hekimler devlet memuru değildirler. Nüfusun % 97'si pratisyen hekime kayıtlıdır. %3'e giren çok yüksek gelirli grupların özel sigortası vardır (143, 175, 176).

Özel sigortası olanlar;

- Uzman hekim seçme hakkına sahiptir
- Hastanelerde sıra beklemezler.
- Hastanelerde özel odada yatma hakkına sahiptirler.
- Doğrudan uzman hekime gidenler
- Özel oda isteyenler
- Farmasötik ürünlerde belirlenen oranlarda ve
- Diş tedavilerinde, tedavinin şekline göre 17-117 £ arasında değişen ödeme yaparlar.
- Bir yaşına kadar çocuğu olan anneler

- o 19 yaşına kadar öğrenciler
- o 18 yaşın altındaki tüm bireyler
- o Çok düşük gelir düzeyinde olanlardan dış tedavi ücreti alınmaz.

1.6.5.1.1. İngiltere’de Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi

Ulusal sağlık sistemine; Sağlık Bakanlığı, İngiliz Tabipler Birliği ve Kraliyet Tıp Kolejleri yön vermektedir İngilterede Sağlık Bakanlığı Parlamenteoya karşı sorumludur. Bakanlığa bağlı 14 Bölge Sağlık Yönetimi, 90 Aile Hekimliği Komitesi ve Yerel Sağlık Hizmetleri bağlıdır. Dış hekimleri, pratisyen hekimler, eczacılar bu komiteye bağlıdır. Sözleşmeleri, ücret ödemelerini ve hasta hekim şikayetlerini bu komite değerlendirir. İngiltere sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi (58, 64,162).

1.6.5.1.2. Sağlık Sunumu

İngiliz sistemi (Ulusal Sağlık Hizmetleri. NHS) kamu finansmanı ve kamu hizmet sunumunun tipik ve başarılı örneklerinden biridir. Sistemin yürütülmesi kamunun sorumluluğundadır ve Birinci basamak sağlık hizmetleri öncelikli ve etkin bir şekilde düzenlenmiştir. bu kamu sorumluluğu öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili örgütlenmesini getirmiştir.

İngiliz sisteminde 2. ve 3. Basamak hizmetleri de kamu tarafından finanse edilmektedir. Bu hizmetler 1991’de gerçekleştirilen küçük bir değişiklikten sonra, kamu hastaneleri tarafından verilmeye başlanmıştır. 1980’li yıllarda pek çok Avrupa ülkesinde sağlık sistemleri yeniden gözden geçirilmiş, reform girişimlerinde bulunulmuştur. Devam etmekte olan bu reform girişimleri İngiltere’yi de etkilemiştir. 1991 yılında uygulamaya konulan NHS reformlarına kadar devlet sağlık sistemini tek merkezden yönetmekteydi. Sağlık hizmetlerini kamu hizmeti olarak kabul eden İngiltere gerçekleştirdiği reformlarla serbest piyasa modelinin bazı yönlerini NHS çerçevesinde uygulamaya başlamıştır. Reformun ana amacı hizmet sunucular arasında serbest piyasa koşullarını kullanarak kontrollü bir rekabet yaratmaktır (12, 85)). Bu nedenle İngiltere, hizmetin sunumu ve finansmanını kurumsal olarak birbirinden ayırmıştır. Sağlık yönetimleri, sorumluluk alanlarındaki nüfusun sağlık ihtiyaçlarını tespit eden, hizmeti refakat eden kurumlardan satın alan ve hizmet kalitesini ölçen birimler haline gelirken, NHS hastaneleri vakıf hastanelerine dönüştürerek onları özertleştirmiş, hizmetlerini satmaya başlamıştır. İngiltere bu şekilde hizmet sunucuların çok daha maliyet-etkili çalışmak zorunda kalacağını, yüksek performansı hedefleyeceklerini öngörmektedir (71, 106).

İngiliz modeli kaynaklarını sağlık önceliklerine göre en verimli şekilde kullanmaya özen göstermekte ve hizmetlerini hakkaniyet içinde vermektedir. Sağlık göstergeleri örnek durumda olan İngiltere'nin sağlık giderlerinin GSMH'ya oranı 1993 yılı verilerine göre %7.1'dir. (OECD 1995) ve bu oran örneğin Batı Avrupa ülkeleri içinde %8.0 olan ortalamanın altındadır. İngiltere'de sağlık hizmetlerinin sunumuna ait özellikler kısaca Tablo 18.'de verilmiştir (58, 143).

NHS hizmetleri özel muayenehanelerden alır. genel pratisyenler özel muayenehanelerinde çalışırlar ve kamu tarafından finanse edilirler. Hekimler NHS'ye yazılıp yazılmamakta serbesttirler. Eğer NHS'ye kayıt olursa hekimin vermesi gereken hizmetler, hastalara ayıracağı zaman ve ücretlerle ilgili bir sözleşme imzalar. Hekimler NHS'ye ayırdığı zaman dışında serbest çalışabilir. Her genel pratisyenin listedeki kişi sayısı, başta koruyucu hekimliğe yönelik uygulamaları göz önüne alınarak yapılan hesaplamalara göre belirlenir ve gelir elde eder. Bir muayenehanenin gelirlerinin yaklaşık yarısı kayıtlı hastalardan elde edilir. Bir pratisyen hekime 2000 kişi kayıt olabilir hekim seçimi serbesttir. Ancak değiştirmek zordur. 1997 genel seçimlerinden sonra. NHS'de reformlar gerçek değişimleri başlatmıştır. Ağız diş sağlığı alanında yapılmak istene reformlar uygulanmaya başlanmıştır.

Öncelikle sağlık merkezlerinin genişletilmesi ve modernizasyonu için tahsisatlar artırılmıştır. 50 merkezde başta olmak üzere diş hekimlerinin sisteme girmeleri sağlanmıştır. Bunun için diş hekimlerine liyakat sistemine göre ücretlendirme ve ödüllendirilme sistemi getirilmiş, Geliştirilen teşvik programlarıyla daha çok hastanın NHS'nin diş sağlığı hizmetlerine ulaşması sağlanmıştır (13, 14).

Geçen elli yıldan bu güne uygun beslenme, floridli diş macunları, suların florlanması, dişhekimlerinin NHS içinde koruyucu sağlık hizmetleri vermesi sayesinde 1973 yılından günümüze DMF-T değeri 5 yaş çocuklarında %50, 12-15 yaş çocuklarında da %75, oranında azaltılmıştır. Bu gün 5 yaş çocuklarının %60'ınd hiç çürük diş bulunmamaktadır.

1968 yılından 1998 yılına kadar hiç dişi olmayan yaşlıların oranı %37'den %12 oranına düşürülmüştür. 1968 yılında her erişkinin ağızında %21.9 oranında sağlam diş bulunurken bu oran 1998 yılında %24.9 oranına yükseltilmiştir.

Bu gelişmelere rağmen bölgeler arasında değişik nedenlerden dolayı ağız diş sağlığı göstergeleri farklılıklar göstermektedir. Özellikle sosyal ve ekonomik durum bu

farkların oluşmasında başta etkenlerdendir. Son 50 yıl içinde elde edilen başarılı sonuçlara rağmen diş hekimlerinin ve hastaların beklentilerinde değişimlere paralel olarak daha çok diş hekiminin NHS içinde daha çok hastaya hizmet verebilmesi için reform çalışmaları sürdürülmektedir (85).

Dental terapistlerin, diş hekimlerinin kontrolü altında süt dişi çekimi, basit dolgular, detertraj, koruyucu uygulamalar ve local anestezi gibi basit işlemleri Toplum Diş hekimliği Kliniklerinde (Community Dental Services) özel pilot uygulama muayenahanelerinde (Personel Dental Services) uygulamalarına deneme amacıyla izin verilmektedir. Dental hijyenistlerin de diş hekimi kontrolü altında detertraj yapmaları ve koruyucu uygulamaları gibi diş hekimliğinin değişik alanlarında çalışabilmektedirler. Bu uygulamaların amacı diş hekimlerinin üzerinden basit işlemlerin yükünü kaldırıp onların ihtiyaç duyulan başka karmaşık diş tedavilerinin uygulandığı alanlarda daha verimli çalışmalarını sağlamaktır. NHS içinde kalitenin geliştirilmesi için de çalışmalar gerçekleştirilmekte bu amaçla;

- Devlet toplumu, NHS içinde kullanabilecekleri hizmetler ve hasta hakları konusunda bilinçlendirmektedir.
- Diş hekimlerinin verimli olmayan, zor ve verimsiz eski tedavi yöntemlerinin yerine daha kolay ve başarılı sonuçlar veren tedavi yöntemlerini uygulamaları için onlara yetki vermekte ve teşvik etmektedir.
- Diş hekimlerinin sürekli gelişimini sağlamak için kariyer imkanları sağlamakta onların mümkün olan en iyi performansta çalışmalarını sağlamaktadır.
- İsteyen her hastanın diş hekimlerine daha kolay ulaşabilmesi için telefonla iletişim sistemi geliştirilmektedir (173).

Tablo 35: İngiltere’de Sağlık Sunumu

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	İkinci Basamak Sağlık Hizmeti	Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti
1. 2000 kişiye bir pratisyen hekim 2. Aile hekimliği 3. Diş hekimliği 4. Göz hekimliği hizmetleri sunulmaktadır.	1. Hastane hizmetleri bu basamaktadır. 2. Hastanelerde uzman ve pratisyen hekimler hizmet verir. 3. Hastanelerin % 90'ı kamu malıdır. 4. 10-100 bin nüfusa bir hastane planlanmıştır. 5. Hastaneler içi yönetimlerinde bağımsızdır. 6. Her hastanede halkın da temsil edildiği Hastane Yönetim Komitesi vardır.	1. (Nöroşirurji, Kalp Damar Göğüs cerrahisi gibi) özel dal hastaneleri bu basamaktadır. 2. Hastane hekimleri maaşlıdır. Muayenahaneleri de olabilir. 3. Uzmanlık eğitimleri bu hastanelerde verilmektedir. 4. 2,5 milyona bir hastane olarak planlanmıştır.

İngilterede Sağlık işgücü	Personel sayısı
Doktor	90000
Diş hekimi	29757
Hemşire	300000
Yardımcı sağlık personeli	150000
Ebe	22000
Eczacı	11000
Yönetici	24000
GP muayenehane personeli	105000

1.6.5.2. Amerika

Kişi başına düşen milli geliri ve kişi başına yapılan sağlık harcaması en yüksek olan ülkelerden biridir. Yerel yönetimler oldukça güçlüdür. Serbest piyasa ekonomisi tavizsiz uygulanmaktadır. Düzenli bir sağlık basamak sistemi ve sevk zinciri bulunmamaktadır. Düşük gelirli kesime devlet desteği zayıftır. Devletin büyük oranda Sağlık Bakım Kalitesini araştırma-geliştirmesine katkıda bulunmaktadır.

Tablo 36: Halk Sağlığı Uygulamaları

Ulusal Düzeyde	Eyalet Düzeyinde	Yerel Düzeyde
- Tüm ülkeye yönelik sağlık politikası geliştirmek - Örgütlenmeyi ve eyaletler arasında eşitliği sağlar.	- Sağlık planlamasını ve bütçesini yapar. - İnsan gücünü sağlar. - Seçilmiş eyalet sağlık kurulu müsteşar düzeyindedir. Çalışmaları; - Tıbbi yönetim - Çevre sağlığı - Personel yönetimi - İdari işler - Enformasyon yönetimi	- Sağlık Eğitimi - Beslenme Eğitimi - Aile Planlaması - Ana-Çocuk Sağlığı - Okul Sağlığı - Bağışıklama - Çevre Sağlığı Hizmetleri - Diş Sağlığı Hizmetleri

Devletin sağlık sistemi içinde düzenleyici ve araştırmaya yönelik çalışmaları yanında fakir halkın minimal sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak düzenlemeler ve çalışmalarını Ulusal, eyalet ve yerel düzeyde sürdürmektedir Tablo 36 (125).

Doğrudan sağlık harcamalarının bir bölümü vergiden düşülebilmektedir. Sağlık harcamalarının yüksek olmasına karşılık sağlık göstergeleri ve hasta memnuniyeti bu harcamalarla orantılı değildir (60, 125). Kar amaçlı sigorta şirketleri grup veya bireysel sigorta yaparlar Tablo 37'de ABD'de faaliyet gösteren sigorta kuruluşları kapsamları özet olarak verilmiştir.

Tablo 37. ABD Sigorta Kuruluşları

Kar amacı olmayan sigorta şirketleri	• Blue Cross Hastane masraflarını sigortalar • Blue Shield Hekim masraflarını sigortalar. ◦ Bu şirketler hekimler ve hastane sahipleri tarafından kurulmuştur. ◦ Nüfusun 1/3'ü bu sigorta kapsamındadır. ◦ Sigorta, grup veya bireysel olabilir. ◦ Eyalet değişikliklerinde de sigorta geçerlidir. Sigorta şirketleri tedavileri kendi hastanelerinde yaparlar.
Bağımsız sigorta planları	• HMO (Health Maintenance Organisation), Diş için DHMO (Dental Health Maintenance Organisation) ◦ Nüfusun % 14'ü bu kapsamdadır. ◦ Kişi başına ödeme yapılır ◦ İsteğe bağlıdır. • PPO (Preferred Provider Organisation) ◦ Bu sisteme girenler, tercihli hekime giderse fark ödemez. Diğer hekimlere giderlerse ücretin % 20 'sini öderler.
Kamu sigortası	• Medicare 65 yaş üstündeki herkesi kapsar. ◦ Gözlük, işitme cihazı, diş tedavileri kapsam dışıdır. ◦ Her türlü tedavi Federal devlet veya Eyalet yönetimince karşılanır. ◦ A planı hastane giderlerini (ilk 652\$ hariç) ◦ B planı Hemşirelik ve laboratuvar giderlerini karşılar. • Madicare Yıllık geliri her yıl belirlenen miktarın altında olanlar yararlanır. ◦ Toplumun %10'unu kapsar ◦ Her eyalet için ayrı hesaplanır. ◦ Ulusal harcamaların % 12'si kadardır. ◦ Giderlerden kesinti yapılmaya çalışılmaktadır.

1.6.5.2.1. ABD'de Sağlık Hizmetleri Sunumu

ABD'de sağlık güvencesi Avrupa ülkelerinden farklı olarak serbest piyasa koşullarına uygun olarak gelişmiştir (58).

Tablo 38. Sağlık Hizmetleri Sunumunun Özellikleri

Temel Sağlık Hizmetleri	İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri
• Çoğunlukla tek veya grup halinde çalışan özel muayenehanesi olan hekimler tarafından verilmektedir. • Hastalar alınan hizmetin bedelini öder. • Sigorta şirketleri ayakta tedavi için ödeme yapmaz. • Düşük gelir gurubunda olanlar hastanelerin polikliniklerine başvurmak zorundadır.	• Çok gelişmiştir. • Hekimlerin %85'i uzmanlaşmıştır. • Her hasta, istediği hastaneye başvurabilir. • Sigorta sistemleri bu basamakta ödeme yapar. • Ulusal veya eyalet düzeyinde bir çok hastane bulunmaktadır.

1920 ve 1930 lu yıllardan başlayarak hastanelerin yaygınlaşmasının ardından Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık sigortacılığı sektörü gelişmeye başlamıştır. Ancak ağız diş sağlığı Sigortalarının gelişmesi 1970 li yıllardan itibaren gelişme ye başlamıştır. Özellikle 1970-1976 yılları arasındaki 6 yıllık dönemde Özel Diş Sağlığı sigortacılığı % 500 büyümüş, sigortalı sayısı 4.8 milyon kişiden 23.1 milyon kişiye yükselmiştir. 1981 yılında tüm diş sağlığı harcamalarının % 34 lük bölümü

sigortalılar tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu da yaklaşık 5.81 milyar Amerikan Dolarıdır.

Delta Dental planın 1991 yılında yaklaşık yüz milyon kişiden fazla diş sağlığı sigortalısı bulunmaktaydı. Günümüzde yaklaşık her üç Amerikalıdan birisi herhangi bir diş sağlığı sigortasına sahiptir. Sigorta firmaları ağız diş sağlığı hizmetine olan talebi önemli ölçüde arttırmışlardır Ancak ABD 1965 yılında Federal hükümetin %50-83 arasında kalan oranlarda maddi yardım da bulunduğu **“Medicaid”** fakir halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulmuştur. Medicaid’den yararlanabilme sınırları her yıl belli özelliklere göre her eyalet için ayrı ayrı saptanmaktadır. Kişi başına ödeme esasına göre çalışan bu kuruluş için hizmeti, izin verilen kuruluşlar sunar. 1985 yılında devletin yaptığı kişi başına harcama ortalama 1.848 Amerikan dolarıdır. En yüksek harcama 3.384 \$ New York’ta görülmekteyken en düşük harcama yapan eyalet 819\$ ile Batı Virginia olmuştur (11,126;161).

“Medicare” program olarak bilinen sosyal güvenlik uygulaması başlangıçta 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin doktor ve hastane hizmetlerinin önündeki tüm parasal engelleri kaldırmıştır. Uygulamaya başlandıktan ilk birkaç yıl sonra harcamaların beklenenden çok fazla olması nedeniyle bazı finansal engellemelere gidilmiştir. 1970 yılından sonra da “Part A” ve “Part B” olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. “A sınıfı” hastane sigortasını, “B sınıfı” gönüllü tamamlayıcı sağlık sigortası olarak hizmet vermektedir. Hizmetlerden yararlanmanın bazı karmaşık kuralları bulunmaktadır ve 1990 yılı için A sınıfı için yıllık 592\$, B sınıfı için de aylık 28.60 \$ pirim ödenmekteydi. 1968 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Medicaid program enstitüsünün yürütmekte olduğu özel konulara yönelik erken teşhis ve tedavi amaçlı hizmetleri çalışmalarını sürdürmektedir (11).

EPSDT (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment) çocukların ihtiyaçları olan sağlık hizmetleri için kurulmuştur en az 18 yaşına kadar çocuklar bu programın kapsamında zorunlu sigortalıdır. Başlangıçta ekonomik yetersizlik içindeki çocukların diş sağlığı hizmetleri için yapılması gereken çalışmalar ADA’nın desteklemesi ile başlatılmışsa da günümüzde fakir çocukların % 50 sinden fazlası bu hizmete erişememektedirler (126, 161).

Diğer Toplum Kaynaklı Diş Sağlığı Programları

HHS (Health and Human Services), HIS (Indian Health Services) gibi sağlık servisleri direkt veya indirekt yollarla diş sağlığı hizmetlerini desteklemişler, ana-çocuk, eve bağımlı, bazı özürülere diş sağlığı alanında bazı eyaletlerde hizmetler

vermişlerdir. 1960'lı yıllarda başarılı hizmetler vermiş olmalarına rağmen bu gün aynı özelliklerini devam ettirememişlerdir.

Pazar ekonomisinin en etkin olarak uygulandığı Amerika Birleşik devletlerinde bile sağlık güvenliği tamamen pazar ekonomisine bırakılamamakta, mutlaka devletin öncülüğü ve desteği gerekmektedir.

1.6.5.2.2. ABD'de Ağız Diş Sağlığı Durumu

ABD'de Ağız Sağlığı Hizmetleri geçmişten günümüze kadar olan süre içindeki en iyi durumunda olmasına rağmen, ağız hastalıkları yaygın hastalıklardan olmaya devam etmektedir. Ağız hastalıklarından hemen tüm toplum yaygın olarak etkilenmektedir. Fakir halkın çoğunluğu ve bazı etnik azınlıklar, toplumun geneline göre daha fazla tedavi edilmemiş ağız diş sağlığı sorunlarına sahiptirler. Suların florlanması, fissür örtücüler, düzenli diş hekimi bakımı, tütün kullanmasının önlenmesi çalışmaları gibi güvenli ve etkin koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir.

Diş çürükleri en yaygın çocukluk hastalıklarından birisidir. 5-17 yaş grubu arasında astımdan 5 kat, saman nezlesinden 7 kat daha fazla görülmektedir. 2-4 yaş arasında %18 oranında çürük görülmekte, bunların %16'sı tedavi edilememektedir. 8 yaş çocuklarının sadece %23'ünün azı dışında en az bir fissür örtücü bulunmaktadır. 17 yaş grubunun % 78'inin diş çürüğü bulunmakta ve %7 sinin en az bir kalıcı dişi çürük nedeniyle çekilmiş bulunmaktadır. 35-44 yaş arası erişkinlerin % 69'unun en az bir sürekli azı dişi çürük nedeniyle kaybedilmiş bulunmaktadır. 65-74 yaş arası nüfusun % 26'sının tüm dişleri kaybedilmiş bulunmaktadır. Tedavi edilmemiş çürük diş sorunu devam etmektedir. Tüm nüfusun üçte birinin tedavi edilmemiş çürük dişi bulunmaktadır. 35-44 yaş arası nüfusun % 48'inin diş eti sorunun bulunmaktadır ve % 22'sinin destrüktif diş eti hastalığı vardır. Tütün kullanımı diş eti hastalığı riskini arttırmaktadır. ABD'de her yıl 30.000.00 kişide ağız ve boğaz kanseri teşhis edilmektedir. Bu kanserli hastaların her yıl 8.000 kişisi ölmektedir. Ağız ve Boğaz kanserleri, Amerika'da yaşayan erkeler arasında görülen en yaygın 8 inci, Afrika kökenli Amerikalı erkeler arasında da 4 üncü sıradaki kanser türüdür. Dudak damak yarıkları her 1000 doğumdan 1 inde görülmekte olan yaygın doğumsal özürlerden biridir. Toplumun %62'si yani yaklaşık 144 milyon Amerikalı florlu kamusal su kaynaklarından yararlanabilmektedir. Yüz milyon Amerikalı florlu su kullanamamaktadır. 1998 yılı içinde ağız diş sağlığı için toplam 53,8 milyar Amerikan doları harcanmıştır. Bu paranın % 48'i sigorta firmaları tarafından %4'ü devlet programları, geri kalan % 48 oranındaki harcama cepten yapılmıştır. Bu

harcamaların 2000 yılında 60 milyar dolara yükseleceği tahmin edilmektedir.108 milyondan fazla Amerikalının dış sigortası bulunmamaktadır. Her tıbbi sigortasız bir çocuğa karşılık 2,6 dış sigortasız çocuk bulunmaktadır. Her tıbbi sigortasız 1 erişkine karşı 3 dış sigortasız erişkin bulunmaktadır (98, 103, 126).

1.6.5.3. Almanya

2003 yılında 120 yaşında olan Alman ulusal sosyal güvenlik sistemi Bismarck modeli olarak bilinen İşçi ve işverenden kesilen primlerle finanse edilen dünyanın en eski sistemidir. Ulusal merkezi sağlık finansman kuruluşundan finanse edilen 1998 yılında sayıları 1340 olan zorunlu hastalık fonları aracılığı ile hizmet sunumu ödemeleri yapılmaktadır (175).

1.6.5.3.1. Almanya’da Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Federal devlet, sağlık hizmetlerini yasalarla düzenleyerek ülkede tam bir birlik sağlamıştır.

Sağlık sistemi ile ilgili yasalar;

- Kamu Sağlığı Sigorta Yasası
- Hekimler Yasası
- Dış Hekimliği Yasası
- Hekim, Dış hekim ve eczacıların Eğitimlerini Düzenleyen Yasa
- Hastane Finansmanı Yasası
- Salgın Hastalıklar Yasası

Almanya’da ekonomik ve sosyal statüsüne bakılmaksızın her yurttaş eşit sağlık haklarına sahiptir. Resmi sağlık sistemi toplumun %90’ını kapsamaktadır. (Krankenkassen). Toplumun % 70’i bu fonlara gelir düzeyleri nedeniyle zorunlu olarak katılmaktadır. Gelir düzeyi zorunlu sigortaya girmelerini gerektirmeyecek kadar yüksek olan % 30’luk kesim arzu ederlerse zorunlu sigortaya girebilirler. (Nüfusun % 10’u sadece özel sigortalıdır). Zorunlu sigortaya ödeme yapma gücüne sahip tüm çalışanlar, ücretlerinden fona aynı oranda ödeme yaparlar. (Katkı oranı, Beitragssatz) (Nüfusun % 8’inin primleri eyaletler tarafından ödenmektedir.) Sağlık hizmetleri ”Sağlık Bakanlığı ve Sosyal İşler Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıkları tarafından birlikte yürütülmektedir. Sağlık harcamalarının % 73’ü hastalık fonlarından, % 11’i cepten ödeme yoluyla karşılanmaktadır (154).

Zorunlu sigorta kapsamında olanlar;

- 1.Ev ziyaretleri dahil sınırsız ayakta tedavi hizmeti alırlar

- 2.Küçük katkı payı ödemeleri ile sınırsız hastane hizmeti
 - 3.Gebelik ve analık bakımı
 - 4.Düşük katkı payı ödeyerek reçeteli ilaç
 - 5.Tıbbi destek araçları ve cihazlar
 - 6.Koruyucu sağlık hizmetleri
 - 7.Aile planlaması
 - 8.Rehabilitasyon servisleri
 - 9.Sertifikalı fizyo-terapist, kaplıca, masaj hizmetleri ve dinlenme evleri (% 10 katılım payı öderler)
 - 10.Koruyucu diş sağlığı hizmetleri
 - 11.Dolgular, Periodontal tedaviler, Diğer ortodontik apareyler ve protezler. Diş tedavilerinde % 25-45 arasında değişen katkı payları vardır. Düzenli Diş hekimi ziyaretleri yapanlara % 15 oranında indirim yapılmaktadır.
 - 12.Optik servisler ve gözlük
 - 13.Ambulans hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Hastalar doğrudan hastaneler başvuramazlar.
- Özel sigorta sahipleri;
- 1.Özel odada kalırlar
 - 2.Uzman hekimden yaralanırlar
 - 3.Diş sağlığı hizmetlerinde katkı payı ödemezler
 4. Zorunlu sigorta hizmetlerinde bulunmayan bazı konforlarda yararlanmaktadırlar.
- Almanya 1998 yılı verilerine göre, sağlığa GSMH'nin %10,4 ünü, bu paydan da %9'unu ağız diş sağlığı hizmetlerine ayırmaktadır (143, 166, 175,176).

1.6.5.3.2. Almanya'nın Sağlık Finansman Yapısı

Almanya'nın sağlık finansmanının %81'ini zorunlu sigorta aracılığı ile kesilen primler oluşturmaktadır. Ayrıca genel vergilerden aktarılan kaynaklar ve %8 özel harcamalar Sağlık finansmanını gerçekleştirmektedir..

1.6.5.4. Fransa

Fransız sağlık sistemi de Almanya'da olduğu gibi Bismarck modelidir. Tüm toplum zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Fransa'da 1928 milli sigorta sistemi bulunmasına rağmen günümüzde uygulanmakta olan geniş kapsamlı sosyal güvenliğin uygulanması 1978 yılında başlamıştır. Sistem, Almanya'daki sistemin benzeri olan sağlık fonları aracılığı ile yürütülmektedir. Hastalık Sigorta Fonu

(Sickness Insurance Funds SIF's), hükümetten bağımsız ve kar amacı olmayan üç büyük (CNAMTS, MSA, CANAM) ve çok sayıda da küçük kuruluşlar olarak ülkede yaygın olarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Üç büyük sigorta kuruluşu toplumun % 95'ini, kalan % 5'ini de 11 küçük sigorta kurumu kapsamı içinde bulundurmaktadır. Finansman, ücretlerden kesilen %13 lük katkı payı ile sağlanmaktadır. Bu kesintinin %70'ini işveren, %30'unu işçi ödemektedir (127, 154, 174).

1.6.5.5. İskandinav Ülkeleri Sağlık Sistemleri

(İsveç, Danimarka, Finlandiya ve Norveç)

Sosyal, ekonomik, teknolojik ve sağlık ihtiyaçlarının sürekli değişmesi, bireylerin ve sağlık çalışanlarının beklentilerini de değiştirmektedir. Bu değişimlerin ışığı altında sağlık sistemlerinde reform çalışmaları gerçekleştirilmektedir. Özellikle son yıllarda "Herkes İçin Sağlık", Hedef 21 ve dünyadaki ekonomik değişimler sağlıkta reform çalışmalarına ve uygulamalarına hız kazandırmıştır. Birçok ülke köklü değişiklikler yaparken, bazıları pilot uygulama safhasında, bazıları da yeni model arayışını sürdürmektedir.

İskandinav ülkeleri reform çalışmalarına erken başlayan, sağlık sistemi ve sağlık sonuçları bakımından Tablo 57'de görüldüğü gibi örnek olabilecek düzeydedir.

Tablo 39. İskandinav Ülkelerinde Temel ve Sosyal Göstergeler

ÜLKE	Nüfusu	Yüz Ölçümü (Km ²)	Kaba Doğum Hızı (%0)	Kaba Ölüm Hızı (%0)	Bebek Ölüm Hızı (%0)			Doğumda Beklenen Yaşam Süresi			Kişi Başına GSMH (\$)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$)	Bütçe den Sağlığa Ayrılan Pay (\$ %)
					t	e	k	t	e	k			
İSVEÇ	8.886.738	449.964	11.7	10.7	3.9	4.4	3.3	79.1	76.5	82.0	30.378	1266	7.7
DANİMARKA	5.333.617	43.070	12.1	11.0	5.1	5.8	4.5	76.3	73.6	79.1	30.000	1296	6.6
FİNLANDİYA	5.149.242	337.030	11.2	9.6	3.8	4.1	3.4	77.1	73.6	80.8	16.000	1363	8.3
NORVEÇ	4.419.995	324.220	12.9	10.1	5.0	5.5	4.4	78.2	75.4	81.2	26.200	1592	7.3

KAYNAK: US. Bureau of the Census International Database and The World Factbook 1997

1.6.5.6. İsveç

Sağlık hizmetlerinin tüm nüfus için sağlanması ve finanse edilmesi kamu sektörünün (devletin) sorumluluğundadır. Bu hizmetlerin sorumluluğu öncelikle il kurullarının (county councils) yetkisi altındadır. İl kurulları, tüm hizmetlerin kontrol edilmesi ve toplanan vergiler yoluyla gereksinim olan finansal kaynakları sağlamak ile görevlidir. Böylece İsveç'te sağlık hizmetlerinin sorumluluğu 26 coğrafi bölgedeki

yerel yöneticiler tarafından üstlenilmiştir. İsveç sağlık sistemi demokratik prensiplere sahiptir ve desentralizedir (45,169).

1.6.5.6.1. Sağlık Hizmetleri Sunumu

Son yıllarda birinci basamakta çalışan doktorlar aile hekimi olarak hizmet vermektedirler ve İsveç'te herkes bir aile hekimi seçmek zorundadır. Aile hekimine başvuru azdır. Bu alanda çalışan hekimler hekimlerin %20'sini oluşturmaktadır.

1.6.5.6.2. Sağlık Yönetimi ve Planlama

İsveç'te üç idari ve politik yönetim basamağı vardır. Bunlar merkezi hükümet (central government), il kurulu (county council) ve yerel yönetimlerdir (local authority). Merkezi hükümetin görevi yasa ve yönetmelikler çerçevesinde sağlık hizmetlerinin temel esaslarını oluşturmaktır. Bunlardan en önemlisi 1982 yılında çıkarılan "Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Kanunu"dur. Kanun; herkese eşit, kaliteli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunum esasına dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanı gibi genel sorunları ile 1992 yılında kurulmuş bir Parlamento Komisyonu vardır; Sağlık hizmetlerinin sunulması ve toplumun sağlık standartlarının iyileştirilmesi konularında Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Kanunu'na göre il kurullarının sorumluluğu vardır. İsveç'te 23 il kurulu ve aynı sorumluluklara sahip 3 büyük belediye (Gothenburg, Malmo ve Gotland) vardır.

1.6.5.6.3. Finansman

Sağlık harcamaları 1993 yılı için genel bütçenin % 7.6'sıdır. Bu harcamaların %90'ı il kurulları ve 3 büyük belediye tarafından yapılmaktadır. İl kurullarının ve belediyelerin gelirlerinin % 74'ü vergilerden, % 12'si hükümet bütçesinden, geri kalanı ise hasta ödemelerinden karşılanmaktadır Tablo 40. Son yıllarda sağlık hizmetlerinin akılcı kullanımı ile maliyetlerde düşüş sağlanmıştır.

Tablo 40. İsveç Sağlık Harcamalarının Hizmetlere Göre Dağılımı (%), 1994

Poliklinik Muayenesi ve Ayaktan Tedavi	61
Birinci Basamak	17
Psikiyatrik tedavi	10
Uzun Dönem Hastane Bakımı Gerekenler	5
Diş Tedavisi	5
Diğer Hastalıklar	2

1990'ların başlarında belediyeler, sağlık hizmetlerinin akılcı ve maliyet etkili kullanımı için, "hizmeti satın alan-hizmeti sağlayan modeline" (purchaser-provider model) dayanan yeni bir finansman kontrol sistemi geliştirmişlerdir. Bu sistemle hastaneler ve birinci basamak sağlık kuruluşları ile yıllık olarak yapılan sabit sözleşmeler kaldırılıp; sonuçlara ve performansa göre ödeme yapılmaya başlanmıştır. Bununla, her bir hizmetin maliyetinin azaltılması ve kalitenin iyileştirilmesi amacıyla hastaneler arasında rekabet yaratılmaya çalışılmıştır.

1.6.5.6.4. İş Gücü

İsveç'te sağlık sektöründe 300.000'in üzerinde çalışan vardır. Bu da ülkede tüm çalışanın % 10'una karşı gelmektedir. İsveç'te 340 kişiye bir doktor düşmektedir. Ücretler merkezi hükümet tarafından derecelendirilip; ziyaret ve hizmet başına il kurulları tarafından ödenmektedir. Bölümlerin başında, kliniğin yönetimi ile ilgili her türlü sorumluluğa sahip doktorlar yer almaktadır (45).

1.6.5.7. Finlandiya

1.6.5.7.1. Sağlık Sistemi Organizasyonu

Finlandiya'da sağlık sisteminin organizasyonu ve finansmanı kamunun sorumluluğu altındadır. Sağlık hizmetleriyle ilgili asıl sorumluluk, 455 yerel yönetime (belediye) aittir. Hükümet, genel sağlık politikasının ana hatlarını ulusal düzeyde belirler Finlandiya'da herkesin sağlık sisteminden yararlanma hakkı vardır.

Yasalar, belediyelerin kişilere sunmak zorunda oldukları sağlık hizmetlerini düzenlemektedir. 1972 yılında çıkarılan "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu" sağlık danışmanlığı, Ana-Çocuk Sağlığı, okul sağlığı, hastaların nakli, izleme-değerlendirme ve çocuk ve yaşlıların diş sağlığı alanlarında verilen sağlık hizmetlerini düzenlemektedir. Bu hizmetler sağlık merkezlerince verilmektedir (165). Ayrıca belediyeler, kişilere kanunen vermekle sorumlu oldukları tıbbi bakım

hizmetlerini de sağlamak zorundadırlar. İhtiyaç olduğunda belediyeler özel sektörden de sağlık hizmetlerini satın alabilirler.

Finlandiya'daki özel sağlık sistemi, özellikle ülkenin güneyinde ağırlıklı olarak verilen ilk yardım hizmetlerini içerir. Özel sağlık sektöründe çalışan hekimlerin çoğu, devlet hastanelerinde ve sağlık merkezlerinde tam gün çalışan uzmanlardır. Finlandiya'ya ait demografik özellikler ve sağlık organizasyonu Tablo 41'de görülmektedir

Tablo 41. Finlandiya'da Mevcut Sağlık Sistemi ve Nüfus Dağılımı 1997

Sağlık Merkezi	250
Hekim	15.192
Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı	338
Hemşire	54.085
Diş hekimi	4.839
Kent Nüfusu	% 60
15 Yaş altı Nüfus	% 19.3
65 Yaş üstü Nüfus	% 13.2

1.6.5.7.2. Sağlık Sistemi Finansman ve Harcamaları

Finlandiya'daki sağlık sistemi temel olarak vergi gelirleriyle finanse edilir. 1994'te, sağlık sistemi toplam maliyetinin % 33'ü belediye gelirlerinden, % 29'u hükümet tarafından, % 13'ü Ulusal Hastalık Sigortası Kurumu ve % 25'i de özel kaynaklardan finanse edilmektedir. Hükümet sağlık hizmetlerini, belediyelere verdikleri sübvansiyonlarla finanse eder.

1.6.5.7.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Temel sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak sağlık merkezlerinde verilir. Bu merkezler, bir veya birçok belediyeye ait olabilirler. Sağlık merkezleri kar amacı gütmeyen organizasyonlardır. Finlandiya'da 250 sağlık merkezi bulunmaktadır. Sağlık merkezleri; ayaktan ve yatarak hasta tedavisi, koruyucu tedavi, diş bakımı, anne, çocuk ve okul sağlığı, aile planlaması, fizyoterapi ve mesleki sağlık bakımı gibi çok çeşitli alanlarda hizmet vermektedir. Sağlık merkezlerinde çalışan personelin sayısı ve türü, sağlık merkezlerinin bölge, nüfus ve yerel şartlarına göre değişiklik gösterebilir. Personel genellikle genel pratisyen, bazen uzman hekim, hemşire, halk sağlığı hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, Diş hekimi,

psikolog ve idari personelden oluşur. Sağlık merkezi personeli belediye tarafından ücretli olarak çalıştırılmaktadır (45, 168).

1.6.5.8. Danimarka

Danimarka'da sağlık hizmetleri diğer İskandinav ülkelerinde olduğu gibi büyük ölçüde kamu hizmeti olarak sunulmaktadır. Sağlık hizmeti harcamalarının % 85'i vergilerle karşılanmaktadır. Hizmetlerin yürütülmesinin sorumluluğu bölgesel düzeyde (desantralize) otoriteler gerçekleştirmektedir. Fakat hizmetle ilgili işlerde hükümet ve yerel yönetimler yakın işbirliği içerisinde çalışmaktadır.

Danimarka'da sağlık hizmetleri iki bölümdür.

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri
2. Hastane hizmetleri.

Danimarkada Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Bir hastalık durumunda, kişiler ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşuna başvururlar. Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler hastaların tedavilerinin yanında sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırmalar ve koruyucu sağlık hizmeti vermektedirler. Danimarka Sağlık Sisteminde, genel pratisyenler ikinci basamak sağlık hizmetlerine ihtiyacı azaltan kişiler olarak görev yaparlar.

Tablo 42. Danimarka'da Mevcut Sağlık Hizmetleri Sunumu 1994

Hastane	83	
Sağlık Merkezi	1.673	
	Birinci Basamak	Hastaneler
Uzman Hekim	886	9.193
Pratisyen Hekim	3.729	3.760
Diş hekimi	3.760	
Ev Hemşiresi	10.671	
Çocuk Diş hekimi	1.430	

Danimarka'da yönetim bakımından sağlık hizmetleri sektöründe üç politik ve idari basamak vardır Devlet, iller, yerel yönetimler (ulusal, bölgesel ve yerel). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi sağlık hizmet sunucularına en alt düzeyde sorumluluk verecek şekilde düzenlenmiştir.

Ülkede 273 yerel yönetim vardır. Sağlık alanında yerel yönetimler; evde hemşirelik, toplum sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri ve çocuk diş

tedavilerinden sorumludur. Aynı zamanda sosyal hizmetlerin (yaşlı bakımevleri, yaşlıların barındırılması) de büyük bir kısmından sorumludurlar.

Devletin sağlık hizmetlerinin sunumundaki ilk ve en önemli görevi koordinasyon yerel yönetimlere tavsiyelerdir. Ulusal sağlık politikasının hedeflerini ortaya koymak ve sağlık konusunda yasalar yapmakla görevlidir

Danimarka sağlık hizmetlerinin iki önemli özelliği hizmetlerin vergilerle kamu tarafından finanse edilmesi ve hizmetlerin büyük çoğunluğunun kamu otoriteleri tarafından yürütülmesidir.

1.6.5.8.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Danimarka'da sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu kullananlara ücretsiz olarak verilmektedir. 1995 yılı sağlık harcamalarının toplamının % 83'ü kamu tarafından karşılanmıştır. Özel harcamaların büyük kısmı ise ilaç, diş hekimliği ve fizyoterapi gibi katılım paylarını kapsamaktadır. Kamu ve kişilerin toplam sağlık harcamaları kabaca gayri safi milli hasılanın % 6'sı kadardır. % 83'lük kamu harcamaları, iller ve yerel yönetimler tarafından yapılmaktadır. İller ve yerel yönetimler sağlık hizmetleri için yaptıkları bu harcamaları kendi topladıkları vergilerden ve hükümetin verdiği ödeneklerle karşılamaktadırlar. Hastalar kendi üstlerine düşen harcamaların bir kısmını karşılamak için özel sağlık sigortalarından da yararlanabilmektedir. Ayrıca toplumun % 27'sinin özel sağlık sigortaları vardır.

Sağlık Ödemeleri Sistemi kapsamında hizmet veren genel pratisyenlere, kısmen kişi başına, kısmen de hizmet başına ödeme yapılır. Uzmanlar, diş hekimleri ve Sağlık Ödemeleri Sistemi altında hizmet sunan diğer kişiler sadece hizmet karşılığı ücret alırlar.

1.6.5.8.2. Sağlık Ödeme Sistemi

Danimarka'da yaşayan herkes hastalık durumunda "Sağlık Ödeme Sistemi" kapsamındadır. Bu sistem il yönetimleri tarafından finanse edilmektedir. Kişiler bu sisteme hiçbir ödeme yapmazlar çünkü sistem il içinde toplanan vergilerle finanse edilmektedir. 16 yaşından küçük olanlar anne-babalarının yararlandığı sigortadan yararlanmaktadır. 16 yaşından sonra kendileri sigortalarını seçebilmektedirler.

Danimarka sağlık sisteminin asıl unsuru genel pratisyenlerdir. Genel pratisyen, koordinatörlük yapan ve hastaları hastanelere, uzmanlara ve diğer çalışanlara sevk

eden kişidir. Danimarka'da yaşayan herkes kendi Diş hekimini seçebilmektedir. Yaklaşık 3.800 diş hekimi vardır. 18 yaş üstündekiler için, Sağlık Ödeme Sistemi koruyucu ve diş tedavisi ücretinin bir kısmını ödemektedir. 18 yaş altındakiler, kısmen özürlü olan ya da ciddi fiziksel ya da mental sakatlığı bulunan kişilere bu hizmetler ücretsiz olarak verilmektedir.

•Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Sağlığın İyileştirilmesi

Son 10-15 yıldır koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın iyileştirilmesine öncelik verilmeye başlanmıştır. Bu amaçla koruyucu sağlık programları uygulamaya konmuştur. Okul öncesi çocukların tümü, genel pratisyen tarafından 7 kez ücretsiz muayene edilme hakkına sahiptirler. Zorunlu eğitim süresince okul çağı çocuklarına, sağlık konusunda tavsiye, yardım ve muayene sağlamak yerel yönetimlerin (gezici sağlık ekipleri aracılığıyla) görevidir. Çocukların okula başladıkları ve bitirdikleri yıllarda yerel otorite tarafından bir doktora muayenelerinin yapılması zorunludur. Gerekğinde aynı doktor tarafından tüm okul yaşamı boyunca tıbbi yardım da sağlanmaktadır.

Yerel yönetim tarafından 18 yaşın altındaki herkese ücretsiz koruyucu ve tedavi edici diş hekimliği hizmetleri sağlanır. Bu işi yerel yönetimin anlaştığı diş hekimleri yapmaktadırlar (45, 167).

1.6.5.9. Norveç

Norveç'te sağlık politikası üretmek, planlama ve finansmandan sorumlu Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığının yanında Sağlık Hizmetleri Direktörlüğü ve Ulusal Sigorta Enstitüsüne yer alır. Sağlık Hizmetleri Direktörlüğü birinci basamak, hastane, ilaç, çevre sağlığı gibi çeşitli bölümlerden oluşur. Bölgelerde Sağlık Hizmetleri Direktörlüğünü Bölge Sağlık Yönetimleri temsil eder. Bunların görevleri hastane hizmetlerinin yönetmek ve birinci basamak hizmetlerinin denetimini sağlamaktır.

