

**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Μεταπτυχιακή Εργασία

**Οδοντιατρική περίθαλψη στην Ευρώπη και Αμερική:
Χρηματοδότηση, κάλυψη και παροχή. Συστηματική
ανασκόπηση.**

Χαλκιαδάκη Αθανασία

Τριμελής Επιτροπή: Δρ. Δήμητρα Λατσού (Επιβλέπουσα)

Καθηγήτρια: Μαίρη Γείτονα

Επίκουρη Καθηγήτρια: Αικατερίνη Τόσκα

Ηράκλειο, Ιανουάριος 2022

**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Μεταπτυχιακή Εργασία

**Οδοντιατρική περίθαλψη στην Ευρώπη και Αμερική:
Χρηματοδότηση, κάλυψη και παροχή. Συστηματική
ανασκόπηση.**

**Διατριβή η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση εξ αποστάσεως
μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών Δημόσια Διοίκηση Υπηρεσιών
Υγείας στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις**

Χαλκιαδάκη Αθανασία

Ηράκλειο, Ιανουάριος 2022

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Χαλκιαδάκη Αθανασία, 2021. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η έγκριση της διατριβής από το Πανεπιστημίου Νεάπολις δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή/Φοιτήτριας:ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

Τίτλος Μεταπτυχιακής Διατριβής:

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση εξ αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις και εγκρίθηκε στις [ημερομηνία έγκρισης] από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.

Εξεταστική Επιτροπή:

Πρώτος επιβλέπων (Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος)..... Δρ. Δήμητρα Λατσού

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Καθηγήτρια Μαίρη Γείτονα

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Επίκουρη Καθηγήτρια

Αικατερίνη Τόσκα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η Χαλκιαδάκη Αθανασία, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο « Οδοντιατρική περίθαλψη στην Ευρώπη και Αμερική: Χρηματοδότηση, κάλυψη και παροχή. Συστηματική ανασκόπηση.», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει, έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Ο/Η Δηλών /σα

Πρόλογος

Ο τίτλος αυτού του δοκιμίου επιλέχθηκε μετά από ενδελεχή εξέταση των σχετικών θεμάτων που σχετίζονται με την τρέχουσα έρευνα καθώς και την πραγματικότητα που συναντάμε αυτήν τη στιγμή. Δεδομένου ότι η τρέχουσα κρίση υγείας και η πανδημία αγγίζουν κάθε στοιχείο της ανθρώπινης καθημερινής ζωής και δραστηριοτήτων, είναι επιτακτική ανάγκη να αξιολογηθεί η ικανότητα των συστημάτων υγείας στο να ανταποκρίνονται καθώς και να αντιμετωπίζουν με επιτυχία αυτές τις κρίσεις. Δεδομένου ότι η εργασία μπορεί να καλύψει και να παρουσιάσει πτυχές που ενδιαφέρουν όλους όσους ερευνούν σχετικές πτυχές, γίνεται σύγχρονη και πρόσφορη στη συγγραφή της. Ως αποτέλεσμα, η μεθοδολογία αυτής της μελέτης είναι πολύτιμη για την επιστημονική κοινότητα, καθώς, ως συλλογή πολλών ερευνών και επιστημονικών προοπτικών, δίνει μια ολοκληρωμένη επισκόπηση αυτού του θέματος. Αυτό το θέμα θα επωφελείται πάντα από περισσότερη μελέτη και νέες προοπτικές λόγω του τεράστιου αριθμού ερευνητών ποιότητας του συστήματος υγείας που εργάζονται σε διάφορες χώρες και σε διαφορετικές δομές συστημάτων υγείας. Επιπλέον, ο κύριος στόχος αυτής της εργασίας είναι να αναδείξει βασικούς προβληματισμούς που σχετίζονται με το δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας γιατί θα ενισχύσουν ένα μεγάλο μέρος του ελληνικού κράτους, που αντιμετωπίζει πλέον πολλά εμπόδια με αποδεδειγμένο ιστορικό επιτυχίας. Με κίνητρο την αναζήτηση για τομείς που χρειάζονται βελτίωση και αναβάθμιση, θα παρουσιαστούν οι παρακάτω προκλήσεις καθώς και τα ζητήματα.

Περίληψη

Σκοπός: Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει την οδοντιατρική περίθαλψη, τις παροχές, την χρηματοδότηση και την κάλυψη τόσο σε Ευρωπαϊκό επίπεδο όσο και την κατάσταση που επικρατεί στην Αμερική, μέσω της συστηματικής ανασκόπησης. **Μεθοδολογία:** Για την υλοποίηση της εργασίας και την ανεύρεση των πληροφοριών, έγινε αναζήτηση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων, όπως PubMed. Οι αναζητήσεις στηρίχθηκαν σε όρους με στόχο την ανεύρεση των παροχών της οδοντιατρικής περίθαλψης, στην Ελλάδα, στην Ευρώπη, αλλά και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αφού ελέγχθηκαν όλες οι πηγές, επιλέχθηκαν οι πιο πρόσφατες και οι πιο σχετικές με την παρούσα έρευνα και έγινε η συνθετική τους ανάλυση. Με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, ομαδοποιήθηκαν κάποια συμπεράσματα. **Αποτελέσματα:** Αρχικά, βρέθηκε ότι η οδοντιατρική περίθαλψη συνδέεται άμεσα με την κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Οι άνθρωποι που είναι ασφαλισμένοι και η ασφάλειά τους καλύπτει την οδοντιατρική τους περίθαλψη, τείνουν να επισκέπτονται περισσότερο τον οδοντίατρο απ'ότι οι άνθρωποι που δεν έχουν κάποια ασφάλιση. Επιπλέον, η οδοντιατρική περίθαλψη συνδέεται με την ψυχική υγεία και την ευημερία των ανθρώπων. Και οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες δυσκολεύονται με την επίσκεψη στον οδοντίατρο αλλά και αντίστοιχα, η κακή στοματική υγιεινή μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογία. Επιπλέον, μέσα από την έρευνα διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει ενιαίο σύστημα ασφάλισης σε όλη την Ευρώπη. Σε κάθε χώρα εφαρμόζονται άλλοι κανόνες για την ασφάλεια και την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, με αποτέλεσμα να υπάρχουν χώρες που καλύπτουν ελάχιστα έως καθόλου την οδοντιατρική περίθαλψη των ασθενών. Αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι αποφεύγουν την επίσκεψη στον οδοντίατρο λόγω της κοινωνικής τους κατάστασης, έχει μεγάλες επιπτώσεις στον βαθμό επισκεψιμότητας των οδοντιάτρων. **Συμπεράσματα:** Το σύστημα υγείας πρέπει να συμπεριλάβει την οδοντιατρική περίθαλψη στα πλήρως καλυπτόμενα ιατρικά περιστατικά, αφού η κακή στοματική υγιεινή μπορεί να προκαλέσει άλλες παθήσεις τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο.

Abstract

Purpose: The aim of this paper is to highlight dental care, benefits, funding and coverage both at European level and the current situation in America, through systematic review. **Methodologies:** To carry out the work and find the information, a search was made on scientific databases, such as PubMed. The searches were based on terms aimed at finding the benefits of dental care, in Greece, in Europe, but also in the United States. After checking all the sources, the most recent and relevant ones were selected and their synthetic analysis was performed. Based on the data collected, some conclusions were grouped. **Results:** Initially, it was found that dental care is directly related to social and economic status. People who are insured and their insurance covers their dental care tend to visit the dentist more than people who do not have any insurance. In addition, dental care is linked to mental health and well-being. People who have psychosocial difficulties also find it difficult to visit the dentist, but accordingly, poor oral hygiene can affect the psychology. In addition, the research shows that there is no single insurance system in Europe. In each country, different rules for the safety and provision of primary care are applied, with the result that there are countries that cover little or no dental care for patients. This combined with the fact that many people avoid visiting the dentist due to their social status, has a major impact on the degree of visitation of dentists. **Conclusions:** It is concluded that the health system should include dental care in the fully covered medical cases, since poor oral hygiene can cause other diseases both physically and mentally.

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή.....	9
1. Ιστορική ανασκόπηση των οδοντιατρικών παροχών στην Ελλάδα.....	12
1.1. Η ανεπαρκής αντιστοιχία οδοντιάτρων και ασθενών	14
1.2. Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ	15
1.3. Έκθεση του ΟΟΣΑ.....	18
2. Παροχές οδοντιατρικής κάλυψης στην Αμερική Error! Bookmark not defined.	
2.1. Το μοντέλο Andersen.....	21
2.2. Οι οδοντιατρικές παροχές στις Ηνωμένες πολιτείες.....	21
3. Οι οδοντιατρικές παροχές στην Ευρώπη	30
3.1. Παρουσίαση μελέτης για την οδοντιατρική περίθαλψη στην Ευρώπη	33
3.2. Ανάδειξη ανισοτήτων μέσα από τις παροχές (ή μη) οδοντιατρικής περίθαλψης	40
3.3. Αιτίες αποφυγής της οδοντιατρικής περίθαλψης.....	46
3.5. Η πρόληψη ως βασικός παράγοντας της περίθαλψης.....	47
4. Σκοπός και Μεθοδολογία Έρευνας.....	49
4.1. Σκοπός της έρευνας.....	49
4.2. Μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης της έρευνας.....	49
4.3. Σχεδιασμός της έρευνας.	51
4.4. Τελική επιλογή πηγών για μελέτη.....	52
4.5. Αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης της έρευνας.....	54
5. Συμπεράσματα – Σύνθεση Αποτελεσμάτων	684
6. Προτάσεις.....	697
Βιβλιογραφία (Ξενόγλωσση)	708
Βιβλιογραφία (Ελληνόγλωσση).....	754

Εισαγωγή

Η διατήρηση της καλής στοματικής υγείας περιλαμβάνει τα πάντα, από το βούρτσισμα των δοντιών και το νήμα μέχρι τον καθαρισμό της πλάκας ή τη διατήρηση ενός περιβάλλοντος που δεν ενθαρρύνει την ανάπτυξη στοματικών παθήσεων. Στη σημερινή επιστημονική προσέγγιση, η στοματική υγεία ορίζεται ως η έλλειψη χρόνιας στοματοπροσωπικής ενόχλησης οποιασδήποτε πηγής (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Η οικονομική κρίση έχει άμεσο και έμμεσο αντίκτυπο στα τρία πιο κρίσιμα στοιχεία για τη διατήρηση της στοματικής υγείας: στοματική υγιεινή, καλή διατροφή και συχνές οδοντιατρικές εξετάσεις. Τα άτομα και η κοινωνία στο σύνολό της, οι θεσμοί και όλες οι πτυχές της ανθρώπινης ζωής, όπως η οικογενειακή ζωή, η εργασία και η εκπαίδευση, υφίστανται ταχεία αλλαγή ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης (Φωτόπουλος, 2013). Τα άτομα και η κοινωνία στο σύνολό της, οι θεσμοί και όλες οι πτυχές της ανθρώπινης ζωής, όπως η οικογενειακή ζωή, η εργασία και η εκπαίδευση, υφίστανται ταχείες αλλαγές ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης¹. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στον αντίκτυπο της οικονομικής ύφεσης στις χώρες, όπου τα κράτη με μέση ή χαμηλή ανάπτυξη, δέχονται μεγαλύτερη επιρροή από τα ανεπτυγμένα. Οι ανισότητες, η περιβαλλοντική υποβάθμιση και οι ανισοτιμίες στην κοινωνική ασφάλεια καθώς και τις ιατρικές συνθήκες αυξάνονται στα ανεπτυγμένα κράτη (Marmot, 2009). Με τη συνεχιζόμενη οικονομική κρίση και το τεράστιο εθνικό χρέος, η ελληνική οικονομία έχει μειωθεί σημαντικά. Αυτές οι αλλαγές είχαν αρνητικό αντίκτυπο στον προϋπολογισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και στην ικανότητά του να λειτουργεί ομαλά και αποτελεσματικά, καθώς βασίζεται σε προγράμματα κοινωνικής ασφάλειας και άμυνας (Mishkin, 1991). Έχει σημειωθεί αύξηση των ακάλυπτων απαιτήσεων στον τομέα της στοματικής υγείας, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων και των ηλικιωμένων, με την μείωση των επισκέψεων στον οδοντίατρο (Hellenic Dental Association, 2014). Κατά τα έτη 2009 έως 2012, οι δαπάνες για την υγεία από τα νοικοκυριά της Ελλάδας μειώθηκαν κατά 9% ετησίως. Λόγο αυτού, το ποσοστό των Ελλήνων που δεν επισκέφτηκαν καν οδοντιατρείο το 2013, αυξήθηκε κατά >8%, συγκριτικά με το 5,1% που αποτελεί τον μέσο όρο της Ευρώπης. Το ποσοστό των ανθρώπων άνω των 16 ετών που έχουν

ελλείψεις στην περίθαλψη από οδοντίατρο είναι 10,6 τοις εκατό, σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο 7,9 τοις εκατό. Τα στοιχεία της έρευνας του 2011 δείχνουν ότι η χρήση ιδιωτικών οδοντιατρικών και χειρουργικών επεμβάσεων σε νοσοκομειακές μονάδες για την Ελλάδα μειώθηκε κατά 18 έως 25 τοις εκατό ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης της χώρας (Κυριόπουλος, 2011).

Παρόλο που το ποσοστό των οδοντιάτρων είναι μεγάλο, οι περιορισμένοι πόροι έχουν παρεμποδίσει την οδοντιατρική περίθαλψη ως μέρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν περισσότεροι οδοντίατροι στην Ελλάδα από οποιαδήποτε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (123/100.000) και η Ελλάδα δαπανά το 1,1 τοις εκατό του ΑΕΠ για τη στοματική υγεία, που είναι περισσότερο από τον μέσο όρο της Ευρώπης (65/100.000) (Eurostat). Παρόλο που υπάρχει τεράστιος αριθμός οδοντιάτρων, η κοινωνία δεν φαίνεται να επηρεάζεται θετικά και δεν επισκέπτεται τον οδοντίατρο τόσο συχνά όσο θα έπρεπε. Οι επισκέψεις οδοντιάτρων που καταγράφονται είναι από τις χαμηλότερες σε ποσοστά σε όλη την Ευρώπη, ενώ η στοματική υγεία της χώρας και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη βρίσκονται σε σοβαρό κίνδυνο (Koletsi-Kounari και συν. 2011). Πάνω από ένα εκατομμύριο «προσαρμοσμένα χρόνια ζωής» χάνονται μεταξύ των 800 εκατομμυρίων ατόμων που ζουν σε εμπορεύσιμες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ευρώπης, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), που οφείλονται στην ανύπαρκτη ικανότητα εργασίας που αποδίδεται σε θέματα στοματική υγείας (WHO, 2003). Οι δυσλειτουργίες περιλαμβάνουν πόνο, δυσφορία, δυσκολία στην διάρκεια του φαγητού, στο μάσημα, την επικοινωνία και εμφάνιση. Τα άτομα που έχουν κακή στοματική υγεία είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από κοινωνικά και ψυχολογικά θέματα.

Αρχικά, γίνεται μία εισαγωγή στο θέμα με μία πολύ σύντομη αναφορά στην αξία της στοματικής και οδοντιατρικής υγιεινής και της επικρατούσας κατάστασης σε σχέση με την πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη. Παράλληλα, γίνεται μία ιστορική αναδρομή που αφορά τον κλάδο της οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και επίσης αναλύονται κάποια στατιστικά στοιχεία σχετικά με τους οδοντιάτρους και την ασφάλιση. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ενδελεχής ανασκόπηση και σύγκριση των οδοντιατρικών παροχών στην Αμερική. Στην συνέχεια, γίνεται μία παρουσίαση των οδοντιατρικών παροχών στην Ευρώπη, αναδεικνύονται και αναλύονται κάποιοι παράγοντες που ωθούν στην αποχή από την οδοντιατρική κάλυψη και αναφέρονται τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν τις ανισότητες όσον

αφορά την λήψη οδοντιατρικής φροντίδας. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση της ερευνητικής μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε για την διεκπεραίωση της εργασίας. Στο πέμπτο και έκτο κεφάλαιο γίνεται η διεξαγωγή των συμπερασμάτων και παρουσιάζονται κάποιες προτάσεις βελτίωσης του οδοντιατρικού συστήματος στη χώρα όσον αφορά τις δημόσιες παροχές.

1. Ιστορική ανασκόπηση των οδοντιατρικών παροχών στην Ελλάδα

Σύμφωνα με το ελληνικό Σύνταγμα η υγεία είναι κατοχυρωμένη ως αγαθό και πολιτικό δικαίωμα². Η υγεία ως δικαίωμα στην Ελλάδα διέπεται από δύο κεντρικές ιδέες. Πρωτίστως, το δικαίωμα ανάλογα με την ιθαγένεια σχετικά με τις παροχές εξωτερικών ιατρείων οι οποίες προσφέρονται από το Ε.Σ.Υ. Έπειτα, το δικαίωμα σε υπηρεσίες που υποστηρίζονται ή παρέχονται από τα ταμεία ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένων των ιατρείων που υπάγονται σε ασφαλιστικά ταμεία, την φροντίδα που παρέχουν τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και σε ιδιωτικές παροχές που συνεργάζονται με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση και τις ασφαλιστικές τους εισφορές. Για αυτούς που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, διασφαλίζεται επίσης το δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις του Ε.Σ.Υ. (Economou & Giorno, 2009). Στον δημόσιο τομέα, είναι εμφανείς ο συνδυασμός στοιχείων τόσο από το μοντέλο Beveridge όσο και από το Bismarck. Το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα, πριν από την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, είχε βασιστεί στο μοντέλο Bismarck με την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για τους πολίτες. Σημαντικό ρόλο όσον αφορά την χρηματοδότηση και την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να διαδραματίζουν τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία ακολουθούν δύο προσεγγίσεις.

Αρχικά, περιλαμβάνονται τα ταμεία τα οποία στεγάζονται στις δικές τους ιατρικές δομές και καλύπτουν ολόκληρο το εύρος πιθανών αναγκών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ασφαλισμένου πληθυσμού. Οι γιατροί και γενικότερα οι επαγγελματίες της υγείας πληρώνονται με μισθό βάση αυτής της προσέγγισης. Στην δεύτερη προσέγγιση τα ταμεία δεν διαθέτουν τις δικές τους ιατρικές εγκαταστάσεις αλλά συνάπτουν συμβάσεις με γιατρούς, οι οποίοι πληρώνονται με προκαθορισμένη μορφή αμοιβής για την κάθε υπηρεσία αναδρομικά. Τα Υπουργεία Οικονομικών, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, πρέπει όλα να έχουν εγκρίνει την το ύψος αυτής της αποζημίωσης. Παρόλο που ένα σημαντικό τμήμα της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας της χώρας αποτελείται από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες, αυτές δεν γνωρίζουν την ανάπτυξη στον τομέα του

επιστημονικού προβληματισμού λόγω της ελλειπούς χρηματοδότησης του κλάδου στην Ελλάδα. Επομένως, θέτονται ως πολύ σοβαρά θέματα προς προβληματισμό η κάλυψη των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας από την κοινωνική ασφάλιση, όπως επίσης και η διασφάλιση της αποδοτικότητας των οικονομικών πόρων, της κοινωνικής ισότητας αλλά και της αποτελεσματικότητας των οδοντιατρικών υπηρεσιών (Dolgeras & Kygiopoulos, 2004). Η οδοντιατρική περίθαλψη του πληθυσμού της Ελλάδας εξασφαλίζεται από τρεις βασικές δομές, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τον ιδιωτικό τομέα και τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Έτσι, παρουσιάζεται η ίδια δομική δυσλειτουργία όπως συμβαίνει και στο υπόλοιπο σύστημα υγείας της χώρας, αστάθεια δηλαδή και ασυνέπεια συντονισμού λόγω αποδόμησης του συστήματος (Koletsi-Kounari et al., 2011). Μεγάλο τμήμα του πληθυσμού δεν καλύπτεται για οδοντιατρικές υπηρεσίες, αφού το ασφαλιστικό σύστημα διευρύνει τις ανισότητες.

Μια από αυτές τις ανισότητες εντοπίζεται στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών με τον οποίο δεν καλύπτεται η πληθυσμιακή ομάδα άνω των δεκαέξι ετών. Παράλληλα, για τους ασφαλισμένους του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων δεν παρέχεται δωρεάν οδοντιατρική κάλυψη σε καμία περίπτωση. Αυτές οι ανισότητες αντισταθμίζονται σε έναν βαθμό από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ μέσω των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Στον αγροτικό, κυρίως, πληθυσμό έως 18 ετών παρέχεται οδοντιατρική περίθαλψη από τα κέντρα υγείας, ενώ οι άνω των δεκαοχτώ που βρίσκονται υπό την ασφαλιστική κάλυψη του ΟΓΑ προσφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Τα επείγοντα περιστατικά καθώς και τα άτομα που αντιμετωπίζουν άλλες ασθένειες και χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας αναλαμβάνονται από τα δημόσια νοσοκομεία. Όπως γίνεται αντιληπτό, το παρόν σύστημα παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης δεν είναι επαρκές και διευρυμένο και πρέπει να σημειωθεί η ανάγκη λήψης στοχευμένων αποφάσεων ώστε να καλυφθούν τα κενά και να υπάρξει επάρκεια παροχών για τις ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες (Dimitriadis & Stevens, 2008). Οι αριθμοί και μόνο μπορούν να αποδείξουν την ανεπάρκεια του ΕΣΥ ως προς τις οδοντιατρικές παροχές αφού το 2009 μόνο 600 οδοντίατροι από τους 14.774 απασχολούνταν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, και πιο συγκεκριμένα στα ειδικά οδοντιατρεία που διατίθενται, και σε συμβεβλημένους οδοντιάτρους οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, προσφέρεται η οδοντιατρική κάλυψη. Εκτός από ακίνητη προσθετική, παρέχεται μια πληθώρα οδοντιατρικών υπηρεσιών, ανάμεσα τους και οι ορθοδοντικές υπηρεσίες σε παιδιά έως δεκατεσσάρων ετών.

1.1. Η ανεπαρκής αντιστοιχία οδοντιάτρων και ασθενών

Παρά το μεγάλο εύρος υπηρεσιών που προσφέρονται, εκφράζονται ανησυχίες σχετικά με την ποιότητά τους, καθώς ο αριθμός των οδοντιάτρων δεν είναι επαρκής, και ο τεχνολογικός εξοπλισμός όπως και οι κτιριακές εγκαταστάσεις είναι ελλιπείς (Lazaris & Koletsi-Kounari, 1996). Την ανεπάρκεια αυτή του δημόσιου τομέα ως προς την οδοντιατρική περίθαλψη έρχεται να αναπληρώσει ο ιδιωτικός και η άμεση χρηματοδότηση από τους ασθενείς. Σύμφωνα με την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (2008) περίπου το 2% του οικογενειακού προϋπολογισμού καταλαμβάνεται από τις οδοντιατρικές δαπάνες. Αυτό το ποσοστό αντιστοιχεί στο 29,8% του συνόλου δαπανών για την υγεία (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2010). Επομένως, τα αποτελέσματα ερευνών που συσχετίζουν τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες με την χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, δεν προκαλούν έκπληξη: ο πληθυσμός με υψηλότερο εισόδημα είναι πιο πιθανό να επισκεφθεί συχνά τον οδοντίατρο και να χρησιμοποιήσει τις οδοντιατρικές υπηρεσίες (Daniilidou et al., 2004).

