



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΣΧΟΛΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΓΕΩΓΡΑΦΙΑΣ &
ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ**

**Effects of the economic crisis in dental care. Consumer's perceptions.
Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην οδοντιατρική φροντίδα. Οι απόψεις
των καταναλωτών
Πτυχιακή εργασία**

Φώτη Χρυσούλα (Α.Μ. 215081)

Αθήνα, 2019



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΣΧΟΛΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΓΕΩΓΡΑΦΙΑΣ &
ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ**

**Τριμελής εξεταστική επιτροπή: Θεοδωροπούλου Ελένη,
Σαρδιανού Ελένη, Παστραπά Ελένη,**

**Παστραπά Ελένη (Επιβλέπουσα)
Μέλος Ε.ΔΙ.Π., Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Χαροκόπειο
πανεπιστήμιο**

**Θεοδωροπούλου Ελένη
Καθηγήτρια, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Χαροκόπειο
πανεπιστήμιο**

**Σαρδιανού Ελένη
Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας,
Χαροκόπειο πανεπιστήμιο**

Η Φώτη Χρυσούλα

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- 1)** Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.
- 2)** Αποδέχομαι ότι η ΒΚΠ μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.
- 3)** Επιτρέπω στη ΒΚΠ να θέσει αυτό το αδημοσίευτο έργο υπό την άδεια «Αναφορά Δημιουργού- Μη Εμπορική Χρήση- Όχι Παράγωγα Έργα 4.0 Διεθνές (CC BY-NC-ND 4.0)», που επιτρέπει σε άλλους να έχουν ελεύθερη πρόσβαση, να χρησιμοποιούν και να διαμοιράζονται το έργο αναφέροντας την πατρότητά του και την παρουσία του στην ΕΣΤΙΑ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα της πτυχιακής μου εργασίας Παστραπά Ελένη για την ενθάρρυνση, την καθοδήγηση και την πολύτιμη βοήθεια της κατά την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας. Ευχαριστώ επίσης, τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τις καθηγήτριες Σαρδιανού Ελένη και Θεοδωροπούλου Ελένη για τις πολύτιμες παρατηρήσεις τους.

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την αμέριστη στήριξη και την βοήθεια τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και όλους εκείνους που με τις απαντήσεις τους βοήθησαν στην διεκπεραίωση της έρευνας μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	Σελίδα 1
ABSTRACT.....	Σελίδα 2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	Σελίδα 3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	Σελίδα 5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	Σελίδα 10
2.1. Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στην οδοντιατρική φροντίδα.....	Σελίδα 14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	Σελίδα 30
3.1. Δαπάνες για την υγεία.....	Σελίδα 30
3.2. Εθνικός οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας	Σελίδα 31
3.3. Κατάσταση υγείας των Ελλήνων.....	Σελίδα 32
3.3.1. Κατάσταση υγείας των Ελλήνων ανά επαγγελματική κατηγορία.....	Σελίδα 33
3.3.2. Κατάσταση υγείας των Ελλήνων ανά φύλο.....	Σελίδα 34
3.3.3. Κατάσταση υγείας των Ελλήνων ανά ηλικιακή ομάδα.....	Σελίδα 35
3.4. Χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών.....	Σελίδα 36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ.....	Σελίδα 40
4.1. Μεθοδολογία έρευνας.....	Σελίδα 40
4.2. Ανάλυση πινάκων συχνοτήτων.....	Σελίδα 40
4.2.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	Σελίδα 41
4.2.2. Απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με την οικονομική κρίση και την υγεία.....	Σελίδα 44
4.2.3. Ασφάλιση υγείας και οδοντιατρική φροντίδα.....	Σελίδα 45
4.2.4. Οδοντιατρική φροντίδα και παιδιά.....	Σελίδα 48
4.2.5. Κατάσταση υγείας και στοματικής υγείας των ερωτώμενων.....	Σελίδα 48
4.2.6. Συμπεριφορά των ερωτώμενων πριν και μετά την οικονομική κρίση σε σχέση με την οδοντιατρική τους φροντίδα.....	Σελίδα 49
4.2.7. Ασφάλιση των ερωτώμενων.....	Σελίδα 52
4.2.8. Περιποίηση στοματικής υγείας.....	Σελίδα 52
4.3. Ανάλυση πινάκων συνάφειας	Σελίδα 54
4.3.1. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων που είχαν στερηθεί κάποια φροντίδα που σχετίζεται με την υγεία τους λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας.....	Σελίδα 54
4.3.2. Συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο.....	Σελίδα 55
4.3.3. Οδοντιατρική φροντίδα παιδιών και εισόδημα γονέων.....	Σελίδα 56
4.3.4. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και κατάσταση υγείας.....	Σελίδα 57
4.3.5. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και στοματική υγεία.....	Σελίδα 58

4.3.6. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και συχνότητα επισκέψεων πριν και μετά την οικονομική κρίση	Σελίδα 59
4.3.7. Εισόδημα και ασφάλιση.....	Σελίδα 64
4.3.8. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και στοματική υγιεινή.....	Σελίδα 64
4.4. Προσδιοριστικοί παράγοντες των επισκέψεων των καταναλωτών σε οδοντιάτρους τους τελευταίους 12 μήνες.....	Σελίδα 66
4.5. Προσδιοριστικοί παράγοντες της μείωσης των επισκέψεων των καταναλωτών σε οδοντιάτρους μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης.....	Σελίδα 68
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	Σελίδα 71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σελίδα 73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	Σελίδα 79

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το 2008 ξέσπασε η παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία επέφερε πολλαπλές επιπτώσεις στην οικονομία της χώρας και κατά συνέπεια στην κοινωνικοοικονομική ζωή των κατοίκων της. Η παρούσα εργασία, διερευνά τις επιπτώσεις που έχει η οικονομική κρίση στην υγεία των ατόμων και πιο συγκεκριμένα στην οδοντιατρική τους φροντίδα. Η δειγματοληπτική έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε τον Μάιο του 2019 από 161 άτομα και διανεμήθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων κωδικοποιήθηκαν οι απαντήσεις και επεξεργάστηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα STATA12 στο οποίο έγινε η στατιστική ανάλυση, με τη χρήση πινάκων συχνοτήτων, πινάκων διπλής εισόδου, συσχετίσεων και εκτιμήσεων λογιστικής παλινδρόμησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η οικονομική κρίση έχει επιφέρει πολλές αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία των ατόμων όσο και στην στοματική τους υγιεινή. Καλύτερη κατάσταση υγείας και καλή στοματική υγεία διαπιστώθηκε ότι είχαν ως επί το πλείστον οι γυναίκες, τα άτομα με υψηλό εισόδημα και οι νεότεροι ηλικιακά, συγκριτικά με τους χαμηλόμισθους, τους άντρες και τους ηλικιωμένους. Επίσης, λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκαν μειωμένες επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους, με τις μεγαλύτερες μειώσεις επισκέψεων να έχουν παρατηρηθεί στα άτομα που διέθεταν χαμηλό εισόδημα και στους συνταξιούχους. Συνεπώς, βασικός πυλώνας για την επικράτηση μιας καλής στοματικής υγιεινής είναι το εισόδημα και κατά πόσο αυτό έχει μειωθεί μετά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης.

ABSTRACT

The global economic crisis broke out in 2008 and had multiple effects on the country's economy and consequently on the socio-economic life of its residents. This study investigates the impact of the economic crisis on the individual's health and specifically on their dental care. A sample survey was conducted in 161 people on the basis of a questionnaire that was distributed in May 2019 via email. Quantitative coding preceded of the analysis and observations of the results. The data processed in the STATA12 (frequency tables, two way tables, correlations, and logistic regression).

According to the results, the economic crisis has many negative effects on both the health and oral health of people. Women, high income people and younger people had better health status and good oral health. Also, due to the impact of the economic crisis, the probability of visiting a dentist suggest that the people concerned are retired and with low income. Consequently, a main pillar of good oral health is income.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξέσπασε στην Αμερική μετά την κατάρρευση της επενδυτικής τράπεζας Leeman Brothers επέφερε πολλές επιπτώσεις παγκοσμίως τόσο στις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων όσο και στην υγεία τους. Επιπτώσεις που συνεχίζουν να επηρεάζουν μέχρι και σήμερα την κοινωνικοοικονομική ζωή των ατόμων με αποτέλεσμα, τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας και τη μείωση της χρηματοδότησης για υπηρεσίες υγείας. Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η μελέτη και η αναζήτηση στοιχείων σχετικά με την οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις που έχει στις υπηρεσίες υγείας όπως στην οδοντιατρική περίθαλψη, καθώς σε περιόδους οικονομικής κρίσης, τα άτομα αξιολογούν χαμηλά τις ανάγκες στοματικής υγείας και αναζητούν καθυστερημένα υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας που σχετίζονται κυρίως με την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Charalambous et al., 2015). Η οδοντιατρική περίθαλψη είναι επιτακτική για τη διατήρηση της συνολικής υγείας και ευεξίας καθώς και τη διατήρηση καλής στοματικής υγείας. Επίσης σύμφωνα με τους Wall et al. (2010), σχεδόν όλα τα άτομα αντιμετωπίζουν παθήσεις που σχετίζονται με τη στοματική τους υγιεινή καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, οι περισσότερες από τις οποίες δεν επιλύονται με την πάροδο του χρόνου. Συνεπώς, οι τακτικές οδοντιατρικές επισκέψεις προάγουν την καλή στοματική υγεία. Η μελέτη αυτή έχει επιπλέον ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς αν τα άτομα δεν λαμβάνουν τις απαραίτητες οδοντιατρικές υπηρεσίες που έχουν ανάγκη μπορεί να οδηγηθούν σε υποβαθμισμένη κατάσταση υγείας. Το γεγονός λοιπόν για το αν τα άτομα βάζουν την οδοντιατρική φροντίδα σε δευτερεύουσα ανάγκη είναι άξιο αναζήτησης (Margerison-Zilko et al., 2016, Manski et al., 2014b).

Η παρούσα μελέτη, είχε ως στόχο να διερευνήσει τον βαθμό που επηρέασε η οικονομική κρίση την υγεία των ατόμων και πιο συγκεκριμένα την οδοντιατρική τους φροντίδα. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός κρίθηκε απαραίτητο να γίνει καταγραφή μέσω ερωτηματολογίων των απόψεων των καταναλωτών όσον αφορά τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και πιο συγκεκριμένα στην οδοντιατρική φροντίδα. Διερευνήθηκε επίσης, η γενική κατάσταση υγείας τους και η στοματική τους υγιεινή μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, οι επισκέψεις τους σε οδοντιάτρους πριν και μετά την οικονομική κρίση και οι συνήθειες τους απέναντι στη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, εξηγείται ο όρος οικονομική κρίση και γίνεται μια σύντομη αναδρομή των διαστάσεων που είχε πάρει η οικονομική κρίση από το 2008 μέχρι και το 2018 τόσο σε χώρες του εξωτερικού όσο και στην Ελλάδα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, εξετάστηκαν οι επιπτώσεις που προκάλεσε η οικονομική κρίση στην υγεία και στην οδοντιατρική φροντίδα των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκε αν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης προκάλεσαν επιδείνωση τόσο στη κατάσταση υγείας όσο και στη στοματική υγεία των ατόμων και αν είχαν επηρεάσει τη συχνότητα επισκέψεων τους σε οδοντιάτρους. Επίσης, εξετάστηκε κατά πόσο η ασφάλιση οδοντιατρικής περίθαλψης μπορεί να αυξήσει το ποσοστό των ατόμων που επισκέπτονται οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Στο τρίτο κεφάλαιο, αναφέρονται οι υπηρεσίες που παρέχει ο οργανισμός ΕΟΠΥΥ. Επίσης, εξετάζεται η γενική κατάσταση υγείας των ατόμων βάση των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα δεν μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν οδοντιατρικές υπηρεσίες και το ποσό που δαπανούσαν οι καταναλωτές για οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η έρευνα πεδίου και γίνεται η ανάλυση του ερωτηματολογίου, όπου προσδιορίστηκαν η γενική κατάσταση υγείας των ατόμων, η στοματική τους υγιεινή, η συχνότητα που επισκέπτονταν οδοντιάτρους, και παρατίθενται οι απόψεις τους σχετικά με την επίδραση που είχε η οικονομική κρίση στη συμπεριφορά τους απέναντι σε υπηρεσίες υγείας και οδοντιατρικής φροντίδας. Στο τελευταίο κεφάλαιο καταγράφονται τα βασικά συμπεράσματα της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Δηλαδή όλων των μακροοικονομικών μεγεθών της, όπως απασχόληση, εθνικό προϊόν, τιμές, επενδύσεις και άλλα (Κυριακού και άλλοι, 2015).

Η οικονομική κρίση ξέσπασε αρχικά στις ΗΠΑ τον Αύγουστο του 2007 και επιδεινώθηκε το Φθινόπωρο του 2008, οπότε και κατέρρευσε η επενδυτική τράπεζα της Αμερικής Lehman Brothers. Μετά την κατάρρευση της τράπεζας η οικονομική κρίση που ξέσπασε στις ΗΠΑ πήρε παγκόσμιες διαστάσεις επηρεάζοντας όλες τις οικονομίες του πλανήτη. Το 2008 υπογράφηκε η Διακήρυξη των Παρισίων, από τους ηγέτες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υιοθετήθηκε στη συνέχεια από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο και προέβλεπε τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση της χρηματοδότησης στην οικονομία.

Το 2009 οι περισσότερες οικονομίες εμφάνισαν μεγάλη οικονομική ύφεση και ο ρυθμός ανάπτυξης τους καταγράφηκε ως αρνητικός. Το ΑΕΠ μειώθηκε, με όλες τις χώρες που ανήκαν στη ζώνη του ευρώ να καταγράφουν αρνητικούς ρυθμούς μεταβολής του ΑΕΠ.

Κάποιες χώρες, οι οποίες είχαν υγιή βασικά οικονομικά δεδομένα κατάφεραν σε σύντομο χρονικό διάστημα να ανέλθουν οικονομικά, όμως άλλες χώρες με διαρθρωτικές αδυναμίες και ανισορροπίες αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα και σε κάποιες περιπτώσεις χρειάστηκε να ζητήσουν εξωτερική βοήθεια.

Όσον αφορά τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της απασχόλησης εμφανίζονται διαφορές ανάμεσα στις χώρες που είχαν κάποια βασικά υγιή δεδομένα και αυτές που είχαν δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα, οι χώρες που οικονομικά ήταν πιο εύρωστες κατάφεραν να έχουν χαμηλά ποσοστά ανεργίας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ενώ οι χώρες, οι οποίες είχαν οικονομικές αδυναμίες παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα ανεργίας.

