

**Πρόταση για την αναδιάρθρωση
της Δημόσιας Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας.**

Ομάδα Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα



Μάρτιος, 2016

Τα μέλη της Ομάδας Εργασίας

Αντωνοπούλου Αδαμαντία, μέλος ΔΣ της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΕΟΟ), Υπεύθυνη Επιτροπής Δημόσιας Υγείας της ΕΟΟ.

Βάλτος Ιωάννης, M.Sc., Οδοντίατρος Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, Κεντρική Υπηρεσία Υπουργείου Υγείας.

Δημητριάδης Δημήτριος, PhD, Επιμελητής Α' Οδοντίατρος, ΕΣΥ, εκλέκτορας ΕΟΟ.

Καλύβας Δημήτριος, M.Sc., Τμήμα Σχεδιασμού Οδοντιατρικής Περίθαλψης ΕΟΠΥΥ.

Κωνσταντινίδης Ρήγας, PhD, Διευθυντής Οδοντίατρος, ΕΣΥ.

Κοφινά Ελένη, οδοντίατρος με εξειδίκευση στη Δημόσια Υγεία, εκλέκτορας ΕΟΟ.

Λυγιδάκης Νικόλαος, PhD, Διευθυντής Παιδοδοντίατρος, ΕΣΥ, Υφηγητής Πανεπιστημίου Leeds.

Πάβη Ελπίδα, PhD, Επιμελήτρια, Τομέας Οικονομικών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Συντονιστής: Δημητριάδης Δημήτριος

Σχόλια και παρατηρήσεις για την Πρόταση, μπορείτε να στείλετε στην ηλεκτρονική διεύθυνση: primarypublicdentalcare@gmail.com

Περιεχόμενα	Σελίδα
Τα μέλη της Ομάδας Εργασίας	1
Περιεχόμενα	2
Εισαγωγή	3
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ : Η ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	6
Βασικές παραδοχές	7
Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της οδοντιατρικής περίθαλψης	9
Η σημερινή κατάσταση στο σύστημα οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα	10
Οι δημόσιες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας	12
Προηγούμενες προσπάθειες οργάνωσης των δημόσιων υπηρεσιών	18
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ΝΕΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	19
Οι βασικοί Άξονες Ανάπτυξης των Δημόσιων Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας	20
Επόμενα βήματα	29
Περίληψη	30
Βιβλιογραφία	32

Εισαγωγή.

Η Ομάδα Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα, συστήθηκε με απόφαση του Γ.Γ. του Υπουργείου Υγείας, στις 04/12/2015¹ και ξεκίνησε τις εργασίες της στις 22/12.

Αποτελείται από 8 μέλη, που εκπροσωπούν, αν και άτυπα, διαφορετικές πλευρές της οδοντιατρικής κοινότητας, έτσι ώστε να υπάρχει πολυφωνία, αναφορικά με το αντικείμενο εργασιών της Ομάδας, που αφορά τη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας και, πιο συγκεκριμένα:

- τον προσδιορισμό της ταυτότητάς τους,
- την περιγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών και
- την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού και εξοπλισμού.

Η Ομάδα συνεδρίασε, επίσημα, 8 φορές και ανεπίσημα τα μέλη της βρίσκονταν σε συνεχή επαφή, για τη συλλογή όλων των απαιτούμενων πληροφοριών και ειδικότερα:

- τη συλλογή και αξιοποίηση πληροφοριών σχετικά με τη στελέχωση και λειτουργία των μονάδων,
- την αναζήτηση και αξιοποίηση προγενέστερων προτάσεων/εισηγήσεων διαφορετικών φορέων, σχετικά με τη λειτουργία των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών²⁻⁷.

Η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών θεωρείται αναγκαία και επιβεβλημένη. Οι λόγοι που συνηγορούν σε αυτό, αφορούν στο ρόλο που χρειάζεται να έχουν τα δημόσια οδοντιατρεία στο σύστημα οδοντιατρικής φροντίδας της χώρας αλλά και στη δυσάρεστη συγκυρία, που επηρεάζει αρνητικά τη χρήση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες. Η παρέμβαση του κράτους στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, διαφοροποιείται ανάμεσα στα κράτη της Ευρώπης: οι δημόσιες υπηρεσίες μπορεί να παρέχουν πλήρη περίθαλψη σε παιδιά και κατά μεγάλο ποσοστό σε ενήλικες (Σκανδιναβικές χώρες), να απουσιάζουν τελείως, με πλήρη, όμως, ασφαλιστική κάλυψη των παιδιών και σημαντική κάλυψη των ενηλίκων, στα ιδιωτικά οδοντιατρεία (Γερμανία, Βέλγιο, Ολλανδία) ή να είναι εξαιρετικά περιορισμένες, με ταυτόχρονη απουσία δημόσιας ασφαλιστικής κάλυψης (Ισπανία, Ιταλία)^{4,8}. Στην Ελλάδα, οι δημόσιες οδοντιατρικές δομές, που προσέφεραν υπηρεσίες δωρεάν ή και με συμμετοχή των ασφαλισμένων (Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, διάφορα ασφαλιστικά ταμεία κ.ά.), αναπτύχθηκαν

παράλληλα με τον, διαρκώς διογκούμενο μέσα στα χρόνια, ιδιωτικό τομέα δίχως να τυχουν πάντοτε της μεγάλης αποδοχής των πολιτών, για λόγους που αναλύονται στη συνέχεια. Το αντικείμενο εργασιών των οδοντιατρικών των Κέντρων Υγείας (ΚΥ), είναι σήμερα ίσως πιο επίκαιρο από ότι τριάντα χρόνια πριν ενώ το δίκτυο των οδοντιατρικών του ΙΚΑ, με παροχές που αναφέρονταν σχεδόν σε όλο το φάσμα των οδοντιατρικών αναγκών, αποτέλεσε για δεκαετίες σημαντικό πυλώνα για τη δημόσια οδοντιατρική περίθαλψη της χώρας. Σήμερα, όμως, τα χρονίζοντα προβλήματα των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών τις οδηγούν σε αδιέξοδο, σε μια περίοδο αυξημένων αναγκών για ένα μεγάλο μέρος των πολιτών, πολλοί από τους οποίους αδυνατούν να επισκεφθούν τα ιδιωτικά οδοντιατρεία και αντιμετωπίζουν το φάσμα της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. **Ο τρόπος που θα μπορούσε το ενιαίο δίκτυο δημόσιων οδοντιατρικών, που υφίσταται σήμερα, να αποκτήσει ένα νέο χαρακτήρα και να ανταποκριθεί στις προκλήσεις που τίθενται, είναι το ουσιαστικό αντικείμενο αυτής της εργασίας.**

Το κείμενο που ακολουθεί χωρίζεται σε δύο μέρη με 6 ενότητες: στο πρώτο μέρος (ενότητες 1-5) παρουσιάζεται συνοπτικά η παρούσα κατάσταση στο σύστημα οδοντιατρικής φροντίδας και στο δεύτερο (ενότητα 6) αναλύεται η πρόταση της Ομάδας Εργασίας. Συγκεκριμένα, στην 1^η ενότητα αναλύονται μερικές βασικές παραδοχές για τη σημασία της στοματικής υγείας στη ζωή των ανθρώπων, στη σχέση της με τη γενική υγεία και το ρόλο του δημοσίου στην προστασία και προαγωγή της στοματικής υγείας. Στη 2^η ενότητα παρουσιάζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της οδοντιατρικής φροντίδας, που τη διαφοροποιούν από τις άλλες ιατρικές ειδικότητες ενώ στην 3^η ενότητα γίνεται συνοπτική αναφορά στα χαρακτηριστικά του οδοντιατρικού συστήματος στην Ελλάδα. Οι δύο επόμενες ενότητες (4^η και 5^η) αφορούν στην παρουσίαση των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών και αναλύονται οι βασικοί λόγοι, αλλά και οι προηγούμενες προσπάθειες, για την αναβάθμισή τους. Τέλος στην 6^η ενότητα παρουσιάζεται αναλυτικά η πρόταση για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών και στην τελευταία ενότητα περιγράφονται τα επόμενα βήματα προς αυτή την κατεύθυνση.

Η παρούσα πρόταση φιλοδοξεί, εκτός άλλων, να συμβάλει στον ευρύτερο διάλογο για την ποιότητα και το μέλλον του συνόλου των οδοντιατρικών υπηρεσιών στη χώρα. **Στις νέες συνθήκες που έχουν δημιουργηθεί, μετά την οικονομική κρίση, το πεδίο συνάντησης οδοντιάτρων και πληθυσμού δεν μπορεί να είναι μόνο η βλάβη, η απώλεια της στοματικής υγείας και η αέναη αναζήτηση εξειδικευμένων και πανάκριβων υπηρεσιών.** Αντίθετα, χρειάζεται να υπάρξει πρόβλεψη και πρόνοια για πραγματικά ολοκληρωμένες και ποιοτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη φορά, απαιτείται να σχεδιαστεί-οργανωθεί /υλοποιηθεί - αξιολογηθεί ένα σύστημα υπηρεσιών που θα προσφέρει κάλυψη των βασικών οδοντιατρικών αναγκών του πληθυσμού, με κύριο προσανατολισμό την πρόληψη των νοσημάτων του στόματος και την προαγωγή της στοματικής υγείας στην κοινότητα⁹, όπου το δημόσιο σύστημα θα έχει ένα σαφή, διακριτό και ισχυρό ρόλο με πρωταρχικό πληθυσμιακό στόχο τα παιδιά και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

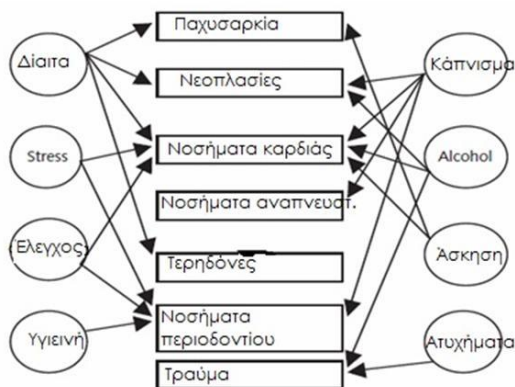
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: Η ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ



1. Βασικές παραδοχές.

Η στοματική υγεία αποτελεί βασικό εφόδιο για μια ομαλή βιολογική και κοινωνική ανάπτυξη και είναι αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας του ανθρώπου¹⁰. Η έλλειψη των δοντιών και η κακή κατάσταση της υγείας του στόματος, συνδέονται με την εμφάνιση σοβαρών νοσημάτων και σχετίζονται με χαμηλής ποιότητας ζωή και κοινωνική απομόνωση¹¹. Τα νοσήματα του στόματος παραμένουν σημαντικά ζητήματα δημόσιας υγείας, στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες και η σοβαρότητά τους επιτείνεται σε πολλές χώρες χαμηλής και μεσαίας οικονομικής ανάπτυξης¹².

