

DERLEME**DÜNYADA UYGULANAN AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HİZMET SİSTEMLERİNE GENEL BİR BAKIŞ***Zeliha UĞUR ÖCEK**

Ülkemizde ağız-diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna yönelik yeni bir sistem arayışı son günlerde çok sık gündeme gelmektedir. Var olan sistemin toplumun ağız-diş sağlığı gereksinimlerini karşılayamaması ve elindeki kaynaklardan, özellikle de dişhekimlerinden gereğince yararlanamaması bu arayışın temel nedenidir. Yeni bir sisteme yönelik tartışmaları sağlıklı bir şekilde yürütebilmenin ilk adımı, dünya üzerinde uygulanan ağız-diş sağlığı hizmet sistemleri ve bu sistemlerin dinamiğini etkileyen faktörler hakkındaki bilgilerin zenginleştirilmesidir.

Ağız-diş sağlığı sistemleri ülkelerin ekonomik gelişmelerine, pazar müdahalesinin derecesine, finansman sistemine ve özel ya da kamuya ait olmasına göre değişiklik gösterir. Pazar temelli olmayan sistemlerde, genel sağlık hizmetlerine benzer şekilde devlet tarafından yürütülür. Pazarla dayalı ekonomik sistemin uygulandığı ülkelerde ise özel sağlık hizmeti sunan sistemler, ulusal sağlık hizmetleri ve sosyal sigorta sistemleri söz konusudur (*Gift, H.C. et al.; 1997:252-63*).

Ağız-diş sağlığı hizmetlerinin devlet tarafından yürütüldüğü, yani tamamen kamusal olduğu ülkelere Çin, Küba ve eski Doğu Avrupa ülkeleri örnek olarak gösterilebilir. ABD ve Güney Avrupa'da uygulanan özel ağırlıklı sistemde, dişhekimleri tamamen bağımsızdır ve hizmet hastalar veya özel sigorta şirketleri tarafından finanse edilir. Kamu tarafından finanse edilen ve örgütlenen hizmetlere bu ülkelerde rastlanmamaktadır, fakat sadece özel gruplara (örn. çocuklar) yönelik ya da sadece belli bazı bölgelerde geçerli programlar uygulanabilmektedir. Bununla birlikte İtalya'da kamu tarafından verilen toplum ağız-diş sağlığı hizmetleri, İspanya ve Portekiz'de zorunlu olmayan hastalık sigortası ve özel sağlık sigortasının karışımı olan bir sistem söz konusudur. Sosyal sigorta sistemlerinde, dişhekimleri özel pratisyen olarak çalışır, fakat hizmetleri bir kamu sigorta kurumu tarafından finanse edilir, finansmana belli oranlardaki hasta ödemeleri de dahil olabilir. Kurumların

finansmanı sigortalıların ve işverenlerin primleri ile sağlanır. Sigorta kurumlarının topluma yönelik koruyucu hizmetleri sembolik düzeydedir. Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Lüksemburg, Hollanda, İsviçre ve Kanada'da ağız sağlığı hizmetleri zorunlu sosyal sigorta tarafından düzenlenir. Bu sistemler, toplumun tamamını ya da tamamına yakın bir bölümünü şemsiyesi altına alır. Kuzey ülkelerinde ve Birleşik Krallık'ta ise ulusal sosyal güvence sistemi uygulanmaktadır ve sağlık hizmeti vatandaşla birlikte gelen bir hakktır. Vergiyle finanse edilen bu sistem hükümet tarafından organize edilir. Dişhekimliği hizmetlerinin sunumunda hem kamu sektörüne hem de özel sektöre rastlanır (*Whitehouse, N.H. et al.; 1998:30-2*).

Özel dişhekimliği hizmet sistemi, toplumun geniş kesimlerinin gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmaktadır. Gerek özel sistem gerek sigorta sistemi hizmet başı ödemeye dayanır ve hizmet ücreti listeleri koruyucu uygulamalardan çok, tedavi edici girişimleri özendirici özelliktedir. Bu da, tedavi harcamalarında ve tedaviye ödenen katkı payında artışa neden olur. Tamamen kamuya dayalı sistem ve ulusal sosyal güvence sistemi ise tedavi edici girişimleri özendirme gibi bir dezavantaja sahip değildir. Tamamen kamusal sistemde hekim ücretleri maaş aracılığıyla ödenir. Fakat dişhekimleri genellikle maaş karşılığı hizmete sıcak bakmamaktadır. Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetleri çerçevesinde uygulanan kişi başına ödeme sisteminde, dişhekimlerinin sağlıklı bir ağız, sağlıklı olmayan bir ağıza tercih etmesi nedeniyle koruyucu uygulamaların teşvik edildiği, buna karşın tedavi edici girişimlerin daha az cazip hale geldiği bildirilmektedir. Sistemin bildirilen diğer avantajları, bakımın sürekliliğini sağlaması, sağlık ekibinin performansını ölçmek ve hizmeti ücretlendirmek için uygun olması, görevli olarak kolay yönetilmesi ve hizmetlerin akılcı bir şekilde planlanmasını kolaylaştırmasıdır. Kamunun verdiği koruyucu hizmetler ne kadar etkili olursa, özel hekimlerin hasta eğitimi için ayıracakları zaman ve çaba da o kadar azalacağı için, hizmet başı ödeme sisteminde özel sektör ve kamu sektörü arasındaki işbirliği diğer sistemlere göre daha güçlüdür. Hekim memnuniyetinin de daha yüksek olduğu bu

