
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Διεθνής συγκριτική ανάλυση οδοντιατρικών υπηρεσιών:
δημόσιος και ιδιωτικός τομέας**

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΑΡΙΑ ΙΓΓΛΕΖΟΥ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2018

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Διεθνής συγκριτική ανάλυση οδοντιατρικών υπηρεσιών:
δημόσιος και ιδιωτικός τομέας**

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΑΡΙΑ ΙΓΓΛΕΖΟΥ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1506

Επιβλέπων: Νεκτάριος Μιλτιάδης, Αναπληρωτής. Καθηγητής Παν Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2018

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**International comparative analysis of dental services: public
and private sector**

Chrysoula Maria Inglezou

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2018

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αφιερώνεται στην μονάκριβη μου κόρη Χριστιάννα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους ανθρώπους που μου προσέφεραν σημαντική βοήθεια στα διάφορα στάδια αυτής της πορείας.

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία με θέμα «Διεθνής συγκριτική ανάλυση οδοντιατρικών υπηρεσιών: δημόσιος και ιδιωτικός τομέας», διεξήχθη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης, και μου ανατέθηκε υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κ. Μιλτιάδη Νεκτάριου. Θα ήθελα να τον ευχαριστήσω γιατί στάθηκε η αφορμή να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα και με εφοδίασε με βασικές αρχές, που η πλήρης κατανόησή τους αποδείχθηκε απαραίτητη στην πορεία. Επίσης για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου και την κατανόηση και συμπαράσταση που μου παρείχε στη διάρκεια αυτής της πορείας.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου, την φίλη μου Μαριάννα και ιδιαίτερα τον σύζυγο μου Βασίλη για τη βοήθεια, την κατανόηση και την υπομονή του σε όλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δημόσια υγεία, ως έννοια, είναι ευρύτερη της υγιεινής και της πρόληψης, απευθύνεται κυρίως σε πληθυσμούς και κοινότητες και περιλαμβάνει διατομεακές δραστηριότητες, οι οποίες εφαρμόζονται με διεπιστημονική μεθοδολογία και προσέγγιση. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διεξάγει μια συγκριτική ανάλυση διαφορετικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Beveridge, Bismarck και φιλελεύθερο) με βάση επτά χώρες: Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδά και Σουηδία. Στη συγγραφή της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν μια σειρά από πηγές πληροφόρησης, συμπεριλαμβανομένων επιστημονικών άρθρων και επίσημων εκθέσεων, με λεπτομερή περιγραφή των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης της κάθε χώρας. Τα υλικά αυτά εντοπίστηκαν σε ερευνητικές πλατφόρμες (GoogleScholar, NCBI, PubMed και ScienceDirect) με τη χρήση όρων αναζήτησης, όπως «σύστημα υγείας» και «συστήματα στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης», καθώς και τα ονόματα των χωρών που περιλήφθηκαν στη μελέτη (π.χ. «ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης»). Μελετήθηκαν άρθρα στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα. Για την συγκριτική ανάλυση επιλέχθηκαν οι ακόλουθοι δείκτες: (1) η κάλυψη της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, (2) η χρηματοδότηση, (3) η οργάνωση, διαχείριση και απόδοση της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, και (4) τα αποτελέσματα της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Η μακρο-ανάλυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, και ειδικότερα της στοματικής υγείας, μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση του πώς διαφορετικές χώρες οργανώνουν και παρέχουν υγειονομική περίθαλψη στους πληθυσμούς τους. Οι αναλύσεις αυτές παρέχουν την δυνατότητα εξαγωγής πολύτιμων συμπερασμάτων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, τις επιπτώσεις και τις αστοχίες της πολιτικής των συστημάτων υγείας. Στην πραγματικότητα, ο σχεδιασμός και το περιεχόμενο ενός γενικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με χαρακτηριστικά όπως η κάλυψη, η χρηματοδότηση και ο τρόπος που οργανώνεται το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας, παίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και γενικότερα στην ανάπτυξη της φυσικής ποιότητας ζωής μιας χώρας ή περιοχής (OECD).

Λέξεις κλειδιά: *σύστημα υγείας, οδοντιατρικές υπηρεσίες, Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, ΗΠΑ, Καναδάς και Σουηδία.*

ABSTRACT

Public health, as a concept, is greater hygiene and prevention, addressed mainly to populations and communities and includes intersectoral activities implemented by multidisciplinary methodology and approach. The purpose of this study was to conduct a comparative analysis of different healthcare systems (Beveridge, Bismarck and Liberal) based on seven countries: England, France, Germany, Greece, United States, Canada and Sweden. In the writing of the study the author used a number of sources of information, including scientific articles and official reports, with detailed description of healthcare systems and of oral and dental care systems of every country. These materials were identified in research platforms (Google Scholar, NCBI Pub Med, and Science Direct) using search terms such as "health system" and "systems of oral and dental care", as well as the names of countries that were included in the study (e.g. "Greek healthcare system"). Studied articles were in Greek and English. For comparative analysis, the following indicators were selected: (1) the coverage of oral and dental care, (2) funding, (3) the organization, management and efficiency of oral and dental care systems, and (4) the results of the oral and dental care systems. The macro-analysis of health care systems, and in particular of oral and dental health, can help in the understanding of how different countries organize and provide health care to their populations. These analyses provide information on how things can be done properly, so that the ultimate goal, which is improving the health the population, can be achieved. In fact, the design and content of a general healthcare system, in conjunction with features such as coverage, funding and the way delivery is done, can play an important role in improving health results.

Keywords: healthcare system, dental services, Canada, France, Germany, Greece, United Kingdom, USA, Sweden.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΣΗ	vii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	ix
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	xi
ABSTRACT	xiii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	xv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xxi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	5
2.1 Ορισμός συστήματος υγείας	5
2.3 Μορφές συστημάτων υγείας	6
2.3.1 Μοντέλο Beveridge.....	6
2.3.2 Μοντέλο Bismarck.....	7
2.3.3 Φιλελεύθερο Μοντέλο	8
2.4 Στοματική και Οδοντιατρική υγεία.....	10
2.4.1 Εννοιολογική προσέγγιση στοματικής και οδοντιατρικής υγείας	10
2.4.2 Επιδημιολογικά στοιχεία για την στοματική και οδοντιατρική υγεία	11
2.4.3 Ορισμός και στόχοι της δημόσιας οδοντιατρικής υγείας.....	12
2.5 Ικανότητες και προσόντα επαγγελματιών δημόσιας οδοντιατρικής υγείας	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ	17
3.1 Σύστημα Υγείας Αγγλίας.....	17
3.1.1 Χρηματοδότηση	18
3.1.2 Παροχές.....	18
3.1.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Αγγλίας	18
3.1.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών	19
3.1.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών	20
3.1.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή.....	21
3.1.3.4 Αποτελέσματα	21
3.2 Σύστημα Υγείας Γαλλίας.....	22
3.2.1 Χρηματοδότηση	24
3.2.2 Παροχές.....	25
3.2.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Γαλλίας	26
3.2.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών	26
3.2.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών	27

3.2.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή.....	27
3.2.3.4 Αποτελέσματα.....	28
3.3 Σύστημα Υγείας Γερμανίας.....	29
3.3.1 Χρηματοδότηση.....	30
3.3.2 Παροχές.....	33
3.3.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Γερμανίας.....	34
3.3.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών.....	34
3.4.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών.....	35
3.4.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή.....	35
3.4 Σύστημα Υγείας Ελλάδας.....	36
3.4.1 Χρηματοδότηση.....	38
3.4.2 Παροχές.....	40
3.4.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Ελλάδας.....	41
3.4.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών.....	41
3.4.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών.....	43
3.4.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή.....	44
3.4.3.4 Αποτελέσματα.....	44
3.5 Σύστημα Υγείας ΗΠΑ.....	44
3.5.1 Χρηματοδότηση.....	46
3.5.2 Παροχές.....	46
3.5.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες ΗΠΑ.....	47
3.5.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών.....	47
3.5.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών.....	47
3.5.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή.....	48
3.5.3.4 Αποτελέσματα.....	49
3.6 Σύστημα Υγείας Καναδά.....	49
3.6.1 Χρηματοδότηση.....	51
3.6.2 Παροχές.....	52
3.6.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Καναδά.....	53
3.6.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών.....	53
3.6.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών.....	54
3.6.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή.....	54
3.6.3.4 Αποτελέσματα.....	55
3.7 Σύστημα Υγείας Σουηδίας.....	56
3.7.1 Χρηματοδότηση.....	58

3.7.2 Παροχές.....	59
3.7.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Σουηδίας.....	59
3.7.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών	59
3.7.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών	60
3.7.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή.....	61
3.7.3.4 Αποτελέσματα.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΕΠΙΛΟΓΟΣ	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73
Ελληνική.....	73
Ξένη	74

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3.1 – Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και πηγές χρηματοδότησης ανά χώρα, 2010	62
Πίνακας 3.2 – Κάλυψη στοματικής και οδοντιατρικής δαπάνης ανά χώρα (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία)	62
Πίνακας 3.3 – Δαπάνες στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης και πηγές χρηματοδότησης ανά χώρα, 2010.....	62
Πίνακας 3.4 – Οδοντίατροι και πάροχοι στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης ανά χώρα (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία).....	63
Πίνακας 3.5 – Αποτελέσματα στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδας ανά χώρα (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία)	63

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1 – Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας (Πηγή: Μπουρσανίδης, 1996).....	6
---	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόληψη και η περίθαλψη αποτελούν τους δύο σημαντικότερους πυλώνες της δημόσιας υγείας. Με τον όρο δημόσια υγεία αναφέρεται κανείς στις δραστηριότητες και τις υπηρεσίες που παρέχονται από διάφορους τομείς με γνώμονα την προαγωγή της υγείας των πληθυσμών και των κατά τόπους κοινοτήτων. Για τον σχεδιασμό και την παροχή των υπηρεσιών που παρέχονται στα πλαίσια της δημόσιας υγείας χρειάζεται μια διεπιστημονική συνεργασία και μεθοδολογική προσέγγιση. Οι Δημητριάδης, Κωνσταντινίδης και Ντόκος (2008:13) ορίζουν την δημόσια υγεία : «ως το σύνολο των δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής». Η προσέγγιση του όρου δημόσια υγεία πρέπει να εμπεριέχει, ωστόσο, και «τον σχεδιασμό και την αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, την αξιολόγηση υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων, τις δράσεις που σχετίζονται με την κοινωνική φροντίδα και τις ειδικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού όπως, επίσης την άμβλυνση των κοινωνικό-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, που επιτείνονται από την φτώχεια, την ανεργία, το γήρας, την απουσία εισοδήματος και τον κοινωνικό αποκλεισμό» (Δημητριάδης, Κωνσταντινίδης & Ντόκος, 2008:13).

Η μακρο-ανάλυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, και ειδικότερα της στοματικής υγείας, μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση του πώς διαφορετικές χώρες οργανώνουν και παρέχουν υγειονομική περίθαλψη στους πληθυσμούς τους. Οι αναλύσεις αυτές παρέχουν την δυνατότητα εξαγωγής πολύτιμων συμπερασμάτων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, τις επιπτώσεις και τις αστοχίες της πολιτικής των συστημάτων υγείας. Στην πραγματικότητα, ο σχεδιασμός και το περιεχόμενο ενός γενικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με χαρακτηριστικά όπως η κάλυψη, η χρηματοδότηση και ο τρόπος που οργανώνεται το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας, παίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και γενικότερα στην ανάπτυξη της φυσικής ποιότητας ζωής μιας χώρας ή περιοχής (OECD, 2011).

Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διεξάγει μια συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε επτά χώρες: Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία,

Ελλάδα, Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδά και Σουηδία. Στόχος της επιλογής αυτών των χωρών ήταν να αποκτήσει ο αναγνώστης μια ανασκόπηση διαφορετικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και, κατ' επέκταση διαφορετικών μοντέλων παροχής στοματικής και οδοντιατρικής υγείας. Όσον αφορά στον Καναδά και στις Ηνωμένες Πολιτείες, για παράδειγμα, υπάρχουν θεμελιώδεις διαφορές στη χρηματοδότηση και οργάνωση της δημόσιας περίθαλψης, αλλά και σημαντικές ομοιότητες στην παροχή υπηρεσιών στοματικής υγείας. Το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γαλλία αποτελούν χώρες που προσφέρουν δημόσια στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη στους πληθυσμούς τους, αλλά με διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησης και παροχές που ενδέχεται να επηρεάσουν την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Ο απώτερος στόχος είναι να προσανατολισθούν οι ελληνικές και διεθνείς πολιτικές υγείας στην καλύτερη αξιοποίηση των πόρων που διατίθενται για την οδοντιατρική και στοματική περίθαλψη.

Στη συγγραφή της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν μια σειρά από πηγές πληροφόρησης, συμπεριλαμβανομένων επιστημονικών άρθρων και επίσημων εκθέσεων με λεπτομερή περιγραφή των συστημάτων υγείας, στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης της κάθε χώρας. Τα υλικά αυτά εντοπίστηκαν σε ερευνητικές πλατφόρμες (GoogleScholar, NCBI, PubMed και ScienceDirect) με τη χρήση όρων αναζήτησης όπως «σύστημα υγείας» και «συστήματα στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης», καθώς και τα ονόματα των χωρών που περιλήφθηκαν στη μελέτη (π.χ. «Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης»). Μελετήθηκαν άρθρα στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα. Τα ποσοτικά δεδομένα συγκεντρώθηκαν από πολλές και διαφορετικές πηγές, συμπεριλαμβανομένων των βάσεων δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), καθώς και δεδομένα από τις εθνικές στατιστικές υπηρεσίες. Έγινε μια ευρεία ανασκόπηση των εγγράφων για τον εντοπισμό των βασικών δεικτών που θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα συγκριτικό πλαίσιο για την ανάλυση των συστημάτων παροχής στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Οι δείκτες επιλέχθηκαν με βάση τη σημασία τους, τη διαθεσιμότητα των δεδομένων και τη συγκρισιμότητα. Οι δείκτες αυτοί είναι: (1) η κάλυψη, (2) η χρηματοδότηση, (3) η οργάνωση, διαχείριση και απόδοση της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, και (4) τα αποτελέσματα της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν αναφέρονται στην

περίοδο 2009 και 2010 για όλες τις χώρες με εξαίρεση την Γερμανία τα στοιχεία είναι πιο πρόσφατα (2015).

Ο πρώτος δείκτης (κάλυψη της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης) σχετίζεται με το μερίδιο του πληθυσμού που λαμβάνει ένα καθορισμένο σύνολο υπηρεσιών στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Η δημόσια κάλυψη αναφέρεται στα κρατικά προγράμματα και την κοινωνική ασφάλιση. Η ιδιωτική κάλυψη αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών που λαμβάνονται από ιδιώτες ή καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση. Ο δεύτερος δείκτης (χρηματοδότηση) αφορά στις πηγές χρηματοδότησης της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης περιλαμβάνουν τα κονδύλια των εθνικών προϋπολογισμών και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, που διατίθενται για την παροχή στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι: η ιδιωτική οδοντιατρική ασφάλιση (ατομική ή παρεχόμενη από τον εργοδότη) και οι ίδιες πληρωμές. Ο τρίτος δείκτης (οργάνωση, διαχείριση και απόδοση των υπηρεσιών στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης) σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά των παρόχων ή του εργατικού δυναμικού, το ρυθμιστικό πλαίσιο, και τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη στον πληθυσμό της εκάστοτε χώρας. Ορισμένες μορφές της απόδοσης μπορεί να αποδειχθούν περισσότερο συμβατές με ορισμένες πηγές χρηματοδότησης, και τα ερωτήματα είναι αλληλένδετα, ωστόσο ξεχωριστά. Ο τέταρτος δείκτης (αποτελέσματα της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης) επικεντρώνεται στο πρώτο πιο διαδεδομένο νόσημα του στόματος (το δεύτερο είναι οι νόσοι του περιοδοντίου), που είναι η τερηδόνα [DMFT (decayed, missing, and filled teeth)] και μέσω των δεδομένων από έρευνες πληθυσμού (όπου είναι διαθέσιμες) αξιολογεί την παροχή της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Η αξιοποίηση του συστήματος στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης και η μη-κάλυψη των αναγκών χρησιμοποιούνται επίσης στην αξιολόγηση της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης σε κάθε χώρα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η οδοντιατρική περίθαλψη διαφοροποιείται από τους περισσότερους κλάδους ιατρικής περίθαλψης λόγω του γεγονότος της παρατεταμένης χρονικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενούς – ιατρού συνεπεία της μακράς χρονικής διάρκειας που απαιτείται για μια πλήρη οδοντιατρική θεραπεία.

Πρέπει ωστόσο κανείς να αναφέρει και τους περιορισμούς αυτής της μελέτης. Πρώτον, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων για τις συγκρίσεις μεταξύ των χωρών πρέπει να γίνεται με σύνεση, δεδομένου ότι όλες αυτές οι χώρες έχουν τις δικές τους ιστορικές, πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές προσλαμβάνουσες, εκάστη των οποίων επηρεάζει το σύστημα στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης σε διαφορετικούς επίσης βαθμούς. Δεύτερον, η έλλειψη ομοιόμορφων πηγών για την άντληση όλων των δεδομένων. Τα ποσοτικά δεδομένα που παρουσιάζονται βασίζονται σε έναν αριθμό διαφορετικών πηγών, έτσι οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων ενδέχεται να διαφέρουν μεταξύ των χωρών. Τελικά, ωστόσο, η συγκριτική αυτή ανάλυση μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην παροχή σχετικών πληροφοριών για τη χάραξη πολιτικής, και να βοηθήσει άλλους ερευνητές σχετικά με την ανάπτυξη διαφορετικών προσεγγίσεων για την οργάνωση, χρηματοδότηση και απόδοση της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, καθώς και να καταδείξει τι μπορεί να αντλήσει κανείς από τη διεθνή εμπειρία.

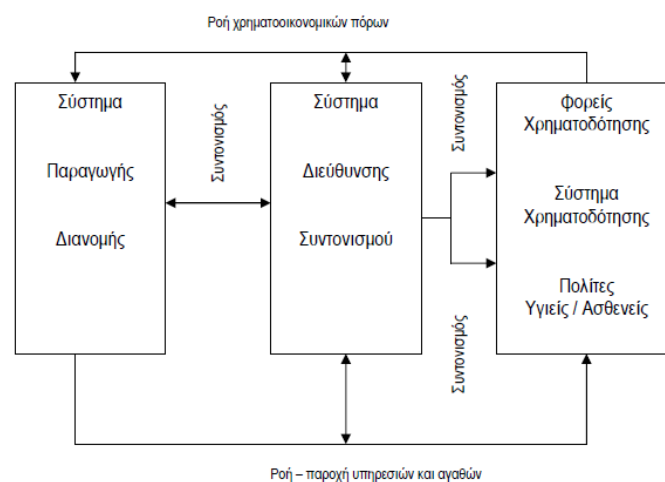
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμός συστήματος υγείας

Το σύστημα υγείας είναι «ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού» (Καλογεροπούλου& Μουρδουκούτα, 2007:67). Σύστημα υγείας είναι δηλαδή, «το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση της υγείας των πολιτών, στους οποίους απευθύνονται» (Σιγάλας, 2008:12). Οι Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007:66) χωρίζουν το σύστημα υγείας στα τρία, δηλαδή σε υποσυστήματα που περιλαμβάνουν: (1) τους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, (2) την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και (3) τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Σύμφωνα με τον Μπουρσανίδη (1993), το σύστημα υγείας αποτελείται από: «(1) το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού, (2) το σύστημα χρηματοδότησης, και (3) το σύστημα παραγωγής και διανομής». Στο Διάγραμμα 2.1 παρουσιάζεται η δομή και λειτουργία τους συστήματος υγείας, όπως την έχει οριοθετήσει ο Μπουρσανίδης (1996).

2.2 Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας



Διάγραμμα 2.1 – Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας (Πηγή: Μπουρσανίδης, 1996)

2.3 Μορφές συστημάτων υγείας

Ο τρόπος κάλυψης της αναγκών υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής προστασίας ενός πληθυσμού, τόσο ως προς την πρόληψη όσο και την περίθαλψη, αντικατοπτρίζεται στη φιλοσοφία, το σχεδιασμό και την εφαρμογή του συστήματος υγείας της εκάστοτε χώρας. Τα επίπεδα συμμετοχής του Κράτους, του ιδιωτικού τομέα, των εργαζομένων και των εργοδοτών, των ασφαλιστικών ταμείων και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών, καθορίζουν κατά πολύ τον τρόπο με τον οποίο ορίζεται ένα σύστημα δημόσιας υγείας. Τρία είναι τα βασικά συστήματα υγείας. Το πρώτο είναι το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, όπου η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι). Το δεύτερο είναι ένα εθνικό σύστημα υγείας τύπου Beveridge, όπου η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων-υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους. Το τρίτο είναι το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, όπου ο ρόλος του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται κυρίως στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, ένα σύστημα, δηλαδή, όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Χλέτσος, 2011).

2.3.1 Μοντέλο Beveridge

Το σύστημα υγείας τύπου Beveridge έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, αλλά έχει υιοθετηθεί και από τις ακόλουθες χώρες: Ιταλία, Ισπανία, Νορβηγία, Δανία, Φινλανδία, Σουηδία και Νέα Ζηλανδία. Το σύστημα Beveridge προσεγγίζει τις ανάγκες του πληθυσμού για παροχή υπηρεσιών υγείας ως αναφαίρετο κοινωνικό δικαίωμα, και κατ' αυτό τον τρόπο στοχεύει στην καθολική και ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Χλέτσος, 2011). Στο σύστημα Beveridge η χρηματοδότηση των παρεχομένων υπηρεσιών βασίζεται κυρίως σε πόρους που προέρχονται από την γενική φορολογία των πολιτών και τις ασφαλιστικές εισφορές και κατανέμονται από μία κεντρική διοίκηση. Το σύστημα στοχεύει στην κάλυψη όλων

των αναγκών των ασφαλισμένων, και μπορεί να χαρακτηριστεί ως πλήρες και καθολικό. Υπάρχουν συνήθως τρία επίπεδα παροχής υγειονομικής περίθαλψης: (1) πρωτοβάθμια, (2) δευτεροβάθμια και (3) τριτοβάθμια (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007:85).

Το σύστημα Beveridge έχει βασικά πλεονεκτήματα αλλά και κάποια σημαντικά μειονεκτήματα. Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα του συστήματος είναι ότι παρέχει καθολική και ισότιμη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, ενισχύοντας το δικαίωμα του ατόμου να έχει πρόσβαση στη δημόσια υγεία και να καλύπτει τις ανάγκες του μέσω αυτού. Κάθε άτομο έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες ανεξάρτητα από την οικονομική του κατάσταση, την κοινωνική του θέση ή τον τόπο διαμονής του. Επίσης στα πλαίσια του συστήματος Beveridge παρατηρείται δικαιότερη κατανομή και έλεγχος των πόρων, καθώς το σύστημα χρηματοδοτείται από μία κεντρική διοίκηση, που θεωρητικά τουλάχιστον, έχει τον απόλυτο έλεγχο επί των πόρων που διαχειρίζεται. Το σύστημα εκ φύσεως δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη των προβλημάτων υγείας και την ενημέρωση των ασφαλισμένων. Αποφεύγονται οι στρεβλώσεις, και η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και συνεργασίας μεταξύ γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων είναι καλύτερη, καθώς περιορίζεται ο ανταγωνισμός μεταξύ τους για τους πόρους του συστήματος. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα. Το σύστημα βασίζεται σε μία γραφειοκρατική δομή, που τις περισσότερες φορές είναι αργή και δυσλειτουργική και επιβαρύνει οικονομικά το σύστημα. Οι γιατροί λόγω έλλειψης ανταγωνισμού ενδέχεται να εφησυχάζουν. Το σύστημα υποφέρει συνήθως από μεγάλες λίστες αναμονής για ιατρικούς ελέγχους, ιατρικές εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ υπάρχουν περιορισμοί στο γιατρό ή το νοσοκομείο που μπορεί να επιλέξει κανείς. Το σύστημα, επίσης, υποφέρει από την απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών που προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μανάτζμεντ (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001:89-90).

2.3.2 Μοντέλο Bismarck

Το σύστημα υγείας τύπου Bismarck έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Γερμανίας, καθώς ήταν η πρώτη χώρα που το θέσπισε το 1880. Εφαρμόζεται επίσης στη Γαλλία. Το σύστημα Bismarck προσεγγίζει τις ανάγκες του πληθυσμού για παροχή υπηρεσιών υγείας ως ασφαλιστικό δικαίωμα, και κατ' αυτό τον τρόπο στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών όλων των εργαζομένων. Στη μεν Γερμανία

το σύστημα καλύπτει συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους, ενώ στη Γαλλία έχει τη μορφή ενός πιο ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης υγείας, μέσα από τη δημιουργία διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων (Χλέτσος, 2011). Το σύστημα βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και την συλλογική κάλυψη του πληθυσμού. Οι πόροι που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προέρχονται από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, ενώ λαμβάνεται υπόψη η δυνατότητα πληρωμής των υπηρεσιών από τους ίδιους τους χρήστες, ενώ οι εισφορές τους ρυθμίζονται με εισοδηματικά κριτήρια. Όλοι οι εργαζόμενοι είναι υποχρεωμένοι να ασφαλιζονται. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες. Το σύστημα είναι μεικτό, καθώς οι πάροχοι προέρχονται τόσο από το δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα. Υπάρχει έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007:87-88).

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης Bismarck θεωρείται περισσότερο αποδοτικό και αποτελεσματικό από το φιλελεύθερο, καθώς εξασφαλίζει ένα πολύ ικανοποιητικό επίπεδο παροχών για πρόληψη και περίθαλψη με δικαιότερο και πιο ισότιμο τρόπο. Ωστόσο, έχει και ένα σημαντικό μειονέκτημα, καθώς όσον αφορά τις επαγγελματικές ομάδες, ασφαλίζει μόνο εργαζομένους, ενώ οι παροχές του διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο ανάλογα με το Ταμείο Ασφάλισής του (Χλέτσος, 2011).