Παρόλο που σχεδόν η πλειονότητα του ενήλικου πληθυσμού, παγκοσμίως, πλήττεται από τερηδόνα ή ουλίτιδα, τα δύο αυτά νοσήματα μπορούν να προληφθούν ενώ η βαρύτητα εμφάνισής τους στον πληθυσμό, σχετίζεται με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες, όπως είναι το εισόδημα, η εκπαίδευση, οι συνθήκες διαβίωσης, η εργασία, το stress, κ.ά.^{13,14}. Η πρόληψή τους επιτυγχάνεται διαμέσου της προαγωγής της στοματικής υγείας με τη στρατηγική Προσέγγισης των



Κοινός Παράγοντες Κινδύνου
για τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα
Προσαρμογή από Sheiham & Watt, 2000

Κοινών Παραγόντων Κινδύνου (Common Risk Factor Approach)¹⁵ ενώ προκλήσεις που προκύπτουν από τις ανισότητες στη στοματική υγεία του πληθυσμού, απαιτούν επαγρύπνηση και αξιοποίηση πολλαπλών μεθόδων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι γενεσιουργές αιτίες των νοσημάτων του στόματος. Ο περιορισμός της τερηδόνας μπορεί, σε μεγάλο βαθμό, να επιτευχθεί με την χρήση φθοριούχων και άλλων μεθόδων πρόληψης, ειδικά κατά την παιδική ηλικία¹⁶. Επιπλέον, η σημασία της αγωγής στοματικής υγείας είναι θεμελιώδης, καθώς βοηθά τους ανθρώπους να κατανοήσουν τους μηχανισμούς δράσης των παραγόντων που απειλούν την υγεία του στόματος, γεγονός που αποτελεί το πρώτο βήμα για την υιοθέτηση νέου τρόπου συμπεριφοράς¹⁷. Ακόμη, η υποστήριξη του ατόμου σε ζητήματα ατομικής φροντίδας της στοματικής υγείας μπορεί να αποφέρει άμεσα, ορατά και πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα στο πεδίο της υποκειμενικής αντίληψης για την υγεία και της αυτοεκτίμησής¹⁸. Η διατομεακή συνεργασία για τη βελτίωση όχι μόνο της στοματικής, αλλά και της γενικής υγείας, είναι το βασικό συστατικό για την

επιτυχημένη αντιμετώπιση των σύνθετων και διαρκώς διευρυνόμενων παραγόντων κινδύνου για την υγεία των ατόμων¹⁹. Η υποστήριξη οικογενειών και ανθρώπων που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό ή τον αποκλεισμό από την αγορά εργασίας, η εργασία με οικογένειες και την κοινότητα είναι ορισμένα πεδία που απαιτείται η παρουσία και δραστηριοποίηση της οδοντιατρικής κοινότητας και των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας¹⁴.

Οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη για την κατάσταση της υγείας των πολιτών, έτσι ώστε οι τελευταίοι να μπορούν να απολαμβάνουν μία, κοινωνικά και οικονομικά, παραγωγική

Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα (ΠΟΦ), αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικό μέρος της ΠΦΥ καθώς τα νοσήματα του στόματος μοιράζονται κοινούς γενεσιουργούς παράγοντες με άλλα μη-μεταδιδόμενα νοσήματα και επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων σε πολύ μεγάλο βαθμό.

ζωή. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι το κλειδί για την κατάκτηση αυτού του στόχου, ως μέρος της ανάπτυξης, στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης. **Η ΠΦΥ οφείλει να είναι επικεντρωμένη στη διατήρηση της υγείας των πολιτών όπως και στις ανάγκες των ασθενών, ιδιαίτερα των ευάλωτων και οικονομικά αδύνατων. Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα (ΠΟΦ), αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικό μέρος της ΠΦΥ καθώς τα νοσήματα του στόματος μοιράζονται κοινούς γενεσιουργούς παράγοντες με άλλα μη-μεταδιδόμενα νοσήματα και επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων σε πολύ μεγάλο βαθμό¹⁸.** Το δημόσιο σύστημα οφείλει να προστατεύει τη στοματική υγεία του πληθυσμού και, κυρίως, να εξασφαλίζει τη λειτουργία υπηρεσιών σε πεδία αποκλειστικής αρμοδιότητάς του που αφορούν την προαγωγή και πρόληψη της στοματικής υγείας σε επίπεδο κοινότητας και την περίθαλψη των ανθρώπων που ανήκουν σε ευαίσθητες, κοινωνικά, ομάδες με αδυναμία πρόσβασης σε άλλες οδοντιατρικές υπηρεσίες²⁰. Η διαδικασία διαμόρφωσης στρατηγικής για τη στοματική υγεία, σε εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο, απαιτεί πολλά στάδια και σχετίζεται με την ταξινόμηση προτεραιοτήτων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στοματικής υγείας, είτε πρόκειται για μια κοινότητα ανθρώπων είτε για όλο τον πληθυσμό. Τα επιδημιολογικά δεδομένα και οι βασικοί προσδιοριστές των νοσημάτων του στόματος, χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη πάντοτε σε σχέση με το κοινωνικό-οικονομικό, πολιτισμικό και νομοθετικό πλαίσιο, προκειμένου να παραχθούν οι πολιτικές εκείνες που θα εξασφαλίζουν μακροχρόνια προστασία και προαγωγή της στοματικής υγείας²¹.

2. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της οδοντιατρικής περίθαλψης.

Η άσκηση της οδοντιατρικής, εμφανίζει μια σειρά από χαρακτηριστικά που τη διαφοροποιούν από τις άλλες υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα στο πλαίσιο των δομών της ΠΦΥ.

α. Η οδοντιατρική είναι, κατά βάση, χειρουργική ειδικότητα²². Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται, καθημερινά, να τηρούνται αυστηρά οι κανόνες και οι προϋποθέσεις για την ασφαλή λειτουργία των μονάδων και την ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού (εξοπλισμός, πρωτόκολλα ασφάλειας, απολύμανση χώρου, αποστείρωση εργαλείων, αναγκαία παρουσία βοηθητικού προσωπικού κ.ά.). Σε επίπεδο δομών ΠΦΥ, συνάγεται ότι, σε αντίθεση με την υποδοχή ασθενών από τις άλλες παθολογικές ειδικότητες, που έχουν κυρίως διαγνωστικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα, οι οδοντίατροι παρέχουν σύνθετες επεμβατικές υπηρεσίες, που απαιτούν μεγαλύτερη διάρκεια των ραντεβού και παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού.

β. Η οδοντιατρική φροντίδα είναι το μόνο ιατρικό πεδίο που αφορά, επιδημιολογικά, το σύνολο του πληθυσμού. Οι οδοντίατροι αντιμετωπίζουν περιστατικά όλων των ηλικιών ενώ σε πολλούς ασθενείς τα νοσήματα του στόματος εμφανίζουν χαρακτηριστικά χρόνια νοσημάτων. Επίσης, είναι πολύ συχνό το φαινόμενο συνύπαρξης με νοσήματα γενικής υγείας (χρόνιας ή οξείας φάσης), γεγονός που απαιτεί ειδική θεραπευτική προσέγγιση²³.

γ. Οι οδοντίατροι παρέχουν ένα ευρύ φάσμα συμβουλευτικών, προληπτικών, θεραπευτικών και χειρουργικών υπηρεσιών²⁴. Σε αντιδιαστολή με άλλες ειδικότητες, η οδοντιατρική φροντίδα απαιτεί επανειλημμένες και συνεχείς επισκέψεις του ασθενούς στο ιατρείο, δίχως να είναι πάντοτε εύκολο να προσδιοριστεί ο αριθμός και η χρονική τους διάρκεια.

δ. Εξαιτίας της πολυπλοκότητας των οδοντιατρικών υπηρεσιών, το κόστος τους είναι ιδιαίτερα υψηλό και κατατάσσονται στην 4^η θέση των πιο ακριβών υπηρεσιών υγείας. Ο ακριβής προσδιορισμός του κόστους των πράξεων αλλά και η συνάρτησή τους με τις ανάγκες του πληθυσμού, είναι εξαιρετικά δύσκολο να πραγματοποιηθεί, μπορεί όμως να αντληθεί από τις δαπάνες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, για οδοντιατρικές υπηρεσίες. Οι δαπάνες για την οδοντιατρική φροντίδα την περίοδο 2009-2012 μειώθηκαν κατά 52% (από 1,97 δις ευρώ σε 985 εκατ. ευρώ). Οι δαπάνες αυτές είναι σχεδόν αποκλειστικά ιδιωτικές (99% το 2012) με δραματική

συρρίκνωση των δημόσιων δαπανών για το ίδιο διάστημα (μείωση 61% της κρατικής δαπάνης και 80% στις δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης). Μεγαλύτερη μείωση των δαπανών των νοικοκυριών για οδοντιατρικές υπηρεσίες παρατηρείται στα αστικά κέντρα, σε χαμηλά και μεσαία εισοδήματα και σε οικογένειες με ένα εργαζόμενο μέλος^{25,26}.

3. Η σημερινή κατάσταση στο σύστημα οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα κυριαρχεί το μοντέλο οδοντιατρικής περίθαλψης των χωρών της Νότιας Ευρώπης, που χαρακτηρίζεται από την έντονη παρουσία του ιδιωτικού τομέα με μικρή ή καθόλου κρατική συμμετοχή. Οι υπηρεσίες του συστήματος είναι προσανατολισμένες, σχεδόν αποκλειστικά, στη θεραπεία των νοσημάτων του στόματος^{27,28}. Η Ελλάδα εμφανίζει την υψηλότερη αναλογία οδοντιάτρων ανά κάτοικο, σε όλη την Ευρώπη²⁹. Περισσότερο από το 90% των οδοντιάτρων απασχολείται στον ιδιωτικό τομέα και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών στα ιδιωτικά οδοντιατρεία γίνεται, σχεδόν αποκλειστικά, με ιδιωτική δαπάνη, δηλαδή τα χρήματα στον οδοντίατρο τα καταβάλλει εξ ολοκλήρου ο ασθενής³⁰. Ταυτόχρονα, η χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών, από τους ενήλικες, είναι περιορισμένη και το ίδιο ισχύει και για τις τακτικές επισκέψεις στο οδοντιατρείο³¹⁻³³.

Τα τελευταία σαράντα χρόνια, έχει παρατηρηθεί θεαματική βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του παιδικού πληθυσμού (υποδιπλασιασμός στο δείκτη τερηδόνας, για τα παιδιά ηλικίας 12 ετών)³⁴⁻³⁶. Αυτό ήταν αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, με κυρίαρχη την ευρύτατη χρήση φθοριούχου οδοντόκρεμας αλλά και άλλων πολλών όπως η ανάπτυξη της αγωγής στοματικής υγείας, η βελτίωση της οικονομικής κατάστασης για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, η πρόσβαση σε επιπλέον προϊόντα φροντίδας της στοματικής υγείας (οδοντόβουρτσες, στοματικά διαλύματα, φθοριούχα συμπληρώματα κλπ), η αύξηση του αριθμού των οδοντιάτρων και άρα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η εφαρμογή προληπτικών οδοντιατρικών προγραμμάτων στον παιδικό πληθυσμό, η ανάδειξη της καλής στοματικής υγείας ως στοιχείο ευημερίας, ευμάρειας και θετικής αντίληψης για τη ζωή και η οργάνωση ενός δικτύου δημόσιων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, το οποίο συνέβαλε στην κάλυψη αναγκών στην περιφέρεια της χώρας. Όμως, μεγάλες ανάγκες θεραπείας παρατηρούνται σήμερα στον παιδικό πληθυσμό (5, 12 και 15 ετών) καθώς ένα, περίπου, στα δύο παιδιά έχει τουλάχιστον ένα χαλασμένο δόντι ενώ σημαντική επιβάρυνση έχει η στοματική υγεία παιδιών με ιστορικό μετανάστευσης και διαφορές παρατηρούνται σε σχέση με τον τόπο διαμονής και το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων^{33,34}. Οι δείκτες στοματικής υγείας

για τους ενήλικες, παραμένουν υψηλοί ενώ διαφορές στην κατάσταση της στοματικής υγείας, παρατηρούνται ανάμεσα σε διαφορετικές περιοχές της χώρας³⁵, σε σχέση με το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατοικία και το ιστορικό μετανάστευσης^{34,35,37,38}. Ακόμη, διαφορές στη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών παρατηρούνται σε σχέση με την εργασία το εισόδημα, την εκπαίδευση και την κοινωνική τάξη^{39,40}.

