

ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΖΙΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

| | |
|-----------------------|---------|
| ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ | |
| ΑΡ. ΕΙΣ. | 57890 |
| COMP. | 39356 |
| ΤΑΞΙΝ. | 312 ΤΖΙ |
| ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ | |

Πειραιάς 2007



00157890

ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΖΙΚΟΠΟΥΛΟΥ



ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην ολοκλήρωση αυτής της μελέτης θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικά τον επιβλέποντα Καθηγητή Κλεομένη Οικονόμου, καθώς και τον Καθηγητή Θεοφάνη Μπένο για την διαρκή υποστήριξή τους.

Τους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος *Ουρανία Μπουλούχου, Παπαηλία Θεόδωρο* για τις πολύτιμες συμβουλές τους στα πλαίσια της εργασίας, αλλά και σε όλη την διάρκεια του Μεταπτυχιακού.

Τους συμφοιτητές μου Σταμπούλου Αθηνά και Μααωλά Ευτυχία για την συνεργασία και την συντροφικότητα τους σε όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος και την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη τους σε όλη την διάρκεια αυτής της μελέτης, καθώς επίσης την Οικογένεια μου και ειδικότερα τους Γονείς μου, που με τη δική τους προτροπή και συμπαράσταση συνεχίζω τις σπουδές μου.

Τέλος όλους τους Οδοντιάτρους που για λόγους εμπιστευτικότητας δεν θέλησαν να δημοσιοποιηθούν τα ονόματα τους για την συνεργασία, τον χρόνο τους και τις πληροφορίες που μου παραχώρησαν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ..... | 5 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 8 |
| ABSTRACT..... | 9 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 10 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ..... | 12 |
| 1.1 Γενικά..... | 12 |
| 1.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας..... | 14 |
| 1.3 Η Αγορά των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας..... | 16 |
| 1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ - Υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο..... | 20 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ..... | 25 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΧΩΡΩΝ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ - ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ..... | 29 |
| 3.1 Γενικά..... | 29 |
| 3.2 Οργάνωση του Ιδιωτικού ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ..... | 32 |
| 3.2.1 Νομικές Προϋποθέσεις..... | 32 |
| 3.3 Χώροι..... | 35 |
| 3.3.1 ΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ..... | 35 |
| 3.3.2 ΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ..... | 35 |
| 3.4 Εξοπλισμός..... | 36 |
| 3.5 Παρατηρήσεις..... | 37 |
| 3.6 Σύστημα πρόληψης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης στο οδοντιατρείο... 40 | |
| 3.6.1 Απαραίτητες ερωτήσεις από Οδοντίατρο προς ασθενή για λήψη λεπτομερούς και σωστού ιστορικού..... | 40 |
| 3.6.2 Τρόπος αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης..... | 41 |
| 3.6.3 Κανόνες για πρόληψη και θεραπεία ασθενών που κινδυνεύουν..... | 41 |

| | |
|--|-----------|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ..... | 43 |
| 4.1 Απολύμανση..... | 43 |
| 4.2 Αποστείρωση..... | 44 |
| 4.3 Κατηγορίες εργαλείων..... | 45 |
| 4.4 Αποθήκευση εργαλείων..... | 46 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ Χ..... | 48 |
| 5.1 Αποτελέσματα από τη δράση της ακτινοβολίας Χ στον οδοντίατρο και τον ασθενή..... | 49 |
| 5.2 Προληπτικά μέτρα - Προστασία..... | 51 |
| 5.2.1 Οδοντίατρος χειριστής..... | 51 |
| 5.2.2 Ασθενής..... | 53 |
| 5.2.3 Περίοικοι..... | 55 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ..... | 56 |
| 6.1 Επιπτώσεις μυοσκελετικών παθήσεων..... | 58 |
| 6.2 Πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων..... | 59 |
| 6.3 Προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος..... | 60 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ..... | 61 |
| 7.1 Η.Ι.Υ.: (ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας)..... | 62 |
| 7.2 Λοιμώδη νοσήματα..... | 62 |
| 7.3 Εμβολιασμός..... | 64 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΒΑΗΤΑ..... | 65 |
| 8.1 ΑμάλΓαμα..... | 68 |
| 8.2 Μολυσματικά απόβλητα..... | 70 |
| 8.3 Γενικά μέτρα - αρχές..... | 71 |
| 8.4 Νερό οδοντιατρικής μονάδας..... | 72 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΤΙΡΙΟΥ..... | 74 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΘΟΡΥΒΟΣ ΚΑΙ ΦΩΤΙΣΜΟΣ..... | 76 |
| 10.1 Θόρυβος..... | 76 |
| 10.2 Φωτισμός..... | 77 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΜΕΣΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ..... | 79 |

| | | |
|--|---|------------|
| 11.1 | Πρόσωπο..... | 79 |
| 11.2 | Κορμός του σώματος..... | 80 |
| 11.3 | Χέρια..... | 81 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ..... | | 84 |
| 12.1 | Κόστος Υπηρεσιών - Κοστολόγηση..... | 84 |
| 12.1.1 | <i>Κριτήρια Διαχωρισμού Κόστους.....</i> | <i>89</i> |
| 12.1.2 | <i>Συστήματα – Μέθοδοι Κοστολόγησης.....</i> | <i>93</i> |
| 12.2 | Κεφάλαια..... | 95 |
| 12.2.1 | <i>Κόστος Ίδρυσης.....</i> | <i>95</i> |
| 12.2.2 | <i>Κόστος Χώρων Εγκατάστασης.....</i> | <i>96</i> |
| 12.2.3 | <i>Μηχανήματα.....</i> | <i>99</i> |
| 12.2.4 | <i>Κόστη Επίπλων και Σκευών.....</i> | <i>99</i> |
| 12.2.5 | <i>Κόστη Συντήρησης Μηχανημάτων και Συσκευών.....</i> | <i>101</i> |
| 12.2.6 | <i>Λοιπά λειτουργικά έξοδα.....</i> | <i>103</i> |
| 12.2.7 | <i>Υπολογισμός Αποσβέσεων.....</i> | <i>106</i> |
| 12.3 | Τιμολόγηση Υπηρεσιών..... | 107 |
| 12.3.1 | <i>Πολιτική Τιμολόγησης – Πελατεία.....</i> | <i>109</i> |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ..... | | 153 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | | 161 |
| ΑΝΑΦΟΡΕΣ..... | | 164 |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ – ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ..... | | 165 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι υπηρεσίες υγείας είναι μια αγορά που κάθε επενδυτική κίνηση θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή. Στην Ελλάδα ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας κατέχει ένα μεγάλο μερίδιο της αγοράς τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα με συνεχώς ανοδική τάση. **Η Οδοντιατρική είναι η επιστήμη η οποία ασχολείται με την πρόληψη και την θεραπεία των παθολογικών καταστάσεων του στοματογναθικού συστήματος.** Σ' αυτό τον εξειδικευμένο ιατρικό κλάδο παρατηρείται ιδιαίτερη ανάγκη παροχής σχετικών υπηρεσιών, που παίρνουν ξεχωριστή θέση στην αγορά υπηρεσιών υγείας με τη δημιουργία εξειδικευμένων ιατρείων που ονομάζονται **οδοντιατρεία**. Η παρούσα εργασία εξετάζει αναλυτικά και παρουσιάζει όλες εκείνες τις παραμέτρους και προϋποθέσεις (νομικές, οργανωτικο-λειτουργικές, χρηματοοικονομικές) που απαιτούνται προκειμένου η επένδυση κεφαλαίων για τη δημιουργία ενός ιδιωτικού οδοντιατρείου το οποίο δραστηριοποιείται στις παθήσεις του στοματογναθικού συστήματος, να κρίνεται συμφέρουσα και η λειτουργία του να είναι βιώσιμη. Το ιδιωτικό οδοντιατρείο είναι οργανωμένο & στελεχώνεται από ειδικευμένο προσωπικό. Με τη χρήση παραδοχών και επεξεργασία χρηματοοικονομικών δεδομένων αποδεικνύεται η κερδοφορία και η βιωσιμότητα του, γεγονός που δημιουργεί αισιοδοξία ή όχι για επενδύσεις σε ιδιωτικά οδοντιατρεία.

ABSTRACT

GEORGIA TZIKOPOULOU

Graduate Thesis Submitted for the

Degree “Master in Health Management”

University of Piraeus-TEI of Piraeus,Greece.

Supervisor: Professor Kleomenis Oikonomou

The services of health are a market that each investment movement should be done with big attention. In Greece the private sector of health services possesses a big share of market so much in the first and in the secondary care with continuously ascendant tendency. **The Dentistry is the science which deals with the prevention and the treatment of pathological situations of oro-gnathic system.** In this specialised medical sector is observed particular need of benefit of relative services that takes separate place in the market of services of health with the creation of specialised surgeries that is named **dental clinic**. The present work examines analytically and it presents all those parameters and conditions (legal, organisational-functional, financing) that are required in order this investment for the creation of private dental clinic that is activated in the diseases of oro-gnathic system, is being viable and operational. Private dental clinic is organised and is staffed by specialised personnel. With the use of admissions and treatment of financing data is proved the profitability and his viability, which creates optimism for investments in private dental clinic

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή αναλύει τα θέματα που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία ενός ιδιωτικού οδοντιατρείου στην Ελληνική αγορά των Υπηρεσιών Υγείας.

Το θέμα αυτό αναπτύχθηκε στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» του Πανεπιστημίου Πειραιά με το ΤΕΙ Πειραιά και κάτω από την καθοδήγηση του καθηγητή Κλεομένη Οικονόμου.

Σκοπός για την επιλογή και την εξέταση του συγκεκριμένου θέματος ήταν η διερεύνηση του βαθμού βιωσιμότητας ενός τέτοιου εξειδικευμένου Ιατρείου και η δυνατότητα του να αποσπάσει ένα σημαντικό μερίδιο της αγοράς μέσα από την κάλυψη τμήματος της αυξανόμενης εγχώριας ζήτησης των συγκεκριμένων υπηρεσιών σε συνθήκες μεγάλου ανταγωνισμού .

Η όλη έρευνα στηρίχθηκε σε:

- ο Προσωπικές συνεντεύξεις με οδοντιάτρους κ παροχή οικονομικών και τεχνικών στοιχείων από αυτούς
- ο Αναζήτηση πληροφοριών και στοιχείων για τα μεγέθη της αγοράς των ιδιωτικών οδοντιατρείων ,καθώς και για την οργάνωση και λειτουργία τους στην Ελλάδα μέσω INTERNET.
- ο Παροχή στοιχείων οικονομικών και τεχνικών από Προμηθευτές σχετικών ιατρικών μηχανημάτων , λοιπού εξοπλισμού και αναλωσίμων.
- ο Παροχή εμπιστευτικών οικονομικών στοιχείων (κοστολόγηση-τιμολόγηση) από οδοντιάτρους.
- ο Βιβλιογραφική αναζήτηση (Οικονομοτεχνικές Μελέτες - Οικονομικά της Υγείας – Προγραμματισμός Δράσεως Επιχειρήσεων – Λιτή Διαχείριση Αποθεμάτων - Υπηρεσίες Μάρκετινγκ – Μάνατζμεντ- Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας- Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων)

Η εργασία παρουσιάζεται σε πέντε κεφάλαια

Το **πρώτο κεφάλαιο** αναφέρεται γενικά στις υπηρεσίες, στην ιδιαιτερότητα της αγοράς υπηρεσιών υγείας, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, στο μερίδιο που κατέχει ο ιδιωτικός τομέας στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, και τις δυνατότητες δραστηριοποίησης του ιδιωτικού τομέα μέσα από το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τέλος, γίνεται ιστορική αναδρομή.

Το **δεύτερο κεφάλαιο** αναφέρεται στην Οδοντιατρική.

Το **τρίτο κεφάλαιο** αναφέρεται στην οργάνωση και λειτουργία του ιδιωτικού Οδοντιατρείου παρουσιάζοντας αναλυτικά την οργανωτική δομή και την χρήση του.

Από το **τέταρτο** έως το **ενδέκατο κεφάλαιο** γίνεται αναφορά στο λειτούργημα που επιτελεί ο Οδοντίατρος καθώς επίσης γίνεται μια συνοπτική αναφορά στις επιπτώσεις που ενέχει ο επαγγελματικός κίνδυνος σ' αυτά.

Στο **δωδέκατο** κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα οικονομικά μεγέθη, κόστη και έσοδα που προσδιορίζουν την βιωσιμότητα του ή όχι, με την επεξεργασία των οικονομικών μεγεθών και την τελική εξαγωγή του αποτελέσματος.

Το **δεκατο τρίτο κεφάλαιο** καταγράφει συμπεράσματα και παρατηρήσεις για την ανάγκη ύπαρξης Ιδιωτικών Οδοντιατρείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη σύγχρονη οικονομία. Παράγουν σχεδόν το 70% του ΑΕΠ και δημιουργούν ανάλογο μερίδιο των θέσεων απασχόλησης, ενώ προσφέρουν σημαντικές δυνατότητες οικονομικής μεγέθυνσης και δημιουργίας νέων θέσεων απασχόλησης.

Η αγορά υπηρεσιών, λόγω του σύνθετου και άυλου χαρακτήρα τους και του γεγονότος ότι στηρίζεται στην τεχνογνωσία και στα προσόντα αυτού που παρέχει την υπηρεσία, συχνά υπόκειται σε κανόνες πολύ πιο σύνθετους από την αγορά αγαθών. Ορισμένες υπηρεσίες μπορούν να παρασχεθούν και από απόσταση, χάρη στις νέες τεχνολογίες της πληροφορικής και της επικοινωνίας. Μια τέτοια αγορά υπηρεσιών είναι ο τομέας υπηρεσιών υγείας.

1.1 ΓΕΝΙΚΑ

Με τον όρο «υπηρεσίες υγείας», προσδιορίζονται όχι μόνο οι παρεχόμενες φροντίδες υγείας και ιατρικής περίθαλψης αλλά γενικότερα το πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων και καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες. Επομένως κυρίαρχες έννοιες στον σχεδιασμό και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι οι έννοιες της ανάγκης και της ζήτησης. Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας εκφράζει την επιθυμία για κατανάλωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας που μετατρέπεται σε ενεργή αναζήτηση αυτών των φροντίδων. Η ζήτηση είναι αυτή που καθορίζει την αγορά των υπηρεσιών υγείας και προσδιορίζεται από αντικειμενικά εκτιμώμενες ανάγκες αλλά εξαρτάται από πλήθος παραγόντων, όπως η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, το φύλο, την ηλικία, το εισόδημα, το επάγγελμα, την ασφαλιστική κάλυψη, το μορφωτικό επίπεδο, το επιδημιολογικό πρότυπο, το προσδόκιμο επιβίωσης, τον τόπο κατοικίας και την απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας.

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της αγοράς υπηρεσιών υγείας είναι ότι θα πρέπει πάντα και πριν γίνει σ' αυτή οποιαδήποτε επενδυτική κίνηση να λαμβάνονται υπ' όψιν οι ιδιαιτερότητες του υγειονομικού τομέα, όπου το εκτεταμένο ρυθμιστικό πλαίσιο είναι απαραίτητο για την κάλυψη των ατελειών της συγκεκριμένης αγοράς και τη διασφάλιση πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες για όλους τους ενδιαφερόμενους, με κύριο στόχο την απλούστευση της σχέσης μεταξύ καταναλωτή και αυτού που παρέχει την υπηρεσία.

Ιδιαίτερα κρίσιμο για τον τομέα της υγείας, είναι το θέμα της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας. Η υψηλού επιπέδου παρεχόμενη ιατρική φροντίδα αποτελεί βασική επιδίωξη των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας και γι' αυτό έχουν ενσωματωθεί αρχές κοινωνικής αλληλεγγύης και καθολικής κάλυψης στα αντίστοιχα συστήματα κοινωνικής προστασίας.

Στην κατεύθυνση αυτή ο **δημόσιος τομέας** θα πρέπει να έχει ένα σημαντικό ρόλο στο να εγγυηθεί την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών για όλους τους πολίτες αφού δαπανάται ένα σημαντικό ποσό χρημάτων γι' αυτό. Οι δημόσιες αρχές μπορούν και θα πρέπει να διατηρήσουν τα μέσα για να εγγυηθούν την όσο το δυνατόν αποδοτικότερη χρήση των περιορισμένων διαθέσιμων οικονομικών πόρων, να διατηρήσουν τις τιμές χαμηλές, να καθοδηγήσουν τις επιλογές μεταξύ εναλλακτικών θεραπευτικών αγωγών και να εγγυηθούν για όλους την πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας (ασθενής) θα πρέπει να είναι αποδέκτης υψηλού επιπέδου και ποιότητας υπηρεσιών και να διασφαλίζεται πλήρως έναντι οποιασδήποτε κακής πρακτικής εκ μέρους αυτού που παρέχει την υπηρεσία. Όμως το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα είναι ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη στροφή του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, πέραν των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων.

Το κενό λοιπόν που παρουσιάζεται στην αγορά υπηρεσιών υγείας υψηλών απαιτήσεων, έρχεται να καλύψει ο ιδιωτικός τομέας με τη δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων διαφόρων κατηγοριών. Τα **ιδιωτικά θεραπευτήρια**, διακρίνονται σε

μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, σε μεσαίες και μικρότερες μονάδες, ενώ ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια, οι μαιευτικές κλινικές τα διαγνωστικά κέντρα και τα πολυϊατρεία.

1.2 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει:

- τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
- τον οικογενειακό προγραμματισμό,
- τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
- την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
- τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
- την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο, και
- τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:

- της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
- της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,
- της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου,
- του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,
- της διαχείρισης ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητά τους, και
- της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Οι **ιδιωτικοί φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ)** είναι τα ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, τα ιδιωτικά πολυιατρεία και πολυοδοντιατρεία, τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση της παρουσίας του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Οι επενδυτικές δραστηριότητες κατευθύνθηκαν στην ίδρυση διαγνωστικών κέντρων, τα οποία λειτουργούν είτε ως αυτόνομες μονάδες, είτε ως ανεξάρτητες εταιρείες που αποτελούν τον εργαστηριακό τομέα ιδιωτικών κλινικών και χρησιμοποιούν την υπάρχουσα υποδομή σε βιοιατρική τεχνολογία για την παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η εισαγωγή νέων τεχνολογιών. Στη δεκαετία 1985-1995 παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση των διαγνωστικών κέντρων υψηλής τεχνολογίας (πάνω από 30%), η οποία οφείλεται κυρίως στην περιοριστική πολιτική που ακολουθήθηκε σχετικά με τη

δημιουργία ιδιωτικών κλινικών, τις μικρότερες προοπτικές κερδοφορίας που άφησε η δευτεροβάθμια περίθαλψη στους ιδιώτες με την επέκταση του ΕΣΥ και την ελλιπή παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από το Δημόσιο.

Στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παρά τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας και τη συγκρότηση ενός ευρέως δικτύου πολυιατρείων του ΙΚΑ, εξακολουθούν να παρουσιάζονται σημαντικά προβλήματα και αδυναμίες που συνδέονται με τον εξοπλισμό και τη στελέχωση των μονάδων, κυρίως στις αγροτικές περιοχές.

1.3 Η ΑΓΟΡΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ελληνική αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης, δεδομένης της συνεχούς αύξησης του αριθμού των ασφαλισμένων που καταφεύγουν σε ιδιωτικούς φορείς τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Στο διάστημα 1998-2004, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας σημείωσαν αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,1%, για να ανέλθουν κατά το 2004 στο 46,1% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, το 2003 καταγράφηκαν σε ολόκληρη τη χώρα 179 ιδιωτικές κλινικές επί συνόλου 327, ενώ οι κλίνες στα ιδιωτικά θεραπευτήρια κάλυψαν το 28,1% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών της χώρας.



Σχήμα 1.1: Διάρθρωση αγοράς υπηρεσιών υγείας και Διαχρονική εξέλιξη της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας βάσει αξίας, παρουσιάζει διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-2005 με μέσο ετήσιο ρυθμό 12,7%. Ειδικότερα κατά κατηγορία, τη μεγαλύτερη αύξηση εμφανίζει το μέγεθος αγοράς των γενικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,2% και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 10,9%. Σχετικά με την αγορά των διαγνωστικών κέντρων, η μέση ετήσια αύξηση είναι 8,3%. Οι γενικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο εκτιμάται στο 63% περίπου για το 2005, ενώ οι μαιευτικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το 15% περίπου της αγοράς. Το υπόλοιπο 22% της αγοράς μοιράζονται τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Την περίοδο αυτή φαίνεται να βρίσκεται σε εξέλιξη ένα σχέδιο συσπείρωσης των δυνάμεων του κλάδου, καθώς πέρα από τις συνεχείς επαφές για εξαγορές, οι ανακοινώσεις δημιουργίας στρατηγικών συμμαχιών, καθώς και οι μεταγραφές ιατρών με σκοπό τη διεύρυνση της πελατείας τους, δημιουργούν νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας. Αποτέλεσμα των εξαγορών και συγχωνεύσεων που έλαβαν χώρα τα τελευταία κυρίως χρόνια μεταξύ των εταιρειών του κλάδου, είναι η δημιουργία ισχυρών επιχειρηματικών ομίλων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι παρέχουν σήμερα ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, στηρίζοντας τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες:

- α) στη γεωγραφική κάλυψη,
- β) στην παροχή πλήρους φάσματος ιατρικών υπηρεσιών και
- γ) στην τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη

Παράλληλα, στα σχέδια των ομίλων αυτών περιλαμβάνεται και η περαιτέρω ισχυροποίησή τους, όχι μόνον στην εσωτερική αγορά, αλλά και σε χώρες του εξωτερικού.

Οι θετικοί μέχρι σήμερα ρυθμοί ανάπτυξης της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, εκτιμάται ότι θα συνεχισθούν τόσο το 2006 όσο και το 2007. Συγκεκριμένα, τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών προβλέπεται ότι θα αυξηθούν με ρυθμό 12-14% ετησίως, των μαιευτηρίων με ρυθμό 7-8% και των διαγνωστικών κέντρων με ρυθμό 5%.

Στο χώρο της ιδιωτικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν δύο κατηγοριών μονάδες:

- α) Ατομικές ή μικρού μεγέθους μονάδες
- β) Μεγάλες μονάδες (πολυιατρεία)

Στην πρώτη κατηγορία (ατομικές ή μικρού μεγέθους μονάδες) προσφέρονται υπηρεσίες υγείας συνυφασμένες με κάποιου είδους επιστημονική εκπαίδευση ή κατάρτιση του παρέχοντος ή των παρεχόντων ή κάποιου είδους τεχνική. Είναι στην ουσία χώροι άσκησης των επαγγελματιών δηλαδή ιατρεία, **οδοντιατρεία**, ή επαγγελματικά εργαστήρια όπου οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν τις υπηρεσίες τους διαθέτοντας απλό ή πολύπλοκο εξοπλισμό.

Σε πολλές κατηγορίες επαγγελματιών υγείας αυτός είναι ο κυρίαρχος τρόπος παροχής της υπηρεσίας του αντίστοιχου επαγγελματία (φαρμακεία, οδοντιατρεία κλπ) και η συντριπτική πλειοψηφία τους δεν επιλέγει ή δεν έχει τη δυνατότητα να επιλέγει, λόγω της οργάνωσης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, οποιασδήποτε μορφής εξαρτημένη εργασία στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε κάποιες άλλες κατηγορίες η πλειοψηφία των επαγγελματιών παρέχει κάποιας

μορφής εξαρτημένη εργασία στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα, ενώ παράλληλα δραστηριοποιείται και ως ελεύθερος επαγγελματίας με δική του επαγγελματική στέγη ή εργαστήριο. Πολλά ασφαλιστικά ταμεία συνάπτουν συμβάσεις με τους επαγγελματίες και καλύπτουν τους ασφαλισμένους τους όταν χρησιμοποιούν τις αντίστοιχες υπηρεσίες, ενώ οι επαγγελματίες αμείβονται με τις τιμές που έχουν οριστεί από τις αντίστοιχες συμβάσεις για τη χρήση των υπηρεσιών από το Δημόσιο ή τα ασφαλιστικά ταμεία.

Στις μεγαλύτερες μονάδες μια ομάδα επαγγελματιών παρέχει ένα είδος υπηρεσίας υγείας (ιδιωτικά πολυιατρεία) ή πολλαπλές υπηρεσίες διαθέτοντας σύγχρονο και εξειδικευμένο τεχνολογικό εξοπλισμό.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας, η οποία συνοδεύεται από την επένδυση σημαντικών κεφαλαίων, που κατά κύριο λόγο ενσωματώνουν τη ραγδαία αναπτυσσόμενη ιατρική τεχνολογία. Η εμπλοκή αυτή του ιδιωτικού επιχειρηματικού τομέα στο χώρο της υγείας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ατόμων για υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο σύστημα, η οποία οδήγησε στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες και συνεπώς στη δημιουργία προοπτικών για σημαντικά κέρδη. Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλει και η ανάπτυξη του κλάδου υγείας στο πλαίσιο της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία αποτελεί μια πρόσθετη πηγή χρηματοδότησης για τους συμβεβλημένους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Συγχρόνως διαφαίνεται η τάση εισόδου ορισμένων ασφαλιστικών εταιρειών στο χώρο της περίθαλψης, η οποία εκτιμάται ότι θα επιφέρει σημαντικές ανακατατάξεις στον κλάδο με τη δημιουργία κλειστών αγορών (προσφορά και ζήτηση).

1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Πίνακας 1: «ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ¹

| | |
|-----------------|--|
| 5000 π.Χ. | Σε κείμενο των Σουμερίων αναγράφεται ότι "τα σκουλήκια των δοντιών είναι υπεύθυνα για το χάλασμα των δοντιών" |
| 2600 π.Χ. | Σε επιτοίχια επιγραφή στην Αίγυπτο αναφέρεται " ο Hesy-Re ο καλύτερος απο αυτούς που ασχολούνται με τα δόντια". Ο Hesy-Re θεωρείται ο πρώτος γνωστός πρακτικός οδοντίατρος στον κόσμο |
| 1700 π.Χ. | Στον πάπυρο του Ebers βρίσκουμε πληροφορίες για τις ασθένειες των δοντιών και συνταγές για την αντιμετώπιση του οδοντόπονου |
| 500-300 π.Χ. | Ο Ηρόδοτος κι ο Αριστοτέλης γράφουν για την Οδοντιατρική (τρόποι αντιμετώπισης τερηδονισμένων δοντιών, εξαγωγή δοντιών με λαβίδες, σταθεροποίηση δοντιών και καταγμάτων γνάθων με σύρματα) |
| 100 π.Χ. | Ο Κέλσος, ένας Ρωμαίος ιατρικός συγγραφέας, γράφει αναλυτικά για την στοματική υγιεινή, την σταθεροποίηση ευκίνητων δοντιών, την θεραπεία του οδοντόπονου. |
| 160 - 200 μ.Χ. | Οι Ετρούσκοι "πρακτικοί οδοντίατροι" χρησιμοποιούν προθέσεις χρησιμοποιώντας χρυσές στεφάνες και προκατασκευασμένες γέφυρες |
| 500 - 1000 μ.Χ. | Στη διάρκεια του μεσαίωνα στην Ευρώπη, το ρόλο των οδοντιάτρων έχουν αναλάβει οι μοναχοί |
| 1130-1160 μ.Χ. | Με εντολή του Πάπα, απαγορεύεται στους μοναχούς να κάνουν οποιαδήποτε χειρουργική πράξη, συμπεριλαμβανομένης της εξαγωγής δοντιού. Έτσι, το ρόλο αυτό αναλαμβάνουν οι Κουρείς, οι οποίοι επισκεπτόμενοι συχνά τα μοναστήρια για να ξυρίζουν τους μοναχούς, βοηθούσαν τους μοναχούς με τα κοφτερά ψαλίδια και μαχαίρια τους |
| 1210 μ.Χ. | Ιδρύεται Σωματείο Κουρέων στη Γαλλία και χωρίζει τους κουρείς σε δυο κατηγορίες. |

¹ Τα παραπάνω στοιχεία είναι από την Ιστοσελίδα του Χειρουργού Οδοντίατρου κ. Αντώνη Καλογερόγιαννη www.sfragisma.gr (βιβλίο "ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ" του καθηγητή Φ.Μήτση και από το site της American Dental Association.)

| | |
|------------|--|
| | <p>α) Χειρουργούς, που ασχολούνται με σύνθετες χειρουργικές επεμβάσεις</p> <p>β) Κουρείς - χειρουργούς, που ασχολούνται με άλλες επεμβάσεις όπως ξύρισμα, αντιμετώπιση αιμορραγιών κι εξαγωγή δοντιού.</p> |
| 1400 μ.Χ. | Με βασιλικά διατάγματα απαγορεύεται στους κουρείς να ασχολούνται με χειρουργικές επεμβάσεις εκτός από εξαγωγή δοντιού |
| 1530 μ.Χ. | Το πρώτο βιβλίο αφιερωμένο αποκλειστικά στην οδοντιατρική, κυκλοφορεί στην Γερμανία για να βοηθήσει τους κουρείς και τους χειρουργούς που ασχολούνται με την στοματική κοιλότητα. Τίτλος του "Μικρός ιατρικός οδηγός για όλες τις παθήσεις και ανωμαλίες των δοντιών". Συγγραφέας ο Artzney Buchlein |
| 1723 μ.Χ. | Ο Pierre Fauchard ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της σύγχρονης οδοντιατρικής εκδίδει το βιβλίο "Le Chirurgien Dentiste" στο οποίο αναγράφονται κατανοητά όλες οι αρχές στοματικής ανατομίας και λειτουργίας, τεχνικές επιδιόρθωσης και τρόποι κατασκευής οδοντοστοιχιών. |
| 1770 μ.Χ. | Δημοσιεύεται η πρώτη διαφήμιση οδοντιάτρου σε εφημερίδα της Βοστώνης |
| 1790 μ.Χ. | Κατασκευάζεται ο πρώτος ποδοκίνητος οδοντιατρικός τροχός από τον John Greenwood ο οποίος χρησιμοποιεί την ραπτομηχανή της μητέρας του! |
| 1790 μ.Χ. | Κατασκευάζεται η πρώτη ειδική οδοντιατρική καρέκλα |
| 1.840 μ.Χ. | Ιδρύεται στην Βαλτιμόρη η πρώτη οδοντιατρική σχολή και χορηγεί τον τίτλο Doctor of Dental Surgery (D.D.S) |
| 1859 μ.Χ. | Ιδρύεται στην Αμερική η πρώτη οδοντιατρική ομοσπονδία (American dental Association) |
| 1872 μ.Χ. | Ανακάλυψη κι εμπορική χρήση της οδοντογλυφίδας |
| 1880 μ.Χ. | Εμπορική διάθεση και μαζική χρήση της οδοντόκρεμας |
| 1890 μ.Χ. | Η πρώτη γυναίκα οδοντίατρος αποφοιτά από το Michigan School of Dentistry |
| 1903 μ.Χ. | Κατασκευή πρώτης στεφάνης από πορσελάνη |
| 1905 μ.Χ. | Ανακάλυψη του πρώτου αναισθητικού για χρήση στην οδοντιατρική που λεγόταν "προκαΐνη" κι αργότερα έγινε γνωστό με το όνομα Νοβοκαΐνη. |
| 1930 μ.Χ. | Ανακάλυψη της σπουδαιότητας του φθορίου για τον τετηδονισμό των δοντιών |

| | |
|-----------|---|
| 1937 μ.Χ. | Πρώτη τοποθέτηση εμφυτεύματος από Vittalium από τον Alvin Strock |
| 1950 μ.Χ. | Η πρώτη οδοντόκρεμα με fluoride διατίθεται στο εμπόριο |
| 1957 μ.Χ. | Παρουσιάζεται ο πρώτος τροχός υψηλών στροφών (airotor) |
| 1958 μ.Χ. | Παρουσιάζεται η πρώτη πλήρως ανακλινόμενη οδοντιατρική καρέκλα |
| 1960 μ.Χ. | Ανακάλυψη των lasers για χρήση σε μαλθακούς ιστούς |
| 1960 μ.Χ. | Κυκλοφορία της πρώτης ηλεκτρικής οδοντόβουρτσας στην Ελβετία |
| 1980 μ.Χ. | Ο Per Ingrar Branemark παρουσιάζει τεχνικές για οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα |
| 1989 μ.Χ. | Κυκλοφορεί το πρώτο σκεύασμα λεύκανσης οδόντων για οικιακή χρήση |
| 1990 μ.Χ. | Νέα υλικά για εμφράξεις και αποκαταστάσεις δημιουργούν επανάσταση στην αισθητική οδοντιατρική |
| 1997 μ.Χ. | Χρησιμοποιείται το erbium YAG Laser για σκληρούς ιστούς (θεραπεία τερηδόνας) |

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας λειτουργούσε και παλαιότερα με τη μορφή των Ανωνύμων Εταιρειών (Α.Ε.) και των Εταιριών Περιορισμένης Ευθύνης (Ε.Π.Ε), κυρίως όμως είχε προσωπικό χαρακτήρα. Πραγματική έκρηξη στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα παρατηρείται στη δεκαετία του 1990, κατά την οποία ενισχύεται η τάση συγκέντρωσης. Η μικρή προσωπική επιχείρηση δίνει όλο και περισσότερο τη θέση της στη μεγάλη ανώνυμη εταιρεία, με πολυκλαδικό χαρακτήρα², αλλά και με εξαγωγή κεφαλαίων, κυρίως στη Νοτιοανατολική Ευρώπη.

Η επιχειρηματική δράση άρχισε με τη ψήφιση του ΝΔ 1845/39, όπου προβλεπόταν η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικής κλινικής, όχι μόνο από ιδιώτες, αλλά και εταιρείες, με την ευθύνη ακτινολόγων ή μικροβιολόγων γιατρών. Ακολούθησαν τα Βασιλικά Διατάγματα 451/62 και 521/63 τα οποία βρίσκονται ακόμα σε ισχύ. Από το 1980 και μετά εμφανίζονται τα Διαγνωστικά Κέντρα. Μετά το 1987 οι άδειες ίδρυσης των

² Για τις ανάγκες της εργασίας, ως κλάδο χαρακτηρίζουμε τις εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας π.χ. Διαγνωστικά Κέντρα

διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων εκχωρούνται σε νομικά πρόσωπα. Η λειτουργία τους καθορίζεται από τις διατάξεις του Π.Δ. 84/01 η εφαρμογή του οποίου, μετά από αλληπάλλληλη πίεση των επιχειρηματιών, έχει μετατοπιστεί για 5 χρόνια αργότερα.

Με βάση το νόμο 1397/83 (ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ), είχε σταματήσει τυπικά η έκδοση αδειών για την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών ή η επέκταση των ήδη υπαρχουσών. Κατά τη δεκαετία 1983-1993 παρατηρήθηκαν οι εξής τάσεις:

- Το 1983 τα δημόσια νοσηλευτήρια ήταν 122, ενώ το 1993 αυξήθηκαν στα 140.
- Τα ιδιωτικά μειώθηκαν. Το 1983 ήταν 291, ενώ το 1993 ήταν 224.

Στο διάστημα 1991-93 δόθηκε νέα ώθηση ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα. Το προεδρικό διάταγμα 247/91 έδωσε τη δυνατότητα ίδρυσης νέων κλινικών, μεταβιβάσεων και δημιουργίας διαγνωστικών κέντρων στα πλαίσια των ιδιωτικών κλινικών. Οι άδειες λειτουργίας χορηγούνται σε φυσικά και νομικά πρόσωπα. Με τους νόμους 517/91 και 247/91 καθορίστηκαν οι προδιαγραφές λειτουργίας (σύνθεση προσωπικού, εξοπλισμός, κτιριακές προδιαγραφές). Επίσης η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών διέπεται και από το προεδρικό διάταγμα 235/00.

Η Νομική μορφή των ιδιωτικών φορέων υγείας είναι:

- α) Προσωπικές εταιρείες:** Απαιτούνται τουλάχιστον τρία άτομα. Η πλειοψηφία των εταίρων ή ο διαχειριστής ή η πλειοψηφία των διαχειριστών πρέπει να είναι ειδικευμένοι γιατροί. Γιατρός εταίρος απαγορεύεται να συμμετάσχει σε άλλη Ιατρική Εταιρεία, Π.Φ.Υ, ή να ασκεί ατομικά το επάγγελμα.
- β) ΕΠΕ:** Οι περισσότεροι από τους μισούς εταίρους που εκπροσωπούν περισσότερο από το μισό του συνολικού εταιρικού κεφαλαίου πρέπει να είναι ειδικευμένοι γιατροί. Επίσης ειδικευμένος γιατρός πρέπει να είναι και ο διαχειριστής ή η πλειοψηφία των διαχειριστών. Ο γιατρός εταίρος απαγορεύεται να συμμετάσχει σε άλλη Ιατρική Εταιρεία, ή να ασκεί ατομικά το επάγγελμα.
- γ) ΑΕ:** Το σύνολο των μετοχών είναι ονομαστικές. Το 51% των μετοχών πρέπει να ανήκει σε γιατρούς. Η αναλογία αυτή τηρείται σε κάθε μείωση ή αύξηση του εταιρικού κεφαλαίου.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας είναι αρμόδιο για τη ρύθμιση μιας σειράς θεμάτων που αφορούν τον καθορισμό των επαγγελματικών δικαιωμάτων και τους όρους για τη λήψη άδειας ασκήσεως επαγγέλματος των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, καθώς επίσης και τη λειτουργία των εργαστηρίων, γραφείων ή εν γένει επαγγελματικών χώρων, όπου οι επαγγελματίες αυτοί ασκούν τις δραστηριότητές τους.

Σε σχέση με τις τιμές το κράτος δεν καθορίζει μονομερώς τα επίπεδα των αμοιβών, ή όταν τα ορίζει δεν παρεμβαίνει ρυθμιστικά, αλλά ως αγοραστής των σχετικών υπηρεσιών. Όμως, οι τιμές των φαρμάκων καθώς και τα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών ορίζονται από το κράτος. Παράλληλα, το κράτος στα πλαίσια της προστασίας του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας (ασθενή) θέτει όρους για την ιατρική διαφήμιση. Με τους νόμους Ν. 2194/1994, Ν.2256/1994, ΠΔ 84/2001 (ΦΕΚ Α' 70) απαγορεύεται στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας η με οποιοδήποτε τρόπο διαφήμιση και προβολή, καθώς και η αναγραφή στις επιτρεπόμενες από το νόμο πινακίδες σήμανσης μη αναγνωρισμένων τίτλων και ειδικοτήτων. Κάθε ιατρική εταιρεία παροχής υπηρεσιών φέρει υποχρεωτικά την επωνυμία ιδιωτικό ιατρείο, οδοντιατρείο κλπ, ενώ απαγορεύεται στους φορείς αυτούς να χρησιμοποιούν στην επωνυμία τους όρους «Κέντρο Υγείας» ή «Ιατρικό Κέντρο» ή «Διαγνωστικό Κέντρο» σε συνδυασμό ή όχι με οποιοδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία. Πληθυσμιακοί περιορισμοί και ειδικοί όροι για την απόσταση μεταξύ των επαγγελματικών εργαστηρίων δεν υπάρχουν, με εξαίρεση τα φαρμακεία.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Ένα ειδικό τμήμα της αγοράς υπηρεσιών υγείας αποτελούν οι υπηρεσίες που παρέχονται από ένα ιδιωτικό οδοντιατρείο και που θα μας απασχολήσουν ως αντικείμενο εξειδίκευσης στην διάρκεια της εργασίας

Οδοντιατρική είναι η επιστήμη η οποία ασχολείται με την πρόληψη και την θεραπεία των παθολογικών καταστάσεων του στοματογναθικού συστήματος.

Η Οδοντιατρική καλύπτει την οδοντοστοματική και γναθοπροσωπική θεραπεία, καθώς και τη χειρουργική. Επιτελείται από τους οδοντιάτρους, στοματολόγους, ορθοδοντικούς, παιδοδοντίατρους οι οποίοι :

- ✓ θεραπεύουν τα δόντια και τη στοματική κοιλότητα και αποκαθιστούν την λειτουργία της
- ✓ εκτελούν επεμβάσεις στα δόντια, στις γνάθους και στα οστά του προσώπου
- ✓ διορθώνουν παραμορφώσεις των κροτοφωγναθικών αρθρώσεων και ατέλειες
- ✓ παρέχουν ειδική φροντίδα για τα δόντια των παιδιών
- ✓ εφαρμόζουν προληπτική θεραπεία στους οδοντικούς φραγμούς.