2.3.3 Φιλελεύθερο Μοντέλο

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τον περιορισμένο ρόλο του κράτους. Το κράτος παρέχει μόνο περιορισμένες υπηρεσίες σε ομάδες του πληθυσμού που αδυνατούν να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση ή να πληρώσουν για τις υπηρεσίες από την τσέπη τους. Οι δαπάνες του κράτους περιορίζονται σε κονδύλια που προορίζονται για την αγορά υπηρεσιών υγείας για αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν. Οι πολίτες είναι ελεύθεροι να αγοράσουν προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης από τις ασφαλιστικές εταιρείες που θα επιλέξουν για να έχουν κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης, ή να πληρώσουν από την τσέπη τους για τις υπηρεσίες αυτές. Είναι επίσης πλήρως ελεύθεροι να αναζητήσουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αυτές από τους ιδιωτικούς παρόχους τις αρεσκείας τους. Λειτουργεί ένα σύστημα τιμών το οποίο διαμορφώνεται από την ίδια την αγορά, με βάση την

προσφορά και την ζήτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο καταναλωτής για να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να μπορεί να καταβάλλει την τιμή των υπηρεσιών υγείας που έχει διαμορφωθεί στην αγορά από τη ζήτηση και την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Το πιο χαρακτηριστικό φιλελεύθερο σύστημα υγείας είναι αυτό των ΗΠΑ, όπου η κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας περιορίζεται κυρίως στην καταβολή χρημάτων που καλύπτουν την αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών (είναι το πρόγραμμα Medicare) και τους άνεργους, τους άπορους ή τα άτομα που διαθέτουν περιορισμένο εισόδημα και πόρους (είναι το πρόγραμμα Medicaid) (Χλέτσος, 2011).

Στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας η ζήτηση των υπηρεσιών διαμορφώνεται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών έχοντας υπόψη τις τιμές των σχετικών υπηρεσιών (προσφορά). Μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, ωστόσο, παραμένει ανασφάλιστο καθώς το σύστημα βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση και τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς που παρέχουν τους πόρους, ενώ παρατηρούνται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες μεταξύ του πληθυσμού. Το κράτος διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς, χωρίς να εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ χρηστών και παρόχων. Εμφανίζεται, επίσης, το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης, που έχει ως αποτέλεσμα την προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007:87-88).

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας έχει ένα βασικό πλεονέκτημα που σχετίζεται με την περιορισμένη εμπλοκή του κράτους, καθώς αυτό περιορίζεται μόνο στο σχεδιασμό των υπηρεσιών και τον έλεγχο της ποιότητας τους, ενώ οι υπηρεσίες αυτές καθαυτές παρέχονται προς τους πολίτες από παρόχους του ιδιωτικού τομέα. Αυτό ενισχύει τον ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων και τους αναγκάζει να βελτιώνουν συνεχώς τις υπηρεσίες τους, τόσο ως προς την ποιότητα, όσο και στην ταχύτητα με την οποία αυτές παρέχονται στους πολίτες. Ωστόσο έχει ένα πολύ βασικό μειονέκτημα, που σχετίζεται με την προαγωγή των ανισοτήτων μεταξύ του πληθυσμού, καθώς πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας έχουν μόνο όσοι είναι ασφαλισμένοι, ενώ το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών μπορεί να διαφέρει από ασφαλισμένο σε ασφαλισμένο. Το σύστημα υποθάλπει, επίσης, την προκλητή ζήτηση από πλευράς ιατρών και εστιάζει στην θεραπεία και αποκατάσταση, και όχι στην πρόληψη (Χλέτσος, 2011).

2.4 Στοματική και Οδοντιατρική υγεία

2.4.1 Εννοιολογική προσέγγιση στοματικής και οδοντιατρικής υγείας

Η στοματική υγιεινή και η οδοντιατρική υγεία αναφέρονται στη σωστή οδοντιατρική φροντίδα και στην αποφυγή προβλημάτων που προσβάλλουν την στοματική κοιλότητα και τα δόντια. Η στοματική υγεία είναι απαραίτητη συνιστώσα της γενικής υγείας και της ποιότητας ζωής του ατόμου. Πρόκειται για μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο δεν νοιώθει κάποιας μορφής άλγος στο πρόσωπο ή την στοματική κοιλότητα, δεν πάσχει από καρκίνο του φάρυγγα ή της στοματικής κοιλότητας, δεν έχει κάποια μόλυνση ή πληγές, δεν έχει περιοδοντολογικά προβλήματα, φθορά ή απώλεια δοντιών, και άλλες ασθένειες και διαταραχές που περιορίζουν την ικανότητα του να δαγκώσει, να μασήσει, να χαμογελάσει, να μιλήσει, και γενικά να νοιώθει καλά τόσο σωματικά όσο και ψυχικά (WHO, 2017).

Οι ασθένειες που επηρεάζουν το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα μπορούν να χωριστούν στις ακόλουθες κατηγορίες (Carlsson&Magnusson, 1984):

1. νόσους των δοντιών (π.χ., τερηδόνα, υποπλασία, αποτριβή και διάβρωση),
2. νόσους των περιοδοντικών ιστών (π.χ., ουλίτιδα και περιοδοντίτιδα),
3. ορθοδοντικές ανωμαλίες, τραυματισμούς,
4. καρκίνους της στοματικής κοιλότητας,
5. νόσους του βλεννογόνου του στόματος,
6. συγγενείς ανωμαλίες,
7. δυσλειτουργίες του στοματογναθικού συστήματος, και
8. στοματικές εκδηλώσεις συστημικών νόσων.

Οι παράγοντες κινδύνου για τα νοσήματα του στόματος περιλαμβάνουν την ανθυγιεινή διατροφή, το κάπνισμα, την κατανάλωση οινοπνεύματος, την επιβλαβή και κακή στοματική υγιεινή και κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες. Αυτοί είναι επίσης οι παράγοντες κινδύνου για τις τέσσερις χρόνιες ασθένειες – καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο, χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και διαβήτη – και τα νοσήματα του στόματος συχνά συνδέονται με αυτές τις χρόνιες παθήσεις. Η κακή στοματική υγιεινή είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για στοματικές παθήσεις. Το βάρος των στοματικών παθήσεων και των άλλων χρόνιων νοσημάτων μπορεί να μειωθεί εάν ταυτόχρονα αντιμετωπισθούν οι κοινοί παράγοντες κινδύνου. Αυτοί περιλαμβάνουν:

(1) μείωση της πρόσληψης της ζάχαρης και τήρηση μιας ισορροπημένης διατροφικής πρόσληψης για την πρόληψη της τερηδόνας και την πρόωρη απώλεια δοντιών, (2) την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών που μπορούν να προστατεύσουν από τον καρκίνο του στόματος, (3) διακοπή του καπνίσματος και μείωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος που ενδέχεται να μειώσουν τον κίνδυνο καρκίνου του στόματος, της περιοδοντικής νόσου και τις πιθανότητες απώλειας των δοντιών, (4) εξασφάλιση της σωστής στοματικής υγιεινής, (5) χρήση προστατευτικών μέσων κατά την διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων, και εξοπλισμού που δυνητικά μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο τραυματισμού του προσώπου και (5) διαβίωση σε προστατευμένα και ασφαλή φυσικά περιβάλλοντα (Carlsson&Magnusson, 1984).

Η τερηδόνα μπορεί να αποτραπεί με τη διατήρηση σταθερών επιπέδων φθορίου στη στοματική κοιλότητα. Το φθόριο μπορεί να ληφθεί από φθοριωμένο νερό, αλάτι, γάλα και οδοντόπαστα, καθώς και από επαγγελματικά-εφαρμοσμένη φθορίωση ή με στοματικό διάλυμα. Η μακροχρόνια έκθεση σε ένα βέλτιστο επίπεδο φθορίου οδηγεί σε λιγότερα συμπτώματα τερηδόνας σε παιδιά και ενήλικες. Τα περισσότερα νοσήματα του στόματος και των δοντιών απαιτούν επαγγελματική οδοντιατρική περίθαλψη, ωστόσο, λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας ή αδυναμία πρόσβασης, η χρήση των υπηρεσιών στοματικής υγείας είναι αισθητά χαμηλή στους ηλικιωμένους, σε άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές, και σε άτομα με χαμηλό εισόδημα και μόρφωση. Η κάλυψη της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης είναι χαμηλή σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Η παραδοσιακή θεραπευτική οδοντιατρική περίθαλψη αποτελεί ένα σημαντικό οικονομικό βάρος για πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος, όπου το 5-10% των δαπανών για την δημόσια υγεία αφορά στη στοματική υγεία. Σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, τα δημόσια προγράμματα στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης είναι σπάνια. Το υψηλό κόστος της οδοντιατρικής θεραπείας μπορεί να αποφευχθεί με την αποτελεσματική πρόληψη και με μέτρα προαγωγής της υγείας (Carlsson&Magnusson, 1984).

2.4.2 Επιδημιολογικά στοιχεία για την στοματική και οδοντιατρική υγεία

Σύμφωνα, με την Παγκόσμια Οργάνισμο Υγείας (ΠΟΥ, 2017), τα επιδημιολογικά στοιχεία για τις νόσους που σχετίζονται με την στοματική κοιλότητα και τα δόντια ποικίλλουν από γεωγραφική περιοχή σε περιοχή, όπως και η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών στοματικής υγείας. Οι κοινωνικοί καθοριστικοί

παράγοντες στη στοματική υγεία είναι επίσης πολύ καθοριστικοί. Παρατηρείται αύξηση του επιπολασμού των ασθενειών του στόματος σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, και σε όλες τις χώρες, η επιβάρυνση με στοματικές παθήσεις είναι σημαντικά υψηλότερη μεταξύ των φτωχών και μειονεκτουσών πληθυσμιακών ομάδων. Στην έκθεση που δημοσιεύθηκε από τον ΠΟΥ (2017), τα δεδομένα δείχνουν ότι το 60 – 90% των παιδιών σχολικής ηλικίας και σχεδόν το 100% των ενηλίκων σε όλο τον κόσμο πάσχουν από τερηδόνα. Σοβαρές περιοδοντικές ασθένειες, όπως η ουλίτιδα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια των δοντιών, εμφανίζεται στο 15 – 20% των ενηλίκων μέσης ηλικίας (35-44 ετών). Παγκοσμίως, περίπου το 30% των ατόμων, ηλικίας 65-74, δεν έχει κανένα φυσικό δόντι. Σε όλο τον κόσμο, 16-40% των παιδιών ηλικίας 6-12 ετών επηρεάζονται από τραυματισμούς από μη ασφαλείς παιδικές χαρές και σχολεία, τροχαία ατυχήματα ή βία. Οι στοματικές ασθένειες σε παιδιά και ενήλικες είναι υψηλότερες μεταξύ των φτωχών και μειονεκτουσών πληθυσμιακών ομάδων. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του στόματος κυμαίνεται από 1 έως 10 περιπτώσεις ανά 100.000 ατόμων στις περισσότερες χώρες. Η επικράτηση του καρκίνου του στόματος είναι σχετικά υψηλότερη στους άνδρες, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς και μεταξύ των ατόμων χαμηλής μόρφωσης και χαμηλών εισοδημάτων. Η κατανάλωση καπνού και οινοπνεύματος είναι βασικός παράγοντας επιβάρυνσης. Σχεδόν το ήμισυ (40 – 50%) των ατόμων που είναι οροθετικοί στον ιό HIV πάσχουν από μυκητιασικές, βακτηριακές ή ιογενείς λοιμώξεις του στόματος. Αυτά συμβαίνουν συχνά στο αρχικό στάδιο κατά τη διάρκεια της λοίμωξης του HIV.

2.4.3 Ορισμός και στόχοι της δημόσιας οδοντιατρικής υγείας

Σύμφωνα με τους Δημητριάδη, Κωνσταντινίδη και Ντόκος (2008) «δημόσια οδοντιατρική υγεία είναι η επιστήμη που ειδικεύεται στην πρόληψη και τον έλεγχο των νοσημάτων του στόματος όπως επίσης στην προαγωγή της στοματικής υγείας, διαμέσου οργανωμένων προσπαθειών της κοινότητας. Είναι το είδος της οδοντιατρικής πρακτικής, όπου ως ασθενής νοείται λιγότερο το άτομο και περισσότερο η κοινότητα».

Η στοματική και οδοντιατρική υγεία είναι ένα ουσιαστικό στοιχείο για τη διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Επιπλέον, οι έρευνες έχουν καταστήσει σαφές ότι η οδοντιατρική και στοματική υγεία υποβοηθούν στην διατήρηση αλλά και στην βελτίωση της γενικής κατάστασης υγείας του ατόμου. Ως εκ τούτου, ένα κοινωνικό σύστημα που επιτρέπει σε όλους να λαμβάνουν υψηλής ποιότητας

οδοντιατρική περίθαλψη και υπηρεσίες στοματικής υγείας σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους είναι απαραίτητο. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ των ιατρικών και οδοντιατρικών πεδίων και μεταξύ των επαγγελματιών και στους δύο τομείς προς την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικότερου συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Για το σκοπό αυτό, είναι απαραίτητο να γίνονται συγκεκριμένες ενέργειες προκειμένου να οριοθετηθούν οι προδιαγραφές της οδοντιατρικής φροντίδας και της στοματικής υγείας, σταθερά εντός ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης, με πολιτικές οι οποίες με τη σειρά τους θα διευκολύνουν και θα συμβάλλουν στην επίτευξη της υγιούς μακροζωίας (Δημητριάδη, Κωνσταντινίδης και Ντόκος, 2008).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, (2017), οι δημόσιες λύσεις για τα νοσήματα του στόματος είναι πιο αποτελεσματικές όταν ενσωματώνουν προδιαγραφές που σχετίζονται με άλλες χρόνιες ασθένειες, εντός των πλαισίων των εθνικών προγραμμάτων δημόσιας υγείας. Τα προγράμματα του ΠΟΥ για την προαγωγή της στοματικής υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο στοχεύουν σε μια στρατηγική πρόληψης των χρόνιων ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη παγκόσμιας πολιτικής για την προαγωγή της στοματικής υγείας και πρόληψης των στοματικών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων (ΠΟΥ, 2017):

1. σχεδιασμό πολιτικών που προάγουν τον περιορισμό του ρίσκου για προβλήματα της στοματικής κοιλότητας και των δοντιών,
2. συμβάλλουν στην ανάπτυξη και υλοποίηση κοινοτικών έργων για την προαγωγή της στοματικής υγείας και πρόληψη των στοματικών παθήσεων, με έμφαση στις μειονεκτούσες ομάδες και τους φτωχούς πληθυσμούς,
3. ενθάρρυνση των εθνικών υγειονομικών αρχών να εφαρμόσουν αποτελεσματικά προγράμματα φθορίωσης για την πρόληψη της τερηδόνας,
4. έμφαση στην κοινή προσέγγιση των παραγόντων κινδύνου για την ταυτόχρονη πρόληψη στοματικών και άλλων χρόνιων παθήσεις, και
5. παροχή τεχνικής υποστήριξης προς τις χώρες ώστε να ενισχύσουν τα συστήματα στοματικής υγείας τους και να ενσωματώσουν προγράμματα στοματικής υγείας στα δημόσια προγράμματα υγείας τους.

Στα πλαίσια αυτά οι αρχές πρέπει να παρακολουθούν τις ανάγκες του πληθυσμού και να σχεδιάζουν και να υιοθετούν δημόσια προγράμματα στοματικής και

οδοντιατρικής υγείας που προάγουν την στοματική υγεία. Πρέπει να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που έχουν υλοποιηθεί και να κάνουν τις βελτιώσεις που απαιτούνται. Πρέπει να δίνουν έμφαση στις ευαίσθητες πληθυσμιακά ομάδες όπως τα παιδιά, τους ηλικιωμένους, τα άτομα με χαμηλά ή καθόλου εισοδήματα, τα άτομα με κινητικές ή άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες, τους άστεγους, τα οροθετικά HIV άτομα, τα ιδρυματοποιημένα άτομα όπως και εκείνα που δεν έχουν κοινωνική ή άλλη ασφάλιση και, τέλος, φυλετικές, πολιτισμικές ή άλλες μειονότητες (Δημητριάδης, Κωνσταντινίδης & Ντόκος, 2008).

2.5 Ικανότητες και προσόντα επαγγελματιών δημόσιας οδοντιατρικής υγείας

Ο Allukian (2008) κατάρτισε ένα κατάλογο με δεξιότητες των επαγγελματιών που εργάζονται στην στοματική και οδοντιατρική υγεία. Σύμφωνα με αυτές οι επαγγελματίες πρέπει να έχουν γνώσεις και ικανότητα για:

1. τον σχεδιασμό αποτελεσματικών προγραμμάτων για την προστασία της δημόσιας στοματικής και οδοντιατρικής υγείας,
2. την επιλογή παρεμβάσεων και στρατηγικών που στοχεύουν στην πρόληψη και στον έλεγχο των νοσημάτων που σχετίζονται με την στοματική και οδοντιατρική υγεία και την προαγωγή της,
3. την αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων που διατίθενται για την εφαρμογή και διαχείριση προγραμμάτων στοματικής υγείας, για τον πληθυσμό,
4. την ενσωμάτωση κριτηρίων ηθικής και δεοντολογίας, σε προγράμματα και δράσεις για την στοματική υγεία,
5. την αξιολόγηση και την παρακολούθηση συστημάτων παροχής οδοντιατρικής φροντίδας,
6. την οργάνωση και την κατανόηση της χρήσης των συστημάτων επιτήρησης, για την επόπτευση της στοματικής υγείας,
7. την επικοινωνία και την συνεργασία, με άτομα και ομάδες, για τα ζητήματα της στοματικής υγείας,
8. την υποστήριξη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των πολιτικών υγείας, της νομοθεσίας και των κανόνων που προστατεύουν και προάγουν την στοματική υγεία του πληθυσμού,
9. την κριτική ανάλυση και την συγγραφή επιστημονικών κειμένων, και

10. τον σχεδιασμό και την υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων, προκειμένου να απαντηθούν ερωτήματα για την στοματική και δημόσια υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ

3.1 Σύστημα Υγείας Αγγλίας

Με βάση τις αλλαγές που συντελέστηκαν με το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, και ειδικά μετά την υποβολή της έκθεσης Beveridge, που πρότεινε την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης ως μέρος ενός σχεδίου της μεταπολεμικής κυβέρνησης, η κυβέρνηση των εργατικών του Ηνωμένου Βασιλείου προχώρησε στην ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) το 1946. Το NHS παρέχει προληπτική ιατρική, πρωτοβάθμια περίθαλψη και νοσοκομειακές υπηρεσίες σε μεγάλο βαθμό δωρεάν στο σημείο χρήσης σε όσους διαμένουν μόνιμα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ωστόσο, κάποιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται ιδιωτικά, μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, από τα τέλη χρήσης για τις υπηρεσίες του NHS και από προσωπικές πληρωμές για φάρμακα ευρείας χρήσης και ιατρικές συσκευές (Boyle, 2011).

Περίπου το 12,3% του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου έχει ιδιωτική ασφάλιση που είναι συνήθως επικουρική, παρέχοντας κάλυψη για βελτιωμένες υπηρεσίες, όπως γρηγορότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες και δικαίωμα επιλογής. Η μεμονωμένη ασφάλιση αντιπροσωπεύει το 25% της αγοράς και το υπόλοιπο είναι ασφάλιση με βάση την απασχόληση, ως μέρος ενός πακέτου παροχών για τους εργαζόμενους. Δεν υπάρχουν κρατικές επιδοτήσεις που να ενθαρρύνουν τους πολίτες να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση (Boyle, 2011).

Οι ασφαλιστές είναι ελεύθεροι να καθορίσουν ποια είναι τα οφέλη που προσφέρουν, αλλά τα περισσότερα σχέδια καλύπτουν χειρουργικές επεμβάσεις, διαμονή σε νοσοκομείο, νοσηλευτική φροντίδα και εξετάσεις κατά την διάρκεια της νοσηλείας. Οι επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και η φυσιοθεραπεία σπανίως καλύπτονται, ενώ επίσης εξαιρούνται ακριβές επεμβάσεις, όπως η μεταμόσχευση οργάνων. Υπάρχει επίσης γενικός αποκλεισμός των προ-υπαρχουσών παθήσεων. Έτσι, η ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη έχει στενότερο πεδίο εφαρμογής λόγω της περιεκτικής κάλυψης που προσφέρεται (Boyle, 2011).

3.1.1 Χρηματοδότηση

Η υγειονομική περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά κύριο λόγο χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση. Το 2010, η χώρα αφιέρωσε περίπου το 9,6% του ΑΕΠ για την υγειονομική περίθαλψη και οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσώπευαν περίπου το 83% (Πίνακας 3.1). Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης μεταβιβάζονται από την κεντρική κυβέρνηση στο Τμήμα Υγείας, το οποίο έχει την ευθύνη για την κατανομή τους στους φορείς της υγείας(Boyle, 2011, Harrison, 2012, , OECD, 2103, WHO, 2010).

Παρόλο που το μεγαλύτερο τμήμα της υγειονομικής περίθαλψης του NHS είναι δωρεάν στο σημείο χρήσης, ορισμένες υπηρεσίες δεν καλύπτονται και οι ασθενείς πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι ή καλύπτονται με βάση την κατανομή του κόστους. Αυτές οι ιδιωτικές δαπάνες χρηματοδοτούνται τόσο από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία αντιπροσωπεύει το 3,2% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο, ή από προσωπικές πληρωμές, οι οποίες αποτελούν το 8,9% των συνολικών δαπανών(Boyle, 2011, OECD, 2013).

3.1.2 Παροχές

3.1.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Αγγλίας

Το πρώτο σημείο επαφής για γενικές ιατρικές υπηρεσίες στο NHS είναι συνήθως ένας γενικός γιατρός (GP). Τα άτομα απαιτείται να εγγράφονται σε έναν τοπικό GP, αλλά η κυβέρνηση σχεδιάζει να εισαγάγει το δικαίωμα της επιλογής του GP στο εγγύς μέλλον. Οι κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, το NHS Direct (τηλέφωνο και η γραμμή βοήθειας μέσω διαδικτύου), οι οδοντίατροι, οι οπτικοί και οι φαρμακοποιοί είναι μέρος των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας του NHS. Το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης παίζει επίσης παρεμβατικό ρόλο στον καθορισμό της πρόσβασης σε πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Boyle, 2011, Harrison, 2012).

Ειδικοί παρέχουν την χρηματοδοτούμενη από το NHS δευτεροβάθμια περίθαλψη. Για να έχει κανείς πρόσβαση στην εξειδικευμένη περίθαλψη που παρέχεται από το NHS, οι ασθενείς απαιτείται να έχουν παραπομπή από έναν γενικό γιατρό. Οι ασθενείς επίσης πρέπει να πληρώσουν από την τσέπη τους για ιδιωτικές ιατρικές επισκέψεις ή να καλύπτονται για τις υπηρεσίες αυτές μέσα από ένα σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης, εφόσον είναι μέλη ενός τέτοιου προγράμματος. Η φροντίδα εκτός ωραρίου

λειτουργίας παρέχεται μέσα από μια σειρά υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των συνεταιρισμών των GP και από ιδιωτικές εταιρείες. Ένα μίγμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των κοινοτικών υπηρεσιών υποστηρίζονται από ειδικούς ενδονοσοκομειακής φροντίδας που παρέχουν φροντίδα ψυχικής υγείας. Υπάρχει ένα καθεστώς συν-πληρωμών για συνταγογραφούμενα φάρμακα, και έχει οριστεί μια βασική πληρωμή που δεν σχετίζεται με την ποσότητα που συνταγογραφείται. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές απαλλαγές από τέλη συνταγογράφησης, και περίπου το 50% του πληθυσμού απαλλάσσεται από τα τέλη. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία. Το NHS απασχολεί εξειδικευμένους γιατρούς σε μισθωτή βάση, αλλά οι γιατροί μπορούν να συμπληρώσουν το μισθό τους από τις υπηρεσίες που προσφέρουν ιδιωτικά σε ιδιωτικά νοσοκομεία και πάνω από 50% των ειδικών του NHS εργάζονται και στον ιδιωτικό τομέα (Boyle, 2011, Harrison, 2012).

3.1.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών

Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες συμπεριλήφθηκαν στο NHS κατά την ίδρυσή του, έτσι ώστε ολόκληρος ο πληθυσμός του Ηνωμένου Βασιλείου να έχει πρόσβαση σε στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη. Ωστόσο, λόγω του τεράστιου αριθμού των ανικανοποίητων αναγκών, έγινε γρήγορα προφανές ότι η οδοντιατρική υπηρεσία ήταν μια απειλή για την προσιτότητα του NHS και οι χρεώσεις σε ασθενείς εισήχθησαν το 1951, αν και τα νοσοκομεία και οι κοινοτικές υπηρεσίες στοματικής και οδοντιατρικής υγείας παρέμειναν δωρεάν στο σημείο χρήσης(Boyle, 2011, Tickie, 2012).

Τα ταμεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι υπεύθυνα για την παροχή υπηρεσιών στοματικής και οδοντιατρικής υγείας του NHS σε γεωγραφικώς προκαθορισμένες περιοχές. Οι ιδιώτες στο Ηνωμένο Βασίλειο δικαιούνται άμεση πρόσβαση σε επείγουσα στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη όταν απαιτείται και έχουν επίσης το δικαίωμα – που υπόκειται σε ένα σύνολο συν-πληρωμών – να έχουν πρόσβαση σε όλες τις κλινικά αναγκαίες θεραπείες, όπως η προληπτική θεραπεία, η κινητή προσθετική, οι εμφράξεις, οι ενδοδοντικές θεραπείες, η ακίνητη προσθετική, και, για τα άτομα κάτω των 18 ετών, η ορθοδοντική θεραπεία. Ωστόσο, μπορούν να επιλέξουν να λαμβάνουν ένα μίγμα ιδιωτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών από το NHS για το ίδιο περιστατικό στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδας εάν το επιθυμούν (Boyle, 2011).

Οι υπηρεσίες της ιδιωτικής στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης πληρώνονται από την τσέπη του ενδιαφερομένου ή μέσω ιδιωτικής ασφάλισης. Περίπου το 11,8% του πληθυσμού καλύπτεται από ιδιωτική οδοντιατρική ασφάλιση (Πίνακας 3.2), ενώ το 88% αυτών έχει πρόσβαση σε αυτή μέσω προσωπικών πληρωμών και το υπόλοιπο (12%) μέσω προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται από τους εργοδότες. Η στοματική και οδοντιατρική ασφάλιση στο Ηνωμένο Βασίλειο λαμβάνει δύο βασικές μορφές: οδοντιατρική κάλυψη (διαθέσιμη μόνο για επιμέρους προγράμματα) σύμφωνα με την οποία οι ιδιώτες πληρώνουν ένα πάγιο ποσό ανά έτος για ένα πακέτο που καλύπτει ένα φάσμα των θεραπειών, και οδοντιατρική ασφάλιση σύμφωνα με την οποία οι ιδιώτες πληρώνουν ένα πάγιο ποσό ανά έτος και τα έξοδα θεραπείας από οποιοδήποτε κέντρο του NHS ή ιδιωτικό οδοντίατρο καλύπτονται σε ένα συμφωνημένο επίπεδο (Boyle, 2011, Kravitz & Treasure, 2009, Blackburn, 2011).