Σημαντική υπήρξε η επιδείνωση των δημοσιονομικών μεγεθών λόγω της οικονομικής κρίσης, εξαιτίας των μέτρων που έπρεπε να ληφθούν από τις κυβερνήσεις έτσι ώστε να ενισχυθεί η οικονομία και να στηριχθεί ο χρηματοπιστωτικός τομέας, ο οποίος επλήγη από την οικονομική κρίση (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014). Ο Βίτας (2012), έκανε αναφορά στις διεθνείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης οι οποίες ήταν οι εξής:

- Γρήγορη μετάδοση της κρίσης που ξέσπασε από την Αμερική, σε χώρες της Ευρωζώνης

- Προσθήκη μέτρων λιτότητας και οικονομική κρίση στην Ευρωζώνη
- Κλονισμός της εμπιστοσύνης των πολιτών στο τραπεζικό σύστημα και γέννηση αμφιβολιών για το αν θα συνεχιστεί η παγκόσμια ανάκαμψη .
- Τεταμένες διακρατικές σχέσεις εντός και εκτός Ευρωζώνης
- Καλύτερη αποτίμηση κινδύνων
- Βελτίωση της αρχιτεκτονικής του ευρώ
- Αυξημένος ρόλος της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (Βίτας, 2012)

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης εμφανίστηκαν και στην Ελλάδα από τον Οκτώβριο του 2008 παρουσιάζοντας σοβαρές διαρθρωτικές αδυναμίες στη δημόσια διοίκηση, την οικονομία και την κοινωνία (Ευθυμίου και άλλοι, 2013).

Σύμφωνα με την Τράπεζα της Ελλάδος οι γενεσιουργικές αιτίες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα ήταν οι εξής .

- Η απώλεια πειθαρχίας στον δημοσιονομικό τομέα
- Η εισαγωγή ενιαίου νομίσματος και οι ανεπιθύμητες παρενέργειες που προκάλεσε, όπως υπέρμετρη πιστωτική επέκταση, πολλές μισθολογικές απαιτήσεις και απώλεια ανταγωνιστικότητας
- Η παγκόσμια οικονομική κρίση μετά την κατάρρευση της επενδυτικής τράπεζας της Αμερικής Lehman Brothers

Ενώ, οι συστηματικές αιτίες της οικονομικής κρίσης αναφέρεται ότι είναι οι εξής:

- Κακή διακυβέρνηση λόγω ανεπαρκούς επαγγελματικής συνείδησης, ευθυνοφοβίας, διαπλοκής και διαφθοράς
- Μη αποτελεσματική επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το Eurogroup, την ΕΚΤ και το ΔΝΤ
- Ελάχιστος έλεγχος στις διεθνείς αγορές (Βίτας, 2012)

Τα πρώτα δύο χρόνια της οικονομικής κρίσης, το ελληνικό τραπεζικό σύστημα δεν είχε άμεσες απώλειες, όπως συνέβη σε άλλες χώρες. Υπέστη όμως υποβάθμιση της πιστοληπτικής

της ικανότητας η χώρα με αποτέλεσμα να υποβαθμιστεί το τραπεζικό σύστημα της, εξαιτίας των επιπτώσεων της δημοσιονομικής κρίσης (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014).

Από τα τέλη του 2009 και τις αρχές του 2010, η Ελλάδα αντιμετώπισε σοβαρά οικονομικά προβλήματα, καθώς είχε το δεύτερο μεγαλύτερο ετήσιο έλλειμμα κρατικού προϋπολογισμού και το δεύτερο μεγαλύτερο δημόσιο χρέος στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019).

Λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, περιορίστηκαν και οι πηγές χρηματοδότησης των τραπεζών, που είχε ως αποτέλεσμα οι ελληνικές τράπεζες να καταφύγουν στο Ευρωσύστημα για άντληση ρευστότητας. Την επόμενη χρονιά, το 2010, το ποσοστό της ανεργίας είχε ανέλθει σε 12% με 180.000 θέσεις εργασίας να χάνονται (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014). Έτσι, τον Μάιο του 2010 υπογράφηκε Μνημόνιο με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα ώστε να καλυφθεί η ανάγκη της Ελλάδος για δανεισμό (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019). Το 2011 αναφέρεται ότι αποτέλεσε τη χρονιά όπου έγινε έκρηξη της ανεργίας και υπήρξε μεγάλη μείωση της οικονομικής δραστηριότητας (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014).

Το 2012-2013 η ανεργία διογκώθηκε και εξακολουθούσε να συνεχίζεται η μείωση της παραγωγής. Ωστόσο, υπήρξαν θετικές ενδείξεις για ισορρόπηση της οικονομίας και το τραπεζικό σύστημα βρισκόταν σε διαδικασία αναδιάρθρωσης θέτοντας νέες και υγιείς βάσεις (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014).

Για πρώτη φορά μετά από έξι χρόνια (2008- 2014) που η Ελλάδα ήταν αντιμέτωπη με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, σημειώθηκαν θετικοί ρυθμοί μεταβολής της οικονομικής δραστηριότητας και η διαρθρωτική ανταγωνιστικότητα της Ελληνικής οικονομίας έδειχνε σημάδια βελτίωσης συγκριτικά με το 2013. Πιο συγκεκριμένα, η Ελλάδα από την 91η θέση που βρισκόταν το 2012 στον δείκτη παγκόσμιας ανταγωνιστικότητας ανέβηκε στην 81η θέση το 2014. Ωστόσο, το ποσοστό ανεργίας συνέχιζε να παραμένει το υψηλότερο στην Ε.Ε. (Τράπεζα της Ελλάδος, 2015α).

Στα τέλη του 2014 υπήρχαν σοβαρές ενδείξεις ότι η Ελληνική οικονομία ξεκινάει να αναπτύσσεται. Η Τράπεζα της Ελλάδος και διεθνείς οργανισμοί προέβλεπαν την άνοδο του ΑΕΠ. Ωστόσο, λόγω της επιδείνωσης των δεικτών οικονομικού κλίματος και των χρηματοδοτήσεων για τον ιδιωτικό τομέα, η μείωση του ρυθμού ανάπτυξης γίνεται εντονότερη το δεύτερο τρίμηνο του 2015, με κίνδυνο η οικονομία να εμφανίσει εκ νέου οικονομική κρίση (Τράπεζα της Ελλάδος, 2015β).

Το 2016 σταδιακά αποκαθίσταται η εμπιστοσύνη μετά την ολοκλήρωση των πρώτων αξιολογήσεων και οι τροποποιήσεις των κεφαλαιακών περιορισμών συνέβαλλαν στην αύξηση

των καταθέσεων και κατά συνέπεια των εισροών στο τραπεζικό σύστημα της Ελλάδος (Τράπεζα της Ελλάδος, 2017α).

Κατά τη διάρκεια του 2017 λόγω της υποχώρησης των δανειακών επιτοκίων και της βελτίωσης των οικονομικών δραστηριοτήτων (με θετικό ρυθμό μεταβολής την περίοδο Ιανουαρίου- Σεπτεμβρίου του 2017), ο ρυθμός μεταβολής των τραπεζικών πιστώσεων στις μη χρηματοπιστωτικές επιχειρήσεις και στα νοικοκυριά ήταν λιγότερο αρνητικός συγκριτικά με το 2016 (Τράπεζα της Ελλάδος, 2017β).

Το 2018 η ελληνική οικονομία συνεχίζει να ανακάμπτει έχοντας θετικό οικονομικό κλίμα με βελτιώσεις στη ρευστότητα του τραπεζικού συστήματος και στην οικονομία, οι οποίες συνεχίζονται και το πρώτο τρίμηνο του 2019 (με επιβραδυνόμενο ρυθμό). Επίσης, οι αποδόσεις των ελληνικών κρατικών ομολόγων το 2018 αποκλιμακώνονται. Όμως, παρ' όλα αυτά χαμηλοί παραμένουν οι ρυθμοί ανάπτυξης και η οικονομία εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικούς κινδύνους και αβεβαιότητες, οι οποίοι προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον, όπως η επιβράδυνση της παγκόσμιας οικονομικής δραστηριότητας (Τράπεζα της Ελλάδος, 2019).

Παρά τις θετικές αλλαγές που έχουν γίνει η οικονομική κρίση και η μείωση των επενδύσεων έχουν δημιουργήσει στην ελληνική οικονομία τρία σοβαρά προβλήματα:

- Υψηλή ανεργία και πιο συγκεκριμένα μακροχρόνια ανεργία
- Πολλά μη εξυπηρετούμενα δάνεια, τα οποία εμποδίζουν τις τράπεζες να συμβάλλουν στην ανάπτυξη με νέες δανειοδοτήσεις
- Και υψηλό δημόσιο χρέος (Τράπεζα της Ελλάδος, 2017α).

Η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση αποτελεί ένα φαινόμενο που δημιουργεί ανασφάλεια στους ανθρώπους, καθώς συνδέετε άμεσα με την απώλεια εργασίας. Η οικονομική κρίση και η εφαρμογή των μέτρων λιτότητας οδήγησαν σε σημαντική μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των ατόμων και σε αύξηση της ανεργίας (Chatzopoulos et al., 2018). Τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν δυσκολίες, καθώς μειώνεται η χρηματοδότηση από τις κυβερνήσεις των κρατών, οι οποίες χρηματοδοτούν ένα μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία (Αδάμπα, Ε., & Γεωργιτσάκη, Α., 2015). Αυτά προκάλεσαν αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καθώς πρέπει οι ίδιοι να καλύπτουν μέρος των δαπανών για την υγειονομική τους περίθαλψη (Chatzopoulos et al., 2018). Με την οικονομική κρίση δημιουργείται ένα αδιέξοδο, καθώς τα άτομα πρέπει να καλύψουν τις ανάγκες τους σε τρόφιμα και φάρμακα απαραίτητα για την υγεία τους. Οι δυσκολίες κάλυψης των βασικών τους αναγκών σε τρόφιμα και φάρμακα τους οδηγούν σε άγχος και κατάθλιψη (Levy and Sidel, 2009). Συνεπώς, οι δυσκολίες των ατόμων να καλύψουν τις βασικές τους

ανάγκες έχει οδηγήσει σε χαμηλά επίπεδα υγείας, τα οποία οδηγούν και σε μείωση της χρήσης οδοντιατρικής φροντίδας, επειδή η οδοντιατρική φροντίδα θεωρείται από πολλούς ως δευτερεύουσα ανάγκη σε σύγκριση με τις άλλες ανάγκες υγείας (Manski and Moeller, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι Margerison-Zilko et al. (2016), εξέτασαν διεξοδικά μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης τη σχέση μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και των επιπτώσεων που προκαλεί στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων που κατοικούν σε ανεπτυγμένες χώρες. Για να πετύχουν τον σκοπό αυτό, πραγματοποίησαν βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας την ηλεκτρονική υπηρεσία Web of Science (https://en.wikipedia.org/wiki/Web_of_Science), η οποία περιλαμβάνει δημοσιεύσεις για τις κοινωνικές και ιατρικές επιστήμες. Μέσω της υπηρεσίας αυτής αποκτήθηκαν 85 δημοσιεύσεις, οι οποίες χωρίστηκαν σε 4 κατηγορίες αποτελεσμάτων. Οι κατηγορίες αυτές ήταν α) αναπαραγωγή και πρόωμη υγεία, (7 δημοσιεύσεις), β) σωματική υγεία ενηλίκων (24 δημοσιεύσεις), γ) ψυχική υγεία (42 δημοσιεύσεις) και δ) συμπεριφορές σχετικά με την υγεία (20 δημοσιεύσεις).

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα των ερευνών αυτών, προκύπτει απότομη πτώση της γονιμότητας κατά 11% στις ΗΠΑ από το 2007 έως το 2011. Αξίζει να σημειωθεί επιπλέον, ότι η πτώση της γονιμότητας σχετίστηκε κυρίως με τους εφήβους και τις νεότερες σε ηλικία γυναίκες συγκριτικά με τις μεγαλύτερες γυναίκες. Επίσης, η απώλεια εργασίας, η οικονομική πίεση, καθώς και τα θέματα στέγασης σχετίστηκαν με την επιβάρυνση της κατάστασης της υγείας. Ακόμη διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που κατοικούσαν στην Αμερική και ήταν άνεργοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν αναπηρία κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ενώ άτομα τα οποία ήταν λιγότερο ευάλωτα, είχαν μια θέση εργασίας, επαγγελματική καταξίωση και ήταν μορφωμένα εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά νοσηρότητας σε σχέση με τα άτομα εκείνα που είχαν χάσει την εργασία τους. Συνεπώς, η οικονομική ύφεση συνδέεται με επιδείνωση της σωματικής υγείας.

Επίσης, προέκυψαν αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, τα οποία σχετίστηκαν άμεσα με την απώλεια εργασίας, ως συνέπεια των διαστάσεων που είχε πάρει η οικονομική κρίση. Πιο συγκεκριμένα, οι αναλύσεις ερευνών που έκαναν οι Margerison-Zilko et al. (2016), έδειξαν ότι η απώλεια εργασίας σε μεγάλη ηλικία έχει ως αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας.

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης εκτός από υπογεννητικότητα και θνησιμότητα επηρεάζουν και την ψυχική υγεία των ανθρώπων. Όπως αναφέρουν οι ερευνητές, τα άτομα που μένουν άνεργα ή χάνουν την ακίνητη περιουσία τους, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων τόσο στην Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ. Επίσης, τα άτομα εμφανίζουν ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες αποδίδονται σύμφωνα με τους ερευνητές στα αυξημένα ποσοστά ανεργίας και στις κατασχέσεις κατοικιών (λόγω των απλήρωτων δανείων

που είχαν ληφθεί πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης). Οι ψυχιατρικές διαταραχές που αντιμετώπιζαν οι άνθρωποι είχαν ως απόρροια τάσεις αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ υπήρχε αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών και θανάτων λόγω ψυχικών διαταραχών. Αυξημένος αριθμός θανάτων λόγω αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης έχει παρατηρηθεί κυρίως στους εργαζόμενους άντρες, οι οποίοι έχαναν την εργασία και την κατοικία τους.

Συνεπώς, η ανεργία και η απώλεια περιουσίας προκαλούν ψυχολογική δυσφορία, αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας, διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή, αυτοκτονική συμπεριφορά και άλλες μη υγιείς συμπεριφορές όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και χαμηλότερη πιθανότητα λήψης υγιεινών τροφίμων.

Στις ΗΠΑ λόγω της οικονομικής κρίσης υπάρχει υποσιτισμός καθώς οι άνθρωποι δεν διαθέτουν την οικονομική ευχέρεια να αγοράσουν τα τρόφιμα που έχουν ανάγκη, πόσο μάλλον τρόφιμα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά. Αυτή η κατάσταση, θέτει σε κίνδυνο την υγεία τους και ιδιαίτερα τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που είναι τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι έγκυες γυναίκες, τα άτομα με χρόνιες παθήσεις και οι υποσιτισμένοι (Margerison-Zilko et al, 2016).

