

Οικονομική κρίση: επιπτώσεις στη στοματική υγεία και την οδοντιατρική περίθαλψη. Αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών στην πόλη της Θεσσαλονίκης

Θ. ΦΕΣΤΑΣ¹, Δ. ΜΑΓΓΟΣ²

The economic crisis: Impact on oral health and dental care. Changes in patient behaviour in the city of Thessaloniki

TH. FESTAS¹, D. MANGOS²

Περίληψη

Η κρίση συνιστά μια δραματική αλλαγή των υλικών όρων της ζωής των ανθρώπων (εργασία, στέγαση, περιβάλλον κτλ.) και τους καθιστά πιο ευάλωτους στη νόσο. Στο παρόν άρθρο γίνεται προσπάθεια να προσεγγιστούν οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης που σοβεί στην ελληνική κοινωνία την τελευταία πενταετία, τόσο στη συνολική υγεία γενικά, όσο και στη στοματική ειδικά.

Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των επιπτώσεων αυτών, ώστε να αποτελέσουν τη βάση για τον προβληματισμό του οδοντιατρικού κόσμου και για συζήτηση στα πλαίσια των αρμόδιων φορέων, ώστε να αντιμετωπιστούν, κατά το δυνατόν, τα επόμενα χρόνια.

Εξετάζεται αν ο παράγων κρίση μπορεί να αντιστρέψει τη μακροχρόνια τάση βελτίωσης της στοματικής υγείας που διήρκεσε από τα τέλη της δεκαετίας του '80. Δεν υπάρχουν ως τώρα μελέτες για την επίδραση της πρόσφατης κρίσης στους στοματικούς δείκτες υγείας.

Στη συνέχεια αναφέρονται οι επιπτώσεις στους λειτουργούς της δημόσιας υγείας (μείωση εισοδήματος, εργασιακή ανασφάλεια), στη σχέση των ασθενών με την ιδιωτική ιατρική (ελαττωμένη προσέλευση, αδυναμία πληρωμών), αλλά και στις δημόσιες δομές (μειωμένη χρηματοδότηση, ελλείψεις προσωπικού και υλικών, σοβαρές δυσκολίες στην εκπαίδευση) και, τέλος, στην αλλαγή της συμπεριφοράς και της ψυχολογίας των ασθενών (επιλογή φθηνών υπηρεσιών στα πλαίσια οδοντιατρικού τουρισμού χωρίς καταγραφή και αρχειοθέτηση, εγκατάλειψη της πρόληψης, καταφυγή σε ιατρεία αλληλεγγύης).

Γίνεται μια περιληπτική παρουσίαση στις ιδιαίτερες συνθήκες και διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στις κοινότητες των μεταναστών.

Η μελέτη διεξάγεται κυρίως στον πληθυσμό της Θεσσαλονίκης και δευτερευόντως της Βορείου Ελλάδος.

Summary

The crisis has brought about a dramatic change in the material conditions of people's lives (work, housing, environment, etc.) and renders them more vulnerable to disease. This article attempts to approach the effects of the economic crisis that has been affecting the Greek society in the last five years, both in overall health in general, and especially in oral health.

The aim of this paper is to record these effects, to form a starting point for the discussion of the concerns of the dental world and for a debate within the framework of the competent bodies, aiming to address these as much as possible in the coming years.

We examine whether the crisis can reverse the long trend towards improving oral health that has lasted since the late 80s. No studies have been conducted to date on the impact of the recent crisis on oral health indicators.

Subsequently, we report its effects on public health functionalities (reduction of income, job insecurity), on the relationship of patients with private medical providers (reduced turnout, inability to pay) and with public medical providers (reduced funding, shortages in staff and materials, serious training difficulties) and, finally, on changing the behaviour and psychology of patients (selection of cheap services in the context of dental tourism without recording and archiving, abandonment of prevention, resorting to solidarity surgeries).

We briefly present the particular habits and variations presented in immigrant communities.

The study mainly covers the population of Thessaloniki and secondarily that of Northern Greece.

Εισαγωγή

Η παρούσα οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 στις ΗΠΑ, λόγω των επισφαλών ενυπόθηκων δανείων, πέρασε γρήγορα στην Ευρώπη, μετατράπηκε σε τραπεζική κρίση και, στη συνέχεια, σε κρίση δημοσιονομική όταν τα κράτη ανέλαβαν να αποπληρώσουν τα τραπεζικά χρέη.

Η κρίση έπληξε καίρια τις οικονομίες του Ευρωπαϊκού Νότου και ιδιαίτερα την Ελληνική, η οποία ουσιαστικά βρίσκεται κάτω από διεθνή οικονομικό έλεγχο.

Εφαρμόστηκαν πολιτικές μείωσης των κοινωνικών δαπανών, που προκάλεσαν κρίση στην αγορά εργασίας (ανεργία 27,3% το 4^ο τρίμηνο του 2013)¹ με αποτέλεσμα την ανατροπή όλων των κοινωνικών και οικονομικών ισορροπιών. Το ΑΕΠ έχει μειωθεί κατά 21,9% το διάστημα 2008 – 2013 σε αγοραίες τιμές². Στην πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ γίνεται λόγος για «δραστική μείωση δαπανών υγείας στην Ελλάδα με επικίνδυνο αντίκτυπο στο προσδόκιμο ζωής»³.

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (31-3-2014) οι συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας μειώθηκαν κατά 2% το 2011 σε σχέση με το 2010 και κατά 12,6% το 2012. Η ιδιωτική δαπάνη το 2011 μειώθηκε κατά 4,4% σε σχέση με το 2010, ενώ το 2012 μειώθηκε κατά 11,4% σε σχέση με το 2011.