3.1.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για τη στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αυξηθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια, φθάνοντας το 2010 τα \$141.23 (Πίνακας 3.3). Η αύξηση των δαπανών από τους ασθενείς του ιδιωτικού τομέα και το υψηλό ποσοστό που καταβάλλεται σε οδοντιατρικά τέλη κατά τη λήψη υπηρεσιών στο NHS, σημαίνει ότι οι ασθενείς στο Ηνωμένο Βασίλειο χρηματοδοτούν το 54% του συνόλου των δαπανών για τη στοματική και οδοντιατρική φροντίδα υγείας, και μόλις το 46% χρηματοδοτείται από το δημόσιο. Περίπου το 75% των ιδιωτικών δαπανών στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης αποτελείται από προσωπικές πληρωμές και μόλις το 25% αυτών καλύπτεται από κάποια μορφή ιδιωτικής οδοντιατρικής ασφάλισης (Office of Fair Trading, 2012, Blackburn, 2011).

Συγκεκριμένες ομάδες λαμβάνουν υπηρεσίες στοματικής και οδοντιατρικής υγείας από το NHS χωρίς χρέωση, για παράδειγμα παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών, έγκυες ή θηλάζουσες μητέρες και τα άτομα που δικαιούνται παροχές κοινωνικής πρόνοιας. Το υπόλοιπο του πληθυσμού λαμβάνει επιδοτούμενη περίθαλψη, όπου οι τιμές είναι ελεγχόμενες σε ένα εθνικό πλαίσιο χρεώσεων με τρεις ζώνες χρέωσης: η ζώνη 1 – περιλαμβάνει εξέταση, διάγνωση, προληπτική φροντίδα και επείγουσα φροντίδα, η ζώνη 2 – περιλαμβάνει όλες τις θεραπείες που καλύπτονται από τη ζώνη 1 συν συμπληρωματική θεραπεία όπως εμφράξεις, εξαγωγές και ενδοδοντικές θεραπείες και ζώνη 3 – που περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες θεραπείες που καλύπτονται από τη

ζώνη 2 συν πολύπλοκες διαδικασίες όπως κινητή και ακίνητη προσθετική(Boyle, 2011, Kravitz & Treasure, 2009).

3.1.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή

Η στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο παρέχεται με τρεις τρόπους: (1) δευτερογενείς και τριτογενείς οδοντιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται σε νοσοκομεία (και εξειδικευμένο προσωπικό), (2) κοινοτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες, όπως εξέταση μαθητών, προαγωγή της στοματικής υγείας και οδοντιατρικές υπηρεσίες σε ασθενείς με ειδικές ανάγκες παρέχονται σε κοινοτικό επίπεδο, σε κατ'οίκον επισκέψεις και στα γηροκομεία, και (3) οι νοσοκομειακές υπηρεσίες που στοχεύουν στο να ικανοποιήσουν τις περισσότερες ανάγκες στοματικής και οδοντιατρικής υγείας που παραδίδονται σε μικρά ανεξάρτητα ιατρεία(Boyle, 2011).

Όλοι οι οδοντίατροι που επιθυμούν να εργαστούν στο Ηνωμένο Βασίλειο πρέπει να εγγράφονται στο Γενικό Οδοντιατρικό Συμβούλιο (GDC). Το 2009 υπήρχαν 37.049 εγγεγραμμένοι οδοντίατροι (0,50/1000 πληθυσμού) και 27.000 από αυτούς ασκούσαν δραστηριότητα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του NHS (Πίνακας 3.4). Οι βοηθοί οδοντιάτρων και οι επαγγελματίες οδοντιατρικής φροντίδας πρέπει να είναι επίσης εγγεγραμμένοι στο GDC. Υπάρχουν τύποι αναγνωρισμένων βοηθών οδοντιάτρων: οδοντιατρικοί νοσηλευτές, οδοντιατρικοί υγιεινολόγοι, οδοντιατρικοί οδοντοτεχνίτες, κλινικοί οδοντοτεχνίτες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι οδοντιατρικοί υγιεινολόγοι ενδέχεται να λειτουργούν μόνο υπό την καθοδήγηση του οδοντιάτρου (Boyle, 2011, Kravitz & Treasure, 2009, Blackburn, 201).

3.1.3.4 Αποτελέσματα

Η τελευταία έρευνα στοματικής υγείας των παιδιών έως 12 ετών διενεργήθηκε κατά το σχολικό έτος 2008/9. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 33,4% των παιδιών βρέθηκαν να έχουν τερηδόνα. Στο σύνολο του πληθυσμού που εξετάστηκε ο μέσος αριθμός του DMFT ανά παιδί ήταν 0.74 (Πίνακας 3,5), αλλά είναι σημαντικό να λάβει υπόψη κανείς ότι ο μέσος όρος του DMFT μεταξύ των παιδιών που είχαν τερηδόνα (δηλαδή DMFT > 0) ήταν 2.21. Σε ότι αφορά τον ενήλικο πληθυσμό, η έρευνα του 2009 έδειξε ότι μόνο το 6% του ενήλικου πληθυσμού (16 ετών και άνω) στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν αντιμετώπιζε προβλήματα. Την ίδια στιγμή, το 31% των ενηλίκων είχε τερηδόνα και το

85% είχε τουλάχιστον ένα δόντι με έμφραξη (Rooneyetal., 2010, Steele&Sullivan , 2011).

Όσον αφορά την πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών στοματικής και οδοντιατρικής υγείας, η πλειοψηφία του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου (64%) είχε επισκεφθεί τον οδοντίατρο λιγότερο από ένα χρόνο πριν. Η έρευνα ενηλίκων του 2009 έδειξε ότι οι ενήλικες είχαν προσπαθήσει να κλείσουν ραντεβού στο NHS κατά τα προηγούμενα τρία έτη πριν από την έρευνα, και η συντριπτική πλειοψηφία (92%) έλαβε ραντεβού και ολοκλήρωσε την επίσκεψη. Είναι σαφές ότι το NHS παραμένει ο κυρίαρχος πάροχος υπηρεσιών στοματικής υγείας, με 71% από αυτούς στην έρευνα να έχουν χρησιμοποιήσει το NHS για την τελευταία τους θεραπεία. Η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών αντιπροσώπευε το 27% και πολύ λίγοι ερωτηθέντες ανέφεραν να λαμβάνουν μικτές υπηρεσίες από το NHS και την ιδιωτική περίθαλψη. Τέλος, ο ΟΟΣΑ ανέφερε ότι μόνο το 3% των ατόμων που αισθάνθηκαν ότι χρειάζονταν υπηρεσίες στοματικής και οδοντιατρικής υγείας τους τελευταίους 12 μήνες στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν αδύνατον να έχουν πρόσβαση σε αυτές, με ελάχιστες διαφορές μεταξύ υψηλού (2%) και χαμηλού εισοδήματος ομάδες (3,2%), ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών (European Commission, 2010, OECD, 2012, Steele&Sullivan , 2011).

3.2 Σύστημα Υγείας Γαλλίας

Το εθνικό σύστημα υγείας της Γαλλίας αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης – τύπου Bismarck, και βασίζεται σε ένα συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων υγείας που χρηματοδοτούνται τόσο από δημόσιους όσο και ιδιωτικούς πόρους. Η δημόσια ασφάλιση είναι υποχρεωτική και συνεπικουρείται από πόρους της εθελοντικής κερδοσκοπικής ή μη-κερδοσκοπικής ασφάλισης. Το κράτος παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στον σχεδιασμό και τη λειτουργία τους συστήματος, και ευθύνεται για την προστασία όλων των πολιτών, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η δημόσια υγεία και η κοινωνική προστασία όλων των πολιτών και όλων των ξένων που εργάζονται στη Γαλλία. Το κράτος έχει επίσης ελεγκτικό και ρυθμιστικό ρόλο στις σχέσεις μεταξύ των φορέων χρηματοδότησης, τον έλεγχο της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, κλπ. (Χλέτσος, 2011).

Η ασφάλιση υγείας στη Γαλλία έχει φτάσει στα επίπεδα σχεδόν της καθολικής κάλυψης, με το 99,9% του πληθυσμού της το 2008 να καλύπτεται από κάποιας μορφής πρόγραμμα. Τα άτομα καλύπτονται με βάση το είδος της απασχόλησης τους μαζί με τυχόν εξαρτώμενα μέλη τους. Το γενικό σύστημα ασφάλισης καλύπτει τους εργαζομένους στο εμπόριο και τη βιομηχανία (87% του πληθυσμού). Το αγροτικό ταμείο καλύπτει αγρότες και υπαλλήλους στον αγροτικό τομέα και υπάρχει επίσης ένα ταμείο ασφάλισης για τους αυτοαπασχολούμενους και τους ελεύθερους επαγγελματίες. Με το νομοσχέδιο του 1999 για την καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης (CMUAct), τα άτομα με διαφορετικές πηγές εσόδων, οι ομάδες με χαμηλό εισόδημα και οι άνεργοι δικαιούνται δωρεάν δημόσια κάλυψη και έχουν επίσης το δικαίωμα στην ελεύθερη κάλυψη συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας. Έτσι, τα κριτήρια για την κάλυψη σταδιακά έχουν μετακινηθεί από το καθεστώς της απασχόλησης στο καθεστώς του κατοίκου (Chevreuletal., 2010, Duran-Zaleski, 2012).

Η ασφάλιση υγείας καλύπτει την νοσοκομειακή περίθαλψη, δηλαδή αποκατάσταση ή φυσιοθεραπεία, περίθαλψη από γενικούς και ειδικούς γιατρούς, , οδοντιάτρους και μαιέες, διαγνωστικές υπηρεσίες, συνταγογραφούμενα φάρμακα, ιατρικές συσκευές, μερικά συνταγογραφούμενες προθέσεις, και προβλεπόμενη μεταφορά. Επίσης εν μέρει καλύπτει μακροχρόνιες ασθένειες και την ψυχική υγεία και παρέχει κάποια κάλυψη για προβλήματα όρασης στα εξωτερικά ιατρεία και οδοντιατρική φροντίδα. Αν και είναι γενικά αποδεκτό ότι το γαλλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ γενναιόδωρο όσον αφορά τα αγαθά και τις υπηρεσίες που καλύπτονται, η κάλυψη γενικά δεν είναι 100%. Ένα μερίδιο των εξόδων πληρώνεται από τον ασθενή ανεξαρτήτως του καθεστώτος, και κυμαίνεται από 20% έως 50%, ανάλογα με το είδος της περίθαλψης. Εκτός της περίπτωσης συνασφάλισης, όπου τα ποσά αυτά μπορούν να επιστραφούν πλήρως από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ορισμένες υπηρεσίες δεν καλύπτονται πλήρως, όπως ορισμένες ιατρικές επισκέψεις, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, η μεταφορά ασθενών με ασθενοφόρο, και η νοσοκομειακή περίθαλψη. Τέλος, οι γιατροί και οι οδοντίατροι μπορούν να κάνουν επιπλέον χρεώσεις – δηλαδή, να χρεώσουν υψηλότερες τιμές από ό, τι το νομοθετημένο σύστημα ασφάλισης ή ασθενοείας θα πληρώσει (Chevreuletal., 2010, Duran-Zaleski, 2012).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (ή συμπληρωματικές ασφάλειες υγείας) καλύπτει το 95% του πληθυσμού και προβλέπει την επιστροφή των ποσών συμμετοχής και καλύτερη κάλυψη ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών που καλύπτονται ανεπαρκώς ή/και σε κατώτερο επίπεδο με χρεώσεις πάνω από τα νόμιμα τέλη. Η ιδιωτική ασφάλιση παρέχεται κυρίως από τρεις κατηγορίες φορέων: αμοιβαίες ασφαλιστικές εταιρείες, εμπορικές ασφαλιστικές εταιρείες, και ταμεία πρόνοιας, που εξειδικεύονται στην παροχή συμβάσεων για τις εταιρείες που έχουν πολιτική της υποχρεωτικής εγγραφής στο CHI(Complementary Health Insurance) για την ενίσχυση της πρόσβασης, ένα ειδικό ταμείο που δημιουργήθηκε το 2000 και παρέχει κουπόνια για ιδιωτική ασφάλιση για άτομα με χαμηλό εισόδημα και άτομα που εξαρτώνται από αυτά(Chevreuletal., 2010, Duran-Zaleski, 2012).

Μεταξύ του γαλλικού πληθυσμού τα άτομα που επωφελήθηκαν από το CHI το 2009, μέσω ιδιωτικής συμμετοχής στο CHI (56%) ήταν περισσότερα από αυτά που η συμμετοχή καλύπτονταν από τον εργοδότη (44%). Η παροχή των εργοδοτών για το CHI ήταν άνισα κατανομημένη, με ένα υψηλότερο ποσοστό να προσφέρεται από μεγάλες επιχειρήσεις, ιδίως στον τομέα της βιομηχανίας, και εταιρείες που απασχολούν ένα υψηλό ποσοστό στελεχών. Το κόστος των ασφαλιστρών αυτών ωστόσο εκπίπτει από το φορολογητέο εισόδημα (Chevreuletal., 2010, Duran-Zaleski, 2012, Peronnin, Pierre&Rochereau, 2012).

3.2.1 Χρηματοδότηση

Οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσώπευαν σχεδόν το 77% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το 2010 (Πίνακας 3.1). Το Υπουργείο Υγείας ελέγχει ένα μεγάλο μέρος των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης βάσει ενός εθνικού προϋπολογισμού που καθορίζεται από το Κοινοβούλιο, ενώ τα κεφάλαια συγκεντρώνονται σε εθνικό επίπεδο, και η κατανομή των πόρων στους παρόχους γίνεται με συγκεκριμένο τρόπο σύμφωνα με τον τομέα στον οποίο ανήκουν. Εντός κάθε προϋπολογισμού υφίσταται μια περιφερειακή κατανομή και τα κονδύλια διανέμονται από τον αντίστοιχο περιφερειακό οργανισμό υγείας (Duran-Zaleski, 2012, OECD, 2011, Peronnin, Pierre & Rochereau, 2012).

Το CHI είναι υπεύθυνο για το 14,2% των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ στο 7,6% ανέρχεται το ποσοστό που πρέπει να καταβληθεί από τα νοικοκυριά. Η

τάση αύξησης των τελών και κατά συνέπεια η αυξημένη συμμετοχή στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας μειώνει την κεφαλαιοποίηση, διότι ενώ τα ασφάλιστρα ασφάλισης υγείας είναι διατιμημένα αναλογικά με τα έσοδα, τα ασφάλιστρα του CHI δεν είναι. Ως αποτέλεσμα, οι πλουσιότεροι άνθρωποι πληρώνουν λιγότερο ως ποσοστό του εισοδήματός τους για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης από φτωχότερες ομάδες. Επιπλέον, τα ασφάλιστρα ασφάλισης υγείας δεν σχετίζονται με την ηλικία και τους κινδύνους, ενώ τα ασφάλιστρα CHI καθορίζονται με μεταβλητή μέθοδο (Duran-Zaleski, 2012, OECD, 2011)

3.2.2 Παροχές

Η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη που δεν απαιτεί νοσηλεία παρέχεται από αυτοαπασχολούμενους γιατρούς, οδοντιάτρους και βοηθητικό ιατρικό προσωπικό που εργάζεται σε ιδιωτικά ιατρεία, και, σε μικρότερο βαθμό, από μισθωτό προσωπικό σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Παρά το γεγονός ότι η εγγραφή σε ένα γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν είναι νομική υποχρέωση, υπάρχουν ισχυρά οικονομικά κίνητρα για τους ασθενείς να έχουν ένα συγκεκριμένο γιατρό, καθώς αυτοί που δεν έχουν πληρώνουν υψηλότερη συμμετοχή για επισκέψεις σε ειδικούς και συνταγογραφούμενα φάρμακα όταν δεν έχουν παραπεμπτικό από το γιατρό τους (Chevreuletal., 2010, Duran-Zaleski, 2012).

Η επείγουσα φροντίδα παρέχεται από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, από αυτοαπασχολούμενους γιατρούς και, πιο πρόσφατα, από δημόσιες εγκαταστάσεις που είναι ανοικτές εκτός ωραρίου λειτουργίας, και χρηματοδοτούνται από τα ταμεία ασφάλισης υγείας και στελεχώνονται από επαγγελματίες της υγείας σε εθελοντική βάση. Το πακέτο ασφάλισης υγείας επίσης καλύπτει τη νοσηλεία για προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά δεν καλύπτει επισκέψεις σε ψυχολόγους και ψυχανάλυση. Ένα σύστημα πληρωμών από τρίτα μέρη για τα φάρμακα είναι πλέον διαδεδομένο, και περιλαμβάνει άμεσες πληρωμές στον φαρμακοποιό από το νομοθετημένο σύστημα ασφάλισης ασθενείας ή το CHI, έτσι ώστε ο ασθενής να μην επιβαρύνεται άμεσα με το κόστος (Chevreuletal., 2010, Duran-Zaleski, 2012).

Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα δύο τρίτα των νοσοκομειακών κλινών βρίσκονται σε κρατικά ή μη-κερδοσκοπικά

ιδρύματα και χρηματοδοτούνται από την ασφάλιση υγείας (90%), το CHI (7%), ή από προσωπικές πληρωμές (3%). Επιπλέον, όλα τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία είναι δημόσια, και τα υπόλοιπα νοσοκομεία είναι ιδιωτικά. Οι νοσοκομειακοί γιατροί σε δημόσια και μη-κερδοσκοπικά νοσοκομεία πληρώνονται βάση μισθού, αλλά επιτρέπεται να εξετάζουν ιδιώτες ασθενείς εντός των δημοσίων νοσοκομείων (Chevreuletal., 2010, Duran-Zaleski, 2012).

3.2.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Γαλλίας

3.2.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών

Όλοι όσοι διαμένουν νόμιμα στη Γαλλία δικαιούνται στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης στο πλαίσιο της ασφάλισης υγείας (Πίνακας 3.2). Ωστόσο, υπάρχει συνασφάλιση για τις περισσότερες οδοντιατρικές θεραπείες. Συνήθως, οι ασθενείς πληρώνουν στον οδοντίατρο το συνολικό ποσό της θεραπείας άμεσα, και στη συνέχεια μπορούν να διεκδικήσουν επιστροφή μέρους του κόστους από την ασφάλιση υγείας. Για συντηρητικές και χειρουργικές θεραπείες, οι γιατροί πρέπει να χρεώνουν αμοιβές που καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο, σε συμφωνίες που ονομάζονται «συμβάσεις», και υπογράφονται μεταξύ των ταμείων ασφάλισης υγείας και των εκπροσώπων του επαγγέλματος. Ο ασθενής μπορεί να διεκδικήσει έως και το 70% των ποσών που πληρώθηκαν με βάση το νόμο. Για θεραπείες (περιοδοντολογική, ορθοδοντική και προσθετική) και εμφυτεύματα οι οδοντίατροι ορίζουν τις δικές τους αμοιβές, έχοντας ενημερώσει τον ασθενή για το εκτιμώμενο κόστος. Η ασφάλιση υγείας, βάση προηγούμενης έγκρισης, συνήθως καλύπτει ένα μέρος των δαπανών αυτών (Chevreuletal., 2010, Kavitz & Treasure, 2009).

Το 2006, καθιερώθηκε ένα νέο πρόγραμμα εξέτασης της στοματικής και οδοντιατρικής υγείας ειδικά για τα παιδιά και τους εφήβους (στην ηλικία των 6, 9, 12, 15 και 18), οι οποίοι μπορούν να επωφεληθούν από μια εξέταση πρόληψης, που καλύπτεται 100% από την ασφάλιση υγείας. Η εξέταση αυτή είναι υποχρεωτική στην ηλικία των 6 και των 12 ετών και όλες οι αναγκαίες παρεμβάσεις καλύπτονται πλήρως από την εκ του νόμου ασφάλιση υγείας. Επιπλέον, προγραμματίζονται επισκέψεις στα δημοτικά σχολεία για την αξιολόγηση της στοματικής και οδοντιατρικής υγείας όλων των παιδιών που φοιτούν σε αυτά. Η παροχή αυτή πληρώνεται από την ασφάλιση υγείας (Chevreuletal., 2010, Kavitz & Treasure, 2009).

Περίπου το 95% των πολιτών χρησιμοποιούν συμπληρωματικά συστήματα ασφάλισης για την κάλυψη μέρους της οδοντιατρικής θεραπείας τους. Υπάρχουν πολλά τέτοια προγράμματα. Όσον αφορά την συντηρητική και χειρουργική φροντίδα, αυτά τα συμπληρωματικά συστήματα ασφάλισης συχνά καλύπτουν όλα τα έξοδα που δεν καλύπτονται από τον πρόγραμμα ασφάλισης υγείας. Για τις προσθετικές και τις ορθοδοντικές θεραπείες, καλύπτουν τουλάχιστον το 30% από τα έξοδα που δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας, έτσι είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ορισμένα από αυτά τα συστήματα μπορούν να καλύπτουν περισσότερο από το κόστος που καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Chevreuletal., 2010, Kavitz & Treasure, 2009).

3.2.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών

Οι συνολικές δαπάνες για την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη έφθασαν τα 11.39 δισεκατομμύριο δολάρια το 2010, με τις κατά κεφαλήν δαπάνες στα \$175.70 (Πίνακας 3.3). Το μέσο ποσοστό που καταβλήθηκε από την ασφάλιση υγείας ήταν 35,6%, με σημαντικές διαφορές ανάλογα με το είδος της φροντίδας: η ασφάλιση κάλυπτε σχεδόν το 70% των δαπανών για συντηρητικές οδοντιατρικές θεραπείες, αλλά μόνο το 33% της προσθετικής αποκατάστασης και το 10% της ορθοδοντικής θεραπείας. Ως εκ τούτου, το μεγαλύτερο μέρος των πληρωμών προέρχεται από ιδιωτικές πηγές, καθώς οι υπόλοιπες δαπάνες καταβάλλονται μέσω συμπληρωματικών ασφαλιστικών προγραμμάτων (38.5%) και προσωπικών πληρωμών (25,5%) (ADA, 2012, Chevreuletal., 2010).

3.2.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή

Η στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από αυτοαπασχολούμενους επαγγελματίες, που αντιπροσωπεύουν το 91% από τους περίπου 43.000 ενεργούς επαγγελματίες το 2010 (Πίνακας 4). Αυτοί οι επαγγελματίες εργάζονται μόνοι τους ή σε συνεργασία με άλλους οδοντιάτρους και πληρώνονται με βάση τις υπηρεσίες που παρέχουν (Chevreuletal., 2010, Kravitz & Treasure, 2009). Ενώ δεν υπάρχει καμία πραγματική δημόσια οδοντιατρική υπηρεσία στη Γαλλία, ένας μικρός αριθμός κλινικών ανήκει σε ασφαλιστικά ταμεία, δήμους ή αμοιβαίες εταιρείες ασφάλισης. Περίπου το 5% των οδοντιάτρων εργάζεται σε αυτές τις κλινικές βάση μισθού και μπορεί να θεραπεύσει κάθε είδους ασθενή. Η παροχή της στοματικής και

οδοντιατρικής φροντίδας στα νοσοκομεία είναι περιορισμένη και η πλειοψηφία των οδοντιάτρων στα νοσοκομεία είναι μερικής απασχόλησης, ενώ επίσης μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες και από τη δική τους κλινική (Direction General de la Sante, 2011, Kavitz & Treasure, 2009).

Η άδεια άσκησης επαγγέλματος εκδίδεται από την Εθνική Ένωση Οδοντιάτρων (Ordrenation al des dentistes), που διαχειρίζεται τις εγγραφές των οδοντιάτρων, καθώς και διαδικασίες ελέγχου και τις προϋποθέσεις εγγραφής οδοντιάτρων που προέρχονται από το εξωτερικό. Όσον αφορά στα επαγγέλματα που σχετίζονται με τη στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη, δεν επιτρέπεται βοηθητικό προσωπικό. Το μόνο αναγνωρισμένο επικουρικό προσωπικό είναι οι βοηθοί οδοντιάτρων και οι οδοντοτεχνίτες, οι αριθμοί των οποίων ανέρχονται σε 17.000 και 20.000 εγγεγραμμένους επαγγελματίες αντίστοιχα (Chevreuletal., 2010, Kavitz & Treasure, 2009).

3.2.3.4 Αποτελέσματα

Η στοματική υγεία των παιδιών στην Γαλλία έχει βελτιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Μια έρευνα που διεξήχθη το 2006 από τη Γαλλική Ένωση για την Στοματική Υγεία έδειξε ότι ο μέσος όρος του DMFT δωδεκάχρονων παιδιών μειώθηκε από 4.2 το 1987 στο 1.9 το 1998 και 1.2 το 2006 (Πίνακας 3.5). Η έρευνα έδειξε ότι το ποσοστό των παιδιών κάτω των 12 ετών που δεν είχε καθόλου τερηδόνα ήταν 12% το 1987 και 40% το 1998, ενώ έφθασε 56% το 2006. Κατέδειξε ωστόσο ότι υπάρχουν ακόμη σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, με το DMFT στην ηλικία των 12 να φθάνει το 1,55 στα παιδιά των εργαζομένων και 1,59 στις αγροτικές περιοχές, σε σύγκριση με 0,90 στα παιδιά των στελεχών. Αυτό το μοτίβο μπορεί να σχετίζεται με ανισότητες στην πρόσβαση και την έλλειψη εκτεταμένων προγραμμάτων πρόληψης (Chevreuletal., 2010, UFSBD, 2006).

Σε ότι αφορά την κατάσταση της στοματικής και οδοντιατρικής υγείας των ενηλίκων, φαίνεται να μην υπάρχουν πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία. Η τελευταία εθνική έρευνα πραγματοποιήθηκε το 1994, και ο μέσος δείκτης DMFT 35-44 ετών ήταν 14,6. Ο μέσος αριθμός των τερηδονισμένων δοντιών ήταν 1,2, οι εξαγωγές κατά μέσο όρο ήταν 3.0 και οι εμφράξεις κατά μέσο όρο 10.4. Για άτομα ηλικίας 65-74 ετών, ο DMFT

ήταν 23,3 και το ποσοστό κινητής προσθετικής 16.3 (Bourgeoisetal., 1998, Hescotetal., 1997).

Όταν ένα σημαντικό μέρος των δαπανών για την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη χρηματοδοτείται από προσωπικές πληρωμές αρχίζει η ανάπτυξη των ανισοτήτων στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το ποσοστό του γαλλικού πληθυσμού που είχαν επισκεφθεί τον οδοντίατρο λιγότερο από ένα έτος πριν το 2010 ήταν 52% και η πιθανότητα να έχουν λάβει οδοντιατρική περίθαλψη αυξάνεται με το επίπεδο εκπαίδευσης, εισοδήματος και συμπληρωματικής ιατροφαρμακευτικής ασφάλισης. Τα δεδομένα του ΟΟΣΑ σχετικά με τις ανικανοποίητες ανάγκες φροντίδας έχουν δείξει ότι κατά μέσο όρο, 8,4% των ατόμων που αισθάνθηκε ότι χρειάζονταν στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη δεν την έλαβε, αλλά αυτός ο αριθμός κατεβαίνει στο 4,3% μεταξύ των υψηλόμισθων ατόμων, ενώ φτάνει το 15,5% μεταξύ των ατόμων με χαμηλό εισόδημα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι συνεπή με μια γαλλική έρευνα, η οποία υπογράμμισε ότι, το 2008, το 10% του γαλλικού πληθυσμού ηλικίας 18 ετών και πάνω δήλωνε ότι απέφυγε την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη για οικονομικούς λόγους, κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες (Chevreuletal., 2010, European Commission, 2010, OECD, 2012).

