DOSYA/DERLEME

DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI PAZARI NEREYE GİDİYOR?

Zeliha ÖCEK, Emel COŞKUN***

Özet

Sağlık hakkı, iyi bir ağız-diş sağlığına sahip olmayı ve nitelikli diş hekimliği hizmetlerine erişebilmeyi de kapsar. Fakat ağız-diş sağlığının genel sağlığın bütüncül bir bileşeni ve bir sağlık hakkı olduğu yeterince anlaşılamamaktadır. Bu nedenle diş hekimliği genel sağlık hizmetlerinden ayrı bir yapıda örgütlenmiş ve bu yapıyı zaman içerisinde şekillendiren başlıca dinamik pazar mekanizmaları olmuştur. Bunun diş hekimleri açısından sonucu ise serbest girişimci ve sağlık çalışanı kimlikleri arasında sürekli olarak yaşadıkları çatışmadır. Sağlık reformları ağız-diş sağlığındaki pazar mekanizmalarını daha da güçlendirmeyi ama aynı zamanda da düzenlemeyi amaçlamaktadır. Bu çerçevede ülkemizde de önemli bir dönüşüm yaşanmaktadır; gelecekte özel sektöre devredilmek üzere ağız-diş sağlığı merkezleri (ADSM) hazırlanmakta, özel klinikler Sağlık Bakanlığı'nın strateji planlarına dahil edilmekte, muayenehane hekimlerine yönelik bir yıldırma politikası izlenmekte, kamuda çalışan diş hekimlerine performans yöntemiyle hizmet sunumunu arttırmanın yaratıcı yolları öğretilmekte ve yeni mezun sayısı arttırılarak bu sistemin ucuz emek gücü hazırlanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Diş hekimi, ağız-diş sağlığı, pazar mekanizmaları, sağlık pazarı, sağlık reformları

Where is The Dental Health Care Market Going in Turkey and in The World

Abstract

Health rights include the right to have a good oral health and to access dental care services. However, it's not fully appreciated that oral health is an integral part of the overall health and a health right. Therefore the organization of dentistry has evolved independently from the overall health care services and the market mechanisms have been the main dynamic which shaped this organization. The result of this process is the tension between two different identities of dentists; a businessperson and as well as a health care provider. Health care reforms aim to improve and regulate market mechanism in the dental

**Doç. Dr., Ege Ünv., Tıp Fak., Halk Sağlığı AD*
***Diş Hekimi., Bursa Diş Hekimleri Odası Başkanı*

health care sector. In this frame a significant transition process is undergoing in Turkey; public dental health care centres are prepared in order to privatize in the next future, private clinics are included in the strategic plans of the Ministry of Health, a policy of deterrence is directed against the dentists who are working in thier own private offices, dentists who are working in public centres are taught the creative ways of increasing the volume of health care provision through the performance-based system and the number of the new graduates is being increased in order to prepare the "cheap" labour supply of the new system.

Key words: Dentists, dental health, market mechanisms, health market, health reforms

Ağız-diş sağlığı sektörünün gelişimi sağlığın piyasalaştırılması sürecinin tartışmaya değer örnekleri arasındadır. Bazı istisnaları dışarıda bırakırsak tüm tarihi boyunca genel sağlık hizmetlerinden ayrı örgütlenmiş ve sağlık güvencesi kapsamına ancak kıyıdan köşeden girebilmiş olan ağız-diş sağlığı hizmetleri piyasa ve rekabet kavramları ile genel sağlık hizmetlerinden çok daha önce tanışmıştır. Bu tanışıklık nedeniyle sağlık reformlarının ağız-diş sağlığı hizmetleri üzerindeki etkileri daha geç fark edilmekte, diş hekimleri emeklerinin değersizleştiği gerçeği ile yüzyüze geldiklerinde süreç çoktan tamamlanmış olmaktadır. Bu yazıda öncelikle ağız-diş sağlığı pazarının özellikleri ve diş hekimlerinin bu pazar yapısı içindeki davranışları sorgulanacaktır. Ardından, sağlık reformlarının diş hekimliği hizmetlerinin finansmanı, sunumu ve istihdam modelleri açısından getirdiği değişimin tanımlanması ve Türkiye ağız-diş sağlığı pazarının bu çerçevede tartışılması amaçlanmıştır.

Bir Sağlık Alanı Olarak Ağız-Diş Sağlığı

Ağız-diş hastalıkları hemen tüm ülkelerde en sık görülen sağlık sorunları arasındadır, üstelik toplumsal yük açısından önemli yaşam kalitesi ve üretkenlik kaybının yanı sıra ciddi düzeyde sağlık harcamasına yol açarlar **(Holst, 2002; Brennan, 2004; Quinonez, 2007; Nomura, 2008)**. Tüm dünyada okul çocuklarının %60-90'ının en az bir dişi çürükten etkilenmiştir. Diş kaybına neden olabilen düzeyde ilerlemiş diş eti hastalıkları orta yaş grubundaki yetişkinlerin %5-20'sini etkiler. Yüksek gelirli ülkelerin kamu sağlık harcamalarının %5-10'u ağız-diş sağlığı ile ilişkilidir **(Mignogna, 2006)**. Fakat tüm bunlara rağmen, yaşamı tehdit etmedikleri düşünüldüğü için ağız-diş hastalıkları gündemde olan halk sağlığı sorunları arasına hiç bir zaman girememektedir **(Brennan, 2009; Quinonez, 2007)**. Dental enfeksiyonların, pnömoni, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, inme, akciğer hastalıkları, büyüme ve gelişime geriliği erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi pek çok sağlık sorunun nedenselliğinde rol oynadığı gösteren kanıtların sayısındaki artış ise sağlık hizmetlerinin planlanmasında dikkate alınmamaktadır **(Ayhan, 1996; Howell, 2001; Saremi, 2005; Yoneyama, 2002; Offenbacher, 2006)**.

Pek çok diğer hastalığın aksine ağız-diş hastalıkları tedavi müdahalesi olmaksızın iyileşmez. Kronik, progressif ve yıkıcıdırlar. Başlangıçta genellikle bulgu ve belirti vermeden ilerledikleri için tedavi genellikle hastalığın çok ilerlediği bir dönemde gerçekleşir. Tedavide gecikme de maliyet artışı ile sonuçlanır **(Guay, 2006)**. Üstelik diş hekimliği hizmetleri pahalıdır. Örneğin Almanya'da ağız, vücudun tedavisi en pahalı olan bölümüdür. Diğer Avrupa ülkelerinde de diş tedavisi sağlık sisteminin tüm maliyetleri içindeki en büyük üçüncü ya da dördüncü kalemi oluşturur **(Holst, 2002; Mignogna, 2006)**. Pek çok gelişmekte olan ülkede eğer tedavi edilmeleri sağlanabilirse, sadece çocukların diş çürüklerinin maliyetinin çocuklar için ayrılan toplam sağlık bütçesini aşacağı tahmin edilmektedir **(Mignogna, 2006)**. Diğer yandan, bu hastalıkların büyük bölümü kolaylıkla ve çok etkin biçimde önlenebilir ve tedavi ile korumanın maliyeti arasında çok büyük farklar vardır **(Grignon, 2010; Guay, 2006)**.

Sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin ağız-diş sağlığı üzerindeki belirleyici etkisi çok kapsamlı bir şekilde ortaya konmuştur **(Marthaler, 2004; Sgan-Cohen, 2007; Edelstein, 2009; Geyer, 2010)**. DSÖ'nün 2003 tarihli Dünya Oral Sağlık Raporu ağız hastalığı yükünün en yoğun olarak dezavantajlı ülkelerin ve bu ülkelerdeki alt sosyal sınıflarının üzerinde olduğunu göstermiştir. Dişeti hastalıkları ve oral kanserler insani gelişmişlik indeksi ile ilişkilidir; gelişmişlik düzeyinin azalması ile birlikte diş eti hastalıklarının prevalansı ve oral kanserlerin insidansı artmaktadır. Ağız-diş sağlığı ile genel sağlık düzeyi arasındaki ilişki de yoksullarda toplumun genelinden daha açık bir şekilde gözlenmektedir **(Dünya Sağlık Örgütü, 2003)**. Özellikle yoksul ülkelerin kentli çocukları bu ilişki açısından en sorunlu grubu oluşturmaktadır **(Lalloo, 1999)**.

Pek çok gelişmiş ülke ağız-diş sağlığı alanında önemli aşamalar kaydetmiş, özellikle çocuklardaki diş çürüklerini büyük oranda azaltmıştır, ama eşitsizlikler hemen tüm ülkelerde varlığını korumaktadır **(Grytten, 2001)**. Ağız-diş sağlığı sorunlarının yoksullarda daha yaygın olmasına karşın "tersine hizmet yasası" bu alanda da kendisini göstermekte ve diş hekimliği hizmetlerine toplumun sadece sosyoekonomik açıdan avantajlı kesimleri erişebilmektedir **(Dharamsi, 2002; Nguyen, 2006; Grignon, 2010; Grytten, 2001)**. İsveç'te yapılan bir çalışmanın sonuçları bu paradoksu çok açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Çalışmada bir sosyoekonomik dezavantaj indeksi geliştirilmiş ve bu indeksin her bir artan düzeyinde hem ağız sağlığının hem de hizmet kullanımının kötüleştiği saptanmıştır. Çalışma, ağız-diş sağlığını ağız hijyeni ve diyet alışkanlıkları gibi bireysel belirleyicilerle ilişkilendirmenin yetersizliğini ortaya koymuş ve ağız-diş sağlığına daha geniş bir yapısal bileşenler çerçevesinden bakılması gerektiğini göstermiştir **(Wamala, 2006)**.

Gerek ağız-diş sağlığı gerekse diş hekimliği hizmetlerinin kullanımı açısından yaşanan eşitsizliklerin çarpıcı bir özelliği toplumda yaşanan diğer pek çok eşitsizlikten çok daha önce ve belirgin bir şekilde ortaya çıkmalarıdır **(Chamber, 2006)**. Hatta bu özelliğinin bu kadar net bir şekilde gözlenmesi nedeniyle diş hekimliği hizmetlerine erişimin bir sosyoekonomik eşitsizlik göstergesi olarak kullanılması önerilmiştir **(Wamala, 2006)**. DSÖ'nün 1980'lerin sonunda Avrupa'da diş hekimliği hizmetlerinin finansmanına yönelik olarak yürüttüğü çalışmada da diş hekimliği harcamalarının milli gelir farklılıklarına genel sağlık harcamalarına göre üç kat daha duyarlı olduğu gösterilmiştir **(Holst, 2001)**. Bu durumun nedeni ağız-diş sağlığına yönelik bakış açısında ve diş hekimliği hizmetlerinin sağlık örgütlenmesi içindeki yerinde aranmalıdır. Ulusal bir sağlık sistemine sahip olan pek çok ülke de dahil olmak üzere olan ağız-diş sağlığı genellikle sağlık hizmetlerinin bütününden ayrı bir yapıda örgütlenmiş ve sağlık güvencesi kapsamının büyük oranda dışında bırakılmıştır **(Holst, 2001)**. Diş tedavilerinin maliyetleri çok büyük oranda sadece hastalar tarafından karşılanmaktadır **(Mignogna, 2006)**. Finansmanda kamunun payının %50'nin üzerinde olduğu ülke sayısı sınırlıdır (Tablo 1) ve neredeyse tüm ülkelerde cepten ödemelerde en büyük kalemi ilaçların yanı sıra diş hekimliği hizmetleri oluşturmaktadır **(Holst, 2001)**. Ağız-diş sağlığı hizmetlerinin sağlık sisteminden ayrı bir yapıda örgütlenmesi, bu hizmetlerin özel beceriler ve ekipman gerektirmesi, yataklı tedavi hizmetlerine nadiren gereksinim duyulması, diş hekimi ve hastası arasında oldukça özel bir ilişkinin söz konusu olması vb nedenlerle açıklanmaya çalışılmaktadır **(Nomura, 2008; Holst, 2002)**. Fakat altta yatan temel neden, ağız-diş sağlığının kamu tarafından güvence altına alınması gereken bir sağlık hakkı olarak algılanmasında yaşanan yetersizliktir. Ertelenebilir hatta vazgeçilebilir olarak görülen diş hekimliği hizmetleri sağlığın diğer alanlarına göre pazar mekanizmalarına her zaman çok daha açık olmuştur.