Η οικονομική κρίση που πλήττει τη χώρα από το 2008, δεν θα μπορούσε να αφήσει αλώβητο το σύστημα οδοντιατρικής φροντίδας, τραυματίζοντας ανεπανόρθωτα δομές, υπηρεσίες και τη στοματική υγεία του κοινωνικού συνόλου³⁴. Η μείωση και η απώλεια εισοδήματος, για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, περιορίζει –εάν δεν απαγορεύει- τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών, επιστρέφοντας δεκαετίες πίσω, όταν η επίσκεψη στον οδοντίατρο αφορούσε επείγοντα περιστατικά και η ενδεδειγμένη θεραπεία ήταν το σφράγισμα ή/και η εξαγωγή^{41,42}. Η επίδραση, όμως,



της οικονομικής κρίσης δεν αφορά μόνο στις επισκέψεις στο οδοντιατρείο. Άτομα που βιώνουν πιο έντονα τα αποτελέσματα της δραματικής κατάστασης της χώρας –άνεργοι, κοινωνικά αποκλεισμένοι, υπερχρεωμένοι επαγγελματίες κ.ά.- αρχίζουν να παραμελούν τη φροντίδα του εαυτού και της οικογένειάς τους και καταφεύγουν σε πιο επιβαρημένα διατροφικά πρότυπα

(κατανάλωση γλυκισμάτων ή άλλων υψηλά θερμιδογόνων τροφών, χρήση καπνού και αλκοόλ κ.ά). Επιπλέον, διαταράσσονται οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού κύκλου, παρατηρούνται συναισθήματα απομόνωσης και κατάθλιψης, που εντείνουν το φαύλο κύκλο της αυτο-εγκατάλειψης. Η κρίση πλήττει, τελικά, την υγεία του ατόμου και την κοινότητα^{43,44}.

Η σημασία των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών στην ανάσχεση των δυσάρεστων επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη στοματική υγεία των πολιτών και στην διακοπή του φαύλου κύκλου που δημιουργεί περισσότερες ανάγκες περίθαλψης που είναι αδύνατο να αντιμετωπιστούν, είναι θεμελιώδης και αδιαμφισβήτητη.

Δυστυχώς, η απουσία κεντρικού σχεδιασμού και πολιτικής για τη στοματική υγεία, περιορίζει δραματικά τις δυνατότητες ανταπόκρισης του

συστήματος στις απαιτήσεις των καιρών⁴⁵. Η αφελής και λανθασμένη αντίληψη ότι

τα νοσήματα του στόματος δεν απειλούν τη ζωή του ατόμου και άρα δεν αποτελούν βασική προτεραιότητα στο σχεδιασμό πολιτικών για την υγεία⁴⁶ όπως, επίσης, η απουσία σταθερής διεκδίκησης για μια συνολική αντιμετώπιση των ζητημάτων οδοντιατρικής φροντίδας του πληθυσμού^{47,48}, ευθύνονται, σε γενικές γραμμές, για το αδιέξοδο και την έλλειψη εναλλακτικών λύσεων στην παρούσα κατάσταση.

Για τους παραπάνω λόγους, οι συνθήκες των τελευταίων χρόνων αποτελούν την 'τέλεια καταιγίδα', για τη στοματική υγεία του πληθυσμού⁴⁹ και είναι ορατός ο κίνδυνος να χαθούν κεκτημένα δεκαετιών, σχετικά με την κατάσταση της στοματικής υγείας τόσο του παιδικού πληθυσμού όσο και των ενηλίκων.

4. Οι δημόσιες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας.

Το σύστημα δημόσιας οδοντιατρικής φροντίδας, που με τις παρεμβάσεις του έχει την ευθύνη για την προστασία της στοματικής υγείας του πληθυσμού και που, επιπλέον, οι ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες (ανασφάλιστοι, οικονομικά ασθενέστεροι, κοινωνικά αποκλεισμένοι κ.ά) αναζητούν, συνήθως, δωρεάν οδοντιατρικές υπηρεσίες, βρίσκεται μπροστά σε ένα δυσοίωνο μέλλον. Στο σύστημα αυτό ανήκουν τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Υγείας ΠΕΔΥ, μετά και την ένταξη των πρώην μονάδων του ΙΚΑ και του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ, το 2014²⁶.

A. Οδοντιατρεία Κέντρων Υγείας ΠΕΔΥ

Βασισμένο στις αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα ανέπτυξε τα Κέντρα Υγείας ως την κατεξοχήν μονάδα παροχής ΠΦΥ και σε αυτά εντάχθηκαν, σχεδόν από την πρώτη στιγμή, οδοντιατρικά τμήματα, με αποστολή την παροχή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας⁴⁵.



Ο ρόλος που προβλεπόταν να έχει το Οδοντιατρικό Τμήμα ενός ΚΥ, απέναντι στους κατοίκους της περιοχής ευθύνης του, διαδραματιζόταν σε δύο επίπεδα, το προληπτικό και το θεραπευτικό. Το προληπτικό αφορούσε την εποπτεία για τη διατήρηση της στοματικής υγείας του πληθυσμού ευθύνης και το θεραπευτικό την προστατευτική παρουσία για την περίθαλψη του νεανικού πληθυσμού (έως 18 ετών) και την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών των ατόμων που αδυνατούσαν να λάβουν οδοντιατρική φροντίδα από άλλο φορέα, για

οποιοδήποτε λόγο (οικονομικό, γεωγραφικό, υγείας ή άλλο)⁵⁰. Από τα πρώτα έτη της ίδρυσής τους, τα οδοντιατρεία των ΚΥ, παρουσίασαν σημαντικό αριθμό δραστηριοτήτων, κυρίως στο πεδίο της πρόληψης (φθοριώσεις κ.λπ.) και αγωγής της στοματικής υγείας. Αυτό ήταν ένα θετικό παράδοξο, καθώς οι ιατροί μίας ειδικότητας του χειρουργικού τομέα, ασχολήθηκαν σε μεγάλο βαθμό με την πρόληψη, προσφέροντας για αρκετό διάστημα πολλές υπηρεσίες, όντας αρκετές φορές οι μοναδικοί εκπρόσωποι του ιατρικού κλάδου σε παρόμοιες δράσεις στην κοινότητα.

Σήμερα όμως και έπειτα από 30 και πλέον χρόνια λειτουργίας, οι μονάδες των Κέντρων Υγείας νοσούν παράλληλα με το ΕΣΥ: η απομάκρυνση από τις βασικές αρχές της ΠΦΥ και ο προσανατολισμός στην περίθαλψη, έχουν στερήσει από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που απασχολείται σε αυτές, το δυναμισμό του παρελθόντος, με αποτέλεσμα να υπολείπεται των προσδοκιών του μέλλοντος. Τα οδοντιατρεία των Κέντρων Υγείας, με διαρκώς μειούμενο και χαμηλά αμειβόμενο προσωπικό, εγκλωβισμένα σε ένα ασαφές πλαίσιο εργασίας, σε μεγάλο βαθμό παρέχουν υπηρεσίες κατά το δοκούν, αδυνατώντας να επιτελέσουν το βασικό τους έργο που είναι η πρόληψη της στοματικής υγείας του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να βιώνουν την εγκατάλειψη και την απαξίωση^{25,26}. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ Οι οδοντιατρικές μονάδες στελεχώθηκαν με κλινικούς (θεραπευτές) οδοντίατρους, όπως και οι υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες, δίχως να ληφθεί μέριμνα για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους στο αντικείμενο της ΠΟΦ.
- ✓ Η καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού που εργάζεται στα ΚΥ είναι ελλιπής. Βασικά στοιχεία που αφορούν την ηλικία, τις σπουδές, την ειδίκευση κ.ά., που θα βοηθούσαν στην αξιοποίηση του υπάρχοντος δυναμικού, είναι περιορισμένα είτε απουσιάζουν ολοκληρωτικά, λόγω της ανυπαρξίας συστηματικού μηχανισμού καταγραφής και των μετακινήσεων και αλλαγών του τόπου εργασίας των εργαζομένων.
- ✓ Η έλλειψη πρωτοκόλλου λειτουργίας, προσδιορισμού δραστηριοτήτων και στόχων ευνοεί την ασάφεια ως προς το είδος και το εύρος των απαιτούμενων εργασιών και παρεμβάσεων που καλείται να πραγματοποιήσει ο οδοντίατρος, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις ανά ΚΥ.
- ✓ Επιπλέον, η απουσία επίσημου μηχανισμού παρακολούθησης και αξιολόγησης, περιορίζει σημαντικά τη δυνατότητα ύπαρξης σαφούς και ξεκάθαρης εικόνας των παρεχόμενων υπηρεσιών, από τα ΚΥ.
- ✓ Οι καταγραφές της στοματικής υγείας του παιδικού πληθυσμού, από τα οδοντιατρεία των ΚΥ, είναι άτυπες, περιορισμένες, ασυνεχείς και, σε πολλές περιπτώσεις, στερούνται εγκυρότητας.

Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται σημαντική έλλειψη στοιχείων για τη λειτουργία των οδοντιατρείων, απουσία κεντρικού σχεδιασμού, έλλειψη συντονισμού, μεγάλες διακυμάνσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες και δραστηριότητες από τα οδοντιατρεία, σαφής προσανατολισμός στην αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών και στην περίθαλψη ειδικών ομάδων του πληθυσμού (μετανάστες, άποροι κ.λπ.) και, το κυριότερο, η απομόνωση των οδοντιάτρων, μακριά από τις κεντρικές υπηρεσίες υγείας και τον κεντρικό κορμό των επαγγελματιών της στοματικής υγείας. Παρόλο, όμως, που υπήρξαν και υπάρχουν δυσκολίες, αντιξοότητες και ανεπάρκειες στη λειτουργία του συστήματος, ακόμη και σήμερα υφίσταται σημαντικός αριθμός οδοντιάτρων που προάγουν τη στοματική υγεία στην κοινότητα, βασιζόμενοι στην επιστημονική μεθοδολογία και έχοντας μετρήσιμα αποτελέσματα. Από αυτή την πλευρά, βρίσκονται ήδη στην καρδιά της ΠΦΥ και είναι μοναχικοί οδοιπόροι, καθώς συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων (ιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας κ.ά.) είναι αφοσιωμένοι στην περίθαλψη και πολλές φορές δεν αντιλαμβάνονται το ρόλο τους στη προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.

B. Οδοντιατρεία Μονάδων Υγείας ΠΕΔΥ

Ένα μεγάλο μέρος (75% περίπου) των οδοντιάτρων που υπηρετούσαν στα πρώην οδοντιατρεία του ΙΚΑ και κατόπιν ΕΟΠΥΥ, έχουν πλέον ενταχθεί στις μονάδες ΠΕΔΥ²⁶ και δέχονται σημαντικό αριθμό ασθενών, κυρίως ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, παρέχοντας προληπτικές και θεραπευτικές πράξεις, σε παιδιά και ενήλικες. Με μειωμένη χρηματοδότηση, σε ένα γραφειοκρατικό περιβάλλον, όπου η ζήτηση οδοντιατρικών υπηρεσιών ξεπερνά κατά πολύ τη δυνατότητα ανταπόκρισης του συστήματος, αδυνατούν, τα τελευταία χρόνια, να ανταποκριθούν πλήρως στις αυξημένες ανάγκες, με αποτέλεσμα οι χρόνοι αναμονής να πλησιάζουν σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και τους 2 μήνες.

