

AKP'Lİ 20 YILDA AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI ALANINDAKİ DÖNÜŞÜM VE SONUÇLARI

Ali Rıza İlker CEBECİ* Neslihan SEVİM**

Öz: Ağız hastalıkları hem sayısal olarak hem de coğrafi dağılım olarak, kâğıt üzerinde en yaygın halk sağlığı sorunu olarak kabul edilse de dünyada birçok ülkede bu durum yeterince ciddiye alınmamaktadır. Türkiye'de de durum farklı değildir. 2002 yılında AKP hükümeti tarafından "Acil Eylem Planı" içerisinde "Herkesin Sağlık" başlığı altında açıklanan prensipler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı (SB), 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) uygulamaya koymuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecinde büyük bir hızla yeni ADSM açılmış, kamuda istihdam edilen dişhekimi sayısı arttırılmıştır. Buna paralel olarak poliklinik ve işlem sayıları, dişhekimine başvuru sayısı da geometrik olarak artmıştır. Ancak bu niceliksel artışın ağız dış sağlığı göstergelerine pozitif yansımalarının aynı oranda olmadığı görülmektedir. Bu yazıda AKP nin 20 yıldır uygulamakta olduğu, sağlık alanını piyasalaştıran neoliberal sağlık politikalarından ağız dış sağlığı alanında yarattığı tahribat tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Sağlıkta dönüşüm programı, COVID-19 ve dişhekimliği, dişhekimliği eğitimi, dişhekimliğinde uzmanlık, Sağlık Bakanlığı, aile dişhekimliği, performansa dayalı ödeme

Transformation and Consequences in the Field of Oral Health during 20 Years of AKP Rule

Abstract: Oral diseases are considered the most widespread public health concern both in terms of numerical and geographical distribution, yet they are often not accorded the necessary attention in numerous countries worldwide. Turkey is no exception in this regard. In 2002, the AKP government introduced the "Health for Everyone" initiative as part of its "Emergency Action Plan", which was aligned with the principles of the "Health Transformation Program" (SDP) implemented in 2003 by the Ministry of Health. This initiative saw a rapid increase in the establishment of new dental clinics and the employment of more dentists in the public sector. Consequently, there was a geometric rise in the number of polyclinics, dental procedures, and dental visits. However, the positive impact of this quantitative upsurge on oral health indicators was not commensurate with the extent of the increase. This article examines the ramifications of the neoliberal health policies that the AKP has been implementing for the past two decades, which have commodified the health sector, particularly in the realm of oral health.

Key words: Healthcare Reform Program, covid and dentistry, dental education and training, dental specialization, ministry of health, family dentistry, performance-based payment

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ağız ve diş sağlığını 'bireyin ısırma, çiğneme, gülme, konuşma ve psiko-sosyal iyi olma halini sınırlandıran hastalıklar ve aynı zamanda ağız ve yüz ağrısı, ağız ve yüz kanseri, ağız enfeksiyonu ve yaraların, periodontal hastalık, diş çürümesi, diş kaybı gibi rahatsızlıkların görülmemesi' olarak tanımlamaktadır (Özyavaş, 2018). Ancak, günümüzde diş çürükleri ve periodontal hastalıklar, en önemli ağız sağlığı sorunları arasında sayılmaktadır. Diş çürükleri ve dişeti hastalıkları toplumun %90'ını etkilemektedir. Ağız kanseri en sık görülen sekizinci kanser tipidir ve dünya genelinde yılda yaklaşık olarak 400.000 ile 700.000 ölümün sorumlusudur (TDB web, 2018). Dünya çapında yaklaşık 3,5 milyar insan 2019'da ağız hastalıklarından etkilenmiştir ve bu veri ağız hastalıklarının 300'den fazla hastalık arasında en yaygın grup haline getirmektedir. 1990'dan itibaren toplanan Küresel

Hastalık Yüklü verilerine göre, ağız hastalıkları küresel olarak en baskın sağlık problemi olarak bugüne kadar devam etmiştir. Başlıca ağız hastalıkları arasında tedavi edilememiş diş çürükleri, 2 milyar vaka ile en yaygın olanıyken yaklaşık 1 milyar vaka ile şiddetli periodontal hastalıklar ikinci sıradadır. Sonrasında yaklaşık 510 milyon tedavi edilmemiş süt dişi çürüğü ve 350 milyon tam dişsizlik vakası gelmektedir. Dünya genelinde ağız hastalıklarının birleşik olarak tahmini sayısı 5 ana bulaşıcı olmayan hastalık vakalarının yani zihinsel bozukluklar, kardiyovasküler hastalıklar, diabetes mellitus, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserlerin toplamından yaklaşık 1 milyar kişi daha fazladır. 1990 ile 2019 arasında, tahmini ağız hastalıkları vaka sayısı 1 milyardan fazla artmıştır, bu artış yaklaşık %50 oranındadır. Aynı dönemde ağız hastalıklarının, yaklaşık %45 olan nüfus artışından daha yüksek bir oranda arttığı görülmektedir.

*Dt., (ORCID No:0009-0007-3893-8490)

**Dt., (ORCID No:0000-0002-3371-5331)

Geliş Tarihi / Received : 28.02.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 26.03.2023

Her yıl 36 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak bilinen hastalıklarla yaşamını yitirmektedir ve ölümlerin %86'sı gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ağız hastalıkları aynı risk faktörlerini (sağlıksız beslenme, tütün ve alkolün zararlı kullanımı, yoksulluk, sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizlik, zamanında gerekli koruyucu ya da tedavi edici hizmetlere ulaşamamak vb.) paylaşmaktadır. Tüm bu veriler ağız diş sağlığı problemlerinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (WHO Web, 2022).

Ağız hastalıkları hem sayısal olarak hem de coğrafi dağılım olarak, kâğıt üzerinde en yaygın halk sağlığı sorunu olarak kabul edilse de dünyada birçok ülkede bu durum yeterince ciddiye alınmamaktadır. Türkiye'de de durum farklı değildir. 2002 yılında AKP hükümeti tarafından açıklanan "Acil Eylem Planı" içerisinde "Herkesin Sağlık" başlığı altında temel prensipler belirlenmişti. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı (SB), 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP)" uygulamaya koymuştu. Acil Eylem Planı kapsamındaki "Herkesin Sağlık" adı altında sağlık alanında yapılması öngörülen temel hedefler belirtilmişti. Bu hedeflerde söz konusu tutum devam etmiş ve doğrudan ağız diş sağlığına yönelik bir söylem yer almamıştır (Çavmak Ş, Çavmak D, 2017).

SDP, Dünya Bankası-Uluslararası Para Fonu (IMF)-DSÖ projesi kapsamında, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de neoliberal politikaların sağlık alanındaki sonucu olarak AKP iktidarı ile beraber 2003 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Kaçınılmaz olarak SDP sürecinin ağız diş sağlığı hizmetlerine yansımaları da görülmüştür. Dişhekimlerini kamuda istihdam etmekten, sağlık ocaklarında bulunan dişhekimlerinden etkin biçimde yararlanmaktan kaçınan ya da beceremeyen, yeni mezun dişhekimlerine muayenehane açmak dışında bir seçenek bırakmayan SB politikaları, 2002 yılı sonrası süreçte, büyük bir hızla yeni Ağız Diş Sağlığı Merkezi

(ADSM) ve Ağız Diş Sağlığı Hastanesi (ADSH) açmaya, bu merkezlerde her ne kadar sonradan seçim dönemlerinde kadroya geçirilse de ilk yıllarda sözleşmeli dişhekimleri istihdam etme yoluna gitmeye başlayarak dönüşümü başlatmıştır.

Bu yazının amacı SDP uygulamalarının baskısında AKP'li 20 yılda ağız diş sağlığı alanının neye dönüştüğünü incelemek, bu dönüşümün toplum ağız diş sağlığına ve dişhekimlerinin eğitim ve çalışma alanına etkilerini tartışmaktır.

1. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kurumlarda ve Kamu Hizmet Sunumundaki Dönüşüm

Türkiye'de 2002 yılında bir ADSH ve 14 ADSM bulunurken 2017'de 22 ADSH ve 132 ADSM'ye ulaşmıştır. Ayrıca, 510 hastanede dişhekimliği hizmetleri sunulan birim bulunmaktadır. SB Koca, 24 Kasım 2022 tarihindeki TBMM'deki 2023 yılı SB Bütçe konuşmasında ADSH sayısını 36, ADSM sayısını da 133 olduğunu belirtmiştir. 2002 yılından itibaren bir yandan da kamuda istihdam edilen dişhekimleri sayısı arttırılmaya başlanmıştır (SB Web 2012, 2017 ; TBMM Web, 2022).

Kamuda ağız diş sağlığı hizmeti veren kuruluşların ve dişhekimleri istihdamının artması toplum sağlığını olumlu yönde değiştirecek bir gelişme gibi gösterilse de yoğun ve plansız şekilde açılan ADSM'ler zamanla sadece tedavi hizmetleri üreten ve hekimlerin performans dayalı ödeme sistemi motivasyonu ile çalıştırdıkları sağlıksız alanlar olmuştur. Sağlıksızlık, hem hastalar için hem de hekimler için artarak devam etmiştir. Bu süreçte, koruyucu ağız diş sağlığı hizmetleri üretme ve yürütme görevinin temelde kamunun görevi olarak ifade edildiği Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) çalışmalarına önem verilmeyip, koruyucu ağız diş sağlığı alanı boş bırakılmıştır. Koruyucu ağız diş sağlığı uygulamaları devreye sokulmadığı için, başarı olarak bireylerin ve sonuçta toplumun ağız diş sağlığı göstergeleri değil, dişhekimleri tarafından yapılan tedavi uygulama sayıları başarı algısı için lanse edilmiştir.

Tablo 1. Yıllar içinde değişen dişhekimleri sayısı ve dağılımı*

Yıl	Serbest Çalışan Dişhekimleri		Sağlık Bakanlığı'nda Çalışan Dişhekimleri		Toplam Aktif Dişhekimleri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
2004	12231	66.36	3446	18.69	19104
2006	13596	64.67	4329	20.59	21022
2011	14477	59.81	6793	28.06	24203
2015	15783	56.35	7745	27.65	28006
2021	25050	57.98	11643	26.95	43199

Kaynak:* Diğer kamu kurumları ve üniversitelerdeki dişhekimleri tabloda yer almamaktadır.