3.3 Σύστημα Υγείας Γερμανίας

Το εθνικό σύστημα υγείας της Γερμανίας αποτελεί το αντιπροσωπευτικότερο δείγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης – τύπου Bismarck. Τα συστήματα που βασίζονται σε αυτό τον τύπο κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση, ενώ δημιουργούνται οι συνθήκες για την αρμονική συνύπαρξη και συνεργασία του κράτους (που ελέγχει και ρυθμίζει τη λειτουργία του συστήματος), των ιδιωτικών ασφαλιστικών ταμείων (που ελέγχουν και καλύπτουν τμήμα των δαπανών), των ιδιωτών (εργαζομένων και εργοδοτών που παρέχουν τους πόρους για την λειτουργία τους μέσω των εισφορών τους) και των παρόχων της υγείας (γιατρών και νοσοκομείων). Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας σε κεντρικό επίπεδο, ενώ οι κυβερνήσεις των κρατιδίων είναι υπεύθυνες για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο. Τα ασφαλιστικά ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών νοσοκομειακής περίθαλψης είναι οι δύο κεντρικοί πυλώνες του συστήματος. Τα ασφαλιστικά ταμεία λειτουργούν ως αυτόνομοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα,

εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Χλέτσος, 2011).

Η ασφάλιση στη Γερμανία είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες και μόνιμους κατοίκους της χώρας, και παρέχεται από δύο συστήματα: (1) ανταγωνιστικούς, μη-κερδοσκοπικούς, μη-κυβερνητικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς («ταμεία ασθενείας»-γύρω στα 118 τον Ιανουάριο του 2014) του συστήματος ασφάλισης υγείας, και (2) και εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Busse & Blümel, 2014).

Τα ομοσπονδιακά κρατίδια κατέχουν τα περισσότερα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, ενώ οι δήμοι διαδραματίζουν ρόλο σε δραστηριότητες της δημόσιας υγείας και κατέχουν περίπου τα μισά από τα νοσοκομειακά κρεβάτια. Ωστόσο, τα διάφορα επίπεδα της κυβέρνησης δεν έχουν σχεδόν κανένα ρόλο στην άμεση χρηματοδότηση ή παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Σε μεγάλο βαθμό, η λειτουργία και το κανονιστικό πλαίσιο ανατίθεται σε αυτοδιοικούμενες ενώσεις εντός των ταμείων ασθενείας, που αντιπροσωπεύονται από το πιο σημαντικό όργανο, που είναι η Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή (Busse & Blümel, 2014).

3.3.1 Χρηματοδότηση

Το Γερμανικό εθνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς το μεγαλύτερο τμήμα των πόρων προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Το ύψος των εισφορών διαφέρει από ταμείο σε ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή. Η συνολική εισφορά καταβάλλεται 50% από εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους. Την τελευταία δεκαετία το εθνικό σύστημα υγείας της Γερμανίας έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές. Για παράδειγμα έχει γίνει μία προσπάθεια να δημιουργηθούν ασφαλιστικά ταμεία τα οποία θα καλύπτουν δαπάνες οι οποίες θα αφορούν τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας (Χλέτσος, 2011).

Το 2014, οι συνολικές δαπάνες υγείας αντιπροσώπευαν το 11,2% του ΑΕΠ, από τις οποίες το 74% ήταν δημόσιες, κυρίως δαπάνες ασφάλισης υγείας (58% του συνόλου). Η χρηματοδότηση από τα τους φόρους και τα ταμεία της ομοσπονδιακής κυβέρνησης για δαπάνες σε «εξωγενή οφέλη» παρέχονται από το σύστημα ασφάλισης υγείας, όπως η κάλυψη για τα παιδιά, και οι συνολικές δαπάνες γι' αυτά ανήλθαν περίπου στο 4,5% των συνολικών δαπανών το 2014 (Γερμανική Ομοσπονδιακή

Στατιστική Υπηρεσία, 2016). Τα ταμεία ασθευείας χρηματοδοτούνται από υποχρεωτικές εισφορές που εισπράττονται ως ποσοστό του ακαθάριστου μισθού μέχρι ένα ανώτατο όριο. Η κάλυψη είναι καθολική για όλους τους νόμιμους κατοίκους. Κάθε μισθωτός πολίτης (και άλλες ομάδες όπως οι συνταξιούχοι) που κερδίζει λιγότερο από €56.250 (\$71,564) ανά έτος από το 2016 υποχρεωτικά καλύπτεται από ασφάλιση υγείας, και αυτοί που τον βαρύνουν καλύπτονται χωρίς χρέωση (ΟΟΣΑ, 2016). Άτομα των οποίων οι ακαθάριστοι μισθοί υπερβαίνουν το κατώτατο όριο και προηγουμένως καλύπτονταν από το σύστημα ασφάλισης μπορούν να παραμείνουν στο δημόσιο χρηματοδοτούμενο σύστημα σε εθελοντική βάση (το 75% το πράττει) ή μπορούν να στρέφονται σε υποκατάστατα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, που επίσης καλύπτουν τους δημοσίους υπαλλήλους. Περίπου το 86% του πληθυσμού λαμβάνει πρωτοβάθμια κάλυψη μέσω ασφάλισης υγείας και το 11% μέσω υποκατάστατης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Τα μέλη του στρατού, της αστυνομίας και άλλων υπαλλήλων του δημόσιου τομέα καλύπτονται από ειδικά προγράμματα. Οι επισκέπτες δεν καλύπτονται μέσω της γερμανικής ασφάλισης υγείας. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση σε περίπτωση οξείας ασθένειας και πόνου, καθώς και εγκυμοσύνης και τοκετού (Busse & Blümel, 2014).

Από το 2016, ο νόμος προβλέπει ομοιόμορφη συμβολή από όλους στο 14,6% του ακαθάριστου μισθού, που μοιράζεται εξίσου από τον εργοδότη και τον εργαζόμενο. Μια ρήτρα που προέβλεπε μια συμπληρωματική συνεισφορά για τους εργαζόμενους (0,9%) και οι συμπληρωματικές προνομιές ανά κάτοικο από ταμεία ασθευείας έχουν καταργηθεί και αντικατασταθεί από μια καταβολή συμπληρωματικών εισφορών που συνδέεται με το εισόδημα και το ποσοστό της καθορίζεται μεμονωμένα από κάθε ταμείο ασθευείας (Busse & Blümel, 2014). Το 2015, το ποσοστό της συμπληρωματικής εισφοράς ήταν, κατά μέσο όρο 0,83% - δηλαδή, οι περισσότεροι ασφαλισμένοι πλήρωναν λιγότερο από ότι προηγουμένως, με ποσοστά που κυμαίνονταν μεταξύ 0 και 1,3%. Για το 2016, το μέσο ποσοστό συμπληρωματικής συνεισφοράς εκτιμάται στο 1,1% (Γερμανική Ομοσπονδιακή Ένωση των Ταμείων Ασθευείας 2016).

Η συνεισφορά αυτή καλύπτει επίσης τα προστατευόμενα μέλη (μη-εργαζόμενους συζύγους και παιδιά). Εισοδήματα πάνω από €50.850 (\$64.994) ανά έτος (από το 2016), απαλλάσσονται από την εισφορά. Οι εισφορές των ταμείων ασφάλισης

συγκεντρώνονται σε ένα ταμείο και, στη συνέχεια, ανακατανέμονται σε επιμέρους ταμεία χρησιμοποιώντας έναν τύπο σταθμισμένης κατά κίνδυνο κεφαλαιοποίησης, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, το φύλο, και νοσηρότητα από 80 χρόνια ή σοβαρές ασθένειες (Busse & Blümel, 2014).

Όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, το 2015, 8,8 εκατομμύρια άνθρωποι καλύπτονταν μέσω υποκατάστατης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Γερμανικός Σύνδεσμος Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Επιχειρήσεων, 2016). Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι ιδιαίτερα ελκυστική για τους νέους ανθρώπους με ένα καλό εισόδημα, καθώς οι ασφαλιστές μπορούν να τους προσφέρουν συμβάσεις με πιο εκτεταμένες σειρές υπηρεσιών και χαμηλότερα ασφάλιστρα.

Τον Απρίλιο του 2016 υπήρχαν 42 υποκατάστατες ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας (από τις οποίες οι 24 ήταν κερδοσκοπικές) που κάλυπταν τις δύο ομάδες που απαλλάσσονται από την ασφάλιση υγείας (τους δημοσίους υπαλλήλους, των οποίων οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης επιστρέφονται εν μέρει από τον εργοδότη τους, και τους αυτοαπασχολούμενους) (Γερμανικός Σύνδεσμος Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Επιχειρήσεων, 2016) και εκείνους που έχουν επιλέξει να εξαιρεθούν από την ασφάλιση υγείας. Όλοι οι ιδιωτικά ασφαλισμένοι πληρώνουν ένα ασφάλιστρο κινδύνου, με ξεχωριστή προνομή για τα εξαρτώμενα από αυτούς πρόσωπα, και ο κίνδυνος εκτιμάται μόνο κατά την είσοδο στο πρόγραμμα, και βασίζεται σε παραδοχές του προσδόκιμου ζωής. Η κυβέρνηση ρυθμίζει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας για να εξασφαλίζεται ότι οι ασφαλισμένοι δεν αντιμετωπίζουν μεγάλα ασφάλιστρα που αυξάνονται καθώς γερνούν και δεν είναι υπερφορτωμένοι με ασφάλιστρα αν το εισόδημά τους μειώνεται.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παίζει επίσης μικτό επικουρικό και συμπληρωματικό ρόλο, καλύπτοντας επιμέρους οφέλη που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση υγείας, η δίνουν πρόσβαση σε καλύτερες υπηρεσίες και καλύπτουν κάποια εκπιπτόμενα ποσά (π.χ., για την οδοντιατρική περίθαλψη). Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση καθορίζει τις χρεώσεις για την παροχή υποκατάστατης ή συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας μέσα από ένα ειδικό κατάλογο χρεώσεων. Δεν υφίστανται κρατικές επιχορηγήσεις για συμπληρωματική και παραπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το 2014, όλες οι μορφές ιδιωτικής ασφάλισης υγείας αντιπροσώπευαν το 8,9% των συνολικών δαπανών υγείας (Γερμανικός Σύνδεσμος Επιχειρήσεων Ασφάλισης Υγείας, 2016).

3.3.2 Παροχές

Η ασφάλιση υγείας καλύπτει υπηρεσίες πρόληψης, ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οδοντιατρική περίθαλψη, οπτομετρία, φυσικοθεραπεία, συνταγογραφούμενα φάρμακα, ιατρικά βοηθήματα, αποκατάσταση, φροντίδα και παρηγορητική φροντίδα, και πληρωμένη άδεια ασθενείας. Η κατ'οίκον φροντίδα καλύπτεται από ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης. Οι υπηρεσίες πρόληψης στο πλαίσιο ασφάλισης υγείας περιλαμβάνουν τις τακτικές οδοντιατρικές εξετάσεις, τις εξετάσεις ρουτίνας των παιδιών, τα βασικά εμβόλια, τις εξετάσεις για χρόνιες ασθένειες, καθώς και τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου σε ορισμένες ηλικίες. Όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα καλύπτονται εκτός για από εκείνα που αποκλείονται ρητά από το νόμο (κυρίως τα λεγόμενα lifestyle φάρμακα) και εκείνα που αποκλείονται κατόπιν αξιολόγησης των οφελών που παρέχουν. Ενώ το ευρύτερο πλαίσιο του πακέτου παροχών ορίζεται από τον νόμο, οι λεπτομέρειες καθορίζονται από την Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή. Οι Υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτονται ξεχωριστά από το πρόγραμμα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας (Busse & Blümel, 2014).

Το 2014, οι προσωπικές δαπάνες αντιπροσώπευαν το 13,2% των συνολικών δαπανών υγείας, και αντιπροσώπευαν ως επί το πλείστον πληρωμές σε οίκους ευγηρίας, φαρμακευτικά προϊόντα και ιατρικά βοηθήματα (Γερμανική Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία, 2016). Τα εκπιπτόμενα ποσά περιλαμβάνουν €5.00 ως €10.00 (\$6,36 - \$12,72) ανά συνταγή στα εξωτερικά ιατρεία, €10,00 ανά ημέρα νοσηλείας στο νοσοκομείο και σε κέντρα αποκατάστασης (για τις πρώτες 28 ημέρες ανά έτος) και €5,00 ως €10,00 για συνταγογραφούμενες ιατρικές συσκευές. Τα ταμεία ασθενείας προσφέρουν επιλεκτικά τιμολόγια με μια σειρά από εκπιπτόμενα ποσά και μπόνους για την μη-διεκδίκηση δικαιώματος. Οι υπηρεσίες πρόληψης δεν έχουν εκπιπτόμενα ποσά. Οι γιατροί του συστήματος υγείας δεν επιτρέπεται να χρεώνουν πάνω από ένα ποσό για τις υπηρεσίες τους που καθορίζονται από τον κατάλογο παροχών ασφάλισης υγείας. Ωστόσο, μπορεί να υπάρχει μια σειρά από υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το σύστημα υγείας αλλά είναι διαθέσιμες στους ασθενείς από προσωπικές πληρωμές (Busse & Blümel, 2014).

Όσον αφορά το δίχτυ ασφαλείας, τα παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών απαλλάσσονται από τον επιμερισμό του κόστους. Για τους ενήλικες, υπάρχει ένα ετήσιο ανώτατο όριο για επιμερισμό του κόστους ίσο με το 2% του εισοδήματος των νοικοκυριών, ενώ μέρος του εισοδήματος του νοικοκυριού εξαιρείται από αυτόν τον υπολογισμό για τα πρόσθετα μέλη της οικογένειας. Μόλις 0,3 εκατομμύρια άτομα από τους εν δυνάμει ασφαλισμένους υγείας υπερέβαιναν το ανώτατο όριο του 2% το 2014 και απαλλάσσονταν από περαιτέρω επιμερισμό του κόστους. Το όριο μειώνεται στο 1% του ετήσιου ακαθάριστου εισοδήματος για τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, ενώ για να πληρούν τις προϋποθέσεις, αυτοί οι ασθενείς πρέπει να αποδείξουν ότι συμμετείχαν στα συμβουλευτικά προγράμματα που τους προτάθηκαν ή σε διαδικασίες διαλογής πριν να αρρωστήσουν. Περίπου 6,3 εκατομμύρια άτομα, ή περίπου το 9% των ασφαλισμένων, επωφελήθηκαν από τον παρόντα κανονισμό για το 2014 (Γερμανική Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία, 2016). Οι άνεργοι συμβάλλουν στην ασφάλιση υγείας ανάλογα με τις παροχές ανεργίας. Για τους μακροχρόνια άνεργους, η κυβέρνηση συμβάλλει εξ ονόματός τους (Busse & Blümel, 2014).

3.3.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Γερμανίας

3.3.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών

Τα βασικά δικαιώματα της εκ του νόμου ασφάλισης υγείας που καλύπτουν την οδοντιατρική περίθαλψη καθορίζονται στην παράγραφο 28 του SGB V. Οι ασφαλισμένοι δικαιούνται την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενειών των δοντιών, του στόματος και της γνάθου. Ως εκ τούτου, η προληπτική αγωγή και η βασική οδοντιατρική περίθαλψη καλύπτονται από τα ταμεία ασθενείας. Ενώ οι παροχές ορίζονται από το νόμο και σε γενικές γραμμές, η νομοθεσία ρυθμίζει θέματα της οδοντιατρικής φροντίδας πολύ πιο συγκεκριμένα (Busse & Blümel, 2014).

Υπάρχουν περίπου 69.000 ενεργοί οδοντίατροι στην Γερμανία. Έναν περιορισμένο αριθμός από αυτούς, περίπου 450, απασχολούνται σε δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες που, σε κάποια από τα γερμανικά ομοσπονδιακά κρατίδια, διεξάγει έλεγχο στοματικής υγείας σε όλα τα παιδιά ηλικίας μεταξύ 3 και 12 ετών (και για μερικά έως 16 ετών) και σε ομάδες πρόληψης. Οι γονείς ενημερώνονται για οποιαδήποτε θεραπεία απαιτείται, και στη συνέχεια, είναι δική τους η ευθύνη να μεριμνήσουν για την θεραπεία αυτή. Επιπλέον, οι δημόσιες υπηρεσίες παρέχονται από τα οδοντιατρικά

μήματα των νοσοκομείων (με 250 οδοντιάτρους), στα πανεπιστήμια (με 1.900 οδοντιάτρους) και στις ένοπλες δυνάμεις (με 450 οδοντιάτρους).

3.4.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών

Το 2012, η Γερμανική Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία (Statistisches-Bundesamt) ανέφερε ότι στη Γερμανία, το 11,3% του ΑΕΠ δαπανήθηκε για την υγειονομική περίθαλψη και το 0,7% του ΑΕΠ αντιπροσώπευε δαπάνες για την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη. Το 2012, η δαπάνη από το σύστημα ασφάλισης υγείας για στοματική και οδοντιατρική φροντίδα εκτιμήθηκε στα €11.75 (\$13,87) δισεκατομμύρια (BMG, 2013). Οι ασθενείς συνεισέφεραν περαιτέρω €10.44 (\$12,32) δισεκατομμύρια και οι δαπάνες από την ασφάλιση υγείας για πρόληψη, συμπεριλαμβανομένων των εμφράξεων, ήταν περίπου €512 (604\$) εκατομμύρια το 2011 (GKV, 2013). Έτσι το σύνολο των δαπανών για την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη στη Γερμανία ανήλθε στα 22.70 € (\$26.79) δισεκατομμύρια (Patel, 2012).

3.4.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή

Το 2004, η νεοσύστατη Ομοσπονδιακή Μεικτή Επιτροπή αντικατέστησε την Ομοσπονδιακή Επιτροπή οδοντιάτρων και τα ταμεία ασθενείας και έκτοτε είναι υπεύθυνη για τη ρύθμιση της οδοντιατρικής φροντίδας. Από το 2012, έξι οδηγίες εξασφαλίζουν την επαρκή, κατάλληλη και οικονομική παροχή της στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδας. Αυτές καθορίζουν, για παράδειγμα, μέτρα για τις ορθοδοντικές θεραπείες, τις ολικές και μερικές οδοντοστοιχίες και τις σταθερές επιχορηγήσεις. Οι οδηγίες αποτελούνται από ένα γενικό πλαίσιο που εξηγεί τους στόχους, τους χρήστες και τις αντίστοιχες παραγράφους στο SGB V. Μετά την αρχική ενότητα, οι οδηγίες γίνονται πιο λεπτομερείς. Για παράδειγμα, η οδηγία για παροχή οδοντικών προθέσεων περιγράφει πρώτα τις γενικές απαιτήσεις για οδοντιατρικό όφελος. Στη συνέχεια περιγράφονται οι βασικές αρχές και απαιτήσεις για τα πρόσθετα οφέλη. Στην τελευταία ενότητα καθορίζονται οι απαιτήσεις για συγκεκριμένες θεραπείες προσθετικής (π.χ., στεφάνες, γέφυρες, κινητή προσθετική, εμφυτεύματα κλπ.). Ενώ οι οδηγίες καθορίζουν σε γενικές γραμμές πότε ο ασθενής έχει το δικαίωμα να τις λάβει, δεν καθορίζουν ρητά το πακέτο των παροχών. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή Εκτίμησης ορίζει την ενιαία κλίμακα αξίας για οδοντιάτρους, η οποία απαριθμεί τις υπηρεσίες που καλύπτονται από τα ταμεία ασθενείας και έτσι ορίζει ρητά το πακέτο

παροχών ασφάλισης υγείας. Οι υπηρεσίες των οδοντοτεχνιτών παρατίθενται σε παρόμοιο πλαίσιο, με την ενιαία κλίμακα τιμών για οδοντοτεχνίτες (BEL II) (Busse & Blümel, 2014).

3.4 Σύστημα Υγείας Ελλάδας

Το Ελληνικό Σύνταγμα αντιμετωπίζει την υγεία ως κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα. Υπάρχουν δύο βασικές αρχές που διέπουν το δικαίωμα αυτό. Πρώτον το δικαίωμα με βάση την ιθαγένεια όσον αφορά τις υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων, που παρέχονται από το ΕΣΥ. Δεύτερον, το δικαίωμα με βάση την επαγγελματική κατάσταση και τις ασφαλιστικές εισφορές για τις υπηρεσίες που παρέχονται και/ ή χρηματοδοτούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία, συμπεριλαμβανομένων των αστικών πολυκλινικών που ανήκουν σε ασφαλιστικά ταμεία, την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, και τους ιδιωτικούς παρόχους που είναι συμβεβλημένοι με ασφαλιστικά ταμεία. Υπάρχει επίσης το δικαίωμα στις υπηρεσίες και η δωρεάν πρόσβαση σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ για τους άπορους (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

Με βάση την κατάταξη του ΟΟΣΑ (ΟΟΣΑ 1992), θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι μεικτό με στοιχεία ενσωμάτωσης, σύμβασης και αντιμισθίας, ενσωματώνοντας τις αρχές των διαφόρων οργανωτικών προτύπων των διαφόρων μοντέλων που προαναφέρθηκαν. Η ύπαρξη διαφορετικών υποσυστημάτων και οργανωτικών μοντέλων, σε συνδυασμό με την έλλειψη μηχανισμών για τον συντονισμό, έχει ως αποτέλεσμα τον κατακερματισμό και την επικάλυψη στην φροντίδα και δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες στη διαχείριση του συστήματος καθώς και στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της πολιτικής εθνικής υγείας (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, περιλαμβάνει στοιχεία τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Σε σχέση με τον δημόσιο τομέα, συνυπάρχουν στοιχεία από το μοντέλο Bismarck όσο και από το μοντέλο Beveridge. Πριν από την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, η παροχή φροντίδας υγείας στην Ελλάδα ακολουθούσε το μοντέλο Bismarck της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης εξακολουθούν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή και χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στις

νοσοκομειακές υπηρεσίες, και ακολουθούν δύο προσεγγίσεις. Η πρώτη περιλαμβάνει ταμεία τα οποία έχουν τις δικές τους ιατρικές εγκαταστάσεις και καλύπτουν όλες τις πρωταρχικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του ασφαλισμένου πληθυσμού. Υπό αυτό το καθεστώς οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα πληρώνονται με μισθό. Η δεύτερη προσέγγιση αφορά ταμεία τα οποία δεν διαθέτουν δικές τους ιατρικές εγκαταστάσεις αλλά συνάπτουν συμβάσεις με ιατρούς, οι οποίοι αποζημιώνονται μέσω μιας καθορισμένης αμοιβή-για-υπηρεσία σε αναδρομική βάση. Το ύψος της αποζημίωσης υπόκειται σε έγκριση από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οικονομίας και Οικονομικών και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Μια παραλλαγή αυτού του προτύπου παρουσιάζεται όπου οι ασφαλισμένοι επιλέγουν αν θα λάβουν μια όποια επαγγελματική συμβουλή επιθυμούν και να πληρώσουν την τρέχουσα τιμή στην ιατρική αγορά για την υπηρεσία. Αυτά τα χρήματα επιστρέφονται στη συνέχεια με ένα προβλεπόμενο ποσό από το ταμείο ασθενείας τους. Το ποσό αυτό καθορίζεται επίσης από τα τρία προαναφερθέντα Υπουργεία (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα αποτελείται από ένα μεγάλο αριθμό ταμείων και μια ευρεία ποικιλία συστημάτων υπό τη δικαιοδοσία του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας (πρώην Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Προστασίας) και η συμμετοχή σε ένα από αυτά εξαρτάται από το είδος της εργασίας του ασφαλισμένου. Υπάρχουν περίπου 30 διαφορετικά ταμεία κοινωνικών ασφαλίσεων που παρέχουν κάλυψη έναντι του κινδύνου της ασθένειας. Τα περισσότερα από αυτά λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και λειτουργούν υπό κρατικό έλεγχο. Κάθε ασφαλιστικός φορέας υπόκειται σε διαφορετική νομοθεσία και, σε πολλές περιπτώσεις, υπάρχουν επίσης διαφορές στα ποσοστά εισφορών, κάλυψης, παροχών και προϋποθέσεων για τη χορήγηση των παροχών αυτών, με αποτέλεσμα τις ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου κοινωνικών ασφαλίσεων που πέρασε τον Ιούλιο του 2010 (ν. 3863/2010), τα ασφαλιστικά ταμεία θα πρέπει να συγχωνευθούν σε μόνο τρία κύρια ταμεία (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω άμεσων και έμμεσων φορολογικών εσόδων και καλύπτει την επείγουσα προνοσοκομειακή, πρωτογενή και ενδονοσοκομειακή υγειονομική περίθαλψη μέσω αγροτικών ιατρείων,

κέντρων υγείας και δημοσίων νοσοκομείων που πληρώνονται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο. Οι γιατροί που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας είναι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης οι οποίοι δεν επιτρέπεται να συμμετάσχουν σε ιδιωτικό ιατρείο και πληρώνονται με μισθό (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα ιδιωτικά νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα και τα ιδιωτικά ιατρεία που χρηματοδοτούνται κυρίως από προσωπικές πληρωμές των ασθενών και, σε μικρότερο βαθμό, από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Εκτός από την ασφαλιστική κάλυψη για τους επαγγελματίες της υγείας, οι τελευταίοι μπορεί να λάβουν είτε τη μορφή προτιμώμενου παρόχου δικτύου είτε να ενσωματωθούν σε δίκτυα παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Ένα μεγάλο μέρος του ιδιωτικού τομέα, όπως προαναφέρθηκε, έχει συμβάσεις με ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και ασθένειας, και παρέχει κυρίως πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, και χρηματοδοτείται με βάση την αμοιβή-για-υπηρεσία σύμφωνα με προκαθορισμένες τιμές (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