Επίσης, η οικονομική κρίση επέφερε υποβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης για τους κατοίκους των ΗΠΑ, καθώς αυξήθηκε ο αριθμός των αστέγων και των ατόμων που αναγκάζονταν να μένουν σε υποβαθμισμένες συνοικίες. Οικογένειες που επλήγησαν από την οικονομική κρίση εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά ασθενειών, χρόνιων παθήσεων, αλλά και διαζυγίων. Επιπλέον, όπως και οι Margerison-Zilko et al. (2016), οι Levy and Sidel (2009) ανέφεραν αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, προβλήματα ψυχικής υγείας και τάσεις αυτοκτονίας. Ακόμη οι Levy and Sidel (2009) ανέφεραν ότι εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, πολλά άτομα έπασχαν από κατάθλιψη, έκαναν κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και αλκοολούχων ποτών.

Η οικονομική κρίση επηρέασε και την υγεία των παιδιών, καθώς όπως αναφέρουν οι ερευνητές ο αριθμός των παιδιών των οποίων οι γονείς ή οι κηδεμόνες τους ήταν χαμηλόμισθοι αυξήθηκε από 500.000, σε 13,3 εκατομμύρια, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 2008, όταν δηλαδή ξέσπασε η οικονομική κρίση. Παράγοντας που συνέβαλε στην επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των παιδιών ήταν η μείωση του προϋπολογισμού που διέθετε το κράτος για τη δημόσια υγεία με αποτέλεσμα τη μειωμένη πρόσβαση των παιδιών σε ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες. Επίσης, η οικονομική κρίση προκάλεσε προβλήματα στη διατροφή των παιδιών, τα οποία γίνονται αντιληπτά λόγω των αυξημένων ποσοστών υποσιτισμού. Η

οικονομική κρίση σε συνάρτηση με την απογοήτευση και την απελπισία των ανθρώπων οδήγησε σε αύξηση των ποσοστών βίας με ένοπλες συγκρούσεις.

Επίσης, δημιουργούνται περιβαλλοντικά προβλήματα, καθώς, παραγκωνίζεται η προστασία του περιβάλλοντος εξαιτίας των σοβαρών προβλημάτων που προκαλεί η οικονομική κρίση. Οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι φοβούμενοι τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, δίνουν λιγότερη βαρύτητα στη μείωση των επικίνδυνων εκθέσεων στο χώρο εργασίας και στις ασφαλείς εργασιακές συνθήκες. Επίσης, οι ερευνητές αναφέρουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης αναπτύσσεται η παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων και ο ρατσισμός (Levy and Sidel, 2009).

Όσον αφορά την Ελλάδα, η οικονομική κρίση που ξέσπασε προκάλεσε πολλές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες στους κατοίκους της με τα ποσοστά ανεργίας να ανέρχονται από 14,2% το 2010 σε 18% τον Απρίλιο του 2019 (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α). Η οικονομική κρίση επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την υγεία των Ελλήνων. Οι Simou and Koutsogeorgou (2014), πραγματοποίησαν μια μελέτη με σκοπό να παρουσιάσουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ελλήνων. Οι ερευνητές αυτοί έκαναν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση προκειμένου να εξετάσουν αυτό το φαινόμενο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης τους, παρατηρήθηκαν δυσκολίες στην καθημερινή ζωή των Ελλήνων καθώς και επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία. Όπως αναφέρουν, το 2011 ήταν 2,6 φορές πιο πιθανό για τους Έλληνες να πάθουν κατάθλιψη σε σύγκριση με το 2008 λόγω των αυξημένων ποσοστών ανεργίας. Επίσης, πολλά άτομα εμφάνιζαν ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, σημαντικά ήταν τα ποσοστά αύξησης των αυτοκτονιών, καθώς όπως αναφέρουν οι ερευνητές από το 2007 έως το 2009 το ποσοστό αύξησης ήταν 17%, την περίοδο 2009-2010 υπήρξε αύξηση 25% και το 2011 η αύξηση είχε ανέλθει στο 40%. Επίσης, καταγράφηκαν από το 2007 έως και το 2009 αυξημένα ποσοστά βίας και σχεδόν διπλασιάστηκαν τα ποσοστά ανθρωποκτονίας και κλοπής.

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης ο αριθμός των μολύνσεων από τον ιό HIV αυξάνονται συνεχώς λόγω του αυξημένου αριθμού των χρηστών εναίσιμων ναρκωτικών. Επίσης, κατά την περίοδο 2009-2011 η Ελλάδα επλήγη από δύο ακόμα επιδημίες οι οποίες είχαν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα εκ των οποίων η μια ήταν η H1N1, γνωστή ως γρίπη των χοίρων και η άλλη ήταν η WNV (ιός του Δυτικού Νείλου) που έκανε την εμφάνιση της το 2010-2011.

Επιπροσθέτως, όπως αναφέρουν οι ερευνητές, έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές περικοπές στις δαπάνες του κράτους για υγεία. Πιο συγκεκριμένα, οι δαπάνες για υγεία σύμφωνα με την στατιστική υπηρεσία και το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας μειώθηκαν από το

2009 (9,76%) (ΕΛΣΤΑΤ, 2015α) έως το 2017 (8,04%) (ΕΛΣΤΑΤ, 2018β) κατά 1,72%. Ορισμένα από τα πρώτα μέτρα που επιβλήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας περιλάμβαναν τη συγχώνευση τεσσάρων από τους μεγαλύτερους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης στο πλαίσιο του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) (Simou and Koutsogeorgou, 2014). Η ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα είναι κατακερματισμένη διότι δεν υπάρχει συντονισμός και έλεγχος του συστήματος υγείας και λόγω της δημοσιονομικής κρίσης η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επιδεινώνεται (Ευθυμίου και άλλοι, 2013).

Πέρα από τις δαπάνες του κράτους για υγεία, οι οικονομικές αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη, επέφεραν επιπτώσεις και στο εργατικό δυναμικό που εργαζόταν στις υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, μετά το 2009 επήλθαν αλλαγές στους μισθούς και στις συντάξεις του δημόσιου τομέα με 15% μείωση σε όλους τους μισθούς των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα, κατάργηση του δέκατου τρίτου και δέκατου τέταρτου μηνιαίου μισθού, περικοπές των συντάξεων κατά 10%, και αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης.

Όσον αφορά τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη της χώρας, είχε σχεδόν διπλασιαστεί. Πιο συγκεκριμένα, από 4.329 δισ. το 2004, ανήλθε σε 7.788 δισ. το 2008. Αυτή η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών οφείλεται στην έλλειψη κατάλληλων μέτρων, όπως είναι η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων, οι ηλεκτρονικές συνταγές, η παρακολούθηση των συνταγών αυτών και η έλλειψη αυστηρής εφαρμογής των κανονισμών. Ωστόσο, προκειμένου να μειωθεί το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης, η κυβέρνηση επέβαλε περιορισμούς στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων, μείωσε τις τιμές των γενόσημων φαρμάκων και διπλασίασε το ΦΠΑ των φαρμάκων, ενώ το 2011 μείωσε τον συντελεστή ΦΠΑ στα φάρμακα κάτι το οποίο οδήγησε σε σημαντική έλλειψη φαρμακευτικών προϊόντων σε πολλά μέρη της χώρας. Λόγω αυτής της έλλειψης των φαρμάκων και των συχνών απεργιών των φαρμακοποιών υπήρξε απογοήτευση και οι φαρμακευτικές εταιρείες προτιμούσαν να μην πουλήσουν τα προϊόντα τους στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Συνεπώς η οικονομική κρίση επέφερε, μειώσεις των δαπανών για δημόσια υγεία αλλά και αυξημένο αριθμό των ατόμων που στρέφονταν στον τομέα της δημόσιας υγείας. Παρατηρήθηκε, επίσης, υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού, αύξηση των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα, αύξηση του ποσοστού των ατόμων με τάσεις αυτοκτονίας, επιδημίες και επιδείνωση της κατάστασης υγείας των Ελλήνων (Simou and Koutsogeorgou, 2014).

Πολλά νοικοκυριά προσπάθησαν να περιορίσουν τις δαπάνες τους, καθώς η ζωή μετά την οικονομική ύφεση ήταν δύσκολη. Χρησιμοποιούσαν το εισόδημα τους κυρίως για να

καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες και απέφευγαν δαπάνες που δεν ήταν απαραίτητες με αποτέλεσμα να μειώσουν και δαπάνες για την υγεία τους (Manski et al. 2014b).

Συνεπώς, με αφετηρία την οικονομική κρίση και τα σοβαρά προβλήματα που δημιουργεί στον κλάδο της υγείας (ψυχολογικά και σωματικά), η οδοντιατρική φροντίδα αποτέλεσε για τους περισσότερους μια δευτερεύουσα ανάγκη, παρά το γεγονός ότι είναι απολύτως αναγκαία (Margerison-Zilko et al., 2016, Manski et al., 2014b).

2.1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η οδοντιατρική φροντίδα αποτελεί μια βασική ανάγκη για τους ανθρώπους, καθώς σχετίζεται άμεσα με την υγεία. Σύμφωνα όμως με έρευνες των Manski et al. (2014), Vujicic et al. (2013), Charalambous et al. (2015), μεγάλο ποσοστό ανθρώπων έχουν παραμελήσει την υγεία του στόματος τους λόγω των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

Η κάλυψη της δαπάνης για οδοντιατρική περίθαλψη, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη σε χώρες που πλήττονται σοβαρά από την κρίση, όπως η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία και η Πορτογαλία. Επίσης, στατιστικά στοιχεία από την Ευρωπαϊκή στατιστική υπηρεσία (Eurostat) δείχνουν ότι από το 2008 έγιναν πιο διαδεδομένες οι αποχές από την οδοντιατρική φροντίδα λόγω της οικονομικής ύφεσης (Elstad, 2017).

Στην έρευνα του Elstad (2017), εξετάστηκαν οι ανισότητες των εισοδημάτων που οδηγούν στην εγκατάλειψη της οδοντιατρικής περίθαλψης σε 23 Ευρωπαϊκές χώρες (Ιρλανδία, Ιταλία, Ισπανία, Ελβετία, Ολλανδία, Ισλανδία, Δανία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Νορβηγία, Πολωνία, Ουγγαρία, Γαλλία, Σουηδία, Εσθονία, Φιλανδία, Αυστρία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Σλοβακία, Σλοβενία, Τσέχικη Δημοκρατία και Γερμανία) κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Για να εκπληρώσει τον σκοπό αυτό, χρησιμοποίησε δευτερογενή στοιχεία για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση (European Union Statistics on Income and Living Conditions). Η Eurostat για την έρευνα αυτή, χρησιμοποίησε τυχαία δείγματα πληθυσμού από όλες τις Χώρες της Ε.Ε. σε ετήσια βάση.

Το επιλεγμένο δείγμα ήταν άτομα ηλικίας 20-74 ετών που συμμετείχαν σε σύγχρονες έρευνες για τα έτη 2008/2009 και 2012/2013. Στα ερωτηματολόγια των ερευνών αυτών, εκτιμήθηκαν τα ποσοστά τα οποία αναφέρουν απώλεια οδοντιατρικής φροντίδας και βρίσκονται στο χαμηλότερο και στο υψηλότερο εισοδηματικό τεταρτημόριο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα οποία προέκυψαν από μοντέλα παλινδρόμησης σε επίπεδο χώρας, και στις 23 χώρες οι ερωτηθέντες με κατώτερο εισόδημα ανέφεραν υψηλά επίπεδα αποχής από την οδοντιατρική φροντίδα από ότι οι ερωτηθέντες με υψηλότερο εισόδημα. Οι ανισότητες αυτές των εισοδημάτων συνδέονται με τη χρησιμοποίηση ή όχι οδοντιατρικής φροντίδας (Elstad, 2017).

Το εισόδημα, η έλλειψη εργασίας και η μη κάλυψη από ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν εμπόδια που δυσκολεύουν τις επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους (Manski et al., 2014b). Σύμφωνα με την έρευνα των Manski et al. (2014b) που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής σε άτομα ηλικίας 51 ετών και άνω, τα έτη 2006 και 2008, προέκυψε το συμπέρασμα ότι μόνο όταν ο πλούτος των νοικοκυριών μειώνεται από 50% και κάτω οι ηλικιωμένοι ήταν πιθανότερο να σταματήσουν να αναζητούν οδοντιατρική φροντίδα.

Τα άτομα με το μεγαλύτερο ποσοστό απώλειας πλούτου και εισοδήματος μεταξύ των περιόδων 2006 και 2008, ήταν κυρίως οι ηλικιωμένοι (80 ετών και άνω), οι μη απόφοιτοι γυμνασίου, οι χήροι ή διαζευγμένοι και τα άτομα που χαρακτήριζαν την κατάσταση υγείας τους ως «κακή». Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που ζούσαν σε φτωχές περιοχές τις χώρες μετά την έναρξη της οικονομικής ύφεσης ήταν 100% πιθανό να σταματήσουν τις επισκέψεις στους οδοντιάτρους (Manski et al., 2014b).

Επίσης, οι ηλικιωμένοι που είχαν οδοντιατρική κάλυψη και τις δύο περιόδους (2006 και 2008), ήταν κατά 50% λιγότερο πιθανό να σταματήσουν να χρησιμοποιούν οδοντιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με εκείνους που δεν διέθεταν καμία κάλυψη, ενώ εκείνοι που είχαν χάσει την οδοντιατρική τους κάλυψη μεταξύ των δύο περιόδων ήταν 100% πιθανό να σταματήσουν να χρησιμοποιούν οδοντιατρική περίθαλψη σε σχέση με εκείνους που δεν καλύπτονταν και τις δύο περιόδους. Οι ηλικιωμένοι με οδοντιατρική κάλυψη και τις δύο περιόδους (2006/2008) και εκείνοι που είχαν αποκτήσει οδοντιατρική κάλυψη μεταξύ των 2 περιόδων ήταν κατά 50% πιο πιθανό να ξεκινήσουν να χρησιμοποιούν την οδοντιατρική φροντίδα από εκείνους που δεν διέθεταν καμία κάλυψη και τις δύο περιόδους (Manski et al., 2014b). Συνεπώς η απόκτηση οδοντιατρικής κάλυψης συμβάλλει στην αύξηση των χρήσεων υπηρεσιών στοματικής υγιεινής (Wall et al., 2010). Η χρήση υπηρεσιών στοματικής υγείας των κατοίκων των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, εξετάστηκε από τους Wall et al. (2010) το 1997 και το 2010. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση υπηρεσιών στοματικής υγείας εξετάστηκε και κατηγοριοποιήθηκε ανάλογα με την ηλικία των ερωτώμενων και το επίπεδο φτώχειας. Επίσης, μελέτησαν κατά πόσο οι ερωτηθέντες διέθεταν ασφάλιση.