*Dr., Dişhekimisi, Ege Üniv. İlaç Geliştirme ve Farmakokinetik Uygulama Araş. Merkezi

sistemde sıralanan olumlu özelliklere karşın, hasta memnuniyeti ve malzeme kalitesinin sigorta sisteminden daha düşük olduğu bildirilmektedir (Sheiham, A.;1984:122-130).

Bu yazıda, farklı sağlık sistemlerinin uygulandığı

ülkelere örnekler gösterilecek ve bu ülkelerdeki ağız-dış sağlığı hizmetleri finansman, örgütlenme ve koruyucu uygulamalar gibi özellikler bakımından değerlendirilecektir. Tablo 1'de farklı ülkelerdeki bireye yönelik ağız-dış sağlığı hizmet sistemleri, hizmet sunumu ve hastalar tarafından yapılan ödemeler bakımından özetlenmiştir.

Tablo 1. Farklı sağlık sistemlerinde bireye yönelik ağız-dış sağlığı hizmetleri

Sağlık Sistemi	Ülke	Hizmet sunumu	Hastalar tarafından yapılan ödeme
Sosyalist	Çin	Tamamen kamusal	Tüm masraflar
	D. Almanya	Tamamen kamusal	Yok
Sosyal Sigorta	Almanya	Özel ağırlıklı	Koruyucu ve tedavi edici hizmetler için yok, protez için katkı payı
	Hollanda	Özel ağırlıklı	0-19 yaş için yok, yetişkinler için katkı payı
	Macaristan	Özel ağırlıklı	0-18 yaş, gebeler, emekliler ve ordu üyeleri için yok, 19 ve 60 yaş için katkı payı
	Çek Cumh. Polonya	Özel ağırlıklı	0-18 yaş için yok, yetişkinler için katkı payı
Ulusal	Norveç	<i>Kamu:</i> 0-20 yaş, yaşlılar, özürllülere yönelik, sağlık merkezlerinde <i>Özel:</i> Yetişkinlere yönelik	<i>Kamu:</i> 0-18 yaş, yaşlılar, özürllüler için yok, 19-20 yaş için düşük bir ücret
	İsveç	<i>Kamu:</i> Tüm topluma yönelik, sağlık merkezlerinde <i>Özel:</i> Yetişkinlere yönelik	<i>Özel:</i> Tüm masraflar <i>Kamu:</i> 0-18 yaş, yaşlılar, özürllüler için yok, yetişkinler için özel hekimlerden düşük bir ücret
	Finlandiya	<i>Kamu:</i> Tüm topluma yönelik, sağlık merkezlerinde <i>Özel:</i> Yetişkinlere yönelik	<i>Kamu:</i> 0-18 yaş, yaşlılar, özürllüler için yok, yetişkinler için özel hekimlerden düşük bir ücret <i>Özel:</i> 1954'den sonra doğanlar için katkı payı, 1955'den önce doğanlar için tüm masraflar
	Birleşik Krallık	Özel ağırlıklı	<i>Özel:</i> 0-18 yaş, öğrenciler, gebeler, emzickliler, özürllüler, sosyal yardım alanlar için ücretsiz, diğerleri için katkı payı, düşük gelirli için masraflara yardım olabilir <i>Kamu:</i> Hastane ve toplum sağlığı merkezlerinde ücretsiz
Özel	ABD	Özel ağırlıklı	Tüm masraflar ya da özel sigortalara aylık ödemeler

I. SOSYAL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ UYGULANAN ÜLKE ÖRNEKLERİ

ALMANYA

Alman sağlık sisteminin temel organı halkın % 90'ını kapsayan kamu sağlık sigortasıdır. Sigorta kurumları devlete bağlı, fakat örgütsel ve finansal açıdan özerk yapılardır. Devlet, sigortanın kapsamını, finansman şeklini ve vermesi gereken hizmetleri belirler, düzenleme ilgili ayrıntıları sigorta kurumlarının ve hizmeti verenlerin yönetimine bırakır. Ayakta tedavi hizmetleri primlerle, kamu sağlık hizmetleri vergilerle finanse edilir. Hastane hizmetlerinde ise hem vergilerle hem de primlerle finansmana rastlanır. Buna göre sistemin en önemli özelliği kolektif finansman ve özel hizmet sunumunun beraberliğidir (Alber, J.;1995:17-56).