Συνοπτικά αναφέρουμε τους επιμέρους κλάδους της σύγχρονης οδοντιατρικής:

- ✓ Οδοντική χειρουργική
- ✓ Προσθετική (ακίνητη και κινητή)
- ✓ Ενδοδοντία
- ✓ Περιοδοντολογία
- ✓ Εμφυτευματολογία
- ✓ Ορθοδοντική
- ✓ Γναθοπροσωπική χειρουργική

Οι Οδοντίατροι μπορούν να εργάζονται σε ιδιωτικά οδοντιατρεία ή σε κλινικές ή σε εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Στο χώρο του οδοντιατρείου υπάρχουν ιδιαιτερότητες οι οποίες δείχνουν τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα των θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας κατά την άσκηση της οδοντιατρικής πράξης. Έτσι βλέπουμε πως ο οδοντίατρος έρχεται σε συνεχή επαφή με άτομα τα οποία φαινομενικά δε νοσούν, πράγμα που δε διασφαλίζει τη μη παρουσία υποκλινικής μορφής νοσήματος. Επίσης ο Οδοντίατρος είναι απαραίτητο, αρκετές φορές, να παίρνει κρίσιμες αποφάσεις υπό πίεση κι έτσι είναι δυνατόν να παραβλέπει συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, όταν πρόκειται για παράδειγμα για περιστατικά χειρουργικού χαρακτήρα.

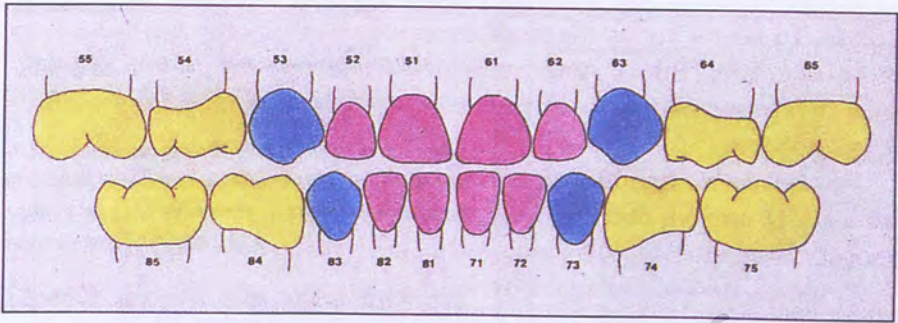
Ακόμη στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας η ισχυρή συμμετοχή του γυναικείου φύλου (ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό τομέα) επιβάλλει μέριμνα για ειδικές εργασιακές ρυθμίσεις σε σχέση με ενδεχόμενη κύηση και θηλασμό οι οποίες ρυθμίσεις προβλέπονται και νομοθετικά.

Τέλος, το οδοντιατρείο ως μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, διακρίνεται από πολυποικιλότητα κινδύνων, οι οποίοι θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω και ως εκ τούτου είναι πολύ δύσκολο να υπάρξει σωστή και πλήρης μέριμνα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας.

Η οδοντοφυΐα διακρίνεται σε **νεογιλή** και **μόνιμη οδοντοφυΐα**. Τα νεογιλά δόντια είναι 20 (10 σε κάθε γνάθο) και αρχίζουν να ανατέλλουν τον έκτο μετεμβρυϊκό μήνα.

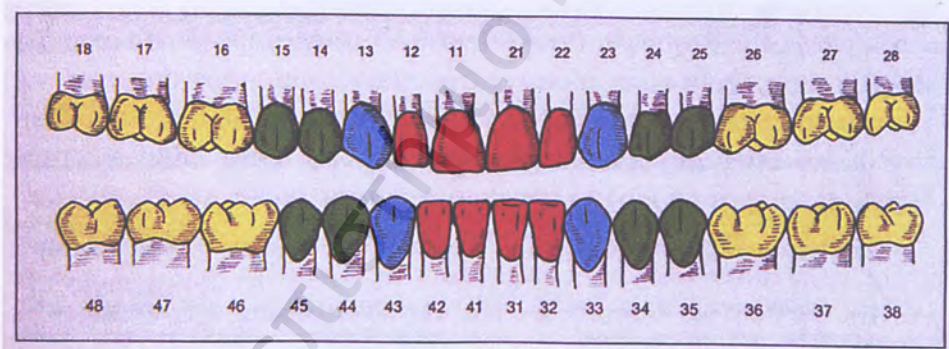
Σε κάθε γνάθο διακρίνουμε τέσσερις νεογιλούς τομείς, δύο νεογιλούς κυνόδοντες και τέσσερις νεογιλούς γομφίους.

Η ανατολή των νεογιλών δοντιών ολοκληρώνεται στα 2 ½ χρόνια της ζωής του ανθρώπου.



Η μόνιμη οδοντοφυΐα περιλαμβάνει 32 δόντια (16 σε κάθε γνάθο). Η ανατολή των μονίμων δοντιών αρχίζει το 6ο έτος της ηλικίας και ολοκληρώνεται το δωδέκατο έτος της ηλικίας (εκτός από τους σφραγιστήρες που ανατέλλουν μετά το 17ο έτος της ηλικίας).

Σε κάθε γνάθο διακρίνουμε τέσσερις μονίμους τομείς, δύο μονίμους κυνόδοντες, τέσσερις προγομφίους και έξι μονίμους γομφίους.



Η μόνιμη οδοντοφυΐα περιλαμβάνει 32 δόντια (16 σε κάθε γνάθο). Η ανατολή των μονίμων δοντιών αρχίζει το 6ο έτος της ηλικίας και ολοκληρώνεται το δωδέκατο έτος της ηλικίας (εκτός από τους σφραγιστήρες που ανατέλλουν μετά το 17ο έτος της ηλικίας).

Σε κάθε γνάθο διακρίνουμε τέσσερις μονίμους τομείς, δύο μονίμους κυνόδοντες, τέσσερις προγομφίους και έξι μονίμους γομφίους.

Κάθε δόντι εξεταζόμενο ιστολογικά αποτελείται από τέσσερις ουσίες (τρεις σκληρές και μία μαλακή).

Οι σκληρές ουσίες του δοντιού είναι η αδαμαντίνη, η οδοντίνη και η οστεΐνη.

Η μαλακή ουσία του δοντιού είναι ο πολφός. Η οδοντίνη καλύπτει εξωτερικά το τμήμα του δοντιού που φαίνεται την στοματική κοιλότητα και λέγεται μύλη.

Η οδοντίνη αποτελεί τον κύριο όγκο του δοντιού και καθορίζει το σχήμα και το μέγεθός του.

Περικλείει και προστατεύει τον πολφό.

Η οστεΐνη καλύπτει εξωτερικά το τμήμα του δοντιού που βρίσκεται μέσα στο φατνίο της γνάθου και λέγεται ρίζα.

Ο πολφός αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγεία και νεύρα.

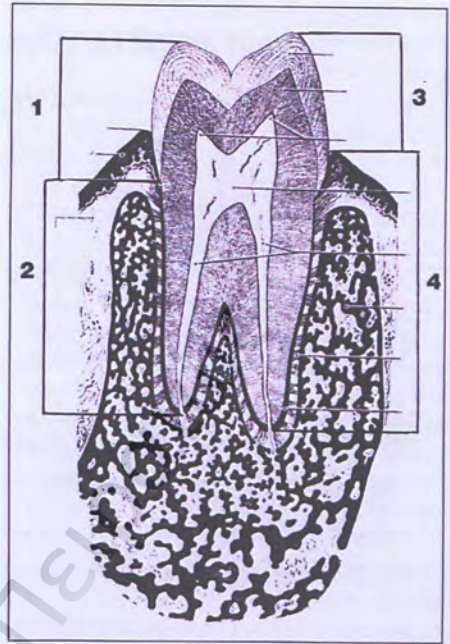
Τα δόντια είναι εγγομφωμένα στα φατνία των γνάθων

Η οδοντιατρική ασκείται στον χώρο του οδοντιατρείου.

Σε κάθε επάγγελμα υπάρχει μία σχέση ανθρώπου – μηχανής – περιβάλλοντος.

Η σχέση αυτή πρέπει να διαμορφώνεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η μεγαλύτερη δυνατή ευχέρεια εργασίας, απόδοση έργου και ασφάλεια του ατόμου.

Η διαφορά του οδοντιατρείου που είναι ενταγμένο σε μία πρωτοβάθμια μονάδα υγείας από το ιδιωτικό οδοντιατρείο έγκειται στην φύση της παρεχόμενης οδοντιατρικής περίθαλψης και στον αριθμό των περιθαλπομένων ασθενών.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΧΩΡΩΝ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ - ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ.³

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η οδοντιατρική ασκείται στον χώρο του οδοντιατρείου. Είναι γεγονός ότι όπως σε κάθε επάγγελμα υπάρχει μία σχέση ανθρώπου – μηχανής – περιβάλλοντος, έτσι διαμορφώνεται μια αντίστοιχη σχέση και στο χώρο του οδοντιατρείου, ώστε να διασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή ευχέρεια εργασίας, απόδοση έργου και ασφάλεια του ατόμου. Η αρχή αυτή αποτελεί την βάση της εργονομίας.

Με την εργονομία γίνεται προσπάθεια να βρεθούν τα μέσα και οι μέθοδοι, ώστε να επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή απόδοση έργου, καταβάλλοντας την μικρότερη δυνατή διανοητική και φυσική κόπωση.

Η διαφορά του οδοντιατρείου που είναι ενταγμένο σε μία πρωτοβάθμια μονάδα υγείας από το ιδιωτικό οδοντιατρείο ή ιδιωτικό πολυοδοντιατρείο, έγκειται στην φύση της παρερχομένης οδοντιατρικής περίθαλψης και στον αριθμό των περιθαλπομένων ασθενών.

Το οδοντιατρείο μιας πρωτοβάθμιας μονάδας υγείας περιλαμβάνει:

- ✓ Την γραμματεία
- ✓ Την αίθουσα αναμονής
- ✓ Τον καθ' εαυτό χώρο του οδοντιατρείου, όπου γίνεται η οδοντιατρική περίθαλψη του ασθενούς

³ Δουβίτσας Γ., Παπαδάτου Ρ., Τσιλίρα Χ. «Βασικές αρχές εργονομίας & οργάνωσης Οδοντιατρείου» (1985)

- ✓ Το ακτινογραφικό εργαστήριο
- ✓ Τον χώρο αποστείρωσης των εργαλείων
- ✓ Το γραφείο του οδοντιάτρου
- ✓ Μικρό εργαστήριο ⁴

Συνοπτικά αναφέρουμε τα εξής:

- ✓ Η **Γραμματεία** αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενούς με το οδοντιατρείο, αφού μέσω αυτής κλείνονται οι συναντήσεις με τον οδοντίατρο. Σε αυτή γίνεται η καταγραφή και αρχειοθέτηση των στοιχείων και του ιστορικού των ασθενών. Τέλος είναι υπεύθυνη για τη διαμόρφωση και τήρηση του προγράμματος λειτουργίας του οδοντιατρείου.
- ✓ Είναι σημαντική η διαρρύθμιση, η διακόσμηση και ο φωτισμός στην **αίθουσα αναμονής** γιατί είναι ο χώρος που πρέπει ο ασθενής να εξαλείψει το άγχος του, ξεχνώντας όσο το δυνατόν το πρόβλημά του. Τα καθίσματα του πρέπει να είναι άνετα και να καθαρίζονται εύκολα. Είναι σημαντικό να υπάρχει ενημερωτικό υλικό σχετικά με τη στοματική υγείας και υγιεινή κλπ, ώστε ο ασθενής να ενημερώνεται κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο χώρο αναμονής.

- ✓ **Ο κυρίως χώρος του οδοντιατρείου** περιλαμβάνει: την οδοντιατρική έδρα και το οδοντιατρικό μηχάνημα, την εργαλειοθήκη, τα ειδικά τροχήλατα καθίσματα για τον οδοντίατρο και την/τον βοηθό.



Μην ξεχνάμε ότι «Ο κύριος αντικειμενικός στόχος είναι η ιδανική πρόσβαση στην στοματική κοιλότητα»

- ✓ Με τη βοήθεια του **ακτινογραφικού εργαστηρίου**, λαμβάνονται και εμφανίζονται οι ενδοστοματικές ακτινογραφίες.

⁴ Μπουλούχου Ο, «Οργάνωση Οδοντιατρείου σε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Α' Εξάμηνο, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, «Διοίκηση της Υγείας»)

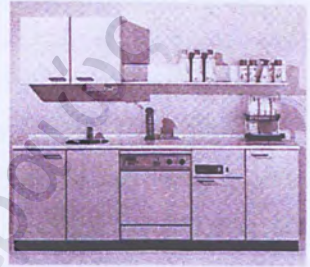
Στο εργαστήριο βρίσκεται το οδοντιατρικό ακτινογραφικό μηχάνημα, το μηχάνημα εμφάνισης των ακτινογραφιών καθώς επίσης και το.

πανοραμικό ακτινογραφικό μηχάνημα.

Οι τοίχοι πρέπει να έχουν επένδυση μολύβδου για προστασία από την ακτινοβολία



✓ Στον χώρο αποστείρωσης των εργαλείων γίνεται η απολύμανση και η αποστείρωση, ώστε να καταστραφούν οι



μικροοργανισμοί και οι σπόροι αυτών. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται τόσο προστασία για τον ασθενή όσο και για τον οδοντίατρο

✓ Ο Οδοντίατρος θα πάρει το ιστορικό του ασθενούς και θα συζητήσει μαζί του για την προτεινόμενη θεραπεία που θα ακολουθηθεί, στο γραφείο του.

✓ **Μικρό εργαστήριο**



3.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του Ιδιωτικού Οδοντιατρείου.

3.2.1 Νομικές Προϋποθέσεις

Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας ιδιωτικού οδοντιατρείου προβλέπεται από το Π.Δ.84/10.04.2001 περί «Όρων, προϋποθέσεων, διαδικασιών και προδιαγραφών για την Ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)». Στο προεδρικό διάταγμα καθορίζονται οι προϋποθέσεις νόμιμης λειτουργίας, οι δικαιούχοι, ο τρόπος χορήγησης άδειας ίδρυσης και λειτουργίας, τα δικαιολογητικά για την χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις για τις ιατρικές εταιρείες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι τεχνικές προδιαγραφές των εργαστηρίων, οι λόγοι για τη διακοπή και την ανάκληση της άδειας λειτουργίας, η διοικητική εποπτεία και ο έλεγχος των κέντρων.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Π.Δ.84/10.04.2001, Ιδιωτικό ιατρείο ή οδοντιατρείο είναι χώρος κατάλληλα διαρρυθμισμένος και εξοπλισμένος, όπως περιγράφεται στα παραρτήματα Α και Β του Π.Δ.. Σ' αυτό ασκείται η ιατρική ή η οδοντιατρική επιστήμη, από πρόσωπο που διαθέτει τη σχετική άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και άδεια λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου ή οδοντιατρείου, που χορηγείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. Σημειώνεται δε ότι το ιδιωτικό ιατρείο ή οδοντιατρείο δεν διαθέτει κλίνες νοσηλείας.

3.2.1.1 Άδεια Ίδρυσης και Ιδιωτικού ιατρείου ή οδοντιατρείου

Σύμφωνα με το άρθρο 3 του Π.Δ.84/10.04.2001, για τη νόμιμη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου ή ιδιωτικού οδοντιατρείου απαιτείται: α) **άδεια ίδρυσης** χορηγείται αποκλειστικά σε φυσικά πρόσωπα που διαθέτουν άδεια άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, κατά τους ειδικότερους προσδιορισμούς του παρόντος Π.Δ. & β) **άδεια λειτουργίας**, η οποία χορηγείται από τη Διεύθυνση Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, μέσα σε δύο μήνες από την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης.

Πριν από την ανέγερση, αγορά, μίσθωση ή χρησιμοποίηση κτιρίου ή οικήματος για την εγκατάσταση και λειτουργία ιδιωτικού οδοντιατρείου απαιτείται άδεια ίδρυσης η οποία χορηγείται από τη Διεύθυνση Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής της Νομαρχίας μέσα σε δύο μήνες από την υποβολή της αίτησης με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά μετά από γνώμη της επιτροπής έργο της οποίας είναι η γνωμοδότηση για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης ή λειτουργίας φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο έλεγχος και η εποπτεία των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η εισήγηση για επιβολή ποινών που προβλέπονται από τις διατάξεις του Προεδρικού Διατάγματος.

Για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης θα πρέπει ο προβλεπόμενος, για τη λειτουργία του οδοντιατρείου, χώρος να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές του Π.Δ. να μην απαγορεύεται από τις πολεοδομικές διατάξεις ή άλλες διατάξεις η χωροθέτηση της συγκεκριμένης χρήσης στον προβλεπόμενο χώρο και ο δικαιούχος να έχει λάβει άδεια σκοπιμότητας σύμφωνα με τους ισχύοντες κανονισμούς.

Η άδεια σκοπιμότητας χορηγείται στο όνομα του φυσικού ή νομικού προσώπου που υποβάλλει την αίτηση για την ίδρυση ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Η έκδοση άδειας σκοπιμότητας χορηγείται από τον αρμόδιο Νομάρχη μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη της τριμελούς επιτροπής του υπουργείου Υγείας, στην οποία θα πρέπει να μνημονεύονται απαραίτητως ο αριθμός των ομοίων μηχανημάτων που λειτουργούν στην ίδια περιφέρεια και ο πληθυσμός που αυτά εξυπηρετούν. Η άδεια σκοπιμότητας ισχύει για ένα χρόνο από την έκδοση της.

Ο δικαιούχος που έχει λάβει άδεια ίδρυσης ιατρείου οφείλει μέσα στο χρόνο ισχύς της άδειας αυτής να εφοδιαστεί με ειδική άδεια λειτουργίας η οποία χορηγείται από τη διεύθυνση υγείας και δημόσιας υγιεινής της οικείας νομαρχιακής αυτοδιοίκησης μέσα σε δύο μήνες από την ημερομηνία κατάθεσης της σχετικής αίτησης.

Για την χορήγηση της άδειας λειτουργίας απαιτείται η υποβολή αίτησης του δικαιούχου ιατρού, η οποία πρέπει να συνοδεύεται από άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος των δικαιούχων, τίτλος ειδικότητας, βεβαίωση εγγραφής και άσκησης ειδικότητας από τον οικείο ιατρικό σύλλογο, συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης με ή χωρίς αντάλλαγμα ακινήτου όπου θα στεγάζεται το ιατρείο,

διάγραμμα κάτοψης των χώρων κλίμακας 1/50, επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή επισήμων αντιγράφων παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή της διαρκούς κατοχής ή της αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού, πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό εξοπλισμό.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Αρχιτεκτονικής, Σχολή Αρχιτεκτονικής, Πειραιάς, Ελλάδα. Τηλ: +30 210 512 2222. Email: info@up.edu.gr

3.3 ΧΩΡΟΙ⁵

Στο Π. Δ. 84/10.04.2001 ορίζονται οι ελάχιστες διαστάσεις των επιμέρους χώρων που απαιτούνται για τη λειτουργία του οδοντιατρείου ή του πολυοδοντιατρείου.

Όταν λέμε επιμέρους χώροι εννοούμε το εξεταστήριο, το γραφείο οδοντιάτρου, η αίθουσα αναμονής και η τουαλέτα

3.3.1 ΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Πίνακας 2⁶

| ΧΩΡΟΙ | ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ m ² | ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------|
| Οδοντιατρείο ⁷ . | 15,00 | |
| - Γραφείο Οδοντιάτρου | | 2,80 |
| - Εξεταστήριο | | 2,00 |
| Χώρος αναμονής ⁸ | 8,00 | 2,50 |
| W. C. | 1,50 | 0,90 |

3.3.2 ΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Απαραίτητη προϋπόθεση ίδρυσης και λειτουργίας τους είναι η ύπαρξη τουλάχιστον τριών εξεταστικών μονάδων και αντίστοιχων βοηθητικών και λοιπών χώρων.

⁵ Προεδρικό Διάταγμα Υπ' αριθμ 84/2001 «Όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές για την Ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ)», ΦΕΚ 70/10.04.2001

⁶ ΠΔ84/10.04.2001 (σελ. 1349).

⁷ *Χώρος ενιαίος ή διαχωρισμένος σε γραφείο οδοντιάτρου και εξεταστήριο που επικοινωνούν άμεσα. Χ. Κ. Χ.

⁸ ** Μπορεί να περιλαμβάνει και γραμματεία. Χ. Κ. Χ.

Χ. Κ. Χ. = Χώρος Κύριας Χρήσης σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του Κτηριοδομικού Κανονισμού.

Πίνακας 3⁹

| ΧΩΡΟΙ | ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ m2 | ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΧΩΡΩΝ |
|--|--------------|-------------------|-----------------------|
| Οδοντιατρείο | 15,00 | | τουλάχιστο 3 |
| -Γραφείο Οδοντιάτρου | | 2,80 | |
| -Εξεταστήριο | | 2,00 | |
| Αίθουσα Ορθοπαντογράφου* ¹⁰ | 6,00 | 2,40 | για μια θέση εξέτασης |
| Χώροι υποστήριξης | | | |
| Προθάλαμος εισόδου | 3,00 | | |
| Υποδοχή | | | |
| Γραμματεία | 5,00 | 2,00 | |
| Λογιστήριο | | | |
| Χώρος αναμονής | 4,00 | 2,50 | ανά Οδοντιατρείο |
| Βοηθητικός χώρος | 5,00 | 2,20 | |
| Γραφείο ακτινοφυσικού | 7,00 | 2,40 | |
| W. C. κοινού - προσωπικού | 1,00 | 0,90 | ανά 3 Οδοντιατρεία |
| Χώρος ακαθάρτων και ειδών καθαριότητας | 3,00 | 1,20 | |

3.4 ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Ο πάγκος εργασίας θα πρέπει να έχει μήκος τουλάχιστον τρία μέτρα και να διαθέτει νιπτήρα, κλειστά ερμάρια και συρτάρια. Η επιφάνεια εργασίας θα πρέπει να αντέχει στα αλκαλικά, τα οξέα, τα διαλυτικά και τη θερμότητα. Θα πρέπει να υπάρχει δοχείο

⁹ *ΠΔ84/10.04.2001 (σελ 1349).

¹⁰ Εφόσον υπάρχει Ορθοπαντογράφος, όπως προβλέπεται από τον Κανονισμό Ακτινοπροστασίας.

μολυσματικών απορριμμάτων και, σε περίπτωση εξοπλισμού ιονίζουσας ακτινοβολίας, απαιτούνται οι αντίστοιχες τεχνικές προδιαγραφές. Επίσης συμπεριλαμβάνεται η οδοντιατρική έδρα, ο αεροσυμπιεστής, το ακτινογραφικό μηχάνημα, ο κλίβανος και η εργαλειοθήκη.

Οι ηλεκτρολογικές και υδραυλικές εγκαταστάσεις πρέπει να ακολουθούν τις προδιαγραφές που ορίζει η κάθε κατασκευάστρια εταιρεία οδοντιατρικών μηχανημάτων για την ασφαλή εγκατάσταση της οδοντιατρικής έδρας και των λοιπών μηχανημάτων.

Είναι απαραίτητη η ύπαρξη ανιχνευτών καπνού και συστήματος αυτομάτου πυρόσβεσης (οι ανιχνευτές καπνού θα ήταν προτιμότερο να μην βασίζονται στην αρχή του ιονισμού), όπως επίσης πρέπει να υπάρχουν και μικροί φορητοί πυροσβεστήρες, φώτα κινδύνου και έξοδοι κινδύνου, οι οποίες να είναι εύκολα προσβάσιμες και με κατάλληλη σήμανση.



Όλες οι παραπάνω προδιαγραφές αποτελούν, σαφέστατα προϋποθέσεις για την υγιεινή και την ασφάλεια στο χώρο του οδοντιατρείου και αφορούν τόσο τους εργαζομένους στο χώρο (Οδοντιάτρους και υπόλοιπο βοηθητικό προσωπικό) όσο και τους ασθενείς του οδοντιατρείου.

3.5 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Κατά το σχεδιασμό του οδοντιατρείου, θα πρέπει να γίνει πλήρης διαχωρισμός του γραφείου από το χώρο του εξεταστηρίου, για την καλύτερη απολύμανση και καθαρισμό του χώρου. Τα μέρη της οδοντιατρικής έδρας έχουν σχεδιαστεί με πρόβλεψη ώστε η απολύμανση να γίνεται γρήγορα, εύκολα και ασφαλές. Ίδια πρόβλεψη θα πρέπει να υπάρχει για τον πάγκο εργασίας, τα ερμάρια, τους τοίχους, τα πατώματα κ.α.



Τα φυτά απαγορεύονται στο χώρο του εξεταστηρίου.

Ως προς το μέγεθος του πάγκου τα τρία μέτρα μήκος, που είναι η ελάχιστη απαίτηση, είναι ανεπαρκής. Κρίνεται ως υγειονομικά, αλλά και λειτουργικά σωστή, η «κυκλική» διάταξη, που αφορά τον καθαρισμό, την αποστείρωση – απολύμανση και την αποθήκευση των εργαλείων και των στοιχείων που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή, σύμφωνα με το σχηματικό διάγραμμα που ακολουθεί.

Η « κυκλική διάταξη » ακολουθεί την εξής σειρά: μπαίνοντας έχουμε αριστερά μας το χώρο καθαρισμού / απολύμανσης των εργαλείων, έπειτα πλυντήριο / απολυμαντήριο, έπειτα νιπτήρα χεριών, έπειτα συσκευή συσκευασίας εργαλείων αυτόκαυστο / κλίβανο και αποθήκευση εργαλείων.

Σχέδιο1



¹¹ 1= ΑΥΤΟΚΑΥΣΤΟ / ΚΛΙΒΑΝΟΣ
2= ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ / ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ
3= ΠΛΥΝΤΗΡΙΟ / ΑΠΟΛΥΜΑΝΤΗΡΑΣ

4= ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ
5= ΝΙΠΤΗΡΑΣ ΧΕΡΙΩΝ

Απαραίτητος είναι και ο σωστός φωτισμός (φυσικός και τεχνητός) και οι εγκαταστάσεις θέρμανσης και εξαερισμού.

Όσον αφορά το φωτισμό πρέπει να είναι σωστής εντάσεως, ώστε να μην εμποδίζει τον Οδοντίατρο επειδή είναι πολύ έντονος ή επειδή είναι ανεπαρκής. Ακόμη πρέπει να αποφεύγονται οι αντανακλάσεις, γιατί κουράζουν και αποσπούν την προσοχή και να χρησιμοποιούνται λαμπτήρες μέσου λευκού χρώματος που δεν βγάζουν μεγάλη θερμοκρασία διότι διαφορετικά θα υπάρχει επίδραση στο μικροκλίμα του οδοντιατρείου (αύξηση θερμοκρασίας και ξηρότητα αέρα).

Η θέρμανση και ο εξαερισμός του οδοντιατρείου για να είναι ασφαλείς και να γίνονται σωστά πρέπει:

- α) Να γίνεται περιοδική αντικατάσταση ή καθαρισμός των φίλτρων των κλιματιστικών μηχανημάτων
- β) Να μην υπερβαίνει τους 5°C η διαφορά μεταξύ εξωτερικής και εσωτερικής θερμοκρασίας τους θερμούς μήνες
- γ) Να είναι ως επί το πλείστον η θερμοκρασία από 18°C – 22°C και
- δ) Να προτιμάται η ολική ανανέωση του αέρα 4 με 5 φορές την ώρα.

Συνήθως τα ιδιωτικά οδοντιατρεία στεγάζονται σε ενοικιαζόμενα ή ιδιότητα διαμερίσματα πολυκατοικιών, τα οποία προορίζονταν για κατοικίες και προσαρμόστηκαν για να λειτουργήσουν ως οδοντιατρεία με τις προϋποθέσεις που προαναφέρθηκαν.

Στα πολυοδοντιατρεία δίνεται η δυνατότητα πληρέστερου σχεδιασμού από αρχιτέκτονα για την επίτευξη της μέγιστης λειτουργικότητας των χώρων.

3.6 ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ¹²

Σε κάθε οδοντιατρείο είναι απαραίτητη η εγκατάσταση ενός συστήματος πρόληψης των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης που πιθανόν να παρουσιαστούν. Απαιτείται περισσότερη προσοχή για τους ασθενείς που ανήκουν στις ομάδες «υψηλού κινδύνου». Αλλά και στα «υγιή άτομα» (δηλαδή τα άτομα χωρίς ιστορικό ασθeneίας) μπορεί να συμβεί μια επιπλοκή στο οδοντιατρείο ή μια απρόβλεπτη για την υγεία τους κατάσταση. Άρα κρίνεται απαραίτητο να λαμβάνεται ένα λεπτομερές και σωστό ιατρικό ιστορικό για κάθε ασθενή που επισκέπτεται τον Οδοντίατρο.

Οι περισσότερες περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης στα οδοντιατρεία, έχουν ως αιτία τις σοβαρές οδοντιατρικές χειρουργικές επεμβάσεις (λ.χ. εμφυτεύματα, προσθετική χειρουργική, γναθοχειρουργικές επεμβάσεις κ.α.) την τοπική αναισθησία, αλλά και συστηματικά νοσήματα του ασθενούς (καρδιαγγειακές παθήσεις, αλλεργίες, σακχαρώδη διαβήτη κλπ).

3.6.1 Απαραίτητες ερωτήσεις από Οδοντίατρο προς ασθενή για λήψη λεπτομερούς και σωστού ιστορικού

Ερωτήσεις:

1. Μήπως υπάρχει εγκυμοσύνη;
2. Βρίσκεστε υπό ιατρική παρακολούθηση; Εάν ναι, γιατί; Ποιος είναι ο θεράπων ιατρός;
3. Ποια φάρμακα παίρνετε; Να γραφούν αναλυτικά ένα – ένα.
4. Μήπως έχετε αλλεργία και σε ποιες ουσίες;
5. Κλείνουν εύκολα οι πληγές σας; Είχατε διάφορες επιπλοκές σε προηγούμενες οδοντιατρικές επεμβάσεις;
6. Μήπως έχετε μια από τις παρακάτω ασθένειες;
✓ Σακχαρώδη διαβήτη;

¹² Ντόκος Ε., Γκούρλας Π., Τόλη Ι. «Κανόνες και μέσα πρόληψης για περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης στο Οδοντιατρείο». Ιατρική της εργασίας (τόμος 3, τεύχος 2, 91 – 94). (1991)

- ✓ Παθήσεις του θυρεοειδούς;
- ✓ Ασθένειες κυκλοφορικού συστήματος (υπέρταση, υπόταση)
- ✓ Έμφραγμα μυοκαρδίου, ενδοκαρδίτιδα, στηθάγχη, ισχαιμία, βηματοδότη, καρδιακή ανεπάρκεια, αγγειακές βλάβες
- ✓ Προβλήματα με την πήξη του αίματος; Αν ναι, ποια;
- ✓ Προβλήματα από το ήπαρ;
- ✓ Προβλήματα από τα νεφρά;
- ✓ Άσθμα;
- ✓ Επιληψία;
- ✓ Γλαύκωμα;

Παρόλα αυτά όμως πάλι είναι πιθανόν να υπάρξουν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής επέμβασης, οπότε παράλληλα θα πρέπει να υπάρχει και ο κατάλληλος εξοπλισμός (ιατρικά εργαλεία και φάρμακα για την αντιμετώπιση του προβλήματος).

3.6.2 Τρόπος αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης

Αν συμβεί κάποιο έκτακτο περιστατικό, θα πρέπει ο Οδοντίατρος να ακολουθήσει ορισμένες θεραπευτικές ενέργειες, γιατί πέζει ο χρόνος.

Από Ιατρική ένδειξη, πρώτα απ' όλα προέχει η παρακολούθηση της πίεσης πριν, κατά τη διάρκεια ή ακόμη και μετά την οδοντιατρική επέμβαση.

3.6.3 Κανόνες για πρόληψη και θεραπεία ασθενών που κινδυνεύουν¹³

1. Κίνδυνοι που πηγάζουν από το ιστορικό του ασθενούς
2. Πληροφορίες από άλλο θεράποντα ιατρό του ασθενούς (π.χ. παθολόγο)
3. Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς
4. Οι ασθενείς που κινδυνεύουν να μην περιμένουν πολύ στον προθάλαμο
5. Αναισθησιολογική παρακολούθηση και εκλογή της κατάλληλης τοπικής αναισθησίας

¹³ Σακελλάρη Δ. «Προστασία ασθενών οδοντιατρείου». (2004)

6. Να έχει ο Οδοντίατρος, απαραίτητα, βασικές ιατρικές γνώσεις.

Ο Οδοντίατρος οφείλει, εκτός από την ειδικότητά του, να έχει και βασικές γνώσεις εντατικής ιατρικής και να ενημερώνει το προσωπικό του οδοντιατρείου για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

Ο καθαρισμός των εργαλείων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή καθώς τον κίνδυνο τραυματισμού του προσωπικού με τα μολυσμένα αιχμηρά εργαλεία. Προς αποφυγή μόλυνσης προτείνεται πριν τη διαδικασία του καθαρισμού, να γίνεται απολύμανση των εργαλείων με εμβάπτιση σε κατάλληλο απολυμαντικό διάλυμα.

4.1 ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ

Με την απολύμανση καταστρέφονται τα παθογόνα μικρόβια αλλά όχι οι σπόροι. Υπάρχει υψηλού, μέσου ή χαμηλού επιπέδου απολύμανση.

Στη χαμηλού επιπέδου καταστρέφονται τα περισσότερα βακτήρια, μερικοί ιοί και μύκητες. Στη μέσου επιπέδου απολύμανση κατάστρέφονται όλοι οι παθογόνοι μικροοργανισμοί και στην υψηλού επιπέδου απολύμανση, σκοτώνονται και κάποιοι βακτηριακοί σπόροι, μαζί με όλους τους παθογόνους μικροοργανισμούς.

Οι μέθοδοι απολύμανσης που χρησιμοποιούνται στο οδοντιατρείο είναι:

α) Η θερμότητα

β) Οι χημικές ουσίες

Η θερμότητα υπερτερεί της χημικής απολύμανσης, γιατί είναι φθηνή και δεν υπάρχει

πρόβλημα τοξικής επίδρασης. Όλα τα εργαλεία σήμερα κατασκευάζονται από θερμοανθεκτικά υλικά, γεγονός που επιτρέπει την μεγάλη χρήση της θερμότητας για απολύμανση.

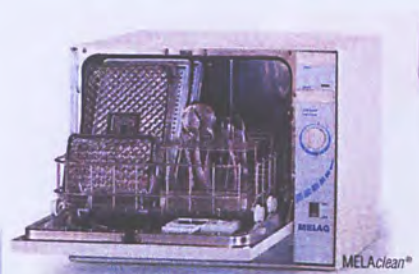
Εφαρμογή της παραπάνω μορφής απολύμανσης έχουμε στα πλυντήρια – απολυμαντήρες, όπου συνδυάζεται ο καθαρισμός των εργαλείων και η απολύμανσή τους. Τα εργαλεία βρέχονται με καυτό νερό ($85^{\circ} - 95^{\circ} \text{C}$) για λίγα λεπτά αφού πρώτα προηγηθεί πρόγραμμα καθαρισμού.

Όσον αφορά τη χημική απολύμανση, κυκλοφορούν στο εμπόριο αρκετά σκευάσματα, τα οποία θα πρέπει να επιλέγονται βάση των παρακάτω χαρακτηριστικών:

1. Συμβατότητα με τα υλικά που θα απολυμανθούν
2. Αποτελεσματικότητα απολύμανσης (χρόνος δράσης και αντιμικροβιακό φάσμα)
3. Χαμηλή τοξικότητα
4. Πιστοποίηση καταλληλότητας και έγκριση σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Ε. Ε.

Μετά τη χημική απολύμανση, τα εργαλεία θα πρέπει να ξεπλένονται με νερό για να μην παραμείνουν σ' αυτά υπολείμματα χημικών ουσιών.

4.2 ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ



Αποστείρωση είναι η διαδικασία καταστροφής όλων των παθογόνων

μικροβίων και των βακτηριακών σπόρων τους. Η αποστείρωση δεν έχει επίπεδα όπως χαμηλή, μεσαία, υψηλή αλλά γίνεται με διάφορες μεθόδους.

Αποστειρώνονται όλα τα εργαλεία και αντικείμενα που έρχονται σε επαφή με τους στοματικούς ιστούς διαπερνούν τον βλεννογόνο, εισέρχονται στον πολφό ή

χρησιμοποιούνται για περιοδοντική θεραπεία.

Αν και έχουν προταθεί και χημικές μέθοδοι αποστείρωσης, η μέθοδος η οποία χρησιμοποιείται για αποστείρωση είναι η θερμότητα (ξηρή ή υγρή) και είναι αναντικατάστατη γιατί είναι φυσική.

α) Ξηρή θερμότητα.

Η μέθοδος αυτή είναι φθηνή και η συσκευή που απαιτείται (ο κλίβανος ξηράς θερμότητας) είναι κατασκευαστικά και λειτουργικά απλή. Είναι αργή μέθοδος διότι αργά να μεταφερθεί ο αέρας ο οποίος είναι κακός αγωγός θερμότητας. Τα εργαλεία που αποστειρώνονται κατά αυτόν τον τρόπο, πρέπει να είναι συσκευασμένα σε ερμητικά κλειστές σακούλες από ειδικό υλικό, για να διατηρηθούν αποστειρωμένα και κατά την αποθήκευσή τους.

β) Υγρή θερμότητα.



Η μέθοδος αυτή υπερτερεί της ξηρής γιατί η διαδικασία είναι ταχύτερη. Αυτό γίνεται διότι η μεταφορά της θερμότητας γίνεται με υδρατμούς (καλός αγωγός θερμότητας). Σημαντικό μειονέκτημα της αποστείρωσης με υγρή θερμότητα είναι το υψηλό κόστος της αγοράς και συντήρησης της συσκευής (αυτόκαυστο) εφαρμογής αυτής της μεθόδου.

4.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

Τα εργαλεία του οδοντιατρείου ανάλογα με το πώς χρησιμοποιούνται ή κατά πόσο πιθανό είναι να μεταδώσουν μια λοίμωξη, χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:



1. Κατηγορία καθαρά, είναι τα λεγόμενα μη κρίσιμα εργαλεία, γιατί έχουν μικρή πιθανότητα μετάδοσης λοίμωξης.

Περιλαμβάνει τα εργαλεία και αντικείμενα που δε χρησιμοποιούνται ενδοστοματικά κι έρχονται σε επαφή μόνο με το δέρμα.

2. Κατηγορία πολύ καθαρά, είναι τα λεγόμενα ημικρίσιμα εργαλεία, γιατί έχουν μέτρια πιθανότητα μετάδοσης λοίμωξης. Περιλαμβάνει αυτά που δε διαπερνούν τους ιστούς, αλλά έρχονται σε επαφή με δέρμα ή βλεννογόνο.
3. Κατηγορία αποστειρωμένα, είναι τα κρίσιμα εργαλεία που έχουν αυξημένη πιθανότητα μετάδοσης λοίμωξης. Περιλαμβάνει εκείνα που έρχονται σε επαφή με ιστούς.

Συνοψίζοντας αναφέρουμε ότι ο Οδοντίατρος στην καθημερινή του εργασία, χρησιμοποιεί εργαλεία πρώτης δεύτερης και τρίτης κατηγορίας. Ένας καλός καθαρισμός στην κατηγορία καθαρών εργαλείων και απολύμανση στην κατηγορία πολύ καθαρών εργαλείων και αποστείρωση στην κατηγορία των αποστειρωμένων εργαλείων έχει ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα.