3.4.1 Χρηματοδότηση

Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης έχουν αυξηθεί σημαντικά, και ως ποσοστό του ΑΕΠ και κατά κεφαλήν[προσαρμοσμένο με βάση την αγοραστική δύναμη– PPP (purchasing power parity)]. Το ποσοστό των δαπανών για την συνολική υγεία αυξήθηκε από 6,6% το 1990 σε 9,6% του ΑΕΠ το 2007, που είναι πάνω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και της ΕΕ28. Όσον αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, η Ελλάδα κατατάσσεται κάτω του μέσου όρου του ΟΟΣΑ, με τις ΗΠΑ στα \$2.727 το 2007 (προσαρμοσμένο για PPP). Επιπλέον, η Ελλάδα έχει ένα από τα μεγαλύτερα μερίδια δαπανών για το ιδιωτικό σύστημα υγείας δεδομένου ότι αυτό συνιστά το 39,7% των δαπανών για την συνολική υγεία. Το ποσοστό αυτό απεικονίζει, σε μικρότερο βαθμό, επίσημες ρυθμίσεις επιμερισμού του κόστους, που θεωρούνται χαμηλές, και, σε μεγαλύτερο βαθμό, τις άμεσες και άτυπες πληρωμές. Το υψηλό επίπεδο των επισήμων και ανεπισήμων ιδιωτικών δαπανών στην υγεία είναι ένας παράγοντας που αναιρεί την αρχή της ισότητας. Επιπρόσθετα, η εκτεταμένη φοροδιαφυγή, το υψηλό ποσοστό της έμμεσης φορολογίας, η φοροδιαφυγή και αποφυγή πληρωμής των ασφαλιστικών εισφορών κάνει τη δημόσια χρηματοδότηση του τομέα της υγείας ιδιαίτερα

οπισθοδρομική και επιβαρύνει δυσανάλογα τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

Τα τελευταία 35 χρόνια έχει παρατηρηθεί μια συνεχής αύξηση των δαπανών υγείας, τόσο σε απόλυτους όσο και σχετικούς όρους, αν και με διαφορετικούς ρυθμούς. Ο μέσος ρυθμός ανάπτυξης (MAGR) του συνόλου των δαπανών υγείας σε σταθερές τιμές για την περίοδο 2000 – 2007 ήταν υψηλότερος κατά τις περιόδους 1980 – 1989 και 1990 – 1999, φθάνοντας στο 7,2%. Επιπλέον, κατά την περίοδο 1980-2007, η MAGR των δαπανών για την συνολική υγεία ήταν σχεδόν το διπλάσιο του MAGR του ΑΕΠ, με την ανάπτυξη των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών να συμβάλλουν σχεδόν εξίσου στη συνολική ανάπτυξη των δαπανών υγείας (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

Οι μέθοδοι πληρωμής παρόχων στον ελληνικό τομέα υγειονομικής περίθαλψης δεν δημιουργούν κίνητρα για τη βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας. Οι μονάδες υγείας του ΕΣΥ λειτουργούν με έναν σταθερό προϋπολογισμό βάσει ιστορικών προτύπων, που καλύπτει τις λειτουργικές δαπάνες και επενδύσεις κεφαλαίου, και την επιστροφή σε αναδρομική βάση για τις υπηρεσίες που παραδίδονται στον ασφαλισμένο πληθυσμό. Η έλλειψη πραγματικών κινήτρων για τα νοσοκομεία να παραμείνουν εντός του προϋπολογισμού τους, οι καθυστερήσεις στην επιστροφή των χρημάτων από τα ταμεία κοινωνικών ασφαλίσεων, και τα χαμηλά νόμιμα τέλη για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, σε σύγκριση με το πραγματικό κόστος ανά ημέρα, έχει ως αποτέλεσμα τα δημόσια νοσοκομεία να αντιμετωπίζουν ελλείμματα που καλύπτονται περιοδικά από κρατικές επιδοτήσεις που προέρχονται από τα έσοδα φορολογίας. Οι γιατροί που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας ως εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης δεν επιτρέπεται να λειτουργούν ιδιωτικό ιατρείο και πληρώνονται με μισθό. Οι συμβεβλημένοι γιατροί από την άλλη πληρώνονται με βάση αμοιβή ανα-υπηρεσία. Το γεγονός ότι οι πληρωμές των γιατρών δεν σχετίζονται με τις επιδόσεις τους και ότι δεν υπάρχουν μηχανισμοί παρακολούθησης και αξιολόγησης είναι ένα αντικίνητρο που ελαχιστοποιεί την προσπάθεια παροχής υπηρεσιών από το δημόσιο και οι γιατροί περνούν το χρόνο τους σε ιδιωτικά ιατρεία, είτε επιτρέπεται είτε όχι (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

Η κάλυψη για φαρμακευτική περίθαλψη είναι καθολική και μόνο τα ποσά που καλύπτουν συνταγογραφούμενα φάρμακα επιστρέφονται από τα ταμεία κοινωνικής

ασφάλισης σύμφωνα με την τιμή αγοράς. Οι ασθενείς συμμετέχουν στο κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων με ένα ποσοστό συμμετοχής, η οποία ποικίλλει ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου και τα εισοδήματα. Οι τιμές όλων των φαρμάκων ελέγχονται από την κυβέρνηση και βασίζονται στο μέσο όρο στις τρεις χαμηλότερες τιμές μεταξύ των χωρών της ΕΕ και την Ελβετία. Παρά την ρύθμιση των τιμών οι φαρμακευτικές δαπάνες έχουν αυξηθεί σημαντικά λόγω της απουσίας μέτρων για τον έλεγχο των επιπέδων κατανάλωσης (Economou&Giorno, 2009 · Economou, 2010).

3.4.2 Παροχές

Παρά την ταχεία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα κατά την τελευταία δεκαετία, τα δημόσια νοσοκομεία χρησιμοποιούνται περισσότερο από τα ιδιωτικά νοσοκομεία και έχει υπάρξει μια τάση αύξησης της παραγωγικότητάς τους. Το μέσο διάστημα παραμονής στα νοσοκομεία για οξεία φροντίδα και ο αριθμός των κλινών εντατικής έχουν μειωθεί, ενώ έχει αυξηθεί η πληρότητα των κλινών και τα εξιτήρια. Ωστόσο, υπάρχει σημαντικός χώρος για βελτίωση. Με στόχο την καλύτερη διαχείριση των εγκαταστάσεων και συντήρηση της υποδομής, το 2007 η κυβέρνηση ενέκρινε κονδύλια για νέα νοσοκομεία. Πρέπει να αναφερθεί ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχει υπάρξει μια σημαντική αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη παροχή ακριβών βιοϊατρικών εξετάσεων. Η προσπάθεια κατά την περίοδο 2001 – 2004 να διαμορφώσουν και να εφαρμόσουν τον «χάρτη υγείας και πρόνοιας», ως ένα μέσο για την κατανομή των πόρων υγείας και τον έλεγχο των επενδυτικών κεφαλαίων, δεν ολοκληρώθηκε ποτέ (Economou, 2010).

Το εργατικό δυναμικό του τομέα υγείας έχει αυξηθεί από το 2,6% του συνολικού εργατικού δυναμικού στις αρχές της δεκαετίας του 1980 στο 4% το 2004. Σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΕ, ο αριθμός των ιατρών και οδοντιάτρων στην Ελλάδα φαίνεται να είναι εξαιρετικά υψηλός. Επιπλέον, ενώ η αναλογία των ειδικών ανά 1000 κατοίκους είναι πολύ υψηλή, η αναλογία σε γενικούς γιατρούς είναι μία από τις χαμηλότερες. Επιπλέον, μολονότι η αναλογία των νοσηλευτών σε κατοίκους έχει αυξηθεί με μέτριο ρυθμό, η Ελλάδα έχει μία από τις χαμηλότερες πυκνότητες σε αυτήν την επαγγελματική ομάδα. Παρά την υπερπροσφορά των ιατρών, τα ελληνικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σημαντικές ελλείψεις. Το πρόβλημα είναι ακόμα πιο πιεστικό όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό. Το πάγωμα στις προσλήψεις προσωπικού λόγω οικονομικών δυσχερειών οδήγησε στο

κλείσιμο ενός μεγάλου αριθμού μονάδων εντατικής θεραπείας και πολλών κλινικών σε νοσοκομεία του ΕΣΥ που λειτουργούν κάτω από την επιχειρησιακή τους ικανότητα. Το αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση των μεγάλων λιστών αναμονής. Λαμβάνοντας υπόψη την κατανομή των γιατρών, οδοντιάτρων και νοσοκόμων σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της χώρας, φαίνεται να υπάρχουν μεγάλες ανισότητες. Οι ανισότητες αυτές, σε συνδυασμό με την άνιση περιφερειακή κατανομή των κλινών, συμβάλλουν στην ανισότητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες (Οικονόμου, 2010).

3.4.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Ελλάδας

Η κάλυψη των αναγκών σε στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη του ελληνικού πληθυσμού γίνεται από τρεις ανεξάρτητες δομές: (α) τα ασφαλιστικά ταμεία, που χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, (β) το ΕΣΥ, μέσω των κέντρων υγείας και των δημόσιων νοσοκομείων που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και (γ) τον ιδιωτικό τομέα, όπου οι πάροχοι αμείβονται κυρίως από προσωπικές πληρωμές των ασθενών. Κατά συνέπεια, η στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη έχει τις ίδιες διαρθρωτικές αδυναμίες όπως και το υπόλοιπο σύστημα υγείας, δηλαδή, πάσχει από έλλειψη συντονισμού και περιορισμένη προστασία λόγω του κατακερματισμένου χαρακτήρα του συστήματος (Dolgeras, Economou & Kyriopoulos 2004).

3.4.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών

Σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΕ, ο αριθμός των οδοντιάτρων στην Ελλάδα φαίνεται να είναι εξαιρετικά υψηλός. Λαμβάνοντας υπόψη την κατανομή των οδοντιάτρων στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές της χώρας, φαίνεται να υπάρχουν μεγάλες ανισότητες, με περίπου το 50% όλων των οδοντιάτρων να απασχολούνται στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Επιπλέον, η Ελλάδα επιδεικνύει την μεγαλύτερη έλλειψη εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Μόνο το 35% των Ελλήνων έχουν εμπιστοσύνη στους οδοντιάτρους. Η στοματική και οδοντιατρική φροντίδα αντικατοπτρίζει την τυπική εικόνα κατακερματισμού με το ευρύ φάσμα και τις ανισότητες των υπηρεσιών που παρέχονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Μία σημαντική αδυναμία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι οι σημαντικές διαφορές και ανισότητες, δεδομένου ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην κάλυψη μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης,

και ως εκ τούτου, μεγάλα τμήματα του πληθυσμού δεν καλύπτονται για οδοντιατρικές υπηρεσίες (Dolgeras, Economou&Kyriopoulos 2004).

Οι δικαιούχοι του ΙΚΑ καλύπτονται για προληπτική θεραπεία(παιδιά<15 ετών) αποτρυγώσεις, εμφράξεις ,εξαγωγές, κινητή προσθετική και ορθοδοντική θεραπεία που παρέχονται από οδοντιάτρους σε πολυκλινικές του οργανισμού. Το ΙΚΑ, απασχολεί περίπου 1000 οδοντιάτρους μερικής απασχόλησης στις πολυκλινικές του, που αμείβονται βάση μισθού. Επίσης, έχει καθιερώσει συμβάσεις με ιδιώτες οδοντιάτρους για ένα συγκεκριμένο εύρος υπηρεσιών μόνο, όπως εμφράξεις, εξαγωγές, κινητή προσθετική και ορθοδοντική για παιδιά κάτω των 15 ετών. Οι δικαιούχοι του ΟΓΑ έχουν πολύ περιορισμένη οδοντιατρική κάλυψη που προσφέρεται μόνο από τα κέντρα υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία, όπου συνολικά μόλις 700 οδοντίατροι πλήρους απασχόλησης παρέχουν υπηρεσίες στοματικής και οδοντιατρικής υγείας. Έτσι, τα περισσότερα από αυτά τα κέντρα και νοσοκομεία είναι ελλιπώς επανδρωμένα. Μία σειρά από άλλα ασφαλιστικά ταμεία που δεν έχουν δικές τους πολυκλινικές συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες οδοντιάτρους, οι οποίοι αμείβονται με βάση αμοιβή-ανα-υπηρεσία σύμφωνα με ένα προκαθορισμένο τιμολόγιο, ενώ κάποια άλλα ταμεία προσφέρουν στους δικαιούχους ελεύθερη επιλογή οδοντίατρου. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής πληρώνει τον οδοντίατρο και, στη συνέχεια, το ποσό του επιστρέφεται από το ταμείο. Ο ΟΑΕΕ δε καλύπτει μόνο τα παιδιά κάτω των 16 ετών. Τα κέντρα υγείας προσφέρουν στοματική και οδοντιατρική θεραπεία στον αγροτικό πληθυσμό ηλικίας κάτω των 18, ενώ τα κρατικά νοσοκομεία παρέχουν κάλυψη για ειδικές περιπτώσεις (ασθενείς με HIV, διαβήτη, κλπ.). Ο αγροτικός πληθυσμός ηλικίας άνω των 18 ετών και οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ πρέπει να χρησιμοποιούν τις οδοντιατρικές υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα, καθώς η ομάδα αυτή δεν καλύπτεται για οδοντιατρική περίθαλψη. Το κόστος των προληπτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών δεν καλύπτεται από τα ταμεία. Με εξαίρεση τους δικαιούχους των τραπεζικών ταμείων, δωρεάν προληπτική οδοντιατρική φροντίδα διατίθεται μόνο περιστασιακά από ορισμένους οδοντιάτρους στα κέντρα υγείας (Dolgeras, Economou&Kyriopoulos 2004).

Στον ιδιωτικό τομέα, οι προσωπικές πληρωμές από τους ασθενείς, ενεργούν ως υποκατάστατο για τα κενά στην ασφαλιστική κάλυψη της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης και λόγω της δυσαρέσκειας για την ποιότητα των υφιστάμενων υπηρεσιών που προσφέρονται από το δημόσιο τομέα. Η παρατεταμένη

χρήση των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα για την οδοντιατρική θεραπεία τονίζεται από το γεγονός ότι το 31,1% των δαπανών οικιακής υγείας το 2005 ήταν αφιερωμένες σε οδοντιατρικές υπηρεσίες. Κατά συνέπεια, δεν είναι έκπληξη το γεγονός ότι τα αποτελέσματα της μελέτης για τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αξιοποίηση της στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδα στην Ελλάδα δείχνουν μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο εισόδημα και την αξιοποίηση: άτομα με υψηλότερα εισοδήματα έχουν μια αυξημένη πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες της στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδας. Ομοίως, το υψηλότερο εισόδημα συνδέεται επίσης με περισσότερες επισκέψεις στον οδοντίατρο (Zavras, Economou&Kyriopoulos 2004).

Τα προβλήματα της οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα αντικατοπτρίζονται στα αποτελέσματα του Ευρωβαρόμετρου το 2007. Οι πολίτες στην Ελλάδα συγκαταλέγονται μεταξύ των λιγότερο διατεθειμένων να αξιολογήσουν θετικά την ποιότητα της στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδας που λαμβάνουν. Η έρευνα διαπίστωσε ότι μόλις το 61% των Ελλήνων πολιτών πιστεύουν ότι οι οδοντιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα είναι καλής ποιότητας, με χαμηλότερο ποσοστό μετά την Πολωνία (50%) και την Πορτογαλία (51%). Εξάλλου, το ζήτημα της οικονομικής προσιτότητας, βρίσκει την πιο αρνητική κοινή γνώμη στην Πορτογαλία (82%), ακολουθούμενη από την Ελλάδα (75%) (Ευρωβαρόμετρο 2007).

3.4.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών

Ο επιμερισμός του κόστους έχει αυξηθεί αισθητά για τις οδοντιατρικές θεραπείες, και πολλές υπηρεσίες (όπως η προσθετική) έχουν καταργηθεί από τη λίστα της επιστροφής χρημάτων. Τα ποσοστά συνασφάλισης κυμαίνονται από 0 σε 40%, και η ορθοδοντική φροντίδα για τα παιδιά (μέχρι 13-14 ετών) καλύπτεται μόνο από μερικά ταμεία ασθενείας. Η έλλειψη πλήρους κάλυψης, είτε από τα ασφαλιστικά ταμεία είτε από ιδιωτική ασφάλιση, καθιστά την στοματική και οδοντιατρική φροντίδα το κυρίαρχο πεδίο για τις άμεσες ενισχύσεις, με πάνω από το 30% των συνολικών προσωπικών δαπανών να καλύπτουν οδοντιατρικές θεραπείες (Οικονόμου & Giorno, 2009 · Οικονόμου, 2010).

3.4.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή

Η διεύθυνση για την στοματική και την οδοντιατρική υγεία σχεδιάζει και εφαρμόζει την οδοντιατρική πολιτική υγείας και υγιεινής. Ο στόχος της διεύθυνσης συντονισμού των περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών είναι να αναπτύξει μια πολιτική ολοκληρωμένης δημόσιας υγείας μέσα από ένα καλά οργωμένο δίκτυο εργαστηρίων και υπηρεσιών. Οι πολιτικές και οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο είναι ακόμα υπανάπτυκτες, παρά το γεγονός ότι πολλές πόλεις έχουν θεσπίσει προγράμματα πρόληψης για την υγεία των δοντιών (Οικονόμου, 2010).

3.4.3.4 Αποτελέσματα

Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωβαρόμετρου οι Έλληνες πολίτες έχουν τη χειρότερη εικόνα στην Ευρώπη για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν. (Νεκτάριος, 2008:441). Στην Ελλάδα θα μπορούσε να πει κανείς ότι η δημόσια οδοντιατρική υγεία δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη, αφενός μεν γιατί οι υπηρεσίες που παρέχονται από το σύστημα στοματικής υγείας είναι προσανατολισμένες μόνο στην θεραπεία και όχι την πρόληψη, και αφετέρου γιατί το Ελληνικό Κράτος δεν έχει μία σαφή εθνική πολιτική για την στοματική υγεία. Το κενό αυτό στην κρατική μέριμνα για την στοματική και οδοντιατρική υγεία καλύπτουν γιατροί του ιδιωτικού τομέα και οι ασθενείς καλύπτουν τα έξοδα από την τσέπη τους(out of pocket), ενώ πολύ λίγα είναι και τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης που παρέχουν κάλυψη για τέτοιου είδους υπηρεσίες. Συζητείται ευρέως πλέον πως το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας χρειάζεται δημιουργία υποστηρικτικών δομών που θα αξιοποιήσουν το ανθρώπινου δυναμικού που δραστηριοποιείται στο πεδίο της δημόσιας οδοντιατρικής υγείας. Πρέπει, επίσης, το Ελληνικό Κράτος να επιδιώξει την δημιουργία ενός περιβάλλοντος που θα επιτρέψει την ανάπτυξη συνεργασιών με άλλα επιστημονικά πεδία και κοινωνικούς φορείς, που με τη σειρά της θα μπορούσε να επιφέρει μια συνολική ανάπτυξη του εθνικού συστήματος υγείας της Ελλάδας (Δημητριάδης, Κωνσταντινίδης & Ντόκος, 2008)

3.5 Σύστημα Υγείας ΗΠΑ

Οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ένα μοναδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, σε αντίθεση με οποιαδήποτε άλλη χώρα στον κόσμο. Ενώ οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες έχουν συστήματα υγείας που προσφέρουν την κάλυψη ως δικαίωμα του πολίτη, αυτό δεν συμβαίνει ακόμα στις ΗΠΑ, όπου όλοι οι Αμερικανοί πολίτες δεν

καλύπτονται αυτομάτως από ασφάλιση υγείας. Έτσι, ένα κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ είναι ο κατακερματισμός που οφείλεται στο γεγονός ότι διαφορετικοί άνθρωποι λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη με διαφορετικά μέσα. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση παρέχει μια σειρά από ρυθμιστικούς και χρηματοδοτικούς μηχανισμούς, συμπεριλαμβανομένης της Medicare και Medicaid. Υπάρχει επίσης το πρόγραμμα συνδυασμένης ομοσπονδιακής και πολιτειακής χρηματοδότησης για την παιδική ασφάλιση υγείας (CHIP), που προσφέρει κάλυψη σε παιδιά οικογενειών με χαμηλό εισόδημα (De-Navas, Proctor&Smith, 2011, Thomsonetal., 2012).

Το 2011, το 63.9% των Αμερικανών πολιτών λάμβανε κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης από ιδιωτική ασφάλιση υγείας, με το 55,1% να το λαμβάνει άμεσα από τους εργοδότες του και το 9,8% να καλύπτει το ποσό από προσωπικές δαπάνες. Τα δημόσια προγράμματα κάλυπταν το 32,2% των κατοίκων της χώρας και καθώς οι τύποι ασφάλισης υγείας δεν αποκλείουν ο ένας τον άλλο, τα άτομα μπορεί να καλύπτονται από περισσότερα από ένα προγράμματα. Σχεδόν 49 εκατομμύρια Αμερικανοί πολίτες (το 15,7% του πληθυσμού) ήταν ανασφάλιστοι(De-Navas, Proctor&Smith, 2011, Thomsonetal., 2012).

Η ιδιωτική και δημόσια κάλυψη συνήθως περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες φροντίδας και παρακολούθηση από γιατρούς. Πολλά προγράμματα περιλαμβάνουν επίσης υπηρεσίες πρόληψης, ψυχικής υγείας, φυσιοθεραπεία και συνταγογραφούμενα φάρμακα. Από το 2010 η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι απαραίτητη για την κάλυψη ορισμένων προληπτικών υπηρεσιών (με κανέναν επιμερισμό του κόστους αν οι υπηρεσίες παρέχονται εντός δικτύου), και το 2011, η Medicare εξάλειψε τον επιμερισμό του κόστους για μια σειρά από υπηρεσίες πρόληψης, αν και υπάρχουν εκπιπτόμενα ποσά για τη νοσηλεία σε νοσοκομείο και την περιπατητική φροντίδα, καθώς και οι από κοινού πληρωμές, για τις επισκέψεις σε γιατρούς. Η ιδιωτική κάλυψη της στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδας και η οπτομετρία είναι επίσης διαθέσιμες – μερικές φορές μέσα από ξεχωριστά προγράμματα – όπως και η ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης (Thomsonetal., 2012).

3.5.1 Χρηματοδότηση

Το μερίδιο των δημόσιων δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ ήταν 48,2% το 2010 (Πίνακας 3.1). Η Medicare χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού φόρων μισθοδοσίας, ασφάλιστρα και ομοσπονδιακή επιχορήγηση. Η Medicaid είναι ένα πρόγραμμα που χρηματοδοτείται από τα φορολογικά έσοδα, μικτή ασφάλιση υγείας και κρατικά προγράμματα, υπό την καθοδήγηση της ομοσπονδιακής κυβέρνησης (Thomsonetal., 2012, OECD, 2012).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αντιπροσωπεύει το 34,7% των συνολικών δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης, που συνήθως χρηματοδοτείται από αφορολόγητες εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων ή από προσωπικές πληρωμές. Μερικά άτομα που καλύπτονται από ασφάλιση υγείας τόσο σε δημόσιους όσο και ιδιωτικούς φορείς – για παράδειγμα, πολλοί δικαιούχοι του Medicare- αγοράζουν συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση για την κάλυψη πρόσθετων υπηρεσιών και κατανομή του κόστους. Οι προσωπικές πληρωμές αντιστοιχούσαν στο 12,3% των δαπανών για την συνολική περίθαλψη υγείας το 2010 (Thomsonetal., 2012, WHO, 2010).

3.5.2 Παροχές

Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αντιπροσωπεύουν περίπου το ένα τρίτο όλων των γιατρών στις ΗΠΑ και λειτουργούν ιδιωτικά ιατρεία. Οι ασθενείς δεν χρειάζεται να εγγραφούν σε μια πρακτική πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εκτός εάν αυτό απαιτείται από κάποιο πρόγραμμα φροντίδας που έχουν προμηθευτεί. Οι εξειδικευμένοι γιατροί μπορούν να εργαστούν σε νοσοκομεία και ιδιωτικά ιατρεία. Οι γιατροί πληρώνονται μέσω ενός συνδυασμού μεθόδων: το κόστος για τις υπηρεσίες καταβάλλεται από τους περισσότερες ιδιωτικές ασφάλειες, από ορισμένες συμβάσεις και από προκαθορισμένες πληρωμές που καταβάλλονται από τα μεγάλα δημόσια προγράμματα (Thomsonetal., 2012).

Η περίθαλψη εκτός ωραρίου λειτουργίας παρέχεται κυρίως από τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Μερικές ασφαλιστικές εταιρείες διαθέτουν τηλεφωνικές γραμμές για συμβουλευτικές υπηρεσίες. Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας γίνεται μέσα από ένα μίγμα κερδοσκοπικών και μη-κερδοσκοπικών φορέων παροχής υπηρεσιών, με μια ποικιλία μεθόδων πληρωμής, παρόλο που από το 2010, οι περισσότερες ασφάλειες υγείας που παρέχονται από εργοδότες πρέπει να παρέχουν τον ίδιο βαθμό κάλυψης για

αυτό. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται ή από δημόσια (15% των κλινών), μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα (70% των κλινών) ή ιδιωτικά (15% των κλινών) νοσοκομεία. Μερικοί γιατροί εργάζονται σε νοσοκομεία βάση μισθού, ωστόσο οι περισσότεροι γιατροί πληρώνονται με βάση την αμοιβή-για-υπηρεσία (Thomsonetal., 2012).

3.5.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες ΗΠΑ

3.5.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών

Συνολικά, η στοματική και οδοντιατρική ασφαλιστική κάλυψη είναι λιγότερο διαδεδομένη από την ιατρική ασφάλιση στις ΗΠΑ. Το 2007, σχεδόν το 60% των ενηλίκων ηλικίας 21-64 (περίπου 105 εκατομμύρια άτομα) είχε ιδιωτική οδοντιατρική κάλυψη, το 5% είχε δημόσια οδοντιατρική κάλυψη και περισσότερο από το 35% δεν είχε καμία οδοντιατρική κάλυψη (Πίνακας 3.2). Μεταξύ των Αμερικανών άνω των 65 , το παραδοσιακό Medicare δεν παρέχει οδοντιατρική ασφάλιση, επομένως σχεδόν το 70% των Αμερικανών ηλικίας 65 και άνω δεν έχουν οδοντιατρική κάλυψη (McGinn-Shapiro, 2008, Manski&Brown, 2010).

Μεταξύ των ενηλίκων με χαμηλό εισόδημα, το Medicaid είναι το βασικό πρόγραμμα για τη στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη, αλλά ενώ το πρόγραμμα Medicaid καλύπτει το σύνολο των δαπανών για οδοντιατρικές υπηρεσίες σε παιδιά, οι πολιτείες έχουν ευελιξία να προσδιορίσουν τις οδοντιατρικές παροχές σε ενήλικες. Κατά συνέπεια, υπάρχει μια μεγάλη διακύμανση μεταξύ των πολιτειών για τα είδη των οδοντιατρικών υπηρεσιών και το βαθμό κάλυψης που προσφέρεται, με μόνο δεκαέξι πολιτείες να προσφέρουν κάλυψη για όλες τις κατηγορίες οδοντιατρικών υπηρεσιών για όλους τους ενήλικες που συμμετέχουν στο πρόγραμμα (McGinn-Shapiro, 2008).

