

PİYASA MEKANİZMALARININ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BASKISI ALTINDAKİ BİR SAĞLIK MESLEK ALANI: DIŞ HEKİMLİĞİ

Zeliha ÖCEK*, Kevser VATANSEVER**

Özet: Amaç: Bu çalışmada, diş hekimlerinin piyasa mekanizmalarının ağız-diş sağlığı alanındaki rolüne yönelik algılarının ve Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) etkileri hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı özellikteki bu çalışmaya on farklı ilden, cinsiyetlerine, çalışma biçimlerine ve uzmanlık durumlarına göre çeşitlilik gösteren 49 diş hekimi dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri 31 derinlemesine görüşme ve üç odak grup görüşmesi ile toplanmıştır. Tüm görüşmelerin ses kaydı alınmış ve birebir çözümleri yapılmıştır. Görüşme metinleri içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Altı tema ortaya çıkmıştır; 1) toplum ağız-diş sağlığı sorunlarının nedenleri, 2) diş hekimliğinde girişimcilik ve serbest piyasa dinamikleri, 3) ağız-diş sağlığı sistemi önerisi 4) SDP'nin etkileri, 5) uzmanlık, 6) diş hekiminin ve meslek örgütünün politika ile ilişkisi. Katılımcıların önemli bölümü ağız-diş sağlığı sorunlarının temel nedenini bireysel sorumlulukların yerine getirilmemesine bağlamıştır. Piyasa mekanizmalarına ilkel olarak karşı çıkmamakla birlikte, diş hekimleri piyasa yönelimli sistemin hastalara ticari yaklaşma zorunluluğu getirdiğini, karlı hizmetlerin teşvik edilmesine yol açtığını açıklamıştır. Diş hekimlerinin büyük bölümü devletin özel muayenehanelerden hizmet satın almasını önermektedir. SDP'nin diş hekimliğinde işçileşme süreci başlattığı, kamudaki hizmetlerin niceliğini arttırırken, niteliğini çok dramatik bir şekilde azalttığı, kamu diş hekimlerinin kendilerini giderek daha yalnız, sağlıksız ve güvensiz hissettikleri belirlenmiştir. Aşırı uzmanlaşmanın diş hekimlerinin çalışma alanının daralma tehlikesi taşıdığı bildirilmiştir. Katılımcılar diş hekimlerinin politikaya uzak bir meslek grubu olduğunu düşünmektedir.

Sonuç: Çalışma, piyasa mekanizmalarına terk edilen bir sağlık alanında hekimlerin mesleki kimliklerinin ticari unsurlardan kaçınılmaz biçimde etkilendiğini ve SDP'nin gerek diş hekimleri gerekse toplumun sağlığı açısından onarılması güç yaralara yol açtığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Diş hekimi, Piyasa mekanizmaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Mesleki kimlik

A Health Profession Area under the Pressure of Market Mechanisms and Health Transition Project: Dentistry

Abstract: Aims: This study explores the dentists' opinions on how the market-orientation and "Health Transition Program" affects dental health care services and their professional identity.

Methods: The study population of this descriptive research consisted of 49 dentists with a variety of background characteristics such as city, gender, workplace and specialty. Data was collected through 31 in-depth and three focus-group interviews. The interviews were audiotaped and transcribed verbatim. Transcripts were analyzed through content analysis method.

Findings: The analysis yielded six themes: 1) reasons of community dental health problems, 2) market-orientation and entrepreneurship in dentistry, 3) dental health care model recommendations, 4) effects of Health Transition Program on healthcare system and dentistry 5) specialism, 6) relationship of dentists and their associations to political issues. Majority of the participants linked the main reason of community oral health problems to the failure in fulfilling personal responsibilities. Participants did not refuse on principle the place of market-economy rules in dentistry, however complained that market-oriented systems necessitate to approach patients commercially, to neglect preventive care, and to promote profitable procedures. Majority of dentists recommended that the state to purchase service from private dental surgeons. It was stated that Health Transition Program initiated a proletarianization process in dentistry and decreased the public service quality dramatically, while increasing the service quantity; and public employee dentists have been feeling themselves more and more lonely, unhealthy and insecure. Excessive specialization was criticized and it was reported that field of dentistry was under threat of restriction. Participants thought that dentists have been standing aloof from politics and opposing to involvement of Professional association in the politics other than health issues.

Conclusion: This study showed that in a health profession domain left in possession of market mechanisms, professional identity was inevitably influenced by elements of commodification and Health Transition Program has caused irreparable damages both on dentistry and community health.

Keywords: Dentist, Market mechanisms, Health Transition Program, Professional identity

*Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Yrd. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

Giriş

Sağlık hakkı, iyi bir ağız-diş sağlığına sahip olmayı ve nitelikli diş hekimliği hizmetlerine erişebilmeyi gerektirir. Fakat dünyanın pek çok yerinde sağlığın bu bütüncül bileşeni bir hak olarak algılanmamakta, diş hekimliği toplumun sadece avantajlı kesimlerinin ulaşabildiği bir hizmet alanı olarak sınırlı kalmaktadır (Dharamsi, 2002; Edelstein, 2009; Grignon, 2010; Grytten, 2001; Nguyen, 2006; Wamala, 2006). Sağlığı kamusal bir sorumluluk olarak gören ve sağlık eşitsizliklerinin çözümüne gündeminde önemli bir yer ayıran ülkelerde bile ağız-diş sağlığı hizmetlerinin piyasa mekanizmalarına terk edildiği görülmektedir (Grignon, 2010; Holst, 2002). Sağlığın, piyasa mekanizmaları tarafından belki de en güçlü biçimde şekillendirildiği bu alanda diş hekimlerinin davranışları da yıllar içinde piyasanın şekillendirdiği kültürel ve sosyal normlara adapte olmaktadır. (Holst, 2002).