Η δημόσια δαπάνη για την υγεία πρόκειται να μειωθεί περαιτέρω το 2014 από 5,3 δις ευρώ σε 4,4 δις ευρώ⁴.

Οι δραματικές αυτές αλλαγές έχουν άμεσες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, εντείνουν τις στρεβλώσεις του συστήματος και δημιουργούν προϋποθέσεις για την εκδήλωση ανθρωπιστικής κρίσης.

Επιπτώσεις στη γενική υγεία

Η οικονομική κρίση επιδεινώνει τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, δηλ. τους υλικούς όρους ζωής των ανθρώπων (ανεργία, επισφαλής εργασία, φτώχεια, υποβάθμιση διατροφής, στέγασης, περιβάλλοντος, δυσκολία πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες), που αποτελούν τα αίτια των αιτιών για την εκδήλωση της ασθένειας και παράγουν νοσηρότητα και θνησιμότητα. Υποστηρίζεται ότι υφειακές οικονομικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν σε χώρες της Λατινικής Αμερικής, της Νοτιοανατολικής Ασίας και της Ρωσίας, σαν απάντηση στην κρίση την τελευταία τριακονταετία, επέφεραν πολλαπλασιασμό νοσηρότητας και θνησιμότητας⁵.

Αντίθετα, με την πολιτική του New Deal, ως απάντηση στην κρίση του 1929 στις ΗΠΑ, ακολουθήθηκε η πολιτική της καθολικής απασχόλησης, προγραμματικών κοινωνικών παροχών, στέγασης, μαζικών εμβολιασμών κλπ., με αποτέλεσμα να μην υπάρξει άνο-

δος της νοσηρότητας και θνησιμότητας, εκτός από τις πολιτείες που αρνήθηκαν να εφαρμόσουν την πολιτική αυτή και υπέστησαν τις συνέπειες στην υγεία των πολιτών τους.

Στην κρίση του 2007-2009 στην Ισλανδία, απορρίφθηκε το σκληρό μοντέλο της μείωσης των ελλειμμάτων μέσω της ύφεσης, έγιναν μεγάλες επενδύσεις για την ανοικοδόμηση της οικονομίας, αυξήθηκαν οι δαπάνες για προγράμματα κοινωνικής προστασίας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με αποτελέσματα ανάλογα του αμερικανικού New Deal⁶.

Αναφέρεται ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 3% συνοδεύτηκε στην Ελλάδα από αύξηση κατάχρησης αλκοόλ κατά 28% και αύξηση θανάτων από αυτοκτονίες 4,5%⁷. Επίσης, σημειώθηκε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας 51% μεταξύ 2008-2012 (στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ), αύξηση χρήσης ουσιών κατά 11,6% σε μία διετία⁸, αύξηση κρουσμάτων λοίμωξης HIV 57,2% μεταξύ 2010-2011⁹, αύξηση των κρουσμάτων κατάθλιψης κλπ.

Επιπτώσεις στη στοματική υγεία

Αν η υγεία των ανθρώπων πλήττεται σε καιρούς κρίσης θα ήταν περιεργο να εξαιρεθεί από αυτόν τον κανόνα η υγεία του στόματος. Μια σειρά παράγοντες, όπως η κακή διατροφή λόγω οικονομικών προβλημάτων, η αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος λόγω κοινωνικού στρες, όπως και το ίδιο το κοινωνικό στρες καθεαυτό, αποτελούν αιτίες που προκαλούν νόσους του περιοδοντίου, τερηδόνα, στοματικούς καρκίνους κ.λ.π.¹¹.

Η χρήση ουσιών, ιδιαίτερα των «σκληρών», συνοδεύεται από ακραία εγκατάλειψη της στοματικής υγιεινής, περιθωριοποίηση που δεν επιτρέπει την πρόσβαση στον οδοντίατρο και δίνει ιδιαίτερα επιβαρυνμένη κλινική εικόνα.

Οι παράγοντες αυτοί εξαρτώνται άμεσα από την επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης της κοινωνίας και των ανθρώπων (όπως προελέχθη η άνοδος της ανεργίας προκαλεί αύξηση του αλκοολισμού) και διαμεσολαβούν για τις συνέπειες της στη στοματική υγεία.

Κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων η διατροφή παύει να είναι υγιεινή και οι άνθρωποι καταφεύγουν στους υδατάνθρακες, παραμελώντας την κατανάλωση υγιεινών τροφών λόγω κυρίως του οικονομικού κόστους αλλά και για άλλους λόγους¹². Η διατροφή αυτού του τύπου είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι προκαλεί στοματική νόσο.

Η οικονομική κρίση αυξάνει τα περιστατικά διαβήτη και απορρυθμίζει τους διαβητικούς ασθενείς λόγω αδυναμίας κάλυψης των εξόδων θεραπείας τους. Εμφανίζεται μείωση 30% των επισκέψεων στους γιατρούς, μείωση χρήσης των αναλώσιμων

(ταινίες μέτρησης κτλ.), επιστροφή σε παλιότερα και φθηνότερα φάρμακα λόγω αδυναμίας κάλυψης της συμμετοχής των ασφαλισμένων, με αποτέλεσμα την απορρύθμιση¹³.