3.5.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών

Η στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη στις ΗΠΑ χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από τον ιδιωτικό τομέα (Πίνακας 3.3). Η μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης της είναι μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (48,6% των συνολικών δαπανών στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης), ακολουθούμενη από τις προσωπικές πληρωμές (41,6%). Η δημόσια χρηματοδότηση αντιπροσώπευε μόνο το 9,3% όλων των δαπανών για τη στοματική και οδοντιατρική φροντίδα υγείας το 2011, με το 6,7% να καταβάλλεται από

το Medicaid, το 0,3% να καταβάλλεται από το Medicare και το 2,3% να καταβάλλεται μέσα από άλλα προγράμματα ασφάλισης υγείας, όπως τα CHIP, το Υπουργείο Άμυνας και το Υπουργείο Υποθέσεων Βετεράνων (CMS, 2013).

Το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που διατίθενται για την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη είναι περίπου 4,0%. Το ποσοστό αυτό έχει μειωθεί σταθερά από το 2001, αλλά κυρίως από την έναρξη της πρόσφατης οικονομικής ύφεσης. Ωστόσο, συνολικά οι δαπάνες για τη στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη έφθασαν τα 108 δισεκατομμύρια δολάρια το 2011, ή κατά κεφαλήν το ποσό των \$348.00 (ADA, 2012, CMS, 2013).

3.5.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή

Παραδοσιακά, η στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη στις ΗΠΑ παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς. Το 2009, υπήρχαν 186,084 επαγγελματικά ενεργοί οδοντίατροι (Πίνακας 3.4) και το 91.7% από αυτούς ήταν ιδιώτες γιατροί. Η αναλογία οδοντίατρου/πληθυσμό στις ΗΠΑ είναι 0,6/1000 άτομα του πληθυσμού (ADHA, 2009, OECD, 2013).

Η κεντρική αρχή που αδειοδοτεί τους οδοντιάτρους είναι ξεχωριστή σε κάθε πολιτεία. Αν και οι απαιτήσεις ποικίλλουν από πολιτεία σε πολιτεία, όλοι οι αιτούντες άδεια εξασκήσεως επαγγέλματος πρέπει να πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις ως προς την εκπαίδευση τους, απαιτούνται γραπτές εξετάσεις και κλινική εμπειρία. Οι υπηρεσίες επίσης αναγνωρίζουν, τους οδοντιατρικούς υγειονολόγους, τους οδοντιατρικούς βοηθούς και τους οδοντοτεχνίτες. Οι οδοντιατρικοί υγειονολόγοι μπορεί να παρέχουν μια σειρά από υπηρεσίες κλινικής φροντίδας κάτω από διαφορετικά επίπεδα εποπτείας, ανάλογα με την πρακτική της πολιτείας στην οποία εργάζονται. Επί του παρόντος, 35 πολιτείες έχουν πολιτικές που επιτρέπουν την ύπαρξη οδοντιατρικών υγειονολόγων με βάση τις ρυθμίσεις για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και στοματικής και οδοντιατρικής υγείας χωρίς την άμεση επίβλεψη του οδοντίατρου. Την ίδια στιγμή, 15 πολιτείες αναγνωρίζουν και πληρώνουν υγειονολόγους ως παρόχους του Medicaid (ADHA, 2009, Burt&Eklund, 2005, ADHA, 2010).

3.5.3.4 Αποτελέσματα

Για τους περισσότερους Αμερικανούς, η κατάσταση της στοματικής και της οδοντιατρικής τους υγείας συνεχώς βελτιώνεται. Η τερηδόνα εξακολουθεί να μειώνεται για την μόνιμη οδοντοφυΐα στους νέους, τους εφήβους και τους περισσότερους ενήλικες, και επίσης έχουν μειωθεί οι οδοντοστοιχίες μεταξύ των ηλικιωμένων. Μια έκθεση που δημοσιεύθηκε το 2007 με βάση τις εκτιμήσεις σε εθνικό επίπεδο και τις τάσεις για μια ποικιλία μέτρων ως προς την κατάσταση της στοματικής και οδοντιατρικής υγείας μεταξύ του 1988-1994 και 1999-2004. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο μέσος όρος των τερηδονισμένων δοντιών, των εξαχθέντων, και των εμφράξεων (DMFT) στην ηλικία των 12 σε σχέση με την τελευταία έρευνα ήταν 1,3 (Πίνακας 3.6) και η επικράτηση της τερηδόνας μεταξύ των εφήβων 12-19 ετών είχε μειωθεί από το 67,8% στο 59,1% κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Για τους ενήλικες ηλικίας 20-64 ετών, ο μέσος όρος DMFT μειώθηκε από 12,54 σε 10,33. Για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω μειώθηκαν επίσης οι οδοντοστοιχίες από το 33,9% στο 27,2% σε αυτό το διάστημα (Dyeetal., 2007, OECD, 2013).

Η αξιοποίηση των οδοντιατρικών υπηρεσιών στις ΗΠΑ έχει μειωθεί σημαντικά από το 2007, διαβρώνοντας τα κέρδη πολλών ετών. Αφού κορυφώθηκε στο 43,6% το 2007, το ποσοστό του πληθυσμού των ΗΠΑ που επισκέπτεται τον οδοντίατρο μειώθηκε σε 42,2% το 2009 (Πίνακας 5). Συνολικά, το 16% των ενηλίκων ηλικίας 18-64 ετών είχε μια οδοντιατρική ανάγκη που δεν καλύφθηκε κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Μεταξύ των ενηλίκων με ένα ή περισσότερα στοματικά ή οδοντιατρικά προβλήματα, περισσότερο από το ήμισυ εκείνων που ήταν ανασφάλιστοι είχε μια οδοντιατρική ανάγκη που δεν καλύφθηκε λόγω κόστους, σε σύγκριση με το ένα δέκατο από αυτούς που διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας με οδοντιατρική κάλυψη, τονίζοντας τις ανισότητες που οφείλονται στην έλλειψη κάλυψης (Balloetal., 2012, Manski&Brown, 2012).

3.6 Σύστημα Υγείας Καναδά

Στον Καναδά το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται σε ένα μοντέλο με βάση τις αρχές του Beveridge. Υπάρχουν 12 περιφερειακές αρχές που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Κάθε μία από τις αρχές αυτές εφαρμόζει το δικό της πρόγραμμα, ενώ κάθε μία τιμολογεί τις υπηρεσίες της με διαφορετικό τρόπο. Τα έσοδα του συστήματος

προέρχονται κυρίως από χρήματα που συλλέγονται από την γενική φορολογία, που καλύπτει σχεδόν το 90% των απαιτούμενων πόρων. Το υπόλοιπο 10% που απαιτείται για την πλήρη κάλυψη των αναγκών του συστήματος προέρχεται από την ιδιωτική ασφάλιση, και τις πρόσθετες παροχές των ιδιωτών. Ο Καναδάς είναι η πρώτη χώρα που ανέπτυξε δίκτυα πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Την μεν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχουν γενικοί και οικογενειακοί γιατροί που προσλαμβάνονται και πληρώνονται από τον δημόσιο προϋπολογισμό, ενώ η πλειοψηφία των νοσοκομείων λειτουργεί υπό την μορφή μη-κερδοσκοπικού ιδρύματος που χρηματοδοτείται από τις τοπικές αρχές με βάση σφαιρικούς προϋπολογισμούς (Χλέτσος, 2011).

Το καναδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι κατά κύριο λόγο δημόσια χρηματοδοτούμενο και άκρως αποκεντρωμένο όσον αφορά τη διακυβέρνηση, την οργάνωση και τις υπηρεσίες. Οι επαρχίες είναι υπεύθυνες για τη διαχείριση του δικού τους προγράμματος Medicare που χρηματοδοτείται από το κράτος και έχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Οι αναγκαίες ιατρικές, νοσοκομειακές και διαγνωστικές υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν στο σημείο εξυπηρέτησης για όλους τους κατοίκους των επαρχιών (Marchildon, 2013).

Ο ρόλος της ομοσπονδιακής κυβέρνησης περιλαμβάνει τη χρηματοδότηση, τη διευκόλυνση της συλλογής δεδομένων και έρευνας, καθώς και ορισμένες ρυθμιστικές πτυχές των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και της δημόσιας υγείας, εκτός από την παροχή δημόσιας ασφάλισης υγείας για ορισμένες ομάδες ανθρώπων, όπως ειδικές αυτόχθονες ομάδες, τα μέλη των καναδικών ενόπλων δυνάμεων, τους βετεράνους, τους κρατούμενους σε ομοσπονδιακά σωφρονιστικά ιδρύματα, τους αιτούντες άσυλο και τους μετανάστες. Οι δέκα επαρχίες του Καναδά είναι υπεύθυνες για την παροχή των ιατρικών αναγκαίων υπηρεσιών από νοσοκομεία και γιατρούς, μέσω ιδιωτικών κερδοσκοπικών, ιδιωτικών μη-κερδοσκοπικών και δημοσίων οργανισμών, καθώς και από γιατρούς που λαμβάνουν αμοιβή από τα επαρχιακά υπουργεία υγείας (Allin, 2012, Marchildon, 2013).

Οι υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτονται από το Medicare χρηματοδοτούνται σε μεγάλο βαθμό ιδιωτικά. Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, οι υπηρεσίες ασθενοφόρων, οι οφθαλμολογικές εξετάσεις και οι υπηρεσίες για την στοματική και οδοντιατρική φροντίδα δεν καλύπτονται και τα άτομα και οι οικογένειες που δεν

καλύπτονται από τα προγράμματα αυτά καλούνται να πληρώσουν τις υπηρεσίες από ίδιες πληρωμές, ή να καλύπτονται από ένα σχέδιο ασφάλισης που παρέχεται από τους εργοδότες και έχει βάση την ομαδική ασφάλιση ή να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση (Allin, 2012, Marchildon, 2013).

Η ιδιωτική ασφάλιση στον Καναδά είναι συμπληρωματική, δηλαδή, καλύπτει υπηρεσίες που εξαιρούνται ή καλύπτονται μόνο εν μέρει από τη δημόσια ασφάλιση. Η συμπληρωματική ασφάλιση που παρέχει ταχύτερη πρόσβαση στους δημόσια χρηματοδοτούμενους γιατρούς και τις νοσοκομειακές υπηρεσίες είτε απαγορεύεται ή αποθαρρύνεται από τους επαρχιακούς νόμους. Τόσο οι ομοσπονδιακές όσο και οι επαρχιακές κυβερνήσεις εμπλέκονται στη ρύθμιση της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, αλλά ο καναδικός κανονισμός σχεδιασμού των ασφαλιστικών προϊόντων, η τιμολόγηση τους και η πώλησή τους, είναι σχετικά αδύναμες σε σχέση με τα διεθνή πρότυπα (Allin, 2012, Marchildon, 2013, Hurley&Guindon, 2008)).

3.6.1 Χρηματοδότηση

Περισσότερο από το 70% της υγειονομικής περίθαλψης στον Καναδά είναι δημόσια χρηματοδοτούμενο μέσω των γενικών φορολογικών εσόδων (Πίνακας 3.1). Οι επαρχίες είναι άμεσα υπεύθυνες για την συλλογή των πόρων για την δημόσια χρηματοδότηση της υγείας, αλλά η ομοσπονδιακή κυβέρνηση συμβάλλει με μια ετήσια μεταφορά μετρητών σε κατά κεφαλήν βάση (Allin, 2012, Marchildon, 2013, OECD, 2013, WHO, 2010).

Οι προσωπικές πληρωμές αποτελούν περισσότερο από το 50% των δαπανών για την χρηματοδότηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Την ίδια στιγμή, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αντιπροσωπεύει περίπου το 13% των δαπανών για την συνολική υγεία. Η πλειοψηφία έρχεται με τη μορφή των σχεδίων απασχόλησης με βάση την ομάδα, που χρηματοδοτείται από εργοδότες, συνδικαλιστικές οργανώσεις, επαγγελματικές ενώσεις και παρόμοιες οργανώσεις και εκπίπτουν από το εισόδημα για φορολογικούς σκοπούς. Ωστόσο, τέτοιου είδους παροχές περιορίζονται γενικά σε υψηλότερο επίπεδο μισθών, μόνιμες θέσεις εργασίας, ενώ οι εργαζόμενοι που βρίσκονται συχνά σε χαμηλά αμειβόμενες, προσωρινής ή εποχιακής απασχόλησης, θέσεις δεν έχουν ιδιωτικές ασφαλιστικές παροχές (Allin, 2012, Marchildon, 2013, OECD, 2013, WHO, 2010).

3.6.2 Παροχές

Το παραδοσιακό μοντέλο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον Καναδά έχει βασιστεί σε οικογενειακούς γιατρούς που παρέχουν πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες σε ιδιωτικά ιατρεία. Οι περισσότεροι γιατροί ενεργούν ως οι ρυθμιστές για την περαιτέρω φροντίδα και αμείβονται με βάση αμοιβή-ανά-υπηρεσία. Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν και να αλλάξουν τους οικογενειακούς γιατρούς, και τα επαρχιακά υπουργεία κάνουν εντατικές προσπάθειες για την μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά την τελευταία δεκαετία, εστιάζοντας στη μετάβαση από την παραδοσιακή πρακτική του ενός και μόνο γιατρού, σε διεπαγγελματικές ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχουν ένα ευρύτερο φάσμα πρωτογενών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης επί 24ώρου βάσεως καθ' όλη τη διάρκεια της εβδομάδας (Allin, 2012, Marchildon, 2013).

Σχεδόν όλες οι δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες και η επείγουσα φροντίδα παρέχονται από τα νοσοκομεία. Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, υπάρχει και η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε εγκαταστάσεις του ιδιωτικού τομέα μη νοσοκομειακού τύπου, αλλά αυτό δεν αποτελεί ακόμη τον κυρίαρχο τρόπο λειτουργίας του συστήματος. Οι ασθενείς έχουν απευθείας πρόσβαση σε ειδικούς, αλλά είναι κοινό για τους οικογενειακούς γιατρούς να παραπέμπουν ασθενείς σε εξειδικευμένη περίθαλψη, καθώς σε πολλές επαρχίες καταβάλουν υψηλότερες αμοιβές όταν δεν έχουν παραπεμπτικό από τους οικογενειακούς γιατρούς (Allin, 2012, Marchildon, 2013).

Οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης παρέχονται από τις αντίστοιχες υπηρεσίες των νοσοκομείων, καθώς και από τις ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (EMS) που παρέχουν υπηρεσίες μεταφοράς με ασθενοφόρο. Το καναδικό σύστημα περιλαμβάνει καθολική κάλυψη για ψυχιατρική περίθαλψη που παρέχεται από δημόσιους γιατρούς, αλλά δεν καλύπτει τις υπηρεσίες ψυχολόγων ή κοινωνικών λειτουργών. Κάθε επαρχιακή διοίκηση έχει το δικό της πρόγραμμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων που καλύπτει παροχές μέσω των εξωτερικών ιατρείων για συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, με την ομοσπονδιακή κυβέρνηση να παρέχει φαρμακευτική κάλυψη για επιλεγμένες ομάδες αυτοχθόνων πληθυσμών (Marchildon 2013). Τέλος, υπάρχει μια σαφής τάση στον Καναδά για την εδραίωση της τριτοβάθμιας περίθαλψης σε λιγότερα και πιο εξειδικευμένα νοσοκομεία (Allin, 2012).

3.6.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Καναδά

3.6.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών

Η στοματική και οδοντιατρική φροντίδα υγείας καταλαμβάνει σχετικά ξεχωριστή θέση στο σύστημα υγείας του Καναδά, δεδομένου ότι δεν είναι μέρος της Medicare και σχεδόν στο σύνολο της είναι ιδιωτικά χρηματοδοτούμενη και παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς. Η καναδική έρευνα CHMS που διεξάχθηκε την περίοδο 2007-2009 ανέφερε ότι το 5,5% του πληθυσμού καλύπτεται από δημόσια οδοντιατρική ασφάλιση (Πίνακας 3.2), αν και σε διαφορετικό βαθμό. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση καλύπτει ένα μέρος ή το σύνολο των δαπανών για στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη σε βετεράνους, πρόσφυγες και αυτόχθονες και κάθε επαρχία αναγνωρίζει κάποια κονδύλια οδοντιατρικής περίθαλψης ως ιατρικώς αναγκαία και στοχεύουν σε περιθωριοποιημένες ομάδες, ενώ χρησιμοποιούν διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης βάση ποικίλων διατάξεων (Canadian Institute for Health Information, 2005, HealthCanada, 2010, Quinonezetal., 2008).

Υπάρχει δημόσια χρηματοδοτούμενη στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη, για παράδειγμα, που στοχεύει σε εξαρτώμενα άτομα που δικαιούνται κανονικά να λάβουν ένα ευρύ φάσμα προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών. Οι χειρουργικές οδοντιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται σε νοσοκομεία και βαρύνουν ασφαλισμένους καλύπτονται από το Medicare σε εθνικό επίπεδο. Οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με μακροχρόνια φροντίδα λαμβάνουν επίσης κάποιες υπηρεσίες, με τα παιδιά να λαμβάνουν τις μεγαλύτερες δημόσιες επιδοτήσεις για στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη σύμφωνα με την εκάστοτε επαρχιακή νομοθεσία (Canadian Institute for Health Information, 2005, Quinonezetal., 2008).

Η ιδιωτική οδοντιατρική ασφάλιση καλύπτει το 62,6% του πληθυσμού, κυρίως μέσω της απασχόλησης με βάση το πρόγραμμα που έχει επιλεγεί. Μέχρι το τέλος του 2011, 87,500 ομαδικές συμβάσεις ασφαλισμένων παρείχαν ασφάλιση σε 13.1 εκατομμύρια εργαζόμενους και εξαρτώμενα από αυτούς μέλη που κάλυπταν την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη. Τέλος, το 31,9% ανέφερε ότι δεν έχει δημόσια αλλά ούτε και ιδιωτική οδοντιατρική ασφάλιση (HealthCanada, 2010, CanadianLife and Health Insurance Association, 2012).

Η κάλυψη της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης βοηθά στην πληρωμή των προγραμμάτων πρόληψης και αποκατάστασης, εμφράξεων και περιοδοντικής θεραπείας . Μπορεί επίσης να επεκταθεί σε άλλες υπηρεσίες αποκατάστασης, όπως η κινητή και ακίνητη προσθετική και ορθοδοντικές υπηρεσίες. Πολλά προγράμματα επιστρέφουν συνήθως τα περισσότερα από τα έξοδα για την πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη, συν το 50% για τις σημαντικές διαδικασίες με ένα μέγιστο ποσό σε οποιοδήποτε χρόνο και οι ορθοδοντικές υπηρεσίες σε μια μέγιστη διάρκεια ζωής. Ωστόσο συχνά υπάρχουν προγράμματα με εκπιπτόμενα ποσά για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (CanadianLife and Health Insurance Association, 2012).

3.6.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών

Το μεγαλύτερο μέρος των πληρωμών για τη στοματική και οδοντιατρική φροντίδα στον Καναδά προέρχεται από ιδιωτικές πηγές, είτε άμεσα είτε μέσω ιδιωτικής οδοντιατρικής ασφάλισης. Τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία έδειξαν ότι το σύνολο των κατά κεφαλήν δαπανών για στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη ήταν \$309.40 (Πίνακας 3). Οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσώπευαν το 5,3% των συνολικών δαπανών για την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη και ο ιδιωτικός τομέας αποτελούσε το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών. Το μερίδιο των προσωπικών πληρωμών για στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη το 2010 ήταν 42,6% και το υπόλοιπο (52.1%) δαπανήθηκε από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Canadian Institute for Health Information, 2005, 2011, Quinonezetal., 2008, OECD, 2013).

3.6.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή

Στον Καναδά, ανεξάρτητοι επαγγελματίες που λειτουργούν τα ατομικά τους οδοντιατρεία παρέχουν σχεδόν το σύνολο των υπηρεσιών στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Ένας αριθμός από άλλες ομάδες υποστηρίζει τους οδοντίατρους στο έργο τους, συμπεριλαμβανομένων των οδοντιατρικών υγιεινολόγων, των οδοντιατρικών βοηθών και οδοντοτεχνιτών. Σε επιλεγμένες επαρχίες, οι οδοντιατρικοί υγιεινολόγοι λειτουργούν νόμιμες κλινικές, και προσφέρουν υπηρεσίες ανεξάρτητες από τους οδοντίατρους(Canadian Institute for Health Information, 2005, Marchildon, 2013).

Σήμερα υπάρχουν περισσότεροι από 20.700 οδοντίατροι στον Καναδά και η αναλογία οδοντίατρου/1000 πληθυσμού είναι 0,59 (Πίνακας 4), αλλά με την προσθήκη

των υγιεινολόγων η αναλογία εξουσιοδοτημένων παρόχων/πληθυσμού φτάνει περίπου το 0,77. Μια μειοψηφία από αυτούς εργάζεται στη δημόσια υγεία, σύμφωνα με πληροφορίες που συλλέγονται από επαρχιακές, δημοτικές και ομοσπονδιακές υπηρεσίες υγείας, και δείχνουν ότι υπάρχουν 47 ειδικοί δημόσιας υγείας, 66 κλινικοί οδοντίατροι, 152 θεραπευτές και 453 οδοντιατρικοί υγιεινολόγοι ως μέρος του εργατικού δυναμικού της δημόσιας υγείας το 2007-2008 (HealthCanada, 2010, OfficeoftheChiefDentalOfficer, 2009, CanadianInstitute for Health Information (2013).

Για να εργαστούν στον Καναδά, οι οδοντίατροι πρέπει να έχουν πτυχίο Οδοντιατρικής (DDM) ή πτυχίο Οδοντικής Χειρουργικής (DDS) από ένα από τα δέκα διαπιστευμένα ιδρύματα, και να περάσουν τις εθνικές οδοντιατρικές γραπτές εξετάσεις που διενεργεί του Οδοντιατρικό Συμβούλιο του Καναδά και να είναι εγγεγραμμένοι στα σχετικά ρυθμιστικά όργανα. Οι επαρχιακοί οδοντιατρικοί οργανισμοί είναι υπεύθυνοι για την αδειοδότηση και τη ρύθμιση λειτουργίας των κλινικών, αν και το Βασιλικό Κολλέγιο Οδοντιάτρων του Καναδά παίζει το ρόλο του καθορισμού προτύπων για την μεταπτυχιακή ειδικότητα και πρακτική (Marchildon, 2013).

3.6.3.4 Αποτελέσματα

Το τμήμα στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης του CHMS παρέχει στοιχεία για την κατάσταση της στοματικής και οδοντιατρικής υγείας των Καναδών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο μέσος όρος DMFT στην ηλικία των 12 ετών ήταν 1.02 (Πίνακας 5), και το 38,7% των δωδεκάχρονων παιδιών είχε 1 ή περισσότερα μόνιμα δόντια που είχαν τερηδόνα. Συνολικά, οι ενήλικες είχαν κατά μέσο όρο 0,58 δόντια που είχαν προβλήματα τερηδόνας, 2,14 εξαγωγές και 7,95 δόντια με εμφράξεις . Οι οδοντοστοιχίες στους Καναδούς έχουν μειωθεί από το 23,6% την περίοδο 1970–1972 στο 6,4% την περίοδο 2007-09. Περίπου το 58.6% των Καναδών δεν είχε κλινικές ανάγκες, όπως αυτές προσδιορίζονται από τους οδοντιάτρους του CHMS (Health Canada, 2010).

Τα στοιχεία του CHMS, επίσης, έδειξαν ότι το ποσοστό των Καναδών που έκανε μια επίσκεψη για στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη για οποιονδήποτε λόγο εντός των τελευταίων 12 μηνών ήταν το 74,5%. Το ποσοστό που κατά την ετήσια επίσκεψη έλαβε στοματική και οδοντιατρική φροντίδα επηρεάζεται σημαντικά από το εισόδημα και την ύπαρξη ασφάλισης. Το 83,8% των ατόμων από τις πιο εύπορες

ομάδες και το 82,3% των ιδιωτικώς ασφαλισμένων επισκέπτονται τον οδοντίατρο σε σύγκριση με το 60,0% των ατόμων από τις χαμηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες και το 59,3% των μη-ασφαλισμένων. Την ίδια στιγμή, τα άτομα που απέφυγαν την επίσκεψη σε οδοντίατρο εξαιτίας του κόστους ανέρχονταν στο 17% των Καναδών, και το ποσοστό αυτό μπορεί να είναι υψηλότερο μεταξύ των νεαρών ενηλίκων χωρίς ασφάλιση (49,9%) και τα χαμηλότερα εισοδήματα (46,7%), καθώς και στους ενήλικες ηλικίας 40 – 59 ετών με καμία ασφαλιστική κάλυψη (42,3%) (Health Canada, 2010).

3.7 Σύστημα Υγείας Σουηδίας

Το σύστημα υγείας στη Σουηδία αποτελεί σημαντικό μέρος του κράτους – πρόνοιας. Στηρίζεται στην αρχή ότι όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνικό-οικονομική τους κατάσταση δικαιούνται ισότιμης κάλυψης των αναγκών τους. Το σουηδικό σύστημα υγείας είναι: δημόσιο σύστημα, η ευθύνη για την ανάπτυξη, οργάνωση και λειτουργία του ανήκει στα εκλεγμένα περιφερειακά και νομαρχιακά όργανα, τα νομαρχιακά συμβούλια επιβάλλουν φόρους που αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και το σύστημα στηρίζεται κεντρικά από ένα εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και περιφερειακά από ένα δίκτυο υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας (Χλέτσος, 2011).

Το σουηδικό σύστημα υγείας είναι ένα κοινωνικά υπεύθυνο σύστημα με ρητή δημόσια δέσμευση για την διασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών. Τρεις βασικές αρχές διέπουν την εφαρμογή της υγειονομικής περίθαλψης στη Σουηδία. Η αρχή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας σημαίνει ότι όλα τα ανθρώπινα όντα έχουν ίσο δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, και θα πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα, ανεξάρτητα από το καθεστώς τους στην κοινότητα. Η αρχή της ανάγκης και αλληλεγγύης που σημαίνει ότι τα άτομα με τις μεγαλύτερες ανάγκες λαμβάνουν προτεραιότητα στη ιατρική περίθαλψη. Η αρχή του κόστους-αποτελεσματικότητας σημαίνει ότι όταν μια επιλογή πρέπει να γίνει ανάμεσα σε διαφορετικές επιλογές υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να υπάρχει εύλογη σχέση μεταξύ του κόστους και των επιπτώσεων, και αυτό μετριέται με βάση την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής. (Anell, Glenngård&Merkur, 2012).