Tablo 2. Türkiye’de 2019 yılı itibarıyla ağız ve diş sağlığı kurumları

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	131	4411	-	-	83	909	214	5320
Diş Hastanesi	29	2052	-	-	3	85	32	2137
Diş Eğitim Hastanesi	3	265	50	5504	-	-	53	5769
Diş Polikliniği (Hastane)	820	3222	15	368	211	477	1046	4067
Diş Polikliniği	-	-	-	-	2123	8701	2123	8701
Toplam	983	9950	65	5872	2420	10172	3468	25994

Kaynak : Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2019, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not : Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Hastanelere ait Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği ile Diş Tedavi Protez Merkezlerine ait veriler Diş Polikliniği (Hastane) içerisinde gösterilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2019 verilerinde; 2002 yılında ünit başına düşen kişi sayısı 61.632 iken 2019 yılında 8.357’ye düştüğü, 2010 yılında 22.825.000 olan poliklinik işlem sayısının 2019’da 55.356.549’a yükseldiği görülmektedir. Ağız diş sağlığı tesislerinin sayıları ise aşağıdaki tabloda detaylıca verilmiştir.

Yukarıda paylaşılan işlem sayısı dağılımlarının ortaya çıkması için, SDP’nin önemli bir bileşeni süreci olarak, “performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi” 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Sistem, sağlık personelinin düzenli maaşına ek olarak; maaşın SB bütçesinden, performansa dayalı ek ödemenin ise genel sağlık sigortası sisteminden finanse edilerek kurum döner sermayelerinden ödendiği bir yöntemdir. SB’nin uyguladığı bu yöntemde, hasta muayene, teşhis ve tedavi faaliyetlerindeki katkı oranına göre ek ödeme miktarı değişmekte ve bu nedenle de sağlık çalışanları günün sonunda birbirleriyle yarışır hale getirilmektedir. Performans puanlarının; gerçekleştirilen işlemlerin gerektirdiği süre, komplikasyon riski gibi özellikleri ile uyumlu olmaması ve puanlar arası dengesizlik, kurum giderlerinin performans ödemelerinden karşılanması hekimler arasında gelir eşitsizliklerinin doğmasına yol açmaktadır. Gelir eşitsizlikleri farklı şehir ve kurumlarda, hatta aynı kurumdaki hekimler arasında bile gerçekleş-

şebilmektedir. ADSM’de çalışan tüm dişhekimleri emeklerinin karşılığını almadıkları gibi aynı gelir düzeyini elde edebilmek için her geçen yıl daha fazla çalışmak zorunda kalmaktan yakınmaktadır (**Öcek ve ark, 2018**).

ADSM’lerde mevcut olan çalışma koşulları ve performansa dayalı ödeme sistemi dişhekimlerinin hastanın yararını kendi çıkarlarının önünde tutma, mesleki bağımsızlık, sürekli gelişim ve mükemmellik gibi profesyonelliğin temel koşullarını gerçekleştirilmesinin önüne geçmektedir. Sistem, hekimlerin tedavi planlarını şekillendirmekte, hatta hasta seçmeye yönlendirmektedir. Bir grup hekim, daha basit, az zaman gerektiren, puanı yüksek işlemleri tercih etmekte; zor, komplikasyon riski yüksek, hastaya rahatsızlık verebilecek ve buna bağlı olarak da şikâyet edilmesine yol açabilecek veya puanı düşük tedavileri yapmaktan kaçınmaktadır. Hekimler vicdanları ile davranma konusunda büyük gayret gösterebilirler de kendilerine dayatılan puan baskısı, hastaların talepleri ve hasta sayısından kaynaklı iş yükü, hastanın yararını önleme sorumluluğunu yeterince gerçekleştirilmelerini önlemektedir. Aynı zamanda uzmanlık kadrolarının kamuda verilmeye başlanmasından sonra performans yönetmeliğindeki haksız uygulamalar ile uzman dişhekimleri ile dişhekimlerinin arasındaki iş barışı da bozulmuştur. Sonuçta AKP hükümetlerinin oldum olası insanları

farklılıklarıyla ayrıştırmak ve bu ayrışmış toplulukların güçsüzlüğünden faydalanarak hüküm sürmek politikaları burada da kendini göstermiştir. İngiltere’de benzer finansal teşviklerin hizmet sunumuna etkisi değerlendirildiğinde dış çekimi gibi daha az zaman gerektiren işlemlerin arttığı, kanal tedavisi gibi daha uzun zaman gerektiren işlemlerin ise önemli bir azalma gösterdiği saptanmıştır (**Öcek, Vatansver, 2013 ; Öcek ve ark 2018**).

TDB’nin 2015 yılında yaptığı çalışmayla performans dayalı ödeme sisteminin dişhekimliği alanındaki yansımaları somut olarak ortaya konmuştur. Çalışma verileri; SB tarafından yürütülen SDP kapsamında uygulanmakta olan performans sisteminin dürüst çalışmayı olumsuz etkilediğini (%88,0), bilimsel araştırmaya ilgiyi (%86,7) ve topluma daha iyi hizmet sunma olanağını azalttığını (%84,0), mesleki doyumunu olumsuz etkilediğini (%83,6) ortaya koymaktadır. Araştırma grubunun %25,6’sının performans sistemini; tatmin ve kaliteyi engelleyen, %24,4’ünün ise hekimleri kaliteden kantiteye iten bir sistem olarak gördüğü anlaşılmaktadır. Ayrıca performans sistemiyle “mesleki dayanışmanın, yayın okumaya ve tedaviye yönelik işlem başına ayrılan sürenin, verilen sağlık hizmetinin niteliğinin” ciddi oranda azaldığı düşünülmektedir. Komplikasyon sayısı, etik dışı uygulamalar, endikasyonsuz işlem yapma, hasta şikayeti ve şiddet ise artan eylemlerdir. Performansa dayalı çalışma düzeni, dişhekimliği eğitimini olumsuz etkilemesi, hekim-hekim ve hekim-hasta ilişkisinde etik sorunlara neden olmasının yanında düşen hizmet kalitesiyle toplumun ağız diş sağlığının iyileşmesine de engel olmuştur (**TDB web, 2015**).

SB, kamu yararını gözetken, sağlık çalışanlarının emeğini ve sağlığını koruyan bir üst yapı olmalıdır. Oysa son yirmi yılda piyasanın tüm dinamiklerine uyum gösteren ve serbest çalışan dişhekimleri ile rekabet eden bir bakanlık profili görülmektedir. İşletmeciliğini SB’nin yürüttüğü ADSM zincirinde çalışan dişhekimleri, bu süreçte iş ve gelir güvencesi olmayan, mesleki değerlerini korumak için kendi sağlıklarından ve emeklerinin karşılığında ödün veren işçiler haline gelmiştir (**Öcek ve ark, 2018**).

SDP ile beraber artan iş temposu, sorunlu ilişkiler, değersizlik hissi, nitelikli hizmet sunumuyla para kazanma arasında ikilemde kalma, ağırlaşan çalışma koşulları ve benzer baskılar ADSM dişhekimlerinin iş doyumunu engellemektedir. Mesleğine ve hastalarına yabancılaşan, fabrikasyon bir üretimin parçası olduğunu hisseden ADSM dişhekimleri, bu koşullarda çalışarak sağlıklarını kaybedeceklerinden endişelenerek ve tükenmişlik duygusuyla çıkış yolu

aramaktadırlar. Sistemin kendilerini hasta ettiğini düşünen ve ruh sağlığı sorunlarından, kas-iskelet rahatsızlıkları ve kalp-damar hastalıklarından yakınan dişhekimleri, mevcut sistemin içinde kalarak; fiziksel, kimyasal, psikososyal, ergonomik risklerin, enfeksiyon riskinin yüksek olduğu çalışma ortamlarında sağlıklarının sürekli bir tehdit altında olduğunu hissetmektedirler.

SDP’nin dişhekimliği mesleği üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışma, toplumun nitelikli sağlık hizmetlerine erişmesine herhangi bir katkı sağlamadığı gibi dişhekimlerinin iş güvencelerini kaybetmelerine ve emeklerinin değersizleşmesine yol açtığını bulmuştur. Ancak aynı çalışma, SDP’yi sadece kendi yaşamları üzerindeki etkileri aracılığı ile tanıdıklarını ifade eden dişhekimlerinin, yaşadıkları dönüşüm sürecinin piyasa yönelimli sağlık hizmetlerinin yeniden şekillendirilmesi süreci içerisinde yerini yeterince değerlendiremediklerini, bu nedenle de SDP’nin yıkıcı etkilerine karşı tamamen savunmasız kaldıklarını yorumlamaktadır. 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 öğretici olduğunu düşündürmektedir (**Öcek ve ark, 2018 ; Öcek, Vatansver , 2013**).

SDP’nin kamuda hizmet sunumunda yarattığı kıskırtılmış talebin karşılanmasında dişhekimlerinin dışındaki ağız diş sağlığı çalışanları da etkilenmişlerdir. Artan protez taleplerine cevap verecek protez laboratuvarları ADSM’lerde kapsamlı olarak kurulmadığı/kurulamadığı için ya da yeterli olmadığı için ihale usulü ile özel laboratuvarlardan hizmet alarak bu açık kapatılmaya çalışılmıştır. En düşük fiyat hedefiyle ihaleye gidilerek sağlık hizmetinin bir parçası olan protez hizmetlerini satın almanın sakıncaları en başında ilgili meslek grubu tarafından dile getirilmiştir. Diş Teknisyenleri Oda, Dernek ve Özel Diş Protez Laboratuvarları temsilcileri her fırsatta; insan sağlığını direkt olarak etkileyen diş protez işleminin, ihale yoluyla teklif edilen fiyatlarla sağlıklı standartlarda yapılamayacağını, verilen hizmetin de sağlıklı olamayacağını ifade etmişler ancak temsilcilerin bu tepkileri SB’nda karşılık bulamamış ve süreç sonunda laboratuvarlar, sağlıklı üretim yapamayacakları fiyatlarla çalışmaya zorlanmıştır. Böylece laboratuvarlarda esnek çalışma saatleri, çocuk işçilik, güvencesiz çalışma, sağlıksız çalışma koşulları, bunlara bağlı aşırı parçacık maruziyeti ve silikozis olgularında artış gibi birçok problemin ortaya çıkması, sağlıkta dönüşümün ağız diş sağlığı alanında sağlık getirmedigi gibi dişhekimleri, diş protez teknikeri/teknisyeni ve di-

ğer ağız diş sağlığı çalışanlarında da sağlık kaybına yol açabilme potansiyeli yarattığını göstermektedir (TDB Web, 2010).