Ο διαβήτης, πόσο μάλλον ο αρρύθμιστος, έχει άμεση σχέση με την εμφάνιση τερηδόνας, περιοδο-ντίτιδας, μυκητιάσεων της στοματικής κοιλότητας κλπ. Σύμφωνα με την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία 1.200.000 άτομα πάσχουν από διαβήτη στην Ελλάδα σήμερα.

Οι αναπόδραστες επιπτώσεις της κρίσης στη στοματική υγεία αφορούν όλες τις κοινωνικές ομάδες, αλλά όχι με τον ίδιο τρόπο, εντείνοντας το δίκαιο της ανισότητας ως προς τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τα λιγότερο ευνοημένα κοινωνικά στρώματα. Οι ανασφάλιστοι έχουν πέντε φορές περισσότερες εξαγωγές και πενταπλάσιες ανάγκες προσθετικής αποκατάστασης¹⁴.

Αυτό σημαίνει ότι η στοματική υγεία των 3,5 εκατ. ανασφάλιστων απειλείται (στοιχείο κατ' εκτίμηση διότι δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή των ανασφάλιστων εκ μέρους της Πολιτείας). Είναι διαπιστωμένο ότι οι ανισότητες στη στοματική υγεία διευρύνονται λόγω της κρίσης ακόμη και στις αναπτυγμένες χώρες¹⁵.

Σε καιρούς οικονομικής ένδειας, οι ασθενείς αναζητούν τις οδοντιατρικές υπηρεσίες λιγότερο, συγκριτικά με άλλες ιατρικές ειδικότητες, επειδή η φτωχή στοματική υγεία δεν παρουσιάζεται στα μάτια τους σαν άμεση απειλή για τη γενικότερη υγεία τους αλλά και επειδή οι θεραπείες μπορούν να είναι ιδιαίτερα δαπανηρές συγκριτικά με άλλες. Πέραν αυτού η τερηδόνα και άλλες στοματικές νόσοι είναι ασυμπτωματικές (αθόρυβες).

Στην Ελλάδα το πρόβλημα παρουσιάζεται πιο έντονο, καθώς το 95% της δαπάνης ήταν ιδιωτική και αποτελούσε για τα νοικοκυριά το 34% των συνολικών ιατρικών δαπανών¹⁶.

Σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία, έξι στα δέκα παιδιά δεν πηγαίνουν στον οδοντίατρο λόγω των οικονομικών δυσκολιών που προκάλεσε η οικονομική κρίση, ενώ η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση, μαζί με την Ιταλία, μεταξύ δεκαπέντε χωρών της Ε.Ε., σε ό,τι αφορά τη στοματική υγεία παιδιών 12 ετών¹⁷.

Η περίοδος 1992-2008 ήταν μια περίοδος ανάπτυξης της οικονομίας, που μεγεθύνονταν με γρήγορους ρυθμούς (συνολική άνοδος του ΑΕΠ 75% σε αγοραίες τιμές)¹⁸, σχετικής ευημερίας, παρά τις ανισότητες που παρείχε διευρυμένες δυνατότητες πρόσβασης στις ιδιωτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες που αποτελούν το 90% των συνολικών οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Στο «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία 2008-2012» περιγράφεται μείωση της τερηδό-

νας την τελευταία εικοσαετία (1988-2008). Αν λοιπόν η σχετική ευμάρεια αποτέλεσε το βασικό λόγο για τη βελτίωση αυτή, τότε το συμπέρασμα είναι ότι και η οικονομική κρίση (πτώση του ΑΕΠ 21,9%) αποτελεί την αιτία της επιδείνωσης της.

Στην περίπτωση της Ισλανδίας που προαναφέρθηκε, οι ευεργετικές συνέπειες της αναπτυξιακής πολιτικής απέναντι στην κρίση έχουν επιβεβαιωθεί για τη στοματική υγεία. Η κρίση δεν είχε αρνητικές συνέπειες στη φροντίδα στοματικής υγιεινής και στις τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο, αντίθετα μάλιστα σε ορισμένες πλευρές υπήρξε βελτίωση σε σύγκριση με τα προ της κρίσης επίπεδα¹⁹.

Δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες που να αφορούν την εξέλιξη των στοματικών δεικτών τα τελευταία χρόνια. Κατά τη γνώμη των συγγραφέων, η οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά τη στοματική υγεία και σ' αυτό συντείνουν άλλωστε όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, είναι όμως ακόμη νωρίς. Οι επιπτώσεις της πρώτης στη δεύτερη δεν είναι γραμμικές. Θα χρειαστεί χρόνος και ποσοτική συσσώρευση για να φανεί το αποτύπωμά της, αναστρέφοντας την αντιφατική αλλά υπαρκτή μακροχρόνια τάση βελτίωσης που διήρκεσε πάνω από είκοσι χρόνια. Φαίνεται ότι βρισκόμαστε στο πρώτο κεφάλαιο της αναστροφής αυτής. Το μεγάλο αυτό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα πρέπει να αποτελέσει κατά προτεραιότητα αντικείμενο μελέτης, για επιστημονικούς λόγους και για λόγους κοινωνικής ευθύνης του οδοντιατρικού κόσμου.

Οι συνέπειες της κρίσης στην οδοντιατρική περίθαλψη

A) Κρίση στο οδοντιατρικό επάγγελμα

Η κρίση «αφαιρεί το φωτοστέφανο» από μια σειρά επαγγέλματα, μαζί με αυτά των οδοντιώνων.