Pazara dayalı bir sistemde çalışmanın gereklilikleri ile sağlık çalışanı olarak hastaların ve toplumun gereksinimlerini her türlü çıkarın önünde tutma zorunluluğu diş hekimleri açısından önemli bir gerilim kaynağıdır. Girişimci ve sağlık çalışanı rolleri arasındaki bu çelişki, diş hekimlerinin kimliğinin tanımlanmasını ve geleceğe yönelik meslek politikalarının belirlenmesini de güçleştirmektedir (Dharamsi, 2007; Holst, 2002). Fakat bir yandan bu çelişkiyi tartışırken, diğer yandan diş hekiminin kimlik sorununu çok daha karmaşıklaştıran bir başka süreç yaşanmaktadır. Sağlık reformları ağız-diş sağlığı sektörünü de yeniden şekillendirmeye başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün girişimci davranışın düzenlenmesine yönelik 2002 tarihli yayınında diş hekimliğine önemli bir yer ayrılmış, yerleşme, özel sigortacılık gibi reform adımları tartışılmıştır (Holst, 2002). Avrupa'da ağız-diş sağlığı hizmetlerinde kamusal finansmandan özel finansmana doğru bir değişim gerçekleşmekte, kamusal hizmetler açısından köklü bir geleneğe sahip olan ülkelerde bile hizmet sunan ve satın alan tarafların ayrılmasına olanak sağlayan serbest seçim ve sözleşme gibi unsurlar uygulamaya girmektedir (Holst, 2002). Norveç'te 1997, İsveç'te 1999 yıllarında girişimci yaratıcılığı ve rekabeti uyarmak gerekçesi ile ücret düzenlenmesinin kaldırılmış olması bu değişimin en açık örnekleri arasındadır (Grytten, 2001; Holst, 2002). Bu sürecin en yakın takipçisinin ulus ötesi ölçekte faaliyet gösteren sağlık hizmeti ve sigorta şirketleri olması da tabloyu tamamlamaktadır (Witt, 2004; Leung, 2009; Stefanczyk, 2011).

Türkiye'de de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), istihdam tipi ve profesyonel kimlik açısından diş hekimliği tarihindeki en çarpıcı değişim sürecini başlatmıştır. On yıl öncesine kadar diş hekimlerini kamuda istihdam etmekten, sağlık ocaklarında bulunan diş hekimlerinden etkin biçimde yararlanmaktan kaçınan, yeni mezun diş hekimlerine muayenehane açmak dışında bir seçenek bırakmayan Sağlık Bakanlığı büyük bir hızla yeni ağız-diş sağlığı merkezleri (ADSM) açmakta, bu merkezlerde her ne kadar seçim dönemlerinde kadroya geçirse de temel olarak sözleşmeli diş hekimi istihdam etme yoluna gitmektedir. İki bin iki yılında Türkiye'de bir diş hastanesi ve 14 ADSM bulunurken, bu sayılar 2011'de beş diş hastanesi ve 117 ADSM şeklinde değişmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012). Sağlık Bakanlığı'nda çalışan diş hekimi oranı ise 2006'da %21 iken, 2010'da %33 olmuştur (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2010). Hizmet sunumunda da patlama yaşanmaktadır; bakanlık kurumlarında ağız-diş sağlığı hizmeti başvurusu sayısı 2002'de 5.5 milyon iken, 2011'de yaklaşık 30 milyona ulaşmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012). ADSM'lerde ve bakanlığa bağlı iki diş hastanesinde bir taraftan hizmet hacmi artırılırken, diğer taraftan donanım, personel tipi ve hekim emeğinin ödenme biçimi açısından gerçekleştirilen değişimler ile özelleştirmenin hazırlıkları tamamlanmaktadır. Diğer yandan, çok sayıda diş hekimi muayenehanesini kapatıp kamuda sözleşmeli statüsüne geçmeye ya da sayıları her geçen yıl artan özel kliniklerde maaş karşılığına çalışmaya razı olmaktadır (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2010). Sonuç olarak, sağlıkta dönüşüm sürecinde ağız-diş sağlığında piyasa mekanizmaları yerini terk etmemiş, tam tersine daha da güçlenmiş, düzenlenmiş ve tekelleşmiştir. Bu yeni düzende asıl değişen ise diş hekimlerinin konumları olmuştur.

Bu yazıda aktarılan çalışmada, diş hekimlerinin piyasa mekanizmalarının ağız-diş sağlığı alanındaki rolüne yönelik algılarının ve SDP'nin etkileri hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada ayrıca piyasa mekanizmaları ile profesyonellik arasındaki ilişki de ayrıntılı olarak sorgulanmış, fakat buradan elde edilen bulgulara bu yazıda yer verilmemiştir.

Gereç ve Yöntem Çalışma grubu

Diş hekimlerinin algı ve görüşlerinin tanımladığı bu çalışmaya maksimum çeşitlilik ilkesi çerçevesinde on farklı ilden, cinsiyetlerine, çalışma biçimlerine

ve uzmanlık durumlarına göre çeşitlilik gösteren 49 diş hekimi dahil edilmiştir (tablo 1). Katılımcıların sekizi Türk Diş Hekimleri Birliği (TDB) merkez konseyinde veya yerel odaların yönetim kurulunda son beş yıl içinde görev almıştır. Veriler doygunluğa ulaşına ve yeni bilgi saptanmadığına emin olunana dek araştırmaya yeni katılımcıların dahil edilmesine devam edilmiştir.

Veri toplama

Veriler niteliksel veri toplama yöntemleri olan derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesi kullanılarak elde edilmiştir. Katılımcılardan 31'i ile kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri açısından derinlemesine görüşme yapılmış, birbirlerini önceden tanıyan ve karşılıklı etkileşim sırasında kendilerini daha fazla ifade edecekleri düşünülen yeni mezunlar, araştırma görevlileri ve bir grup öğretim üyesinden oluşan üç grupta ise odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde kullanılan yarı-yapılandırılmış soru formunun hazırlanması amacıyla literatür taraması yapılmış, ikisi meslek örgütü yöneticisi, biri ADŞM çalışanı, biri de muayenehane sahibi olan dört diş hekiminin görüşü alınmış, bir pilot görüşme aracılığı ile yapılarak, soruların anlaşılabilirliği ve alan için geçerliliği değerlendirilmiştir. Görüşme yapmayı reddeden birey olmamıştır. Katılımcıların sözlü onamları ve görüşmelerin kaydedilmesi için izinleri alınmıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Karar No. 12-1.1/10).

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyet, yaş, çalışma biçimi, meslek örgütünde yöneticilik deneyimi ve uzmanlık düzeyine göre dağılımları

Tanımlayıcı Özellik	n
Cinsiyet	
Erkek	26
Kadın	23
Yaş grubu	
< 30	10
30-39	10
40-59	25
≥ 60	4
Çalışma biçimi	
Muayenehanede çalışan	16
Kamuda çalışan	15
Sadece üniversitede çalışan	
Öğretim üyesi	4
Araştırma görevlisi	4
Üniversitede çalışıp muayenehanesi olan	3
Özel klinikte / muayenehanede maaşlı çalışan	2
Yeni mezun ve işsiz	5
Uzmanlık düzeyi	
Uzman	13
Pratisyen (araştırma görevlileri dahil)	36

Her biri 30-45 dakika süren görüşmelerde katılımcılara ağız-diş sağlığında piyasa ekonomisi unsurlarının yer almasını nasıl değerlendirdikleri, hizmet sunumuna ve finansmanına yönelik nasıl bir model önerdikleri ve SDP'nin etkileri hakkında neler düşündükleri sorulmuş, diş hekimlerinin ve meslek örgütünün politika ile ilişkisine yönelik görüşleri alınmıştır. Tüm görüşmelerin ses kaydı alınmış ve birebir çözümleri yapılmıştır.