Bir Pazar Alanı Olarak Ağız-Diş Sağlığı Hizmetleri

Diş hekimliğinin pazar mekanizmalarına sağlığın diğer alanlarına göre neden çok daha açık olduğunu anlayabilmek için bu hizmetlerin sağlık örgütlenmesinin içindeki yerinin yanı sıra hangi dinamiklerden etkilendiğine ve bir pazar alanı olarak

nasıl bir yapıda olduğuna daha yakından bakmak gerekmektedir.

Tam rekabet piyasası alıcı ve satıcıların belli koşullar altında herhangi bir engel olmadan etkinlik gösterdikleri ortamı ifade eder **(Türkay, 2000)**. Sağlık piyasası ise tam rekabet piyasasının gerektirdiği homojen mallar, açıklık, birbirinden bağımsız hareket edebilen çok sayıda satıcı ve alıcı vb pek çok koşulun gerçekleşmesi için uygun özelliklere sahip değildir. Fakat konu ağız-diş sağlığı olduğunda bu koşulların gerçekleşmesi açısından genel sağlığa göre bazı farklılıklar ile karşılaşılmaktadır.

1) Dışsallık

Özellikle bulaşıcı hastalıklarla karşılaştırıldığında ağız-diş sağlığında dışsallığın ihmal edilebilir düzeyde olması rekabet piyasası açısından daha uygun bir özelliktir **(Quinonez, 2007)**.

2) Hasta-hekim arasındaki bilgi asimetrisi

Sağlığın piyasalaştırılmasının önündeki önemli engellerden biri olan hasta-hekim arasındaki bilgi asimetrisi diş hekimliğinde de geçerlidir. Pazar, bilgili, bilinçli tüketiciler gerektirir. Tanı ve tedaviyle ilgili bilgiler açısından yaşanan asimetri ise diş hekimliği hizmetlerinin kullanıcılarının "bilinçli tüketiciler" olmasını önler **(Holst, 2001; Grytten, 2001)**. Diğer yandan Quinonez'e göre diş hekimliğinde bilgi asimetrisi genel tıbba göre biraz daha düşük düzeydedir **(Quinonez, 2007)**. Acil durumlar dışında hastalar diş hekimine gitme zamanını belirleme konusunda daha serbesttir, tedavi tipleri ve maliyetleri üzerinde belli bir düzeye kadar müdahale olanakları vardır **(Nomura, 2008; Guay, 2006)**. Üstelik diş hekimliğinde gereksinimin tanımı sürekli olarak değişmektedir. Arzın yarattığı talep uygulamalardaki ağırlığın diş çürüklerinin ve diş eti hastalıklarının tedavisinden yeni teknolojilere dayalı, estetik, kozmetik, pahalı ve karlı hizmetlere doğru kaymasına neden olmaktadır **(Quinonez, 2007; Chambers, 2006; Holst, 2002)**. Hizmet profilinde gerçekleşen değişim bilgi asimetrisini etkilemekte ve ödeme gücü olan "bilinçli tüketicilerin" daha bağımsız bir şekilde karar verebilmelerini kolaylaştırmaktadır. "Modern" diş hekimliği hizmetlerinin kullanıcıları artık internet vb kanallar aracılığı ile kendileri için en iyisi olduğunu düşündükleri "malları" seçebilmektedir **(Holst, 2001)**. Girişimciler de daha iyi bir görünüme sahip olmak isteyen bu kitleye yönelik mallara sermaye yatırmakta, kozmetik diş hekimliğine yönelik talep sürekli olarak pompalanmaktadır **(Holst, 2002)**.

Tablo 1. Farklı ülkelerde kişi başına diş hekimliği harcaması ve diş hekimliği hizmetlerinin finansmanında kamunun payı (Holst, D. 2002)

Ülke	Kişi saşına diş hekimliği harcaması (Euro)	Diş hekimliği hizmetlerinin Finansmanındaki kamunun payı
Japonya	121	78.3
Norveç	54	67.3
Çek Cum	53	57.1
Almanya	250	55.1
BK	63	48.4
Fransa	107	34.3
Finlandiya	95	34.2
Hollanda	85	28.2
Avustralya	102	13.9
İsviçre	237	7.3
Kanada	186	5.6
ABD	206	4.6

3) Homojen malların varlığı

Serbest piyasa ekonomisinin gerekliliklerinden bir diğeri de görece homojen malların varlığıdır. Diş hekimliğinde ise tüketicilerin beklentilerine ve ödeme konusundaki istekliliklerine göre kalite çok değişken olabilir. Fakat bu sorunun çözümünü de sigorta şirketleri bulmaktadır. Sigorta şirketleri diş hekimliğinin bir hizmet değil, paketler halinde tanımlanmış bir mal olarak kabul edilmesi yönünde çaba harcamaktadır. Bu amaçla hangi tedavi tiplerini karşılayacaklarını, bir yıl içinde ya da sigortalının tüm yaşamı boyunca ne kadar ödeme yapacaklarını çok net biçimde belirlemektedirler, hatta ABD'de bazı şirketler gidilebilecek diş hekimi seçeneklerini sınırlamakta, belli coğrafik alanlar için

farklı ücret tarifeleri uygulamaktadır **(Weston, 2004; Jackson, 2008)**. Toplam kalite yaklaşımı, tedavi protokolleri, hastalık rehberleri vb araçlar da malların standardizasyonuna hizmet etmektedir. Avrupa Birliği'nin diş protezleriyle, kullanılan materyal ve ekipmanlarla ilgili olan, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimi, diplomaların karşılıklı kabulünü düzenleyen direktiflerinin de aslında temel amacı pazardaki malların standardizasyonudur. Aynı amaca hizmet eden bir başka süreç ise sigorta şirketler bir devrim olarak tanımladıkları kanıta dayalı diş hekimliğidir **(Weston, 2004)**.

4) Çok sayıda satıcı ve alıcının varlığı

Pazar ekonomisi tüketicilerin sadece mallar konusunda değil, çok sayıda farklı satıcı arasında da bir seçim yapmasını gerektirir. Diş hekimliğinde de hasta pazarda kendisi için en uygun seçeneği arar, ama bu bir "arama maliyeti" gerektirir. Kaliteleri hakkında bilgi edinmek için alternatif hizmet sunucuların denenmesi oldukça zor ve zaman alıcıdır, tüketicinin bir diş hekiminin yetkinliğini bir diğeri ile karşılaştırma olanağı ise çok sınırlıdır **(Grytten, 2000)**. Arama maliyeti hastanın yaşadığı bölgenin diş hekimi yoğunluğunun artması ile büyür. Büyük şehirdekilere göre daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayan tüketiciler kendi pazarlarındaki hekimler hakkında daha fazla bilgi edinebilirler **(Quinonez, 2007)**. Diğer yandan, diş hekimi değiştirmenin başka maliyetleri de vardır; yeni diş hekimine hasta öyküsünün ve önceki tedavilerle ilgili bilgilerin aktarılması, uzun erimli bir ilişkiyi sonlandırmanın psikolojik yükü, vb. Yani hastanın diş hekimine sadakati sıradan bir piyasa ürününde bulunmayan ve diş hekimliği hizmetlerini diğer ürünlerden farklı kılan bir özelliğidir **(Grytten, 2000)**. Bu noktada arama maliyetinin piyasalaşmayı yavaşlatan etkisini dengeleyen bir unsur olarak karşımıza reklamlar çıkmaktadır. Piyasa reklamlardan daha fazla yararlanabilmek için etik ve yasal sınırları sürekli olarak zorlamakta, bir adım daha ilermenin yollarını aramaktadır **(Lipscomb, 1982)**.

Çok sayıda alıcının varlığı ise özel sigorta şirketlerinin gündeminde yer alan önemli konular arasındadır. ABD'de çalışanlarına diş tedavisi için sigorta olanağı sunan işyerlerinin büyük bölümü en az 100 kişinin çalıştığı görece büyük işletmelerdir, bu işletmelerin de sayısı belli olduğu için pazar büyük oranda doymuş durumdadır. Bu nedenle şirketler yeni müşteri grupları bulmanın ve tüketiciliği arttırmanın yollarını aramaktadır. Yeni müşteri olarak gelirleri belli düzeyde olan daha küçük işletmelerin çalışanları çok fazla üzerinde durulan bir grup değildir. Daha akılcı bir strateji olarak çalışanlar adına karar veren yöneticileri aradan çıkartarak tüketicilerle doğrudan etkileşime geçilmesi, yani pazardaki alıcı sayısının arttırılması önerilmektedir. Zaten "tüketici yönelimli bir ürün" olan diş hekimliğine sadece biraz daha tüketiciyi bilgilendirme boyutunun ve yaratıcılık katmanın yeterli olacağı ifade edilmektedir. Yani tüketiciler, farklı seçenekleri değerlendirip alışveriş yapabilmeli hatta satın alacakları paketlerin içeriklerini kendileri belirleyebilmelidir **(Lipscomb, 1982)**. Sigorta şirketleri bu amaçla web sitelerinde üyelerine farklı işlemlerin fiyatlarını listelemek, hastaların diş hekimlerine verdikleri puanları açıklamak gibi stratejiler uygulamaya çoktan başlamıştır

Dışsallıkların olmaması, çok sayıda satıcının, homojen malların, satıcıdan bağımsız hareket edebilen "bilinçli" tüketicilerin varlığı gibi koşulların sağlanması piyasa ekonomisinin vazgeçilmez unsuru olan rekabetin oluşmasını sağlar. Diş hekimliğinde rekabetin hizmet sunumunun etkinliğini sağlayan önemli bir araç olduğu düşüncesi oldukça yaygındır. Buna göre, serbest girişimcilik, sıkı çalışma ve en güçlü olanın ayakta durması hizmetlerde etkinliği sağlar, karı maksimize ederek etkin hizmet sunumunu ödüllendirir ve bu nedenle serbest girişimcilik tüm topluma yönelik kamusal hizmetlerden çok daha önceliklidir. Üstelik pazar o kadar başarılı bir araçtır ki akılcı ve adil bir hakemlik yapıp, sosyal sorumlulukların nasıl yerine getirilebileceğini bile belirleyebilir, örneğin piyasadaki etkinliklerden alınan vergiler ile toplumun en alttaki kesimleri için de bir şeyler yapılabilir. Diş hekimliğinin pazar ilkelerine göre işlemesi gerektiğini savunanlara göre, devlet müdahalesi mevcut pazar yapısını tehlikeye atar, çünkü pazar ücretlerdeki

dengeyi de sağlar, diş hekimi pazarın izin verdiği ölçüde ücret alır **(Dharmsi, 2007)**.