Οι οδοντίατροι των Μονάδων Υγείας του ΠΕΔΥ παρείχαν, για πολλά χρόνια, υπηρεσίες περίθαλψης σε ενήλικες ασθενείς, στις οποίες περιλαμβανόταν η κινητή προσθετική αποκατάσταση σε ασθενείς με μερική ή ολική νωδότητα και η παροχή εξειδικευμένων οδοντιατρικών υπηρεσιών (γναθοχειρουργική, ορθοδοντική κ.ά.). Επίσης, λειτουργούσαν οδοντιατρικά κέντρα για την περίθαλψη παιδιών ενώ, στις περιοχές όπου λειτουργούσαν προληπτικά οδοντιατρεία, εφαρμόζονταν προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης και ενημέρωσης του παιδικού πληθυσμού της Α' τάξης των δημοτικών σχολείων.

Σε πρόσφατη μελέτη της 1ης ΥΠΕ⁷, καταγράφηκαν συγκεκριμένα λειτουργικά προβλήματα του συστήματος, αποτέλεσμα των μεγάλων αλλαγών που έγιναν τα τελευταία χρόνια (ΙΚΑ⇒ΕΟΠΥΥ⇒ΠΕΔΥ). Η ύπαρξη οδοντιάτρων πολλών ταχυτήτων, μετά τους προηγούμενους νόμους, αποδυναμώνει τη συναδελφικότητα και διαταράσσει το εργασιακό κλίμα στις μονάδες. Το ιατρικό προσωπικό που εργάζεται στην πρώτη γραμμή, εμφανίζει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, ο μέσος όρος ηλικίας του είναι αρκετά υψηλός. Παρατηρούνται, επίσης, τα φαινόμενα α) οδοντίατροι με πολλά χρόνια συνεχούς εργασίας να εργάζονται καθημερινά με ραντεβού, ακόμα και μετά την ηλικία των 60 ετών ενώ, αντίθετα, νεώτεροι συνάδελφοί τους να μην έχουν σαφές και μετρήσιμο έργο, β) ορισμένα ιατρεία να έχουν πλήρες ημερήσιο πρόγραμμα και μεγάλη αναμονή, ενώ άλλα ακριβώς το αντίθετο και γ) η σχέση ιατρικών και οδοντιάτρων να είναι συχνά δυσανάλογη, με συγκεκριμένες μονάδες να έχουν υπεράριθμους οδοντιάτρους σε λίγες έδρες, αντίθετα με άλλες λίγων οδοντιάτρων σε πολλές έδρες.

Γ. Παρούσα κατάσταση

ΥΠΕ	Κ.Υ.	Μ.Υ.	ΚΕΝΑ Κ.Υ.	ΚΕΝΑ Μ.Υ.	TOTAL
1 ^η	18 (9)	167 (37)	-	13 (26%)	185
2 ^η	15 (13)	70 (20)	16 (55%)	2 (10%)	85
3 ^η	23 (14)	37 (13)	4 (22%)	3 (18%)	60
4 ^η	27 (22)	29 (9)	15 (40%)	1 (10%)	56
5 ^η	18 (15)	38 (9)	17 (51%)	3 (25%)	56
6 ^η	40 (28)	42 (18)	41 (59%)	3 (14%)	82
7 ^η	7 (5)	11(3)	9 (64%)	-	18
TOTAL	148 (106)	394 (109)	102 (49%)	25 (18%)	542

Πίνακας 1. Αριθμός οδοντιάτρων ανά ΥΠΕ, Κέντρα Υγείας (ΚΥ), Μονάδες Υγείας (ΜΥ). Σε παρένθεση ο αριθμός των μονάδων υγείας που απασχολούνται οι οδοντίατροι. Αριθμός κενών οδοντιατρικών μονάδων σε Κέντρα Υγείας και Μονάδες Υγείας ανά ΥΠΕ. Σε παρένθεση το ποσοστό (%) ακάλυπτων μονάδων, επί του συνόλου. Ιανουάριος, 2016.

Από τη μελέτη των στοιχείων μέσω ESYNET, του παρατηρητηρίου του WHO⁵¹ και της Εισηγήσης της Ομάδας Εργασίας της 1ης ΥΠΕ⁷, συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τον αριθμό των οδοντιάτρων που απασχολούνται στο ΠΕΔΥ, τον αριθμό των στελεχωμένων

δομών και την κίνηση των οδοντιατρικών.

Το 2006 στα ΚΥ της χώρας υπηρετούσαν 342 οδοντίατροι και στις οδοντιατρικές μονάδες του ΙΚΑ 1036²⁶. Τον Ιανουάριο, 2016, υπηρετούν συνολικά 542 οδοντίατροι, από τους οποίους 148 απασχολούνται σε 106 Κέντρα Υγείας και 394 σε 109 Μονάδες Υγείας, ενώ δεν έχουν καθόλου οδοντιατρικό

ΥΠΕ	ΚΥ	ΜΥ	TOTAL
1 ^η	3416	31292	34708
2 ^η	2256	20523	22779
3 ^η	5260	9017	14277
4 ^η	4511	9258	13769
5 ^η	1373	3464	4837
6 ^η	4848	14743	19591
7 ^η	2691	3856	6547
TOTAL	24355	92153	116508

Πίνακας 2. Νοσηλευτική κίνηση ανά ΥΠΕ, Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και Μονάδες Υγείας (ΜΥ), για το διάστημα Νοέμβριος 2015-Ιανουάριος 2016.

προσωπικό 102 Κέντρα Υγείας και 25 Μονάδες Υγείας (βλ. Πίνακες 1,2 και 3). Είναι σαφές ότι υπάρχει μια σχετική 'αντιστροφή τύπου' σε σχέση με το παρελθόν, δηλαδή ικανός αριθμός οδοντιάτρων στα αστικά κέντρα (ιδιαίτερα στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη) και μείωση του δυναμικού στην περιφέρεια. Δίχως να είναι γνωστός ο αριθμός, είναι βέβαιο ότι τα επόμενα χρόνια ένα σημαντικό μέρος των ήδη υπηρετούντων θα συνταξιοδοτηθεί, γεγονός που θα περιορίσει ακόμη περισσότερο τον αριθμό των ενεργών οδοντιάτρων στο σύστημα.

ΥΠΕ	Πρόληψη	Φθορίωση	Παιδιά	ΥΠΕ	Πρόληψη	Φθορίωση	Παιδιά
1^η				5^η			
Κέντρα Υγείας	5796	1293	5244	Κέντρα Υγείας	3040	270	3244
Μονάδες Υγείας	5823	1623	1738	Μονάδες Υγείας	550	91	348
2^η				6^η			
Κέντρα Υγείας	4162	1906	1755	Κέντρα Υγείας	9758	5132	4153
Μονάδες Υγείας	5859	751	1176	Μονάδες Υγείας	1201	873	502
3^η				7^η			
Κέντρα Υγείας	8432	4283	9365	Κέντρα Υγείας	1610	1045	2378
Μονάδες Υγείας	1062	248	1349	Μονάδες Υγείας	3042	916	849
4^η							
Κέντρα Υγείας	8653	2556	7147				
Μονάδες Υγείας	1067	213	2627				

Πίνακας 3. Αριθμός περιστατικών, ανά ΥΠΕ, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Υγείας, για οδοντιατρικό έλεγχο παιδιών (πρόληψη), φθορίωσεις και εργασίες σε παιδιά, το πρώτο εξάμηνο, 2015

Παρατηρούνται σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη στελέχωση των μονάδων, και τον αριθμό των περιστατικών που καταγράφονται και, το σπουδαιότερο, με το είδος, την ποιότητα και τον προσανατολισμό των υπηρεσιών: τα Κέντρα Υγείας παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και καλύπτουν επείγοντα

περιστατικά στο γενικό πληθυσμό ενώ οι Μονάδες Υγείας λειτουργούν με τον προηγούμενο κανονισμό του ΕΟΠΥΥ, που παρέχει το σύνολο των οδοντιατρικών

θεραπειών (με εξαίρεση την ακίνητη προσθετική) σε όλες τις ηλικίες, σε ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ. Αυτό σημαίνει ότι πολίτες δίχως ασφαλιστική κάλυψη, μπορούν να αναζητήσουν περίθαλψη από τις δημόσιες υπηρεσίες μόνο για την αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού.

Γενικά, όσοι επιλέξουν να χρησιμοποιήσουν τα δημόσια οδοντιατρεία (ΠΕΔΥ & Νοσοκομεία), βρίσκονται αντιμέτωποι με σημαντικές καθυστερήσεις, που οφείλονται σε λειτουργικούς λόγους και σημαντικούς περιορισμούς στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Όλα τα παραπάνω, οδηγούν σε αμφίβολης ποιότητας οδοντιατρικές υπηρεσίες και χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών. Έτσι, οι υπηρεσίες αυτές χρησιμοποιούνται, κυρίως, από όσους δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης, για διάφορους λόγους, στα ιδιωτικά οδοντιατρεία, κάτι που επιτείνει τις ανισότητες στην οδοντιατρική φροντίδα.

Αναμφίβολα, οι ήδη κατακερματισμένες οδοντιατρικές δομές του δημοσίου, έχουν πληγεί σοβαρά και απαιτείται η αναδιοργάνωση και η περαιτέρω ανάπτυξή τους^{47,48}. Προς την κατεύθυνση αυτή θα χρειαστεί, αφενός, να αντιμετωπιστούν δυσκολίες υιοθέτησης ενός νέου τρόπου εργασίας, από το υπάρχον δυναμικό, αφετέρου να αξιοποιηθεί η ευκαιρία που αναδύεται, για την καλύτερη οργάνωση και αξιοποίηση των υπάρχουσών δομών. Σημαντικοί βρόγχοι που δυσκολεύουν τον μακροχρόνιο, αποτελεσματικό και αποδοτικό σχεδιασμό των υπηρεσιών, είναι ο περιορισμένος αριθμός των οδοντιάτρων στο δημόσιο σύστημα και η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης της οδοντιατρικής περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα (όπου απασχολείται άνω του 90% του οδοντιατρικού δυναμικού της χώρας)

Η απόφαση αναδιοργάνωσης των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών σηματοδοτεί:

- ✓ τον αδιαμφισβήτητο ρόλο που οφείλει να έχει το δημόσιο σύστημα στην προστασία και προαγωγή της υγείας των πολιτών, ιδιαίτερα εκείνων που ανήκουν σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (παιδιά, άτομα με αναπηρία, άποροι, κοινωνικά αποκλεισμένοι κ.ά.),
- ✓ την ανάδειξη του δημόσιου τομέα ως παράδειγμα και πρότυπο λειτουργίας για τις υπόλοιπες οδοντιατρικές υπηρεσίες,
- ✓ την ανάκτηση της εμπιστοσύνης των πολιτών προς τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες και
- ✓ την έναρξη μιας νέας προσέγγισης για την οδοντιατρική φροντίδα.

5. Προηγούμενες προσπάθειες οργάνωσης των δημόσιων υπηρεσιών.