Για να εκπληρώσουν τον σκοπό αυτό οι Wall et al. (2010), χρησιμοποίησαν δεδομένα από την National Health Interview Survey (NHIS), εθνική έρευνα για την υγεία, η οποία διεξάγεται ετησίως και αφορά την υγεία των πολιτών των Ηνωμένων Πολιτειών. Επίσης, περιλαμβάνει μεγαλύτερο δείγμα από άλλες έρευνες και γι' αυτό το λόγο είναι αξιόπιστη. Η έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε, προκειμένου να διερευνήσουν τον αριθμό των οδοντιατρικών επισκέψεων των πολιτών, τις συνολικές οδοντιατρικές δαπάνες που κατέβαλλαν, κατά πόσο έλαβαν την αναγκαία φροντίδα, καθώς και την παροχή ασφαλιστικής κάλυψης στους πολίτες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως προκύπτουν από τη χρήση περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης εξάγεται ως συμπέρασμα ότι η χρήση οδοντιατρικής φροντίδας ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς. Το ποσοστό χρησιμοποίησης οδοντιατρικής φροντίδας των παιδιών ηλικίας δύο έως είκοσι χρονών παρουσιάζει αύξηση από 71,6% (1997) σε 77% (2010), ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων παρουσιάζει μείωση από 73,1% (1997) σε 63,6% (2010) με μια σταθεροποίηση από το 2000 έως το 2007. Επίσης, το χάσμα μεταξύ των ατόμων που έχουν υψηλότερο εισόδημα και εκείνων με χαμηλότερο εισόδημα μειώθηκε από 22,1% (1997) σε 16,3% (2010). Επιπλέον, όσον αφορά τον ενήλικο πληθυσμό με χαμηλά εισοδήματα παρατηρήθηκε πτώση κατά 5% στη χρήση οδοντιατρικής φροντίδας (Wall et al., 2010).

Όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση, το ποσοστό των παιδιών που καλύπτονται, εμφάνισαν μια μείωση της χρήσης από 66,2 % (1997) σε 54,2% (2010), ενώ το ποσοστό των ενηλίκων μειώθηκε από 74% (1997) σε 65,8% (2010). Από την άλλη πλευρά το ποσοστό των παιδιών που καλύπτονται από δημόσια ασφάλιση αυξήθηκε από 16,1 % (1997) σε 32,2% (2010), ενώ για τους ενήλικες αυξήθηκε από 5,4% (1997) σε 8,3% (2010). Επιπλέον, το ποσοστό των παιδιών που δεν διέθεταν ασφάλιση μειώθηκε από 14,4 % (1997) σε 10,2% (2010), ενώ όσον αφορά τους ενήλικες αυξήθηκε από 17,8% (1997) σε 21,1% (2010).

Συνεπώς από τα ποσοστά αυτά προκύπτει ότι από το 2007 έχουν σημειωθεί σημαντικά οφέλη στο ποσοστό των παιδιών που χρησιμοποιούν την οδοντιατρική φροντίδα, ενώ για τους ενήλικες που διαθέτουν χαμηλά εισοδήματα παρατηρήθηκε μια σημαντική πτώση του ποσοστού χρησιμοποίησης της οδοντιατρικής φροντίδας (Wall et al., 2012).

Ακόμη μια έρευνα που διεξήχθη στην Αμερική ένα χρόνο μετά ήταν αυτή των Vujicic et al. (2013), και στόχο είχε να εξετάσει την αξιοποίηση της οδοντιατρικής φροντίδας σε μια μικρότερη κλίμακα από ότι οι Wall et al. (2012). Η χρονολογική κλίμακα ξεκινούσε από το 2000 έως το 2010.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η χρήση οδοντιατρικής φροντίδας διαφέρει ανάμεσα στα παιδιά (2-18) και τους ενήλικες (19-64). Πιο συγκεκριμένα, το 2000, το ποσοστό των ενηλίκων που ανέφεραν ότι επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες ήταν 39%, ενώ το ποσοστό των παιδιών ήταν 42,4%. Το 2001 τα ποσοστά ήταν για τους ενήλικες 40,5%, ενώ για τα παιδιά 43,2%, το 2002 αντίστοιχα 41,1% και 44,3%, το 2003 41,2% και 46,2%, το 2004 40,7% και 46,2%, το 2005 39,8% και 46,4%, το 2006 39,5% και 47,6%, το 2007 40% και 47,2%, το 2008 38,6% και 44,5%, το 2009 38% και 44,5% και το 2010 ήταν 37% και 46,3%. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν τα παιδιά σε σύγκριση με τους ενήλικες χρησιμοποιούν

περισσότερο οδοντιατρικές υπηρεσίες. Η χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών από τους ενήλικες ξεκίνησε να μειώνεται από το 2003.

Επίσης, οι ερευνητές κατηγοριοποίησαν τα αποτελέσματα αυτά με βάση την ηλικία των ερωτηθέντων, όσον αφορά τις χρονιές 2000, 2003 και 2010. Οι μεγαλύτερες μειώσεις επισκέψεων που σημειώθηκαν σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους, ήταν από το 2003 στο 2010 για την ηλικιακή ομάδα 19-34 όπου από 34% το ποσοστό μειώθηκε σε 30% και για την ηλικιακή ομάδα 35-49 όπου οι επισκέψεις μειώθηκαν ποσοστιαία από 43% σε 38%.

Επιπλέον, κατηγοριοποίηση έγινε για τα παιδιά και τους ενήλικες όσον αφορά το εισόδημα των νοικοκυριών τους για τα έτη 2000, 2003 και 2010. Για νοικοκυριά με πολύ χαμηλό εισόδημα η χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών από τα παιδιά αυξήθηκε από 26% το 2000 σε 36% το 2010, ενώ για τα παιδιά που ανήκουν σε νοικοκυριό με χαμηλό εισόδημα η αύξηση ήταν από 31% το 2000 σε 42% το 2010. Όσον αφορά τους ενήλικες, υπήρξε μείωση της χρήσης οδοντιατρικών υπηρεσιών. Για τα νοικοκυριά με μεσαίο εισόδημα η μείωση ήταν από 38% το 2003 σε 34% το 2010, ενώ για τα νοικοκυριά με πολύ υψηλό εισόδημα η μείωση ήταν από 54% το 2003 σε 51% το 2010. Η διαφορά στη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών μεταξύ ενηλίκων με χαμηλό εισόδημα και υψηλό εισόδημα αυξήθηκε κατά 6% κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000.

Οι Nasseh και Vujicic (2014), εξέτασαν την απόκλιση μεταξύ των φτωχών και των μη φτωχών ενηλίκων στην αξιοποίηση της οδοντιατρικής φροντίδας σε κρατικό επίπεδο, ώστε να δείξουν ότι η απόκλιση ανάμεσα τους έχει αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας τους, προκύπτει ότι σε όλες τις Πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής το 2002 και το 2010 οι φτωχότεροι ενήλικες είχαν χαμηλότερο ποσοστό χρησιμοποίησης οδοντιατρικών υπηρεσιών συγκριτικά με τους οικονομικά ευκατάστατους. Για παράδειγμα, στην Καλιφόρνια το 2002, η απόκλιση για τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών μεταξύ των φτωχότερων και οικονομικά ευκατάστατων πληθυσμών ήταν 8,3%, ενώ το 2010 αυξήθηκε σε ποσοστό 14,6%. Επίσης, από το 2002 έως το 2010 η διαφορά τους αυξήθηκε κατά 6,4%. Πιο συγκεκριμένα σε δώδεκα πολιτείες (Αρκανσο, Καλιφόρνια, Φλόριντα, Γεωργία, Ιλινόις, Ιντιάνα, Νεμπράσκα, Οχάιο, Οκλαχόμα, Νότια Καρολίνα, Τέξας και Ουάσινγκτον) η διαφορά στη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών από τους φτωχούς και τους οικονομικά ευκατάστατους άρχισε να παρουσιάζει αύξηση από το 2002, ενώ σε τέσσερις πολιτείες (Αλάσκα, Μασαχουσέτη, Μινεσότα, Νέα Υόρκη) και στην περιφέρεια της Κολούμπια υπήρχε μικρότερη διαφορά ανάμεσα τους όσον αφορά στη χρήση οδοντιατρικής περίθαλψης το 2010. Στις υπόλοιπες πολιτείες, οι διαφορές στη χρήση οδοντιατρικής φροντίδας μεταξύ φτωχών και ευκατάστατων ενηλίκων ήταν σταθερές.

Λόγω του αυξημένου κόστους της οδοντιατρικής φροντίδας και του μειωμένου εισοδήματος των νοικοκυριών, σύμφωνα με τους Manski and Moeller (2017), πολλοί άνθρωποι προσπαθούσαν να εξοικονομήσουν χρήματα μειώνοντας τις δαπάνες τους. Σε αυτό το πρόβλημα ήρθε να δώσει λύση ο οδοντιατρικός τουρισμός.

Αμερικάνοι ταξίδευαν πέρα από τα σύνορα του κράτους προκειμένου να λάβουν φθηνότερη οδοντιατρική περίθαλψη. Ωστόσο ο οδοντιατρικός τουρισμός δεν υφίσταται μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, αλλά και στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου πολίτες ταξιδεύουν σε άλλες χώρες, καθώς το κόστος υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας κυμαίνεται από 8 ευρώ στην Ουγγαρία έως 156 ευρώ στην Αγγλία. Συνεπώς το κόστος αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη χρήση οδοντιατρικής φροντίδας και ωθεί είτε σε μείωση είτε στην αναζήτηση αν υπάρχει η δυνατότητα, σε άλλες χώρες φθηνότερων οδοντιατρικών υπηρεσιών (Manski and Moeller, 2017).

Οι Manski and Moeller (2017), εξέτασαν τα εμπόδια παροχής οδοντιατρικής φροντίδας για ηλικιωμένους σε επιλεγμένες Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ. Για να πραγματοποιήσουν τον σκοπό τους χρησιμοποίησαν προηγούμενες έρευνες διεξάγοντας βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιήθηκε προκειμένου οι Manski and Moeller (2017), να εντοπίσουν τους οικονομικούς και μη οικονομικούς παράγοντες που μπορούν να παρεμποδίσουν την πρόσβαση των ηλικιωμένων στην οδοντιατρική φροντίδα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης τους, οι ηλικιωμένοι με περιορισμένους οικονομικούς πόρους, που δεν διαθέτουν ολοκληρωμένη οδοντιατρική κάλυψη, αντιμετωπίζουν προβλήματα όσο αφορά τη στοματική τους υγεία. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση, η κατάσταση υγείας, η ύπαρξη χρόνιων ασθενειών, η χαμηλή αντίληψη για χρήση φροντίδας υγείας, η περιορισμένη εκπαίδευση και το χαμηλό εισόδημα αποτελούν επίσης εμπόδια στη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών από τους ηλικιωμένους.

Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται ότι οι δαπάνες της οδοντιατρικής φροντίδας είναι αρκετά υψηλές, επομένως επιλέγουν να καθυστερήσουν την αναζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας, υποδηλώνοντας ότι το κόστος επηρεάζει αυτή τους την απόφαση (Manski and Moeller, 2017). Οι ερευνητές με βάση προγενέστερα στοιχεία εξήγαγαν συμπεράσματα, σύμφωνα με τα οποία ο μέσος όρος των ηλικιωμένων που επισκέπτονταν τον οδοντίατρο διαφέρει από χώρα σε χώρα. Αναλυτικά, το ποσοστό των ηλικιωμένων που επισκέπτονταν τον οδοντίατρο στις ΗΠΑ τους τελευταίους 24 μήνες πριν την διεξαγωγή των ερευνών, εκ των οποίων άντλησαν τις πληροφορίες τους, οι οποίες ήταν οι: Μελέτη για την Υγεία και τη Συνταξιοδότηση 2004-2006 και η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη, 2007, ήταν 66%, ενώ για τις Ευρωπαϊκές χώρες αφορά τους τελευταίους 12 μήνες και τα ποσοστά

κυμαίνονται ως εξής: στην Αυστρία 51,4%, στο Βέλγιο 50,8%, στη Γαλλία 48,8%, στη Γερμανία 73,2%, στην Ολλανδία 66,3%, στην Ελβετία 72,6%, στη Δανία 79,8%, στη Σουηδία 81,9%, στην Ελλάδα 36,9%, στην Ιταλία 35,9%, στην Ισπανία 30,3%, στη Τσεχία 58,8% και στην Πολωνία 23,1%.

Η οδοντιατρική ασφάλιση μπορεί να αυξήσει τις επισκέψεις των ασθενών σε οδοντιατρικές κλινικές. Όμως η οδοντιατρική κάλυψη παρά το γεγονός ότι προσφέρει πολλαπλά οφέλη, παρουσιάζει διαφορές από χώρα σε χώρα (Manski and Moeller, 2017).

Σύμφωνα με τη Μελέτη υγείας και συνταξιοδότησης, 2004-2006 το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων με οδοντιατρική κάλυψη στη Γερμανία ήταν 98%, στη Τσεχική Δημοκρατία 96%, στη Δανία 92% και στην Ολλανδία 87%, στην Ελλάδα 57%, στις ΗΠΑ 48% στην Ισπανία 31% στην Ελβετία 21% και στην Ιταλία 21% (Manski et al., 2015).

Οι Manski et al. (2017) κατηγοριοποίησαν τις χώρες που διέθεταν δημόσια ασφάλιση υγείας για οδοντιατρική περίθαλψη και αυτές που δεν διέθεταν. Αναλυτικά, οι χώρες που παρείχαν δημόσια οδοντιατρική κάλυψη, δηλαδή το κράτος παρείχε τουλάχιστον κάποια δημόσια υποστήριξη για βασικές οδοντικές διαδικασίες ήταν οι: Αυστρία, Βέλγιο, Τσεχία, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Πολωνία και Σουηδία, ενώ αυτές που δεν διέθεταν ήταν οι: Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία, Ελβετία και οι ΗΠΑ. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι οι περισσότερες ανισότητες στην οδοντιατρική κάλυψη υπήρξαν μεταξύ των χωρών που δεν διέθεταν ασφάλιση υγείας, παρά μεταξύ των χωρών που διέθεταν. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι ήταν πιο πιθανό οι μεγαλύτεροι σε ηλικία να διαθέτουν ασφάλιση υγείας σε σύγκριση με τους νεότερους στις χώρες που δεν παρέχεται δημόσια ασφάλιση υγείας για οδοντιατρική περίθαλψη. Γενικότερα, δεν υπήρξαν ανισότητες όσον αφορά τα δύο φύλα σχετικά με την παροχή οδοντιατρικής ασφάλισης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όμως στις ΗΠΑ παρατηρήθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες ήταν κατά 3,5% πιο πιθανό να διαθέτουν οδοντιατρική ασφάλιση συγκριτικά με τις γυναίκες. Επίσης, οι έγγαμοι ήταν πιο πιθανό να διαθέτουν ασφάλιση από ότι οι άγαμοι. Ακόμα στην Ελλάδα και την Πολωνία, οι έγγαμοι είχαν χαμηλότερα ποσοστά ασφαλιστικής κάλυψης για οδοντιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με αυτούς που ήταν χήροι ή διαζευγμένοι.