Με μια δημοσκόπηση του Ευρωβαρόμετρου (2007) επιβεβαιώνονται τα σοβαρά προβλήματα που επικρατούν στην οδοντιατρική περίθαλψη της Ελλάδας. Από τα αποτελέσματα αυτής της δημοσκόπησης γίνεται φανερό ότι οι Έλληνες είναι ανάμεσα στους λιγότερο διατεθειμένους να αξιολογήσουν θετικά τις παροχές οδοντιατρικών υπηρεσιών που τους είναι διαθέσιμες. Παρά τις παραπάνω ανησυχητικές ενδείξεις, ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ δεν έχει λάβει μέτρα ώστε να αντιμετωπιστούν οι σχετικές ελλείψεις. Επιπρόσθετα, τα μέτρα λιτότητας που επέφερε η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων στην Ελλάδα στάθηκαν ως ένα ακόμη εμπόδιο στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Karanikolos et al., 2013). Το επακόλουθο πλήγμα στις παρεχόμενες υπηρεσίες εκφράστηκε με περικοπές στην ποιότητά τους. Παραδείγματος χάριν, ένα από τα πρώτα πράγματα που περιόρισε ο ΕΟΠΥΥ ήταν η πρόσβαση σε μια πληθώρα υπηρεσιών, ανάμεσά τους και η οδοντιατρική περίθαλψη (Niakas, 2013). Αυτό που θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς είναι πόσο πραγματικά επηρεάστηκε η ζήτηση οδοντιατρικών υπηρεσιών και η εξυπηρέτηση των ασθενών στις δημόσιες δομές μετά από την κοινωνικοοικονομική κρίση. Ο υπολογισμός του ποσοστού εξυπηρέτησης των ασθενών μπορεί βέβαια να αποτελέσει έναν τρόπο αξιολόγησης καθώς συνιστά έναν από τους βασικούς δείκτες

που καθορίζουν την ποιότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Άλλωστε, τέτοιες σχετικές μετρήσεις ποιότητας υπηρεσιών περίθαλψης χρησιμοποιούνται σε παγκόσμιο επίπεδο για την καταγραφή στατιστικών και λειτουργικών ερευνών. Η θεωρία ότι η εξυπηρέτηση και η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα διεθνώς αποδεκτό μέτρο ώστε να ορίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επιβεβαιώνεται από αντίστοιχες έρευνες (Zgierska et al., 2014). Η Ελλάδα διαθέτει το πιο ιδιωτικοποιημένο σύστημα οδοντιατρικής φροντίδας μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Souliotis et al., 2016)., καθώς διαπιστώθηκε ότι οι ιδιωτικές ιατρικές δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών ιατρικών εξόδων της μέσης οικίας. Το 2010, η οδοντιατρική θεραπεία στην Ελλάδα αντιστοιχούσε σε λιγότερο από 1% του ΑΕΠ (Riley et al., 2012), με τη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων να είναι ιδιωτικές. Παρατηρήθηκε, μεταξύ 1989 και 2000, ότι αυξήθηκαν όχι μόνο οι συνολικές οδοντιατρικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ, αλλά και οι ιδιωτικές οδοντιατρικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ, φτάνοντας σε ποσοστό 96% το 2004 (Kravitz & Treasure, 2008). Ταυτόχρονα, αυτό το γεγονός επιβεβαιώνεται από το ότι η οδοντιατρική θεραπεία αντιπροσωπεύει το ένα τρίτο των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, με το 96% των οδοντιάτρων να είναι ιδιωτικοί. Ο κρατικός προϋπολογισμός και οι ασφαλιστικές εισφορές χρηματοδοτούσαν παράλληλα τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα μέσω κρατικών πόρων και ιδιωτικών πληρωμών, πριν την εποχή της οικονομικής κρίσης στο εθνικό σύστημα υγείας.

1.2. Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ

Τα δημόσια νοσοκομεία αποτέλεσαν την βάση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που καθιερώθηκε το 1983, για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ανά διαστήματα υπήρξαν νομοθετικές μεταρρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των νοσοκομειακών δομών, αλλά οι περισσότερες από αυτές δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ή δεν εφαρμόστηκαν πλήρως. Το κράτος, με την λειτουργία του ΕΣΥ, αναδείχθηκε ως βασικός πάροχος ιατρικής περίθαλψης και ο ιδιωτικός τομέας παραγκωνίστηκε. Παρόλα αυτά η παροχή υπερκοστολογημένων υπηρεσιών στα νοσοκομεία αλλά και ο όγκος των συνταγογραφήσεων οδήγησαν σε συνεχή αύξηση των δαπανών του κράτους για την υγεία με αποτέλεσμα να επιβαρυνθούν τα ασφαλιστικά ταμεία. Δημιουργήθηκαν πολλά ελλείμματα λόγω του κόστους παρεχόμενων υπηρεσιών και

της ασυνέχειάς του με την κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Οι ασφαλιστικοί φορείς, πριν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, είχαν αναλάβει την πρωτοβάθμια περίθαλψη κάτι που αποτελούσε μια από τις σημαντικότερες νομοθετικές αλλαγές που εφαρμόστηκαν κατά την εποχή της οικονομικής κρίσης (Damaskinos & Economidou, 2012). Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ξεκίνησε την 1η Ιανουαρίου του 2012. Τα εννέα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία συνενώθηκαν σε αυτόν τον φορέα με σκοπό να προσφερθούν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό.

Ένα από τα μέτρα για την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών ήταν η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης την 1η Ιουνίου του 2012. Με αυτόν τον τρόπο ο ΕΟΠΥΥ είναι ταυτόχρονα και αγοραστής και πάροχος υπηρεσιών περίθαλψης, καθώς έχει τους γιατρούς του, αλλά υπάρχει συνεργασία και με εξωτερικούς γιατρούς οι οποίοι αμείβονται επίσης από τον ΕΟΠΥΥ (Πολύζος, 2013). Η Τρόικα ωστόσο δεν ικανοποιήθηκε από τον νέο αυτό θεσμό, αφού η βιωσιμότητά του αμφισβητήθηκε και ο ΕΟΠΥΥ άλλαξε φυσιογνωμία. Δηλαδή, ο ΕΟΠΥΥ παρέμεινε αγοραστής υπηρεσιών περίθαλψης, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα, με στόχο την συγκέντρωση των διαθέσιμων πόρων και την αποτελεσματικότερη διαχείριση των εξόδων. Πιο συγκεκριμένα, θεσμοθετήθηκε το clawback, μια μηνιαία δαπάνη για τις ιδιωτικές παροχές υγείας, σύμφωνα με το οποίο οι ιδιώτες πάροχοι περίθαλψης οφείλουν να επιστρέφουν στον ΕΟΠΥΥ το ποσό που υπερβαίνει την καθορισμένη δαπάνη. Ακόμη, θεσμοθετήθηκε το rebate, κάτι που υποχρέωνε του ιδιώτες παρόχους υγείας και τους φαρμακοποιούς να εφαρμόζουν έκπτωση στα τιμολόγια των υπηρεσιών τους και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Σε αυτές τις ρυθμίσεις προστέθηκε και το health voucher, το εισιτήριο ελεύθερης πρόσβασης, το οποίο χρηματοδοτεί το ΕΣΠΑ, με το οποίο ο ανασφάλιστος πληθυσμός με ετήσιο εισόδημα χαμηλότερο από δεκαπέντε χιλιάδες ευρώ έχει πρόσβαση στις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τέλος, τον Αύγουστο του 2016, παρά το ότι η απόφαση είχε ήδη ληφθεί από το 2013, θεσμοθετήθηκε η πλήρης κάλυψη υγείας για όλους τους πολίτες της Ελλάδας. Για να διευκολυνθεί η ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, συστάθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας το 2014. Μέσω αυτού του φορέα γίνεται προσπάθεια ενίσχυσης του οικογενειακού γιατρού και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Συγχρόνως, πραγματοποιούνται αλλαγές στην εφαρμογή διατάξεων ώστε να είναι ευκολότερη η πρόσβαση σε ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο αλλά και σε ηλεκτρονική κάρτα υγείας.

Συνολικά, εντοπίζονται δύο μεταρρυθμιστικές περιόδους που σχετίζονται με την ΠΦΥ στην Ελλάδα, στον καιρό της οικονομικής κρίσης. Η πρώτη επεκτείνεται στα χρόνια 2009 έως 2011, οπότε ιδρύθηκε και ο ΕΟΠΥΥ. Τότε, οι Δήμοι και οι Περιφέρειες της χώρας ανέλαβαν την ευθύνη για την πρωτοβάθμια φροντίδα, κάτι που συνέβη για πρώτη φορά. Έπειτα, η νέα περίοδος αρχίζει από το 2012 και συνεχίζεται έως και σήμερα. Όταν συστάθηκε το ΠΕΔΥ, καθιερώθηκε η καθημερινή εικοσιτετράωρη λειτουργία κέντρων παροχής ΠΦΥ, με σκοπό την αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων των πολιτών σε νοσοκομειακές υπηρεσίες σε ώρες εκτός του προγραμματισμένου ωραρίου. Το 2017, ιδρύονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας στις οποίες περιλαμβάνεται και ο οικογενειακός γιατρός. Στις μονάδες αυτές οι πολίτες θα έρχονται σε μια πρώτη επαφή με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και στην συνέχεια και προωθούνται ανάλογα με τις ανάγκες τους στο αρμόδιο τμήμα παροχής ΠΦΥ (Μαλαβάζος, 2011). Σε συνέντευξη τύπου που πραγματοποιήθηκε κατά την Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας το 2018, οι ΤΟΜΥ δεν διέθεταν επαρκή αριθμό οδοντιάτρων για όλο τον ασφαλισμένο πληθυσμό (700 οδοντίατροι, εκ των οποίων περίπου οι 600 σε ηλικία συνταξιοδότησης, για 10 εκατομμύρια ασφαλισμένους πολίτες). Παράλληλα με αυτό το σύστημα δεν προβλέπονταν νέες συμβάσεις με οδοντιάτρους. Σύμφωνα με την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, οι Έλληνες αδυνατούν να έχουν πρόσβαση στο σύστημα παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών λόγω του κόστους των ιδιωτικών δαπανών. Από το 1993 οι οδοντίατροι είχαν αποκοπεί από συμβάσεις με το δημόσιο σύστημα υγείας. Από έρευνα της Ομοσπονδίας προκύπτει πως με χρηματοδότηση ύψους εξήντα εκατομμυρίων ευρώ και συμμετοχή του ασφαλισμένου 15% θα διαμορφωνόταν ένα βασικό πακέτο παροχών και θα δινόταν έμφαση στην πρόληψη.

Ο μεγάλος και συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ασθενών που προστρέχουν στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών για περίθαλψη αποδεικνύει τα κενά του συστήματος υγείας. Το 2017 και μόνο δέχτηκε σχεδόν 14.000 ασθενείς. Οι διδάσκαλοι σε συνεργασία με τους φοιτητές παρέχουν όλο το εύρος των οδοντιατρικών υπηρεσιών έναντι ενός συμβολικού αντιτίμου που καλύπτει τα έξοδα των υλικών και της διοικητικής υποστήριξης. Είναι αξιοσημείωτο πως τα έσοδα της Οδοντιατρικής Σχολής έφτασαν κοντά στα ενάμιση εκατομμύρια ευρώ το 2016 και το 2017. Το 70% αυτών των εσόδων προέρχεται από ένα μικρό ποσό που πληρώνουν οι ασθενείς για την φροντίδα τους και όλα τα υπόλοιπα είναι χρήματα από πόρους ερευνητικών

προγραμμάτων. Το 16% των εσόδων παρακρατείται από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

1.3. Έκθεση του ΟΟΣΑ

Συνολικά, σε όλη την Ελλάδα, μονάχα το 61% από τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης πηγάει από πηγές του δημοσίου, καθώς το 35 % παίρνει της χρηματοδοτήσεις κατευθείαν από νοικοκυριά (το τέταρτο κατά σειρά πιο μεγάλο ποσοστό στην ΕΕ). Το εν λόγω ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ του 28% για το έτος 2010, που αποτέλεσε το πιο χαμηλό σημείο, μέχρι και το 37% που αξιολογήθηκε για το έτος 2014, το οποίο υπήρξε το μέγιστο σημείο. Τα μεγάλα επίπεδα επιμερισμού που έχει το κόστος πηγάει κατά πολύ από προκλητικές ζητήσεις (οι οποίες υποκινούνται από την προσφορά) και κυρίως πρέπει να οφείλονται στις συμμετοχές που έχουν οι ασφαλισμένοι για τα φάρμακα και πιο άμεσες πληρωμές υπηρεσιών που δεν συγκαταλέγονται στην δέσμη με τις παροχές, επισκέψεις σε ειδικευμένους ιατρούς, περίθαλψη από νοσηλευτές αλλά και οδοντιάτρους. Επίσης, οι άτυπες πληρωμές οι οποίες εκπροσωπούν το μεγαλύτερο από εν τέταρτο από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, πράγμα που γεννά πολλές σημαντικές ανησυχίες σχετικά με τα εμπόδια στην πρόσβαση υπηρεσιών περίθαλψης υγείας και την ισότητα (WHO, Regional Office for Europe, 2018). Προαιρετικές ασφαλίσεις για την υγεία διαδραματίζουν μονάχα ήσσονος σπουδαιότητας ρόλο και αντιστοιχούν στο 4% από τις συνολικές δαπάνες για την υγεία για το έτος 2017.

Η φροντίδα πρώτου βαθμού επεκτάθηκε με ταχύτατους ρυθμούς, ωστόσο με την πρόοδο μπορεί να υπάρξει καθυστέρηση λόγω της έλλειψης πιο γενικών ιατρών. Για το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας το οποίο έχει εστιάσει κατά πολύ σε πιο ειδικευμένους ιατρούς, με την ανάπτυξη της φροντίδας πρώτου βαθμού έχει ανακηρυχθεί σε προαπαίτηση για να είναι πιο καλή πρόσβαση και αποδοτικότητα και στο κύριο επίκεντρο των αλλαγών, στον κλάδο της παροχής υπηρεσιών που έχουν σχέση. Από το τέλος του 2017 εξελίχθηκε σταδιακά σε ένα πλήρες σύστημα με φροντίδα πρώτου βαθμού, αλλά και μηχανισμός υποχρεωτικών παραπομπών για ειδικευμένους ιατρούς μέσα από τον γενικό ιατρό (gatekeeping), με την καθίδρυση πιο μικρών τοπικών υγειονομικών ομάδων και πιο μεγάλων υγειονομικών κέντρων. Οι εν λόγω δομές έχουν δώσει ένα ολοκληρωμένο φάσμα με τις υπηρεσίες που

συγκαταλέγει, ανάμεσα σε άλλα, την φροντίδα πρώτου βαθμού, εξειδικευμένες, διαγνωστικές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, περίθαλψη οδοντιάτρου, φροντίδα παιδιών και μητέρων, βασική περίθαλψη επειγόντων περιστατικών και δραστηριότητες πρόληψης. Στα μέσα του 2019, σχεδόν το ήμισυ από τις εγκαταστάσεις που σχεδιάστηκαν λειτούργησαν, κατά κύριο λόγο σε ημιαστικές και αστικές περιοχές. Η πιο μεγάλη πρόκληση την δεδομένη περίοδο είναι να προσελκυσθούν αρκετοί γενικοί ιατροί για να πετύχει η επέκταση. Λόγω του ότι η φροντίδα πρώτου βαθμού είναι ακόμα σε αυτό το στάδιο μετάβασης, η λειτουργία που έχει ο μηχανισμός παραπομπών υποχρέωσης (gatekeeping) αναβλήθηκε. Οι παραπομπές σε ειδικούς ιατρούς δεν αποτελούν ακόμα υποχρέωση και οι πολίτες μπορούν ακόμα να μπουκ απευθείας σε υπηρεσίες που έχουν ειδικοί ιατροί, χωρίς να επηρεάζεται από το αν γράφτηκαν σε γενικούς ιατρούς. Σταδιακά θα καταργηθεί η άμεση πρόσβαση σε ειδικούς ιατρούς, με τον σκοπό να γίνουν οι γενικοί το πρώτο σημείο με το οποίο θα έρχονται σε επαφή όλοι οι κάτοικοι.

Η δέσμη από παροχές είναι μεγάλη αν αντιληφθεί κάποιος τους περιορισμένους πόρους. Όταν ο μεγάλος αριθμός από τα ταμεία υγειονομικής ασφάλειας ήρθαν σε συμφωνία με το πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ για το έτος 2011, το καλάθι με τις παροχές που έχει εξορθολογιστεί και τυποποιηθεί για να δίνει ένα πλήρες και αρκετά μεγάλο φάσμα με υπηρεσίες. Έτσι, γίνεται πιο δίκαιη η κάλυψη. Μετέπειτα έγινε ο περιορισμός και η κατάργηση ορισμένων υπηρεσιών που στο παρελθόν μπορούσαν να καλυφθούν (μαζί με μερικές που είχαν περιορισμένη αξία θρέψης). Αντίστοιχα έχουν επιβληθεί περιορισμοί στο ποσό από τις χρηματοδοτούμενες επισκέψεις που έχει ο ΕΟΠΥΥ με κάθε ιατρό. Πέραν από το γεγονός πως οι εν λόγω περιορισμοί έχουν μειώσει τα περιθώρια για υπερθεραπεία, μπορεί αντίστοιχα να έφερναν σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην αναζήτηση περίθαλψης από ορισμένους ασθενείς που κατέφυγαν στον τομέα του ιδιωτικού. Επίσης μερικές υπηρεσίες που συγκαταλέγονται στην δέσμη με τις παροχές, ενδέχεται να μην είναι διαθέσιμες πρακτικά. Παραδείγματος χάριν, λόγω του ότι δεν υφίσταται συμβάσεις ανάμεσα στον ΕΟΠΥΥ και σε οδοντιάτρους, η περίθαλψη από αυτούς χρηματοδοτείται σε ένα μεγάλο κομμάτι της από απευθείας πληρωμές από το μέρος των ασθενών.

2. Οι παροχές οδοντιατρικής κάλυψης στις ΗΠΑ

Η στοματική υγεία είναι ζωτικής σημασίας για την συνολική ευημερία και καλή υγεία του ατόμου. Ως αποτέλεσμα, η κακή οδοντική υγεία μπορεί να έχει σοβαρή επίδραση στην υγεία εν γένει. Ο κύριος σκοπός κάθε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι να διασφαλίσει ότι όλοι στον πληθυσμό έχουν δίκαιη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική θέση ή τη γεωγραφική θέση. Η ποικιλομορφία των απαιτήσεων για την υγεία και των ατομικών χαρακτηριστικών, καθώς και η πολυπλοκότητα της κλινικής πρακτικής, καθιστούν αυτόν τον στόχο δύσκολο να επιτευχθεί στην πράξη. Προηγούμενη έρευνα είχε δείξει ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Van Doorslaer et al., 2004).

Τα άτομα από υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες, ειδικότερα, καταναλώνουν ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών υγείας από εκείνα από χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Van Doorslaer & Masseria, 2004). Όταν οι δείκτες συγκέντρωσης που σχετίζονται με τις οδοντιατρικές επισκέψεις ήταν θετικοί και στατιστικά διαφορετικοί από το μηδέν, τα ευρήματα της ομάδας οικογένειας Wave 3 της Ευρωπαϊκής Κοινότητας έδειξαν μια ανισότητα που ωφέλησε τα πλουσιότερα άτομα σε όλα τα ευρωπαϊκά έθνη. Τα άτομα από χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες, από την άλλη πλευρά, ήταν πιο επιρρεπή από άλλα να παραλείψουν τα ραντεβού με τον οδοντίατρο. Τα αποτελέσματα, ωστόσο, διαφέρουν ανάλογα με το έθνος και το είδος των διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Σε πολλά έθνη, ακόμη και σε εκείνα με εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη παραμένει σοβαρή ανησυχία. Αρκετές πρόσφατες μελέτες (Hosseinpour et al., 2012) επικεντρώθηκαν στη χρήση ή την κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών σε διάφορες χώρες: τα αποτελέσματα ανέδειξαν τη βελτίωση της οδοντιατρικής περίθαλψης ως διεθνούς προτεραιότητας. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην οδοντιατρική περίθαλψη τόσο εντός όσο και μεταξύ των εθνών μπορεί να βοηθήσει στην υποστήριξη αυτής της εξέλιξης.

2.1. Το μοντέλο του Andersen

Το συμπεριφορικό μοντέλο πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, που δημιουργήθηκε κυρίως από τον Andersen (Andersen, 1995), παρέχει ένα αποδεκτό εννοιολογικό πλαίσιο για τη μελέτη των πολλών κοινωνικοοικονομικών παραγόντων της μη χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι συνάρτηση ατομικών προδιαθέσεων (δηλαδή δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών), με παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της χώρας (πυκνότητα οδοντιάτρων - αντιπροσώπευση του αριθμού των οδοντιάτρων ανά 10.000 άτομα, ασφαλιστική κάλυψη), λαμβάνονται υπόψη διάφοροι μακροοικονομικοί παράγοντες (π.χ. ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης HDI) και παράγοντες ανάγκης. Για να το θέσω αλλιώς, οι ατομικές και συλλογικές ιδιότητες των ανθρώπων επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την ανάγκη, τη ζήτηση και τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Aday & Andersen, 1974).

2.2. Οι οδοντιατρικές παροχές στις Ηνωμένες πολιτείες

Παρά τις προσπάθειες για μείωση των δαπανών, το κόστος υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες συνέχισε να αυξάνεται τις τελευταίες δύο δεκαετίες (Keehan, 2017). Προηγούμενη έρευνα υποδηλώνει ότι μεταβλητές όπως υψηλότερες εκπτώσεις και συμπληρωματικές πληρωμές, μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του συστήματος παράδοσης, η λήξη των ακριβών διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας φαρμάκων και τεκμηριωμένες προσεγγίσεις σε ακριβές ιατρικές ανακαλύψεις μπορεί όλα να συνέβαλαν στην επιβράδυνση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη (Cutler et al., 2013). Ωστόσο, οι Αμερικανοί χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος έχουν την πιο αδύναμη αύξηση των δαπανών, στρέφοντας τις συνολικές δαπάνες για την υγεία προς τους Αμερικανούς υψηλότερου εισοδήματος και αυξάνοντας το χάσμα δαπανών μεταξύ πλουσίων και φτωχών (Pearson et al., 2019). Ενώ ο νόμος για την προσιτή περίθαλψη (ACA) προσπάθησε να μειώσει τις ανισότητες στις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη επεκτείνοντας το Medicaid, παραμένουν κενά στις δαπάνες για την υγεία (Dickson, 2014).