4.4 ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ



Ανεξαρτήτως κατηγορίας όπου ανήκουν όλα τα εργαλεία, θα πρέπει να αποθηκεύονται σε χώρο στεγνό και καθαρό, προστατευόμενο από τη σκόνη. Κάτω από τέτοιες συνθήκες μειώνεται η πιθανότητα μόλυνσης των εργαλείων με παθογόνα μικρόβια. Οι

συσκευασίες των αποστειρωμένων αντικειμένων δεν πρέπει να έχουν αλλοιωθεί (τρυπηθεί, υγρανθεί ή ανοιχθεί μερικώς). Υπάρχουν δύο απόψεις για το χρόνο αποθήκευσης. Στην πρώτη, ο χρόνος αποθήκευσης για αντικείμενα μέσα σε ερμητικά κλειστή συσκευασία είναι 6 – 12 μήνες και στη δεύτερη άποψη, για να διατηρηθούν αποστειρωμένα τα αντικείμενα, δεν πρέπει να αλλοιωθεί η συσκευασία ανεξαρτήτως χρόνου αποθήκευσης.

Τέλος, στα πλαίσια της σωστής παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης, θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα ελέγχου της χρήσης αποστειρωμένων εργαλείων και να

καταγράφεται στο ιστορικό του κάθε ασθενή.

Σύμφωνα λοιπόν με τα πρότυπα της Ε. Ε. θα πρέπει:

1. Έως και 6 μήνες μετά από μια συνεδρία να είναι δυνατόν να ανιχνεύεται η πιθανή χρήση αποστειρωμένων εργαλείων και
2. Να μπορεί να πιστοποιείται η σωστή διαδικασία αποστείρωσης στην οποία υποβλήθηκαν τα συγκεκριμένα εργαλεία.

Άρα θα πρέπει να τηρείται αρχείο για κάθε διαδικασία αποστείρωσης και αρχείο για τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν σε κάθε συνεδρία.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ Χ¹⁴

Η ακτινοβολία Χ ανακαλύφθηκε το 1895 από τον Roentgen και από τότε η χρήση της στην Ιατρική και την Οδοντιατρική αυξάνεται καθημερινά.



Σήμερα έχουμε φτάσει στο σημείο ο μέσος όρος έκθεσης του πληθυσμού σε ακτινοβολία Χ, για διαγνωστικό και θεραπευτικό σκοπό, να είναι διπλάσιος από τον μέσο όρο ακτινοβολίας που δέχεται καθημερινά από το περιβάλλον.

Το γεγονός ότι ο άνθρωπος εκτίθεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του σε ένα άγνωστο ποσό ιονίζουσας ακτινοβολίας, η οποία είναι βιολογικά επιβλαβής και ανεπιθύμητη, καθιστά τον Οδοντίατρο περισσότερο υπεύθυνο στο θέμα της ακτινοπροστασίας. Πρέπει δηλαδή να προσπαθήσει ο ίδιος να περιορίσει την έκθεση στις ακτίνες Χ του ασθενούς που εξετάζεται και του κάθε μέλους του προσωπικού του οδοντιατρείου, ώστε η δόση ακτινοβολίας Χ που απαιτείται για την οδοντιατρική ακτινολογική εξέταση να είναι η χαμηλότερη δυνατή. Παράλληλα πρέπει να εκτίθεται σ' αυτήν όσο το δυνατόν μικρότερη περιοχή του σώματος.

α. Έκθεση γεννητικών αδένων.

Ένα ασφαλές ακτινογραφικό μηχάνημα εκθέτει τους γεννητικούς αδένες (γονάδες) ενός άντρα, όταν κάνει μια πλήρη ενδοστοματική εξέταση (18 ακτινογραφικά πλακίδια) σε ακτινοβολία λιγότερη από 0,3 mR, η οποία είναι ίση με την ημερήσια

¹⁴ Παρίσης Ν. Α. «Ακτινοπροστασία στο Οδοντιατρείο». (2004)

δόση του περιβάλλοντος στο επίπεδο της θάλασσας. Για την γυναίκα είναι ίση με την έκθεσή της για μερικές ώρες.

β. Έκθεση οφθαλμών.

Όταν η δόση ξεπεράσει τα 500 R, είναι δυνατή η εμφάνιση καταρράκτη στους οφθαλμούς. Μία πλήρης οδοντιατρική εξέταση με ενδοστοματικές ακτινογραφίες εκθέτει τους οφθαλμούς σε 3 – 4 R. Αν όμως έχουμε ένα ασφαλές οδοντιατρικό μηχάνημα και οι οφθαλμοί δε βρίσκονται εντός της πορείας της ωφέλιμης δέσμης ακτίνων X, τότε η έκθεση μειώνεται σε χιλιοστά Roentgen.

γ. Έκθεση του μυελού των οστών.



ακτινοβολίας.

Επειδή η περιεκτικότητα σε μυελό των οστών της κεφαλής είναι πολύ μικρή σε σχέση αυτήν των οστών άλλων σημείων του σώματος (π.χ. θώρακα), είναι μάλλον αδύνατη η εμφάνιση λευχαιμίας από την οδοντιατρική χρήση της

5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ X ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Μια μικρή δόση ακτινοβολίας σε μια περιορισμένη περιοχή του σώματος, όπως γίνεται κατά τη λήψη μιας οδοντιατρικής ακτινογραφίας, δεν αποτελεί ιδιαίτερο κίνδυνο για βιολογική καταστροφή ιστών ή κυττάρων.

Τα αποτελέσματα, από τη δράση της ακτινοβολίας X είναι :



α) Τυχαία: είναι αυτά που είναι πιθανόν να συμβούν. Παραδείγματα τυχαίων αποτελεσμάτων είναι η εμφάνιση καρκίνου στο δάκτυλο του Οδοντιάτρου και οι γενετικές

αλλαγές. Όσο μεγαλύτερη είναι η δόση της έκθεσης στην ακτινοβολία ή όσο είναι περιοδικά επαναλαμβανόμενη, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για βιολογική καταστροφή.

β) Μη τυχαία: είναι αυτά που είναι απίθανα να συμβούν, γιατί εμφανίζονται ύστερα από έκθεση σε υψηλή δόση ακτινοβολίας. Ως μη τυχαίο αποτέλεσμα θεωρείται η εμφάνιση ερεθίσματος στην περιοχή ακτινοβολήσης.

Για να εμφανιστούν οξέα φαινόμενα, πρέπει να εκτεθεί ολόκληρο το ανθρώπινο σώμα σε ακτινοβολία μεγαλύτερη των 100 rads. Αυτό αποκλείεται στην οδοντιατρική ακτινογράφιση, γιατί εκτίθεται ένα μόνο μέρος του σώματος σε δόση των 5 rads.

Χρόνιες αντιδράσεις μπορεί να εμφανιστούν, όταν σε μεγάλο χρονικό διάστημα και με μεγάλη συχνότητα οι βιολογικοί ιστοί απορροφούν μικρές δόσεις ακτινοβολίας X. Ένα οδοντιατρικό ακτινογραφικό μηχάνημα, το οποίο πληροί τις στοιχειώδεις προδιαγραφές ασφαλείας για τη λήψη μιας ενδοστοματικής ακτινογραφίας, ακτινοβολεί μια μικρή περιοχή του προσώπου του ασθενούς με δόση 0,2 – 0,7 Roentgen.

Η δόση έκθεσης άλλων σημείων του προσώπου του ασθενούς είναι μικρότερη και ακόμη μικρότερη είναι η δόση του χειριστή από τη δευτερογενή ακτινοβολία.

Το πιο πιθανό σωματικού τύπου βιολογικό αποτέλεσμα, είναι η εμφάνιση δερματίτιδας και ακανθικής κεράτωσης (προκαρκινική κατάσταση) στο δάχτυλο του Οδοντιάτρου, όταν ο ίδιος συγκρατεί με το χέρι του το ακτινογραφικό πλακίδιο στη στοματική κοιλότητα του ασθενούς. Αν η έκθεση του δαχτύλου του Οδοντιάτρου γίνεται επαναλαμβανόμενα και για μεγάλο χρονικό διάστημα σε χαμηλές δόσεις ακτινοβολίας, τότε υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου.

Γενετικού τύπου βιολογικά αποτελέσματα έχουμε όταν οι ακτίνες X προκαλέσουν μεταλλάξεις σε πολλά είδη κυττάρων συμπεριλαμβανομένων και των αναπαραγωγικών. Αποδεικτικά στοιχεία μετάλλαξης για τους ανθρώπους δεν υπάρχουν ακόμη.

Ναι μεν η έκθεση ενός ασθενούς σε οδοντιατρική ακτινογράφιση δεν είναι ιδιαίτερης σημασίας, αλλά από πλευράς ακτινολογικής υγιεινής είναι σημαντική η λήψη

προφυλακτικών μέτρων για τους ασθενείς και για τον ίδιο τον Οδοντίατρο. Αυτό συμβαίνει για να μειωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η γενική έκθεση του πληθυσμού στην ακτινοβολία.

5.2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ - ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ¹⁵

5.2.1 Οδοντίατρος χειριστής

Η χρήση ακτινογραφικής συσκευής μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να οδηγήσει τους οδοντιάτρους στη λήψη μεγάλης δόσης ιονίζουσας ακτινοβολίας. Αυτή η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει αιματολογικές βλάβες, λόγω της επίδρασής της στο μυελό των οστών.



Οι τοπικές επιδράσεις της ακτινοβολίας μπορούν να περιλαμβάνουν πρωτοπαθείς βλάβες των δακτύλων (υπερκεράτωση, ατροφία, τελαγγειεκτασία) και δευτεροπαθή ακτινοδερματίτιδα με εξελκώσεις (που είναι το πρώτο στάδιο του καρκίνου του δέρματος).

Πάντως στην πράξη ο κίνδυνος είναι αμελητέος, λόγω της πρόληψης μικρών δόσεων, αρκεί ο χειριστής να βρίσκεται σε απόσταση από την πηγή της ακτινοβολίας και να μην κρατάει ο ίδιος το ακτινογραφικό πλακίδιο.

α) Συγκρατητήρες.

Είναι απαραίτητοι στο να συγκρατούν το ακτινογραφικό πλακίδιο. Ο Οδοντίατρος αποφεύγει να κρατά το πλακίδιο με το χέρι και κατά συνέπεια δεν εκτίθενται τα δάκτυλά του συνεχώς σε ακτινοβολία Χ. Άρα με αυτόν τον τρόπο προλαμβάνεται η ακτινοδερματίτιδα και η ακανθική κεράτωση (προκαρκινική κεράτωση) σ' αυτήν την περιοχή του σώματός του.

¹⁵ Τοπίτσογλου Β. «Μέσα ατομικής προστασίας εργαζομένων». (2004)

β) Μήκος του καλωδίου του διακόπτη ενεργοποίησης της λυχνίας των ακτίνων Χ (απόσταση του χειριστή από την πηγή των ακτίνων Χ).

Για την εύκολη και ασφαλή απομάκρυνση του χειριστή από την πηγή των ακτίνων Χ, το καλώδιο το οποίο ενώνει την κεφαλή του ακτινογραφικού μηχανήματος με το



διακόπτη ενεργοποίησης της λυχνίας θα πρέπει να είναι τύπου σπινάλ, ώστε να επιτρέπει την απομάκρυνση του χειριστή σε απόσταση μεγαλύτερη των 2 μέτρων. Αν το καλώδιο δεν επιτρέπει την απομάκρυνση του χειριστή σε ασφαλή απόσταση, θα πρέπει να αντικατασταθεί με ένα μεγαλύτερου μήκους

καλώδιο.

Η μείωση της έκθεσης του Οδοντιάτρου τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή ακτινοβολία γίνεται:

α) Αποφεύγοντας να παρεμβάλλεται στην πορεία της ωφέλιμης δέσμης. Αυτό κυρίως σημαίνει να αποφεύγει να συγκρατεί με το δάκτυλό του το πλακίδιο στη στοματική κοιλότητα του ασθενή.

β) Να στέκεται σε απόσταση ασφαλείας από τη λυχνία των ακτίνων Χ. Ως ελάχιστη απόσταση ασφαλείας ορίζονται τα 2 μέτρα.

γ) Να αποφεύγει τη συγκράτηση της κεφαλής του μηχανήματος με το χέρι.

δ) Να στέκεται σε ασφαλή θέση σε σχέση με την κεφαλή του ασθενούς κατά τη στιγμή της ακτινογράφησης. Ως ασφαλής ορίζεται η θέση πίσω από την κεφαλή του ασθενή και σε γωνία $90^\circ - 135^\circ$ σε σχέση με την κεντρική ακτίνα.

ε) Σε περιπτώσεις όπου η διαρρύθμιση του οδοντιατρείου δεν επιτρέπει την απομάκρυνση και τοποθέτηση του χειριστή σε ασφαλή θέση, συνιστάται η παρουσία προστατευτικών διαφραγμάτων από μόλυβδο.

στ) Με την περιοδική μέτρηση της δόσης έκθεσης με ατομικούς μετρητές ακτινοβολίας. Ο πιο συνήθης τρόπος μέτρησης είναι η φωτογραφική μέθοδος

δοσιμετρίας με τη χρήση καταλλήλων πλακιδίων.

5.2.2 Ασθενής

α) Τάση λειτουργίας του ακτινογραφικού μηχανήματος.

Αύξηση της τάσης από 50 KV σε 75 KV μειώνει το χρόνο εκπομπής περισσότερο από 50%, αλλά αυτό συνεπάγεται την μεγαλύτερη διεισδυτική ικανότητα της ακτινοβολίας, άρα την άσκοπη έκθεση των ιστών που βρίσκονται πολύ βαθιά. Στην οδοντιατρική χρησιμοποιείται στην πίσω πλευρά του ακτινογραφικού πλακιδίου λεπτό φύλλο μολύβδου και η ωφέλιμη δέσμη ακτινοβολίας είναι μικρής διαμέτρου.

β) Διάφραγμα.

Επί πλέον περιορισμός της διαμέτρου της δέσμης για μείωση της έκθεσης του προσώπου του ασθενούς σε περιττή ακτινοβολία επιτυγχάνεται με τη χρήση διαφράγματος με ορθογώνια οπή, η οποία δίνει ωφέλιμη δέσμη ορθογωνίου σχήματος λίγο μεγαλύτερων διαστάσεων από ένα περιακρορριζικό ακτινογραφικό πλακίδιο. Σε αυτήν την περίπτωση, για καλύτερη σκόπευση, απαιτείται χρήση καταλλήλων συγκρατητήρων των πλακιδίων.

γ) Ηθμός.

Ως ηθμοί στα οδοντιατρικά μηχανήματα χρησιμοποιούνται λεπτά φύλλα αλουμινίου τοποθετημένα στην έξοδο της δέσμης των ακτίνων X. Ο ηθμός δίνει ένα ποσό δευτερογενούς ακτινοβολίας. Αρκετή από την ακτινοβολία αυτή είναι δυνατόν να απορροφηθεί πριν ακτινοβολήσει το πρόσωπο του ασθενούς, αν ο ηθμός τοποθετηθεί μεταξύ του μολύβδινου διαφράγματος και της θυρίδας εξόδου της κεφαλής του μηχανήματος.

δ) Κατευθυντήρας οδοντιατρικού μηχανήματος.

Είναι ένα σωληνοειδές εξάρτημα που χρησιμοποιείται στην οδοντιατρική ακτινολογία

για να καθορίζει την απόσταση της εστιακής κηλίδας δέρματος και να υποδεικνύει την κατεύθυνση της κεντρικής ακτίνας, ώστε να επιτυγχάνεται καλύτερη σκόπευση και αποφυγή επανάληψης της ακτινογραφίας.

ε) Χρονοδιακόπτης.

Ο χρονοδιακόπτης προκαθορίζει και ελέγχει τον χρόνο εκπομπής των ακτίνων Χ. Σήμερα χρησιμοποιούνται ηλεκτρονικοί χρονοδιακόπτες, οι οποίοι είναι πιο ακριβείς, διότι λειτουργούν άψογα και μειώνουν το χρόνο εκπομπής σε δέκατα του δευτερολέπτου. Έτσι μειώνονται στο ελάχιστο οι συνέπειες της έκθεσης σε ακτινοβολία.

Η προστασία του ασθενούς και του χειριστή από την ακτινοβολία Χ, επιτυγχάνεται με μείωση της έκθεσής τους σε αυτή και η μείωση της έκθεσης του ασθενούς στην ακτινοβολία επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους:

α) Ύπτια θέση

Με την ύπτια θέση του ασθενούς μπορεί να αποφευχθεί η διέλευση της ωφέλιμης δέσμης της ακτινοβολίας από ευαίσθητες περιοχές, όπως π.χ. οι γεννητικοί αδένες.

β) Μολύβδινη προστατευτική ποδιά και προστατευτική προσθήκη για τον θυρεοειδή αδένα.

Καθοριστικής σημασίας για τη μείωση της έκθεσης του ασθενή στην ακτινοβολία, και ιδιαίτερα της περιοχής των γεννητικών αδένων, είναι η χρήση μολύβδινης ποδιάς κατά τη λήψη διαφόρων ακτινογραφιών.

Συνήθως οι προστατευτικές ποδιές καλύπτουν την περιοχή του θώρακος και της κοιλιάς και ορισμένες απ' αυτές φέρουν και περιλαίμιο για την προστασία του θυρεοειδή αδένα. Προστατευτική προσθήκη για το θυρεοειδή αδένα είναι



δυνατόν να προμηθευτούμε και χωριστά από την μολύβδινη ποδιά. Οι προστατευτικές ποδιές και προσθήκες για οδοντιατρική χρήση φέρουν συνήθως μολύβδο πάχους 0,25 χιλιοστών. Αυτά τα δύο προστατευτικά μέσα μηδενίζουν την

έκθεση των γεννητικών αδένων στην ακτινοβολία κατά τη λήψη διαφόρων οδοντιατρικών ακτινογραφιών. Η χρήση της προστατευτικής προσθήκης του θυρεοειδούς μειώνει την έκθεση στην περιοχή 33 – 84 %.

γ) Χρήση ευαίσθητων ακτινογραφικών πλακιδίων.

Είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος γιατί μειώνει το χρόνο εκπομπής κατά 50 %. Για να μείνει το πλακίδιο στη θέση του, υπάρχουν συγκρατητήρες κι έτσι αποφεύγεται η έκθεση του δακτύλου του Οδοντιάτρου στην ακτινοβολία.

5.2.3 Περίοικοι

Είναι δυνατόν άτομα τα οποία διαμένουν ή εργάζονται σε γειτονικούς χώρους από την πηγή των ακτίνων X να εκτίθενται στην ακτινοβολία. Είναι σαφές ότι η ωφέλιμη δέσμη των ακτίνων X δεν πρέπει να κατευθύνεται πουθενά εκτός της κεφαλής του ασθενούς και ο ασθενής να είναι τοποθετημένος έτσι ώστε η ωφέλιμη δέσμη να κατευθύνεται προς το προστατευτικό διάφραγμα (τοίχος κ.λ.π.) και ουδέποτε προς παράθυρο.

Το ποσόν της έκθεσης του ατόμου για του οποίου την προστασία ενδιαφερόμαστε στην ακτινοβολία, εξαρτάται από την τάση λειτουργίας του ακτινογραφικού μηχανήματος, το φόρτο εργασίας του μηχανήματος, την ικανότητα απορρόφησης ακτινοβολίας από το υλικό το οποίο χρησιμοποιείται ως διαχωριστικό μέσο, την απόσταση του ατόμου από την πηγή των ακτίνων X και το χρόνο παραμονής του ατόμου σε αυτόν το χώρο.

Συνήθως το πάχος του τούβλου μιας μεσοτοιχίας ενός διαμερίσματος ή χάλυβας πάχους 3 χιλ., ή μόλυβδος πάχους 1 χιλ. παρέχουν ικανοποιητική προστασία σε ένα οδοντιατρείο, το οποίο κάνει μεγάλο αριθμό ακτινογραφιών.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ¹⁶

Έπειτα από πολλές μελέτες σε διάφορες χώρες, που έχουν ξεκινήσει περίπου από το 1946 και αφορούν τους εργαζομένους στον οδοντιατρικό τομέα, έχει διαπιστωθεί αύξηση των μυοσκελετικών προβλημάτων σε διάφορες περιοχές του σώματος.

Πίνακας 4:¹⁷

Μελέτες διερεύνησης μυοσκελετικών προβλημάτων σε οδοντιατρικό προσωπικό

| | | | |
|----------------------------|------|----------------------|------------------------|
| Billar, USA | 1946 | Οδοντίατροι | Οσφυαλγία |
| Fauchard academy poll, USA | 1965 | Οδοντίατροι | Οσφυαλγία |
| Eccles, Britain | 1967 | Οδοντίατροι | Οσφυαλγία |
| Murtomaa, Finland | 1982 | Οδοντίατροι & Βοηθοί | Οσφυαλγία & Αυχενάλγια |
| Bassett, Canada | 1983 | Οδοντίατροι | Οσφυαλγία |
| Diakow, Canada | 1984 | Οδοντίατροι | Οσφυαλγία |
| Hällgren, Sweden | 1985 | Οδοντίατροι & Βοηθοί | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Shugars, USA | 1987 | Οδοντίατροι | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Hagberg, Sweden | 1989 | Οδοντίατροι | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Milerad, Sweden | 1990 | Οδοντίατροι | Αυχένα & Άνω άκρα |
| Rundcrantz, Sweden | 1990 | Οδοντίατροι | Αυχενάλγια |
| Osborn, USA | 1990 | Υγιεινολόγοι δοντιών | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Rundcrantz, Sweden | 1991 | Οδοντίατροι | Πόνος & Ενοχλήσεις |
| Lehto, Finland | 1991 | Οδοντίατροι | Πολλαπλά μέρη σώματος |

¹⁶ Λώμη Κ. «Μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία στο οδοντιατρικό προσωπικό. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας» (τεύχος 21, Ιαν. – Φεβ. – Μαρ. 2005).

¹⁷ Λώμη Κ. «Μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία στο οδοντιατρικό προσωπικό. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας» (τεύχος 21, Ιαν. – Φεβ. – Μαρ. 2005).

| | | | |
|------------------------|------|------------------------------|-----------------------|
| Oberg, USA | 1993 | Υγιεινολόγοι δοντιών | Αυχένιας & Ωμοι |
| Finsen, Denmark | 1996 | Οδοντίατροι | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Augustson, Norway | 1996 | Οδοντιατρικό προσωπικό | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Marshall, Australia | 1997 | Οδοντίατροι | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Liss, USA | 1998 | Υγιεινολόγοι δοντιών | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Åkesson, Sweden | 1999 | Οδοντιατρικό προσωπικό | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Åkesson, Sweden | 2000 | Οδοντιατρικό προσωπικό | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Kerosuo, Scandinavia | 2000 | Οδοντίατροι, Ορθοδοντικοί | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Chowanadisai, Thailand | 2000 | Οδοντίατροι | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Lalumandier, USA | 2001 | Οδοντιατρικό προσωπικό | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Szymanska, Poland | 2002 | Οδοντίατροι | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Alexopoulos, Greece | 2004 | Οδοντίατροι | Πολλαπλά μέρη σώματος |
| Fasunloro, Nigeria | 2004 | Οδοντιατρικό προσωπικό | Οσφυαλγία |
| Gobbi, Brazil | 2004 | Οδοντίατροι | Πολλαπλά μέρη σώματος |

Το 1946, σε μελέτη επαγγελματικών κινδύνων σε 2.400 Οδοντίατρος, τα 2/3 ανέφεραν ότι υποφέρουν από οσφυαλγία.

Από τη δεκαετία του '80 παρουσιάζονται προβλήματα στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στους ώμους.

Μια μελέτη στη Σουηδία έδειξε ότι κατά την παρακολούθηση και εξέλιξη των μυοσκελετικών διαταραχών σε διάστημα 5 ετών, το οδοντιατρικό προσωπικό είχε αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη συμπτωμάτων σε σύγκριση με την ομάδα αναφοράς (νοσηλεύτριες). Η ίδια μελέτη έδειξε ότι οι περισσότερο συχνές διαγνώσεις ήταν : σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, αυχενικό σύνδρομο, σύνδρομο αποειδούς μυός, φλεγμονή τροχαντήρων, ιερολαγνίτης και πάθηση του Heberden (ρευματοπάθεια μικρών αρθρώσεων που συνοδεύεται από όζους στις περιφερικές μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις και γύρω από αυτές) και φλεγμονή των ελύτρων των τενόντων.

Επίσης διαπιστώθηκε οστεοαρθρίτιδα στις αρθρώσεις των δακτύλων των Οδοντίατρων.

Όσον αφορά την Ελλάδα, μελέτη του 2004 σε 430 Οδοντιάτρους έδειξε ότι υπάρχει υψηλό ποσοστό οσφυαλγίας και συμπτωμάτων στον αυχένα, τον ώμο και τον καρπό / χέρι. Επίσης στην ίδια μελέτη οι Οδοντίατροι ανέφεραν χρόνια προβλήματα και απουσία από την εργασία τους, εξαιτίας μυοσκελετικών προβλημάτων.

Από τότε που χρησιμοποιείται εξειδικευμένο οδοντιατρικό προσωπικό, το οποίο ασκεί εξειδικευμένα εργασιακά καθήκοντα, παρατηρείται αύξηση των μυοσκελετικών προβλημάτων που οφείλονται στη φύση και το περιεχόμενο αυτών των καθηκόντων. Π.χ. οι υγιεινολόγοι οδοντιατρικής πάσχουν από σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, λόγω της επίπονης στάσης εργασίας τους και των μονότονα επαναλαμβανόμενων κινήσεων.

Όσον αφορά τις μελέτες που έχουν γίνει για τις donήσεις από τα χρησιμοποιούμενα στην εργασία τους εργαλεία, έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα συμπτωμάτων όπως: μούδιασμα, παραισθησία στα άνω άκρα και διαταραχή αισθητικότητας, χωρίς αυτό να είναι απόλυτα τεκμηριωμένο, διότι μπορεί αυτά να προέρχονται από άλλη αιτία, όπως το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα ή από μυοσκελετικά προβλήματα στον αυχένα και τους ώμους. Ακόμη μπορεί να προέρχονται από εκφυλιστική σπονδυλοαρθρίτιδα και εκφυλιστικές αλλοιώσεις στην άρθρωση του ώμου.

6.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Η τελευταία μελέτη στη Σουηδία έδειξε ότι το οδοντιατρικό προσωπικό (κυρίως υγιεινολόγοι οδοντιατρικής) μετά την πάροδο 5 ετών , σε μεγάλο ποσοστό, εγκατέλειψε το επάγγελμά του εξαιτίας των μυοσκελετικών διαταραχών. Όσοι το εγκατέλειψαν είχαν αυξημένα μυοσκελετικά συμπτώματα σε διάφορες περιοχές του σώματος, σε σχέση με όταν ξεκίνησε η μελέτη, σε σχέση με αυτούς που μετά την πάροδο 5 ετών παρέμειναν στο επάγγελμα.

Το 88 % του οδοντιατρικού προσωπικού ανέφερε λειτουργικές διαταραχές στην εργασία και στις οικιακές του δραστηριότητες.

Από αυτούς που εγκατέλειψαν το επάγγελμα, σε μια μελέτη στην Αμερική, ο ένας

στους πέντε το έκανε εξαιτίας κάποιας αναπηρίας (σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, οσφυαλγία κ.α.), το 68 % δήλωσε ότι ο μυοσκελετικός πόνος μειώνει τις ημέρες εργασίας του, την ποιότητα, την αντοχή και την ταχύτητά του.

Οι οικονομικές συνέπειες των μυοσκελετικών παθήσεων σε μια μελέτη του 1987 είναι περίπου 41 εκατομμύρια δολάρια και ακύρωση θεραπείας 1,3 εκατομμυρίων ασθενών λόγω του μυοσκελετικού πόνου.

Αιτία που οδήγησε πολλούς Οδοντιάτρους σε πρόωρη συνταξιοδότηση στη Μ. Βρετανία μεταξύ του 1981 – 1992 ήταν οι μυοσκελετικές διαταραχές.

6.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες ασκείται το οδοντιατρικό επάγγελμα αναγκάζουν το σώμα του οδοντιάτρου να βρίσκεται σε στάσεις που οδηγούν σε όχι ομαλές μηχανικές φορτίσεις της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Η εργονομικότητα του οδοντιατρικού εξοπλισμού, καθώς και ο προσδιορισμός των ζωνών δραστηριότητας του οδοντιάτρου, βοηθούν ώστε να γίνει ο προσδιορισμός των σωστών θέσεων που πρέπει να παίρνει ο ιατρός κατά τις διάφορες επεμβάσεις, ώστε να υπάρχει η όσο το δυνατόν μικρότερη καταπόνηση της σπονδυλικής στήλης.

Επίσης τα εργαλεία και οι συσκευές πρέπει να είναι εύκολα προσιτά και εύχρηστα για να περιορίζονται και να διευκολύνονται οι κινήσεις των χεριών στο μέγιστο.

Τέλος η οδοντιατρική έδρα θα πρέπει να μην εμποδίζει την κίνηση των ποδιών του οδοντιάτρου όταν εργάζεται καθιστός.

6.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι παθήσεις του κυκλοφορικού επιτείνονται ή επιδεινώνονται από την άσκηση της οδοντιατρικής και αφορούν τα κάτω και άνω άκρα.

Στα κάτω άκρα είναι κυρίως η χρόνια φλεβική ανεπάρκεια, που περιλαμβάνει τους κηρούς, τις φλεβικές θρομβώσεις και το μεταφλεβικό σύνδρομο.

Οι κηροί είναι πάθηση πολύ διαδεδομένη στο γενικό πληθυσμό και προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες. Διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς. Οι πρωτοπαθείς έχουν κληρονομικό υπόβαθρο σε υψηλό ποσοστό, ενώ οι δευτεροπαθείς είναι συνήθως αποτέλεσμα θρομβώσεως.

Επαγγέλματα που απαιτούν πολύωρη ορθοστασία, όπως η οδοντιατρική, προδιαθέτουν στην ανάπτυξη πρωτοπαθών κηρών. Συμπτώματα των κηρών είναι: η αιμορραγία, η θρόμβωση, οι διαταραχές της αιμάτωσης και η εξέλκωση.

Η αντιμετώπιση της φλεβικής ανεπάρκειας περιλαμβάνει συντηρητικά μέσα και χειρουργική αντιμετώπιση. Τα συντηρητικά μέσα συνίστανται σε αλλαγή του τρόπου ζωής, σε ελαστική υποστήριξη (ελαστικές κάλτσες) και σε σκληρυντικές ενέσεις.

Οι αγγειακές παθήσεις που προκαλούνται από την άσκηση της οδοντιατρικής πρέπει να αναγνωρίζονται έγκαιρα, πριν γίνουν χρόνιες και δυσίατες και να διερευνώνται μήπως κρύβουν άλλες σοβαρότερες καταστάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ¹⁸

Μολύνσεις μπορούν να προκληθούν στο οδοντιατρείο με πολλούς τρόπους όπως:

1. Με άμεση επαφή με αίμα ή σάλιο
2. Με έμμεση επαφή με μολυσμένα εργαλεία, χειρουργικά μηχανήματα ή επιφάνειες και
3. Με μολυσμένο αέρα από σταγονίδια στοματικών ή ρινοφαρυγγικών εκκρίσεων.



Προϋποθέσεις για μόλυνση αποτελούν:

1. Ένας ξενιστής
2. Ένας παθογόνος μικροοργανισμός με αρκετή μολυσματικότητα
3. Μία πύλη εισόδου.

Για να ελεγχθούν οι μολύνσεις θα πρέπει να εξαλειφθεί έστω μία από τις παραπάνω προϋποθέσεις.

Όλοι οι ασθενείς, άσχετα από το ιατρικό ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως δυνητικά μολυσματικοί.

Ο κίνδυνος μόλυνσης δεν είναι ίδιος για όλους τους Οδοντιάτρους, γιατί σχετίζεται με παράγοντες όπως:

α) Ο τόπος εργασίας. Οι Οδοντίατροι που εργάζονται σε περιοχές που ενδημεί η νόσος κι εκείνοι που δέχονται ασθενείς υψηλού κινδύνου, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης.

β) Η ειδικότητα των Οδοντιάτρων, η οποία επηρεάζει το βαθμό

¹⁸ Κολοκοτρώνης Α. «Μεταδιδόμενα λοιμώδη νοσήματα στην οδοντιατρική πράξη και η πρόληψή τους με εμβολιασμό». (2004)

επικινδυνότητας π.χ. οι οδοντίατροι που ασχολούνται με τη χειρουργική μολύνονται σε μεγαλύτερα ποσοστά από αυτά των γενικών Οδοντιάτρων.

γ) Ο χρόνος άσκησης της οδοντιατρικής π.χ. οι φοιτητές της οδοντιατρικής έχουν ίδια ποσοστά μόλυνσης από ηπατίτιδα Β όσο αυτά του γενικού πληθυσμού, δηλαδή μικρότερα από αυτά του συνόλου των Οδοντιάτρων.

7.1 H.I.V.: (ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ).

Θεωρητικά μετάδοση του HIV στο χώρο του οδοντιατρείου μπορεί να γίνει:

1. Από μολυσμένους ασθενείς στον Οδοντίατρο και το βοηθητικό προσωπικό
2. Από πάσχοντα από AIDS Οδοντίατρο στους ασθενείς του και
3. Από ασθενή σε ασθενή μέσω μολυσμένων εργαλείων.

Οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι:

- ✓ Από ασθενή σε ασθενή με τρύπημα μολυσμένης βελόνας ο κίνδυνος για μετάδοση HIV είναι μικρότερος από 0,5 %
- ✓ Από 6 Οδοντιάτρους με HIV που εξέτασαν 1.100 ασθενείς στις Η. Π. Α. μόνο σε έναν ασθενή μεταδόθηκε ο ιός
- ✓ Τέλος ένας μόνο Οδοντίατρος μολύνθηκε με AIDS σε σύνολο 7.000 Οδοντιάτρων οι οποίοι εξέταζαν και ασθενείς με HIV.

Βλέπουμε λοιπόν ότι ο κίνδυνος τυχαίας μόλυνσης στο χώρο του οδοντιατρείου είναι πολύ μικρός και για να αποφευχθεί ο κίνδυνος μόλυνσης είναι απαραίτητη η χρήση χειρουργικών γαντιών σε κάθε οδοντιατρική επέμβαση. Επίσης, για τον ίδιο λόγο το στόμα και η μύτη του Οδοντιάτρου πρέπει να προστατεύονται επαρκώς με τη χρήση λεπτής διαφανούς μάσκας.

7.2 ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Λοιμώξεις μπορεί να προκληθούν από εισπνοή λοιμωδών παραγόντων όπως: ρινοϊοί, αδενοϊοί, οι ιοί της γρίπης, της ιλαράς, της ερυθράς, της ανεμοβλογιάς, ο

κυτταρομεγαλοϊός (CMV), ο ιός του έρπητος ζωστήρα (VZV), ο ιός Epstein – Barr (EBV), και τα μυκοβακτηρίδια που μπορούν να προκαλέσουν φυματίωση.

Λοιμογόνοι παράγοντες που είναι δυνατόν να μεταφερθούν με ενοφθαλμισμό είναι: ο ιός του απλού έρπητα 1 (HSV – 1), οι ιοί των ηπατοτρόπων ηπατιτίδων Β, C και D (HBV, HCV και HDV), ο ιός HIV και από τα βακτήρια ο γονόκοκος και η ωχρά σπειροχαίτη.

Μερικά δεδομένα που είναι σημαντικά για την μετάδοση λοιμωδών νόσων κατά την οδοντιατρική πράξη, αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 5

| |
|--|
| Κατά μέσο όρο ο Οδοντίατρος υπόκειται σε 1 – 3 τρυπήματα των χεριών του ετησίως, με ήδη χρησιμοποιημένη βελόνα. |
| Η ποσότητα αίματος που ανιχνεύεται στην άκρη μιας χρησιμοποιημένης βελόνας ανέρχεται σε 1.4 μ I. (Αξίζει να σημειωθεί ότι η ποσότητα αίματος που είναι ικανή να μεταδώσει την ηπατίτιδα Β ανέρχεται σε 0.1 μ I). |
| Όταν γίνεται χρήση της χειρολαβής υψηλών ταχυτήτων και της υδροσύριγγας, ανιχνεύονται, αιωρούμενα στον περιβάλλοντα χώρο, για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα, σταγονίδια νερού διαμέτρου <5μm και στα οποία σ' ορισμένες περιπτώσεις απομονώθηκε το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. |
| Όταν χρησιμοποιείται χειρολαβή υψηλών ταχυτήτων, εκσφενδονίζονται στον περιβάλλοντα χώρο σωματίδια διαμέτρου >0.1mm με ταχύτητα 50 – 60 km / ώρα και μάλιστα σε απόσταση μεγαλύτερη των 6 μέτρων. |
| Σε ποσοστό 80 % των Οδοντιάτρων που εργάζονται χωρίς γάντια ανιχνεύθηκαν μικροποσότητες αίματος, με εντόπιση ιδιαίτερα συχνή στο παρονύχιο. Αποδείχθηκε ότι οι μικροποσότητες αυτές του αίματος παραμένουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 48 ωρών, σε ποσοστό 40 % των Οδοντιάτρων. |
| Σε ποσοστό περίπου 40 % παρατηρείται λύση της συνέχειας του δέρματος των χεριών των Οδοντιάτρων, γεγονός που ευνοεί τον ενοφθαλμισμό ενός μικροοργανισμού. |

Η ηπατίτιδα τύπου Β και C και η φυματίωση είναι τα συχνότερο μεταδιδόμενα λοιμώδη νοσήματα κατά την άσκηση της οδοντιατρικής. Η συχνότητα της ηπατίτιδας Β παρουσιάζεται 3 – 5 φορές υψηλότερη στο σύνολο των Οδοντιάτρων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

7.3 ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ¹⁹

Ένα από τα σημαντικότερα προληπτικά μέτρα είναι ο εμβολιασμός. Τα εμβόλια κατατάσσονται σε δύο γενιές. Ειδικά για την ηπατίτιδα Β κοινός στόχος είναι η χορήγηση κεκαθαμένου Η6sA9 που δεν προκαλεί λοίμωξη και διεγείρει την παραγωγή αντί – HB5 που είναι αντισώματα που προστατεύουν από την λοίμωξη. Χορηγείται σε τρεις δόσεις. Η πρώτη χορηγείται σε μια επιλεγμένη ημερομηνία, η δεύτερη ένα μήνα μετά και η τρίτη έξι μήνες μετά. Έτσι προσφέρεται προστασία σε ποσοστό 90 – 97 % των εμβολιασμένων. Έπειτα από 5 έτη χορηγείται αναμνηστική δόση.

Εάν το εμβολιαζόμενο άτομο έχει ήδη μολυνθεί με τον ιό, τότε είναι δυνατόν το εμβόλιο να παρεμποδίσει την ανάπτυξη της ηπατίτιδας Β.

Σε περίπτωση έκθεσης του Οδοντιάτρου στον ιό HBV πρέπει να προβεί στις εξής ενέργειες όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 6

| ΑΝ | ΚΑΙ | ΤΟΤΕ |
|--|------------------------------------|--|
| Στο αίμα του ασθενή ανιχνεύεται το HBsAg | Ο Οδοντίατρος δεν έχει εμβολιασθεί | Ο Οδοντίατρος πρέπει να εμβολιασθεί και να του χορηγηθεί η ειδική ανοσοσφαιρίνη. Πρέπει να ελέγξει τα αντί – HBs αντισώματα. Αν ο τίτλος αντισωμάτων είναι μικρός επιβάλλεται η χορήγηση μίας δόσης εμβολίου και της ειδικής ανοσοσφαιρίνης. |
| | Ο Οδοντίατρος έχει εμβολιασθεί | |
| Στο αίμα του ασθενή δεν ανιχνεύεται το HBsAg | Ο Οδοντίατρος δεν έχει εμβολιασθεί | Ο Οδοντίατρος πρέπει να ενθαρρυνθεί για εμβολιασμό. |
| | Ο Οδοντίατρος έχει εμβολιασθεί | Δε χρειάζεται να προβεί σε καμία ενέργεια. |
| Ο ασθενής αρνείται να υποβληθεί σε έλεγχο | Ο Οδοντίατρος δεν έχει εμβολιασθεί | Ο Οδοντίατρος πρέπει να εμβολιασθεί και να του χορηγηθεί η ειδική ανοσοσφαιρίνη αν ο ασθενής ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου. |
| | Ο Οδοντίατρος έχει εμβολιασθεί | Οι ενέργειες του Οδοντιάτρου είναι εξατομικευμένες. |

Για την ηπατίτιδα C δυστυχώς δεν έχει βρεθεί εμβόλιο. Για τη φυματίωση είναι γνωστό ότι όλοι οι μαθητές εμβολιάζονται κατά τη σχολική περίοδο.