Veri analizi ve yorumlanması

Her bir görüşme kendisinden bir sonraki görüşmeden önce çözümlenmiştir. Toplam 96 sayfa olan tüm görüşme metinlerinin araştırmacılar tarafından ayrı ayrı okunmasının ardından temaların kavramsal çerçevesi ile çizilmiştir. Bunu, metinlerde ortaklaşan veya ayrılan kavramların saptanması, her bir kavram için kodlar tanımlanması, kodların gruplandırılarak tema başlıkları altında birleştirilmesi izlemiştir. Katılımcılardan yapılan alıntılarının seçiminde ifadenin sıklığının ya da özgünlüğünün yanı sıra diğer ifadeleri ile uyumlu ya da uyumsuz olması dikkate alınmıştır.

Bulgular

Veri analizi sonucunda beş tema belirlenmiştir. Bulgularda katılımcıların ifadelerine yapılan alıntılar kimliklerini tanımlayan kodlar ile birlikte verilmiştir (Tablo 2).

Tema 1. Toplum Ağız-Diş Sağlığı Sorunlarının Nedenleri

Katılımcıların önemli bölümü ağız diş sağlığı sorunlarının temel nedenini bireysel sorumlulukların yerine getirilmemesine bağlamıştır. Bu görüşe göre; bireyler bilinçsiz oldukları ve kamudaki hizmetlere finansal bir engelle karşılaşmadan erişebildikleri için kendi bakım sorumluluklarını üstlenmemektedir, katkı paylarının arttırılması ise bu sorunun çözümünü sağlayacaktır. Yoksulluk, koruyucu hizmetlere erişimde eşitsizlik, beslenme bozuklukları vb toplumsal nedenler üzerinde ise sadece üç diş hekimi durmuştur.

Hastanın hakkı kadar yükümlülüğü olursa, sisteme katkı sağlarsa değerini daha iyi bilir. (KD)

Kişinin ihmali nedeniyle bir sıkıntı olduysa bunun maddi bedelini ödemeli. (ÖÜD-MD-MÖY)

Tema 2. Diş Hekimliğinde Girişimcilik ve Serbest Piyasa Mekanizmaları

Diş hekimliğinde serbest piyasa mekanizmalarının varlığına tamamen karşı çıkan katılımcı sayısı

Tablo 2. Katılımcıların kimliklerini tanımlayan kodlar

Muayenehane diş hekimi	MD
Kamu diş hekimi	KD
Öğretim üyesi diş hekimi	ÖÜD
Asistan diş hekimi	AD
Yeni mezun diş hekimi	YMD
Özel klinik diş hekimi	ÖKD
Meslek Örgütü Yöneticisi	MÖY

oldukça azdır. Hatta ağırlıklı olarak öğretim üyelerinden oluşan on katılımcı girişimciliğin mesleği geliştiren bir dinamik olduğunu düşündüğü ifade etmiş, katılımcıların büyük bölümü esnaf kimliğini diş hekimlerinde bulunması gerek bir özellik olarak tanımlamıştır.

Piyasa deyince kendisini geliştiren, yeniliklerin peşinde koşan, bunları hemen uygulayan bir hekim algılıyor. Lazer vb yeni uygulamalar piyasada fakülterden çok daha önce hayata geçiyor. (ÖÜD-MD)

Hastanın etkilenmesi açısından teknoloji önemli. Bilgisayar, kamera, bir de temizlik. Eskiden de aletlerimiz steril, ama şimdi poşetten çıkartınca çok etkileniyorlar. Tabi esnaf da olmak gerekiyor. (ÖÜD-MD)

Diğer yandan katılımcılar piyasa yönelimli sistemin yarattığı önemli sorunlara da işaret etmiştir. Hekimin gelir gider dengesini korumak için çaba göstermek zorunda olmasının bir süre sonra kaçınılmaz biçimde hastalara ticari olarak yaklaşıma zorunluluğunu getirdiği açıklanmıştır.

Muayenehanede ister istemez piyasa mantığı yerleşiyor. Bir de ikna edebilme becerisi gerekli; amcacım, teyzecim, öpiyim annem gibi. Sanki hasta misafirlige gelmiş. (ÖKD)

Katılımcılar piyasaya göre işleyen bir sistemde sağlığı korumanın ihmal edilebileceğini, estetik amaçlı ve karlı işlemlerin ön plana çıktığını, talebin hekim tarafından belirleniyor olmasının istismara açık bir durum yarattığını ifade etmiş, rekabetin meslektaşlar arası dayanışmayı olumsuz yönde etkilediğini de eklemiştir.

Bir dönem "çek tak" dönemiymi, çürüyünce çekip protezi takıyorsunuz. Şimdi çek çak dönemi başladı implant ile. Çünkü bunlar para kazandırıyor. (MD)

Katılımcıların büyük bölümü piyasanın fiyat tarifesi, reklam yasağı gibi kurullarla kontrol edilmesinin

yukarıda açıklanan bu sorunları kısmen çözebileceğini düşünmektedir.

Eğer bu iş bir ticaretse, bir omurgasının, kurallarının olması lazım. Örneğin fiyat tarifesi. (KD)

Sağlıkta reklam olmaz. En temiz muayenehane! Bunu nasıl ölçtün, diğerleri sağlığa aykırı mı? ... Bugün bir poliklinik reklam veriyorsa yarın büyük sermaye çok daha büyük bir reklam yapar. Sonu yok ve her zaman için siz yok olmaya mahkumsunuz. (MD)

Diğer yandan özel muayenesi olan katılımcıların önemli bölümü girişimciliğin kendi tercihi olmadığını, mezun olduğu dönemde kamuda istihdamın son derece sınırlı olması nedeniyle kendilerini piyasa içinde bulduklarını vurgulamıştır. Ayrıca yeni mezunların piyasa ortamına ilk girdiklerinde çok zorlandıkları, ardından sistemin bir parçası haline geldiklerini açıklamıştır.