1. Μείωση εισοδήματος και εργασιακή ανασφάλεια για τους ιδιώτες και δημόσιους λειτουργούς οδοντιάτρους.
2. Αδυναμία αξιοποίησης νέων τεχνολογιών, ανανέωσης εξοπλισμού και, γενικά, εκσυγχρονισμού των ιατρείων.
3. Αυξανόμενη μετανάστευση στο εξωτερικό. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΣΘ, 327 οδοντίατροι, τα τελευταία τέσσερα χρόνια στην περιοχή της Θεσσαλονίκης, εγκατέλειψαν τη χώρα. Πόλος έλξης των Ελλήνων Οδοντιώνων αποτελεί η Μ. Βρετανία, όπου αποτελούν τη δεύτερη σε αριθμό ομάδα ξένων οδοντιώνων.
4. Αδυναμία πληρωμής ασφαλιστικών εισφορών.
5. Ένταση του κοινωνικού στρες. Σημαντικό δείκτη αποτελεί η πρόσφατη μετακίνηση γιατρών από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ. Το 78% των οδοντιώνων

ανέστειλε τη λειτουργία των ιδιωτικών τους ιατρείων, ενώ το μέσο αντίστοιχο ποσοστό των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων ήταν 41%, αποδεικνύοντας ότι πρώτη προτεραιότητα αποτελεί η εργασιακή ασφάλεια και η οικονομική σταθερότητα ως ασπίδα προστασίας έναντι των κινδύνων της κρίσης²⁰.

B) Αλλαγή στη σχέση ασθενή και ιδιωτικής ιατρικής

1. Μείωση της προσέλευσης ασθενών ακόμη και της μεσαίας τάξης αλλά και τμημάτων των ανώτερων οικονομικά και μορφωτικά κοινωνικών στρωμάτων, που αποτελούσαν τον κύριο αιμοδότη των ιδιωτικών ιατρείων. Δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για το μέγεθος της μείωσης αυτής, όμως οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι όλης της χώρας συγκλίνουν σε εκτιμήσεις της τάξης του 50-60% ενώ οι προσθετικές εργασίες, ιδιαίτερα οι εκτεταμένες, έχουν μειωθεί πολύ άνω του ποσοστού αυτού.
2. Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες θεωρούνται πολυτέλεια, αναβάλλονται ή παραμελούνται. Διακόπτονται θεραπείες, κυρίως οι ιδιαίτερα δαπανηρές (εμφυτεύματα).
3. Οι ασθενείς εμφανίζουν μειωμένες απαιτήσεις.
4. Ιδιαίτερα υποχωρεί η αισθητική απαίτηση έναντι του προτάγματος για χαμηλού κόστους, αξιόπιστη και μακροχρόνια λύση στο οδοντιατρικό πρόβλημα.
5. Προβλήματα στην οικονομική σχέση ασθενή – οδοντίατρο, όπως απαίτηση για ευνοϊκότερο διακανονισμό, αδυναμία εξόφλησης, πιέσεις για σταδιακή αποπληρωμή, δημιουργία χρεών κ.λ.π.

Γ) Οι δημόσιες δομές (Ασφαλιστικοί Οργανισμοί)

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στις δομές του ΕΟΠΥΥ (νυν ΠΕΔΥ) και όχι στις δομές του ΕΣΥ. Ο λόγος είναι ότι τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ λειτουργούν περιφερειακά της πόλης της Θεσ/νίκης, ενώ στην ίδια την πόλη λειτουργούν μόνο τα οδοντιατρεία των Νοσοκομείων που επιτελούν κυρίως το ειδικό και δύσκολο έργο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

Από 1-1-2012 έλαβε χώρα μία μεγάλης σημασίας αλλαγή στο Ασφαλιστικό Σύστημα. Το ΙΚΑ, ο ΟΠΑΔ, ο ΟΑΕΕ και ο ΟΓΑ και, λίγους μήνες αργότερα, ο Οίκος Ναύτου και το ΤΑΥΤΕΚΩ συνέστησαν τον ΕΟΠΥΥ.

Οι ασφαλισμένοι των παραπάνω Ταμείων συνέρρευσαν στα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ που αποτέλεσε τον βασικό κορμό του νέου Οργανισμού ανεβάζοντας τον αριθμό των ασφαλισμένων από 5,5 εκατ. σε 9,3 εκατ. Δημιουργήθηκαν συνθήκες ασφυξίας και υπο-

βάθμισης των ιατρικών και οδοντιατρικών υπηρεσιών από ένα Οργανισμό, που ήδη αδυνατούσε να ανταποκριθεί στις ανάγκες των 5,5 εκατ. ασφαλισμένων του. Στη δημιουργία αυξημένου φόρτου συνετέλεσε και η μεγάλη προσέλευση ασφαλισμένων λόγω της αδυναμίας πρόσβασης σε ιδιώτες γιατρούς (η Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, του ΙΚΑ δε διαθέτει στοιχεία για τον αριθμό των οδοντιατρικών ασθενών ανά έτος).