¹⁹ Λάσκαρης Γ. Χ., Τζούτζας Ι. Γ. «Κίνδυνοι και μέτρα πρόληψης λοιμώξεων στο οδοντιατρείο». (1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΒΛΗΤΑ²⁰

Εξαιτίας της αποκατάστασης της στοματικής υγείας των ασθενών τα οδοντιατρεία παράγουν απόβλητα από βαρέα μέταλλα (υδράργυρος) και μολυσματικά υλικά, τα οποία μπορούν να μολύνουν ή να τραυματίσουν (οξυαιχμα αντικείμενα: βελόνες, νυστέρια) αυτούς που τα χρησιμοποιούν. Άρα χρειάζονται ασφαλείς μέθοδοι διαχείρισης αυτών μέσα και έξω από το Οδοντιατρείο.

Το 2002 το Τμήμα Μηχανικής Περιβάλλοντος του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης με την βοήθεια του Δήμου Ξάνθης και των Οδοντιάτρων μέτρησε ποιοτικά και ποσοτικά τα στερεά οδοντιατρικά απόβλητα που παράγει κατά μέσο όρο ένα οδοντιατρείο. Από τα 48 οδοντιατρεία του Νομού επιλέχθηκαν 22 ιδιωτικά και ένα δημόσιο οδοντιατρείο του Ι.Κ.Α. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι τα εξής:



²⁰ Ιωσηφίδης Ν. «Επίδραση στο περιβάλλον, απόβλητα». (2004)

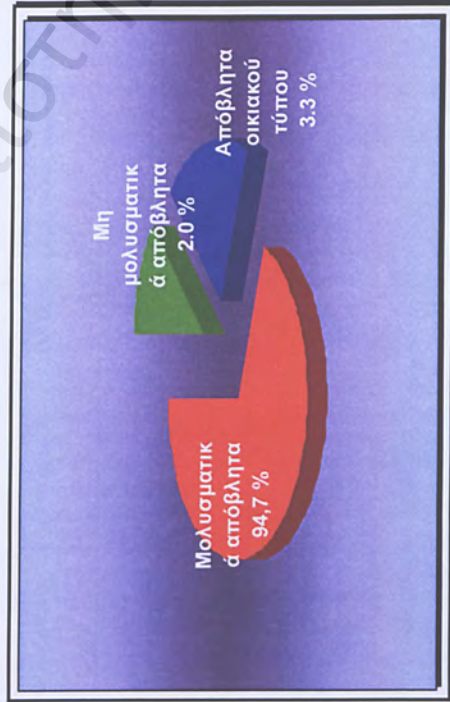
Πίνακας 7

Τα ιδιωτικά οδοντιατρεία της Ξάνθης και το Δημόσιο οδοντιατρείο του Ι.Κ.Α., για το χρονικό διάστημα της μελέτης παράγουν:

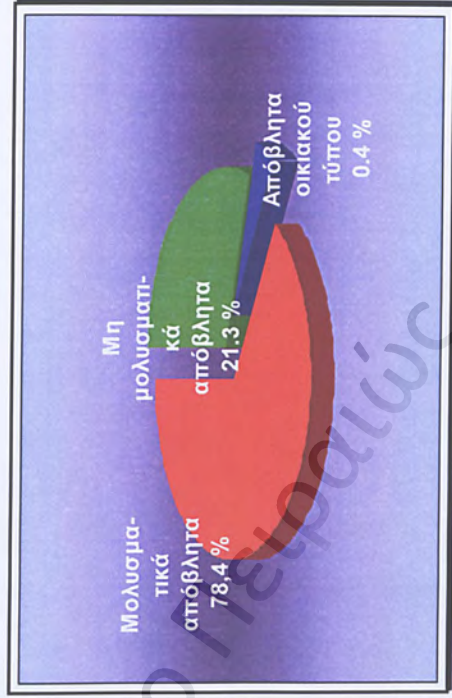
| Είδος αποβλήτων | Ιδιωτικά Οδοντιατρεία Ξάνθης | | Δημόσιο Οδοντιατρείο Ι.Κ.Α. Ξάνθης | | % |
|--|---|--|---|--|------|
| | Μέση ημερήσια συνολική παραγωγή γρ. / ημέρα | Ρυθμός παραγωγής γρ. / ιατρείο / ημέρα | Μέση ημερήσια συνολική παραγωγή γρ. / ημέρα | Ρυθμός παραγωγής γρ. / ιατρείο / ημέρα | |
| Μολυσματικά απόβλητα | 10.683 | 486 | 534 | 534 | 78,4 |
| Μη μολυσματικά απόβλητα | 227 | 10 | 145 | 145 | 21,3 |
| Απόβλητα οικιακού τύπου | 371 | 17 | 2,5 | 2,5 | 0,4 |
| Σύνολο στερεών αποβλήτων οδοντιατρείων | 11.281 | 513 | 681 | 681 | 100 |

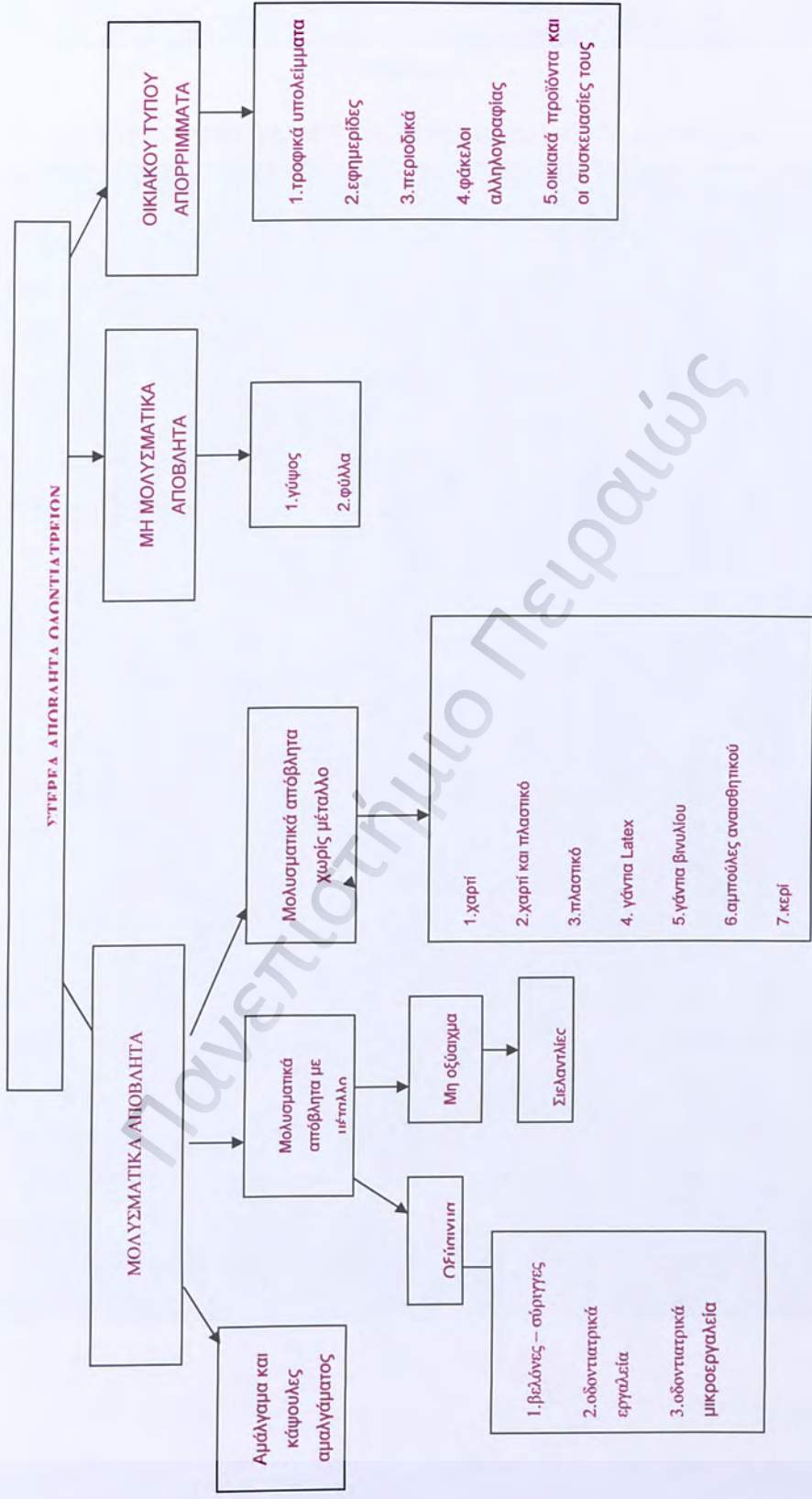
Γράφημα 1

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ
ΟΛΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ



ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΟΛΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ ΤΟΥ ΙΚΑ ΕΛΛΑΔΗΣ





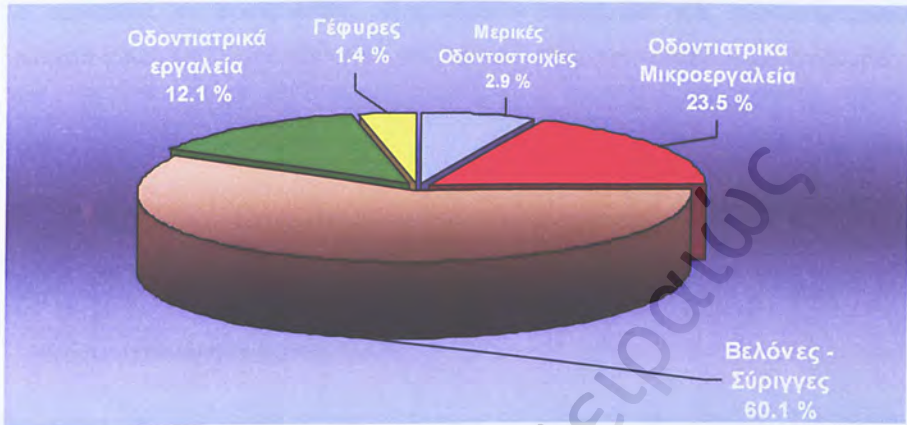
Πίνακας 8

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ

| Κατηγορία αποβλήτων | % Καθαρό βάρος | Ρυθμός παραγωγής g / ιατρείο / ημέρα |
|---|----------------|---|
| <i>Μολυσματικά απόβλητα με μέταλλο</i> | 8,51 | 41,4 |
| Οξυαιμα | 2,01 | 9,8 |
| Βελόνες – σύριγγες | 1,21 | 5,9 |
| Οδοντιατρικά εργαλεία | 0,25 | 1,2 |
| Οδοντιατρικά μικροεργαλεία | 0,47 | 2,3 |
| Μερικές οδοντοστοιχίες | 0,06 | 0,3 |
| Γέφυρες | 0,02 | 0,1 |
| Μη – οξυαιμα | 6,50 | 31,6 |
| Σιελαντλίες | 6,50 | 31,6 |
| <i>Μολυσματικά απόβλητα χωρίς μέταλλο</i> | 91,18 | 443 |
| Χαρτί | 27,4 | 133 |
| Πλαστικοποιημένο χαρτί | 13,9 | 67,6 |
| Πλαστικό | 10,7 | 51,9 |
| Γάντια Latex | 25,5 | 124 |
| Γάντια Βινυλίου | 1,46 | 7,1 |
| Αμπούλες αναισθητικού | 3,44 | 16,7 |
| Κερί | 0,08 | 0,4 |
| Συλκόνες – Ακρυλικά – Μερκαπτόνες | 3,62 | 17,6 |
| Αλγινικό υδροκολλοειδές | 2,30 | 11,2 |
| Δόντια (από εξαγωγή) | 0,27 | 1,3 |
| Βαμβάκι και γάζες με αίμα | 2,51 | 12,2 |
| ΑΜΑΛΓΑΜΑ | 0,33 | 1,6 |
| Αμάλγαμα και κάψουλες αμαλγαματος | 0,33 | 1,6 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 486 |

Γράφημα 2

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ 23 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ



Οι τρεις βασικές κατηγορίες οδοντιατρικών στερεών αποβλήτων είναι:

α) Μολυσματικά απόβλητα.

Είναι αυτά που έχουν έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά. Αυτά μπορούν να προκαλέσουν ασθένεια σε κάποιο δεκτικό ξενιστή, όταν περιέχουν βακτήρια, ιούς, παράσιτα ή μύκητες σε μεγάλη ποσότητα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν γάζες και βαμβάκι με αίμα ή σάλιο, αμπούλες αναισθητικού, γάντια, χαρτί και πετσέτες μιας χρήσης (αποτελούμενες από χαρτί και πλαστικό) που χρησιμοποιήθηκαν για το σκούπισμα των ασθενών, πλαστικά ποτήρια, σιελαντλίες, αποτυπωτικά υλικά (σίλικόνες, ακρυλικά, μερκαπτάνες, αλγινικό υδροκolloειδές και κερί), μερικές οδοντοστοιχίες και γέφυρες.

Στην κατηγορία των μολυσματικών αποβλήτων ανήκουν τα δόντια και τα οξύαιχμα αντικείμενα, δηλαδή βελόνες, σύριγγες, νυστέρια, οδοντιατρικά μικροεργαλεία κ.α.

β) Μη μολυσματικά απόβλητα.

Είναι τα γύψινα εκμαγεία και τα προστατευτικά φύλλα μολύβδου των ακτινογραφικών

πλακιδίων. Είναι επικίνδυνα διότι ο μόλυβδος είναι τοξικό μέταλλο.

γ) Απόβλητα οικιακού τύπου.

Τα περιοδικά, οι συσκευασίες οδοντιατρικών προϊόντων κ.α. χαρακτηρίζονται ως οικιακού τύπου απόβλητα και πρέπει να διαχειρίζονται σαν κοινά αστικά απόβλητα.

8.1 ΑΜΑΛΓΑΜΑ

α) Επικινδυνότητα Αμαλγάματος.

Ως συστατικό του αμαλγάματος είναι ο μεταλλικός υδράργυρος. Τα άλατα του υδραργύρου προκαλούν νευρολογικές διαταραχές. Οι οργανικές ενώσεις του υδραργύρου είναι πιο επικίνδυνες και περιστατικό παραλύσεως ανθρώπων από αυτές έχει αναφερθεί στον κόλπο Minamata της Ιαπωνίας.

Υπολογίζεται ότι σε μια μόνο έμφραξη η ποσότητα υδραργύρου που περιέχεται μπορεί να μολύνει 100.000 λίτρα πόσιμου νερού ή μια λίμνη 40.000 m².

β) Τρόπος χρησιμοποίησης αμαλγάματος και μέτρα προφύλαξης.

Το αμάγαμα θα πρέπει να συλλέγεται και να ανακυκλώνεται ώστε στο αποχετευτικό δίκτυο να καταλήγει πολύ μικρή ποσότητά του. Έτσι, θα πρέπει να προτιμώνται υλικά εμφράξεως που δεν περιέχουν υδράργυρο, όταν αυτό είναι δυνατόν. Συνιστάται η χρησιμοποίηση έτοιμων καψουλών αμαλγάματος μικρού μεγέθους, για να μην περισσεύει τίποτα. Εάν υπάρχουν παγίδες αμαλγάματος (μεταξύ οδοντιατρικής μονάδας και αποχετευτικού δικτύου), είναι προτιμότερες. Οι μιας χρήσης παγίδες διαφορετικά θα πρέπει να αντικαθίστανται μια φορά την εβδομάδα. Ό, τι ποσότητα αμαλγάματος αφαιρέσουμε από αυτές, πρέπει να ανακυκλώνεται. Αυτό που θα συλλεχθεί, πρέπει να αποθηκευτεί σε χρησιμοποιημένο υγρό στερέωσης ακτινογραφιών για αποφυγή απελευθέρωσης ατμών υδραργύρου. Τέλος το αμάγαμα από παλιές εμφράξεις πρέπει να συλλέγεται για ανακύκλωση.

Μετά τη συλλογή αμαλγάματος ο Οδοντίατρος πρέπει να επικοινωνήσει με τη μεταφορική εταιρεία διαχείρισης οδοντιατρικών αποβλήτων, η οποία αν η ποσότητα αμαλγάματος είναι μεγάλη, μπορεί να πληρώσει για να το παραλάβει. Η αποστείρωση του αμαλγάματος πρέπει να είναι χημική, γιατί η θερμική θα απελευθερώνει αέριους ρύπους.

γ) Διαχωριστές αμαλγάματος.

Η εγκατάσταση ενός διαχωριστή μπορεί να αφαιρέσει τα σωματίδια αμαλγάματος περισσότερο από 95 %. Έτσι ελαττώνεται η ποσότητα υδραργύρου στο αποχετευτικό δίκτυο.

Υπάρχουν τρεις τύποι διαχωριστών αμαλγάματος:

1. Αυτοί που λειτουργούν με καθίζηση. Μειώνουν την ταχύτητα ροής του υγρού αποβλήτου και κατά συνέπεια τα σωματίδια αμαλγάματος καθιζάνουν.
2. Αυτοί που λειτουργούν με φυγόκεντρο δύναμη. Στροβιλίζουν το υγρό απόβλητο και έτσι απομακρύνεται το αμάλαμα.
3. Αυτοί που λειτουργούν με ιοντο ανταλλαγή. Χρησιμοποιούνται πολυμερή για να παγιδεύσουν σωματίδια αμαλγάματος.



δ) Κάψουλες αμαλγάματος

Οι κάψουλες αμαλγάματος οι οποίες περιέχουν το αμάλαμα αναλόγως των σχεδιαστικών χαρακτηριστικών τους, κατακρατούν περισσότερο ή λιγότερο αμάλαμα μετά τη χρήση τους. Έτσι κάποιες από αυτές, όπως οι κάψουλες που διαθέτουν μπίλια ανάμειξης, κατακρατούν τη μεγαλύτερη ποσότητα αμαλγάματος και κατά συνέπεια υδραργύρου, σε σχέση με τις υπερηχητικά σφραγισμένες κάψουλες που συγκρατούν το απομένον αμάλαμα σε δακτυλιοειδές αυλάκι στο εσωτερικό τους. Φυσικά είναι σαφώς προτιμότερο από τους Οδοντιάτρους η χρήση της δεύτερης σχεδιαστικής μορφής κάψουλων, για την παραγωγή όσο το δυνατόν λιγότερων μολυσματικών αποβλήτων για την προστασία της δημόσιας αλλά και της δικής τους υγείας.

8.2 ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΑ ΑΠΟΒΛΗΤΑ²¹

Όσον αφορά τις ποσότητες των μολυσματικών αποβλήτων η εργασία του Πανεπιστημίου της Ξάνθης είναι η πρώτη στην Ελλάδα που προσδιόρισε ποιοτικά και ποσοτικά τα οδοντιατρικά στερεά απόβλητα που προέρχονται από ιδιωτικά οδοντιατρεία (ιδιωτικές μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας οδο-ντιατρικής φροντίδας).

Στα ιδιωτικά Οδοντιατρεία, όπου ο κάθε ασθενής αντιμετωπίζεται ως μολυσματικός, όλα τα μαλακά οδοντιατρικά απόβλητα θεωρούνται ως μολυσματικά επειδή λίγα οδοντιατρεία κρατούν ακριβές ιατρικό ιστορικό του ασθενή.

α) Επικινδυνότητα έκθεσης σε μολυσματικά απόβλητα.

Όποιος εκτίθεται σε μολυσματικά απόβλητα βρίσκεται σε ενδεχόμενο κίνδυνο. Αυτοί που κινδυνεύουν περισσότερο είναι: Ιατροί και νοσοκόμοι, προσωπικό καθαριότητας, εργάτες σε εγκαταστάσεις διάθεσης αποβλήτων (αποτεφρωτήρες, χώροι υγειονομικής ταφής απορριμμάτων) και εργάτες στην Υπηρεσία Καθαριότητας Δήμου γιατί έρχονται σε άμεση επαφή με αυτά.

Πάντως το κοινό γενικά είναι ευαισθητοποιημένο όσον αφορά τη διάθεση βιολογικών αποβλήτων. Δεν είναι σωστό να απορρίπτονται σε κοινούς κάδους απορριμμάτων.

β) Τρόποι μείωσης μολυσματικών αποβλήτων.

1. Μείωση στην πηγή. Αυτό γίνεται με την αγορά οδοντιατρικών υλικών χωρίς περιττές συσκευασίες ή αγορά οδοντιατρικών υλικών λιγότερο επικίνδυνα από άλλα, όταν απορριφθούν στο περιβάλλον.
2. Επαναχρησιμοποίηση προϊόντων, όπως νυστέρια, κάτοπτρα, πένσες ορθοδοντικής κ.α. τα οποία αποστειρώνονται.

²¹ Ιωσηφίδης Ν. «Επίδραση στο περιβάλλον, απόβλητα». (2004)

3. Διαχωρισμός στην πηγή, δηλαδή διαχωρισμός μολυσματικών αποβλήτων αναλόγως επικινδυνότητας.

Ο κάθε Οδοντίατρος είναι υπεύθυνος για το διαχωρισμό των αποβλήτων και της σημάσεώς τους στο ιατρείο του.

Όταν λέμε σήμανση εννοούμε πως:

- Τα μολυσματικά απόβλητα θα πρέπει να τοποθετούνται σε κίτρινο πλαστικό σάκο που δεν επιτρέπει διαρροές με την ένδειξη «Μολυσματικά».
- Τα οξύαιχμα αντικείμενα θα πρέπει να τοποθετούνται σε κίτρινο δοχείο με άκαμπτα τοιχώματα, με σήμα « Αιχμηρά αντικείμενα ».

Θα πρέπει να γίνεται σωστός διαχωρισμός κι έπειτα να ειδοποιείται η αρμόδια Υπηρεσία του κάθε Δήμου ή ιδιωτικές εταιρείες για τη συλλογή τους, των οποίων το προσωπικό έχει σωστή εκπαίδευση και χρησιμοποιεί ειδικά οχήματα. Τα απόβλητα που δεν μπορούν να ανακυκλωθούν αποτεφρώνονται στους 9.000° C. Το μειονέκτημα είναι ότι εκπέμπονται ρύποι όπως βάρβα μεταλλά και διοξίνες.

Τα σηπτικά απορρίμματα νοσοκομειακού τύπου μπορούν να αποστειρωθούν σε σταθερές εγκαταστάσεις όπου υπάρχουν κλίβανοι, έπειτα να τεμαχιστούν και να απορριφθούν ως οικιακά απορρίμματα.

8.3 ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ - ΑΡΧΕΣ

Ο Οδοντίατρος θα πρέπει να :

1. Διαθέτει χρόνο μεταξύ των επισκέψεων των ασθενών, ώστε να διαχειρίζεται σωστά τα απόβλητα
2. Λαμβάνει ακριβές ιατρικό ιστορικό των ασθενών του
3. Τοποθετεί τα δόντια ή τις γέφυρες από μέταλλο σε διάλυμα φορμαλίνης 10 % για 2 εβδομάδες, όταν πρόκειται να τα δώσει στους ασθενείς του.
4. Διαχειρίζεται σωστά το αμάγαλμα. Δηλαδή να το φυλάσσει σε γυάλινα δοχεία με πάμα. Εάν θέλει να πετάξει πολύ μικρή ποσότητα αμαλγάματος στα απόβλητα θα ήταν προτιμότερο να το τοποθετήσει μέσα σε γάντια latex, γιατί αυτά

περιέχουν θείο που περιορίζει τη διασπορά υδραργύρου.

8.4 ΝΕΡΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ²²

Στο νερό της οδοντιατρικής μονάδας, μετά από μετρήσεις, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός μικροοργανισμών, που οφείλονται στο σχηματισμό βιολογικού υμενίου (biofilm), το οποίο δημιουργείται στα σωληνάρια παροχής νερού του οδοντιατρικού μηχανήματος, το οποίο λειτουργεί σαν αποθήκη μικροβίων.

Μετά από καλλιέργεια, απομονώθηκαν είδη μικροβίων που βρίσκονται στη στοματική κοιλότητα και διάφορα άλλα gram - αρνητικά μικρόβια, τα οποία θεωρούνται ως δυνητικά παθογόνα.



Με το Limulus test πρόσφατα μετρήθηκε η ενδοτοξίνη των gram - αρνητικών βακτηριδίων. Το αποτέλεσμα ήταν στο νερό, που είχε ληφθεί από αέρος/νερού σύριγγα σε υψηλές ταχύτητες, η μέση τιμή ενδοτοξίνης να βρεθεί κατά πολύ ψηλότερη σε σχέση με τα δείγματα νερού που ελήφθησαν από παρακείμενο νεροχύτη.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει επιβεβαιωμένη λοίμωξη από το νερό της οδοντιατρικής μονάδος. Θεωρητικά όμως υπάρχει κίνδυνος λοίμωξης, κυρίως σε ηλικιωμένα ή ανοσοκατασταλαμένα άτομα.

Για τη μείωση του μικροβιακού φορτίου του νερού υπάρχουν οι εξής μέθοδοι:

α) Μηχανική απομάκρυνση με την εκροή νερού πριν από την χρήση για 3 λεπτά.

β) Χρήση ουσιών με αντιμικροβιακή δράση.



²² Σοφιανού Δ. «Ποιότητα νερού οδοντιατρικού μηχανήματος». (2004)

γ) Χρήση φίλτρων με ή χωρίς αντιμικροβιακές ουσίες.

δ) Αφαίρεση του νερού (στέγνωμα) των σωληναρίων.

Οι οδηγίες σωστής χρήσης της μονάδας νερού περιλαμβάνουν:

α) Χρήση βαλβίδας που να εμποδίζει την είσοδο μικροβίων από στοματικά υγρά σε δίκτυο της μονάδος.

β) Εκροή νερού για μερικά λεπτά στην αρχή κάθε κλινικής ημέρας και για 20 – 30 sec μεταξύ τους.

γ) Χρήση αποστειρωμένου νερού για χειρουργικές επεμβάσεις.

Εξυπακούεται ότι είναι απαραίτητη η πιστή τήρηση των οδηγιών της κατασκευάστριας εταιρείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΤΙΡΙΟΥ²³

Ο όρος « σύνδρομο του ασθενούς κτιρίου » αποδίδεται σε κάθε κτίριο, του οποίου ένας σημαντικός αριθμός εργαζομένων σε αυτό, συνήθως πάνω από 20%, εκδηλώνουν διάφορα συμπτώματα τα οποία είναι: λήθαργος, αίσθημα κόπωσης και πονοκέφαλος, ακολουθούμενα από απόφραξη της μύτης, ρινόρροια, πόνο στα μάτια, ξηροφθαλμία, ξηρότητα στο φάρυγγα, ξηρότητα του δέρματος και μερικές φορές συμπτώματα που μοιάζουν με άσθμα.

Μερικά από τα συμπεράσματα των μελετών που έχουν γίνει σχετικά είναι τα εξής :

1. Οι γυναίκες παρουσιάζουν τα συμπτώματα περισσότερο από τους άνδρες
2. Οι εργαζόμενοι, που απασχολούνται σε κτίρια με φυσικό αερισμό, παρουσιάζουν λιγότερα συμπτώματα από άλλους που απασχολούνται σε κλιματιζόμενα κτίρια
3. Οι εργαζόμενοι σε πολύ ζεστά κτίρια εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα από άλλους που εργάζονται σε λιγότερο ζεστά
4. Μερικά συστήματα υγρανσεως και ψύξεως συνοδεύονται με εμφάνιση νόσου
5. Διαπιστώθηκε η ύπαρξη μιας σχέσης μεταξύ της αντίληψης ενός περιβάλλοντος ως μη ευχάριστου και του πολλαπλασιασμού των συμπτωμάτων
6. Οι εργαζόμενοι οι οποίοι δεν είναι γενικώς ικανοποιημένοι από την εργασία τους, παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα.

Οι επικίνδυνοι για την υγεία παράγοντες που διαπιστώθηκαν στον αέρα εσωτερικών χώρων ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες ομάδες:

1. Φυσικοί παράγοντες: Θερμοκρασία, σχετική υγρασία, αερισμός, τεχνητός φωτισμός, θόρυβος και δονήσεις, ιόντα, ηλεκτροστατικά φορτία, ανόργανη σκόνη, συμπεριλαμβανομένων των ινών αμιάντου, καθώς και των τεχνικώς

²³ Ζημάλης Ε. Ι. «Το σύνδρομο των ασθενών κτιρίων, Ιατρική της εργασίας» (τόμος 3, τεύχος 3, 155 – 156). (1991)

παραγομένων ιών.

2. Χημικοί παράγοντες: Καπνός του τσιγάρου, φορμαλδεΐδη, πτητικές και ημιπτητικές ουσίες, οργανικές ενώσεις, διοξείδιο του άνθρακα, μονοξείδιο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, όζον, διάφορες οσμές.
3. Βιολογικοί παράγοντες: Η μούχλα και τα μεταβολικά της προϊόντα, μύκητες, μικρόβια.

Οι παράγοντες μόλυνσεως του αέρα των κτιρίων εκπέμπονται από μοκέτες (κυρίως συνθετικές), έπιπλα, ανθρώπους, όργανα, συστήματα αερισμού, δραστηριότητες του προσωπικού όπως το καθάρισμα, το κάπνισμα, το φαγητό κ.λ.π. Μολυσματικοί παράγοντες εισέρχονται και από το εξωτερικό περιβάλλον. Παρόλα αυτά πιστεύεται ότι ένας



αερισμός καλά σχεδιασμένος και με καλή λειτουργία μπορεί να αντιμετωπίσει επαρκώς αυτούς τους παράγοντες. Μεγάλη σημασία έχει επίσης η καλή συντήρηση των εγκαταστάσεων του κεντρικού κλιματισμού για την αποφυγή μόλυνσεων από μύκητες που αναπτύσσονται στους αγωγούς του κλιματισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΘΟΡΥΒΟΣ ΚΑΙ ΦΩΤΙΣΜΟΣ

10.1 ΘΟΡΥΒΟΣ

Θόρυβος καλείται η δυσάρεστη και ενοχλητική ακουστική αίσθηση, που αποτελείται από μη αρμονικούς ήχους. Έτσι, οι ήχοι που παράγονται σε συμφωνία καταλήγουν σε ευχάριστη μελωδία, ενώ οι ίδιοι ήχοι όταν παράγονται σε παραφωνία προκαλούν δυσαρέσκεια και εκνευρισμό. Ένας ήχος ευχάριστος μπορεί να γίνει δυσάρεστος και να χαρακτηριστεί σαν θόρυβος, κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Κατά τον νόμο του Weber Fechner, αύξηση εντάσεως ηχητικής πηγής κατά γεωμετρική πρόοδο, προκαλεί αύξηση της εντάσεως της ακοής κατά αριθμητική πρόοδο. Το φαινόμενο αυτό βέβαια θεωρείται σαν ευεργετική αντίδραση του οργανισμού μας. Ο θόρυβος επιδρώντας στο ακουστικό όργανο προκαλεί κάματο του ακουστικού νεύρου. Ο κάματος του ακουστικού νεύρου χαρακτηρίζεται από την πρόσκαιρη ελάττωση της ικανότητας του ακουστικού οργάνου.

Στον άνθρωπο, ενώ δεν υπάρχουν αναφορές για εξασθένηση της ακοής που να οφείλονται σε χρήση χαμηλής και μέσης ταχύτητας εγλυφάνων, περιπτώσεις ακουστικής βλάβης έχουν αποδοθεί στην χρήση των οδοντογλυφάνων. Ακουστικές μελέτες αποκάλυψαν ορισμένα φαινόμενα, που σχετίζονται με τη χρήση αυτών των μηχανημάτων δηλαδή :

α) Ανεπιθύμητη δόνηση μπορεί να δημιουργηθεί από την περιστροφή των οδοντογλυφάνων.

β) Το τρόχισμα με τα νέα εγλύφανα μικρότερου μεγέθους (διαμέτρου 0,8 mm) μπορεί να αυξήσει το θόρυβο μέσα σ' ένα βασικό εύρος συχνοτήτων από 5.000 – 6.000 Hz.

γ) Όταν χρησιμοποιούνται φθαρμένα οδοντογλύφανα, η συχνότητα μπορεί να φτάσει τα 12.000 Hz, ενώ με μεγάλης διαμέτρου εγγλύφανα (1,5 mm ή μεγαλύτερα) ή με φθαρμένα οδοντογλύφανα η συχνότητα μπορεί να φθάσει μέχρι τα 25.000 Hz, με αρμονικές που βρίσκονται μέσα στο εύρος των υπερήχων.

Οι υπέρηχοι έχουν χημικές και βιολογικές επιδράσεις. Έτσι προκαλούν επιτάχυνση μερικών αντιδράσεων, πολυμερισμό των μορίων του αμύλου και της ζελατίνης, κατάτμηση των μικροοργανισμών και των ερυθρών αιμοσφαιρίων, πήξη των κολλοειδών διαλυμάτων κ.λ.π. Χρησιμοποιούνται για σπινθηρογραφήματα, φλεβογραφήματα κ.λ.π., σαν ήχο – ΗΚΔ, ηχο – ΕΚΓ, και στην ηχο – τομογραφία.

δ) Ένας μεγάλος βαθμός του θορύβου από τους υπερήχους απορροφάται από τον αέρα. Παρ' όλα αυτά οι υπέρηχοι προκαλούν βλάβες του πρόσθιου και του οπίσθιου λαβύρινθου π.χ. στους Οδοντίατρους το ηλεκτρικό οδοντογλύφανο, που λειτουργεί με πεπιεσμένο αέρα με 180.000 έως 300.000 στροφές το 1', προκαλεί μετά παρέλευση μερικών μηνών εμβοές των αυτιών και κάμψη της ακουστικής τους ικανότητας.

ε) Επειδή ο ήχος που παράγεται είναι γενικά χαμηλής έντασης, γύρω στα 75 db, είναι ασυνήθιστο να έχει βλαπτική επίδραση. Μπορούμε έτσι να συμπεράνουμε ότι η χρήση των οδοντογλυφάνων (στροβίλων) δε βλάπτει την ακοή, με την προϋπόθεση ότι χρησιμοποιούνται μικρής διαμέτρου εγλύφανα, και επίσης ότι ο οδοντίατρος παίρνει θέση (καθιστός ή όρθιος) αρκετά μακριά από το οδοντογλύφανο.

10.2 ΦΩΤΙΣΜΟΣ

Εάν το πεδίο επέμβασης δε φωτίζεται επαρκώς και ο γενικός φωτισμός του γύρω χώρου είναι πολύ υψηλής εντάσεως, ο οδοντίατρος μπορεί να υποφέρει από εστιακούς πονοκεφάλους και απώλεια οπτικής οξύτητας. Για να αποφευχθούν αυτά τα προβλήματα, πρέπει να τηρούνται οι παρακάτω φωτιστικές προδιαγραφές:

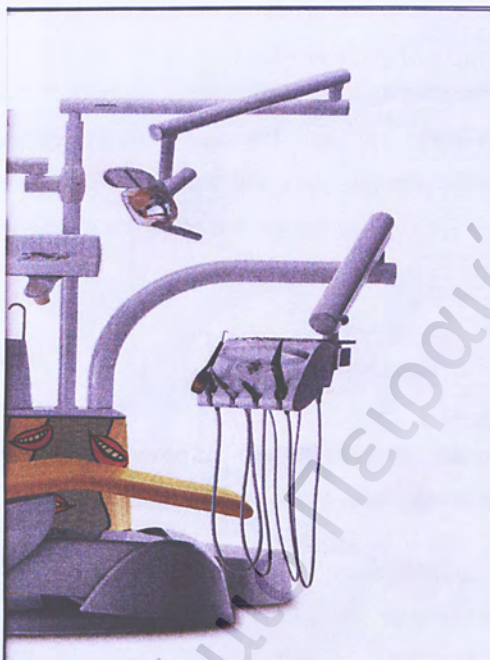


α) Η αναλογία μεταξύ του γενικού φωτισμού και αυτού του πεδίου επέμβασης πρέπει να είναι 1:4 και να είναι περίπου 5.000 – 8.000 Lux στο στόμα και περίπου 1.250 – 2.000 Lux στο ιατρείο.

β) Η αναλογία φωτισμού μεταξύ των διαφόρων θέσεων εργασίας και του ιατρείου πρέπει να είναι 1:10.

γ) Όλα τα λευκά ή εκθαμβωτικά αντικείμενα ή επιφάνειες (χρώμιο, μεταλλικά

εξαρτήματα), πρέπει να απομακρύνονται διότι προκαλούν ανακλαστική θάμβωση.



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΜΕΣΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Απαραίτητη για την προστασία των εργαζομένων σε οδοντιατρείο είναι η καλή ατομική υγιεινή και η κάλυψη των περισσότερο εκτεθειμένων τμημάτων του σώματος. Τα τμήματα αυτά που χρειάζονται προστασία στο χώρο παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης είναι το πρόσωπο, τα χέρια και ο κορμός του σώματος.

11.1 Προσωπο



Η προστασία του προσώπου επιτυγχάνεται με χρήση προσωπίδας ή με το συνδυασμό μάσκας και γυαλιών.

Αυτό είναι απαραίτητο επειδή υπάρχει κίνδυνος μεταφοράς μικροβίων από το ιατρείο στο σπίτι και αντίστροφα, μέσω των τριχών της κεφαλής και του προσώπου. Τα μαλλιά θα πρέπει να είναι ή μαζεμένα πίσω ή να καλύπτονται με καλύπτρα μιας χρήσης, για να προστατεύονται καλύτερα από τα εκτοξευόμενα σταγονίδια.

Η προσωπίδα είναι ένα προπέτασμα διαφανούς υλικού που συγκρατείται στα αυτιά ή στο σκελετό γυαλιών και προστατεύει ολόκληρο το πρόσωπο. Πλένεται έπειτα από κάθε ασθενή με σαπούνι και νερό κι αν λερωθεί με σταγονίδια αίματος ή σάλιου τότε απολυμαίνεται.

Τα γυαλιά μπορεί να είναι άχρωμα και προστατεύουν από μολύνσεις ή πορτοκαλί για να προστατεύουν από την υπεριώδη ακτινοβολία της συσκευής φωτο-πολυμερισμού. Όσο πιο μεγάλα είναι τόσο μεγαλύτερη επιφάνεια προστατεύουν.

Οι μάσκες είναι κατά κάποιο τρόπο φίλτρα συγκράτησης των μικροβίων. Προστατεύουν τη μύτη και το στόμα και πρέπει να εφάπτονται σε αυτά καλά. Το επίπεδο προστασίας

που παρέχουν στον Οδοντίατρο εξαρτάται από την ποσότητα των αερομεταφερόμενων σταγονιδίων, από το μέγεθος του μικροβίου που εκτοξεύεται στην επιφάνεια της μάσκας και από τη διαπερατότητα του υλικού κατασκευής της. Οι χειρουργικές μάσκες (πολλαπλά φίλτρα, διαφορετικής διαπερατότητας) έγιναν πολύ δημοφιλείς, ιδίως μετά την εξάπλωση του ιού SARS.

Η μάσκα πρέπει να έχει ένα αδιάβροχο στρώμα για να αποτρέπει την εφύγρανσή της είτε από την εκπνοή του Οδοντιάτρου, είτε από τα εκτοξευόμενα σταγονίδια. Αυτό γιατί η υγρασία ευνοεί τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων.

Σε πάσχοντες ασθενείς (π.χ. από φυματίωση), θα πρέπει να φοριούνται μάσκες που έχουν καλή περιφερική απόφραξη και φιλτράρουν μικρού μεγέθους βακτηρίδια και ιούς.

Τα πιο συνήθη προβλήματα από τη χρήση των μασκών είναι η αλλεργία στο δέρμα στην περιοχή των αυτιών από το λαστιχάκι συγκράτησης της μάσκας, ο ερεθισμός του δέρματος από τυχόν χρωστικές και το θάμπωμα των γυαλιών από την εκπνοή του αέρα.

Η μάσκα πρέπει να αλλάζεται μετά από κάθε ασθενή, σε κάθε εμφανή ρύπο (αίμα, σάλιο κ.α.), σε κάθε υγρασία που εμφανιστεί ή μετά από την πάροδο 1 ώρας χρήσης της.