Diş hekimleri mezun olduklarında yapayalnız kalıyorlar, ne oda ne de fakülte sahip çıkıyor. Meslektaşları da sahip çıkmıyor. Herkes rakibi olarak görüyor. Bu da onları daha agresif davranmaya itiyor. Hayatın içine atıyorlar seni, çıka bata bir şeyler yapmaya çalışıyorsun. İdeallerinden zaman içinde vazgeçiyorsun. Artık geçimini düşünüyorsun, evleniyorsun, çocuğun oluyor, para daha ön plana çıkıyor. (MD)

Tema 3. Ağız-Diş Sağlığı Sistemi Önerisi

Tamamen kamusal bir sistemi savunan sadece iki diş hekimi olmuştur. Kalan diş hekimlerinin hepsi devletin tüm gereksinimi karşılamak için yeterli olamayacağı savunmuş, muayenehanelerden yararlanılmamasının halkın nitelikli hizmetlere erişimini engellediğini ifade etmiştir. Katılımcıların hepsi başta 0-18 yaşındakiler olmak üzere gebeler, engelliler, yaşlılar gibi gruplara ücretsiz olarak koruyucu ağırlıklı hizmetler sunulmasını önermiştir. Üç diş hekiminden ikisi bu tür hizmetleri doğrudan kamunun üstlenmesi gerektiğini düşünmektedir. Diğer diş hekimleri ise koruyucu hizmetlerin de hizmet satın alma yoluyla muayenehanelerde sunulabileceğini düşünmektedir. Ağız-diş sağlığı sisteminin finansman tipini ayrıntılandıran diş hekimi sayısı oldukça sınırlıdır.

Tema 4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri

Sağlık Alanı Üzerindeki Etkiler

Görüşülen diş hekimlerinin üçte birinden fazlasına SDP'nin ne olduğunun açıklanması gerekmiştir.

Meslek örgütünde yöneticilik yapan bir diş hekiminin ifadeleri bu durumun nedenini kısmen açıklamaktadır.

En az diş hekimliği etkilendi. İki nedeni var. Bir; diş hekimliği sisteminin nasıl olması gerektiği konusunda sağlık otoritelerinin bir fikri yok. İki; diş hekimliği zaten farklı bir alan. Tüm dünyada da muayenehanecilik ağırlıklı. (MD-MÖY).

Gerek SDP'nin adını daha önce hiç duymamış olan gerekse bu konuda ayrıntılı bilgiye sahip olan hemen tüm diş hekimleri AKP hükümetinin sağlık politikalarının en azından bir bölümüne sıcak bakmadığını açıklamıştır. Beş diş hekimisi ise SDP'e daha olumlu yaklaşmıştır.

Kötü olmadı. Bürokrasi azaldı, nüfus kağıdı ile hizmet alınabiliyor, herşey elektronik ortamda. Sağlıkla ilgili çalışan yerlerin tek çatı altında toplanması doğrudur. (ÖÜD).

SDP'nin genel sağlık alanındaki etkilerine dair sadece meslek örgütünde çalışan dört diş hekimisi görüş bildirmiş, sağlık alanının piyasalaştırıldığını belirtmiştir. Ayrıca sağlık harcamalarındaki artışa ve sistemin değerlendirilmesindeki yanlışlara işaret edilmiştir.

SDP harcamaları arttırdı. Ama gereksiz hekim müdahalelerini de arttırdı. Önemli olan harcanan paranın ne kadar toplumsal yarar yarattığı. ... Asıl amaç eskiden başka şey satan, şimdi artık sağlık teknolojisi ve hizmeti satan uluslararası firmaların satışlarını arttırmak. (MD-MÖY).

TDB'de aktif görev alan diş hekimleri SDP'da meslek örgütlerine hiç danışılmamış olmasını eleştirmiş, hükümetin meslek örgütlerini etkisiz hale getirerek kendisine rahat bir alan hazırladığını belirtmiştir. Diğer diş hekimleri de Sağlık bakanlığının ve il düzeydeki yöneticilerin sağlık çalışanlarına karşı düşmanca tavırlarından yakınmıştır.

Ağız-Diş Sağlığı Sektörü Üzerindeki Etkiler

Diş hekimlerinin büyük bölümü emeklerinin değersizleşmesinden, ucuz emek gücü haline gelmekten yakınmış, diş hekimlerinin işçileşme sürecinde olduğunu açıklamıştır. Yedi katılımcı yeni diş hekimliği fakültelerinin açılmasının ve mevcut fakültelerdeki öğrenci sayılarının artırılmasının temel amacının da hekim emeğini ucuzlatmak olduğunu vurgulanmıştır.

Diş hekimlerinin %4-5'i patronlaşacak, geri kalanının durumu kötüleşecek. SDP'nin amacı bizleri ucuz emek gücüne dönüştürmek. Ne yazık ki diş hekimleri camiası bunu görmüyor. (KD)

Belki toplumsal ihtiyaç fazla, ama talep yok. O nedenle iş gücü atıl durumda. Zaten hedef bu. Atıl kapasite oluşturup işgücü üzerindeki fiyatları belirlemek. Bir sistemde işi yapan fiyatı belirlemiyor, işsiz kalan belirliyor. O nedenle bir grup işsiz yaratmaları lazım. (MD-MÖY)

Muayenehanecilik yapan diş hekimlerinin hepsi ve kamu diş hekimlerinin önemli bir bölümü devletin çok sayıda ADSM açarak özel çalışan diş hekimlerine karşı haksız bir rekabet yarattığını, buna dayanamayanların muayenehanelerini kapatıp, ADSM'lerde sözleşmeli çalışmaya razı olduklarını ifade etmiştir.

TDB olarak gittiğimizde Bakan bize kendi ağzı ile söyledi, "benim sizinle rekabet edebilmek için kamuda belli sayıda diş hekimim olması lazım" dedi. Kamuda performans parası verip, işin niteliğine bakmazsanız kamu kaynaklarını kötüye kullanmış olursunuz. ... Sonra git, kendi başına muayenehane açmış, vergisini, kirasını ödeyen, personel çalıştıran bir hekimle rekabet et. (MD-MÖY).

Her iki katılımcıdan biri diş hekimlerinin para kazanmak için artık çok daha zor şartlarda çalıştığını, buna rağmen gelir düzeylerini koruyamadıklarını açıklamıştır. Bildirilen ifadelerle göre diş hekimleri artık para kazanabilmek için ya daha iyi esnaf olmak zorundadır ya da uzun çalışma saatleri, kaybedilen mesleki özerklik, uzak çalışma yerleri, vb koşullara razı olarak başkalarının yanında çalışmaya veya kamuda sözleşmeli olup ve performans dayalı ödeme sistemine dahil olmaya mahkumdur.

Diş hekiminin gelecek kaygısı var, bir travma içinde. Geliri düştü. Durumunu korumak için çalışma ilkelere, hizmet kalitesinden ödün veriyor. Toplumdaki sorunlar artarken diş hekimisi sadece elindeki hastayı korumaya çalışıyor. (MD)

İki katılımcı diş hekimlerinin kendi muayenehanesinde çalışmasının mesleki özerkliği koruyabilmenin tek yolu haline geldiğini açıklamıştır.