Με εξαίρεση την ένταξη των οδοντιάτρων του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ, καμιά σημαντική αλλαγή δεν έγινε στις δομές της ΠΟΦ, σε σχέση με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών ή άλλα λειτουργικά ζητήματα. Οι διάφορες προτάσεις που είχαν τεθεί την προηγούμενη 20ετία αφορούσαν στη δημιουργία πρωτοκόλλου για τις δραστηριότητες των οδοντιάτρων^{52,53}, στην ανάγκη επιμόρφωσης των υπηρετούντων οδοντιάτρων σε ζητήματα αγωγής και προαγωγής της υγείας και περίθαλψης του παιδικού πληθυσμού³⁴ και στην στοχοπροσήλωση των υπηρεσιών, σε ένα πλαίσιο προαγωγής της στοματικής υγείας στον πληθυσμό³.

Το σημαντικό έργο αυτών των προσπαθειών συνίσταται:

- ✓ στην παραδοχή της αναγκαιότητας ύπαρξης δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας, που θα είναι προσανατολισμένες στην προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού και στην οδοντιατρική φροντίδα του παιδικού και μαθητικού πληθυσμού,
- ✓ στην περιγραφή των αναγκαίων βημάτων που απαιτούνται προς αυτή την κατεύθυνση,
- ✓ στην επιστημονικά τεκμηριωμένη οργάνωση των υπηρεσιών⁵⁴,
- ✓ στην εισαγωγή καινοτομιών, όπως οι Συντονιστές Οδοντίατροι Περιφέρειας, τα Οδοντιατρικά Δελτία των μαθητών, προτυποποιημένες επιστολές κ.ά.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ΝΕΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



6. Οι βασικοί Άξονες Ανάπτυξης των Δημόσιων Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας.

Ο προσανατολισμός στην πρόληψη των νοσημάτων του στόματος και στην ευαισθητοποίηση των ατόμων στη σημασία της φροντίδας της στοματικής υγείας, αποτελεί επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο της χώρας και είναι βασικό συστατικό για την ανάπτυξη των ανθρώπων. Η επένδυση αυτή, εκτός από τη βελτίωση της ποιότητας ζωής είναι και οικονομικά συμφέρουσα, τόσο για τον οικογενειακό προϋπολογισμό όσο και για τα ασφαλιστικά ταμεία και τους πάροχους υπηρεσιών υγείας, καθώς το κόστος της θεραπείας και αποκατάστασης των βλαβών είναι πολλαπλάσιο από εκείνο που χρειάζεται για την πρόληψή τους. Ταυτόχρονα, όμως, είναι σημαντικό να υπάρξει πρόνοια για την περίθαλψη των ανθρώπων που αδυνατούν να έχουν πρόσβαση σε άλλες οδοντιατρικές υπηρεσίες, για διάφορους λόγους και αιτίες, και να εξασφαλιστεί η, κατά το δυνατόν, καλύτερη εξυπηρέτησή τους από τα δημόσια οδοντιατρεία.

Η προστασία της στοματικής υγείας των ευάλωτων ομάδων, εκτός από την περίθαλψη και αποκατάσταση, πρέπει να περιλαμβάνει προγράμματα και παρεμβάσεις στα οποία η εμπλοκή δημόσιων υπηρεσιών, ειδικών επαγγελματικών ομάδων, φορέων κλπ, θα είναι επιβεβλημένη. Η αποτελεσματική ανταπόκριση στις απαιτήσεις σύνθετων καταστάσεων, υποχρεώνει όσους δραστηριοποιούνται στο πεδίο της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας, αλλά και της δημόσιας υγείας γενικότερα, να εκτιμήσουν τον διευρυμένο ρόλο που τους αναλογεί, διαμορφώνοντας, με αυτόν τον τρόπο, σχέσεις και συνεργασίες βιώσιμες, λειτουργικές και με προοπτική.

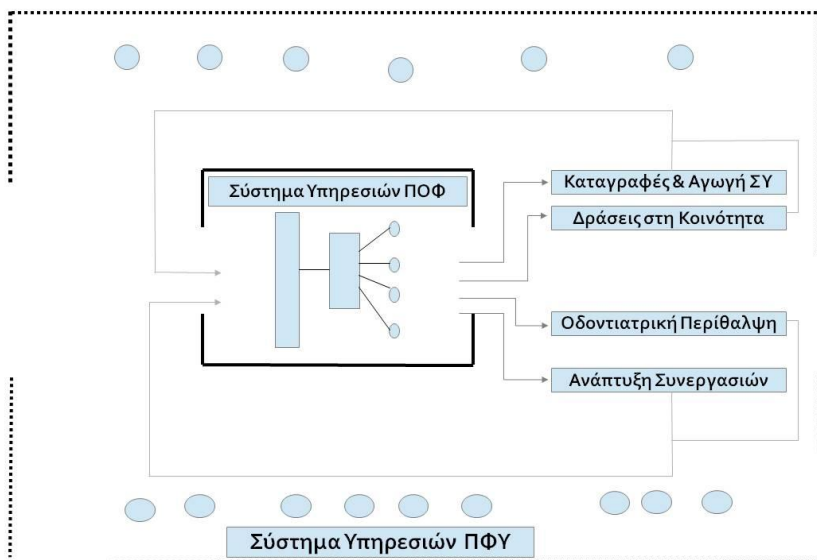
Προκειμένου να υπάρξει ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού για οδοντιατρική φροντίδα, απαιτείται η υιοθέτηση ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών στη βάση ενιαίων λειτουργικών δομών, που θα εντάσσονται στο ευρύτερο σύστημα φροντίδας της υγείας, σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Το σύστημα αυτό θα αποτελεί μια σειρά διακριτών μερών τα οποία, αλληλεπιδρώντας, θα δημιουργούν ένα σύνολο, με συγκεκριμένο σκοπό για κάθε μέρος. Σε αυτό το σύστημα, ο ρόλος των οδοντιατρικών δομών θα είναι διευρυμένος, δεν θα περιορίζεται στην περίθαλψη και θα περιλαμβάνει δράσεις στην κοινότητα.

Η αξιοποίηση, η οργάνωση και η ορθολογική ανάπτυξη των υπαρχουσών δομών , προτείνεται να γίνει σε τέσσερις βασικούς άξονες, οι οποίοι περιγράφονται στη συνέχεια.

α. Οργάνωση του συστήματος σε κεντρικό, τοπικό και περιφερειακό επίπεδο.

Στην παρούσα φάση, το δίκτυο των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών δεν εμφανίζει στοιχεία συστήματος καθώς επιτελούνται σε αυτό βασικές λειτουργίες, δίχως να υπάρχει ουσιαστική διασύνδεση ανάμεσα στα διακριτά μέρη. Διασύνδεση που θα βοηθούσε στην αμφίπλευρη ανταλλαγή πληροφορίας σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών και των εργαζομένων, τους στόχους που χρειάζεται να τεθούν για ποιοτικές υπηρεσίες κ.ά. [Στα διακριτά μέρη του συστήματος περιλαμβάνονται οι άνθρωποι που εργάζονται σε αυτό (οδοντίατροι, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό κ.ά.), οι δομές, οι πόροι, οι παρεχόμενες υπηρεσίες σε τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο κ.ά.]

Οι δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες βρίσκονται σε δυναμική σχέση τόσο με τις άλλες υπηρεσίες υγείας όσο και με την κοινωνία και τις ανάγκες των ανθρώπων, ανάγκες που δεν περιορίζονται μόνο στην αντιμετώπιση κάποιου οδοντιατρικού



Σχεδιάγραμμα 1. Σύστημα Δημόσιων Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας

προβλήματος αλλά μπορεί να αφορούν σύνθετα φαινόμενα, που απαιτούν προσεκτική και νηφάλια αντιμετώπιση. Αυτού του είδους οι σχέσεις, ανάμεσα στα διακριτά μέρη του συστήματος αλλά και με τα άλλα συστήματα και τις διαδικασίες, κάνουν επιβεβλημένη τη συστηματική

οργάνωση των υπηρεσιών και την ουσιαστική αξιοποίηση της ελάχιστης δυνατότητας που προσφέρεται στη σημερινή συγκυρία για βελτίωση, που θα έχει αποδέκτες τους πολίτες αλλά και τους εργαζόμενους στις υπηρεσίες (Σχεδιάγραμμα 1.).

Η αναδιοργάνωση του συστήματος θα βασιστεί στην ενεργοποίηση διαδικασιών και πρακτικών, που σήμερα τελούν σε χειμερία νάρκη, με στόχο τη λειτουργική διασύνδεση των κατάλληλα στελεχωμένων επιτελικών οργανικών μονάδων, σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, των οδοντιατρικών υπηρεσιών του ΠΕΔΥ και άλλων συναρμόδιων φορέων. Αρμοδιότητα αυτών των διασυνδεδεμένων δομών, θα είναι ο σχεδιασμός, η εφαρμογή, η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, διαδικασίες που θα πραγματοποιούνται μέσα από δράσεις, βάσει συγκεκριμένων επιχειρησιακών σχεδίων, προς επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Η διασύνδεση των επιτελικών δομών, μέσω πληροφοριακών συστημάτων και η εκπόνηση των επιχειρησιακών σχεδίων από αυτές, θα συντελέσουν στη δημιουργία του ενιαίου πλαισίου λειτουργίας τους, που θα αποτελέσει τον κορμό του νέου συστήματος.

β. Προσδιορισμός άμεσων στόχων και προτεραιοτήτων του συστήματος.

Ο καθορισμός σκοπού και στόχων, στη λειτουργία ενός συστήματος, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική ανάπτυξη όλων των μονάδων που το συγκροτούν. Η διαδικασία αυτή εξασφαλίζει την αποτελεσματική ανταπόκριση σε μετρήσιμες ανάγκες που υφίστανται ή μπορεί να αναδυθούν και προσφέρει τη δυνατότητα παρακολούθησης και αξιολόγησης αποφάσεων, δράσεων και πρακτικών που έχουν επιλεγεί. Είναι ο απαραίτητος οδηγός που θα καθορίσει τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος και θα προσδιορίσει τις αναγκαίες προσαρμογές που θα γίνουν, καθώς θα αναπτύσσονται οι στρατηγικές και θα υλοποιούνται οι σχεδιασμοί.

Βασικός σκοπός και προσανατολισμός του συστήματος θα είναι η προστασία και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και η άμβλυση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών. Κύρια προτεραιότητα, αποτελεί ο παιδικός πληθυσμός της χώρας, έτσι ώστε να εξασφαλιστούν οι συνθήκες που θα ευνοήσουν την υγιή ανάπτυξη των παιδιών, συμβάλλοντας, ταυτόχρονα, στη βελτίωση του επιπέδου στοματικής υγείας όλου του πληθυσμού. Παράλληλα, θα γίνει προσπάθεια να αναχαιτισθούν οι καταστροφικές επιρροές των τελευταίων ετών στην κατάσταση της στοματικής υγείας του ενήλικου πληθυσμού, μέσα από στοχευμένες δράσεις και παρεμβάσεις.

Συγκεκριμένοι στόχοι μπορούν να περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, την αύξηση του ποσοστού των παιδιών ηλικίας 6 ετών χωρίς τερηδόνα, την αύξηση του ποσοστού

του πληθυσμού που θα έχει πρόσβαση σε ποιοτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες, την καθιέρωση της υποχρεωτικής εξέτασης των παιδιών από οδοντίατρο στην ηλικία των 2 και 6 ετών, τη δημιουργία οδοντιατρικών υπηρεσιών που εγγυώνται την ασφάλεια του ασθενή και που θα ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες του, ανεξάρτητα πολιτισμικών, κοινωνικών, οικονομικών ή άλλων χαρακτηριστικών. Οι στόχοι αυτοί και οι δράσεις που θα τους συνοδεύουν, χρειάζεται να περιγράφονται αναλυτικά μαζί με τα εργαλεία και τις τεχνικές που θα μετρήσουν την επίτευξη ή την απόκλιση από το επιθυμητό αποτέλεσμα.