Dışhekimlerinin yaklaşık % 95'i özel olarak çalışır. Hizmetlerin sunumu ile ilgili koşullar ve hizmet ücretleri sigorta dışhekimlerinin ve sigorta birliklerinin görüşmeleri ile belirlenir. Hastalar sigorta ile anlaşmalı herhangi bir hekim seçmede özgürdür. Hekimlere verdikleri hizmet başına ödeme yapılır (Bundeszahnärztekammer, 1990). Almanya'da dışhekim muayenehaneleri birer küçük

işletme halindedir. Dışhekim başına ortalama 3.2 yardımcı düşmektedir. Bu özelliği ile Almanya dışhekim-yardımcı oranı genellikle bire bir olan pek çok Batı ülkesinden ayrılmaktadır. Bununla birlikte, hijyenist veya uzman yardımcı gibi bazı koruyucu uygulamaları üstlenebilecek personel sayısı çok düşüktür (Staehe, H.J.;1995:96-133).

Alman dışhekimliği hizmetlerinin etkinlik ve verimliliği harcamaların yüksekliğine rağmen oldukça düşüktür. Ücret sistemi protetik hizmetlerde artışa neden olurken, koruyucu uygulamaların ihmeline yol açmış, bu da bir kısır döngü şeklinde teknisyenlik hizmetlerine harcanan paranın artışına neden olmuştur. Başka hiçbir ülkede rastlanmayan, teknisyen sayısının dışhekim sayısından fazla oluşu, diş protezlerinin sigortadaki yerinin sağlamlığını göstermek açısından iyi bir örnektir (Staehe, H.J.;1995:96-133).

Almanya'da uygulanan koruyucu ve sağlığı geliştirici dışhekimliği hizmetleri iki gruba ayrılabilir. Birinci grup, özel hekimlerin, sigortaların ve resmi kurumların işbirliği yaptığı yerel düzeydeki çalışma toplulukları tarafından okullarda uygulanan 3-12 yaşları arasındaki çocukların

diş sağlığını geliştirmeyi amaçlayan programlardır. İkinci grup ise özel hekimler tarafından verilmesi gereken ve sigorta kapsamında yer alan bireysel koruyucu hizmetlerdir (Stein, H. et al.;1994;111-25).

Sağlık harcamalarını kısıtlamak ve sisteme daha yarışmacı bir yapı kazandırmak amacıyla Almanya'da 1989 yılından beri sağlık reformu uygulanmaktadır. Reformda devletin yetkilerini sınırlandırma, sigorta kurumlarının yetkilerini ise genişletme ve hizmetlerin yönetimini kurum ve hekim birliklerine bırakma eğilimi hakimdir. Böylece arz-talep ilişkisi piyasa ekonomisinin kurallarına göre belirlenecektir. Sigorta tarafından ödenen tedavilerin kapsamı daraltılmış, hizmetlerin ücreti ve hasta katkı payları artırılmış, koruyucu uygulamalara ise daha geniş bir yer ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığının düşüncesine göre ek ödemelerin miktarı artırılmadığı takdirde hizmetin kalitesi düşecektir ve hastanın ücretlere katkıda bulunması "sağlığın bedeli" dir. Bakanlık bu düzenlemelerin kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluklarını güçlendireceğini savunmaktadır. Fakat ekonomik sorunları, hizmetleri kısıtlayarak ve ücretleri düşürerek çözüme yaklaşımını hekimler sosyal sisteme bir darbe olarak değerlendirilmektedir (Hörnemann, G, 1995).

Reformun dişhekimliği üzerindeki etkileri, protetik ve ortodontik tedavi ücretlerine katkı paylarının artırılması, buna karşın hastalara bireysel ve grup profilaksisi hakkı verilmesi ve teşvik amacıyla koruyucu yöntemlerin ücretinin artırılmasıdır. Bu uygulama, hekimleri daha önce protezden elde ettikleri geliri koruyucu yöntemler ile kompanse etmeye sevk etmiştir. Bu durum, dişhekimlerinin zaten karşısında oldukları kamu tarafından grup profilaksi yöntemleri uygulanması önerisine yönelik itirazlarını şiddetlendirmektedir. Ayrıca, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluklarının artırılması düşüncesi doğrultusunda 18 yaşından sonra dişlerini düzenli olarak kontrol ettiren bireylerin protez ücretlerine sigortanın katkı payı % 10 ila % 15 oranında artırılmıştır (Zahnaerztekammer und Kassenzahnaerztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 1997).