Όλα τα τρία επίπεδα της σουηδικής κυβέρνησης εμπλέκονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Το κράτος είναι υπεύθυνο για την συνολική πολιτική για την

υγεία, ενώ η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών έγκειται σε μεγάλο βαθμό στις Νομαρχίες και τις περιφέρειες. Σε εθνικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων είναι υπεύθυνο για την συνολική πολιτική υγείας και υγειονομική περίθαλψης, και εργάζεται σε συνεννόηση με οκτώ εθνικές κρατικές υπηρεσίες. Σε περιφερειακό επίπεδο, 12 νομαρχιακά συμβούλια και εννέα περιφερειακοί φορείς είναι υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Σε τοπικό επίπεδο, 290 δήμοι είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία. Οι τοπικές και περιφερειακές αρχές εκπροσωπούνται από τη Σουηδική Ένωση Τοπικών Αρχών και Περιφερειών (SALAR, 2016). Οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και για τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Η πλειοψηφία των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας και σχεδόν όλα τα νοσοκομεία ανήκουν στα νομαρχιακά συμβούλια (Anell, Glenngård&Merkur, 2012).

Η μέση προσδοκώμενη διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση στη Σουηδία είναι μεταξύ των υψηλότερων στον κόσμο και έχει βελτιωθεί κατά 5,5 χρόνια τα τελευταία 30 χρόνια. Επίσης, όσον αφορά την αποτρέψιμη θνησιμότητα, η Σουηδία με συνέπεια κατατάσσεται στις χώρες με καλές επιδόσεις, σε σύγκριση με άλλες χώρες όσον αφορά τους δείκτες που αξιολογούν τις υπηρεσίες που είναι προσανατολισμένες στην υγεία και την ποιότητα της περίθαλψης. Στο παρελθόν, η αχίλλειος πτέρνα της σουηδικής υγειονομικής περίθαλψης περιλάμβανε τους μεγάλους χρόνους αναμονής για διάγνωση και θεραπεία και, πιο πρόσφατα, τις αποκλίσεις στην ποιότητα της περίθαλψης μεταξύ των περιφερειών και των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Η αντιμετώπιση των μεγάλων χρόνων αναμονής, παραμένει ο βασικός πολιτικός στόχος μαζί με τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες παροχής. Οι πρόσφατες κύριες μεταρρυθμίσεις στην υγεία της τελευταίας δεκαετίας αφορούν: συγκέντρωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, περιφερειοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των συγχωνεύσεων, βελτίωση της συντονισμένης περίθαλψης, αύξηση της επιλογής, του ανταγωνισμού και της ιδιωτικοποίησης σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιωτικοποίησης και του ανταγωνισμού στον τομέα του φαρμάκου, αλλαγή στις από κοινού πληρωμές, αύξηση της προσοχής που δίνεται στο κοινό, στη σύγκριση της ποιότητας και των δεικτών απόδοσης, την αξία των επενδύσεων στον τομέα της υγείας και της ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών. Οι μεταρρυθμίσεις εισάγονται συχνά

σε τοπικό επίπεδο, έτσι το μοτίβο της μεταρρύθμισης ποικίλλει σε ολόκληρη την τοπική αυτοδιοίκηση.

3.7.1 Χρηματοδότηση

Χρηματοδοτούμενη δημόσια υγειονομική περίθαλψη: Οι δαπάνες υγείας εκπροσωπούσαν το 11% του ΑΕΠ το 2014. Περίπου το 83% των δαπανών αυτών χρηματοδοτήθηκε δημόσια, μέσω των δαπανών των επαρχιακών συμβουλίων που έφταναν σχεδόν το 57%, μέσω των δήμων με συμμετοχή 25%, και της κεντρικής κυβέρνησης με συμμετοχή σχεδόν 2%. Οι νομαρχίες και οι δήμοι εισπράττουν αναλογικά φόρους εισοδήματος για τους πληθυσμούς τους για να βοηθήσουν στην κάλυψη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το 2015, το 69% των συνολικών εσόδων των επαρχιακών συμβουλίων προήλθε από τοπικούς φόρους και το 17% από επιδοτήσεις και επιχορηγήσεις της εθνικής κυβέρνησης που χρηματοδοτήθηκε από εθνικούς φόρους εισοδήματος και έμμεσους φόρους. Οι επιχορηγήσεις της γενικής κυβέρνησης είναι σχεδιασμένοι για την αναδιανομή πόρων στους δήμους και τα νομαρχιακά συμβούλια βάσει των αναγκών τους. Στοχευμένες κρατικές επιχορηγήσεις χρηματοδοτούν συγκεκριμένες πρωτοβουλίες, όπως τη μείωση των χρόνων αναμονής. Το 2015, το 89% των συνολικών δαπανών των επαρχιακών συμβουλίων ήταν για την υγειονομική περίθαλψη. Η κάλυψη είναι καθολική και αυτόματη. Το νομοσχέδιο για την υγεία και τις ιατρικές υπηρεσίες του 1982 προνοεί ότι το σύστημα υγείας πρέπει να καλύπτει όλους τους νόμιμους κατοίκους. Παρέχεται επίσης κάλυψη έκτακτης ανάγκης, σε όλους τους ασθενείς από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού χώρου, καθώς και σε ασθενείς από άλλες εννέα χώρες με τις οποίες η Σουηδία έχει συνάψει διμερείς συμφωνίες. Οι αιτούμενοι άσυλο και παιδιά μεταναστών χωρίς έγγραφα έχουν το δικαίωμα σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως συμβαίνει και με τα παιδιά που είναι μόνιμοι κάτοικοι. Οι ενήλικες αιτούντες άσυλο και οι ενήλικες χωρίς έγγραφα έχουν το δικαίωμα να λάβουν περίθαλψη σε περιπτώσεις που δεν επιδέχονται αναβολής (π.χ., φροντίδα μητρότητας) (SALAR, 2016).

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, με τη μορφή της συμπληρωματικής κάλυψης, αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 1% των δαπανών. Συνδέεται κυρίως με τις εξουσιοδοτημένες υγειονομικές υπηρεσίες εργασίας, και αγοράζεται πρωτίστως για να εξασφαλιστεί γρήγορη πρόσβαση σε έναν ειδικό, για επικουρική φροντίδα και για την αποφυγή λίστας αναμονής για θεραπείες επιλογής. Οι

ασφαλιστικές εταιρείες είναι κερδοσκοπικοί οργανισμοί. Το 2016, 635,000 άτομα είχαν ιδιωτική ασφάλιση, που αντιπροσωπεύουν περίπου το 10% όλων των μισθωτών ατόμων ηλικίας από 15 έως 74 ετών (SALAR, 201

3.7.2 Παροχές

Δεν υπάρχουν πακέτα καθορισμένων παροχών. Το δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα υγείας καλύπτει τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και των προληπτικών υπηρεσιών, την πρωτοβάθμια περίθαλψη, την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή εξειδικευμένη φροντίδα, την φροντίδα έκτακτης ανάγκης, τα ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά συνταγογραφούμενα φάρμακα, τη φροντίδα της ψυχικής υγείας, υπηρεσίες αποκατάστασης, υπηρεσίες υποστήριξης αναπηρίας, υπηρεσίες υποστήριξης και μεταφοράς ασθενών, οικιακή φροντίδα και μακροχρόνια περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδα κατά τη νοσηλεία, οδοντιατρική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα κατ'οίκον και οπτομετρικές υπηρεσίες για παιδιά και νέους και οδοντιατρική φροντίδα με περιορισμένη συμμετοχή. Την ευθύνη για την οργάνωση και χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης έχουν τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι, ενώ οι υπηρεσίες ποικίλλουν σε όλη τη χώρα (SALAR, 2016).

Υπάρχει κάποιο επίπεδο επιμερισμού του κόστους και κάποιο επίπεδο προσωπικών δαπανών. Το 2014, περίπου το 16% όλων των δαπανών υγείας ήταν ιδιωτικές, και από αυτές, το 97% ήταν προσωπικές δαπάνες (out of pocket). Οι προσωπικές δαπάνες είναι συνήθως για τα φάρμακα. Σε εθνικό επίπεδο, οι ετήσιες προσωπικές πληρωμές για επισκέψεις υγειονομικής περίθαλψης καθορίζονταν στο ανώτατο όριο των 1,100 (\$120) κορωνών ανά άτομο. Σε όλα τα επαρχιακά συμβούλια, άτομα κάτω των 18 ετών, και στα νομαρχιακά συμβούλια, τα άτομα κάτω των 20 ετών απαλλάσσονται από τα τέλη χρήσης για επισκέψεις (SALAR, 2016).

3.7.3 Οδοντιατρικές υπηρεσίες Σουηδίας

3.7.3.1 Κάλυψη οδοντιατρικών υπηρεσιών

Τα παιδιά και έφηβοι καλούνται για επίσκεψη σε οδοντίατρο κάθε χρόνο ή κάθε δεύτερο χρόνο, για εξέταση (check-up), συμβουλές και, αν χρειάζεται, θεραπεία. Οι γονείς καλούνται να εγγράψουν τα παιδιά τους με έναν οδοντίατρο από την ηλικία των 3 ετών. Μεταξύ 5% και 25% των οδοντιατρικών υπηρεσιών φροντίδας παιδιών

παρέχεται ιδιωτικά. Το 2009, περίπου το 14% των δαπανών αφορούσε τέτοιες υπηρεσίες. Το ποσοστό των ιδιωτικώς παρεχομένων οδοντιατρικών υπηρεσιών που πληρώνονται από τα νομαρχιακά συμβούλια ποικίλλει από περίπου 33% στο Skåne και πάνω από 20% στην Στοκχόλμη, το Gävleborg and την Östergötland, και περίπου 2% στην Halland και το Norrbotten (SALAR, 2016).

Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες φροντίδας για τον πληθυσμό ηλικίας 20 ετών και πάνω παρέχονται από ένα μίγμα ιδιωτικών και δημόσιων οδοντιάτρων. Μεταξύ 60% και 80% της οδοντιατρικής φροντίδας για ενήλικες παρέχεται από ιδιώτες. Δεδομένου ότι η οδοντιατρική περίθαλψη μεταρρυθμίστηκε το 1999, το 2002 και το 2008 υπάρχουν δύο τύποι επιδοτήσεων για οδοντιατρικές υπηρεσίες. Μία σταθερή γενική ετήσια επιδότηση που καταβάλλεται για προληπτική οδοντιατρική φροντίδα και γενικές εξετάσεις, με ένα υψηλότερο ποσό που καταβάλλεται για τα άτομα ηλικίας 20 – 29 και άνω των 75 ετών. Ο σκοπός της σταθερής επιδότησης αυτής είναι κατά κύριο λόγο για να διατηρήσει το καθεστώς της καλής οδοντιατρικής υγείας σε νέους ανθρώπους που έχει αναπτυχθεί κατά τα τελευταία 30 χρόνια, με ενθάρρυνση των ατόμων να χρησιμοποιούν βασικές και προληπτικές υπηρεσίες και με αυτόν τον τρόπο να μειώνεται η ανάγκη για θεραπεία στο μέλλον. Για άλλες υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, υπάρχει ένα ξεχωριστό πλέγμα προστασίας για υπηρεσίες υψηλού κόστους για κάθε περίοδο δώδεκα μηνών. Η Σουηδική Ένωση Τοπικών Αρχών και Περιφερειών αποφασίζει τι οδοντιατρικές υπηρεσίες φροντίδας πρέπει να περιλαμβάνονται στο καθεστώς προστασίας υψηλού κόστους και αποφασίζει σχετικά με τις τιμές αναφοράς για διάφορες θεραπείες (SALAR, 2016).

3.7.3.2 Χρηματοδότηση οδοντιατρικών υπηρεσιών

Οι οδοντιατρικές και φαρμακευτικές παροχές καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο. Τα νομαρχιακά συμβούλια διέθεσαν 5 δισεκατομμύρια κορώνες (0,55 δις. ευρώ) στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης το 2009 (SALAR, 2016). Η οδοντιατρική φροντίδα προσφέρεται δωρεάν στα άτομα κάτω των 20 ετών. Περίπου οι μισές δαπάνες των νομαρχιακών συμβουλίων ήταν για την οδοντιατρική φροντίδα υγείας το 2009 και χορηγήθηκαν σε υπηρεσίες για τα παιδιά και τους εφήβους. Άτομα κάτω των 20 ετών έχουν δωρεάν πρόσβαση σε όλα τα είδη στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Άτομα άνω των 20 λαμβάνουν μια σταθερή ετήσια επιχορήγηση 150 – 300 (17\$-34\$) κορωνών, ανάλογα με την ηλικία, για την προληπτική οδοντιατρική φροντίδα. Για

άλλες οδοντιατρικές υπηρεσίες, μέσα σε μια 12-μηνη περίοδο οι ασθενείς άνω των 20 ετών πληρώνουν το πλήρες κόστος των υπηρεσιών έως 3.000 κορώνες (\$330), το 50% του κόστους των υπηρεσιών από 3.000 έως 15.000 κορώνες (\$330 και 1.643 \$) και το 15% του κόστους πάνω από 15.000 κορώνες (\$1.643). Δεν υπάρχει κανένα όριο για τα τέλη χρήσης για οδοντιατρική φροντίδα (SALAR, 2016).

3.7.3.3 Οργάνωση, διοίκηση και παροχή

Τα νομαρχιακά συμβούλια έχουν τη βασική ευθύνη για τη διασφάλιση ότι η οδοντιατρική περίθαλψη παρέχεται σε όλους τους πολίτες. Η Οδοντιατρική περίθαλψη παρέχεται από την δημόσια οδοντιατρική υπηρεσία και από παρόχους ιδιωτικής περίθαλψης (Anell, Glenngård&Merkur, 2012).

3.7.3.4 Αποτελέσματα

Οι περισσότεροι ενήλικες έχουν καλή κατάσταση υγείας των δοντιών και οι οδοντίατροι γενικά καλούν τους εγγεγραμμένους ασθενείς για τακτικές εξετάσεις και πιθανές θεραπείες κάθε χρόνο ή κάθε δεύτερο χρόνο. Σύμφωνα με μια έρευνα του 2009, περίπου τα δύο τρίτα του ενήλικου πληθυσμού είχε επισκεφθεί τον οδοντίατρο για ένα κανονικό check-up κατά τα τελευταία δύο χρόνια, ενώ μόνο περίπου το 9% είχε επισκεφθεί τον οδοντίατρο για οξεία θεραπεία (Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας, 2011). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, περίπου το 70% του πληθυσμού θεωρεί την οδοντιατρική του υγεία ως καλή. Υπάρχουν ωστόσο μεγάλες διαφορές μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων: μόνο το 35% των ερωτηθέντων σε μια χώρα γέννησης εκτός Ευρώπης δήλωσαν ότι είχαν μια καλή οδοντιατρική υγεία. Άτομα με χώρα προέλευσης εκτός Σουηδίας, χαμηλού εισοδήματος ομάδες και γονείς μονογονεϊκών οικογενειών, γενικά, είναι λιγότερο πιθανό να επισκέπτονται τακτικά τον οδοντίατρο και είναι πιο πιθανό να έχουν κακή οδοντιατρική υγεία (Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας, 2009).

Πίνακας 3.1 – Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και πηγές χρηματοδότησης ανά χώρα, 2010

	Αγγλία	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	ΗΠΑ	Καναδάς	Σουηδία
ΣΔΥ(δισεκατομμύρια US\$)	213,6	257,8	382,7	23,0	2.544	151,6	31,1
ΣΔΥ ως % του ΑΕΠ	9,6	11,7	11,3	10,1	16,6	11,4	9,9
Κατά κεφαλήν ΣΔΥ (US\$)	3.495	4.618	4,629	2,727	8.233	5.257	3.690
ΣΔΥ ως % των συνολικών κυβερνητικών δαπανών	15,9	15,9	15,0	11,6	19,9	18,3	13,8
ΔΔΥ ως % των ΣΔΥ	83,2	76,9	-	60,3	48,2	71,1	78,6
Ιδιωτική Ασφάλιση ως % των ΣΔΥ	3,2	14,2	-	39,7	34,7	13,2	13,4
ΠΔΥ ως % των ΣΔΥ	8,9	7,6	-	-	12,3	15,0	7,2
ΣΔΥ – Συνολικές Δαπάνες Υγείας ΔΔΥ – Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ΠΔΥ – Προσωπικές Δαπάνες Υγείας							

Πίνακας 3.2 – Κάλυψη στοματικής και οδοντιατρικής δαπάνης ανά χώρα (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία)

	Αγγλία	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	ΗΠΑ	Καναδάς	Σουηδία
% πληθυσμού που καλύπτεται από δημόσιες δαπάνες	100,0	100,0	100,00	-	5,0	5,5	100,00
% πληθυσμού που καλύπτεται από ιδιωτικές δαπάνες (ιδιωτική ασφάλιση)	11,8	95,0	-	-	59,5	62,6	-

Πίνακας 3.3 – Δαπάνες στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης και πηγές χρηματοδότησης ανά χώρα, 2010

	Αγγλία	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	ΗΠΑ	Καναδάς	Σουηδία
ΣΔΟΥ(δισεκατομμύρια US\$)	8,7	11,3	26,79	2,8	108,44	10,6	1,2
ΣΔΟΥ ως % του ΑΕΠ	0,6	0,5	0,7	1,2	0,70	0,8	0,4
Κατά κεφαλήν ΣΔΟΥ (US\$)	141,2	175,7	324,0	280,0	349,0	309,4	142,4
ΣΔΟΥ ως % των συνολικών κυβερνητικών δαπανών	4,1	4,6	-	-	4,0	7,4	5,1
ΔΔΟΥ ως % των ΣΔΥ	46,0	35,6	54,0	1,2	9,3	5,3	22,9
ΠΔΟΥ ως % των ΣΔΟΥ	40,6	25,5	-	-	41,6	42,6	-
Ιδιωτική Οδοντιατρική Ασφάλιση ως % των ΣΔΟΥ	13,4	38,5	46,0	-	48,6	52,1	-
ΣΔΥ – Συνολικές Δαπάνες Υγείας ΣΔΟΥ – Συνολικές Δαπάνες Οδοντιατρικής Υγείας ΔΔΟΥ – Δημόσιες Δαπάνες Οδοντιατρικής Υγείας							

Πίνακας 3.4 – Οδοντίατροι και πάροχοι στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης ανά χώρα (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία)

	Αγγλία	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	ΗΠΑ	Καναδάς	Σουηδία
Οδοντίατροι(n)	37.049	43.146	14,180	13.919	186.084	20.789	12.222
Οδοντίατροι/1000 άτομα πληθυσμού	0,50	0,67	1,27	1,3	0,60	0,59	0,81
Φροντιστές οδοντιατρικής υγείας (n)	5.545	-	-	-	181.800	26.854	-
Βοηθοί οδοντιάτρων (n)	42.700	17.000	-	-	297.200	27.585	-
Οδοντοτεχνίτες (n)	7.100	20.000	-	-	40.900	-	-
Βοηθοί οδοντοτεχνίτες (n)	-	-	-	-	-	-	-
Οδοντοθεραπευτές (n)	1.393	-	-	-	-	304	-
Στοματολόγοι (n)	120	-	-	-	-	2.200	-

Πίνακας 3.5 – Αποτελέσματα στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδας ανά χώρα (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία)

	Αγγλία	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	ΗΠΑ	Καναδάς	Σουηδία
Μέσο DMFT στην ηλικία των 12	0,7	1,2	0,7	2,1	1,3	1,0	0,8
% ατόμων που επισκέφτηκαν οδοντίατρο του τελευταίου 12 μήνες	64,0	52,0	-	-	42,2	74,5	-
% ατόμων που πίστευαν ότι είχαν οδοντιατρικές ανάγκες αλλά δεν τις κάλυψαν τους τελευταίους 12 μήνες	3,0	8,4	-	-	16,1	17,3	-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ των συστημάτων στοματικής-οδοντιατρικής υγείας των διαφόρων χωρών που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Σύμφωνα με συγκεκριμένες μετρήσεις, το ποσοστό του πληθυσμού που δεν καλύπτεται από τις δημόσιες πηγές χρηματοδότησης είναι παρόμοιο στον Καναδά και τις ΗΠΑ. Σε αυτές τις χώρες, οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης καλύπτουν κυρίως υπηρεσίες που παρέχονται σε εργαζόμενους χαμηλού εισοδήματος, παιδιά και αποδέκτες κοινωνικής πρόνοιας. Κατά συνέπεια, η ιδιωτική οδοντιατρική ασφάλιση παίζει ένα βασικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζονται με αυτή, παρά τις θεμελιώδεις διαφορές στην οργάνωση των συστημάτων της γενικής υγειονομικής περίθαλψης (Niles, 2010, Marchidon, 2013, Quinonez et al., 2008, Thompson et al., 2012). Από την άλλη πλευρά, η κάλυψη από τις δημόσιες πηγές για στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη εκτείνεται σε όλες τις ομάδες των ατόμων που διαμένουν νομίμως στη Γαλλία, τη Σουηδία, τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Υπάρχει επίσης μια σημαντική συμπληρωματική οδοντιατρική ασφαλιστική αγορά στη Γαλλία, με παροχή αποζημίωσης για από κοινού πληρωμές, και μια μικρότερη και πρόσθετη κάλυψη στο Ηνωμένο Βασίλειο, που χρησιμοποιείται συνήθως για την κάλυψη βελτιωμένης πρόσβασης και αύξηση των δυνατοτήτων επιλογής των καταναλωτών (Boyle, 2011, Chevreul et al, 2010, Kravitz & Treasure, 2009).

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση, ο Καναδάς και οι ΗΠΑ παρουσιάζουν τις μεγαλύτερες κατά κεφαλήν δαπάνες για στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη μεταξύ των χωρών που αναλύονται. Την ίδια στιγμή, το ποσοστό των δημόσιων δαπανών για την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη είναι μικρό σε σύγκριση με τις συνολικές δαπάνες στις δύο χώρες. Σημαντικά, αυξημένη εξάρτηση από τις ιδιωτικές πηγές για τη χρηματοδότηση της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης μπορεί να επιδεινώσει την αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, ίσως λόγω της μικρής αγοραστικής δύναμης των ατόμων (Thompson et al., 2012). Η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν τις υψηλότερες δημόσιες δαπάνες για την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη, αν και υπάρχει ένα σύνολο από κοινού πληρωμών που πραγματοποιούνται συνήθως από συμπληρωματική οδοντιατρική ασφάλιση στη Γαλλία και ορισμένες επιβαρύνσεις που καταβάλλονται επίσης από το ατομικό εισόδημα στο Ηνωμένο

Βασίλειο. Ως αποτέλεσμα της χρόνιας έλλειψης χρηματοδότησης, η Ελλάδα παρουσιάζει το ίδιο μοτίβο χρηματοδότησης με τον Καναδά και τις ΗΠΑ, αλλά με χαμηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα και κατά συνέπεια χαμηλότερες συνολικές δαπάνες στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης με ένα σημαντικό ποσοστό των νοικοκυριών να καλύπτει τις δαπάνες αυτές από τις οικονομίες του. Ακόμη και μετά την εφαρμογή πρόσφατων προγραμμάτων, οι δημόσιες επενδύσεις στον τομέα της στοματικής και οδοντιατρικής υγείας παραμένουν χαμηλές, και δεν επαρκούν για να αμβλύνουν τις κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση στην στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη.

Το εργατικό δυναμικό του οδοντιατρικού κλάδου, που υπολογίζεται ως αναλογία οδοντιάτρου/πληθυσμού, είναι χαμηλότερο στον Καναδά, τη Γαλλία, τη Γερμανία, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ, σε σύγκριση με την Ελλάδα. Η αξιολόγηση της επαρκούς κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού από οδοντιάτρους πρέπει να λαμβάνει υπόψη της πολλούς παράγοντες, όπως το ποσοστό των ανικανοποίητων αναγκών που αντιμετωπίζουν οι χώρες αυτές και το ρόλο των οδοντιατρικών βοηθών (σε χώρες όπως ο Καναδάς, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ). Εκφράζονται, λοιπόν ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη επαγγελματιών, ιδίως σε απόμακρες και ήδη υποεξυπηρετούμενες περιοχές (Canadian Institute for Health Information, 20130, Chevreur et al., 2010, Kravitz & Treasure, 2009). Από την άλλη πλευρά, η πληθώρα οδοντιάτρων που παρατηρείται στην ελληνική αγορά, σχετίζεται με την υπερπροσφορά οδοντιατρικών σχολών και πτυχιούχων που, παρόλα αυτά δεν οδήγησε σε καλύτερη πρόσβαση στην στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη, αν λάβει κανείς υπόψη του και την άνιση γεωγραφική κατανομή των επαγγελματιών.

Τα ιδιωτικά ιατρεία είναι ο πιο κοινός τρόπος για την παροχή υπηρεσιών στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, τον Καναδά και τις ΗΠΑ, δεδομένου του κυρίως ιδιωτικού χαρακτήρα της υγειονομικής περίθαλψης, τουλάχιστον στις δύο τελευταίες. Ωστόσο και στη Γαλλία, τη Σουηδία, τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, χώρες με μεγαλύτερη κάλυψη από δημόσιες πηγές, τα ιδιωτικά ιατρεία παρέχουν μεγάλο ποσοστό των οδοντιατρικών υπηρεσιών. Κατά συνέπεια, προβάλλεται το επιχείρημα ότι οι αποφάσεις για θεραπεία και αποκατάσταση συχνά επηρεάζονται περισσότερο από επιχειρηματικές εκτιμήσεις και όχι με βάση τις ανάγκες του ασθενούς (ADA, 2012, Boyle, 2011, Marchidon 2013, Tickie, 2012). Από την άλλη

πλευρά, σχεδόν το σύνολο των δημόσια χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα παρέχεται σε κοινοτικό επίπεδο από μισθωτούς οδοντιάτρους και όλες οι ιδιωτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες παρέχονται από ιδιωτικά ιατρεία. Η καθιέρωση ενός μοντέλου άμεσης απόδοσης υπηρεσιών στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης που θα ακολουθούσε την προσέγγιση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης θα αποτελούσε αναμφισβήτητα ένα ισχυρό πλεονέκτημα για την Ελλάδα, που θα μπορούσε να προωθήσει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού, ειδικά αν αυτό βασιζόταν στον αποτελεσματικό συντονισμό των δημοσίων ιδρυμάτων μεταξύ τους. Αυτοί οι στόχοι είναι πιο δύσκολο να επιτευχθούν με μοντέλα παροχής των υπηρεσιών από τρίτους και η Ελλάδα μπορεί να μάθει από το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Γαλλία όσον αφορά την αποφυγή προβλημάτων που απορρέουν από τη συμμετοχή τρίτων, συνεχίζοντας έτσι την πορεία προς της ανάπτυξη μιας πραγματικά δημόσια παρεχόμενης στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης.