Norveç'te 1984 yılında "Yerel yönetimler (Belediyeler) Sağlık Planı" uygulamaya konduktan sonra birinci basamak sağlık hizmetleri büyük oranda desantralize olmuştur. Norveç'te birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri haftada 38 saat çalışmak zorundadır. Bireyler aile hekimini seçmekte serbesttir. Bir aile hekimine 1500-2500 kişi kayıt olabilir. Pratisyenler istedikleri yerde çalışabilirler. Ancak sözleşmeli olarak çalışabilmek için belediye sağlık planına uymaları gerekir. Aile hekimleri her türlü birinci basamak

sağlık hizmetini halk sağlığı hemşiresi ile birlikte vermektedirler. Hemşire, haftada 23 saat çalışırlar ve maaşlarını aile hekiminden alırlar. Genel pratisyenlerin çoğunun tıbbi sekreterleri ve laboratuvar elemanı vardır. Hekimlerin ücretleri Bakanlık ve Norveç Tabipler Birliği (Norwegian Medical Association) birlikte kararlaştırılır. Bu anlaşma tüm doktor ve yerel yönetimlere uygulanır. Hekimlerin bulunduğu guruba göre farklı ödeme şartları vardır (45, 170).

Ülkelerin genel sağlık ve ağız dış sağlığı sistemleri ile ilgili bilgiler “özet tablolar” bölümünde Tablo 45, 46, 47, 48, 49 numaralı tablolarda görülmektedir.

Tablo 43. Ükelere Ait Genel Bilgiler (2000)

ÜLKE ADI	Yüzölçümü Km ²	Nüfus x Milyon	Nüfus Büyüme Hızı x 1000	Doğuştan Hayatta Kalma Ümidi		Bebek Ölüm Hızı x 1000	Kişi B GSMH US \$	GSMH / Sağlığa Ayrılan pay %
				Erkek	Kadın			
ABD	9,166600	270,3	1,1	75,9	75,9	7,0	29,249	2,9
AVUSTRALYA	7,613930	18,7	1,3	73,0	80,0	5,0	20,640	8,7
ALMANYA	357021	82	0,5	73,6	79,9	5,0	26,570	10,4
DANIMARKA	42370	5,3	0,4	73,0	79,0	5,0	33,040	6,0
FINLANDIYA	338145	5,1	0,5	73,0	80,0	4,0	24,280	8,0
FRANSA	545630	58,8	0,5	74,5	82,5	5,0	24,210	10,3
İNGİLTERE	244880	59	0,4	74,0	79,0	6,0	21,410	5,1
İSVEÇ	411620	8,85	0,5	76,0	81,0	4,0	25,580	7,6
İSVİÇRE	39770	7,1	0,8	75,0	82,0	4,0	39,980	9,7
JAPONYA	374744	126	0,3	76,0	82,0	4,0	32,350	5,6
KANADA	9,220970	30,2	1,6	75,0	81,0	5,5	19,380	22,0
TÜRKİYE	770760	63	1,8	66,0	71,0	38,0	3,160	1,5
YENİ ZELLANDA	910770	3,8	1,4	75,0	80,0	5,0	14,600	7,8

Kaynak: WHO

Tablo 44. Kişi Başına Düşen Milli Gelir Düzeyleri Bakımından Ülke Grupları (1999)

Ülke Grupları	GSMH	GSMH (SGP) Satın alma gücü paritesine göre
Üst gelirli Ülkeler	25730	24430
Orta Üst Gelirli Ülkeler	4900	8320
Orta Gelirli Ülkeler	2900	4880
Orta Alt gelirli Ülkeler	2000	3960
Düşük Gelirli Ülkeler	410	1790
Türkiye	2900	6126

Kaynak: World Bank Development Indicators, 2000/2001 (3).

Tablo 45.GSMH'dan Sağlığa Ayrılan Toplam Pay (%)

Ülkeler	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Avustralya	4,1	-	7,0	7,8	8,0	8,1	8,2	8,2	8,2	8,4	8,5	8,6	8,7	8,9	-
Kanada	5,4	7,0	7,1	9,0	9,7	10,0	9,9	9,5	9,2	9,0	8,9	9,1	9,1	9,2	9,7
Danimarka	-	-	9,1	8,5	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,6
Finlandiya	3,8	5,6	6,4	7,8	8,9	9,1	8,3	7,7	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7,0
Fransa	-	-	-	8,6	8,8	9,0	9,4	9,4	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,5
Almanya	-	6,2	8,7	8,5	-	9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,7
Yunanistan	-	6,1	6,6	7,4	7,2	7,9	8,8	9,7	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,4	9,4
İtalya	-	-	-	8,0	8,3	8,4	8,1	7,8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,2	8,4
Japonya	3,0	4,5	6,4	5,9	5,9	6,2	6,4	6,7	6,8	6,9	6,8	7,1	7,5	7,6	-
Hollanda	-	-	7,5	8,0	8,2	8,4	8,5	8,4	8,4	8,3	8,2	8,6	8,7	8,6	8,9
Norveç	2,9	4,4	6,9	7,7	8,1	8,2	8,0	7,9	7,9	7,9	7,8	8,5	8,5	7,6	8,0
İspanya	1,5	3,6	5,4	6,7	6,9	7,2	7,5	7,4	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
İsveç	-	6,7	8,8	8,2	8,1	8,3	8,6	8,2	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,7
İsviçre	4,9	5,6	7,6	8,5	9,2	9,6	9,6	9,8	10,0	10,4	10,4	10,6	10,7	10,7	10,9
Türkiye	-	2,4	3,3	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	-	-	-
İngiltere	3,9	4,5	5,6	6,0	6,5	6,9	6,9	7,0	7,0	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,6
ABD	5,0	6,9	8,7	11,9	12,6	13,0	13,3	13,2	13,3	13,2	13,0	13,0	13,0	13,1	13,9
Kaynak: OECD HEALTH DATA 2003 2nd ed.															

Tablo 46.Yıllık Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması

Ülkeler	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Avustralya	87	-	658	1300	1379	1445	1528	1614	1778	1870	1982	2079	2224	2350	-
Avusturya	64	159	662	1204	1271	1416	1542	1617	1750	1862	1786	1888	2006	2170	2191
Kanada	107	255	709	1674	1812	1898	1955	1992	2115	2093	2187	2288	2433	2580	2792
Danimarka	-	-	819	1453	1520	1586	1729	1817	1880	2003	2099	2238	2344	2398	2503
Finlandiya	54	161	509	1295	1416	1383	1338	1296	1414	1486	1548	1528	1608	1699	1841
Fransa	-	-	-	1509	1635	1751	1810	1841	1984	1987	2032	2096	2211	2387	2561
Almanya	-	223	824	1600	-	1870	1878	2047	2263	2340	2465	2520	2615	2780	2808
Yunanistan	-	98	348	695	724	854	991	1139	1226	1275	1326	1406	1516	1556	1511
İtalya	-	-	-	1321	1440	1542	1455	1479	1486	1566	1684	1778	1883	2060	2212
Japonya	26	130	523	1082	1164	1273	1362	1460	1581	1686	1734	1730	1852	1984	-
Norveç	46	132	632	1363	1516	1676	1729	1744	1865	2026	2193	2439	2550	2755	2920
İspanya	14	83	328	813	917	990	1053	1055	1163	1217	1269	1353	1426	1497	1600
İsveç	-	270	850	1492	1460	1501	1550	1552	1680	1779	1855	1903	2053	2195	2270
İsviçre	138	292	891	1836	2021	2204	2284	2375	2555	2615	2841	2952	3080	3160	3248
Türkiye	-	23	75	171	185	193	206	191	190	234	272	301	-	-	-
İngiltere	74	144	445	977	1029	1184	1208	1271	1330	1440	1516	1563	1704	1813	1992
Amerika Birleşik D.	144	347	1055	2738	2957	3165	3357	3500	3654	3792	3939	4095	4287	4540	4887
KAYNAK: OECD SAĞLIK VERİLERİ 2003 2. YARI															

Tablo 47. Özel Sigortaların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

Ülkeler	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Avustralya	10,3	-	15,7	11,4	11,6	11,5	11,2	10,9	10,7	10,6	9,3	8,0	6,9	7,3	
Avusturya	6,8	8,1	7,6	9,0	9,0	8,9	8,8	8,6	8,3	7,7	8,1	7,6	7,3	7,2	7,4
Kanada	-	-	-	8,1	8,4	8,9	9,5	9,8	10,3	10,7	10,9	11,3	11,1	11,4	
Danimarka	-	-	0,8	1,3	1,2	1,2	1,0	1,1	1,2	1,4	1,4	1,4	1,7	1,6	1,6
Finlandiya	2,4	1,7	1,4	2,1	1,9	2,4	2,5	2,5	2,4	2,4	2,6	2,6	2,7	2,6	2,5
Fransa	-	-	-	11,0	11,0	11,0	11,2	12,0	11,9	12,4	12,4	12,6	12,6	12,7	12,7
Almanya	-	7,5	5,9	7,2	-	11,8	12,3	12,1	12,0	11,7	12,3	12,3	12,5	12,6	12,6
İtalya	-	-	-	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
Japonya	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
Hollanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,5	15,7	15,2	15,5
Norveç	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
İspanya	-	3,3	3,2	3,7	2,9	3,0	3,2	3,4	3,4	3,5	3,5	3,7	3,8	3,9	4,0
İsveç	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
İsviçre	-	-	-	11,0	10,7	10,9	11,5	11,7	12,2	12,9	11,5	11,4	10,4	10,5	-
Türkiye	-	-	-	-	0,1	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-
İngiltere	-	0,9	1,3	3,3	3,4	3,4	3,4	3,3	3,2	3,3	-	-	-	-	-
ABD	22,5	21,9	28,4	34,2	33,9	33,7	34,2	33,9	33,8	33,7	33,5	33,8	34,4	35,1	35,6
Kaynak: OECD SAĞLIK VERİLERİ 2003 2nd ed.															

Tablo 48. Bazı Ükelere Ait Ağız Diş Sağlığı İş Gücü

ÜLKE ADI	Diş hekimi sayısı	Nüfus/Diş hekimi	Erkek	Kadın	Kamuda Çalışan	Özel Çalışan	Üniversite	Diğer (ordu, sanayi vs)	Diş hekimi Hemşiresi	Hijyenist	Lab. Teknisyeni	Protezci
ABD	149350	1810	85,9	14,1	1,8	92,7	2,1	1,0	150000	77420	20000	197
AVUSTRALYA	8500	2312	-	-	15,0	81,0	-	-	10500	420	2400	1068
ALMANYA	62277	1318	65,0	35,0	1,0	83,0	3,0	13,0	120000	100	80000	-
DANİMARKA	4850	1090	54,0	46,0	23,0	72,0	3,0	2,0	6000	675	750	729
FİNLANDİYA	4980	1024	32,0	68,0	42,0	53,0	3,0	2,0	6503	1230	498	354
FRANSA	42192	1390	67,8	32,2	4,42	89,39	0,62	0,92	16000	0	17000	0
İNGİLTERE	27957	2100	72,0	28,0	10,7	72,3	2,1	3,3	27000	3615	8000	-
İSVEÇ	13547	700	58,0	42,0	52,0	44,0	4,0	-	10000	2700	1800	-
İSVİÇRE	4400	1613	82,0	18,0	6,0	87,0	7,0	-	7200	1000	1100	80
JAPONYA	85518	1472	84,0	16,	12,5	62,9	11,1	1,3	135212	56466	36652	-
KANADA	16486	1834	78,0	22,0	-	-	-	-	25000	14104	2900	2000
TÜRKİYE	14352	4668	65,0	35,0	-	-	-	-	-	-	15000	-
YENİ ZELLANDA	1431	2655	79,5	20,5	6,1	90,1	3,2	0,6	2700	157	97	195

Kaynak: (21, 36, 181)

Tablo 49. Gelişmiş Ülkelerde Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri (2000)

ÜLKELER	Sistemden Yaralananlar	Sigorta Sistemi	DMF-T 12 yaş	Fluor	Yıllık Kişi Başına Kg Şeker Tüketimi
ABD.	- Medicaid'in ölçütlerine uyan hastalara "Yetkili Kamu Klinikleri " ücretsiz hizmet verir. Medicaid'in ölçütleri her yıl ve eyaletten eyalete değişir. 1-21 yaş arası (Early Periodic Screening Diagnosis and Treatment) (EPSDT) Tarafından sağlanan diş sağlığı hizmetlerinden yararlanır. - Zorunlu sigortası olan ve ulusal sigorta sistemi kapsamında olan, medicare ve medicade'in yoksulluk sınırı altında olanlar ulusal sağlık sisteminden yaralanabilir.	- Nüfusun % 50'sinin özel sigortası bulunmamaktadır. - Çocuklara verilen hizmetlerin % 2'si kamu, % 98'i özel klinikler tarafından sağlanmaktadır. - Erişkinlere verilen hizmetlerin % 1'i kamu % 99'u özel klinikler tarafından sağlanmaktadır. Ulusal Sağlık Servisi % 0 Özel sigorta tarafından Desteklenen hizmetler % 45 Tamamen özel servis % 55	1.4	- İçme sularında, eyaletlere göre 0,7-1,2 ppm arasında değişen oranlarda Fluor bulundurulması önerilmektedir. 10 milyon nüfus doğal, 134,6 milyon nüfus sulara sonradan ilave yoluyla fluor almaktadır.	AB Ortalaması 37,5 /2000
					32,6/2000
AVUSTRALYA	- Yetkili Kamu Klinikleri okul çocuklarına ve düşük gelirli gruplara ücretsiz tedavi hizmeti sunar. - Bazı ağız hastalıkları ve çene travmalarına verilen hizmetlerde kısıtlamalar vardır.		0.9	- Önerilen Fluor miktarı 0,8 ppm 0,15 milyon nüfus bu seviyedeki fluor'u doğal yoldan, 12 milyon nüfus sonradan sulara ilave yoluyla almaktadır.	63,5/2000

ÜLKELER	Sistemden Yaralananlar	Sigorta Sistemi	DMF-T 12 yaş	Fluor	Yıllık Kişi Başına Şeker Tüketimi
ALMANYA	Yetkili Kamu Klinikleri bölgesel olarak çalışırlar. İzin verilen konularda ve konuyla ilgili hastalara bakarlar. Özel hizmetler verilir. Aynı zamanda ücretsiz okul dış sağlığı ve tarama programları düzenlerler.	- Devletin fonlara aktardığı kaynaktan yararlanan zorunlu ulusal sağlık sigorta sistemi bulunmaktadır. Sözleşmeli özel sağlık servisleri hizmet vermektedir. - Sağlık kuruluşlarının % 92'si zorunlu sigorta kapsamında çalışmaktadır. %8'i cepten ödemeye desteklenmektedir.	1.7	- İçme sularının fluorlanması programı bulunmamaktadır. - Yaklaşık 14.197 yönetim birimlerinin % 3'ünden daha azında içme sularında 0.7 ppm 'in üzerinde doğal Fluor bulunmaktadır.	37 1990-94
DANİMARKA	- Yetkili Kamu Dış Klinikleri aracılığı ile hizmet verilmektedir. 3-18 yaş arasında olanlar ve özürliüler ücretsiz yararlanmaktadır. - Her yurttaş devletin zorunlu Ulusal Sağlık Sisteminin koruması altındadır. Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri devlet tarafından sağlanmaktadır.	- Çocuklara dış sağlığı hizmetlerinin % 85'i Kamu Klinikleri tarafından verilmektedir. %15' özel kliniklerden hizmet almaktadır. - Erişkinlerin % 2'si kamu, % 98'i özel muayenehanelerden hizmet almaktadır. - Özel muayenehanelerin % 20'si Ulusal Sağlık Servisi tarafından işletilmektedir % 10'u özel sigorta sistemleri tarafından desteklenmektedir. %70'i tamamen özel hizmet sunmaktadır.	1,2	- Sularda önerilen Fluor oranı 1.1 ppm dir. - Toplumun tamamı doğal fluorlu sulardan yararlanmaktadır. Sonradan Fluor ilave edilmiş içme suyu bulunmamaktadır.	37 1990-96

ÜLKELER	• Sistemden Yaralananlar	Sigorta Sistemi	DMF-T 12 yaş	• Fluor	Yıllık Kişi Başına Şeker Tüketimi
FİNLANDİYA	19 yaşın altındaki çocuklar belediyelerin diş sağlığı kliniklerinden ücretsiz diş sağlığı hizmeti almaktadırlar. - Bu yaşın üstündeki bireylerin üçte biri ücretli özel muayenelerden ücreti karşılığı hizmet almaktadırlar. - Ulusal sigorta kapsamında bulunan bireyler tamamen sigorta koruması altındadırlar : Savaş emeklileri (Gaziler) ve tanımlanmış bazı hastalığı olanlar, 1956 dan sonra doğanlar özel sağlık hizmetlerinden ceplerinden ödeyerek hizmet alırlar. Harcamaları daha sonra zorunlu sigorta tarafından geri ödenir. - Protez ve ortodonti, ulusal sağlık sigortası tarafından ödenmez.	- Çocuklara ağız diş sağlığı hizmetlerinin % 99'u kamu klinikleri, % 1'i özel klinikler tarafından verilmektedir. - Erişkinlerin %30'u kamu , %70'i özel kliniklerden hizmet almaktadır. - Özel kliniklerin % 27'si ulusal sağlık sigortası ile, % 2'si özel sigortalar ile anlaşmalı, %71'i tamamen bağımsız olarak çalışmaktadır.	1,2	- İçme sularındaki Fluor oranları şehirden şehre değişmesine rağmen önerilen en yüksek Fluor düzeyi 0.8 ppm dir. - Nüfusun 0,2 si doğal yoldan Fluor almaktadır. İçme sularına Fluor ilave edilmemektedir.	39 1990-96
FRANSA	- Bakım ve tedavi hizmetleri kamu klinikleri tarafından ücretsiz verilmektedir. - Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında olan zorunlu sigortalıların tamamı ücretsiz diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmaktadır. - Konservatif ve cerrahi hizmetlerinin tamamı, protez ve ortodontik tedavilerin % 75'i ödenmektedir.	Çocuklara ve erişkinlere ağız diş sağlığı hizmetlerinin %15'i kamu klinikleri, %85'i özel klinikler tarafından verilmektedir.	1,96	- İçme sularının % 96.3'ünde Fluor oranı 0,5mg/l nin altındadır. - İçme sularına Fluor katılmamaktadır. - Tuza katılan Fluor oranı 250 mg/kg	41,2 1997

ÜLKELER	Sistemden Yaralananlar	Sigorta Sistemi	DMF-T 12 yaş	Fluor	Yıllık Kişi Başına Kg Şeker Tüketimi
İSVEÇ	- Yetkili kamu Klinikleri 19 yaş altındaki tüm çocuklara ücretsiz diş sağlığı hizmeti vermektedir. - Zorunlu sigortası olan her birey kamu diş sağlığı servislerinden hizmet alabilir.	- Protez ve ortodonti hariç temel diş sağlığı hizmetleri hizmet başına yöntemiyle belirli oranlarda verilmektedir. - Uzun süreli bakıma ihtiyaç duyanlar ve engellilerin diş sağlığı harcamaları % 60 oranında sübvansede edilmektedir. - Yüksek maliyetli (386 \$ üstü) harcamaların % 60'ı sübvansede edilmektedir. - Hükümet, 1999 yılından itibaren ödemeleri hizmet başına göre yıllık olarak belirlemektedir. - Çocukların %90 dan fazlası, erişkinlerin % 35'i kamu % 65'i özel hizmet almaktadır. - Kliniklerin %20'si kamu , %80 'i özel sigorta ile sözleşmelidir.	1		52 / 1994

ÜLKELER	Sistemden Yaralananlar	Sigorta Sistemi	DMF-T 12 yaş	Fluor	Yıllık Kişi Başına Şeker Tüketimi / Yılı
İNGİLTERE	Tüm bireyler ulusal sağlık sisteminden yararlanırlar. Kamu klinikleri özel bakım ihtiyacı olanlara, engellilere ve yaşlılara ücretsiz hizmet verilir.	Çocukların %20'si kamu, %20'si özel kliniklerden Erişkinlerin %1'i kamu %99'u özel kliniklerden diş sağlığı hizmeti alırlar.	1,4	İçme sularında 1 ppm Fluor önerilmektedir.	35 / 1990-94
İSVİÇRE	Yetkili kamu klinikleri tarafından hizmet verilir. Cepten ödeme yapamayanlar için hükümet temel sağlık harcamalarında ödemeye yardımcı olur. Zorunlu sigorta tümör, AIDS gibi koruyucu sağlık hizmeti verilemeyen ve diş çürükleri için ödeme yapar.	Diş hekimlerinin % 10 kamu sağlık sigortası ile çalışır. % 5'i özel sigortalar tarafından desteklenir. %85'i tamamen özeldir.	1,3		47,2 / 2000
JAPONYA	Yetkili kamu klinikleri ve özel klinikler zorunlu sigorta kapsamı altındaki tüm topluma hizmet vermektedir.	- Kozmetik diş hekimliği hariç tüm tedaviler ve değerli metalle yapılan protez ücretleri ödenmektedir. - Ulusal sigorta ile çalışan klinik oranı % 87.4, tamamen özel çalışan klinik oranı %12.6	3,64	Sular florlanmamaktadır.	19 / 2000
KANADA	Diş tedavileri ulusal sigorta kapsamı dışındadır.				40,2 / 2000
TÜRKİYE	Kamu klinikleri zorunlu sigortası olan bireylere diş sağlığı hizmeti sunmaktadır.	Sigortası olanlara tüm tedavi hizmetleri kamu servislerinde verilmektedir.	2,7	Önerilen Fluor oranı 0,8-1 ppm arası	32,9 /2000

1.7. Sigorta Riski

Sağlık sigortalarında risk, sağlığın bozulmasıyla masrafın ortaya çıkmasıdır.

İki tür riskle karşılaşma olasılığı vardır.

1.Objektif risk: Tüm sigortalılar için geçerli olan yaşa, cinsiyete, bağlı olan ve sigortalıları aynı derecede etkileyen riskler.

2.Sübjektif risk: Kişinin kendi özelliklerinden kaynaklanan , mesleğe, özgeçmiş, soy geçmiş, yaşam biçimi, bir hastalık veya sık sigorta kullanma alışkanlığından ortaya çıkan riskler (15).

İkinci dünya savaşı sonrasında tıbbi sigortacılık hızla gelişirken dış sigortaları sigortacılar tarafından “tehlikeli dörtlü” olarak tanımlanan “ilaç reçeteleri , psikiyatrik bakım, uzun süreli bakım” ile birlikte sigortalanamayan riskli sigorta alanlarından birisi olarak görülmekteydi (126).

1.7.1. Sigortalanabilen Riskler;

- 1.Kesin olarak tanımlanabilmeli.
- 2.Ortaya çıkacak temel kayıpların büyüklüğü yeterli olmalı
- 3.Sık olmamalı
- 4.Beklenmedik yapıda olmalı , örneğin büyük hasarlı ev yangınları gibi
- 5.Bireysel kontrolün dışında olmalı.
- 6.Yapısında, prensipleri tehlikeye atacak ilave taleplere izin vermemelidir (126)

Bütün sağlık sigortaları bu prensiplerden bazılarını ihlal eder. Örneğin; Risk gerçekleşikten sonra sigorta acentesine küçük bir fark ödeyerek önceden sahip olunmayan sigorta kapsamından yararlanabilirler (16).

Sigorta firmaları bu sorunu çözebilmek için değişik yöntemler uygulamaktadırlar.

Hastalar kullandıkları hizmet bedelinin bir kısmını cepten öderler. (Co-payment).

Sunulan hizmet çeşitlerine sınırlama getirilir.

Yalnız gruplara sigorta önerilir.

Sigortaya girildikten sonra belirli bir bekleme süresinden itibaren hizmetlerden yararlanılabilir.

Ön izin alma zorunluluğu ve yıllık harcama sınırı uygulanır (126).

Hastaların kullanmış oldukları hizmetin bir bölümünün bedelini ceplerinden ödemeleri hizmetin gereksiz yere aşırı kullanılmasına karşı caydırıcı etki yapar. Bu ödeme “deductible veya co-insurance” önceden sigortalıyı diğer risklere karşı sigortalar ve primden kesilen belirli bir yüzde (%30 gibi) buna karşılık tazmin edilir. Tazmin tutarı sigorta masraflarının ve diğer giderlerin karşılanmasında kullanılır, primlerin daha düşük kalmasını sağlar. Bu ön kesinti, sigorta işlerlik kazanmadan önce gerçekleştirilir.

Bir başka kontrol yöntemi hizmetlerin sınırlandırılması şeklinde uygulamaların yapılmasıdır. Örneğin bir ağız diş sağlığı sigortasında protez, ortodontik tedavi kapsam dışı tutulabilir. Bazen de büyük rakamlı harcamalar için ön izin koşulu getirilebilir. Bu durumda sigortalı sigorta kuruluşuna proforma faturayla başvuruda bulunarak kullanmak istediği hizmet için izin ister.

Bir başka yöntem de kontrol hekimi aracılığıyla yapılacak tedavi şeklini belirler ve verilen hizmetin kalitesini ve fiyatını kontrol eder. Ayrıca yıllık harcamalara sınırlama uygulaması sigorta firmasının riskini azaltır (126).

1.7.1.1. Ağız Diş Sağlığı Risk Değerlendirilmesi

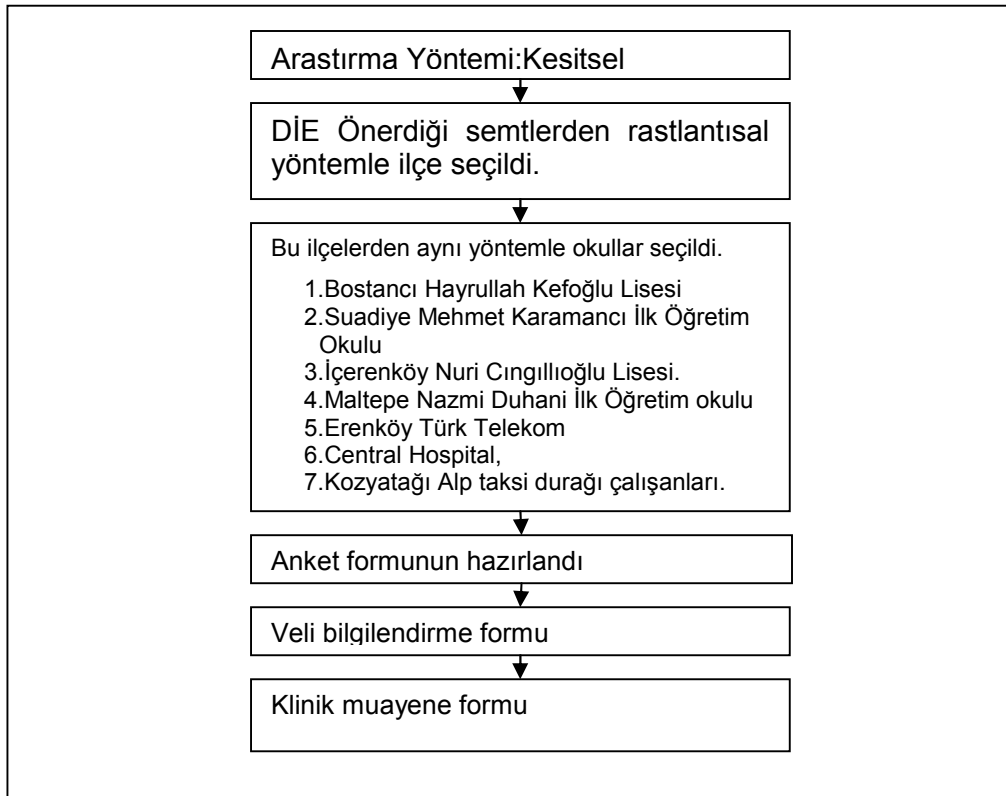
Ağız diş sağlığına yönelik sağlık ve sigorta hizmetleri vermekten sadece özel sigorta kurumları değil kamu kuruluşları da son 30 yıla kadar istekli olmamışlardır. Bunun iki önemli nedeni vardır.

1 Diş çürükleri ve diş eti hastalıkları daha çok öldürücü ve sakat bırakıcı hastalıkların etkisi sürerken toplum ve sosyal güvenlik kuruluşları tarafından öncelikli sağlık sorunu olarak görülmemiştir.

2 Ağız diş sağlığı riskleri güvence altına alınamayacak kadar riskli hastalıklardan olduğu bilinmektedir. Ancak riskleri azaltmaya yönelik çalışmaların etkinliği görüldükten sonra bu konudaki sigortacılık uygulanabilir hale gelmiştir. Riskin belirlenmesi ve bunların ortadan kaldırılmasına yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik hizmetler ağız diş sağlığı sigortacılığının esasını oluşturmuştur. Riskler sadece diş çürüğü, dişeti hastalıkları yönünden değil sürekli, süt dişi çürüğü, yaş'a cinse sosyo ekonomik açıdan vb. yönlerden de değerlendirilmektedir (5, 15, 126).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Yöntemi ve Planlama: Araştırma, kesitsel tanımlayıcı yöntem kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın örnek grubu tabakalı rastlantısal yöntemle seçilmiştir. Örneklem seçiminde İstanbul ili dahilinde, zorunlu sigorta kapsamında olacağı düşünülen 19 yaşına kadar olan genç erişkinlerin ebeveynleri hedef grup olarak seçilmiştir. Örneklem seçilmeden önce DİE Beşiktaş Bölge Müdürlüğü ilgilileri ile görüşülerek İstanbul’u temsil edebilecek ilçeler “İstanbul Hane Halkı Geliri” Araştırması da göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. İstanbul’u temsil edebilecek ilçeler olarak Avcılar, Bakırköy, Bostancı, Maltepe, Suadiye, İçerenköy ve Kartal’ın uygun olacağına karar verildi. Şekil 1 de görülen 7 farklı mekan çalışma alanı olarak belirlenmiştir. Anket formları 10 ana ve 11 alt alandan oluşmuştur. Velileri, çalışmanın amacıyla ilgili bilgilendirmek amacıyla, anketlerle birlikte gönderilecek olan “Veli Bilgilendirme Formu” hazırlanmıştır.



Şekil 2. Araştırma Yöntemi ve Planlama

İlk ve orta öğretimde çocukları bulunan velilere erişebilmek için bu semtlerde bulunan okullar tabakalı rastlantısal yöntemle seçilmiştir. Dağıtılan 1300 anket formundan 964 form, yaklaşık %66,9'u geri dönmüştür. 868 form araştırmada kullanılmış, 96 form değişik nedenlerle araştırmaya dahil edilmemiştir.

1. Veli Bilgilendirme Formu

Bu formda velilere uygulanan anketin amacı açıklanmakta, araştırmaya katkıda bulunmaları için formu doldurarak iade etmelerinin önemi vurgulanmaktadır.

2. Anket formu

Sorular iki bölüm, on bir ana başlık ve on altı sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde kimlik bilgilerini öğrenmeye yönelik sorulara ilave olarak ortalama aylık gelir miktarı, sahip olunan sosyal güvence, telefon ve adres bilgilerini elde etmeye yönelik toplam on iki soru bulunmaktadır. İkinci bölümde amaçları aşağıda verilmiş olan on altı soru yer almıştır. Sorular likert, dikotom ve çoktan seçmeli tipte hazırlanmıştır (155).

İncelenen ana alan	Alt alan	No.	Anket soruları
1. Diş hekimine başvuru alışkanlığı (Tutum)	-	1.	Diş hekimine en son ne zaman gittiniz?
		2.	Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?
	Biyomedikal	2.1	Şikayetim olmasa da giderim
		2.2	Dişim çürük faka ağrı olmasa da giderim.
		2.3	Yeme güçlüğü çekiyorsam giderim
	Yaşam kalitesi	2.4	Dişlerimin görünümüşünü beğenmiyorsam giderim
		2.5	Diş hekimine gitmem
	Davranışsal	2.6	Dişimde ağrı varsa
		2.7	Dişetlerim kanıyorsa
		2.8	Önceki tedavilerimde sorun çıkarsa giderim
2. Kendi genel diş sağlığını algılama	Subjektif algı	3.	Ağız diş sağlığınızın şu andaki durumunu nasıl ifade edebilirsiniz.
			Çok kötü/ Kötü/ Orta/ İyi/ Çok iyi
3. Diş hekimine başvuru engelleri		4.	Sizin için aşağıdaki hangi nedenler diş hekimine gitmeme nedenleridir.
	Biyomedikal	4.1	Yapılan dişler daha sonra sorun çıkartıyor
		4.2	Tedavi sırasında ağrı duymaktan korkuyorum
	Davranışsal	4.3	Ağzımın durumu çok kötü , diş hekimi suçlayacak
		4.4	Nedenim yok ihmal ediyorum
	Ekonomik	4.5	Tedavilerin kaç mal olacağını önceden bilemiyorum.
		4.6	Tedaviler çok pahalı ödeyemiyorum.
	Hizmet memnuniyeti	4.7	Gittiğim zaman sıra almakta güçlük çekiyorum
		4.8	Verilen hizmetten memnun kalmıyorum.
	İlgili bölüme ilave edilecek	4.9	Zamanım yok gidemiyorum
4. Hizmet kullanımını etkileyen bilgi		5.	Aşağıdaki ifadelerle katılıyor musunuz?
	Diş çürüğü ile ilgili	5.1.1	Diş çürüğü önlenemez bir hastalıktır Evet/ Hayır/ Bilmiyorum
		5.1.2	Dişleri fırçalamak diş çürüğünü azaltabilir.
		5.1.3	Diş çürüğü mikrobik bir hastalıktır
		5.1.4	Düzenli diş hekimine gitmek çürüğü azaltabilir
		5.1.5	Dişlerimizin tümünü koruyabilmek mümkün değildir.
	Dişeti hastalıklarıyla ilgili	5.2.1	Dişeti hastalıkları önlenemez bir hastalıktır Evet/ Hayır / Bilmiyorum
		5.2.2	Dişleri fırçalamak dişeti hastalıklarından korur.
		5.2.3	Dişeti hastalığı diş kaybına neden olur.
		5.2.4	Düzenli diş hekimine gitmek dişeti hastalığını azaltabilir
		5.2.5	Dişeti kanaması tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır.

İncelenen ana alan	Alt alan	No.	Anket soruları
5.Varolan sağlık durumunu bireyin algılaması (Subjektif)	Diş estetiği	6.1	Aynaya baktığınızda dişlerinizin genel görünüşünü beğeniyor musunuz? Hiç beğenmiyorum/ pek beğenmiyorum/ Vasat/ Oldukça beğeniyorum/ Çok beğeniyorum
	Dişeti estetiği	6.2	Aynaya baktığınızda dişetlerinizin genel görünüşünü beğeniyor musunuz? Hiç beğenmiyorum/ pek beğenmiyorum/ Vasat/ Oldukça beğeniyorum/ Çok beğeniyorum
	Fonksiyon	7.	Rahatlıkla yemek yiyebiliyor musunuz?
	Fonasyon	8.	Dişlerinizin nedeniyle konuşma sorunuz var mı?
6.Sosyal Güvenlik kurumu hizmetlerinden yararlanma ve memnuniyet	Hizmetten yararlanmış mı?	9.1	Bağlı bulunduğunuz SGK.verdiği diş sağlığı hizmetlerinden yararlanıyor musunuz? E/H
	Hizmetten yararlanmışsa Memnun kalmış mı?	9.2.1	Ağız ve diş sağlığı için verilen hizmetten memnunuz.
		9.2.2	2.Ağız diş sağlığı hizmeti alabilmek için çok sıra bekliyorum
		9.2.3	3.Sağlık merkezi bulunduğum yere uzak...
		9.2.4	4.Yapılan tedaviler başarılı olmuyor
		9.2.5	5.İhtiyacım olan tüm tedavileri yaptıramıyorum
		9.2.6	6.Tedavilerin tamamen bitmesi çok zaman alıyor
		9.2.7	7.Tedavi işlemi süresi çok kıs
		9.2.8	8.Çalışma ortamı yeteri kadar temiz değil ...
		9.2.9	9.Bekleme yeri kötü...
		9.2.10	10.Hastalığım ve tedavilerimle ilgili bilgi alamıyorum...
		9.2.11	11.Hekimler yeteri kadar deneyimli değil
		9.2.12	12.Hekimler işlerini önemsemiyorlar ...
		9.2.13	13.Yardımcı personel kaba davranıyor
		9.2.14	14.Cihazlar gerekli tedavileri yapabilmek için yetersiz görünüyor
		9.2.15	15.Özele sevk ediyorlar, aradaki farkı ödemede güçlük çekiyorum
		9.2.16	16.Tedaviler için fark ödemem gerekiyor, ödeyemiyorum.
7. Diş hekimine son başvuru nedenine bağlı hizmet kullanımı		10	Diş hekimine en son hangi nedenle gittiniz?
	Davranışsal	10.1	Kontrol için gitmiştim
	Biyomedikal	10.2	Ağrım yoktu, dişimin çürüdüğünü fark etmiştim.
	Davranışsal	10.3	Diş hekimine hiç gitmedim
	Yaşam kalitesi	10.4	Çiğneme güçlüğü çekiyordum
	Davranışsal	10.5	Dişlerimin görünüşünü beğenmiyordum
	Yaşam kalitesi	10.6	Konuşma güçlüğü çekiyordum
	Biyomedikal	10.7	Dişim ağrıyordu
	Biyomedikal	10.8.	Dişetimde kanama vardı
	Biyomedikal	10.9	Daha önce yaptırdığım ted. sorun çıkmıştı
	İlgili bölüme	10.10	Diğer

İncelenen ana alan	Alt alan	No.	Anket soruları
8. Ücret ödeme yöntemi		11.	En son gittiğiniz diş hekimine ücreti nasıl ödediniz?
		11.1	Cebimden
		11.2	Emekli sandığından sevkle ücretsiz
		11.3	SSK sevk ile ücretsiz
		11.4	Özel sigortadan
		11.5	Sevk ve farkını cebimden ödedim
		11.6	Diğer
9. Sağlık algısı	Ebeveynlerin çocuklarının sağlığını nasıl algılıyor?	12.1	Çocuğunuzun şu andaki genel durumunu nasıl algılıyorsunuz? Çok kötü/ Kötü/ Orta/ İyi/ Çok iyi
10. Çocuklarının diş sağlığına karşı tutum	Ebeveynlerin çocuklarının diş sorunlarına karşı tutumları	13.	Çocuğunuzun diş sorununu fark ettiğinizde ne yaparsınız?
		13.1	Hemen diş hekimine götürürüm.
		13.2	Önce kendi imkanlarımla çözüm ararım, geçmezse diş hekimine başvururum.
		13.3	Şikayeti yoksa bir şey yapmam
	Çocuğu için diş sigortasına karşı tutum.	14.	Aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz? E/H
		14.1	Çocuğunuz için ağız diş sağlığı sigortasını gerekli buluyor musunuz?
		14.2	Çocuğunuzun sigortası olsa 6 ayda bir kontrole gider misiniz?
		14.3	Sizce okullarda ağız diş sağlığı eğitimi verilmeli mi?
		14.4	Çocukluk döneminde önlem alınırsa diş sağlığı korunabilir mi?
	Sigorta ödeme gönüllülüğü	14.5	Düzenli bakım sağlayan diş sigortası için her yıl prim öderimsiniz?
	Sigortaya ödeme gücü	15.	Yılda bir çocuk için hangi miktarda ödeme yapabilirsiniz? 75/150/225/300 TL/ ödeme yapamam
	Çocuklarına karşı sağlık davranışı	16.1	Çocuğunuzun diş hekimine götürmeniz gerektiği halde götüremediğiniz oldu mu? E/H
		16.2	Oldu ise sebepleri; 1.Maddi güçlükler /2. Zamanım olmadı /3.Diş hekiminin 4.uzak olması /5.Tanıdık diş hekimi yoktu/ 6. Süt dişlerinin tedavi edilmesini gerekli görmedim.

Anketi kabul edilen bireylerden, yaş ve sosyal güvenceleri örnek grubun yaş ve sosyal güvenceleri ile orantılı olmak üzere seçilen örnek gurubu, muayene edilmek üzere ziyaret edilmiş veya telefonla randevu verilmiştir.

3. Muayene formu 1/2 (DMF, CPI indeksleri)

Muayene formunun birinci bölümünde, çürük, kayıp, dolgulu dişleri belirleyebilmek için DMF-T indeksine, Periodontal durumu ve diş eti tedavi ihtiyacını belirleyebilmek

için CPI (Communitiy Periodontal Index'ine) ve mevcut dişleri kayıt edebilmek için diş şemasına yer verilmiştir.

4. Muayene formu 2/2 (Protez durumu, Protez gereksinimi Protez onarım gereksinimi, acil müdahale ve konsültasyon).

İkinci bölümde alt ve üst çenede ayrı ayrı olmak üzere tek diş ve birden fazla diş eksikliğini gidermek üzere bulunan üç ve daha fazla üyeli köprü, parsiyel veya total protez varlığını veya kron köprü ve parsiyel protezin birlikte bulunması durumunu belirleyebilmek için “protez durumu ” tespit bölümü oluşturulmuştur.

Ayrıca “Protez gereksinimi”, “Protez Onarım Gereksinimi” ve “Acil Müdahale ve Konsültasyon” başlıkları altında protezle ilgili normatif bilgileri elde edebilecek bölümler oluşturulmuştur.

Bu indeksler için “Dünya Sağlık Örgütü’nün “ önerdiği formdan yararlanılmıştır.

5. Hasta bilgilendirme formu (DMF ve diş taşı temizlik ihtiyacı)

Kendi ağız diş sağlığı durumu ile ilgili bilgilendirmek için hazırlanan bir başka form muayene olan bireylere verilmiştir.

Muayeneye olmayı kabul eden bireylere sağlık eğitimi verilerek, acil tedavileri ve diş taşı temizlikleri de gerçekleştirilmiştir.

Çalışma Ortamı

Muayene yapılan okullarda, Telekom Erenköy Müdürlüğünde, Alp Taksi Durağında ve Central Hospital’de çalışma yerleri sağlanmıştır.

Muayeneler için çalışma çantası hazırlanmıştır.