SDP ile hızla sayıları artarak büyüyen ADSM'lerde ortaya çıkan iş gücü eksiği, ağız diş sağlığı çalışanları olarak dişhekimi ve diş protez teknisyenlerinin yanı sıra ağız diş sağlığı teknikerlerini de rahatsız eden haksız uygulamalarla tamamlanmaya çalışılmıştır. AKP hükümetlerinin, yardımcı sağlık personeli üretme yolunda sorun yaratmaktan öteye gitmeyen yöntemleri, önce 26 Nisan 2011 tarih ve 27916 sayılı Resmi Gazetede yüksek okul mezunu ağız diş sağlığı teknikerliği mesleğini tanımlamış, aynı Resmi Gazetede 6225 sayılı kanuna dayalı olarak lise mezunu olup son bir yıldır dişhekimi yanında çalışmış olanlara bir sınavla sertifika vermiş, daha sonra da işsiz bırakmıştır. Kamuda istihdam edilme beklentisiyle mezun olan teknikerlerin yerine SB tarafından klinik destek personeli tanımıyla taşeronlar, hemşireler, ebeler istihdam edilmiştir. Ağız ve diş sağlığı teknikerliği bölümünden mezun olanların sayısı 2020 itibarıyla 25 bine ulaşırken 2021'de bu alana sadece 23 kişilik kadro açılmış olmasına tepki gösteren ve işsizlik sorunlarının giderilmesi için örgütlü mücadele başlatan teknikerlerin çözüm arayışları başarılı olamamış, işsizlik sorunları devam etmiş veya farklı alanlarda çalışmak zorunda kalmışlardır (Evrensel Gazetesi, 07-03-2021).

SB istatistiklerinde gösterilen tesis, dişhekimi, ve tedavi hizmetlerindeki ciddi niceliksel artışa rağmen, toplumun ağız diş sağlığı kriterleri önemli bir değişikliğe uğramamıştır. SB'nin yürüttüğü TADSAP 2018 Raporu bu durumu net bir şekilde ortaya koyarak; koruyucu ağız ve diş sağlığı programlarının güçlendirilmesini, okul öncesi ve okul çağındaki çocukların öncelikli olarak ele alınmasını, toplumun doğru bilgiye ulaşmasını sağlayacak resmi kaynakların artırılmasını önermiştir. (SB Web, 2022) Toplum ağız diş sağlığı düzeyini ortaya koyan istatistikler, bu alanın sağlığı koruyup geliştiren hizmetler yerine sadece tedavi hizmetleri ile yürütülen bir sisteme teslim edildiğini göstermektedir. Kamu; dişhekimliği tedavi hizmetleri ile yetinmeye çalışmakta, koruyucu hizmetler açıkça ihmal edilmektedir. Oysa SDP 2003 yılındaki sunum raporunda koruyucu dişhekimliği uygulamalarının birinci basamakta yer alacağı vurgulanmıştır. Bununla beraber 20 yıl içinde yapılan araştırmaların da gösterdiği üzere ağız diş sağlığında olumlu bir gelişme olmamıştır. Sağlık ocaklarından ağız diş sağlığı hizmetlerinin kaldırılması ve aile hekimliği birimlerine, 'birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için danışmanlık vererek hastayı dişhekimine yönlendi-

rerek koordinatörlük yapma' görevinin verilmesiyle, ağız diş sağlığı koruyucu hizmetlerinin gerilemesi sonucu kısmen ilişkilendirilebilir (SB, 2007). Dişhekimleri sağlık ocaklarından TSM (Toplum Sağlığı Merkezi)'lere çekilerek koruyucu hizmetler buradan yürütülmeye devam etmiş gibi görülse de TSM'lerdeki koruyucu hizmetlerin yeterliliğinin sorgulanır durumdadır; TSM'ler (bugünkü adı ile ilçe sağlık müdürlükleri) aracılığı ile okullarda flor vernik uygulamaları, diş sağlığı taramaları ve ağız-diş sağlığı konulu eğitimler gerçekleştirmektedir ancak veri analizleri olmadığından okullarda yürütülen çalışmaların etkinliğini gerçek anlamda değerlendirmek mümkün olmamıştır. TSM kapsamındaki çalışmalarda hizmet bütünlüğünün ve sürekliliğinin olmaması, kapsamın flor uygulaması ile sınırlı kalması, diş sağlığının okul sağlığının diğer bileşenleri ile entegrasyon içinde ele alınmaması, eğitimlerin davranış değiştirme değil, ancak kısa süreli hafızada yer alacak bilgi aktarma şeklinde gerçekleşmesi, çalışmalara veri analizlerinden elde edilen sonuçlara göre yön verilmemesi nedeniyle dişhekimlerinin emekleri ve SB'nin kaynaklarının verimli bir şekilde kullanılmadığını düşündürmektedir. SDP'nin birçok olumsuz etkisinin yanında koruyucu hizmetlerin iyi planlanmaması da bir toplum sağlığı sorunudur. Toplumun ağız diş sağlığının gelişip iyileşmesi, daha nitelikli sağlık ölçütlerinin oluşması için gereken, doğru planlanarak sistemli uygulanan koruyucu sağlık hizmetleridir. Yani niceliksel büyüme hedeflerinin yanı sıra, niteliksel olarak sağlığın korunup geliştirilmesini amaç edinen stratejiler ortaya konmalıdır. Ancak SB ağız diş sağlığı alanının tüm bileşenleri ile bir koruyucu program belirlemeyi tercih etmek yerine Aile Dişhekimliği adı altında bir yapılanmanın çalışmalarına başlamayı tercih etmiştir.

2016 yılında, dönemin Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu tarafından ilk kez duyurulan aile dişhekimliği modeli, (dentiss web, 2016) uzun bir duraklamanın ardından SB SHGM (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü) tarafından Ağustos 2022'de 3 ilde pilot çalışma ile başlatılmıştır. (Hürriyet web haber 11.12.2022) Basına yansıdığından takip edildiği kadarıyla yeni istihdam alanı gibi algılanmasının yanında toplumun ihtiyaçlarına cevap verme, ağız diş sağlığını geliştirme/iyileştirme ve dişhekimlerinin rolü gibi konularda endişeler barındıran (dentalhaber web 04.01.2023) modelin başarı sağlamasının önünde bir engel olarak da kamuda yaşanan performans sorununun yüksek puanlı tedavileri seçtirme baskısı aynen durmaya devam etmektedir. Pilot uygulamanın üçüncü ayında SB SHGM Ağız ve Diş Sağlığı Dairesi tarafından

düzenlenen «Aile Dişhekimliği Pilot Uygulama Değerlendirme Çalışmayı» ile koruyucu hizmet olarak tanımlanan aile dişhekimliği uygulamasının dayanağı, hedeflenen amaç ve yol haritası hakkında biraz daha detay bilgi edinilmiştir. Sonuç raporunda, ağız diş sağlığı harcamalarının kamu tarafındaki durumu ele alınarak, 2019 yılı için bütçede sağlık giderlerinin yaklaşık %4 oranındaki bir kısmının ağız diş sağlığı alanına ayrıldığı ve bu %4'ün ancak % 2'sinin de koruyucu dişhekimliği uygulamaları için kullanıldığı belirtilmektedir. Raporda aile dişhekimliği uygulamasıyla amaçlananlar ve elde edileceği düşünülen avantajlar da sıralanmıştır: «Aile dişhekimliği modeli ile uygulama klinik şartlarda yapılacak, hem hekim hem de bireyler için uygun ortam sağlanacaktır. Tedavinin faydaları ve etkinliği bireyin velisine bire bir anlatabileceği için koruyucu uygulamalara olan ihtiyaç farkındalığı artacaktır. Böylelikle doğru bilgiye uygun kaynaktan erişim sağlamak tedaviyi reddetme durumunu azaltacaktır. Bireye özgü tedavi prosedürü belirleneceği için gereksiz uygulamalar yapılmayacaktır. Tedavi öncesi ve sonrası bireye ait veriler Bakanlıkça kayıt altına alınacak, koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları çıktılarının takibi ve uzun dönem sonuçlarının takibi yapılabilecektir. Aile dişhekimliği modeli mevcutta yürütülen çalışmalara ek maliyet yükü oluşturmayacaktır». Tüm bu veriler bize aile dişhekimliği diye adlandırılan bu koruyucu programın, koruyucu önleyici sağlık hizmetlerinin olması gereken karakterleriyle örtüşmediğini göstermektedir. Bireyin sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili yaygın olarak kullanılan model Andersen'in geliştirmiş olduğu davranışsal modele göre bireyin sağlık hizmeti kullanımı hazırlayıcı faktörler (demografik özellikler, sosyal yapı vb.), kolaylaştırıcı faktörler (gelir düzeyi, sağlık güvencesi vb.) ve ihtiyaç faktörlerinden (sağlık durumunu değerlendirme vb.) etkilenmektedir (Kocabaş, Aslan 2019)

Planlanmakta olan aile dişhekimliği modelinde ise bu alt yapının oluşturulmadığını söyleyebiliriz. Ülkemizde ihtiyaç duyulan yeni koruyucu hizmet örgütlenme modelinin: toplum ihtiyaçlarına göre düzenlenen, coğrafi bölge temelinde örgütlenen, disiplinler arası işbirliğine ve ekip çalışmasına dayanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütünlük bir parçası olması gerektiği halk sağlıkçı araştırmacılarca ortaya konmaktadır. Özel hizmet sunucularından hizmet satın alımı yoluyla aile hekimliği hizmeti verilmesinin yarattığı sonuçları değerlendiren bir çalışmada; sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi ve sağlık ocağı uygulamasındaki ekip anlayışından uzaklaşarak aile hekiminin odağı alındığı bir hizmet sunumunun getirilmesi ile

kurgulanan aile hekimliği modeline öykünerek aile dişhekimliği hizmetlerini kurgulamamak gerektiği vurgulanmaktadır (Özyavaş, 2018). Ayrıca Avrupa Birinci Basamak Forumu'nun sonuç bildirisinde birinci basamakta etkin bir örgütlenmenin dört vazgeçilmez ilkesi tanımlanmıştır. Bunlardan birincisi tüm etkinliklerin temel yönlendiricisinin eşitlik olmasıdır. Diğer üç ilke ise herkesin hizmetlere sürekli olarak erişebilmesi; sağlık hizmetleriyle ilgili araştırmalara açık olma, toplum sağlığı ve gelişimi ile bütünleşmedir (Means G., 2009). Oysa ülkemizde pilot uygulamayla başlatılan aile dişhekimliği uygulamasının ne erişim ne de eşitlik açısından temel örgütlenme modeline uymadığı şimdiden ortadadır. Ancak daha akılcı bir planlama süreciyle, doğru ilkeler rehberliğinde yürütülecek birinci basamak koruyucu hizmetleri toplum sağlığı için gerçek fayda getirebilir.