Οι ασφαλισμένοι της πλειοψηφίας των συνιστώμενων Ταμείων (πλην ΙΚΑ) απώλεσαν το προνόμιο της ιδιωτικής οδοντιατρικής περίθαλψης με συμμετοχή, όπως επίσης και την επιστροφή μέρους της δαπάνης για ακίνητες προσθετικές εργασίες. Μετά δυο χρόνια, κατόπιν πολύμηνων απεργιών, διαθεσιμότητας των γιατρών και αποχώρησης των μισών απ' αυτούς (22% για τους οδοντίατρος) και αφού έκλεισαν για ένα μήνα, τα ιατρεία αυτά μετατράπηκαν στη συνέχεια σε ιατρεία του ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας). Η έξοδος του 22% των οδοντιάτρων από το ΠΕΔΥ, αν και μικρή καθ' εαυτή, θα υποβαθμίσει ακόμη περισσότερο την οδοντιατρική περίθαλψη που παρέχεται από το φορέα αυτό.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η επικείμενη κατάργηση των περισσότερων ιατρείων του ΠΕΔΥ και η αντικατάστασή τους από ελάχιστο αριθμό μεγάλου μεγέθους Αστικών Κέντρων Υγείας στη Θεσσαλονίκη, όπως και αλλού, θα πολλαπλασιάσει τη δυσκολία πρόσβασης σ' αυτά, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων, και θα βάλει οριστικό τέλος στα ιατρεία της γειτονιάς που, παρά τα μεγάλα προβλήματά τους, αποτέλεσαν για δεκαετίες το βασικό εργαλείο παροχής δημόσιας οδοντιατρικής περίθαλψης. Πρόσθετες δυσκολίες θα προκαλέσει και η θέσπιση του εισιτηρίου των 5 ευρώ όπως έχει προαναγγελθεί.

Η υποχρηματοδότηση της οδοντιατρικής περίθαλψης (60 εκατ. ευρώ του ΕΟΠΥΥ στις συμβάσεις με τους ιδιώτες οδοντίατρος, δηλ. κλειστός προϋπολογισμός που σημαίνει 7 ευρώ για κάθε ασφαλισμένο ετησίως) θα επιτείνει τα αδιέξοδα²¹.

Παρουσιάζονται σοβαρές ελλείψεις σε οδοντιατρικά υλικά και τεχνική υποστήριξη, λόγω έλλειψης πόρων, σε ένα Οργανισμό που διέθετε από πριν ξεπερασμένο εξοπλισμό και χαμηλή αποδοτικότητα εξαιτίας κακής οργάνωσης, έλλειψης σχεδίου, έλλειψης ελέγχου και συντονισμού. Λειτουργεί χωρίς υγειονομικό χάρτη που είναι απαραίτητος για την καταγραφή των αναγκών κάθε γεωγραφικής περιοχής. Υπό το βάρος της υποχρηματοδότησης, οι δημόσιες δομές οδηγούνται στη συρρίκνωση και λειτουργική κατάρρευση. Θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη ότι οι δομές αυτές (ΠΕΔΥ) θα αναλάβουν μεγαλύτερο φορτίο καθώς ο Ν. 4238 προβλέπει την περίθαλψη και των ανασφάλιστων, εξαιρουμένης βέβαια της συνταγογράφησης.

Η εμπειρία των συγγραφέων έχει καταγράψει τα

εξής από τη λειτουργία των Οδοντιατρείων του ΕΟΠΥΥ (και τώρα ΠΕΔΥ):

1. Μεγάλος αριθμός ασφαλισμένων που προσέρχεται στα ιατρεία αυτά εκφράζει την επιθυμία για συνέχιση εργασιών που εκτελέστηκαν σε ιδιωτικά ιατρεία αλλά διακόπηκαν λόγω οικονομικής δυσπραγίας.
2. Εκδηλώνουν επίσης τη διάθεση να προχωρήσουν σε εξαγωγές με σκοπό τη σύντομη και εύκολη απαλλαγή από το πρόβλημα αντί του βασάνου για θεραπεία του ιατρικού προβλήματος.
3. Εμφανίζουν γενικά προτίμηση για κινητές αντί ακίνητες αποκαταστάσεις ακόμη και σε νεότερες ηλικίες επειδή οι δεύτερες δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.
4. Επιδιώκουν απλή λύση ακόμα και όταν ο ασθενής γνωρίζει ότι η διάρκεια της θεραπείας θα είναι μικρή.
5. Η επιδείνωση της οικονομικής θέσης των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ έθεσε τέρμα στην παραδοσιακή διαδρομή: ιατρείο ΙΚΑ για εξαγωγές, εμφράξεις, περιοδοντικές θεραπείες και στη συνέχεια σε ιδιωτικό ιατρείο για προσθετική. Η αλυσίδα αρχίζει και τελειώνει πλέον στο δημόσιο ιατρείο.
6. Στο τομέα του φαρμάκου: το 2009 αφαιρέθηκαν από τη λίστα τα στοματικά διαλύματα και αργότερα τα αναλγητικά.
7. Εγκαταλείφθηκαν δημόσια προγράμματα πρόληψης και αγωγής στοματικής υγείας που είχαν υλοποιηθεί τις προηγούμενες δεκαετίες με φορέα το ΙΚΑ.
8. Ορισμένοι ασφαλισμένοι επιδιώκουν, όταν τα ιατρεία του ΠΕΔΥ αδυνατούν να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες ανάγκες λόγω έλλειψης υλικών μέσων ή λόγω μεγάλης λίστας αναμονής, να κάνουν περιστασιακή χρήση των υπηρεσιών του κοινωνικού ιατρείου (ενώ δεν γίνονται δεκτοί εκεί διότι ο κανονισμός του δεν επιτρέπει παροχή περίθαλψης σε όσους είναι ασφαλισμένοι). Τα τελευταία δυο χρόνια μία μερίδα ασφαλισμένων του πρώην ΕΟΠΥΥ κατευθύνεται σε κοινωνικά ιατρεία αλληλεγγύης όταν χάνει την ασφαλιστική κάλυψη λόγω απόλυσης ή αδυναμίας πληρωμής ασφαλιστικών εισφορών.