Ένα απαραίτητο οδοντιατρικό όφελος για τα παιδιά ήταν η επέκταση του Medicaid (Vujićic, 2015). Αυτή η υιοθεσία άλλαξε ουσιαστικά το τοπίο της παιδιατρικής οδοντιατρικής περίθαλψης μη περιορίζοντας πλέον την οδοντιατρική κάλυψη σε παιδιά χαμηλού εισοδήματος. Αν και η ACA δεν επέβαλλε την οδοντιατρική περίθαλψη ενηλίκων, έδωσε τη δυνατότητα στους ενήλικες να αποκτήσουν οδοντιατρικές υπηρεσίες μέσω ασφαλιστικών ανταλλαγών (Abdus & Decker, 2019). Ως αποτέλεσμα, από τότε που ο κανονισμός για την προσιτή φροντίδα έγινε νόμος το 2010, περίπου 8,3 εκατομμύρια Αμερικανοί έχουν λάβει οφέλη οδοντιατρικής περίθαλψης εκτός από την επείγουσα περίθαλψη. Ωστόσο, η αποζημίωση του παρόχου και η κάλυψη παροχών επηρεάζουν την πιθανότητα χρήσης οδοντιατρικών θεραπειών και η χαμηλή πληρωμή για οδοντιάτρους που ασχολούνται με υπηρεσίες δημόσιας υγείας μπορεί να προσθέσει στη διαρκή πτώση της χρήσης οδοντιατρικής περίθαλψης ενηλίκων. Καθώς περισσότεροι ηλικιωμένοι και άτομα χαμηλού εισοδήματος αλλάζουν από τα προγράμματα ιδιωτικής οδοντιατρικής ασφάλισης στο Medicaid, η αναλογία του προγράμματος Medicaid προς ιδιωτική οδοντιατρική ασφάλιση έχει μειωθεί δραστικά σε 36 πολιτείες, επηρεάζοντας δυνητικά το οδοντιατρικό κόστος.

Οι ετήσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν 1,3 τρισεκατομμύρια δολάρια το 2012, με την οδοντιατρική περίθαλψη να αντιπροσωπεύει περίπου 85 δισεκατομμύρια δολάρια του συνολικού κόστους (Manski & Meyerhoefer, 2017). Το Medicaid και το Medicare αντιπροσώπευαν 5,5 δισεκατομμύρια δολάρια από τα 85 δισεκατομμύρια δολάρια που δαπανήθηκαν για οδοντιατρική περίθαλψη, ενώ τα άλλα 76 δισεκατομμύρια δολάρια πληρώθηκαν από την τσέπη τους ή μέσω ιδιωτικής οδοντιατρικής ασφάλισης (Cutler & Sahn, 2013). Αν και το οδοντιατρικό κόστος είναι ένα μέτριο κλάσμα των συνολικών δαπανών, είναι ωστόσο ένα σημαντικό έξοδο που δεν πρέπει να αγνοηθεί (Zwetchkenbaum, 2017). Επιπλέον, οι δαπάνες στοματικής υγείας είναι ένα ουσιαστικό πρόβλημα, επειδή η οδοντική υγεία συμβάλλει σημαντικά στη συνολική υγεία και η κακή στοματική υγεία συνδέεται με χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις (Manski & Meyerhoefer, 2017).

Η κατανόηση των δαπανών για την υγεία και την οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να επηρεάσει τον μελλοντικό σχεδιασμό και τις στρατηγικές μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης (Berk, 2004). Η προσδοκία ότι η συμμετοχή στο Medicaid

θα υπερδιπλασιαστεί, αν όχι τριπλασιαστεί, καθιστά την κατανόηση των τάσεων των δαπανών ζωτικής σημασίας για τους δημόσιους πληρωτές (Vujić, 2015).

Τα διαχρονικά δεδομένα συλλέχθηκαν από την Έρευνα Ιατρικών Δαπανών Panel Survey (MEPS) Household Component, μια εθνικά αντιπροσωπευτική μελέτη για τον άμαχο, μη θεσμοθετημένο πληθυσμό στις Ηνωμένες Πολιτείες που συλλέγεται ετησίως και χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό για την Έρευνα και την Ποιότητα της Υγείας (Medical Expenditure Panel Survey, 2016). Το MEPS περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, την κατάσταση της υγείας και την πρόσβαση σε περίθαλψη ενός ερωτηθέντος και χρησιμεύει ως μια περιεκτική πηγή δεδομένων για την υγεία και τις οδοντιατρικές δαπάνες της χώρας από άτομα και οικογένειες.

Το πρώτο βήμα στην επεξεργασία δεδομένων ήταν ο συνδυασμός όλων των δεδομένων MEPS από το 1996 έως το 2016. Από το 1996 έως το 2016, αξιολογήθηκαν όλες οι δημογραφικές μεταβλητές των ερωτηθέντων. Υπολογίστηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τις δαπάνες υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης και δόθηκαν γραφικές αναπαραστάσεις, διαστρωμένες ανά ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, φυλή, εισόδημα και ασφαλιστική κάλυψη. Τα έξοδα για την υγεία και την οδοντιατρική περίθαλψη περιλάμβαναν ραντεβού εσωτερικού και εξωτερικού ιατρείου, καθώς και έξοδα συνταγογράφησης. Υπολογίστηκε η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη καθώς και οι συνολικές δαπάνες. Τα συνολικά έξοδα αναφέρονται ως το άθροισμα όλων των δαπανών. Το συνολικό εισόδημα προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας ηλικίας 15 έως 64 ετών. Ορίστηκε ο γηριατρικός πληθυσμός ως ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω, προκειμένου να υπολογιστούν στατιστικά στοιχεία για αυτήν την ομάδα.

Για να ληφθεί υπόψη η επίδραση του πληθωρισμού ή του αποπληθωρισμού κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης, προσαρμόστηκαν όλες οι δαπάνες στις τιμές του δολαρίου του 2016 χρησιμοποιώντας ρυθμούς πληθωρισμού (ή ρυθμούς αποπληθωρισμού ανάλογα με την περίπτωση) που παρέχονται από το United States Bureau of Labor Statistics. Το MEPS έχει έναν εξελιγμένο σχεδιασμό δειγμάτων που περιλαμβάνει στρωματοποίηση, ομαδοποίηση και ανομοιόμορφη δειγματοληψία. Λήφθηκε υπόψη ο σχεδιασμός της έρευνας και προκειμένου τα ευρήματα της μελέτης

να αντικατοπτρίζουν τον πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών, χρησιμοποιήθηκαν σταθμίσεις δειγμάτων για να υπολογιστούν οι δαπάνες του πληθυσμού. Η χρήση βαρών δειγματοληψίας δικαιολογείται επειδή ορισμένες υποομάδες πληθυσμού μπορεί να έχουν μικρό ή άνισο μέγεθος δειγμάτων και η χρήση τεχνικών δειγματοληψίας μπορεί να παρέχει κατάλληλο μέγεθος δείγματος για στατιστικές μελέτες, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ακρίβεια (Hung et al., 2019).

Μεταξύ 1996 και 2016, οι συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξήθηκαν σε όλα τα δημογραφικά στοιχεία, αυξάνοντας κατά 1,9 φορές από 838,33 δισεκατομμύρια δολάρια το 1996 σε 1,62 τρισεκατομμύρια δολάρια το 2016. Την ίδια χρονική περίοδο, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους αυξήθηκαν 2,3 φορές, από 243,12 δισεκατομμύρια δολάρια το 1996 σε 566,75 δισεκατομμύρια δολάρια το 2016, κάνοντας την αύξηση των δαπανών για την υγεία για τους ηλικιωμένους σχεδόν το ένα τέταρτο της συνολικός ενήλικος πληθυσμός.

Year	Total healthcare expenditures	Total healthcare expenditures (Adjusted to 2016 US dollars)	Total geriatric healthcare expenditures	Total geriatric healthcare expenditures (Adjusted to 2016 US dollars)
1996	\$548.04 billion	\$838.33 billion	\$158.94 billion	\$243.12 billion
1997	\$553.24 billion	\$827.30 billion	\$169.98 billion	\$254.19 billion
1998	\$560.59 billion	\$825.44 billion	\$171.97 billion	\$253.22 billion
1999	\$596.07 billion	\$858.71 billion	\$178.83 billion	\$257.63 billion
2000	\$627.89 billion	\$875.14 billion	\$182.31 billion	\$254.09 billion
2001	\$726.35 billion	\$984.92 billion	\$218.05 billion	\$295.67 billion
2002	\$810.72 billion	\$1.08 trillion	\$248.17 billion	\$331.09 billion
2003	\$895.52 billion	\$1.17 trillion	\$274.89 billion	\$358.57 billion
2004	\$963.88 billion	\$1.22 trillion	\$298.48 billion	\$379.23 billion
2005	\$1.02 trillion	\$1.26 trillion	\$303.33 billion	\$372.77 billion
2006	\$1.03 trillion	\$1.23 trillion	\$304.97 billion	\$363.07 billion
2007	\$1.12 trillion	\$1.30 trillion	\$334.67 billion	\$387.39 billion
2008	\$1.14 trillion	\$1.28 trillion	\$342.68 billion	\$382.00 billion
2009	\$1.26 trillion	\$1.40 trillion	\$363.58 billion	\$406.75 billion
2010	\$1.26 trillion	\$1.39 trillion	\$386.27 billion	\$425.15 billion
2011	\$1.33 trillion	\$1.41 trillion	\$394.93 billion	\$421.39 billion
2012	\$1.35 trillion	\$1.41 trillion	\$395.54 billion	\$413.48 billion
2013	\$1.40 trillion	\$1.44 trillion	\$419.99 billion	\$432.69 billion
2014	\$1.50 trillion	\$1.52 trillion	\$478.17 billion	\$484.78 billion
2015	\$1.60 trillion	\$1.62 trillion	\$520.73 billion	\$527.30 billion
2016	\$1.62 trillion	\$1.62 trillion	\$566.75 billion	\$566.75 billion

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234459.t002>

Παρά τη συνολική αύξηση των δαπανών για την υγεία το 1996 και το 2016, δεν υπάρχει σταθερή ετήσια ανοδική τάση. Πράγματι, οι συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκαν απότομα το 2000 και μέχρι το 2004 (με ρυθμό 31,29 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως), στη συνέχεια μειώθηκαν από το 2004 στο 2011 (με ρυθμό 6,02 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως), πριν αυξηθούν απότομα και πάλι από το 2012 έως το 2016 (σε ποσοστό 38,56 δισεκατομμυρίων δολαρίων

ετησίως). Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η τυπική δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης ανά άτομο στις Η.Π.Α. έχει ανέβει περισσότερο από 60%, από 3.118\$ το 1996 σε 5.006\$ το 2016. Κατά τη διάρκεια δύο δεκαετιών, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης του ηλικιωμένου πληθυσμού αυξήθηκαν περισσότερο από το μισό, από 7.530 \$ το 1996 σε 11.358\$ το 2016.

Year	Average healthcare expenditure	Average healthcare expenditure (Adjusted to 2016 US dollars)	Average geriatric healthcare expenditure	Average geriatric healthcare expenditure (Adjusted to 2016 US dollars)
1996	\$2,038	\$3,118	\$4,922	\$7,530
1997	\$2,039	\$3,050	\$5,238	\$7,832
1998	\$2,049	\$3,018	\$5,253	\$7,734
1999	\$2,156	\$3,107	\$5,455	\$7,859
2000	\$2,255	\$3,143	\$5,483	\$7,643
2001	\$2,555	\$3,465	\$6,322	\$8,571
2002	\$2,813	\$3,753	\$7,158	\$9,551
2003	\$3,082	\$4,020	\$7,787	\$10,158
2004	\$3,284	\$4,172	\$8,333	\$10,587
2005	\$3,457	\$4,248	\$8,415	\$10,343
2006	\$3,452	\$4,110	\$8,368	\$9,965
2007	\$3,737	\$4,326	\$8,970	\$10,383
2008	\$3,773	\$4,206	\$8,975	\$10,007
2009	\$4,107	\$4,595	\$9,373	\$10,485
2010	\$4,094	\$4,507	\$9,702	\$10,678
2011	\$4,277	\$4,564	\$9,397	\$10,027
2012	\$4,309	\$4,504	\$9,029	\$9,438
2013	\$4,436	\$4,570	\$9,327	\$9,610
2014	\$4,708	\$4,774	\$10,269	\$10,412
2015	\$4,978	\$5,040	\$10,861	\$10,999
2016	\$5,006	\$5,006	\$11,358	\$11,358

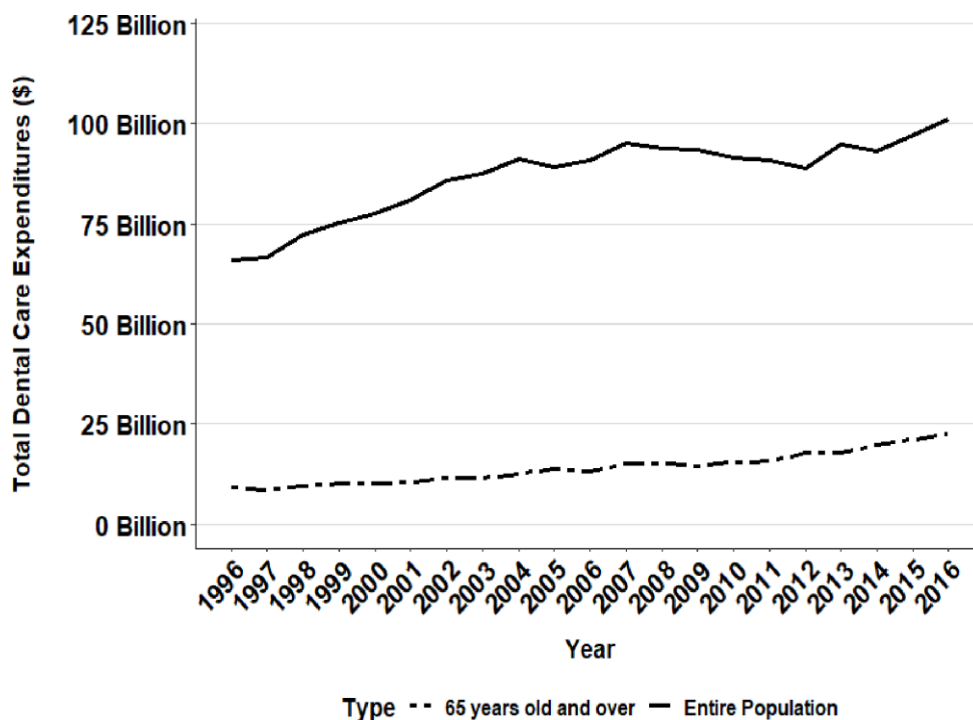
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234459.t003>

Οι συνολικές δαπάνες οδοντιατρικής περίθαλψης σε όλες τις δημογραφικές κατηγορίες αυξήθηκαν κατά 1,5 φορές μεταξύ 1996 και 2016, αυξάνοντας από 66,00 δισεκατομμύρια δολάρια το 1996 σε 101,26 δισεκατομμύρια δολάρια το 2016. Συγκριτικά, οι συνολικές δαπάνες οδοντιατρικής περίθαλψης ηλικιωμένων αυξήθηκαν 2,5 φορές την ίδια χρονική περίοδο, από 9,14 δισεκατομμύρια δολάρια σε 22,51 δισεκατομμύρια δολάρια.

Year	Total dental care expenditures	Total dental care expenditures (Adjusted to 2016 US dollars)	Total geriatric dental care expenditures	Total geriatric dental care expenditures (Adjusted to 2016 US dollars)
1996	\$43.14 billion	\$66.00 billion	\$5.97 billion	\$9.14 billion
1997	\$44.50 billion	\$66.54 billion	\$5.66 billion	\$8.46 billion
1998	\$49.04 billion	\$72.21 billion	\$6.52 billion	\$9.60 billion
1999	\$52.20 billion	\$75.20 billion	\$7.01 billion	\$10.10 billion
2000	\$55.55 billion	\$77.42 billion	\$7.33 billion	\$10.22 billion
2001	\$59.49 billion	\$80.67 billion	\$7.64 billion	\$10.36 billion
2002	\$64.30 billion	\$85.78 billion	\$8.53 billion	\$11.38 billion
2003	\$66.97 billion	\$87.35 billion	\$8.70 billion	\$11.35 billion
2004	\$71.77 billion	\$91.19 billion	\$9.85 billion	\$12.52 billion
2005	\$72.47 billion	\$89.06 billion	\$11.30 billion	\$13.88 billion
2006	\$76.32 billion	\$90.86 billion	\$11.16 billion	\$13.29 billion
2007	\$82.04 billion	\$94.96 billion	\$12.94 billion	\$14.98 billion
2008	\$84.08 billion	\$93.73 billion	\$13.64 billion	\$15.20 billion
2009	\$83.39 billion	\$93.29 billion	\$12.96 billion	\$14.50 billion
2010	\$83.11 billion	\$91.48 billion	\$14.11 billion	\$15.53 billion
2011	\$85.15 billion	\$90.85 billion	\$14.89 billion	\$15.89 billion
2012	\$84.81 billion	\$88.66 billion	\$16.92 billion	\$17.69 billion
2013	\$91.83 billion	\$94.60 billion	\$17.20 billion	\$17.72 billion
2014	\$91.87 billion	\$93.14 billion	\$19.61 billion	\$19.88 billion
2015	\$95.91 billion	\$97.12 billion	\$20.97 billion	\$21.23 billion
2016	\$101.26 billion	\$101.26 billion	\$22.51 billion	\$22.51 billion

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234459.t004>

Ενώ οι οδοντιατρικές δαπάνες αυξήθηκαν κατά την περίοδο της έρευνας, όπως και οι δαπάνες γενικής υγειονομικής περίθαλψης, η αύξηση ήταν μη γραμμική και περιλάμβανε επίσης περιόδους μείωσης. Οι συνολικές οδοντιατρικές δαπάνες μειώθηκαν από 91,19 δισεκατομμύρια δολάρια το 2004 σε 89,06 δισεκατομμύρια δολάρια το 2005. Συγκεκριμένα, τα συνολικά οδοντιατρικά έξοδα μειώθηκαν 6,3 δισεκατομμύρια δολάρια από 94,96 δισεκατομμύρια δολάρια σε 88,66 δισεκατομμύρια δολάρια μεταξύ 2007 και 2012, αντικατοπτρίζοντας τις παγκόσμιες οικονομικές τάσεις της Μεγάλης Ύφεσης. Οι συνολικές οδοντιατρικές δαπάνες γηριατρικής, από την άλλη πλευρά, δεν παρουσίασαν συγκρίσιμη σημαντική μείωση από το 2007 έως το 2012. Αντίθετα, τα στοιχεία αποκάλυψαν τρεις χρονικές περιόδους με μέτρια πτώση. Οι δαπάνες για την οδοντιατρική περίθαλψη ηλικιωμένων μειώθηκαν από 9,14 δισεκατομμύρια δολάρια το 1996 σε 8,46 δισεκατομμύρια δολάρια το 1997, στη συνέχεια από 13,88 δισεκατομμύρια δολάρια το 2005 σε 13,29 δισεκατομμύρια δολάρια το 2006 και τελικά από 15,20 δισεκατομμύρια δολάρια το 2008 σε 14,50 δισεκατομμύρια δολάρια το 2008. Τα οδοντιατρικά έξοδα γηριατρικής αυξήθηκαν συνολικά.



Το 2015, οι οδοντιατρικές δαπάνες παρουσίασαν δραματική αύξηση 4 δισεκατομμυρίων δολαρίων, τη μεγαλύτερη ετήσια αύξηση στο κόστος και μια αύξηση που είχε ως αποτέλεσμα οι συνολικές οδοντιατρικές δαπάνες να αυξηθούν στα 97,12 δισεκατομμύρια δολάρια. Από το 1996 έως το 2016, η μέση οδοντιατρική δαπάνη ανά άτομο στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν παράλληλη με τις τάσεις στις συνολικές δαπάνες οδοντιατρικής περίθαλψης για το συνολικό πληθυσμό. Η μέση οδοντιατρική δαπάνη ανά άτομο αυξήθηκε από 245,30\$ το 1997 σε 310,69\$ το 2004, αλλά άρχισε να μειώνεται το 2008 και έφτασε στα 292,52\$ το 2014, όντας συγκρίσιμη με εκείνες που βρίσκονταν στις αρχές του 2000. Κατά τη διάρκεια των δύο δεκαετιών, η μέση οδοντιατρική δαπάνη ανά άτομο αυξήθηκε 27% από 245,44\$ σε 313,37\$ για το συνολικό πληθυσμό και αυξήθηκε 59% από 283,29\$ σε 451,02\$ για τον ηλικιωμένο πληθυσμό.

Year	Average dental care expenditure	Average dental care expenditure (Adjusted to 2016 US dollars)	Average geriatric dental care expenditure	Average geriatric dental care expenditure (Adjusted to 2016 US dollars)
1996	\$160.45	\$245.44	\$185.15	\$283.29
1997	\$164.04	\$245.30	\$174.49	\$260.88
1998	\$179.30	\$264.01	\$199.33	\$293.48
1999	\$188.86	\$272.08	\$213.89	\$308.16
2000	\$199.53	\$278.10	\$220.69	\$307.60
2001	\$209.32	\$283.83	\$221.53	\$300.31
2002	\$223.14	\$297.69	\$246.15	\$328.45
2003	\$230.46	\$300.61	\$246.54	\$321.59
2004	\$244.53	\$310.69	\$275.17	\$349.60
2005	\$244.70	\$300.72	\$313.51	\$385.35
2006	\$255.03	\$303.62	\$306.48	\$364.95
2007	\$272.29	\$315.19	\$346.98	\$401.64
2008	\$276.25	\$307.95	\$357.30	\$398.39
2009	\$271.96	\$304.25	\$334.27	\$373.91
2010	\$269.35	\$296.46	\$354.51	\$390.16
2011	\$273.70	\$292.03	\$354.52	\$378.30
2012	\$270.56	\$282.83	\$386.26	\$403.80
2013	\$290.86	\$299.66	\$382.01	\$393.58
2014	\$288.53	\$292.52	\$421.13	\$426.99
2015	\$298.42	\$302.18	\$437.35	\$442.91
2016	\$313.37	\$313.37	\$451.02	\$451.02

Εξαιρουμένων ορισμένων ομάδων των οποίων τα πρότυπα διέφεραν από τις μέσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, οι συνολικές δαπάνες οδοντιατρικής περίθαλψης ακολούθησαν παρόμοιες τάσεις στις περισσότερες περιπτώσεις. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ο γηριατρικός πληθυσμός έχει δει αυξημένες οδοντιατρικές δαπάνες, φτάνοντας στην κορυφή τα τελευταία χρόνια. Όσοι είχαν ιδιωτική ασφάλιση είχαν επίσης πολύ σημαντικές οδοντιατρικές δαπάνες και τα δημογραφικά τους ήταν πολύ παρόμοια με την ομάδα των ανώτερων. Όσοι είχαν δημόσια ασφάλιση υγείας πλήρωναν πολύ λιγότερα για οδοντιατρική θεραπεία από εκείνους που είχαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι Καυκάσιοι ξόδεψαν περισσότερα χρήματα για την οδοντιατρική περίθαλψη από τους Ασιάτες και τους Αφροαμερικανούς. Όσοι είχαν χηρέυσει ή χωρίσει είδαν μεγαλύτερες διακυμάνσεις στις δαπάνες, με πιο σημαντικές αυξήσεις και μειώσεις στις οδοντιατρικές δαπάνες τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Αυτή η έρευνα υπογραμμίζει τα πιο πρόσφατα γεγονότα στις δαπάνες οδοντιατρικής και ιατρικής περίθαλψης μετά την αρχική οικονομική κρίση του 2007–2009 και είναι η πιο πλήρης διαχρονική ανάλυση των δαπανών υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης κατανεμημένες ανά υποομάδες. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, τόσο τα έξοδα υγείας όσο και τα έξοδα οδοντιατρικής περίθαλψης ανά άτομο έχουν αυξηθεί. Ανακαλύφθηκε ότι τα κατά κεφαλήν οδοντιατρικά έξοδα αυξήθηκαν από 245\$ το 1999 σε 313\$ το 2016, υποδηλώνοντας έναν ετήσιο μέσο ρυθμό αύξησης 2,2%, ωστόσο ο ρυθμός ανάπτυξης για κάθε έτος δεν ήταν ομοιόμορφος. Οι μειώσεις που παρουσιάστηκαν από το 2007 έως το 2012 είναι πιθανότατα αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης των ΗΠΑ, καθώς ο ετήσιος προϋπολογισμός άρχισε να αυξάνεται ξανά κατά τα χρόνια που ακολούθησαν. Ωστόσο, μεταξύ 2007 και 2012, οι μέσες οδοντιατρικές δαπάνες μειώθηκαν περισσότερο από 10%, ενώ οι μέσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης

αυξήθηκαν περισσότερο από 4%, υποδεικνύοντας ότι η οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να είναι πιο ευαίσθητη σε μια οικονομική ύφεση από την ιατρική περίθαλψη. Σε περίπτωση μελλοντικής οικονομικής κρίσης, είναι ζωτικής σημασίας να κατανοήσουμε γιατί συνέβη αυτό. Ένα άλλο σημαντικό αποτέλεσμα ήταν η ασυνέπεια των αυξήσεων των οδοντιατρικών δαπανών μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών κατηγοριών. Οι κατά κεφαλήν οδοντιατρικές δαπάνες σχεδόν τετραπλασιάστηκαν και οι συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σχεδόν τριπλασιάστηκαν μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, σύμφωνα με μια μελέτη.