HOLLANDA

Hollanda'da ağız-diş sağlığı hizmetleri hizmet başı ödeme sistemine göre çalışan özel dişhekimleri tarafından verilir, finansman ise sigorta kurumları aracılığıyla gerçekleştirilir. 1994'e kadar toplumun % 62'si zorunlu ulusal sağlık sigortasına üye idi. Sisteme bağlı olan hastalar dişhekimlerini düzenli olarak ziyaret ettikleri sürece (yılda iki kez) hizmetlerin büyük bölümünden ücretsiz yararlanabiliyorlardı. Fakat 1995'ten beri yeni bir sistem uygulanmaktadır. Buna göre, 19 yaşına kadar olan gençlerin halen tüm hizmetlerden ücretsiz yararlanma hakkı vardır, fakat ulusal sigorta yetişkinler için sadece koruyucu hizmetleri (muayene, hijyen eğitimi ve diş yüzeyi temizliği), bir uzman tarafından gerçekleştirilen cerrahi tedavileri ve protezlerin %75'ini kapsamaktadır. Bu durumda yetişkinler artık ya cepten ödeme yapmak ya da bir özel sigorta ile anlaşmak zorundadır (Truin, G.J.;1997:277-283).

DOĞU AVRUPA ÜLKELERİ

Sosyalizm sırasında Doğu Avrupa ülkelerinde herkesin ağız-diş sağlığı hizmetlerine ücretsiz olarak ulaşabildiği ve dişhekimlerinin devletin kliniklerinde maaş karşılığında çalıştığı bir sistem uygulanıyordu. Fakat son on yıl içerisinde dişhekimlerinin büyük bölümü bağımsız muayenehane ve kliniklerde özel olarak çalışmaya başlamıştır. Gözlenen en hızlı özelleştirme süreci eski Doğu Almanya'da yaşanmıştır (Widström, E. et al.;2001:580-4).

Sosyalist sistemin yıkılmasının ardından bazı ülkelerde sigorta sistemleri kurulmuştur. Fakat sigorta sistemlerinin gelişmemiş olması ya da hiç bir güvence sisteminin bulunmaması nedeniyle eski Sovyetler Birliği ülkelerinin büyük bölümünde, örn. Rusya, halen ücretsiz hizmet veren kamu dış kliniklerinden yararlanılmaktadır. Bu kliniklerde kaynak sıkıntısı nedeniyle hizmetler çok sınırlıdır, hatta geniş bir tedavi ve materyal seçimi gerekli olduğunda hastalar cepten ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde, ülkelerin büyük bölümünün Bismarck modelini benimsedikleri görülmektedir. Bu ülkelere örnek olarak aşağıda Polonya'nın ağız-diş sağlığı sistemi hakkında bilgi verilmiştir (Widström, E. et al.;2001:580-4).

POLONYA

Polonya'da 1989'dan önce dişhekimliği hizmetleri, devlete ait kliniklerde, işyeri ve okul dental ofislerinde ücretsiz olarak sunuluyordu. Buna ek olarak, çok küçük çaplı bir özel sektör de varlık gösteriyordu. Fakat özel muayenehanede çalışan dişhekimleri aynı zamanda kamudaki görevlerinde tam gün çalışmak zorundaydı. 1989'da serbest pazarın açılmasıyla birlikte, özel muayenehane sayısı artmış, fakat kamu klinikleri de hizmet vermeye devam etmiştir. 1992'nin sonlarına doğru dişhekimlerinin % 80'i en azından part-time olarak özel muayenehanede çalışmaya başlamıştır. Bu aşamada muayenehane açmak için yerel makamlara herhangi bir ticari girişim için gereken süreci izleyerek başvurmak yeterli olmuştur. Fakat, 1998'den beri muayenehane açmak için hekimler odasının izni gerekmektedir. 1997 yılından itibaren ülke çapında ağız sağlığının izlenmesi uygulaması başlatılmıştır, bu hem farklı bölgelerdeki tedavi gereksinimlerini gösterecek, hem de uzun erimde hizmetlerin etkinliğine yönelik bilgi sağlayacaktır (Widström, E. et al.;2001:580-4).

1999'da zorunlu sağlık sigorta sistemi uygulanmaya başlamıştır. Sistem, kapsamı birçok ülkeye göre daha geniş olan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanmayı sağlamaktadır. Hastalar sigorta ile sözleşme yapan herhangi bir dişhekimini/kliniği seçmekte özgürdür. Bununla birlikte, belli bir bölgede fonksiyon gören hastalık fonu, tek bir dişhekimini veya kliniğin üstlenebileceği tedavinin niceliğini sınırlar, bir diğer ifade ile dağıtım yapar (Widström, E. et al.;2001:580-4).

1993'de ilköğretim birinci sınıf öğrencilerine yönelik bir

ağız-diş sağlığını geliştirme programı ve çürük düzeyi yüksek çocuklara yönelik koruyucu bir program yürütülmeye başlamıştır. Bu programlar ulusal bütçeden finanse edilmektedir (Widström, E. et al.; 2001:580-4).

II. ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİ UYGULANAN ÜLKE ÖRNEKLERİ

KUZEY ÜLKELERİ

İskandinav'da ağız-diş sağlığı hizmetleri kamu ve özel sektörün birleşiminden oluşan bir sistemde sunulmaktadır. Kamu sektörü tarafından çocuklar ve gençler için ücretsiz olarak sistematik bir şekilde ağız-diş sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Yetişkinler ise, kamu ve/veya özel sağlık sigortalarının finansal yardımıyla özel dişhekimlerinden hizmet alır. İsveç ve Finlandiya'da yetişkinlere yönelik kamu hizmetleri de verilmektedir. Kamu ve özel sektörün arasında bir yarış olmadığı, aksine birbirlerini tamamladıkları belirtilmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde sistemin sigortadan çok genel bütçeye dayalı olduğu görülmektedir (Holst, D. et al.; 1997:283-91).

Ulusal sağlık sistemi uygulanan ülkeler arasında Norveç farklı bir yere sahiptir. Bu ülkede diğer kuzey ülkelerine benzer şekilde 0-18 yaş grubu, yaşlılar ve özürülüler kamu merkezlerindeki dişhekimliği hizmetlerinden ücretsiz yararlanırlar. Fakat yetişkinler için güvencenin kapsamı çok sınırlıdır, hizmetler özel hekimlerden alınır ve tamamen hasta tarafından ödenir (MISSOC, 2001). Bu özelliği, bazı sınıflandırmalarda (Whitehouse, N.H. et al.; 1998:30-2) Norveç'in özel sağlık sistemi uygulanan ülkeler grubuna dahil edilmesini açıklamaktadır. Fakat toplumun önemli bir bölümüne kamu tarafından ücretsiz ve kapsamlı bir hizmet verildiği göz önüne alınarak, bu ülkenin ulusal sağlık hizmeti uygulanan ülkeler arasında değerlendirilmesi de yanlış bir karar olmayacaktır. Kuzey ülkelerine bir örnek olarak Finlandiya'da uygulanan dişhekimliği hizmetlerine göz atılabilir.

FİNLANDİYA

Finlandiya'da kamu ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Sigortası aracılığı ile finanse edilir. Sigortanın finansman kaynağı ise vergi gelirleridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kamu sektörünün rolü daha baskındır ve hizmetler belediyeler bazındaki sağlık merkezlerinden oluşan bir ağda örgütlenmiştir. Hastalar kamu sağlık hizmetlerinden yararlanmak için her yıl düşük bir ücret (9 Dolar) öderler (Maki, M.; 2000).

Sağlık merkezlerindeki dişhekimliği hizmetlerinden 19 yaşın altındakiler ve emekliler ücretsiz, yetişkinler ise hekimlerden daha düşük bir ücret karşılığında yararlanabilirler. Merkezleri belli sınırlar çerçevesinde kendi fiyat listelerini belirleme hakkına sahiptir. 1955 yılında ve 1955'den sonra doğan bireylerin yol masraflarına kadar diş tedavisi ile ilgili tüm harcamaları geri ödenir. Geri ödeme oranı muayene ve koruyucu uygulamalar için % 75, diğer tedaviler için %60'dır. Ortodontik ve protetik tedaviler kapsam dışıdır. 1956'dan önce doğanlar üç yılda

bir muayene ve koruyucu hizmetlerden ücretsiz yararlanma hakkına sahiptir. Eğer tedavi gereksinimi dişleri ile ilgili olmayan bir başka genel sağlık sorunundan kaynaklanıyorsa masrafları geri ödenir (Maki, M.; 2000).

İskandinav Ülkelerindeki Sağlık Reformu Süreci

İskandinav ülkelerinde sosyal devletin yeniden yapılanması uzun süredir üzerinde tartışılan bir konudur ve pazar kavramı üzerine kurulu, rekabetçi toplum gündeme yoğun bir şekilde gelmektedir. Bu yeni bakış açısına göre, devlet daha az aktif, kamu sektörü daha küçük, kişisel sorumluluklar ise daha belirgin olmalıdır. Bununla birlikte araştırmalar, Kuzey ülkelerindeki halkın, hizmetlerin azaltılması ve özelleştirmesi konusunda direnç gösterdiğini, buna karşın vergilerin azaltılması ve sistemin kötüye kullanılması konusunda daha iyi bir kontrol mekanizması istediğini göstermektedir (Holst, D. et al.; 1997:283-91).

Dişhekimliği hizmetleri de bu yeniden yapılanma hareketinin dışında kalmamıştır: çocukların düzenli muayeneleri arasındaki zaman aralıkları genişletilmiş, toplum tabanlı olan bu hizmetler daha çok kişisel düzeye indirgenmiştir. Danimarka'da 16-17 ve İsveç'in bazı bölgelerinde 0-19 yaş grubuna özel hizmetlerle kamu hizmetleri arasında seçme şansı tanınmış, toplum içerisinde hizmeti ısmarlayan ve sunan taraflardan oluşan bir iç pazar yaratma ilkesi İsveç'in üç bölgesinde kabul edilmiştir (Holst, D. et al.; 1997:283-91).