Επιπλέον, στις ΗΠΑ και στις Σκανδιναβικές χώρες, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με την καλύτερη κατάσταση υγείας (άριστη, πολύ καλή) ήταν πιθανότερο να έχουν οδοντιατρική κάλυψη από εκείνα που η κατάσταση υγείας τους δεν ήταν τόσο καλή (μέτρια, πολύ κακή). Ωστόσο, στην Ελλάδα και στην Πολωνία, τα άτομα που αναφέρουν ότι δεν έχουν καλή κατάσταση υγείας, ήταν πιθανότερο να έχουν οδοντιατρική κάλυψη. Στην Τσεχία όσοι χαρακτήριζαν την κατάσταση υγείας τους ως καλή είχαν μεγαλύτερα ποσοστά οδοντιατρικής κάλυψης σε σχέση με εκείνους που χαρακτήριζαν την κατάσταση υγείας τους ως άριστη ή πολύ

καλή, ενώ το αντίθετο συνέβαινε στην Ιταλία και την Ισπανία. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι στις ΗΠΑ ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων (85,4%) που επισκέπτονταν τον οδοντίατρο ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όσον αφορά την Γερμανία αποδείχθηκε ότι τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση είχαν χαμηλότερο ποσοστό οδοντιατρικής κάλυψης σε σύγκριση με τους αποφοίτους υψηλότερων βαθμίδων εκπαίδευσης. Στη Πολωνία, την Ελβετία, την Ελλάδα και την Ισπανία, τα άτομα που εργάζονταν είχαν μεγαλύτερα ποσοστά οδοντιατρικής ασφάλισης συγκριτικά με εκείνους που δεν ήταν εργαζόμενοι.

Στην έρευνα των Manski et al. (2015), εξετάστηκαν οι διαφορές στην οδοντιατρική κάλυψη των ηλικιωμένων (51 ετών και άνω) που κατοικούσαν στις ΗΠΑ και σε κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες. Για να εκπληρώσουν τον σκοπό αυτό, πραγματοποίησαν δευτερογενή έρευνα στηριζόμενοι σε δεδομένα του 2006/2007, που άντλησαν από την έρευνα για την υγεία και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) και από στοιχεία του 2004-2006 που άντλησαν από την Μελέτη Υγείας και Συνταξιοδότησης (Health and Retirement Study).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προέκυψε ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην οδοντιατρική κάλυψη των ηλικιωμένων από χώρα σε χώρα. Οι ΗΠΑ παρουσίαζαν τις μεγαλύτερες διαφορές κάλυψης μεταξύ του πληθυσμού τους, ενώ λιγότερο σημαντικές διαφορές κάλυψης παρατηρήθηκαν στις σκανδιναβικές χώρες. Ωστόσο, οι χώρες με τη μικρότερη διαφοροποίηση ασφάλισης του πληθυσμού τους ήταν αυτές που ο πληθυσμός τους διέθετε πλήρη ασφαλιστική κάλυψη από το δημόσιο (Manski et al., 2015).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η ιδιωτική ασφάλιση κυριαρχεί, έναντι της δημόσιας. Ποσοστιαία, το 53,9% του πληθυσμού διέθετε ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το 11,5% είχε δημόσια ασφάλιση. Το ποσοστό που δεν ήταν ασφαλισμένο υπολογίζεται στο 34,6%. Όσο αναφορά τον ηλικιωμένο πληθυσμό το 24% είχε ιδιωτική ασφάλιση, το 6% έχει δημόσια, ενώ το 70% δεν είχε καμία ασφάλιση (Manski and Moeller, 2017).

Επιπλέον, η έρευνα των Manski et al. (2014a), είχε και αυτή ως στόχο να εξετάσει τους ηλικιωμένους που κατοικούσαν στις ΗΠΑ και την οδοντιατρική ασφάλιση που τους παρέχεται. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα είχε ως στόχο να εξετάσει γιατί οι ηλικιωμένοι (55 ετών και άνω) που κατοικούσαν στις ΗΠΑ και δεν είχαν οδοντιατρική ασφάλιση ούτε χρησιμοποιούσαν οδοντιατρικές υπηρεσίες, αν τους προσφερόταν οδοντιατρική ασφάλιση θα χρησιμοποιούσαν λιγότερο τις οδοντιατρικές υπηρεσίες σε σύγκριση με αυτούς που ήδη είχαν ασφάλιση.

Για να εκπληρώσουν τον σκοπό αυτό, πραγματοποίησαν δευτερογενή έρευνα αντλώντας πληροφορίες από τη διαδικτυακή πλατφόρμα μελέτης της υγείας και της συνταξιοδότησης (Health and Retirement Study). Η μελέτη για την υγεία και τη συνταξιοδότηση είναι μια εθνική,

αντιπροσωπευτική, γεωγραφικού μήκους έρευνα νοικοκυριού που διοργανώνεται από το Ινστιτούτο Κοινωνικών Ερευνών του Πανεπιστημίου του Μίσιγκαν και χρηματοδοτείται από το Εθνικό Ινστιτούτο για τη Γήρανση. Συλλέγει δεδομένα κάθε 2 χρόνια για άτομα άνω των 50 ετών και τους συζύγους τους.

Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιήθηκε έτσι ώστε οι ερευνητές να αναλύσουν τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων των ΗΠΑ και να τα συσχετίσουν με την ύπαρξη ή μη οδοντιατρικής κάλυψης και τη χρήση οδοντιατρικής φροντίδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει ότι η παροχή κάλυψης για οδοντιατρική περίθαλψη σε ανασφάλιστους ηλικιωμένους που δεν χρησιμοποιούν οδοντιατρικές υπηρεσίες δεν θα οδηγήσει κατ' ανάγκη σε υψηλότερα ποσοστά χρήσης (Manski et al., 2014a).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα άτομα που είχαν οδοντιατρική ασφάλιση αλλά δεν τη χρησιμοποιούσαν ήταν νεότεροι, ζούσαν σε νοικοκυριά με τρία ή περισσότερα μέλη και εργάζονταν σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν οδοντιατρική ασφάλιση. Συγκρίνοντας τα άτομα που είχαν οδοντιατρική κάλυψη αλλά δεν χρησιμοποιούσαν τις οδοντιατρικές υπηρεσίες με τα άτομα που δεν είχαν οδοντιατρική κάλυψη και δεν χρησιμοποιούσαν οδοντιατρικές υπηρεσίες, τα άτομα που είχαν οδοντιατρική κάλυψη ήταν πιο πιθανό να είναι απόφοιτοι κολεγίων, παντρεμένοι, σε άριστη ή πολύ καλή υγεία. Εξετάζοντας τα άτομα που δεν είχαν οδοντιατρική ασφάλιση και συγκρίνοντας αυτά που χρησιμοποιούσαν οδοντιατρικές υπηρεσίες με αυτά που δεν τις χρησιμοποιούσαν ήταν ηλικίας 65 έως 79 ετών, γυναίκες, απόφοιτοι κολεγίου, έγγαμοι, με καλή και πολύ καλή κατάσταση υγείας.

Τέλος, οι άνδρες, οι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, οι άγαμοι, αυτοί που δεν είχαν καλή υγεία και χαμηλό εισόδημα είναι πιθανότερο να μην χρησιμοποιούν οδοντιατρικές υπηρεσίες, ανεξάρτητα αν είχαν οδοντιατρική ασφάλιση ή όχι. Συμπερασματικά η ασφάλιση για οδοντιατρική περίθαλψη σε ηλικιωμένους που είναι ανασφάλιστοι δεν θα οδηγήσει απαραίτητα στην αύξηση της χρήσης οδοντιατρικών υπηρεσιών. Αυτό προέκυψε, καθώς οι ερευνητές είχαν διαπιστώσει ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συσχετίζονται με τη χρήση της οδοντιατρικής φροντίδας ήταν νεότεροι, απόφοιτοι κολεγίων, παντρεμένοι, σε άριστη ή πολύ καλή υγεία. Συνεπώς, οι ανασφάλιστοι ηλικιωμένοι Αμερικανοί ενήλικες που δεν χρησιμοποιούν οδοντιατρική περίθαλψη δεν είναι πιθανό να έχουν υψηλά ποσοστά χρήσης οδοντιατρικών υπηρεσιών ακόμη και αν αποκτήσουν οδοντιατρική κάλυψη (Manski et al., 2014a).

Επιπλέον, σε μια προγενέστερη έρευνα των Manski et al. (2011), μελετήθηκε η οδοντιατρική περίθαλψη μεταξύ των ετών 2004- 2006 στο πλαίσιο της μεταβαλλόμενης οδοντιατρικής κάλυψης. Για να εκπληρώσουν τον σκοπό αυτό οι ερευνητές, χρησιμοποίησαν

δεδομένα από τη μελέτη υγείας και συνταξιοδότησης για άτομα ηλικίας 51 ετών και άνω για να εκτιμήσουν αν η οδοντιατρική περίθαλψη είχε μεταβληθεί λόγω της συνταξιοδότησης και της οδοντιατρικής κάλυψης.

Η έρευνα των Manski et al. (2011), πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι Αμερικάνοι ηλικίας 51 ετών και άνω που έχαναν την οδοντιατρική τους κάλυψη ήταν πιο πιθανό να σταματήσουν να κάνουν χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών, ενώ εκείνοι που απέκτησαν οδοντιατρική κάλυψη ήταν πιο πιθανό να ξεκινήσουν να χρησιμοποιούν την οδοντιατρική περίθαλψη.

Ακόμη η έρευνα των Manski et al. (2011), έδειξε ότι η οδοντιατρική φροντίδα συνδέεται άμεσα με το εργασιακό καθεστώς. Όταν ένας ενήλικας αλλάζει εργασία και έχει μικρότερες οικονομικές απολαβές, μειώνει τις επισκέψεις του στον οδοντίατρο με αποτέλεσμα την παραμέληση της στοματικής του υγείας. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι ενήλικες σε παραγωγική ηλικία που χάνουν την οδοντιατρική κάλυψη ως συνέπεια της αλλαγής του καθεστώτος απασχόλησης ενδέχεται να μπορούν να λάβουν οδοντιατρική κάλυψη από σύζυγο ή μέσω άλλου εργοδότη.

Παρατηρήθηκε ακόμη, ότι σε σύγκριση με τους λευκούς μη ισπανόφωνους, οι Ισπανοί, οι έγχρωμοι και άλλοι μη ισπανόφωνοι ήταν πιθανότερο να εγκαταλείψουν τη χρήση της οδοντιατρικής φροντίδας. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ότι οι άντρες ήταν πιο πιθανό να σταματήσουν να επισκέπτονται τον οδοντίατρο σε αντίθεση με τις γυναίκες. Επίσης, τα άτομα τα οποία απέκτησαν οδοντιατρική κάλυψη ήταν πιο πιθανόν να χρησιμοποιούν την οδοντιατρική φροντίδα, ενώ τα άτομα που την έχαναν ήταν εμφανές ότι έπαυαν να επισκέπτονται οδοντιάτρους (Manski et al., 2011).

Έρευνες σχετικά με την οδοντιατρική φροντίδα πραγματοποιήθηκαν και σε άλλες χώρες παγκοσμίως. Οι Nishide et al. (2017), διενέργησαν μια έρευνα στην πόλη Τσίμπα της Ιαπωνίας. Στην έρευνα αυτή εξετάστηκε κατά πόσο υπάρχουν εισοδηματικές ανισότητες, οι οποίες επηρεάζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Ειδικότερα, οι ερευνητές εξέτασαν αν υπάρχει σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της οδοντιατρικής περίθαλψης ανάμεσα σε άτομα από τη βρεφική ηλικία έως 74 ετών, εγγεγραμμένων στην Εθνική Ασφάλιση Υγείας (National Health Insurance).

Για το λόγο αυτό, οι Nishide et al. (2017), πραγματοποίησαν δευτερογενή έρευνα. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν άτομα τα οποία είχαν εθνική ασφάλιση υγείας και ήταν εγγεγραμμένοι από την 1η Απριλίου 2014 έως τις 31 Μαρτίου 2015. Πιο συγκεκριμένα, υπολογίστηκε η παρουσία ή η απουσία οδοντιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός των ημερών που αφιέρωνε κάθε άτομο για οδοντιατρική περίθαλψη κατά τη διάρκεια του έτους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, προέκυψε ότι όσον αφορά στη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες στην Ιαπωνία. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματά έδειξαν ότι οι άνδρες που εργάζονται ήταν λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιούν υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας σε σύγκριση με τις γυναίκες. Ωστόσο, όταν φτάσουν σε ηλικία συνταξιοδότησης, οι άνδρες αρχίζουν και επισκέπτονται τους οδοντιάτρους συχνότερα. Αυτή η αλλαγή στη συμπεριφορά τους αφορά άνδρες με μέσο ή υψηλό εισόδημα, ενώ στους άνδρες με χαμηλό εισόδημα η αλλαγή αυτή δεν υφίσταται, καθώς η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι πιθανότερο να παραμείνει ίδια ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Επίσης, οι ερευνητές έδειξαν ότι όταν ένα άτομο έχει χαμηλό εισόδημα τότε έχει και μειωμένη πρόσβαση σε οδοντιατρικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από την ηλικία του (συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των εφήβων, οι οποίοι είναι εξαρτημένοι από το εισόδημα του νοικοκυριού, και των ηλικιωμένων). Επιπλέον, κάποιοι λόγοι για τους οποίους τα άτομα δεν επισκέπτονται οδοντιάτρους είναι η έλλειψη διαθέσιμου χρόνου λόγω υπεραπασχόλησης και οι μη επαρκείς γνώσεις γύρω από θέματα υγείας (Nishide et al., 2017).

Όσον αφορά στην υγειονομική ασφάλιση, όλοι οι κάτοικοι της Ιαπωνίας καλύπτονταν από την εθνική ασφάλιση υγείας κατά τη διάρκεια διεξαγωγής αυτής της μελέτης. Το σύστημα ασφάλισης υγείας στην Ιαπωνία ιδρύθηκε το 1961 και παρέχει ιατρική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της οδοντιατρικής περίθαλψης η οποία καλύπτει το 10-30% του κόστους θεραπείας. Επιπλέον, πολλοί δήμοι της Ιαπωνίας παρέχουν στα παιδιά ιατρικές υπηρεσίες.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το 50,3% των εγγεγραμμένων στην εθνική ασφάλιση υγείας, είχαν οδοντιατρική περίθαλψη κατά τη διάρκεια του έτους. Επίσης, ότι ο μέσος αριθμός των ημερών που δαπανάτε ανά άτομο για οδοντιατρικές επισκέψεις ετησίως είναι 7,7. Το εισόδημα είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τα άτομα σχετικά με την οδοντιατρική περίθαλψη που λαμβάνουν. Όταν το εισόδημα είναι μειωμένο, μειώνονται και οι επισκέψεις σε οδοντιάτρους, ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου (Nishide et al., 2017).