3. Οι οδοντιατρικές παροχές στην Ευρώπη

Στην Ελλάδα υπάρχουν τρεις τρόποι λήψης οδοντιατρικής φροντίδας: οδοντιατρικά τμήματα των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης που λειτουργούν ως πολυϊατρεία όπου η θεραπεία παρέχεται δωρεάν, ιδιωτικοί οδοντίατροι και οδοντοτεχνίτες που συνεργάζονται με τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης παρέχουν ορισμένες θεραπείες χωρίς χρέωση και άλλες με συμβεβλημένες πληρωμές και ανεξάρτητος οδοντίατρος χωρίς καμία σύμβαση με τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, με το 20-30% του κόστους να επιστρέφεται στους ασθενείς. Η τρίτη επιλογή (επιστροφή χρημάτων) είναι η συνήθης πρακτική. Στην Γερμανία, εξετάσεις, ακτινογραφικές εξετάσεις, σφραγίσματα, στοματική χειρουργική, προληπτικές θεραπείες για ορισμένες ομάδες, περιοδοντική φροντίδα και ενδοδοντική θεραπεία καλύπτονται όλα από τα ταμεία ασθενείας. Η προσθετική θεραπεία, όπως οδοντοστοιχίες, οι εργασίες κορώνας και γέφυρες, είναι επιλέξιμη για έκπτωση 50% έως 60%. Τα εμφυτεύματα δεν καλύπτονται σε καμία περίπτωση. Οι ασθενείς στη Γαλλία πληρώνουν πλήρως τον οδοντίατρο. Για όλες τις βασικές θεραπείες όπως εξαγωγές, συντηρητική οδοντιατρική και προσθετική, καθώς και σφράγιση, το υποχρεωτικό ασφαλιστικό σύστημα αποζημιώνει περίπου το 70% αυτών των δαπανών ανά τιμή υπηρεσίας. Παρέχεται δωρεάν περίθαλψη σε περίπου 5% του πληθυσμού που είτε είναι χαμηλού εισοδήματος είτε δεν έχουν εισόδημα. Οι ασθενείς είναι υπεύθυνοι για το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της προσθετικής θεραπείας. Στη Δανία, η πλειονότητα των ατόμων λαμβάνουν θεραπεία στοματικής υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, με ένα μέρος του κόστους να επιστρέφεται. Ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς και την κατηγορία θεραπείας, τα ποσοστά επιστροφής χρημάτων κυμαίνονται από 30 έως 65 τοις εκατό. Οι περιφέρειες καλύπτουν μέρος του κόστους, ιδίως τις υπηρεσίες θεραπείας. Η ασφάλιση ασθενείας στην Αυστρία καλύπτει πλήρως τις θεραπείες αποκατάστασης και ορισμένες χειρουργικές θεραπείες. Οι ασθενείς συνεισφέρουν από 10% έως 20% στο κόστος των διαφόρων διαδικασιών και ασφάλισης υγείας (ανάλογα με την περιοχή). Επίσης, οι ασθενείς καλούνται να πληρώσουν μεταξύ 25% και 50% του κόστους της αποσπώμενης πρόσθεσης. Μόνο σε ακραίες περιπτώσεις αποζημιώνεται το κόστος της σταθερής οδοντοστοιχίας. Στην Ιταλία, οι ιδιώτες οδοντίατροι παρέχουν το 95 τοις εκατό των οδοντιατρικών υπηρεσιών. Οι ασθενείς πληρώνουν απευθείας τους οδοντιάτρους για τη φροντίδα και τη θεραπεία τους στο ιδιωτικό ιατρείο, το οποίο είναι ως επί το πλείστον εκτός των

υφιστάμενων ασφαλιστικών συστημάτων. Για επιλεγμένους πληθυσμούς, όπως παιδιά (0-16 ετών), ευάλωτα άτομα (άτομα με αναπηρίες, άτομα που ζουν με HIV, άτομα που ζουν με ασυνήθιστες ασθένειες) και όσους χρειάζονται οδοντιατρική θεραπεία σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, η κυβέρνηση εγγυάται την οδοντιατρική περίθαλψη (Widström et al., 2004). Η οδοντιατρική περίθαλψη για παιδιά και η προληπτική οδοντιατρική φροντίδα για ενήλικες, καθώς και η προηγμένη χειρουργική θεραπεία, καλύπτονται στην Ολλανδία. Άτομα που έχουν συγκεκριμένη οδοντική πάθηση ή σωματική ή πνευματική αναπηρία ως αποτέλεσμα ιατρικής περίθαλψης δικαιούνται ολοκληρωμένη οδοντιατρική περίθαλψη (υπό καθορισμένες συνθήκες και εάν είναι απαραίτητο). Η οδοντιατρική θεραπεία ενηλίκων δεν καλύπτεται από κρατικούς πόρους στην Ισπανία. Δωρεάν εξαγωγή δοντιών παρέχεται από την κυβέρνηση. Όλα τα είδη θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των προσθετικών και της ορθοδοντικής, καλύπτονται στη Σουηδία στο πλαίσιο της γενικής οδοντιατρικής ασφάλισης, με τις πληρωμές να ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της θεραπείας. Υπάρχει ένα μοναδικό σύστημα προστασίας υψηλού κόστους για ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω για ορισμένες παρατεταμένες οδοντιατρικές επεμβάσεις. Μόνο οι πιο σοβαρές και αναπόφευκτες ασθένειες καλύπτονται από υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στην Ελβετία. Ως αποτέλεσμα, οι περισσότερες οδοντιατρικές υπηρεσίες είτε αυτοχρηματοδοτούνται είτε καλύπτονται από συμπληρωματική ασφάλιση υγείας. Η τακτική παρακολούθηση και τα άτομα που προσανατολίζονται στα προβλήματα είναι δύο τύποι ενηλίκων που χρησιμοποιούν οδοντιατρικές υπηρεσίες (Gilbert et al., 2000). Η προώθηση τακτικών οδοντιατρικών επισκέψεων είναι ένας από τους ακρογωνιαίους λίθους της προληπτικής οδοντιατρικής (Axelsson et al., 1991), αλλά, συνήθως, μόνο ο μισός ενήλικος πληθυσμός στις περισσότερες δυτικές χώρες είναι τακτικοί επισκέπτες (Jamieson & Thomson, 2002), με τα ποσοστά να είναι χαμηλότερα μεταξύ των ανδρών και ιδιαίτερα των κοινωνικών, εθνοτικών ή ηλικιακών ομάδων, και υψηλότερα στη Σκανδιναβία (Hjern et al., 2001).

Για την παροχή στοματικής υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, έχουν εντοπιστεί έξι συστήματα: Nordic, Bismarkian, Beveridgian, South European, East European, and Hybrid είναι μερικοί από τους όρους που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή τους (δημόσια χρηματοδοτούμενη στοματική υγειονομική περίθαλψη για ορισμένα ή όλα τα παιδιά, αλλά κυρίως ιδιωτική παροχή για ενήλικες). Είναι γνωστό ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο προσφέρονται κλινικές υπηρεσίες στοματικής υγείας σε ασθενείς σε όλη την Ευρώπη και ως εκ τούτου, το

κόστος παροχής φροντίδας ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των κρατών. Η Αγγλία κρίθηκε ως το πιο ακριβό σύστημα για την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης σε μια έρευνα σε εννέα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Η μελέτη χρησιμοποίησε μια αυστηρή αφήγηση σχετικά με το κόστος εγκατάστασης μιας μόνο αποκατάστασης αμαλγάματος σε ένα νεαρό παιδί και υπολογίστηκε ότι το μέσο κόστος μιας τέτοιας θεραπείας το 2005 κυμαινόταν από 8 έως 156 ευρώ σε όλη την Ευρώπη. Αυτά τα έξοδα, ωστόσο, δεν βαρύνουν τους ασθενείς (ή τρίτους), αλλά το πραγματικό κόστος της παροχής της περίθαλψης, όπως διαγνωστικές διαδικασίες, εργασία, υλικά, φάρμακα και γενικά έξοδα.

3.1. Παρουσίαση μελέτης για την οδοντιατρική περίθαλψη στην Ευρώπη

Σε μια μελέτη του 2015, οι ερευνητές ανέλυσαν τις αμοιβές σε επτά ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Μεγάλη Βρετανία, Ουγγαρία, Ολλανδία και Ελβετία). Εξέτασαν τις αμοιβές οδοντιάτρων ως προς τις ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης και διαπίστωσαν ότι ήταν οι χαμηλότερες στη Γαλλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ουγγαρία. Υπάρχουν σχετικά λίγες διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με τις διαφορές μεταξύ των χωρών από την οπτική γωνία των ασθενών ή/και την κατανόησή τους για τον τρόπο παροχής της υγειονομικής περίθαλψης σε χώρες διαφορετικές από τη δική τους. Υπάρχει ελάχιστη γνώση σχετικά με το ποιοι ειδικοί παρέχουν στοματική υγειονομική περίθαλψη στους ασθενείς, ποιοι τύποι θεραπειών είναι πιο πιθανό να παρασχεθούν και ποιος πληρώνει για το σημείο παράδοσης ή την τιμή της οδοντιατρικής θεραπείας. Οι πληροφορίες σχετικά με αυτές τις σκέψεις θα ωφεληθούν όσους αναζητούν στοματική υγειονομική περίθαλψη όταν ταξιδεύουν σε χώρες, εκτός από τη δική τους, και τους σχεδιαστές και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν επομένως να συγκριθεί το κόστος παροχής και το σημείο παράδοσης των οδοντιατρικών θεραπειών σε ένα γενικό οδοντιατρείο σε δείγμα κρατών μελών της ΕΕ χρησιμοποιώντας μια καλά καθορισμένη περιγραφή περιστατικού ασθενούς που προσέρχεται για περίθαλψη.

Εκπρόσωποι από 11 κράτη μέλη της ΕΕ σχεδίασαν ένα σενάριο ή βινιέτα για να εξασφαλίσουν την κάλυψη καθενός από τα έξι πιθανά συστήματα στοματικής φροντίδας. Η περίπτωση της Μαρίας, μιας ασθενούς που χρειαζόταν εξέταση, δύο μικρές ενδοστοματικές ακτινογραφίες, δύο σφραγίσματα και κάποια μικρή περιοδοντική θεραπεία, αναφέρθηκε στο χρονογράφημα. Αυτό το χρονογράφημα δημιουργήθηκε για να διερευνήσει πώς θα φερόταν σε διάφορα κράτη μέλη της ΕΕ.

Για να απεικονιστεί το πλήρες φάσμα των στοματικών ιατρικών συστημάτων, επιλέχθηκαν ακόμη και κράτη μέλη της ΕΕ για αυτήν την έρευνα: Nordic – Δανία; Bismarkian – Γαλλία και Γερμανία. Beveridgian – Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Σκωτία). Νότια Ευρώπη - Ιταλία και Ισπανία. Ανατολική Ευρώπη – Ουγγαρία, Πολωνία και Ρουμανία· και Hybrid – Ιρλανδία και Ολλανδία. Ο συνολικός πληθυσμός

αυτών των χωρών είναι σχεδόν 414 εκατομμύρια άνθρωποι, ή λίγο περισσότερα από το 80% του πληθυσμού της ΕΕ. Αν και η Αγγλία και η Σκωτία είναι και οι δύο μέλος του ίδιου κράτους μέλους της ΕΕ, τα συστήματα χρηματοδότησής τους για τη στοματική υγειονομική περίθαλψη διαφέρουν, επομένως αντιμετωπίστηκαν ως ανεξάρτητες χώρες για τους σκοπούς αυτής της μελέτης. Ο πρώτος συγγραφέας προσδιόρισε βασικούς παράγοντες σε καθένα από αυτά τα έθνη επειδή είχαν τρέχουσα και λεπτομερή γνώση της παροχής στοματικής υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα τους. Επαγγελματίες της Οδοντιατρικής Δημόσιας Υγείας, ανώτερα στελέχη της διοίκησης και νυν ή πρώην εθνικοί οδοντίατροι ήταν μεταξύ των ερωτηθέντων. Επτά από τους δώδεκα που απάντησαν είχαν πρόσφατα δημοσιεύσει εργασίες που εξηγούσαν τα συστήματα παροχής στοματικής υγειονομικής περίθαλψης στη Γαλλία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Πολωνία, Ρουμανία και Ισπανία, και έτσι είχαν εύκολα διαθέσιμες πληροφορίες και στατιστικά στοιχεία για να τους βοηθήσουν απαντήστε σε πολλές από τις ερωτήσεις του χρονογραφήματος. Όλα είχαν ήδη δημοσιευτεί σε αγγλόφωνα περιοδικά, επομένως η αφήγηση και οι ερωτήσεις δεν χρειαζόταν να μεταφραστούν στη μητρική τους γλώσσα.

Σε χώρες όπως η Αγγλία, η Γαλλία και η Σκωτία, όπου υπάρχουν σταθερές χρεώσεις σε ένα εθνικό σύστημα στοματικής περίθαλψης, οι ερωτηθέντες μπόρεσαν να αναφέρουν αυτές τις αμοιβές απευθείας από δημοσιευμένους καταλόγους τελών. Σε άλλες χώρες επικοινωνήσαν με διάφορους γενικούς οδοντιάτρους, οι οποίοι είχαν δικό τους ιατρείο/ντουλάπια/κλινικές για να λάβουν μέσες αμοιβές για τη συγκεκριμένη χώρα. Η Επιτροπή Δεοντολογίας Οδοντιατρικής Έρευνας του Πανεπιστημίου του Λιντς έδωσε ηθική έγκριση για τη μελέτη. Η μελέτη διεξήχθη σε πλήρη συμφωνία με τη Διακήρυξη του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου του Ελσίνκι. Όλοι όσοι αναφέρθηκαν για καθεμία από τις χώρες επιβεβαίωσαν τη συγκατάθεσή τους να το κάνουν και την προθυμία τους να κατονομαστούν στην ενότητα γνωστοποιήσεων αυτού του εγγράφου γραπτώς (μέσω email).

Μετά την ανάγνωση του χρονογραφήματος, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στις ακόλουθες ερωτήσεις μέσω email, συμπεριλαμβανομένων λεπτομερών παρατηρήσεων:

1.Οι οδοντίατροι, οι οδοντοτεχνίτες και οι οδοντίατροι νοσηλευτές θα καλύψουν μέρη του σχεδίου θεραπείας;

2.Το χαμένο αμάλαμα του άνω αριστερού γομφίου αντικαθίσταται με άλλο αμάλαμα ή υβριδικό γέμισμα και γιατί;

3.Οι οδοντίατροι θα βοηθούν τους οδοντιάτρους και τους οδοντιάτρους όταν παρέχουν τη θεραπεία;

4.Πόσοι άλλοι οδοντίατροι θα εργαστούν στο συγκεκριμένο οδοντιατρείο;

5.Πόσοι άλλοι οδοντίατροι θα εργαστούν στο συγκεκριμένο οδοντιατρείο;

6.Πόσο πιθανό είναι ότι τα αρχικά τους προσόντα ήταν από χώρα διαφορετική από αυτήν στην οποία εργάζονται τώρα;

7.Πόσο θα κοστίσει η θεραπεία;

8.Θα πληρωθούν ορισμένα από τα έξοδα από δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση υγείας;

9.Αν ναι πόσο;

10. Πόσα θα πρέπει να πληρώσει η Μαρία για κάθε μέρος της θεραπείας και συνολικά εάν μέρος ή το σύνολο των εξόδων θεραπείας δεν καλύπτονται από την εθνική ασφάλιση υγείας;

Κατά τη διάρκεια τεσσάρων μηνών το 2016, και οι 12 απαντητές (100%) απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις. Εάν κάποια από τις απαντήσεις ήταν διφορούμενη, προσεγγίστηκαν για διευκρίνιση. Ως αποτέλεσμα, οι πληροφορίες ήταν επίκαιρες για το 2016.

Ποια μέρη του σχεδίου θεραπείας θα παρέχονται από οδοντιάτρους, οδοντοτεχνίτες, οδοντιατρικούς νοσηλευτές;

Οι οδοντίατροι και στα 12 έθνη αξιολογήθηκαν ότι ήταν σε θέση να εκτελέσουν όλες τις θεραπείες που περιγράφονται στο σχέδιο θεραπείας. Οι οδοντίατροι θα μπορούσαν να παρέχουν μέρος της θεραπείας σε 11 χώρες, με εξαίρεση τη Γαλλία, όπου οι οδοντιατρικοί υγιεινολόγοι δεν διαθέτουν τα προσόντα και αυτή η δουλειά δεν υπάρχει στο οδοντιατρικό εργατικό δυναμικό. Σε 11 άλλα έθνη, ένας οδοντιατρικός υγιεινολόγος θα μπορούσε να παρέχει στοματική υγιεινή, ζυγαριά και γυάλισμα και να αφαιρεί την υποουλική πέτρα εάν το ιατρείο προσλάμβανε έναν. Εάν είχαν λάβει εκπαίδευση, θα μπορούσαν να κάνουν ακτινογραφίες σε οκτώ χώρες (Δανία, Αγγλία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Σκωτία και Ισπανία) τοποθετείται μια προσωρινή πλήρωση σε τρεις χώρες (Δανία, Ιρλανδία και Ολλανδία). Στη Δανία και την Ολλανδία, ένας οδοντίατρος μπορεί να πραγματοποιήσει μια εξέταση και να διαμορφώσει ένα σχέδιο θεραπείας. Οι οδοντίατροι είχαν διαφορετική λειτουργία σε καθεμία από τις 12 χώρες. Σε καμία από τις χώρες δεν επιτρεπόταν οι οδοντίατροι να κάνουν εξέταση ή να καταρτίσουν σχέδιο θεραπείας. Οι οδοντίατροι μπορούσαν να κάνουν ακτινογραφίες σε εννέα από τα έθνη, εάν είχαν αποκτήσει περαιτέρω εκπαίδευση και είχαν συνταγή από οδοντίατρο. Στη Γερμανία αναφέρθηκε ότι οι οδοντίατροι που είχαν ολοκληρώσει ένα πλήρες πρόγραμμα εκτεταμένης εκπαίδευσης θα μπορούσαν επίσης να κάνουν υπερουλική απολέπιση και στίλβωση. Στη Δανία οι οδοντιατρικές νοσοκόμες διαπιστώθηκε ότι μπορούσαν να τοποθετούν σφραγίσματα υπό την επίβλεψη οδοντιάτρου και να κάνουν υπερουλική απολέπιση και γυάλισμα μετά από πρόσθετη εκπαίδευση. Οι οδοντιάτριες αναφέρθηκε ότι είχαν τη δυνατότητα να παραδίδουν διδασκαλία στοματικής υγιεινής σε επτά χώρες (Δανία, Αγγλία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Ρουμανία και Σκωτία) αφού έλαβαν την κατάλληλη εκπαίδευση. Σύμφωνα με πληροφορίες, οι οδοντιάτριες στη Γαλλία δεν είχαν εξουσιοδότηση να εκτελέσουν καμία από τις θεραπείες που προβλεπόταν στο σχέδιο θεραπείας. Οι οδοντίατροι και οι οδοντιατρικοί υγιεινολόγοι θα βοηθούνται από νοσηλευτές οδοντιατρικής κατά τη διάρκεια της θεραπείας; Οι οδοντίατροι θα βοηθούνται από μια οδοντιατρική νοσοκόμα πλήρους απασχόλησης σε εννέα από τις χώρες, με εξαίρεση τη Γαλλία, την Πολωνία και τη Ρουμανία. Οι οδοντίατροι σε δύο από τα έθνη (Γαλλία και Ρουμανία) υπηρετούν επίσης ως γραμματείς και μπορεί να μην είναι πάντα παρόντες στην καρέκλα για να βοηθήσουν τον οδοντίατρο. Με μία εξαίρεση (Ισπανία), οι οδοντιατρικοί υγιεινολόγοι αναφέρεται ότι εργάζονται χωρίς τη βοήθεια οδοντιάτρου σε 11 από τις χώρες όπου εργάζονται.

Πόσοι άλλοι οδοντίατροι θα εργαστούν στο συγκεκριμένο οδοντιατρείο;

Επτά χώρες (Γαλλία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Πολωνία, Ρουμανία, Ισπανία) ανέφεραν ότι συνήθως μόνο ένας οδοντίατρος εργάζεται πλήρους απασχόλησης σε ένα ιατρείο, αν και μπορεί να απασχολούν επισκέπτες ορθοδοντικούς ή ειδικούς εμφυτευμάτων. Στις βορειοδυτικές, ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Αγγλία, Γερμανία, Ολλανδία και Σκωτία), αναφέρθηκε ότι μόνο μια μειοψηφία οδοντιάτρων εργάζεται πλέον ως ο μόνος γενικός οδοντίατρος σε ένα ιατρείο (ιατρείο/κλινική).