AKP hükümetleri tarafından son yıllarda dişhekimliği alanına da sokulan sağlık turizmi kavramı neoliberal politikaların bütün dünyada sağlık alanının içine yerleştirdiği ve gerekçesini de «sağlık hizmeti ihtiyacı olan tüm dünya insanları için dünyanın neresinden isterlerse bu ihtiyacın karşılanabilmesinin bir insanlık hakkı olduğu» yönündeki söyleme dayandıran ticari bir kavramdır. Sağlık alanında Dünya Bankası'nın desteklediği ve birçok ülkede sağlık alanının iyileştirilmesi adına dayatılan SDP'nin neoliberal yapısı gereği Türkiye'de de sağlık turizmi bu politikaları uygulama konusunda hiçbir çekincesi olmayan AKP hükümetleri tarafından desteklenmiştir. Dişhekimliği alanındaki sağlık turizmi düzenlemesi «küreselleşme çağında hem tüm dünya insanları için hem de bizim gibi ağız diş sağlığı talebi ile dişhekimliği arzı dengesiz ülkeler için yeni bir olanak sunduğu» gerekçesiyle 2017 yılında çıkan bir yönetmelikle uygulamaya konmuştur. Bu cümle-umarız ki ironik olarak- TDB 26. Uluslararası kongre öncesi yapılan meslek sorunları sempozyumu sağlık turizmi çalışma grubu raporunda da (TDB Web , 2022) aynen bu şekilde ifade edilmiştir. Bununla birlikte ülkemizde uzun yıllardır şu anda sağlık turizmi olarak isimlendirilen durum, turistin sağlığı amacıyla ülkemizde konaklayan, misafir olan insanların sağlık hizmeti alması adına sürdürülen bir uygulamadır. Sağlık hizmetlerinin bir gereği olarak yıllardır uygulanan bu durum neoliberal politikaların gereği olarak sağlık turizmi adı altında ticari bir alan haline dönüştürülmüştür.

Yukarıda adı geçen TDB çalışma grubu raporunda bu alanın yarattığı sorunlar ele alınmıştır. Ancak bazı önerilerin tekrar tekrar tartışılması gerektiği ortadadır.

Sağlık turizmi adı altında ülkemize gelen insanların ülkelerinde sağlık hizmetini neden alamadıkları ile ilgili uluslararası sorgulamaları yapmakla ilgili öneriler yerine uluslararası sağlık meslek kurumlardan ülkemizdeki sağlık turizmini desteklemeleri adına ülkelerinde denetim görevi yapmalarını istemek gibi gerçekçi olmayan öneriler şaşırtıcıdır. Ülkemize veya başka bir ülkeye sağlık turizmi amacıyla gitmeyi ve orada sağlık sorununu çözmeyi göze alan kişi, hekim ya da sağlık kurumu seçiminde sağlık kurumlarının yaptığı reklam veya turizm şirketlerinin tanıtımları dışında hangi gerçekçi verileri kullanacaklardır? Reklam; bir malı bir hizmeti satmak için her türlü tanıtımın kullanıldığı talep yaratmaya ya da yaratılmış talebi yönlendirmeye yönelik bir eylemdir. Sağlık alanında reklam; etik olmadığı gibi tehlikeli bir kavramdır. Sonuçta turizm anlayışıyla yürütülen bu sağlık hizmetlerinin hastalar için taşıdığı olumsuzluklar her gün Türkiye basınında yansımaya başladığı gibi uluslararası basına da yansımaktadır. Bununla beraber sağlık alanının herhangi bir yöntemle ticarileşmesinin hekimlerde ve sağlık çalışanlarında etik sorunları da arttırdığı görülmektedir. Bu etik sorunların artması ülkenin sağlık sorunlarının çözülmesinde fayda sağlamayacaktır. Sonuç olarak sağlık alanı hangi nedenle olursa olsun ticari faaliyet alanına dönüştükçe bu etik ihlaller sağlık turizmi ile de sınırlı kalmayacaktır. TDB sağlık turizmi çalışma grubu raporunda belirtilen "Önümüzdeki temel sorun; USH'de hayatın bize dayattığı gerçekliklerin mesleki değerlerimizi zedelemesine izin vermeden nasıl bir yol izleyeceğimizdir. TDB ve Odalarımızın başlıca görevi; meslektaşlar arasında haksız rekabeti önlemek, mesleğin bilimsel ve etik kurallara uygun olarak yapılmasını sağlamaktır" amacı sağlık turizminin mutlak ticari içeriği nedeniyle mümkün görülmemektedir (TDB web, 2022).

2. Dişhekimliği Mezuniyet Öncesi ve Sonrası Eğitimdeki Dönüşüm

AKP'li 20 yılda, SDP'nin neoliberal yapısı ile sağlık alanında eğitim politikaları da tüketime yönelik yapılandırılmıştır. Bu tüketime yönelik eğilim, tedavi hizmetlerini her zaman koruyucu hizmetlerin önüne çıkarmaktadır. Bu sistemin bilinçaltı ile hareket eden AKP hükümetinde sağlık sistemini kurgulayan akıllar da ağız diş sağlığı hizmet sunumunu "daha fazla ADSDM, daha çok dişhekimisi" yönemi ile koruyuculuktan uzak salt bozulan sağlığın tedavisi odaklı olarak sağlamaya çalışmaktadır. Bu gidiş,

Tablo 3. Dişhekimliği fakültelerinin devlet ve vakıf üniversiteleri ile yıllara göre dağılımı

Yıl	Devlet Üniversitesi	Vakıf Üniversitesi
1908 – 1959	1	-
1960 – 1969	4	-
1970 – 1979	2	-
1980 – 1989	2	-
1990 – 1999	5	2
2000 – 2009	10	3
2010 – 2019	42	21
2020 – 2022	9	3

Kaynak: TDB Web, 2017a

sonuç olarak dişhekimliği eğitimi alanının da çarpık büyümesine neden olmuştur. Aşağıdaki Tablo 3'te dişhekimliği fakültelerinin sayısal değişimlerine göz atıldığında özellikle 2002 yılından itibaren çarpık büyüme rahatlıkla görülebilir.

2022 yılından itibaren yeni bir fakülte açılmadan ve sadece eğitime başlamamış fakültelerin eğitime başlaması, yani yeni bir ek kontenjan artışı olmaması halinde bile yıllık ortalama dişhekimisi sayısında %17,82 artış devam edeceğinden, 2028 yılında ülkemizdeki dişhekimisi sayısı 101.094 olacaktır. O günkü tahmini Türkiye nüfusu TÜİK verilerine göre 90.542.372.000 civarında olacağı öngörüsü ile dişhekimisi başına düşen kişi sayısı tahminen 895 kişi olacaktır. Bu oran 'DSÖ'nün 1/1500 olarak dişhekimisi başına düşen popülasyon ile ilgili önerisinin neredeyse 2 katı kadar fazladır (Abeno, 2018 ; TDB, 2022a) Dişhekimine gitme sıklığı da göz önüne alındığında ülkemizdeki dişhekimisi sayısındaki artışın hiçbir veri ile açıklanamayacağı belirginleşmektedir. Gelişmiş ülkelerde dişhekimisine başvuru sıklığı yıllık kişi başı 5, ülkemizde ise 0,9'dur. (KAYNAK: TDB Web/İstatistikler/İnsangücü planlaması). Kişinin sağlık hizmetlerini kullanmasında eğitim, sağlık bilinci, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik gibi etmenlerin yanı sıra ülkelerin kişi başı gayri safi milli hasılları da belirleyicidir. Tek başına tesis ve dişhekimisi sayısını gereğinin iki katı oranına çıkartmanın toplumun ağız sağlığına olumlu etkisi sınırlı kalacaktır.

AB ülkeleri ile Türkiye'nin gayri safi milli hasıla ve dişhekimisine gitme sıklığını karşılaştırdığımızda; insan gücü planlaması konusunda AKP hükümetlerinin son yirmi yılda kamu kaynaklarını israf ettikleri görülmektedir (Tablo 3). Dişhekimliği fakülteleri ve fakülte kontenjanlarının artışı genç dişhekimilerinin

Tablo 4: Dişhekimliği fakültelerindeki öğretim üyesi sayısı

Akademik Kadro	E	K	T
Profesör	352	375	727
Doçent	195	194	389
Doktor Öğretim Üyesi	425	756	1181
Öğretim Görevlisi	27	87	114
Araştırma Görevlisi	805	1598	2403
Toplam	1804	3010	4814

"Kaynak: www.yok.gov.tr"

işsiz kalmalarına mesleklerini yapamamalarına ya da mesleklerinin dışında başka işler yapmak zorunda kalmalarına neden olacaktır.

Ancak artan fakülte sayısı ve öğrenci kontenjanına cevap verebilecek düzeyde öğretim üyesi ve yardımcılarının sayısında artış görülmemektedir.

Türkiye'de ilk kurulan 6 dişhekimliği fakültesindeki öğretim üyesi sayılarına baktığımızda eğitim alanının dengesiz büyümesi açıkça görülmektedir. Ankara, Hacettepe, Gazi, İstanbul, Marmara ve Ege Üniversiteleri Dişhekimliği Fakülteleri akademik kadrosu kendi kurumsal web sayfaları incelendiğinde, bu 6 fakültede 307 profesör, 112 doçent ve 77 doktor öğretim üyesinin görev yaptığı görülmektedir. Tablo 4 ile bu veriler kıyaslandığında; bu 6 fakültenin 104 dişhekimliği fakültesinde görevli profesörlerin %42,22 sini, doçentlerin %28,79 unun ve öte yandan ise doktor öğretim üyelerinin sadece %6,51 ini istihdam ettiği anlaşılmaktadır. Köklü üniversitelerin kadrolarına bakıldığında doktor öğretim üyesi oranı çok düşük olduğu için anlaşılmaktadır ki doktor öğretim üyesi adı altında yapay olarak yaratılan öğretim üyeleri ile yeni dişhekimliği fakültelerinin öğretim kadroları tamamlanmaya çalışılmaktadır. Eğitim ve araştırma faaliyetlerinin nasıl büyük bir sorunla karşı karşıya olduğu net olarak ortadadır. (TDB Web, 2017a ; YÖK Web/İstatistikler ; Ankara Ü DHF Web ; Gazi Ü DHF Web; Hacettepe Ü DHF Web ; Marmara Ü DHF Web; Ege Ü DHF Web ; İstanbul Ü DHF Web)