Tablo 50.Çalışma Alanında Bulundurululan Araç ve Gereçler

1. Ayna	2. Kağıt Peçete	3. Kontrol Kalem
4. Sond	5. Kağıt Havlu	6. Slaytlar
7. Presel	8. Sıvı Sabun	9. El Aynası
10. Periodontal Sond	11. Masa Lambası	12. Plastik Model Çene ve Fırçası
13. Bazik Fuksin	14. Diş Fırçası	15. Diş ipi
16. Çubuklu Kulak Pamuğu	17. Diş Macunu	18. Tel Zimba
19. Masa Örtüsü	20. Slayt Makinesi	21. Kalem
22. Eldiven	23. Uzatma Kablosu	24. Plastik Bardak
25. Muayene formları	26. Flor jeli	

ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN TANIMLADIĞI MESLEKLERİ VE KODLARI

Meslek Grup Adı	Grup kodu	Meslekler
İşsiz	0	
Eğitimci	1	1. Anaokulu öğretmeni 2. Edebiyat öğretmeni 3. Eğitimi 4. Lise Müdür Yardımcısı 5. İngilizce Öğretmeni 6. Matematik öğretmeni 7. Milli Eğitim Şb. Müdürü 8. Okul Müdürü 9. Tarih Öğretmeni 10. sınıf Öğretmeni 11. Öğretmen 12. Rehber Öğretmen
Sağlık Görevlisi	2	1. Doktor 2. Hemşire 3. Diş hekimi 4. Diş Teknisyeni 5. Psikolog 6. Laboratuvar Teknisyeni
Ordu Mensubu	3	1. Subay 2. Ast Subay 3. Emekli Subay 4. Emekli Astsubay
Hizmet Sektörü	4	1. Kamu Görevlisi (Memur) 2. Emniyet Görevlisi (Polis) 3. Konfeksiyon İşçisi 4. Tezgahtar 5. Müşteri Temsilcisi 6. Esnaf 7. Sekreter 8. Şoför 9. Usta Gemici 10. Uçak Bakım Teknisyeni 11. Elektrik Teknisyeni 12. İnşaat Teknisyeni 13. Güvenlik Görevlisi 14. Estetiysen 15. İzolasyoncu 16. Bankacı 17. Trikocu 18. Kapıcı 19. Kasiyer 20. Aşçı 21. İşçi 22. Garson 23. Fırıncı 24. Gemici 25. İnşaat Dekorasyon işçisi 26. Kiraathaneci 27. muhasebeci 28. Sigortacı 29. Matbaacı 30. TRT Sanatçı 31. Müzisyen 32. Stilist 33. Müteahhit 34. Sanayici 35. Finansman Sektörü
Ev Hanımı	5	
Serbest meslek	6	Mesleğini "Serbest meslek" olarak tanımlayanlar.
Üniversite Eğitimli Sabit Gelirli	7	1. Mühendis 2. Finansman Müdürü 3. Halkla İlişkiler 4. Avukat 5. İdareci 6. İşletmeci 7. Danışman 8. Dekoratör 9. Grafiker 10. Mimar 11. Müdür 12. yazılım Mühendisi 13. Yeminli Mali müşavir
Emekli	9	Tüm Emekliler

Anket Sorularını, İstatistik Tablosuna Girişte Kullanılan Kodlama:

Erkek = 1 Kadın = 2

Evet (Olumlu Yanıtlar)= 1 Hayır (Olumsuz Yanıtlar)= 0

Bilmiyorum = 2 Fikrim Yok = 3

Muayene Formlarını İstatistik Tablosuna Girişte Kullanılan Kodlama Form 1/2

Sağlam = 0	
D: Çürük sürekli diş= 1 (Decay)	D1 Kavitesiz Aktif =11 D2. Kavitesiz İnaktif =12 D3. Kaviteli aktif =13 D4. Kaviteli İnaktif =14
M: Çürük nedeniyle çekilmiş Sürekli Diş= 2 (Missing)	
F: Dolgulu sürekli diş= 3 (Filled)	T=Teeth

Tablo 51. CPI Değerleri

Community Periodontal Index (CPI)	
0	Sağlıklı
1	Kanamalı
2	Kalkulus
3	4-5 mm cep. Sondun siyah kısmı kısmen görünüyor.
4	6 mm cep veya daha derin Sondun siyah bandı görünmüyor.
X	Hariç bırakılmış sekstant
9	Kayıt edilmemiş

Muayene Formlarından İstatistik Tablosuna Girişte Kullanılan Kodlama Form 2/2

Protez Durumu	Protez Gereksinimi	Protez Onarım Gereksinimi	Acil müdahale veya Konsültasyon Gereksinimi
0= Protez Yok 1=Köprü (Tek diş eksikliği) 2=Birden fazla köprü (Birden fazla diş eksikliği) 3=Parsiyel protez 4=Köprü ve parsiyel protez 5=Total protez	0=Gereksinim yok 1=Tek birimli protez 2=Çok birimli protez 3=Tek ve çok birimli kombine 4=Total protez 9= Kayıt edilmemiş	0=0-5 yıl arası 1=5yıldan eski 11=Tek Birimli 22=Çok birimli 33=Kombine 44=Total	0=Yok 1=Var

YÖNTEM

Tez çalışma planı

- Hazırlıklar ekte gösterilen plana göre yapılmıştır.
- Hazırlanan ön anketler 100 kişiye uygulanmıştır.
- Anket sorularında bulunan hatalar yeni anketlerde düzeltilmiştir.
- Okullarda önce öğretmenlere araştırma ve anket formları ile ilgili bilgi verilmiş. sonra bu anket yüz yüze uygulanmıştır. Öğretmenlere sağlık eğitimi verilmiş, fırça macun dağıtılarak her öğretmene uygulama yaptırılmıştır.
- Araştırma örnek gurubuna dağıtılan anketler toplanmıştır.
- Anketler Microsoft Excel programına, SPSS istatistik programına aktarılacak formatta girilmiştir. Bu tablo İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoistatistik kürsüsünde değerlendirilerek bulgular tablo haline getirilmiştir.
- Bulgular ağız diş sağlığı sigortalarına dayanak oluşturacak yönleriyle değerlendirilmiştir.
- Ülkemizin içinde bulunduğu ve gelecekte belirlediği hedefleri de göz önünde bulundurularak sigorta planlaması yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA AŞAMALARI



Verilerin Değerlendirilmesi

• Veriler sayısal değerlere dönüştürülerek Microsoft Excel tablosuna girişleri yapılmış, bu tablo Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoistatistik kürsüsünde SPSS Biyoistatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin çözümlemesinde aşağıdaki istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

- Pearson Ki kare testi
- Fisher kesin ki kare testi
- Ki-kare testi ileri analizi
- Ortalama ve eşitlik için t testi
- Spearman Korelasyon testi
- Kappa katsayısı.

3. BULGULAR

Ankete katılanların kimlik bilgileri (Tablo 52-59)

1. Anket sorularına ait 16 sorunun cevapları (Tablo 60-78)
2. Sorular arasında karşılaştırmalar (79-120) arasında
3. Örnek grubu muayeneleri (Tablo 121-143) arasında gösterilmiştir.

Kimlik Bilgilerine Ait Tablolar

Tablo 52. Örnek Grubu'nun Yaş Ortalaması ve Değişim Aralığı

Değişken n= 868	Ortalama $\pm$ Std D	Minimum	Maksimum
Yaş	40,33 $\pm$ 7.01	22,0	69,0

Anket uygulanan 868 örneğin yaşa ait değişim aralığı 22-69 arasında bulunmuştur. Ortalama yaş 40,33 $\pm$ 7.01 dir (Tablo 52).

Tablo 53. Cinsiyete Göre Dağılım

Cinsiyet n=868	Sayı	Yüzde
Erkek	484	55,8
Kadın	384	44,22
Toplam	868	100,0

Ankete katılanların 484'ünün erkek 384' ünün kadın olduğu belirlendi. %55,8 erkek % 44,22 kadın (Tablo 53).

Tablo 54. Öğrenim Durumuna Göre Dağılım

Son Bitirilen Okul n=868	Sayı	Yüzde
İlkokul	215	24,8
Ortaokul	127	14,6
Lise	317	36,5
Üniversite	187	21,5
Üniversite+	14	1,6
Okuryazar Değil	8	0,9

Öğrenim durumuna göre katılımcıların %36,5'i lise, %24,8'i ilkokul, %21,5'i üniversite, %1.6'sı Lisansüstü öğrenim görmüştür. Katılımcıların % 39,4'ü ortaokul ve altı düzeyde öğrenim görmüştür (Tablo 54).

Tablo 55. Ailelerin Ortalama Aylık Gelirleri

Ailenin Ort Aylık Geliri n=866	Sayı	Yüzde
<250 Milyon	121	13,9
251-500 Milyon	245	28,2
501-1 Milyar	307	35,4
1 Milyar<	191	22,5

Ankete katılanların %35,4'ünün aile aylık gelirleri 501-1 milyar aralığında, %28,2'sinin geliri 251-500 milyon aralığında, Kümülatif olarak ankete katılanların %77,9'sinin aile aylık gelirinin bir milyar TL'nin altında olduğu görülmektedir. Kümülatif olarak %42,1'i 500 milyon ve altında ücret almaktadır (Tablo 55).

Tablo 56. Ailelerin Çocuk Sayısı Dağılımı

Çocuk Sayısı n=1855	Sayı	Çocuk Sayısı	Yüzde
Çocuğu Yok	41	0	4,7
1 Çocuk	156	156	18,0
2 Çocuk	420	840	48,4
3 Çocuk	178	534	20,5
4 Çocuk	51	204	5,9
5 Çocuk	14	70	1,6
6 Çocuk	5	30	0,6
7 Çocuk	3	21	0,3
Toplam	868	1855	100,0

Kümülatif olarak İki çocuk ve altında çocuğa sahip aile oranı % 71.1, katılımcıların %97,5'inin en fazla dört çocuğu bulunmaktadır (Tablo 56).

Tablo 57. Sosyal Güvence Durumu

Sosyal Güvenliği n=868	Sayı	Yüzde
Olan	729	84,0
Olmayan	139	16,0
Toplam	868	100,0
	p<0,05	

Örnek grubun % 84'ü en az bir sosyal güvenceye sahiptir. 1999 verilerine göre ülke genelinde nüfusun % 85,3'ü bir sosyal güvenceye sahiptir. Bir sigorta sahibi olanların olmayanlara göre farkı anlamlı bulunmuştur (Tablo 57).

Not: Anlamlı bulunanlar Bold yazılmıştır.

Tablo 58. Sosyal Güvence Durumunun Grup İçindeki Dağılımı

Sahip Olunan Sosyal Güvence		Sayı	Yüzde
1	İşveren Karşılıyor	22	2,5
2	Özel Sigorta	83	9,6
3	Mediko-sosyal	2	0,2
4	SSK	399	46,0
5	Bağ-Kur	101	11,6
6	Emekli Sandığı	182	21,0
7	Yardım Sandığı	5	0,6
8	Diğer	16	1,8
Ki-kare ileri analizinde anlamlı fark bulunanlar $p<0,05$		4-6-5-2 fark sırasıyla anlamlı fazla bulundu	

Sırasıyla SSK, Emekli Sandığı, Bağ-kur, özel sigortalılarda sigortası olanlarla olmayanların arasında fark anlamlı bulunmuştur. Diğer sosyal güvence gruplarının arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Özel sigortası olanların frekansı diğer sigortası olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunurken SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur sigortalıların sayısı anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 58).

Tablo 59. Anketin Uygulandığı Alanlar

Anket'in Uygulandığı Alan	Sayı	Yüzde
1.Bostancı Hayrullah Kefoğlu Lisesi	156	18,0
2. Suadiye Mehmet Karamancı İ.Ö.O	152	17,5
3. İçerenköy Nuri Cingilioğlu Lisesi	211	24,3
4. Maltepe Nazmi Duhani İ.Ö.O	264	30,4
5. Erenköy Türk Telekom	48	5,5
6. Kozyatağı Central Hospital	29	3,3
7. Kozyatağı Alp Taksi Durağı	2	0,1

Anket Sorularına Ait Tablolar**Tablo 60. Diş Hekimi'ne En Son Başvuru Zamanı Dağılımı**

1.Diş hek. en son ne zaman gittiniz?		Sayı	Yüzde
1	1 yıl	643	74,0
2	1-5 yıl arası	87	10,0
3	5 yıldan fazla	48	5,5
4	Hatırlamıyorum	63	7,3
5	Hiç gitmedim.	27	3,1
Ki-kare ileri analizinde ,anlamlı fark bulunanlar		1-2-5	

Diş hekimine son başvuru zamanı Ki-kare ileri analizi ile değerlendirilmiştir. Farkların sırayla 1, 2 ve 5. sütunlardan ileri geldiği belirlenmiştir. Bir yıl içinde diş hekimine başvuran katılımcıların frekansı sırayla 1. ve 2. satırda diğer gruplara göre anlamlı düzeyde fazla bulunurken diş hekimine hiç gitmedim diyenlerin frekansı anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (Tablo 60).

Tablo 61. Diş Hekimine Başvuru Nedenleri

2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?	Sayı	Yüzde
1.Şikayetim olmasa da kontrol için giderim.	119	13,7
2.Dişim çürükse ağrı olmasa da giderim.	262	30,2
3.Yemek yeme güçlüğü çekiyorsam giderim.	83	9,6
4.Dişlerimin görünüşünü beğenmiyorsa giderim.	88	10,1
5.Diş hekimine gitmem.	11	1,3
6.Dişimde ağrı varsa	463	53,3
7.Diş etlerim kanıyorsa.	117	13,5
8.Önceki tedavilerimde sorun çıkarsa giderim	234	27,0
9.Diğer	119	13,7
Ki-kare ileri analizinde anlamlı fark bulunanlar	5-6-2-8	

İkinci soruya ait bulgulara Ki-kare ileri çözümlemesi uygulanmış, farkların 5.6.2.8. ve 3'üncü satırlardan ileri geldiği gözlemlenmiştir. "Diş hekimine gitmem" seçeneği diğer cevaplara göre ileri düzeyde az bulunurken sırasıyla "Diş ağrısı", "Diş ağrısı olmasa da çürük nedeniyle giderim" ve "önce yapılan tedavilerde sorun çıkarsa giderim" cevapları anlamlı düzeyde fazla, son olarak yemek yeme güçlüğü çekiyorsam diş hekimine giderim seçeneği de ileri düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 61).

Tablo 62. Kendi Diş Sağlığını Algılama

3.Ağız Diş Sağlığı durumunuzu nasıl ifade edersiniz?	Sayı	Yüzde
1 Çok kötü	36	4,1
2 Kötü	74	8,5
3 Orta	369	42,5
4 İyi	340	39,0
5 Çok iyi	47	5,4
Ki-kare ileri analizinde anlamlı fark bulunanlar	3-1-4-2	

3.soruda kendi diş sağlığını nasıl algıladığı test edilmiş ve sırasıyla 3,1 4, 2 satırlar anlamlı bulunmuştur. Diş sağlığını orta ve iyi bulanlar, anlamlı düzeyde fazla bulunurken çok kötü ve kötü bulanlar anlamlı düzeyde az bulunmuştur (Tablo 62).

Tablo 63. Diş Hekimine Başvuru Engelleri

4.Sizin için hangi nedenler diş hekimine gitmeme nedenleridir.	Sayı	Yüzde
1.Tedaviler sonra sorun çıkıyor.	59	6,8
2.Tedavi sırasında ağrı duymaktan korkuyorum.	202	23,3
3.Ağzımın durumu çok kötü diş hek beni suçlayacak, çekiniyorum	33	3,8
4.Nedenim yok ihmal ediyorum.	362	41,7
5.Tedavilerin önceden kaç mal olacağını bilmiyorum.	151	17,4
6.Diş tedavileri çok pahalı	309	35,6
7.Sıra almakta güçlük çekiyorum	79	9,1
8.Verilen hizmetten memnun kalmıyorum.	59	6,8
9.Zamanım yok.	94	9,4
10.Başka nedenler	81	9,3
İleri Ki-kare anlamlı fark bulunanlar	4-6-2-5-3-9	

4. soruda diş hekimine başvuru engelleri test edilmiş ve 4-6-2-5-3-9 cevaplar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sırasıyla ihmalkarlık, fiyatların yüksekliği, ağrı duyma endişesi, fiyatları önceden bilememek, Anlamlı olarak yüksek, diş hekimi'nin bireyi, ağzının durumu nedeniyle suçlaması ve zamanın olmaması nedeni ile diş hekimine başvuru azlığı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 63).

Tablo 64. Diş Çürüğü ve Diş Eti Hastalıkları Bilgi Düzeyi

5.1.Diş çürüğü ile ilgili olarak	Sayı			Yüzde		
	Evet	Hayır	Bilgisi Yok	Evet	Hayır	Bilgisi Yok
1.Diş çürüğü önlenebilir bir hastalıktır	734	86	48	84,6	9,9	5,5
2.Diş fırçalama çürüğü azaltabilir	774	81	13	89,2	9,3	1,5
3.Diş çürüğü mikrobik hastalıktır.	467	234	167	53,8	27,0	19,2
4.Düzenli diş hek gitmek çürüğü azaltır	751	81	36	86,5	9,3	4,1
5.Dişlerimizin tümünü koruyamayız.	229	493	146	26,4	56,8	16,8
5.2.Diş etleri ile ilgili olarak						
1.Diş eti hastalıkları önlenebilir.	703	74	91	81,0	8,5	10,5
2.Dişleri fırçalamak diş eti hst. korur	613	143	112	70,6	16,5	12,9
3.Diş eti hst. Diş kaybına neden olur.	645	101	122	74,3	11,6	14,1
4.Diş hekimine düzenli gitmek dişeti.hastalıklarını azaltır.	757	76	35	87,2	8,8	4,0
5.Diş eti hastalığı tedavi edilmelidir.	758	71	39	87,3	8,2	4,5
Ki-kare analizinde 5.1.5 hariç 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum sırasıyla anlamlı bulundu. 5.1.5'in cevabı 2-1-3 sırasıyla anlamlı bulunmuştur.						

Diş ve dişeti hastalıkları bilgi düzeyini test eden 5.1 ve 5.2.sorularının 1. ve 2.bölümlerinde evet yanıtları 5.5'inci şıkkı hariç olmak üzere anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. 5.1.5 seçeneğinin cevabında katılımcılar dişlerin tümünün korunacağına anlamlı düzeyde fazla inanmaktadır (Tablo 64).

Tablo 65. Kendi Diş Estetiğini Algılama

6.1.Aynaya baktığınızda dişlerinizi beğeniyor musunuz?		Sayı	Yüzde
1	Hiç beğenmiyorum	55	7,2
2	Pek beğenmiyorum	177	20,4
3	Vasat	275	31,7
4	Oldukça beğeniyorum	301	34,7
5	Çok beğeniyorum	52	6,0
Ki-kare ileri analizinde anlamlı fark bulunanlar		4-3-2-	

Tablo 65'de kendi diş estetiğini algılama incelenmiş ve 4, 3, 2, numaralı satırlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 4, 3, 2 numaralı satırlar anlamlı düzeyde fazla bulunurken Çok beğeniyorum ve hiç beğenmiyorum seçeneği arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Katılımcıların Kümülatif olarak %26.7'i dişlerini pek beğenmiyor veya hiç beğenmiyor. Vasat bulanlar %31.7 Oldukça ve çok beğenenler Kümülatif olarak %40,7 olarak bulunmuştur (Tablo 65).

Tablo 66. Kendi Dişeti Estetiğini Algılama

6.2.Aynaya baktığınızda diş etlerinizi beğeniyor musunuz?		Sayı	Yüzde
1	Hiç beğenmiyorum	41	6,4
2	Pek beğenmiyorum	163	18,8
3	Vasat	263	30,3
4	Oldukça beğeniyorum	314	36,2
5	Çok beğeniyorum	72	8,3
6	Ki-kare ileri analizinde anlamlı fark bulunanlar	4-3-2-5-1	

Aynaya baktığında dişetlerini estetik olarak beğeni algısı sırasıyla 4,3,2,5 ve 1'inci satırlarında anlamlı bulunmuştur. Dişetini oldukça beğenenleri vasat bulanlar, pek beğenmeyenler, çok beğenenler ve hiç beğenmeyenler takip etmektedir. Kümülatif olarak dişetlerini hiç ve pek beğenmeyenlerin oranı %23,5 iken oldukça ve çok beğenenlerin Kümülatif oranı %44,5 olarak bulunmuştur (Tablo 66).

Tablo 67. Diş Fonksiyon Algısı

7.Rahatlıkla yemek yiyebiliyor musunuz?	Sayı	Yüzde
Evet	688	79,3
Hayır	180	20,7
	P<0,05 Fark anlamlı	

Rahat yemek yiyebilenler, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Çiğneme sorunu olanların oranı %20,7 olarak bulunmuştur (Tablo 67).

Tablo 68. Konuşma (fonasyon) Algısı

8.Dişleriniz nedeniyle konuşma sorunuz var mı?	Sayı	Yüzde
Evet	65	7,5
Hayır	803	92,5
	P<0,05 Fark anlamlı	

Konuşma sorunu olanların sayısı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Diş sorunları nedeniyle örnek grubun %7,5'i konuşma sorunu yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 68).

Tablo 69. Sosyal Güvenlik Kuruluşunun Sunduğu Hizmet Kullanımı

9.1.Sos. Güv.Kur.Sağlık hizmeti aldınız mı?	Sayı	Yüzde
Evet	489	56,3
Hayır	379	43,7
	P>0,05	

Sosyal güvenlik kuruluşundan hizmet alanlarla almayanların arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır. En az sosyal güvenceye sahip olan katılımcıların %43.7'si sosyal güvenlik kurumunun sunduğu sağlık hizmetinden yararlanmadığını ifade etmiştir (Tablo 69).

Tablo 70. Kullanılan Hizmetten Memnuniyet

9.2.Sos.Güv.Hiz.nasıl buldunuz?	Sayı		Fikri Yok	Yüzde		Fikri Yok	p<0,05
	Evet	Hayır		Evet	Hayır		
1.Hizmetten memnunum	126	537	205	15,5	61,9	23,6	2,3,1
2.Çok sıra bekliyorum.	282	444	142	32,5	51,2	16,4	2,1,3
3.Uzak	189	585	93	21,8	67,4	10,7	2,1,3
4.Tedaviler başarılı olmuyor	159	515	193	18,3	59,3	22,2	2,3,1
5.Tüm tedavileri yaptıramıyorum	316	447	105	36,4	51,5	12,1	2,1,3
6.Ted. bitmesi çok zaman alıyor	327	399	142	37,7	46,0	16,4	2,1,3
7.Ted.işlemi süresi çok kısa	160	518	188	18,4	59,7	21,7	2
8.Ortam temiz kadar temiz değil	179	520	169	20,6	59,9	19,5	2
9. Bekleme yeri kötü	169	549	150	19,5	63,2	17,3	2
10.Tedavilerle ilgili bilgi alamıyorum	207	521	140	23,8	60,0	16,1	2,1,3
11.Hekimler yeterli kadar deneyimli değil	123	542	203	14,2	62,4	23,4	2,3,1
12.Hekimler işlerini önemsemiyorlar	177	516	174	20,4	59,4	20,0	2
13.Yardımcı personel kaba davranıyor	193	522	153	22,2	60,1	17,6	2
14.Cihazlar yetersiz görünüyor	201	482	185	23,2	55,5	21,3	2
15.Özele sevk. farkını ödeyemiyorum	239	443	186	27,5	51,0	21,4	2,1,3
16.Ted.fark ödeyemiyorum	235	468	165	27,1	53,9	19,0	2,1,3

Sosyal Güvenlik Kurumunun sunduğu hizmetlerden memnuniyetle ilgili verilen cevapların anlamlılığı aşağıdaki gibi bulunmuştur.

1. Verilen hizmetten memnun olmayanlar anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur.
2. Çok sıra beklediğini ifade edenler, dış hekimini uzak bulanlar, tedavileri başarılı bulmayanlar, tüm tedavilerini yaptıramayanlar, tedavi süresini uzun bulanlar, tedavi işlemini kısa bulanlar, ortamı kirli bulanlar, bekleme salonunu kirli bulanlar, tedavilerle ilgili bilgi alamayanlar, hekimleri deneyimli bulmayanlar, hekimlerin işini önemsemediğini belirtenler, personeli kaba bulanlar, cihazları yetersiz bulanlar, özele sevk farkını ödeyemeyenler, tedavi farkını ödeyemeyenler anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 70).

Tablo 71. Hizmet Kullanımının Boyutları

10.Diş hekimine en son hangi nedenle gitmiştiniz.	Sayı	Yüzde
1.Kontrolle gitmiştim.	171	19,7
2.Ağrı yoktu,dişimin çürüdüğünü fark ettim.	212	24,4
3.Diş hekimine hiç gitmedim	22	2,5
4.Çiğneme güçlüğü çekiyordum	84	9,7
5.Dişlerimin görünüşünü beğenmiyordum.	111	12,8
6.Konuşma güçlüğü çekiyordum.	12	1,4
7.Dişim ağrıyordu.	391	45,0
8.Dişetim kanıyordu.	95	10,9
9.Önce yaptırdığım tedavimde sorun çıkmıştı.	260	30,0
10.Diğer	68	7,8
Ki-kare ileri analizinde anlamlı fark bulunanlar p<0,05	7-9-2-1-5-8-4	

Diş hekimine başvuru davranışları açısından diş ağrıyanlar, daha önce yaptırdığı tedavilerde sorun çıkanlar, ağrı olmadığı halde dişinde çürük olduğunu fark edenler, kontrole gidenler anlamlı düzeyde fazla, dişlerinin görünüşünü beğenmeyenler, dişeti kanaması olanlar ve çiğneme güclüğü çekenler diş hekimine hiç gitmeyenler anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Konuşma güclüğü çekenler ve diğer nedenlerle diş hekimine başvuruda bulunanların arasında diş hekimine başvuru tutumu bakımından anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır (Tablo 71).

Tablo 72. Hizmet Karşılığını Ödeme Yöntemi

11.Son gittiğiniz diş hekiminin ücretini nasıl ödediniz.	Sayı	Yüzde
1.Cebimden	663	76,4
2.Emekli Sandığı'ndan	70	8,1
3.SSK'dan	43	5,0
4.Özel sigorta	15	1,7
5.Sağlık kuruluşu özele sevk cebimden ilave ödeme yaptım	15	1,7
6.Diğer (mediko-sosyal, bağ-kur, İşveren vs)	43	5,0
İleri Ki-kare anlamlı fark bulunanlar p<0,05	1-2-3-6	

Cepten ödeme, emekli sandığı, SSK ve diğer yöntemler sırasıyla, ödeme yöntemi olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir. En fazla cepten ödeme yöntemi tercih edilmektedir. Emekli sandığı, SSK ve diğer seçenekler bu ödeme yöntemlerini takip etmektedir. SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur üyesi katılımcıların sahip oldukları sosyal güvenceden anlamlı düzeyde daha az yararlanmaktadır.Özel sigorta ile özel kuruluşa fark ödeyerek sevkle tedavi yaptıranların arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 72).

Çocuğu olanlar için:

Tablo 73. Çocuğuna Ait Diş Sağlığı Algısı

12.Çocuğunuzun ağız diş sağlığı şu anda nasıl buluyorsunuz?	Sayı	Yüzde
1 Cevapsız	46	5,3
2 Çok kötü	19	2,2
3 Kötü	43	5,0
4 orta	236	27,2
5 İyi	404	46,5
6 Çok iyi	120	13,8
Ki-kare ileri analizinde fark anlamlı bulunanlar p<0,05	5-4-6-2	

Sırasıyla ankete katılanlar çocuklarının dişlerinin genel durumunu iyi, orta, çok iyi olarak nitelemişlerdir. Çok kötü bulanlar anlamlı düzeyde az bulunmuştur. Cevap

vermeyenlerle kötü bulanların arasında anlamlı fark bulunamamıştır. İyi, orta ve çok iyi bulanların frekansı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 73).

Tablo 74.Çocuğuna Karşı Diş Sağlığı Tutumu

13. Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiniz, Ne yaparsınız?	Sayı	Yüzde
1.Hemen Diş hekimine götürürüm.	612	70,5
2.Önce evde çözüm ararım.	125	14,4
3.Şikayeti yoksa bir şey yapmam.	93	10,7
Ki-kare ileri analizinde anlamlı fark bulunanlar $p<0,05$	1-2-3	

13. soruda sırasıyla çocuğunu diş hekimine götürenler, evde çözüm arayanlar ve şikayeti yoksa bir şey yapmayanlar anlamlı bulunmuştur. Hemen diş hekimine götürme tutumu anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 74).

Tablo 75. Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerine Ait Tutum

14. Çocuğunuz için aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz?	Sayı		Yüzde	
	Evet	hayır	Evet	hayır
1.Ağız diş sağlığı sigortası gereklidir:	643	224	74,1	25,8
2.sigorta olsa 6 ayda bir diş hekimine gideriz.	701	167	80,8	19,2
3.Okulda diş sağ eğit. ve koruyucu hizmet verilmeli mi?	787	81	90,7	9,3
4.Çocuklukta önlem alınırsa diş sağlığı korunabilir mi?	788	80	90,8	9,2
5.Sigorta için her yıl para ödeyebilir misiniz?	492	376	56,7	43,3
Ki kare ileri analizi $p<0.05$	1-2-3-4-5			

Çocukları için ağız diş sağlığı sigortasını gerekli bulanlar, sigortalı olsa 6 ayda bir diş hekimine kontrole gideceklerini belirtenler, okullarda koruyucu diş sağlığı hizmeti verilmesini isteyenler, çocuklukta alınan önlemin koruyacağına inananlar ve bu hizmetler için para ödeyebileceğini belirtenlerin hepsine evet diyenler hayır diyenlere göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Ağız diş sağlığı sigortasını gerekli görenlerin oranı %74.1, her yıl sigortaya prim ödemeye gönüllü olanları oranı %56.7 dir (Tablo 75).

Tablo 76. Diş Sağlığı Sigortasına Ödeme Gücü

15. Bir çocuk için yılda hangi miktarda ödeme yapabilirsiniz.	Sayı	Yüzde
1 300 milyon	78	9,0
2 225 milyon	49	5,6
3 150 milyon	171	19,7
4 75 milyon	289	33,3
5 Ödeme yapamam	208	24,0
Ki-kare ileri analizi, anlamlı fark bulunanlar $p<0,05$	4-5-3-1-2	

Katılımcıların çocukları açısından ödeme gönüllülüğü incelendiğinde, 75 milyon ödeyebilecekler,ve hiç ödeme yapamayacak olanları sırayla 150, 300 ve 225 milyon lira ödeyebilecek olanlar Ki-kare ileri çözümlemesinde anlamlı bulunmuştur. Yılda

her çocuk için 300 milyon ve 225 milyon ödemeye gönüllü olanları sayısı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 76).

Tablo 77. Çocuğun İçin Diş Sağlığı Hizmet Kullanımı Engeli

16.1.Çocuğunuzu diş hek götürmeniz gerektiği halde gidemediğiniz oldu mu?	Sayı	Yüzde
Evet	322	37,1
Hayır	546	62,9
	P<0,05	

Çocuğunu diş hekimine götürebilenler, götüremeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 77).

Tablo 78. Çocuğu İçin Hizmet Kullanım Engelleri Nedeni

16.2.1.Oldu ise sebepleri nelerdir?	Sayı	Yüzde
1.Maddi Zorluklar	214	41,3
2.Zamanım olmadı	56	10,8
3.Diş hekimine uzak olması	25	4,8
4.Tanıdığım diş hekimi yoktu	41	7,9
5.Çocuğum korkmuştu	112	21,6
6.Süt dişlerinin tedavisini gerekli görmedim	71	13,6
Ki-kare ileri analizinde anlamlı bulunanlar p<0,05	1-5-6-3	

Çocuğunu diş hekimine götürememe nedenlerinden maddi zorluklar, çocuğun korkması ve süt dişlerinin tedavisini gerekli görmemek sırasıyla ilk üç neden olarak anlamlı bulunmuştur. Diş hekiminin uzak olması da anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 78).

ÇAPRAZ ANALİZLER TABLO VE GRAFİKLERİ

Tablo 79.Sosyal Güvenceye Göre Ödeme Yöntemi Dağılımı

Sosyal Güvenlik Tipi	Soru.11.En Son Gittiğiniz Diş hekimine Ücretini Nasıl Ödediniz?														
	1.Cebimden		2.Em.San.Sevk		3.SSK sevk		4.Özel Sg.		5.Sevk+fark		6.Diğer		7.S.gv.k.		İki-kare ileri analizi P<0,05
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sos.güv. yok.n=139	121	73,4	1	0,7	1	0,7	0	0,0	1	0,7	7	0,5	8	5,8	1
İşveren karşılıyor. N=22	17	77,3	2	9,1	1	4,5	0	0,0	1	4,5	1	4,5	0	0,0	1
Özel sigortam var. N=83	63	75,9	5	6,0	1	1,2	10	12,0	0	0,0	3	3,6	1	1,2	1
SSK n=399	324	81,2	2	0,5	42	10,5	7	1,8	2	0,5	12	3,0	10	2,5	1
Bağ-Kur n=101	83	82,2	1	1,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	9	8,9	7	6,9	1
Emekli Sandığı N0182	103	56,6	58	31,9	1	0,5	1	0,5	9	4,9	6	3,3	4	2,2	1-2

Emekli sandığı üyeleri sosyal güvenlik kuruluşunun sunduğu hizmetlerden anlamlı düzeyde daha fazla yararlanmaktadır. Diğer sosyal güvenlik kurumu üyeleri anlamlı düzeyde cepten daha fazla ödeme yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 79).

Tablo 80. Diş Hekimine Başvuru Tutum ve Davranışı

S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz (Tutum)?	Evet		S.10. Diş hekimine hangi nedenle gittiniz (Davranış)?	Evet		Kappa Katsayısı (κ)	Uyum düzeyi
	Sayı	%		Sayı	%		
1.Şikayetim olmasa da kontrol için giderim.	119	13,7	1. Kontrol için gitmişim.	81	68,1	0,47	Orta uyum
2.Dişim çürükse ağrı olmasa da giderim.	262	30,2	2. Ağrı yok fakat dişim çürümüşü.	123	49,6	0,34	Düşük uyum
3.Yemek yeme güçlüğü çekiyorsam giderim.	83	9,6	4.Çiğneme güçlüğü çekiyordum.	19	22,9	0,15	uyumsuz
4.Dişlerimin görünüşünü beğenmiyorsam giderim.	88	10,1	5. Dişlerimin görünüşünü beğenmiyordum.	47	53,4	0,40	Düşük uyum
6.Dişimde ağrı varsa	463	53,3	7. Dişim ağrıyordu.	282	60,9	0,34	Düşük uyum
7.Diş etlerim kanıyorsa.	117	13,5	8. Diş etlerim kanıyordu.	30	25,6	0,19	uyumsuz
8.Önceki tedavilerimde sorun çıkarsa giderim	234	27,0	9. Daha önce yaptırdığım tedavide sorun çıktı.	136	58,1	0,37	Düşük uyum

Kappa katsayısı -1 (Tam karşıt uyum) ile 1 (Tam uyum) arasında değişim gösterir $\kappa=0,70$ değerinden yüksek değerler uyum göstergesi olarak kabul edilir. 0= şansa bağlı uyum olarak kabul edilebilir. Davranış ve tutum bakımından sadece orta uyum kontrol için giderim seçeneğinde görülmektedir. Diğer diş hekimine başvuru tutum ve davranışı arasında düşük ve orta uyum gözlenmiştir Tablo (80).

Tablo 81. Sosyal Güvenceye Göre Hizmet Kullanımı

S.1.Diş hekimine en son ne zaman gittiniz?		1yıldan az		1-5 yıl arası		5 yıldan çok		Hatırlamıyorum		Hiç Gitmedim	
		S.	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1	Sosyal güvencem yok.p<0,05	91	65,5	14	10,1	10	7,2	17	12,2	7	0,5
2	Özel sigortam var.p<0,05 *	73	88,0	6	7,2	0	0,0	2	2,4	2	2,4
4	SSK. p<0,05	298	75,1	37	9,3	22	5,5	28	7,1	12	0,3
5	Bağ-Kur p<0,05	74	73,3	10	9,9	4	0,4	10	9,9	3	0,3
6	Emekli sandığı p<0,005	145	79,7	17	9,3	12	6,6	5	2,7	3	1,6
7	Yardım sandığı p>0,05	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Diş hekimine son başvuru zamanı olarak yardım sandığı olanlar hariç diğerlerinin bir yıl içinde diş hekimine başvuruları anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Diş hekimine hiç gitmeyenlerin frekansı da anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (Tablo 81).

Tablo 82. Cinsiyete Göre Çocuğu İçin Sigortaya Karşı Tutum

Cinsiyet	S.14.1. Çocuğunuzun ağız diş sağlığı sigortasını gerekli buluyor musunuz?			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	354	73,3	129	26,7
Kadın	289	75,3	95	24,7
Toplam	643	74,2	224	25,8
	p>0,05			

Çocuğu için ağız diş sağlığını gerekli bulanların aralarında cinsiyete göre anlamlı fark bulunamadı. Sigorta gönüllülüğü tutumu kadın ve erkek arasında fark göstermemektedir (Tablo 82).

Tablo 83. Cinsiyete Göre Sigorta Ödeme Gönüllülüğü

Cinsiyet	S.14.5. Ağız diş sağlığı sigortası için her yıl bütçeme uygun miktarda ödeme yapabilirim.			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	276	57,0	208	43,0
Kadın	216	56,3	168	43,8
Toplam	492	56,7	376	43,3
	p>0,05			

Sigorta ödeme gönüllülüğü bakımından kadın ve erkek arasında anlamlı bulunmadığı gözlenmiştir (Tablo 83).

Tablo 84. Öğrenime Göre Sigortaya Karşı Tutum

Son bitirdiği okul	S.14.1. Çocuğunuzun ağız diş sağlığı sigortasını gerekli buluyor musunuz?			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Okur yazar değil	5	62,5	3	37,5
İlkokul	162	75,3	53	24,7
Ortaokul	100	78,7	27	21,3
Lise	235	74,1	82	25,9
Üniversite	132	70,6	55	29,4
Üniversite üstü	10	71,4	4	28,6
Toplam	643	74,2	224	25,8
	p>0,05			

Öğrenime göre sigortaya gerekli bulanlar arasında anlamlı tutum farkı gözlenememiştir. Çocuğu için sigortayı gerekli bulan katılımcı frekansı %62,5 ile %78,7 aralığında değişmektedir (Tablo 84)

Tablo 85. Öğrenime Göre Ödeme Gönüllülüğü

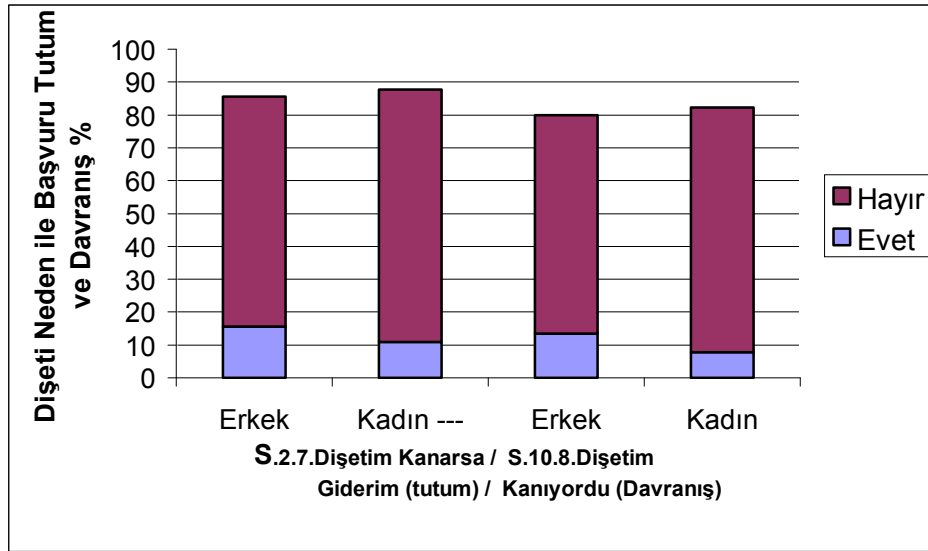
Son bitirdiği okul		S.14. 5. Ağız diş sağlığı sigortası için her yıl bütçeme uygun miktarda ödeme yapabilirim.			
		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
1	İlkokul	102	47,4	113	52,6
2	Ortaokul	65	51,2	62	48,8
3	Lise	193	60,9	124	39,1
4	Üniversite	117	62,6	70	37,4
5	Üniversite üstü	12	85,7	2	14,3
	Toplam	492	56,7	376	43,3
		p<0,001 Ki-kare ileri analizi 1-5			

Öğrenime göre ödeme gönüllülüğü, lisans üstü öğrenim görenlerde anlamlı düzeyde fazla bulunurken, ilkokul mezunu katılımcıların anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gözlenmiştir (Tablo 85).

Tablo 86. Diş Hekimine Başvuruda Cinsiyetler Arasındaki Tutum Farkı

S.2.Diş hekimine Hangi Nedenle Gidersiniz? N=868	Erkek n=484 %55,8				Kadın n=384 %44,2				
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1. Şikayetim olmasa da giderim.	65	13,4	419	86,6	54	14,1	330	85,9	p>0,05
2.Dişim çürükse ağrı olmasa da giderim	152	31,4	332	68,6	110	28,6	274	71,4	p>0,05
3.Çiğneme güçlüğü çekiyorsam giderim.	54	11,2	430	88,8	29	7,6	355	92,4	p>0,05
4. Görünüşünü beğenmiyorsam giderim.	54	11,2	430	88,8	34	8,9	350	91,1	p>0,05
5.Diş hek. hiç gitmedim	5	1,0	479	99,0	6	1,6	378	98,4	p>0,05
6.Dişimde ağrı varsa giderim	254	52,5	230	47,5	209	54,4	175	45,6	p>0,05
7.Diş etlerim kanıyorsa giderim	75	15,5	409	84,5	42	10,9	342	89,1	P<0,05
8.Önceki tedavilerimde sorun çıkarsa giderim	145	30	339	70,0	89	23,2	295	76,8	P<0,05

Cinsiyetin diş hekimine başvuru tutumunun etkileyip etkilemediği Tablo 86'da incelenmiştir. Cinsiyetler arasındaki farkın anlamlılığını göstermektedir. Yedinci ve sekizinci seçeneklerde $p<0,05$ olup, cinsiyetler arasında anlamlı fark olduğu gözlemlenmektedir. Erkekler, dişeti kanaması ve önce yaptırılmış olan tedavilerde sorun çıkması durumunda, kadınlara göre diş hekimine anlamlı düzeyde daha fazla başvuruda bulunacaklarını ifade etmişlerdir (Tablo 86).



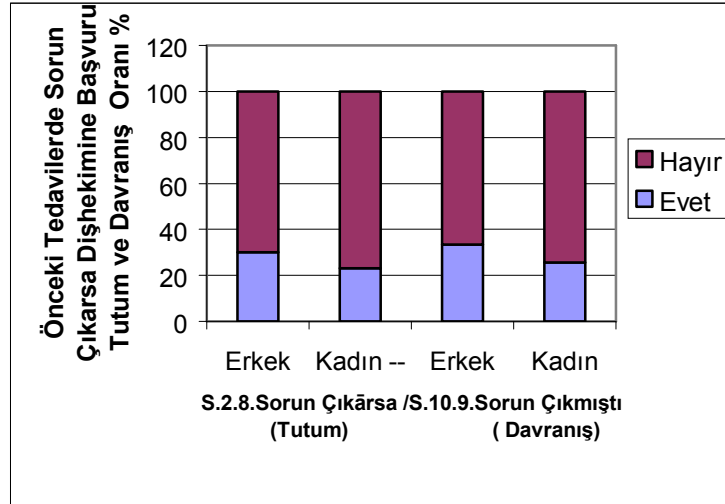
Grafik 1. Cinsiyete Göre Dişeti Hastalıklarına Karşı Tutum ve Davranış

Tablo 87. Cinsiyete Göre Diş Hekimine En Son Başvuru Nedeni

S.10. Diş hekimine en son hangi nedenle gitmiştiniz? n=868	Erkek n=484 %55,8				Kadın n=384 %44,2				
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1.Kontrol için	94	19,4	390	80,6	77	20,1	307	79,9	p>0,05
2.Dişimin çürüdüğünü fark ettim	120	24,8	364	75,2	92	24,4	292	76,0	p>0,05
3.Diş hekimine hiç gitmedim	9	1,9	475	98,1	13	3,4	371	96,6	p>0,05
4.Çiğneme güçlüğü çekiyordum	47	9,7	437	90,3	37	9,6	347	90,4	p>0,05
5.Dişlerimin görünüşünü beğenmiyordum	60	12,4	424	87,6	51	13,3	333	86,7	p>0,05
6.Konuşma güçlüğü çekiyordum	8	1,7	476	98,3	4	1,0	380	99,0	p>0,05
7.Dişim ağrımişti	220	45,5	264	54,4	171	44,5	213	55,5	p>0,05
8.Dişetim kanyordu	65	13,4	419	86,6	30	7,8	354	92,2	P<0,05
9.Önce yaptırdığım tedavide sorun çıkmıştı.	162	33,5	322	66,5	98	25,5	286	74,5	P<0,01

Diş hekimine en son gidiş nedeni bakımından kadınlar ve erkekler arasında sadece onuncu sorunun sekizinci ve dokuzuncu.seçeneklerinde anlamlı düzeyde fark olduğu gözlemlenmiştir. Erkekler, dişeti kanaması olduğunda ve daha önce yaptırılan tedavilerde sorun çıkması durumunda kadınlara göre anlamlı düzeyde daha fazla diş hekimine başvuruda bulunduklarını ifade etmişlerdir. Her iki cinste de

diş ağrısı, diş çürüğü ve önceden yapılan tedavilerde sorun çıkması benzer oranlarda ilk üç sırada yer alan diş hekimine başvuru nedeni olarak yer almıştır (Tablo 87).