Yakın zamana kadar kuzey ülkelerinde "ücretsiz diş sağlığı hizmeti" ilkesi egemen olmuştur. Bu ilke ile dişhekimisi sayısının az, tedavi gereksiniminin ise yoğun olduğu dönemlerde teşvik sağlanması amaçlanmıştır. Fakat bugün tedavi gereksiniminin azaldığı, hekim sayısının ise arttığı ve bu nedenle teşvik yapısının sağlığı korumaya ve geliştirmeye odaklanması gerektiği savunulmaktadır. Bu görüşlerle bağlantılı olarak, risk düzeyine göre kategorilere ayrılan adam başı vergi yöntemine geçiş önerilmektedir (Holst, D. et al.; 1997:283-91).

BİRLEŞİK KRALLIK

Birleşik Krallık'ta dişhekimliği hizmetleri Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services, NHS) çerçevesinde yer alır. Hizmetlerin yönetim ve sunumu satın alanlar ve sunanlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Satın alan taraf yerel düzeydeki görevlendirme makamları, sunan taraf ise dişhekimleridir. Görevlendirme makamları hastane ve toplum sağlığı hizmetlerini yönetir ve özel hekimler ile sözleşme yapar. Dişhekimlerinin % 9'u hastanelerde, % 6'sı toplum ağız-diş sağlığı hizmetlerinde, % 84'ü ise özel olarak çalışır. Toplum sağlığı hizmetlerinde çalışanlar epidemiyolojik araştırmalar ve sağlığı geliştirme programları yürütürler, özel sistemden yararlanamayan bireylerin bakımını güvence altına alırlar (Bradnock, G. et al.; 1997:267-77).

Bağımsız pratisyenler olarak çalışan özel dişhekimleri

bir yerel görevlendirme makamı olan Aile Sağlığı Hizmetleri Makamları (Family Health Service Authorities) ile sözleşme yapmak zorundadırlar. Muayenehane açan dişhekimleri coğrafi sınırları içerisindeki makamlara kaydolurlar. Aile Sağlığı Hizmetleri Makamları, miktarı merkezi olarak Dişhekimliği Uygulamaları Kurulu (Dental Practice Board) tarafından hesaplanan hizmetlerin karşılığını öder. Fakat bu makamların kime, hangi nicelik ve maliyette tedavi uygulanacağını söyleme hakkı yoktur, hekimler tamamen özel tedaviler uygulamakta özgürdür (Bradnock, G. et al.; 1997:267-77). Ulusal Sağlık Hizmeti'ne (USH) üye hekim sayısı ile uygulanan tedavilerin niceliği tam olarak örtüşmemektedir. Dört dişhekiminden birininin hastalarının % 70'den fazlasının tedavilerini özel olarak gerçekleştirdiği bildirilmektedir (Buck, D. et al.; 2001:115-8). Bunun nedeni USH'e kolay ulaşamayan kişilerin özel hizmetleri tercih etmelerine ve özel sigortaların sayısının artmasına bağlanmaktadır. USH dışında verilen hizmetlerin, sistemin önemli bir sorunu olduğunu belirtilmektedir (Bradnock, G. et al.; 1997:267-77).

USH'de hastalar, dişhekimlerini seçmede özgürdür, fakat iki yıl boyunca aynı hekimden hizmet alırlar. En az bir yıllık dolguların değiştirilmesinin ve acil tedavilerin dahil olduğu bu hizmetler için "sürekli bakım" ödemesi yapılarak hekimlerin hastalarına temel koruyucu yöntemleri uygulaması sağlanır. Ayrıca dişhekimleri çocuklara yönelik koruyucu hizmetleri hastalardan bir ücret almaksızın yürütürler ve bunun için yıllık bir ücret alırlar. Uygulanan kişi başı ödeme sistemi, ortalama bir dişhekiminin masrafları çıktıktan sonra hizmet başı ödeme sisteminde ne kadar kazanacağını belirlenmesine dayanır ve bu ödemelerin dişhekimlerinin yıllık gelirinin yaklaşık % 20'sini oluşturduğu belirtilmektedir (Bradnock, G. et al.; 1997:267-77).

Özel hekimlerden hizmet alan hastalar 225 Sterline kadar olan tedavi masraflarının % 75'ini öderler. 18 yaşına kadar olan çocuklar, öğrenciler, gebeler ve düşük gelirli dişhekimliği hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanırlar. Buna 18-19 yaş grubunun eski dolguların yenilenmesi de dahildir (Bradnock, G. et al.; 1997:267-77). Hastanelerde ve toplum ağız-diş hizmetleri kapsamında sunulan tedavi hizmetleri ise ücretsizdir (MISSOC, 2001).

USH işçi ve işveren primleri ile finanse edilir, buna ek

olarak genel vergilendirmeden de bir miktar fon gelmesi mümkündür. Hizmetlerin sunumu ve finansmanı Tablo 2'de özetlenmiştir (Bradnock, G. et al.; 1997:267-77).