Serbest rekabete göre işleyen bu pazardan pay alabilmek için diş hekimleri birbirleriyle mücadele etmek zorundadır. Üstelik pazara sürekli olarak yeni mezunlar girmektedir **(Grytten, 2000)**. Fakat diğer pazar alanlarından farklı olarak, görev delegasyonunu ve muayenehane büyüklüğünü sınırlayan kural ve düzenlemeler muayenehanelerin özellikleri arasında çok büyük farklılıklar olmasını ve rekabeti sınırlar. Rekabet açısından gücü giderek artan bir silah ise yeni teknolojidir, bu da diş hekimleri açısından ciddi bir maliyet anlamına gelmekte, daha pazara giriş aşamasında bu pastadan alınabilecek dilimin büyüklüğünü belirlemektedir **(Lipscomb, 1982)**.

Rekabet karşısında diş hekimlerinin verdiği diğer yanıtlar ise daha fazla miktarda hizmet sunma ya da ücretlerini arttırmadır **(Grytten, 2000)**. Özellikle bilgi asimetrisinin hizmet sunan tarafından kışkırtılan bir talebe yol açtığı gösterilmiştir. Pazardaki rekabet derecesi arttıkça toplum daha fazla diş hekimliği hizmeti kullanmaktadır. Tayland'da yapılan bir çalışmada rekabet düzeyinin her %1'lik artışında yıllık diş hekimliği harcamalarının, başvuru sayısının ve kişi başına dolgu sayısının %0.4 oranında arttığı, harcamalardaki artışın %33'ünün pazardaki rekabet derecesinin artışı ile açıklanabildiği gösterilmiştir **(Tsai, 2007)**.

Sonuç olarak, her ne kadar sağlığın diğer alanlarına göre piyasalaştırılmaya daha uygun özellikler taşısa da diş hekimliğinin tamamen rekabetçi bir piyasa yapısında olduğunu söylemek mümkün değildir. Norveç'te yaşanan bir deneyim, hizmetlerin doğasının yanı sıra diş hekimlerinin kimliğinin de rekabetçi piyasanın gereklilikleri ile tam bir uyum sağlamadığını göstermiştir. 1997 yılında özel ağız-diş sağlığı hizmetlerinde standart ücret tarifesi kaldırılarak serbest fiyat uygulamasına geçilen Norveç'te kuralsızlaştırmanın ardından iki yıl sonra diş hekimlerinin davranışlarında bir değişim olup olmadığı, örneğin muayenehane açmak için artık ekonomik düzeyi daha yüksek bölgeleri tercih edip etmedikleri değerlendirilmiştir. Fakat araştırıcıların beklentilerinin aksine, Norveçli diş hekimleri iki yıl içinde pazar ekonomisine adapte olmamıştır; ücretlerini değiştirmemiş, muayenehanelerini daha karlı bölgelere taşımamıştır. Yazarlara göre bunun nedeni diş hekimlerinin davranışlarının büyük oranda profesyonel normlar ve hastaları için duydukları sorumluluk tarafından şekillendirilmesidir. Makalede bir sorun olarak tanımlanan bu durum için önerilen reçete ise diş hekimlerine mezuniyet öncesi dönemden itibaren işletme becerisi kazandırılması ve talep tarafının güçlendirilmesine yönelik önlemler uygulanması yani reklamların serbestleştirilmesi ve güçlendirilmesi, tüketici örgütlerinin ya da daha büyük organizasyonların hastalar adına diş hekimleri ile pazarlık yapması ve böylece diş hekimlerinin piyasaya ısındırılmasıdır **(Grytten, 2000)**.

Bir Serbest Girişimci Olarak Diş Hekimi

Ağız-diş sağlığı pazarının en önemli aktörü olan diş hekimlerinin kimliğine daha yakından bakmak ve "hastalarına ve topluma karşı sorumluluk duyan bir diş hekimi piyasanın gerekliliklerini ne ölçüde karşılayabilir" ya da "piyasa diş hekimlerini temel sorumluluklarından ne ölçüde uzaklaştırabilir" sorularının yanıtlarını aramak bu pazarı anlamayı biraz daha kolaylaştıracaktır.

DSÖ'nün bir yayınına göre diş hekiminin tarih içindeki imajına bakıldığında mekanik becerileri olan, kendi hizmetlerinin reklamını yapan ve bir "dükkânda" çalışan bir ticaret erbabı ile karşılaşılır. Görece bağımsız bir kimliğe sahip olmak ve yalnız çalışmak da diş hekimlerinin tipik özellikleri arasındadır. Gerek Avrupa'da, gerekse ABD, Kanada, İsrail vb pek çok diğer ülkede diş hekimlerinin büyük bölümü özel girişimcidir ve pazara dayalı bir sistemde çalışmaktadır **(Holst, 2002)**. Yani diş hekimi sağlık çalışanı olmanın yanı sıra muayenehanesini ve yanında çalışanları yöneten, işletmesinin kar etmesini amaçlayan bir iş adamıdır. Diş hekimlerinin biribiriyle çelişen bu iki kimliği arasında sürekli bir gerilim yaşanmaktadır **(Dharmsi, 2007; Holst, 2002)**.

Bir diş hekimliği dergisinin editörü olan Levin'e göre her ne kadar girişimci bir ruhları olsa da diş hekimleri gerçek girişimciler değildir. Çünkü diğer girişimci yatırımcıların aksine diş hekimi muayenehaneleri hızlı bir büyüme gösterir, ama ancak belli bir düzeye kadar gelebilir, yani milyon dolarların kazanıldığı büyük "başarı" örneklerine rastlanmaz. Büyümenin sınırları diş hekiminin ve muayenehanenin kapasitesi ile sınırlıdır. Ayrıca, diş hekimleri yeni bir ürünü ya da fikri piyasaya kabul ettirmek için de uğraşmamaktadır ve bu nedenle girişimci bir şirket olarak daha güvendedirler **(Levin, 2004)**. Levin'in yazısında ilginç olan nokta ise, diş hekimini diğer girişimicilerden ayıran farklılıklar arasında hekim olmaktan kaynaklanan sorumluluklara hiç yer verilmemiş olmasıdır.

Diş hekimlerinin, en azından bir bölümünün pazarın oyun kurallarını benimsemekte pek zorlanmadığını gösteren örnekler oldukça zengindir. ABD kaynaklı bir web sitesinde yer alan "diş hekimleri kendilerine nasıl yeni hasta çeker?" başlıklı yazı girişimci diş hekimlerinin yöntemleri hakkında fikir vermektedir **(Spindel, 2010)**.

Bir diş hekimi kendisine pek çok farklı yolla yeni hasta çekebilir. Eskiden en iyi yol diş hekiminin ününün ağızdan ağıza yayılmasıydı. Diş hekiminden memnun kalan bir kişi bu hekimi yakınlarına öneriyordu. Bazı girişimci diş hekimleri ise yerel gazetelere ilan veriyor, yerel olaylara sponsorluk yapıyor veya çocukların spor takımlarını destekliyordu. Ama artık işler değişti, potansiyel yeni hastalar sadece arkadaşlarını veya aile üyelerini iyi bir şekilde tedavi etmiş olan değil, aynı zamanda internette hakkında bilgi alabilecekleri diş hekimlerini de istiyorlar. İnsanlar diş hekimi aradıklarında google'a adını yazıyorlar ve hakkında neler yazıldığına bakıyorlar. Büyük bölümü de diş hekiminin çekici bir websayfası olsun istiyor. Artık diş hekimlerinin "ün yönetimi" olarak adlandırılabilecek bu yeni pazarlama yöntemi ile tanışmaları gerekiyor..

"Muayenehanenizi nasıl pazarlarsınız?" başlıklı başka bir yazıda da hasta listesi nasıl genişletilir, internette pazarlama kampanyası nasıl planlanır, hizmetlerinizin reklamını nasıl yaparsınız, muayenehanenizi nasıl büyütürsünüz gibi soruların yanıtları verilmeye çalışılmaktadır **(eHow., 2011a)**. Bu kadar rekabetçi bir pazar ortamında oyunun önde gelenlerinden biri olabilmek öncelikle kutunun dışında düşünebilmeyi gerektirir. İş, pazarlama olunca diş hekimi gibi düşünmeyi unutmalısınız.... Şu andaki müşterilerinizin ve gelecekte olmasını istediğiniz müşterilerinizin özelliklerini düşünün. "Maliyet müşterilerim için ne kadar önemli", "zenginleri mi yoksulları mı, gençleri mi yaşlıları mı hedefliyorum" gibi soruların yanıtlarını verin. Pazarlama kampanyanızın mesajı hastalarınızın gereksinimlerini yansıtmalıdır. Örneğin gençler kozmetik diş hekimliği hakkındaki kampanyalar aracılığı ile yönlendirilmeye daha açıktır. Yerel radyo, gazete, kablolu televizyon gibi kanalları kullanın ama mutlaka bir web siteniz olsun.

Diş hekimliği dergilerinde muayenahane karını arttırmak isteyenlere hasta seçmeleri de önerilmektedir. ABD'de pek çok diş hekimi avantajlı hastaları paylaşmak, ödeme sorunu olan veya pahalı hastaları kamu sektörüne bırakmak için kurulmuş olan sistemlerin içinde yer almaktadır. Doğrusu bu stratejileri de işe yaramaktadır: ABD'de son 15 yılda dişhekimlerinin gelirlerinde gerçekleşen artış, ortalama bir Amerikalının gelirinde gerçekleşen artışın %150 katıdır **(Chambers, 2006)**. Dharmsi ve arkadaşlarının ABD'li ve Kanadalı diş hekimleriyle görüşme yaparak gerçekleştirdiği niteliksel araştırmada da katılımcılar kendi mesleklerinde hasta seçiminin diğer mesleklerde görülmediği kadar çok yaygın bir norm olduğu itiraf etmişlerdir **(Dharamsi, 2007)**.

Amaç, sana iyi ödeme yapamayacak olan hastaları muayenehanenden uzakta tutmak. Karşılaştığım 500-600 hastanın sadece 100-200'nün diş sigortası vardı. Tabi hizmetlerini bu kaymak tabaka ile sınırlı tutmak istiyorsun.

Avustralya'nın önde gelen diş hekimliği fakültelerinden birinin bülteninde yer alan mezuniyet sonrası sürekli eğitim seminerinin reklamı da oldukça ilginçtir. Semineri veren Paddi Lund Avustralya'nın en başarılı dişhekimlerinden biri olarak tanıtılmakta,

seminerinde bu başarıyı nasıl elde ettiğini, yani nasıl bir müşteri portföyü oluşturduğunu, böylece daha az çalışıp daha fazla para kazandığını anlatacağı müjdelenmektedir. Paddi Lund websitesinde kendisini şu cümleler ile ifade etmektedir **(www.padilund.com):**

Paddi hastalarının yarsını kovmuş, ön kapısını kilitlemiş, sadece "sevkle" gelen hastaları kabul ediyor. Artık borçları yok, hastaları da ödeme yapmayı seviyor. Bunu kim istemez?