Grafik 2.Tedavilerde Sorun Çıkması Durumunda Cinsiyete Bağlı Tutum ve Davranış Dağılımı

Tablo 88. Cinsiyetler Arasında Diş Estetiği Algısı Farkı

S.6.Aynaya Baktığınızda Dişlerinizi Beğeniyor musunuz?	Erkek n=484 %55,8		Kadın n=384 %44,2	
	Sayı	%	Sayı	%
1.Evet çok beğeniyorum	5	1,0	3	0,8
2.Oldukça beğeniyorum	29	6,0	26	6,7
3.Vasat	100	20,7	77	20
4.Pek beğenmiyorum	144	29,8	131	34,1
5.Hiç beğenmiyorum	176	36,4	125	32,6
p>0,05				

Estetik algısı bakımından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Kadınlar ve erkeklerin diş estetiği algısı arasında farkın olmadığı gözlemlenmiştir (Tablo 88).

Tablo 89. Öğrenim Durumuna Göre Diş Çürüğü Bilgisi

Öğrenim Durumu	İlkokul				Ortaokul				Lise				Üni+ Üniv+				Ki-kare ileri analizi
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.5.1. Diş Çürüğü ile İlgili Olarak	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1. Diş çürüğü önlenabilir p>0,01	170	79,07	45	20,93	105	75	35	25	270	85,17	47	14,83	182	90,55	19	9,45	4-2
2.Diş fırç. çürüğü azaltabilir p>0,05	192	89,30	23	10,70	113	88,98	14	11,02	279	88,01	38	11,99	186	86,92	28	13,08	p>0,05
3.Diş çürüğü mikrobiktir	115	53,49	100	46,51	69	54,33	58	45,67	165	52,05	152	47,95	115	55,02	94	44,98	p>0,05
4.Düzenli dişhek başvuru çürüğü azaltır p>0,05	181	84,19	34	15,81	108	85,04	19	14,96	177	81,57	40	18,43	179	83,64	35	16,36	p>0,05
5.Dişlerin tümünü koruyamayız	54	25,12	161	74,88	28	22,05	99	77,95	92	29,02	225	70,98	53	26,11	150	73,89	p>0,05
İleri Ki-kare	1.soruda 4-2 anlamlı bulundu. Diğer sorularda anlamlı fark bulunamadı																

Tablo 89. da lisans üstü öğrenim görmüşlerin sayısı yeterli olmadığından Ki-kare testi yapabilmek için üniversiteler ile lisans üstü öğrenim görenlerin sütunları birleştirilmiştir. Ayrıca bilmiyorum cevapları hayır kabul edildi ve bilmiyorum ile hayır sütunları birleştirilmiştir. Uygulanan Ki-kare testinden sonra Üniversite ve lisans üstü öğrenim görenler diğer öğrenim düzeylerine göre anlamlı düzeyde fazla yönde fark gösterdi. Ortaokul mezunlarının evet cevabı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 89).

Tablo 90. Öğrenim Durumuna Göre Dişeti Sağlığı Bilgisi

Öğrenim Durumu	İlkokul				Ortaokul				Lise				Üni+ Üniv+				Ki-kare ileri analizi
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.5.2. Diş eti ile İlgili Olarak p>0,05	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1.Dişeti hst önlenebilir p>0,05	163	75,81	52	24,19	104	81,89	23	18,11	255	80,44	62	19,56	174	86,57	27	13,43	4
2.Diş fırç. Dişeti hst azaltabilir p>0,05	145	67,44	70	32,56	93	73,23	34	26,77	219	69,09	98	30,91	151	75,12	50	24,88	p>0,05
3.Dişeti hst diş kaybına neden olur p<0,001	135	62,79	80	37,21	91	71,65	36	28,35	245	77,29	72	22,71	169	84,08	32	15,92	1-4
4.Düzenli dişhek başvuru dişeti hst azaltır p>0,05	189	87,91	26	12,09	111	87,40	16	12,60	270	85,17	47	14,83	181	90,05	20	9,95	p>0,05
5.Dişeti hst tedavi edilmelidir.	182	84,65	33	15,35	108	85,04	19	14,96	282	88,96	35	11,04	180	89,11	22	10,89	p>0,05
Ki-kare ileri analizi	1.soruda 4-2 anlamlı. Diğer sorularda anlamlı fark bulunamamıştır.																

Tablo 90'da lisans üstü öğrenim görmüşlerin sayısı yeterli olmadığından Ki-kare testi yapabilmek için üniversiteler ile lisans üstü öğrenim görenlerin sütunları birleştirilmiştir. Ayrıca bilmiyorum cevapları hayır kabul edildi ve bilmiyorum ile hayır sütunları birleştirilmiştir.

1. sorunun cevabı üniversite ve lisans üstü öğrenim görenlerde anlamlı farklılık göstermiştir. Üniversite ve lisans üstü öğrenim görenler diğer gruplara göre daha fazla evet derken ilkökul mezunlarının anlamlı düzeyde daha az evet cevabı vermişlerdir (Tablo 90).

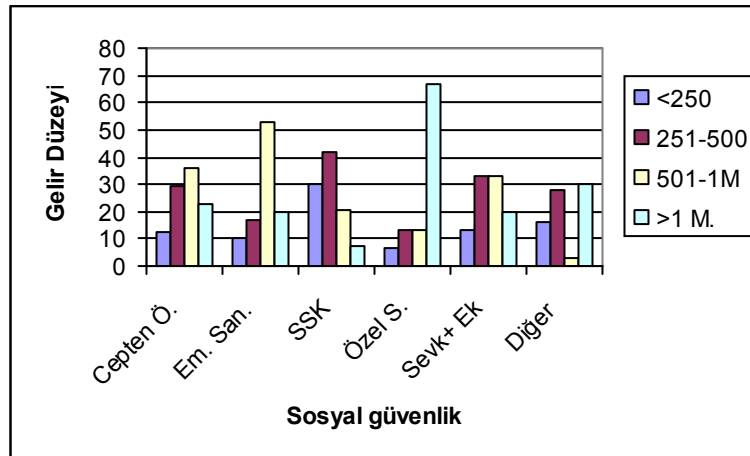
Tablo 91. Gelire Göre Diş Hekimine En Son Gidiş Nedenleri

Ailenin Aylık Geliri	1 / <250 Milyon				2 / 251-500 Milyon				3 / 501-1 Milyar				4 / 1Milyardan fazla				Ki kare ileri analizinde sütun numarası ile anlamli bulunanlar P<0,05
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.10.Dişhek. En Son Hangi Nedenle Gitmiştiniz	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
1.Kontrole gitmiştim n=171	21	17,4	100	82,6	35	14,3	210	85,7	57	18,6	250	81,4	57	29,8	134	70,2	3-4
2.Ağrı yoktu, dişimin çürüdüğünü fark ettim. n=212	20	16,5	101	83,5	62	25,3	183	74,4	83	27,0	224	73,0	46	24,1	145	75,9	Fark yok
3.Dişhek hiç gitmedim n=22	10	8,3	111	91,7	6	2,4	239	97,6	3	1,0	304	99,0	2	1,0	189	99,0	1
4.Çiğneme güçlüğü çekiyordum n=84	17	14,0	104	86,0	29	11,8	216	88,2	22	7,2	285	92,8	16	8,4	175	91,6	Fark yok
5.Dişlerimin görünüşünü beğenmiyordum n=111	16	13,2	105	86,8	31	12,7	214	87,3	36	11,7	271	88,3	28	14,7	163	85,3	Fark yok
6.Konuşma güçlüğü çekiyordum n=12	6	5,0	115	95,0	3	1,2	242	98,8	3	1,0	304	99,0	0	0,0	191	100,0	1
7.Dişim ağrımişti n=391	65	53,7	56	46,3	131	53,3	114	46,5	121	39,4	186	60,6	72	37,7	119	62,3	2-1
8.Dişetim kanıyordu n=95	14	11,6	107	88,4	29	11,8	216	88,2	31	10,1	276	89,9	20	10,5	171	89,5	Fark yok
9.Önceden yaptırdığım tedavimde sorun çıkmıştı. n=260	29	24,0	92	76,0	63	25,7	182	74,3	110	35,8	197	64,2	58	30,4	133	69,6	3

Diş hekimine gidiş nedenine gelirin etkisi kontrol edilmiştir. Üçüncü ve dördüncü sütunda yer alan gelir düzeyleri anlamlı bulunmuştur. Kontrol amacıyla gidenler sıralamasında birinci sırada Beş yüz milyonla bir milyar arasında aylık kazancı olanlar ikinci sırada bir milyardan fazla kazananların yer aldığı görülmüştür. Diğer gelir düzeylerinin arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 91).

Tablo 92. Gelir Düzeyine Göre Hizmet Karşılığını Ödeme Yöntemi

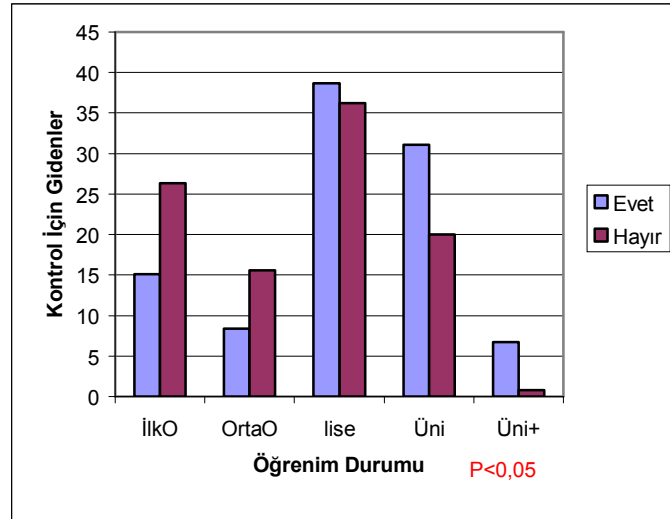
Ailenin Aylık Geliri	1 / <250 Milyon				2 / 251-500 Milyon				3 / 501-1 Milyar				4 / 1Milyardan fazla				Ki kare ileri analizinde sütun numarası ile anlamlı bulunanlar P<0,05
S.11. Dış hekiminin Ücretini Nasıl Ödediniz ?	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
1.Cebimden ödedim. N=663	83	69,2	37	30,8	193	78,8	52	21,2	236	76,9	71	23,1	148	77,5	43	22,5	Fark yok
2.Emekli Sandığı n=70	7	5,8	114	94,2	12	4,9	233	95,1	37	12,1	270	87,9	14	7,3	177	92,7	3
3.SSK n=43	13	10,7	108	89,3	18	7,3	227	92,7	9	2,9	298	97,1	3	1,6	188	98,4	1-2
4.Özel Sigorta n=15	1	0,8	120	99,2	2	0,8	243	99,2	2	0,7	305	99,3	10	5,2	181	94,8	4
5.Sevk + Cebimden ilave ödeme n=15	2	1,7	119	98,3	5	2,0	240	98,0	5	1,6	302	98,4	3	1,6	188	98,4	Fark yok
6.Diğer (Bağ-Kur, İşveren vs.) n=43	7	5,8	114	94,2	12	4,9	233	95,1	11	3,6	296	96,4	13	6,8	178	21,6	Fark yok

**Grafik 3. Sosyal Güvenlik ve Gelire Göre Dış Hekimine Ödeme Yöntemi**

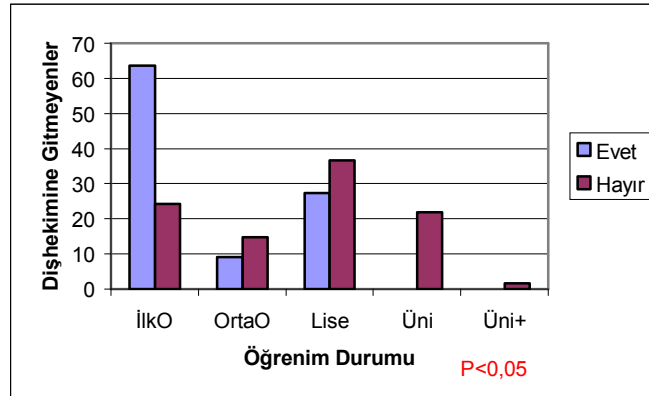
500 milyon liranın altında ücret alan SSK üyesi katılımcıların SSK'nın sunduğu sağlık hizmetlerinden anlamlı düzeyde daha fazla hizmet almaktadır. 500 milyon ile 1 milyar lira arasında ücret alan emekli sandığı üyeleri emekli sandığının sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanırken, 1 milyardan fazla geliri olanların yararlandıkları özel sigorta hizmetleri anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (Tablo 92).

Tablo 93. Öğrenime Durumuna Göre Diş Hekimine Başvuru Tutumu

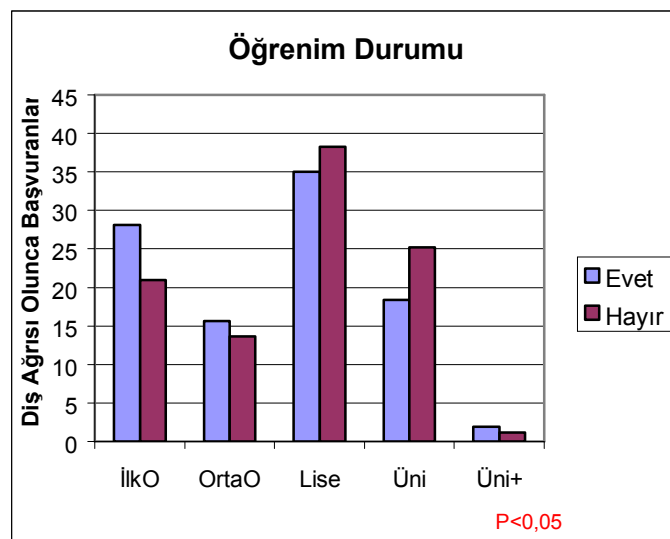
Öğrenim Durumu	1 / İlkokul n=215				2 / Ortaokul n=127				3 / Lise n=317				4 / Üniversite n=187				5 / Üniversite+ n=14				Ki kare ileri analizi P<0,05 anlamlı bulunanlar
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1.Kontrol için n=119	18	8,4	197	91,6	10	7,9	117	92,1	46	14,5	271	85,5	37	19,8	150	80,2	8	57,1	6	42,9	5-4-3
2.Dişim çürük fakat ağrı olmasa da giderim. n=262	57	26,5	158	73,5	32	25,2	95	74,8	101	31,9	216	68,1	68	36,4	119	63,6	4	28,6	10	71,4	Fark yok
3.Yemek yeme güçlüğü çekiyorsam n=83	19	8,8	196	91,2	8	6,3	119	93,7	29	9,1	288	90,9	27	14,4	160	85,6	0	0,0	14	100,0	Fark yok
4.Dişlerimin görünüşünü beğenmiyorsam n=88	15	7,0	200	93,0	10	7,9	117	92,1	34	10,7	283	89,3	26	13,9	161	86,1	3	21,4	11	78,6	Fark yok
5.Diş hekimine gitmem n=11	7	3,3	208	96,7	1	0,8	126	99,2	3	0,9	314	99,1	0	0,0	187	100	0	0,0	14	100,0	1
6.Dişim ağrıyorsa n=463	130	60,5	85	39,5	72	56,7	55	43,3	162	51,1	155	48,9	85	45,5	102	54,5	9	64,3	5	35,7	4-1
7.Dişetlerim kanıyorsa n=117	27	12,6	188	87,4	14	11	113	89	43	13,6	274	86,4	30	16,0	157	84	3	21,4	11	78,6	Fark yok
8.Önceki tedavilerimde sorun çıkarsa n=234	53	24,7	162	75,3	26	20,5	101	79,5	88	27,8	229	72,2	62	33,2	125	66,8	3	21,4	11	78,6	Fark yok



Grafik 4. Diş Hekimine Kontrol İçin Gidenlerin Öğrenim Durumu



Grafik 5. Diş Hekimine Gitmeyenlerin Öğrenime Göre Dağılımı



Grafik 6. Diş Hekimine Ağrı Olunca Başvuranların Öğrenime Göre Dağılımı

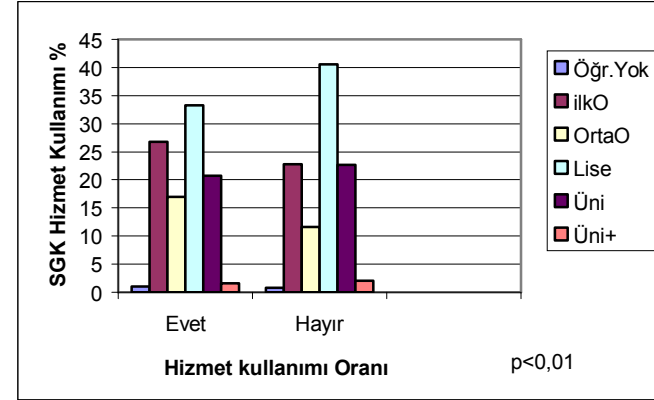
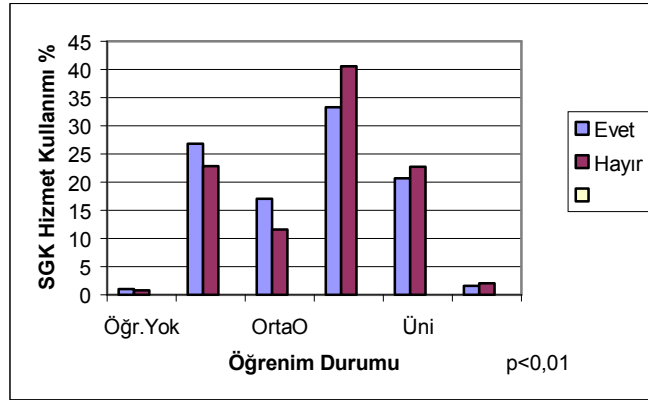
İkinci soruda diş hekimine başvuru tutumunun dağılımı öğrenim düzeyine göre ileri ki kare testi uygulanarak incelenmiştir. Birinci sırada yer alan, kontrol amacı ile başvuru anlamlı bulunmuştur. Sırasıyla 5,4,ve 3. sütunlarda yer alan lisans üstü öğrenim görenler, üniversite mezunları, ve lise mezunları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde fazla düzeyde diş hekimine başvuruda bulunurken ilkokul ve lise mezunları arasında fark bulunamamıştır (Tablo.93).

İlkokul düzeyinde öğrenim görmüş olanlar beşinci soruda sorulan “diş hekimine gitmem” seçeneğine diğer gruplara göre anlamlı düzeyde fazla olumlu cevap vermişlerdir. Lisans üstü ve lisans düzeyinde öğrenim görenlerden bu soruya olumlu cevap veren hiçbir katılımcı çıkmazken lise mezunlarından 317 kişiden üç kişi, ortaokul mezunu 127 kişiden bir kişi, ilkokul mezunu 215 kişiden yedi kişi olumlu cevap vermiştir (Tablo 93).

Yedinci soruda ağrı nedeniyle diş hekimine ağrı nedeniyle başvuru seçeneğine lisans üstü ve ilkokul mezunları sırasıyla anlamlı düzeyde fazla başvuruda bulunacaklarını ifade etmişlerdir (Tablo 93).

Tablo 94. Öğrenim Durumuna Göre Hizmet Kullanımı

Öğrenim Durumu	İlkokul				Ortaokul				Lise				Üniversite				Üniversite+				Ki-kare ileri analizi p<0,05
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
9,1, Sosyal Güvenlik Kurumu'nuzun sağlık hizmetlerinden yararlandınız mı?	131	60,9	84	39,1	83	65,4	44	34,6	163	51,4	154	48,6	101	54,0	86	46,0	14	42,9	8	57,1	2



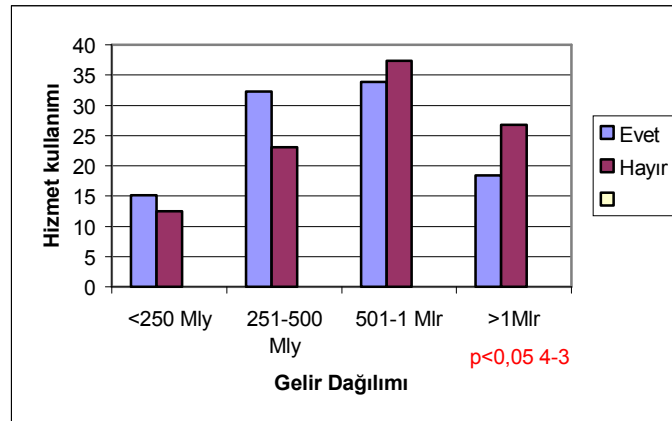
Grafik 7. 8. Sos. Güv. Kur'dan Öğrenim Durumuna Göre Hizmet Kullanımı

Tablo 94 ile Grafik 7'de ki kare ileri analizi sonucu fark yaratan eğitim grubu sadece sütun 2 dir. Ortaokul mezunları Sosyal Güvenlik

Kurumunun sağlık hizmetlerinden anlamlı düzeyde daha fala yararlanmaktadırlar (Tablo 94).

Tablo 95. Ailenin Gelir Durumuna Göre Sos. Güv. Kur'nun Sunduğu Hizmetin Kullanımı

Ailenin Aylık Geliri	1 / <250 Milyon				2 / 251-500 Milyon				3 / 501-1 Milyar				4 / 1Milyardan fazla				
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.9.1.Sosyal Güvenlik Kuruluşunuzun Sunduğu Ağız Dış Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanıyor musunuz?	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	p<0,05 Ki kare fark sırası 4-3
	74	61,2	47	38,8	158	64,5	87	35,5	166	54,1	141	45,9	90	47,1	101	52,9	



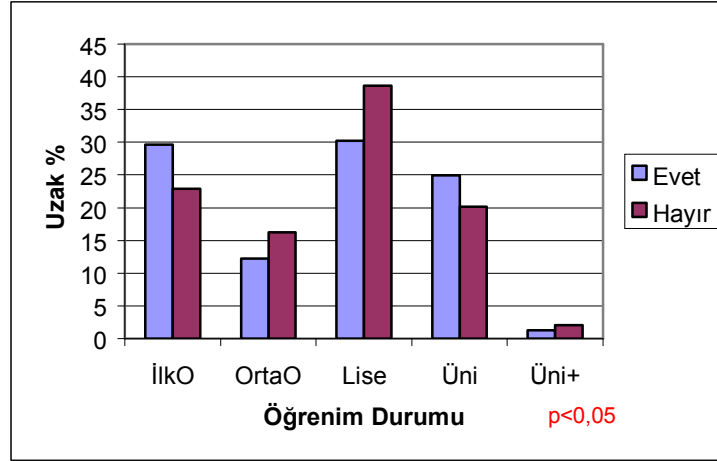
Grafik 8. Gelire Göre SGK'nun Sunduğu Hizmet Kullanımı

Gelir düzeyi arttııkça sosyal güvenlik kuruluşunun verdiği sağlık hizmetlerinden yararlanım oranı düşmektedir. Sırasıyla geliri Bir Milyarın üstünde olanlar en az, beş yüz milyon ile bir milyar arasında geliri olanlar ikinci sırada daha az diş hekimine başvuruda bulunduklarını ifade etmişlerdir. İlk iki gelir düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 95).

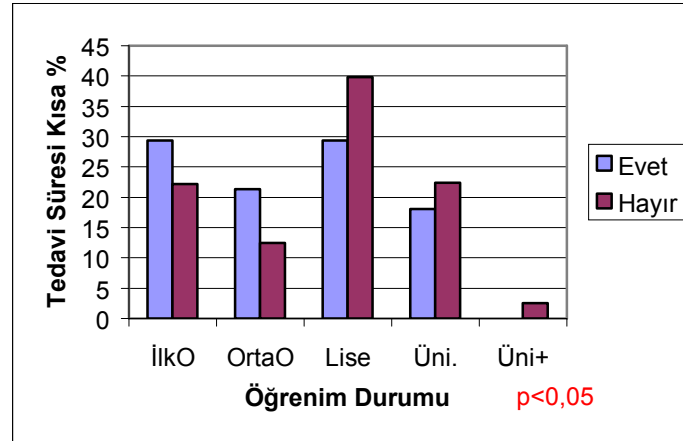
Tablo 96. Öğrenim Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

Öğrenim Durumu	İlkokul n=215				Ortaokul n=127				Lise n=317				Üniversite n=187				Üniversite+ n=14				Ki kare ileri analizi P<0,05 Sütun numarası ile anlamli bulunanlar
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.9.2.Hizmetten memnuniyet	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
1.Memnunum n=126	39	31,0	106	19,7	18	14,3	71	13,2	44	34,9	214	39,9	22	17,5	129	24	3	2,4	11	2	Fark yok
2.Çok sıra bekliyorum n=282	74	26,2	100	22,5	41	14,5	61	13,7	100	35,5	174	39,2	60	21,3	95	21,4	3	1,1	11	2,5	Fark yok
3.Uzak n=189	56	29,6	132	22,6	23	12,2	95	16,2	57	30,2	226	38,6	47	24,9	118	20,2	2	1,1	12	2,1	1
4.Tedaviler başarılı olmuyor n=159	30	18,9	125	24,3	21	13,2	68	13,2	62	39	200	38,8	40	25,2	108	21	2	1,3	11	2,1	Fark yok
5.Tüm tedavilerimi yaptıramıyorum n=316	77	24,4	109	24,4	54	17,1	58	13,0	107	33,9	173	38,7	71	22,5	94	21,0	2	0,6	11	2,5	Fark yok
6. Tedavilerin bitmesi çok zaman alıyor n=327	80	24,5	91	22,8	52	15,9	50	12,5	115	35,2	158	39,6	73	22,3	87	21,8	3	0,9	10	2,5	Fark yok
7.Ted işlem süresi çok kısa n=160	47	29,4	115	22,2	34	21,3	65	12,5	47	29,4	206	39,8	29	18,1	116	22,4	0	0,0	13	2,5	2-1
8.Ortam temiz değil n=179	36	20,1	125	24,0	29	16,2	72	13,8	65	36,3	203	39,0	44	24,6	107	20,6	3	1,7	10	1,9	Fark yok
9.Bekleme yeri kötü n=169	42	24,9	123	22,4	26	15,4	81	14,8	53	31,4	217	39,5	40	23,7	117	21,3	4	2,4	9	1,6	Fark yok
10.Ted ile ilgili bilgi alamıyorum n=207	47	22,7	123	23,6	38	18,4	71	13,6	66	31,9	204	39,2	50	24,2	109	20,9	3	1,4	11	2,1	Fark yok
11.Hekimler deneyimli değil n=123	28	22,8	127	23,4	21	17,1	82	15,1	43	35,0	203	37,5	27	22,0	114	21,0	2	1,6	12	2,2	Fark yok
12.Hekimler işlerini önemsemiyor n=177	50	28,2	117	22,7	31	17,5	75	14,5	50	28,2	206	39,9	40	22,6	105	20,3	3	1,7	11	2,1	Fark yok
13.Yardımcı personel kaba davranıyor n=193	49	25,4	124	23,8	33	17,1	74	14,2	65	33,7	198	37,9	39	20,2	114	21,8	4	2,1	10	1,9	Fark yok
14.cihazlar yetersiz görünüyor n=201	50	24,9	111	23,0	24	11,9	75	15,6	61	30,3	191	39,6	59	29,4	92	19,1	3	23,2	10	2,1	4
15. Özele sevk farkını ödeyemiyorum n=239	75	31,4	89	20,1	45	18,8	52	11,7	66	27,6	188	42,4	47	19,7	100	22,6	1	0,4	12	2,7	1-2
16.Ted farkını ödeyemiyorum n=235	76	32,3	103	22,0	44	18,7	54	11,5	63	26,8	190	40,6	47	20,0	106	22,6	1	0,4	12	2,6	3-5-4

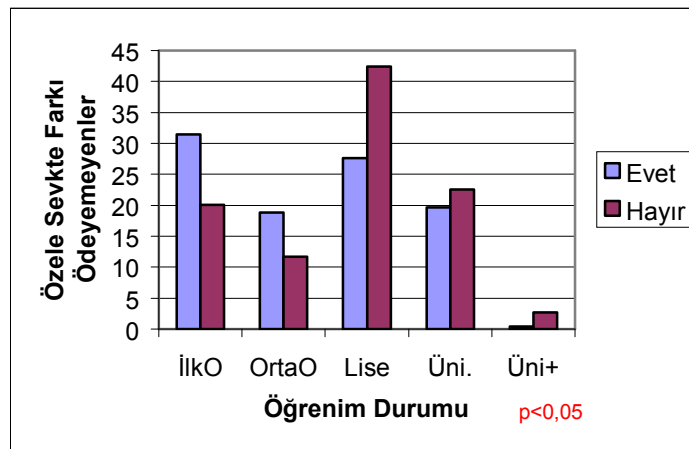
İlkokul mezunları sağlık kuruluşunu anlamli düzeyde uzak, tedavi işlemlerini ortaokul mezunları ile birlikte anlamli düzeyde kısa sürdüğünü ifade etmişlerdir. Özele sevk edilmeleri durumunda orta okul mezunları ile birlikte anlamli düzeyde ardaki farkı ödeyemeyeceklerini belirtmişlerdir. Lise, üniversite ve lisans üstü öğrenim görmüş olanlar, anlamli düzeyde fazla tedavi farkını ödeyebileceklerini belirtmişlerdir. Üniversite mezunları anlamli düzeyde cihazları yetersiz bulmuşlardır (Tablo96).



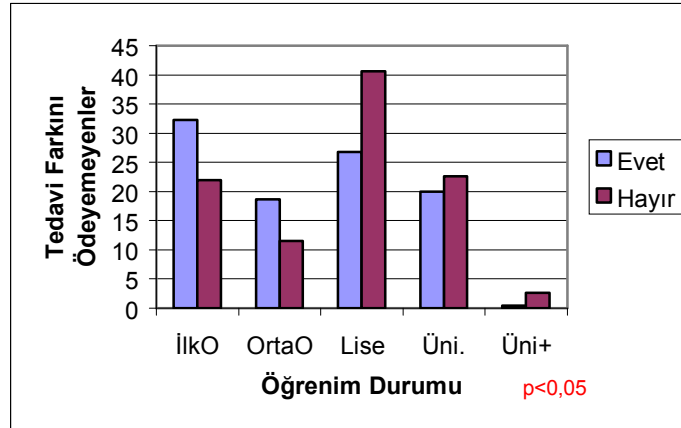
Grafik 9. SGK Sağlık Merkezlerini Uzak Bulanların Eğitime Göre Dağılımı



Grafik 10. Öğrenim Durumuna Göre Tedavi İşlemi Süresinden Memnuniyet



Grafik 11. Öğrenim Durumuna Göre Özele Sevkte Fiyat Farkı Ödeme Gücü



Grafik 12. Öğrenim Durumuna Göre Hizmet Katkı Payını Ödeme Gücü

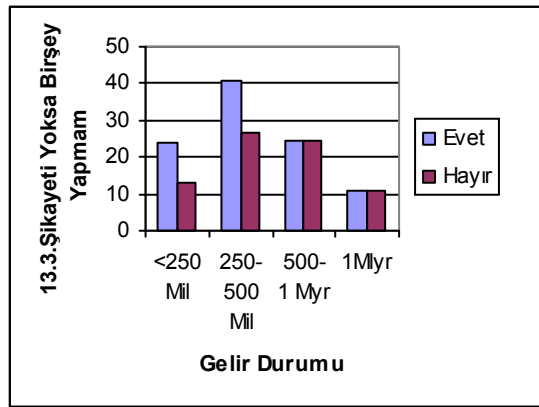
Tablo 97. Cinsiyete Göre Çocuğunun Diş Sorunlarına Karşı Tutum Farkı

S.13. Çocuğunuzun Diş Sorunu Olduğunu Fark Ettiğinizde Ne Yaparsınız?	Erkek n=453				Kadın =377				P
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1.Hemen bir diş hekimine gideriz	339	70	145	30	273	71,1	111	28,9	p>0,05
2.Önce evde çözüm ararım	68	14	416	86	57	14,8	327	85,2	p>0,05
3.Şikayeti yoksa bir şey yapmam.	46	9,5	438	90,5	47	12,2	337	87,8	p>0,05

Tablo 97’de her iki cinsiyette de $p>0,05$ bulunmuştur. Kadınların ve erkeklerin çocuklarının diş sağlığı sorunlarına karşı tutumları arasında anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 98. Ailenin Geliri Durumuna Göre Çocuklarının Diş Sorunlarına Karşı Tutumu

Ailenin Aylık Geliri	1 / <250 Milyon				2 / 251-500 Milyon				3 / 501-1 Milyar				4 / 1Milyardan fazla				Ki Kare ileri analizi P<0,05
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.13.Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
1.Hemen dişhek götürürüm. n=610	69	57	52	43	148	60,4	97	39,6	230	74,9	77	25,1	162	84,8	29	15,2	4-3
2.Önce evde çözüm ararım n=125	26	21,5	95	78,5	54	22	191	78	36	11,7	271	88,3	8	4,2	183	95,8	4-3
3.Şikayeti yoksa bir şey yapmam. n=93	22	18,2	99	81,8	38	15,5	207	84,5	23	7,5	23	92,5	10	5,2	10	94,8	3-4



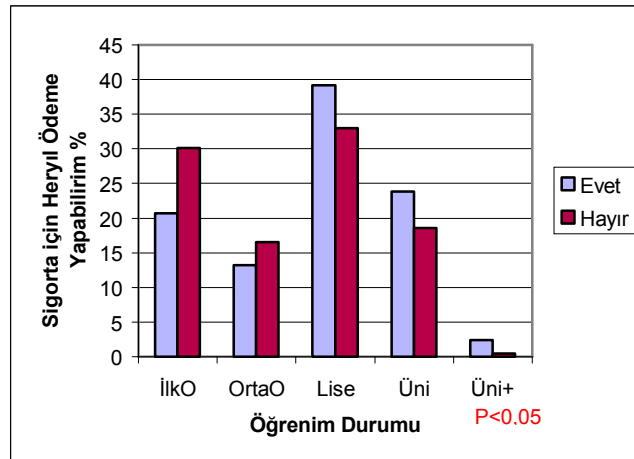
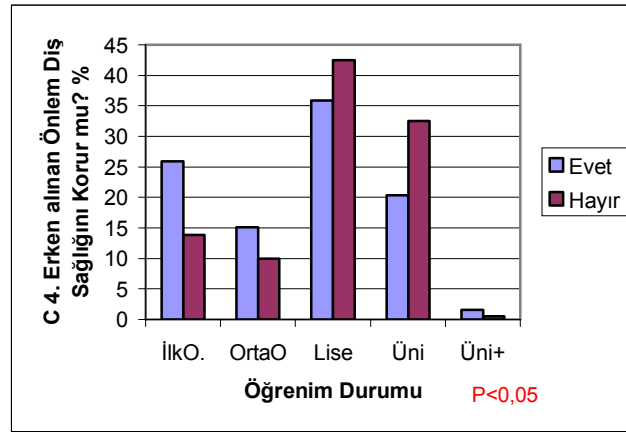
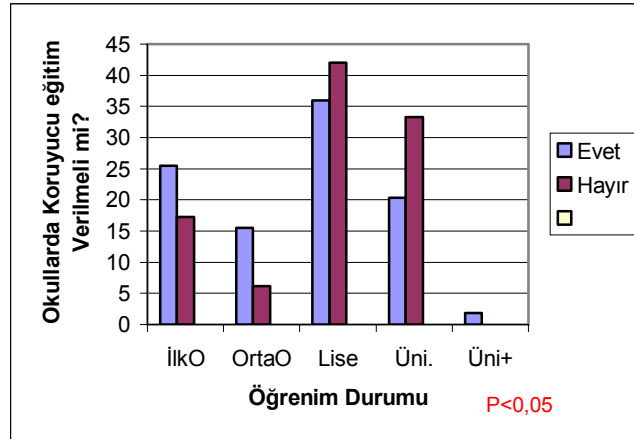
Grafik 13. Gelir Durumuna Göre Çocuklarının Diş Sorunlarına Karşı Tutum

13. sorunun 1. seçeneğinin cevabında gelir durumuna göre çocuğunun diş sorunlarına karşı tutumda 3. ve 4. sütunlarda anlamlı fark bulunmuştur. Sırasıyla önce gelir düzeyi Bir milyardan fazla olanlar ikinci sırada 501-1 milyar arasında geliri olanlar çocuklarının diş sorunu olduğunda diş hekimine götüreceklerini ifade etmişlerdir. Diğer gelir grupları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 98).

13.sorunun 2 seçeneğinin cevabında 4. ve3. sütunları anlamlı düzeyde düşük fark bulundu. Gelir düzeyi 1 milyardan fazla olanlar ve 501-1milyar arasında geliri olanların sırasıyla evde çözüm aramayacakları, bu soruya anlamlı düzeyde “Hayır” cevabı verdikleri gözlemlendi.13.sorunun 3.seçeneğinde sırasıyla 3. ve 4. sütunlarda anlamlı fark bulundu. 501-1 Milyar TL arasında geliri olanlar 4. sütuna göre daha fazla “evet cevabı vermiştir. Çocuğunun şikayeti olmamamsı durumunda bir şey yapmayacaklarını 4. sütundaki gelir düzeyine göre ifade etmişlerdir (Tablo 98).

Tablo 99. Öğrenime Göre Çocukları İçin Sigorta İnanaç ve Ödeme Gönüllülüğü

Öğrenim Durumu	1 / İlkokul				2 / Ortaokul				3 / Lise				4 / Üniversite				5 / Üniversite+				İleri Ki kare P<0,05
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.14.Çocuğunuz için aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz?	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1.Ağız diş sağlığı sigortası gereklidir	162	75,3	53	24,7	100	78,7	27	21,3	234	73,8	82	25,9	132	70,6	55	29,4	10	71,4	4	28,6	Fark yok
2.Sigortamıs olsa 6 ayda bir diş hek. gideriz.	171	79,5	44	20,5	108	85,0	19	15,0	256	80,8	61	19,2	149	79,7	38	20,3	11	78,6	3	21,4	Fark yok
3.Okulda diş sağ. eğitimi ve koruyucu hizmet verilmelidir.	201	93,5	14	6,5	122	96,1	5	3,9	283	89,3	34	10,7	160	85,6	27	14,4	14	100,0	00	0,0	4-3
4.Çocuklukta önlem alınırsa diş sağlığı korunabilir.	204	94,9	11	5,1	119	93,7	8	6,3	283	89,3	34	10,7	161	86,1	26	13,9	14	100,0	00	0,0	4
5.Sigorta için her yıl para ödeyebilirim	102	47,4	113	52,6	65	51,2	62	48,8	193	60,9	124	39,1	117	62,6	70	37,4	12	85,7	2	14,3	1-2



Grafik 14. Öğrenime Göre Sigorta İnanç ve Gönüllülüğü

Bulgular
Öğrenim durumuna göre sigorta inanç ve gönüllülüğü ile ilgili 14. soruya verilen cevaplara Ki-kare ileri çözümlemesi yapılmış, 14.sorunun 3. seçeneğinin 4 ve 3. sütunları anlamlı fark bulunmuştur.

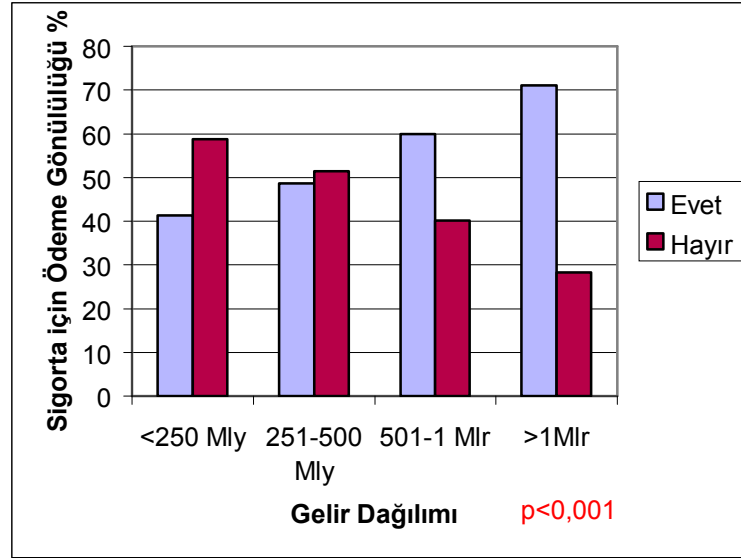
14.4.seçeneğinin cevabında 5. sütununda, 5.seçeneğincevabında 1. ve 2.,sütunlarda anlamlı fark bulunmuştur. Sırasıyla üniversite ve lise mezunları diğer öğrenim düzeyindekilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek düzeyde, okullarda ağız diş sağlığı eğitimi verilmesin istemektedir (Tablo 99).

Üniversite mezunları, “Çocuklukta alınan önlemlerle ağız diş sağlığının korunabileceğine” anlamlı düzeyde daha fazla “evet” cevabını vermişlerdir (Tablo 99).

14.5 seçeneğinin cevabında 1.ve 2. sütunları arasında anlamlı fark bulunmuş, sigorta için her yıl para ödeme gönüllüğü en az ilk ve ortaokul mezunlarında olduğu görülmüştür (Tablo 99).

Tablo 100. Gelir Durumuna Göre Çocuğu için Sigorta İnanç ve Gönüllülüğü

Ailenin Aylık Geliri	1 / <250 Milyon				2 / 251-500 Milyon				3 / 501-1 Milyar				4 / 1Milyardan fazla				Ki kare ileri analizi P<0,05
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.14.Çocuğunuz için aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz?	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1. Ağız dış sağ. sigortası gereklidir.	86	71,1	34	28,1	183	74,4	62	25,3	231	75,2	76	24,8	141	73,8	50	26,2	Fark yok
2.Sigortamız olsa 6 ayda bir dişhek. gideriz	87	71,9	34	28,1	201	82,0	44	18,0	251	81,8	56	18,2	158	82,7	33	17,3	Fark yok
3.Okulda dış sağ. eğitimi ve koruyucu hizmet verilmelidir.	109	90,1	12	9,9	222	90,6	23	9,4	282	91,9	25	8,1	170	89	21	11,0	4-3
4.Çocuklukta önlem alınırsa dış sağlığı korunabilir.	108	89,3	13	10,7	222	90,6	23	9,4	280	91,2	27	8,8	174	91,1	17	8,9	4
5.Sigorta için her yıl para ödeyebiliriz.	50	41,3	71	58,7	119	48,6	126	51,4	184	59,9	123	40,1	137	71,7	54	28,3	1-2



Grafik 15. Gelir Durumuna Göre Sigorta Ödeme Gönüllülüğü

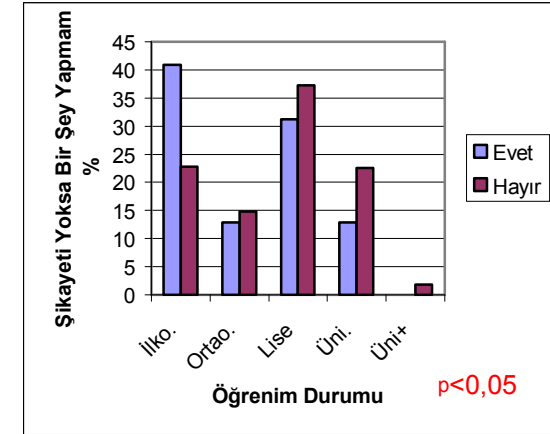
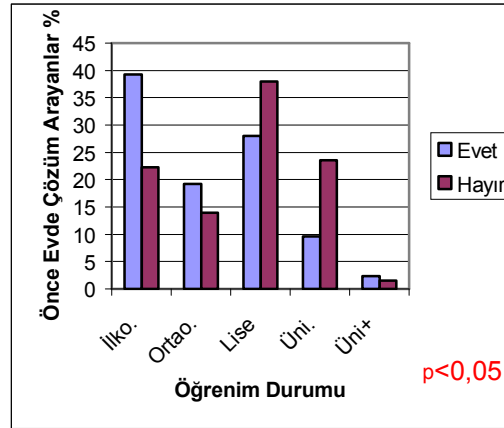
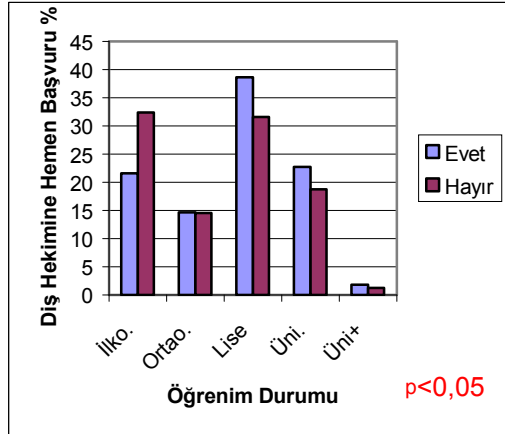
Kişilerin çocukları için ağız diş sağlığı sigorta atlepleri ve 6 ayda bir kontrole götürme ifadeleri arasında gelir düzeyine göre anlamlı fark bulunamamıştır. 14.3, 14.4, ve 14.5'in üç seçeneğine verilen cevaplarda anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 100).