Ακόμα μια έρευνα που είχε ως στόχο να εξετάσει την επιρροή της οικονομικής κρίσης και κατά συνέπεια του εισοδήματος στη χρήση οδοντιατρικής φροντίδας ήταν αυτή των Guessous et al. (2014). Η έρευνα διεξήχθη στην Καντόνι, περιοχή της Ελβετίας. Οι Guessous et al. (2014) πραγματοποίησαν την έρευνα προκειμένου να εξετάσουν την εξέλιξη, την επικράτηση και τους καθοριστικούς παράγοντες που συνέβαλλαν στην παύση χρήσης της οδοντιατρικής φροντίδας λόγω οικονομικών προβλημάτων στην Καντόνι κατά τη διάρκεια έξι ετών (2007-2012).

Για να επιτύχουν τον σκοπό αυτό, πραγματοποίησαν πρωτογενή έρευνα χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια σε δείγμα 4313 ατόμων συνολικά (740 άτομα το 2007/2008,

1006 άτομα το 2009, 944 άτομα το 2010, 883 άτομα το 2011 και 740 άτομα το 2012). Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε προκειμένου οι ερευνητές να διερευνήσουν το ποσοστό και τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων, που σταμάτησαν να επισκέπτονται οδοντιατρικές κλινικές λόγω οικονομικών προβλημάτων και το ποσοστό των ατόμων που καλύπτονταν από ασφάλεια υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει ότι από τα 4313 άτομα, τα 457 (10,6%) ανέφεραν ότι είχαν χάσει την οδοντιατρική περίθαλψη τους τελευταίους 12 μήνες. Επιπλέον, από το 2007/2008 η απουσία της οδοντιατρικής φροντίδας παρέμεινε σταθερή, αλλά για τα άτομα που διέθεταν χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα η απουσία οδοντιατρικής φροντίδας αυξήθηκε ποσοστιαία από 16,3% (2007/2008) σε 20,6% (2012).

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Guessous et al. (2014), η διακοπή της οδοντιατρικής περίθαλψης για οικονομικούς λόγους συνδέθηκε άρρηκτα με άτομα που διέθεταν χαμηλό εισόδημα, ήταν νέα σε ηλικία, ήταν γυναίκες, κάπνιζαν, είχαν παιδιά (<15 ετών), δεν διέθεταν ασφάλιση υγείας και ήταν διαζευγμένοι. Επίσης, οι ερωτώμενοι που είχαν παιδιά στο σπίτι μικρότερα από 15 ετών, είχαν χάσει την οδοντιατρική φροντίδα νωρίτερα από τους ερωτώμενους χωρίς παιδιά μικρότερα από 15 ετών. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην έρευνα χωρίς ασφάλιση υγείας ήταν πιθανότερο να χάσουν την οδοντιατρική περίθαλψη που είχαν σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες που διέθεταν ασφάλιση υγείας. Οι γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να εγκαταλείψουν την οδοντιατρική περίθαλψη από τους άνδρες.

Επίσης, με τη μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών, ήταν πιθανότερο τα άτομα να χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, προέκυψε ότι οι χαμηλόμισθοι ήταν 10 φορές πιθανότερο να μην χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας σε σύγκριση με τους υψηλόμισθους. Επιπροσθέτως, ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποχή από οδοντιατρική περίθαλψη είναι η έλλειψη ασφάλισης υγείας. Ωστόσο μια χώρα που παρέχει δωρεάν υγειονομική περίθαλψη στους πολίτες της είναι η Ισλανδία, καθώς το σύστημα υγείας της χρηματοδοτείται πλήρως από το κράτος μέσω της φορολογίας. Οι McClure and Saemundsson (2014), εκπόνησαν έρευνα στην Ισλανδία με σκοπό να μελετήσουν τις αλλαγές της συμπεριφοράς των πολιτών μετά την έναρξη της οικονομικής ύφεσης το 2008. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια δυο διαφορετικά έτη. Η πρώτη φάση της έρευνας ήταν από τον Οκτώβριο έως τον Δεκέμβριο του 2007 και η δεύτερη από τον Νοέμβριο έως τον Δεκέμβριο του 2009.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του 2007, οι γυναίκες αποτελούσαν το 53,4% του δείγματος εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση (76,6%), το

26,1% των γυναικών είχαν λάβει πανεπιστημιακή εκπαίδευση, το 62,5% των γυναικών ανήκαν στο εργατικό δυναμικό και η μέση ηλικία τους ήταν 50,9 ετών.

Επίσης, στην έρευνα του 2009, το 20,2% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι είχαν ακυρώσει ή αναβάλλει απαραίτητες οδοντιατρικές ανάγκες τους τελευταίους 12 μήνες πριν την διεξαγωγή της έρευνας, συγκριτικά με το 15,9% των ερωτηθέντων που ανέφεραν ότι είχαν αναβάλλει απαραίτητες γενικές εξετάσεις υγείας και το 4,6% που ανέφεραν ότι είχαν αναβάλλει ψυχολογική ή ψυχιατρική περίθαλψη. Επιπλέον, στην έρευνα του 2009, το 45,7% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι επισκέπτονταν τον οδοντίατρο μια φορά το χρόνο συγκριτικά με το 2007 όπου το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε σε 43,9%, ενώ το 2009 το 22,8% δήλωσαν ότι επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο τουλάχιστον δύο φορές τον χρόνο σε σύγκριση με το 22,2% το 2007.

Επίσης, οι άνδρες ήταν πιθανότερο να επισκεφτούν τον οδοντίατρο μία φορά το χρόνο κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης συγκριτικά με το διάστημα πριν την οικονομική κρίση. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι άνδρες ήταν πιθανότερο να επισκεφτούν τον οδοντίατρο μια φορά το χρόνο το 2009 σε σύγκριση με το 2007, ενώ οι άνδρες φοιτητές ήταν λιγότερο πιθανόν να επισκεφτούν τον οδοντίατρο μια φορά τον χρόνο κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, συγκριτικά με πριν. Όσον αφορά τις γυναίκες, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι δεν εμφάνισαν σημαντικές αλλαγές στην συμπεριφορά τους σχετικά με την επισκεψιμότητα τους σε οδοντιάτρους. Το μόνο που παρατηρήθηκε ήταν ότι οι άνεργες γυναίκες το 2009 ήταν πιθανότερο να επισκεφτούν τον οδοντίατρο τουλάχιστον μια φορά τον χρόνο συγκριτικά με το 2007.

Επιπροσθέτως, οι ερευνητές παρατήρησαν αύξηση στη συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών. Πιο συγκεκριμένα, το 2007, το 96,8% των ατόμων δήλωσε ότι βούρτσισε τα δόντια του σε καθημερινή βάση, ενώ το 2009 το ποσοστό αυτό είχε ανέλθει σε 97,4%. Επίσης, παρατηρήθηκε αυξημένη πιθανότητα βουρτσίσματος των δοντιών από το 2007 στο 2009 σε καθημερινή βάση κυρίως από τους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, αυξημένα ποσοστά εμφάνισαν κυρίως οι εργαζόμενοι άνδρες που είχαν λάβει βασική εκπαίδευση. Όσον αφορά στην Ελλάδα, στην έρευνα των Mamai-Homata et al. (2016), οι γυναίκες διαπιστώθηκε ότι βούρτσιζαν περισσότερο τα δόντια τους συγκριτικά με τους άντρες.

Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και όσον αφορά τη χρήση οδοντικού νήματος. Πιο συγκεκριμένα, οδοντικό νήμα σε καθημερινή βάση χρησιμοποιούσαν το 2007 το 40,2%, των ατόμων, ενώ το 2009 το ποσοστό αυτό είχε ανέλθει σε 43,1%. Παρατηρήθηκε επίσης, ότι οι άνδρες συγκριτικά με το 2007, το 2009 είχαν αυξημένα ποσοστά χρήσης οδοντικού νήματος (McClure and Saemundsson, 2014).

Συνεπώς, τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δεν έδειξαν σημαντικές αλλαγές στην συμπεριφορά των πολιτών απέναντι στη χρήση οδοντιατρικής φροντίδας. Έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι άντρες, καθώς και οι άνεργες γυναίκες παρουσίαζαν μια αυξημένη επισκεψιμότητα σε οδοντίατρο τουλάχιστον μια φορά ετησίως. Επίσης, έδειξαν ότι οι άντρες πρόσεχαν ιδιαίτερα την στοματική τους υγιεινή κατά την οικονομική κρίση βουρτσίζοντας πιο τακτικά τα δόντια τους και κάνοντας χρήση οδοντικού νήματος (McClure and Saemundsson, 2014).

Όπως προαναφέρθηκε, το 2008 η Ισλανδία επλήγη από την οικονομική κρίση, η οποία επέφερε σοβαρές επιπτώσεις στην οικονομία της χώρας και στους κατοίκους της. Σύμφωνα με την έρευνα των Sveinsdottir and Wang (2014), εξετάστηκαν οι απόψεις των οδοντιάτρων της Ισλανδίας σχετικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στη ζήτηση για οδοντιατρικές υπηρεσίες. Η έρευνα αφορούσε παιδιά ηλικίας 0 έως 18 ετών. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν ερωτηματολόγιο, το οποίο απευθυνόταν σε οδοντιάτρους. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε ηλεκτρονικά σε όλους τους οδοντιάτρους της Ισλανδίας τον Ιανουάριο του 2013.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 85% των οδοντιάτρων δήλωσε ότι το αυξημένο ποσοστό των παιδιών με τερηδόνα οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μειωμένη αποζημίωση που παρέχει το κράτος για οδοντιατρικές υπηρεσίες, ενώ οι υπόλοιποι οδοντίατροι αναφέρουν πως προκαλείται εξαιτίας των αλλαγών στη διατροφή των παιδιών (10%) και στην ανευθυνότητα των γονέων (3%). Επίσης, το 93% των οδοντιάτρων ανέφεραν ότι η μειωμένη αποζημίωση που διατίθεται για οδοντιατρικές υπηρεσίες τα τελευταία χρόνια έχει επηρεάσει τη στοματική υγεία των περισσότερων παιδιών. Αναφέρουν ακόμα, ότι το ποσοστό των παιδιών που είχε τερηδόνα ήταν 23%. Το 74% των ερωτηθέντων ανέφεραν αυξημένη τερηδόνα σε παιδιά και εφήβους. Επιπλέον, από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το 63% των γονέων αποφεύγει να πάει τα παιδιά του για προληπτικό οδοντιατρικό έλεγχο, το 70% δυσκολεύεται να πάει τα παιδιά του στον οδοντίατρο ώστε να αποκατασταθεί το οδοντικό πρόβλημα που έχει και το 64% των γονέων επιλέγει μια φθηνότερη θεραπεία. Επιπλέον, από τους 190 οδοντιάτρους που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο οι 107 θεωρούσαν ότι το κόστος των προληπτικών υπηρεσιών που παρέχουν τα τελευταία 5-10 χρόνια έχει μείνει αμετάβλητο, οι 40 θεωρούν ότι έχει αυξηθεί και οι 14 ότι έχει μειωθεί. Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα αποτελέσματα αυτά μπορούν εν μέρει να εξηγηθούν από την οικονομική κρίση, η οποία έχει αντίκτυπο στην οικονομία και στην υγεία (Sveinsdottir and Wang, 2014).

Όπως προέκυψε και από την ανάλυση των Nishide et al. (2017), λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική κρίση εξήγαγαν ως συμπέρασμα ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, συνδέεται με υψηλότερη εμφάνιση της οδοντικής τερηδόνας.

Επιπλέον, μια ακόμα έρευνα που διεξήχθη στην Κύπρο και στόχευε να διερευνήσει τις απόψεις των οδοντιάτρων του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας είναι αυτή των Charalambous et al. (2015). Κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης οι ασθενείς προτιμούσαν να επισκέπτονται το δημόσιο σύστημα υγείας έναντι του ιδιωτικού παρά τα μειονεκτήματα που έχει, όπως η μεγάλη αναμονή για εξυπηρέτηση, καθώς και η χαμηλότερη ποιότητα υπηρεσιών λόγω μειωμένου εισοδήματος.

Οι πολίτες της Κύπρου φαίνεται να παραμελούν τη φροντίδα του στόματος και να επισκέπτονται οδοντίατρο μόνο σε επείγοντα περιστατικά (Charalambous et al., 2015). Πιο συγκεκριμένα, για τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής οι Charalambous et al. (2015), έκαναν χρήση ερωτηματολογίου το οποίο το σχεδίασαν έπειτα από βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το ερωτηματολόγιο το έστειλαν ηλεκτρονικά σε 300 οδοντιάτρους που εργάζονταν είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα. Το ποσοστό που ανταποκρίθηκε ήταν 51% (153/300), από τους οποίους 129 οδοντίατροι ανήκαν στον ιδιωτικό και 24 στον δημόσιο τομέα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 47,7% των οδοντιάτρων που ανήκαν στον ιδιωτικό τομέα δήλωσαν ότι ο ημερήσιος αριθμός των ασθενών τους το 2013 μειώθηκε σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη, ενώ το 40,6% δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερός. Όσον αφορά τους οδοντιάτρους του δημοσίου τομέα, το 75% των οδοντιάτρων δήλωσε ότι ο αριθμός των ασθενών τους αυξήθηκε, το 16,7% ότι παρέμεινε σταθερός, ενώ το 8,3% ότι μειώθηκε.

Επίσης, παρατηρήθηκε μείωση στις οδοντιατρικές υπηρεσίες υψηλού κόστους, όπως προσθήκη εμφυτευμάτων και το 81,3% των οδοντιάτρων του ιδιωτικού τομέα ανέφεραν μείωση στο εισόδημα τους. Πιο συγκεκριμένα, το 47,7% δήλωσαν ότι μειώθηκε μέχρι και 25%, το 27,3% ότι ελαττώθηκε κατά 25-50% και το 6,3% ότι μειώθηκε παραπάνω από 50%.