Özel diş hekimi muayenehanelerinin dağılımı da hizmet sumununun karlılık tarafından şekillendirildiğini göstermektedir **(Wendling, 2010)**. Diş hekimleri ekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde muayenehane açmak istememektedir. Dağılım eşitsizliğinin en açık örneklerini Türkiye'de bulmak mümkündür. Diş hekimi başına düşen nüfus Ankara'da 1595 iken, Şırnak'ta 16 555 dir. İl içi eşitsizlikler ise daha çarpıcıdır. Örneğin, Ankara'nın Bala ilçesinde diş hekimi başına düşen nüfus (23 822), Çankaya'nın (460) 52 katıdır. İstanbul'da ise Sancaktepe (11 487) ile Beşiktaş (589) arasında yaklaşık 20 katlık bir fark vadır (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2010) Sunulan hizmetler ve ücretleri de hem muayenehane yerinden hem de hekimlerin "girişimci yeteneklerinden" etkilenebilmektedir. ABD ve Kanada'da pek çok girişim sadece hastanın sigortası tarafından kapsandığı için gerçekleştirilmektedir, hastalar da sigortaları olduğu için bunu kullanmaları gerektiği konusunda ikna edilmektedir. Altı aylık kontroller bile düzenli bir gelir kaynağı olarak görüldüğü için teşvik edilmektedir. Özel muayenehaneciliği bırakmış olan Kanadalı bir diş hekiminin ifadeleri yaşanan durumu özetlemektedir **(Dharmsi, 2007)**:

İşim diş hekimliği satmaktı. Hastalarıma kron, kaplama ve üst düzey diş hekimliği sattım. Bunu 18 yıl boyunca yaptım. Diş hekimliğinin nasıl satılacağını öğreten çeşitli eğitimlere katıldım. Ama insanlara gerçekten de gereksinim duydukları şeyleri mi satıyordum ya da kendi muayenehanemin yararına olacak şekilde onların bazı şeyleri istemelerini mi sağlıyordum?..

Amerikan Diş Hekimleri Birliği'nin yaptığı bir çalışmada ekonomik krizle baş edebilmek için diş hekimlerinin bir iç pazarlama çalışmasına girdikleri, yani eski hastalarını sık sık aradıkları, kontrole çağırdıklarını ve ağız-diş sağlığı konusunda daha fazla eğitim vermeye başladıkları saptanmıştır. 1997 yılında bir gazetecinin kendisini hasta olarak tanıtarak ABD'nin farklı bölgelerinde yer alan bir dizi muayenehaneye aynı semptomlarla gitmiş ve tedavi için 460 ile 29 850 Dolar arasında değişen fiyatlar almış olması ise "pazar ücretlerde dengeyi sağlar" görüşünün gerçeklerden ne kadar uzak olduğunu yansıtmaktadır **(Chambers, 2006)**.

Diş hekimlerinin girişimci kimliği meslek örgütlerine de yansımıştır. Diş hekimlerinin pazarlama becerilerinin geliştirilmesi meslek örgütlerinin yayınlarında ve seminerlerinde en çok yer alan konular arasındadır. Amerikan Diş Hekimleri Birliği, mesleğin sadece ekonomi ve işletme boyutları ile ilgilenmesi, tüm süreçlere para bakış açısı ile bakması, toplumsal sağlık sorunları ile ilgilenmemesi nedeniyle eleştirilmekte, örgütün adeta varlık nedeninin dental ticaret olduğu belirtilmektedir **(Dharamsi, 2007)**.

Diğer yandan pek çok diş hekimi de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin pazarlanmasından büyük rahatsızlık duymaktadır. British Dental Journal'da 2005 yılında yayınlanan 35 yazarlı bir okuyucu mektubunda reklam amacıyla hastalarının isimlerini Sunday Times'ta yayınlayan diş hekimleri çok ciddi şekilde eleştirilmiştir. Yazarlar, "profesyonel kariyerimiz boyunca diş hekimliği hizmetlerinin pazarlanmasında ticari anlayışın yaygınlaşmasını üzülerek izledik, ama bu son reklam bizi özellikle endişelendirdi" sözleriyle rahatsızlıklarını dile getirmiştir **(Atkinson, 2006)**.

Dharmsi'nin yukarıda da bahsettiğimiz niteliksel araştırmasında katılımcılar pazara dayalı bir sağlık sistemi ile bu sistemin örgütlenmesinde hiçbir şekilde yeri olmayan sosyal sorumluluklar arasında kaldıklarını, diş hekimliğinin ekonomik önceliklere göre belirlenmesinin evrensel ve eşit bir ağız-diş sağlığı hizmetinin önündeki en büyük engel

olduğunu açıklamıştır **(Dharmsi, 2007)**. Görüşülen diş hekimlerinin bir bölümü herhangi bir sosyal kaygı taşımadan sadece yüksek bir yaşam standardı derdinde olan meslektaşlarını eleştirmiş, bir katılımcı diş hekimlerini "elitist profesyoneller" olarak adlandırmış, diğerleri de diş hekimlerini öncelikle tüketicilerin taleplerini karşılayan eşitsizlikler ile ilgili görevlerini yerine getirmeyen pazar yönelimli profesyoneller olmakla suçlamıştır. Diğer taraftan bu çalışma, pazar yönelimli bir sistemde çalışan diş hekimlerinin bu sistemin kurallarına uymak dışında bir seçeneklerinin olmadığını da yansıtmıştır. Diş hekimliğinin ticari karakterini eleştiren katılımcılar ekonomik gerçeklerin kaçınılmazlığını da red edememektedir **(Dharamsi, 2007)**. Bu nedenle piyasa tarafından yönlendirilen bir sistemde çalışmak zorunda kalan diş hekimlerini serbest girişimci rolünü benimsedikleri ve toplumsal sorumluluklarını yerine getirmedikleri için suçlamak tabloyu çok dar bir bakış açısı ile değerlendirmek anlamına gelmektedir. Bütünü görebilmek için ise diş hekimlerinin üzerindeki piyasa baskısının ne ölçüde olduğuna, yani hangi sağlık sistemlerinde çalıştıklarına, reform süreçleri sonucunda bu sistemlerde ve istihdam modellerinde nasıl bir değişim gerçekleştiğine yakından bakmak gerekmektedir.

Bir Reform Alanı Olarak Ağız-Diş Sağlığı

Sağlık sistemi reformları, diş hekimliğini sağlığın diğer alanlarına göre oldukça daha geç dönemlerde etkiler. Çünkü diş hekimliği reformun hedeflediği piyasaya dayalı sistemin temel özelliklerini zaten barındırmaktadır. Ayrıca, bütçe açısından görece küçük bir sektör söz konusudur. Yapılacak değişiklikler ile elde edilecek düzenleyici ve ekonomik kazanç pek büyük değildir. Bir başka neden ise diş hekimliği hizmetlerine zaten toplumun küçük bir kesiminin erişebilmesi, bu kesimin de reformların getirdiği değişikliklerden, örneğin ücretlerin artışından fazla etkilenmemesidir **(Holst, 2002)**.

Reformların diş hekimliği açısından amacı kendi kendini düzenleyen ve yöneten serbest piyasa davranışını daha da güçlendirmektir. Bazı ülkelerde sadece ufak çaplı değişimler olmakla birlikte genel olarak özelleşmeye doğru bir değişim gerçekleşmektedir. En sık gözlenen değişim ağırlıklı olarak kamusal finansmandan ağırlıklı olarak özel finansmana, yani tüketicilerin katkı paylarına ve özel sigortaya geçiştir. Örneğin, Hollanda'da kamusal sağlık sigortasından yetişkinlerin ağız-diş sağlığı hizmetleri çıkartılmış, diş tedavisi için bir güvencesi olmasını isteyenler için tek seçenek kamu veya özel sigorta kurumlarının sunduğu tamamlayıcı diş sigortası haline gelmiştir **(Schäfer, 2010)**. Benzer bir değişim Almanya'da diş protezleri açısından yaşanmıştır **(Busse, 2005)**.

Doğu Avrupa ülkelerinde ağız-diş sağlığı pazarı entegre kamusal modelin terk edilmesinin hemen ardından çok hızlı bir şekilde gelişmiştir. Hizmetlerin neredeyse tamamen özelleştiği bu ülkelerde ağız-diş sağlığının sosyal sigorta kapsamındaki yeri yok denecek kadar azdır, üstelik fiyatlar da çok ciddi bir artış göstermiştir **(Holst, 2002; Widström,2001)**. Doğu Avrupa ülkeleri özellikle de Polonya gibi Batı'ya daha yakın olanları bir yandan kendi vatandaşlarının ağız-diş sağlığını gözden çıkarırken, diğer yandan zincir şirketler aracılığı ile zengin Avrupa ülkelerinin vatandaşlarının ucuz hizmet alabildiği dental alışveriş merkezlerine dönüşmektedir **(Stefanczyk, 2011)**.

Sağlık sistemleri geleneksel olarak bütüncül halk sağlığı hizmetlerine dayalı olan İskandinav ülkelerinde serbest seçim ve sözleşme gibi unsurlar artık sisteme yerleşmiş durumdadır **(Holst, 2002)**. Bu ülkeler arasında Finlandiya kamusal hizmetler vurgusunu korumaya çalışırken, Norveç'te 1997, İsveç'te de 1999 yıllarında girişimci yaratıcılığı ve rekabeti uyarmak amacıyla ücret düzenlemesi kaldırılmıştır **(Holst, 2002; Niiranen, 2008)**. İsveç'te diş hekimliğinin özelleştirmenin en açık gözlendiği hizmet alanı olduğu belirtilmektedir **(Ovretveit, 2003)**. Norveç'te de benzer şekilde sağlık alanında pazar kontrolünün en belirgin gözlendiği hizmetler diş hekimliğine aittir **(Gyretten, 2000)**. Pazar yapısının güçlenmesinin sonucu, hastaların ağız-diş sağlığı için yaptığı harcamaların çok kısa süre içinde artması olmuştur **(Holst, 2002)**. Danimarka'da 1980 ve 2001,

yetişkinlerin diş tedavisi için yapılan harcamanın içinde cepten ödemelerin payı %50'den %80'e çıkmıştır **(Pedersen, 2005).**

Birleşik Krallık'ta 1990'lardan bu yana tedavi ücretlerinde yapılan kesintilerin artması, çeşitli konularda talep edilen standartların giderek ağırlaşması, ödemelerle ilgili gelecek belirsizliği vb nedenler diş hekimlerini Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamındaki hasta listelerini küçültüp, özel hizmet hacimlerini arttırmaya yönlendirmektedir **(Shepherd, 1996; Lynch, 2003).** Özel hizmetlerin ağırlığını arttırmak da bazen yeterli olamamakta çaresiz kalan diş hekimleri muayenehanelerini zincir şirketlere devretmektedir. Göçmen, yeni mezun, sermaye sahibi olmayan diş hekimleri ise zincir şirketlere teslim olmayı daha en baştan kabul etmektedir **(Lynch, 2003).**

Reformların Varacağı Nokta: ABD Örneği

12 yaşındaki ABD vatandaşı Deamonte Driver 2007 yılında apseli dişinden kaynaklanan bakterinin beynini enfekte etmesi sonucu yaşamını kaybetti. Annesi sigortasızdı ve aile Medicaid hakkını yitirmişti. Zaten hakları olsaydı bile kendilerini kabul edecek bir diş hekimi bulmaları çok zordu. Deamonte'nin kardeşi 10 yaşındaki DaShawn da birkaç yıl önce bir diş hekimine gitmiş, ama koltukta fazla kıpırdandığı için diş hekimi tedaviyi yarım bırakmıştı **(Wilson, 2007).**