1 milyar ve 501-1 milyar arasında geliri olanlar okullarda koruyucu diş sağlığı hizmetlerinin verilmesini diğer gruplara göre anlamlı düzeyde fazla istemişlerdir. Çocuklukta önlem alınırsa diş sağlığının korunabileceğini 1 milyardan fazla geliri olanlar anlamlı düzeyde daha fazla belirtmişlerdir (Tablo 100).

Sigorta için ödeme gönüllülüğü ile ilgili olarak gelir düzeyi 1. ve 2. sütunlarda yer alan <250 ve 250-500 milyon arasında geliri olanlar anlamlı düzeyde daha az gönüllü olmuşlardır (Tablo100).

Tablo 101. Öğrenim Durumuna Göre Çocuğunun Diş Sorunlarına Karşı Tutum Farkı

S.13.Çocuğunuzun Diş Sorununu Fark Ettiğinizde Ne Yaparsınız?	1 / İlkokul n=215				2 / Ortaokuln=127				3 / Lise n=317				4 / Üniversite n=187				5 / Üniversite+ n=14				Ki kare ileri analizi P<0,05 Sütun numarası ile anlamlı bulunanlar
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1.Hemen Diş hekimine götürürüm	132	61,4	83	38,6	90	70,9	37	29,1	236	74,4	81	25,6	139	74,3	48	25,7	11	78,6	3	21,4	Fark yok
2.Önce evde çözüm ararım n=125	49	22,8	166	77,2	24	18,9	103	81,1	35	11	282	89	12	6,4	175	93,6	3	21,4	11	78,6	P<0,05 / 1-2
3.Şikayeti yoksa bir şey yapmam n=93	38	17,7	177	82,3	12	9,4	115	90,6	29	9,1	288	90,9	12	6,4	175	93,6	0	0,0	14	100	P<0,05 / 1



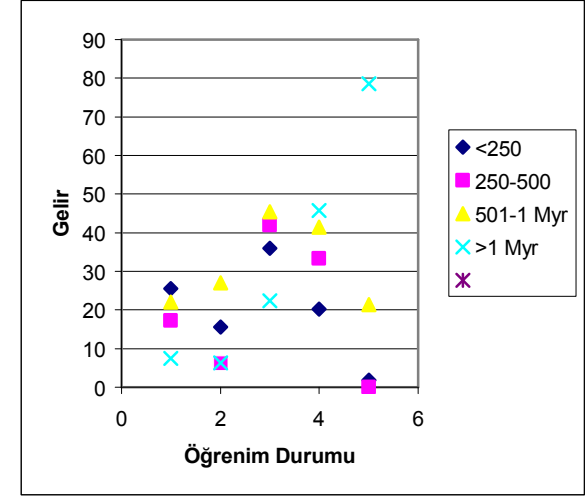
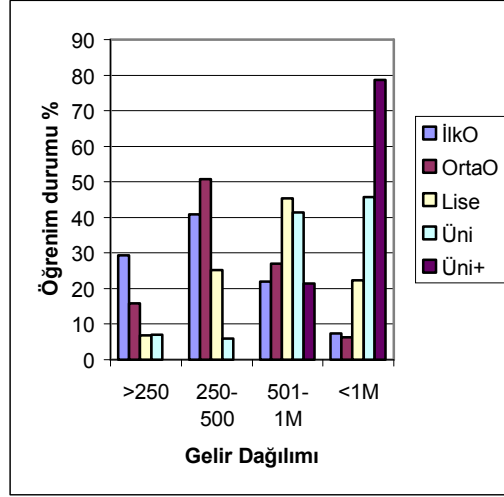
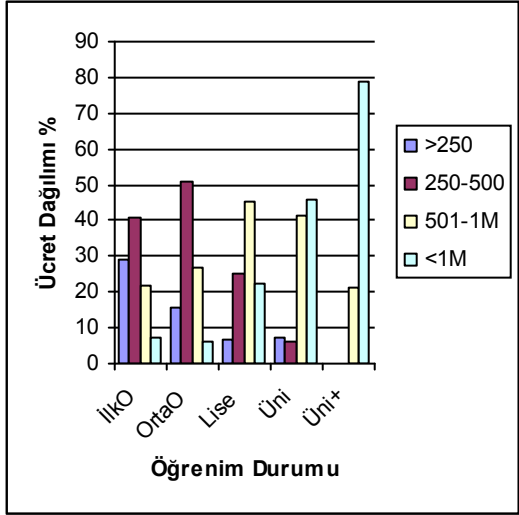
Grafik 16. 17 18.Öğrenim Durumuna Göre Çocuğunun Diş Sorunlarına Karşı Tutum

13. soruda öğrenim durumuna göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuş, 13. sorunun 1. seçeneğinde çocuklarının dış sorunu olduğunu fark ettiklerinde hemen Dış hekimine başvuranların arasında anlamlı fark bulunamamıştır. 2. seçenekte ise sırasıyla en çok ilk ve orta okul mezunlarının evde çözüm aradığı gözlenmiştir. 3. seçenekte sadece İlk okul mezunlarının eğer çocuğunun şikayeti yoksa bir sorun olduğunu görse de herhangi bir şey yapmayacağını ifade etmiştir (Tablo 101).

Tablo 102. Gelir Durumu ile Öğrenim Durumu Arasındaki Korelasyon

Ailenin Aylık Geliri	<250 Milyon		251-500 Milyon		501-1 Milyar		1Milyardan fazla		Sperarman R=0,48 Sig 0,000
	Evet		Evet		Evet		Evet		
Öğrenim durumu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlkokul	63	29,3	88	40,9	47	21,97	16	7,4	
Ortaokul	20	15,9	64	50,8	34	27,0	8	6,3	
Lise	22	6,9	22	25,2	144	45,4	71	22,4	
Üniversite	13	7,0	11	5,9	77	41,4	85	45,7	
Üniversite+	0	0,0	0	0,0	3	21,4	78	78,6	

Gelir düzeyi ile öğrenim arasında korelasyonun olmadığı gözlenmiştir (Tablo 102).

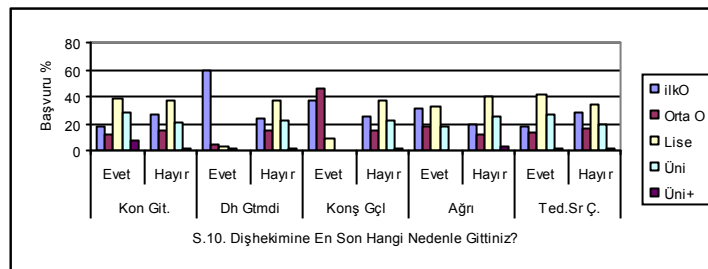


Grafik 19. Ücret Durumu ile Öğrenim Arasındaki Korelasyon

Tablo 103. Öğrenim Durumuna Göre Diş Hekimine Başvuru Tutumu

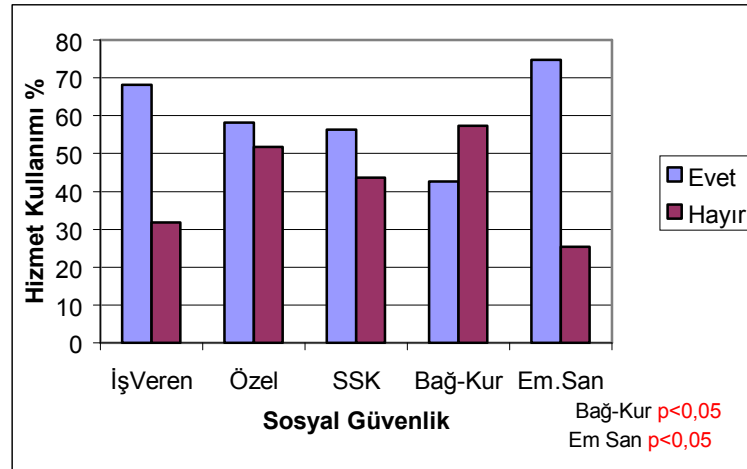
Öğrenim Durumu	1 / İlkokul				2 / Ortaokul				3 / Lise				4 / Üniversite				5 / Üniversite+				Ki-kare İleri A. P<0,05
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		
S.10.Dişhek. en son hangi nedenle gitmiştiniz. N=501	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
1.Kontrole gitmiştim n=171	30	14	185	86	20	15,7	107	84,3	65	20,5	252	79,5	48	25,7	139	74,3	8	57,1	6	42,9	5-4
2.Ağrı yoktu, dişimin çürüdüğünü fark ettim n=212	46	21,4	169	78,6	28	22	99	78	85	26,8	85	73,2	51	27,3	136	72,7	1	7,1	13	92,9	p>0,05
3.Dişhek hiç gitmedim n=22	12	5,6	203	94,4	4	3,1	123	96,9	3	0,9	314	99,1	1	0,5	186	99,5	0	0	14	100	1
4.Çiğneme güçlüğü çekiordum n=84	27	12,6	188	87,4	14	11	113	89	23	7,3	294	92,7	18	9,6	169	90,4	14	0	14	100	p>0,05
5.Dişlerimin görünüşünü beğenmiyordum n=111	19	8,8	196	91,2	13	10,2	114	89,8	46	14,5	271	85,5	29	15,5	158	84,5	4	28,6	10	71,4	p>0,05
6.Konuşma güçlüğü çekiordum n=12	4	1,9	211	98,1	5	3,9	122	96,1	1	0,3	316	99,7	1	0,5	186	99,5	0	0	14	100	2
7.Dişim ağrımişti n=391	121	56,3	94	43,7	68	53,5	59	46,5	129	40,7	188	59,3	67	35,8	120	64,2	2	14,3	12	85,7	1-2
8.Dişetim kaniyordu n=95	18	8,4	197	91,6	19	15	108	85	33	10,4	284	89,6	24	12,8	163	87,2	1	7,1	13	92,9	p>0,05
9.Önceden yaptırdığım tedavimde sorun çıkmıştı n=260	44	20,5	171	79,5	33	26	94	74	109	34,4	208	65,6	68	36,4	119	63,6	4	28,6	10	71,4	1

Diş hekimine gidiş nedeni ile ilgili soruya öğrenim düzeylerine göre 1,3,6 ve 8. seçenekte verilen cevaplar anlamlı bulunmuştur. İlkokul mezunları diş hekimine anlamlı düzeyde daha az gittiklerini, ortaokul mezunlarından sonra daha fazla diş ağrısı nedeniyle diş hekimine başvuruda bulunduklarını ve anlamlı düzeyde daha fazla diş hekimine hiç gitmediklerini belirtmişlerdir. Lisansüstü ve üniversite mezunları da sırasıyla daha anlamlı düzeyde fazla kontrole gittiklerini ifade etmişlerdir (103).

**Grafik 20. Öğrenim Durumuna Göre Diş hekimine Başvuru Davranışı**

Tablo 104. Sosyal Güvenlik Kuruluşu'nun Sunduğu Hizmetlerinden Yararlanma

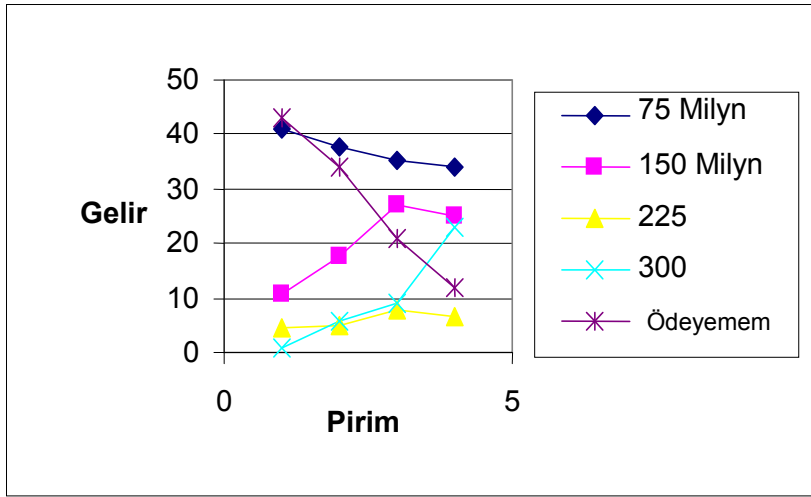
Sosyal Güvenlik	İşveren Karşılıyor n=22				Özel n=83				SSK n=399				Bağ-Kur n=101				Em San. n=182			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
S.9.1 Sosyal Güvenlik Kuruluşunuzun Verdiği Ağız Diş Sağlığı Hizmetinden Yaralanıyor musunuz?	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
	15	68,2	7	31,8	40	48,2	43	51,8	225	56,4	174	43,6	43	42,6	58	57,4	136	74,7	46	25,3
	p>0,05				p>0,05				p>0,05				p<0,05				p<0,001			



Sosyal Güvenlik Kuruluşunun verdiği hizmetten emekli sandığı mensupları anlamlı düzeyde fazla yararlanmalarına karşın, Bağ-Kur üyelerinde bu durum anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 104).

Tablo 105. Aylık Gelir Durumuna Göre Pirim Ödeme Miktarı

Ailenizin aylık geliri rs=0,31	<250		250-500 milyon		501-1 milyar		>1 milyar	
S.15.Yılda ne kadar pirim ödeyebilirsiniz?	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1.75 Milyon	46	41,1	87	37,7	98	35,1	58	33,9
2.150 Milyon	12	10,7	41	17,7	75	26,9	43	25,1
3.225 Milyon	5	4,5	11	4,8	22	7,9	11	6,4
4.300 Milyon	1	0,9	13	5,6	25	9	39	22,8
5.Ödeme yapamam	48	23,1	79	34,2	59	21,1	20	11,7

**Grafik 21. Gelir ve Eğitim Arasındaki Korelasyon**

$R_s = 0,31$ Gelir ile pirim miktarı arasında korelasyon olmadığı gözlenmiş, yapılan incelemede gelir ile ödenebilecek pirim miktarı arasında bir bağıntı bulunamamıştır (Tablo105).

165

Bulgular

İkinci soruda araştırılan diş hekimine başvuru tutumu sosyal güvenliğe göre test edildi. Özel sigortası olan katılımcıların diş hekimine kontrol için ve ağrı olmasa da çürük nedeniyle başvuru tutumları diğer sosyal güvencesi olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Emekli sandığı üyeleri ağrı olmasa da çürük nedeniyle başvuru tutumları, SSKk üyesi katılımcıların dişeti kanaması, Bağ-kur üyesi katılımcıların önceki tedavide sorun çıkması durumunda, daha anlamlı düzeyde diş hekimine başvuruda bulunacaklarını ifade ederken sosyal güvencesi olmayan katılımcılar diş ağrısı ve önceki tedavilerde sorun çıkması nedeniyle anlamlı düzeyde daha fazla diş hekimine başvuruda bulunacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 106).

Tablo 107. Diş Hekimine Sosyal Güvenceye Göre Başvuru Engeli

Sosyal Güv. Tipi	Soyal güv. Yok n=139				İşvere K.				Özel sig.				SSK				Bağ-Kur				Emekli San.			
S.4.Dışhmine hangi nedenle gitmiyorsunuz	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1.Tedaviler sorun çıkıyor. n=59	7	5,0	132	95	2	9,1	20	90,9	4	4,8	79	95,2	28	7,0	370	93	9	8,9	92	91,1	1	5,0	171	94
2. Ağrı korkusu n=202	32	23,0	107	77	4	18,2	18	81,8	24	28,9	59	71,1	91	22,9	307	77,1	14	13,9	87	86,1	52	28,6	130	71,4
3.Ağzımın durumu kötü suçlanmaktan korkuyorum n=33	6	4,3	133	95,7	1	4,5	21	95,5	2	2,4	81	97,6	8	2,0	390	98	6	5,9	95	94,1	0	0,0	171	94
4.İhmal ediyorum n=362	55	39,6	84	60,4	12	54,5	10	45,5	30	36,1	53	63,9	159	39,9	239	60,1	49	48,5	52	51,5	3	60,0	101	55,5
5. Ted. kaç mal olacağını bilmiyorum n=151	35	25,2	104	74,8	2	9,1	20	90,9	11	13,3	72	86,7	68	17,1	330	82,9	11	10,9	90	89,1	1	20	153	84,1
6.Diş ted. çok pahalı n=309	55	39,6	84	60,4	9	40,9	13	59,1	10	12,0	73	88	163	41,0	235	59	26	25,7	75	74,3	0	0,0	124	68,1
7.Sıra almak güç n=79	7	5,0	132	95	2	9,1	20	90,9	3	3,6	80	96,4	41	10,3	357	89,7	5	5,0	96	95	0	0,0	156	85,7
8.Hizmetten memnun kalmıyorum n=59	4	2,9	135	97,1	0	0,0	22	100	5	6,0	78	94	21	5,3	377	94,7	5	5,05	96	95	1	20,0	155	85,2
9. Zamanım yok. n=94	14	10,1 p>0,05	125	89,9	1	4,50 p>0,05	21	95,5	12	4,5 p>0,05	71	85,5	36	9,0 p>0,05	362	91	16	15,8 p>0,05	85	84,2	24	13,2 p>0,05	158	86,8

Dördüncü soruda diş hekimine başvuru engellerini sosyal güvenliğe göre incelemek için Ki-kare ve Ki_kare ileri testi uygulanmış, Sosyal güvenliğe göre algılanan diş hekimine başvuru engellerinin farklı oldukları görülmüştür. Sosyal güvenliği olmayanların anlamlı fazla düzeyde verilen hizmetten memnun kalmadıkları ve tedavinin önceden kaçta mal olacağını bilmedikleri için diş hekimine başvurmadan çekindiklerini belirtmişlerdir. SSK ve Bağ-kur üyeleri diş tedavi fiyatlarını anlamlı düzeyde daha pahalı bulurken, özel sigorta sahiplerinde bu durum anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 107).

Tablo 108. Sosyal Güvence Durumuna Göre Diş Hekimine En Son Başvuru Zamanı

Sosyal Güvenlik	Sosyal Güvenliği Yok				İşveren Karşılıyor				Özel				SSK				Bağ-Kur				Em San.			
S.1.Diş hekimine En Son Ne Zaman gittiniz?	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1.1 yıldan az	91	65,5	550	75,7	15	68,2	626	74,2	73	88	568	72,5	298	75,1	343	73,1	74	73,3	567	74,1	145	79,7	496	72,5
2.1-5 yıla arasında	14	10,1	73	10,0	1	4,5	86	10,2	6	7,2	81	10,3	37	9,3	50	10,7	10	9,9	77	10,1	17	9,3	70	10,2
5 yıldan fazla	10	7,2	38	5,2	1	4,5	47	5,6	0	0,0	48	6,1	22	5,5	26	5,5	4	4,0	44	5,8	12	6,6	36	5,3
5.3Hatırlamı yorum	17	12,2	46	6,3	4	18,2	59	7,0	2	2,4	61	7,8	28	7,1	35	7,5	10	9,9	53	6,9	5	2,7	58	8,5
Hiç gitmedim	7	5,0	20	2,8	1	4,5	26	3,1	2	2,4	25	3,2	27	12,0	15	3,2	3	3,0	24	3,1	3	1,6	24	3,5
	p<0,05				p>0,05				p<0,05				p>0,05				p>0,05				p<0,05			

Sosyal güvenliği olmayanların diş hekimine başvuru sıklığı anlamlı düzeyde düşük bulunurken emekli sandığı üyeleri ile özel sigorta üyesi

olan katılımcıların anlamlı düzeyde daha fazla diş hekimine başvuruda bulundukları bulunmuştur (Tablo 108).

Tablo 109. Diş Hekimine Başvuru Nedenine Göre Hasta Memnuniyetsizliği

S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?	1.Kontrol için=119		2.Dişim çürükse ağrı olmasa dan=262		3.Yeme güçlüğü çekiyorsam n=83		4.Dişlerimin görünüşünü beğenmiyorsam n=88		5.Dişhek. gitmem n=11		6.Dişimde ağrı varsa n=463		7.Dişetlerim kanıyorsa n=117		8.Önceki ted. sorun çıkarsa n=234	
S:9.2.Sos Güv Kur hizmetlerini nasıl buldunuz?	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1.Memnunum n=126	21	16,7	39	31,0	13	10,3	11	8,7	2	1,6	59	46,8	17	13,5	32	25,4
2.Çok sıra bekliyorum n=282	25	8,4	89	31,6	26	9,	24	8,5	5	1,8	158	56,0	36	12,8	78	27,7
3.uzak n=189	21	11,1	56	29,6	17	0,9	27	14,3	2	1,1	110	58,2	19	10,1	49	25,9
4.Tedaviler başarılı olmuyor n=159	16	10,1	52	32,7	16	10,1	16	10,1	2	1,3	82	51,6	18	11,3	52	32,7
5.Tüm tedavilerimi yaptırıyorum n=316	35	11,1	100	31,6	33	10,4	28	8,9	1	0,3	184	58,2	44	13,9	89	28,2
6. Tedavilerin bitmesi çok zaman alıyor n=327	33	10,1	96	29,4	31	9,5	29	8,9	5	1,5	180	55	40	12,2	88	26,9
7.Ted işlem süresi çok kısa n=160	19	11,9	41	25,6	13	8,1	13	8,1	3	1,9	88	55,0	17	10,6	40	25,0
8.Ortam temiz değil n=179	24	13,4	66	36,9	18	10,1	17	9,5	2	1,1	87	48,6	24	13,4	55	30,7
9.Bekleme yeri kötü n=169	24	14,2	57	33,7	17	10,1	18	10,7	3	1,8	86	50,9	28	16,6	49	26,7
10.Ted ile ilgili bilgi alamıyorum n=207 p>0,05	22	10,6	65	31,4	20	9,7	24	11,6	2	1,0	115	55,6	34	16,4	62	30,0
11.Hekimler deneyimli değil n=123	11	8,9	39	31,7	9	7,3	7	5,7	0	0,0	63	51,2	17	13,8	37	30,1
12.Hekimler işlerini önemsemiyor.n=177 p>0,05	21	11,9	52	29,4	15	8,5	15	8,5	0	0,0	92	52,0	24	13,6	43	24,3
13.Yardımcı personel kaba davranıyor n=193	24	12,4	56	29,0	11	5,7	19	9,8	1	0,5	111	57,5	24	12,4	51	26,4
14.cihazlar yetersiz görünüyor. n=201	27	13,4	71	35,3	24	11,9	23	11,4	3	1,5	107	53,2	33	16,4	59	29,4
15. Özele sevk farkını ödeyemiyorum n=239	21	8,8	75	31,4	24	10,0	19	7,9	3	1,3	132	55,2	29	12,1	63	26,4
16.Ted farkını ödeyemiyorum n=235	25	10,6	73	31,1	24	10,2	19	8,1	2	0,9	129	54,9	30	12,8	67	28,5

Diş hekimine kontrol için gidenleri çok sıra beklemekten, tedavilerin uzun sürede bitmesinden anlamlı düzeyde daha fazla şikayet ederken, özele sevk edildiğinde aradaki farkı ödeyememekten ve tedavilerin başarısızlığından anlamlı derecede düşük düzeyde şikayetçi olmuşlardır. Tedavilerin tümünü yaptıramayanlar anlamlı derecede düşük düzeyde diş hekimine başvurmadıklarını ifade ederken diş ağrısı nedeniyle başvuru nedeni anlamı düzeyde fazla bulunmuştur (Tablo 109).

Tablo 110. Kontrol Nedeni ile Başvuranlardan Çocuğunu Diş Hekimine Götürenler

S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		1.Şikayetim olmasa da kontrol için giderim. n=119			
S.13.Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
1.Hemen diş hekimine götürürüm. P<0,5	Evet	103	16,8	509	83,2
	Hayır	16	6,3	240	93,8

Diş hekimine kontrol için başvuruda bulunanlar çocukları için de anlamlı düzeyde dişleri ile ilgili bir sorun fark ettiklerinde diş hekimine götördüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 110).

Tablo 111. Çürük Nedeniyle Başvuranlardan Çocuğunu Diş Hekimine Götürenler

S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		2.Dişim çürükse ağrı olmasa da giderim.n=262			
S.13.Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
1.Hemen diş hekimine götürürüm. P<0,5	Evet	200	32,7	412	67,3
	Hayır	62	24,2	194	75,8

Dişlerinde ağrı olmasa bile çürük olduğunu fark ettiğinde başvuruda bulunanlar çocuklarının sorunlarını da fark ettiklerinde hemen dişhekimini götürenlerin oranı anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (Tablo 111).

Tablo 112. Çiğneme Güçlüğü Nedeni ile Başvuranlardan Çocuğunu Diş Hekimine Götürenler

S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		3.Yemek yeme güçlüğü çekiyorsam giderim.n=83			
S.13.Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
1.Hemen diş hekimine götürürüm. P<0,5	Evet	58	9,5	554	90,5
	Hayır	25	9,8	231	90,2

Çiğneme güçlüğü içinde bulunanlar da çocuğunun diş sorununu fark ettiğinde diş hekimine anlamlı düzeyde fazla oranda başvuruda bulunacağını ifade etmiştir (Tablo 112).

Tablo 113. Diş Ağrısı Nedeni ile Başvuranlardan Çocuğunu Diş Hekimine Götürenler

S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		6.Dişimde ağrı varsa n=463			
S.13.Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
1.Hemen diş hekimine götürürüm. P<0,5	Evet	318	52	294	48
	Hayır	145	56,6	111	43,4

Kendi dişinde ancak ağrı olduğu zaman diş hekimine başvuruda bulunacağını ifade edenlerin çocuğunun diş sorununu fark ettiği zaman hemen diş hekimine başvuruda bulunacağını bildirenler anlamlı düzeyde fazla oranda belirtmiştir (Tablo 113).

Tablo 114. Kontrole Gidenlerden Evde Çözüm Arayanlar

S.2. Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		1.Şikayetim olmasa da kontrol için giderim. n=119			
S.13. Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
2.Önce evde çözüm ararım p<0,05	Evet	8	6,4	117	93,6
	Hayır	111	14,9	632	85,1

Şikayeti olmadığı halde kontrol için diş hekimine başvuruda bulunacağını ifade eden katılımcılar çocuğunun sorununu fark ettiğinde evde çözüm ararım seçeneğine anlamlı düzeyde hayır cevabını vermiştir (Tablo 114).

Tablo 115. Diş Hekimine Hiç Gitmeyenlerden Evde Çözüm Arayanlar

S.2. Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		5.Diş hekimine gitmem n=11			
S.13. Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
2.Önce evde çözüm ararım p<0,05	Evet	4	3,2	121	96,8
	Hayır	7	0,9	736	99,1

Diş hekimine gitmem seçeneğini işaretleyen katılımcılar çocukları için evde çözüm ararım seçeneğine anlamlı düzeyde hayır cevabını işaretlemiştir. (Tablo 115)

Tablo 116. Dişeti Kaynınca Başvuranlardan Evde Çözüm Arayanlar

S.2. Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		7.Dişetlerim kanıyorsa n=117			
S.13. Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
2.Önce evde çözüm ararım p<0,05	Evet	17	13,6	108	86,4
	Hayır	100	13,5	643	86,5

Dişeti kanamsı nedeni ile diş hekimine başvuruda bulunanlar da çocukları için evde çözüm aramayacaklarını anlamlı düzeyde ifade etmişlerdir (Tablo 116)

Tablo 117. Kontrol İçin Başvuranlardan Şikayeti Yoksa Bir Şey Yapmayanlar.

S.2. Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		1.Şikayetim olmasa da kontrol için giderim. n=119			
S.13. Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
3.Şikayeti yoksa bir şey yapmam p<0,05	Evet	0	0,0	93	100,0
	Hayır	119	15,4	656	84,6

Şikayeti olmadan diş hekimine kontrole gidenler çocuklarının sorunu olduğunda şikayeti yoksa bir şey yapmam seçeneğini işaretleyenlerden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Diş hekimine götürmem seçeneğini işaretleyen hiçbir katılımcı olmamıştır (Tablo 116).

Tablo 118. Çürük Nedeniyle Başvuranlardan Şikayeti Yoksa Bir Şey Yapmayanlar

S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		2.Dişim çürükse ağrı olmasa da giderim. n=262			
S.13.Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
3.Şikayeti yoksa bir şey yapmam p<0,05	Evet	17	18,3	76	81,7
	Hayır	245	31,6	530	68,4

Ağrı olmasa da diş hekimine başvuruda bulunan katılımcılardan, çocuklarının diş sorunu varsa fakat şikayeti yoksa diş hekimine götürmem diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo118).

Tablo 119. Diş Hekimine Gitmeyenlerden Şikayeti Yoksa Bir Şey Yapmayanlar

S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?		5.Diş hekimine gitmem n=11			
S.13.Çocuğunuzda diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
3.Şikayeti yoksa bir şey yapmam p<0,05	Evet	5	5,4	88	94,6
	Hayır	6	0,8	769	99,2

Kendisi için diş hekimine gitmem seçeneğini işaretleyenler çocuklarının sorununu fark ettikleri zaman onları diş hekimine götüreceklerini ifade edenlerin sayısı anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (Tablo 119).

Tablo 120. Sağlık ve Estetik Algısı

S.6. Aynaya baktığınızda dişlerinizin genel görünüşünü beğeniyor musunuz	1.Hiç beğenmiyorum n=55		2.Pek beğenmiyorum n=177		3.Vasat n=275		4.Oldukça beğeniyorum n=301		5.Çok beğeniyorum n=52	
S.3. Şu andaki ağız sağlığını nasıl ifade edebilirsiniz?	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1.Çok kötü n=36	24	43,6	4	2,3	3	1,1	3	1,0	0	0,0
2.Kötü n=74	14	25,5	38	21,5	15	5,5	4	1,3	3	5,8
3.Orta n=369	13	23,6	109	61,6	157	57,1	81	26,9	7	13,5
4.İyi n=340	4	7,3	24	13,6	98	35,6	190	63,1	20	38,5
5.Çok iyi n=47	0	0,0	2	1,1	2	0,7	21	7,0	22	42,3

Sağlık ve estetik algısı arasında bir korelasyonun olup olmadığını incelemek amacıyla spearman korelasyon testi uygulanmış ve soruların cevapları arasında korelasyon bulunamamıştır (120).

Muayene Sonuçları Form 2/1 ve 2/2**Anket Uygulanan Örneklem ile Muayene Edilen Örneklem Yaşlarının Kıyaslanması****Tablo 121. Anket Grubu ile Muayene Edilen Gurubun Uyumu**

Değişken	Örnek sayısı	Yaş ortalaması
Anket Gurubu	868	39,3956±8,13
Muayene Gurubu	89	40,3306±7,01

$p>0,05$ Anket grubu ile muayene edilen grup arasında yaş açısından anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 121).

Tablo 122. Grubunun Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)

N=91	Ortalama $\bar{x}$	Minimum	Maximum
Sağlam	19,55±6,47	6	32
DT	2,78±2,76	0	13
MT	5,36±4,49	0	18
FT	4,31±3,73	0	12
DMF-T	12,45±6,47	0	26

Muayene edilen grubun toplam DMF-T değeri 12,45,.bu değerin 2.78 çürük, 5.36 kayıp, 4.32 dolgu diş olarak bulunmuştur (Tablo 122).

Tablo 123. Yaş Grupları Dağılımı

	N=89	Sayı	%
1	-- 29	12	13,2
2	30-39	36	39,6
3	40-49	33	36,33
4	50-+	10	11

Grup <29, 30-39, 40-49, 50> olmak üzere dört yaş gurubuna ayrılarak incelenmiştir (Tablo 123).

Tablo 124. < 29 Yaş Aralığı Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)

1.Yaş grubu	>29 n=12		
	Ortalama $\bar{x}$	Minimum	Maximum
Sağlam	21,33±4,50	13	27
DT	2,58±3	0	11
MT	3,83±2,76	1	11
FT	4,25±4,29	00	12
DMF-T	10,67±4,50	5,00	19

29 yaş ve altındaki grupta DMF-T 10,67, DT 2,57, MT 3.83, FT 4.25 Olduğu gözlenmiştir (Tablo 124).

Tablo 125. 30-39 Arası Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)

Yaş grubu	30-39 n=36		
	Ortalama $\bar{x}$	Minimum	Maximum
Sağlam	20,50±6,24	7	32
DT	2,22±1,94	0	6
MT	4,42±4,77	0	18
FT	4,86±3,56	0	12
DMF-T	11,50±6,24	0	25

Tablo 126. 40-49 Yaş Arası Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)

Yaş grubu	40-49 n=33		
	Ortalama $\bar{x}$	Minimum	Maximum
Sağlam	19,06±7,09	6	32
DT	2,79±2,96	0	11
MT	6,67±4,14	0	17
FT	3,48±3,69	0	10
DMF-T	12,94±7,09	0	26

Tablo 127. 50.+ Yaş Grubu Çürük Şiddeti Dağılımı (DMF-T)

Yaş grubu	50+ n=10		
	Ortalama $\bar{x}$	Minimum	Maximum
Sağlam	13,60±5,58	7	23
DT	5,50±3,55	2	13
MT	6,50±5,61	0	16
FT	5,38±3,81	1	12
DMF-T	17,38±5,58	9	25

Diğer üç yaş grubunda bulunanlar çürük ve sonuçlarından etkilenmiş diş sayısı sırasıyla 11,50, 12,54 ve 17,3 olarak bulunmuştur (Tablo 125-126-127).

Tablo 128. Community Periodontal İndexi Sekstant 17-16

N=89	Sayı	%
Sağlam	44	49,4
1. Kanama	18	20,2
2. Kalkulus	16	18,0
3. Cep 4-5 mm	1	1,1
4. Cep 6 mm veya daha derin	1	1,1

Tablo 129. Community Peridontal Index Sekstant 11

N=89	Sayı	%
Sağlam	42	47,2
1. Kanama	22	24,7
2. Kalkulus	19	21,3
3. Cep 4-5 mm	5	5,6
4. Cep 6 mm veya daha derin	1	1,1

Tablo 130. Community Peridontal İndex Sekstant 26-27

N=89	Sayı	%
Sağlam	36	40,4
1. Kanama	16	18,0
2. Kalkulus	27	30,3
3. Cep 4-5 mm	9	10,1
4. Cep 6 mm veya daha derin	1	1,1

Tablo 131. Community Peridontal İndex Sekstant 46-47

N=89	Sayı	%
Sağlam	46	51,7
1. Kanama	17	19,1
2. Kalkulus	13	14,6
3. Cep 4-5 mm	9	10,1
4. Cep 6 mm veya daha derin	1	1,1

Tablo 132. Community Peridontal İndex Sekstant 31

N=89	Sayı	%
Sağlam	27	30,3
1. Kanama	4	4,5
2. Kalkulus	48	53,9
3. Cep 4-5 mm	8	9,0
4. Cep 6 mm veya daha derin	2	2,2

Tablo 133. Community Peridontal Index Sekstant 36/37

TABLO NO.12 CPI SEKSTANT 36/37			N=89
N=89	Sayı	%	
Sağlam	42	42,2	
1. Kanama	14	15,7	
2. Kalkulus	20	22,5	
3. Cep 4-5 mm	10	11,2	
4. Cep 6 mm veya daha derin	1	1,1	

Tablo 134. Protez Durumu Üst

N=89	Sayı	%	
0. Protezi Yok	63	70,8	
1. Köprü (Tek Diş eksikliği)	5	5,6	
2. Birden Fazla Köprü (Tek Diş Eksikliği)	17	19,1	
3. Parsiyel Protez	2	2,2	
4. Köprü ve Parsiyel Protez	2	2,2	

Tablo 135. Protez Durumu Alt

N=89	Sayı	%	
0. Protezi Yok	70	78,7	
1. Köprü (Tek Diş eksikliği)	5	5,6	
2. Birden Fazla Köprü (Tek Diş Eksikliği)	9	10,1	
3. Parsiyel Protez	2	2,2	
4. Köprü ve Parsiyel Protez	3	3,4	

Tablo 136. Protez Gereksinimi Üst

N=89	Sayı	%	
0. Protez Gereksinimi Yok	50	56,2	
1. Köprü (Tek Birimli protez)	17	19,1	
2. Çok Birimli Protez Gereksinimi	12	13,5	
3. Tek ve Çok Birimli Protez Gereksinimi	10	11,2	
4. Total Protez Gereksinimi	0	0,0	

Tablo 137. Protez Onarım Gereksinimi Üst

N=89	Sayı	%	
0. 0- 5 Yıl Arası	69	77,5	
1. 5 Yıldan Eski	20	22,5	

Tablo 138. Protez Onarım Gereksinimi Alt

N=89	Sayı	%
0. 0- 5 Yıl Arası	87	97,8
1. 5 Yıldan Eski	1	1,1
Tek ve Çok Birimli Protez Onarım Gereksinimi	1	1,1

Tablo 139. Acil Müdahale ve Konsültasyon

N=89	Sayı	%
1. Ağrı veya Enfeksiyon	14	15,7

4. TARTIŞMA

1977 yılında Alma-Ata'da yapılan Dünya Sağlık Asamble'sinde sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesinin ön plana çıkması, tüm dünyada sağlık sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesine ve bu anlayışa yönelik yeni düzenlemelerin yapılmasına neden olmuştur (76, 77, 78, 79, 80, 81, 82,). Temel Sağlık Hizmetleri anlayışı sağlığın iyileştirilmesine ve geliştirilmesine, bu kapsamda sağlık eğitimi ve koruyucu uygulamalara özel önem vermektedir.

Sağlık ekonomisi ve sağlık sigortaları da sağlık sisteminin bir parçasıdır ve yukarıdaki değişimlerden etkilenmektedir. Tüm dünya ülkelerinde sağlık harcamaları her yıl artmakta ve bu artış gelişmiş ülkeler için bile sorun oluşturmaktadır (9,10,11). Özellikle de ağız diş sağlığı alanında diş çürükleri ve periodontal sorunların yaygınlığının yüksek olması, tedavi hizmetlerinin maliyetlerini daha fazla yükseltmektedir. Ülkemizin ağız diş sağlığı sorunlarının hiç yeni vaka çıkmaması durumunda bile bütçenin % 60'ının bu amaca yönelik kullanılmasını gerektirmektedir.

Ayrıca kısıtlı kaynaklar nedeniyle ülkemizde sağlığa ve diş hekimliği hizmetlerine ayrılan pay düşük olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde genel sağlığa gayri safi milli hasılanın %7-10'u ayrılmakta ve diş hekimliği hizmetlerine de bundan %9-10 oranında bir tahsisat yapılmaktadır. Oysa ülkemizde GSMH'nın yaklaşık %3,5-4'ü sağlık hizmetlerine bunun da ancak % 3'ü tedavi ve rehabilitasyona yönelik 2. ve 3.basamak ağız diş sağlığı hizmetlerine ayrılabilir.

Öte yandan, ağız ve diş hastalıklarının genel sağlık sorunlarından farklı özellikleri bulunmaktadır. Ağız diş hastalıkları aniden ortaya çıkan sorunlar olmayıp, diş çürükleri ve periyodontal hastalıklar sağlık eğitimi, koruyucu uygulamalar ve düzenli diş hekimi kontrolü ile büyük ölçüde azaltılabilmektedir. Ayrıca çok erken dönemde teşhis edilmeleri için pahalı testlere ve analizlere ihtiyaç göstermemektedir.

Diş sağlığı sorunlarının öldürücü olmaması nedeniyle bireyler ancak ağrı, iltihap gibi rahatsız edici sorunlar çıktığı zaman diş hekimine başvurmaktadır. Bu durum sorunların giderek büyümesine neden olmaktadır. Diğer taraftan sağlık yöneticileri daha öncelikli sağlık sorunlarına kaynak ayırmakta ve ağız diş sağlığı sorunları ihmal edilmektedirler. Varolan hizmetler de 2. ve 3. basamak hizmetlere yönelik sunulmaktadır. Oysa ABD gibi serbest piyasa kurallarını taviz vermeden uygulayan

ülkelerde bile minimal bakım çerçevesinde kamu hizmeti sunulmaktadır (6,7, 8, 9, 10,11).

Sağlık harcamalarının ülkemizde ve dünyada giderek artması, tedavi edici hizmetlerden daha ucuz ve kolay olan koruyucu uygulamaların ön plana çıkmasına neden olmuştur. Ağız diş hastalıklarının yukarıda belirtilen özellikleri, bu alandaki sigorta sistemlerini de etkilemekte ve değiştirmektedir (92,). Hizmet başına yapılan ödemeler zamanla, yerini kişi başına ödemelere bırakmakta ve verilen hizmetlere koruyucu uygulamalar ilave edilmektedir (4,8,20).

Ülkemizde özel ağız diş sağlığı sigortaları da bulunmamaktadır. Oysa gelişmiş ülkelerde ağız diş sağlığı sigortaları, iki veya üç taraflı sistemleri, farklı ücret saptama yöntemleri, hizmetler için ücret sınırlandırılması, hizmet veya kişi başına ödeme yapılması, diş hekimine yapılan ödemelerde farklı yöntemler kullanılması, hastanın katkı paylarının değişikliği gibi esaslardan bir kaçını içeren pek çok ayrı plan bulunmaktadır (92, 98).

Ağız diş sağlığı sigortalarının işlevsel olabilmesinin üç temel ögesi bulunmaktadır;

1. Sağlık hizmetlerini talep eden ve ödemeye gönüllü veya zorunlu sigortalı bireyler
2. Hizmeti sunan sağlık personeli
3. Primleri sigortalılardan toplayıp onlar adına hizmet satın alan sosyal güvenlik kuruluşu veya özel sigortadır.

Ülkemizde kamu kesimi, sosyal güvence altındaki topluma tedavi edici ağırlıklı hizmet vermekte, bu hizmet de oldukça sınırlı kalmaktadır. Toplumumuzda kişi başına bir tane bile dolgulu dişin bulunmaması da bu durumun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (138). Oysa birinci basamak diş hekimliği hizmetleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan talebi de önemli ölçüde azaltmaktadır (113).