Bizim ADSM'de büyük bir kliniği olan, patron bir diş hekimisi var, tam gün yasası çıkarsa kamudan ayrılıp, sadece kliniğimde çalışırım dedi. "Beni de yanına al bari" diyince, "Ben seni ne yapayım ki, ancak 15 000 puan yapıyorsun, 40 000 puan yapan adam var" dedi. (KD)

Kamu Ağız-Diş Sağlığı Hizmetleri Üzerindeki Etkiler

ADSM'lerde, diş hastanesinde ve üniversitede çalışan tüm diş hekimleri hasta yoğunluğunun ve iş yükünün aşırı düzeyde artmış olmasından yakınmıştır. Özellikle ADSM'de ve diş hastanesinde çalışan hekimler olumsuz çalışma koşulları nedeniyle sağlıklarının bozulduğunu açıklamış ve hastalarıyla nitelikli bir ilişki kuramadıklarını ifade etmiştir.

Klinikte 11 kişiyiz. Bir hasta bağıyor, bir başka diş hekimi bir şey söylüyor, hasta diğer konuşmalara kulak kabartıyor falan. Hasta ile başbaşa kalamıyorsunuz. Yerimiz çok dar ve havasız. (KD)

Kamuda çalışan tüm diş hekimleri toplumun hekimlere karşı kıskırtıldığını, hastaların aşırı talep kar bir tüketici tavrını benimsediklerini aktarmıştır.

Geçen gece nöbetim vardı. Sabaha kadar hasta geldi. Koridorlar, bahçe dolu. Bir kişi için üç dört kişi gelmişler... Çocuklardan birinin dişi ağrımış, ötekilere de bak diyor. Kavga çıkmasın diye tamam diyorsun, hanımın damağı oynuyor ona da bak diyor. (KD)

Katılımcıların ifadeleri performans sisteminin diş hekimlerinin ilişkilerini de kopma noktasına getirdiğini yansıtmaktadır.

İşi aceleye getirmeyi sevmediğim için arkadaşlarım tarafından çok azarlandım, "bu sistemde çalışmıyorsun, ayrıl" dediler. Daha uzun yıllar çalışmak istediğim halde emekli oldum. (MD)

Kamuda istihdam biçimi olarak sözleşmeliliğin yerleştirilmesinin amaçlandığı, performansa dayalı ödeme yöntemi ile ücret güvencesinin de ortadan kaldırdığını, performans ödemelerinin emekliliğe yansımadağı ifade edilmiş ve bu durumun sonuçlarını açıklanmıştır.

Çalıştığın sürece varsın. Parmağın kırılırsa yoksun. Yarınını görememek insanları daha agresif çalışmaya itiyor. (KD)

Katılımcılar kamuda gerek aşırı iş yükü gerekse performansa dayalı ödeme sistemi nedeni ile hizmet niteliği açısından çok önemli bir kayıp yaşadığını açıklamıştır. Sistemin diş hekimlerini niteliksiz, gereksiz ve protez ağırlıklı uygulamalara yönlendirdiği, işin niteliği açısından herhangi bir değerlendirme yapılmadığı belirtilmiştir. Nitelik ile ilgili sorunların bir diğer nedeninin de kamuda

kullanılan malzemelerden ve anlaşma yapılan laboratuvarların yetersiz standartlarından kaynaklandığı vurgulanmıştır.

Olumlu zannediyor vatandaş. Kuyruklar kalktı, işler hızlandı. Ama kimsenin kaliteye baktığı yok. Onu da biz biliyoruz. Bu yapılan işler ileride bomba gibi patlayacak. (KD)

Performans dişi çekip, protez yaptırmayı özendiriyor. Mümkünse tüm ağız. (KD)

Performans sisteminin üniversitelerdeki etkileri de gündeme getirilmiştir. Öğretim üyesi katılımcıların genel olarak performans uygulamasına karşı olmadıkları, sadece eğitimi olumsuz yönde etkileyeceği gerekçesi ile bu sistemi üniversite için uygun göremedikleri gözlenmiştir.

Tema 5. Diş Hekiminin ve Meslek Örgütünün Politika ile İlişkisi

Katılımcıların yarısı diş hekimlerinin politika ile ilgilenmesi gerektiğini düşünmektedir. Bunların da hemen hepsi diş hekimlerinin apolitik bir grup olduğu konusunda görüş birliği içindedir. Bir katılımcı bunun diş hekimlerinin eğitiminin, çalışma yaşamının ve meslek örgütünün diğer sağlık çalışanlarından kopuk olmasından kaynaklandığını savunmuştur.

Üniversitedeyken sınıf arkadaşlarımızın kaç politikayla ilgiliydi ya da şimdi yakından izliyor? Tıp daha politizeydi. Hayatımız bizi düşünmeye değil, koşuşturmaya yönlendiriyor. (ÖÜD-MD)

Büyük bölümünü yeni mezunların oluşturduğu bir grup diş hekiminin ise politika ve toplumsal olaylarla ilgilenme konusunda net bir görüşünün olmadığı anlaşılmaktadır.

Katılımcıların büyük bölümü meslek örgütünün genel politika ile ilgilenmesine kesinlikle karşıdır, örgütün sadece sağlık politikaları ile ilgilenmesi gerektiğini düşünmektedir.

Meslek örgütü kesinlikle politika ile ilgilenmemeli. Biz sağlıkçıyız. Siyaset tamamen dışımızda. Politika ile ilgilenme örneğin sağlık bakanlığına bilgi verme şeklinde olabilir. (KD)

Bir oda başkanı da meslek örgütünün varlık nedeninin meslektaşları tarafından yeterince anlaşılmadığını ifade etmiştir.

Geçmişte meslek örgütleri siyasal güce sahipti. Artık bir kısmı düzenle işbirliği yapan, sistemi eleştirmeyen yapılar. Bizi diğer meslek örgütlerinden hekim emeğinin değerinin halkın sağlık düzeyinin yükselmesi ile örtüşmesini sağlamak. Meslektaşlarımız dış hekimliği sistemine çok para girmesini halkın sağlık düzeyinin yükselmesi olarak algılıyorlar. (MD-MÖY)

Tartışma ve Sonuç

Ağız-diş sağlığı sektörü, sağlığın piyasalaştırılmasının sağlık çalışanları açısından nasıl bir değişim süreci anlamına geldiğini tüm açıklığı ile yansıtmaması nedeniyle daha yakından bakmamızı hak eden bir alandır. Bu çalışma, piyasa mekanizmalarına terk edilen bir sağlık alanında hekimlerin mesleki kimliklerinin ticari unsurlardan kaçınılmaz biçimde etkilendiğini, hizmet sunumunun karlılık tarafından şekillendirildiğini, tüm bunlar olurken sağlık çalışanlarının giderek yalnızlaştığını göstermiştir. Bunun yanı sıra çalışmada, SDP'nin gerek dış hekimleri gerekse toplumun sağlığı açısından onarılması güç yaralara yol açtığını gösteren kanıtlar elde edilmiştir. Çalışmanın niteliksel verilere dayanması dış hekimlerinin görüşlerine ve algılarına yönelik kapsamlı ve derinlemesine bilgiler elde edilmesini sağlamıştır. Fakat her ne kadar çalışma grubunun oluşturulmasında maksimum çeşitlilik ilkesine uyulmuş olsa da sonuçlarının genellenebilirliği bu çalışmanın en önemli sınırlılığdır.

Sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin ağız-diş sağlığı üzerindeki belirleyici etkisi kapsamlı bir şekilde ortaya konmuştur (Edelstein, 2009; Geyer, 2010; Marthaler, 2004; Sgan-Cohen, 2007). Buna karşın araştırmamıza katılan dış hekimleri toplum ağız-diş sağlığı sorunlarının nedenlerinde bireysel sorumlulukların yerine getirilmemesine büyük bir önem atfetmiş, bu sorumlulukların geliştirilmesi için de katkı payı uygulanmasını önermiştir. Çalışmamızın sonuçları Dharamsi'nin ABD'li ve Kanadalı dış hekimleri ile gerçekleştirdiği araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Dharamsi, 2007). Dharamsi'nin çalışmasında da dış hekimleri yoksulların sağlıkları konusunda sorumluluk üstlenmeleri gerektiğini savunmuştur. Diğer yandan Wilson, piyasa yönelimli ülkelerde yoksul hastaların kendi sorumluluklarını üstlenmeleri ile ağız sağlıklarının düzelmesini beklemenin gerçeklerden ne denli uzak olduğunu 12 yaşında apseli dışı nedeniyle yaşamını kaybeden ABD vatandaşı Deamonte Driver örneği aracılığı ile yansıtmış, insanları eğitimsiz ve sorumsuz olmakla suçlamanın yoksulluğun yarattığı sorunları görmezden gelmenin en kolay yolu olduğunu açıklamıştır (Wilson, 2007).

Dünya Bankasının sağlık reformlarının çerçevesinde en çok öne çıkarttığı konulardan biri olan katkı payları aslında sosyal riskin bireyselleştirilmesini amaçlamaktadır (Deppe, 2005). Bu nedenle katkı payı bir toplum katılımı ve sağlık sorumluluğunu geliştirme projesi değil, özelleştirme olarak sınıflandırılmalıdır (Belek, 2006). Ağız-diş sağlığı hizmetlerinde katkı payının sonuçlarının bireysel sorumlulukları arttırmak değil, yoksulların hizmete erişimini azaltarak eşitsizlikleri derinleştirmek olduğunu gösteren çok sayıda kanıt bulunmaktadır (Lalloo, 1999; Okullo, 2004).

Pazar mekanizmalarının verimliliği arttırdığı görüşü dış hekimliği literatüründe yaygın kabul görmektedir (Grytten, 2000; Wendling, 2010). Dharamsi'nin çalışmasına katılan dış hekimlerinin bir bölümü de bu görüşü savunmuştur (Dharamsi, 2007). Fakat, dış hekimlerinin sağlık çalışanı ve girişimci kimlikleri arasında yaşanan çatışma ve piyasaya dayalı bir sistemde çalışmanın mesleki kimlik üzerinde yarattığı deformasyon bizim çalışmamızda olduğu gibi, Dharamsi'nin çalışmasının da temel bulguları arasındadır (Dharamsi, 2007). İki çalışma dış hekimlerinin piyasa koşullarına uyum göstermenin kaçınılmazlığını ifade etmiş olmaları bakımından da tam bir benzerlik göstermektedir. Chambers, piyasa mekanizmalarının etkisiyle dış hekimliğinde yapısal bir parçalanma gerçekleştirdiğini, hizmetlerin ağırlığının sağlıkla ilişkili olmayan estetik dış hekimliği, alternatif yöntemler vb karlı uygulamalara kaydığını açıklamıştır (Chambers, 2006). Avrupa'da kozmetik dış hekimliğinde gerçekleşen artışın da temel nedeni dış hekimlerinin yarattığı talep olarak gösterilmektedir (Holst, 2002). Çalışmamıza katılan dış hekimlerinin ifadeleri aynı sürecin Türkiye'de de yaşanmakta olduğunu ortaya koymuştur. Bir diğer bulgumuz da katılımcıların reklam, kısırlanmış talep, aşırı yüksek fiyatlar vb unsurlarının düzenlenmesini önermiş olmalarıdır. Bu unsurları "pazarın mükemmel olmayan yönleri" olarak adlandıran Holst rekabetçi politikaların varlığının uygun düzenlemelerin geliştirilmesini gerektirdiğini, fakat bu düzenlemelerin nasıl tasarlanması gerektiği konusunda önemli bir belirsizlik olduğunu yazmıştır (Holst, 2002). Bu yorum araştırma bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde yarattığı sorunlar karşısında pazar sisteminin savunucularının da açmaz içinde kaldıklarını yansıtmaktadır.

Avrupa'nın pek çok ülkesinde değişen düzeylerde olmakla birlikte kamusal bir finansman aracılığı ile

özel diş hekimlerinden hizmet satın alınmaktadır (**Holst, 2002**). Araştırmaya katılan diş hekimleri de benzer bir sistem önermiştir. Diğer yandan farklı ülkelerin deneyimleri kamusal bir finansman aracılığı ile özel sektörden hizmet almanın toplumun dezavantajlı kesimlerinin hizmete erişimini sağlayan bir strateji olmadığını göstermektedir. İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında yer alan diş hekimlerinin muayenehanelerini daha varlıklı semtlerde açmayı tercih ettikleri, ekonomik durumlarını dikkate alarak hasta seçtikleri bildirilmektedir (**Lynch, 2003**). ABD'de Medicaid kapsamındaki yoksul hastaları kabul edecek diş hekimi bulmakta büyük sorun yaşanmaktadır (**Davis, 2010; Garcia, 2010**). Leys, ABD'li diş hekimlerinin Medicaid hastaları üzerinden para kazanmak için yaptığı oyunları aktardığı makalesinde düşüncelerini "sağlık hizmeti özel girişim tarafından sunuluyorsa her zaman için karı maksimize etmek için nelerin yapılabileceği düşünülmelidir" ifadesi ile özetlemiştir (**Leys, 2001**). Fakat üzerinde durulması gereken daha önemli bir konu, kamunun hizmet satın alması modelinin en yerleşmiş durumda olduğu Almanya ve İngiltere gibi ülkelerde bile sağlık reformlarının etkisiyle kamusal finansmandan özel finansmana doğru çok hızlı bir geçiş yaşanmakta olduğudur (**Holst, 2002; Lynch, 2003; Övretveit, 2003; Busse, 2005; Nomura, 2008**). Bir diğer ifade ile katılımcıların önerdiği model yeni dünya düzeninde rolünü çoktan tamamlamıştır. Diğer yandan bu ülkelerde özel hizmet sunumu unsurlarının artmasıyla birlikte sağlık sistemin çok sınıflı bir yapıya dönüştüğü ve bunun da sağlık hakkı açısından ciddi bir darbe anlamına geldiği açıklanmaktadır.