Deamonte Driver'ın kısa yaşamı, tamamen piyasaya bırakılan sistemin vardığı noktayı yani sağlık reformlarının hangi bedeller ile sonuçlanabileceğini göstermektedir. Diş hekimliği hizmetlerinin neredeyse tamamının özel muayenehanelerde sunulduğu ABD'de diş hekimliği eğitimi de oldukça pahalıdır. Öğrenciler eğitimleri sırasında önemli bir borcun altına girmekte, daha sonra da bu borcu ödeyebilmek için para kazanabilecekleri bölgeleri tercih etmektedir. Diş hekimleri istedikleri yerde muayenehane açabildiği gibi hastalar da istedikleri yerden hizmet alabilmektedir **(Wendling, 2010).** Tabi bu özgürlüğün toplumun %43'ünü oluşturan diş sigortası olmayan bireyler açısından ifade ettiği anlam sorgulanmaya açıktır. Bu oranın sağlık sigortası olmayan toplum yüzdesinin üç katı olması da ağız-diş sağlığının yeri açısından dikkate değer bir bulgudur. Üç ABD'liden biri en temel düzeydeki ağız-diş sağlığı hizmetlerine bile erişememektedir **(Garcia, 2010).**

Özellikle yoksul çocuklara yönelik bir sağlık sigortası olarak tanımlanabilecek Medicaid'i hak eden kişilerin yalnızca üçte biri program kapsamındadır. Medicaid kapsamında olanların da bir bölümü ağız-diş sağlığı gereksinimlerinin farkında değildir **(US Government Accountability Office. 2008).** Medicaid hastalarına hizmet verip vermeme konusunda diş hekimleri özgürdür; yarısından azı bu hastaları kabul etmektedir, kabul edenlerin de bir bölümü sundukları hizmetlerin kapsamını belli uygulamalarla sınırlamıştır **(Davis, 2010).** Çünkü diş hekimleri küçük hastaları, özellikle de düşük gelirli ve tedavi gereksinimi çok yoğun olanları kabul etmek istememektedir. Ayıca pek çok eyalette Medicaid'in dental kapsamı çok sınırlıdır **(US Government Accountability Office. 2008).** ABD'de Medicaid aracılığı ile yararlanılan diş hekimliği hizmetlerinin 1975'den bu yana kamu harcamaları içindeki payı kararlı bir şekilde azalan tek sağlık hizmet alanı olması da bu durumun sonucudur **(Dharamsi, 2002).** Medicare ise 65 yaş üzeri nüfusu ve bazı özürlüleri kapsar. Üyelerinin hemen hepsi ağız-diş sağlığı sorunları artmış ve emeklilikle birlikte özel sigortasını yitirmiş kişilerden oluşmasına rağmen Medicare'in diş hekimliği hizmetleri ile ilgili kapsamı son derece sınırlıdır **(US Government Accountability Office. 2008; Tomar, 2010).**

Ağız-Diş Sağlığı Pazarının Yeni Aktörleri: Zincir Şirketler

Reformlarla birlikte dünyanın neredeyse tüm ülkelerinde ağız-diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda çok dinamik bir dönüşüm süreci yaşanmaktadır. Zaten hiç bir zaman tam yerleşememiş olan toplum tabanlı diş hekimliği yaklaşımı tamamen terk edilirken, kendi muayenehanesinde çalışan küçük girişimci diş hekimleri de artık sahneden yavaş yavaş ayrılmaktadır. Diş hekimleri önce başka diş hekimleri için çalışmaya başlamış ama patron diş hekimlerinin

hakimiyeti çok uzun süreli olmamıştır **(Chambers, 2006; Wendling, 2010)**. Çünkü diş hekimi olmayan girişimciler de bu alanın çekiciliğini kısa sürede fark etmiş, sermayelerini diş hekimi muayenehanelerine yatırmaya başlamıştır. Zincir şeklinde örgütlenen anonim şirket muayenehaneler dünyanın hemen her yerine hızla yayılmaktadır **(Holst, 2002)**.

Anonim şirketlerin büyük bölümü muayenehaneleri içlerindeki tüm malları birlikte satın almaktadır. Yapılan anlaşmalarda hangi yönetsel hizmetlerin sağlanacağı açıkça belirtilmekte, istihdam sözleşmesi imzalayan diş hekimleri artık muayenehanelerinin gelirinin sadece belli bir yüzdesini alabilmektedir. Bazı şirketlerde diş hekimlerinin çalışan konumu daha baskındır; şirket muayenehanenin tüm destek personelini de kendisi istihdam eder, hasta tedavisi dışındaki tüm işleri yönetir, yani hekime genel işleyiş hakkında pek söz hakkı tanımaz **(Holst, 2002)**. Diş hekimi, bayiliğini aldığı şirketin standart operasyon prosedürlerini ve pazarlama stratejilerini uygulamak, mezuniyet sonrası eğitim etkinliklerine katılmak zorundadır, muayenehane donanımı da standarttır **(eHow, 2011b.; Thompson, 2011)**. Şirketler üyelerinin açık fikirli, pozitif ve esnek kişiler olması ile övünmektedir. Bu sıfatlar ile asıl kast edilen ise dış denetimi ve dışarıdan belirlenen kuralları kabul edebilme düzeyidir **(Carter, 2009)**.

Zincir şirketlerin diş hekimlerine verdikleri en önemli vaat muayenehanelerini geliştirmek için yeterli finansman sağlamadır **(Holst, 2002)**. Ayrıca, bayi diş hekimlerinin insan kaynakları, pazarlama, muhasebe gibi pek çok sıkıntılı işte destek alma hatta artık bu işlerle hiç uğraşmama ve giderek agresifleşen rekabet koşullarında iyi bilinen bir markanın güvencesine sahip olma gibi avantajlara sahip olacağı ileri sürülmektedir **(eHow, b.; Thompson, 2011)**. Grup olarak satın alma ve pazarlık gücü de sık vurgulanan gerekçeler arasındadır. ABD'de 14 eyalette 250 muayenehanesi olan Heartland Dental Care'in kurucusu ve sahibi Dr. Rick Workman bu gerekçelerini "biz diş hekimlerinin avukatlığını yapıyoruz. Ürünlerin kalitesini değerlendiren, en iyi ürünün hangisi olduğuna karar veren bir araştırma geliştirme bölümüz var, ardından tüm üyeler için pazarlık yapıyoruz, çünkü geniş bir satın alma hacmimiz var" sözleriyle ifade etmektedir. Beş ayrı eyalette 150 muayenehanesi olan Pasific Dental Services de diş hekimlerinin sadece dental ekipman ve malzeme değil, sigorta şirketleri karşısındaki pazarlık gücünü de arttırdığını savunmaktadır. Şirkete göre bayi diş hekimleri bireysel olarak çalışan diş hekimlerinin razı olmak zorunda kaldıkları ücretlerden çok daha yüksek ücretler alabilmektedir **(Carter, 2009)**.

Diş hekimliğinde piyasa yaklaşımına karşı çıkmayan, ama zincir şirketlere biraz daha temkinli yaklaşanların ise bazı endişeleri vardır. Öncelikle diş hekiminin adı artık yoktur. Hastaların aklında kalan diş hekiminin değil, şirketin adı olacaktır. Bayi diş hekimlerinin işletmelerini büyütme olanağı da yoktur; sadece aynı marka adı altında daha fazla sayıda bayilik alabilirler. Bu açıdan bayilik çok iyi yağlanmış bir makinede bir dişli olmaya benzetilmektedir **(eHow, b, 2011)**. Ayrıca, bir muayenehanenin klinik yanı ile işletme yanını birbirinden ayırmak her zaman mümkün olamamaktadır **(Thompson, 2011)**. Bazı şirketlerin tedavi planları üzerindeki müdahalesi oldukça yoğun hissedilmektedir **(Carter, 2009)**. Bir başka endişe konusu ise anonim şirketlerin tekelci davranışın gelişmesine neden olmaları, bunun da fiyatlarda artışa yol açmasıdır. Son derecede haklı bir endişe ise şirketlerin tamamen yatırımcıların beklentileri doğrultusunda yönetilmesi, hastaların ve diş hekimlerinin gereksinimlerinin yatırımcıların ilgi alanına doğal olarak girmemesidir **(Holst, 2002)**.

ABD ve Avrupa'da gerçekleşen şirket satışları ve evlilikleri pazarın büyüklüğü ve hareketliliği hakkında bir fikir vermektedir. 12 Ağustos 2009 tarihli bir habere göre Redmond Dental Group, ABD'nin Oregon eyaletinde 13 kliniği olan Hayden Family Dental Group'u satın aldı. Hayden Family Dental Group'un ortağı olduğu iki şirketide Advantage Dental satın almıştı **(West Coast Dental ve Oregon Professional PC)**. Böylece zaten 58 000 özel hastası olan Advantage Dental'a kamu sigortası kapsamında olan 60 000 yeni hasta eklendi ve şirket eyaletteki ikinci

büyük hizmet sunucu haline geldi. 1995'de bir diş hekimi tarafında kurulmuş olan Hayden Family Dental Group'da 20'si diş hekimi ve 17'si dental hijyenist olmak üzere yaklaşık 150 kişi çalışıyordu. Advantage Dental'in CEO'su Mike Shirtcliff satışın ardından "İki şirket de çok büyümüştü ve artık bir şekilde bir ortaklık yapmamız gerekiyordu. Birleşme, Advantage Dental'in daha rekabetçi olmasını ve yeni pazarlara açılmasını sağlayacak" şeklindeki sözleriyle açıklama yaptı **(Christie, 2009).**

Birleşik Krallık'ta Integrated Dental Holdings 2010 yılında 200 milyon Sterlin'e satışa çıkartıldı. Hem özel hem de Ulusal Sağlık Hizmeti diş hekimliği hizmetleri sunan şirket 1996'da kendisi de bir diş hekimi olan David Hudaly tarafından kurulmuştu. Şirketin satışa çıkarıldığı günlerde Hudaly şirkette %29 hisseye sahipti **(Dentistry.co.uk, 2009)**. Carlyle Group'un sözcüsü 28 Ocak 2011'de Integrated Dental Holdings'in Bank of America Merill Lynch Capital Partners'a ait olan hisselerini satın almak üzere olduklarını ve şirketi Palamon Capital Partners'e ait olan Associated Dental Practices ile birleştireceklerini açıkladı. Bu karışık satış öyküsünün kahramanları artık ağız-diş sağlığı sektöründe rollerin hangi aktörlere ait olduğunu göstermektedir. Integrated Dental Holdings ve Associated Dental Practices ülkedeki başlıca iki diş hekimi muayenehanesi zinciridir. Integrated Dental Holdings'in iki milyon hastası, 315 muayenehanesi, Associated Dental Practices'in ise 1.5 milyon hastası ve 125 muayenehanesi vardır. Integrated Dental Holdings'i satın alan Carlyle Group Avrupa, Asya, Avustralya, Güney Afrika, Kuzey ve Güney Amerika'da uzay/savunma, otomativ/ulaşım, enerji/güç, telekomunikayon/medya, sağlık bakımı vb pek çok farklı alanda faaliyet gösteren küresel değer yönetimi şirketidir. Associated Dental Practices'in sahibi olan. Palamon Capital Partners ise yatırım yönetimi ve danışmanlık şirketidir. Birleşik Krallığın yanı sıra İtalya, İspanya, Danimarka, Belçika, İsveç, Fransa ve Almanya'da çeşitli yatırımları yönetmektedir. Ortaklığın ardından muayenehane sayılarını daha da arttırmayı, Ulusal Sağlık Hizmetlerinin yanı sıra özel uygulamalarının ve uzmanlık hizmetlerinin hacmini büyütmeyi amaçladıklarını, ayrıca kozmetik diş hekimliği için de yatırım yapacaklarını açıklayan Carlyle Group ve Palamon Capital Partners'in sözcüleri sayesinde sektörün yüzünü ne tarafa çevirdiği de net biçimde tanımlamıştır **(The Carlyle Group, 2011).**