Επιπλέον, και οι δύο ομάδες οδοντιάτρων (δημοσίου και ιδιωτικού τομέα), ανέφεραν ότι οι ασθενείς τους κατά το 2013 τους επισκέπτονταν κυρίως για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Ακόμη, το 51% των ιδιωτών οδοντιάτρων και το 25,1% των οδοντιάτρων του δημοσίου τομέα αξιολόγησε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ήταν καλύτερη το 2013 σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη. Αναλυτικότερα, το 20,9% των οδοντιάτρων του ιδιωτικού τομέα βαθμολόγησε την ποιότητα υπηρεσιών που παρέχει ως καλή και το 78,3% ως πολύ καλή, ενώ το 51,2% δήλωσαν ότι η ποιότητα των εργασιών που προσφέρουν είναι καλύτερη συγκριτικά με το παρελθόν και το 48,8% ανέφεραν ότι παρέμεινε ίδια. Από την άλλη πλευρά, από τους οδοντιάτρους που εργάζονταν στον δημόσιο τομέα το 87,5% αξιολόγησαν την ποιότητα των εργασιών τους ως καλή/πολύ καλή και το 12,5% ως μέτρια. Επιπλέον το 65,2% ανέφεραν ότι η ποιότητα εργασιών που προσφέρουν έχει παραμένει η ίδια, το 25,1% δήλωσαν

ότι είναι καλύτερη συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια, ενώ το 8,3% ανέφεραν ότι είναι χειρότερη (Charalambous et al., 2015).

Όσον αφορά τους οδοντιάτρους του ιδιωτικού τομέα, το 58,2% ανέφεραν ότι αυξήθηκαν οι ασθενείς που δεν μπορούν να καταβάλλουν ένα τμήμα ή ολόκληρο το ποσό της θεραπείας που πραγματοποιούν. Επίσης, ανέφεραν ότι αυξήθηκε ο αριθμός των ασθενών που ζητούσαν έκπτωση (96,4%), ευκολία πληρωμής (96,9%) ή αναβολή των οδοντιατρικών εργασιών που έχουν ανάγκη λόγω οικονομικών προβλημάτων (90,7%).

Επιπροσθέτως, οι Charalambous et al. (2015), εξέτασαν το άγχος που αισθάνονται οι οδοντίατροι λόγω των συνεπειών της οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 44,9% των οδοντιάτρων του ιδιωτικού τομέα ανέφερε ότι αισθάνεται αρκετό ή πολύ άγχος για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η οικονομική κρίση στο εισόδημα του, ενώ το ποσοστό των οδοντιάτρων του δημοσίου που αισθάνονται άγχος λόγω της οικονομικής κρίσης και κατά συνέπεια της απώλειας εργασίας είναι μικρότερο και αγγίζει το 37,5%. Η μελέτη των Charalambous et al. (2015), ήταν η πρώτη που διεξήχθη στην Κύπρο σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας.

Έρευνες για την οδοντιατρική φροντίδα σε περιόδους οικονομικής κρίσης έγιναν και στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την Μπογοσιάν (2017), η κάλυψη οδοντιατρικών αναγκών αποτελεί για τους περισσότερους μια ιδιωτική δαπάνη κάτι το οποίο οδηγεί σε μειωμένες οδοντιατρικές επισκέψεις. Επίσης, έχει καταγραφεί αύξηση της προσέλευσης των παιδιών σε νοσοκομεία λόγω επειγόντων περιστατικών. Το ποσοστό της αύξησης αυτής ανέρχεται σε 34,7% την πενταετία 2010- 2014 σε σύγκριση με την πενταετία 2005-2009.

Την ίδια χρονιά όμως, οι Diamantopoulos and Niakas (2017), έκαναν μια έρευνα σχετικά με τις επιδράσεις που είχε η οικονομική κρίση στη ζήτηση και την προσφορά της οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Η έρευνα αυτή απευθυνόταν σε οδοντιάτρους με τη συλλογή πληροφοριών μέσω ερωτηματολογίου. Η έρευνα αφορούσε 361 οδοντιάτρους από τους οποίους άντλησαν και τις πληροφορίες τους. Σύμφωνα, λοιπόν, με την έρευνα αυτή, η οδοντιατρική φροντίδα είχε μειωθεί έπειτα από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, ενώ το κόστος των υλικών των οποίων έκαναν χρήση οι οδοντίατροι είχε αυξηθεί, λόγω της αυξημένης φορολογίας.

Πιο συγκεκριμένα, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (μεταξύ 2009 και 2013) το κόστος για την οδοντιατρική περίθαλψη μειώθηκε κατά 57%, από 1,97 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 847 εκατομμύρια ευρώ το 2013, ενώ σύμφωνα με τις Έρευνες Προϋπολογισμού Νοικοκυριών κατά 59,38%. Συνεπώς, η οικονομική κρίση και στην Ελλάδα είχε αρνητικές συνέπειες όσον αφορά τον τομέα της υγείας (Diamantopoulos and Niakas, 2017) και λιγότερα

άτομα αναζητούσαν οδοντιατρική φροντίδα σκεπτόμενοι ότι μια επίσκεψη στον οδοντίατρο μπορεί να αναβληθεί πιο εύκολα από κάποια άλλη ανάγκη (Charalambous et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.1. ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το ποσό που δαπανά το κράτος για την υγεία και ο βαθμός με τον οποίο αυτό μπορεί να αυξηθεί επηρεάζεται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως είναι η χρηματοδότηση και η οργάνωση του συστήματος υγείας. Οι ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης όπως το Λουξεμβούργο, η Νορβηγία και η Ελβετία ήταν οι χώρες που δαπάνησαν τα περισσότερα χρήματα το 2017 για την υγεία σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης. Πιο συγκεκριμένα, οι δαπάνες τους ανέρχονταν στα 4.713€ ανά άτομο. Επίσης αυξημένες ήταν και οι δαπάνες για υγεία άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως η Γερμανία με κατά κεφαλήν δαπάνη 4.160€, η Σουηδία με 4.019€ και η Αυστρία με 3.945€. Λιγότερο οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπως η Ρουμανία (983€), η Βουλγαρία (1.234€) και η Ελλάδα (1.678€) είχαν χαμηλότερες δαπάνες για υγεία.

Η Κύπρος και η Ισπανία εμφάνισαν πτώση στις δαπάνες για υγεία κατά την περίοδο 2009 έως 2013, σε αντίθεση με τη Μάλτα, τη Ρουμανία και την Βουλγαρία στις οποίες οι δαπάνες για υγεία αυξάνονταν. Όσον αφορά την Ελλάδα, κατά την περίοδο 2009 έως 2013 υπήρξε μηνιαία πτώση των δαπανών για υγεία κατά 8,7%.

Ωστόσο, ενώ σχεδόν όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 2009 έως το 2017 έχουν αύξηση των δαπανών για την υγεία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία συνεχίζουν να έχουν χαμηλές δαπάνες. Εκτός από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ισλανδία και η Τουρκία εμφανίζουν μειώσεις στις δαπάνες για την υγεία μεταξύ του 2009 και του 2013, ενώ η Ελβετία επηρεάστηκε ελάχιστα, έχοντας σταθερή ετήσια αύξηση κατά 2-2,5%.

Στην Εσθονία και την Ελλάδα, τουλάχιστον το 10% των ατόμων ανέφεραν ότι έχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη, με έναν στους πέντε Έλληνες να αναφέρει ότι δεν είχε την απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη που χρειαζόταν λόγω οικονομικών δυσχερειών. Επίσης, στις περισσότερες χώρες, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων αναφέρει ότι έχει περισσότερες ανεκπλήρωτες οδοντιατρικές ανάγκες συγκριτικά με τις ανάγκες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Αυτό συμβαίνει, καθώς η οδοντιατρική περίθαλψη σε πολλές χώρες δεν καλύπτεται από τη δημόσια ασφάλιση, με αποτέλεσμα τα άτομα να πληρώνουν τα ίδια το κόστος ή να ανατρέχουν στην αγορά κάποιας ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία περιλαμβάνει την κάλυψη οδοντιατρικών εργασιών. Το 13% των κατοίκων της Πορτογαλίας, της Ελλάδας και της Λετονίας αναφέρουν ότι δεν είχαν καλυφθεί οι οδοντιατρικές ανάγκες που

χρειάζονταν το 2016, λόγω οικονομικών δυσκολιών. Όσον αφορά στις ανεκπλήρωτες ανάγκες, περίθαλψης μεταξύ των οικονομικά ασθενέστερων και των ευπορότερων που δεν καλύπτονται από οδοντιατρική ασφάλιση προκύπτει ότι οι οικονομικά ασθενέστεροι είχαν πενταπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν ότι έχουν ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες περίθαλψης και εξαπλάσιες πιθανότητες ανεκπλήρωτων αναγκών οδοντιατρικής περίθαλψης συγκριτικά με τους οικονομικά ευπορότερους (OECD/EU, 2018).

3.2. ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Ελλάδα η ασφάλιση για ιατροφαρμακευτική περίθαλψή προσφέρεται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι το νέο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, το οποίο συστάθηκε, με αποκλειστικό σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού είναι η 1η Ιανουαρίου 2012 (Μπάκος, 2013). Όσον αφορά την ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, σύμφωνα με το νέο ΕΚΠΥ (Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας) και με σκοπό τη λήψη μέτρων για την πρόληψη εκδήλωσης νοσηρών καταστάσεων, παρέχονται δωρεάν εξετάσεις προληπτικής ιατρικής χωρίς την συμμετοχή του ασφαλισμένου του ΕΟΠΥΥ όπως εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων και εξετάσεις για πρώιμη διάγνωση καρκινοπαθειών. Επίσης, ο ΕΟΠΥΥ παρέχει χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση του ασφαλισμένου επισκέψεις για εξέταση σε γιατρούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με το ΕΟΠΥΥ. Ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει τους ιατρούς που είναι συμβεβλημένοι και παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς. Στην περίπτωση αυτή, οι ιατροί δεν δικαιούνται να ζητήσουν οικονομική αμοιβή από τους ασθενείς, εκτός από την περίπτωση που η συμμετοχή του ασθενούς είναι νομοθετικά επιτρεπτή. Οι ιατροί οι οποίοι είναι πιστοποιημένοι στο σύστημα του ΕΟΠΥΥ, αλλά δεν είναι συμβεβλημένοι, μπορούν να συνταγογραφούν φάρμακα και παραπεμπτικά εξετάσεων στους ασθενείς, αλλά χωρίς να λαμβάνουν αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ, με ιδιωτική χρέωση του ασφαλισμένου. Επίσης, οι ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ μπορούν να κάνουν παρακλινικές εξετάσεις, οι οποίες συνταγογραφούνται από ιατρούς πιστοποιημένους από το ΕΟΠΥΥ και το κόστος με το οποίο επιβαρύνονται είναι το 15% της αξίας των εξετάσεων που λαμβάνουν, το υπόλοιπο ποσό κατατίθεται στους ιατρούς από τον οργανισμό. Ωστόσο, το ποσοστό αυτό κυμαίνεται ανάλογα, δηλαδή αν κάποιος έχει πάνω από 67% αναπηρία ή πιστοποιημένη αναπηρία από ΚΕΠΑ (Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας) άνω των 80% το ποσό αυτό είναι μηδενικό. Επιπλέον, ο Οργανισμός παρέχει νοσοκομειακή περίθαλψη σε όλους τους δικαιούχους του. Όσον αφορά την οδοντιατρική περίθαλψη, παρέχεται

από τους οδοντιάτρους στα δημόσια νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας, στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, στα στρατιωτικά νοσοκομεία και τις λοιπές μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και στα οδοντιατρεία τα οποία είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ. Ο Οργανισμός παρέχει στους ασφαλισμένους δωρεάν προληπτικές εξετάσεις, διάγνωση και θεραπεία νόσων του στόματος, καθώς και αποκατάσταση της στοματικής τους υγιεινής. Οι υπηρεσίες που διαθέτει ο οργανισμός, χωρίς κανένα κόστος από τους δικαιούχους είναι προληπτικές και θεραπευτικές οδοντιατρικές πράξεις σε παιδιά μέχρι 14 ετών, προσθετικές οδοντιατρικές πράξεις σε άτομα ολικά ή μερικώς νωδά, προληπτικές και θεραπευτικές οδοντιατρικές πράξεις σε εφήβους μέχρι 18 ετών και ενήλικες (Απόφαση Κοινή Υπουργική, 2018).

3.3. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) και την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών το 2009 προκύπτει ότι το 75,4% των ατόμων χαρακτηρίζει την κατάσταση υγείας του καλή και πολύ καλή, ενώ κακή και πολύ κακή την χαρακτηρίζει το 9,7%, ενώ το υπόλοιπο 14,9% χαρακτηρίζει την υγεία του μέτρια. Ωστόσο, συγκριτικά με μεταγενέστερα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας, τα αποτελέσματα διαφέρουν. Πιο συγκεκριμένα, το 2017 το ποσοστό των ατόμων που χαρακτήριζε την κατάσταση υγείας του καλή και πολύ καλή εμφάνισε μια ελαφριά πτώση ποσοστιαία όπου από 75,4% που ήταν το 2009 μειώθηκε σε 74,2% το 2017, το ποσοστό που κατέγραψε την υγεία του ως μέτρια αυξήθηκε σε 15,5%, ενώ τα άτομα που χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας τους κακή και πολύ κακή αυξήθηκαν σε ποσοστό 10,3%. Συνεπώς, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι κάποιοι παράγοντες συνέβαλλαν στην επιβάρυνση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού από το 2009 μέχρι το 2017 (ΕΛΣΤΑΤ, 2018).

Επίσης σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας του 2014, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων αναφέρουν πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας, ενώ λιγότεροι είναι αυτοί που αναφέρουν ότι η κατάσταση υγείας τους κυμαίνεται από μέτρια έως πολύ κακή (ΕΛΣΤΑΤ, 2014α).

Επιπλέον, εκτός από τη μελέτη της κατάστασης της υγείας των ενηλίκων, το 2017 η ΕΛΣΤΑΤ μελέτησε και η κατάσταση υγείας των παιδιών έως 15 ετών. Το 15,4% είχε παιδιά έως 15 ετών. Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις που δόθηκαν, το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών

(94%) είχαν πολύ καλή κατάσταση υγείας, ενώ το υπόλοιπο 6% αναφέρουν ότι είχαν καλή, μέτρια, κακή και πολύ κακή κατάσταση υγείας (ΕΛΣΤΑΤ, 2018).

Η γενική κατάσταση υγείας των ατόμων συνδέεται με πολλούς παράγοντες όπως το επάγγελμα, η ηλικία και το φύλο. Όσον αφορά το επάγγελμα, η Ελληνική Στατιστική Αρχή διεξήγαγε έρευνες το 2009 και το 2014 με σκοπό να εξετάσει την κατάσταση υγείας του πληθυσμού ανάλογα με την επαγγελματική του κατάσταση. Στην έρευνα του 2009 εξετάστηκε η κατάσταση υγείας την οποία διαχώρισαν κατά την τρέχουσα ασχολία των ατόμων, ενώ στην έρευνα του 2014 εξήγαγαν αποτελέσματα όσον αφορά την κατάσταση υγείας ατόμων 15 ετών και άνω για κάθε επάγγελμα.