Ancak burada genel sağlık sigortalarından farklı olarak, hizmet sunan diş hekimi, hastanın risk gerçekleşikten sonra talep ettiği tedaviyi yapması durumunda ortaya çıkacak hasar tahmin edilememekte, bu nedenle hiç bir sigorta kuruluşu bu riski üstlenmek istememektedir. (15) Diş tedavi teminatı özel sigorta şirketlerinin ek teminat olarak bile vermeye istekli olmadığı bir teminat türü olmuştur. Özellikle

Türkiye’de; Diş sağlığına önem verilmemesi, kayıt sisteminin yetersiz olması, (ağız diş sağlığı enformasyon eksikliği) riskin gerçekleşme ihtimalinin çok yüksek olması (5, 15) özel sektörün denediği ağız diş sağlığı sigortalarının başarısız olmasına neden olmuştur. Diş teminatları sağlık sigortaları poliçelerden 1996 yılından itibaren çıkarılmaya başlanmıştır.

Bireylerin, cinsiyetleri, öğrenim durumları, sahip bulundukları sosyal güvenceler, sosyal güvenlik kuruluşunun sunduğu hizmetten memnuniyet, gelir düzeyleri, sağlık hizmetlerini kullanımının önündeki engeller, ağız diş sağlığına bağlı bilgi düzeyleri, sağlık algısı ve yaşam kalitesi, sağlık hizmetlerine olan talep tutum ve davranışlarını etkilemektedir (102, 121, 141).

Bireylerin kendileri için değişik nedenlerle başvuruda bulunmadıkları sağlık hizmetlerini çocukları için talep edebilmektedir. Kendi aşılarını yaptırmayan, çürük dişlerini tedavi ettirme tutumu ve davranışı içinde olmayan ebeveynler çocukları için farklı hizmet talep etme ve ödeme gönüllülüğü içinde bulunabilmektedirler.

Ülkemiz şartlarına uygun ağız diş sağlığı sigortası modellemesi gerçekleştirebilmek amacıyla diğer ülkelerdeki örnekler incelendi, O ülkelerin sağlık sistemleri, sağlık uygulamaları, elde ettikleri sonuçlar, karşılaştıkları sistemden hizmet sunucusundan ve bireylerden kaynaklanan sorunlar da göz önünde tutularak araştırma planı yapıldı. Araştırmanın evreni olarak Türkiye’nin yaklaşık 1/6’sının içinde yaşadığı ve ülkenin sosyo-kültürel açıdan Türkiye’nin küçük bir modeli olan İstanbul ve uzmanlar tarafından İstanbul’u temsil edebileceğine karar verilen Anadolu yakasındaki dört semt seçilmiştir.

Örnekleme yöntemi örnek büyüklüğü, anket formuna ait sorular sigorta modellemesine temel oluşturacak konularda değişik ülkelerde uygulanmış anketler ve ülkemizin ağız diş sağlığı açısından ihtiyaçları dikkate alınarak hazırlanmıştır. Anket sorularının farklı eğitim, yaş, sosyo-kültürel özellik taşıyacak olan örnek grubun tümü tarafından anlaşılır ve cevaplanabilir olmasına özen gösterildi. Ayrıca anketin hem sorularının anlaşılabilirliği hem de özellikle karşılaştırılması istenen şıklara verilen cevapların istatistiksel değerlendirme açısından yeterli olup olmadığını test edebilmek için 100 kişiyi kapsayan bir ön uygulama yapılmıştır.

Ayrıca örneklemden tabakalı ve orantılı yöntemle seçilen bir grup, ülkemizde daha önce yapılmış araştırmalarla belirlenmiş olan DMF-T ve tedavi ihtiyacı

bakımından farklı olup olmadıklarını belirleyebilmek için DMF-T ve tedavi ihtiyacını belirleyebilmek için klinik muayeneleri yapıldı Normatif değerler saptandı. Anketler aracılığı ile elde edilen bulgular önce frekanslar ve yüzde oranlar açısından değerlendirilmiştir.

Çarpaz analizlerle ankete katılanların bazı ortak özelliklerine göre sorulara verdikleri cevaplar değerlendirilmiş, elde edilen bulguların doğrultusunda bir taraftan toplumun beklentilerine yönelik sigorta planlaması yaparken diğer taraftan diş hekimlerinin bireylere vermesi gereken sağlık eğitimi formatı planlanmıştır. Sorulara verilen cevaplar, elde edilen veriler doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Yaş ve cinsiyet:

Ankete katılanların yaş ortalaması $40,33 \pm 7.01$, yaş dağılım aralığı 22-69 arasında bulunmuştur. (Tablo 52) Katılımcıların %55,8'i erkek, % 44,2'nin kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 53). Türkiye nüfusunun 2000 sayımına göre % 49,97'sini erkekler, %50,03'sini kadınlar oluşturmaktadır. Bu yaş gurubu ülkemizin yaklaşık 41.767.700 (%59) kişilik nüfusunu oluşturmaktadır.

Öğrenim durumu: Katılımcıların ilk ve ortaokul mezunlarının toplamı % 39,3 kümülatif olarak %75,9'u lise mezunu ve daha az öğrenim düzeyine sahiptir. % 21,5'i üniversite, %9'u lisans üstü, üniversite ve üstü öğrenime sahip katılımcının oranı % 30,5 olarak belirlenmiştir. Öğrenim düzeyinden etkilenebileceği düşünülen sağlık programlarının frekans ve yüzde oranlarına bakılırsa ilk ve ortaokul mezunlarını bir grupta, lise, üniversite ve lisans üstü öğrenime sahip olanları ayrı bir grupta toplanarak değerlendirilmesi uygun olacaktır (Tablo 54).

Aile ortalama aylık geliri: Gelir açısından kümülatif olarak katılımcıların %77,9'u Bir milyar ve altında gelire sahiptir (Tablo 55). Katılımcıların % 77,9'u asgari ücretin 4 katından daha az ücret almaktadırlar ve yaklaşık %79,2 si %10:luk alt 5 grup gelir düzeyinde yer almaktadır (Tablo 32). Sağlık öncelikleri bakımından bu gelir düzeyindeki ailelerin ağız diş sağlığı için kaynak ayıramayacakları açıktır. Ülkemizde bu durum diş hastalıklarının bir epidemiyolojik sorun olarak ortaya çıkmasının önemli etkenlerindendir. Özellikle herhangi bir sosyal güvenliğe sahip olmayanlar açısından durum daha da önemli bir hale gelmektedir.

Çocuk Sayısı: Katılımcıların % 18'i tek çocuklu, %48,4 iki, kümülatif olarak %91,9'unun 2 ve daha az çocuğu bulunmaktadır. %20,5 3 çocuk sahibidir (Tablo 56). Katılımcıların %8,4'ünün 5-7 arasında çocuğu bulunmaktadır. Özellikle grup sigortası planlanırken aile bireylerinin sayıları göz önünde bulundurulmalıdır. Sigorta başvurularında, en çok grup sigortalarının önerildiği göz önünde bulundurulursa, aile çocuk sayısının da kayıtlarda yer alması uygun olacaktır.

Sosyal güvence:

Ankete katılanların % 84'ü en az bir sosyal güvenceye sahiptir (Tablo 57). Ülkemizde nüfusun % 85'i bir sosyal güvenlik çatısı altında yer almaktadır. Katılımcıların %46'sı SSK, %21'i Emekli sandığı, %11,6'sı Bağ-kur üyesidir (Tablo58). Yardım sandığı üyelerinin oranı %0,6 dır.

Türkiye genelinde 1999 yılı verilerine göre sosyal güvencesi olan aktif sigortalıların %58,7'si SSK, %21,2'si Emekli sandığı, %19,4'ü Bağ-kur %0,7 Yardım sandıkları üyesidir. Ağız diş sağlığı sigortaları planlanırken özellikle sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık harcamaları ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Ancak birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini kapsayan ve temel sağlık hizmetlerinin koruyucu ağırlıklı olarak sunulacak maliyet-etkinlik ve maliyet verimlilik açısından değerlendirilmiş standart bir sigorta planının tüm ülkede aynı düzeyde sürdürülebilecek özellikte olması gerekecektir.

Özet olarak katılımcıların çoğunluğu lise ve daha az öğrenim düzeyinde, orta gelirli, üç çocuktan az çocuğu olan %84 oranında sosyal güvencesi bulunan toplumumuzu temsil edebilecek özelliklere sahiptir. SSK, Emekli sandığı ve Bağ-Kur sırasıyla en çok sigortalı bulunduran sosyal güvenlik kuruluşlarıdır. Sosyal güvenliği olan katılımcıların %88,6'sı bu üç sosyal güvenlik kuruluşunun üyesidir.

Örnekleme de bu üç sosyal güvenlik kuruluşunun üyeleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bir çok cevapta düşük öğrenim düzeyi ile düşük gelir düzeyi aynı görüşü paylaşımlarına rağmen gelir ile öğrenim düzeyi arasında korelasyon gözlemlenememiştir (Tablo 94). Teminat paketlerinin yaşam kalitesi ve farklı gelir gruplarına göre değişik yapıda olması daha büyük grupların gönüllü sigortadan yararlanmasını sağlayacaktır.

1. soruda diş hekimine bireylerin en son ne zaman başvuruda bulunduğu araştırılmaktadır (Tablo 60). Katılımcıların %74'ü son bir yıl içinde bir diş hekimine başvuruda bulunmuşlardır. Hiç diş hekimine başvuruda bulunmayanlar (%3,1) ve 1-5 yıl arasında diş hekimine başvuruda bulunanların oranı (%10) da anlamlı düzeyde düşüktür. Bu durum sadece ülkemize özgü bir durum olmayıp, sağlık güvencesi olmayan veya yüksek katkı payı talep edilen ve diş hekimine düzenli aralıklarla diş hekimine kontrole gitmemenin karşılığında herhangi bir yaptırım olmayan ülkelerdeki oranlara yakın bulunmuştur (102).

Diş hekimine gidiş nedeni, soru 2'de tutum, soru 10'da ise davranış olarak incelenmiştir (Tablo 61). İlk üç sırada diş ağrısı (%45), önce yapılan tedavilerde sorun çıkması (%30) ve çürük nedeniyle diş hekimine başvuru (24,4) yer almaktadır ve erkekler kadınlara göre önceki tedavilerde sorun çıkması nedeni ile anlamlı düzeyde daha fazla başvuruda bulunacaklarını ifade etmişlerdir (Tablo86). Bu tutum, davranış olarak da benzerlik göstermektedir. Diş hekimine erkekler önceki tedavide çıkan bir sorun nedeniyle daha fazla başvuruda bulunmaktadır. Önceki restorasyonlar nedeniyle diş hekimine başvurunun üçüncü sırada yer alması yapılan tedavileri kalite yönünden de değerlendirmesini gerektirmektedir. Bir başka bakış açısıyla bunun nedeninin, kaliteden mi, yoksa diş çürüklerinde olduğu gibi restorasyonlar için de diş hekimine başvuruda geç kalınmakta olup olmadığının araştırılması gerekir. Bu arada diş hekimliği hizmetlerine kalite standartlarının hazırlanması kalite konusunda yapılacak olan araştırmalara kolaylık sağlayacaktır.

Özetle katılımcılar diş ağrısı ve eski restorasyonlarında çıkan bir sorun nedeniyle diş hekimine başvuruda bulunmaktadırlar. Eğer restorasyonlardaki sorunlar da diş ağrısı ve çürük gibi hastayı rahatsız eden nedenlerden kabul edilirse bireylerin %99,4'ü ancak önemli bir rahatsızlık duymadan diş hekimine başvuruda bulunmamaktadır. Diş hekimine kontrol için başvuruda bulunanların oranı %13,7dir. Başvuru nedenleri olarak biyomedikal ve davranışsal boyut anlamlı bulunurken, yaşam kalitesi açısından diş hekimine başvuru anlamlı bulunamamıştır. Bir yıl içinde diş hekimine başvuru diğer zaman aralıklarından anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Bu durum ağız diş sağlığı sorunlarının fazla olmasının bir göstergesi olabilir.

Diş hekimine gidiş sıklığı tüm sosyal güvenlik sistemlerinde benzer olup yoğunluk bir yıl içinde gidenlerde toplanmaktadır (Tablo 108). Bunun nedeni

sunulan sağlık hizmetlerinin önündeki engeller ve bireylerin sağlık algısı ve yaşam kalitesinin yanı sıra verilen hizmetin her sosyal güvenlik sisteminde 2. ve 3. basamak diş hekimliği hizmetlerine yönelik olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Diş hekimine başvuru tutumu öğrenim düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Kontrol için lisans üstü, üniversite ve lise mezunları sırasıyla diş hekimine anlamlı düzeyde daha fazla başvuruda bulunurlarken ilkökul düzeyinde öğrenim görmüş olanların daha düşük oranda ve diş ağrısı nedeniyle diş hekimine başvuruda bulunduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 94). Sağlık algısı ve yaşam kalitesi öğrenim düzeyinden etkilenmektedir. Sağlık bilgisinin artması talebi de etkilemektedir. Ancak bu talep özellikle ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliği, bireylerin sağlığının korunması açısından olduğu gibi sağlık hizmeti sunanlarında düzenli ve sürekli hizmet vermelerini de sağlayacaktır. Ancak ülkemizde diş hekimliği eğitimi birinci basamak hizmetleri çok fazla dikkate almadığından diş hekimleri de tedavi hizmetlerini ön plana çıkarmaktadır.

3. sorunun cevaplarında görüldüğü gibi katılımcıların %81,5'i genel diş sağlıklarını orta ve iyi olarak nitelmişlerdir. Ağız diş sağlığını kötü ve çok kötü bulanların toplam oranı %17,3'tür. Kendi ifadelerine göre katılımcıların %17,3'ü risk grubundadır (Tablo 62). Oysa özellikle erişkinlerde ağız diş sağlığı sorunlarının yaygınlığı dolayısı ile normative ihtiyaç yüksektir. Bu durum talebin arttırılması çalışmalarının yapılması gerektiğini göstermektedir.

4. soru ile diş hekimine başvuru engelleri sorgulanmıştır. Diş hekimine başvurunun önündeki engeller olarak ihmalkarlık (%41,7), fiyatların pahalı olması (%35,6) ve korku (%23,3) ilk üç sırada yer almaktadır. İhmalkarlık olarak ileri sürülen diş hekimine başvuruda bulunmama nedenini fiyatların yüksekliği ve diş ağrısından korku, sağlık bilgisinin eksikliği ve yaşam kalitesinden kaynaklanıyor olabilir. İhmalkarlığın ortadan kalkması hizmetlerin sunumundaki anlayışın değişerek 1. basamağa öncelik verilmesi ve farkındalık yaratmak sağlık eğitim çalışmaları ile mümkün olabilecektir.

Tedavilerin fiyatları hakkında önceden bilgi sahibi olamamak dördüncü sıradaki önemli engellerden birini oluşturmaktadır. Bireylerin ağız diş sağlığı hizmetlerinin özellikleri ve fiyatları ile ilgili yeterli bilgileri bulunmamaktadır. Katılımcıların gelir düzeyi de göz önün alınırca diş hekimine başvurunun ancak zorunlu durumlarda olacağı kabul edilebilir. Soruda yeralan diğer nedenler anlamlı düzeyde düşük

bulunmuş ve aralarında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo63). Sosyal güvenceye göre diş hekimine gitmeme nedenleri de farklılık göstermektedir (Tablo 107). SSK ve tedavileri çok pahalı bulurken özel sigorta sahipleri anlamlı düzeyde pahalılıktan şikayetçi olmamışlardır. Sosyal güvenliği olmayanlar hizmetten memnun kalmadıklarından şikayet etmişlerdir. Bunun nedeni, verilen hizmeti sorgulamalarından kaynaklanıyor olabilir.

5. soru, diş ve dişeti hastalıkları bilgi düzeyini sorgulamak amacıyla hazırlanmış, sorunun birinci ve ikinci bölümlerinde dişlerin tümünü koruyamayız seçeneği hariç diğer soruların cevapları hayır ve bilmiyorduma göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (Tablo 64). Bireylerin bilgi düzeyleri yüksek gibi görünse de diş çürüğünün mikrobik olduğunu belirtenlerin oranı %53,8, hayır ve bilmiyorum seçeneğini işaretleyenlerin toplam cevabı %46,2 olarak bulunmuştur. Bu oran toplumun, diş çürükleri nedenleri ve “biyofilm konusunda bilgilendirilmelerinin önemini vurgulamaktadır. Diş çürüğünün önlenebileceğini belirtenlerden üniversite ve lisans üstü öğrenim görmüş olanlar anlamlı düzeyde fazla bulunurken, ortaokul mezunları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo89). Diş sağlığı sigorta paketlerinin özellikle ülkemizde diş hekimlerinin hastalarına daha çok zaman ayırıp onlarla konuşabilecekleri ve bilgilendirebilecekleri şekilde olmalıdır. Bu arada sorunlara yönelik bilimsel esaslara göre planlanmış sağlık eğitim programlarının ve eğitim materyallerinin muayenehanelerde bulundurulması önceden sağlanmalıdır.

5.1.4. “düzenli diş hekimine gitmek çürüğü azaltır” seçeneğine anlamlı düzeyde evet cevabı verilmiş olmasına rağmen araştırmalar birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmediği ülkelerde diş hekimine düzenli başvurunun, çürük insidensini azaltmadığını ancak çürük dişlerin yerini dolgulu dişlerin aldığını göstermektedir. Toplam DMF-T değeri değişmemektedir. Çürük dişlerin kaybedilmesi yerine restore edilmiş olması kötünün iyisi kabul edilip bu güne kadar yapılan “altı ayda bir diş hekimine başvurun” önerisinin çok da yanlış olmadığı kabul edilebilir. 5.1 ve 5.2 ye verilen cevaplar diş hekimine başvurunun diş ve dişeti hastalıklarının tedavisini diş hekimlerinin yapabileceğinin bir göstergesi olmaktan çok hastaların tüm sorumluluğu diş hekimine bırakmak istemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Diş fırçalamanın dişeti hastalıklarını azaltır seçeneğine %70,6 düzeyinde evet cevabının verilmiş olması toplumun %29,6’sının dişeti hastalıklarının fırçalamayla önlenebileceğini bilmediğini göstermektedir. Buradan toplumun dişeti hastalıkları

konusunda da bilinçlendirilmesi gerektiği çıkarılmalıdır (Tablo 64). Üniversite ve lisans üstü öğrenim görmüş olanların anlamlı düzeyde fazla oranda dişeti hastalıklarının önlenebileceğini, ve dişeti hastalıklarının diş kaybına neden olabileceğini ifade etmişlerdir (Tablo 90). Buna karşılık ilkökul mezunlarının dişeti hastalıklarının diş kaybına neden olabileceğini ifade edenlerin oranı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (%37,21). Topluma yönelik ağız diş sağlığı eğitim programlarında diş çürükleri yanında dişeti hastalıklarının da öneminin vurgulanması öğrenim düzeyi düşük gruplar için ayrı programların yapılması uygun olabilir.

Soru 6.1'e verilen cevaplara göre estetik bakımdan aynaya baktığında kendi dişlerini oldukça beğenen ve çok beğenenlerin oranı %40,7 olarak bulunmuştur (Tablo 65). %31,7'si vasat bulurken Hiç beğenmeyenlerin ve pek beğenmeyenlerin toplam oranı %26,7'dir. Toplumun yaklaşık % 30'unun diş estetiği kaygısı taşıdığı görülmektedir. Diş estetiği algısı bakımından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 88). Bazı okullarda yapılan araştırmalar kız çocuklarının erkelere göre daha az diş sağlık sorunlarına sahip olmalarına rağmen ağız diş sağlığı durumlarında daha az memnun olduklarını göstermiştir. Sağlık eğitimi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundaki gelişmeler bireylerin gelecekte ağız diş sağlığı hizmetlerini daha fazla talep edeceklerini göstermektedir. Sağlık algısı ile estetik algısı bireyler tarafından farklı algılanmaktadır. Diş sağlığını ifade ile aynaya baktığında algıladığı estetik algısı arasında korelasyon bulunamadı. Dişlerini sağlıklı bulmak ile estetik bulmak farklı kavramlar olarak algılanmaktadır.

6. sorunun 2. seçeneğine ait cevaplar incelendiğinde, dişetleri açısından da benzer tablonun geçerli olduğunu görmekteyiz. Katılımcıların %44,5'i dişetlerini oldukça ve çok beğendiklerini ifade ederken % 25,2'si dişetlerini hiç veya pek beğenmediklerini ifade etmiştir. Bu durum dişeti hastalıklarına bağlı olduğu kadar dişeti renkleşmelerine ve gülme hattının konumundan da kaynaklanmış olabilir (Tablo 66).

Soru 7'de fonksiyon açısından çiğneme sorunu olmayanların frekansının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiş olmasına rağmen katılımcıların %20,7'sinin çiğneme güçlüğü içinde olması planlama sırasında göz önünde bulundurulması gerekeceği göz ardı edilmemelidir (Tablo 67). Bu sorun kayıp diş, çürük veya uygun olmayan protez nedeniyle olabilir. Yaş gruplarına yönelik sigorta programlarının tedavi ihtiyacını doğru değerlendirmesi gerekecektir.

Soru 8'e verilen cevaplar herhangi bir diş sorunu nedeniyle konuşma sorunu yaşayanların oranının anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermektedir (%7,5). Bu sorun ortodontik sorunlarla ilgili olabileceği gibi, dişsizlik veya protezlerindeki bir sorundan da kaynaklanıyor olabilir (Tablo 68).

Soru 9.1'e verilen cevaplar sosyal güvenlik kuruluşunun sunduğu hizmetten sigortalıların %56,3'nün yararlandığını göstermektedir (Tablo69). Sağlık hizmetlerinden yararlanmayan veya yararlanamayanların oranı da %43,7 olarak bulunmuştur. Öğrenim düzeyine göre sosyal güvenlik kuruluşunun sunduğu sağlık hizmetlerinden ortaokul mezunları anlamlı düzeyde daha fazla yararlanırken (Tablo94), en az lisans üstü öğrenim görenler sosyal güvenlik kuruluşunun verdiği sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Gelir düzeyi arttıkça sosyal güvenlik kuruluşunun sunduğu hizmetlerden yararlanım da azalmaktadır (Tablo 95). Geliri 500 milyonun üzerinde olanlar, diğer gelir düzeylerine göre anlamlı olarak daha az düzeyde hizmetten yararlanmaktadır. Bu hizmetten yararlananların %61,9'u aldığı hizmetten memnun kalmamıştır (Tablo 70). Memnun olduğunu belirtenlerin oranı %15,5 olarak bulunmuştur. Çok sıra beklemek, tüm tedavilerin yaptırılamamak en çok şikayet edilen konuların başında gelmektedir.

Öğrenim durumuna göre sosyal güvenlik kuruluşunun sunduğu hizmetlerden memnuniyete bakıldığında; ilk okul mezunları sağlık merkezinin uzaklığından, tedavi süresinin kısalığından ve özel sağlık kuruluşuna sevk edilmeleri durumunda aradaki farkı ödeyememekten en çok şikayet ederken, ortaokul mezunları tedavi süresinin kısalığından ve sevk ile özel muayenehanedan alınan hizmetin farkını ödeyememekten, şikayet etmektedirler. İlk ve ortaokul mezunlarının tedavi süresini kısa bulmaları diş hekimine başvuru için işyerlerinden daha zor izin almaları sosyo-ekonomik nedenlerle sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerden daha uzakta oturmaları neden olabilir.

Lise mezunları tedavi farkını ödeme zorluğunu öne sürerken aynı sorundan üniversite ve lisans üstü öğrenim görmüş olanlar da şikayetçidir. Sosyal güvenlik kuruluşunun sevk edilen hastalara verdikleri ödenek ile özel sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetin arasındaki fark sevk edilen hastaların ödeme gücünün dışında kalmaktadır. Üniversite mezunları sosyal güvenlik kuruluşlarının hizmet sunduğu sağlık merkezlerinin cihazlarını anlamlı düzeyde fazla oranda yetersiz bulmuşlardır (Tablo96).

Soru 10'un seçenekleri diş hekimine başvuru davranışını değerlendirmektedir (Tablo 71). Diş hekimine başvuru davranışı, başvuru tutumu ile benzerlik göstermektedir. Diş ağrısı, önce yaptırılan tedavilerde sorun çıkması ve diş çürüğü diş hekimine başvuruda önde gelen nedenlerdendir. Diş hekimine başvuru tutumu ile davranışı arasında sadece "şikayetim olmasa da diş hekimine başvuruda bulunurum" cevabını işaretleyenler arasında orta uyum gözlenmiştir (Tablo 80).

Lisans üstü ve üniversite mezunları anlamlı düzeyde daha fazla oranda kontrol için diş hekimine başvuruda bulunurken, Diş hekimine en çok ilköğretim mezunları hiç gitmediklerini ifade etmiştir.

Bunun yanısıra ilköğretim ve ortaokul mezunları en fazla diş ağrısı ve önceden yaptırılmış olan tedavide sorun çıkması, orta okul mezunları ise konuşma güçlüğü nedeniyle diş hekimine başvurdıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 54).

Gelir düzeyi diş hekimine başvuru nedenlerini etkilemektedir. 500 milyon ve üzerinde gelire sahip olanlar anlamı düzeyde daha fazla kontrol için başvuruda bulunmaktadır. Bu arada gelir ile eğitim arasında korelasyonun olmadığı, başvuruyu öğrenimin gelirle birlikte etkilemeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır. (Grafik 22) 250 milyon ve altında ücret alanlardan diş hekimine hiç gitmeyenler anlamlı düzeyde yüksek bulunurken (Tablo 91). Öğrenim düzeyi ile gelir düzeyi arasında korelasyon bulunamamıştır (Tablo 105). Talebi sosyo ekonomik durum birlikte etkilemektedir.

Soru 11'in cevaplarına göre bireyler sosyal güvenceleri olmasına rağmen son gittikleri diş hekiminin ücretini ceplerinden ödemişlerdir. Bunların nedenleri sosyal güvenlik kurumunun sunduğu paketin kapsamında, hasta memnuniyetinde (Tablo72) ve hizmetin önündeki engellerde aramak gerekir. Ayrıca son başvuru nedenlerini de araştırmak gerekmektedir. Diş ağrısı ve önce yapılan tedavilerde sorun çıkması nedeniyle diş hekimine başvurunun anlamlı düzeyde fazla olması bireylerin acil ve ucuza mal olacak tedaviler nedeni ile diş hekimine başvurdıklarını bunun içinde en yakın özel diş hekimine başvurdıklarını sıra beklememek için sosyal güvenlik kuruluşunun sağlık hizmetlerinden yararlanmadıklarını düşündürmektedir.

Daha pahalıya mal olan tedavi ve protezleri satın aldıkları yerin araştırılması hangi amaçla hangi sağlık kuruluşunun sunumundan yararlandıklarını ortaya

çıkarmak bu konuda daha doğru öngörülerde bulunmayı sağlayacaktır. Sosyal güvenceler arasında cepten ödemeye göre anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 79). Bağ-Kur (%82,2) ve SSK (%81,2) sırayla en fazla cepten ödeme yaparak tedavilerini yaptırırken Emekli sandığı kapsamındaki katılımcılar en az cepten ödeme yapan sosyal güvenlik kuruluşu üyeleridir (%56,6). Ayrıca Emekli sandığı üyeleri en fazla sevk ile özel diş hekimine tedavilerini yaptıran grubu oluşturmaktadır (%31,9).

Ailenin aylık geliri ödeme yöntemini önemli ölçüde etkilemektedir. Özellikle 500 milyon ile bir milyar arasında gelire sahip olan emekli sandığı üyeleri ile 500 milyona kadar geliri olan SSK üyeleri kurumlarının sağlık hizmetlerinden diğer gelir düzeyinde olanlara göre daha fazla yararlanmaktadırlar (Tablo79). Sosyal güvenlik kuruluşunun sağlık hizmetlerinden yararlanan ve 250 milyondan az geliri olanlar %10,7, 500 milyon ile bir milyar arasında geliri olan emekli sandığı üyelerinin oranı %12,1 olarak bulunmuştur. Bir milyardan fazla geliri olan katılımcılardan özel sigortası olanlar diğer gelir düzeylerine göre anlamlı düzeyde fazladır (Tablo 92).

Soru 12. ebeveynlerin çocuklarına ait diş sağlığı algısını değerlendirmek için sorulmuştur (Tablo73). Çocuklarının dişlerini iyi olarak algılayan katılımcı oranı %46,5 ardından orta ve çok iyi olarak niteleyenler sırasıyla anlamlı bulunmuştur. Ülkemizde çocuklarda (süt dişlerinde) DMF-T nin 4-5 olmasına rağmen ebeveynlerin çocuklarının durumunu bu oranda iyi bulmaları onların çocuklarının ağız diş sağlığı durumunu doğru değerlendiremediklerini göstermektedir. Çocuklarının durumunu kötü ve kötü bulanların toplam oranı %7,5 olarak bulunmuştur.

Soru 13.'ün cevaplarına göre çocuğunun ağız diş sağlığı sorunlarına karşı tutum açısından katılımcıların %70'5'i diş hekimine hemen başvurudan yana gözükmektedir (Tablo 74) Sırasıyla evde çözüm arayanlar (%14,4) ve şikayeti yoksa bir şey yapmam (%10,7) seçeneğini işaretleyenler istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 74). Tutum açısından kadın erkek arasında fark bulunamamıştır (Tablo97).

Geliri 500 milyon liranın üzerinde olanlar diğer gelir düzeyinde olanlara göre çocuklarının diş problemleri için anlamlı düzeyde fazla oranda hemen diş hekimine başvuracaklarını ifade ederken yine aynı gelir düzeyinde bulunanlar daha az oranda evde çözüm arayacaklarını ve bir şey yapmayacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 98).

İlk ve ortaokul mezunları daha fazla oranda evde çözüm aramaktan ve yine ilkokul mezunları şikayeti yoksa çocuğu için bir şey yapmamaktan yana görünmektedir (Tablo 101). Ailenin gelir düzeyinin ve öğreniminin yükselmesi, diş hekimine başvuruyu arttırmaktadır. Ancak burada üzerinde durulması gereken önemli nokta bireyler ağız ve diş sağlığının sorumluluğunu diş hekimine yüklemektedir. Oysa bilindiği gibi ağız diş sağlığının diş hekimi tarafından düzeltilebilecek biyomedikal yönünün yanı sıra, bireylerin kendi sağlıkları için sorumlulu duymalarını gerektiren davranışsal boyutu da bulunmaktadır. (25) Ülkemizde ağız diş sağlığı açısından ağız diş hastalıklarının etiyolojik faktörlerine yönelik olmak üzere floridly, anti bakteriyel kullanma vb. gibi koruyucu uygulamaların yaygınlaştırılmasının yanı sıra , diş fırçalama, diş ipi kullanma, beslenmenin düzenlenmesi, gibi alanlarda da davranış değişikliği oluşturacak sağlık eğitimi programlarının planlanması ve uygulanması gerekmektedir.

Soru 14 ebeveynlerin çocukları için ağız diş sağlığı hizmetlerine karşı tutumunu ve 5 seçenekle sigorta gönüllülüğü değerlendirilmektedir (Tablo 75). Sırasıyla ağız diş sağlığı sigortasını gerekli bulanlar, çocuklarının sigortası olursa 6 ayda bir diş hekimine başvuruda bulunabileceklerini okullarda diş sağlığı hizmetinin verilmesini isteyenler ve sigorta için her yıl para ödemeyi kabul edenler sırasıyla anlamlı bulunmuştur. Ancak katılımcıların %43,3'ü sigorta için para ödeyemeyeceğini ifade etmiştir. Ağız diş sağlığı sigortasını gerekli bulmayanların oranı da %25,8 olarak bulunmuştur.

Çocuğu için ağız diş sağlığı sigortasını gerekli görenlerin arasında öğrenim (Tablo84) ve cinsiyet bakımından (Tablo83) anlamlı fark bulunamamıştır. Kadınların %75,3'ü erkeklerin %73,3'ü sigortayı gerekli bulmaktadır.

Öğrenim durumuna göre ödeme gönüllülüğü açısından (Tablo 85) ilkokul mezunları anlamlı düzeyde daha düşük bulunurken (% 47,7) lisans üstü mezunlarında yüksek düzeyde (%85,7) bulunmuştur (Tablo85). Kadın erkek arasında fark bulunamamıştır.

Geliri 500 milyon liranın üzerinde olanların anlamlı düzeyde fazla bir bölümü (Tablo51) ile Lisans üstü öğrenim görenlerin tamamı okullarda ağız diş sağlığı hizmetinin verilmesini istediklerini ve çocuklukta alınan önlemlerin çocukların diş sağlığını koruyacağını ifade etmişlerdir (Tablo 50) geliri Bir milyarın üzerinde olanlar da çocuklukta alınan önlemlerin diş sağlığını koruyacağına inanmaktadır (Tablo51).

Sırasıyla ilkokul ve ortaokul mezunları ile geliri 500 milyon liranın altında olanların (Tablo 51) sigorta sistemine ödeme konusunda daha az istekli oldukları görülmektedir. Eğitim düzeyi azaldıkça evde çözüm arama veya çocuğunun şikayeti yoksa bir şey yapmam diyenlerin oranı artmaktadır. Öğrenim ve gelir çocuğu için diş hekimine başvuruda önemli etken olarak görülmektedir.

Diğer taraftan bireylerin kendileri için gösterdikleri sağlık tutum ve davranışı çocukları içi olan tutum ve davranışlardan farklılıklar göstermektedir. Doğal olarak ağız diş sağlığı tedavi hizmetlerinden daha fazla yararlanan gelir ve öğrenim düzeyi yüksek ebeveynler aynı davranışı çocukları için de gösterirken (Tablo 61, 62, 65, 68, 69) Ancak dişi ağrıdığıında diş hekimine başvuran veya hiç diş hekimine gitmeyenler de çocuğunun sorunlarını fark ettiğinde diş hekimine hemen başvuruda bulunmaktadır (Tablo 66,69, 70) Oysa süt dişlerinin Tedavi edilmemesi ve erken çekilmesi ileride ortodontik sorunlara ve daha pahalı tedavilere yol açmaktadır.

Soru 15 İle ödeme gücü değerlendirilmek istenmektedir. Katılımcıların % 33,3'ü 75 milyon lira ödeme yapabileceğini, % 24'ü ödeme yapamayacağını ifade etmiştir. %19,7'si 150 milyon lira ödeme yapabileceğini belirtmektedir. Katılımcıların ağız diş sağlığı sigortasının yararına inanmalarına rağmen ödeme açısından aynı oranda gönüllü olmadıkları görülmektedir (Tablo76).

Soru 16.1 Ebeveynlerin çocuğu için sağlık hizmetinden yararlanırken anlamlı düzeyde engellerle karşılaştığını göstermektedir. (Tablo77) Bu engellerin sırasıyla maddi zorluktan, çocuğun korkup diş hekimine gitmek istememesinden, ve süt dişlerinin tedavi etmeye ihtiyaç hissetmemekten kaynaklanmaktadır (Tablo 78).

Tedavi ihtiyacının değerlendirilmesi;

Klinik muayeneleri yapılan bireylerin DMF-T değerleri

Tablo 140 Örnek Gurubun DMF-T dağılımı

ARAŞTIRMACILAR	n	Yaş gurubu	D MF-T	T	F T	D
Velicangil, Saydam, Oktay, İst 1977	93	1 30-49	9, 88			
Yücel ve Ark İstanbul 1982	28	1 30-49	10 ,67			
Dindar İstanbul	4	30-49	11			

	4			,46		
Oktay, Saydam, İstanbul, 1986	2	5	30-49	,1	10	
	2	1	22-29	,67	10	4 2 ,25 ,58
Tez çalışması sonuçları, İstanbul, 2004	6	3	30-39	,50	11	4 2 ,86 ,22
	3	3	40-49	,97	12	3 2 ,48 ,79
	0	1	50+	,38	17	5 5 ,38 ,50
Toplam DMF-T	9	8	22-50+	,45	12	4 2 ,31 ,78

Ülkemizde yıllara ve araştırmacılara göre bakıldığında DMF-T değerlerinin çok değişmediği görülmektedir. Bu durum koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmediği ülkelerde DMF-T değerinin değişmeyeceğinin göstergesi olabilir. Ancak Türkiye'de yapılan durum analizine göre bu örnek grubunda çürük ve eksik dişlerin yerini dolgu dişlerin almış olduğu görülmektedir.

Örnek grup dişlere ait sorunların yanısıra dişeti hastalıkları bakımından da değerlendirilmiştir. En fazla alt çene ön gölgede kalkulus belirlenmiştir % 53,9. En fazla kanamalı bölge (%19,1) ve 4-5 mm cep (%11,2) sola alt bölgede belirlenmiş, 6 mm'den daha derin cep, en fazla 2.2, kalkulusun en çok bulunduğu alt çene ön bölgesinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 141 En Yüksek Tedavi İhtiyacı Değerleri

16/17		11	26/27
		%24,7 Kanama	%10,1 4-5 mm cep
%10,1	4-5 mm cep	%53,9 Kalkulus	
		%2.2 66 mm cep	
46/47		31	36/37

Maliyet açısından normatif tedavi ihtiyacı değerlendirildiğinde sigortalı grubun % 53,9'unun diştaşı temizliği, %2,2'sinin en az bir bölgede komplike dişeti

operasyonu %10,1'inin en az bir bölgede Gingival küretaja ihtiyacı olacaktır. Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre CPITN ölçeğine göre (139) 30-34 yaş grubunun diş taşı temizlik ihtiyacı % 47,12 derin cep %1,25 kanama %25,31 olarak bulunmuştur. Bir sigortanın başlangıcında yaklaşık bu değerlerde normatif tedavi ihtiyacı ortaya çıkacaktır. Özellikle 2. basamak tedavi ihtiyacı değerlendirilirken subjektif ve realistik ihtiyaçların da göz önünde bulundurulması ve aşırı talep engellerinin bu kriterlere göre şekillendirilmesi gerekecektir.

Protez ihtiyaç ve onarımı %19,1, tek diş eksikliğine bağlı %10,1 birden fazla diş eksikliği nedeniyle normatif talep olabilirken, beş yıldan daha eski protez oranı % 22,5 olarak bulunmuştur.

İhtiyacın Değerlendirilmesi ve Öncelikler

Topluma yönelik ağız diş sağlığı stratejilerinin belirlenmesinde başlangıçta ihtiyaçların ve önceliklerin belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık bakım sistemlerinde karşılaşılan en önemli sorun, farklı grupların talep edilen tedavi ve koruyucu diş sağlığına yönelik normatif ihtiyaçlar ile ilgili bilgilerin elde edilmesidir. Elde doğru bilgilerin bulunmaması sağlıklı planlamalarının yapılmasının önündeki en önemli engellerden biri olarak görülmektedir. Programların hazırlanabilmesi için bölgesel ihtiyaçların bilinmesi sağlıklı planlamaların yapılabilmesinin yanı sıra, eşitsizlikten kaynaklanan adaletsizliklerin düzeltilmesinde de yardımcı olacaktır.

Örneğin; 1992 yılında İngiltere'de waller'de yaşayanlara yönelik yapılan ağız diş sağlığı forumunda aşağıdaki kararlar alınmıştır.

- Diğer bölgelerle aralarında önemli ölçüde farklılık bulunan Waller'deki diş çürüğü sayısını, İngiltere'nin diğer bölgelerinde yaşayanların sağladığı en az diş çürüğü sayısına indirmek.
- Periodontal hastalıkları ölçülebilir düzeyde azaltmak.
- Diş ağrısı ve ağız ortamı kaynaklı rahatsızlıkları azaltmak
- İleri yaşlarda ağızda kalan diş sayısını arttırmak.
- Ağız kanserleri nedeniyle kayıp yaşam yıllarını azaltmak.

Stratejilerin belirlenmesinden sonra uzun ve kısa süreli gerçekçi hedefler belirlenebilmektedir.

Örnek olarak yukarıdaki stratejiye uygun olarak sağlık kazanım hedefleri şu şekilde belirlenebilir;

- 5 yaşına kadar olan çocukların on yıl içinde % 50 sinin diş çürüksüz olmasını sağlamak (5 yaşına kadar olan çocuklarda çürüksüz birey sayısı 1991 de %40, 2001 yılında % 50 olması sağlanacaktır.)
- 1990 yılından 2002 yılına kadar 11-16 yaş arasındaki çocuklarda şeker, bisküvi, kek gibi tatlı gıdaların tüketimini % 10 azaltılması. (1990 yılında bu oran erkek çocuklarda % 74, kız çocuklarda % 65) 1997 yılında bölgesel aile sağlık servisleri yetkilileri tarafından sağlık eğitim hedefleri de benzer şekilde aşağıdaki gibi belirlenmiştir.
- 5 yaşına kadar olan çocukların en az % 50 sinin, 2002 yılında da % 75 inin ağız diş sağlığı temel prensiplerini öğrenmiş olması hedeflenmektedir.
- 1995 yılında waller'de sağlık otoriteleri ile sağlığı geliştirmeye yönelik çalışma yapan ekibin işbirliği ile okullarda sağlıklı yiyecek ve içecek bulundurulmasını hedeflemişlerdir ve okullarda gazlı içecek ve şekerli gıdaların ve benzeri zararlı tüketim maddelerinin okul sınırları içinde bulundurulmamasını sağlamışlardır.
- Aile sağlığı servislerinin girişimi ile bölge halkının % 60'ının içtiği suyun florlanması, bu kaynaktan yararlanamayanların da başka yöntemlerle floridlerden yararlanmaları sağlanmıştır.
- Ülkemizde de yerel, bölgesel ve ülke çapında DMF-T değerleri, dişeti tedavi ihtiyacı, protez ihtiyacı saptanmalı bu değerler doğrultusunda bölgenin öncelikli nüfus, insan işgücü, ekonomik koşullar da dikkate alınarak ihtiyaca yönelik sigorta paketlerinin kapsamı ve o bölgenin tahsisatları düzenlenmelidir.

4.1.1.1.1. ABD ve İngiliz Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Tek tip sağlık sisteminin uygulandığı hiçbir ülkenin bulunmamasına rağmen genel hatları ile sağlık hizmetlerinin sunumu seçeneklerini şu şekilde sınıflandırabiliriz. Hizmetin kamu yada özel sektör tarafından verilmesi ve kamu veya özel finansman açılarından bakıldığında sağlık sistemleri; kamu hizmet sunumu-kamu finansmanı, özel hizmet sunumu-özel finansman, kamu hizmet sunumu özel finansman ve özel hizmet sunumu-kamu finansmanı şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Tablo 142. Finansman-Sunum Sınıflandırılması.

Sunum Finasman	Kamu Hizmet Sunumu	Özel Sektör Hizmet Sunumu
Özel Sektör Finansmanı	---	ABD
Kamu Finansmanı	İngiltere (2.-3. Basamak hastane hizmetleri)	ABD (Medicare, Medicaid) İngiltere (GP finansmanı)

Biri birine tamamen zıt olan biri tamamen kamu diğeri tamamen serbest piyasa ekonomisi kurallarında taviz vermeden hizmet sunduğu İngiltere ve ABD'nin sağlık sisteminin karşılaştırılması ülkemizde de sunulan sağı hizmetlerinin değerlendirilmesine ışık tutacaktır.

İngiliz NHS Sistemi her İngiliz vatandaşının bir genel hekim listesine üye olmasından sonra vergilerle finanse edilen bu sistemden, ücretsiz olarak tüm birinci basamak sağı hizmetlerinden faydalanma imkanı vermektedir.

Buna karşılık Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun çoğunluğu özel sağı sigortasına sahiptir ve hizmet sunumu büyük ölçüde özel sağı kuruluşları ve serbest çalışan hekimler tarafından verilmektedir. Birinci basamak sağı hizmetleri örgütlenmesi çok güçlü değildir ve kişi başına düşen sağı harcamaları son derece yüksektir.

Amerikan modelinin en belirgin iki sonucu, sağı harcamalarının son derece yüksek olmasına karşılık ülkenin sağı göstergelerinin bu harcamalara uyumlu olacak kadar iyi olmamasıdır. Sağı harcamaları pahalı ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere yönelmekte, karlı olmayan birinci basamak hizmetleri özel sektörün ilgisi dışında kalmakta, ikinci plana itilmekte, birinci basamak hizmetleri kamu tarafından da iyi örgütlenemediği için bu pahalı ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere ekonomik gücü uygun olmayanlar maliyet-etkili birinci basamak hizmetlerden de yoksun kalmaktadır.