Στην οδοντιατρική καρέκλα οι ασθενείς έχουν την τάση να εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους περισσότερο από πριν. Μιλούν για τις δυσκολίες του παρόντος, ως τραυματική εμπειρία, σε αντίθεση με ένα ευτυχισμένο παρελθόν οικονομικής ευμάρειας. Αισθάνονται άγχος και ψυχική κόπωση. Βιώνουν αισθήματα έκπτωσης και παραίτησης.

Δ) Επιπτώσεις στην οδοντιατρική εκπαίδευση

Τα τελευταία χρόνια οι δαπάνες για την οδοντια-

τρική εκπαίδευση έχουν μειωθεί, μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο μείωσης των δαπανών για την παιδεία συνολικά.

Η Οδοντιατρική Σχολή του ΑΠΘ έχει υποστεί μειώσεις της τάξης 86,5% μεταξύ 2008-2012 καθώς η μείωση των μελών ΔΕΠ από 91 διδάσκοντες το 2008 σε 75 το 2012, σύμφωνα με έγγραφο της Γ.Σ. της Σχολής (4-10-2012) προς τη Σύγκλητο του ΑΠΘ. Έχει επίσης και εδώ αρχίσει να παρατηρείται μετανάστευση διδασκόντων προς Πανεπιστήμια του εξωτερικού (δύο καθηγητές σε λιγότερο από ένα χρόνο). Η μείωση πόρων δυσχεραίνει την εκπαιδευτική-ερευνητική διαδικασία. Υποβαθμίζει την επιστημονική επάρκεια των εν ενεργεία και των αυριανών οδοντιάτρων.

Η στροφή των ασθενών σε εναλλακτικές λύσεις

Η στροφή αυτή συμπεριλαμβάνει από τις πιο απλές – υπό πίεση – κινήσεις, όπως υποκατάσταση οδοντιατρικών υπηρεσιών, δηλ. ανάθεση, σε οδοντοτεχνίτη προσθετικών εργασιών, παρακάμπτοντας τον οδοντίατρο ή ακόμα και επιλογή παράνομου οδοντιατρείου με δέλεαρ τις χαμηλές τιμές²².

Περιλαμβάνουν όμως και πιο συνολικές στρατηγικές που, εκτός φυσικά την απεύθυνση σε δημόσιες δομές, είναι οι κάτωθι:

Οδοντιατρική Σχολή²³

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που διαθέτει το Διαγνωστικό της Οδοντιατρικής Σχολής, η αύξηση προσέλευσης ασθενών τα ακαδημαϊκά έτη 2010-2014 (26.138 ασθενείς) σε σχέση με τα ακαδημαϊκά έτη 2005-2009 (18.178 ασθενείς) είναι 43,7% δηλαδή 7.960 περισσότεροι ασθενείς. Τα στοιχεία αφορούν το προπτυχιακό και το μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Το 35% των προσερχομένων ασθενών δε λαμβάνει τελικά θεραπεία για διάφορους λόγους, κυρίως οικονομικούς, παρά το μικρότερο συγκριτικά κόστος των θεραπειών. Την περίοδο της κρίσης παρατηρείται προσέλευση ασθενών από τις μεσαίες τάξεις, μακρά αναμονή σε σχέση με πριν, αλλά και σημαντική αύξηση ασθενών κατ' έτος:

Ακαδ. έτος	Σύνολο ασθενών
2011-2012	6.190
2012-2013	6.543
2013-2014 (έως Απρίλιο)	5.585 δηλ.
με αναγωγή	6.981

Δομές αλληλεγγύης (κοινωνικά ιατρεία)

Σύμφωνα με στοιχεία του Κοινωνικού Ιατρείου Θεσ/νίκης (Κ.Ι.Α.) το οδοντιατρικό τμήμα του στα 2,5 χρόνια λειτουργίας του έχει περιθάλψει 2.999 ασθενείς (μέχρι Απρίλιο 2014). Η πλειοψηφία των ασθενών αυτών επισκέπτεται το ιατρείο πολλές φορές. Σ' αυτόν τον αριθμό πρέπει να προστεθεί περίπου 15%

ασθενών που λόγω φόρτου εργασίας δεν καταγράφηκε ηλεκτρονικά. Το 50% από τους ασθενείς αυτούς είναι Έλληνες και οι υπόλοιποι μετανάστες.

Κάθε χρόνο ο αριθμός των ασθενών αυξάνεται.

2011-2012: 1.125 ασθενείς

2012-2013: 1.286 νέοι ασθενείς

2013-2014: (5 μήνες) 588 νέοι ασθενείς²⁴

Η κανονικότητα που παρουσιάζει η αύξηση αυτή οφείλεται στην περιορισμένη δυνατότητα του ιατρείου να εξυπηρετήσει περισσότερους κι όχι στη ζήτηση καθ' εαυτή που είναι πολύ μεγαλύτερη από τις δυνατότητές του, καθώς η αναμονή ξεπερνά κατά πολύ τις 30 ημέρες. Μεγάλο ποσοστό (μη καταγραφόμενο) των ελληνικής καταγωγής ασθενών δεν ήταν κοινωνικά αποκλεισμένο πριν την οικονομική κρίση αλλά διέθετε μόνιμη εργασία και ασφάλιση. Το Κοινωνικό Ιατρείο αποτελεί τη μεγαλύτερη δομή αλληλεγγύης στη Θεσ/νίκη που παρέχει Οδοντιατρική περίθαλψη. Συμμετέχουν σ' αυτό εθελοντικά 60 οδοντίατροι.