11.2 ΚΟΡΜΟΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Επιβάλλεται στον Οδοντίατρο και στο λοιπό βοηθητικό προσωπικό να φοράει κατάλληλη περιβολή καθ' όλη τη διάρκεια της οδοντιατρικής πράξης.

Αυτή αποτελείται από μακριά ιατρική μπλούζα ως το γόνατο, κατά βάση βαμβακερή, ώστε να πλένεται στους 90° C για να απολυμαίνεται ή από παντελόνι και κοντή μπλούζα. Το μήκος της ιατρικής μπλούζας να είναι τέτοιο ώστε όταν κάθεται ο Οδοντίατρος να προστατεύονται οι μηροί. Επίσης τα παπούτσια πρέπει να είναι αναπαυτικά, ανατομικά, αντιολισθητικά και να φοριούνται μόνο στο χώρο του οδοντιατρείου (π.χ. τύπου σαμπό).

Το μήκος των μανικιών της ιατρικής μπλούζας πρέπει να είναι στο ύψος του αγκώνα ώστε το γυμνό αντιβράχιο να πλένεται σωστά.

Τέλος οι ιατρικές μπλούζες που φέρουν κουμπιά ή φερμουάρ θα πρέπει να είναι κλειστές, για να μην εκτίθενται τα ρούχα του Οδοντιάτρου σε κίνδυνο μόλυνσης.

11.3 ΧΕΡΙΑ

Στόχος της υγιεινής των χεριών είναι η μείωση του μικροβιακού τους φορτίου και ιδιαίτερα η μείωση των παθογόνων μικροβίων. Τα χέρια μπορούν να προστατευτούν με υγιεινή (καθαριότητα και απολύμανση) και με γάντια.

α) Πλύσιμο: Το πλύσιμο των χεριών είναι απαραίτητο και το πιο σημαντικό για τη μείωση του κινδύνου μετάδοσης μιας λοίμωξης σε ασθενείς και λοιπό βοηθητικό οδοντιατρικό προσωπικό. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να ελεγχθούν οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και να καταπολεμηθεί η διασπορά λοιμωδών νοσημάτων.

Το πλύσιμο με νερό και σαπούνι μειώνει ικανοποιητικά το μικροβιακό φορτίο των χεριών. Η χρήση αλκοολούχων προϊόντων μετά το πλύσιμο απολυμαίνει τα χέρια σε μέσο επίπεδο. Αν χρειάζεται παράταση της αντιμικροβιακής δράσης στην περίπτωση χειρουργικής επέμβασης, τότε γίνεται χρήση ειδικών αντιμικροβιακών σκευασμάτων.

β) Γάντια: Τα γάντια προστατεύουν τον Οδοντίατρο και το υπόλοιπο βοηθητικό προσωπικό από τη διασπορά λοιμώξεων και από τη χρήση χημικών. Χρησιμοποιούνται:

Αποστειρωμένα γάντια. Η χρήση τους γίνεται κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων.

Μη αποστειρωμένα γάντια. Η χρήση τους γίνεται κατά τη διάρκεια της απλής οδοντιατρικής εξέτασης.

Διπλά γάντια. Χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο μετάδοσης λοιμώξεων ή κατά τη διάρκεια εργασίας με μονομερές υλικό.



Η μόνη ασφαλής μέθοδος πρόληψης από τις μεταδοτικές ασθένειες είναι η χρήση γαντιών σε κάθε ασθενή και περίπτωση.

Υπάρχει όμως και αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης αλλεργίας ή δερματίτιδας ύστερα από

επαφή με μονομερές υλικό, ρητίνες, υδράργυρο, αρωματικά έλαια, οπότε πάλι επιβάλλεται η χρήση γαντιών. Μπορεί όμως και το ίδιο το υλικό των γαντιών να προκαλέσει ερεθισμό, έκζεμα ή αλλεργία, οπότε το δέρμα εμφανίζει μικροραγάδες οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης του Οδοντιάτρου ή λοιπού προσωπικού.

Τα γάντια πρέπει να ανταποκρίνονται στα standards που θέτει η Ευρωπαϊκή Ένωση και που έχουν ενσωματωθεί στην Ελληνική νομοθεσία. Παράλληλα θα πρέπει να είναι ποιοτικά, από καλό υλικό κατασκευής, άνετα στη χρήση και να έχουν καλή προσαρμογή στο χέρι.

Το υλικό κατασκευής τους μπορεί να είναι φυσικό ελαστικό (Latex), που είναι και το περισσότερο χρησιμοποιούμενο υλικό γαντιών, μεγάλης ελαστικότητας και αντοχής συνθετικό ελαστικό (νιτρίλιο), το οποίο έχει σχετικά καλή ελαστικότητα και δεν προκαλεί αλλεργία ή πλαστικό το οποίο υπερέχει στην υποαλλεργικότητα αλλά υστερεί σε ελαστικότητα.

Τα πλαστικά γάντια χρησιμοποιούνται ως γάντια εξέτασης ή κάτω από γάντια συνθετικού ελαστικού υλικού ώστε να μην προκαλείται αλλεργία και να υπάρχει μεγαλύτερη προστασία του Οδοντιάτρου.

Σχετικά με την σύγκριση των υλικών κατασκευής των γαντιών λίγες μελέτες έχουν γίνει σε οδοντιατρείο και έδειξαν ότι τα γάντια που δεν είναι Latex καταστρέφονται συχνότερα από τα Latex, από τις διάφορες χημικές ουσίες με τις οποίες έρχονται σε επαφή (ρητίνες, απολυμαντικά, συγκολλητικούς παράγοντες κ.α.). Άρα εξέθεταν αυτόν που τα φορούσε σε κίνδυνο.

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ

Οι αλλεργιογόνες πρωτεΐνες του Latex προσκολλώνται στα κοκκία της πούδρας που περιέχεται εντός των γαντιών και κατά τη στιγμή αφαίρεσής τους η πούδρα διαχέεται στον αέρα. Κατά συνέπεια, εκτός των χεριών ερεθίζονται τα μάτια, η μύτη, οι πνεύμονες και κατά συνέπεια έχουμε αντίστοιχα δακρύρροια, ρινίτιδα ή άσθμα. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αυξηθεί τα περιστατικά αλλεργίας στο Latex στην οδοντιατρική

κοινότητα.

Τέλος είναι πιθανόν τα γάντια να προκαλέσουν δύο τύπους αλλεργίας:

α). Αλλεργική δερματίτιδα ή β). Έκζεμα

Η αλλεργική δερματίτιδα είναι υπερευαισθησία σε καταλύτες και χημικά, που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή των γαντιών ή σε χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στην οδοντιατρική.

Στο έκζεμα το δέρμα είναι ξηρό, εμφανίζει ραγάδες και κνησμό, ακόμη και φυσαλίδες. Παρατηρείται στη ράχη των χεριών, στα δάκτυλα αλλά μπορεί και στο πρόσωπο.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

12.1 ΚΟΣΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ - ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ

Η φροντίδα υγείας αλλάζει ραγδαία σε όλα τα μέρη του κόσμου. Γίνεται πιο φιλόδοξη και πιο αποτελεσματική αλλά συγχρόνως και πιο ακριβή. Τις τελευταίες δεκαετίες η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και της ιατρικής τεχνολογίας προσφέρουν μεγάλες δυνατότητες για καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής αυξάνοντας συνακόλουθα τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των ανθρώπων για παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας. Ελάχιστοι ασθενείς θα δεχόντουσαν να καταβάλλουν κάποιο τίμημα για υγειονομικές παρεμβάσεις με άγνωστα αποτελέσματα και αντίστροφα να δεχτούν κάποιες με γνωστά και επιθυμητά αποτελέσματα χωρίς να γνωρίζουν το τίμημα που πρέπει να καταβάλλουν.

Το Κόστος μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι η νομισματική αξία των πόρων που χρησιμοποιούνται ή καταναλώνονται για να παραχθεί ή να διανεμηθεί ένα προϊόν ή μια υπηρεσία²⁴

Κάθε ιατρική πράξη έχει ένα κλινικό και ένα οικονομικό αποτέλεσμα. Το οικονομικό αποτέλεσμα ή κόστος της ιατρικής πράξης εξαρτάται από το πρώτο και μετράται συνήθως για μεγαλύτερη ευκολία και χρησιμότητα σε νομισματικές μονάδες.

Ως **κόστος υπηρεσιών υγείας** εννοούμε το σύνολο των δαπανών που έχουν σχέση με την παραγωγή και την προσφορά μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας και παρέχονται στον ιδιαίτερο χώρο μιας μονάδας υγείας. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών υγείας είναι ότι η παραγωγή και η κατανάλωση μιας υπηρεσίας υγείας γίνεται ταυτόχρονα, σε αντίθεση με άλλες επιχειρήσεις παραγωγής αγαθών όπου από την παραγωγή μέχρι την κατανάλωση μεσολαβεί πάντα ένα εύλογο χρονικό διάστημα. Αυτό δημιουργεί ιδιαίτερες απαιτήσεις ως προς την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

²⁴ Γ. Βενιέρης, Λογιστική Κόστους, 1986

Στο σύστημα υπηρεσιών υγείας οι πόροι που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν το ανθρώπινο δυναμικό, τα αναλώσιμα, τον βασικό εξοπλισμό, το κεφαλαιουχικό κόστος και το κόστος των υποστηρικτικών λειτουργιών²⁵. Οι πόροι αυτοί, δηλ. οι εισροές του συστήματος, με την χρησιμοποίηση διαφόρων υπηρεσιών (π.χ. εργαστηριακές εξετάσεις, ιατρικές επισκέψεις, εγχειρήσεις κλπ.) παράγουν πρόληψη και θεραπείες οι οποίες είναι οι εκροές του συστήματος. Συνεπώς οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας, όπως αυτή της ιατρικής επίσκεψης, μπορούν να θεωρηθούν ως ενδιάμεσα αγαθά, τα οποία καταναλώνουν βασικούς πόρους και με τη σειρά τους παράγουν την τελική εκροή του συστήματος, που είναι η πρόληψη ή και η θεραπεία.

Η **κοστολόγηση** είναι μία διαδικασία η οποία δεν μπορεί να τυποποιηθεί με απόλυτο τρόπο. Πρέπει, σε κάθε περίπτωση, να ορίζονται οι παραδοχές κάτω από τις οποίες αυτή πραγματοποιείται. Ο προσδιορισμός του έμμεσου κόστους της οικονομικής προσέγγισης είναι ένα ιδιαίτερα ασαφές και δύσκολο εγχείρημα, το οποίο, επιπλέον, έχει έντονα υποκειμενικό χαρακτήρα. Η λογιστική προσέγγιση είναι στενότερη από την οικονομική, αλλά σαφέστερα προσδιορίσιμη. Επιπλέον, εκφράζει την έννοια του κόστους από την οπτική γωνία που μπορεί να βλέπει ο διαχειριστής του προϋπολογισμού του κάθε φορέα (ιδιωτικού ή δημόσιου) το αναμενόμενο κάθε φορά στόχο ή αποτέλεσμα.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία²⁶ για τον καθορισμό του κόστους μιας υπηρεσίας φροντίδας υγείας, πρέπει να καθορισθούν τα συστατικά μέρη, οι εισροές. Δηλαδή, να προσδιοριστούν οι πόροι που καταναλώνονται, η μονάδα μέτρησης του κόστους τους και η βάση υπολογισμού του κόστους κατανάλωσής τους.

Σ' αυτό το σημείο είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι ο καθορισμός αυτός εξαρτάται από την οπτική γωνία κάτω από την οποία γίνεται η ανάλυση. Διαφορετικά αντιλαμβάνεται την έννοια του κόστους η διοίκηση ενός κέντρου (ιδιωτικού), από ένα ιδιώτη ιατρό ή από τη διοίκηση ενός Νοσοκομείου Ένα στοιχείο μπορεί να αντιπροσωπεύει κόστος κάτω από μια οπτική γωνία και όχι κάτω από μια άλλη οπτική. Για παράδειγμα, η μετάβαση του εξεταζόμενου στο χώρο εξέτασης, ιδιαίτερα όταν λόγω

²⁵ (Μ. Γείτονα-Α. Λεφτάκης, «Cost Analysis & Estimation of thoracic surgical patients with lung cancer in Greece: the case of Sotiria ICU, 2001 Harcourt Publishers Ltd.)

²⁶ (Finkler S., Ward D., "Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations", 1999)

απόστασης απαιτεί μεταφορικό μέσο, έχει κόστος για τον εξεταζόμενο αλλά δεν αντιπροσωπεύει κόστος π.χ. για τον ιατρό.

Επίσης πρέπει να μετρηθούν οι μονάδες κάθε πόρου οι οποίες καταναλώνονται ανά μονάδα εκροής. Είναι χρήσιμο να μετρηθούν και να αναφερθούν οι μονάδες των πόρων που καταναλώθηκαν, ξεχωριστά από τη μετατροπή τους σε νομισματικές αξίες. Στη συνέχεια πρέπει να καθορισθούν οι νομισματικές αξίες των μονάδων κάθε πόρου που καταναλώθηκαν για την παραγωγή της συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας.

Σε ότι αφορά τώρα τις προσεγγίσεις μέσω των οποίων προσδιορίζεται το κόστος των υπηρεσιών υγείας, και με παράδειγμα την υπηρεσία της ιατρικής επίσκεψης, διακρίνουμε δύο προσεγγίσεις:

Οικονομική προσέγγιση: το κόστος διακρίνεται σε *άμεσο* και *έμμεσο*. Το άμεσο διακρίνεται σε ιατρικό και μη ιατρικό. Το άμεσο ιατρικό κόστος περιλαμβάνει τις υπηρεσίες οι οποίες χρησιμοποιούνται για την ιατρική επίσκεψη καθεαυτή. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν τη δαπάνη για το ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό καθώς επίσης και τη δαπάνη για αναλώσιμα και συντήρηση -μόνο όσο αφορά τα μηχανήματα και τα υλικά τα οποία χρησιμοποιούνται στην επίσκεψη. Στο άμεσο ιατρικό κόστος περιλαμβάνεται επίσης και η απόσβεση των μηχανημάτων ή εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την πραγματοποίηση ιατρικής πράξης κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, το κεφαλαιουχικό κόστος, οι διοικητικές δαπάνες (για μισθοδοσία και υλικά) και το κόστος των υποστηρικτικών λειτουργιών (overheads).

Στο άμεσο μη ιατρικό κόστος περιλαμβάνονται οι δαπάνες που πραγματοποιεί ο ίδιος ο ασθενής (ιδιωτικές δαπάνες). Τέλος, το έμμεσο κόστος αφορά, όπως αναφέρθηκε, την απώλεια παραγωγικότητας, το κοινωνικό κόστος και το αόρατο κόστος²⁷

Λογιστική προσέγγιση: το κόστος διακρίνεται σε *άμεσο* και *έμμεσο*. Το άμεσο περιλαμβάνει το προσωπικό, τα αναλώσιμα, την απόσβεση του βασικού εξοπλισμού και τη συντήρησή του. Το έμμεσο περιλαμβάνει, όπως αναφέρθηκε, το κεφαλαιουχικό κόστος και το κόστος υποστηρικτικών λειτουργιών. Το ποια προσέγγιση θα επιλεγεί έχει να κάνει με την απόφασή μας, όπως αναφέρθηκε, σχετικά με την οπτική γωνία από την

²⁷(Getzen T., Health Economics, 1997)

οποία θα μετρήσουμε το κόστος. Συχνά όσοι συμμετέχουν στο σύστημα υγείας έχουν αντικρουόμενα συμφέροντα και προσεγγίζουν το κόστος διαφορετικά. Πολλές εντάσεις στην πολιτική υγείας δημιουργούνται από την διαφορετική οπτική γωνία των μετόχων, που μπορεί να είναι ο ασθενής, η οικογένειά του, το νοσοκομείο, το ιατρικό προσωπικό, το ταμείο ασφάλισης, το κράτος. Π.χ. ο ασθενής ενδιαφέρεται περισσότερο για τα δικά του προσωπικά έξοδα, τον χρόνο που σπαταλά, τις δυσκολίες και τον πόνο που νιώθει. Η οικογένεια του ασθενή επιβαρύνεται με την απώλεια χρόνου, εξόδων μετακίνησης αλλά φέρει και το βάρος του ψυχολογικού κόστους. Ο χρόνος που χάνουν οι ασθενείς προκειμένου να μπορέσουν να επισκεφθούν έναν ιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου και η ταλαιπωρία που υφίστανται από αυτήν την αναμονή πολλές φορές δημιουργούν τις απαραίτητες συνθήκες ώστε να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Το ιατρικό προσωπικό, εξαιτίας της ιδιαίτερης θέσης που κατέχει στον χώρο της υγείας, όχι μόνο αγνοεί την έννοια του κόστους αλλά την θεωρεί αρμοδιότητα τρίτων. Ο ιατρός προκαλεί μία σειρά από παρεπόμενα της ιατρικής επίσκεψης κόστη είτε άμεσα με την αλόγιστη χορήγηση φαρμάκων είτε έμμεσα παραγγέλλοντας μία σειρά από μη απαραίτητες ιατρικές πράξεις. Το Ταμείο Ασφάλισης, από την μεριά του, όσο οι αμοιβές του προσωπικού που απασχολεί διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα και το κράτος καλύπτει τα τυχόν ελλείμματα του κλάδου υγείας του, δεν εγείρει καμία αξίωση για τον περιορισμό του κόστους. Τέλος η κοινωνία και το κράτος ενδιαφέρονται για τις αυξημένες δαπάνες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) όσον αφορά τα αποτελέσματά τους στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού αλλά και των θεμάτων που άπτονται της απώλειας παραγωγικότητας και δευτερευουσών παρενεργειών.

Συμπερασματικά λοιπόν, η οικονομική προσέγγιση είναι η ευρύτερη: εκφράζει την έννοια του κόστους και από την οπτική γωνία του χρήστη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και της κοινωνίας γενικότερα. Η λογιστική προσέγγιση εκφράζει την έννοια του κόστους από την οπτική γωνία του διαχειριστή ενός προϋπολογισμού – του οδοντιάτρου - που εξετάζουμε επί παραδείγματι.

Ένα από τα σημαντικότερα θέματα, τα οποία συνήθως αναδύονται στη διαδικασία της κοστολόγησης, είναι αυτό που αφορά τον τρόπο με τον οποίο θα αποτιμηθεί το έμμεσο κόστος, όπως αυτό ορίστηκε προηγουμένως σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι είναι σημαντικό να μην περιορίζεται η κοστολογική ανάλυση στις δαπάνες. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι πόροι οι οποίοι καταναλώνονται

και των οποίων η κατανάλωση δεν εκφράζεται σε τιμές αγοράς. Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας οι βασικοί πόροι, οι οποίοι ενώ καταναλώνονται δεν εκφράζονται σε τιμές αγοράς, όπως είναι ο χαμένος χρόνος του ασθενή και της οικογένειάς του (leisure time)²⁸ Π.χ. στην περίπτωση της κοστολόγησης της ιατρικής επίσκεψης πρέπει να εκτιμηθεί ο χαμένος χρόνος των εξεταζόμενων, καθώς και των πιθανών συνοδών τους, κατά τη μετάβαση από τον τόπο κατοικίας στον τόπο της εξέτασης.

Ο ορισμός νομισματικής αξίας για το χαμένο χρόνο είναι ένα δύσκολο εγχείρημα. Θα μπορούσε να οριστεί με βάση το μέσο ή το κατώτερο ημερομίσθιο, τα οποία μπορούν να θεωρηθούν ικανοποιητικοί δείκτες του κόστους ευκαιρίας. Στη συνέχεια θα πρέπει να εξετασθεί το στοιχείο του από πόσο μακρινές περιοχές από το σημείο της εξέτασης προέρχονται οι εξεταζόμενοι και ποιο ποσοστό από αυτούς συνοδεύεται από συγγενικό πρόσωπο, ώστε να εκτιμηθεί η μέση διάρκεια χαμένου χρόνου.

Λόγω λοιπόν των προφανών δυσχερειών στη συλλογή των στοιχείων και του έντονα υποκειμενικού χαρακτήρα της νομισματικής αποτίμησης του χαμένου χρόνου, η πιο συνηθισμένη πρακτική, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι να μην κοστολογείται ο χαμένος χρόνος στη βασική ανάλυση κόστους.

Ειδικά όσον αφορά στην ιατρική επίσκεψη, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί και η μέση χρονική διάρκεια της αναμονής, από την στιγμή της εκφρασμένης ανάγκης για ιατρική επίσκεψη έως την πραγματοποίησή της καθώς και οι επιπτώσεις αυτής της αναμονής στην υγεία του ασθενούς. Σ' αυτό το σημείο επανέρχεται το κρίσιμο ζήτημα της οπτικής γωνίας κάτω από την οποία εξετάζεται το κόστος. Επιπλέον, ζητήματα όπως ο χρόνος αναμονής, αφορούν μάλλον την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών παρά την κοστολόγησή τους αυτή κάθεαυτή, τουλάχιστον κάτω από την οπτική γωνία του διαχειριστή ενός Οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας. Εξάλλου, η διαθεσιμότητα κάθε πόρου έχει δύο όψεις, την ποσοτική και την ποιοτική. Η κοστολογική ανάλυση εξετάζει βασικά την ποσοτική όψη της διαθεσιμότητας των πόρων.

Πιο Αναλυτικά στην περίπτωση της κοστολόγησης θα πρέπει αρχικά να ορίζονται:

²⁸(Drummond M. et al, 1996).

- **Φορέας κόστους (cost objective):** Το αντικείμενο ως προς το οποίο γίνεται η συγκέντρωση του κόστους. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, φορέας κόστους μπορεί να είναι ο ασθενής, μία ομάδα ασθενών, η ιατρική επίσκεψη, μία εγχείριση, ένα νοσοκομειακό τμήμα, ένα μηχάνημα ιατρικής απεικόνισης κλπ.
- **Το Κέντρο κόστους (cost center):** Το τμήμα ως προς το οποίο γίνεται η συγκέντρωση του κόστους. Το κέντρο κόστους επιβαρύνεται με κόστος ή είναι αιτία δημιουργίας κόστους. Η επιβάρυνση ενός κέντρου κόστους πρέπει να γίνεται με τις δαπάνες οι οποίες είναι σχετικές με αυτό. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας κέντρα κόστους μπορεί να είναι μία κλινική ενός νοσοκομείου, ένα εργαστήριο, ένα χειρουργείο, ένα ιατρείο ειδικότητας κλπ.²⁹ και στη συνέχεια να τίθενται τα σωστά κριτήρια διαχωρισμού του κόστους.

12.1.1 Κριτήρια Διαχωρισμού Κόστους

12.1.1.1 Αιτία ύπαρξης του κόστους

Άμεσο κόστος (direct cost) - (λογιστική προσέγγιση): Άμεσο κόστος είναι αυτό που δημιουργείται λόγω της ύπαρξης του αντικείμενου του (προϊόντος ή υπηρεσίας), γίνεται αποκλειστικά γι αυτό, ενσωματώνεται σε αυτό, μπορεί να διακριθεί πάνω σε αυτό και αποτελεί σημαντικό μέρος του κόστους της συνολικής εργασίας που θα χρειαστεί για την παραγωγή του. Π.χ. το άμεσο κόστος μιας εργαστηριακής εξέτασης περιλαμβάνει το κόστος της άμεσης εργασίας ως προς τη συγκεκριμένη εξέταση (μισθοί, ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη των εργαζομένων που εμπλέκονται στη διεξαγωγή της συγκεκριμένης εξέτασης), αναλώσιμα υλικά, αντιδραστήρια και φάρμακα που αναλώθηκαν προκειμένου να πραγματοποιηθεί η εξέταση, απόσβεση των μηχανημάτων που χρησιμοποιούνται κατά την διεξαγωγή της εξέτασης κλπ³⁰

Άμεσο κόστος (direct cost) – (οικονομική προσέγγιση): Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση, την οποία χρησιμοποιούμε κυρίως στην κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, υπάρχει το άμεσο ιατρικό κόστος (direct medical cost) και το άμεσο μη ιατρικό κόστος (direct no medical cost). Το άμεσο ιατρικό κόστος είναι το

²⁹(Σάνδρα Κοέν-Μαρία Κωλέτση, Σημειώσεις Λογιστικής Κόστους, ΟΠΑ 2002).

³⁰(Γ. Βενιέρης, Λογιστική Κόστους, 1986)

κόστος με το οποίο επιβαρύνεται το σύστημα υγείας. Περιλαμβάνει δαπάνες για πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση (π.χ. αμοιβές ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού, αναλώσιμα, φάρμακα, διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, νοσήλια κλπ.), έρευνα, εκπαίδευση καθώς και δαπάνες για επένδυση κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις. Το άμεσο μη ιατρικό κόστος περιλαμβάνει δαπάνες που πραγματοποιεί ο ίδιος ο ασθενής (ιδιωτικές δαπάνες) για την αντιμετώπιση της νόσου (π.χ. αποκλειστική νοσοκόμα, συμμετοχή στα φάρμακα, άτυπη αμοιβή ιατρού, μεταφορικά έξοδα κλπ.) (Α. Καρόκης, Διδακτικές Σημειώσεις ΕΣΔΔ, 2002)

Έμμεσο κόστος (indirect cost) – (λογιστική προσέγγιση): Έμμεσο είναι οποιοδήποτε κόστος δεν είναι άμεσο, δηλαδή η ύπαρξή του δεν εξαρτάται μόνο από τον φορέα του κόστους και άρα μπορεί να επιμερισθεί και να επιβαρύνει περισσότερους φορείς κόστους.³¹ Π.χ. οι γενικές υποστηρικτικές λειτουργίες (overhead costs) και το κεφαλαιουχικό κόστος αφορούν την κατανάλωση πόρων για τη διανομή υπηρεσιών σε όλη την μονάδα υγείας και όχι μεμονωμένα στα επιμέρους τμήματα ή στις επιμέρους ιατρικές πράξεις. Επομένως πρέπει να γίνει επιμερισμός του κόστους χρησιμοποίησής τους στα επιμέρους τμήματα ή υπηρεσίες. Η κατανάλωση ρεύματος, το ενοίκιο και η υπηρεσία καθαριότητας είναι παραδείγματα υποστηρικτικών λειτουργιών. Το κεφαλαιουχικό κόστος αναφέρεται στο κόστος των παγίων (γη, κτίρια, μηχανήματα υποστήριξης, έπιπλα κλπ.). Σημειώνεται ότι στην οικονομική προσέγγιση το έμμεσο κόστος της λογιστικής προσέγγισης ανήκει στο άμεσο κόστος.

Έμμεσο κόστος (indirect cost) – (οικονομική προσέγγιση): Το έμμεσο κόστος, σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση, αντανακλά την αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που θα μπορούσαν να παραχθούν από το άτομο εάν αυτό δεν είχε αρρωστήσει ή δεν είχε ανάγκη ιατρικής, προληπτικής ή θεραπευτικής, εξέτασης. Περιλαμβάνει την απώλεια παραγωγής, την προερχόμενη από την ασθένεια, την ανικανότητα ή και τον θάνατο. Το κόστος νοσηρότητας και ανικανότητας προκύπτει από την απώλεια εισοδήματος από τις χαμένες ημέρες εργασίας. Σ' αυτό το κόστος δεν υπολογίζονται τυχόν μεταβιβαστικές πληρωμές που εισπράττει ο ασθενής από το ασφαλιστικό του ταμείο. Στην ευρεία έννοια του έμμεσου κόστους εμπίπτει και το κοινωνικό κόστος, το οποίο επέρχεται στην κοινωνία, στους ίδιους τους ασθενείς και στο κοινωνικό και

³¹(Γ. Βενιέρης, Λογιστική Κόστους, 1986)

οικογενειακό τους περιβάλλον. Αφορά κυρίως την απώλεια χρόνου και εισοδήματος των συγγενών και φίλων του ασθενούς, την προερχόμενη από την απουσία τους από την εργασία και τις άλλες δραστηριότητές τους όταν τον περιθάλπουν ή τον συνοδεύουν σε μία ιατρική επίσκεψη ή εξέταση. Τέλος, στη συνολική εκτίμηση του κόστους πρέπει να προσμετράται και το αόρατο ή κρυφό κόστος (intangible cost), το οποίο οφείλεται στα προκαλούμενα από την αρρώστια πόνο και δυσανεξία, στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και στις κοινωνικές, ψυχολογικές και ηθικές επιπτώσεις της αρρώστιας στους ίδιους τους ασθενείς αλλά και στον οικογενειακό και κοινωνικό τους περίγυρο³².

Κοινά κόστη (joint costs): Είναι τα κόστη που απαιτούνται για περισσότερες από μία διαφορετικές εκροές.

12.1.1.2 Μονάδα μέτρησης του κόστους³³.

Συνολικό κόστος (full cost): Είναι το άθροισμα του άμεσου και του έμμεσου κόστους. Ονομάζεται και πλήρες κόστος. Περιλαμβάνει όλους τους συντελεστές του κόστους που απαιτούνται για να παραχθεί μια μονάδα προϊόντος ή μία υπηρεσία.

Μέσο κόστος (average cost): Εκφράζει τους πόρους οι οποίοι καταναλώνονται ανά μονάδα εκροής. Είναι το πηλίκο του συνολικού κόστους δια του αριθμού των παραγόμενων μονάδων ή υπηρεσιών.

Οριακό κόστος (marginal cost): Εκφράζει την μεταβολή που επέρχεται στο κόστος από την παραγωγή μίας πρόσθετης ή μίας λιγότερης μονάδας εκροής. Είναι ο λόγος της μεταβολής του συνολικού κόστους δια της μεταβολής του αριθμού των εκροών.

12.1.1.3 Συσχέτιση του κόστους με τις μεταβολές του όγκου παραγωγής³⁴

Σταθερό κόστος (fixed cost): Είναι το κόστος το οποίο δεν μεταβάλλεται στο σύνολό του σε σχέση με τον όγκο των εκροών, αλλά μεταβάλλεται ανά μονάδα προϊόντος αντίστροφα με τις μεταβολές του όγκου των εκροών. Π.χ. το κόστος του ενοικίου ή η

³²(Γ. Κυριόπουλος, Μ. Γείτονα, Μ. Σκουρολιάκου, Φαρμακοοικονομία - Αρχές & Μέθοδοι Αξιολόγησης, 1996).

³³(Finkler S., Ward D., "Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations", 1999)

³⁴(Σάνδρα Κοέν-Μαρία Κωλέτση, Σημειώσεις Λογιστικής Κόστους, ΟΠΑ 2002).

μισθοδοσία του προσωπικού μιας μονάδας υγείας είναι σταθερό κόστος και δεν μεταβάλλεται στο σύνολό του ανάλογα με τις ιατρικές επισκέψεις που πραγματοποιούνται στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας. Εάν όμως οι ιατρικές επισκέψεις αυξηθούν, το κόστος του ενοικίου ή της μισθοδοσίας θα μειωθεί ανά ιατρική επίσκεψη, ενώ αντίθετα εάν οι ιατρικές επισκέψεις μειωθούν, το κόστος του ενοικίου ή της μισθοδοσίας ανά επίσκεψη θα αυξηθεί. Πρέπει να σημειωθεί ότι το σταθερό κόστος θεωρείται σταθερό πάντα σε σχέση με μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, αφού μακροπρόθεσμα όλα τα κόστη είναι μεταβλητά. Χρησιμοποιώντας το παράδειγμα του ενοικίου, το τελευταίο μπορεί να είναι σταθερό για ένα έτος, αλλά εάν κάθε χρόνο μεταβάλλεται, τότε εξελίσσεται σε μεταβλητό κόστος.

Μεταβλητό κόστος (variable cost): Μεταβλητό είναι το κόστος το οποίο παραμένει αμετάβλητο ανά μονάδα προϊόντος αλλά μεταβάλλεται ευθέως στο σύνολό του με τις μεταβολές του όγκου των εκροών. Παραδείγματα μεταβλητού κόστους είναι τα φάρμακα που χορηγούνται, τα αναλώσιμα υλικά κλπ.. Όταν αυξάνει ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετούνται από τη μονάδα υγείας, το συνολικό κόστος των φαρμάκων και των αναλωσίμων αυξάνεται ενώ το κόστος ανά ασθενή παραμένει σταθερό. Επομένως κάθε μεταβολή της παραγωγικής διαδικασίας μεταβάλλει το συνολικό μεταβλητό κόστος αλλά όχι το μεταβλητό κόστος ανά μονάδα προϊόντος.

Σημειώνεται ότι:

- Το συνολικό κόστος, που αναφέρθηκε παραπάνω, αποτελεί ταυτοχρόνως το άθροισμα του σταθερού και του μεταβλητού κόστους και το άθροισμα του άμεσου και του έμμεσου κόστους.
- Το άμεσο κόστος είναι από τη φύση του πάντα μεταβλητό, ενώ το έμμεσο κόστος μπορεί να είναι, ανάλογα με την περίπτωση, σταθερό ή μεταβλητό.
- Μεσοπρόθεσμα οι αποφάσεις της διοίκησης ενός Οργανισμού λαμβάνονται με βάση το μέσο κόστος. Βραχυπρόθεσμα με βάση το μεταβλητό κόστος, αφού για να δούμε εάν πρέπει να αυξήσουμε την παραγωγική δραστηριότητα ενός Οργανισμού πρέπει να μετρήσουμε το μεταβλητό κόστος.

Πρέπει να επισημανθεί ότι το κόστος δεν θα πρέπει να συγχέεται:

- Με την τιμή. Η τιμή αναφέρεται στο χρηματικό ποσό το οποίο ζητείται από τον πελάτη-χρήστη της υπηρεσίας. Μια επιχείρηση, για παράδειγμα, στην τιμή την οποία χρεώνει για τη χρήση μιας υπηρεσίας περιλαμβάνει και το αναμενόμενο γι' αυτήν κέρδος (βέβαια, κάτω από την οπτική του πελάτη-χρήστη το κόστος ταυτίζεται με την τιμή).
- Με την πληρωμή. Ειδικά όσο αφορά τις υπηρεσίες υγείας, είναι συνηθισμένο να υπάρχει πληρωμή από τρίτο μέρος (κράτος ή ταμείο). Είναι λάθος να θεωρηθεί ότι μια προνοιακή παροχή, για παράδειγμα, είναι δίχως κόστος.
- Με χρηματική ροή. Για παράδειγμα, εάν αρχίσει να παρέχεται μια καινούργια υπηρεσία δίχως αύξηση του ήδη υπάρχοντος προσωπικού, είναι λάθος να θεωρηθεί ότι η υπηρεσία αυτή δεν έχει εργατικό κόστος, παρόλο που η μισθοδοσία πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας παραμένει η ίδια.

12.1.2 Συστήματα – Μέθοδοι Κοστολόγησης

Υπάρχουν τρία διαφορετικά συστήματα κοστολόγησης προϊόντος ή υπηρεσίας, όσον αφορά τη συλλογή, επεξεργασία και παρουσίαση των λογιστικών στοιχείων κόστους. Τα συστήματα αυτά είναι:

- 1) Το *σύστημα κοστολόγησης κατά έργο ή εξειδικευμένη παραγγελία* (job order costing), όπου κοστολογούνται ξεχωριστά οι επιμέρους μονάδες υπηρεσιών ή προϊόντων που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή του τελικού προϊόντος ή υπηρεσίας³⁵. Κάθε προϊόν ή υπηρεσία κοστολογείται μεμονωμένα επειδή είναι διαφορετικά από τα άλλα και κατά συνέπεια έχει διαφορετικό κόστος. Παράδειγμα τέτοιου συστήματος κοστολόγησης από τον χώρο της υγείας θα μπορούσε να είναι η ξεχωριστή κοστολόγηση της εγχείρησης ανοιχτής καρδιάς από την εγχείρηση αμυγδαλών. Σ' αυτή την περίπτωση δεν κοστολογούμε γενικά την εγχείρηση αλλά ειδικά τα διαφορετικά είδη εγχειρήσεων. Μία τέτοια μέθοδος κοστολόγησης απαιτεί λεπτομερή και ακριβή πληροφόρηση, κάτι το οποίο αποτελεί δύσκολο εγχείρημα για το δημόσιο χώρο της υγείας στην Ελλάδα.

³⁵(Finkler S., Ward D., "Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations", 1999)

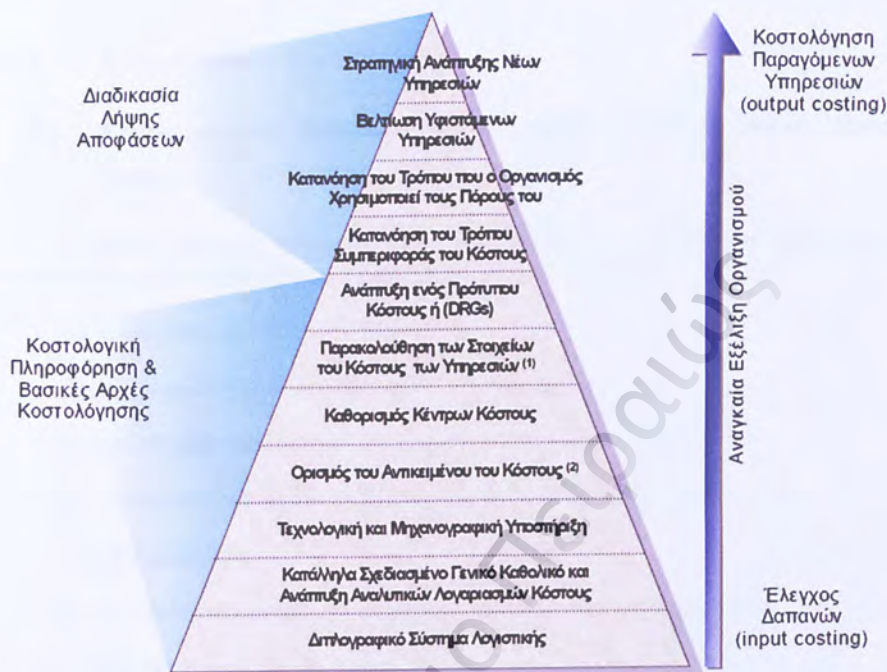
- 2) Το **σύστημα κοστολόγησης με βάση τις διαδικασίες** (process costing), όπου όλα τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες που παράγονται σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κοστολογούνται ενιαία. Χρησιμοποιείται όταν οι εισροές για την παραγωγή διαφορετικών εκροών είναι περίπου οι ίδιες. Η κοστολόγηση με βάση τις διαδικασίες ομαδοποιεί το κόστος, δίνοντας πιο αξιόπιστο μέσο όρο και αποτελεί το λιγότερο δαπανηρό και γραφειοκρατικό σύστημα³⁶.
- 3) Το **σύστημα κοστολόγησης με βάση τις δραστηριότητες** (activity based costing – ABC), το οποίο απεικονίζει την επιχείρηση ως σειρά από δραστηριότητες που συνδέονται με τις επιθυμίες του χρήστη και το κόστος. Είναι μία διαδικασία που μετρά το κόστος των δραστηριοτήτων του οργανισμού. Δίνει έμφαση στην ανάλυσή τους και στους συντελεστές του κόστους κάθε μιας από αυτές, βοηθά τον οργανισμό να αναγνωρίσει τις δραστηριότητες εκείνες που δίνουν μεγαλύτερη προστιθέμενη αξία στην διαδικασία παραγωγής του συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας και προωθεί τη συνεχή βελτίωση που απαιτείται στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών³⁷.

Τέλος, ανεξάρτητα από το ποια μέθοδος κοστολόγησης επιλέγεται κάθε φορά, υπάρχουν κάποιες βασικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν το Σύστημα Κοστολόγησης ενός Οργανισμού, ώστε αυτό να παρέχει πλήρη και λεπτομερειακή πληροφόρηση. Οι βασικές αυτές αρχές απεικονίζονται στο σχήμα που ακολουθεί σε μορφή πυραμίδας για να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι ένας οργανισμός θα πρέπει να πληροί ορισμένες βασικές αρχές κοστολόγησης ούτως ώστε να οδηγηθεί στο επόμενο στάδιο της κοστολογικής πληροφόρησης για την διαδικασία λήψης αποφάσεων.