Zincir şirketlerin sadece ABD ve Birleşik Krallık gibi bir kaç ülke ile sınırlı olmadığını görebilmek açısından Çin iyi bir örnektir. Çin'de uygulanmakta olan reform süreci ve sermayenin sağlık pazarına girişi önündeki engelleri kaldıran "açık kapı politikası" ağız-diş sağlığı pazarında tam bir patlama yaşanmasına neden olmuştur. Yakın zamana kadar ağız-diş sağlığı hizmetlerinin sunumu kamu hastaneleri ile sınırlı iken, özel muayenehanelerin sayısı beş yıl içinde dört katından fazla bir artış göstermiştir. Pekin'de her on muayenehaneden birinin zincir şirketlere ait olduğu görülmektedir. Çin'de ağız-diş sağlığı pazarının diğer pazarları aşan bir hızla büyümesi ülkede yakın dönemde zengin, tüketici ve dışa görünüşüne önem veren bir sınıfın oluşmasıyla ilişkilendirilmektedir. Ama bunun yanı sıra, yabancı yatırımcılara ithal dental materyal ve ekipmanlarda vergi ayrıcalıkları tanınması ve yatırımcıların diş hekimliği kliniklerinin genel sağlık kliniklerine göre daha düşük maliyetli ve risksiz olduğunu düşünmesi de çok etkili olmuştur. Diş hekimliği kliniğinin işletme yapısı da genel hastanelerin veya ayaktan bakım kliniklerinin yönetiminden çok daha az karmaşıktır. Bir zincir yapısı içinde daha öncekilere benzer yeni bir dental klinik açmak oldukça kolay olduğu için yatırımcılar operasyonlarının ölçeğini çok kısa zaman içinde genişletme olanağı bulmuştur **(Leung, 2009).**

Sahneye önce Çin kökenli zincir şirketler hakim olmuştur. Ardından bu şirketlerin bazıları uluslararası şirketlerin Çin'deki temsilcileri haline gelmiştir. Özellikle uluslarası sermayeye dayanan zincir şirketler çok ciddi rekabet avantajlarına sahiptir. Bunların en önemlisi reklam olanaklarıdır. Pekin'de diş hekimliği hizmetlerinin reklamı ile ilgili çok sıkı sınırlamalar yoktur. Otobüs duraklarında, bina duvarlarında, otoyollarda ve anayollarda diş kliniklerinin dev reklamlarına sık rastlanmaktadır. Televizyonda reklam yapmak da serbesttir. Müşteri çekmek için insanların kapılarına kadar götürülen hizmetlerden,

okullarda yapılan taramalara kadar değişen mobil diş hekimliği hizmetleri de şirketlerin kullandığı bir başka stratejidir. Tedavilerde indirim sağlayan üyelik kartı uygulamaları, e-pazarlama yani diş hekimleri ile tüketicilerin chat odalarında iletişim kurmalarını sağlamak ve on-line randevu sistemleri vb stratejiler de gösterilebilecek diğer örnekler arasındadır **(Leung, 2009).**

Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Pazarı

Türkiye'de tüm yaş gruplarında ağız-diş sağlığı hastalıkları en sık rastlanan sağlık sorunları arasındadır **(Sağlık Bakanlığı, 2003)**. Beş yaş grubundaki çocukların %7.6'sının ağzında çekim gerektirecek düzeyde diş çürüğü bulunmaktadır. Bu oran yaşla birlikte hızla artmaktadır; 35-44 yaş grubundaki on kişiden birinin ağzında dolgu ile tedavi edilemeyecek düzeyde çürümüş diş vardır. Bu denli büyük tedavi gereksinimine rağmen diş hekimliği hizmetlerinin kullanımı oldukça yetersizdir. 2004 verilerine göre son bir yıl içinde diş hekimine başvuran birey oranı %28 dir. Beş yaşındaki çocukların %82'si diş hekimi ile hiç karşılamamıştır, bu oran 12 ve 15 yaşındaki çocuklar için %41 dir **(Gökalp, 2004).**

Ülkemizde bir yandan karşılanmamış bir ağız-diş sağlığı hizmeti gereksinimi yaşanırken, diğer yandan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın verimlilik adı altında kışkırttığı talep patlaması çok çarpıcı bir biçimde gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı herhangi bir insangücü planlaması yapmadan ve coğrafi bir dağılım gözetmeden sürekli olarak yeni ağız-diş sağlığı merkezleri (ADSM) açmaktadır (Tablo 2). Bakanlık, sayıları her yıl artan yeni mezunlar ve muayenehanesini kapatmak zorunda kalan çok sayıda diş hekimi sayesinde yeni açtığı bu kurumlarda sözleşmeli çalışmaya razı olacak hekim bulmakta zorlanmamaktadır. Bakanlığa bağlı kurumlarda uygulanan performansa dayalı ödeme yöntemi, hizmet hacminde aşırı bir artışa yol açarken, hizmetlerin etkinliği ve gerekliliği ile ilgili ciddi endişeleri de beraberinde getirmiştir. ADSM'lerine başvuru ortalaması 2002 yılında 0.1 iken, 2006 ve 2007'de 0.2'e, bir yıl ardından da 0.3'e çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurumlara ağız-diş sağlığı hizmeti için yapılan toplam başvuru sayısı ise 2002 yılında 4 651 716 iken, 2006'da yaklaşık üç kat artarak 13 595 312'a, 2010'da ise 5 177 013'e çıkmıştır **(Sağlık Bakanlığı, 2010).**

Türk Diş Hekimleri Birliği'nin (TDB) verilerine göre ülkemizdeki 23 170 diş hekiminin %60'ı özel olarak çalışmaktadır **(Türk Diş Hekimleri Birliği, 2010)**. Sağlık Bakanlığı'nda çalışan diş hekimlerinin oranı %30, fakültelerde ve diğer kurumlarda çalışanların oranı ise %10 dur. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010 ise diş hekimi sayısını 21 432 olarak vermektedir (Aradaki fark Silahlı Kuvvetlerde görev yapan diş hekimlerinden kaynaklanmaktadır). Tablo 3'de serbest ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan diş hekimi sayılarının 2006 ve 2010 arasındaki değişimi sunulmuştur. Buna göre Sağlık Bakanlığı'nda çalışan hekim sayısı artmaktadır. Fakat bu artış Sağlık Bakanlığı'ndaki diş hekimlerinin istihdam biçimleriyle birlikte değerlendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı'da çalışan diş hekimlerinin 09. 05.2011 tarihi itibariyle sadece %58'i 657 sayılı Kanunun 4/A maddesi kapsamındayken, on diş hekiminden dördü 4/B maddesi kapsamında yani sözleşmeli olarak çalışmaktaydı. 12 Haziran genel seçimlerinin hemen öncesinde çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname ile sözleşmeli çalışan dişhekimleri de diğer sözleşmeliler gibi kadroya geçirilmiş, fakat bu düzenleme sonrasında kamuya yeniden sözleşmeli personel alınmıştır. Bu nedenle bundan sonra kamuya alınacak diş hekimlerinin nasıl atanacağı görülmeden sözleşmeli istihdamdan vazgeçilmiş olduğunu düşünmek yanıltıcı ve iyimser bir yaklaşım olabilir.

Bir başka dinamik süreç ise özel hastaneler açısından yaşanmaktadır. 2001'de sadece bir özel diş hastanesi varken, bu sayı 2010'da üçe çıkmış, 2002'de 1156 olan özel genel tıp hastanesi sayısı da 2010'da 1499 olmuştur. 2010 yılı itibarıyla üç özel diş hastanesi ve beş ağız diş sağlığı merkezinden oluşan bir dental klinik zincirinde toplam 122 dişhekimi çalışmaktadır (Tablo 3). Muayenahaneler hariç özel sağlık kurum ve kuruluşlarında, yani ağız diş sağlığı polikliniklerininin, merkezlerininin ve

hastanelerinin yanı sıra genel sağlık sorunlarına yönelik kurumlarda kaba bir hesapla 5000'e yakın diş hekiminin çalıştığı tahmin edilebilir. Bu durumda serbest diş hekimlerinin üçte birinin ücretli çalıştığını söyleyebiliriz. Kamuda çalışan 7069 dişhekiminin de ücretli çalışan olduğunu kabul ettiğimizde tüm diş hekimlerinin yaklaşık %45 i ücretli çalışan olmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 Strateji Planına göre nüfusu 250 binin üzerinde olan her ilçede en az 15 ünitli ve diş hekimli ADSM, 100-250 bin nüfuslu her ilçede devlet hastanelerinde veya ilçe merkezlerindeki ADSM'lere bağlı Diş Tedavi ve Protez Merkezi kurulacak, her 7000 kişiye bir diş hekimi düşmesi sağlanacak ve kamuda ve özelde çalışan diş hekimleri sayısı eşitlenecektir. Özelde çalışanların yaklaşık %30'unu oluşturan ücretli çalışan diş hekimlerinin sayısının da önümüzdeki dönemde artacağı düşünülürse 2015'te tüm diş hekimlerinin yaklaşık yarıdan fazlasının kamuda ya da özelde ücretli çalışan konumda olacağı tahmin edilebilir.

Sağlık Bakanlığı'nın strateji planında tüm kamu hastaneleri ve özel sağlık kuruluşları için benzer ruhsatllandırma ve izleme-değerlendirme kriterleri geliştirileceği ve gereksinim olan bölgelerde özel sağlık kuruluşlarının da sağlık hizmeti planlaması çerçevesine alınacağı belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı ADSM'leri özel işletme yaklaşımı ile yönetilmekte ve hizmet vermektedir. Özellikle Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılına kadar idari, mali özerkliğe sahip kamu hastaneleri birliklerini oluşturmak hedefi dikkate alındığında gerek yönetim yapısı gerekse donanım ve personel açısından tüm hazırlıkları tamamlanmış olan ADSM'lerin gelecekte tamamen özelleştirileceklerini tahmin etmek çok zor değildir. Geçmişte bakanlık tarafından istihdam edilmediği için muayenehane açmak yani serbest girişimci olmak zorunda kalmış olan çok sayıda diş hekiminin ise bir yanda zincir hastaneler diğer yanda özelleştirilmiş kamu ADSM ler ile rekabet etme şansı kalmayacaktır.