Holst, diş hekimliğinin reformlardan sağlığın diğer alanlarına göre oldukça daha geç dönemlerde etkilendiğini açıklamış, bunun nedenini de piyasaya dayalı sistemin temel özelliklerini zaten barındırmasına bağlamıştır (**Holst, 2002**). Bu açıklama katılımcıların SDP'yi neden yeterince tanımadığını yanıtlamamızı kolaylaştırmaktadır. Diğer yandan, görüşülen diş hekimlerinin ifadeleri SDP'nin kendi meslek alanları üzerindeki etkilerini artık çok yoğun biçimde yaşadıklarını yansıtmaktadır. Yine katılımcıların ifadelerine göre ülkemizde özel muayenehane hekimleri, ABD'de diş hekimlerinin ekonomik kriz döneminde geliştirdiği bildirilen eski hastalarını sık sık arama, estetik hizmetler açısından talep yaratma gibi stratejilerin oldukça benzerlerini uygulamaktadır (**Schnepf, 2006**). Önder'in piyasa ekonomisinde hâkimiyetin temel unsuru olarak adlandırdığı teknoloji savaşları da dönüşümün ardından şiddetlenmiştir (**Önder, 2006**).

SDP'nin diş hekimliğinde yarattığı en çarpıcı değişim kamuda gerçekleşmiştir. AKP hükümetine kadar diş hekimliği hizmetlerinin sunumunda çok küçük bir paya sahip olan kamu, belki de hiç bir ülkede örneği görülmemeyen bir hızla büyüme göstermiştir. Fakat, bu süreci hizmet sunumunda kamusal bir sorumluluğun gelişmesi olarak yorumlamak ne yazık ki mümkün değildir. Diş hekimliğinde kamunun etkinliğinin artması Avrupa'da sosyal devlet döneminde sağlık hizmetleri kullanımındaki artışa benzetilebilir. Sosyal devlet döneminde sağlık hizmetlerinin parasız olarak devletçe sunulması toplumların sağlık hizmeti kullanma alışkanlıklarını geliştirmiş, böylece sağlık hizmeti üretim alanı kapitalist piyasa koşulları bakımından tamamen olgunlaşmış, devletin üretimden çekilmesiyle boşalan alanı özellikle tedavi edici hizmetlerde özel sağlık sektörü hızla doldurmuştu. (**Belek, 2006**). ADSM'lerin de gerek yönetim yapısı gerekse donanım ve personel açısından özelleştirilmek üzere hazırlandıkları oldukça açıktır.

Performansa dayalı ödeme diş hekimlerinin etkilerini en yoğun biçimde hissettikleri değişimdir. İngiltere'de benzer finansal teşviklerin hizmet sunumuna etkisi değerlendirildiğinde çekim gibi daha az zaman gerektiren işlemlerin arttığı, kanal tedavisi gibi zaman harcayan işlemlerin ise önemli bir azalma gösterdiği saptanmıştır (**Tickle, 2011**). Bizim çalışmamızda da diş hekimleri performans sisteminin protez uygulamalarını ödüllendirdiğini, koruyucu uygulamaların ise ihmal edilmesine yol açtığını açıklamıştır. Katılımcıların hizmet niteliği ile ilgili kaygıları da çok dramatik düzeydedir. Benzer şekilde, Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) Türkiye çapında gerçekleştirdiği bir çalışmada da hekimlerin %67'si performans sisteminin hasta başına muayene süresini, %60'ı ise hizmetlerin niteliğini azalttığını, %45'i komplikasyon sayısını, %64'ü endikasyonsuz müdahale sayısını, %70'i de etik olmayan uygulamaları arttırdığını belirtmiştir (**Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2009**).

Kamuda çalışan katılımcılar meslektaşları arasındaki çalışma barışının hasar gördüğünü açıklamıştır. TTB'nin çalışmasında da benzer bulgular elde edilmiştir. Hekimlerin yarısından fazlası meslektaşlar (%55) ve farklı gruplardaki çalışanlar (%63) arası işbirliğinin bozulduğunu düşünmektedir (**Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2009**). Görüşmelerimize katılan tüm kamu diş hekimleri her geçen gün artan iş yükü ve hastaların hükümet tarafından kışkırtılan talepkar davranışları nedeniyle stres düzeylerinin arttığını, mesleğe bağlı sağlık sorunları yoğunlaştığını, hasta-hekim ilişkisinin bozulduğunu ifade etmiştir. TTB'nin çalışması da

AKP'nin sağlık politikalarının hekimler açısından ne denli yıpratıcı olduğunu desteklemektedir. Hekimlerin %76'sı çalışma stresinin arttığını, %73'ü ise izin ve dinlenme sürelerinin azaldığını belirtmiştir (**Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2009**).

Mesleğin "ethos"unu yani değerler ve inançlar sistemini belirleyen ve sürdüren, üyelerinin hak ve taleplerini devletle müzakere edebilen güçlü kurumlar olmaları yönüyle, mesleki örgütler özellikle sağlık çalışanları açısından çok önemlidir (**Helöe, 1991**). Çalışmamıza katılan diş hekimleri arasında da meslek örgütünün görevlerini üyelerinin çıkarlarını savunma ile sınırlama eğiliminin yaygın olduğu, örgütün toplumsal sorumluluklarının ise sağlık politikaları ile çizilen kesin bir çerçeve içinde tanımlandığı gözlenmiştir. Bu dar bakış açısında Freidson'un belirttiği gibi meslek örgütlerinin, mesleki etik kurallar üzerinden gerçekleşen geleneksel öz-düzenleyici rolünün giderek zayıflamasının ve örgütlerin üyelerinin çalışma ve ücretlendirme biçimlerini kontrol eden bir düzenleyiciye dönüşmelerinin de etkisi yadsınmaz (**Freidson, 1984**).