Σημαντική είναι η συμβολή του Οδοντιατρείου της ΜΚΟ Praksis²⁵. Την τετραετία 2010-2013 έχουν βρει εκεί περίθαλψη 2069 ασθενείς εκ των οποίων το 14,4% (299) είναι έλληνες και οι υπόλοιποι μετανάστες.

Το Κοινωνικό Οδοντιατρείο του Δήμου Παύλου Μελά λειτουργεί από τον Ιανουάριο του 2013 και έχει περιθάψει συνολικά μέχρι τον Απρίλιο του 2014, 300 ασθενείς. Το Οδοντιατρείο του Δήμου Θεσσαλονίκης λειτουργήσε από το Μάρτιο έως τον Αύγουστο του 2013 (συνολικά 55 ασθενείς), διέκοψε τη λειτουργία του και πρόκειται να επαναλειτουργήσει.

Το Ιατρείο των Γιατρών του Κόσμου όπως και το Κοινωνικό Ιατρείο Θέρμης δεν διαθέτουν οργανωμένο Οδοντιατρείο.

■ Μια κατηγορία ασθενών που χρήζει ιδιαίτερης μνείας είναι οι μετανάστες. Η συμπεριφορά των μεταναστών ποικίλλει και καθορίζεται από τις ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας. Η κοινότητα των Αλβανών και των ομογενών από την Βόρειο Ήπειρο κάνουν χρήση των δημοσίων δομών (ευάριθμο τμήμα τους που είναι ασφαλισμένο), απευθύνεται δε για οδοντιατρική περίθαλψη στη χώρα καταγωγής τους. Οι ομογενείς ποντιακής καταγωγής εξυπηρετούνται από οδοντίατρους της κοινότητάς τους και κάνουν χρήση των δημόσιων δομών ως ασφαλισμένοι. Για τις παραπάνω κατηγορίες ισχύει ό,τι και για τον υπόλοιπο πληθυσμό, δηλαδή δυσκολία πρόσβασης λόγω οικονομικής δυσπραγίας. Οι Αφρικανοί, οι καταγόμενοι από τις χώρες του Μαγκρέμπ, οι Αφγανοί, οι Ιρακινοί κ.λ.π. είναι στην πλειοψηφία τους διερχόμενοι με κατεύθυνση τη Δ. Ευρώπη, ανασφάλιστοι, και επισκέπτονται τα κοινωνικά ιατρεία ή τα οδοντιατρικά τμήματα των νοσοκομείων, κατά κύριο λόγο ως έκτακτα περιστατικά. Οι επιπτώσεις της κρίσης στην

οδοντιατρική περίθαλψη των ομάδων αυτών είναι μάλλον μικρές αφού, ούτως ή άλλως, ήταν κοινωνικά αποκλεισμένοι πριν την έλευση της κρίσης.

Οδοντιατρικός τουρισμός

Ο οδοντιατρικός τουρισμός στις γειτονικές χώρες (FYROM, Βουλγαρία) εμφανίζει ανοδική πορεία. Αφορά κυρίως, αλλά όχι αποκλειστικά, κατοίκους της Βόρειας Ελλάδας. Δεν δημιουργήθηκε από την κρίση, διότι προϋπήρξε αυτής, η κρίση όμως της προσέδωσε μεγάλη ώθηση. Οφείλεται στην διαφορά κόστους λόγω της χαμηλής ανάπτυξης των χωρών αυτών. Ανάλογα φαινόμενα εμφανίζονται σε αναπτυγμένες χώρες αλλά και σε χώρες που δεν αντιμετωπίζουν κρίση (μετακίνηση οδοντιατρικών ασθενών από Γερμανία προς Τσεχία, από Αυστρία προς Ουγγαρία κ.λ.π.). Το φαινόμενο αυτό τείνει να λάβει χαρακτήρα παγιωμένης συμπεριφοράς μεγάλου τμήματος των κατοίκων της Β. Ελλάδας. Ορισμένοι από αυτούς θεωρούν ότι οι οδοντιατρικές υπηρεσίες που προσφέρονται σ' αυτές τις δύο χώρες είναι εξίσου καλές και έχουν διαρρήξει τους δεσμούς τους μ' αυτό που θα λέγαμε ελληνική οδοντιατρική.

Οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι της Β. Ελλάδας δεν έχουν αριθμητικά στοιχεία ώστε να υπολογισθεί ακριβώς ο αριθμός όσων καταφεύγουν στις υπηρεσίες αυτές, παρά μόνο εκτιμήσεις που, για τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους των παραμεθόριων νομών, ανεβάζουν την απώλεια ασθενών σε 50 έως 60%.

Όσοι κάτοικοι της Θεσσαλονίκης ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία, προτιμούν την περιοχή της Γευγελής, στη FYROM, μια πόλη με 20 περίπου οδοντίατρους και δευτερευόντως την πόλη του Σαντάνσκι στη Βουλγαρία με 39 οδοντίατρους.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η παρατήρηση των δυο μεγεθών, δηλαδή αφενός της σημαντικής μείωσης προσέλευσης ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία, σε μια πόλη 790.000 κατοίκων και 1.500 ιδιωτών οδοντίατρων, όπως η Θεσσαλονίκη και αφετέρου των οδοντιατρικών ασθενών που απευθύνονται σ' όλες τις προαναφερόμενες εναλλακτικές λύσεις, μας οδηγεί στην υπόθεση ότι το πρώτο είναι μεγαλύτερο από το δεύτερο και άρα ένα τμήμα του πληθυσμού παραιτείται και «εξέρχεται» της οδοντιατρικής περίθαλψης. Η υπόθεση αυτή απαιτεί τεκμηρίωση, που προϋποθέτει τη μέτρηση του πρώτου μεγέθους, εγχείρημα εξαιρετικά δύσκολο.