TDB odalarına kayıtlı diş hekimlerinin son üç yıl içindeki çalışma biçimlerindeki değişiklikler incelemeye değerdir (Tablo 5). Son üç yıl içerisinde muayenehanesini kapatan diş hekimi sayısı muayenehane açan sayısından sırasıyla 25, 40, 50 ve toplamda 115 fazladır. Poliklinikte çalışmaya başlayan 1517 diş hekiminin bir bölümünün muayenehanesini kapattığı düşünülebilir **(Türk Diş Hekimleri Birliği, 2010)**. Poliklinikten ayrılan diş hekimlerinin ise ne yaptıkları konusunda herhangi bir veri bulunmamaktadır. Odadan kaydını sildiren çok sayıdaki diş hekiminin önemli bir bölümünün kamuda çalışmaya başlayan, odaya kayıt zorunluluğu ortadan kalkan dişhekimleri olduğunu varsaymak yanlış olmayacaktır. Muayenehanesini kapatan,

Tablo 2. Ağız-diş sağlığı hizmeti veren Sağlık Bakanlığı kurum ve kuruluşu sayısının 2003-2010 arasındaki değişimi

Yıl	Diş Hastanesi	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	Devlet Hastanesi Diş Tedavi ve Protez Merkezi	Diş Polikliniği	Diş Ünitesi
2003	2	14	101	477	1564
2004	2	20	96	489	1797
2005	2	35	107	581	2608
2006	3	44	106	580	2828
2007	3	94	96	615	3493
2008	2	123	77	622	4294
2009	2	123	85	626	5071
2010	2	121	96	661	5771

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010

Tablo 3. Diş hekimi sayısının ve çalışma şekillerinin 2006-2010 arasındaki değişimi

	Toplam Diş Hekimi Sayısı	Sağlık Bakanlığında Çalışan Diş Hekimleri		Serbest Çalışan ve Diğer Diş Hekimleri	
		N	%	N	%
2006	18 332	3 819	20.8	14 513	79.2
2007	19 278	4 183	21.7	15 095	78.3
2008	19 959	5 082	25.5	14 534	74.5
2009	20 589	5 795	28.1	14 794	71.9
2010	21 432	7 069	33.0	14 363	67.0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010

Tablo 4. Özel diş hastaneleri ve çalışan diş hekimi sayıları

Özel Diş Hastanesi	Dişhekimi Sayısı
Bursa Dentatürk	18
İstanbul Dentistanbul	49
Eskişehir Oldcitydent	12
İstanbul Hospitadent*	43
TOPLAM	122

**Bağcılar, Fatih, Çamlıca, Pendik Özel ADSM ve Güneşli Aksa Tıp Merkezi'nden oluşmaktadır ve diş hastanesi olarak geçmemektedir.*

poliklinikte çalışmayı bırakan ve kamuda da istihdam edilemeyen diş hekimlerinin yaşamlarını nasıl sürdürdükleri ise yanıtlanmamış bir soru olarak durmaktadır.

Diş hekimliği iş güvencesi açısından avantajlı bir meslek olma özelliğini hızla yitirirken, ironik bir şekilde yeni fakülteler açılmaktadır. 2000 yılında 16 olan diş hekimliği fakültesi sayısı 2011'de 38'e çıkmıştır. Eğitim veren fakülte sayısı ise 27 dir. Yeni fakülte açılmadığını, kontenjanlar arttırılmadığını, açılan fakat eğitim vermeyen fakültelerin de mezun vereceğini varsayarsak on yıl sonra her yıl 3000 diş hekiminin meslek hayatına başlayacağı öngörülebilir. Diş hekimlerinin istihdam biçiminde gerçekleşen değişim ile birlikte değerlendirildiğinde bu sayı artışının tek sonucunun diş hekimi emeğinin değersizleştirilmesi olacağını görmek zor değildir. Emeğin değersizleştirilmesine yönelik bir başka süreç Asgari Ücret Tarifesi (AÜT) açısından yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı TDB'nin belirlediği AÜT'ni 2007 yılından bu yana onaylamamış, 2011 yılı için önerilen AÜT'ni ise Sağlık Uygulama Tebliği rakamlarına indirerek geri göndermiştir. Yargıya taşınmış olan bu süreç AKP hükümetinin meslek örgütlerine ve örgütlü mücadeleye karşı yürütülen yıpratma politikalarından TDB'nin de nasibini aldığını göstermektedir.

Sağlık reformlarının başlıca unsurlarından biri olan aşırı uzmanlaşma artık ülkemizde diş hekimliğinin de sorunları arasında yerini almıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 Strateji Planında yer alan tüm diş hekimlerinin %30'unun uzman olması hedefi konulmuştur. Bunun yasal alt yapısı 26 Nisan 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 6225 sayılı Torba Yasa ile hazırlanmıştır. Yasada ağız, diş ve çene cerrahisi, ağız, diş ve çene radyolojisi, çocuk diş hekimliği, endodonti, ortodonti, periodontoloji, protetik diş tedavisi ve restoratif diş tedavisi olmak üzere sekiz ayrı çalışma alanı uzmanlık dalı olarak belirlenmiştir. Bunun yanı sıra Sağlıkta Dönüşüm çerçevesinde sağlık mevzuatında yapılan değişiklikler ile sağlık alanında büyük sermaye sahiplerinin önündeki tüm rekabet engelleri, örneğin tanıtım başlığıyla reklamın önünü açan düzenlemeler, ortadan kaldırılmaktadır.

2001 yılında girişimci bir diş hekimi tarafından kurulan Türkiye'nin ilk özel diş hastanesi Dentistanbul ülkemiz ağız diş sağlığı sektörünün nasıl bir değişim geçirmekte olduğunu daha iyi anlayabilmek adına değerli bir örnektir. Dentistanbul yaşadığı ekonomik sorunlar nedeniyle, 2007 yılında ABD`li bir yatırım ortaklığı olan Global Environment Fund (GEF) tarafından 17 milyon dolara satın alındı. Satın alma işleminin ardından GEF yöneticileri, mevcut ve

kurulmakta olan özel hastanelerdeki diş bölümlerinin işletmesini üstlenerek agresif bir büyüme göstereceklerini, üç yılda 50 milyon dolar harcayıp 15 hastane açmayı hedeflediklerini, büyük otel zincirlerinin dünyanın farklı ülkelerinde uyguladıkları sistemi Türkiye`de sağlık sektöründe izleyeceklerini açıkladı. Ancak umduğunu bulamayan GEF, hastaneyi 2010 sonunda Rhea Girişim Sermayesi Yatırım Ortaklığı'na devretti. Rhea girişim ilk beş ayda bir milyon dolar, 2011 yılında da beş milyon dolar yatırım yapacaklarını, büyüme stratejilerinin iki yönlü olacağını, bir yandan kendi polikliniklerini açıp diğer yandan da halen kurulu ağız ve diş sağlığı polikliniklerıyle ortaklıklar yapmak istediklerini, polikliniklerle hem bilgi birikimini paylaşacaklarını hem de satın alma, işletme yönetimi gibi idari yükleri onların üzerinden alarak, poliklinik sahibi diş hekimlerinin hastalarıyla daha fazla ilgilenmelerine fırsat yaratacaklarını açıkladı. İstanbul'da iki hastane ve bir poliklinik ile faaliyet yürüten şirketin temsilcileri yaptıkları açıklamalarda Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kendilerinden hizmet satın alması gerektiğini savunuyor ve sağlık turizmi alanında da çalışmaları olduğunu haber veriyor **(İnternet Haber, 2010).**

Sonuç

Sağlık hakkı, iyi bir ağız-diş sağlığına sahip olmayı ve nitelikli diş hekimliği hizmetlerine erişebilmeyi de kapsar. Fakat ağız-diş sağlığının genel sağlığın bütüncül bir bileşeni ve bir sağlık hakkı olduğu yeterince anlaşılamamaktadır. Bu nedenle diş hekimliği genel sağlık hizmetlerinden ayrı bir yapıda örgütlenmiş ve bu yapıyı zaman içerisinde şekillendiren başlıca dinamik pazar mekanizmaları olmuştur. Sağlık reformları ağız-diş sağlığındaki pazar mekanizmalarını güçlendirmeyi ama aynı zamanda da düzenlemeyi amaçlamaktadır. Bu düzenlemenin içerisinde toplum tabanlı diş hekimliği yaklaşımına ve her ne kadar toplumsal bir rol üstlenemeseler de en azından hastalarına karşı temel sorumluluklarını kar etmenin önünde tutabilen muayenahene diş hekimlerine yer yoktur. Reformlarda düzenleme ile kast edilen, pazarın tersine hareket eden ve / veya küçük çapta faaliyet gösteren unsurları ortadan kaldırarak ortamı büyük sermayeye hazırlamaktır. Bu çerçevede Türkiye'de de gelecekte iyi talipler bulabilecek ADSM'leri hazırlanmakta, özel klinikler strateji planlarına dahil edilmekte, muayenehane hekimlerine yönelik bir yıldırma politikası izlenmekte, kamuda çalışan diş hekimlerine performans yöntemiyle hizmet sunumunu arttırmanın yaratıcı yolları öğretilmekte, hizmette parçalanmayı ve daha fazla teknoloji kullanımını güvence altına alacak olan uzmanlık dayatılmakta ve son olarak da yeni mezun sayısı arttırılarak bu sistemin ucuz emek gücü hazırlanmaktadır.

Ağız-diş sağlığının genel sağlığın bütüncül bir parçası olduğunun anlaşılamamasına tepki gösteren diş hekimleri konu sağlık çalışanlarının reformlara ve sağlıkta piyasalaşmaya karşı birlikte mücadelesi olduğunda kendilerinin de bu sürecin bütüncül bir parçası olduğunu yeterince algılayamamaktadır. Çok sayıda diş hekimi sorunlarının ve koşullarının farklı olduğunu ileri sürerek kendilerini diğer sağlık çalışanlarından ayrı bir noktaya koyabilmektedir. Geçtiğimiz mart ayında Ankara'da gerçekleşen sağlık emekçileri mitingine meslektaşlarının neden

Tablo 5. 2008-2010 arasında çalışma biçimde değişiklik gerçekleşen diş hekimi sayıları

Çalışma Biçiminde Gerçekleşen Değişim	2008	2009	2010	TOPLAM
Muayenehane açma	805	792	766	2363
Muayenehane kapatma	830	832	816	2478
Özel Poliklinikte Çalışmaya Başlama	463	519	535	1517
Özel Poliklinikte İşten Ayrılma	300	364	318	982
Odadan Kaydını Sildirme	964	959	1058	2981

Kaynak: Türk Diş Hekimleri Birliği, 2010

katıldığını anlayamayan hatta tepki gösteren diş hekimleri bu yaklaşımın en iyi örnekleridir. Diğer yandan toplumun ağız-diş sağlığı hakkını ve diş hekimlerinin emeğini savunmak ancak sağlık hakkını ve tüm sağlık çalışanların emeğini savunan güçlü bir mücadeleden destek alarak ve bu mücadelenin içinde tüm sağlık çalışanları ile birlikte yer alarak mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

Atkinson, M., Bevan, R., Becker, S., Breitz, L. Brennan, P. Crisp, J. ve arkadaşları. (2006). Commercialism in Marketing, British Dental Journal, 200:124-5

Ayhan, H., Suskan. E., Yıldırım, E. (1996). The Effect of Nursing or Rampant Caries on Height, Body Weight and Head Circumference, Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 20: 209-12

Brennan, D.S., Spencer, A.J. (2004). Disability Weights for the Burden of Oral Disease in South Australia, Population Health Metrics, 2:7

Busse, R., Riesberg, A. (2005). Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland", Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europaeischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Christie, T. (2009). Dentistry Practices to Merge: Advantage Dental, a Redmond Group, Acquires Two Companies Affiliated with Hayden Family Dentistry, AllBusiness. Ulaşım Tarihi 22 Nisan 2011, http://www.allbusiness.com/company-activities-management/company-structures-ownership/12644458-1.html

Davis, E.E., Deinard, A.S., Maiga, E.W. (2010). Doctor, My Tooth Hurts: The Costs of Incomplete Dental Care in The Emergency Room, Journal of Public Health Dentistry, 70(3):205-10.