Fakülte sayılarındaki öğretim görevlisi sayısı orantılı olmayan çarpık büyüme, eğitim içeriğinin standardizasyonun bozulmasına neden olmuştur. 2016'da YÖK tarafından dişhekimliği lisans eğitiminde belli standartları getirmek sloganı ile kabul edilen DUÇEP (Mezuniyet öncesi dişhekimliği eğitimi programı) sorunları gidermemiştir. Hatta 2010 yılında çıkarılan dişhekimliğinde uzmanlık yasası

sonrası lisans programının içeriğinin eksiltilmesiyle sonuçlanan uzmanlaşmaya yönlendiren düzenlemeler oluşmuştur. DUÇEP ortaya koyduğu hatalı düzenleme ile lisans eğitiminin yeterliliği sorgulanır hale getirmiş, adeta uzmanlığa alan açma çabası geliştirmiştir. ADEE (Association for Dental Education in Europe) yeterliliklere global bir tanımlama ile yaklaşmaktadır; eğitimde uygun materyal kullanılarak çevre dokularla uyumlu estetik tüm restorasyonları yapabilecek yeterliliği hedeflemektedir. DUÇEP ise temel prensiplerle tanımlanan yeterlilikten uzak, materyal veya işlem bazlı yeterlilik değerlendirmesiyle yürütülmektedir. Bu durum, standarde edilemeyen, eğitim ve yeterliliği sorgulanan mezunlara neden olmaktadır. Mesleki yeterliliğin ADEE'de olduğu gibi global bir yaklaşımla tanımlanmaması nedeniyle yaratılan algı, lisans mezunları yetersizlik olarak gösterilen eksikliklerini uzmanlıkla tamamlama yoluna itmektedir. Uzmanlıklara o klinik alanda üst düzey beceri elde etmek dışında gereksiz bir alan yaratılacaktır (Akkaya, 2022) Lisans eğitimi ve uzmanlık alanındaki bu çarpık düzenlemelerin en vahim sonucu da bağımsız çalışma yeteneği kazanamayan dişhekimleri olacaktır. Yıllar içinde dişhekimisi sayısında yaratılan anlamsız artış sisteme ucuz dişhekimisi emeği olarak destek verirken, 2010 yılında çıkarılan dişhekimliğinde uzmanlık yasası ile yaratılan kargaşa da alanın sorunlarını arttırmıştır.

Anayasanın 56. maddesinde belirtildiği gibi devletin düzenleme ödevinin sağlık insan gücünün planlanmasını, dolayısıyla bu alandaki eğitimi kapsadığı ortadadır. Topluma gereksinim duyduğu sağlık hizmeti, sağlık alanında yetiştirilecek insan gücüyle verilecek olup bu insan gücünün hangi alanlarda hangi sürede nasıl bir bilgi beceri ve tutuma sahip olarak yetiştirileceğinin saptanmasında bilimsel bilgi birikiminin ve bilimsel bir yöntemin kullanılması da zorunludur. Uzmanlık yasası düzenlenirken dişhekimliği fakültelerinde 5 yıllık lisans eğitimi ile dişhekimine kazandırılan bilgi ve becerilerin ağız diş sağlığı hizmetini karşılamakta yetersiz olduğu ve sorunun da ancak uzmanlık eğitimi verilerek çözülebileceği gibi bir mesnetsiz önerme ile yola çıkmıştır. Oysa bu konuda bir bilimsel çalışma yapılmadığı gibi Dişhekimliği Fakültelerinde yürütülen eğitim yasada getirilen uzmanlık olarak kabul edilen alanlardaki tüm işlemleri gerçekleştirmek için zaten yeterlidir. Nitekim Avrupa Diş Hekimleri Derneği tarafından hazırlanmış olan "Avrupalı Diş Hekimi Profil ve Yeterlilikleri" raporu da lisans eğitimi tamamlayan dişhekimlerinin özelliklerini tanımlarken bunu doğrulamaktadır (TDB Web, 2009)

Bu çerçevede değerlendirdiğimizde, bilimsel bir yaklaşımla ülkenin Ağız ve Diş Sağlığı sorunları belirlenmeksizin, dişhekimi işgücünün planlaması yapılmaksızın hızla artırılan fakültelerle artan dişhekimi sayısı değersizleşmeye neden olmuştur. Bunun yanısıra lisans eğitiminin içinin boşaltılmasına dolaylı olarak neden olan uzmanlık yasası sonrası yeterliliklerini sorgulayarak mezun olanların serbest dişhekimliğini kendi başlarına yapamayacakları algısı da yaratılmıştır. Bu algı hem dişhekimleri üzerinde baskıya, hem de toplumda dişhekimlerinin ağız diş sağlığı hizmeti sunarkenki rolüne yanlış bir bakış açısı gelişmesine yol açmaktadır. Bu da her lisans mezunu üzerinde uzmanlaşma baskısı yaratmakta bu baskının sonucu uzmanlaşanların sadece kendi alanında çalışma kısıtlılığı ile sermayenin işçisi olması sonucunu getirebilmektedir.

Yükseköğretim Kurumu (YÖK) Başkanlığı tarafından, 18.02.2011 tarihinde 27850 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik" ile üniversite hastanelerinde de SB'na bağlı hastanelerde uygulanan performans dayalı ek ödeme sistemine benzer bir ek ödeme sistemi uygulamaya koyulmuştur. Bu ek ödeme uygulaması uygulanmaya başladığı andan itibaren üniversite çevrelerinde rahatsızlıkla karşılanmıştır. Süleyman Demirel Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmaya göre, üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyeleri ölçeğin geneli ele alındığında, ek ödeme sisteminde yüksek bir memnuniyetsizlik duymaktadırlar. Bu çalışmada bulguların incelendiğinde bu durumun sadece elde edilen gelir seviyesi ile açıklanamayacağı belirtilmektedir. Ek ödeme miktarının artışı memnuniyetsizlik seviyesini anlamlı bir şekilde düşürmemektedir. Hekimler elde edecekleri gelirin büyüklüğünden ziyade iş barışını bozmayan, adaleli, motivasyon sağlayan, performans endişesi taşımadıkları bir sistemin hayalini kurmaktadırlar **(Akçakanat, Çarıkçı, 2016)** Performansın hedeflerinde, sunulan sağlık hizmetiyle insanların mutluluğunu incelemek ve bunun yüksek standartta devamını sağlamak olmalıdır. Eğitim ve bilimsel üretim, kaliteli sağlık hizmetinin ana bileşenlerindedir. Performansa bağlı ek ödemenin rekabetçi özelliğinin bugünkü kullanım yöntemi, bu konularda önemli bir engel teşkil etmektedir. Eğitim ve araştırma alanındaki eksikler kaliteli hekim yetiştirilmesini olumsuz etkileyecek, sağlık alanında orta ve uzun vadede olumsuzluklara neden olacaktır. Yapılan çalışmalar bunu teyit etmektedir. TDB'nin bir çalışmasında **(TDB web, 2015)**, katılımcıların

fakültelerde öğrenci asistan eğitimine ayrılan sürenin (%47,5) ve araştırma ve yayın faaliyetlerine katılımın (% 50,9) azaldığını belirtilmesi dikkat çekicidir. Bu yanıtlar, performans uygulamasının sürekli dişhekimliği eğitimini olumsuz etkilemesi yanında eğitim ve araştırma faaliyetlerine ayrılacak zamanda da kısıtlama getirdiğini ortaya koymaktadır. Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, uygulanmakta olan performans dayalı çalışma düzeninin, dişhekimliği eğitimini olumsuz yönde etkilediğini ve gerek hekim-hekim gerek hasta-hekim ilişkisinde etik sorunlara yol açtığını belirtmektedir.

3. Serbest Dişhekimliği Alanındaki Dönüşüm

AKP hükümetlerinin 2003 yılından beri devam ettikleri SDP'nin serbest dişhekimlerinin meslek yapma biçimi ve sağlık hizmeti sağlama alanlarını etkilediği görülmektedir. Bu süreçte, dişhekimlerinin serbest çalışma biçimlerini dolaylı olarak (aslında direkt) etkileyen, dişhekimlerinde yeterlilik ve değer kayıplarına neden olan çarpık eğitim sisteminin yanı sıra mevcut mevzuat üzerinde de SDP'nin neoliberal yapısının öngörülerini destekleyen düzenlemeler de yapılmıştır.

SB tarafından "Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" üzerinde 2015'te başlayıp, 2016 ve 2022 de defalarca mahkemelere konu olan düzenlemeler yapılmaya çalışılmıştır. 03.02.2015 tarihinde yenilenen yönetmelik birçok maddesi ile hem dişhekimliğinde özel çalışma alanını olumsuz sorunlarla karşılaştıran hem de bir maddesi ile dişhekimliği alanında ilk kez hekim dışı sermayenin yatırımcı olabilmesine olanak sağlayan düzenlemeler içermiştir. Sonrasında yapılması gerekli düzenlemelerin tamamlandığı iddiasıyla ile ancak 6 Ekim 2022 yenden yayınlanan yönetmelikte, yine aksayan birçok madde olmakla beraber en önemli sorun olan hekim dışı sermayenin iştirakinin hala korunmakta olduğu görülmüştür. ADSM'ye dişhekiminden başka birinin ya da şirketin ortak olması için kamusal bir gereklilik olmadığı defalarca sağlık bakanlığı yetkililerine TDB tarafından aktarılmışsa da bu konuda tatminkâr bir açıklama getirilmemiştir. 2015 ten 2022 ye kadarki süreçte yapılan yönetmelikler, alanın tamamen serbest piyasa koşullarına açık bir şekilde ticarileşmesini desteklerken, serbest dişhekimliğinin temeli olan muayenehanelerin ayakta kalmasını zorlaştıracak bir yapı kazanmıştır. Bu yönetmelikle hiçbir sosyal ve bilimsel gerekçesi olmaksızın sağlık kuruluşları sınıflandırılmış ve özgür dişhekimliği yapılan muayenehaneler için zorlayıcı yaptırımlar getirilirken, sermayenin de işin içine

dahil edildiği yapılar kurulmasına olanak sağlanmıştır. Hekim dışı sermayenin payının ve kar baskısının arttığı, dişhekimlerinin işçi olarak çalıştığı kuruluşlara dönüşüm açıkça desteklenmiştir.