Πόσο θα κοστίσει η θεραπεία;

Το συνολικό κόστος, δηλαδή η συνολική τιμή που θα κερδίσουν οι οδοντίατροι, ήταν το θέμα της παρούσας έκδοσης. Το συνολικό αναφερόμενο κόστος της θεραπείας κυμαινόταν από 158€ στη Γαλλία έως 603€ στη Δανία, υποθέτοντας ότι η Μαρία έλαβε ένα σύνθετο σφράγισμα για τον άνω γομφίο της. Ήταν 510 € στην Ισπανία, 505 € στην Ολλανδία, 448€ στη Γερμανία και 458€ στην Ιρλανδία. Όλη η θεραπεία της Μαρίας θα μπορούσε να γίνει στο NHS με την προϋπόθεση ότι θα δεχόταν ένα γέμισμα με αμάλγαμα στον άνω γομφίο της τόσο στην Αγγλία όσο και στη Σκωτία. Στην Αγγλία, μια θεραπεία Band 2 θα κόστιζε 72€, ενώ στη Σκωτία, η οποία εξακολουθεί να χρησιμοποιεί σύστημα χρέωσης για υπηρεσία, θα κόστιζε 124 €. Θα καλύψει ορισμένες από τις δαπάνες η δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση υγείας; Αν ναι, πόσο θα κοστίσει; Η Μαρία μπορεί να είναι επιλέξιμη για έκπτωση για το συνολικό ποσό σε ορισμένες από τις 12 χώρες. Η επιδότηση κυμαινόταν από 0% από δημόσιους πόρους στην Ιταλία, την Ολλανδία και την Ισπανία έως 70% από το κρατικό σύστημα ασφάλισης υγείας, συν το υπόλοιπο 30% από ένα συμπληρωματικό σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης (δηλαδή 100% στη Γαλλία) και επίσης 100% στην Ουγγαρία εάν η Μαρία νοσηλευόταν από οδοντίατρο που είχε συμβόλαιο με το Ουγγρικό Γραφείο Ασφάλισης Υγείας. Πόσα θα πρέπει να πληρώσει η Μαρία για κάθε μέρος της θεραπείας και συνολικά εάν μέρος ή το σύνολο των εξόδων θεραπείας δεν καλύπτονται από την εθνική ασφάλιση υγείας; Τα έξοδα των επιμέρους πτυχών της όλης θεραπείας διέφεραν πολύ και αναφέρθηκε ότι η ακτινογραφία και η προσωρινή πλήρωση ήταν δωρεάν στην Ιταλία. Ορισμένοι ερωτηθέντες ανέφεραν μια σειρά από αμοιβές που θα

χρεώνουν συγκεκριμένοι οδοντίατροι όταν χρεώνονταν ιδιωτικές αμοιβές, όπως για τη σύνθετη πλήρωση του άνω γομφίου. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο μέσος όρος χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό της αναμενόμενης αμοιβής.

Σε μια δεύτερη δημοσίευση, θα παρουσιαστούν οι λεπτομέρειες για το πώς διέφεραν τα τέλη για κάθε τμήμα του σχεδίου θεραπείας από χώρα σε χώρα. Όσον αφορά τη συνολική προσωπική πληρωμή της Μαρίας, κυμαινόταν από 47 € στη Γαλλία έως 510€ στην Ισπανία. Στην Ισπανία, μόλις το 1% του πληθυσμού έχει πρόσβαση σε ιδιωτική οδοντιατρική ασφάλιση. Οι ασθενείς με πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση μπορούν να ζητήσουν αποζημίωση στην Ολλανδία, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως. Επειδή η αγοραστική δύναμη του ευρώ διαφέρει ανά χώρα, το ποσό που πλήρωσε σε καθεμία συγκρίθηκε με το μέσο κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα για το 2015 (ΑΕΕ) για να γίνει πιο συγκρίσιμο το σχετικό κόστος για τη Μαρία. Στη Ρουμανία, το μέσο κατά κεφαλήν ΑΕΕ ήταν 19.683 ευρώ, ενώ στην Ολλανδία ήταν 45.582 ευρώ. Στη Δανία, την Αγγλία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιρλανδία, την Ολλανδία και τη Σκωτία ήταν πάνω από 38.000 ευρώ και στην Ουγγαρία, Πολωνία και Ρουμανία πάνω από 23.000 ευρώ. Χρησιμοποιώντας αυτόν τον συγκριτή, το κόστος για τη Μαρία θα ήταν 0,12 τοις εκατό του ΑΕΕ στη Γαλλία και 0,16 τοις εκατό του ΑΕΕ στην Αγγλία (υποθέτοντας ότι η θεραπεία είχε παρασχεθεί μέσω του NHS) και 1,57 τοις εκατό του ΑΕΕ στην Ισπανία και 1,51 τοις εκατό του ΑΕΕ στη Ρουμανία. Το ετήσιο εισόδημα της Μαρίας, ωστόσο, ισοδυναμούσε με το διπλάσιο του μέσου εθνικού μισθού/μισθού στις πιο εύπορες χώρες, επομένως θα έπρεπε να πληρώσει μικρότερο ποσοστό του ετήσιου εισοδήματός της από αυτό που αναφέρεται στην προηγούμενη φράση, όπως περιγράφεται στο χρονογράφημα.

Παρά την αφθονία της διεθνούς συγκριτικής εργασίας για την υγειονομική περίθαλψη και την ιατρική γενικά, μια μελέτη βρήκε σχεδόν πριν από 20 χρόνια ότι η ανάλυση της στοματικής φροντίδας πέρα από τα διεθνή σύνορα αγνοείται συγκριτικά. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν πρόκειται για συγκρίσεις κόστους. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί εξέτασαν συνήθως τις συνολικές δαπάνες για τη στοματική υγεία στα έθνη, καθώς και τις αναλογίες που χρηματοδοτούνται από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές ή τις συνολικές δαπάνες για τη στοματική υγεία στις ευρωπαϊκές χώρες.

3.2. Ανάδειξη ανισοτήτων μέσα από τις παροχές (ή μη) οδοντιατρικής περίθαλψης

Μόλις πριν από λίγα χρόνια, ο τίτλος ενός τμήματος στην ταξιδιωτική ενότητα ενός εθνικού δικτύου ειδήσεων έγραφε: «Ο οδοντιατρικός τουρισμός μπορεί να σας εξοικονομήσει πολλά χρήματα». Αυτό το στοιχείο έδειξε ότι περίπου 400.000 Αμερικανοί μετακόμισαν πέρα από τα σύνορα των ΗΠΑ για να αποκτήσουν λιγότερο δαπανηρή οδοντιατρική περίθαλψη, επικαλούμενος μια έκθεση του γερουσιαστή Σάντερς σχετικά με την «Οδοντιατρική κρίση στην Αμερική». Ο οδοντιατρικός τουρισμός δεν περιορίζεται στις Ηνωμένες Πολιτείες, σύμφωνα με το International Medical Travel Journal, η εξοικονόμηση κόστους αποτελεί το βασικό κίνητρο για άτομα του Ηνωμένου Βασιλείου που αναζητούν οδοντιατρική περίθαλψη στο εξωτερικό, με πληρωμές που κυμαίνονται από 8€ στην Ουγγαρία έως 156€ στην Αγγλία. Το κόστος είναι, χωρίς αμφιβολία, ένα σημαντικό στοιχείο στις αποφάσεις των ατόμων να αναζητήσουν οδοντιατρική φροντίδα. Οι Bombberg και Ernst δήλωσαν το 1986 ότι η πληρωμή για οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να είναι δύσκολη και ότι τα έξοδα από την τσέπη ήταν ένας από τους λόγους που προβλέπονταν για να μην πηγαίνει κανείς στον οδοντίατρο. Άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι ασθενείς συχνά πιστεύουν ότι η οδοντιατρική περίθαλψη είναι πολύ ακριβή και ως εκ τούτου προτιμούν να αναβάλλουν την αναζήτηση θεραπείας, υπονοώντας ότι το κόστος έχει αντίκτυπο τόσο στη μακροπρόθεσμη όσο και στη βραχυπρόθεσμη επιλογή της αναζήτησης οδοντιατρικής φροντίδας (Conrad, 1983).

Δεν αποτελεί έκπληξη, επομένως, ότι τόσο ο πλούτος όσο και το εισόδημα έχουν σημαντική και ανεξάρτητη θετική επίδραση στη χρήση της οδοντιατρικής περίθαλψης των ηλικιωμένων. Η οδοντιατρική ασφάλιση, η οποία μειώνει τις δαπάνες από την τσέπη, βελτιώνει την πιθανότητα πρόσβασης στις οδοντιατρικές υπηρεσίες (Manski et al., 2004). Ενώ η επίδραση της οδοντιατρικής κάλυψης είναι καθολικά θετική, υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτηθέντων που αναφέρουν οδοντιατρική κάλυψη ανά χώρα, που κυμαίνεται από τα υψηλότερα ποσοστά κάλυψης στη Γερμανία (98%), την Τσεχία (96%), τη Δανία (92%), και η Ολλανδία (87%) στα μεσαία και χαμηλότερα ποσοστά κάλυψης στην Ελλάδα (57%), τις Ηνωμένες Πολιτείες (48%) και την Ισπανία (31%) (Manski et al., 2015). Διάφορες χώρες έχουν υιοθετήσει διάφορες προσεγγίσεις για να προσφέρουν δημόσια χορηγούμενη οδοντιατρική ασφάλιση.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η ιδιωτική οδοντιατρική ασφάλιση οδηγεί την αγορά οδοντιατρικής κάλυψης, με περίπου το 54% του πληθυσμού να έχει ιδιωτική οδοντιατρική ασφάλιση, το 12% να έχει δημόσια οδοντιατρική περίθαλψη και το 35% να μην έχει καθόλου οδοντιατρική κάλυψη. Το εβδομήντα τοις εκατό του ηλικιωμένου πληθυσμού στερείται οδοντιατρικής κάλυψης, με μόνο το 24% να έχει ιδιωτική κάλυψη και μόνο το έξι τοις εκατό να έχει κρατική φροντίδα. Η δημόσια οδοντιατρική κάλυψη δεν περιλαμβάνεται στο Medicare, ένα κατά τα άλλα καθολικό σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους στις Ηνωμένες Πολιτείες, και η ιδιωτική κάλυψη στις Ηνωμένες Πολιτείες βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην εργασία, καθιστώντας τη μη διαθέσιμη για τους συνταξιούχους (Manski & Goldfarb, 1996). Άλλες χώρες προσφέρουν ολοκληρωμένη Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (SHI) και διαθέτουν λιγότερο ανεπτυγμένη αγορά ιδιωτικής οδοντιατρικής ασφάλισης (Widström et al., 2004). Παρά τις μεγάλες διαφορές στην οδοντιατρική κάλυψη, η σχέση μεταξύ οδοντιατρικής ασφάλισης και οδοντιατρικής προσέλευσης ήταν μικρότερη από την αναμενόμενη, ειδικά σε σύγκριση με τον αντίκτυπο άλλων χαρακτηριστικών χρήσης όπως το εισόδημα και η εκπαίδευση.

Μια πρόσφατη μελέτη προσομοίωσε την επίδραση της παροχής οδοντιατρικής κάλυψης σε ένα προηγούμενως ανασφάλιστο δείγμα παλαιότερων μελών του πληθυσμού της κοινότητας των ΗΠΑ, προκειμένου να κατανοήσει καλύτερα και να απομονώσει την επίδραση της οδοντιατρικής κάλυψης (Manski et al., 2015). Τα ευρήματα αυτής της μελέτης πρότειναν ότι η οδοντιατρική χρήση θα αυξηθεί, αν και με βραδύτερο ρυθμό από ό, τι οι άνθρωποι που είχαν καλυφθεί προηγούμενως. Η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι οι χρήστες οδοντιατρικής φροντίδας διαφέρουν από τους χρήστες μη οδοντιατρικής περίθαλψης σε κρίσιμους τρόπους που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη θέσπιση πολιτικών για την προώθηση της οδοντιατρικής πρόσβασης (Moelle et al., 2014). Η επέκταση της οδοντιατρικής περίθαλψης στους προηγούμενως ανασφάλιστους χωρίς να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση των κοινωνικών παραγόντων της στοματικής υγείας, εκτός από την οδοντιατρική κάλυψη, θα μπορούσε να οδηγήσει σε χαμηλότερη χρήση από την προβλεπόμενη σε χώρες με χαμηλά ποσοστά οδοντιατρικής παρακολούθησης.

Ο αριθμός ανθρώπων που δεν έκαναν χρήση οδοντιατρικής φροντίδας το 2007 κυμάνθηκε από 2,5% (Βέλγιο) έως 21,9% (Λετονία). Για τους άνδρες, κυμαινόταν από 2,3% (Βέλγιο) έως 21,5% (Λετονία) και για τις γυναίκες, από 2,4% (Αυστρία) έως 21,1% (Λετονία). Το ποσοστό της μη χρήσης ήταν άνω του μέσου όρου (8%) τόσο για άνδρες όσο και για γυναίκες σε 11 από τις 24 χώρες που μελετήθηκαν, συμπεριλαμβανομένης της

Ιταλίας, της Ολλανδίας, της Νορβηγίας και της Σουηδίας. Το ποσοστό της μη χρήσης για οικονομικούς λόγους κυμάνθηκε από 9,6% (Τσεχία) έως 80,6% (Εσθονία). Συγκεκριμένα, κυμάνθηκε από 6,2% (Τσεχία) έως 72,4% (Εσθονία) μεταξύ ανδρών και 12,0% (Ηνωμένο Βασίλειο) έως 86,9% (Εσθονία) μεταξύ γυναικών. Έτσι, στα δύο τρίτα των χωρών που μελετήθηκαν, οι γυναίκες ανέφεραν τους οικονομικούς λόγους ως κύρια αιτία για τη μη λήψη οδοντιατρικής φροντίδας. μόνο σε τέσσερις χώρες (Δημοκρατία της Τσεχίας, 9,6%, Ηνωμένο Βασίλειο, 11,9%, Ολλανδία, 12,8% και Λουξεμβούργο, 21,7%) ήταν οικονομικοί λόγοι που αναφέρθηκαν σε λιγότερο από το ένα τέταρτο κάθε φύλου. Οι ανισότητες που σχετίζονται με το εισόδημα στην οδοντιατρική περίθαλψη έχουν διευρυνθεί στην Ευρώπη κατά τη διάρκεια των ετών με την παγκόσμια οικονομική κρίση. Η υψηλότερη κάλυψη οδοντιατρικής περίθαλψης αντιστοιχούσε σε λιγότερες ανισότητες που σχετίζονται με το εισόδημα στην προηγούμενη οδοντιατρική περίθαλψη και σε μικρότερη διεύρυνση αυτών των ανισοτήτων. Στην Ευρώπη, οι χώρες έχουν υιοθετήσει πολύ διαφορετικές προσεγγίσεις για την παροχή δημόσιας επιδότησης οδοντιατρικής ασφάλισης. Ωστόσο, ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί σε αυτές τις διαφορές στην κάλυψη, τη χρηματοδότηση και την παροχή φροντίδας στοματικής υγείας και τις επιπτώσεις της.

Επειδή η οδοντική υγεία είναι τόσο ζωτικής σημασίας για τη σωματική και κοινωνική ευημερία κάποιου, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι υπάρχουν μεγάλες ανισότητες στη στοματική υγεία. Η κακή στοματική υγεία και η έλλειψη πρόσβασης σε προληπτική θεραπεία στοματικής υγείας είναι συχνότερα μεταξύ των μειονεκτούντων ατόμων σε όλο τον κόσμο. Όσοι ενδιαφέρονται για την οδοντιατρική δημόσια υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο ανακάλυψαν ότι, ενώ υπήρξαν μεγάλα γενικά κέρδη στη στοματική υγεία, υπάρχουν ανισότητες μεταξύ των διαφόρων ομάδων που, σε ορισμένες περιπτώσεις, αυξάνονται. (Watt & Sheiham, 1999).

Παιδιά από λιγότερο εύπορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες έχουν περισσότερα κατεστραμμένα πρωτογενή δόντια, σύμφωνα με στοιχεία. Οι ανισότητες είναι ορατές σε όλη τη ζωή, αλλά είναι πιο εμφανείς στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στην ενήλικη ζωή, αν και ο πληθυσμός των μειονοτήτων μειώνεται, οι πιο στερημένες κοινωνικοοικονομικές ομάδες έχουν το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που χρήζουν ιατρικής φροντίδας (Schulte & Tsakos, 2019). Επιπλέον, γεωγραφικές διαφορές στη στοματική υγεία υπάρχουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, όπως συμβαίνει και σε άλλους τομείς της υγείας. Για παράδειγμα, οι Locker και συν. (1991) διαπίστωσαν ότι οι μη μητροπολιτικές ή αγροτικές περιοχές στο Οντάριο έχουν χειρότερη στοματική

υγεία από άλλες κοινότητες και ότι η στοματική υγεία στην Αγγλία είναι συνήθως χειρότερη στο βορρά παρά στο νότο. (Watt & Sheiham 1999).

Μέχρι πρόσφατα, δεν υπήρχε υποχρέωση για μια τοπική υγειονομική αρχή να παρέχει σε ένα άτομο που ζει στην περιοχή της οδοντίατρο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη γεωγραφική διακύμανση της πρόσβασης - που εξακολουθεί να υφίσταται - στις οδοντιατρικές υπηρεσίες σε σύγκριση με την ιατρική. Προς το παρόν δεν είναι σαφές εάν η διαφορά μεταξύ μειονεκτούντων και συνηθισμένων επισκεπτών οφείλεται στην ίδια την επίσκεψη-δηλαδή ότι η οδοντιατρική παρακολούθηση και η σχετική προληπτική φροντίδα και συμβουλές είναι αποτελεσματικές ή αν οφείλεται σε επίδραση υγιούς χρήστη. Οι συνηθισμένοι συμμετέχοντες έχουν ούτως ή άλλως καλύτερες συμπεριφορές και συνήθειες στοματικής υγιεινής.

Η πιο χρήσιμη πηγή πληροφοριών υψηλότερου επιπέδου για το θέμα είναι πιθανό να είναι μια προοπτική μελέτη όπου ένα (κατά προτίμηση αντιπροσωπευτικό) δείγμα ακολουθείται για αρκετό καιρό για να καθοριστεί εάν η συχνή οδοντιατρική παρακολούθηση συμβάλλει στην καλύτερη στοματική υγεία των συνηθισμένων συμμετεχόντων στην καλύτερη συμπεριφορά στοματικής υγείας. Σε προηγούμενες έρευνες, ο Kiyak και ο Reichmuth εξέτασαν τα εμπόδια στην οδοντιατρική θεραπεία για ηλικιωμένους στις Ηνωμένες Πολιτείες. Συνοψίζοντας, ανακάλυψαν χαμηλότερα ποσοστά χρήσης οδοντιατρικών θεραπειών μεταξύ των ηλικιωμένων στους οποίους έχουν απομείνει λίγα φυσικά δόντια, οι οποίοι διατηρούν αρνητική στάση απέναντι στην στοματική υγιεινή, ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, δεν καλύπτονται από οδοντιατρική ασφάλιση, ζουν κυρίως μόνοι και έχουν χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση όπως μετριέται με το εισόδημα και την εκπαίδευση. Ακόμη και όταν υπάρχει ανάγκη, η κακή γενική υγεία και οι χρόνιες ασθένειες έχουν παρατηρηθεί ότι περιορίζουν τη χρήση της οδοντιατρικής φροντίδας, ιδιαίτερα για εκείνους σε ιδρύματα μακροχρόνιας περίθαλψης ή για εκείνους με διάφορους περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ο Pedersen αξιολόγησε προηγούμενη έρευνα σχετικά με τη χρήση οδοντιατρικής περίθαλψης από ηλικιωμένους Ευρωπαίους σε μια σειρά ευρωπαϊκών κρατών. Ανακάλυψαν ότι οι ηλικιωμένοι στη Σουηδία χρησιμοποιούσαν λιγότερες οδοντιατρικές υπηρεσίες καθώς γερνούσαν, ότι οι άντρες χρησιμοποιούσαν λιγότερες οδοντιατρικές υπηρεσίες από τις γυναίκες, ότι είχαν αφαιρούμενες οδοντοστοιχίες ή λίγα εναπομείναντα δόντια, ότι ζούσαν μόνοι, ότι

είχαν λειτουργικές διαταραχές, ότι ήταν καπνιστές, ότι είχαν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και ότι είχαν περιορισμένη κοινωνική και σωματική δραστηριότητα.

Η πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα δύσκολη για τους λειτουργικά εξαρτώμενους ηλικιωμένους που ζουν σε σπίτια μακροχρόνιας φροντίδας ή στο σπίτι τους στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι ηλικιωμένοι με χαμηλότερα εισοδήματα, χαμηλή δραστηριότητα στον τρόπο ζωής και γενικές λειτουργικές διαταραχές βρέθηκαν να σχετίζονται με την παράτυπη ή μη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών στη Δανία. Στις σκανδιναβικές χώρες, η άτυπη οδοντιατρική χρήση συνδέθηκε επίσης με την κακή συνολική υγεία, τον μεγάλο αριθμό συνταγογραφούμενων φαρμάκων, τις οικονομικές δυσκολίες, το να μην είναι γηγενές ένα άτομο και να ζει σε αγροτικές περιοχές. Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα SHARE από το 2006 έως το 2009, μια πολυερωπαϊκή μελέτη χωρών εξέτασε τους λόγους της μη προσέλευσης των ασθενών με οδοντικές παθήσεις ηλικίας 50 ετών και άνω. Τα ποσοστά μη προσέλευσης στη Σουηδία και τη Δανία κυμάνθηκαν από 4,6 % και 9,5 % έως πάνω από 50 % στην Ελλάδα, την Ισπανία, την Πολωνία και την Ιταλία. Άλλες χώρες με ποσοστά μεταξύ 19 και 29 % ήταν η Γερμανία, η Αυστρία, η Γαλλία και η Ελβετία, ενώ η Τσεχική Δημοκρατία είχε ποσοστό περίπου 11%. Όσοι δεν είχαν αναζητήσει τακτική οδοντιατρική περίθαλψη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, κλήθηκαν να ελέγξουν έως και εννέα πιθανούς λόγους (κόστος, έλλειψη κάλυψης ασφάλισης υγείας, χρονικοί περιορισμοί), προδιαθεσικούς παράγοντες (ανεπαρκείς πληροφορίες σχετικά με το είδος της φροντίδας, όχι συνηθισμένες για την απόκτηση αυτού του είδους της φροντίδας), παράγοντες ανάγκης (δεν θεωρούνται απαραίτητοι) και παράγοντες επιπέδου συστήματος (δεν υπάρχει χώρος κοντά στο σπίτι για να λάβετε αυτού του είδους τη φροντίδα).

Η πιο συνηθισμένη αιτία μη προσέλευσης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ήταν ότι η οδοντιατρική περίθαλψη δεν θεωρήθηκε ζωτικής σημασίας σε όλα τα κράτη, αλλά ήταν πολύ υψηλότερη στις μη σκανδιναβικές χώρες. Οι προδιαθεσικές συνθήκες αναφέρονταν συχνότερα ως αιτίες μη προσέλευσης στα σκανδιναβικά κράτη από ό, τι σε άλλες χώρες, αλλά τα προβλήματα σε επίπεδο συστήματος υγείας αναφέρονταν λιγότερο συχνά. Τα προδιαθετικά στοιχεία αναφέρονταν συχνότερα από άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και πιο μορφωμένα, ενώ παράγοντες παροχής δυνατοτήτων αναφέρονταν συχνότερα από γυναίκες και άτομα με χαμηλότερη εκπαιδευτική και κοινωνικοοικονομική θέση. Σαφώς, υπάρχει μια ποικιλία πιθανών εμποδίων για τη

λήψη οδοντιατρικής θεραπείας σε διαφορετικές χώρες. Αυτό εγείρει το ερώτημα ποιο στοιχείο ή σύνολο παραγόντων έχει τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στην άρνηση των ηλικιωμένων να ζητήσουν ιατρική βοήθεια και πώς αυτές οι επιπτώσεις διαφέρουν μεταξύ των Ηνωμένων Πολιτειών και άλλων (ευρωπαϊκών) χωρών. Η προηγούμενη έρευνα που αναφέρεται στην ανάλυσή μας αναφέρει τυπικά ποια χαρακτηριστικά έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με τη μη παρακολούθηση των δοντιών, αλλά δεν προσδιορίζουν ποσοτικά πόσο αυτές οι επιπτώσεις μειώνουν την πιθανότητα οι ηλικιωμένοι να αναζητήσουν οδοντιατρική φροντίδα.