γ. Δομές και λειτουργία υπηρεσιών, με αντικείμενο την προαγωγή και προστασία της στοματικής υγείας του πληθυσμού.

Η ενιαία οργανωτική δομή αυτών των υπηρεσιών αφορά:

1. Τη συγκρότηση διαρκούς Επιστημονικής Επιτροπής Οδοντιάτρων στο Υπουργείο Υγείας (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας ή Συμβούλιο για τη Στοματική Υγεία) με αντικείμενο τη διαρκή επεξεργασία ολοκληρωμένων προτάσεων πολιτικής και στρατηγικού σχεδιασμού και την ανάπτυξη επιχειρησιακών σχεδίων, για την προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού.

Η αδιάλειπτη και συνεχής λειτουργία του συγκεκριμένου οργάνου, θα συμβάλλει στην αναγκαία χάραξη πολιτικής για τη στοματική υγεία του πληθυσμού αλλά και στην επιστημονικά έγκυρη και τεκμηριωμένη ανταπόκριση σε σημαντικά θέματα που αφορούν το είδος και την ποιότητα των οδοντιατρικών υπηρεσιών, στο δημόσιο τομέα.

2. Τη δημιουργία επιτελικής οργανικής μονάδας στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, σε επίπεδο Διεύθυνσης ή τουλάχιστον Τμήματος, με αντικείμενο την οργάνωση και το συντονισμό επιχειρησιακών σχεδίων, που θα στοχεύουν στην προαγωγή της στοματικής υγείας όπως, επίσης, στην αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων και των επιδράσεών τους στην υγεία του πληθυσμού.

Στις αρμοδιότητες αυτής της μονάδας θα περιλαμβάνονται, εκτός άλλων:

- η διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής για τη στοματική υγεία, σε συνεργασία με την Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας και τους Οδοντιατρικούς Φορείς,
- ο σχεδιασμός πολιτικής στοματικής υγείας για την προαγωγή, την αγωγή και την πρόληψη της στοματικής υγείας, τη χάραξη προτεραιοτήτων, την εποπτεία, το συντονισμό και την αξιολόγηση των δράσεων και των προγραμμάτων που

αναπτύσσονται στο πλαίσιο της διαμορφούμενης εθνικής στρατηγικής για τη στοματική υγεία, σε συνεργασία με την Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας,

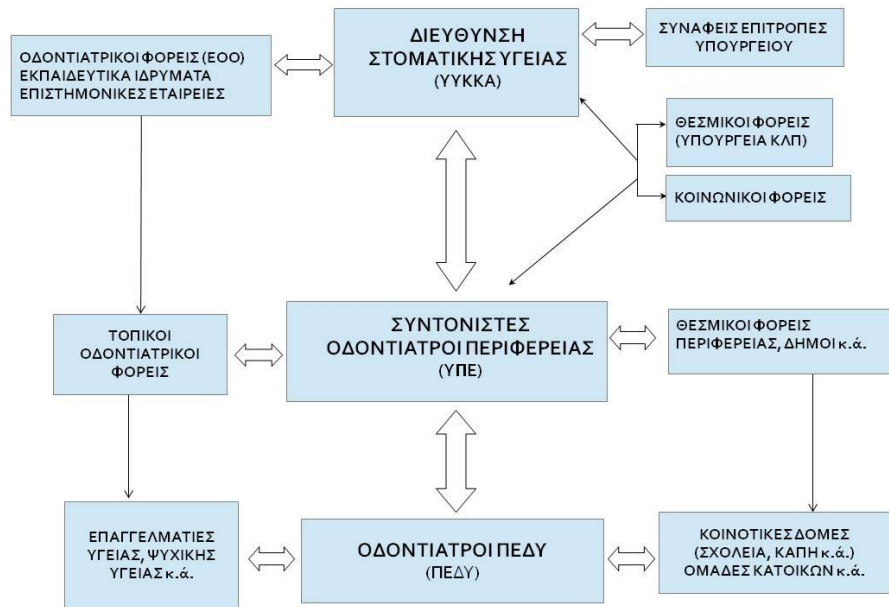
- ο κεντρικός σχεδιασμός και προγραμματισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών στο πλαίσιο του ΕΣΥ σε συνεργασία με την Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας,
- ο συντονισμός, ο εκσυγχρονισμός, η σταθερή καταγραφή και παρακολούθηση, καθώς και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του παραγόμενου έργου των οδοντιατρικών υπηρεσιών του ΕΣΥ, βάσει συγκεκριμένων στόχων,
- η υποβολή εισηγήσεων για τον εκσυγχρονισμό και την επέκταση των οδοντιατρικών δομών, για τη σύσταση και λειτουργία Ειδικών Οδοντιατρικών Κέντρων, καθώς και για τη στελέχωση αυτών με οδοντιατρικό και άλλο προσωπικό,
- η συνεργασία με τους οδοντιατρικούς φορείς άλλων Υπουργείων, όπως είναι το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και το Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων για το συντονισμό προγραμμάτων αγωγής υγείας.

3. Τη στελέχωση των επιτελικών Διευθύνσεων στον Τομέα ΠΦΥ στις ΥΠΕ, με Συντονιστές Οδοντίατρους (ΣΟΠ), που θα έχουν ως αντικείμενο την εφαρμογή των εθνικών σχεδιασμών και την εποπτεία των δράσεων, για την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα.

Η ύπαρξη συνδέσμου μεταξύ των κεντρικών υπηρεσιών στοματικής υγείας και των οδοντιατρικών μονάδων που υλοποιούν τις πολιτικές για τη στοματική υγεία θεωρείται *απαραίτητη και θεμελιώδης*. Στα πλαίσια του έργου τους οι ΣΟΠ δραστηριοποιούνται:

- ✓ στη συλλογή και επεξεργασία επιδημιολογικών δεδομένων,
- ✓ στη σύνταξη εκθέσεων σχετικά με την κατάσταση της στοματικής υγείας του πληθυσμού ευθύνης, αλλά και την πρόοδο στην εφαρμογή προγραμμάτων στην κοινότητα,
- ✓ στον προγραμματισμό και την οργάνωση συναντήσεων μεταξύ των οδοντιάτρων της κάθε περιφέρειας, με σκοπό το συντονισμό των δραστηριοτήτων,
- ✓ στην εγκαθίδρυση και υποστήριξη συνεργασιών με όσους φορείς εμπλέκονται με την προαγωγή της στοματικής υγείας και της υγείας γενικότερα,
- ✓ στη συνεχή επαφή με άλλους ΣΟΠ και τις κεντρικές υπηρεσίες στοματικής υγείας, προκειμένου να επιτυγχάνεται η αναγκαία σύμπλευση και συνεργασία για την προώθηση των θεμάτων της στοματικής υγείας στον πληθυσμό,
- ✓ στο συμβουλευτικό ρόλο για οδοντιατρικά θέματα, στις ΥΠΕ,
- ✓ στην ανάληψη αρμοδιοτήτων όσον αφορά τις προμήθειες, τη λειτουργία των οδοντιατρείων και τη παρακολούθηση του θεραπευτικού έργου.

Σε επίπεδο αρμοδιοτήτων, οι ΣΟΠ είναι επιφορτισμένοι με το συντονισμό των δράσεων σε τοπικό επίπεδο, τη δημιουργία και εξασφάλιση συνεργασιών μέσα από ένα δίκτυο σχέσεων με άλλους φορείς που εμπλέκονται με



Σχεδιάγραμμα 2. Δίκτυο υποστηρικτικών δομών υποστήριξης των Δημόσιων Υπηρεσιών ΠΟΦ

τη φροντίδα της υγείας του πληθυσμού (ιατρικές υπηρεσίες, κοινωνικές υπηρεσίες, δημοτικές υπηρεσίες, εκπαιδευτικοί φορείς κ.ά) και, φυσικά, την επικοινωνία με τις κεντρικές υπηρεσίες υγείας, σε ένα πλαίσιο ενημέρωσης και ανατροφοδότησης για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση των πολιτικών για τη στοματική υγεία. Ο ρόλος, λοιπόν, των ΣΟΠ είναι πολυδιάστατος και σύνθετος και απαιτεί δεξιότητες που αφορούν ζητήματα οργάνωσης υπηρεσιών, διοίκησης και ηγεσίας, συντονισμού και παρακολούθησης προγραμμάτων και χάραξης πολιτικής για την υγεία (Σχεδιάγραμμα 2.).

Πιο συγκεκριμένα, απαιτούνται ικανότητες που σχετίζονται με το σχεδιασμό, την εφαρμογή, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση προγραμμάτων στοματικής υγείας στην κοινότητα, τα οποία θα στηρίζονται σε επιστημονικά δεδομένα, θα είναι οικονομικά συμφέροντα και θα πληρούν τα κριτήρια ηθικής και δεοντολογίας. Άλλα προσόντα αφορούν το σχεδιασμό και τη στήριξη της πολιτικής για τη στοματική υγεία, όπως, επίσης, τη δυνατότητα ερμηνείας των επιστημονικών δεδομένων και τη μετουσίωσή τους σε υλοποιήσιμες προτάσεις. Επιπλέον, είναι απαραίτητες οι γνώσεις κλινικής οδοντιατρικής, οι επικοινωνιακές δεξιότητες, τα ηγετικά προσόντα και η δυνατότητα πραγματοποίησης αποδοτικών και αρμονικών συνεργασιών.

δ. Οδοντιατρικές υπηρεσίες με αντικείμενο την πρόληψη και την περίθαλψη, στο ΠΕΔΥ.

Η ανάπτυξη και η οργάνωση των οδοντιατρικών υπηρεσιών στο ΠΕΔΥ, θα γίνει σταδιακά και με χρονικό ορίζοντα πενταετίας. Σε αυτό το χρονικό διάστημα θα πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες προσαρμογές του συστήματος στις νέες συνθήκες και σχεδιασμούς.

Οι οδοντιατρικές μονάδες θα παρέχουν πλήρεις υπηρεσίες στα παιδιά έως 18 ετών αλλά και βασικές οδοντιατρικές υπηρεσίες σε ενήλικες, ανάλογα με το δυναμικό των μονάδων, με προτεραιότητα στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Η ανάπτυξη και στελέχωση των μονάδων θα στοχεύει στη μεγαλύτερη, κατά το δυνατό, κάλυψη των αναγκών, ενώ το ανθρώπινο δυναμικό χρειάζεται να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο στη φροντίδα της στοματικής υγείας των παιδιών, στην εφαρμογή παρεμβάσεων και προγραμμάτων πρόληψης στη κοινότητα (σχολεία, προσχολική αγωγή, ΚΑΠΗ κ.ά.) και στην ανάπτυξη διεπιστημονικών και διατομεακών συνεργασιών, με αντικείμενο την προαγωγή της υγείας. Στην προσπάθεια αυτή, θα αξιοποιηθούν οι οδοντίατροι και άλλο υγειονομικό προσωπικό, που απασχολείται στις μονάδες, με αντικείμενο τα προληπτικά προγράμματα (εξέταση, εφαρμογή φθοριούχων, καλύψεις οπών και σχισμών κ.ά.). Μέσα απ' αυτές τις διαδικασίες, οι οδοντίατροι δραστηριοποιούνται και εκτός οδοντιατρείου, βρίσκονται σε επαφή με τις ανάγκες του πληθυσμού της περιοχής που εργάζονται και αναλαμβάνουν ηγετικό ρόλο στην υλοποίηση των επιχειρησιακών σχεδίων, που σχεδιάζονται, από κοινού, με τις αρμόδιες επιτελικές υπηρεσίες, σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο.