Dharamsi, S., MacEntee, M.I. (2002). Dentistry and Distributive Justice, Social Science and Medicine, 55:323-9.

Dharamsi, S., Pratt, D., MacEntee, M.I. (2007). How Dentists Account for Social Responsibility: Economic Imperatives and Professional Obligations, Journal of Dental Education, 71(129):1583-92.

Dentistry.co.ok. (2009). Dentistry Chain on The Market for £200 million", Ulaşım Tarihi 22 Nisan 2011, http://www.dentistry.co.uk/news/2243-Dentistry-chain-on-the-market-for%C2%A3200-million

Dünya Sağlık Örgütü. (2003). World Oral Health Report. ulaşım Tarihi 1 Ocak 2011, http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf

eHow. (2011a). How to Market Your Dental Practice. Ulaşım Tarihi 22 Nisan 2011, http://www.ehow.com/how_5400226_market-dental-practice.html

eHow. (2011b). The Downside to Working as a Franchised Dentist. Ulaşım Tarihi 22 Nisan 2011, http://www.ehow.com/info_7840786_downside-working-franchised-dentist.html

Edelstein, B.L., Chinn, C.H. (2009). Update on Disparities in Oral Health and Access to Dental Care for America's Children, Academic Pediatrics, 9 (6):415-9

Garcia, R.I., Inge, R.E., Niessen, L., DePaola, D.P. (2010). Envisioning Success: The Future of The Oral Health Care Delivery System in the United States. Journal of Public health Dentistry, 70 (1):58-65.

Geyer, S., Schneller, T., Micheelis, S. (2010). Social Gradients and Cumulative Effects of Income and Education on Dental Health in the Fourth German Oral Health Study, Community Dentistry and Oral Epidemiology, 38 (2):120-8

Gökalp, S., Güçiz Doğan., B., Tekçiçek, M., Berberoğlu, A., Ünlüer, Ş. (2006). Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili. Ankara.

Grignon, M., Hurley, J., Wang, L., Allin, S. (2010). Inequity in a Market-based Health System: Evidence From Canada's Dental Sector, Health Policy, 98(1):81-90

Grytten, J., Sorensen, R. (2000). Competition and Dental Services, Health Economics, 9: 447-61.

Grytten, J., Lund, E., Rongen, G. (2001). Equity in Access to Public Dental Services: The Experience from Norway, Acta Odontologica Scandinavia, 59(6):372-8.

Guay, H.A. (2006). The Differences between Dental and Medical Care, American Dental Association, 137(6):801-6

Holst, D., Sheiham, A., Petersen, P.E. (2001). Oral Health Care Services in Europe: Some Recent Changes and a Public Health Perspective, Journal of Public Health, 9 (2):112-21

Holst, D., Sheiham, A., Petersen, P.E. (2002). Regulating Entrepreneurial Behaviour in Oral Health Care Services", in. R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (ed.by), Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems. Buckingham: Open University Press

Howell, T.H., Ridker, P.M., Ajani U.A., Hennekens, C.H., Christensen W.G. (2001). Peridontal Disease and Risk of Subsequent Cardiovascular Disease in US Male Physicians, Journal of the American College of Cardiology, 37:445-50

İnternet Haber. (2010). Dentistanbul çalışanları ortada kaldı, http://www.internethaber.com/dentistanbul-calisanlari-ortada-kaldi-306151h.htm

Jackson, S. (2008). Dentistry Considered Commodity, Not Just Service, insidenova.com. http://www2.insidenova.com/news/2008/mar/02/dentistry_considered_commodity_not_just_service-ar-455867/.

Lalloo, R. Hobdell, M.H., Mosha, H.J., Mboli, F., Tanda, A. (1999). Dental Caries Status of 5-7 Year old Chlidren in Three Districts in Tanzania, Uganda and Mozambique, Odonto-Stomatologie Tropicale, 87:46-8

Lipscomb, J., Douglass, C.W. (1982). A Political Economic Theory of the Dental Care Market, America Journal of Public Health, 72:665-75

Leung, B.Y.B. (2009). Dentistry in Beijing: An Evolving Market,Hong Kong Dental Journal,6:114-9

Levin, R. (2004). "Is the Dentist an Entrepreneur?", Journal of American Dental Association, 135 (12):1733-4

Lipscomb, J., Douglass, C.W. (1982). A Political Economic Theory of the Dental Care Market, American Journal of Public Health, 72 (7):665-75

Lynch, M., Calnan, M. (2003). The Changing Public/Private Mix in Dentistry in the UK- A Supply-Side Perspective, Health Economics, 12(4):309-24

Marthaler, T.M. (2004). Changes in Dental Caries 1953-2003, Caries Reserach, 38(3):173-81

Mignogna, M.D., Fedele, S. (2006). The Neglected Global Burden of Chronic Oral Diesaes, Journal of Dental Research, 85(5):390-1

Newton, J.T., Bower, T. (2005). The Social Determinants of Oral Health: New Approaches to Conceptualizing and Researching Complex Causal Networks, Community Dentistry and Oral Epidemiology, 33(1):25-34

Nguyen, L., Hakkinen, U. (2006). Choices and Utilization in Dental Care: Public vs. Private Dental Sectors, and The Impact of a Two-channel Financed Health Care System. European Journal of Health Economics, 7(2):99-106

Niiranen, T., Widström, E., Niskanen, T. (2008). Oral Health Care Reform in Finland - Aiming to Reduce Inequity in Care Provision, BMC Oral Health, 8:3

Nomura, M. (2008). Dental Healthcare Reforms in Germany and Japan: A Comparison of Statutory Health Insurance Policy, Japanese Dental Science Review, 44 (2):109-17

Offenbacher, S., Boggess, K.A., Murtha, A.P., Jared, H.L., Lieff, S., McKaig, R.G. ve arkadaşları. (2006). Progressive Periodontal Disease and Risk of Very Preterm Delivery, Obstetrics Gynecology, 107(1):29-36.

Ovretveit, J. (2003). Nordic Privatization and Private Healthcare, International Journal of Health Planning and Management, 18:233-46

Pedersen, K.M., Christiansen, T., Bech, M. (2005). The Danish Health Care System: Evolution - Not Revolution - in a Decentralized System, Health Economics, 14:41-57

Sağlık Bakanlığı. (2003). Türkiye Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması. Hanehalkı Araştırması. Temel Bulgular. Editör. Ünüvar N., Mollahaliloğlu S., Yardım N., Başara B.B.

Sağlık Bakanlığı. (2011). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın no 832 Editör. Mollahaliloğlu, S., Bora Başara B. Eryılmaz, Z.

Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2010/2014. Yayın No. 788.

Sgan-Cohen, H.D, Mann, J. (2007). Health, Oral Health and Poverty. Journal of American Dental Association, 138 (11): 1437-42.

Shepherd, J.P., Thomas D.W. (1996). Privatising the NHS: Dentistry Paves The Way. British Medical Journal, 312: 922-3.

Schnepf, K. (2009). Survival of the Fittest. Dental Products Report, dentalproductsreport.com

The Carlyle Group. (2011). The Carlyle Group in Partnership with Palamon Capital Partners, Is To Acquire Dental Service Provider Integrated Dental Holdings and Merge It With Associated Dental Practices. Ulaşım Tarihi 22 Nisan 2011, http://www.carlyle.com/Media%20Room/News%20Archive/2011/item11860.html

Thopmson, P. (2011).Franchising What's It All About, Ulaşım Tarihi 22 Nisan 2011, http://www.ppdentistry.com/

Tomar, S.L., Cohen, L.K. (2010). Attributes of An Ideal Oral Health Care System, Journal of Public Health Dentistry, 70:6-14.

Quinonez, C. (2007). The Political Economy of Dentistry in Canada, University of Toronto, Dissertation, NR59133, Ulaşım Tarihi 2 Mayıs 2011, http://gradworks.umi.com/NR/59/NR59133.html

Quinonez, C., Figueiredo, R, Azarpazhooh, A. (2010). Public Preferences for Seeking Publicly Financed Dental Care and Professional Preferences for Structuring It. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 28 (2):152-8

Saremi, A., Nelson, R.G., Tulloch-Reid, M., Hanson, R.L., Sievers, M.L., Taylor, G.W. ve arkadaşları. (2005). Periodontal Disease and Mortality in Type 2 Diabetes, Diabetes Care, 28(1):27-32

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W, van Ginneken, E. (2010). The Netherlands: Health System Review, Health Systems in Transition, 12(1):1-229

Slade, G.D. (2001). Epidemiology of Dental Pain and Dental Caries Among Children and Adolescents, Community Dental Health, 18(4):219-27.

Spindel, (2010). "Ask Dr Spindel; How Do Dentists Attract New Patients?", Ulaşım Tarihi 22 Nisan 2011, http://lspindelnycdds.blogspot.com/2010/09/how-do-dentists-attract-new-patients.html

Stefanczyk, M. (2011). "Dentistry Services Market in Poland 2011. PMR MarketInsight. Ulaşım Tarihi 22 Nisan 2011, www.pharmapoland.com.

Tsai, W.C., Kung, P.T., Chang W.C. (2007). Influences of Market Competition on Dental Care Utilization under The Global Budget Payment System. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 35(6):459-64

Türk Diş Hekimleri Birliği. (2010). Diş Hekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/İlçelerde 2010 Yılı Dağılımı. Ulaşım Tarihi 12 mayıs 2011, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapciklari/2010YiliDishDagKitapcigi.pdf

Türkay, O. (2000). Mikroiktisat Teorisi, İmaj Yayıncılık, 9. Baskı, Ankara, 154-5

US Government Accountability Office. (2008). Medicaid: Extent of Dental Disease in Children Has Not Decreased, and Millions Are Estimated To Have Untrated Tooth Decay. Washington, DC: http://www.gao.gov/new.items/d081121.pdf.

Yoneyama, T., Yoshida, M., Ohrui, T., Mukaiyama, H., Okamoto H, Hoshiba K ve arkadaşları. (2002). Oral Care Reduces Pneumonia in Older Patients in Nursing Homes, Sasaki HJ American Geriatrics Society, 50(3):430-3

Wamala, S. Merlo, J., Boström, G. (2006). Inequity in Access to Dental Care Services Explains Current Socioeconomic Disparities in Oral Health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005, Journal of Epidemiology Community Health, 60(12):1027-33

Wang, Z., Janda, S., Rao, C.P. (1996). Dental Services Marketing: Do Market Segments Based on Usage Rate Differ in Terms of Determinant Attributes?, The Journal of Services Marketing, 10 (84):41-55

Wendling, W.R. (2010). Private Sector Approaches to Workforce Enhancement, Journal of Public Health Dentistry, 70(1):24-31

Weston, W. (2004). A Look At The USA Group Dental Market: Trends and Opportunities. Editör. Witt J.P. Musco T. Limra International, USA.

Widström, E., Eaton, K.A., Borutta, A. Dybizbanska, E., Broukal, Z. (2001). Oral Health Care in Transition in Eastern Europe, British Dental Journal, 190, 580-4

Wilson, C. (2007). Dentistry as Commodity, Not Service, Oral Health Journal. Ulaşım Tarihi 22 Nisan 2011, http://www.oralhealthjournal.com/news/dentistry-as-commodity-not-service/1000211265/