Bu çalışmada görüşülen katılımcıların ifadeleri diş hekimlerinin piyasanın şekillendirdiği normlara kaçınılmaz biçimde adapte olduğunu yansıtmış, piyasa-yönelimli sağlık ortamının toplumun ağız-diş sağlığı hakkında yarattığı tehdidi ortaya koymuştur. Araştırma grubu SDP'nin toplumun nitelikli sağlık hizmetlerine erişmesine herhangi bir katkı sağlamadığı gibi, diş hekimlerinin iş güvencelerini kaybetmelerine ve emeklerinin değersizleşmesine yol açtığını çok net olarak ifade etmiştir. Fakat, katılımcılar SDP'yi sadece kendi yaşamları üzerindeki etkileri aracılığı ile tanımakta, yaşadıkları dönüşüm sürecinin piyasa yönelimli sağlık hizmetlerinin yeniden şekillendirilmesi süreci içerisinde yerini yeterince değerlendirememekte, bu nedenle de SDP'nin yıkıcı etkilerine karşı tamamen savunmasız kalmaktadır. Çalışmanın ortaya koyduğu bu tablo aslında aile hekimleri başta olmak üzere girişimcilik, esnaf kimliği, rekabet, müşteri memnuniyeti gibi kavramların yaşamlarına her geçen gün daha fazla nüfuz ettiği tüm sağlık emekçileri açısından da oldukça öğreticidir.

Kaynaklar

Belek, İ. (2006). *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü*. Nalçacı, E., Hamzaoğlu O., Özalp, E. (Editörler): Nazım Kitaplığı.
Busse, R., Riesberg, A. (2005). *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europaischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik*.

Chambers, D. W. (2006). *Access denied; invalid password. Journal of Dental Education*, 70(11), 1146-1151.

Davis, E. E., Deinard, A. S., Maiga, E. W. H. (2010). *Doctor, my tooth hurts: the costs of incomplete dental care in the emergency room. Journal of Public Health Dentistry*, 70(3), 205-210.

Deppe, H. U. (2005). *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*. 3. Aktualisierte Auflage. Frankfurt: Verlag für akademische Schriften.

Dharamsi, S., MacEntee, M. I. (2002). *Dentistry and distributive justice. Social Science veamp; Medicine*, 55(2), 323-329.

Dharamsi, S., Pratt, D. D., MacEntee, M. I. (2007). *How dentists account for social responsibility: economic imperatives and professional obligations. Journal of Dental Education*, 71(12), 1583-1592.

Edelstein, B. L., Chinn, C. H. (2009). *Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. Academic pediatrics*, 9(6), 415.

Freidson, E. (1984). *The changing nature of professional control. Annual review of sociology*, 1-20.

Garcia, R. I., Inge, R. E., Niessen, L., DePaola, D. P. (2010). *Envisioning success: the future of the oral health care delivery system in the United States. Journal of Public Health Dentistry*, 70(s1), S58-S65.

Geyer, S., Schneller, T., Micheelis, W. (2010). *Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth German Oral Health Study. Community dentistry and oral epidemiology*, 38(2), 120-128.

Grignon, M., Hurley, J., Wang, L., Allin, S. (2010). *Inequity in a market-based health system: Evidence from Canada's dental sector. Health policy*, 98(1), 81-90.

Grytten, J., Lund, E., Rongen, G. (2001). *Equity in access to public dental services: the experience from Norway. Acta Odontologica*, 59(6), 372-378.

Grytten, J., Sorensen, R. (2000). *Competition and dental services. Health Economics*, 9(5), 447-461.

Helöe, L. A. (1991). *Comparative Policies of Two National Dental Associations: Norway and the United States. Journal of Public Health Policy*, 12(2), 209-228.

Holst, D., Sheiham, A., Petersen, P. E. (2002). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems: Open University Press Philadelphia, PA.*

Lalloo, R., Hobdell, M., Masha, H., Mbolli, F., Tanda, A. (1999). *Dental caries status of 5-7 year old children in three districts in Tanzania, Uganda and Mozambique. Tropical Dental Journal*, 46-48.

Leung, B. Y. B. (2009). *Dentistry in Beijing: An Evolving Market. Hong Kong Dental Journal*, 6, 114-119.

Leys, C. (2001). *What works public services publicly provided. Catalyst*. Erişim tarihi 01 Şubat 2011 <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan002015.pdf>

Lynch, M., Calnan, M. (2003). *The changing public/private mix in dentistry in the UK—a supply-side perspective. Health Economics*, 12(4), 309-321.

Marthaler, T. (2004). *Changes in dental caries 1953-2003. Caries research*, 38(3), 173-181.

Nguyen, L., Hakkinen, U. (2006). *Choices and utilization in dental care. The European Journal of Health Economics*, 7(2), 99-106.

- Nomura, M.** (2008). Dental healthcare reforms in Germany and Japan: A comparison of statutory health insurance policy. *Japanese Dental Science Review*, 44(2), 109-117.
- Okullo, I., Aström, A., Haugejorden, O.** (2004). Social inequalities in oral health and in use of oral health care services among adolescents in Uganda. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 14(5), 326-335.
- Ovretveit, J.** (2003). Nordic privatization and private healthcare. *The International journal of health planning and management*, 18(3), 233-246.
- Önder, İ.** (2006). Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü. In E. Nalçacı, O. Hamzaoğlu ve E. Özalp (Eds.): Nazım Kitaplığı.
- Schnepf, K.** (2009). Survival of the Fittest. Erişim tarihi 02 Nisan 2011 <http://www.dentalproductsreport.com>.
- Sgan-Cohen, H. D., Mann, J.** (2007). Health, oral health and poverty. *The Journal of the American Dental Association*, 138(11), 1437.
- Stefanczyk, M.** (2011). Dentistry Services Market in Poland 2011: PMR MarketInsight.
- T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü** (2012). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Başara, B., Güler, Ç., Eryılmaz, Z., Yentür G.K., Pulgat, E. (Editörler). Ankara.
- Tickle, M., McDonald, R., Franklin, J., Aggarwal, V. R., Milson, K., Reeves, D.** (2011). Paying for the wrong kind of performance? Financial incentives and behaviour changes in National Health Service dentistry 1992-2009. *Community dentistry and oral epidemiology*, 39(5), 465-473.
- Türk Diş Hekimleri Birliği** (2010). Diş Hekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/İlçelerde 2010 Yılı Dağılımı. Erişim tarihi 12 Mayıs 2011. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapciklari/2010YiliDishDagKitapcigi.pdf.
- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu** (2009). Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme. Ankara: Türk Tabipleri Birliği
- Wamala, S., Merlo, J., Boström, G.** (2006). Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *Journal of epidemiology and community health*, 60(12), 1027-1033.
- Wendling, W. R.** (2010). Private sector approaches to workforce enhancement. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(s1), S24-S31.
- Wilson, C.** (2007). Dentistry as Commodity, Not Service. *Oral Health Journal*. Erişim tarihi 02 Nisan 2011 <http://www.oralhealthjournal.com/news/dentistry-as-commodity-not-service/1000211265/>
- Witt, J. P., Musco, T., Weston, W.** (2004). A look at the US Group Dental Market: Trends and opportunities. Windsor, CT: LIMRA International, Inc.