Στο λειτουργικό πλαίσιο, επιβάλλεται να δοθεί έμφαση στα θέματα ασφάλειας και ποιότητας υπηρεσιών. Προς αυτή την κατεύθυνση απαιτούνται άμεσα:

- ✓ Η οργάνωση πολυδύναμων οδοντιατρικών μονάδων, ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα και η λειτουργική ενσωμάτωση, στο σύστημα, των ειδικών τμημάτων που υφίστανται σήμερα σε συγκεκριμένες Μονάδες Υγείας (οδοντοπροσθετική, παιδοδοντιατρική και ορθοδοντική). Αυτό θα επιτευχθεί με την ανάληψη των απαραίτητων οργανωτικών πρωτοβουλιών και αποφάσεων, λαμβάνοντας υπόψη πληθυσμιακά κριτήρια και την εξυπηρέτηση των ομάδων στόχων του πληθυσμού.
- ✓ Η αποκατάσταση βλαβών και η εξασφάλιση του απολύτως αναγκαίου εξοπλισμού, για τη λειτουργία των οδοντιατρικών μονάδων. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν άμεση επανακαταγραφή όλων των οδοντιατρικών μηχανημάτων και συσκευών, την εξασφάλιση συντήρησης των εν λειτουργία

μηχανημάτων και την άμεση προμήθεια εξοπλισμού, όπου διαπιστώνονται ανάγκες.

- ✓ Ο προσδιορισμός συγκεκριμένων ημερών/εβδομάδα, για θεραπεία σε ενήλικες και παιδιά. Αυτό είναι σημαντικό, εξαιτίας της ιδιαίτερης μεταχείρισης που απαιτείται στην κάλυψη των οδοντιατρικών αναγκών των διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων.
- ✓ Η μηχανοργάνωση των υπηρεσιών και η προτυποποίηση εγγράφων. Στα πλαίσια της αποτελεσματικότερης διαχείρισης της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αξιολόγησης του οδοντιατρικού παραγόμενου έργου, είναι αναγκαία η καταγραφή της οδοντιατρικής πληροφορίας των μονάδων όπως και η δημιουργία κοινών εγγράφων σχετικά με δραστηριότητες των οδοντιατρικών (φάκελος ασθενούς, οδηγίες για τους ασθενείς, επισκέψεις σε σχολεία κ.λ.π.)
- ✓ Η στελέχωση των οδοντιατρικών με νοσηλευτικό προσωπικό, για την ασφαλή περίθαλψη των ασθενών. Η παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού στα οδοντιατρεία είναι απαραίτητη, αφού με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζονται οι ποιοτικές υπηρεσίες και η προστασία, ασθενών και ιατρών, από ανεπιθύμητα συμβάματα.
- ✓ Η ανάπτυξη ειδικών οδοντιατρικών κέντρων ανά ΥΠΕ, για την αντιμετώπιση απαιτητικών περιστατικών σε παιδιά.
- ✓ Η επίτευξη ουσιαστικών συνεργασιών με τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που θα πρέπει να λειτουργήσουν σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, για την κάλυψη των ασθενών που ανήκουν σε ειδικές κατηγορίες (ΑμεΑ, ψυχικά ασθενείς, τοξικο-εξαρτημένοι, με γενικά νοσήματα κ.ά.).

Η σταδιακή μετάβαση στο νέο μοντέλο θα εξαρτηθεί, εκτός άλλων, από:

- i. Την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στον παιδικό πληθυσμό, όπως αυτές θα οργανώνονται από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Οι στόχοι των παρεμβάσεων αυτών, δεν θα περιορίζονται στην οδοντιατρική εξέταση και στην εκπαίδευση των παιδιών για τη φροντίδα της στοματικής υγείας αλλά θα περιλαμβάνουν την ευαισθητοποίηση των γονέων στις τακτικές επισκέψεις των παιδιών στα οδοντιατρεία (δημόσια και ιδιωτικά) για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων και την πρώιμη διάγνωση και θεραπεία οδοντιατρικών προβλημάτων. Αυτό σημαίνει ότι, με την πάροδο του χρόνου, οι οδοντιατρικές μονάδες θα υποδέχονται όλο και περισσότερα παιδιά και εφήβους.
- ii. Την κατάρτιση του οδοντιατρικού δυναμικού στα εξειδικευμένα πεδία που προαναφέρθηκαν. Για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτείται η συνεργασία με την ακαδημαϊκή κοινότητα, τις επιστημονικές εταιρείες και άλλους πιστοποιημένους αρμόδιους φορείς.

iii. Την εκπαίδευση και αξιοποίηση νοσηλευτικού ή άλλου υγειονομικού προσωπικού (π.χ. επισκέπτριες/ες υγείας, μαίες) στην εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής στοματικής υγείας σε σχολικές μονάδες. Καθώς οι ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη είναι ιδιαίτερα μεγάλες, οι οδοντίατροι θα χρειαστεί να προσφέρουν τις γνώσεις και δεξιότητές τους, πρωτίστως σε αυτό το πεδίο. Για την επιτυχημένη εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής της στοματικής υγείας στον πληθυσμό, θα χρειαστεί να εμπλακεί εξειδικευμένο προσωπικό, που υπηρετεί σήμερα στο σύστημα ΠΦΥ αλλά και να καταρτιστούν νέοι επιστήμονες στο αντικείμενο της αγωγής και προαγωγής υγείας, έτσι ώστε ο ρόλος των οδοντιάτρων σε αυτά, να είναι συντονιστικός και επιτελικός.

iv. Την επαρκή στελέχωση των οδοντιατρικών μονάδων. Ανεξάρτητα από την απαιτούμενη αξιοποίηση τους υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού, είναι προφανές ότι ο αριθμός των οδοντιάτρων στο δημόσιο σύστημα θα προσδιορίσει το εύρος και την ποιότητα της ανταπόκρισης των υπηρεσιών στις ανάγκες του πληθυσμού (παιδιών, ευπαθών ομάδων κ.ά.). Είναι απαραίτητη η άμεση αντικατάσταση των οδοντιάτρων που, το επόμενο διάστημα, θα αφήσουν το σύστημα, λόγω συνταξιοδότησης, όπως και η ενίσχυση των δομών, ιδιαίτερα στις περιοχές που στερούνται οδοντιατρικών υπηρεσιών. Η σταδιακή ανάπτυξη του συστήματος, σε συνδυασμό με την ομαλή και την αποτελεσματική λειτουργία του, θα χρειαστεί να έχει εξασφαλισμένη την ουσιαστική υποστήριξη, από τις κεντρικές υπηρεσίες, σε όλα τα επίπεδα (διοικητικό, λειτουργικό, θεσμικό κ.ά.)

v. Την εφαρμογή σχεδίου για την ασφαλιστική κάλυψη της οδοντιατρικής περίθαλψης του γενικού πληθυσμού και από τον ιδιωτικό τομέα. Καθώς όλα τα παραπάνω αφορούν στοχευμένες δράσεις, περιορισμένης εμβέλειας, ως προς το εύρος του καλυπτόμενου πληθυσμού, απαιτείται η έναρξη ενός γόνιμου διαλόγου, ανάμεσα σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, με αντικείμενο την ασφαλιστική κάλυψη των οδοντιατρικών παροχών από τον ΕΟΠΥΥ.

7. Επόμενα βήματα.

- Ανάρτηση για Διαβούλευση και εκδήλωση παρουσίασης της πρότασης (Μάρτιος, 2016)
- Ενσωμάτωση προτάσεων και παρατηρήσεων στην Πρόταση (Απρίλιος, 2016)
- Πρώτες Νομοθετικές Ρυθμίσεις και ενσωμάτωση των προτάσεων στον Κεντρικό Σχεδιασμό για την ΠΦΥ (Μάιος, 2016)
- Οργανωτική ανασυγκρότηση των οδοντιατρικών μονάδων ανά Περιφέρεια (β' εξάμηνο 2016)
- Εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου για την κατάρτιση/εκπαίδευση των οδοντιάτρων στις μονάδες ΠΕΔΥ (σε συνεργασία με τις Οδοντιατρικές Σχολές και επιστημονικές εταιρείες) (Ιούνιος-Σεπτέμβριος, 2016)
- Εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου για την προαγωγή της στοματικής υγείας στον πληθυσμό (σε συνεργασία με το σύνολο των εμπλεκόμενων φορέων) (Ιούνιος-Σεπτέμβριος, 2016)
- Εκπαίδευση οδοντιάτρων στη Νέα Δημόσια Οδοντιατρική Φροντίδα (Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 2016)
- Πρώτη αποτίμηση και αξιολόγηση των δράσεων (Δεκέμβριος, 2016)

Περίληψη

Η Ομάδα Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα, είχε αντικείμενο τη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας και πιο συγκεκριμένα:

- τον προσδιορισμό της ταυτότητάς τους,
- την περιγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών και
- την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού και εξοπλισμού.

Η στοματική υγεία αποτελεί βασικό εφόδιο για μια δημιουργική ζωή και είναι αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας του ανθρώπου. Τα σημαντικότερα νοσήματα του στόματος μπορούν να προληφθούν ενώ η βαρύτητα εμφάνισής τους στον πληθυσμό, σχετίζεται με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες, όπως είναι το εισόδημα, η εκπαίδευση, οι συνθήκες διαβίωσης, η εργασία, το stress, κ.ά.

Το δημόσιο σύστημα οφείλει να προστατεύει τη στοματική υγεία του πληθυσμού, να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους φορείς που παρέχουν οδοντιατρικές υπηρεσίες και, κυρίως, να εξασφαλίζει τη λειτουργία υπηρεσιών σε πεδία αποκλειστικής αρμοδιότητάς του. Δηλαδή την προαγωγή και πρόληψη της στοματικής υγείας σε επίπεδο κοινότητας και την περίθαλψη των ανθρώπων που ανήκουν σε ευαίσθητες, κοινωνικά, ομάδες με αδυναμία πρόσβασης σε άλλες οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Τον Ιανουάριο του 2016, υπηρετούν συνολικά 542 οδοντίατροι, από τους οποίους 148 απασχολούνται σε 106 Κέντρα Υγείας και 388 σε 134 Μονάδες Υγείας, ενώ παρατηρούνται κενά σε 102 Κέντρα Υγείας και 25 Μονάδες Υγείας (δηλαδή δεν έχουν καθόλου οδοντιατρικό προσωπικό). Τα Κέντρα Υγείας παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και καλύπτουν επείγοντα περιστατικά στο γενικό πληθυσμό ενώ οι Μονάδες Υγείας λειτουργούν με τον προηγούμενο κανονισμό του ΕΟΠΥΥ, που παρέχει το σύνολο των οδοντιατρικών θεραπειών (με εξαίρεση την ακίνητη προσθετική) σε όλες τις ηλικίες. Οι ήδη κατακερματισμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες, έχουν πληγεί από διάφορους παράγοντες και απαιτείται η αναδιοργάνωση και η περαιτέρω ανάπτυξή τους.

Οι δημόσιες υπηρεσίες παροχής οδοντιατρικής φροντίδας, προτείνεται να αποτελούν ένα σύστημα ενιαίων λειτουργικών δομών, που εντάσσεται στο ευρύτερο σύστημα φροντίδας της υγείας, για να μπορεί να ανταποκρίνεται επαρκώς και αποτελεσματικά, στις ανάγκες στοματικής υγείας του πληθυσμού.