Συμπεράσματα

Η οικονομική κρίση συνδυασμένη με την απουσία των αναγκαίων πολιτικών δημόσιας υγείας παράγει νοσηρότητα. Υποβαθμίζει την υγεία ανθρώπων στις περισσότερες κοινωνικές κατηγορίες. Πλήττει ιδιαίτερα τα πιο πληβειακά στρώματα. εντείνοντας τις ανισότητες. Αυτοί που έχουν περισσότερο ανά-

γκη την οδοντιατρική φροντίδα λαμβάνουν τη λιγότερη. Η συμπεριφορά των οδοντιατρικών ασθενών αλλάζει και δημιουργούνται οι όροι για την επιδείνωση της στοματικής υγείας. Η μεταβολή των στοματικών δεικτών υγείας είναι μια αργή διαδικασία που δύσκολα αντιστρέφεται. Βρισκόμαστε πιθανώς στην πρώτη πράξη μιας διαδικασίας επιδείνωσης.

Ο κλάδος των οδοντιάτρων, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα, υποβαθμίζεται οικονομικά και βιώνει εργασιακή ανασφάλεια. Ο κύκλος εργασιών στα ιδιωτικά ιατρεία έχει μειωθεί πάνω από το μισό.

Οι δημόσιες δομές λειτουργούν με όρους προηγούμενων δεκαετιών, είναι αντιπαραγωγικές και δεν επαρκούν για την κάλυψη των σύγχρονων αναγκών. Η πολιτεία δεν ασκεί μια πολιτική εκσυγχρονισμού και αναβάθμισής τους, ώστε να αποτελέσουν χώρο υποδοχής των οικονομικά ασθενέστερων. Οι ασθενείς προσέρχονται στις δομές αυτές με μειωμένες απαιτήσεις και δε διεκδικούν τα δικαιώματα που έχουν ως ασφαλισμένοι.

Ένα μέρος του πληθυσμού αναπτύσσει αμυντικές τακτικές, προκειμένου να έχει πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη κατά τρόπο προσιτό ή δωρεάν (δημόσιο, ιατρεία αλληλεγγύης, Οδοντιατρική Σχολή, οδοντιατρικός τουρισμός).

Όλο το σύστημα παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα σήμερα, κατευθύνεται προς τα πίσω και εμφανίζει σταθερά όψεις υπανάπτυξης.

Πηγές

1. Στοιχεία της ΕΛΛ.ΣΤΑΤ. (2013)
2. Ό.π.
3. Έκθεση ΟΟΣΑ (Health at a glance 2013)
4. Καθημερινή (φ.22-11-2013)
5. Σ. Γιαννακόπουλος, Θ. Ζδούκος, Η. Κονδύλης, Α. Μπένος: Κρίση και Υγεία, Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πολιτικής Οικονομίας της Υγείας Α.Π.Θ., Παρατηρητήριο για την ιδιωτικοποίηση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Παρουσίαση στην ημερίδα «Υγεία: Αναφαίρετο δικαίωμα ή εμπορεύσιμο αγαθό;» 2/4/2014 Μεγάλο Αμφιθέατρο ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.
6. Ντέιβιντ Στάκλερ, MPH, Ph.D, Σάντζεϊ Μπασού, MD, Ph.D: Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία. Εκδόσεις Ψυχογίος.
7. Crisis and opportunities. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population Health and Health Care. The Greek Case (E. Kondilis, S. Giannakopoulos, M. Gavana, I. Ierodiakonou, H. Waitzkin, A. Benos). American Journal of Public Health 6ος /2013. 103 (6:973-979).
8. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης για τα Ναρκωτικά
9. Crisis and opportunities.,ό.π.
10. Crisis and opportunities.,ό.π.
11. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία 2008-2012.
12. Ανδρέας Μελιδώνης, πρόεδρος ΕΔΕ, Συνέντευξη τύπου Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας για την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη, 14-11-2012.
13. Ανδρέας Μελιδώνης, πρόεδρος ΕΔΕ, Συνέντευξη τύπου Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας για την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη, 14-11-2013.
14. Συμμαχία για την Στοματική Υγεία (Ελληνικό Τμήμα της Συμμαχίας για ένα Μέλλον χωρίς Τερηδόνα)
15. Ό.π.
16. Ό.π.
17. Ό,π.
18. ΕΛΛ.ΣΤΑΤ.
19. Christopher Bruce McClure, Runar Saemundsson: Effects of a national economy crisis on dental habits and check up behaviours – a prospective cohort study. Community Dentistry and Oral Epidemiology. Vol.42, Issue 2, pages 106-112. April 2014.
20. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
21. Ό.π.
22. Αθανάσιος Υφαντής, πρόεδρος ΟΣΑ.
23. Στοιχεία που μας δόθηκαν από το Μηχανογραφημένο Αρχείο του Διαγνωστικού της Οδοντιατρικής Σχολής.
24. Ηλεκτρονικό Αρχείο Κοινωνικού Ιατρείου Αλληλεγγύης.
25. Αρχείο της ΜΚΟ Praksis (www.praksis.gr)
26. Αρχείο Κοινωνικού Ιατρείου Δήμου Παύλου Μελά.
27. Αρχείο Κοινωνικού Ιατρείου Δήμου Θεσσαλονίκης.