Οι πιο σημαντικές πρόσφατες αλλαγές στην ευρωπαϊκή στοματική υγειονομική περίθαλψη ανακαλύφθηκαν στην Ανατολική Ευρώπη, όπου προηγουμένως ιδιωτικοποιήθηκαν ευρέως οι δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες. Τα περισσότερα κράτη της ΕΕ για την προσχώρηση (Ανατολικής Ευρώπης), αντίθετα, φάνηκε να δημιουργούν σταθερά ασφαλιστικά συστήματα για την κάλυψη του κόστους της θεραπείας της στοματικής υγείας. Οι δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες, όπως αυτές των σκανδιναβικών χωρών, εξακολουθούν να απολαμβάνουν ισχυρή πολιτική υποστήριξη και έχουν δει μέτρια ανάπτυξη. Στη Νότια Ευρώπη, η δημόσια οδοντιατρική περίθαλψη για παιδιά και ομάδες ειδικών αναγκών φαίνεται να έχει επιτύχει κάποια αποδοχή. Ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ που χρησιμοποιούν το σύστημα Bismarkian, το οποίο περιλαμβάνει ασφάλειες υγείας που καλύπτουν ολόκληρο τον πληθυσμό, παρέχουν πλήρη θεραπεία και παρέχουν οφέλη για τακτικά οδοντιατρικά ραντεβού, έχουν αναφερθεί ότι αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Η έρευνα διαπίστωσε επίσης ότι, με εξαίρεση την Πορτογαλία και την Ισπανία, όπου ο αριθμός των οδοντιάτρων αυξάνεται ραγδαία, το συνολικό μέγεθος του εργατικού δυναμικού της ΕΕ για τη στοματική υγεία αυξάνεται αργά. Μόνο ένας μικρός αριθμός κρατών μελών φάνηκε να συλλέγει δεδομένα σχετικά με την πρόσληψη και το κόστος των υπηρεσιών και η ανάλυση των αποτελεσμάτων περίθαλψης αποδείχθηκε προβληματική.

Οι στατιστικές κόστους φάνηκαν να δείχνουν σημαντικές ανισότητες στις κατά κεφαλή δαπάνες για στοματική υγειονομική περίθαλψη από το ένα κράτος μέλος στο άλλο. Ωστόσο, στη συντριπτική πλειοψηφία των κρατών, το κόστος, ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα, μπορούσε να εκτιμηθεί μόνο. Παρ' όλα αυτά, η μελέτη διαπίστωσε ότι το 2000, τα 28 κράτη μέλη της ΕΕ είχαν συνολικό πληθυσμό 456 εκατομμύρια άτομα, εργατικό δυναμικό από την στοματική υγεία 900.000 άτομα (εκ των οποίων περίπου

300.000 ήταν οδοντίατροι) και δαπάνες για στοματική υγεία 54.000.000 ευρώ. Οι μακροσκοπικές μελέτες συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βοηθήσουν στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι διάφορες χώρες οργανώνονται και προσφέρουν υγειονομική περίθαλψη στους πληθυσμούς τους. Δίνουν στους ανθρώπους την ευκαιρία να δουν τι μπορεί να γίνει με επιτυχία και τι μπορεί να είναι προβληματικό όσον αφορά την επίτευξη εξαιρετικών αποτελεσμάτων για την υγεία και το σύστημα. Στην πραγματικότητα, η συνολική δομή και το πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και χαρακτηριστικά όπως η κάλυψη, η χρηματοδότηση και ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος παροχής, μπορούν να παίξουν ρόλο στην ενίσχυση των αποτελεσμάτων υγείας.

3.3. Αιτίες αποφυγής της οδοντιατρικής περίθαλψης

Υπάρχουν επιδημιολογικές ενδείξεις που δείχνουν ότι οι περιθωριοποιημένοι συμμετέχοντες έχουν χειρότερη στοματική υγεία από τους συνηθισμένους συμμετέχοντες, ακόμη και μετά από προσαρμογή για υποθετικούς λόγους περιθωριοποίησης όπως η κοινωνική τάξη, η ηλικία, το φύλο και η εθνικότητα. Μια εξαίρεση, με μια μελέτη σε νέους ενήλικες της Νέας Ζηλανδίας, διαπιστώθηκε ότι αυτοί που είχαν εκτεθεί και μεγαλώσει σε προβληματικά περιβάλλοντα ήταν τρεις φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν απώλεια δοντιών που σχετίζονται με τερηδόνα σε διάστημα οκτώ ετών (Thomson et al., 2000). Διαφορές όπως αυτή δεν περιορίζονται σε κλινικά μέτρα: Μια πρόσφατη μελέτη σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων στο Ηνωμένο Βασίλειο ανακάλυψε ότι οι συμμετέχοντες με προσανατολισμό στα προβλήματα ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία (McGrath & Bedi, 2001). Ακόμη και μετά τη διόρθωση για κλινικούς δείκτες, ο επιπολασμός της «στοματικής αναπηρίας» (που ορίζεται από μια σειρά από αυτοαναφερόμενα μέτρα) ήταν μεγαλύτερος μεταξύ εκείνων που είχαν προσανατολισμό στα προβλήματα, σύμφωνα με αμερικανική έρευνα για ηλικιωμένους. Η θεραπεία της στοματικής νόσου με την παραδοσιακή έννοια είναι πολύ δαπανηρή. Στα περισσότερα ανεπτυγμένα έθνη, είναι η τέταρτη πιο δαπανηρή ασθένεια για θεραπεία. Η πλειονότητα των συστημάτων βασίζεται στη ζήτηση για οδοντιατρική θεραπεία, με ιδιώτες οδοντιάτρους να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με ή χωρίς συστήματα πληρωμών τρίτων. Μερικές χώρες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της Σκανδιναβίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, έχουν οργανωμένες υπηρεσίες δημόσιας

υγείας, παροχών φροντίδας στοματικής υγείας, ιδιαίτερα για τα παιδιά και τις μειονεκτούσες ομάδες πληθυσμού.

3.5. Η πρόληψη ως βασικός παράγοντας της περίθαλψης

Τα τελευταία χρόνια, έχουν παρατηρηθεί εξοικονομήσεις σε οδοντιατρικές δαπάνες στις βιομηχανικές χώρες που έχουν επενδύσει στην προληπτική στοματική φροντίδα και έχουν παρατηρηθεί θετικές τάσεις όσον αφορά τη μείωση του πληθυσμού της στοματικής νόσου. Για παράδειγμα, η κακή στοματική υγεία έχει συσχετιστεί με διαταραγμένο καρδιαγγειακό προφίλ κινδύνου, δηλαδή με υψηλότερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και αυξημένο κίνδυνο όλων των μορφών καρκίνου. Η στοματική υγεία είναι απαραίτητη για τη σωματική και κοινωνική ευεξία. Με απλά λόγια, το στόμα χρησιμεύει ως φράγμα μεταξύ του εσωτερικού σώματος και των εξωτερικών πηγών ρύπανσης, καθώς και ως αγωγός για φαγητό και ποτό στο σώμα και ως μέθοδος για να εκφραστούμε (Roberts, 2012). Η καλή οδοντική υγεία και τα λειτουργικά δόντια είναι απαραίτητα για τη συνολική υγεία, καθιστώντας αναγκαία μια ποικίλη και διατροφικά ισορροπημένη διατροφή. (Petersen & Yamamoto, 2005). Επιπλέον, η στοματική υγεία και η εμφάνιση του στόματος και των δοντιών είναι σημαντικά τόσο για την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του όσο και για τις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις (Strauss & Hunt, 1993). Η θέση του στόματος στο κέντρο του προσώπου το καθιστά - σε πολλούς πολιτισμούς - ιδιαίτερα ορατό, και ως εκ τούτου είναι σημαντικό για την εξωτερική εμφάνιση, στην οποία οι άλλοι ανταποκρίνονται και αντιδρούν στον καθένα. Συγκεκριμένα, η εμφάνιση των δοντιών είναι σημαντική και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κρίση ενός ατόμου (Alkhatib et al., 2005), αν και τέτοιες κρίσεις είναι πιθανό να διαμορφωθούν από κοινωνικούς, πολιτιστικούς και ιστορικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, τον 16ο και τον 17ο αιώνα τα μαυρισμένα δόντια ήταν ένα σημάδι ευημερίας - που αντικατόπτριζε την ικανότητα να καταναλώνουν ζάχαρη και τρόφιμα, ενώ σήμερα, συμβαίνει το αντίθετο, με τη τερηδόνα ή τα σάπια δόντια να συνδέονται γενικά με τη φτώχεια. Το να έχει κανείς σάπια δόντια ή εμφανώς ελλειπή οδοντοστοιχία στους δυτικούς πολιτισμούς συνδυάζεται με μια μυριάδα πιθανών - πάντα αρνητικών - υποθέσεων για ένα άτομο: έννοιες «βρώμικων» ή «ανθυγιεινών», που δεν έχουν υπερηφάνεια για τον εαυτό τους. Φαίνεται ότι η εμφάνιση των δοντιών γίνεται όλο και πιο σημαντική, με την εικόνα

του «αμερικανικού χαμόγελου» ως πρότυπο τέλει λευκό και ίσιο να είναι εξαιρετικά διαδεδομένη.

4. Σκοπός και Μεθοδολογία Έρευνας

4.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας, μέσω σύγχρονης βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Προκειμένου η έρευνα για το συγκεκριμένο ζήτημα να καλυφθεί σε όσο μεγαλύτερο βαθμό γίνεται, θα προταθούν ορισμένα ερευνητικά ερωτήματα προς απάντηση. Τα ερευνητικά ερωτήματα για τα οποία θα επιχειρηθεί να δοθεί απάντηση είναι τα εξής:

1. Επηρεάζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας από οικονομικούς παράγοντες;
2. Επηρεάζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας από τον τρόπο διοίκησης των αντίστοιχων φορέων;
3. Σχετίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών και με ποιον τρόπο;
4. Σχετίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των εργαζομένων στις αντίστοιχες δομές και φορείς;
5. Ποιοι παράγοντες καθορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας;

4.2. Μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης της έρευνας

Οι αρχές της έρευνας συστηματικής ανασκόπησης θα χρησιμοποιηθούν για να απαντηθούν τα προαναφερθέντα ερωτήματα με ενδεδειγμένο και ικανοποιητικό τρόπο. Χρησιμοποιώντας αυτή τη στρατηγική, οι ερευνητές μπορούν να λάβουν όλα τα δεδομένα που χρειάζονται για την έρευνά τους και στη συνέχεια να τα χρησιμοποιήσουν ή να τα απορρίψουν όπως απαιτείται, με βάση τις απαιτήσεις των μεμονωμένων έργων τους. Επομένως, μια προηγμένη βιβλιογραφική έρευνα είναι ζωτικής σημασίας γιατί παρουσιάζει τις υπάρχουσες έρευνες αλλά και όλες τις προηγούμενες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και παρέχει σημαντικές πληροφορίες, προκειμένου να διεξαχθεί μια έρευνα σύγκρισης (Γαλάνης, 2009). Πιο συγκεκριμένα, η συστηματική ανασκόπηση ορίζεται ως «ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με μια συγκεκριμένη επιστημονική υπόθεση [...] και αποβλέπει στην αναγνώριση, την εκτίμηση και την επιλογή των καλύτερα μεθοδολογικά σχεδιασμένων μελετών» (Γαλάνης, 2009). Οι ερευνητές βασίζονται σε

αυτήν την επιστημονική τεχνική λόγω του υψηλού επιπέδου αξιοπιστίας που θεωρείται ότι παρέχει. Ωστόσο, αυτή η αξιοπιστία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την πλήρη κατανόηση του τρόπου σωστής αξιολόγησης των ευρημάτων της έρευνας, κάνοντας πράξη την τεχνική (Γαλάνης, 2009). Επίσης, σχετικά με το περιεχόμενο της φράσης «συστηματική ανασκόπηση» είναι επιθυμητό να επισημανθεί ότι πρόκειται για μια μέθοδο, που δεν θα πρέπει να συγχέεται με την κλασσική έννοια της «βιβλιογραφικής ανασκόπησης», ή με την έννοια της «μετα-ανάλυσης», εφόσον όλα τα μέσα της πρώτης καταθέτουν απλώς τα δεδομένα της έρευνας που ήδη υπάρχει και μέσα από την δεύτερη παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από μια συστηματικής ανασκόπηση μαζί με στατιστικά δεδομένα (Γαλάνης, 2009). Ως αποτέλεσμα, θα πρέπει να θεωρηθεί ως στρατηγική σύγκρισης των αποτελεσμάτων επιλεγμένων ερευνών, παρουσίασης των αποτελεσμάτων και των πληροφοριών τους σε σύγκριση και εξαγωγής λογικών και αποδεδειγμένων συμπερασμάτων που προσθέτουν στη μελέτη του υπό εξέταση ζητήματος (Denyer, & Tranfield, 2009). Σε αυτή τη μελέτη διεξάγονται συστηματικές ανασκοπήσεις με βάση το ερευνητικό θέμα. Άρα, η παρούσα μελέτη ασχολείται με τη διεξαγωγή της έρευνας και την παρουσίαση και ανάλυση ευρημάτων, βάσει σχετικής βιβλιογραφίας, σχετικά με το πρόβλημα της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας στο ελληνικό, σύστημα υγείας του δημοσίου. Μπορεί λοιπόν να υποστηριχθεί ότι αυτή η έρευνα επικεντρώνεται στην ανακάλυψη πηγών που συνδέονται με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στον ελληνικό δημόσιο τομέα. Προκειμένου να κατανοηθεί καλύτερα η τεχνική και το σκεπτικό για την επιλογή και την απόρριψη των πηγών μελέτης. Πραγματοποιήθηκαν αναζητήσεις σε διάφορες βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των Google Scholar, Elsevier, MedLine και PubMed, καθώς και Academia, Research Gate και DAI, για να εντοπιστούν άρθρα, ερευνητικές εργασίες, διδακτορικές διατριβές και ηλεκτρονικά βιβλία σχετικά με το υπό εξέταση θέμα. Οι ακόλουθες λέξεις-κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν για αναζήτηση σε ορισμένες βάσεις δεδομένων:

- οδοντιατρική περίθαλψη
- οδοντιατρική υγεία/dental health (πλέγμα)
- στοματική υγεία (πλέγμα)/ oralcare
- δημόσιο/ ιδιωτικό σύστημα υγείας (πλέγμα)
- παροχές περίθαλψης (πλέγμα)
- ασφαλιστικοί φορείς (τίτλος)
- ανισότητες στην υγεία (τίτλος)
- παροχές οδοντιατρικής φροντίδας (πλέγμα)

Επιπλέον, τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την επιλογή των ερευνητικών άρθρων και μελετών που ακολουθούν είναι τα ακόλουθα:

- Στην επιλογή συμπεριλήφθηκαν αυτούσια ερευνητικά άρθρα σε επιστημονικές δημοσιεύσεις ή παρουσιάστηκαν σε συνέδρια, καθώς και έρευνες που διεξήχθησαν εντός του πλαισίου της εν λόγω διδακτορικής διατριβής.

- Κύρια κριτήρια για την επιλογή των εργασιών ήταν η εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους, η πλήρης τεκμηρίωση, η ικανότητα απόκτησης ολοκληρωμένων βιβλιογραφικών πληροφοριών για κάθε μελέτη, η δημοσίευση σε έγκριτες επιστημονικές δημοσιεύσεις και η συνάφεια με κάθε μέρος του θέματος της εργασίας.

Ένας αριθμός άλλων μελετών μπορεί να εντοπιστεί κοιτάζοντας τους βιβλιογραφικούς πίνακες των αρχικών ερευνητικών εργασιών, οι οποίοι επίσης χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την ανάλυση. Κατά τη διάρκεια της αναζήτησης, επιλογής και αξιολόγησης πηγών, διατηρήθηκε αυστηρή τήρηση αυτών των προτύπων. Τα βήματα και τα έγγραφα ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την έρευνα περιγράφονται παρακάτω.

4.3. Σχεδιασμός της έρευνας.

Αρχικά, η έρευνα προσπάθησε να βρει τις πηγές που καλύπτουν τις τρέχουσες ανησυχίες για την ελληνική δημόσια υγεία και τις μελέτες που έχουν γίνει για το πώς οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης διασφαλίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες τους. Αυτό απαιτούσε τις ακόλουθες αναζητήσεις στο σχεδιασμό της έρευνας:

1. Των πηγών για τις παροχές υγείας.
2. Των πηγών των οδοντιατρικών παροχών του ελληνικού δημόσιου και ιδιωτικού συστήματος υγείας.
3. Των πηγών των οδοντιατρικών παροχών του ευρωπαϊκού συστήματος υγείας.
4. Των πηγών των οδοντιατρικών παροχών του αμερικανικού συστήματος υγείας

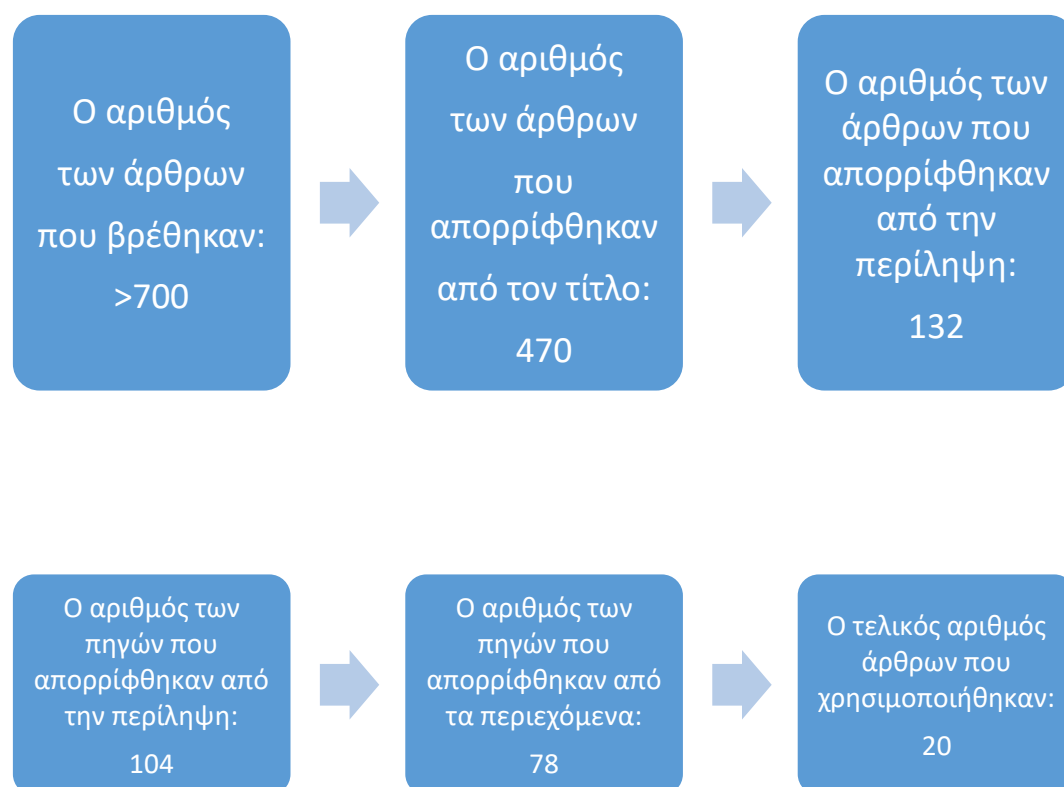
Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθούν οι περιορισμοί της μελέτης, οι οποίοι υπάρχουν σε όλες τις σχετικές έρευνες. Ως αποτέλεσμα, οι ακόλουθοι περιορισμοί έχουν επιβληθεί στην έρευνα:

- Ο χρόνος μελέτης περιορίστηκε από τα πολλά κριτήρια.
- Ο περιορισμός ισχύει μόνο για τις χώρες που εξετάστηκαν και όχι για όλες τις χώρες.

- Για τη διεξαγωγή της όλης έρευνας χρησιμοποιήθηκαν και ελληνικές και αγγλικές μελέτες, επομένως τυχόν μελέτες που θα μπορούσαν να παρείχαν χρήσιμα δεδομένα αλλά δημοσιεύτηκαν σε άλλη γλώσσα έπρεπε να εξαλειφθούν.

4.4. Τελική επιλογή πηγών για μελέτη.

Το διάγραμμα παρακάτω, δείχνει την πλήρη διαδικασία έρευνας σύμφωνα με τα κριτήρια που δόθηκαν προηγουμένως, καθώς και τις φράσεις και λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν. Έτσι, βρέθηκαν συνολικά πάνω από 2.000 άρθρα στην αρχική αναζήτηση, η οποία ήταν γενική. Σχεδόν 1780 άρθρα εξαλείφθηκαν με βάση τους τίτλους τους, 104 εξαλείφθηκαν με βάση τη σύνοψη και 49 εξαλείφθηκαν αφού μια διεξοδική μελέτη του περιεχομένου αποκάλυψε την ασυμβατότητά τους με το θέμα υπό εξέταση. Ακολουθώντας τα κριτήρια συστηματικής ανασκόπησης, η μελέτη κατέληξε σε συνολικά 67 πηγές που είχαν άμεση σχέση με τον στόχο και την ουσία της έρευνας. Όλα αυτά απεικονίζονται στο διάγραμμα παρακάτω:



4.5. Αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης της έρευνας

Στο εν λόγω κομμάτι θα αναλυθούν εις βάθος όλες οι πηγές που βρέθηκαν μέσω της συστηματικής ανασκόπησης. Θα εξηγηθεί επίσης γιατί κάθε μελέτη έχει επιλεγεί για την τελική μελέτη εξετάζοντας τους τίτλους των μελετών καθώς και τον κύριο στόχο, τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματά τους.