³⁶ (Finkler S., Ward D., "Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations", 1999)

³⁷ (Schuneman P., Master the 'ABCs' of Activity-Based Costing, 1997)

Διάγραμμα 1
Βασικές Αρχές Ενός Συστήματος Κοστολόγησης



- (1) *Παρακολούθηση των Στοιχείων του Κόστους: Παρακολούθηση των Δαπανών του Οργανισμού σε Άμεσα Υλικά, Άμεση Εργασία και Γενικά Εξόδα.*
 (2) *Ορισμός Αντικειμένου Κόστους: Ορισμός της υπηρεσίας ή δραστηριότητας του Οργανισμού των οποίων το κόστος πρέπει να μετρηθεί.*

Σχήμα 12.1: Βασικές Αρχές ενός Συστήματος Κοστολόγησης

12.2 ΚΕΦΑΛΑΙΑ

Το ξεκίνημα ενός Ιδιωτικού Οδοντιατρείου είναι μια δύσκολη απόφαση, ειδικά αν δεν υπάρχει αρχικό κεφάλαιο και πρέπει να ξεκινήσουν όλα από την αρχή.

12.2.1 Κόστος Ίδρυσης

Το κόστος ίδρυσης του Ιδιωτικού Οδοντιατρείου υπολογίζεται σε 1.200 -1.500ευρώ περίπου και περιλαμβάνει την άδεια εξασκήσεως επαγγέλματος, την άδεια από την

Νομαρχία για τη λειτουργία του οδοντιατρείου, την εγγραφή στον οδοντιατρικό σύλλογο την αμοιβή του λογιστή και διάφορα απρόβλεπτα έξοδα.

12.2.2 Κόστος Χώρων Εγκατάστασης

12.2.2.1 Κόστος αγοράς εξοπλισμού οδοντιατρείου σε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το κόστος αγοράς σύγχρονου εξοπλισμού για την δημιουργία και λειτουργία οδοντιατρείου σε πρωτοβάθμια μονάδα υγείας εξαρτάται από:

- (α) τον εξοπλισμό του οδοντιατρείου
- (β) την τεχνολογία κατασκευής των μηχανημάτων
- (γ) την ύπαρξη εξειδικευμένων μηχανημάτων και συσκευών
- (δ) την προέλευση (χώρα κατασκευής) των μηχανημάτων και συσκευών
- (ε) την ποιότητα και ποσότητα των χρησιμοποιούμενων εργαλείων στην καθ' ημέραν οδοντιατρική πράξη.

Πίνακας 12

Ενδεικτικές τιμές κόστους αγοράς εξοπλισμού οδοντιατρείου σε πρωτοβάθμια μονάδα υγείας (δεν περιλαμβάνεται Φ.Π.Α. 19%)

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ | ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΤΙΜΗ |
|--|-----------------|
| Οδοντιατρικό μηχάνημα και οδοντιατρική έδρα με αεροσυμπιεστή (κομπρεσέρ), διαχωριστή λυμμάτων, χειρουργική αναρρόφηση, προβολέα φωτισμού, αεροσυδρσύριγγα, πτυελοδοχείο και χειριστήριο οδοντιάτρου και βοηθού | 14000 – 19100 € |
| Ευθεία χειρολαβή υψηλών ταχυτήτων (αερότορ) | 270 – 1100 € |
| Γωνιακή χειρολαβή χαμηλών ταχυτήτων (μικρομότορ) | 300 – 900 € |
| Συσκευή υπερήχων | 1000 – 1600 € |
| Συσκευή φωτοπολυμερισμού | 1100 – 1500 € |
| Ακτινογραφικό μηχάνημα (αναλογικό) | 2450 € |
| Εμφανιστήριο ακτινογραφιών | |
| Τροχήλατο κάθισμα οδοντιάτρου / βοηθού | 330 – 1350 € |
| Κλίβανος ξηράς θερμότητας | 2000 € |
| Κλίβανος υγράς θερμότητας (αυτόκαυστο) | 2000 – 5700 € |
| Εργαλειοθήκη με ενσωματωμένο νιπτήρα, ηλεκτροβαλβίδες, ποδοδιακόπτη και διανομέα σαπουνιού | 3500 – 4500 € |
| Διάφορα μικροεργαλεία (κάτοπτρα, ανιχνευτήρες, οδοντάγρες κλπ) | 3000 – 3500 € |
| Ενδοστοματική κάμερα | |

Πίνακας 12

Ενδεικτικές τιμές κόστους αγοράς εξοπλισμού για μικρό οδοντοτεχνικό εργαστήριο ενσωματωμένο στο οδοντιατρείο μιας πρωτοβάθμιας μονάδας υγείας (δεν περιλαμβάνεται Φ.Π.Α. 19%)

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ | ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΤΙΜΗ |
|--|-----------------|
| Πάγκος εργασίας με ενσωματωμένο νιπτήρα | 1500 € |
| Εργαστηριακό μοτέρ τροχισμού χαμηλών ταχυτήτων (μικρομότορ) με ευθεία εργαστηριακή χειρολαβή | 1500 € |
| Μηχάνημα στίλβωσης ακρυλικού | 1000 € |
| Μηχάνημα κατασκευής ναρθίκων υπό πίεση σε κενό | 1500 - 1800 € |
| Δονητής γύψου | 500 € |
| Χύτρα πολυμερισμού ακρυλικού υπό πίεση με θερμαντική πλάκα | 2000 € |
| Συλό γύψου | 250 € |
| Τροχήλατο κάθισμα | 330 € |

12.2.2.2 Κόστος Ενοικίασης

Το **συνολικό κόστος για την ενοικίαση** του Ιατρείου ανέρχεται συνολικά για τον πρώτο χρόνο στα 6.500,00 ευρώ πλέον χαρτοσήμου 3,6 % χωρίς καμία αναπροσαρμογή στο ενοίκιο για την πρώτη πενταετία λειτουργίας του Ιατρείου. Η αναπροσαρμογή του ενοικίου θα γίνεται μετά την πρώτη πενταετία και το καταβλητέο μίσθωμα θα αναπροσαρμόζεται κατά το ποσοστό που θα προκύπτει από την πρόσθεση τριών ποσοστιαίων μονάδων επιπλέον του ποσοστού μεταβολής του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή

του μήνα της αναπροσαρμογής σε σχέση με τον αντίστοιχο μήνα του προηγούμενου έτους (απλή δωδεκάμηνη μεταβολή), όπως αυτή υπολογίζεται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε), υπολογιζόμενης της αναπροσαρμογής αυτής πάντοτε επί του κατά το προηγούμενο έτος καταβαλλόμενου μισθώματος .

Σημειώνεται δε ότι για την τιμή του ενοικίου παίζει ρόλο η περιοχή που βρίσκεται, η χρονολογία κατασκευής της πολυκατοικίας ή των ενοικιαζόμενων γραφείων, καθώς επίσης και σε ποιον όροφο βρίσκεται το Ιατρείο

Κόστη για την διαμόρφωση όλων των χώρων (χωρίσματα, τυχόν μετατροπές, υδραυλικές και ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, μέτρα πυρόσβεσης – κλιματισμός χώρων, φυτά και λουλούδια) 5.000€

12.2.3 Μηχανήματα

Στη οργάνωση του Ιδιωτικού Οδοντιατρείου δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή του εξοπλισμού, όπως ήδη παρουσιάστηκε παραπάνω. Τα μηχανήματα που απαιτούνται και επιλέχθηκαν για την λειτουργία του κέντρου, καθώς και ενδεικτικά κόστη τους παρουσιάζονται στη συνέχεια.

12.2.3.1 Κοστολόγηση Μηχανημάτων

12.2.4 Κόστη Επίπλων και Σκευών

Ένα Ιδιωτικό Οδοντιατρείο θα πρέπει να διαθέτει κάποιο πρόσθετο εξοπλισμό και κάποια έπιπλα και σκευή, τόσο για τους εργαζόμενους, όσο και για τους εξεταζόμενους. Στον πίνακα καταγράφονται τα κυριότερα έπιπλα και σκευή που μπορεί να χρειασθούν, καθώς και ενδεικτικά τα κόστη τους

Πίνακας 12: Κόστος εξοπλισμού εξυπηρέτησης³⁸

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ | ΠΟΣΟΤΗΤΑ | ΑΞΙΑ ΣΕ ΕΥΡΩ |
|--|----------|-------------------------|
| Γραφείο 1,50cm | 1 | 400,00 |
| Καρτέκλα Ιατρών | 1 | 175,00 |
| Οδοντιατρικό μηχάνημα και οδοντιατρική έδρα (ασθενή) | 1 | 14.000,00-19.100,00 |
| Τροχήλατο κάθισμα | 1 | 330,00 |
| Φορητή συρταριέρα | 1 | 150,00 |
| Πάγκος Εργαστηρίου με συστάρια | 1 | 2.550,00 |
| Τριθέσιος καναπές | 1 | 1.900,00 |
| Διθέσιος καναπές | 1 | 1.027,00 |
| Πολυθρόνα | 2 | 705,00 |
| Θήκη για περιοδικά | 1 | 50,00 |
| Τραπέζι αναμονής μικρό | 1 | 450,00 |
| Βιβλιοθήκες συνθέσεις | 1 | 2.400,00 |
| Ομπρελοθήκη | 1 | 50,00 |
| Καλάθια αχρήστων | 1 | 10,00 |
| Καλόγερος (κρεμάστρα) | 1 | 60,00 |
| Τηλεφωνικό Συσκευή & τηλεφωνητής | 1 | 120,00 |
| Ηλεκτρονικός υπολογιστής TURBO –X Business | 1 | 1.200,00 |
| Εκτυπωτές HP PSC1610 All-W-One | 1 | 140,00 |
| <u>Σύνολο</u> | | <u>25.717,00</u> |

³⁸ Πηγή: Επιπλα SATO AE, Παπαποστόλου κέντρο ιατρικού εξοπλισμού Α.Ε, Υπολογιστές Πλαίσιο COMPUTERS ABEE-E-SHOP-GR, Προγράμματα H/Y Singular, Computer Logic AE

12.2.4.1 Λοιπά Αναλώσιμα

Πίνακας 12: Ενδεικτικά Κόστη λοιπών αναλώσιμων υλικών του Κέντρου³⁹

| ΕΙΔΟΣ ΥΛΙΚΟΥ | ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ | ΚΟΣΤΟΣ (EURO) |
|---------------------------------------|-------------|---------------------|
| Γάντια μιας χρήσης | 100 τεμάχια | 0,004/ζευγάρι |
| Σύριγγες 2,5 ml-60 ml | 100 τεμάχια | 0,05-0,27 / τεμάχιο |
| Βελόνες | 100 τεμάχια | 1,00 / τεμάχιο |
| Χαρτοσέντονο | 100 τεμάχια | 0,15 τεμάχιο |
| Υδροφίλο βαμβάκι | 1 κιλό | 2,10 / κιλό |
| Γάζα | 100 μέτρων | 0,15 / μέτρο |
| Αντισηπτικά πλύσης χεριών ιατρών | 1 λίτρον | 3,30 / λίτρο |
| Αντισηπτικά περιοχής δέρματος | 100 ml | 3,50 / 100 ml |
| Χειροπετσέτα A3 μιας χρήσης | κιβώτιο | 24,51/κιβώτιο |
| Χειροπετσέτα A4 μιας χρήσης | κιβώτιο | 14,33/κιβώτιο |
| Χαρτόκουτο αποβλήτων | 60 λίτρων | 0,97/λίτρο |
| Πλαστικό κουτί για βελόνες & σύριγγες | κουτί | 0,88/κουτί |

12.2.5 Κόστη Συντήρησης Μηχανημάτων και Συσκευών

Η συντήρηση ενός μηχανήματος όπως και οποιουδήποτε άλλου ιατρικού εξοπλισμού, συνήθως αναλαμβάνεται από τον πωλητή του μηχανήματος. Η ανάληψη αυτή γίνεται με βάση ένα ειδικό συμβόλαιο, το συμβόλαιο συντήρησης. Στην διαμόρφωση των όρων ενός συμβολαίου συντήρησης παίζει σημαντικό ρόλο το μέγεθος της εταιρείας που αγοράζει ή δανείζεται τον εξοπλισμό. Το συμβόλαιο συντήρησης υπογράφεται μεταξύ των δύο συμβαλλόμενων μερών, δηλ. της εταιρείας και του πελάτη Στο συμβόλαιο αυτό

³⁹ Πηγή: Παπαποστόλου κέντρο ιατρικού εξοπλισμού ΑΕ

υπάρχουν όροι, οι οποίοι εξασφαλίζουν για τον πελάτη την διατήρηση του μηχανήματος σε καλή κατάσταση και σε συνεχή λειτουργία. Ανάλογα με τους όρους, καθορίζεται στο συμβόλαιο και η αμοιβή του πωλητή - συντηρητή. Εκτός του συμβολαίου συντήρησης ενός μηχανήματος υπάρχει και το συμβόλαιο της τιμής κατά περίπτωση όπου ο πωλητής για κάθε περίπτωση χρησιμοποιεί τιμοκατάλογο με προκαθορισμένες τιμές χρέωσης της υπηρεσίας για κάθε ώρα που απασχολείται το τεχνικό προσωπικό του. Η τιμή κατά περίπτωση συνήθως επιλέγεται σε περιπτώσεις χρησιδανεισμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως επιλέγονται και οι δύο τρόποι συμβολαίων συνδυαστικά.

Οι συνηθισμένοι όροι ενός συμβολαίου συντήρησης είναι, περιληπτικά, οι εξής:

Η οριζόμενη αμοιβή της εταιρείας για την παροχή υπηρεσιών είναι από 10%-20% ετησίως της αξίας του μηχανήματος κατά το χρόνο πώλησης ή παραχώρησης η δε κατά έτος ανανέωση της επιβαρύνεται από την επίσημη αύξηση του τιμαρίθμου. Στην αμοιβή αυτή συμπεριλαμβάνεται το κόστος των ανταλλακτικών ή των αναλωσίμων ,συνήθως για το πρώτο έτος λειτουργίας των μηχανημάτων.

Οι υπηρεσίες που παρέχει η εταιρεία είναι συνήθως οι ακόλουθες:

α) Επί τόπου παροχή υπηρεσιών (από τεχνικό της εταιρείας) :

Εργασία για ολοκληρωτική αποκατάσταση βλαβών και αντικατάσταση υλικών. Παραλαβή, μεταφορά και επιστροφή για επισκευή μηχανημάτων που δεν είναι δυνατόν να συντηρηθούν επί τόπου.

β) Προληπτική συντήρηση: Καθαρισμός, ρύθμιση, έλεγχος καλής λειτουργίας και μετρήσεις των παραμέτρων λειτουργίας μια φορά ετησίως σύμφωνα με ένα πρόγραμμα και χωρίς να χρειασθεί ειδική ειδοποίηση από τον πελάτη.

Στο κόστος του συμβολαίου συντήρησης συνήθως δεν περιλαμβάνονται οι εξής υπηρεσίες:

α) Επισκευές μηχανημάτων για ζημιές που προκλήθηκαν από φυσικές καταστροφές, φωτιά ή πλημμύρα, κακή χρήση, συνθήκες περιβάλλοντος του χώρου εγκατάστασης που δεν ανταποκρίνονται στις προδιαγραφές του κατασκευαστή και οποιαδήποτε άλλη αιτία εκτός από τη συνηθισμένη χρήση.

β) Συντήρηση ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων απαραίτητων για τη σύνδεση των μηχανημάτων και συσκευών.

γ) Η αποκατάσταση βλαβών που προκλήθηκαν από ανταλλακτικά ή αναλώσιμα υλικά που δεν παρείχε η εταιρεία στον πελάτη.

Ο πελάτης πρέπει να δηλώσει τυχόν βλάβη του μηχανήματος με έγγραφη αίτηση μέσω φαξ ή επιστολής μεταξύ κάποιων συγκεκριμένων ωρών, συνήθως πρωινών, και η εταιρεία να τον εξυπηρετήσει μετά από την επίσημη ανακοίνωση μέσα στο διάστημα που έχει εξ' αρχής συμφωνηθεί (συνήθως 3 έως 4 εικοσιτετράωρα). Για κάθε ημέρα καθυστέρησης αποκατάστασης της βλάβης ο πελάτης μπορεί να επιβάλλει στην εταιρεία που συντηρεί το μηχάνημα ημερήσια ποινική ρήτρα.

Υπάρχει η δυνατότητα σε τέτοιου είδους συμβόλαιο να γίνεται τροποποίηση ή κατάργηση των όρων του έγγραφα έπειτα από σύμφωνη γνώμη των δύο μερών.

Η εκχώρηση υποχρεώσεων ή δικαιωμάτων που απορρέουν από τη σύμβαση σε τρίτους απαγορεύεται, εκτός και αν συγκατατίθεται και ο πελάτης.

Τυπικά, η οποιαδήποτε παραβίαση των όρων του συμβολαίου οδηγεί σε καταγγελία του ενός (πελάτη) για τον άλλον (Εταιρεία) και αντίστροφα. Τέτοιου είδους διαφορές επιλύονται σύμφωνα με το Ελληνικό Δίκαιο.

Ουσιαστικά όμως, πρέπει ο πελάτης να προσέχει και να επιλέγει αξιόπιστες εταιρείες για την αγορά μηχανημάτων, ώστε να αποφεύγονται οι καταγγελίες τόσο από την πλευρά του πελάτη όσο και από την πλευρά της εταιρείας. Σε περίπτωση που γίνει καταγγελία, εκείνος που θα βρεθεί σε αδύνατη θέση είναι ο πελάτης, γιατί τα μηχανήματά του μένουν χωρίς συντήρηση, ώσπου να επιλυθούν οι διαφορές τους με τον πωλητή.

12.2.6 Λοιπά λειτουργικά έξοδα

Τα λοιπά λειτουργικά έξοδα του κέντρου με πρόβλεψη πενταετίας αναφέρονται σε δαπάνες Ενοικίων, ΔΕΗ, Τηλεφωνικά (ΟΤΕ & Κινητή Τηλεφωνία), Ύδρευση, Κοινόχρηστες Δαπάνες, Αναλώσιμα (Καθαριστικά).

Τα λειτουργικά έξοδα χρησιμοποιήθηκαν στις προβλέψεις για την εκτίμηση λειτουργίας του Ιδιωτικού Οδοντιατρείου. Πιο συγκεκριμένα:

- Τα ενοίκια θα ανέρχονται στα 6.500,00 ευρώ ετήσια. Το μίσθωμα όπως ήδη έχει προαναφερθεί είναι για την πρώτη πενταετία χαμηλό.
- Οι δαπάνες ενέργειας, υπολογίστηκαν να ανέρχονται περίπου στα 180,00 ευρώ το μήνα. Το ποσόν αυτό για τον πρώτο χρόνο θεωρείται λογικό τόσο για τα τετραγωνικά που καλύπτει το κέντρο μας όσο και για τις ώρες λειτουργίας του γνωρίζοντας επιπλέον ότι για την λειτουργία των εργαστηρίων και των μηχανημάτων του κέντρου δεν απαιτείται σημαντική ηλεκτρική ισχύς.
- Τα έξοδα τηλεπικοινωνιών, σταθερή και κινητή τηλεφωνία για τον πρώτο χρόνο λειτουργίας υπολογίζεται να ανέρχονται σε 40,00 ευρώ το μήνα. Το κόστος θεωρείται λογικό γιατί υπάρχει σύνδεση με Ιδιωτική Εταιρία που είχε ειδική προσφορά για τον πρώτο χρόνο, προσφέρονται αστικές, υπεραστικές κλήσεις καθώς και σύνδεση με το Ιντερνετ
- Το κόστος ύδρευσης για τον πρώτο χρόνο λειτουργίας είναι ιδιαίτερα χαμηλό και υπολογίζεται περίπου στα 80,00 ευρώ το μήνα
- Οι επισκευές και συντηρήσεις του κτιρίου, των μηχανημάτων, των επίπλων και του λοιπού εξοπλισμού υπολογίστηκε για τον πρώτο χρόνο λειτουργία να ανέρχονται σε 180,00 ευρώ το μήνα.
- Τα έξοδα διαφήμισης του κέντρου υπολογίστηκαν για τον πρώτο χρόνο λειτουργίας να ανέρχονται 750,00 ευρώ (ταμπέλα ιατρείου, card visit, διαφήμιση σε τοπικούς οδηγούς), κρίνοντας ότι η διαφήμιση έχει το χαρακτηριστικό της μαζικότητας της διασποράς του μηνύματος, ώστε να έρθει σε επαφή με περισσότερους υποψήφιους πελάτες και μάλιστα με έναν ιδιαίτερα αποτελεσματικό τρόπο από οικονομικής σκοπιάς.
- Τα λοιπά έξοδα, γραφική ύλη, κοινόχρηστες δαπάνες και αναλώσιμα υπολογίστηκαν για τον πρώτο χρόνο λειτουργία να ανέρχονται σε 150,00 ευρώ τον μήνα.

Πίνακας 13: Πίνακας λοιπών λειτουργικών εξόδων

| Έξοδα | 1ος χρόνος | 2ος χρόνος | 3ος χρόνος | 4ος χρόνος | 5ος χρόνος | Σύνολα |
|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Ενοίκια | 6.500,00 | 6.500,00 | 6.500,00 | 6.500,00 | 6.500,00 | 32.500,00 |
| ΔΕΗ | 2.160,00 | 2.160,00 | 2.400,00 | 2520,00 | 2.640,00 | 11.880,00 |
| Τηλεφωνικά (ontelecom - Κινητά) | 480,00 | 480,00 | 500,00 | 520,00 | 540,00 | 2.520,00 |
| Υδρευση | 96,00 | 960,00 | 1.050,00 | 1.100,00 | 1.200,00 | 5.270,00 |
| Επισκευές Συντηρήσεις | 2.160,00 | 2.160,00 | 2.300,00 | 2.500,00 | 3.000,00 | 12.120,00 |
| Γραφική ύλη | 800,00 | 800,00 | 950,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 4.550,00 |
| Κοινόχρηστες Δαπάνες | 1.800,00 | 1.800,00 | 1.900,00 | 2.000,00 | 2.100,00 | 9.600,00 |
| Αναλώσιμα | 1.400,00 | 1.600,00 | 1.750,00 | 1.800,00 | 1.900,00 | 8.450,00 |
| Σύνολα Λοιπών Εξόδων | 16.260,00 | 16.260,00 | 17.350,00 | 17.940,00 | 18.880,00 | 86.890,00 |

12.2.6.1 Εξωτερικοί Συνεργάτες

12.2.6.1.1 Οικονομικός Σύμβουλος

Το Λογιστήριο θα παρακολουθεί μία φορά την εβδομάδα εξωτερικός Οικονομικός Σύμβουλος. Ο Οικονομικός Σύμβουλος στις συμβατικές υποχρεώσεις του θα έχει την ευθύνη για την ορθή ενημέρωση και τήρηση των βιβλίων και στοιχείων του Λογιστηρίου, σύμφωνα με ότι κάθε φορά προβλέπει ο νόμος για τα βιβλία Γ' κατηγορίας (Π.Δ.84) που υποχρεωτικά τηρεί το Οδοντιατρείο. Ο Οικονομικός Σύμβουλος, προβλέπεται να αμείβεται με απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών. Οι προϋπολογισμένες δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών του Οικονομικού Συμβούλου για πέντε χρόνια αναλύεται στον ακόλουθο πίνακα

Πίνακας 14: Δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών του Οικονομικού Συμβούλου (Χ 12).

| ΕΤΗ | ΜΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ |
|----------------|-----------------|
| 1 ^ο | 3.600,00 |
| 2 ^ο | 3.600,00 |
| 3 ^ο | 3.600,00 |
| 4 ^ο | 3.600,00 |
| 5 ^ο | 3.600,00 |

12.2.7 Υπολογισμός Αποσβέσεων

Ο υπολογισμός των αποσβέσεων έγινε σύμφωνα με το Π.Δ.299/2003 με τους κατώτερους συντελεστές Απόσβεσης.

Πίνακας 15: Συντελεστές Απόσβεσης

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ | ΠΟΣΟΤΗΤΑ | ΑΞΙΑ ΣΕ ΕΥΡΩ | ΚΑΤΩΤΕΡΟΣ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ | ΠΟΣΟ ΑΠΟΣΒΕΣΗΣ |
|--|----------|---------------------|-----------------------|----------------|
| Γραφείο 1,50cm | 1 | 400,00 | 15% | |
| Καρέκλα Ιατρών | 1 | 175,00 | 15% | |
| Οδοντιατρικό μηχάνημα και οδοντιατρική έδρα (ασθενή) | 1 | 14.000,00-19.100,00 | 100% | |
| Τροχήλατο κάθισμα | 1 | 330,00 | 15% | |
| Φορητή συρταριέρα | 1 | 150,00 | 15% | |
| Πάγκος Εργαστηρίου με συρτάρια | 1 | 2.550,00 | 15% | |
| Τριθέσιος καναπές | 1 | 1.900,00 | 15% | |
| Διθέσιος καναπές | 1 | 1.027,00 | 15% | |
| Πολυθρόνα | 2 | 705,00 | 15% | |

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ | ΠΟΣΟΤΗΤΑ | ΛΕΙΪΑ ΣΕ ΕΥΡΩ | ΚΑΤΩΤΕΡΟΣ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ | ΠΟΣΟ ΑΠΟΣΒΕΣΗΣ |
|--|----------|-------------------------|-----------------------|----------------|
| Θήκη για περιοδικά | 1 | 50,00 | 15% | |
| Τραπέζι αναμονής μικρό | 1 | 450,00 | 15% | |
| Βιβλιοθήκες συνθέσεις | 1 | 2.400,00 | 15% | |
| Ομπρελοθήκη | 1 | 50,00 | 15% | |
| Καλάθια αγρήστων | 1 | 10,00 | 15% | |
| Καλόγερος (κρεμάστρα) | 1 | 60,00 | 15% | |
| Τηλεφωνικό Συσκευή & τηλεφωνητής | 1 | 120,00 | 15% | |
| Ηλεκτρονικός υπολογιστής TURBO -X Business | 1 | 1.200,00 | 100% | |
| Εκτυπωτές HP PSC1610 All-W-One | 1 | 140,00 | 100% | |
| <u>Σύνολο</u> | | <u>25.717,00</u> | | |

12.3 ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Οι περισσότερες επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών συναντούν δυσκολίες όταν προσπαθούν να κοστολογήσουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν στην αγορά. Βέβαια οι δυσκολίες γεννούν προκλήσεις. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το κέρδος, η διαφορά δηλαδή μεταξύ των εσόδων από τις πωλήσεις των υπηρεσιών και του κόστους παροχής τους είναι κάτι που ενδιαφέρει κάθε επιχείρηση ή οργανισμό, ανεξάρτητα αν πρόκειται ή όχι για κερδοσκοπικό οργανισμό ή επιχείρηση. Σε αντίθετη περίπτωση, αν το κόστος υπερβαίνει συστηματικά τα έσοδα, διακυβεύεται η βιωσιμότητα, έστω και μακροπρόθεσμα, της επιχείρησης ή του οργανισμού, στο βαθμό που οδηγεί στη για την δημιουργία αυτής της ανισότητας (ζημιά-ελλείμματα).

Η σημασία της τιμολόγησης για τις επιχειρήσεις που παρέχουν υπηρεσίες είναι διττή. Εκτός από την σημασία της για την κερδοφορία των υπηρεσιών που προσφέρει, η τιμολογιακή πολιτική έχει και επικοινωνιακό ρόλο καθώς, δεδομένης της άυλης φύσης των υπηρεσιών οι πελάτες βρίσκονται σε αντικειμενικά δυσκολότερη θέση να

αξιολογήσουν την ποιότητα μιας υπηρεσίας, ειδικά αν δεν έχουν προηγούμενη εμπειρία για την υπηρεσία που τους παρέχεται. Έτσι δεν είναι σε θέση να αξιολογήσουν την ποιότητα που τους προσφέρεται ανατρέχοντας συνήθως στην τιμή ως ένδειξη ποιότητας, εκτιμώντας ότι «το ακριβότερο είναι και ποιοτικότερο». Το σημείο εκκίνησης είναι να προσδιοριστεί η αξία την οποία ο πελάτης αντιλαμβάνεται ότι απολαμβάνει χρησιμοποιώντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες (αντιλαμβανόμενη αξία).

Η έννοια της αντιλαμβανόμενης αξίας μπορεί να προσδιοριστεί σαν μια συνάρτηση της αξίας που έχει για τον πελάτη η υπηρεσία που του παρέχεται και του κόστους που ο πελάτης θα πρέπει να επωμιστεί προκειμένου να του παρασχεθεί η υπηρεσία. Η πρώτη παράμετρος που διαμορφώνει αξία είναι αυτή καθαυτή η υπηρεσία που του παρέχεται καθώς ο πελάτης λαμβάνει ένα συγκεκριμένο όφελος από τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας που του προσφέρεται. Το όφελος αυτό προσμετράτε θετικά στην αντίληψη του.

Από την άλλη πλευρά, η αντιλαμβανόμενη αξία για τον πελάτη μειώνεται από διάφορες πλευρές του κόστους στο οποίο πρέπει να υποβληθεί ο πελάτης προκειμένου να λάβει την ωφέλεια που προσφέρεται από τις διαστάσεις που αναφέραμε. Μια πρώτη πλευρά είναι το χρηματοοικονομικό κόστος. Η διάσταση αυτή του κόστους σχετίζεται άμεσα με την τιμή που χρεώνει η επιχείρηση ή ο οργανισμός για τις υπηρεσίες που προσφέρει και με τις δυνατότητες πληρωμής που δίνει στους πελάτες. Μια άλλη πλευρά του κόστους για τον πελάτη είναι ο χρόνος που θα διατεθεί από τον ίδιο προκειμένου να ολοκληρωθεί η υπηρεσία. Εκτός από τον χρόνο, μια άλλη σημαντική διάσταση κόστους είναι η προσπάθεια που θα πρέπει να καταβάλλει ο πελάτης προκειμένου να εξυπηρετηθεί. Η σημαντικότερη πλευρά όμως είναι το ψυχικό κόστος που συνδέεται με την αβεβαιότητα που μπορεί να έχει ο πελάτης για την επιλογή του είτε προτού γίνει η επιλογή (αν θα του προσφερθούν οι υπηρεσίες που περιμένει ή προσδοκά) είτε αφού κάνει την επιλογή και στην φάση της αξιολόγησης της ορθότητας της επιλογής (αν τελικά έλαβε τις υπηρεσίες που επιθυμούσε και κατά πόσο μια άλλη επιχείρηση θα τον είχε εξυπηρετήσει καλύτερα).

Αν λοιπόν εξετάσουμε την συνάρτηση της τιμής μέσα από το πρίσμα της αντιλαμβανόμενης αξίας, τότε η τιμή που χρεώνει μια επιχείρηση ή ένας οργανισμός παροχής υπηρεσίας θα πρέπει να είναι συνάρτηση της αξίας που δημιουργεί για τους πελάτες μείον τις μη-χρηματοοικονομικές πτυχές του κόστους υπό τον περιορισμό να παράγεται πλεόνασμα αντιλαμβανόμενης αξίας για τον πελάτη (value-for-money)

Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι μια επιχείρηση ή ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών μπορεί να κινηθεί προς δύο βασικές κατευθύνσεις: Η πρώτη είναι να ελέγξει αποτελεσματικότερα το χρηματοοικονομικό της κόστος, ώστε να καταφέρει να δημιουργήσει πλεόνασμα αξίας για τον πελάτη μέσα από την διάθεση των υπηρεσιών σε χαμηλότερες τιμές. Εναλλακτικά, θα μπορούσε να κινηθεί προς τον έλεγχο του μη-χρηματοοικονομικού κόστους που δημιουργεί για τους πελάτες, ώστε να μειώσει τις συγκεκριμένες πτυχές του κόστους και να δημιουργήσει πλεόνασμα αξίας για τον πελάτη, ακόμα και αν χρεώνει υψηλότερες τιμές από τον ανταγωνισμό.

Το νομικό πλαίσιο επηρεάζει επίσης την χάραξη της τιμολογιακής πολιτικής μιας επιχείρησης – οργανισμού παροχής υπηρεσιών. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο καθορισμός των τιμών γίνεται από κρατική επιτροπή ή υπάρχει πλαφόν στις ετήσιες αυξήσεις ή ορισμός κατώτερων τιμών δεσμεύοντας έτσι την τιμολογιακή πολιτική που μπορεί να ταίριαζε στους στόχους της επιχείρησης ή του οργανισμού.

12.3.1 Πολιτική Τιμολόγησης – Πελατεία

Το Ιδιωτικό Οδοντιατρείο προσελκύει ασθενείς προσφέροντας αναβαθμισμένες ιατρικές υπηρεσίες. Η ικανότητα του οδοντιάτρου είναι η κινητήριος δύναμη για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του έργου του. Χωρίς αυτά τα δύο χαρακτηριστικά δεν μπορεί να γίνει ανταγωνιστικός, μέσα σε ένα διαρκές αυξανόμενο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Άλλωστε η φήμη που δημιουργεί είναι και η καλύτερη διαφήμιση για αυτόν και ο καλύτερος τρόπος να προσελκύει πελάτες.

Οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι εκδίδουν ένα κατάλογο με τις κατώτατες τιμές οδοντιατρικών πράξεων. Με τη βοήθεια δύο νέων Οδοντιάτρων διαπιστώσαμε ότι δεν είναι δυνατόν να ακολουθηθεί η προτεινομένη τιμολόγηση εφόσον θέλουμε να έχουμε μια κερδοφόρο επιχείρηση.

Το κόστος για την οργάνωση και λειτουργία ενός Ιδιωτικού Οδοντιατρείου είναι μεγάλο και είναι γεγονός ότι θα περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα για να μπορέσουν να αποσβεστούν τα αρχικά κεφάλαια που δαπανήθηκαν.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι η πρώτη και ο τρίτος Οδοντίατρος έχει ιδιόκτητο χώρο ενώ η δεύτερη έχει ενοικιαζόμενο. Σημαντικό ρόλο έχει η τοποθεσία που θα επιλεγεί, για να

λειτουργήσει το οδοντιατρείο, ο όροφος, το κτίριο (αν είναι χώρος με γραφεία, ιατρεία κ.λ.π. ή αν είναι πολυκατοικία)

Ακολούθως θα δούμε τον προτεινόμενο πίνακα του Οδοντιατρικού Συλλόγου, καθώς και τις τιμές που προτείνουν δύο νέοι Οδοντίατροι που έχουν ξεκινήσει τη λειτουργία των Οδοντιατρείων τους μέσα στη χρονιά.. Οι δύο νέοι Οδοντίατροι θεωρούν ότι τα πρώτα χρόνια, το Ιδιωτικό Οδοντιατρείο, δεν θα τους αποφέρει έσοδα, αφού χρειάστηκε ένα σημαντικό ποσό για την ίδρυση του Οδοντιατρείου τους. Ο τρίτος Οδοντίατρος εργάζεται στο Ιδιωτικό του Οδοντιατρείο εδώ και 15 χρόνια. Έχει καταφέρει να έχει μικτά έσοδα 60.000€, από τα οποία τα καθαρά του έσοδα ανέρχονται στο ποσό των 30.000€ ετησίως, λόγω της φορολόγησης που υπάρχει

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πίνακας 16:

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

Οι παρακάτω οδοντιατρικές πράξεις παρέχονται με συμμετοχή του Ασφαλισμένου 20% και 50% επί των αναγραφόμενων τιμών :

| ΕΡΓΑΣΙΕΣ | | Τιμές Στάθμων | 2004 | 2005 | 2007 | 2007 | 2007 |
|---------------|---|----------------|------|--------------------|--------------------|--------------------|------|
| | | Τιμές Συλλόγων | 50% | Τιμές Α Οδοντίτρων | Τιμές Β Οδοντίτρων | Τιμές Γ Οδοντίτρων | |
| ΓΕΝΙΚΑ | | | | | | | |
| 1. | Εξέταση ασθενή στο ιατρείο | 30 | | 0-50 | 0-50 | | |
| 2. | Χορήγηση πιστοποιητικού μετά από εξέταση | 30 | | | | | |
| 3. | Συμμετοχή σε συμβούλιο | 40 | | | | | |
| 4. | Ακτινογραφία ενδοστοματική-οπισθοφραντική | 15 | | | | 15 | |
| 5. | Ακτινογραφία μυλικής σύγκλισης (μετά πτερυγίου) | 15 | | | | 25 | |
| 6. | Ακτινογραφία δήξεως | 15 | | | | 30 | |
| 7. | Ακτινογραφία πανοραμική | 30 | | 35 | | | |
| 8. | Αξονική τομογραφία γνάθων | 100 | | | | | |
| 9. | Ακτινογραφία κεφαλομετρική | 25 | | 30 | | | |
| 10. | Σιελαδενογραφία | 85 | | 95 | | | |
| 11. | Αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού (βλ. εμφραξή, επανεμφύτευση, εξαγωγή, ενδοδοντική) | 30 | | | | | 50 |

| | | | | | | |
|-----|-------------------------|----|--|--|----|----|
| 12. | Αφαίρεση στεφάνης | 15 | | | | 25 |
| 13. | Επανασυγκόλληση γέφυρας | 20 | | | 50 | 50 |

ΠΡΟΛΗΨΗ-ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ

| | | | | | | | |
|-----|---|----|----|--|-----|-----|-----|
| 14. | Απομάκρυνση πλακών, φθορίαση δοντιών, οδηγίες στοματικής υγιεινής | 40 | | | 40 | 50 | 50 |
| 15. | Κάλυψη οπίων και σχισμών ανά δόντι | 20 | 20 | | 40 | 40 | 40 |
| 16. | Έμφραξη νεογλού από αμάλγαμα μίας επιφάνειας | 25 | 23 | | 50 | 40 | 40 |
| 17. | Έμφραξη νεογλού από αμάλγαμα δύο ή περισσότερων επιφανειών | 30 | 30 | | 50 | 50 | 50 |
| 18. | Έμφραξη νεογλού από ρητίνη | 30 | 23 | | 50 | 50 | 50 |
| 19. | Έμφραξη νεογλού από αλαϊονομερή κόνια | 30 | 30 | | 40 | 40 | 40 |
| 20. | Ενδοδοντική θεραπεία νεογλού μονόρριζου | 55 | 60 | | | | 70 |
| 21. | Ενδοδοντική θεραπεία νεογλού πολύρριζου | 80 | 95 | | | | 100 |
| 22. | Πολυφοτομή νεογλού | 50 | 53 | | 100 | 100 | 100 |
| 23. | Άμεση ή έμμεση κάλυψη πολφού | 40 | 46 | | 50 | 50 | 40 |
| 24. | Ανοξείδωτη στεφάνη νεογλού | 65 | 80 | | 150 | 150 | 100 |
| 25. | Ανοξείδωτη στεφάνη σε μόνιμο δόντι με εκτεταμένη βλάβη από υποπλασία ή τερηδόνα | 70 | 80 | | | | 100 |
| 26. | Εξασφαγή νεογλού | 25 | | | 60 | 60 | 40 |
| 27. | Επανεμφύτευση δοντιού-ακίνητοποίηση | 50 | | | 70 | 70 | 100 |

| | | | | |
|-----|--|-----|-----|-----|
| 28. | Ακίνητο μηχανήματα διατήρησης χώρου | 65 | 150 | 150 |
| 29. | Κινητό μηχανήματα διατήρησης χώρου | 65 | 150 | 150 |
| 30. | Αμφοτερόπλευρο ακίνητο μηχανήματα διατήρησης χώρου | 100 | | |
| 31. | Θεραπεία διακοπής στοματικών εξέων με μηχανήματα | 250 | | |
| 32. | Μηχανήματα ανάκτησης χώρου | 100 | | |
| 33. | Μηχανήματα προσθετικής αποκατάστασης προσθίων νεογλών δοντιών | 100 | | |
| 34. | Αντιμετώπιση τραύματος με διάσειση ή κινητικότητα χωρίς μετατόπιση | 65 | | 150 |
| 35. | Αντιμετώπιση τραύματος . ακινητοποίηση | 90 | | 200 |
| 36. | Ορθοδοντική μετακίνηση εμβριθισμένων δοντιών | 250 | | |

ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

| | | | | |
|-----|--|----|-------|----|
| 37. | Έμφραξη από αμάλγαμα και στέλβωση μιας επιφάνειας | 30 | 50 | 50 |
| 38. | Έμφραξη από αμάλγαμα και στέλβωση δύο επιφανειών | 40 | 50-70 | 60 |
| 39. | Έμφραξη από αμάλγαμα και στέλβωση τριών επιφανειών | 45 | 70 | 70 |
| 40. | Έμφραξη από υαλοϊονομερή κονία | 30 | 40 | 40 |
| 41. | Έμφραξη από σύνθετη ρητίνη Ι,ΙΙ ή ΙV ομάδος | 35 | 50 | 60 |
| 42. | Έμφραξη από σύνθετη ρητίνη ΙΙ ομάδος | 35 | 50-70 | 50 |

| | | | | | | |
|-----|---|-----|--|-------|-----|-----|
| 43. | Έμφραξη από σύνθετη ρητίνη IV ομάδος | 40 | | 50-70 | 70 | 60 |
| 44. | Αποφρακτικά οπών και σχισμών – ανά δόντι | 20 | | | | 30 |
| 45. | Λισθητικές όψεις συνθετικής ρητίνης | 60 | | | | 80 |
| 46. | Έμφραξη ένθετη ή επένθετη από μέταλλο μιας επιφάνειας | 60 | | 150 | 160 | 150 |
| 47. | Έμφραξη ένθετη ή επένθετη από μέταλλο δύο επιφανειών | 85 | | 170 | 170 | 200 |
| 48. | Έμφραξη ένθετη ή επένθετη από μέταλλο τριών επιφανειών | 85 | | 200 | 200 | 250 |
| 49. | Έμφραξη έμμεση ένθετη ή επένθετη από πολυμερή | 120 | | | | 150 |
| 50. | Έμφραξη ένθετη ή επένθετη από πορσελάνη μιας επιφάνειας | 180 | | 250 | 250 | 250 |
| 51. | Έμφραξη ένθετη ή επένθετη από πορσελάνη δύο επιφανειών | 180 | | 300 | 300 | 300 |
| 52. | Έμφραξη ένθετη ή επένθετη από πορσελάνη τριών επιφανειών | 180 | | 350 | 350 | 300 |
| 53. | Ανασύσταση δοντιού με ενδορριζικό άξονα ή ενδομολικές καρφίδες και αμάλγαμα | 65 | | 120 | 100 | 100 |
| 54. | Ανασύσταση δοντιού με ενδορριζικό άξονα ή ενδομολικές καρφίδες και σύνθετη ρητίνη | 65 | | | | 130 |
| 55. | Ανασύσταση κοπτικής γωνίας | 45 | | 50 | 40 | 60 |
| 56. | Λισθητικές όψεις πορσελάνης | 200 | | 300 | 300 | 300 |
| 57. | Λεύκανση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών(ανά δόντι) | 50 | | 40 | 40 | 50 |
| 58. | Λεύκανση με ζόντα πολφού(ανά φραγμό χωρίς το νάρθηκα) | 150 | | 250 | 200 | 200 |

ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ

| | | | | | | | |
|-----|---|--|-----|--|-----|-----|-----|
| 59. | Πολυφοτομή | | 45 | | | | 50 |
| 60. | Άμεση ή έμμεση κάλυψη πολφού | | 30 | | | | 50 |
| 61. | Ενδοδοντική θεραπεία μονόρριζου | | 90 | | 120 | 120 | 120 |
| 62. | Ενδοδοντική θεραπεία δίσριζου | | 100 | | 150 | 150 | 150 |
| 63. | Ενδοδοντική θεραπεία πολύρριζου | | 110 | | 170 | 170 | 180 |
| 64. | Ενδοδοντική θεραπεία σε δόντι με αδιάπλαστη ρίζα | | 95 | | 120 | 120 | 120 |
| 65. | Ενδοδοντική θεραπεία σε δόντι με κάταγμα ρίζας=ΕΞΑΓΩΓΗ | | 130 | | | | 60 |
| 66. | Ακρορριζεκτομή μονόρριζου με ανάστροφη έμφραξη | | 150 | | 200 | 200 | 200 |
| 67. | Ακρορριζεκτομή πολύρριζου με ανάστροφη έμφραξη | | 200 | | 250 | 250 | 250 |
| 68. | Επανάληψη μη πλήρους ενδοδοντικής θεραπείας μονόρριζου | | 100 | | | | 140 |
| 69. | Επανάληψη μη πλήρους ενδοδοντικής θεραπείας πολύρριζου | | 130 | | | | 180 |
| 70. | Χειρουργική αποκατάσταση διάτρητης ρίζας | | 100 | | | | 100 |
| 71. | Αντιμετώπιση εγκάρσιου κατάγματος ρίζας - ακινητοποίηση | | 65 | | | | 100 |

ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

| | | | | | | | |
|-----|---|--|----|--|----|----|----|
| 72. | Αποπύρωση-Στιλβωση | | 40 | | 40 | 40 | 50 |
| 73. | Έλεγχος και αφαίρεση πλάκας-Οδηγίες στοματικής υγιεινής | | 30 | | 40 | 50 | 50 |

| | | | | | | |
|-----|---|-----|--|-----|-----|-----|
| 74. | Αποτύγωση μετά από την περιοδοντική θεραπεία | 35 | | | | 50 |
| 75. | Θεραπεία εντοπισμένης ουλίτιδας | 50 | | 50 | 50 | 70 |
| 76. | Θεραπεία χρόνιας ουλίτιδας | 100 | | 100 | 100 | 110 |
| 77. | Ουλεκτομή-Ουλοπλαστική ανά τεταρτημόριο ή περιοχή 6 προσθίων | 50 | | 200 | 200 | 200 |
| 78. | Θεραπεία περιοδοντίτιδας α)υποουλική απόξεση ανά τεταρτημόριο ή 6 πρόσθια | 50 | | 100 | 100 | 280 |
| 79. | Θεραπεία περιοδοντίτιδας α)χειρουργική με κρημνό ανά τεταρτημόριο ή 6 πρόσθια | 65 | | 200 | 200 | |
| 80. | Ελεύθερο ουλικό μόσχευμα | 80 | | 150 | 150 | |
| 81. | Ακρωτηριασμός δοντιού ,εκτομή ρίζας ή διχοτόμηση | 70 | | 150 | 150 | |
| 82. | Ακνητοποιήση δοντιών με σύρμα και ρητίνες ή αμάλγαμα σε τρία δόντια | 55 | | | | |
| 83. | Ακνητοποιήση δοντιών με σύρμα και ρητίνες ή αμάλγαμα ανά δόντι | 20 | | | | |
| 84. | Τοπική χορήγηση αντιβιοτικού | 35 | | | | 50 |
| 85. | Τοποθέτηση μεμβράνης ή οδηγού μοσχεύματος | 150 | | | | 100 |
| 86. | Υποεπιθηλιακό μόσχευμα συνδετικού ιστού | 100 | | | | |
| 87. | Τοποθέτηση εμφυτευμάτων | 300 | | | | 400 |

ΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ

| | | | | | | |
|-----|---|-----|--|-----|-----|-----|
| 88. | Ολική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου με ακρυλική βάση | 500 | | 600 | 600 | 750 |
| 89. | Ολική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου με μεταλλική βάση | 500 | | 800 | 800 | 850 |

| | | | | | |
|-----|---|-----|-----|-----|-----|
| 90. | Μερική οδοντοστοιγία άνω ή κάτω γνάθου με μεταλλικό σκελετό | 550 | 500 | 500 | 750 |
| 91. | Άμεση οδοντοστοιγία άνω ή κάτω γνάθου | 500 | 600 | 600 | 700 |
| 92. | Επένθετη ολική οδοντοστοιγία | 600 | 900 | 900 | 850 |
| 93. | Επιδιόρθωση οδοντοστοιγίας | 80 | 60 | 50 | 50 |
| 94. | Προσθήκη για ένα δόντι | 30 | | | 50 |
| 95. | Προσθήκη για κάθε επιπλέον δόντι | 15 | | | 50 |
| 96. | Επανεφαρμογή οδοντοστοιγίας | 105 | | | 80 |
| 97. | Ανακατασκευή βάσης οδοντοστοιγίας | 130 | | | 120 |
| 98. | Χυτό άγκιστρο | 65 | 40 | 40 | 60 |
| 99. | Σύνδεσμος ακριβείας (attachment) | 130 | 120 | 120 | 150 |

ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ

| | | | | | |
|------|--|-----|-----|-----|-----|
| 100. | Μελέτη σύνθετου περιπροσθετικού περιστατικού | 110 | | | |
| 101. | Στεφάνες ακρυλικές – προσωρινής επικάλυψης | 30 | | | 60 |
| 102. | Στεφάνη ολικής κάλυψης εξ ολοκλήρου ή χυτή με όψη ακρυλική από χρυσό ή άλλα κράματα, βιολογικός ανεκτά | 120 | 170 | 170 | 130 |
| 103. | Στεφάνη μεταλλοκεραμική | 180 | 250 | 250 | 230 |
| 104. | Στεφάνη ακρυλική για μακρύ χρονικό διάστημα | 100 | 150 | 130 | 120 |

| | | | | | | |
|------|---|-----|--|-----|-----|-----|
| 105. | Στεφάνη μερικής κάλυψης ¾ | 120 | | | | |
| 106. | Στεφάνη μερικής κάλυψης 4/5 | 120 | | | | |
| 107. | Στεφάνη μερικής κάλυψης με καρφίδες - ηλοπαγής | 130 | | | | |
| 108. | Στεφάνη ολοκεραμική | 200 | | | | 300 |
| 109. | Στεφάνες επί εμφυτευμάτων | 260 | | | | 250 |
| 110. | Αισθητικές όψεις πορσελάνης ολοκεραμικές | 200 | | | | 200 |
| 111. | Στεφάνες μερικής κάλυψης για γέφυρες συνδεδεμένες με ρητίνες/δόντι | 130 | | | | |
| 112. | Ενδιάμεσο δόντι γέφυρας χυτό ή χυτό με όψη ακρυλική από χυτό ή άλλα κράματα βιολογικών ανεκτά | 125 | | | | 130 |
| 113. | Ενδιάμεσο δόντι γέφυρας μεταλλοκεραμικό | 180 | | | | 300 |
| 114. | Ενδιάμεσο δόντι γέφυρας από ακρυλικό για μακρύ χρονικό διάστημα | 95 | | | | 80 |
| 115. | Χυτή ανασύσταση μύλης με άξονα | 75 | | 150 | 150 | 120 |
| 116. | Χυτή καλύτερα για υποδοχή χυτής στεφάνης | 125 | | | | |
| 117. | Τηλεσκοπική στεφάνη | 170 | | 300 | 300 | |
| 118. | Κατασκευή δοκού ανά στήριγμα | 200 | | | | |
| 119. | Ενδοστοματικός νάρθηκας ολικής επικάλυψης | 100 | | | | 120 |

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ-ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

| | | | | | | | |
|------|--|--|-----|--|-----|-----|-----|
| 120. | Εξαγωγή δοντιού ή ρίζας | | 40 | | 60 | 60 | 50 |
| 121. | Εξαγωγή ενσφηνωμένου δοντιού(εγκλειστού ή μη εγκλειστού) | | 90 | | 200 | 200 | 150 |
| 122. | Αντιμετώπιση ξηρού ή επώδυνου φαντίου | | 30 | | | | 30 |
| 123. | Αφαίρεση καλύπτρας | | 30 | | | | 50 |
| 124. | Χειρουργική αποκάλυψη μύλης για ανατολή | | 40 | | 150 | 150 | 100 |
| 125. | Αφαίρεση μικρών όγκων του βλεννογόνου του στόματος | | 80 | | 150 | 150 | |
| 126. | Αφαίρεση εποπλιδίων ή άλλων ογκοειδών βλαβών των φατνιακών αποφύσεων | | 60 | | 150 | 150 | |
| 127. | Εκτομή χαλινού | | 80 | | 150 | 150 | |
| 128. | Διάνοιξη αποστήματος ενδοστοματικά | | 55 | | 150 | 100 | 100 |
| 129. | Βιοψία | | 50 | | 150 | 150 | |
| 130. | Ακρορριζεκτομή προσθίων με ανάστροφη έμφραξη | | 150 | | | | 150 |
| 131. | Ακρορριζεκτομή οπισθίων με ανάστροφη έμφραξη | | 180 | | | | 250 |
| 132. | Λήψη επιχρίσματος για κυταρολογική εξέταση | | 30 | | | | |
| 133. | Τοποθέτηση ενδοοστικού εμφυτεύματος | | 230 | | | | 400 |

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ

| | | | | | | | |
|--|-----|--|--|--|--|--|--|
| Μελέτη περίπτωσης . Σχεδιασμός θεραπείας | 100 | | | | | | |
| Προληπτική Ορθοδοντική | | | | | | | |

| | | | | |
|------|---|------|--|--|
| 134. | α εκλεκτικός τροχισμός νεοργιλών, διδασκαλία ασκήσεων , παρακολούθηση | 120 | | |
| 135. | β τοποθέτηση μηχανήματος παρεμπόδισης γλώσσας ή θηλασιού δακτύλου ή ελέγχου της στοματικής αναπνοής ή μηχανήματα διατήρησης χώρου | 250 | | |
| | Κατασταλτική Ορθοδοντική | | | |
| 136. | α Κατασταλτικές εξαγωγές - Παρακολούθηση | 100 | | |
| 137. | β. μηχανήματα επανάκτησης χώρου | 300 | | |
| 138. | γ. θεραπεία προσθίας σταυροειδούς σύγκλεισης | 300 | | |
| 139. | δ. θεραπεία οπίσθιας σταυροειδούς σύγκλεισης ετερόπλευρη | 300 | | |
| 140. | ε. θεραπεία οπίσθιας σταυροειδούς σύγκλεισης αμφίπλευρη | 350 | | |
| 141. | στ. βελτίωση υπερσύγκλεισης χασμοδοντίας σκελετικής αιτιολογίας | 300 | | |
| | Πλήρης ή επανορθωτική Ορθοδοντική Θεραπεία | | | |
| 142. | α Οδοντικές ανωμαλίες I,II,III τάξης με επάρκεια χώρου χωρίς εξαγωγές | 1300 | | |
| 143. | β. Οδοντικές ανωμαλίες I,II,III τάξης με έλλειψη χώρου χωρίς εξαγωγές | 1900 | | |
| 144. | γ. Οδοντικές ανωμαλίες I,II,III τάξης με έλλειψη χώρου & εξαγωγές | 1700 | | |
| 145. | δ. Ανωμαλίες II, III τάξης οδοντοσκελετικές με ή χωρίς εξαγωγές | 1900 | | |

Οι ασφαλισμένοι συμμετέχουν κατά 50% σε όλες τις εξειδικευμένες εργασίες.

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι για να είναι βιώσιμο ένα οδοντιατρείο, οι τιμές του θα πρέπει να είναι μεγαλύτερες από αυτές που προτείνει ο οδοντιατρικός σύλλογος, διαφορετικά, στο τέλος χρήσης του έτους υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να υπάρξει ζημιά

12.3.1.1 Χρηματοοικονομική Ανάλυση

Όπως ήδη αναφέρθηκε πιο πάνω το ξεκίνημα ενός Ιδιωτικού Οδοντιατρείου είναι μια δύσκολη απόφαση, για ένα νέο Οδοντίατρο που θέλει να δημιουργήσει τον δικό του εργασιακό χώρο.

12.3.1.2 Έξοδα – Δαπάνες για το πρώτο χρόνο λειτουργίας (κατώτατες ενδεικτικές τιμές/έτος)

| Έξοδα – Δαπάνες για το πρώτο χρόνο λειτουργίας | | |
|--|--|---------------|
| 1. | Κόστος Ίδρυσης | 1.200 |
| 2. | Κόστος Αγοράς Συσκευών - Εξοπλισμού | 31.300 |
| 3. | Κόστος Αγοράς Συσκευών – Εξοπλισμού για μικρό οδοντοτεχνικό εργαστήριο | 8.580 |
| 4. | Κόστος ενοικίασης Ιατρείου/έτος (η τιμή επηρεάζεται από την περιοχή κλπ) | 6.500 |
| 5. | Κόστος για διαμόρφωση χώρων | 5.000 |
| 6. | ΔΕΗ | 2.160 |
| 7. | Τηλέφωνο - Internet | 480 |
| 8. | Νερό - Ύδρευση | 960 |
| 9. | Διαφήμιση Ιατρείου | 750 |
| 10. | Επισκευές συντήρηση μηχανημάτων | 2.160 |
| 11. | Κοινόχρηστες Δαπάνες | 1.800 |
| 12. | Λοιπά έξοδα | 3.000 |
| 13. | Εξωτερικός συνεργάτης – Οικονομικός Σύμβουλος | 3.600 |
| Σύνολο Εξόδων για το πρώτο έτος λειτουργίας | | 67.490 |

Αυτό που μπορούμε να πούμε με σιγουριά, σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι ότι το κόστος για την οργάνωση και λειτουργία ενός Ιδιωτικού Οδοντιατρείου είναι μεγάλο, με

αποτέλεσμα να καθυστερήσει η απόσβεση των αρχικών κεφαλαίων που θα δαπανηθούν για τη δημιουργία του.

Η αγορά του εξοπλισμού και το κόστος για τη δημιουργία του Ιδιωτικού Οδοντιατρείου είναι **52. 580€**. Σημειώνεται ότι το ανωτέρω ποσό, μπορεί να το δανειστεί και να το αποπληρώσει με δόσεις. Αν υποθέσουμε ότι σταδιακά θα πρέπει να γίνεται απόσβεση του ανωτέρω ποσού κάθε χρόνο και για πέντε χρόνια, θα πρέπει να πληρώνει 10.516€ για τον εξοπλισμό, δηλαδή **876,0€** το μήνα. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να προσθέσουμε και τα πάγια έξοδα του Ιδιωτικού Οδοντιατρείου για το πρώτο χρόνο είναι 14.910€, δηλαδή **1.242,5 το μήνα**. Άρα ο Οδοντίατρος θα πρέπει να έχει έσοδα το μήνα πάνω από **2.118,5€ (3.500€ => 1.400€ κέρδος)**, για να μπορέσει η επιχείρησή του να είναι βιώσιμη.

Αν θέλουμε να γίνουμε πιο ρεαλιστικοί, θα ήταν σκόπιμο να αναφέρουμε ότι ο νέος Οδοντίατρος θα πρέπει δέχεται αριθμητικά τους ακόλουθους ασθενείς το μήνα, για επτά βασικές Οδοντιατρικές πράξεις, ώστε να μπορέσει το Οδοντιατρείο του να είναι βιώσιμο

| Οδοντιατρικές πράξεις | | Τιμές Συλλόγου | Νέος Οδοντίατρος | Επισκέψιμος | Ποσό/μήνα |
|-----------------------|--|----------------|------------------|-------------|-----------|
| 1. | Εξέταση ασθενή στο ιατρείο | 30 | 0-50 | * | |
| 2. | Αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού (βλ. έμφραξη, επανεμφύτευση, εξαγωγή, ενδοδοδική) | 30 | 50 | 70 | 3.500 |
| 3. | Επανασυγκόλληση γέφυρας | 20 | 50 | 70 | 3.500 |
| 4. | Απομάκρυνση πλακών, φθορίωση δοντιών, οδηγίες στοματικής υγιεινής | 40 | 50 | 70 | 3.500 |
| 5. | Έμφραξη νεογιλού από αμάλγαμα μίας επιφάνειας | 25 | 50 | 70 | 3.500 |
| 6. | Λεύκανση ενδοδοδικά θεραπευμένων δοντιών(ανά δόντι) | 50 | 50 | 70 | 3.500 |
| 7. | Λεύκανση με ζώντα πολφό(ανά φραγμό χωρίς το νάρθηκα) | 15 0 | 250 | 14 | 3.500 |

* Η πρώτη επίσκεψη στο Ιατρείο συνήθως είναι δωρεάν και στόχος είναι να υπάρχουν όσες περισσότερες γίνεται, ώστε να μπορέσει να γίνει γνωστός στην περιοχή.

Από την παραπάνω παρουσίαση του προϋπολογισμού του Ιδιωτικού Οδοντιατρείου με παραδοχές ενός έτους τόσο για τα έσοδα όσο και για τα έξοδα να είναι οι μικρότερες

δυνατές που υπάρχουν στην αγορά μετά την συστηματική έρευνα που έγινε κάτω από δύσκολες συνθήκες ενός κλειστού ανταγωνιστικού περιβάλλοντος της ιδιωτικής αγοράς υπηρεσιών υγείας όπου αυτό δραστηριοποιείται, καταλήξαμε αρχικά στο ότι η κερδοφορία του είναι εφικτή **όχι όμως για τα πρώτα χρόνια** με τα συνολικά έσοδα μετά από μια δεκαπενταετία να ανέρχονται σε ύψος 60.000€, με συνολικό καθαρό κέρδος που θεωρείται όχι ιδιαίτερα ικανοποιητικό και ανέρχεται σε 30.000€ (Κρατήσεις 50 %).

Η βιωσιμότητα του Ιατρείου θα μπορούσε να βρίσκεται σε καλύτερα επίπεδα *αν άλλαζαν οι τιμές του κρατικού τιμολογίου που είναι τιμές εξωπραγματικές και κάτω του κόστους σε όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις με αποτέλεσμα τα περισσότερα ιδιωτικά Ιατρεία να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα βιωσιμότητας λόγω του υψηλού πραγματικού κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τις τιμές και την τιμολογιακή πολιτική που καθορίζει το δημόσιο χωρίς αυτό μέχρι σήμερα να λαμβάνει υπόψη του ότι παράλληλα με την αύξηση του αριθμού των ειδών θεραπείας για κάθε ασθενή, αυξήθηκε και το κόστος της εκάστοτε θεραπείας.*

12.3.1.3 Συμβάσεις με όλα τα Ταμεία

Οι Έλληνες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρουν τα ταμεία τους, πληρώνουν όμως αρκετά και από την τσέπη τους για να τις βελτιώσουν. Σχεδόν το 44% των χρημάτων που ξοδεύονται για την υγεία πληρώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς, που είναι διατεθειμένοι πάντως να καταβάλουν περισσότερα χρήματα στους ασφαλιστικούς τους οργανισμούς ώστε να έχουν καλύτερη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται. Τα στοιχεία έρευνας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), που έγινε μεταξύ δικαιούχων όλων των ταμείων, δείχνουν ότι πρακτικά οι Έλληνες πολίτες είναι μερικώς ασφαλισμένοι, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις συμμετέχουν και οι ίδιοι στα έξοδα για την υγειονομική τους περίθαλψη.

Ο ασφαλισμένος προσπαθεί να συνδυάσει τις δυνατότητες που του προσφέρει το σύστημα, ώστε να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα χρόνου, κόστους και ποιότητας υπηρεσιών" Γι' αυτό τον λόγο χρησιμοποιεί τόσο τις υπηρεσίες του ταμείου του όσο και αυτές του ιδιωτικού τομέα". Το 26.3% των ασφαλισμένων είναι διατεθειμένοι να καταβάλει ένα πρόσθετο ποσό για να βελτιώσει την υγειονομική του

περίθαλψη. Το 45% πιστεύει ότι αυτό πρέπει να γίνει με αύξηση των εισφορών προς το ταμείο του, το 27.5% με απευθείας πληρωμή και το 9.8% με ιδιωτική ασφάλιση.

Οι δαπάνες υγείας την ίδια περίοδο (1975-1984) στην Ελλάδα αυξάνονται με σταθερούς ετήσιους ρυθμούς ώστε το 1984 αποτελούν το 7% του ΑΕΠ. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στην σταθερή άνοδο των δημοσίων δαπανών υγείας, οι οποίες το ίδιο έτος ανέρχονται στο 63% των συνολικών δαπανών υγείας ή στο 4,2% του ΑΕΠ. Οι μελλοντικές τάσεις που διαγράφονται είναι καθαρά αυξητικές. Η Ελλάδα δηλαδή δαπανά σήμερα για τον υγειονομικό τομέα περίπου το ίδιο ποσοστό του ΑΕΠ με το αντίστοιχο των περισσότερων χωρών του ΟΟΣΑ. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας και αποτελεί όμως ένα παράδοξο φαινόμενο σε σχέση με τις αντίστοιχες διεθνείς εξελίξεις. Οι υψηλοί ρυθμοί αύξησης των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, πραγματοποιήθηκαν σε χρονικές περιόδους υψηλών ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης και ευνοϊκού οικονομικού περιβάλλοντος, ενώ αντίθετα στη χώρα μας συνέβη ακριβώς το αντίστροφο.

Αυξητικές τάσεις την περίοδο 1970-1989 ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζει η συνολική δαπάνη για την υγεία. Ειδικότερα η δημόσια δαπάνη υγείας μετά το 1975 και κυρίως μετά το 1980 κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, ενώ η ιδιωτική δαπάνη παραμένει σταθερά υψηλή με ελαφρά κάμψη την περίοδο 1980-85.

Παρά την σημαντική αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, η ιδιωτική δαπάνη παραμένει υψηλή. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι η εκτίμηση των εθνικών λογαριασμών για την ιδιωτική δαπάνη υπολείπεται των πραγματικών μεγεθών. Επισημαίνεται ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας ανέρχεται σε 187,6 δις. δραχμές το 1989 εκ των οποίων 0,6 δις. δραχμές είναι η συμμετοχή των φαρμάκων η οποία θεωρείται υπερεκτιμημένη και 107 δις. δραχμές η ιατρική και νοσοκομειακή φροντίδα.

Προκύπτουν ενδιαφέρουσες πλευρές από την συγκριτική παράθεση των διαφορετικών προσεγγίσεων εκτίμησης της ιδιωτικής δαπάνης υγείας. Διαπιστώνεται το υψηλό επίπεδο της ιδιωτικής δαπάνης πράγμα που επιβεβαιώνει αφενός τις τάσεις κατανάλωσης του πληθυσμού και τις ιδιομορφίες της ζήτησης και αφετέρου τις οργανωτικές χρηματοδοτικές ανεπάρκειες των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην ανοιχτή πρωτοβάθμια φροντίδα για την οδοντιατρική περίθαλψη όπου εντοπίζεται το μεγαλύτερο

μέρος της ιδιωτικής δαπάνης. Ακόμα επιβεβαιώνονται οι ενδείξεις για την ύπαρξη εκτεταμένης υπόγειας οικονομίας με τις πολλαπλές παρενέργειες δημοσιονομικού χαρακτήρα και κυρίως την ανεπάρκεια προαγωγής πολιτικών σχεδιασμού και κατανομής των πόρων στην υγεία.

Απαιτείται η συγκέντρωση ειδικών επιδημιολογικών στοιχείων από αντιπροσωπευτικές ομάδες πληθυσμού για τον ορθολογικό προγραμματισμό του συστήματος παροχής οδοντιατρικών φροντίδων. Τα στοιχεία αυτά αφορούν την τερηδόνα και τις νόσους του περιοδοντίου, την έκταση των οδοντογναθικών ανωμαλιών στον παιδικό πληθυσμό, στον επιπολασμό των βασικών νοσημάτων του στόματος, τις ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη καθώς επίσης και τις συνήθειες τήρησης στοματικής υγιεινής.

Τα στοιχεία αυτά είναι αποφασιστικής συμβολής στον προσδιορισμό του αναγκαίου οδοντιατρικού δυναμικού και των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, αλλά και στον υπολογισμό των δαπανών που απαιτούνται για την κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών του πληθυσμού. Τέλος διαχρονικές επιδημιολογικές μελέτες των στοματικών νόσων προσδιορίζουν τις τάσεις που εμφανίζουν τα νοσήματα αυτά και συμβάλλουν στην αξιολόγηση των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Στην Ελλάδα έχει διεξαχθεί ικανός αριθμός επιδημιολογικών μελετών των στοματικών νόσων, που αξιολογούν το επίπεδο στοματικής υγείας του πληθυσμού και δίνουν πληροφορίες για τις ανάγκες περίθαλψης.

Τα στοιχεία αυτά καλύπτουν χρονική περίοδο δέκα ετών (1977-1987) και προέρχονται από διάφορες περιοχές της Ελλάδας.

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα με συνεργασία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁴⁰ για τον προσδιορισμό της περιοδοντικής νόσου, χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Περιοδοντικών Αναγκών της κοινότητας και τα ευρήματα που προέκυψαν αφορούσαν στα ακόλουθα.

Από το σύνολο των 788 παιδιών που εξετάστηκαν στην ηλικία των 12 ετών, μόνο ποσοστό 25,8% βρέθηκε να μην έχει προσβληθεί από περιοδοντική νόσο. Σε ενήλικες

⁴⁰ Moller and Marthaler 1989

ηλικίας 35-44 ετών, ποσοστό 14,3% είχε βαθείς θυλάκους (6mm και περισσότερο) ως το πλέον σοβαρό σύμπτωμα, ενώ ποσοστό 25,9% είχε αβαθείς θυλάκους. Δεν βρέθηκαν συμπτώματα περιοδοντικής νόσου μόνο στο 7,7% των εξετασθέντων.

Ειδικότερα στις αγροτικές περιοχές και στα χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικά στρώματα του αστικού πληθυσμού, οι ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη του ελληνικού πληθυσμού είναι πολύ μεγάλες. Σημαντικό ποσοστό τερηδονισμένων δοντιών που δεν έχουν θεραπευτεί παρατηρείται στη νεογιλή οδοντοφυΐα. Η ζήτηση θεραπείας είναι πολύ χαμηλή όσον αφορά στη νόσο του περιοδοντίου.

Επίσης υπάρχουν μεγάλες ανάγκες για προσθετικές αποκαταστάσεις και ιδιαίτερα ακίνητες προσθετικές εργασίες⁴¹ που θεωρούνται και οι ακριβέστερες οδοντιατρικές πράξεις.

Τα νωδά άτομα ανέρχονται σε ποσοστά 50% σε πληθυσμό ηλικίας 50 ετών και άνω ⁴² Η συχνότητα των οδοντογενικών ανωμαλιών ανέρχεται σε ποσοστό 45-50% στην ηλικία των 12 ετών, ενώ το ποσοστό που έχει ανάγκη για ορθοδοντική θεραπεία είναι περίπου 18-20% ⁴³ .

Τέλος οι συνήθειες τήρησης στοματικής υγιεινής καθώς και το επίπεδο στοματικής υγιεινής του πληθυσμού έχει βρεθεί ότι δεν είναι ικανοποιητικό, ενώ σε αγροτικές περιοχές και στα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα είναι εξαιρετικά χαμηλό.

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που απασχολούν τους προγραμματιστές υγείας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες είναι η παροχή επαρκούς οδοντιατρικής περίθαλψης σ' έναν πληθυσμό. Από την ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης στον τομέα της οδοντιατρικής περίθαλψης μπορεί να εκτιμηθεί το μέγεθος του προβλήματος σε κάθε χώρα. Τα στοιχεία αυτής της ανάλυσης αποτελούν την βάση κάθε μελλοντικού προγραμματισμού ο οποίος γίνεται ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες, το ανθρώπινο δυναμικό και τους υλικούς πόρους που διαθέτει κάθε χώρα.

Η ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης αναφέρεται στα ακόλουθα κύρια σημεία:

⁴¹ Νικέλλης 1989

⁴² Νικέλλης 1989

⁴³ Moller and Marthaller 1987

(α) κατανομή και προσφορά οδοντιατρικού δυναμικού

(β) πληθυσμιακή κάλυψη από φορείς κοινωνικής ασφάλισης

(γ) τον υπολογισμό των θεραπευτικών αναγκών, επιδημιολογικές μελέτες των νόσων του στόματος για τον καθορισμό της έκτασής τους και την τελική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας.

Σχεδόν αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα στηρίζεται η παροχή της οδοντιατρικής περίθαλψης στον Ελληνικό χώρο. Με βάση τα διεθνή πρότυπα ⁴⁴, η εθνική αναλογία οδοντογιατρού προς πληθυσμό 1: 1040, είναι πολύ υψηλή. Παρατηρείται ότι η Ελλάδα κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις συγκρίνοντας τον αριθμό των οδοντογιατρών ανά 100.000 κατοίκους με τον αντίστοιχο άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Αντίστοιχα στοιχεία προκύπτουν συγκρίνοντας την αναλογία ιατρών στην Ελλάδα με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, καθώς ήδη από το 2001 η Ελλάδα παρουσίαζε τη μεγαλύτερη αναλογία οδοντιάτρων ανά 1000 κατοίκους που αντιστοιχούσε σε 1,2 Οδοντιάτρους ανά 1000 κατοίκους, όταν ο μέσος όρος, όλων των χωρών του ΟΟΣΑ δίνει αναλογία 0,55 οδοντιάτρων ανά 1000 κατοίκους. ⁴⁵,

Πίνακας 17: ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ⁴⁶

ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

| Χώρες Ο.Ο.Σ.Α | 1990 | 1995 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | ΜΟ 2001* | Απόκλιση* |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|----------|-----------|
| Αυστραλία | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | | 0.55 | -0.05 |
| Αυστρία | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | MAX* | -0.05 |
| Βέλγιο | 0.7 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 1.20 | 0.25 |
| Καναδάς | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | MIN* | 0.05 |
| Τσεχία | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.10 | 0.15 |

⁴⁴ Barnes 1989

⁴⁵ Έκθεση ΟΟΣΑ, «OECD Health Data», 1st Edition 2004

⁴⁶ 1.Πηγή: OECD HEALTH DATA 2004, 1st edition, 2.Ίδιοι Υπολογισμοί

Η άνιση κατανομή του οδοντιατρικού δυναμικού στην χώρα μας δίνει ένα στίγμα της πολιτικής που ακολουθήθηκε στον τομέα αυτό. Πάνω από το 65% των οδοντιάτρων ασκεί επάγγελμα στην Αττική και την Θεσσαλονίκη. Το υπόλοιπο 35% των οδοντογιατρών προσφέρει τις υπηρεσίες του στο 60% του πληθυσμού. Στην Αττική και την Θεσσαλονίκη υπάρχει υπερπροσφορά οδοντογιατρών με αναλογία οδοντογιατρού προς πληθυσμό 1:700, στην υπόλοιπη χώρα η αναλογία αυτή είναι κατά μέσο όρο 1:1800 και παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις από περιοχή σε περιοχή.⁴⁷

Σύμφωνα με στοιχεία πιο πρόσφατα στοιχεία, που παρουσίασαν σε συνέντευξη τύπου στις 3/2/2000 ο πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΕΟΟ) και ο πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου της Αθήνας (ΟΣΑ), η ανισοκατανομή των οδοντιάτρων αποτελούσε ένα υπαρκτό και έντονο πρόβλημα. Συγκεκριμένα, από τους 12.069 οδοντιάτρους που εξασκούσαν το επάγγελμα συνολικά στην Ελλάδα, το 50,5% διατηρούσε ιατρείο στην Αθήνα και τον Πειραιά, ενώ το 49,5% στην υπόλοιπη χώρα. Βλ.

Πίνακα⁴⁸

Πίνακας 18

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΑΝΑ
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ**

| ΠΕΡΙΟΧΗ | ΠΑΘΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-------------------|--------------|-------------|
| Αθήνα | 4923 | 41,1 |
| Πειραιάς | 1173 | 9,4 |
| Ν. Αττικής | 6096 | 50,5 |
| Στερ.Ελλάδα | 515 | 4,3 |
| Πελοπόννησος | 816 | 6,8 |
| Ιόνιοι Νήσοι | 123 | 1 |
| Ήπειρος | 284 | 2,4 |
| Θεσσαλία | 612 | 5 |
| Μακεδονία | 2581 | 21,4 |
| Θράκη | 226 | 1,9 |
| Νήσοι Αγαιού | 330 | 2,7 |
| Κρήτη | 487 | 4 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 12069 | 100 |

Πηγή: ΕΟΟ, ΟΣΑ, 2000

⁴⁷ Κωλέτση- Κουνάρη και συν 1990.

⁴⁸ «Υπερκορεσμένο το Επάγγελμα του Οδοντιάτρου», Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 11, Τεύχος 63, 2000, σελ:6-7.

Οι προαναφερθείσες ανισότητες στην κατανομή των οδοντιάτρων θα μπορούσαν να αποδοθούν στο γεγονός ότι οι οδοντίατροι ως ελεύθεροι επαγγελματίες επιλέγουν ως τόπο άσκησης του επαγγέλματός τους τις περιοχές εκείνες με υψηλά εισοδήματα, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι η κατανάλωση οδοντιατρικών υπηρεσιών συνδέεται θετικά με το εισόδημα, ιδιαίτερα όταν η ασφαλιστική κάλυψη είναι περιορισμένη.

Συνεπώς η επιλογή του τόπου λειτουργίας του οδοντιατρείου από τους ελεύθερους επαγγελματίες καθορίζεται κυρίως από το εισόδημα των κατοίκων της κάθε περιοχής και ελάχιστα από τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού⁴⁹.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί, ότι ο μεγάλος αριθμός των ιατρών συναρτήσει της υπερσυγκέντρωσής του σε ορισμένες μόνο περιοχές έχει ως άμεσες συνέπειες την εμφάνιση ανεργίας αλλά και τη μεγέθυνση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης. Επιπλέον όμως, προκαλεί αυξημένες δαπάνες για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και κυρίως για τα νοικοκυριά, σπατάλη πόρων για εκπαίδευση πλεονάζοντος αριθμού οδοντιάτρων και γενικότερα δαπάνες για μη αναγκαίες υποδομές⁵⁰ ..

Για κοινωνικούς κυρίως λόγους στην Ελλάδα έχουμε ένα μεγάλο αριθμό οδοντιάτρων ο οποίος αυξάνεται συνεχώς. Την τελευταία εικοσαετία παρουσιάστηκε αύξηση κατά 64,6% με μέσο όρο ετήσιου ρυθμού αύξησης κατά 3,2% την δεκαετία του '70 και κατά 3,6% την δεκαετία του '80.

Οι αποχωρήσεις από το επάγγελμα για συνταξιοδότηση ή λόγω θανάτου και οι νέες εγγραφές στο επάγγελμα είναι οι παράμετροι που προσδιορίζουν τον ρυθμό αύξησης του οδοντιατρικού δυναμικού. Οι νέες εγγραφές αφορούν στις εισροές αποφοίτων από πανεπιστήμια του εξωτερικού και την εγχώρια παραγωγή. Από τα διαθέσιμα στοιχεία της τελευταίας δεκαετίας η σχέση αποχωρήσεων προς νέες εγγραφές είναι 1:3 (Τ.Σ.Α.Υ. 1989).

Το σύνολο σχεδόν του Ελληνικού πληθυσμού καλύπτεται για ασθένεια από τους διάφορους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και όμως μόνο στο 60% παρέχεται

⁴⁹ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα» Αθήνα, 1997

⁵⁰ «Υπερκορεσμένο το Επάγγελμα του Οδοντιάτρου», Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 11, Τεύχος 63, 2000, σελ:6-7

οδοντιατρική περίθαλψη. Η έκταση της παροχής αυτής διαφέρει από φορέα σε φορέα και είναι συχνά περιορισμένη.⁵¹

Οι αδυναμίες αυτές οφείλονται τόσο στην κατανομή των πόρων όσο και στην δομή της κοινωνικής ασφάλισης. Ο κατακερματισμός της ασφάλισης σε μεγάλο αριθμό φορέων με περιορισμένο αριθμό ασφαλισμένων έχει ως αποτέλεσμα την ανισότητα ως προς την έκταση των παροχών και την ποιότητά τους.

Στην χρηματοδότηση των διαφόρων ασφαλιστικών φορέων έντονη είναι επίσης η διαφοροποίηση. Από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών αντλούνται βασικά οι πόροι και οι εισφορές αυτές παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις, γεγονός που οδηγεί στη μεγάλη διαφοροποίηση του βαθμού ικανοποίησης των αναγκών των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων.

Προκύπτει λοιπόν, ότι ο πληθυσμός είναι χωρισμένος σε κατηγορίες με διαφορετικές υποχρεώσεις και δικαιώματα και ότι ανάλογες με την κοινωνική και οικονομική του θέση είναι η έκταση και η ποιότητα της προστασίας που του παρέχονται.⁵²

Από το Ι.Κ.Α., 5.000.000 περίπου ασφαλισμένοι είτε άμεσα ή έμμεσα καλύπτονται για οδοντιατρική περίθαλψη. Υπηρετούν 1.100 περίπου οδοντίατροι στα 210 υποκαταστήματα του ιδρύματος σε όλη την Ελλάδα ως μόνιμοι υπάλληλοι είτε με κάποιο είδος σύμβασης. Το Ι.Κ.Α. προσφέρει όλο το φάσμα οδοντιατρικών εργασιών ισότιμα σε όλους τους ασφαλισμένους. Υπάρχει επίσης περιορισμένος αριθμός οδοντιάτρων διαφόρων ειδικοτήτων όπως ορθοδοντικοί, γναθοχειρουργοί, παιδοδοντίατροι.