III. TAMAMEN ÖZEL SAĞLIK SİSTEMİ UYGULANAN ÜLKE ÖRNEĞİ

ABD

ABD'de, bireylerin sağlıklarından önce kendileri, daha sonra toplum ve en son olarak da devlet sorumludur. Bu Avrupa'da egemen olan ve bireysel sağlıktan tüm toplumun birlikte sorumlu olduğunu savunan görüşten oldukça farklı bir düşüncedir. Bu bakış açısı ağız sağlığı hizmetlerine de yansımıştır; ülkedeki dişhekimliği hizmetleri çok büyük oranda özel hekimler tarafından sunulmakta ve hastalar veya özel sigortalar tarafından finanse edilmektedir. Tüm eyaletlerde olmasa da çocuklara yönelik kamu kaynaklı koruyucu programlar yürütülmektedir (Jong, A.W.; 1993:8-17).

IV. SOSYALİST SAĞLIK SİSTEMİ UYGULANAN ÜLKE ÖRNEKLERİ ESKİ DOĞU ALMANYA

Eski Doğu Almanya'da merkezi olarak koordine edilen, yönetim ve kontrol fonksiyonlarının kamu tarafından yürütüldüğü ağız sağlığı hizmetleri, sosyal sigorta (işçi ve işverenlerin mecburi katılımları) ve devlet tarafından finanse ediliyordu. Çeşitli merkez ve hastanelerden oluşan sistemden halk ücret vermeden yararlanıyordu. Devletin sorumluluğuna beslenme ve eğitim yoğunlukta olmak üzere çocukların düzenli muayenesi, flor uygulamaları ve sağlık bakımı dahildi. Sistem iki Almanya'nın birleşmesinden sonra büyük oranda özelleştirilmiştir (Gift, H.C.; 1997:252-62).

ÇİN

Çin'de ağız-diş sağlığı hizmetleri kamu sağlık hizmetleri çerçevesinde sunulur; hastane tabanlıdır ve temel amacı talep edilen tedavileri gerçekleştirmektir. Ücretler, maaşlar, hizmet yeri ve personel sayısı hükümet tarafından belirlenir. Gerek çocuklar gerek yetişkinler için hizmet başına ödeme sistemi geçerlidir. Bazı işçiler için geri ödeme sistemleri kurulmuştur, fakat diş protezleri hastalar tarafından karşılanır. Sistemin en önemli sorunu dişhekimlerinin sayıca yetersiz olması ve dengesiz bir

Tablo 2. Birleşik Krallık'ta ağız-diş sağlığı hizmetlerinin sunumu ve finansmanı

Hizmet veren	Finansman	Hizmeti ücretlendirme	Hastalar tarafından yapılan ödeme
Hastane/ Toplum Ağız-Diş Sağlığı	USH; -Genel vergi İşçi/işveren primi	Maaş	Yok
Özel dişhekimliği	USH	Kişi başı + hizmet başı ödeme	Çocuklar, az gelirli, hamileler, emzikli: Yok Yetişkinler: Katkı payı Aylık belli bir miktar
	Özel Sigorta		
	Direkt Ödeme		Tüm masraflar

dağılım göstermesidir. Kırsal alandaki hekim gereksinimi kentsel alana göre çok daha fazladır. Hastane hizmetleri tüm yaş gruplarındaki bireyleri kapsar. Buna ek olarak, küçük çocuklar sağlık merkezlerindeki, bazı yetişkinler de işyerlerindeki diş sağlığı hizmetlerinden yararlanabilirler (Du, M. et al.; 2000:250-6).

V. KARMAŞIK YAPIDA SAĞLIK SİSTEMİ UYGULANAN ÜLKE ÖRNEKLERİ

Gelişmekte olan ülkelerin büyük bölümünde dişhekimliği hizmetleri tek bir sistem tarafından verilmektedir. Bu ülkelerde genellikle devlet ve özel sistem, eğitimli sağlık personeli ve geleneksel sağlıkçılar aralarında herhangi bir işbirliği olmaksızın birlikte çalışmaktadır ve hastalar nereye gideceklerine sosyoekonomik yapılarına göre kendileri karar vermektedir (Hobdell, M.; 1997:298-304).

Kamuya dayalı ve kapsayıcı bir sistemi olan Küba hariç tüm Latin Amerika ülkelerinde ağız-diş sağlığı sistemi karmaşık yapıdadır, hizmetler büyük oranda özeldir, ancak ekonomik sorunlar nedeniyle toplumun % 30'u tarafından kullanılmaktadır. Bu, toplumun %70'nin dişhekimlerinin sadece % 25'ini istihdam eden kamu hizmetlerine muhtaç olduğunu gösterir. Buna karşın kamunun yapılanması son derece zayıftır ve topluma hizmet sunmada yetersiz kalmaktadır. 1980'lerin sonundan 1990'ların başına kadar ülkeler arası farklılıklar olsa da, klasik toplum sağlığı hizmetlerinde bazı değişiklikler olmuştur. Brezilya, sağlık hizmetlerinin merkezi bir bütçe altında birleştiği, fakat belediyeler bazında desantralize olduğu bir sistem kurarak, sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerini entegre etmeyi amaçlamıştır. Fakat özelleştirme politikası karşısında, gösterilen çabalar sistemin gelişmesi bir yana yaşaması için bile yeterli olamamaktadır. Diğer yandan, Şili liberal ekonomi politikasının bir sonucu olarak, sosyal güvence sistemini özelleştirmiş, devletin katkı ve kontrolünü en düşük düzeye indirmiştir (Bellini, H. et al.; 1997:283-92).