Συγγραφέας/ έτος	Σκοπός	Χώρα	Δείγμα	Μέθοδος	Αποτελέσματα
1. Salam Abdus, Sandra L.Decker (2000-2015), 2019	Αυτή η μελέτη εξέτασε τη σχέση μεταξύ της κάλυψης των οδοντιατρικών υπηρεσιών μη επείγουσας ανάγκης για ενήλικες με Medicaid και των δαπανών οδοντιατρικών υπηρεσιών.	Ηνωμένες Πολιτείες	Οι ενήλικες 21 ετών και άνω που συμμετείχαν στο Medicaid από το 2000 έως το 2015.	Οι συγγραφείς εξέτασαν τις οδοντιατρικές επισκέψεις, τις προληπτικές και άλλες υπηρεσίες, καθώς και το συνολικό οδοντιατρικό κόστος. Χρησιμοποιώντας πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης, υπολογίσαμε τις διαφορές στα αποτελέσματα για τους εγγεγραμμένους στο Medicaid μεταξύ πολιτειών	Σε σύγκριση με τους εγγεγραμμένους στο Medicaid σε μη καλυπτόμενες πολιτείες, εκείνοι στις καλυπτόμενες πολιτείες είχαν 9% περισσότερες πιθανότητες να έχουν οδοντιατρική επίσκεψη, 7% περισσότερες πιθανότητες να έχουν οποιαδήποτε προληπτική οδοντιατρική φροντίδα και περισσότερες πιθανότητες να έχουν όλες τις άλλες οδοντιατρικές υπηρεσίες εκτός από τη στοματική χειρουργική. Το μερίδιο από την τσέπη του οδοντιατρικού κόστους ήταν περίπου 19% χαμηλότερο μεταξύ των εγγεγραμμένων με οποιαδήποτε επίσκεψη σε καλυπτόμενες πολιτείες από ό,τι σε ανασφάλιστους.

				που κάλυπταν μη επείγουσες οδοντιατρικ ές θεραπείες και πολιτειών που δεν κάλυπταν.	
2. N. Alkhatib, Ruth Holt, Raman Bedi	Για να προσδιοριστεί ο επιπολασμός της ικανοποίησης με την οδοντική εμφάνιση και το χρώμα των δοντιών στο Ηνωμένο Βασίλειο και να διερευνήσει τον αντίκτυπο της γήρανσης σε αυτές τις αντιλήψεις	Ηνωμένο Βασίλειο	τυχαίο δείγμα 3.384 ενηλίκων	Τα δεδομένα σχετικά με τη γήρανση και την ικανοποίησ η με την οδοντική εμφάνιση και το χρώμα των δοντιών συγκεντρώθ ηκαν μέσω ενός ερωτηματολ ογίου που συμπληρώθ ηκε σε συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο.	Τα τρία τέταρτα του πληθυσμού ήταν ικανοποιημένα με τη δική τους οδοντική εμφάνιση και τα δύο τρίτα ήταν ικανοποιημένα με το χρώμα των δοντιών τους. Τα άτομα άνω των 55 ετών είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να είναι ικανοποιημένα με την οδοντική τους εμφάνιση και το χρώμα των δοντιών τους ($p < 0,05$) σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικιακές ομάδες.
3. Anne Nordrehaug Astrøm, Gunnar Ekback, Sven Ordell, Lennart Unell 1992	Αυτή η μελέτη είχε στόχο να αξιολογήσει τη μακροπρόθεσμη επίδραση των κοινωνικο- συμπεριφορικών χαρακτηριστικών στις στοματικές επιπτώσεις στις καθημερινές επιδόσεις στην ηλικία των 65 ετών	Σουηδία	Όλοι οι 50χρονοι σε δύο κομητείες της Σουηδίας κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε μια διαχρονική έρευνα. Συνολικά 6.346 απάντησαν και, από αυτούς,	διαχρονική έρευνα	Η επιδείνωση των κοινωνικο- συμπεριφορικών περιστάσεων συσχετίστηκε με αυξημένες στοματικές επιπτώσεις. Η έγκαιρη προστασία από τις επιπτώσεις των κοινωνικο- συμπεριφορικών αντιξοοτήτων με την επιβολή οικονομικών φραγμών, τη διασφάλιση της παροχής φροντίδας υψηλής ποιότητας και την προώθηση υγιεινών

	και των αλλαγών στα κοινωνικο-συμπεριφορικά χαρακτηριστικά μεταξύ 50 και 65 ετών		4143 ολοκλήρωσαν την παρακολούθησή σε ηλικίες 55, 60 και 65 ετών.		τρόπων ζωής φαίνεται να έχει τη δυνατότητα να μειώσει τις στοματικές επιπτώσεις σε μεγαλύτερες ηλικίες.
4. Barros AJD, Bertoldi DA 2002	η διερεύνηση της παρουσίας ανισοτήτων στην πρόσβαση και τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών για άτομα που ζουν στην περιοχή κάλυψης της Στρατηγικής Οικογενειακής Υγείας (FHS) στην Πόντα Γκρόσα, Πολιτεία Παρανά, Βραζιλία, και για την αξιολόγηση μεμονωμένων καθοριστικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτές	Βραζιλία	747 άτομα	Προελεγμένο ερωτηματολόγιο. Η ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τεστ chi-square και ανάλυση παλινδρόμησης Poisson, λαμβάνοντας επεξηγηματικά μοντέλα για πρόσφατη χρήση και, περιορίζοντας την ανάλυση σε όσους αναζήτησαν οδοντιατρική φροντίδα, για αποτέλεσμα πρόσβασης.	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 41% του δείγματος είχε πρόσφατες επισκέψεις στον οδοντίατρο. Τα χαμηλότερα ποσοστά επισκέψεων παρατηρήθηκαν μεταξύ των παιδιών προσχολικής ηλικίας και των ηλικιωμένων. Τα άτομα που εντόπισαν περισσότερο το FHS ως τακτική πηγή οδοντιατρικής φροντίδας ήταν παιδιά. Εκτός από την ηλικία, οι καλύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και η παρουσία μιας τακτικής πηγής οδοντιατρικής φροντίδας συσχετίστηκαν θετικά με τις πρόσφατες οδοντιατρικές επισκέψεις. Εντοπίστηκαν ανισότητες στη χρήση και την πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη, ενισχύοντας την ανάγκη προώθησης κινήτρων για τη βελτίωση της πρόσβασης των υποεξυπηρετούμενων πληθυσμών.
5. Berk, M. L., Schur, C. L., Chang, D. I., Knight, E. K., & Kleinman, L. C. 2004	Αυτή η μελέτη εξέτασε τις δαπάνες υγείας και οδοντιατρικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες από το	Ηνωμένες Πολιτείες	δεδομένα που συλλέχθηκαν από την Έρευνα της Ομάδας Ιατρικών Δαπανών	Αυτή η μελέτη εξέτασε τις δαπάνες υγείας και οδοντιατρικής	Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη δεν είναι εγγενώς κακές, δεδομένου ότι φέρνουν οφέλη ενώ επιβαρύνουν το κόστος. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι ενώ υπήρξαν αυξήσεις

	1996 έως το 2016 και διερεύνησε τις τάσεις στις δαπάνες σε διάφορες υποομάδες πληθυσμού.			περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1996 έως το 2016. Οι τάσεις στις δαπάνες εμφανίστηκαν γραφικά και εξετάστηκαν οι δαπάνες σε όλες τις υποομάδες. Όλες οι δαπάνες προσαρμόστηκαν για τον πληθωρισμό ή τον αποπληθωρισμό στο δολάριο του 2016.	τόσο στις δαπάνες για την υγεία όσο και στις δαπάνες οδοντιατρικής περίθαλψης από το 1996 έως το 2016, αυτές οι αυξήσεις δεν ήταν ομοιόμορφες τόσο μεταξύ των υποομάδων του πληθυσμού όσο και του χρόνου.
6. José Ricardo Mello Brandão, Reinaldo José Gianini, Hilegonda Maria Dutilh Novaes, Moisés Goldbaum 2010	Η αξιολόγηση του προγράμματος FHS	Βραζιλία	δύο διοικητικές περιφέρειες (με 190.000 κατοίκους) στα περίχωρα της πόλης του Σάο Πάολο, και οι δύο εξυπηρετούνται εν μέρει από το FHS	Η στρωματοποιημένη μονομεταβλητή ανάλυση εφαρμόστηκε για το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το εισόδημα, την εργασιακή κατάσταση και την κοινωνική	Το FHS μπορεί να αυξήσει την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για χρόνιες ασθένειες, πιθανώς μέσω της αύξησης της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

				ασφάλιση αυτών των πληθυσμών. Εφαρμόστη κε πολυμεταβλ ητή ανάλυση όπου ίσχυε.	
7. Natasa V Daniilidou, Susan Gregory, John H Kyriopoulos, Dimitrios J Zavras 2004	Η αυτοαξιολόγηση της υγείας, ως δείκτης της υγείας του πληθυσμού, είναι μια έννοια χρήσιμη τόσο για έρευνα όσο και για προγραμματισμό. Αυτή η μελέτη αναφέρει την αυτοαξιολόγηση της υγείας και παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν στην Ελλάδα.	Ελλάδα	ένα δείγμα τυχαία επιλεγμένων γεωγραφικά ατόμων	Ταχυδρομικ ή έρευνα με βάση τον πληθυσμό, χρησιμοποι ώντας ερωτηματολ όγια του Παγκόσμιο υ Οργανισμο ύ Υγείας (ΠΟΥ)	Η αυτοαξιολόγηση της υγείας στην Ελλάδα σχετίζεται με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, αλλά ίσως όχι τόσο έντονα όσο σε άλλους πληθυσμούς.
8. William Papaioannou,, Constantine J. Oulis, Demetra Latsou, and John Yfantopoulos 2011	η διερεύνηση της επίδρασης της στοματικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ενηλίκων σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας, χρησιμοποιώντας τη σύντομη φόρμα Oral Health Impact Profile.	Ελλάδα	Τυχαίο δείγμα από 504 ενήλικες ηλικίας 35–44 ετών	Οι συνεντεύξει ς πρόσωπο με πρόσωπο πραγματοπο ιήθηκαν χρησιμοποι ώντας την επικυρωμέν η ελληνική γλώσσα OHIP-14. Οι συσχετίσεις της συνολικής βαθμολογία ς OHIP-14 και των 7 υποκλιμάκ ων της μαζί	Οι οδοντικές συνθήκες και η κατάσταση της στοματικής υγείας είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων.

				με την αυτοαντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής αξιολογήθηκαν με τις συσχετίσεις του Spearman	
9. Haroula Koletsi-Kounari, William Papaioannou, Theodoros Stefaniotis 2011	να περιγράψει και να αναλύσει τις τάσεις στον αριθμό και την κατανομή των οδοντιάτρων στην Ελλάδα τα τελευταία τριάντα χρόνια και να συγκρίνει την αναλογία του Έλληνα οδοντιάτρου προς πληθυσμό με αυτή των άλλων είκοσι έξι χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ)	Ελλάδα	Στοιχεία για τον αριθμό των οδοντιάτρων στην Ελλάδα και την κατανομή τους σε όλη τη χώρα ανά φύλο για τα έτη 1982, 1992 και 2007 ελήφθησαν από τον Ελληνικό Οδοντιατρικό Σύλλογο.	Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε σε μη παραμετρικές δοκιμές. Οι μεταβλητές του αποτελέσματος ήταν ο συνολικός αριθμός οδοντιάτρων ανά 10.000 κατοίκους, οι αναλογικές αλλαγές στους αριθμούς για τις επιλεγμένες δεκαετίες και η αναλογική κατανομή ανά περιοχή και φύλο.	Ο αριθμός των οδοντιάτρων ανά 10.000 κατοίκους αυξήθηκε σημαντικά από το 1982 έως το 2007 (7,7 και 13,0, αντίστοιχα), και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική. Ανάμεσα στο 1982 και το 1992 βρέθηκε νοσητιστικά σημαντική διαφορά
10. Man Hung, Ryan Moffat, Gagandeep Gill, Evelyn Lauren, Bianca Ruiz-	να εξετάσει τον αντίκτυπο της στοματικής υγείας στη συνολική υγεία του πληθυσμού	Ηνωμένες Πολιτείες	Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την National Health and	Οι σταθμισμένες εκτιμήσεις επιπολασμο	Αυτή η μελέτη παρείχε ισχυρές εμπειρικές ενδείξεις ότι η στοματική υγεία συνδέεται άμεσα με διαφορετικές παθήσεις και

Negrón, Megan N Rosales, James Richey, Frank W Licari 2019	άνω των 65 ετών		Nutrition Examination Survey (NHANES) 2015-2016. Οι μεταβλητές περιελάμβαναν δημογραφικά στοιχεία και αντιλήψεις για τη στοματική υγεία και τη συνολική υγεία και ευεξία	ύ υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση και το ποσοστό ανάλογα με την περίπτωση. Πραγματοποιήθηκαν δοκιμές Chi-square και λογιστικές παλινδρομήσεις για να εξεταστεί η συσχέτιση της στοματικής υγείας με τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, τη γενική υγεία και τις συστηματικές παθήσεις.	συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη γενική υγεία ενός ατόμου, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους.
11. Lisa M Jamieson 1 , Murray Thomson 2002	να εξετάσει την στοματική υγεία και τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών σε δείγμα πληθυσμού ενηλίκων Dunedin και να εξετάσει τις συσχετίσεις τους με την	Νέα Ζηλανδία	τυχαίο δείγμα 600 κατοίκων	Ερωτηματολόγιο	Από τους 458 ερωτηθέντες, σχεδόν τα δύο τρίτα ήταν γυναίκες και σχεδόν όλοι ήταν Ευρωπαίοι. Από τους 385 οδοντωτούς ερωτηθέντες (84,1 τοις εκατό), το 62,5% επισκεπτόταν συνήθως έναν οδοντίατρο για έλεγχο και το 66,6% είχε επισκεφτεί έναν οδοντίατρο τον προηγούμενο

	οδοντιατρική παραμέληση				χρόνο.
12. D Locker 1, J L Leake, J Lee, P A Main, T Hicks, M Hamilton 1991	Να εντοπίσει τις διαφοροποιήσεις στη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών	Ηνωμένες Πολιτείες	907 άνθρωποι	οδοντιατρικ ές εξετάσεις και προσωπική συνέντευξη πολλών θεμάτων	Η οδοντιατρική κατάσταση, η κοινότητα κατοικίας, το εισόδημα και η οδοντιατρική ασφαλιστική κάλυψη ήταν σημαντικοί παράγοντες για τη μη πραγματοποίηση οδοντιατρικής επίσκεψης τον τελευταίο χρόνο. Αυτοί οι ίδιοι παράγοντες, συν η εκπαίδευση ήταν σημαντικοί όταν τα άτομα ανέφεραν ότι επισκέπτονταν έναν οδοντίατρο μόνο όταν υπήρχε πόνος ή πρόβλημα
13. M anski, R. J., Goodman, H. S., Reid, B. C., & Macek, M. D. 2004	να εξετάσει την επίδραση της ηλικίας, του εισοδήματος και της κάλυψης στη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών κατά το 1996	Ηνωμένες Πολιτείες	στοιχεία από την Έρευνα της Ομάδας Ιατρικών Δαπανών του 1996	πολυμεταβλ ητές αναλύσεις για τη μέτρηση της επίδρασης του εισοδήματο ς και της ηλικίας που σχετίζεται με την κατάσταση οδοντιατρικ ής κάλυψης μετά από έλεγχο για διάφορες κοινωνικοοι κονομικές και δημογραφικ ές μεταβλητές	Η οδοντιατρική ασφαλιστική κάλυψη παίζει σημαντικό ρόλο στη χρήση της οδοντιατρικής περίθαλψης
14. R ichard Manski, John Moeller, Haiyan Chen, Eeva Widström, Jinkook	να εξετάσει την έκταση της διακύμανσης στην οδοντιατρική ασφαλιστική	Ηνωμένες Πολιτείες και Ευρώπη	Δεδομένα 2006/2007 από την Έρευνα για την υγεία, τη γήρανση και τη	Μια σειρά μοντέλων λογιστικής παλινδρόμη σης	Υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις στην οδοντιατρική κάλυψη σε όλους τους ηλικιωμένους πληθυσμούς που εξετάστηκαν

Lee, Stefan Listl 2015	κάλυψη για ηλικιωμένους πληθυσμούς εντός και μεταξύ των Ηνωμένων Πολιτειών και διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών		συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE) και δεδομένα 2004-2006 από τη μελέτη για την υγεία και τη συνταξιοδότηση (HRS) στις Ηνωμένες Πολιτείες για ερωτηθέντες ηλικίας 51 ετών και άνω.	χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό ανισοτήτων στην οδοντιατρική ή κάλυψη.	και η έκταση των ανισοτήτων διαφέρει επίσης μεταξύ των χωρών
15. Manski, R. J., & Goldfarb, M. M. 1996	να αναλύσει ένα ολοκληρωμένο εθνικά αντιπροσωπευτικό σύνολο δεδομένων για τον προσδιορισμό της επίδρασης οικονομικών και μη οικονομικών καθοριστικών παραγόντων στην απόφαση αναζήτησης περίθαλψης και στην απόφαση επιλογής συγκεκριμένου αριθμού επισκέψεων στον οδοντίατρο	Ηνωμένες Πολιτείες	5.327 μη ιδρυματικοί ηλικιωμένοι μεταξύ 55 και 75 ετών που δεν ήταν κατάλληλοι για Medicaid	Ανάλυση δεδομένων	το εισόδημα, η παρουσία οδοντιατρικής ασφάλισης, η παρουσία δοντιών, το φύλο, το μέγεθος της οικογένειας, η φυλή εκπαίδευσης και η ηλικία σχετίζονται με την απόφαση για αναζήτηση οδοντιατρικής περίθαλψης και ότι το εισόδημα, η παρουσία οδοντιατρικής ασφάλισης, το φύλο, το μέγεθος της οικογένειας, η εκπαίδευση, και η φυλή συνδέονται με τον αριθμό των οδοντιατρικών επισκέψεων μεταξύ των χρηστών, ακόμη και όταν ελέγχονται τα αποτελέσματα άλλων μεταβλητών.

16. M anski, R. J., Moeller, J. F., Chen, H., Schimmel, J., Pepper, J. V., & St. Clair, P. A. (2015)	να καθοριστεί εάν η παροχή οδοντιατρικής ασφάλισης σε ηλικιωμένους θα κάλυπτε τα τρέχοντα κενά στην οδοντιατρική χρήση και τις δαπάνες μεταξύ ασφαλισμένων και ανασφάλιστων ηλικιωμένων Αμερικανών.	Ηνωμένες Πολιτείες	δεδομένα από την Έρευνα Υγείας και Συνταξιοδότησης 2008 (HRS) συμπληρωμένα με δεδομένα από την Έρευνα της Ομάδας Ιατρικών Δαπανών του 2006 (MEPS)	Το HRS είναι μια εθνικά αντιπροσωπευτική έρευνα που διαχειρίζεται το Ινστιτούτο Κοινωνικών Ερευνών (ISR). Το MEPS είναι μια εθνικά αντιπροσωπευτική έρευνα για τα νοικοκυριά που χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό για την Έρευνα και την Ποιότητα της Υγείας (AHRQ)	Η παροχή οδοντιατρικής κάλυψης σε προηγούμενως ανασφάλιστους ηλικιωμένους θα παρήγαγε εκτιμώμενο μηνιαίο κόστος χωρίς προσαυξήσεις διοικητικών δαπανών που συμβαδίζουν με τα τρέχοντα επιτόκια της αγοράς
17. M cGrath, C., & Bedi, R. 2001	να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ των αναφερόμενων προτύπων οδοντιατρικής παρακολούθησης και της αντίληψης του κοινού για το πώς η στοματική υγεία επηρεάζει την ποιότητα ζωής	Ηνωμένο Βασίλειο	δείγμα 2.668 ενηλίκων	Οι ερωτηθέντες ερωτήθηκαν στα σπίτια τους σχετικά με το πώς η στοματική υγεία επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους και σχετικά με το	Η οδοντιατρική παρακολούθηση σχετίζεται με τις αντιλήψεις για το πώς η στοματική υγεία επηρεάζει την ποιότητα ζωής, και συγκεκριμένα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

				πρότυπο παρακολούθησης των οδοντιάτρων τους	
18. Moeller, J. F., Manski, R. J., Mathiowetz, N. A., Campbell, N., & Pepper, J. V. (2014)	να αναλύσει την ασυνέπεια στις απαντήσεις σε ερωτήματα έρευνας στο πλαίσιο της Μελέτης Υγείας και Συνταξιοδότησης (HRS) σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των οδοντιατρικών υπηρεσιών	Ηνωμένες Πολιτείες	Δείγμα 18.469 ατόμων	Ερωτηματολόγιο	Στο 18% των περιπτώσεων, τα δεδομένα που αναφέρθηκαν στην ενότητα ασφάλισης έρχονται σε αντίθεση με τα δεδομένα που αναφέρθηκαν στην ενότητα οδοντιατρικής χρήσης του HRS από εκείνους που είπαν ότι η ασφάλιση κάλυπτε τουλάχιστον εν μέρει (ή θα κάλυπτε) την (υποθετική) οδοντιατρική τους χρήση.
19. Patel, R., & Gamboa, A. (2012)	Να περιγράψει τον επιπολασμό των στοματικών παθήσεων και τον αντίκτυπό τους στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη στοματική υγεία σε άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια που αναλαμβάνουν ψυχιατρική φροντίδα με βάση την κοινότητα	Ηνωμένο Βασίλειο	Εκατόν δώδεκα ασθενείς με ψυχικές ασθένειες προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν σε αυτή τη μελέτη	εξετάστηκαν κλινικά και τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο του προφίλ επιπτώσεων στην στοματική υγεία (OHIP).	Η στοματική υγεία έχει μεγάλο αντίκτυπο στους ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια που υποβάλλονται σε θεραπεία στο κοινοτικό περιβάλλον και η στοματική τους υγεία είναι χειρότερη από τον γενικό πληθυσμό των ενηλίκων της χώρας.
20. Riley III, J. L., Gordan, V. V., Rindal, D. B., Fellows, J. L., Qvist, V., Patel, S., ... & Dental Practice-Based Research Network Collaborative Group. (2012)	να προσδιορίσει τα στοιχεία της ικανοποίησης του ασθενούς με την επανορθωτική οδοντιατρική περίθαλψη και να ελέγξει την υπόθεση ότι ορισμένοι παράγοντες οδοντίατρου,	Διεθνής	5.879 έρευνες ικανοποίησης	Οι ιατροί-ερευνητές (P-Is) από 197 ιατρεία The Dental Practice-Based Research Network (DPBRN) στρατολόγησαν	οι κρίσεις ενός ασθενούς για τις δεξιότητες και την ποιότητα της φροντίδας του οδοντίατρου βασίζονται στις προσωπικές αλληλεπιδράσεις με τον οδοντίατρο, στο επίπεδο άνεσης που αντλαμβάνεται ο ασθενής ενώ λαμβάνει φροντίδα και σε οποιαδήποτε εμπειρία ευαισθησίας μετά τη θεραπεία στο υπό θεραπεία

	ασθενούς και διαδικασίας σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενούς			ασθενείς που είδαν διαδοχικά και είχαν ελαττωματι κές αποκαταστά σεις μόνιμων δοντιών που αντικαταστ άθηκαν ή επισκευάστ ηκαν. Στο τέλος της επίσκεψης θεραπείας, ο P-I ζητά από κάθε συμμετέχον τα να συμπληρώσ ει μια έρευνα ικανοποίησ ης	δόντι

Από το σύνολο των ερευνών διαπιστώθηκε ότι οι οδοντιατρικές παροχές δεν επαρκούν τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική. Τα περισσότερα ασφαλιστικά προγράμματα δεν καλύπτουν ή καλύπτουν μερικώς τις παροχές οδοντιατρικής φροντίδας. Επομένως, η αποχή από τις απαραίτητες οδοντιατρικές επισκέψεις προκύπτει από την κοινωνική και οικονομική ανισότητα που επικρατεί. Δηλαδή, άτομα με λιγότερες ευκαιρίες και οικονομικά εξαρτημένα φαίνεται να απέχουν από τη ζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας. Επιπλέον, έχει σημειωθεί ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που η οδοντιατρική τους φροντίδα δεν καλύπτεται από την ασφάλειά τους, τείνουν επίσης να απέχουν από την οδοντιατρική περίθαλψη, γεγονός που οδηγεί στην εμφάνιση επιπλέον ασθενειών που συνδέονται με τα οδοντικά προβλήματα. Η μη λήψη οδοντιατρικής φροντίδας, συνδέεται επίσης με τα ψυχολογικά προβλήματα στους νέους δείχνοντας ότι τόσο η κακή ψυχολογική κατάσταση οδηγεί στην αποχή από την οδοντιατρική φροντίδα όσο και το αντίστροφο, δηλαδή οι άνθρωποι με κακή

στοματική υγιεινή που απέχουν από τη λήψη οδοντιατρικής περίθαλψης είναι πιθανό να εμφανίσουν ψυχολογικές διαταραχές που συνδέονται με αυτό.