Ανεπαρκής θεωρείται η οδοντιατρική κάλυψη που προσφέρει το Ι.Κ.Α. Αυτό οφείλεται στον μικρό αριθμό των οδοντιάτρων και σε σοβαρές ανεπάρκειες κτιριακού και άλλου εξοπλισμού. Αφού δεν έγινε πρόβλεψη η μεγάλη έκταση των παροχών που δίνεται σήμερα, η ευθύνη για την ανεπάρκεια αυτή θα πρέπει να αποδοθεί στον περιστασιακό και υποτυπώδη προγραμματισμό για την κοινωνική ασφάλιση και υγεία.

⁵¹ Κωλέτση - Κουνάρη 1984.

⁵² Κωλέτση - Κουνάρη 1984.

Οι δημόσιοι υπάλληλοι, καλύπτονται για οδοντιατρική περίθαλψη με ελεύθερη επιλογή οδοντιάτρου. Ωστόσο οι τιμές των διαφόρων οδοντιατρικών πράξεων που προβλέπονται και δαπανώνται από την υπηρεσία των Δημοσίων Υπαλλήλων για την αμοιβή των οδοντογιατρών είναι ιδιαίτερα χαμηλές και ουσιαστικά καταργείται η ασφάλιση⁵³

Περισσότερα από 30 ασφαλιστικά ταμεία υπάρχουν που παρέχουν οδοντιατρική κάλυψη. Όσα είναι οικονομικά ισχυρά, όπως των Τραπεζών ή άλλων οργανισμών (Δ.Ε.Η. , Ο.Τ.Ε.) καλύπτουν σε σημαντικό βαθμό τους ασφαλισμένους και επιτρέπουν την ελεύθερη επιλογή οδοντιάτρου. Ο Ο.Γ.Α. που καλύπτει για ασθένεια το 37% του πληθυσμού δεν προβλέπει οδοντιατρική περίθαλψη.

Ο νόμος 1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας ψηφίστηκε στην Ελλάδα το 1983 σύμφωνα με το οποίο παρέχονται σ' ολόκληρο τον πληθυσμό ισότιμα και υψηλού επιπέδου φροντίδες υγείας. Πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη παρέχεται στο Ε.Σ.Υ. κυρίως από τα κέντρα υγείας. Σε 400 έχουν υπολογισθεί τα κέντρα υγείας, χωρίζονται σε αστικού και μη αστικού τύπου και για τη χωροθέτησή τους ελήφθησαν γεωγραφικοί και πληθυσμιακοί παράγοντες. Έχουν αναπτυχθεί 190 κέντρα υγείας μέχρι σήμερα περίπου μη αστικού τύπου σε μια προσπάθεια κάλυψης του αγροτικού πληθυσμού. Οδοντιατρική πρόληψη και θεραπεία παρέχεται στα κέντρα υγείας σε παιδιά από 0-18 ετών και αντιμετωπίζονται επείγοντα οδοντιατρικά περιστατικά ενηλίκων.

Το Ε.Σ.Υ. στηρίζεται στην αρχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ακολουθεί τον προσανατολισμό της νέας διεθνούς πολιτικής για την παροχή φροντίδων υγείας. Οι ευθύνες για την υλοποίηση των αρχών αυτών είναι τεράστιες και απαιτείται αυστηρός προγραμματισμός χωρίς να λαμβάνονται βραχυπρόθεσμες πολιτικές επιλογές υπόψη. Διαφορετικά το όλο σύστημα κινδυνεύει να οδηγηθεί σε παροχή υπηρεσιών με τη μορφή της απλής ανακούφισης από τον πόνο αντί για τη βελτίωση ή προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού.

Η διανομή και η χρηματοδότηση της οδοντιατρικής φροντίδας είναι πολυδιάστατη στη χώρα μας. Εμφανίζει οργανωτικά και διαχειριστικά προβλήματα και σημαντικές διαφοροποιήσεις και ανισότητες ανάμεσα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

⁵³ Κωλέτση - Κουνάρη 1984.

Συνοπτικά παρουσιάζει τις εξής μορφές:

Πρώτη μορφή δημόσιας παρέμβασης αποτελεί η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στα Δημόσια Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και στα ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών (π.χ. το ΙΚΑ). Οι οδοντίατροι έχουν σχέση εργασίας εξαρτημένη και είναι έμμισθοι με πάγιο μισθό.

Έχει αποδειχτεί ότι η υπαλληλοποίηση των γιατρών χαλαρώνει την επαγγελματική τους ευθύνη και ακόμα ότι το χαμηλό επίπεδο αμοιβών τους δεν εξασφαλίζει πάντα την προσέλευση των ικανότερων. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς δεν καταβάλλουν αμοιβή και δεν έχουν το δικαίωμα επιλογής του γιατρού τους⁵⁴.

Το Ι.Κ.Α. καλύπτει το κόστος όλων των χειρουργικών και θεραπευτικών οδοντιατρικών πράξεων και τις κινητές προσθετικές εργασίες εκτός από το κόστος των υλικών. Οι πόροι χρηματοδότησης του Ι.Κ.Α. προέρχονται από εισφορές κατά 2/3 των εργοδοτών και 1/3 των εργαζομένων. Οι οδοντιατρικές πράξεις που παρέχονται στα Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της γενικής φορολογίας.

Δεύτερη μορφή παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης, είναι αυτή που παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς, συμβεβλημένους με δημόσια ταμεία ασφάλισης. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι δημόσιοι υπάλληλοι, οι τραπεζικοί καθώς και οι υπάλληλοι μεγάλων οργανισμών ΟΤΕ, ΔΕΗ και του ευρύτερου δημόσιου τομέα. Το κόστος για θεραπευτικές πράξεις καταβάλλεται εξ ολοκλήρου από το κράτος ή τους ασφαλιστικούς οργανισμούς με το σύστημα αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση, βάσει ειδικού τιμολογίου, καθορισμένου από το Υ.Υ.Π.Κ.Α., του οποίου το ονομαστικό κόστος απέχει σημαντικά από το πραγματικό. Διακριτικό χαρακτηριστικό με την προηγούμενη κατηγορία αποτελεί η ύπαρξη του δικαιώματος επιλογής του οδοντίατρου.

Τρίτη μορφή αποτελεί η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης από ιδιώτες οδοντίατρος, οι οποίοι ασκούν ελεύθερο επάγγελμα. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο τρόπος αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση συντελεί στην αύξηση της προσφοράς οδοντιατρικών υπηρεσιών

⁵⁴ Κοντούλη – Γείτονα και Κυριόπουλος 1991.

με συνέπεια την αύξηση των ανάλογων δαπανών και εμφανή τα φαινόμενα της προκλητικής ζήτησης και της έλλειψης της κυριαρχίας του καταναλωτή, ιδιορρυθμίες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας.

Οι ιδιωτικές οδοντιατρικές δαπάνες καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος των οδοντιατρικών δαπανών και αυτό οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό των οδοντιάτρων που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα και στην πολυμορφία και ανυπαρξία ενιαίας πολιτικής οδοντιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας.

Σήμερα, μετά την εμπειρία της θεσμοθέτησης του ΕΣΥ, η οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα βρίσκεται σ' ένα μεταβατικό στάδιο. Ο νόμος 1397/83 αν και αναφέρεται στην οδοντιατρική περίθαλψη και ορίζει ότι άμεσος σκοπός του είναι η πλήρης κάλυψη των πολιτών θεωρείται ότι δεν εκπληρώθηκε. Υπάρχουν ομάδες πληθυσμού, οι οποίες δεν έχουν καμιά μορφή κάλυψης για οδοντιατρική περίθαλψη (ενήλικοι αγρότες, βιοτέχνες, έμποροι). Η ποιότητα της παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στα πλαίσια της κοινωνικοποιημένης μορφής, κυρίως στα κλειστά ταμεία είναι αμφίβολη με αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος ασφαλισμένων να προσφεύγει στην ιδιωτική περίθαλψη.

Άλλο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που διέπει τον τομέα οδοντιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας είναι η διατήρηση των ανισοτήτων ως προς την παροχή της οδοντιατρικής φροντίδας, η οποία ακολουθεί τον πολυκερματισμό και τις διαφορές του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος.

Υπάρχουν ταμεία, τα οποία καλύπτουν όλες τις θεραπευτικές και μεγάλο μέρος των προσθετικών εργασιών στους ασφαλισμένους τους. Αυτοί έχουν το δικαίωμα της επιλογής του οδοντιάτρου τους και το σημαντικότερο, η ποιότητα της προσφερόμενης οδοντιατρικής φροντίδας είναι αναβαθμισμένη.

Μέτρα πολιτικής, που έχει να παρουσιάσει η διεθνής εμπειρία απουσιάζουν καθώς επίσης και μέτρα αναφερόμενα στον έλεγχο των οδοντιατρικών δαπανών, τον προγραμματισμό πάνω στην προσφορά και κατανάλωση της οδοντιατρικής φροντίδας, την ιεράρχηση στην κατανομή των οδοντιατρικών πόρων μετά από μελέτη των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού. Δεν υπάρχουν μέτρα ελέγχου της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των οδοντιατρικών υπηρεσιών ούτε εφαρμόζεται κάποια πρακτική αξιολόγηση.

Συμπερασματικά, παρά την αυξητική τάση ζήτησης και κατανάλωσης – τα τελευταία χρόνια – το σύστημα χρηματοδότησης και διανομής οδοντιατρικών υπηρεσιών δεν έχει αναπτυχθεί οργανωτικά και διαχειριστικά. Δεδομένου ότι η οδοντιατρική φροντίδα καλύπτει ένα σημαντικό μέρος των υπηρεσιών υγείας, είναι αναγκαίο, στα πλαίσια της εθνικής πολιτικής υγείας, να δοθεί εξαιρετική έμφαση στην οργάνωση και διαχείριση των πόρων.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι δημόσιες δαπάνες για την οδοντιατρική φροντίδα αφορούν αφενός μεν τις δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού για την περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την περίθαλψη των αγροτών (Ο.Γ.Α.) και αφετέρου τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης που αφορούν τα ποσά που καταβάλουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για την κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών των ασφαλισμένων τους.

Οι συνολικές ετήσιες δημόσιες δαπάνες για οδοντιατρική φροντίδα την περίοδο 1988 η οποία ανέρχεται στο ποσό των 8.414 δις. Δρχ ή 0,11% του ΑΕΠ εκ των οποίων 3.410 δις. Είναι οι δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού και 5.003 δις. Οι υπολογιζόμενες δαπάνες από την πλευρά της κοινωνικής ασφάλισης.

Πίνακας 19 Δαπάνες Οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα το 1989

| | |
|-------------|------------------------|
| - Δημόσιες | 8.414 δις ή 0,11% ΑΕΠ |
| - Ιδιωτικές | 18.260 δις ή 0,25% ΑΕΠ |
| Συνολικές | 26.674 δις ή 0,36% ΑΕΠ |

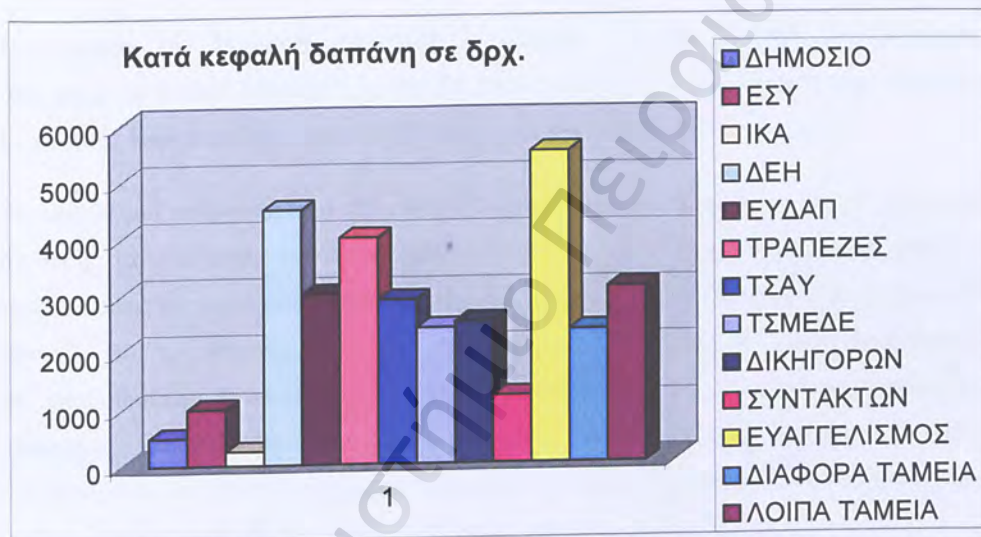
Πηγή : Υπουργείο Οικονομικών

Από τον ανωτέρω πίνακα γίνεται φανερό, ότι η δημόσια δαπάνη για οδοντιατρική φροντίδα είναι πολύ μικρή ως ποσοστό του ΑΕΠ και επίσης σε σχέση με το σύνολο των δαπανών υγείας. Ακόμα όσον αφορά την κατά κεφαλή δαπάνη παρατηρούμε πώς τόσο

αυτή που καταβάλλεται από το Ι.Κ.Α., που είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός όσο και αυτή του δημοσίου είναι πάρα πολύ μικρή (365 δρχ. και 631 δρχ. αντίστοιχα). Είναι αξιοσημείωτο το ότι τα προϋπολογισθέντα κονδύλια για τις δαπάνες των δημοσίων υπαλλήλων δεν απορροφήθηκαν. Την μεγαλύτερη κατά κεφαλή δαπάνη όπως φαίνεται και από τα υπάρχοντα στοιχεία καταβάλλουν τα ταμεία ασφάλισης των εργαζομένων στις Δημόσιες Επιχειρήσεις Κοινής Ωφέλειας και στις τράπεζες.

Πίνακας 20

Κατά κεφαλήν οδοντιατρική δαπάνη στην Ελλάδα κατά ασφαλιστικό φορέα (1987-1988)



Στον ανωτέρω πίνακα φαίνονται σχηματικά οι εκτεταμένες ανισότητες στην παροχή οδοντιατρικών φροντίδων σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες του πληθυσμού ως αποτέλεσμα των μεγάλων διαφοροποιήσεων στην ασφαλιστική κάλυψη, τη διανομή των φροντίδων και της πολιτικής τιμών που ακολουθείται στην αγορά οδοντιατρικών φροντίδων.

Η προσέγγιση της ιδιωτικής δαπάνης οδοντιατρικής φροντίδας μπορεί να επιχειρηθεί είτε με τη μέτρηση της κατανάλωσης των νοικοκυριών είτε με τη μέτρηση των ακαθαρίστων εισοδημάτων των οδοντογιατρών, ενώ οι ενδεχόμενες αποκλίσεις μπορούν να συμβάλουν στην επισήμανση της έκτασης της μη ακριβούς και μη επαρκούς καταγραφής των σχετικών μεγεθών. Με βάση λοιπόν τα αδημοσίευτα δεδομένα του

Υπουργείου Οικονομικών, οι ιδιωτικές δαπάνες για οδοντιατρική φροντίδα υπολογίζονται όπως φαίνεται στον Πίνακα 11.1 σε 18.260 δις. ή 0.36% επί του ΑΕΠ.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω η αύξηση της κατανάλωσης και η άνοδος του κόστους των υπηρεσιών υγείας, έχουν φέρει στο επίκεντρο το πρόβλημα των δαπανών υγείας. Η οδοντιατρική φροντίδα, συνιστά μια σημαντική παράμετρο της ανοιχτής περιθάλψης και αποτελεί αντικείμενο έρευνας τα τελευταία χρόνια.

Το πρόβλημα συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων και μεθοδολογίας εκτίμησης των οδοντιατρικών δαπανών στη χώρα μας είναι εξαιρετικά δυσχερή και δυσεπίλυτα εξαιτίας της πλημμελούς τήρησης των προϋπολογισμών υγείας.

Η εκτίμηση της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης για την οδοντιατρική φροντίδα ανέρχεται σε 0,36% του ΑΕΠ ή 26.674 δις το 1988 και η προσέγγιση της υπόγειας οικονομίας δείχνει ότι κυμαίνεται κατ' ελάχιστη εκτίμηση σε 31.956 δις δρχ.

Συνιστούν μια πραγματική αποδιάρθρωση των μηχανισμών ασφαλιστικής κάλυψης και διανομής τα φαινόμενα που παρατηρούνται στον τομέα της οδοντιατρικής φροντίδας, καθώς επίσης και μια μεγάλη χρηματοδοτική εμπλοκή. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται συνεχώς από τον αυξανόμενο ρυθμό εισόδου νέων οδοντιάτρων, με άμεσο αποτέλεσμα να υποβαθμίζεται η στάθμη της επαγγελματικής και επιστημονικής οδοντιατρικής πρακτικής. Επιβάλλονται άμεσα και επιτακτικά μέτρα ελέγχου της οδοντιατρικής δημογραφίας και βελτίωσης των μηχανισμών εκπαίδευσης και κατάρτισης όπως έχει δείξει η διεθνής εμπειρία και απαιτούν οι συνθήκες στην χώρα μας.

Προκειμένου λοιπόν, να εξευρεθούν λύσεις για την αντιμετώπιση των φαινομένων αυτών έχουν διατυπωθεί διάφορες προτάσεις. Ορισμένες από αυτές τις προτάσεις που θα μπορούσαν να ωθήσουν στον καλύτερο προγραμματισμό εκροής οδοντιάτρων στην αγορά, είναι⁵⁵:

➤ Να εξεταστεί το ενδεχόμενο διακοπής των εγγραφών από τα μητρώα των συλλόγων σε περιοχές όπου υπάρχει υπερκορεσμός.

⁵⁵ Παραπομπή: «Υπερκορεσμένο το Επάγγελμα του Οδοντιάτρου», Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 11, Τεύχος 63, 2000, σελ:6-7.

- Οι οδοντίατροι με πτυχία τρίτων χωρών μετά από εξετάσεις να εντάσσονται σε ειδικό πρόγραμμα σπουδών και εξάμηνο εκπαίδευσης των ελληνικών πανεπιστημίων, ώστε να ελέγχεται η ποιότητα των πτυχίων
- Να καθιερωθεί ο έκτος χρόνος πρακτικής μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, ώστε να αποκτάται κλινική εμπειρία, όπως συμβαίνει άλλωστε στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε..
- Να μειωθεί ο αριθμός των εισαγομένων από τις πανελλαδικές εξετάσεις στα πανεπιστήμια, ώστε να υπάρχει αντιστοιχία του αριθμού των πτυχιούχων οδοντιάτρων με τις πραγματικές ανάγκες της ελληνικής αγοράς οδοντιατρικών υπηρεσιών υγείας.

Εκτός των προβλημάτων αξιοπιστίας και συρρίκνωσης κοινωνικών δικαιωμάτων η ακύρωση ασφαλιστικής κάλυψης περιορίζει την αναγκαία φροντίδα σε ορισμένα στρώματα του πληθυσμού και προκαλεί κατασπατάληση των σπάνιων οικονομικών πόρων. Οφείλει να είναι υποχρεωτική η εγγύηση μιας ελάχιστης δέσμης παροχών προληπτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για την διασφάλιση οδοντιατρικής φροντίδας με την εγγύηση του κράτους. Είναι αναγκαίο προς την κατεύθυνση αυτή να ληφθούν μέτρα σχετικής αυτοτέλειας των προϋπολογισμών οδοντιατρικής φροντίδας –στα πλαίσια των ασφαλιστικών φορέων υγείας – με την αναγκαία διεύρυνση και ανακατανομή των πηγών χρηματοδότησης (κρατικός προϋπολογισμός, εισφορές εργοδοτών και ασφαλισμένων, ειδική φορολογία). Είναι υποχρεωτική για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς η ελάχιστη αυτή δέσμη παροχών και χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τους αντίστοιχους προϋπολογισμούς. Η διεθνής εμπειρία σε σχετικά προβλήματα έδειξε πως η αποζημίωση των προμηθευτών γίνεται εκ των προτέρων και κατά κεφαλή καλυπτόμενου πληθυσμού, ενώ ο χρήστης αποκτά ή και διαθέτει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής μέσα σε ένα πλήθος προμηθευτών⁵⁶.

Με δεδομένο ότι το κόστος της οδοντιατρικής φροντίδας είναι εξαιρετικά υψηλό σε ένα φάσμα οδοντιατρικών φροντίδων, όπως η προσθετική ή και η θεραπευτική αποκατάσταση φροντίδων, είναι βέβαιο ότι υπό τις παρούσες συνθήκες η ασφάλιση δεν μπορεί να επωμισθεί αυτό το πρόσθετο βάρος. Η συμμετοχή του χρήστη στην δαπάνη είναι αυτονόητη για τον περιορισμό της υπερκατανάλωσης και της πρόκλησης από τον

⁵⁶ Κυριόπουλος και Νιάκας 1991.

προμηθευτή δηλαδή τον οδοντίατρο της ζήτησης καθώς επίσης και της πρόκλησης ηθικής βλάβης της ασφάλισης.

Με κριτήριο το κόστος της διαγνωστικής κατηγορίας η εκ των προτέρων χρηματοδότηση των προμηθευτών για τις υπηρεσίες αυτές μπορεί να οδηγήσει στην ορθολογικοποίηση του κόστους και στην ανάπτυξη συνθηκών ημιαγοράς που προωθούν τον ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών. Παρά το ότι οι συνθήκες της οδοντιατρικής αγοράς διαφέρουν από την αγορά υπηρεσιών υγείας, εντούτοις είναι σκόπιμη η συνεχής αναφορά στις ατέλειές της. Υπό την έννοια αυτή η προαγωγή του σχεδιασμού και του προγραμματισμού στις ακολουθούμενες πολιτικές για την οδοντιατρική φροντίδα, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού πρέπει να συμπληρωθεί με μέτρα προώθησης του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών. Η ενθάρρυνση λοιπόν προηγμένων μορφών άσκησης του οδοντιατρικού έργου με την μορφή της ομαδικής πρακτικής ή της κοινοπραξίας για την εκτέλεση προγραμμάτων πρόληψης είναι απολύτως αναγκαία.

Οι επισημάνσεις αυτές κατατείνουν στην προσπάθεια ανασυγκρότησης της αγοράς οδοντιατρικών φροντίδων. Η επίσημη και η υπόγεια αγορά απορροφούν ένα μεγάλο μέρος των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ ταυτόχρονα μόνο μικρό μέρος του πληθυσμού έχει ευχερή πρόσβαση και χρησιμοποίηση στις οδοντιατρικές φροντίδες και αυτό είναι εξαιρετικά ανησυχητικό.

Στον Ελληνικό πληθυσμό η έκταση των νόσων του στόματος είναι μεγάλη και γι' αυτό οι ανάγκες για οδοντιατρική φροντίδα διαρκώς διευρύνονται. Από την χώρα μας απουσιάζουν οι πολιτικές για την προαγωγή των στόχων του Παγκοσμίου οργανισμού Υγείας για την στοματική υγεία στα πλαίσια της Στρατηγικής υγείας για όλους. Δεδομένου ότι η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού είναι άνιση και υποτυπώδης και η οδοντιατρική φροντίδα στηρίζεται σχεδόν αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός οδοντιάτρων δε συμβάλει στην προαγωγή λύσεων στο σύστημα παροχής οδοντιατρικών φροντίδων στο σύνολο του πληθυσμού. Σε σχέση με τις δημόσιες δαπάνες για την οδοντιατρική φροντίδα το ύψος των ιδιωτικών δαπανών είναι εξαιρετικά μεγάλο, ενώ οι ανορθόλογες πολιτικές τιμών ευνοούν την παρουσία και την ανάπτυξη εκτεταμένης παραοικονομικής δραστηριότητας.

Οι πολιτικές οργανωτικής και χρηματοδοτικής ανασυγκρότησης της οδοντιατρικής φροντίδας στα πλαίσια αυτά είναι αυτονόητο ότι οφείλουν να εστιάζονται:

A) Στην προαγωγή των στόχων της στρατηγικής υγείας για όλους του ΠΟΥ με έμφαση στα προγράμματα κοινωνικής και προληπτικής οδοντιατρικής ιδιαίτερα στον νεανικό πληθυσμό (WHO 1986). Τα κέντρα υγείας Αλλά και οι επιστήμονες οδοντίατροι αποτελούν τους βασικούς μηχανισμούς προώθησης αυτών των πολιτικών των οποίων την ευθύνη έχει ο δημόσιος υγειονομικός τομέας.

B) Την λήψη μέτρων για τον περιορισμό του αριθμού των οδοντογιατρών απαιτεί ο έλεγχος της δημογραφίας με την ενδεχόμενη εισαγωγή του *numerous clauses* στις πανεπιστημιακές οδοντιατρικές σχολές. Αντίθετα είναι αναγκαία η διερεύνηση της δυνατότητας δημιουργίας σώματος βοηθών οδοντιατρικών επαγγελματιών για την προαγωγή της πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας και της πρόληψης.

Γ) Η ανασυγκρότηση για την οδοντιατρική φροντίδα της ασφαλιστικής κάλυψης πρέπει να στηρίζεται στην καθολική κάλυψη για ένα ελάχιστο παροχών και στην αυτονομία των προϋπολογισμών οδοντιατρικής φροντίδας στα πλαίσια είτε των ασφαλιστικών οργανισμών είτε του Κοινού Ταμείου Υγείας.

Δ) Οι σχέσεις μεταξύ χρηστών καταναλωτών και προμηθευτών οδοντιάτρων και των μηχανισμών χρηματοδότησης είναι αναγκαίο να επανακαθοριστούν με την εισαγωγή κριτηρίων χρηματοδότησης κατά κεφαλήν για την πρόληψη και την συνήθη φροντίδα και κατά διαγνωστική κατηγορία για την προσθετική και την αποκατάσταση με συμμετοχή του χρήστη. Η πρόταση αυτή συνδέεται με την ορθολογικοποίηση των τιμών και κατά συνέπεια με την ανάδυση της υπόγειας οικονομικής δραστηριότητας στην επίσημη αγορά οδοντιατρικής φροντίδας.

Ε) Μπορεί να επιτευχθεί η διερεύνηση της χρηματοδοτικής βάσης της οδοντιατρικής φροντίδας με την επαναδιαπραγμάτευση παροχών και εισφορών, την συμμετοχή του χρήστη και ενδεχόμενα την εισαγωγή ειδικών φορολογικών μέτρων. Πρέπει όμως να συνοδεύεται με ανακατανομή των πόρων προς όφελος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και πρόληψης.

Η καρδιά της «υγείας» χτυπά στον ρυθμό του ιδιωτικού τομέα , αφού όσο τα προβλήματα και οι ατέλειες του δημοσίου τομέα δεν εξαλείφονται ,όλο και μεγαλύτερος αριθμός ασθενών θα στρέφεται στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

Η αγορά τω ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αναπτύσσεται δυναμικά , αφού τα τελευταία χρόνια είναι υψηλότερο το ποσοστό του πληθυσμού που κάνει χρήση κυρίως της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

*Το σημαντικότερο ίσως συμπέρασμα από την όλη παρουσίαση του προϋπολογισμού του Ιδιωτικού Οδοντιατρείου με παραδοχές πενταετίας, τόσο για τα έσοδα, όσο και για τα έξοδα, να είναι οι μικρότερες δυνατές που υπάρχουν στην αγορά μετά την συστηματική έρευνα που έγινε κάτω από δύσκολες συνθήκες ενός κλειστού ανταγωνιστικού περιβάλλοντος της ιδιωτικής αγοράς υπηρεσιών υγείας όπου αυτό δραστηριοποιείται, καταλήξαμε αρχικά στο ότι η κερδοφορία του είναι εφικτή **όχι όμως για τα πρώτα χρόνια** με τα συνολικά έσοδα μετά από μια δεκαπενταετία να ανέρχονται σε ύψος 60.000€, με συνολικό καθαρό κέρδος που θεωρείται όχι ιδιαίτερα ικανοποιητικό να ανέρχεται σε 30.000€ 50 %. Από την όλη παρουσίαση του ταμειακού δεν προέκυψε ανάγκη για δανεισμό με την προϋπόθεση να τηρηθούν οι παραδοχές των εισπράξεων και των δαπανών. Η βιωσιμότητα του Ιατρείου θα μπορούσε να βρίσκετε σε καλύτερα επίπεδα αν άλλαζαν οι τιμές του κρατικού τιμολογίου που είναι τιμές εξωπραγματικές και κάτω του κόστους σε όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις με αποτέλεσμα τα περισσότερα ιδιωτικά ιατρεία να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα βιωσιμότητας λόγω του υψηλού πραγματικού κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τις τιμές και την τιμολογιακή πολιτική που καθορίζει το δημόσιο χωρίς αυτό μέχρι σήμερα να λαμβάνει υπόψιν του ότι παράλληλα με την αύξηση του αριθμού των ειδών θεραπείας για κάθε ασθενή, αυξήθηκε και το κόστος της εκάστοτε θεραπείας (επειδή υπάρχει επίσης και προοδευτική τεχνολογική ανάπτυξη) καθώς και ότι υπάρχει μια προοδευτική μεταβολή στον τύπο του ασθενούς για θεραπεία (αύξηση της επιβίωσης στους ασθενείς της τρίτης ηλικίας οι οποίοι είναι γενικότερα επιβαρυνμένοι και έχουν ανάγκη από πιο συχνούς ελέγχους και περισσότερες και συχνότερες εξετάσεις) και να παραβλέπει (“θεωρία περί μείωσης του κόστους) την πραγματική αύξηση του κόστους στις ιατρικές πράξεις χωρίς έτσι να μπορεί να περιορίζει στο ελάχιστο δυνατό τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν στους*

ασθενείς από τις χαμηλά κοστολογημένες υπηρεσίες τόσο στην ποιότητα όσο και στην διαγνωστική και κλινική αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας..

Το πιο σημαντικό στοιχείο που κρίνει ίσως περισσότερο την επιτυχία της επιχειρηματικής επένδυσης και την βιωσιμότητα του Ιδιωτικού Οδοντιατρείου είναι η στρατηγική διαφοροποίησης από τους ανταγωνιστές.

Ακόμα σημαντικότερο όλων είναι να συλλέγονται στοιχεία για την ποιότητα των αποτελεσμάτων καθώς και την κατάσταση των ασθενών έτσι ώστε ακόμα οι ασθενείς που δεν είναι σε θέση είτε λόγω άλλων εμπειριών είτε λόγω έλλειψης ειδικών γνώσεων να αξιολογήσουν την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας παρά την προσωπική τους επιβάρυνση να είναι ικανοποιημένοι με την τιμή της υπηρεσίας να παίζει καταλυτικό ρόλο με τις υψηλότερες τιμές να σηματοδοτούν και υψηλότερη ποιότητα γνωρίζοντας όμως ποια ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα είναι αυτές που θα πρέπει να λαμβάνουν χωρίς επιπλέον ταλαιπωρίες και αβέβαια αποτελέσματα. Σύμφωνα με όσα μας έχει δείξει η εμπειρία, ανοδική είναι η ζήτηση των Ιδιωτικών Οδοντιατρείων σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΙΚΑ ή διαφόρων άλλων ασφαλιστικών ταμείων.

Όπως προκύπτει από κλαδική μελέτη της Διεύθυνσης Μελετών της ICAP , η συνεχιζόμενη υποβάθμιση της δημόσιας υγείας , στρέφει μεγάλο μερίδιο των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα με αποτέλεσμα οι ρυθμοί ανάπτυξης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας να είναι εντυπωσιακοί . Στο άμεσο μέλλον , η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αλλά και στην Ελλάδα θα επηρεαστεί ανοδικά.

Δε κάθε περίπτωση και από όποια θέση και αν βλέπουμε τα πράγματα (Ιδιωτικός ή Δημόσιος Τομέας) δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι:

« Η υγεία του πληθυσμού μιας χώρας αποτελεί βασικό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης και ευημερίας αλλά και ουσιαστική προϋπόθεση για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αβραμίδης Ι. Π., Αμανατίδης Π.Α., Αποστολόπουλος Ζ.Α. «Επιδημιολογική μελέτη νόσων του στόματος πληθυσμού της Ελλάδας.» Οδοντοστομ. Πρόοδος , 1983, σσ 37: 23-39.
2. Βαδάκογλου Α. «Σχεδιασμός οδοντιατρείων με συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας», 2004
3. Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α, «Η χρηματοδότηση της οδοντιατρικής φροντίδας», 1992
4. Κωλέτση- Κούναρη Χ., Κυριόπουλος Γ. «Τα οικονομικά της Οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας- Ελληνική εταιρία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, 1992, Αθήνα.
5. Δουβίτσας Γ., Παπαδάτου Ρ., Τσιλίρα Χ. «Βασικές αρχές εργονομίας & οργάνωσης Οδοντιατρείου» (1985)
6. Δρίβας Σ., Ζορμπά Κ., Κουκουλάκη Θ. «Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου». (2003)
7. Ζημάλης Ε. Ι. «Το σύνδρομο των ασθενών κτιρίων, Ιατρική της εργασίας» (τόμος 3, τεύχος 3, σσ155 – 156), 1991
8. Ιωσηφίδης Ν. «Επίδραση στο περιβάλλον, απόβλητα», 2004
9. Κολοκοτρώνης Α. «Μεταδιδόμενα λοιμώδη νοσήματα στην οδοντιατρική πράξη και η πρόληψή τους με εμβολιασμό», 2004
10. Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορ Σ., Οικονόμου χ., επιμ. «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό», Τομέας οικονομικών της υγείας ΕΣΔΥ, 2002, Αθήνα.
11. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. «Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 1991, Αθήνα.
12. Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., «Οι δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα» Παπαζήσης, Αθήνα.
13. Κωλέτση- Κούναρη Χ., Κυριόπουλος Γ., «Τα οικονομικά της Οδοντιατρικής

- φροντίδας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της υγείας- Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής οδοντιατρικής, 1992, Αθήνα.
14. Λάσκαρης Γ. Χ., Τζούτζας Ι. Γ. «Κίνδυνοι και μέτρα πρόληψης λοιμώξεων στο οδοντιατρείο», 1994
 15. Λώμη Κ. «Μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία στο οδοντιατρικό προσωπικό. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας» (τεύχος 21, Ιαν. – Φεβ. – Μαρ. 2005).
 16. Μπουλούχου Ο, «Οργάνωση Οδοντιατρείου σε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Α' Εξάμηνο, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, «Διοίκηση της Υγείας»)
 17. Ντόκος Ε., Γκούρλας Π., Τόλη Ι. «Κανόνες και μέσα πρόληψης για περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης στο Οδοντιατρείο». Ιατρική της εργασίας (τόμος 3, τεύχος 2, σσ 91 – 94), 1991
 18. Παντελής Δ. Δημόπουλος «Χρησιμοποίηση Οδοντιατρικών υπηρεσιών και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες», 2003 Αθήνα
 19. Παρίσης Ν. Α. «Ακτινοπροστασία στο Οδοντιατρείο», 2004
 20. Σακελλάρη Δ. «Προστασία ασθενών οδοντιατρείου», 2004
 21. Σούλης Σ. «Οικονομική της Υγείας», 1998
 22. Σούλης Σ. «Κοινωνική Πολιτική και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», διδακτικές σημειώσεις, 2001, Αθήνα.
 23. Σοφιανού Δ. «Ποιότητα νερού οδοντιατρικού μηχανήματος», 2004
 24. Τοπίτσογλου Β. «Μέσα ατομικής προστασίας εργαζομένων», 2004

Ξενόγλωσση

25. Locker D., Ford J., «*Using area based measures of socioeconomic status in dental health services research*» .J. Public health. Dent 56(2):σσ 69-75, 1996
26. Manski R.J., Edelstein B., Moeller J-F: «*The impact of insurance coverage on children's dental visits and expenditures*» .J. Am. Dent.Assoc.132(8): σσ1137-1145.
27. Mc Grath, C. Moles, D. Bedi,R, «*Who uses independent dental Services. Findings from a national survey*», Prim. Dent. Care 6(4), 1999: σσ 157-160.
28. Millar, W. Locker, D. «*Dental insurance and use of dental services*», 1999, Health rep11 (σσ55-67).
29. Stellman «*ENCYCLOPEDIA OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY*», 1998, (4^η έκδοση 97, σσ36 – 97, 47).
30. Suominen-Taipale L., Widstrom E.,(1998): «*Does dental service utilization drop during economic recession; The example of Finland*», 1991-94. Community dent oral epidemiol. 26(2) σσ107-114.
31. Vargas C.M., Macek M.D, Marcus S.E., 2000, «*Sociodemographic correlates of tooth pain among adults*» United States 1989 Pain. 85(1-2) σσ87-92.
32. Watson M., Manski R.J., Macek M.D., «*The impact of income on children's and adolescents preventive dental visits*», 2001, J.Am. dent. Assoc. 132(11) σσ1580-7
33. Whittle J.G., whittle K.W. «*Household income in relation to dental health and dental behaviours*», 1998, Community Dental health15(3):150-154.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Internet (στοιχεία οργάνωσης και λειτουργίας εταιρειών, οργανισμών)
2. Sandhusen R. Μάρκετινγκ 2^η Αμερικανική Έκδοση Αθήνα, Εκδόσεις “Κλειδάριθμος” 1993.
 - WHO 1990 : Financing of Dental Care in Europe.
 - WHO 1990: Financing of Dental Care in Europe part II
3. Άρθρα (από τύπο, Internet).
4. Εμπιστευτικά οικονομικά στοιχεία από τρεις Οδοντιάτρους
5. ΕΣΥΕ (1990): Εθνικοί λογαριασμοί 1970- 90 Αθήνα.
6. Ζαβλανός Μ, «Μάνατζμεντ», Εκδόσεις “ΕΛΛΗΝ” Γ.Παρίκος & Σία Ε.Ε, Αθήνα, 1998
7. Καρβούνης Σ, «Οικονομοτεχνικές Μελέτες», Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα, 2000.
8. Μπουραντάς Δ, «Μάνατζμεντ», Εκδόσεις Γ. Μπένου, Αθήνα ,2002.
 - Νομοθεσία.. Προεδρικό Διάταγμα Υπ’ αριθμ 228/2004 «*Τροποποίηση του Π.Δ. 84/2001:Όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ),ΦΕΚ 70/2001*», ΦΕΚ 212/05.11.2004
 - Προεδρικό Διάταγμα Υπ’ αριθμ 84/2001 «*Όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ)*»,ΦΕΚ 70/10.04.2001
9. Υπουργείο Οικονομικών: Δηλωθέντα εισοδήματα Επαγγελματιών υγείας (αδημοσίευτα στοιχεία), Αθήνα 1998

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ – ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

| | | |
|-------------|---|-----|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 0: | «ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ | 16 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2: | ΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ | 31 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3: | ΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ | 32 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 4: | ΜΕΛΕΤΕΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ | 52 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5: | | 59 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 6: | | 60 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 7: | ΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ ΤΗΣ ΞΑΝΘΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ ΤΟΥ Ι.Κ.Α., ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΥΝ: | 62 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 8: | ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΤΕΡΕΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ | 66 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 0: | ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΓΟΡΑΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΕ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΕΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Φ.Π.Α. 19%) | 97 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 0: | ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΓΟΡΑΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΜΙΚΡΟ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΕΝΣΩΜΑΤΩΜΕΝΟ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ ΜΙΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΕΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Φ.Π.Α. 19%) | 98 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 11: | ΚΟΣΤΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ | 100 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 12: | ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΚΟΣΤΗ ΛΟΙΠΩΝ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ | 101 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 13: | ΠΙΝΑΚΑΣ ΛΟΙΠΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ | 105 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 14: | ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ (Χ 12). | 106 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 15: | ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΑΠΟΣΒΕΣΗΣ | 106 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 16: | ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ | 111 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 17: | ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ | 125 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 18: | ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΑΝΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ 127 | 153 |
| | ΠΙΝΑΚΑΣ 19 ΔΑΠΑΝΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟ 1989 | |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 20: | ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ | 154 |