İşverenin sağlık güvencesi verip vermemekte özgür olması ve eğer sağlık güvencesi verirse hangi hizmetlerin verileceği ve bunun nasıl idare edileceği konularında özgür olması, hizmet sunucuların finansmanının, kar amacı güden ve birbiriyle rekabet içinde olan sigorta şirketleri tarafından yapılmakta olması 1991 yılındaki tahminlere göre bu nedenle oluşan idari giderler toplam sağlık harcamasını %19-%24'ü arasında gerçekleşmesine neden olmuştur. Toplumun bir sağlık şemsiyesi altına alma çalışmaları ABD'de özel hastaneler ve hekimlerin bir araya gelmeleri ve Health Maintenance Organisations (HMO) ya da Preferred Provider Organisations (PPO) adı verilen örgütler oluşturmaları ile sonuçlandı. Bu organizasyonlar işverenler ve sigorta şirketleri ile hizmet anlaşmaları yapabilmek için rekabet içinde çalışırlar.

NHS reformlar son reformlarla serbest piyasa ekonomisinin hizmet finansman ve sunumunu birbirinden ayırarak rekabet koşulları yaratmaya çalışmıştır. Bu yöntem tahsisat ayırma yerine global bütçelerin yapılmasını sağlamıştır. Ülkemizdeki ağız dış sağlığının sağlık bütçesinin yeri de bu özelliğindedir. ABD sistemi ile NHS karşılaştırıldığında tüm nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimi, birinci basamak hizmetlerin etkili organizasyonu, idari giderlerin düzeyi, işletme düzeyinde kaynak kullanımında verimlilik, sistem genelinde kaynakların öncelikli alanlara aktarılması ve toplam sağlık giderleri gibi özelliklere göre, NHS'in ABD sisteminden önemli ölçüde üstünlüklere sahiptir. Bu karşılaştırma toplumun tüm bireylerine ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin hakkaniyet ölçüsünde verilebilmesinin ancak bir kamu düzenlemesi ile gerçekleşebileceğini göstermektedir.

Öte yandan ister kamu ister özel sektör tarafından finanse edilsin, ve ister kamu kurumlarından ister özel kuruluşlardan hizmet alınsın, hizmetin karşılığını ödeme modelleri, maliyetler ve hizmet kalitesi üzerinde de önemli etkiler yapmaktadır.

Tablo 143. İngiliz ve Amerikan Sistemlerinin Karşılaştırılması.

	İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi (NHS reformları öncesi)	İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi (NHS reformları sonrası)	ABD Özel Sağlık Sistemi
Tüm nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimi	+	+	-
Etkili 1. Basamak hizmetler	+		-
Düşük idari giderler	+	+-	-

4.1.1.1.2. İngiliz ve Amerikan Ödeme Modelleri

1.Bütçe Tahsisi

Bu modelin en sık karşılaşılan tipi temel harcama kalemleri önceden belirlenir bu kalemler arasında para aktarımı zordur. Ülkemizde bu model uygulanmaktadır. Bu modelin hedefi harcamaları kontrol altında tutumak, zayıf kurum yönetiminin olumsuz etkilerinden kaçınmaktır. Ancak bu model idarecileri verimliliği arttırmaktan çok bütçe kalemlerinin tümünü harcamaya yöneltir. Bu model 1991 öncesi İngiliz sağlık sisteminde hastane finansmanında uygulanmaktaydı.

Bütçe tahsisinde daha az karşılaştığımız ikinci yaklaşım, global bütçelerdir. Bu model belirli periyottaki harcamaları karşılamaya yönelik ve bir bütün olarak yapılan tahsistir. Global bütçeyi kullanan kuruluş, bütçe dağılımını yapmakta geniş özgürlüğe sahiptir. 1991 sonrası İngiliz sağlık sisteminde hastane finansmanı bu modele uymaktadır.

Global bütçelerin temel özellikleri bütçe, kalemlerine bölünmemiştir. Yöneticiler kaynakları istediği yerde kullanmakta özgürdür. Ancak yöneticiler performanstan sorumludur. Bu modellerde idari giderler düşüktür.

Ağız dış sağlığı sisteminin ABD ve ülkemizde de büyük oranda görüldüğü gibi serbest piyasa koşullarına terk edilmesi zaten bu nedenle ortaya çıkan sağlık sorunlarını çözmeyeceği açıktır.

2.Kişi Başına Ödemeler (Kapitasyon)

Bu modelde hizmet sunucular belirli bir dönemde, belirlenmiş hizmetleri vermekle yükümlü olacakları kişi sayısına oranlı bir ödeme alırlar. İngiltere sağlık sisteminde serbest hekim statüsündeki genel pratisyenlerin ödeme modeli böyledir. Bu model fonu kullananların maliyetleri azaltmaya, olabildiğince maliyet-etkili hizmetlere yöneltmesidir. Olumsuz yönü, yetersiz ve düşük kalitede hizmet sunumudur. Bu nedenle kalite güvencesi programları ile desteklenmesi gereklidir. Bu modelde de idari giderlerin toplam harcamaya oranı oldukça düşüktür.

3.Birim Hizmet Başına Ödemeler

Bu model en çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kullanılmaktadır. Geriye dönük ödeme modelidir ve her hizmet birimi için belirlenmiş fiyatlarla faturalama esasına dayanır. Bu modelde örneğin bir ameliyat faturası, yapılan tüm analizleri, konsültasyonları, anestezi ve ameliyathane kullanım ücretini, operatör ve asistan ücretlerini, kullanılan ilaç ve malzemeyi ve hemşirelik hizmetlerini tek tek içerir. Arzın arttırdığı talep ve son derece açık uçlu bir ödeme modeli olması nedeniyle hizmetlerin aşırı kullanımına (sunumuna) neden olmaktadır. Birim hizmet başına ödemelerin diğer olumsuz yanı da yüksek yönetim giderlerinin olmasıdır.

Ülkemizde kamu kuruluşları Örneğin emekli Sandığı özel kurumlardan dış sağlığı hizmetlerini bu yöntemle satın almaktadır.

Kısaca farklı ödeme modellerinin olumlu ve olumsuz etkilerinin olduğu, hiç bir modelin net bir şekilde diğerlerinden üstün olmadığı bilinmeli, Ülke ihtiyaçlarına uygun ödeme modelinin seçilmesi ve bunun sürekli denetlenmesi, gerekli reformların sürekli yapılması yeni kurulacak ağız diş sağlığı sigorta sistemlerinin önemli konularında biri olacaktır.

Avrupa'da Ağız Diş Sağlığı Sistemlerinin Karşılaştırılması

Avrupa'da sürdürülmekte olan sağlık sistemlerinin kısaca gözden geçirilmesi ülkemize yönelik değerlendirmeler içi de yararlı olacaktır. Genel sağlık sigortalarının ilk uygulaması 1883 yılında Almanya'da başlamıştır. İş verenler tarafından kurulmuştur ve "Bismarck" modeli olarak bilinmektedir, Çalışanlardan toplanan pirim esasına dayanmakta olan bu sosyal güvenlik modeli bazı değişikliklerle Avrupa ülkelerinde de uygulanmaktadır. (44)

Sosyal refahın geçerli olduğu gelişmiş Avrupa ülkelerinde sağlık sigortaları'nın örgütlenmesi ve finansmanı devletin kontrolünde, sigortacılık temel esasları doğrultusunda gelişmektedir Avrupa'da tüm sosyal sigorta modellerinin esasının aynı olmasına rağmen, ülkelerin sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklar nedeniyle biri birlerinden oldukça farklıdır.

Sosyal sigorta esasına dayalı sigortaya sahip ülkelerin sağlık fonlarının geliri sigortaya yapılan katkılardan sağlanmaktadır. Örneğin, 1990 yıllarında Fransa'da toplam sağlık hizmetlerinin finansmanının %70'i Almanya ve Hollanda'da da %60'ı bu fonlara yapılan katkılar aracılığı ile sağlanmıştır. Tüm ülkelerde sosyal sigorta

fonları devlet tarafından genel vergi gelirlerden sübvansé edilmektedir (44, 173, 174).

Sosyal refah ilkesini benimsemiş Avrupa ülkelerinde sigortacılığın özellikleri şunlardır. Sosyal sigortayı zorunlu kılarak riskin yayılması, işveren katkı payı, kar amacı gütmeyen kamu ve yarı kamu kuruluşların aracılığı ile sigorta hizmetinin sağlanması, düşük ve yüksek gelirli kişilerin arasındaki dengeyi sağlayacak bir sistemin geliştirilmesi (44).

Dünyada ve ülkemizde devletin veya kamu kuruluşlarının sağlamakta olduğu değişik sosyal güvenlik paketleri çoğunlukla, çalışan sigortalıyla beraber aileyi de kapsamaktadır (Aktif ve pasif sigortalı).

Fransa'da özel sağlık sigorta fonları devlete bağı olmayan yarı kamu kuruluşlarıdır. Almanya'da bu kuruluşlar özel veya kar amacı olmayan kuruluşlar veya "Kamu Ortaklıkları" diye adlandırılmaktadır. İsviçre'de kar amacı gütmeyen özel sağlık sigorta şirketleri bulunmaktadır. Bütün bu ülkelerde sağlık sigorta fonları bağımsız olmalarına rağmen hükümetin sıkı denetimi altındadırlar (44).

Avrupa ülkelerinde sağlık sigortası ve hastalık fonlarının sayıları ve özellikleri bakımından aralarında önemli farklılıklar vardır (127,164,175,176).

Fonların organizasyonları da farklılıklar göstermektedir. Fransa'da fonlar meslek gruplarına, Hollanda'da coğrafi, Belçika'da dini ve siyasi ilişkilere göre organize edilmektedir. Avusturya ve Almanya gibi ülkelerde organizasyonlar, meslek, bölge, yer ve işletmeler gibi değişik gözetilerek gerçekleştirilmektedir.

- Avrupa'da sağlık sistemi değişkendir ve bu değişimden ağız diş sağlığı hizmetleri de etkilenmektedir.
- Bir çok Avrupa ülkesinde ağız diş sağlığı finansmanını hastaların, özellikle erişkinlerin doğrudan ödemeleri etkilemektedir. Hemen hemen tüm ülkelerde diş sağlığı harcamalarının bir bölümünü karşılayan bireysel prim ödemeli özel alternatif sigortalar bulunmaktadır.
- Ağız diş sağlığının devlet tarafından organize edildiği ülkelerde harcamaların çoğu tipik halk servislerinde yapılır. Doğrudan veya kollektif ödeme yoktur. Özel ihtiyaçlar için ödeme yapılmaz.

- Finansmanı devlet tarafından veya zorunlu sosyal sigorta ağırlıklı 18 ülkeden yedisinde etkin diş sağlığı sigortaları bulunmaktadır. Avusturya, Fransa, Almanya, Lüksemburg, Hollanda ve İsveç'te sigorta kurumları, üyelerine tam veya tama yakın sigorta paket programları sunmaktadır. Bu sistemler Avrupa Birliğinde 180 milyon, yaklaşık Avrupa'nın yarısına hizmet sağlamaktadır.
 - Devlet birçok bağımsız sigorta ajansının çalışma çerçevesini çizer. Bir tarafta hekimler, diğer tarafta hastalar ve işverenler arasında fon akışını düzenler.
 - Sosyal sigortaların ağız diş sağlığı hizmetlerinin ana hatları her ülkede üyeliğin sağlanması için katılımcının gelirinden uygun miktarda kesinti yapılır.
 - Bazı kesimlerde ve sektörlerde sigorta zorunludur.
 - Üyelerin yakınları da sigortaya dahil edilir.
 - Sağlık hizmeti sunan bazı birimler, belirli oranlarda tam veya yarım tahsisat almaktadır.Yönetim, hemen hemen tüm sistemlerde bakım bedellerini dolaylı olarak öder ve ister özel ister sigortadan olsun hizmet bedellerini ödenebilir düzeyde tutulmasını sağlar.
 - Avrupa nüfusunun büyük bölümünde ağız diş sağlığı hizmetleri aşağıdaki özelliklere göre düzenlenmektedir.
 - 1.Özel diş hekimine yakınlık.
 2. Farklı tedaviler için hastadan talep edilen farklı ücret miktarı
 - 3.Her ülkede çocuklar, işsizler, savaş emeklileri, hastanede yatanlar, özürölüler için özel yardımcı finans desteği vardır.
 4. Devletin sosyal sigorta sistemi içinde organize ettiği standart, sübvans edilen koruyucu ve tedavi edici hizmet paketleri vardır.
- (117,173, 174)

Ülkemizde bir Diş hekiminin ortalama yılda 600-800 kişiye koruyucu ağız diş sağlığı hizmeti verebileceği düşünölürse, hemen tüm diş hekimlerinin sistem içinde yer alması ve yurt sathında nüfus yoğunluğuna paralel olarak dengeli dağılması gerekecektir. Ağız diş sağlığı sigortalarının başarılı olabilmesi, bu güne kadar önerildiği gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlatılmalıdır. Devamlı diş hekimi kontrolü sağlayan örnekleri İngiltere (NHS), Almanya, İsveç gibi gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan zorunlu kamu sigortalarıyla veya birinci basamak sağlık hizmetini zorunlu tutan özel sigorta sistemleriyle (DHMO) sağlanabileceği görölmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ağız diş sağlığı sigorta sistemlerinin uygulanabilir olmasını sigorta kuruluşu, sigortalı bireyler ve diş hekimleri'nin birlikte çalışmalarını gerektirmektedir. Gerçekleşme olasılığı yüksek riski önceden ortadan kaldırmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri düzenli olarak verilmeli, hasta düzenli olarak kontrole gelmeli ve sağlığını korumaya özen göstermeli sigorta kurumu da bunun bedelini düzenli olarak sigortalıdan alıp hekime ödemesi gerekmektedir. Burada üzerinde durulması gereken en önemli unsur, birinci basamak sağlık hizmeti çerçevesinde ağız diş sağlığı eğitimini ve sağlık hizmetlerini verebilecek bilgi ve bilince sahip eğitilmiş diş hekimleri ve yardımcı personel yetiştirilmesidir (153). Ayrıca bu hizmetleri sunabilecek donanımda standart diş sağlığı birimleri teşvik edilmelidir. Ancak eğitilmiş diş hekimi, eksiksiz araç gereç ve bir diş hekiminden sürekli diş sağlığı hizmeti almayı sağlayan sigorta sistemi ile sorunların çözümü sağlanabilir.

Ülkemizde yapılan durum analizine bakılırsa çocukların erken yaşlarda DMF-T, DMF-T ve Gingival indeks bakımından çok kötü olmamasına rağmen ilerleyen yıllarda ağız diş sağlığı hızla kötüye gitmektedir. Genç bir nüfusa sahip olan ülkemizde uygun sigorta modelleri kapsamında çok erken yaşlarda sunulacak olan birinci basamak sağlık hizmetleri ağız diş sağlığı sorunlarının köklü çözümüne katkıda bulunacaktır. Sadece genç yaşlarda değil ilerleyen yıllarda daha büyük sorunlar yaratan erişkinlerin diş sağlığı sorunlarının birikimini de engelleyecektir. Sonuç daha az diş ve dişeti hastalığı, ilerleyen yıllarda daha az protez ihtiyacı olacaktır.

Ülkemizde ağız diş sağlığı durumunun iyileştirilmesi ve geliştirilmesi; gerek kamu kesiminin vermesi planlanan hizmetlerin, gerekse özel sağlık sigortası teminat paketlerinin, ulusal sağlık politikasına ve uluslararası toplantılarda belirlenen hedeflere uyum gösterecek biçimde düzenlenmesi ile mümkün olabilecektir. Özellikle de hedeflere ulaşılmasında izlenmesi gereken stratejilerin saptanırken, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda 'Ottawa Deklerasyonu vb gibi uluslararası toplantılarda alınan kararlara uyum sağlanması ve sağlığın dört boyutuyla düşünülmesi önem taşımaktadır.

Türkiye’de, ağız kanserleri, dudak damak yarığı gibi 3. basamak ağız diş sağlığı hizmetlerine yönelik primleri yüksek özel sağlık sigortalarının çok fazla yaygınlaşabileceği düşünülmemektedir. Özel sağlık sigortalarının da genç yaş gruplarına yönelik, koruyucu uygulamaların ağırlık kazandığı, 1. basamak diş hekimliği hizmetlerini, primlerini diş çürükleri ve dişeti hastalıkları açısından risk esaslı belirlemek koşuluyla planlamaları toplumun ağız diş sağlığının yükseltilmesine katkıda bulunacaktır.

Ülkemizde okul öncesi 0-4 yaş arası 5.805.166 (%08), ilköğrenim ve lise çağı 5-19 yaş arası 19.641.659 (%28), 0-19 yaş arası toplam 25.446.825 (%36) kişi bulunmaktadır. DMF-T değerinin düşük olduğu düşük tedavi, yüksek koruyucu hizmet ihtiyacı olan yaş gurubu %28 civarındadır. Bu yaş gurubuna verilecek koruyucu sağlık hizmetleri öncelik taşımaktadır. 19 yaşına kadar olan nüfusun büyük çoğunluğunun örgün eğitim içinde bulunması, ayrıca hizmet sunumunu kolaylaştırıcı etkendir.

- Bu araştırma, oransal olarak çocukların ve gençlerin tamamını, onlardan sorumlu ebeveynleri ile birlikte ülke nüfusunun %59’unu kapsamaktadır. İstanbul’un nüfusu 9,198,809 kişi olduğuna göre katılımcılar ve onların çocuklarının yaş gurubu İstanbul nüfusunun % 54’ünü kapsayacağı düşünülebilir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunum Ekibi

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin, ailelerin, ve toplumun sağlık servislerinde ilk karşılaştıkları sağlık hizmeti basamağıdır. Bu ekibin üyeleri sadece diş hekimleri değildir. Doktorlar, hemşireler, ebeler, sosyal hizmet çalışanları eczacılar, ve diğer sağlık çalışanları, öğretmenler ve din adamlarıdır.

Ev ziyareti yapan ebe, hemşire ve diğer sağlık ziyaretçilerinin de anneler ve çocuklara gerekli bilgileri vermeleri ve düzenli aralılarla hatırlatmalarda bulunmaları, din adamlarının topluma ağız diş sağlığı konusunda uyarıda bulunmaları, öğretmenlerin öğrencilerini bilgilendirmeleri, okul kantinlerinin düzenlenmesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli yer alacaktır. Her eğitimli diş hekimi diğer birinci basamak sağlık hizmeti sunucukları için birer danışma merkezi olacak bu özellikteki sigortalıların pozitif dışsalılık sağlamalarına katkıda bulunacaktır. Sağlık danışmanı olarak öğrenciler ve toplum, birinci basamak hizmet merkezi olarak eczanelere de oldukça fazla başvuruda bulunmaktadır.

Kitle iletişim araçları aracılığı ile yapılan sağlık eğitimleri beklenenin tersine hedef kitle üzerinde çok az oranda bilgi ve tutum değişikliğini gerçekleştirdiği gösterilmiştir (34).

Reklamlar aracılığı ile verilen mesajlar diş hekimine düzenli devam etmeyen bireyler tarafından tam olarak algılanamamaktadır. Evlere dağıtılan broşürler, toplu taşıma araçlarına asılan afişlerden çok gazete ilanlarının daha etkili olduğu görülmüştür. Pahalı ve ayrıntılı kampanyaların beklenen başarıyı sağlayamadığı, emek ve harcamaların boşa gittiği görülmektedir (34).

SİGORTA MODELLENMESİ:

Ülkemizde toplumun farklı sosyo-ekonomik kesimlerinin yapısına uygun farklı kapsamda özel ağız diş sağlığı sigortası ve zorunlu sigorta kapsamına uygun topluma yönelik sigorta hizmetini modeli planlanmalıdır.

Özel muayenehanelerden alınabilecek hizmetlerin'in özellikleri ;

1. Diş hekimleriyle iki yıllık kontrat yapılmalıdır.
2. Sigorta kapalı panel esasına göre düzenlenmeli, diş hekimleri sigorta sistemine girmeden önce programlanan eğitimi almış olmalıdır.
3. "Birinci Basamak Ağız Diş Sağlığı Hizmeti" standartları belirlenmeli "Uygunluk Belgesi" olan muayenehanelerle sözleşme yapılmalıdır.
4. Sigorta standartlarına uygun eğitim ve uygulama materyalleri, uygulama talimatlarını kapsayan rehberler hekime sağlanmalı veya nasıl sağlayabileceği bildirilmelidir.
5. Hekimler sigortalıların kayıtlarını düzenli tutumak ve istendiğinde bir kopyasını ilgililere veya hekimini değiştiren hastaya vermek veya yeni sözleşmeli hekime göndermek zorundadır.
6. Bir hekim en fazla 3 çalışma işgünü veya 6 yarım gün esasına göre her bireyi en geç 6 ayda bir kontrol edeceği varsayılarak sigortalı hasta kabul edebilecektir.
7. Sigortalı hastalara ayrılan gün ve saatler önceden belirlenerek ilan edilmeli bu saatler içinde özel hasta kabul etmemeye özen göstermelidir.
8. Sigorta kapsamında ilk defa çalışmaya başlayan hekime, sisteme uyum sağlayıncaya kadar birinci yılda haftada 3 gün, günde 4 hasta yılda 288, yaklaşık 300 bireyle sözleşme yapmasına izin verilmelidir. Daha fazlasına izin vermek hekimin başarısızlığına, sistemin zarar görmesine neden olur.

9. Sigorta kapsamında çalışan hekimleri, çalışma ve ödeme planları özendirici olmalıdır. Deneyimli hekimlere daha fazla para ödenmelidir. Belirli aralıklarla (Ör. 5 yıllık aralıklarla) sigortadan alacakları kişi başına ödeme arttırılmalıdır. Bu uygulama deneyimli hekimleri sistem içinde tutumaya yarayacaktır. Ancak bu fark, sigorta kurumunu ve hastayı bu hekimle sözleşme yapmayı caydıracak oranda olmamalıdır.
10. Başarılı hekimler ödüllendirilmeli, 2 yıl sonra sisteme en az ödeme yaptıran hekimlere, (Örneğin; Ortalamanın sol tarafında kalanlara % 20 lik dilimler halinde 5 ayrı oranda) yıl sonunda pirim ödenebilmelidir. Fazla ödeme yaptıranlara da bunun nedenleri sorulmalıdır.
11. Kontrat bitiş tarihinden itibaren bir yıl süreyle diş hekimi sözleşmeli hastasına karşı sorumlu olmalı, ortaya çıkacak birden fazla kaviteli çürüklerin dolgu bedeli, yeni sözleşmeli hekimine ödenmek üzere mahsup edilmelidir.
12. Yılda bir dolgu bedeli, katkı payı alınmadan kişi başına ödeme kapsamında sözleşmeli hekime ödenecektir.
13. Sisteme 19 yaşından sonra girmek isteyen bireylerin yıllık sigorta bedelini yatırdıktan sonra başlangıçta bulunan 2. basamak tedavileri, bütçe uygulama talimatında (BUT) belirtilen fiyata ek olarak % 20 katkı payını cepten ödeyerek yaptırdıktan sonra sisteme dahil olabilirler.
14. Grup sigortası özendirilmeli, mümkünse ailenin tüm fertleri sigorta kapsamında olmalı
15. Koruyucu hizmet alan bireyler, belirli bekleme süresinden sonra (3 yıldan az 5 yıldan çok olamaz) sigorta kapsamı dışında kalan protez ve ortodontik tedaviler dahil Türk Diş Hekimleri Birliği'nin hazırladığı asgari ücret tarifesinin % 20-40' ı arasındaki oranlarda indirimli hizmet alabilmelidir.
16. Sigorta süresinin uzunluğuna bağlı olarak (5-10-15 yıllık aralıklarla) hastalara kron köprü ve parsiyel ve total protez parası ödenmelidir. (Sigorta sistemi sigortalının sürekli sigortalı olmasını ödüllendirmelidir.)
17. Diş hekimlerinin en az bir yardımcısı olmalı ve BBSH konusunda eğitim almış olmalıdır.
18. Kamu sigorta sistemi özel sigortalardan kısmen veya tamamen hizmet satın almalıdır. Örneğin Kamu diş hekimleri sağlık eğitimi ve gargara programlarını takip ederken özel muayenehane hekimleri jel programlarını ve 1. basamak kapsamındaki tedavi hizmetlerini yürütebilmelidirler.

19. Sigorta kapsamındaki diş hekimlerinin standart diş laboratuvarlarından hizmet almaları sağlanmalı, bu laboratuvarlara da standart belgesi verilmelidir.
20. Uygulama önce pilot bölgelerde uygulanmalı sistem aşamalı olarak genişletilmelidir.
21. Her bölgeden belirli sayıdaki muayenehane sistemi denetleyebilmek için araştırma merkezi olarak tespit edilmeli ve bu merkezlerden gelen bilgiler analiz edilmelidir. Sistem bu merkezlerden gelen bilgiler aracılığı ile dinamik tutulmalı kurallar güncellenmeli ve aksaklıklar giderilmelidir.

Standart muayenehanede bulunması gerekenler:

1. Kayıtların tutulabilmesi için uygun standartta bilgisayar ve printer. Ayrıca Internet bağlantısı bulunmalıdır. (Sürekli diş hekimi eğitimi verebilmek ve güncel sorunları takip edebilmek için...)
2. Basılı eğitim ve kayıt formlarının da bulunduğu muayenehane kayıt ve eğitim paket programı. Bu programın parasal işlemleri bölümü sigorta yönetiminin izin verdiği şekilde kullanılabilir ve değiştirilebilir.
3. Hastanın öz ve soy geçmişi adres vs. gösteren kayıt bilgi formu (Anket kimlik tespit formu)
4. DMF τ , Gİ, Pİ, CPI, BBİ, (Pİ, CPI, BBİ özellikle ilk iki yıl özenle takip edilmelidir). Mevcut Dişleri gösteren (Form 2/1) ve protez ve acil müdahale, konsültasyon ihtiyacını gösteren (Form2/2) bilgi formları
5. Diş ve ağız anatomisi, biyo-film ve beslenmesini anlatan kitap, Çürük ve dişeti hastalıklarının gelişimini anlatan resimli katalog, model çene ve diş fırçası, bazik fuksin veya başka plak boyası, (Ödüllendirme materyalleri; Ağız diş sağlığı için özel hazırlanmış çıkartmalar, başarı sertifikaları, kitapçıklar, boyama kitapları vs.)
6. Beslenme ve fırçalama analiz ve takip formu.
7. CHX patları, Önerilen NaF preparatları, uygulama kaşıkları, fissür örtücü, (Hekime bunların kullanımı ile ilgili ayrıntılı bilgi kitapçıkları)
8. Tükürük akış hızı, tamponlama kapasitesi, Mutans ve lakto basil (Çürük aktivite testi araçları) analizi yapabilecek set veya bunları laboratuara gönderebilmek için gerekli araçlar.
9. İhtiyaç duyuldukça zamanla x-ray dışındaki ışıklı ve diğer çürük teşhis cihazları.

6-19 yaş gurubu için

- Muayene formlarına uygun olarak ilk durum tespiti yapılacak
- Risk sınıflaması yapılacak (Bilgisayar kayıt programı bunu otomatik yapacak şekilde planlanmalı)
- Sağlık eğitimi
- 3-8 numaralı dişler arasından “toplam 4 ısırtma film veya panoramik ” x-ray çekilecek,
- Yılda iki defa diş taşı temizliği,
- 6 yaş dişleri dolguları ve diğer dişlerde bir yüzlü dolgular,
- 6 yaş dişlerine fissür örtücü yapılacak.
- Programa uygun olarak fluor uygulaması gerçekleştirilecek.
- Risk grupları için;
 1. Diyet analizi
 2. Aylık Flor Jeli uygulaması
 3. CHX gargara
 4. Çürük aktivite testleri uygulanacak, (Yüksek risk grupları) bedeli hekime ayrıca ödenecektir.

Hizmetten katkı payı alınmadan yararlanacaklar.

1. Gebe kadınlar
2. 2.5 yaşına kadar çocuğu olan anneler.
3. Okul öncesi çocuğu olan anneler (ilk çocuk için geçerli)
4. 19 yaşına kadar gençler
5. Engelliler
6. Hastanede ve huzur evinde kalan yaşlılar.

Hekime geri ödeme yöntemleri.

- Hekime geri ödeme yöntemleri hekimi çalışmaya teşvik edici olmalı. Ödemeler ilk 5 ay içinde aylık veya bir yılda 3 er aylık 4 ayrı taksitte yapılmalıdır.
 - Katkı payları hasta tarafından hekime tedaviden önce ödenmelidir.
- Bireylere kişi başı ödeme esasına göre (Per-Capita) yapılan ödeme karşılığında katkı payı alınmadan aşağıdaki hizmetler verilmelidir.

Öneriler

1. Ülkemizin farklı bölgelerinde ihtiyaç, arz, talep analizinin yapılması
2. Önerilen programın, maliyet-etkinlik, maliyet- yarar analizlerinin yapılması
3. Maliyetlerin ülkemiz sağlık harcamaları açısından değerlendirilmesi

4. Farklı bölgeler için insan gücü ve hizmet kapasitesi analizinin yapılması
5. Ağız-diş sağlığı hizmetlerinin kalite güvence standartlarının belirlenmesi
6. Ağız diş sağlığı açısından enformasyon sisteminin kurulması

5.1. Özet

Bu araştırmanın amacı, bireylerin sosyo ekonomik durumları, ağız diş sağlığı algıları, bilgi, tutum ve davranışları, mevcut sağlık sistemini kullanımları ve memnuniyetleri, ebeveynlerin çocuklarına karşı tutum ve davranışlarını belirleyerek. öncelikli yaş gruplarından başlayarak mevcut durumu değiştirebilmek için riskleri ortadan kaldırmaya yönelik ülkemiz şartlarına uygun ağız diş sağlığı sigorta modeli oluşturmaktır.

1977 yılında Alma-Ata'da yapılan Dünya Sağlık Asamble'sinde sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesinin ön plana çıkması, tüm dünyada sağlık sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesine neden olmuştur.

Sağlık ekonomisi ve sağlık sigortaları da sağlık sisteminin bir parçasıdır ve yukarıdaki değişimlerden etkilenmektedir Tüm dünya ülkelerinde sağlık harcamaları her yıl artmakta ve bu artış gelişmiş ülkeler için bile sorun olmaktadır. Türkiye'de; kayıt sisteminin yetersiz olması, riskin gerçekleşme ihtimalinin çok yüksek olması ülkemizde ağız diş sağlığı sigortalarının uygulanmasına olanak tanımamaktadır.

Ülkemiz şartlarına uygun ağız diş sağlığı sigortası modellemesi gerçekleştirebilmek amacıyla ihtiyaçlar, sağlık uygulamaları, elde edilen sonuçlar, sistemden, hizmet sunucusundan ve bireylerden kaynaklanan sorunlar diğer ülkelerle karşılaştırılmıştır.

Araştırmanın evreni olarak (Türkiye'nin yaklaşık 1/6'sının içinde yaşadığı ve ülkenin sosyo-kültürel açıdan bir modeli olan) İstanbul seçilmiştir.

İlk ve orta öğretimde çocukları bulunan velilere erişebilmek için bu semtlerde bulunan okullar tabakalı rastlantısal yöntemle seçilmiştir. 1300 adet anket formu dağıtılmıştır. Dağıtılan formlardan 964 anket formu, yaklaşık %66,9'u geri dönmüştür. 868 form araştırmada kullanılmıştır. 96 form değişik nedenlerle araştırmaya dahil edilmemiştir.

Sorular iki bölüm,den oluşmaktadır. Birinci bölümde kimlik bilgilerini öğrenmeye yönelik sorulara ilave olarak ortalama aylık gelir miktarı, sahip olunan sosyal güvence, telefon ve adres bilgilerini elde etmeye yönelik toplam 12 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde 16 soru yer almaktadır.

Elde edilen bulgular, ülkemizde ağız diş sağlığı sigortasının, devletin zorunlu sigorta kapsamında öncelikli yaş gruplardan başlatmasını, daha sonra toplumun

diğer sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına göre sağlık ihtiyaçları gözetilerek yaygınlaştırılmasının gerektiğini göstermektedir.

5.2. İngilizce özet

Developing An Oral Health Insurance Model for Our Country

Summary;

The aim of this study is to establish an oral health insurance model that is appropriate for our country's conditions and aiming to decrease the risks in order to change the present situation in priority age groups by determining the individuals socio-economic status, their oral health perceptions, knowledge, attitude, behavior, usage and degree of satisfaction the existing health system.

In 1977 WHO Assembly that took place in Alma-Ata among the health promotion approach has caused a re-planning of the health systems. Health insurances are the components of a health system. In all countries the health expenditure has been increasing every year. The lack of priority given to oral health, insufficiency of the registering system, deficiency of oral health information, high probability of risk realization do not make the application of oral health insurance possible In Turkey. In order to develop an oral health insurance model, the systems applied and in various countries have been examined and a research plan was developed. In the Asian part of Istanbul, a questionnaire was applied to 964 persons chosen by randomized method. This questionnaire contains two parts the concerning, first for personal information and the second investigating information about the 4 dimensions of health. The statistical analysis were performed using chi-square, student's t and Spearman correlation tests. The findings show that, oral health insurance that can be carried out in our country is to be appropriate and differentiated according to public's health attitude, quality of life and purchase power. This system should be first used for the priority groups included in to the state's compulsory insurance and should cover at the beginning the primary oral health care; then the private sector should follow the same plan.

5.3. Kaynaklar

Kaynaklar

1. Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı, Örgütlenme, Sunumu Kurultayı. Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı Çalışma Gurubu Raporu. Mersin: (20.06.2000)
2. Akkaya M. Periodontal hastalıklar açısından koruyucu hekimlik, Türk Diş Hekimliği Dergisi Özel Sayı 1998;44:46.
3. Aktan C C. (editör), Yoksullukla Mücadele Stratejileri, Hak-İş Konfederasyonu yayını, 2002.
4. Aktı E.A. Bilgi işleme modeline göre yapılan sağlık eğitiminde farklı fırçalama yöntemlerini etkinliğinin incelenmesi. Doktora Tezi.İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 2001
5. Alexander D, Chesmore R, Galley R, Goddard L. Özel sağlık sigortaları teori ve uygulamaları, Çev. Gediz E, Artan Ş, İstanbul: Türk Sigorta Vakfı Yayınları no.46. 1996
6. American Dental Association. Insurance. <http://www.ada.org/public/manage/insurance/index.asp> (20.10.2004)
7. American Dental Association. Insurance: Direct reimbursement. <http://www.ada.org/public/manage/insurance/dr.asp> (20.10.2004)
8. American Dental Association. Insurance: Direct reimbursement. http://www.ada.org/public/manage/insurance/dr_customize.asp (20.10.2004)
9. American Dental Association. Insurance: Direct reimbursement. http://www.ada.org/public/manage/insurance/dr_advantages.asp (20.10.2004)
10. American Dental Association. Insurance: Direct Reimbursement. http://www.ada.org/public/manage/insurance/dr_costomize.asp (20.10.2004)
11. American Dental Association. Insurance: Medicare&Medicaid. <http://www.ada.org/public/manage/insurance/madicare.asp> (20.10.2004)
12. American Dental Plan Florida: Employee benefits, 2001 <http://www.amdentalplan.com/employ.html> (20.10.2004).
13. Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe Part 1:Finance and entitlement to care. Community Dental Health 1998; 15:145-49

14. Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe Part 2: The dental workforce. Community Dental Health 1998; 15:243-47.
15. Artan Ş. Hastalık sigortaları ders notu, İstanbul: Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı (46). 1999-2000.
16. Asuna K T. Sigorta işletmelerinde maliyet unsurları ve maliyet oluşumu, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2000; 2 (3) <http://www.sbe.deu.edu.tr/SBEWEB/dergi06/kutlu.html> (11.07.2002).
17. Axelson P: An introduction to risk prediction and preventive dentistry, quintessence books 2000; (1)quintessence publishing Berlin,
18. Bailit H. Dental insurance, managed care and traditional practice, JADA 1999;130:1721-27
19. Başbakanlık DİE. Nüfus kütüklerine kayıtlı nüfus yaşa ve cinsiyete göre dağılım (04.12.2004)
20. Başoğlu İ, Demirhan E A. Sağlık sigortası ve etik sorunlar. İstanbul: Nobel Kitapevi, 2003: 5-42
21. Beazoglou T, Bailit H, Heffley D. The importance of productivity in estimating need for dentists, JADA 2002; 133: 1399-04.
22. Beazoglou TJ, Guay AH, Heffley DR. Capitation and fee-for-service dental benefit plans economic incentives, utilisation, and service-mix. JADA 1988; 116: 483-87
23. Bellamy CA, Brickly MR, Mc Andrew R. Measurement of patient-derived utility values for periodontal health using a multi-attribute scale. J Clin Periodontal 1996; 23: 805-09.
24. Bernstein H: "Free" dental care for children, J. Can. Dent. Assoc; 1999; 66: 246-7
25. Bertan M, Güler Ç. Halk sağlığı temel bilgileri: Güneş Kitabevi Ankara 1995; 391-18.
26. Bora N. İlk öğretim evresinde ağız diş sağlığı eğitiminde bilgi işleme modeli'nin etkinliğinin klinik ve epidemiyolojik olarak incelenmesi: Doktora Tezi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul 2001
27. Bramson JB, Noskin DE, Ruesch JD. Demographics and practice of dentists' participating and not participating in managed care plans. JADA1997; 128: 1708-14.
28. Brian F, Parkin Dw: Patient charges and the use of dental services: Some evidence, BDJ1988; 19: 376-79

29. Brown LJ, Ruesch JD. Dentists' participation in capitation and preferred provider organization dental plans. JADA 2000; 131: 1485-89.
30. Brundland (ed) H. DSÖ Dünya sağlık raporu 2000-sağlık sistemleri performansı iyileştirmek (20.haziran.2004)
<http://www.un.org.tr/who/2000rapdegerlendirme.htm>
31. Buck D, Newton JT. The privatisation of NHS dentistry? A national snapshot of general dental practitioners. BDJ 2001; 190: 115-118.
32. California Dental Association. Selecting and using dental benefits: A consumer's guide to dental insurance.
<http://www.cda.org/public/dentalcare/consumer.html>. (10.01.2004)
33. Call RL. Dental management service organizations. JADA 1999; 130: 489-5.
34. Cohen LK, Gift HC. Disease prevention and oral health promotion, FDI. Copenhagen: 1995.
35. Colman M, Raman B. Can dental attendance improve QOL. BDJ 2001; 190; 262-65.
36. Colombet P, Bourgeois D, Vandeputte D. Needs, demands and manpower balance. Dentists/Populations FDI Commission, International Dental Journal; 1996 (46) : 543-47.
37. Cruz CD, Galvis DL, Kim M, Le-geros RZ, Barrow S_YL, Tavers M, Bachiman R: Self perceived oral health among three subgroups of Asian-Americans in New York City: a preliminary study. Community Dental Oral Epidemiol. 2001; 29: 99-106
38. Cunningham JG. Economic evaluation of healthcare, is it important to us?, BDJ 2000; 188 (5): 250-4.
39. Damiaon PC, Shugars DA, Johnson JD. Expanding health coverage and the implications for dentistry, J Public Health Dent 1992; 52 (2): 52-8.
40. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) 2. Baskı. Uludağ Üniversitesi Yayını.1-8: 1993
41. Dixon A, Mossialos E. Funding health care in Europe: Recent experience, <http://www.kingsfund.org.uk/pdf/funding.pdf>
42. Doğan F. Tükürük akış hızının azalmasının ağız-diş sağlığı açısından önemi ve tedavisi, Türk Diş Hekimliği Birliği Dergisi 1998;44:19-25.
43. Dolan TA, Gooch BF, Borquet LB. Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment. Community Dent Oral Epidemiol. 1991;1: 1-8.

44. DSÖ. Avrupa Bölge Ofisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Genel Koordinatörlüğü. Avrupa Sağlık Reformu.Eksen Tanıtım Ankara; Aralık 1998.
45. Ergüder T, Esin S, Kutlu L. İskandinav ülkeleri sağlık sistemleri, Sağlıkta Strateji, TC: Sağlık Bakanlığı SPGK: yayın organı; Eylül 1998:
46. Erling A. Methodological consideration in the assessment of health-related quality of life in children, Acta Pediatre Suppl, 1999; 428: 106-7.
47. Ersöz E, Oktay N. Alternatif çürük teşhis yöntemleri, Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2002;12 (2):56-63
48. Falcon HC, Richardson P, Shaw MJ, Bulman SJ, Smith GN. Developing an index of restorative dental treatment need. BDJ 2001; 190: 479-86
49. FDI "Fact and Figures". http://www.fdiworldental.org/resources/3_0facts.html (20.09.2004)
50. Gift HC, Atchinson KA, Dayton CM. Conceptualising oral health and oral health-related quality of life. Soc. Sci. Med. 1997; 44: 601-08
51. Gillcrist JA, Brumlay DE, Blackford JU. Community socioeconomic status and children's dental health. JADA 2001; 132: 216-22.
52. Graytte J, Holst D. Do young adults demand more dental services as their income increases? Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 463-9.
53. Greytten J. Effect of time costs on demand for dental services among adults in Norway in 1975 and 1985. Community Dent Oral Epidemiol. 1991; 19: 190-4.
54. Greytten J. How age influences expenditures for dental services in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 1990; 18:225-9.
55. Hayran O, Sur H. Hastane Yöneticiliği, Nobel Kitapevi İstanbul: 1997; 2-162
56. Hayran O, Sur H, Mumcu G, Söylemez D, Atlı H. Ağız dış sağlığı hizmetlerine yararlanım araştırması: Türk Diş hekimleri Birliği Araştırma Dizisi (4) Temmuz 2000; 15-65
57. Hayran O, Sur H, Mumcu G, Söylemez D, Atlı H. Sağlık Bakanlığı ve SSK tarafından verilen Ağız dış sağlığı hizmetlerinden yararlanım ve hasta memnuniyeti araştırması. Türk Diş hekimleri Birliği Yayınları Araştırma Dizisi 2; Temmuz 2000: 12-35
58. Hayran O, Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı, İstanbul: Yüce Yayım, 1998.
59. Hayran O. Sağlık hizmetleri için hangi kaynaklar kullanılmalıdır, Ankara: TDBD 2003; 78:34-36.