Ağız-diş sağlığı hizmetlerinde kamunun zayıf yapılanması, kamu ve özel sektör arasında işbirliği bulunmayışı, hizmetlerin toplumun gereksinimlerini karşılayamaması ve diş teknisyenlerinin hekim gibi çalışması gibi özellikleri göz önüne alındığında bir sistem geliştirememiş ve sorunlarının çözümünde yol alamamış bir ülke olarak Türkiye de bu grupta yer almaktadır. Ülkemizin gereksinim ve kaynaklarını uygun bir sistemin geliştirilebilmesi için yoğun bir çalışma sürecine girilmesi gerektiği tüm açıklığıyla ortadadır.

Teşekkür: Bu yazının hazırlanmasında verdiği destek için Sayın Dr. Ata Soyer'e teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

Alber, J (1992), "Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise", Frankfurt: Campus.

Bellini, H., Pinto, V.G. (1997), "Delivery of oral health care and implications for future planning in Latin America", in C.M. Pine (ed.by), Community Oral Health, Oxford: Reed Educational & Professional Publishing Ltd.

Bradnock, G., Pine, C.M. (1997), "Delivery of oral health care and implications for future planning in the UK", in C.M. Pine (ed.by), Community Oral Health, Oxford: Reed Educational & Professional Publishing Ltd.

Buck D., Newton J.T. (2001), "The privatisation of NHS dentistry? A national snapshot of general dental practitioners", British Dental Journal, 190 (3): 115-118.

Bundeszahnaerztekammer (1990), "Zahnaerztliche Berufsausübung in der Bundesrepublik", Zahnaerztliche Mitteilungen, Sonderdruck 80. Jahrgang, Heft 11-22.

Du, M., Petersen, P.E., Fan, M., Bian, Z., Tai, B. (2000), "Oral health services in PR China as evaluated by dentists and patients", International Dental Journal, 50: 250-256.

Gift, H.C., Anderson, R.M., Chen M. (1997), "The principles of organization and models of delivery of oral health care", in C.M. Pine (ed.by), Community Oral Health, Oxford: Reed Educational & Professional Publishing Ltd.

Jong, A.W. (1993), "Providers of dental services", in A.W. Jong (ed.by), Community Dental Health, 3rd. Ed., St.Louis: C.V. Mosby Co.

Hobdell, M. (1997), "Delivery of oral health care and implications for future planning in developing countries" in C.M. Pine (ed.by), Community Oral Health, Oxford: Reed Educational & Professional Publishing Ltd.

Holst, D., Bronkhorst, E. (1997), "Delivery of oral health care and implications for future planning in the Nordic Countries", in C.M. Pine (ed.by), Community Oral Health, Oxford: Reed Educational & Professional Publishing Ltd.

Hörnemann, G. (1995), "Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit - Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung", IDZ Informationen, Institut der Deutschen Zahnärzte, Nr 1/95.

Maki, M. (2000), "Reimbursement health care system. Subject country. Finland", International Market Insight Series. U.S. Department of Commerce. National Trade Data Bank. <http://www.tradeport.org/ts/countries/finland/mrr/mark0020.htm>

MISSOC Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA: dental care. (2001). http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc_2001/missoc_25_en.htm

Sheiham, A. (1984), "An Analysis of Existing Dental Services in Relation to Periodontal Care", in A. Frandsen (ed.by), Public Health Aspects of Periodontal Disease, Quintessence Publishing Co. Inc.

Staehele, H.J. (1996), "Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland", München Wien: Carl Hanser Verlag.

Truin, G.J., Bronkhorst, E. (1997), "Delivery of oral health care and implications for future planning in the Netherlands", in C.M. Pine (ed.by), Community Oral Health, Oxford: Reed Educational & Professional Publishing Ltd.

Whitehouse, N.H., Treasure E.T. (1998), "Dentistry and the National Health Service in the context of Europe", British Dental Journal, 185(1): 30-2.

Widstöm, E., Eaton, K.A., Borutta, A., Dybiznanska, E., Broukal, Z. (2001), "Oral healthcare in transition in Eastern Europe", British Dental Journal, 190(11):580-4.

WHO (2001), "Oral Health Country/Area Profile Programme", Department of Noncommunicable Diseases Surveillance/Oral Health. WHO Collaborating Centre, Malmö University, Sweden.

Zahnaerztekammer und Kassenzahnaerztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, (1997), "Auswirkungen der Neuordnungsgesetze". Greven: WWF Formular-Erstellungs- und Vertriebsgesellschaft mbH.