Η ανάλυση της στοματικής υγείας του πληθυσμού σε κάθε χώρα βασίστηκε στο δείκτη DMFT στην ηλικία των 12 ετών. Όπως έδειξαν οι έρευνες που διενεργήθηκαν σε εθνικό επίπεδο, η στοματική υγεία των πληθυσμών συνολικά έχει βελτιωθεί σε όλες τις χώρες που αναλύθηκαν (Dye et al, 2007, Rooney et al., 2010, Steele&O'Sullivan, 2011, UFSBD, 2006, Health Canada, 2010).

Οι κοινωνικές ανισότητες στην παροχή στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης αξιολογήθηκαν από την αξιοποίηση των υπηρεσιών στοματικής υγείας και τις ανικανοποίητες ανάγκες στοματικής υγείας. Το ποσοστό των ατόμων που επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο εντός των τελευταίων 12 μηνών ήταν υψηλότερο στον Καναδά, ακολουθούμενο από το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γαλλία και τις ΗΠΑ. Αυτός ο αριθμός είναι επηρεασμένος σε μεγάλο βαθμό από τα επίπεδα παροχής ασφάλισης και τα εισοδήματα της εκάστοτε χώρας. Πρόσφατα ευρήματα, για παράδειγμα, έδειξαν ότι στρώματα του πληθυσμού με μεγαλύτερο πλούτο είχαν μεγαλύτερη πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών που παρέχονται στα πλαίσια της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης ,σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, ειδικά σε χώρες όπου η περίθαλψη δεν παρέχεται δημόσια και πρέπει να καταβληθεί από προσωπικές δαπάνες ή μέσω

ιδιωτικής οδοντιατρικής ασφάλισης (VanDoorslaer & Masseria, 2004, Devaux & Looper, 2012).

Ο Καναδάς και οι ΗΠΑ, παρουσίασαν το υψηλότερο ποσοστό των ατόμων με ανικανοποίητες ανάγκες στοματικής υγείας. Όλες οι χώρες παρουσίασαν κάποια επίπεδα ανισότητας ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, μεταξύ ομάδων χαμηλού και υψηλού εισοδήματος, με το χαμηλότερο βαθμό να παρατηρείται στο Ηνωμένο Βασίλειο. Φαίνεται ότι η μη ικανοποιηθείσες ανάγκες στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης αυξάνονται όταν υπάρχει μικρότερη κάλυψη από τις δημόσιες πηγές, και δείχνει ότι η εξάρτηση από τις ιδιωτικές πηγές για τη χρηματοδότηση της στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης είναι ένας παράγοντας για τον περιορισμό στη πρόσβαση σε αυτές. Ένα άλλο οικονομικό εμπόδιο συνδέεται με πληρωμές στο σημείο παράδοσης της υπηρεσίας. Η προκαταβολική πληρωμή εξόδων που επιστρέφεται αργότερα δημιουργεί εμπόδια στα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, η οποία φαίνεται να εξηγεί και τη μεγάλη διαφορά στο ποσοστό των ανικανοποίητων αναγκών στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης μεταξύ ομάδων χαμηλού και υψηλού εισοδήματος στη Γαλλία (Devaux & Looper, 2012, OECD, 2012).

Ένα σημαντικό ζήτημα που προέκυψε κατά την ανάλυση των συστημάτων στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών ήταν η εξέταση του κατά πόσον η ανάπτυξη του συστήματος γενικής υγείας μπορεί να οδηγήσει σε έναν ορισμένο τύπο σχεδιασμού του συστήματος στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Όπως θα μπορούσε να δει κανείς από τις συγκρίσεις μεταξύ χωρών, τα συστήματα για την παροχή της στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδας έχουν τις ρίζες τους σε διαφορετικές ιστορικές, πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές παραδόσεις, αλλά ένα κοινό σημείο μεταξύ των χωρών που αναλύονται είναι ότι η στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη αποτελεί εξαίρεση όσον αφορά τη γενική οργάνωση, χρηματοδότηση και απόδοση των υπηρεσιών, ακόμη και σε χώρες με καθολική κάλυψη για γενική υγειονομική περίθαλψη (Pucca-Junioer, et al., 2009, Boyle, 2011, Mc-Ginn-Shapiro, 2008, Manski & Brown, 2012, Tickie, 2012, Kravitz & Treasure, 2009, Chevreur et al., 2010, Health Canada, 2010, Quinonez et al., 2008, Pedrazzi et al., 2008). Μια σειρά από πιθανές αιτίες πίσω από την τάση αυτή περιλαμβάνει την «ιδιαιτέρη» φύση των στοματικών και οδοντικών ασθενειών που χαρακτηρίζονται ως άκρως τοπικές,

εξαιρετικά κοινές και αντιμετωπίζονται από καθιερωμένες διαδικασίες. Οι οδοντιατρικές επεμβάσεις ενέχουν μικρότερο ρίσκο και σχετικά ελάχιστες εξωτερικές επιδράσεις, αν και εξαιτίας της απώλειας των δοντιών προκαλούνται σημαντικές συνέπειες όπως είναι οι γέφυρες, οι οδοντοστοιχίες, ο πόνος και η απώλεια ωρών εργασίας και γενικά επιβαρύνεται η ποιότητα ζωής των ατόμων. Με εξαίρεση τον καρκίνο του στόματος και ακραίες περιπτώσεις της νόσου, οι στοματικές και οδοντιατρικές παθήσεις δεν απειλούν συνήθως άμεσα τη ζωή του ατόμου και γενικά δεν οδηγούν σε σοβαρές και μόνιμες αναπηρίες. Με αυτή την έννοια, το σύστημα στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης είναι πιθανό να λειτουργήσει εκτός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και, ιστορικά, η συμμετοχή τρίτων στη χρηματοδότηση (είτε από ιδιωτικές είτε από δημόσιες δαπάνες) των οδοντιατρικών υπηρεσιών ήταν πάντοτε περιορισμένη, και συνήθως οι ασθενείς κάλυπταν και καλύπτουν το κόστος από τη τσέπη τους. Με τη σειρά του, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα είναι πιο σημαντικός και οι προσωπικές δαπάνες πιο συχνές ακόμη και σε συστήματα όπου οι περισσότεροι τύποι υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται δωρεάν στα σημεία παροχής (Parklin&Devlin, 2003, Widström& Eaton, 2004).

Οι υπηρεσίες και οι ρυθμίσεις που προβλέπονται από το σύστημα στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, επίσης, φαίνεται να μοιάζουν, σε ορισμένες πτυχές, με το μοντέλο του κράτους πρόνοιας που επικρατεί σε κάθε χώρα. Μεταξύ των διαφόρων τυπολογιών που αναπτύσσονται στην κοινωνική και πολιτική βιβλιογραφία, η τυπολογία Esping-Andersen είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη και προτείνει τρεις τύπους καθεστώτων. Το φιλελεύθερο καθεστώς χαρακτηρίζεται από ελάχιστη κρατική παροχή κοινωνικής πρόνοιας, μέτρια οφέλη και αυστηρά δικαιωματικά κριτήρια. Αυτοί που κάνουν χρήση της πρόνοιας είναι άτομα χαμηλού εισοδήματος και στιγματίζονται, καθώς υπάρχει διάκριση μεταξύ εκείνων που στηρίζονται στις κρατικές ενισχύσεις και εκείνων που είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση σε ιδιωτικές παροχές. Στα κράτη με συντηρητικά προγράμματα πρόνοιας, τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας και παροχών συχνά σχετίζονται με τα επίπεδα εισοδήματος των ατόμων και χορηγούνται μέσω των εργοδοτών. Συνεπώς, τέτοια καθεστάτα προσανατολίζονται προς τη διατήρηση των υφιστάμενων κοινωνικών προτύπων. Το Σοσιαλδημοκρατικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας χαρακτηρίζεται όχι μόνο από τα καθολικά, ισότιμα και συγκριτικά γενναϊόδωρα οφέλη, αλλά και από ένα έντονα παρεμβατικό κράτος που

χρησιμοποιείται για την προώθηση της ισότητας μέσα από ένα αναδιανεμητικό ασφαλιστικό σύστημα (Esping-Andersen, 1990).

Σύμφωνα με το έργο του Esping-Andersen, το μοντέλο του φιλελεύθερου κράτους πρόνοιας αντιπροσωπεύεται από τον Καναδά και τις ΗΠΑ (Esping-Andersen, 1990, Eikemo&Bambra, 2008). Η μεγάλη εξάρτηση από τις ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης στην παροχή στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης που διαπιστώθηκε στον Καναδά και τις ΗΠΑ συνδέεται με μια στοχευμένη προσέγγιση για την ικανοποίηση των δημόσιων αναγκών και με μια μεγάλη απόκλιση στο βαθμό της κάλυψης, κάτι που ευνοεί την ταξινόμηση τους ως έχει (McGinn-Shapiro, 2008, Manski, &Brown, 2010, Canadian Institute for Health Information, 2005, Health Canada, 2010, Quinonez et al., 2008). Ωστόσο το σύστημα στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου δεν ακολουθεί το μοντέλο φιλελεύθερης πρόνοιας, ειδικά όσον αφορά τα δικαιωματικά κριτήρια, καθώς προκρίνει την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη σε μεγάλο βαθμό ως δημόσιο αγαθό, παρέχοντας την στους υπηκόους του. Έτσι ενώ η καθολικότητα είναι ένα στοιχείο που συνδέεται συνήθως με το Σοσιαλδημοκρατικό κράτος πρόνοιας, συνδέεται επίσης με τα κράτη πρόνοιας που βασίζονται στο μοντέλο Beveridge, όπως το NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο (Boyle, 2011, Tickie, 2012, Elkemo&Bambra, 2008).

Η Γαλλία θεωρείται ένα παράδειγμα του μοντέλου συντηρητικού κράτους πρόνοιας, το οποίο είναι σύμφωνο με ορισμένες πτυχές του συστήματος στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης που παρέχεται από το γαλλικό κράτος και περιγράφεται στη παρούσα μελέτη, όπως η παροχή της στοματικής και οδοντιατρικής φροντίδας στο πλαίσιο της ασφάλισης υγείας (σε μεγάλο βαθμό χρηματοδοτούμενη από φόρους επί της μισθοδοσίας εργοδότη και εργαζόμενου), το σύστημα αποζημίωσης για επαγγελματίες υγείας, το κανονιστικό πλαίσιο που βασίζεται σε συμφωνίες σε εθνικό επίπεδο, και την απουσία δημόσιας οδοντιατρικής υπηρεσίας (Chevreul et al., 2010, Kravitz&Treasure, 2009, Eikemo&Bambra, 2008, Kertenetzsky, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η πρόληψη της υγείας και η θεωρητική και πρακτική εξέλιξη της είναι αποτέλεσμα της ανάγκης μείωσης του βαθμού νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας των ατόμων, πάνω στην οποία βασίστηκαν και συνεχίζουν να βασίζονται όλες οι πολιτικές που έλαβαν χώρα στο συγκεκριμένο πεδίο έως σήμερα. Κατά αυτή τη λογική οι αρμόδιοι φορείς των χωρών ανά τον κόσμο έχουν κάνει σημαντικά βήματα στον τομέα της πρόληψης εστιάζοντας στη μαζική ενημέρωση των πληθυσμών με στόχο όχι μόνο την αποφυγή επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών αλλά και τη βελτίωση της συνολικής υγείας των ατόμων. Δεν πρέπει βέβαια να ξεχνά κανείς ότι η πρόληψη των προβλημάτων υγείας αποτελεί και ατομική ευθύνη των ατόμων.

Παρ' όλες τις διαφορές τους, τα διάφορα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ανά τον κόσμο εστιάζουν στην πρόληψη ασθενειών, αλλά και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών για την θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών. Η ανάλυση των δομών των συστημάτων υγείας των χωρών επιτρέπει στους επιστήμονες και στους φορείς τη συγκριτική αξιολόγησή τους. Η βιβλιογραφική έρευνα που διενεργήθηκε κατέδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης και ειδικότερα των προγραμμάτων στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών που μελετήθηκαν, ως προς την οργάνωση, χρηματοδότηση και απόδοση των υπηρεσιών. Ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, όπως το ιστορικό, πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο κάθε χώρας, καθώς και τα επίπεδα δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης, προβάλλουν ως οι σημαντικότεροι λόγοι που οδήγησαν στις διαφορές αυτές. Απώτερος στόχος της έρευνας ήταν να ενημερωθούν οι ελληνικές και διεθνείς πολιτικές για την στοματική και οδοντιατρική περίθαλψη, ιδίως όσον αφορά την καλύτερη αξιοποίηση των πόρων που διατίθενται. Η στοματική και οδοντιατρική υγεία ενός πληθυσμού είναι πολύ σημαντική καθώς επηρεάζει άμεσα την ποιότητα και το προσδόκιμο ζωής των μελών του, κατά συνέπεια λανθασμένα η στοματική υγεία έχει θεωρηθεί ως δευτερευούσης σημασίας προτεραιότητα στα προβλήματα υγείας. Η στοματική υγεία δεν είναι μόνο ωραία και γερά δόντια. Είναι μέρος της γενικής υγείας του ανθρώπου και η διατήρηση της συμβάλλει στην απουσία προβλημάτων στοματοπροσωπικού πόνου, στοματικού και φαρυγγικού καρκίνου, καρδιολογικών προβλημάτων, γενετικών νόσων και βλαβών που επηρεάζουν την περιοχή του στόματος και των περιβαλλόντων ιστών. Αξίζει να

αναφερθεί ότι μεταξύ των 800 εκατομμυρίων ανθρώπων που ζουν στις χώρες του οικονομικού εμπορίου, χάνονται πάνω από ένα εκατομμύριο «προσαρμοσμένα χρόνια ζωής» λόγω ανικανότητας για εργασία από προβλήματα στοματικής υγείας. Η στοματική υγεία με άλλα λόγια είναι πολύ σημαντική στην διατήρηση και προαγωγή της γενικής υγείας και συμβάλει στη ποιότητα της ζωής του ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Δημητριάδης Δ., Κωνσταντινίδης Ρ., Ντόκος Ε. (2008). Προσεγγίζοντας την Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία. Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, 1:13-18. [Διαθέσιμο από:<http://www.hospitaldentistry.gr/assets/documents/journal/2008/1.pdf> – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας (2007). Καλύτερη στοματική υγεία – μία πρόταση στρατηγικής για τη προαγωγή και αγωγή της στοματικής υγείας. Αθήνα: Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας – Υποεπιτροπή Προαγωγής και Αγωγής Στοματικής Υγείας.

Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Μπουρσανίδης, Χ. (1993). Σημειώσεις. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Μπουρσανίδης, Χ. (1996). Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικό-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα». Θεσσαλονίκη: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας.

Νεκτάριος, Μ. (2008). Ασφαλιστική Μεταρρύθμιση με Συναίνεση και Διαφάνεια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Ουλής, Κ., Μαστρογιαννάκης, Α., Θεοδώρου, Μ. & Βλάχος, Σ. (2005). Η Επιδημιολογική Κατάσταση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού. Αθήνα: Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία.

Χλέτσος Μ. (2011). Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων [Διαθέσιμο από: http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_politiki_igias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf– Πρόσβαση την: 15.09.2017].

Ξένη

45. Direction Générale de la Santé (2011). Synthèse du plan bucco-dentaire.[Διαθέσιμο από: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf Accessed on: 10.10.2017]

ADA (2012). Breaking down barriers to oral health for all Americans: the role of finance. Chicago: ADA. [Διαθέσιμο από: http://www.ada.org/sections/advocacy/pdfs/7170_Breaking_Down_Barriers_Role_of_Finance-FINAL4-26-12.pdf— Πρόσβαση την: 15.09.2017].

ADHA (2009). States which directly reimburse dental hygienists for services under the Medicaid Program. Chicago: ADHA. [Διαθέσιμο από: http://www.adha.org/governmental_affairs/downloads/medicaid.pdf— Πρόσβαση την: 15.09.2017].

ADHA (2010). Direct access states chart. Chicago: ADHA. [Διαθέσιμο από: http://www.adha.org/governmental_affairs/downloads/direct_access.pdf - Accessed on: 10.10.2017]

Allin S (2012). The Canadian Health Care System, 2012. In Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M. International Profiles of Health Care Systems, 2012, p 19-25. The Commonwealth Fund.

Allukian M. (2000). The neglected epidemic and the Surgeon General's Report; a call to action for better oral health (editorial). American Journal of Public Health, 90(6):643-5.

Anell A., Glenngård A. H., and Merkur S. (2012). Sweden: Health System Review. Health Systems in Transition, 14(5):1-161.

Blackburn P (2011). Dentistry: UK Market Report 2011. London: Laing & Buisson.

Bloom B, Simile CM, Adams PF, Cohen RA (2012). Oral health status and access to oral health care for U.S. adults aged 18-64: National Health Interview Survey, 2008. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(253).

BMG (Bundesministerium für Gesundheit Federal Ministry of Health, ed.) (2013a): KJ1 und Fachserie 12, Reihe 7.1.2.

Bourgeois D et al (1998). Prevalence of caries and edentulousness among 65-74-year-olds in Europe. Bull World Health Organ. 76: 413-417.

Boyle S (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition* 13(1): 1–486

Burt BA, Eklund SA (2005). *Dentistry, dental practice, and the community*. Missouri: Elsevier Health Sciences.

Busse R. and Blümel M., “Germany: Health System Review,” *Health Systems in Transition*, 2014 16(2):1–296. Accessed Sept. 5, 2016.

Busse R., Blümel M. (2014). Germany - Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2):1-331.

Canadian Institute for Health Information (2005). *Exploring the 70/30 split: how Canada’s health care system is financed*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Canadian Institute for Health Information (2011). *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2012*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Canadian Institute for Health Information (2013). *Canada’s Health Care Providers, 1997 to 2011 - A Reference Guide: Overview and Methodological Notes*. Ottawa.

Canadian Life and Health Insurance Association (2012). *Canadian Life and Health Insurance Facts*. Toronto: Canadian Life and Health Insurance Association Inc.

Carlsson, G.E., Magnusson, T. (1984) *Κλινική Φυσιολογία του Στοματογναθικού Συστήματος*. Αθήνα, Παρισιάνος

Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P (2010). France: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(6): 1– 291.

CMS. Centers for Medicare and Medicaid Service. National health expenditure tables, 1960-2011. [Available from: - Accessed on: 10.10.2017] <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpend-Data/Downloads/tables.pdf>. Accessed May 1th, 2013.

DeNavas-Walt C, Proctor BD, Smith JC (2011). Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2011 current population reports. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Devaux M, Looper M (2012). Income-related inequalities in health service utilization in 19 OECD Countries, 2008-2009. OECD Health Working Papers. Paris: OECD Publishing.

Dolgeras A., Economou Ch., Kyriopoulos J. (2004). Dental insurance coverage and dental expenditures: The case of Greece. In: Kyriopoulos J, ed. Health systems in the world: From evidence to policy. Athens, Papazisis Publishers.

Durand-Zaleski I (2012). The French Health Care System, 2012. In Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M (Eds.). International Profiles of HealthCare Systems, 2012 p 39-45.

Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barker LK, Thornton-Evans G, et al(2007). Trends in oral health status: United States, 1988–1994 and 1999–2004. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 11(248).

Economou Ch, Giorno C. (2009). Improving the performance of the public health care system in Greece. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD Economics Department Working Papers No. 722).

Economou Ch. (2010). Greece - Health system review. Health Systems in Transition, 12 (7):1-204.

Eikemo T and Bambra C (2008). The welfare state: a glossary for public health. Journal of epidemiology and community health. 62(1): 3-6

Esping-Andersen G (1990). The three worlds of welfare capitalism. Princeton:Princeton University Press.

Eurobarometer (2007). Health and long-term care in the European Union. Brussels, European Commission (Special Eurobarometer 283, Wave 67.3, December)

European Commission – Public Health(2016) [Διαθέσιμο από: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/oral_en.htm– Πρόσβαση την: 15.09.2017].

European Commission (2002a). Oral Diseases. Brussels: European Commission.
[Διαθέσιμο από:
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/oral_en.htm –
Πρόσβαση την: 15.09.2017].

European Commission (2002b). Monitoring of Diseases. Brussels: European Commission.
[Διαθέσιμο από:
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/monitoring/fp_monitoring_2002_a1_frep_03en.pdf – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

German Association of Private Health Insurance Companies (2016). Zahlen und Fakten.

German Federal Association of Sickness Funds (2016). Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung.

German Federal Statistical Office (2016). Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

GKV (Statutory Health Insurance, SHI, ed.): KV 45, Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1.4. Quartal 2012.

Harrison A (2012). The English Health Care System, 2012. In Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M (Eds.). International Profiles of Health Care Systems, 2012 p 32-8. The Commonwealth Fund.

Health Canada (2010). Report on the findings of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey 2007-2009. Ottawa: Her Majesty the Queen in Right of Canada.

Hescot P et al (1997). Oral health in 35-44 year old adults in France. *Internat Dent J.* 47: 94-99.49. Marchildon GP (2013). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition* 15(1): 1-179.

Hobdell, M., Petersen, P.E., Clarkson, J. & Johnson, N. (2003) Global Goals for Oral Health 2020. *International Dental Journal*, 53:285-88.

Hughes J. (1978). Behavioral objectives for dental public health. *Journal of Public Health and Dentistry*, 38(1):100-8.

Hurley J, Guindon GE (2008). Private health insurance in Canada. Hamilton, McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis working paper.

Kravitz A, Treasure E (2009). Manual of Dental Practice. The Council of European Dentists. <http://www.eudental.eu/index.php?ID=35918&>. Accessed April 17, 2013.

Kyriopoulos J., Gregory S., Economou Ch.(2003). Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό [Health and health services in Greece] . Athens, Papazisis Publishers.

Manski, RJ, Brown E (2010). Dental coverage of adults ages 21-64, United States, 1997 and 2007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [Διαθέσιμο από: http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st295/stat295.pdf– Πρόσβαση την: 15.09.2017].

Manski, RJ, Brown E (2012). Dental Procedures, United States, 1999 and 2009. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [Διαθέσιμο από: http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st368/stat368.shtml– Πρόσβαση την: 15.09.2017].

McGinn-Shapiro M (2008). Medicaid coverage of adult dental services. State Health Policy Monitor 2 (2): 1-6.

Niles NJ (2010). Basics of the U.S. Health Care System. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.

OECD (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. [Διαθέσιμο από: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en– Πρόσβαση την: 15.09.2017].

OECD (2012). Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing. [Διαθέσιμο από: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>– Πρόσβαση την: 15.09.2017].

OECD (2012). OECD Health Data 2012: how does the United States compare. [Διαθέσιμο από: <http://www.oecd.org/unitedstates/BriefingNoteUSA2012.pdf>– Πρόσβαση την: 15.09.2017].

OECD Organization for Economic Co-operation and Development (2016), “Purchasing power parities (PPP)” [Διαθέσιμο από: [10.1787/1290ee5a-en](http://dx.doi.org/10.1787/1290ee5a-en); – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

OECD. OECD Stat Extracts database. [Διαθέσιμο από: <http://stats.oecd.org/>. – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

Office of Fair Trading (2012). Dentistry: an OFT market study. London: Office of Fair Trading. [Διαθέσιμο από: http://www.of.gov.uk/shared_of/market-studies/Dentistry/OFT1414.pdf– Πρόσβαση την: 15.09.2017].

Office of the Chief Dental Officer (2009). Dental Public Health Human Resources 2007/2008. Ottawa: Health Canada, 2009.

Parklin D, Devlin N (2003). Measuring efficiency in dental care. In Scott A, Maynard A, Elliott R (Eds). Advances in health economics, p. 143-52.London: John Wiley & Sons Ltd.

Patel R. (2012) The state of oral health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. September 2012. [Διαθέσιμο από: http://www.oralhealthplatform.eu/sites/default/files/field/document/A5-Summary-BOHEP_State%20of%20Oral%20Health_Executive%20Summary_A5_FINAL.pdf – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

Pedrazzi V, Dias KRHC, Rode SM (2008). Oral Health in Brazil – Part II: Dental

Perronnin M, Pierre A, Rochereau T (2012). An overview of employer-provided complementary health insurance in France in 2009 and employee opinions of the scheme. [Διαθέσιμο από: <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES181.pdf> - - Πρόσβαση την: 15.09.2017].

Pucca-Junior GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM (2009). Oral health policies in Brazil. Brazilian Oral Research 23(S): 9-16.

Quinonez CR, Locker D, Sherret L, Grootendorst P, Azarpazhooh A, Figueiredo R (2008). An environmental scan of public dental programs in Canada. Community Dental Health Services Research Unit and The Office of the Chief Dental Officer, Health Canada.

Rooney E, Davies G, Neville J, Robinson M, Perkins C, Bellis MA (2010). Oral Health Survey of 12-year-old Children 2008 / 2009: summary of caries prevalence and severity

results. NHS Dental Epidemiology Programme for England.[Διαθέσιμο από: http://www.nwph.net/dentalhealth/reports/Report_NHS_DEP_for_England_OH_Survey_12yr_2008-09.pdf – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

SALAR Swedish Association of Local Authorities and Regions (2011). National Initiative for Improved Patient Safety. Stockholm: SALAR.

Specialty Centers (CEOs). Braz Oral Res 22(Spec Issue 1): 18-23.Ministério da Saúde (2011). SB Brasil 2010: pesquisanacional de saúdebucal. Resultadosprincipais. Brasília: MS.

Statistics Sweden (2016). Lönedatabasen. Systems of Health Accounts. Stockholm: Statistics Sweden

Steele J, O’ Sullivan I (2011). Executive summary: adult dental health survey 2009. London: The Health and Social Care Information Centre.40. European Commission (2010). Special Eurobarometer 330. Oral Health.

Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M (Eds.) (2012). International Profiles of Health Care Systems, 2012. The Common wealth Fund. [Διαθέσιμο από: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_sy stems_2012.pdf – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

Tickle M (2012). Revolution in the provision of dental services in the UK.Community Dent Oral Epidemio l 40 (Suppl. 2): 110–116.

UFSBD (2006). La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France, en 2006. [Διαθέσιμο από: <http://www.sante.gouv.fr/les-inegalites-de-sante-bucco-dentaires.html> – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

Van Doorslaer E, Masseria C (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD Countries. Paris: OECD.

Victora CG, Barreto ML, Leal MC et al (2011). Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet 377: 2042–53.

WHO (2010). Global health expenditure database. [Διαθέσιμο από: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_2_WHS – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

WHO (2010). Strategies for Oral Disease Prevention and Health Promotion. Geneva: WHO [Διαθέσιμο από: http://www.who.int/oral_health/strategies/en/ – Πρόσβαση την: 15.09.2017].

WHO: Oral health; action plan for promotion and integrated disease prevention. Geneva, 2007.

WHO: The world oral health report, 2003. Geneva, 2003.

Widström E, Eaton K.A (2004). Oral Healthcare systems in the extended European Union. Oral Health and Preventive Dentistry 2(3): 155-194.

Zavras D., Economou Ch., Kyriopoulos J. (2004). Factors influencing dental utilization in Greece. Community Dental Health, 21:181–188.