60. Helöe LA. A comparative study of costs for dental services and dentists incomes in The United States and Norway, Community Dent Oral Epidemiol 1994; 22: 65-70.
61. Hobdel M, Petersen E. P., Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. International Dental Journal 2003; 53 (5) 285-88.
62. Holloway PJ, Lennon MA, Mellor AC, Coventry P, Worthington HV: The Capitation Study 1.Does capitation encourage 'supervised neglect', BDJ 1990; 168 (3): 119-21
63. Holloway PJ, Lennon MA, Mellor AC, Coventry P, Worthington HV: The Capitation Study 2.Does capitation encourage more prevention?, BDJ 1990;167: 213-15
64. Holloway PJ, Lennon MA, Mellor AC, Coventry P, Worthington HV: The Capitation Study 3. The views of participating dentists and the profession. BDJ 1990; 168: 303-5
65. Howard B. Dental Insurance, managed care and traditional practice. JADA 1999; 130: 1721-27
66. Inglehart M R, Bagramian R A, Oral health related quality of life. Quintessence Publishing Quintessence Books, 2002
67. İstanbul Diş Hekimleri Odası. Diş Hekimliğinde insan gücü planlaması çalışma gurubu raporu, Mayıs 2003.
68. İzmir Diş hekimleri Odası. Sıfır çürük hayal mi? 2004;4: 1-8
69. Jessop NM, Kay EJ, Mellor AC, Whittle JG, Jenner A. Management information failing and future requirements for dental commissioning groups, BDJ 2001 (1); 130: 36-8.
70. Jessop NM, Kay EJ, Mellor AC, Whittle JG, Jenner A. The ability to successfully include primary dental care practitioners in commissioning groups. BDJ 2000;189:675-77
71. Jessop NM, Kay EJ, Mellor AC, Whittle LG, Jenner A. Past and present attempts to control health service expenditure and its effects on national health dentistry, BDJ 2000; 189 (11): 617-9.
72. Jones AJ, Adelson R, Niessen LC, Gilbert GH. Issues in financing dental care for the elderly. Journal of Public Health Dentistry 1990; 50 (4): 268-75
73. Jones CM. Capitation registration and social deprivation in England an inverse "Dental" care law, BDJ 2001; 190 (4): 203-6.
74. Kalenderoğlu M. Mikro İktisat, Ankara: Seçkin, 2002:

75. Kapar R. Şili Sosyal güvenlik sisteminde sağlık emeklilik sigortalarında yaşanan değişimler,
<http://www.sbe.deu.edu.tr/SBEWEB/dergi/dergi01/kapar.htm> (11.07.2002)
76. Karolinka Institutet Department of Public Health Sciences : Extract from the Report on Adelaide Conference, 07.11.2001;
<http://www.pns.ki.se/wnoccse/adelaide.htm>
77. Karolinka Institutet Department of Public Health Sciences : Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health,
<http://www.pns.ki.se/wnoccse/sundsvall.htm> (07.11.2001)
78. Karolinka Institutet Department of Public Health Sciences : The Bahrein Statement on Supportive Environments for Health 1995,
<http://www.pns.ki.se/wnoccse/bahrein.htm> (07.11.2001)
79. Karolinka Institutet Department of Public Health Sciences : The Bangkok statement on supportive environments for promoting health in the asia pacific region, 07.11.2001; <http://www.pns.ki.se/wnoccse/bangkok.htm>
80. Karolinka Institutet Department of Public Health Sciences : The Nairobi statement on sustainable supportive environments for health,
<http://www.pns.ki.se/wnoccse/nairobi.htm> (07.11.2001)
81. Karolinka Institutet Department of Public Health Sciences: Ottawa charter for health promotion, <http://www.pns.ki.se/wnoccse/ottawa.htm> (07.11.2001)
82. Karolinka Institutet Department of Public Health Sciences: The Jakarta declaration on leading health promotion in to the 21st Century,
<http://www.pns.ki.se/wnoccse/jakarta.htm> (07.11.2001)
83. Kawamura M, Honkala E, Widström, Komabayashi T. Cros-cultural differences of self reported oral health behaviour in Japanese and Finnish dental students, International Dental Journal. 2000; 50: 46-0.
84. Kawamura M, Iwamoto Y, Present state of dental health knowledge, attitudes/behavior and perceived oral health of Japanese employees, international dental Journal, 1999; 49:173-81.
85. Kawamura M, Yip HK, Hu D-Y, Komabayashi T. A cross-cultural comparison of dental health attitudes and behaviour among freshman dental students in Japan Hong-Kong and West China, International Dental Journal. 2001; 51: 159-3.

86. Kenney GM, Ko G, Ormond BA. Gaps in prevention and treatment: dental care for low-income children.
http://newfederalism.urban.org/series_b/b15/b15.html 2000; (4): 1-10.
87. Kırzioğlu Z, Şimşek S, Gürbüz T, Yağdıran A, Karatoprak O. "Erzurum, Bursa ve Isparta İllerinde, 2-5 yaş grubu çocuklarda çürük sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi Atatürk Üniversitesi Diş. Hek. Fak. Dergisi 2002;12 (2):6-13.
88. Kim K-J, et al. Oral health attitudes/behavior and gingival self-care level of Korean dental hygiene students, Journal of Oral Science. 2001; 43/1: 49-3.
89. Knecht MC, Keinanen-Kiukkaanniemi SM, Knuuttila MLE, Syrjala A-MH: Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens. J Clin Periodontal 2001; 28: 175-0.
90. Köprülü H. Önleyici tedavi ile diş çürüğü kontrolü, Ankara: Türk Diş Hekimliği Dergisi 1998; 44:38-42
91. Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kaariainen R: Dentist and patient opinions about the ideal dentist and patient-developing a compact questionnaire. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20: 229-34
92. Leake JL. The history of dental programs for older adults, J Can Dent Assoc. 2000; 66: 316-9. <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-66/issue-6/316.htm> (20.02.2001)
93. Locker D, et al. Family impact of child oral and oro-facial conditions, Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30:438-48.
94. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population, J Dent Res. 2000; 79 (4): 970-5.
95. Locker D, Ford J. Evaluation of an area-based measure as an indicator of inequalities in oral health. Community Dent Oral Epidemiol 1994; 22: 80-5.
96. Locker D: Issues in measuring change in self-perceived oral health status. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26: 41-7.
97. Loporto S. Understanding retirement finances A challenge everyone faces. JADA 2001; 132: 210-14.
98. Manski RJ, Moeller JF, Maas WR. Dental services: Use, expenditures and sources of payment, 1987. JADA 1999; 130: 500-508.
99. Manski RJ, Moeller JF, Maas WR: A comparison of dental care expenditures. JADA 1999; 130 (5): 659-666.

100. Metezade G. (Çeviren) OCDE ülkelerinde özel sağlık sigortalarında yeni gelişmeler <http://www.tsrbsb.org.tr/private/trk/sayi13/ince132.html> (9.11.2004)
101. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface, BDJ 2001; 191 (12): 666-0.
102. Mosha HJ, Schutz F: Perceived need and use of oral health services among adolescents and adults in Tanzania. Community Dental Oral Epidemiol 1993; 21: 129-32
103. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Oral health in America: A report of Surgeon General <http://www.nidcr.nih.gov/AboutNIDCR/SurgeonGeneral/ExecutiveSummary.htm>
104. Nelson EA. Health related quality of life measurement, EWMA Journal. 2002; 2. (1); 5-7.
105. Newton JT, Khan FA, Bhavnani V, Pitt J, Gelbier S, Gibbons DE. Self assessed oral health status of ethnic minority residents of south London, Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 424-34
106. NHS. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/04/04019304.pdf> (24.12.2004)
107. Nuttal NM: Initial development of a scale to measure dental indifference. Community Dent Oral Epidemiol 1996; 24: 112-6.
108. Nuttall NM. Dental health behaviour of Scottish dentate adults, <http://www.dundee.ac.uk/tuith/Articles/rt04b4.htm> (10.04.2002)
109. Oktay İ.Ü. Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı NHS Hizmet Sunumu Seminer Notları, İstanbul: 1996;1-4
110. Oktay İ, Koruyucu uygulamaların ve tıbbi yaklaşımın diş hekimliği pratiğinde yeri, TDBD 1998; 4-8.
111. Oktay İ. "Avrupa Topluluğu Üye Ülkelerde Sağlık Sigortası Sistemleri", Ders notları İstanbul: 1996
112. Oktay İ. "Diş Çürükleri Açısından Yüksek risk grubu Ölçütleri", Ders Notları, İstanbul: 1997
113. Oktay İ. Ağız diş sağlığı ve genel sağlık sigortası tasarısı taslağı, Ankara: TDBD 2003; 78: 58-59.
114. Oktay İ. Birinci Basamak Diş hekimliği Hizmetleri Seminer Notları,
115. Oktay İ. Ülkemizde diş hekimliği açısından sağlık sisteminin değerlendirilmesi, <http://www.arnil.net.tr/-bdo/ma02eg1.htm> (16.09.2002)

116. Olson C, Malkersson M. Is visiting the dentist a good habit? Umea economic studies 492. Umea University. SE-901 87. Umea: 1999.
http://netec.mcc.ac.uk/WoPEc/dental_papers/hhsumnees0492.html
117. Olson C. Essays in the economics of dental insurance and dental health, Umea economic studies 494, Umea University. SE-901 87 Umea: 1999.
118. Olson C. Optimal insurance- An application to Swedish dental insurance in 1993, Umea economic studies 493. Umea University. SE-901 87. Umea: 1999. http://netec.mcc.ac.uk/WoPEc/dental_papers/hhsumnees0493.html
119. Olson C. Supplier Induced Demand: An analysis of the Swedish dental care market, Umea economic studies 490, Umea University. SE-901 87 Umea: 1999.
120. Olson C. Visiting a dentist: Is dental insurance important? Umea economic studies 491. Umea University. SE-901 87. Umea: 1999.
http://netec.mcc.ac.uk/WoPEc/dental_papers/hhsumnees0491.html
121. Östberg AL, Halling A, Lindblad U: A gender perspective of self-perceived oral health in adolescents: Associations with attitudes and behaviours. Community Dental Health 2001; 18: 110-116.
122. Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik. Ankara 2001, DPT Yayınları, No:2561-ÖİK 577
123. Özgüven A. İktisat Bilimine Giriş 6. Baskı. Filiz matbaası İstanbul: 1991
124. Palmer C. "Understanding dental benefit plans" JADA 1993; 124: 53
125. Palmer C. Health system reform, JADA 1993; 124: 36-6.
126. Pine CM. Community Oral Health, Great Britain: Wright, 1997:
127. PNHP Physicians for a national health program. international health systems, <http://www.pnph.org/international.htm> (14.11.2001).
128. Reagan JG, Rutkauskas JS, Conklin CE. Medicare: Trends in reimbursing hospital dental practices, JADA 1993; 124: 89-2.
129. Renshaw J. Dental Pay In the 21st Century. BDJ 1993; 72-3.
130. Report of a WHO Study Group. Evaluation of recent changes in the financing of health services. Geneva. World Health Organization Technical report series 1991;.
131. Republic of Turkey Ministry of Health, Health Sector Reforms in Turkey, 1997;8:16.
132. Richard L. Dental management service organizations, JADA 1999; 130; 489-5.

133. Richards W, Ameen J. The impact of attendance patterns on oral health in a general dental practice, BDJ. 2002;193 (12) 697-702.
134. Rositter LF. Expenditures for dental services: findings from the national medical care expenditure survey, JADA 1983; 106: 186-93.
135. Sargutan AE. Türk sağlık hizmetleri yapı ve ürünleri'nin iyileştirilmesi. Ankara 1993, Sağlık-İş Yayınları
136. Sargutan AE. Türk sağlık politikası 3. Baskı. Kişi ve Toplum İçin Sağlık Yayınları, Ankara: 1996.
137. Sargutan AE. Türk sağlık sektörünün yapısı. Sağlık İş Yayınları Ankara 1993,
138. Saydam B G. Karbonhidratlar diş çürüğü ilişkisi ve sağlık eğitiminde beslenme bilgisi, Ankara: TDBD 1998; 44:26-33.
139. Saydam G, Oktay İ, Möller I. Türkiye'de ağız diş sağlığı durum analizi Tür-ağız Sağ-001 (DSÖ). 1990
140. Skaret E. Raadal M, Kvale G, Berg E: Reliability and validity of the dental indifference scale a population of 18-year-olds in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 330-5.
141. Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Alanen P, Alha P, Koskinen S. Self-reported dental health, treatment need and attendance among older adults in two areas of Finland, Community Dental Health. 2001; 18: 20-6.
142. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Sağlık Enformasyon Sistemleri, Ankara: Somgür Yayıncılık 1998.
143. řarлак Ö, Ozaner D. Türkiye'de ve gelişmiş bazı ülkelerde sağlık sistemi. Marmara Üniversitesi Sağ.Eğt.Fak. Sağ.Yön. Böl. Yayın No: 1.2002.
144. T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Sekizinci beş yıllık kalkınma planı sağlık hizmetlerinde etkinlik: DPT: 2561-ÖİK: 577; Ankara 2001
145. T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Uzun vadeli strateji ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı 2001-2005, Ankara 2000; 85-90
146. T.C alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Bağ-kur Genel Müdürlüğü. <http://www.bagkur.gov.tr/sigorta/kanunlar.shtml> (24.10.2004)
147. T.C alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı SSK: Genel Müdürlüğü <http://www.ssk.gov.tr/wps/portal/!ut/p/ s.7 0 A/7 0 CL> (24.12.2004)
148. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje genel Koordinatörlüğü. Türkiye sağlık reformu sağlıkta mega proje; Ankara 1992 (1): 2.25

149. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Sağlık 21 21.yüzyılda herkes için sağlık, Temmuz 2000; 9-37
150. T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü.
<http://www.emekli.gov.tr/5434/5434index1.htm> (24.10.2004)
151. Tabak S R. Sağlık eğitimi, Ankara: Somgür Yayıncılık, Haziran 2000.
152. TC. Sağlık Bakanlığı. Türkiye sağlık hizmetlerinde üç yıl. Mayıs 1999-2002
153. TDB 1. Dış Hekimliği Yardımcı Personel Kurultayı, Ankara: TDBD 2004;81:54-56.
154. TDB Dış İlişkiler Komisyonu, Sağlık Sistemleri, Ankara: TDBD 2003; 81:42-43.
155. Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu, 2.b.Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
156. The Association of Managed Care Dentists: Survey 2001.
<http://www.amcd.org/survey2001.html>
157. The Scottish Parliament, The Information Center. Europaeen health care financing end expenditure, RN 01/88 2001; 1-9.
http://www.scottish.parliament.uk/business/research/pdf_res_notes/m01-88.pdf (29.10.2003)
158. The University of Adelaide "Australia's oral health and dental services", Canberra: 1998. <http://www.adelaide.edu.au/socprev-dent/dsru> (29.10.2003)
159. The University of Queensland Centre for Primary Health Care: Declaration of Alma-Ata, <http://www.sph.uq.edu.au/cpnc/almaata.htm> (10.09.2002;)
160. Tokat M. Sağlık Ekonomisi, Anadolu Üniversitesi, Etam Web Tasarım Yayın No. 793. 1994
161. Tokat M. Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Genel Koordinatörlüğü. T.C Sağlık Bakanlığı, Ankara 1997.
162. Treasure E, Kelly M, Nuttall N, Nunn J, Bradnock G, White D. Factor associated with oral health: A multi-variate analysis of results from the 1998 Adult Dental Health Survey. BDJ 2001; 90: 60-8.
163. Tuominen R. Health economics in Dentistry. Malibu, California:Painosiipi Ky Kaseva, 1994:10-130
164. Tümerdem Y. Halk Sağlığı Cilt II İstanbul: İÜ: Basımevi ve Film Merkezi,1992: 331-62.

165. Utriainen P, Widström E. Economic aspects of dental care in Finnish health centers, Community Dent Oral Epidemiol 1990; 18: 235-8.
166. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden,
<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/finland/finland.html>
167. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden,
<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/sweden/sweden.html>
168. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden,
<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/norway/norway.html>
169. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden
<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/switzerland/switzerland.html>
170. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden
<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/turkey/turkey.html>
171. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden <http://www.whocollab.od.mah.se/euro/uk/uk.html>
172. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden
<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/france/france.html>
173. WHO. Financing of dental care in Europe Part 1. ICP/ORH102-501 1986
174. WHO. Financing of dental care in Europe, Part 2. EUR/ICP/ORH 112, 1990
175. WHO. Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden, Germany Oral Health Care System And Services,
<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/germany/data/germanysyst.html>
(10.09.2003)
176. WHO. Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden,
<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/denmark/denmark.html>
177. WHO. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st Century : Geneva 2003

178. WHO. WHOQOL Instruments. <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/> (24.12.2004)
179. Williams NJ, Whittle JG, Gatrell AC. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children, BDJ. 2002; 193 (11): 651-4.
180. Yule BF, Ryan ME, Parkin DW. Patient charges end the use of dental services: Some Evidence. BDJ 1988; 165: 376-79.
181. Zillen PA, Mindak M. World dental demographics, International Dental Journal; 2000; 50 (4):194-97.

5.4. Ekler

PROTOKOL NO:

Aşağıdaki anket diş hekimliği hizmetleriyle ilgili bir araştırma için İ.Ü.Diş Hekimliği Fakültesi Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı tarafından hazırlanmıştır.

TARİH: / / 2002

Cevapları X işareti koyarak veya yuvarlak içine alarak işaretleyebilirsiniz.

KİMLİK BİLGİLERİ:

Doğum Tarihi:/...../..19....

Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek

Son Bitirdiğiniz Okul:

İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Üniversite üstü ☐ Okuryazar Değil ☐

Öğrenciyseniz Okulunuzun Adı ve Bölümünüz:

Şu Andaki İşiniz Nedir?.....

Ailenizin Ortalama Aylık Geliri?

1.250 milyon TL'den az 2. 251-500 milyon TL arası 3..501-1 milyar TL arası

4. 1 milyar TL'den çok.

Kaç Çocuğunuz Var? ☐ Çocuğum Yok ☐çocuğum var

Çocuklarınızın;

Doğum Tarihi	Kız	Erkek

Aşağıdakilerden Hangi Sosyal Güvencelere Sahipsiniz? (Birden fazla işaretlenebilir)

1. Sosyal güvencem yok 2.İşveren karşılıyor 3. Özel Sigorta 4. Mediko- Sosyal
5. SSK 6. Bağ- Kur 7. Emekli Sandığı 8. Yardım Sandığı 9.Diğer
(Yazınız).....

Adınız Soyadınız:

Adres:

Tel No:

Anketin Uygulandığı Kurum:

SORULAR:

1. Diş hekimine en son ne zaman gittiniz?

1. 3 aydan az oldu. 2. 3-6 ay arası. 3. 6 ay –1 yıl arası. 4. 1 yıldan fazla oldu.
5. 1-5 yıl arası. 6. 5 yıldan çok. 7. Hatırlamıyorum. 8. Hiç gitmedim.

2. Diş hekimine hangi nedenlerle gidersiniz?

1. Şikayetim olmasa da kontrol için giderim.
2. Dişim çürükse , ağrı olmasa da giderim.
3. Yemek yeme güçlüğü çekiyorsam giderim.
4. Dişlerimin görünüşünü beğenmiyorsa giderim. (Çürük, renk bozukluğu, çapraşıklık vs.)
5. Diş hekimine gitmem.
6. Dişimde ağrı varsa.
7. Diş etlerim kanıyorsa.
8. Daha önce yaptırdığım tedavimde sorun çıkarsa. (Protez, dolgu vs.)
9. Diğer.....
3. Ağız diş sağlığınızın şu anki durumunu genel olarak nasıl ifade edebilirsiniz?

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

4. Sizin için aşağıdakilerden hangileri Diş hekimine gitmeme nedenidir?

(Birden fazla işaretlenebilir.)

- 1.Yapılan diş tedavileri sonra daha çok sorun çıkarıyor.
2.Tedavi sırasında ağrı duymaktan korkuyorum..
3. Ağızımın durumu çok kötü., Diş hekimi beni suçlayacaktır, göstermeye çekiniyorum.
4. Diş hekimine gitmemek için bir nedenim yok,ihmal ediyorum.
5. Tedavilerimin bana kaç mal olacağını önceden bilemiyorum.
6. Diş tedavileri çok pahalı, karşılamakta zorlanıyorum.
7. Gittiğim zaman sıra almakta güçlük çekiyorum.
8. Verilen hizmetten memnun kalmadığım için gitmiyorum..
9. Zamanım yok, gidemiyorum.
10. Size göre başka bir neden.....

5. Aşağıdaki ifadelerin uygun bulduğunuz seçenekleri işaretleyiniz

5.1. Diş çürüğü ile ilgili olarak

- Diş çürüğü önlenabilir bir hastalıktır. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
- Dişleri fırçalamak diş çürüğünü azaltabilir. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
- Diş çürüğü mikrobik bir hastalıktır. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
- Düzenli Diş hekimine gitmek çürüğü azaltabilir. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
- Dişlerimizin tümünü koruyabilmek mümkün değildir. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

5.2. Diş eti hastalıkları ile ilgili olarak

1. Dişeti hastalıkları önlenabilir. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
2. Dişleri fırçalamak dişeti hastalıklarından korur. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
3. Dişeti hastalığı diş kaybına neden olur. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
4. Düzenli Diş hekimine gitmek dişeti hastalıklarını azaltabilir. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
5. Dişeti kanaması tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

6.1. Aynaya baktığınızda dişlerinizin genel görünüşünü beğeniyor musunuz?

Hiç beğenmiyorum	Pek beğenmiyorum	Vasat	Oldukça beğeniyorum	Çok beğeniyorum
1	2	3	4	5

6.2. Aynaya baktığınızda dişetlerinizin genel görünüşünü beğeniyor musunuz?

Hiç beğenmiyorum	Pek beğenmiyorum	Vasat	Oldukça beğeniyorum	Çok beğeniyorum
1	2	3	4	5

7. Rahatlıkla yemek yiyebiliyor musunuz?

- ☐ Evet. ☐ Hayır.

8. Dişlerinizin durumu nedeniyle konuşma sorunuz var mı?

- ☐ Evet. ☐ Hayır.

9.1. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kuruluşunun verdiği Ağız Diş Sağlığı

hizmetlerinden yararlanıyor musunuz? ☐ Evet. ☐ Hayır.

9. 2. Sosyal Güvenlik Kuruluşunun verdiği Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinden yararlandırıysanız verilen hizmetleri nasıl buluyorsunuz? (Tamamı işaretlenecek.)

Evet Hayır Fikrim yok

- 1.Ağız ve diş sağlığı için hizmet veriliyor ,verilen hizmetten memnunum. ☐ ☐...
- 2.Ağız diş sağlığı hizmeti alabilmek için çok sıra bekliyorum... ☐...☐...
- 3.Sağlık merkezi bulunduğum yere uzak.... ☐...☐...
- 4.Yapılan tedaviler başarılı olmuyor..... ☐...☐...
- 5.İhtiyacım olan tüm tedavileri yaptıramıyorum..... ☐...☐...
- 6.Tedavilerin tamamen bitmesi çok zaman alıyor..... ☐...☐...
- 7.Tedavi işlemi süresi çok kısa ☐...☐...
- 8.Çalışma ortamı yeteri kadar temiz değil ... ☐...☐...
- 9.Bekleme yeri kötü... ☐...☐...
- 10.Hastalığım ve tedavilerimle ilgili bilgi alamıyorum..... ☐...☐...
- 11.Hekimler yeteri kadar deneyimli değil..... ☐...☐...
- 12.Hekimler işlerini önemsemiyorlar ... ☐...☐...
- 13.Yardımcı personel kaba davranıyor..... ☐...☐...
- 14.Cihazlar gerekli tedavileri yapabilmek için yetersiz görünüyor ☐...☐...
- 15.Özele sevk ediyorlar ancak aradaki farkı ödemede güçlük çekiyorum ☐...☐...
- 16.Tedaviler için fark ödemem gerekiyor, ödeyemiyorum..... ☐...☐...

10.Diş hekimine en son hangi nedenle gitmiştiniz? (Birden fazla işaretlenebilir)

- 1.Kontrol için gitmiştim.
2. Ağrı yoktu fakat dişimin çürüdüğünü fark etmiştim.
3. Diş hekimine hiç gitmedim.
4. Çiğneme güçlüğü çekiyordum.
5. Dişlerimin görünüşünü beğenmiyordum. (Çapraşıklık veya çürük, diş taşı, kahve, sigara vs. etkisiyle oluşan renk değişiklikleri ve görünüş bozuklukları.)
6. Konuşma güçlüğü çekiyordum. (Dişsizlik veya konuşmayı engelleyebilecek kadar şekil bozukluğu).
7. Dişim ağrıyordu.
8. Dişetimde kanama vardı.
9. Daha önce yaptırmış olduğum bir tedavimde sorun çıkmıştı. (dolgu, protez vs.)
10. Diğer.....

11.En son gittiğiniz Diş hekiminin ücretini nasıl ödediniz?

- 1.Kendi cebimden ödedim.
- 2.Emekli Sandığı'ndan sevk ile ücretsiz yaptırdım
- 3.SSK'dan sevk ile ücretsiz yaptırdım.
- 4.Özel sigortamdan yaptırdım.
- 5..Resmi sağlık kurumundan özele sevk yaptırdım ve bir miktarını cebimden ödedim.
6. Diğer (mediko –sosyal, Bağ-Kur, İşveren karşıladı vs.).....

(Bundan sonraki soruları çocukları olan kişiler cevaplayacaklardır.)

12.Çocuğunuzun ağız diş sağlığının şu anki durumunu genel olarak nasıl ifade edebilirsiniz?

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

13. Çocuğunuzda bir diş sorunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?

- 1.Hemen Diş hekimine götürürüm.
- 2.Önce kendi imkanlarımla evde çözüm bulmaya çalışırım, geçmezse diş hekimine götürürüm.
- 3.Şikayeti yoksa bir şey yapmam.

14. Aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz? (Hepsi cevaplandırılacak.)

1. Çocuğunuzun ağız diş sağlığı sigortası olmasını gerekli buluyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
2. Çocuğunuzun ağız diş sağlığı sigortası olsa her 6 ayda bir
Diş hekimine götürür müsünüz? ☐ Evet ☐ Hayır
3. Sizce okullarda çocuklara ağız diş sağlığı eğitimi ve
koruyucu hizmet verilmeli midir? ☐ Evet ☐ Hayır
4. Çocukluk döneminde önlem alınırsa ağız diş sağlığı korunabilir mi ? ☐ Evet ☐ Hayır
5. Düzenli bakım sağlayan bir diş sigortası için her yıl bütçeme
uygun miktarda para öderim. ☐ Evet ☐ Hayır

15.Yılda bir çocuk için hangi miktarda ödeme yapabilirsiniz.

1. 75 milyon TL. 2. 150 milyon TL. 3. 225 milyon TL. 4. 300 milyon TL.
5. Ödeme yapamam

16.1.Çocuğunuzu Diş hekimine götürmek gerektiği halde götüremediğiniz oldu mu?

- ☐ Evet oldu ☐ Hayır olmadı

16.2. Olduysa sebepleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir.)

Maddi güçlükler.

Zamanım olmadı.

Diş hekiminin uzak olması.

Tanıdığım Diş hekimi yoktu.

Çocuk korktuğu için.

Süt dişlerine tedavi yapılmasını gerekli görmediğim için.

SORULARI CEVAPLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Sayın Veli,

Ülkemizde Ağız Diş Sağlığı Sorunları her geçen gün giderek başa çıkılamaz boyutlara erişmektedir. Özellikle yetişmekte olan çocuklarımızın yaşama ve beslenme tarzındaki yeni alışkanlıkları onların var olan sorunlarını daha fazla arttırmaktadır.

Diş hekimine genellikle “ağrı veya kanama” gibi bir sorun ortaya çıktığı zaman başvurulmakta, ancak bu belirtilerle hekime başvurulduğunda Ağız Diş Sağlığını koruyabilmek için çok geç kalınmış olmaktadır.

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı özellikle ana ve ilköğretim okulu çocuklarından başlayarak onlara ve bu programa katılmak isteyen diğer üyelerine düzenli Diş hekimi kontrolü sağlayan bir “**Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programı**” geliştirmeye çalışmaktadır. (**Ağız Diş Sağlığı Sigortası**). Bu programla, hekim kontrolünde uygulanacak koruyucu uygulamalarla diş çürüğü ve diş eti hastalıkları henüz ortaya çıkmadan engellenebilecektir.

Ancak bu araştırma için sizlerin de katkısına ve işbirliğine gerek duyulmaktadır. Sizlerin ağız diş sağlığı hakkındaki görüşleriniz ve ağız diş sağlığı durumunuz bizler için yol gösterici olacaktır.

Pazar günü dahil olmak üzere sizin belirleyeceğiniz bir gün ve saatler civarında bazı soruları cevaplandırmanız istenecek ve ücretsiz olarak ayrıntılı bir şekilde ağız diş sağlığı muayenesi yapılacaktır. Sonuçlar size de bildirilecektir.

Eğer muayene olmak istiyorsanız ekteki anket formunu ve aşağıdaki soruları randevu almak için cevaplayınız veya boş olarak iade ediniz.

Muayene olmak için aşağıda belirttiğim günlerde ve saatlerde gelebiliriz

Günler;.....

Saatler;.....

Telefon Numaranız:

Adı Soyadı

İmza

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Sorularınız için tel: 0216/361 75 47

Not: Muayene yeri Bostancı civarındadır.

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı

Muayene formu1/2

MUAYENE FORMU

2/2

Adı Soyadı :

Protokol No:

Tel No :

Protez Durumu☐

Üst çene

☐

Alt çene

0 = Protez yok

1 = Köprü (Tek diş eksikliğinde)

4 = Köprü ve parsiyel

protez

2 = Birden fazla köprü (Birden fazla diş eksikliğinde) 5 = Total protez

3 = Parsiyel protez

Protez Gereksinimi

0 = Protez gereksinimi yok

1 = Tek birimli protez gereksinimi

2 = Çok birimli protez gereksinimi

3 = Tek ve çok birimli kombine protez gereksinimi

4 = Total protez gereksinimi

☐
☐

Üst çene

Alt çene

9 = Kayıt edilmemiş

Protez Onarım Gereksinimi

0-5 yıl arası = 0 5 yıldan eski = 1

☐

11 = Onarım

22 = Onarım

33 = Onarım

44 = Onarım

☐

Üst çene

☐

Alt çene

Acil Müdahale veya Konsültasyon

Hayatı tehdit eden durum

Ağrı veya enfeksiyon

Diğer durum (tanımlayınız)

☐

0 = Yok

☐

1 = Var

☐

9 = Kaydedilmemiş

Not:

BIYOİSTATİSTİK DEĞERLENDİRME İSTEK TABLOSU

1. SORU VEYA NUMARASI	2. SORU VEYA NUMARASI	AMAÇ	YÖNTEM
Doğum Tarihi	S.7. Yiyebiliyor musunuz?	-Yaşa bağlı çiğneme sorunu. var mı? -Muayeneden sonra :A.protezi var.B.yok farkı	
Cinsiyet	S.2 Diş hekimine gitme nedeni	Tutumda cinsiyet farkı	
Cinsiyet	S.6.1. Aynaya baktığında genel görünüşü beğeniyor mu?	Estetik algısı	
Cinsiyet	S.10. Diş hekimine. hangi nedenle gitmişsiniz?	Davranışta cinsiyet farkı	
Cinsiyet	S.12.Çocukların dişlerinin genel durumu?	Çocukların durumunun genel ifadesi	
Cinsiyet	S.13.Çocuğun diş sorununu fark ettiğinde ne yapar	Çocuklara karşı tutum.	
Cinsiyet	S.14.Çocuğu için sigorta gönüllülüğü	Sigortaya karşı tutum.	
Cinsiyet	S.15. Sigorta için kaç lira ödersiniz?	Ödeme miktarı	

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı

BIYOİSTATİSTİK DEĞERLENDİRME İSTEK TABLOSU

1. SORU VEYA NUMARASI	2. SORU VEYA NUMARASI	AMAÇ	YÖNTEM
Eğitim	S.2. Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?	Eğitime bağlı tutum	
Eğitim	S.4. Diş hekimine gitmeme nedenleri	Eğitime bağlı Diş hekimine gitmeme nedeni	
Eğitim.	S.5.1. Diş çürüğü ile ilgili bilgi	Eğitime bağlı diş çürüğü ile ilgili bilgi	
Eğitim	S.5.2.Diş eti ile ilgili bilgi düzeyi	Eğitime bağlı diş eti hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyi	
Eğitim	S.9.1 Sos Güvenlik. Kuruluşuna ait diş sağlığı hizmetlerinden yararlanma.	Sosyal güvence kuruluşunun sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanma ile eğitim arasındaki ilgi.	
Eğitim	S.9.2 Hasta memnuniyeti	Eğitim düzeyi ile hasta memnuniyeti değişiyor mu?	
Eğitim	S.13. Çocuğunuzun diş sorunu varsa ne yaparsınız?	Eğitim ile çocuğunuzun sorununa karşı tutum.	
Eğitim	S.14.Sigorta gönüllülüğü	Eğitim ile sigortaya ödeme gönüllülüğü.	

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı

2

Ekler

BİYOİSTATİSTİK DEĞERLENDİRME İSTEK TABLOSU

1. SORU VEYA NUMARASI	2. SORU VEYA NUMARASI	AMAÇ	YÖNTEM
Ailenin aylık geliri.	S.2.Diş hekimine gitme nedeni.	Gelir ile Diş hekimine.gitme tutumu arasında ilgi.	
Ailenin aylık geliri.	9.1. Sos Güvenlik başlık sağlık hizmeti kullanmış mı?	Gelir ile sosyal güvenlik hizmetine olan talep değişiyor mu?	
Ailenin aylık geliri	S.10. Diş hekimine hangi nedenle gitmiştiniz?	Ailenin geliri ile davranış ilgisi	
Ailenin aylık geliri	S.11. Diş hekimine ücret ödeme şekli.	Gelir ile ödeme şekli değişiyor mu?	
Ailenin aylık geliri	S.13. Çocuğunun diş sorunu varsa ne yapar?	Gelir ile çocuğunun dişlerindeki sorunlara karşı tutum?	
Ailenin aylık geliri	S.14. Sigorta ödeme gönüllülüğü	Gelir ile sigortaya para ödeme gönüllülüğü	
Ailenin aylık geliri	S.15. Yılda ne kadar sigorta primi ödeyebilirsiniz	Gelir ile ödeme miktarı arasındaki ilgi	

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı 3

BİYOİSTATİSTİK DEĞERLENDİRME İSTEK TABLOSU

1. SORU VEYA NUMARASI	2. SORU VEYA NUMARASI	AMAÇ	YÖNTEM
Sosyal Güvenlik tipi	9.1. sos güvenlik kurumunuzun diş sağ. hizmetinden yararlandınız mı?	Sosyal güvenlik sahip olanlar bundan yaralanıyor mu?	
Sosyal Güvenlik tipi	S.11. Diş hekimine hizmetinden karşılığını ödeme şekli.	Sos güvenlik sahibi olanların hizmet kullanımı	
S.2. Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?	S.10.Diş hekimine hangi nedenle gitmişsiniz?	Tutum ve davranış farkı	
Sosyal güvenlik tipi	S.9.1. Sos güvenlik diş sağ hizmetinden yararlandınız mı? S.16.1 Çocuğunuzu Diş hekimine götüremediğiniz oldu mu?	Sosyal güvenlik. sahip olanların ve olmayanların çocukları için durumları	
Sosyal güvenlik tipi	S.3.Şu andaki ağız diş sağlığı durumunuz? S.11.Diş hekimine ödeme şekli	Sos güvenlik+sağlık durumu+ödem şekli	
Sosyal güvenlik tipi	S.9.1. Sos güvenlik diş sağ hizmetinden yararlandınız mı? S.1.Diş hekimine en son ne zaman gittiniz?	Sos güvenlik yararlanma durumuna göre Diş hekimine gitme sıklığı?	
Sosyal güvenlik tipi	S.9.1. Sos güvenlik diş sağ hizmetinden yararlandınız mı? S.2.Diş hekimine hangi nedenle gidersiniz?	Sos güvenlik+ yararlanma+yararlanma nedeni?	
Sosyal güvenlik tipi	S.9.1. Sos güvenlik diş sağ hizmetinden yararlandınız mı? S.4.Diş hekimine gitmeme nedenleri?	Sos güvenlik + yararlanma + yararlanmama nedenleri	

Istanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı

BİYOİSTATİSTİK DEĞERLENDİRME İSTEK TABLOSU

1. SORU VEYA NUMARASI	2. SORU VEYA NUMARASI	AMAÇ	YÖNTEM
S.2. Diş hekimine. Hangi nedenlerle gidersiniz?	S.1. Diş hekimine en son ne zaman gittiniz? S.9.2.Hizmet memnuniyeti	Diş hekimine gitme nedeni sıklığı ve memnuniyet	
S.2. Diş hekimine. Hangi nedenlerle gidersiniz?	S.5.1.Diş Çürüğü hakkında bilgi	Bilgi başvurusu etkiliyor mu?	
S.2. Diş hekimine. Hangi nedenlerle gidersiniz?	S.5.2. Diş eti hastalığı. hakkında bilgi	Bilgi başvurusu etkiliyor mu?	
S.2. Diş hekimine. Hangi nedenlerle gidersiniz?	S.13. Çocuğunun diş sorunlarına karşı tutum?	Kendisi ve çocuklarına karşı tutum farkı var mı?	
S.3. ağız diş sağ. genel durumu?	S.6.1.Dişlerin genel görünüşü ?	Estetik sorunu dişten mi kaynaklanıyor?	
S.3. Ağız diş sağ. genel durumu?	S.6.1.Diş etlerinin genel görünüşü ?	Estetik sorunu dişetinden mi kaynaklanıyor?	

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı

5

Ekle

BİYOİSTATİSTİK DEĞERLENDİRME İSTEK TABLOSU

1. SORU VEYA NUMARASI	2. SORU VEYA NUMARASI	AMAÇ	YÖNTEM
Soru1. Diş hekimine en son ne zaman gittiniz?	Sosyal Güvenliğe göre dağılım?	Sosyal güvenliğe sahip olanlar Diş hekimine daha fazla mı başvuruyor?	
Soru 10. Diş hekimine en son hangi nedenle gitmişsiniz?	Soru 1. Diş hekimine en son ne zaman gittiniz? Bir yıla kadar olanların gitme nedenleri karşılaştırılacak	Bir yıl içinde Diş hekimine hangi nedenle başvuruldu.	
Soru 2. Diş hekimine hangi nedenlerle gidersiniz.	Soru 10. ile uyumlu mu?	Tutum ile davranış arasındaki korelasyon?	
Soru 11. En son gittiğiniz Diş hekimine ücreti nasıl ödediniz.?	Sosyal güvenliği olmasına rağmen cepten ödeme yapanlar?	Sosyal güvenliği olanlar cepten ödeme yapıyor mu?	

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı

BIYOİSTATİSTİK DEĞERLENDİRME TABLOSU

1. SORU VEYA NUMARASI	2. SORU VEYA NUMARASI	AMAÇ	YÖNTEM
Son bitirilen okul 1.İlk-2.Orta –3.lise- 4.Üniversite+Üni üstü toplamı	S.5.1.1, 2, 3, 4, 5	Eğitim, diş çürüğü ile ilgili bilgi	
Son bitirilen okul 1.İlk-2.Orta –3.lise- 4.Üniversite+Üni üstü toplamı	S.5.2. 1, 2, 3, 4, 5,	Eğitim ile diş eti hastalığı arasındaki bilgi	
Cinsiyet	S.6.1 Aynaya baktığında dişlerinin genel görünüşünü beğeniyor musunuz?	Cinsiyete bağlı estetik algı farkı	
Muayene formu 2/1	Yaş gurubuna ait /kişi başına düşen DT (1) – MT (2) – FT (3) VE DMF-T (123T)		
Muayene formu 2/2	Her bölge ayrı ayrı Ayrıca toplam 3 bölgede toplam 123/kişi yaş gurubu		
Muayene formu 2/2	1.PROTEZ DURUMU: 1 ve 2 bölgede 0, 1, 2, 3, 4, 5 1+2 BÖLGE BİRLİKTE 0, 1, 2, 3, 4, 5,		
Protez Gereksinimi	Yaş grubu ve toplamda protez gereksinimi Alt+üst çene toplam kişi başına protez gereksinimi		
Protez onarım gereksinimi			

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilimdalı

7

Eker

EĞİTİM KURUMLARININ KADEMELERE GÖRE OKUL, ÖĞRENCİ ve ÖĞRETMEN SAYISI (2003 - 2004 Öğretim Yılı)					
EĞİTİM KADEMESİ	Okul sayısı	ÖĞRENCİ SAYISI			ÖĞRT SAYISI
		TOPLAM	ERKEK	KIZ	
GENEL ORTAÖĞRETİM	2.831	2.463.923	1.415.315	1.048.608	86.051
GENEL ORTAÖĞRETİM (Resmi)	2.286	1.642.274	884.105	758.169	78.361
GENEL ORTAÖĞRETİM (Özel)	544	69.299	37.621	31.678	7.655
AÇIKÖĞRETİM LİSESİ	1	752.350	493.589	258.761	35
MESLEKİ ve TEKNİK ORTAÖĞRETİM	3.681	1.129.481	711.123	418.358	73.998
MESLEKİ ve TEKNİK LİSE (Resmi)	3.356	949.974	609.415	340.559	69.638
MESLEKİ ve TEKNİK LİSE (Özel)	22	1.164	704	460	96
AÇIKÖĞRETİM LİSESİ	0	142.194	91.007	51.187	0*
DİĞER BAKANLIK ve KURUMLARA BAĞLI MESLEK LİSESİ	303	36.149	9.997	26.152	4.264
YAYGIN EĞİTİM	7.955	2.879.391	1.591.014	1.288.377	51.385
RESMİ	1.856	1.441.466	685.889	755.577	12.286
ÖZEL	6.099	1.437.925	905.125	532.800	39.099
TOPLAM	52.847	17.310.832	9.462.589	7.848.243	603.470



Resim 1.Bostancı Hayrullah Kefoğlu Lisesi



Resim 2. Maltepe Nazmi Duhani ilköğretim Okulu



Resim 3. Nuri Cingilloğlu Lisesi



Resim 4. Erenköy Türk Telekom



Resim 5. Central Hospital



Resim 6. Mehmet Karaman İlköğretim Okulu



Resim 7. Kozyatağı Alp taksi durağında klinik muayene öncesi anket uygulaması



Resim 8. Hayrullah Kefoğlu Lisesinde veli toplantısı gününde anket uygulaması



Resim 9. Nazmi Duhani İlköğretim Okulunda öğretmenler odasında anket uygulaması, sağlık eğitimi ve klinik muayene uygulaması



Resim 10. Velilere ve çocuklarına klinik muayene öncesinde verilen sağlık eğitimi



Resim 11. Ankete ve klinik muayeneye katılan velilerin çocuklarına sağlık eğitimi sonrasında diş fırçalama eğitimi ve flor jeli uygulaması



Resim 12. Ankette dişetlerinden şikayeti olmadığını belirten bir katılımcının ağız içi görünümü Normatif ve subjektif sağlıklı algısının yaşama kalitesine ve sağlık algısına göre farkını gösteren güzel bir örnek. Bu hasta dişetleri nedeniyle diş hekimine başvuru ihtiyacı duymadığını belirtti. Tedavileri daha sonra yapıldı.



Resim 13. Sosyal güvencesi olmasına rağmen dişlerini tedavi ettirmeyi düşünmeyen “dişlerim tedavi edilirse fena olmaz” ama ankette çiğneme ve estetik sorunu olmadığını belirten bir katılımcı.

Not: Fotoğraflar için tezde kullanma izini alınmıştır.

5.5. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Adi Soyadı : Remzi Ülgen

Doğum Tarihi : 14. 05. 1953

Doğum Yeri : Ceylanpınar (Ş. Urfa)

Medeni Durumu : Evli

Adres : Soyak Yenişehir Palmiye Evleri No: C3/51 Ümraniye/ İstanbul

Telefon : 0216 361 75 47 / 445 0 446

E- Posta : ulgen@tnn.net / remziulgen@tnn.net

1970 yılında Ankara Cumhuriyet Lisesi, 1975 yılında Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi mezunuyum. 1976-1987 yılları arasında Çorum'un Alaca ilçesinde bir yıl Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık merkezinde olmak üzere 11 yıl çalıştım. 1987 yılında İstanbul Şenesenevlerde kendi muayenehanemde çalışmaya başladım. 1996 yılından itibaren İstanbul Diş hekimleri Odası Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonunda, Tüketici Hakları Komisyonunda, TDB. Tüketici Hakları Komisyonunda komisyon üyesi olarak çalıştım. İstanbul diş Hekimleri Odası "Diş Hekimliğinde İş Gücü Planlaması Hazırlık Komisyonuna üye olarak katıldım.

Okçu Musa İlköğretim Okulunda komisyon üyesi olarak bir yıl, Bilecik-Osmaneli projesinde beş yıl çalıştım. 1. Bursa Ağız Diş Sağlığı Kurultayına 1.Diş hekimliği Tüketici Hakları Kurultayına ve Mersin Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı, Örgütlenme ve Sunumu Kurultayına üye olarak katıldım.