Kendi adına çalışan dişhekimleri, yasal düzenlemelerden ve denetimlerden kaynaklı sorunlardan ve bürokratik işlemlerin tek başına muayenehaneciliği giderek zorlaştırdığından yakınmaktadır. SB tarafından zorunlu tutulan yasal gerekliliklerin her yıl değişip ağırlaşması ve bürokratik işlemlerin bir dişhekiminin tek başına baş edemeyeceği hale getirilmesi, üstelik yapılan düzenlemelerde denetimlerin geliştirmeye değil, cezalandırmaya odaklanması büyük rahatsızlık yaratmaktadır. SB'nın kendi kurumlarında aramadığı koşulları muayenehanelerde şart koşması dişhekimlerini yıldırarak, ayakta duramaz hale getirmiş, muayenehanelerini kapatanlar dahi olmuştur. (Öcek ve ark, 2018)

Dişhekimlerinin serbest çalışma alanında, AKP hükümetlerinin 20 yılında eğitim alanındaki dönüşümün de olumsuz etkileri olmuştur. SDP'nin uygulaması olarak ihtiyacın çok üstünde artan dişhekimliği sayısı ile birçok genç dişhekimliği özel sektörde ücretli olarak çalışmak zorunda kalmışlardır. Çeşitli nedenlerle kendilerini muayenehane açmaya uygun bulmayan, ADSM'de çalışmak istemeyen ya da ataması olmayan genç dişhekimleri ücretli olarak çalışma yoluna gitmektedir. SDP'nin olumsuz etkileri sonucu muayenehanesini kapattıktan sonra ücretli çalışmaya başlayan veya sadece kendi uzmanlık alanında çalışmak için bir polikliniği ya da merkezi tercih eden dişhekimleri de ücretli çalışan olmaktadır. Genç dişhekimlerinden birçoğu üniversitede alamadıkları yeterli eğitim açığını kapatmanın bir modeli olarak gördükleri uzmanlığa yönelmekte ve sonunda da sadece alanlarında çalışmak zorunda kalmakta ya da öyle hissetmektedirler. Bu da kanunla uzmanlığı 2010 yılında getiren ve bu durumun lisans eğitiminin içinin boşalması gibi yansımalarına engel olmayan AKP politikaları ile ortaya çıkarılmıştır. Üstelik yaygın bir şekilde, ücretli dişhekimleri işe başlangıç aşamasında dişhekimleri odası ve SGK kaydı olmaksızın çalıştırılarak sömürülmektedir. Genellikle ücretli dişhekimlerinin mesleki bağımsızlığı yok sayılabilmekte, dişhekimlerinin endikasyonlarına, tedavi planlarına, alet ve malzeme seçimlerine, hastalarla ilişkilerine, randevu saatlerine kadar tüm mesleki kararları da genellikle ticari çıkarlar doğrultusunda şekillenmektedir. Genç dişhekimlerinde mobing, iş doyumunu ile bağlantılı bir şekilde, ciddi bir gelecek belirsizliği ve kariyerini planlayamama sorunu ile yoğun bir çaresizlik duygusu gözlenmiştir (Öcek ve ark, 2018).

Serbest çalışan dişhekimlerinin AKP hükümetlerinin neoliberal politikaların gereği olarak her alanda sermayeyi desteklemesi nedeniyle yaptıkları çeşitli düzenlemelere ek olarak ülkenin ekonomi yönetimleri ile getirildiği nokta nedeniyle de sorunları vardır. Devletin ağız diş sağlığı politikalarında, bireylerin ağız diş sağlığı hizmetlerinin karşılanması konusunda serbest hekimlerden hizmet aldıklarında hiçbir uygulama için geri ödeme seçeneği olmadığı için tüm harcamaları hane halkı cepten yapmaktadır. Bu nedenle hane halkının alım gücü düştükçe serbest dişhekimlerine başvuru oranları da azalmaktadır. Ekonomi yönetimi sonucunda Türk lirasının değersizleşmesi ağız diş sağlığı ile ilgili birçok ürünün yurt dışından karşılanması nedeniyle tedavi hizmetlerinin de ulaşılamaz maliyetlere yükselmesine neden olmaktadır. Serbest dişhekimlerinin muayenehanelerinin büyük bir çoğunluğunun ADSM'lerin rekabeti nedeni ile azalan geliri, teknolojinin hızlı değişimi ve SB'nın dayattığı zorunluluklar nedeniyle artan giderlerini karşılayamamaktadır (Öcek ve ark, 2018)

SB, AKP'li 20 yılda, ağız diş sağlığı hizmet sunumunda, kamunun koruyucu sağlık hizmetlerine eşit ve ücretsiz bir şekilde ulaşılabilmesini sağlamak yerine, devlet eliyle işletilen adeta dev bir ağız-diş sağlığı holdingi ile kendi adına çalışan dişhekimlerini sahneden kaldırmak için tüm silahlarını kullanma yolundaki bir tüccar gibi rol üstlenmiştir. ADSM'ler ağız diş sağlığı hizmetine erişim açısından en dezavantajlı coğrafi bölgeler yerine, kendi adına çalışan dişhekimlerinin en yoğun olduğu yerlerde açılmakta, muayenehaneler ya da küçük ölçekli klinikler bakanlıkça talep edilen bürokratik işlemlerin, bina, alt yapı, donanım gerekliliklerinin ve diğer koşulların her geçen gün zorlaştırılmasıyla artık ayakta duramaz hale getirilmişlerdir. Bakanlık küçük sermaye sahiplerine dayattığı zorunlulukları kendi kurumlarında tamamen görmezden gelerek rekabeti daha da adaletsizleştirmektedir. Ayrıca son dönemde, "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" te yapılan düzenleme ile yasal engellerin de kaldırılmasıyla birlikte özel dişhekimliği hizmetlerinin kapısını, sağlığı tamamen kar amaçlı bir işletme alanı olarak gören büyük sermaye sahiplerine de açarak bu alanın emekçileri olan dişhekimlerini tamamen savunmasız, korunmasız bırakmıştır.

4. COVID-19 Pandemisinin Dişhekimliği Alanına ve Dişhekimliği Eğitimine Yansımaları

Ülkemizde ilk koronavirüs vakası SB tarafından 11 Mart 2020 tarihinde bildirilmesinin ardından

dişhekimlerine sadece acil tedavileri yapmaları ve acil olmayan dental işlemleri ertelemelerini önerilmiştir. 01 Haziran 2020 tarihinde normalleşme sürecinin başlamasıyla birlikte, kişisel koruyucu ekipmanlar ve ilgili genelgeler dikkate alınarak, ilan edilen rehber ve algoritmalar ışığında elektif işlemler de gerçekleştirilmeye başlanmıştır **(Ak ve ark, 2022)**. Türkiye'deki dişhekimlerinin %87,1'i Covid-19 aşısı olmuştur, aşıdan kaçınan %13'ünün, bir kısmının AKP'nin tutarsız sağlık politikalarının oluşturduğu güven sorunu nedeniyle aşıdan kaçınmış olabileceği de düşünülmelidir. **(Karamüftüoğlu ve ark, 2022)**

Covid-19 pandemi sürecinde kamuda çalışan dişhekimleri ağız sağlığı hizmetleri dışında, görev tanımlarından farklı alanlarda görevlendirmelerle çalıştırılmışlardır. TDB "Covid-19 pandemisi ve dişhekimlerinin yaşadıkları çözülmesi gereken sorunlarına ilişkin görüşler" ini 09.09.2020 tarihli bir yazı ile SB'na iletmiştir. Bu yazıda Covid-19 pandemisi sürecinde dişhekimlerinin yaşadıkları ve çözülmesi gereken sorunlar bizzat dişhekimlerinden alınan bilgiler sonucunda sıralanmıştır.

Türkiye'de dişhekimleri, acil sağlık sorunları ile mücadelede sahada olmaktan çekinmemekle beraber hükümetin sağlık politikalarının, tüm pandemi acil durum senaryo çalışmalarının varlığına rağmen, yeterince etkili olarak planlanmamasından şikâyetçilerdir. Nitekim Sağlık Bakanlığı'na bağlı filyasyonda çalışan dişhekimlerinin sorunları TDB Kadın Komisyonunun düzenlediği bir forumda raporlandırılmıştır. **(TDB Web, 2021)** Raporda ortaya çıkan tablo AKP'nin dişhekimliği ve ağız diş sağlığı hizmetlerinde oluşturduğu tahribatın pandemi döneminde nasıl derinleştiğini ortaya koymaktadır. Özellikle filyasyondaki dişhekimlerinin, görevlendirmelerin adil yapılmadığı, ulaşım, yemek ve güvenlik konusunda ciddi sıkıntılar yaşadıkları, kendi araç ve telefonlarını kullanmak zorunda kaldıkları, görev tanımları net olmadan ve fazla iş yüküyle, uzun mesailerle belirsizlik ortamda çalıştıkları raporlanmıştır. Kaygı, tükenmişlik ve değersizlik duygularının oldukça yükseldiği bu dönemde performansa dayalı prim sistemi yüzünden ciddi ekonomik gelir kayıpları da yaşanmıştır. Üstelik filyasyon görevinden dönenler, kurumlarında performans baskısıyla, kliniklerde pandemiye uygun koşullar için itiraz ettiklerinde ise mobbinge karşılaşmışlardır. Dişhekimlerinin büyük çoğunluğunun filyasyonda görevlendirilmesi ADSH ve ADSM'lerde ağız diş sağlığı hizmeti veren hekim sayısının azalmasına, hekim başına düşen hasta sayısı artışına, acil nöbetlerinin

sıklaşmasına, iş yüklerinin çoğalmasına yol açmıştır. Fiziki koşullar da sağlanmadığı için hizmet alamayan hastalar, tepkilerini dişhekimlerine ve çalışanlara yöneltmiş, şiddetin artışına neden olunmuştur. Yıllık ve ücretsiz izinlerin kaldırılması, artan nöbetler, çocuk ve bakıma muhtaç aile bireylerinin bakımını sağlamayı güçleştirmiş, istifalara dahi neden olmuştur. Diğer yandan, özellikle AKP döneminde yeni tanımlanmış olan 'ağız diş sağlığı hizmetlerinde hekim dışı sermayeye teslim edilen kuruluşlarda ücretli çalışan dişhekimlerinin' pandemi döneminde yaşadıkları sorunlar yine SDP'nin acı meyveleridir. Özelde ücretli çalışanlar, çalıştıkları kurumun pandemiye uygun koşullar sağlamayıp kişisel koruyucu ekipmanları kısıtlı verdiğinden yakınmış ve bireysel olarak kendileri edinmek durumunda kalmışlar, hatta performans baskısı yaşamışlardır. Sahibi dişhekimisi olmayan sermaye sahipli poliklinik ve ADSM'lerin öncelikleri farklı olduğundan koruyucu ekipmanlar konusunda yeterli desteği vermedikleri gibi çalışma saatleri bakımından da gerekli dinlenme olanağını sağlamamış, özlük haklarını kullanamayan ve çalışma koşulları kötüleşen ücretli çalışanlar, istifa ve işten çıkarmaların yasaklanmasıyla bu şartlara mecbur kalmışlardır. Serbest alanda kendi adına çalışan dişhekimleri ise pandeminin başlangıcındaki belirsizlikle geçen üç aylık işsizlik döneminin psikolojik ve maddi etkilerinden, gelir kaybından yakınmışlardır. Daha sonra kamuda verilemeyen hizmetler nedeniyle iş yükünün arttığı ancak kişisel koruyucu ekipman konusunda hükümet politikalarının hataları nedeniyle temin etme gücüyle yaşadığı dile getirilmiştir.