Η δημιουργία της οργανωτικής δομής αυτών των υπηρεσιών αφορά μία σειρά από διαδικασίες, όπως:

- τη συγκρότηση διαρκούς Επιστημονικής Επιτροπής Οδοντιάτρων στο Υπουργείο Υγείας (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας ή Συμβούλιο για τη Στοματική Υγεία) με αντικείμενο τη διαρκή διαμόρφωση πολιτικής και στρατηγικού σχεδιασμού,
- τη δημιουργία επιτελικής οργανικής μονάδας στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, σε επίπεδο Διεύθυνσης ή τουλάχιστον Τμήματος, με αντικείμενο την οργάνωση και το συντονισμό επιχειρησιακών σχεδίων,
- τη στελέχωση των υπηρεσιών στις ΥΠΕ, με Συντονιστές Οδοντιάτρους.

Βασικός στόχος και προσανατολισμός του συστήματος θα είναι η προστασία και η προαγωγή της στοματικής υγείας των παιδιών και των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και η άμβλυση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Η ανάπτυξη και η οργάνωση των οδοντιατρικών υπηρεσιών στο ΠΕΔΥ, θα γίνει σταδιακά και με χρονικό ορίζοντα πενταετίας. Σε αυτό το χρονικό διάστημα θα πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες προσαρμογές του συστήματος στις νέες συνθήκες και σχεδιασμούς. Οι οδοντιατρικές μονάδες θα παρέχουν πλήρεις υπηρεσίες στα παιδιά έως 18 ετών, αλλά και βασικές οδοντιατρικές υπηρεσίες, στους ενήλικες. Στο λειτουργικό πλαίσιο, δίνεται έμφαση στα θέματα ασφάλειας και ποιότητας υπηρεσιών.

Σημαντικοί βρόγχοι που δυσκολεύουν το μακροχρόνιο, αποτελεσματικό και αποδοτικό σχεδιασμό των υπηρεσιών, είναι ο περιορισμένος αριθμός των οδοντιάτρων στο δημόσιο σύστημα και η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης της οδοντιατρικής περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα (όπου απασχολείται άνω του 90% του οδοντιατρικού δυναμικού της χώρας).

Βιβλιογραφία

1. Υπουργείο Υγείας, Γενική Διεύθυνση Ανθρώπινων Πόρων, 2015. Σύσταση Ομάδας Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα. ΑΔΑ: ΩΨοΩ465ΦΥΟ-ΧΛΘ
2. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007. Πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη: μια πρόταση για την εξέλιξη και οργάνωση της πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας, Υποεπιτροπή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης. Αθήνα, Μάιος 2007
3. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, 2008-2012. Αθήνα, 2008
4. ΕΟΠΥΥ, 2013. Η αναβάθμιση της οδοντιατρικής φροντίδας στον ΕΟΠΥΥ. Αθήνα, Δεκέμβριος 2013
5. Ουλής Κ., 2015. Πρόταση αναβάθμισης και ανασυγκρότησης των υπηρεσιών στοματικής υγείας στο ΠΕΔΥ. Αθήνα, Απρίλιος 2015
6. Μπένος Α., κ.ά., 2015. Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα, Ιούνιος 2015
7. Λυγιδάκης Ν., και συν., 2016. Εισηγήση Ομάδας Εργασίας 1ης ΥΠΕ για την οδοντιατρική φροντίδα. Αθήνα, Φεβρουάριος, 2016
8. Roubach MW., 2010. Oral health systems in Europe. Dissertation, Master in Advanced Studies in Health Economics and Management. University of Lausanne, 2010
9. Sheiham A., 2005. Strategies for oral health care. Euro Observer, Autumn 7(3): 1-4
10. WHO, 2012. Oral Health. Fact sheet N° 318. Geneva, April 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
11. Petersen PE, et al., 2005. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization; 83: 661-669
12. Pitts N., et al., 2011. Global oral health inequalities: dental caries task group - research agenda. Adv Den Res 23(2): 211-220
13. Watt RG, et al., 2015. Social inequalities in oral health: from evidence to action. London (UK): International Centre for Oral Health Inequalities Research and Policy. http://media.news.health.ufl.edu/misc/cod-oralhealth/docs/posts_frontpage/SocialInequalities.pdf
14. Watt RG, et al., 2015. London Charter on Oral Health Inequalities. J Dent Res. Dec 23: 1-3. pii: 0022034515622198. [Epub ahead of print]
15. Sheiham A., Watt RG., 2000. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol 28: 399-406
16. Marinho VC., 2009. Cochrane reviews of randomized trials of fluoride therapies for preventing dental caries. Eur Arch Paediatr Dent Sep; 10(3):183-191
17. FDI, 2013. Oral health worldwide - A report by FDI. Geneva, 2013

18. FDI, 2015. The challenge of oral disease - A call for global action - The Oral Health Atlas, 2nd ed. Myriad Editions, UK, 2015
19. Petersen PE., 2013. Tackling social inequity through Primary Health Care - WHO update. WHO, Geneva, 2013
20. British Dental Association, 2014. Public Dental Service... the safety-net for oral health. BDA, November 2014
21. Hobdel M., et al., 2003. Global goals for oral health 2020. International Dental Journal 53: 285-288
22. Council of European Dentists, 2009. CED resolution: Competencies required for the practice of dentistry in the European Union. <http://www.eudental.eu/component/attachments/attachments.html?id=351>
23. American Dental Association, 2016. Dentists: Doctors of oral health. <http://www.ada.org/en/about-the-ada/dentists-doctors-of-oral-health>
24. General Dental Council, 2013. Scope of Practice. GDC, September 2013. [https://www.gdc-uk.org/Dentalprofessionals/Standards/Documents/Scope%20of%20Practice%20September%202013%20\(3\).pdf](https://www.gdc-uk.org/Dentalprofessionals/Standards/Documents/Scope%20of%20Practice%20September%202013%20(3).pdf)
25. Συγγελάκης Α., 2014. Η δημόσια οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα: μελέτη των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας των Κέντρων Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας και αξιολόγησή τους. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Οδοντιατρικής, Εργαστήριο Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής. <http://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/35004>
26. Διαμαντόπουλος Κ., 2015. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη προσφορά και ζήτηση υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας. Διπλωματικής εργασίας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας. <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/29336>
27. Widström E., Eaton KA., 2004. Health care systems in the extended European Union. Oral Health and Preventive Dentistry, 2: 155-194.
28. Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Μαμάη-Χωματά Ε., 2007. Κοινωνική Οδοντιατρική. Αθήνα, εκδ. Πασχαλίδης, 2007
29. Koletsi-Kounari H., et al., 2011. Greece's High Dentist to Population Ratio: Comparisons, Causes, and Effects. Journal of Dental Education 75(11): 1507-1515
30. Damaskinos P., Economou C., 2012. Systems for the provision of oral health care in the Black Sea countries part 10: Greece. Oral Health Dent Manag., 11(1):3-10
31. Eurobarometer, 2010. Report - Oral Health. Special Eurobarometer 330, Belgium, 2010
32. Pavi E., et al., 2010. Social determinants of dental health services utilisation of Greek adults. Community Dental Health 27:145 – 150

33. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, 2013. Πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη καταγραφής στοματικής υγείας. Αθήνα, 2013
34. Ουλής Κ. και συν., 2009. Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Προτάσεις για τη βελτίωσή της. Ελλ. Στομ. Χρον.; 53: 97-120
35. Damaskinos P., Lampadakis I., 2000. Dental caries prevalence in Greece. A systematic review 1980-2000 (dmft and DMFT, 6 and 12 years old school children). Poster. Joint BASCD/EADPH Conference, Cork, Ireland. September 2000
36. Κωνσταντινίδης Ρ., και συν., 2015. Δείκτες στοματικής υγείας 5 ετών στους δήμους Κορωπίου και Παιανίας/Γλυκών Νερών: ανισότητες και ανάγκες θεραπείας. Ανακοίνωση στο Ετήσιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος, Πειραιάς, Σεπτέμβριος 2015
37. Damaskinos P., et al., 2014. The social gradient in oral health in older adults in Greece: results of a pilot study. Pan European Regional Congress of IADR, 2014
38. Kounari H., et al., 2011. Health-related lifestyle behaviors, socio-demographic characteristics and use of dental health services in Greek adults. Community Dent Health, 28(1):47-52
39. Pavi E., et al., 2010. Social determinants of dental health services utilization of Greek adults. Community Dent Health, 27(3):145-50
40. Κρανιάς Δ., Δημητριάδης Δ., 2014. Ιδιωτική άσκηση της οδοντιατρικής στην Ελλάδα: κρίση διαρκείας. Στοματολογία, 71(1): 5-8
41. Συγγελάκης Α., Κωλέτση-Κουνάρη Χ., 2014. Η οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα την εποχή της οικονομικής κρίσης. Στοματολογία, 71(1): 9-19
42. World Economic Forum, 2015. What dental health in Greece tells us about the financial crisis. <http://www.weforum.org/agenda/2015/11/what-dental-health-in-greece-tells-us-about-the-financial-crisis>
43. Economou M., et al., 2011. Increased suicidality and economic crisis in Greece. The Lancet 378: 1459
44. Kentikelenis A., et al., 2014. Greece's health crisis: from austerity to denialism. Lancet 383: 748-753
45. Δημητριάδης Δ. Κωνσταντινίδης Ρ., Ντόκος Ε., 2009. Προσεγγίζοντας τη Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία. Ελλ. Νοσοκ. Οδοντ. 1: 13-18
46. Δημητριάδης Δ., Κωνσταντινίδης Ρ., 2012. Η αλλαγή νοοτροπίας είναι προϋπόθεση για καλύτερη πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας. Περιοδικό του Ο.Σ.Α., 106: 39
47. Δημητριάδης Δ., Κωνσταντινίδης Ρ., 2012. Η σημασία της οργάνωσης των υπηρεσιών της Δημόσιας Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας. Ενημερωτικό Δελτίο της Ε.Ο.Ο., 159: 38-39

48. Βάλτος Ι., 2012. Αναγκαιότητα οργανωτικής ανάπτυξης της Διεύθυνσης Στοματικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, για την προώθηση πολιτικών στοματικής υγείας. Ενημερωτικό Δελτίο της Ε.Ο.Ο., 159: 37
49. Council of European Dentists, 2009. CED resolution: Economic crisis and European Oral Health.
<http://www.eudental.eu/component/attachments/attachments.html?id=282>
50. Λαμπαδάκης Ι., και συν., 1999. Η παροχή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας. Ο ρόλος, η σημασία και οι προοπτικές της. Στοματολογία, 56: 78-89
51. Πηγή: Μονάδα Τεχνικής Υποστήριξης Υπουργείου Υγείας - Π.Ο.Υ. Αθήνα, Ιανουάριος, 2016
52. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 1994. Στόχοι και δραστηριότητες στη Δ/ση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο τομέα της στοματικής υγείας. Αρ. Πρωτ. Υδ3.οικ.4151/4-7-94
53. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 1995. Παροχή οδοντιατρικών φροντίδων από τα Κ.Υ. Αρ. Πρωτ. Υδ3/οικ.1216/3-3-1995
54. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, Διεύθυνση: Δημόσιας Υγιεινής, 2000. Παροχή οδοντιατρικών φροντίδων από τα Κέντρα Υγείας. Αρ. Πρωτ. Υ1/οικ.5311/10-11-2000