Σύνθεση Αποτελεσμάτων

Το πιο κοινό που προέκυψε από την σύνθεση των ερευνών, ήταν η σχέση ασφάλισης και επισκεψιμότητας στον οδοντίατρο. Απ'ότι φάνηκε είναι ένα θέμα που απασχόλησε πολλούς ερευνητές κι αυτό δικαιολογείται από τα ευρήματα. Σύμφωνα με τους Abdus & Decker (2019), στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι άνθρωποι που ήταν ασφαλισμένοι με το πρόγραμμα Medicaid, ήταν 9% πιθανότερο να επισκεφθούν τον οδοντίατρο, καθώς το κόστος της επίσκεψης ήταν σημαντικά χαμηλότερο. Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα των Bandao και συν. (2010) τα προγράμματα ασφάλισης μπορούν να αποτελέσουν κίνητρο για την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι Manski και συν. (2004) βρήκαν επίσης ότι η ασφάλιση επηρεάζει την συχνότητα της επισκεψιμότητας στις οδοντιατρικές υπηρεσίες και στην χρήση οδοντιατρικής περίθαλψης.

Οι ανισότητες είναι ένα ακόμη κοινό μοτίβο που παρουσιάζεται στην έρευνα των παροχών οδοντιατρικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τους Barros & Bertoldi (2002), τα χαμηλότερα ποσοστά επισκεψιμότητας για οδοντιατρική φροντίδα συναντώνται στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και στους ηλικιωμένους, ενώ οι καλύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες συνδέθηκαν με τις συχνότερες επισκέψεις στον οδοντίατρο. Οι Daniilidou και συν. (2004) απέδειξαν ότι οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες συνδέονται με την αυτοαξιολόγηση της υγείας. Οι Locker και συν. (1991) βρήκαν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες και το επίπεδο της εκπαίδευσης συνδέεται με την συχνότητα των επισκέψεων στον οδοντίατρο, και τα ίδια αποτελέσματα είχε και η μελέτη των Manski και συν. (1996).

Η στοματική υγεία και η οδοντιατρική περίθαλψη επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (McGrath, 2001), ενώ εκτός από την γενικότερη ευημερία του ανθρώπου, η στοματική υγεία συνδέεται και με άλλες παθήσεις και επηρεάζει την γενικότερη υγεία (Hung et al., 2019). Οι Papaioannou και συν. (2011) επίσης απέδειξαν ότι η οδοντιατρική κατάσταση επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

Η οδοντιατρική φροντίδα είναι επομένως συνδεδεμένη και με την ψυχική υγεία, και αυτό έχει αποδειχθεί από τους Astrom και συν. (1992), οι οποίοι με έρευνά τους έδειξαν ότι οι κοινωνικοσυμπεριφορικές αντιξοότητες συνδέονται με την στοματική υγιεινή, και η πρόληψη προβληματικών συμπεριφορών προλαμβάνει και την κακή στοματική υγεία. Παράλληλα, οι Patel & Gramboa (2012), με μελέτη τους ανέδειξαν ότι η στοματική υγεία έχει αντίκτυπο στους ασθενείς με ψυχικές ασθένειες.

5. Συμπεράσματα

Σε αυτό το σημείο, μπορούν να παρατεθούν πλέον κάποια ευρήματα με βάση την προηγούμενη συστηματική ανασκόπηση καθώς και τη θεωρητική έκθεση του θέματος. Σκοπός της παρουσίασης αυτών των συμπερασμάτων είναι να ακολουθήσουν κάποιες προτάσεις που φαίνονται χρήσιμες και ωφέλιμες για την ανάπτυξη της έρευνας για το υπό μελέτη θέμα. Καταρχάς, είναι ξεκάθαρο ότι οι παροχές οδοντιατρικής περίθαλψης διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή και στις διαφορετικές χώρες, όμως σίγουρα εντοπίζονται και κάποια κοινά σημεία. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως οι παροχές οδοντιατρικής περίθαλψης είναι διαθέσιμες σε σημαντικό μέρος του ελληνικού πληθυσμού στην Ελλάδα, λόγω της νομοθεσίας σχετικά με τις ασφαλίσσεις. Υπάρχουν πολλές χώρες στον κόσμο όπου αυτό δεν συμβαίνει και θα πρέπει να πιστωθεί στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Οι ιδιωτικές και δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες εξακολουθούν να έχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης, είτε πρόκειται για την παροχής φροντίδας, τη διαθεσιμότητα και την καταλληλότητα της υλικοτεχνικής υποδομής ή την ικανοποίηση των εργαζομένων, είτε τη διαχείριση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Αυτό είναι ένα ακόμα αποτέλεσμα που προέκυψε από προηγούμενες μελέτες. Επιπλέον, η πλειονότητα των πρόσφατων μελετών έχει διαπιστώσει ότι κάθε ενέργεια που γίνεται από τους αρμόδιους φορείς για τη διασφάλιση υπηρεσιών περίθαλψης είναι και πρέπει να παραμείνει εστιασμένη στην δωρεάν φύση αυτών, ώστε να προσπελαστούν τα εμπόδια που παρουσιάζονται στις διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Ακόμη, η οδοντιατρική περίθαλψη ανακαλύφθηκε ότι συνδέεται με την κοινωνική και οικονομική θέση. Άτομα που είναι ασφαλισμένα και των οποίων η ασφάλιση καλύπτει οδοντιατρική θεραπεία έχουν περισσότερες πιθανότητες να επισκεφτούν τον οδοντίατρο σε σχέση με εκείνους που είναι ανασφάλιστοι. Η οδοντιατρική φροντίδα συνδέεται επίσης με την ψυχική υγεία και την ευτυχία. Τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα δυσκολεύονται να πάνε στον οδοντίατρο, αν και η κακή στοματική υγιεινή μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία κάποιου. Επιπλέον, η ανάλυση αποκαλύπτει ότι η Ευρώπη δεν διαθέτει ένα ενιαίο ασφαλιστικό σύστημα. Σε κάθε χώρα ισχύουν διαφορετικά πρότυπα για την ασφάλεια και την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με αποτέλεσμα χώρες που καλύπτουν ελάχιστη ή καθόλου οδοντιατρική θεραπεία για τους ασθενείς. Αυτό, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι αποφεύγουν να πάνε στον οδοντίατρο λόγω της

κοινωνικής τους θέσης, έχει σημαντικό αντίκτυπο στη συχνότητα με την οποία επισκέπτονται τους οδοντιάτρους. Θεωρείται ότι η οδοντιατρική περίθαλψη πρέπει να περιλαμβάνεται σε πλήρως καλυμμένες ιατρικές καταστάσεις, γιατί η κακή στοματική υγιεινή μπορεί να οδηγήσει σε άλλες σωματικές και ψυχικές ασθένειες.

6. Προτάσεις

Τέλος, μερικές σκέψεις σχετικά με τα όσα ειπώθηκαν στο πλαίσιο αυτής της έρευνας μπορούν να προσφερθούν προκειμένου να δοθεί ώθηση στη διερεύνηση αυτού του προβλήματος. Υπάρχουν πολλές μελέτες που παραθέτουν ποια προβλήματα παρουσιάζονται σε κάθε χώρα σε σχέση με την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης και της αποχής των ανθρώπων από αυτή. Θα μπορούσαν οι αρμόδιες αρχές να εντοπίσουν αυτά τα προβλήματα, όπως για παράδειγμα οι οικονομικές ανισότητες, ή οι περιθωριοποιημένοι άνθρωποι, και να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα το οποίο όχι μόνο θα καλύπτει τις ανάγκες οδοντιατρικής φροντίδας για αυτούς τους ανθρώπους αλλά θα τους παροτρύνει και να λάβουν αυτή τη βοήθεια. Επιπλέον, με την υλοποίηση ενός τέτοιου προγράμματος, θα προλαμβάνονταν κι άλλες ασθένειες που σχετίζονται με την στοματική υγιεινή. Η Ελλάδα θα μπορούσε να έχει ένα επιτυχημένο σύστημα παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης, με την πρόσληψη περισσότερου εξειδικευμένου προσωπικού και με τον κατάλληλο σύγχρονο εξοπλισμό σε όλες τις δημόσιες νοσοκομειακές εγκαταστάσεις.

Στην ευρύτερη εικόνα, η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης, θα μπορούσε να βελτιωθεί με τους εξής τρόπους. Αρχικά, σε κάθε νοσοκομείο, θα πρέπει να υπάρχει τμήμα οδοντιατρικής, εφόσον η οδοντιατρικές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν κι άλλα προβλήματα υγείας. Η παροχή των υπηρεσιών σε αυτό το τμήμα θα μπορούσε να είναι δωρεάν, όπως όταν κάποιος χτυπάει το πόδι του ή δηλητηριάζεται, καθώς όπως διαπιστώθηκε, η κακή στοματική υγεία μπορεί να προέρχεται από παράγοντες οι οποίοι δεν εξαρτώνται από τον ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο, θα δημιουργούνταν περισσότερες θέσεις εργασίας για τους οδοντιάτρους, ενώ παράλληλα θα καλυπτόταν το κενό της αντιστοιχίας πολιτών προς οδοντιάτρους.

Βιβλιογραφία (Ξενόγλωσση)

- Abdus, S., & Decker, S. L. (2019). Association between Medicaid adult nonemergency dental benefits and dental services use and expenditures. *The Journal of the American Dental Association*, 150(1), 24-33.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208–220
- Alkhatib, M. N., Holt, R., & Bedi, R. (2005). Age and perception of dental appearance and tooth colour. *Gerodontology*, 22(1), 32–36. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2004.00045.x>
- Andersen R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 36(1), 1–10.
- Åstrøm, A. N., Ekback, G., Ordell, S., & Unell, L. (2011). Social inequality in oral health-related quality-of-life, OHRQoL, at early older age: evidence from a prospective cohort study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 69(6), 334-342.
- Axelsson, P., Lindhe, J., & Nyström, B. (1991). On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. *Journal of clinical periodontology*, 18(3), 182–189. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1991.tb01131.x>
- Barros AJD, Bertoldi DA (2002). Inequalities in utilization and access to dental services: a nationwide assessment. *Ciênc Saúde Coletiva* 7(4): 709-17.
- Berk, M. L., Schur, C. L., Chang, D. I., Knight, E. K., & Kleinman, L. C. (2004). Americans' Views About The Adequacy Of Health Care For Children And The Elderly: Americans believe strongly that government should meet the basic health care needs of both groups. *Health Affairs*, 23(Suppl1), W4-446.
- Bomberg, T. J., & Ernst, N. S. (1986). Improving utilization of dental care services by the elderly. *Gerodontology*, 2(2), 57-60.
- Boyle S (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition* 13(1): 1–486.
- Brandão JRM, Gianini RJ, Novaes HMD, Goldbaum M (2011). The family health system: analysis of a health survey in Sao Paulo, Brazil. *J Epidemiol Community Health* 65:483 – 490.
- Conrad D. A. (1983). Dental care demand: age-specific estimates for the population 65 years of age and over. *Health care financing review*, 4(4), 47–57.
- Cutler, D. M., & Sahni, N. R. (2013). If slow rate of health care spending growth persists, projections may be off by \$770 billion. *Health Affairs*, 32(5), 841-850.

- Damaskinos, P., & Economou, C. (2012). Systems for the provision of oral health care in the black sea countries part 10: Greece. *Oral Health Dent Manag*, 11(1), 3-10.
- Daniilidou, N. V., Gregory, S., Kyriopoulos, J. H., & Zavras, D. J. (2004). Factors associated with self-rated health in Greece: a population-based postal survey. *The European Journal of Public Health*, 14(2), 209-211.
- Denyer, D., & Tranfield, D. (2009). Producing a systematic review.
- Dickson, V. (2014). Medicaid cost-sharing could reduce enrollment, experts warn. *Modern healthcare*, 44(38), 12.
- Dimitriadis, S., & Stevens, E. (2008). Integrated customer relationship management for service activities: an internal/external gap model. *Managing Service Quality: An International Journal*.
- Dolgeras, A., Ch, E., & Kyriopoulos, J. (2004). Dental insurance coverage and dental expenditures: The case of Greece. *Health systems in the world: From evidence to policy*. Athens, Papazisis Publishers.
- Economou, C., & Giorno, C. (2009). Improving the performance of the public health care system in Greece. <https://doi.org/10.1787/221250170007>
- Economou, Charalampos. (2010). Greece: Health system review. *Health systems in transition*. 12. 1-177, xv. <https://doi.org/10.12681/scad.8880>
- EUROSTAT STATISTICS EXPLAINED. Healthcare personnel statistics – dentists, pharmacists and physiotherapists.
- Felland, L. E., Felt-Lisk, S., & McHugh, M. (2004). Health care access for low-income people: significant safety net gaps remain. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change*, 84, 1-4.
- Foley, M., & Akers, H. F. (2019). Does poverty cause dental caries?. *Australian dental journal*, 64(1), 96-102.
- Gibson, D. (2008). Decontamination in the Dental Setting. *Journal of Perioperative Practice*, 18(7), 289–290. <https://doi.org/10.1177/175045890801800704>
- Gilbert, G. H., Stoller, E. P., Duncan, R. P., Earls, J. L., & Campbell, A. M. (2000). Dental self-care among dentate adults: contrasting problem-oriented dental attenders and regular dental attenders. *Special Care in Dentistry*, 20(4), 155-163. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2003.00205.x>
- HELLENIC DENTAL ASSOCIATION. National epidemiological study recording oral health. Athens, 2014
- Hjern, A., Grindekjord, M., Sundberg, H., & Rosén, M. (2001). Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community dentistry and oral epidemiology*, 29(3), 167-174.
- Horowitz, M. D., & Rosensweig, J. A. *IMTJ—International Medical Travel Journal*.

- Hosseinpour, A. R., Itani, L., & Petersen, P. E. (2012). Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. *Journal of dental research*, 91(3), 275–281. <https://doi.org/10.1177/0022034511432341>
- Hung, M., Moffat, R., Gill, G., Lauren, E., Ruiz-Negrón, B., Rosales, M. N., ... & Licari, F. W. (2019). Oral health as a gateway to overall health and well-being: Surveillance of the geriatric population in the United States. *Special Care in Dentistry*, 39(4), 354-361.
- Jamieson, L. M., & Thomson, M. (2002). Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population sample. *The New Zealand dental journal*, 98(431), 4–8
- Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International journal for equity in health*, 15, 83. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0374-0>
- Keehan, S. P., Stone, D. A., Poisal, J. A., Cuckler, G. A., Sisko, A. M., Smith, S. D., ... & Lizonitz, J. M. (2017). National health expenditure projections, 2016–25: price increases, aging push sector to 20 percent of economy. *Health Affairs*, 36(3), 553-563.
- Koletsis-Kounari, H., Papaioannou, W., & Stefaniotis, T. (2011). Greece's high dentist to population ratio: comparisons, causes, and effects. *Journal of Dental Education*, 75(11), 1507-1515.
- Kravitz, A. S., & Treasure, E. T. (2008). *Manual of dental practice*.
- Lazaris, M., & Koletsis-Kounari, H. (1996). Oversupply of dentists in Greece. *Contemp Dent*, 16, 221-232.
- Locker, D., Leake, J. L., Lee, J., Main, P. A., Hicks, T., & Hamilton, M. (1991). Utilization of dental services by older adults in four Ontario communities. *Journal (Canadian Dental Association)*, 57(11), 879–886.
- Manski, R. J., Goodman, H. S., Reid, B. C., & Macek, M. D. (2004). Dental insurance visits and expenditures among older adults. *American journal of public health*, 94(5), 759–764. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.5.759>
- Manski, R., Moeller, J., Chen, H., Widström, E., Lee, J., & Listl, S. (2015). Disparity in dental coverage among older adult populations: a comparative analysis across selected European countries and the USA. *International dental journal*, 65(2), 77–88. <https://doi.org/10.1111/idj.12139>
- Manski, R. J., & Goldfarb, M. M. (1996). Dental utilisation for older Americans aged 55–75. *Gerodontology*, 13(1), 49-55.
- Manski, R. J., Moeller, J. F., Chen, H., Schimmel, J., Pepper, J. V., & St. Clair, P. A. (2015). Dental use and expenditures for older uninsured Americans: the simulated impact of expanded coverage. *Health services research*, 50(1), 117-135.

- Marmot, M. G., & Bell, R. (2009). How will the financial crisis affect health?. *Bmj*, 338.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2001). Can dental attendance improve quality of life?. *British dental journal*, 190(5), 262–265. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800944>
- Mishkin, F. S. (1992). Anatomy of a financial crisis. *Journal of evolutionary Economics*, 2(2), 115-130.
- Moeller, J. F., Manski, R. J., Mathiowetz, N. A., Campbell, N., & Pepper, J. V. (2014). Response Error in Reporting Dental Coverage by Older Americans in the Health and Retirement Study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 51, 0046958014561325.
- Niakas D. (2013). Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 43(4), 597–602. <https://doi.org/10.2190/HS.43.4.a>
- OECD (2012). OECD Health Data 2012: how does Brazil compare with OECD countries. <http://www.oecd.org/els/health-systems/BriefingNoteBRAZIL2012.pdf>.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 377:1778-97
- Pearson, C. F., Quinn, C. C., Loganathan, S., Datta, A. R., Mace, B. B., & Grabowski, D. C. (2019). The forgotten middle: Many middle-income seniors will have insufficient resources for housing and health care. *Health Affairs*, 10-1377.
- Patel, R., & Gamboa, A. (2012). Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. *British dental journal*, 213(9), E16. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.989>
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(2), 81–92. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x>
- Pucca-Junior GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM (2009). Oral health policies in Brazil. *Brazilian Oral Research* 23(S): 9-16.
- Quality AfHRa. Medical Expenditure Panel Survey. 2016.
- Riley III, J. L., Gordan, V. V., Rindal, D. B., Fellows, J. L., Qvist, V., Patel, S., ... & Dental Practice-Based Research Network Collaborative Group. (2012). Components of patient satisfaction with a dental restorative visit: results from the Dental Practice-Based Research Network. *The Journal of the American Dental Association*, 143(9), 1002-1010.

- Roberts, D., Boon, R., Diederichs, N., Douwes, E., Govender, N., McInnes, A., Mclean, C., O'Donoghue, S., & Spires, M. (2012). Exploring ecosystem-based adaptation in Durban, South Africa: "learning-by-doing" at the local government coal face. *Environment and Urbanization*, 24(1), 167–195. <https://doi.org/10.1177/0956247811431412>
- Schulte, A. G., & Tsakos, G. (2019). The Joint ORCA-EADPH Symposium on Sugar: The Oral Health Perspective - A Commentary. *Caries research*, 53(2), 145–148. <https://doi.org/10.1159/000490951>
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics*, 17(2), 159-170.
- Steele, J. G., Sanders, A. E., Slade, G. D., Allen, P. F., Lahti, S., Nuttall, N., & Spencer, A. J. (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(2), 107–114. <https://doi.org/10.1111/j.0301-5661.2004.00131.x>
- Strauss, R. P., & Hunt, R. J. (1993). Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *Journal of the American Dental Association* (1939), 124(1), 105–110. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1993.0019>
- Thomson, W. M., Locker, D., & Poulton, R. (2000). Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(4), 289-294. <https://doi.org/10.1177/0022034509356779>
- Van Doorslaer, E., Koolman, X., & Jones, A. M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health economics*, 13(7), 629–647. <https://doi.org/10.1002/hec.919>
- Van Doorslaer E, Masseria C, and the OECD Health Research Group members (2004): Income-related inequality in the use of medical in 21 OECD countries. Paris: OECD
- Vujicic M. (1939) The booming Medicaid market. *Journal of the American Dental Association*. 2015;146(2):136–8.
- Watt, R., & Sheiham, A. (1999). Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *British dental journal*, 187(1), 6–12. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800191>
- Widström, E., Eaton, K., & Vanobbergen, J. (2004). Oral healthcare systems in the Extended European Union
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world oral health report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health Programme
- Zgierska, A., Rabago, D., & Miller, M. M. (2014). Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care. *Patient preference and adherence*, 8, 437.

Zwetchkenbaum S, Oh J. More Rhode Island Adults Have Dental Coverage After the Medicaid Expansion: Did More Adults Receive Dental Services? Did More Dentists Provide Services? R I Med J (2013). 2017;100(10):51–3.

Βιβλιογραφία (Ελληνόγλωσση)

Βάλτος, Ι. (2002). «Οδοντιατρικές υπηρεσίες σε ευ-αίσθητες πληθυσμιακές ομάδες», στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, με θέμα Δημόσια Υγεία: Η πρόκληση του 2004, Αθήνα 25-27 Φεβρουαρίου 2002.

Γαλάνης, Π. (2009). «Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 26(6), 826- 841.

Δημητριάδης Δημήτρης, Κωνσταντινίδης Ρήγας, Ντόκος Ελευθέριος (2008), «Προσεγγίζοντας την Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία», Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Πρώτο τεύχος, σελίδες 13 – 18.

Κωνσταντινίδης, Ρ., Λαζαρή, Μ., Ρωμανός, Γ., Κοντός, Δ. και Αγραφιώτης, Δ. (1996). «Η κοινωνική οδοντιατρική κατά την περίοδο 1991-95: Δυσκολίες, επιτεύγματα και προοπτικές», στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, με θέμα Η Δημόσια Υγεία στο λυκόφως του 20ού αιώνα, Αθήνα 18-20 Μαρτίου 1996.

Μαλαβάζος, Θ., Δεδοπούλου, Α., Μαλλιαρού, Μ., & Σαράφης, Π. (2019). ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. *Interscientific Health Care*, 11(1).

Πολύζος Ν. (2013). Μελέτη οργάνωσης– χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή – Αθήνα

Φωτόπουλος Ν. (2013) Αντιμετώπιση της κοινωνικής κρίσης στην καθημερινή ζωή: Εκπαιδευτικό υλικό για τα κέντρα διά βίου μάθησης. Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Γενική Γραμματεία Διά Βίου Μάθησης, Αθήνα

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Εθνικό σχέδιο δράσης για τη στοματική υγεία 2008–2012. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2008.