AKP'nin danışma almayan, bilimselliğe dayanmayan politikaları, filyasyon hizmetlerinde hiçbir mesleki ve psikolojik hazırlığı olmayan dişhekimlerinin bu görevlerde ağır psikolojik problemler yaşamasına neden olmuştur. COVID-19 salgını sırasında tükenmişlik düzeylerini değerlendiren bir çalışmada önemli seviyede mesleki tükenmişlik olduğu, filyasyon hizmetinde görev yapan diş hekimlerinde daha yüksek oranda tükenmişlik olduğu saptanmıştır. Yüksek risk grubunda olan dişhekimlerinin, kişisel koruyucu ekipmanlara erişmesi, destek ve güncel bilgilerin desteklenmesi tükenmişliğin olası bir nedenini azaltabileceğinden, özellikle filyasyon görevinde çalışma koşullarındaki ani değişikliklerin etkisini azaltmak için hekimlerin hizmete girmeden önce bilgilendirilmesi ve önleyici tedbirlerin alınmasının önemi büyüktür. **(Özarlan, Çalışkan, 2021)**. SDP'nin gerek serbest alanda gerekse kamuda çalışan dişhekimlerini getirdiği nokta pandemi döneminde sorunların artmasına ve derinleş-

mesine neden olmuştur. Bakanlığın pandemi gibi bir duruma hazır olmadığı ve halk sağlığı birimini güçlendirmede ortadadır ve pandemi yükünün çoğunlukla dişhekimleri üzerinden yürütülmesi hem mesleği hem de ağız diş sağlığını bambaşka bir noktaya sürüklemiştir.

Pandemi döneminde dişhekimliği eğitiminde de aksamalar ve sorunlar yaşanmıştır. AKP döneminde hızla artan fakülte ve kontenjan sayılarıyla niteliği sorgulanır olan eğitim-öğretim süreci pandemi nedeniyle yapılan değişikliklerle daha da sorgulanır hale gelmiştir. Mesleki becerinin özellikle 4. ve 5. sınıflarda sağlandığı eğitim öğretimin uzaktan sağlanamayacağı açıktır. AKP'nin Pandemi sürecinde gerçekleştirmeye çalıştığı uzaktan eğitim öğretim uygulamaları, ders materyallerinin dijital ortama yayılması, vakaların internette ulaşılabilir olması ve hastalardan görüntülerinin yayın izni alınmaması gibi etik sorunları da beraberinde getirmiştir. **(Onur ve ark, 2022)** Diğer yandan, prelinik laboratuvarlarının ve sınıfların kalabalıklığının yanı sıra klinik eğitimlerinin bugüne kadarki uygulama şekli de özellikle öğrenci sayısının çok fazla olduğu ülkemizde sosyal mesafe sınırlamasını aşmakta olduğundan hasta başı klinik eğitimleri eğitimcilerin gözetiminde yapılamamış, çevrimiçi olarak tamamlanan eğitimler teknolojik tedbirlerin artırılması gerekliliği ortaya çıkarmıştır. **(Kılıçarslan, 2020)**

Dişhekimliği son sınıf öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada önemli oranda öğrencinin pandemi döneminde sağlıklarının risk altında olduğunu düşündükleri, eğitimlerinin ve klinik performanslarının olumsuz etkileneceği konusunda kaygılı oldukları saptanmıştır. Yüksek derecede kaygılı olmanın öğrencilerin Covid-19'a karşı klinikte hasta bakarken daha fazla önlem aldıkları tespit edilen araştırma sonucunda; yüksek kaygının, uzun vadede motivasyonu ve konsantrasyonu olumsuz etkileyebileceği vurgulanmıştır **(Selman, Doğan, 2022)**. AKP'li yıllarda niteliği düşen dişhekimliği eğitiminin, kötü yönetilen pandemi sürecinden etkilenmesiyle beraber bu dönemin öğrencilerinde gerek pratik uygulama ve özgüven konusundaki eksiklikleri gerekse artan kaygılarının meslek icrasına yansımaları önümüzdeki zaman içinde kendini gösterecektir.

Pandemi, uzmanlık eğitimi alan dişhekimlerinin yaptığı dental girişimlerin içeriğini de değiştirmiştir. Acil hasta sayısı arttığı için uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimlerine yönelik uygulamalar yerine acil hizmet sunumu yapmış, akademik ve etik du-

ruşlarını sorgulamışlardır. Dişhekimliği Fakültele-ri'ne uzman hekim olmak üzere alınan yüksek lisans öğrencilerinin filyasyona çekilmesi, uzmanlık eğitiminden uzaklaşmalarına, sürenin uzamasına yol açmış, içinde buldukları koşullar nedeniyle tükenmişlik gibi psikolojik sorunlara sürüklenmişlerdir.

Son Sözler ve Öneriler

Sağlıkta Dönüşüm Programı AKP iktidarı ile beraber 2003 yılında tam olarak uygulanmaya başlanmış, bu süreçte büyük bir hızla yeni ADŞM açılmış, kamuda istihdam edilen dişhekimleri sayısı artırılmıştır. Buna paralel olarak poliklinik ve işlem sayıları, dişhekimine başvuru sayısı da geometrik olarak artmıştır. Ancak bu niceliksel artışın ağız diş sağlığı göstergelerine pozitif yansımalarının aynı oranda olmadığı, TADŞAP 2018 Ağız Diş Sağlığı Profili Çalışması Raporu'nda açıkça ortaya konmaktadır. **(SB, 2022)**

AKP neoliberal politikaları ile, Sağlıkta Dönüşüm adı altında sağlık alanını da piyasalaştırmak amacıyla yola çıktığında en büyük direnci sağlık emek ve meslek örgütlerinden gördü. Bu alanda ticarileşmenin önündeki en önemli engel olarak gördüğü bir kısım meslek örgütlerinin etkinliklerini çeşitli yöntemlerle azaltmaya yönelik faaliyetler de sağlıkta dönüşüm programının bir bileşeni olarak görülmelidir. 8/2/2008, 2/11/2011, 17/3/2013, 25/6/2013, 2/8/2013, 26/11/2014, 5/12/2018 tarihlerinde 3224 sayılı kanunun birçok maddesi bazen değiştirilerek ve/veya iptal edilerek TDB'nin ağız diş sağlığı alanındaki düzenleyici etkileri azaltılmış, Birlik ile dişhekimlerinin bağı ya da mesleğin uygulanması sırasındaki etkileri görünmez kılınmaya çalışılmıştır. Diğer meslek örgütleri gibi TDB de sadece mesleğin teknik yönünü ilgilendiren alana sıkıştırılarak, toplum sağlığının her anlamda korunması ve devam ettirilmesi adına çalışmalarını "meslek alanı dışında faaliyet gösteremez" cümlesine daraltılmaya çalışılmıştır. Bu baskılar sadece 3224 sayılı kanunla sınırlı kalmayıp 1219 sayılı kanunda ve mevzuatın ilgili ilgisiz birçok yerinde değişiklikler yaparak sürekli devam etmiştir. 663 sayılı KHK gibi yeni düzenlemelerle meslek örgütleri zayıflatılmış, topluma ve mesleğe önemli bir sorumluluğu ve etki alanı olmayan sivil toplum örgütleri algısı verilmiştir. SDP'ni kamu yararına eleştiren sağlık emek örgütlerinin zayıflatılması sistemli olarak devam etmiştir. AKP tarafından sağlık emek örgütlerini zayıflatmak için, mevzuat üzerinden yapılan sürekli baskı, AKP nin 20 yılının karakteri olmuştur.

Tüm dünyada ağız diş sağlığı kriterlerinin yükseltilmesi için en etkili yöntemin koruyucu uy-

gulamaların doğru bir sistematik ile yürütülmesi olduğu ispatlanmıştır. SDP öncesinde de piyasa dinamiklerinin zaten süregeldiği dişhekimliği alanında bu kamunun görev ve sorumluluğu olarak kabul görmeli iken aksine kamu da kaynaklarını piyasa ile rekabet amacı taşıyan bir biçimde kullanmayı tercih etmiş ve bu tercih halk sağlığına bir iyilik hali olarak yansımamıştır. Oysa birçok kapitalist piyasa ekonomisini benimsemiş ülkede ağız diş sağlığı koruyucu programları kamu tarafından programlanmakta ve karşılanmaktadır. Almanya modelini ele aldığımızda 1980 li yılların sonuna doğru başlayan koruyucu uygulamalar sonuçlarını günümüzde vermiştir. Almanya'da 12 yaş ve altı çocukların %70 inde çürük yok ve 12 yaş civarı çocukların ortalama DMFT değeri 0,7 olarak bulunmuş. Bu veri bize 12 yaş civarı çocukların tümünde çürük, dolgu, diş kaybı ortalamasının 1 dahi olmadığını 0,7 olduğunu gösteriyor. Bu hedefe varmak için, 1989'da hastalık fonları kapsamında bireysel profilaksi ve toplu profilaksi başlatılmış. 1991'den itibaren ülke genelinde tuzların florlanması sağlanmış. Çıkarılan kararlarla diş macunlarının flor konsantrasyonları arttırılmış. Ağız diş sağlığı açısından bilinçli hastalar yaratılması için yetişkinlerde de profilaksi artışı sağlanmış. Sadece bu bile çürük istatistiklerinde ilk 6 yılda ciddi azalmalara neden olmuş. Türkiye'de de yapılması gereken ulusal bir koruyucu ağız diş sağlığı politikasının TDB ve SB'nin önderliğinde Sosyal Güvenlik Kurumu'nun finansmanı ile üniversitelerin bilimsel katılımları da sağlanarak oluşturulmasıdır. Kamu koruyucu hizmetlerin üretilmesi, koordinasyonu ve finansmanı görevlerini tanımlamalı ve uygulamalıdır. Ayrıca TDB, ülkede ağız-diş sağlığı hizmetlerinin gelecek nesillere sürdürülebilir olarak devam edebilmesi için serbest dişhekimlerinin potansiyelinden faydalanılmasını ve gerekli koruyucu uygulamalar için kamunun özelden hizmet olarak uygulamaların yaygınlaştırılmasını sağlaması gerektiğini savunmaktadır. En iyi eğitim modeli olarak kabul edilen birebir eğitim modelinin serbest hekimlerin katılımı ile ağız diş sağlığı koruyucu ve engelleyici eğitimlerinin yaygınlaşacağı kabul edilmelidir. Tüm Almanya'da koruyucu program ile ağız diş sağlığı verilerinin mükemmelleşmesi için 2011 yılında toplam 500 milyon Euro gibi bir kaynak ayrılmıştır. Türkiye'de de prim sistemlerinin adaletli kullanılabilmesi için önlenebilir hastalıkların koruyucu uygulamalarla önüne geçilmesi

sağlanmalıdır. Toplumun tüm kesimlerine eşit, ulaşılabilir, yüksek nitelikte ağız diş sağlığı koruyucu ve tedavi edici hizmetleri verilerek yıllar sonra belki de sosyal güvenlik kapsamının önlenebilir hastalıklarda daraltılabilmesi genetik ya da edinsel, önlemeyen hastalıkların tedavisi konusunda sosyal güvenlik kurumlarının daha cömert olmasını getirebileceği planlanmalı ve bu ütopyik bir hedef olmalıdır.

Sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı sigortanın temelinde yatan, bireyleri ve grupları olası zararlara karşı koruma amacıdır ve sigorta kuruluşları bunu risk paylaşımı uygulaması ile yani bireyin ve grupların taşıdığı riskin tüm sigortalılara yayılması ile sağlarlar. Sigortalar üstlendikleri riske karşılık, sigortalılardan prim tahsil eder. Sağlık harcamalarının yaratacağı finansal risk, hizmetleri kimin kullandığına bakılmaksızın, prim sisteminin içindeki tüm sigortalılar tarafından paylaşılır. Bu sistem sayesinde sağlıklı olanların hasta olanları, gençlerin yaşlıları, zenginlerin yoksulları sübvansede edeceği adaletli bir sistem oluşacaktır. Bu sistemde prim ödemelerinin düşürülebilmesi, havuzdaki birikimin önlenebilir hastalıkların ortaya çıkmaması için koruyucu hekimlik uygulamaları ön plana alınmalıdır. Sağlık alanının düzenleyicisi olan devlet ve devlet adına bu yetkiyi kullanan SB kamu sağlık finansmanını iyi yönetmek için sağlık tüketicisi değil koruyucu uygulamalarla sağlık üreticisi olmalıdır.

Sonuç olarak AKP nin 20 yıldır uygulamakta olduğu sağlık alanını da kar elde edilmesi gereken bir piyasa olarak gören neoliberal sağlık politikalarından ağız diş sağlığı alanında birebir etkilenmiştir. Kocaman ADŞM'ler coğrafi homojenite yaratılacak bir kurumsallaşma yerine piyasa ile rekabet edecek kar üretme amaçlı noktalarda açılmış, dişhekimleri performans baskısı altında esnek ve güvencesiz çalışmaya mahkûm edilmiş, halkın gözü tedavi hizmetlerine ulaşabildiği algısı yaratılarak boyanmış ve sistemden siyasi ve ticari rant elde edilmesi hedeflenmiştir. İstihdam ve hasta/hastalık profilleri hiç dikkate alınmadan çok sayıda dişhekimliği fakültesi açılmış, anormal sayıda dişhekimliği öğrencisi kontenjanları ile öğretim üyesiz eğitimlerle dişhekimini enflasyonu yaratılarak oluşturdukları piyasa modeline ucuz iş gücü oluşturmuşlardır. Serbest dişhekimleri sistemde kendi başına bırakılmış ve bu güçten coğrafi temelli düzenlenecek koruyucu ağız sağlığı hizmetleri için yararlanılmamıştır.

Kaynaklar.**Elektronik Makaleler:**

- Abeno**, 2018, Distribution of Dental Schools and dentists in Brazil: an overview of the labor market, ResearchGate, 18(1):63-73, 2018 <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.399>
- Ak ve ark**, 2022, Covid-19 Pandemisinin Dış Hekimliği Hizmetlerine Etkileri Ve Etik, Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi 2022;5(1):55-61. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sabiad/issue/65478/945641> .
- Akçakanat, Çarıkçı**, 2016, Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21,(3); 865-892 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/227681>
- Akkaya**, 2022, İhtiyaç Fazlası Fakülteler Kapatılmalı, TDBD/192; 44-46 TDB Yayınlar/e-dergi; https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/TDB_e-dergi/TDBD192.pdf Özyavaş, 2018, Türkiye'de Ağız Dış Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2018; 21(4): 789-805. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/42320/509215>
- Çaymak Ş, Çaymak D**, 2017, Sağlık Yönetimi Dergisi / Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı 02.05.2017 C1,S1,48-57) , <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/340272>
- Kılıçarslan**, 2020 , Covid 19 Pandemi Süresince Dişhekimliği Uygulamaları, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 36-42 (2020). <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1175585>
- Karamüftüoğlu ve ark**, 2022 S. Prevalence of COVID-19 vaccine hesitancy among dentists in Turkey. Arch Cure Med Res. 2022;3(2):86-96. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2333737> .
- Kocabaş, Aslan** 2019, Koruyucu Ağız ve Dış Sağlığı Hizmetlerinin Kullanımı Üzerine Bir Araştırma, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(3): 277-288. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/820528>
- Meads G.** (2009) The Organisation of Primary Care in Europe: Part 2 Agenda- Position Paper of the European Forum for Primary Care. Quality in Primary Care, 17: 225-34
- Onur ve ark**, 2022 Covid-19 Pandemi Döneminde Dış Hekimliği Eğitiminde Yeni Normaller, Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi 2022;5(1):32-40 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1796632>
- Öcek ve ark**, 2018, Türkiye'de Ağız-Dış Sağlığı Hizmetlerinde ve Dişhekimlerinin Çalışma Yaşamında Gerçekleşen Dönüşümü Anlamak: Niteliksel Bir Araştırma, TDB Yayını https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Cesitli/TDB_ADS_Niteliksel_Bir_Arastirma.pdf
- Öcek, Vatansever**, 2013, Piyasa Mekanizmaları Baskınsa Dişhekimliği, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 28(6)449-458 https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjC69uFw6v9AhXvavEDHRLiAL4QFnoECAKQAQ&url=https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/download.php?Id=pjyqyAZRAM75&usg=AOvVaw3-iw2tUAO-Q2fZgZE_nLKQ
- Özarlan, Çalışkan**, 2021, Attitudes and predictive factors of psychological distress and occupational burnout among dentists during COVID-19 pandemic in Turkey, Curr Psychol. 2021; 40(7): 3113–3124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8084415/>
- Özyavaş**, 2018, Türkiye'de Ağız Dış Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(4): 789-805.) <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/620472>
- Selman, Doğan**, 2022, Dış hekimliği öğrencilerinin COVID-19 salgını ile ilgili bilgilerinin, kaygı düzeylerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi, Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi, 18(3): 27-35 | DOI: 10.5505/yeditepe.2022.49092

İnternet Sayfası.

- Ankara Ü.DHF Web Sayfası, www.dentistry.ankara.edu.tr
- Dentalhaber web sayfası 04.01.2023, Erişim Tarihi 27 Şubat 2023, <https://www.dentalhaber.com/Page/kamuya-cok-sayida-dis-hekimi-alinacak-7555>
- Dentiss web, 2016, erişim 28 şubat 2023, <https://www.dentiss.com/aile-dis-hekimligi-projesi-nasil-isleyecek-y2243.html> ,
- Ege ÜDHF Web Sayfası erişim tarihi 28 şubat 2023 , <https://dent.ege.edu.tr> ,
- Evrensel Gazetesi Web Sayfası, 07-03-2021, erişim tarihi 27 şubat 2023, <https://www.evrensel.net/haber/427572/25-bin-agiz-ve-dis-sagligi-teknikeri-atama-bekliyor-ayrilan-kadro-ise-23>
- Gazi ÜDHF Web Sayfası <https://dent.gazi.edu.tr>
- Hacettepe ÜDHF Web Sayfası erişim 28 şubat 2023 <https://dis.hacettepe.edu.tr>
- İstanbul ÜDHF Web Sayfası erişim tarihi 28 şubat 2023 <https://dishekimligi.istanbul.edu.tr/tr/>
- Marmara ÜDHF Web Sayfası, erişim tarihi 28 şubat 2023 , <https://dhf.marmara.edu.tr>
- Hürriyet Web Sayfası, 11-12-2022, erişim tarihi 28 şubat 2023, <https://www.hurriyet.com.tr/galeri-aile-dis-hekimligi-uygulamasi-nedir-hangi-illerde-var-bakan-fahrettin-kocadan-onemli-aciklama-42185572/2>
- Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2012, 2017, Erişim Tarihi 27 Şubat 2023, <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>
- Sağlık Bakanlığı Web Sayfası, 2022, TADSAP Raporu, erişim tarihi 27 şubat 2023, . https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/42552/0/taadspdf.pdf?_tag1=398CC88DDD02EA768C966A034AC-C5F05F6CEB732
- TBMM web sayfası, 2022, Erişim Tarihi 27 Şubat 2023, https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/komisyon_tutanaklari_goruntule?pTutanakId=3067
- Türk Dişhekimleri Birliği, 2009, erişim tarihi 27 şubat 2023, <https://www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/uzmanlik iptal davasi-05.10.2009.pdf>
- Türk Dişhekimleri Birliği web sayfası, 2018, Erişim Tarihi 27 Şubat 2023, https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/Istanbul_Deklarasyonu_SON_12.09.2013.pdf
- Türk Dişhekimleri Birliği Web Sayfası, 2015 Erişim Tarihi 27 Şubat 2023, https://tdb.org.tr/userfiles/files/TDB_Etik_Kurul_Anket_Raporu_2015.pdf
- Türk Dişhekimleri Birliği Web Sayfası, 2010 Erişim Tarihi 27 Şubat 2023, https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=1000
- TDB Web Sayfası, 2022a, Erişim Tarihi 27 şubat 2023 https://tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/Dishekimliginde_Insangucu_Planlamasi.pdf
- Türk Dişhekimleri Birliği Web Sayfası 2022b, Erişim Tarihi 27 şubat 2023, https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Egitim_Dizisi/egitimdzisi_30.pdf
- Türk Dişhekimleri Birliği Web sayfası/İstatistikler, 2017, Erişim Tarihi 27 şubat 2023, https://www.tdb.org.tr/menu_goster.php?Id=10
- Türk Dişhekimleri Birliği Web sayfası, 2021 , Erişim Tarihi 27 şubat 2023 https://www.tdb.org.tr/userfiles/files/TDB_Kadin_Komisyonu_Pandemide_Sorunlarımız_Forum_Raporu_2021.pdf
- WHO web sayfası 2022, Erişim Tarihi 27 Şubat 2023, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
- YÖK Web Sayfası, 2022, erişim tarihi 28 şubat 2023, , istatistik.yok.gov.tr