3.3.1. Η κατάσταση υγείας των Ελλήνων ανά επαγγελματική κατηγορία

Στην έρευνα του 2009, από τα στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που χαρακτήριζαν την κατάσταση υγείας τους ως πολύ καλή ήταν κυρίως οι εργαζόμενοι με ποσοστό 60,8%, ενώ εκείνοι που αναφέρουν σε μικρότερο ποσοστό ότι είχαν πολύ καλή κατάσταση υγείας ήταν οι συνταξιούχοι σε ποσοστό 6,7%. Καλή κατάσταση υγείας ανέφεραν ότι είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό οι εργαζόμενοι με το ποσοστό αυτό να αγγίζει το 48,1% και αρκετά μεγάλο ήταν και το ποσοστό των συνταξιούχων (23,8%), ενώ μικρότερο ποσοστό παρατηρήθηκε στους μαθητές/φοιτητές (4,5%). Επίσης, οι περισσότεροι που χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας του ως μέτρια ήταν κυρίως οι συνταξιούχοι (45,8%) και οι εργαζόμενοι (25,2%), ενώ χαμηλότερο ποσοστό κατέγραψαν οι μαθητές/ φοιτητές (0,6%). Κακή κατάσταση υγείας σε μεγαλύτερο ποσοστό είχαν οι συνταξιούχοι (60,7%) και οι απασχολούμενοι με τα οικιακά (21,3%), ενώ χαμηλότερο ποσοστό είχαν οι μαθητές/ φοιτητές (1,1%). Πολύ κακή κατάσταση υγείας ανέφεραν κυρίως οι συνταξιούχοι (58,3%), ενώ το μικρότερο ποσοστό είχαν οι μαθητές/ φοιτητές (2,5%).

Επιπλέον, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι, οι άνεργοι και οι μαθητές/φοιτητές είχαν πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας, ενώ οι συνταξιούχοι και οι απασχολούμενοι με τα οικιακά χαρακτήριζαν την κατάσταση της υγείας τους κυρίως ως μέτρια ή κακή. Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων ανέφεραν ότι είχαν πολύ καλή κατάσταση υγείας, των ανέργων καλή, των συνταξιούχων κακή, των μαθητών/ φοιτητών πολύ καλή και των απασχολούμενων με τα οικιακά μέτρια (ΕΛΣΤΑΤ, 2009α).

Στην έρευνα του 2014 όπου η ταξινόμηση της κατάστασης υγείας έγινε ανά επάγγελμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (52,7%) χαρακτήρισε την κατάσταση υγείας του ως πολύ καλή, ενώ το μικρότερο ποσοστό ανέφερε ότι έχει πολύ κακή κατάσταση υγείας (0,3%).

Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανέργων χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας τους ως πολύ καλή (44,8%), ενώ λιγότεροι ανέφεραν ότι έχουν πολύ κακή κατάσταση υγείας (0,5%). Οι μαθητές/φοιτητές ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι έχουν πολύ καλή κατάσταση υγείας και σημείωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό από όλες τις επαγγελματικές ομάδες, το οποίο ανέρχεται σε 80,5%, ενώ κανένας από τους μαθητές/ φοιτητές δεν ανέφερε ότι έχει κακή ή πολύ κακή κατάσταση υγείας. Όσον αφορά τους συνταξιούχους οι περισσότεροι ανέφεραν ότι έχουν καλή ή μέτρια κατάσταση υγείας με τα ποσοστά αντίστοιχα να ανέρχονται σε 37,1% και 36,2%, ενώ λιγότεροι ήταν αυτοί που χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας τους πολύ κακή (3,5%). Τα άτομα που η ενασχόληση τους ήταν τα οικιακά, ανέφεραν κυρίως ότι έχουν καλή κατάσταση υγείας (40,9%), ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας τους πολύ κακή (1,4%).

Συνεπώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας ανέφεραν ότι έχουν κυρίως οι εργαζόμενοι, οι άνεργοι και τα άτομα με ενασχόληση στα οικιακά, ενώ οι συνταξιούχοι χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας τους καλή προς μέτρια (ΕΛΣΤΑΤ, 2014α).

3.3.2. Η κατάσταση υγείας των Ελλήνων ανά φύλο

Όσον αφορά την κατάσταση υγείας των ατόμων, η στατιστική υπηρεσία δημοσίευσε το 2009 και το 2014 στατιστικά στοιχεία που αναφέρουν την σχέση που υπάρχει μεταξύ του φύλου και της κατάστασης υγείας τους.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας του 2009, η γενική κατάσταση υγείας διαχωρίζεται κατά φύλο. Από τα αποτελέσματα προέκυψε, ότι οι άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας. Πολύ καλή κατάσταση υγείας είχε το 55,8% των ανδρών και το 44,2% των γυναικών. Καλή, μέτρια, κακή και πολύ κακή κατάσταση υγείας είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (ΕΛΣΤΑΤ, 2009α).

Η έρευνα της στατιστικής υπηρεσίας που διεξήχθη το 2014, αφορούσε την κατάσταση υγείας του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για κάθε φύλο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι άνδρες εξακολουθούν να έχουν πολύ καλύτερη κατάσταση υγείας συγκριτικά με τις γυναίκες. Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (43,5%), είχαν πολύ καλή κατάσταση υγείας, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είχαν μέτρια κατάσταση υγείας (64%) (ΕΛΣΤΑΤ, 2014α). Συνεπώς οι άνδρες θεωρούν ότι έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση.

3.3.3 Η κατάσταση υγείας των Ελλήνων ανά ηλικιακή ομάδα

Επιπλέον, ένας ακόμα παράγοντας που συμβάλλει στην κατάσταση υγείας των ατόμων είναι η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν. Η ΕΛΣΤΑΤ, εξήγαγε το 2009 και το 2014 αποτελέσματα σχετικά με την ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού κάθε ομάδας ηλικιών σύμφωνα με την κατάσταση υγείας τους. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα που διεξήχθη το 2009 είχε ως στόχο να εξετάσει την γενική κατάσταση υγείας κατά ηλικιακή ομάδα, ενώ η έρευνα του 2014 εξέτασε την ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού κάθε ομάδας ηλικιών κατά κατάσταση υγείας.

Στην έρευνα του 2009, από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που χαρακτήριζε την κατάσταση υγείας του ως πολύ καλή ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών με ποσοστό 27,9% ενώ χαμηλότερο ήταν το ποσοστό των ατόμων που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, με ποσοστό 5,2%. Επίσης, οι περισσότεροι που χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας τους ως καλή ήταν εκείνοι που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών με ποσοστό 20,8%, ενώ το μικρότερο ποσοστό κατείχαν τα άτομα που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών (8%). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που είχε μέτρια κατάσταση υγείας ήταν τα άτομα που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 65 ετών και άνω (48,5%), ενώ χαμηλότερο ποσοστό είχαν τα άτομα ηλικίας 15-24 ετών (1,4%). Κακή κατάσταση υγείας είχαν ως επί το πλείστον τα άτομα που ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών με ποσοστό 65,2%, ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών με ποσοστό 2,1%. Επιπλέον πολύ κακή κατάσταση υγείας είχαν κυρίως τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών με ποσοστό 63,6%, ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που ήταν ηλικίας από 15 έως 24 ετών με ποσοστό 2,5% (ΕΛΣΤΑΤ, 2009α).

Στην έρευνα του 2014, η οποία εξέτασε την κατανομή των ηλικιών κατά κατάσταση υγείας, όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ανέφεραν ότι έχουν πολύ καλή κατάσταση υγείας (77,2%), ενώ κανένας δεν ανέφερε ότι είχε κακή κατάσταση υγείας. Στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών, οι περισσότεροι ανέφεραν και πάλι ότι είχαν πολύ καλή κατάσταση υγείας (67,9%), ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας τους πολύ κακή (0,4%). Επίσης, παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και για την ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών, όπου οι περισσότεροι χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας τους κυρίως ως πολύ καλή (53,6%), ενώ λιγότεροι ανέφεραν ότι έχουν πολύ κακή κατάσταση υγείας (0,6%). Παρατηρείται ωστόσο, ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνονται τα άτομα που αναφέρουν ότι έχουν πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας. Αναλυτικά, τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών σε μεγαλύτερο ποσοστό ανέφεραν ότι έχουν καλή κατάσταση υγείας (46,8%), ενώ μικρότερο είναι το ποσοστό εκείνων που ανέφεραν ότι έχουν

κακή κατάσταση υγείας (3%). Παρατηρείται ότι μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 35-44 και 45-54 ετών, αυξάνονται τα ποσοστά των ατόμων που ανέφεραν ότι έχουν κακή κατάσταση υγείας. Για την ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών, παρατηρείται ότι αυξάνονται τα άτομα που αναφέρουν ότι έχουν καλή (49,3%), μέτρια (23,3%), κακή (5%) και πολύ κακή υγείας (2%), συγκριτικά με τις προηγούμενες ηλικιακές ομάδες. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους από 65 ετών και άνω το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι έχει καλή κατάσταση υγείας (66%), ενώ αυξημένα είναι συγκριτικά με τις προηγούμενες ηλικιακές ομάδες τα ποσοστά των ατόμων που χαρακτηρίζουν την κατάσταση υγείας τους ως κακή (29,7%) και πολύ κακή (9,9%). Όπως προκύπτει από τα παραπάνω όσο αυξάνετε η ηλικία ενός ατόμου, τόσο μειώνεται η ποιότητα της υγείας του (ΕΛΣΤΑΤ, 2014α).

Σύμφωνα με τη στατιστική υπηρεσία το 2014 έγινε έρευνα σε άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών και παρατηρήθηκε ότι υπήρχαν άτομα τα οποία δεν μπόρεσαν να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες τους για χρήση υπηρεσιών υγείας λόγω οικονομικής αδυναμίας. Πιο συγκεκριμένα, το 15,2% των ατόμων ανέφεραν ότι δεν κατάφεραν να χρησιμοποιήσουν οδοντιατρικές υπηρεσίες λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας, ενώ το ποσοστό των ατόμων που δεν κατάφεραν να εκπληρώσουν κάποια ιατρική φροντίδα ή θεραπεία (συμπεριλαμβανομένων των εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων) ήταν 13,6%. Το ποσοστό των ατόμων που δεν κατάφερε να αγοράσει φάρμακα τα οποία είχαν συστηθεί από γιατρό ήταν 11,3%, ενώ τα άτομα που δεν κατάφεραν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας (από ψυχολόγο ή ψυχίατρο) ήταν 4,2% (ΕΛΣΤΑΤ, 2014γ).

3.4. ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Παρά το μεγάλο ποσοστό των οδοντιάτρων που υπάρχουν στην Ελλάδα (123 ανά 100.000 κατοίκους) (Eurostat, 2018), η οδοντιατρική φροντίδα παρουσιάζει σύμφωνα με τα παραπάνω το μεγαλύτερο ποσοστό αδυναμίας χρήσης σε σύγκριση με άλλες υπηρεσίες υγείας λόγω οικονομικών δυσχερειών, γεγονός που σημαίνει ότι η χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών επηρεάζεται εντονότερα από την οικονομική κρίση.

Σύμφωνα με τους ειδικούς η καλή στοματική υγεία συμβάλλει στην μείωση εμφάνισης διαφόρων παθήσεων. Όμως σύμφωνα με την ελληνική στατιστική υπηρεσία το 2018, το 29,9% των ατόμων, δηλαδή 3 στους 10 χρειάστηκαν οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία και το 37,2% αυτών δεν την έλαβαν. Συνεπώς, είναι σημαντικό να αναφερθούν κάποια στοιχεία σχετικά με

τους λόγους για τους οποίους τα άτομα δεν μπορούν να ικανοποιήσουν την οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία που έχουν ανάγκη (ΕΛΣΤΑΤ, 2018).

Οι οικονομικές δυσκολίες επηρεάζουν περισσότερο τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με τις άλλες υπηρεσίες υγείας. Η πλειοψηφία των ασθενών που δεν συμβουλευτήκαν γιατρό που προσέφερε ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες το 2009 ανέφερε ως κύριο λόγο την αναμονή μήπως το πρόβλημα υποχωρήσει/ βελτιωθεί από μόνο του (24,6%) και την έλλειψη ελεύθερου χρόνου λόγω εργασίας ή φροντίδας παιδιών ή κάποιου άλλου (22%), ενώ αρκετά μεγάλο ήταν και το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν ότι δυσκολεύτηκαν οικονομικά (19,1%) (ΕΛΣΤΑΤ, 2009γ). Όσον αφορά την οδοντιατρική φροντίδα, σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής το 2017 το ποσοστό των ατόμων που ανέφερε ότι ο λόγος που δεν έλαβαν την απαραίτητη οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία που χρειαζόνταν ήταν οικονομικός έφτασε το 87,5% και το ποσοστό εκείνων που ανέφεραν ως κύριο λόγο την αναμονή μήπως υποχωρήσει το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν ήταν 5,2%. Άλλοι λόγοι ήταν η λίστα αναμονής με ποσοστό 1,3%, η έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας (1,5%), η μεγάλη απόσταση που απείχαν από τον γιατρό (1,4%), ο φόβος για επίσκεψη σε γιατρό, νοσοκομείο, εξετάσεις ή θεραπεία (2,1%) και το ότι δεν γνώριζαν κάποιο καλό γιατρό (0,8%) (ΕΛΣΤΑΤ, 2018).

Επίσης, τα 4 από τα 10 νοικοκυριά (40,5%) με παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών, ανέφεραν ότι τα παιδιά τους χρειάστηκαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ιατρική εξέταση ή θεραπεία και το 2,4% των γονέων ή κηδεμόνων δεν κατάφεραν να καλύψουν αυτή την ανάγκη των παιδιών τους. Ο κύριος λόγος που δεν κατάφεραν να καλύψουν αυτή την ανάγκη τους ήταν οικονομικός σε ποσοστό 76,3%.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις οδοντιατρικές υπηρεσίες όπως οδοντιατρική/στοματολογική/ορθοδοντική εξέταση το 25,6% των γονέων ή κηδεμόνων ανέφερε ότι το παιδί του χρειάστηκε εξέταση, ενώ το 5,2% δεν κατάφερε να πάει το παιδί του στον οδοντίατρο ή ορθοδοντικό λόγω μειωμένης οικονομικής δυνατότητας με το συντριπτικό ποσοστό να αγγίζει το 95,6% (ΕΛΣΤΑΤ, 2018).

Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται το ποσό που δαπάνησαν οι καταναλωτές για οδοντιατρικές υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, απεικονίζεται ανά έτος ο μέσος όρος των χρημάτων που διαθέτουν μηνιαίως οι καταναλωτές για οδοντιατρικές υπηρεσίες.

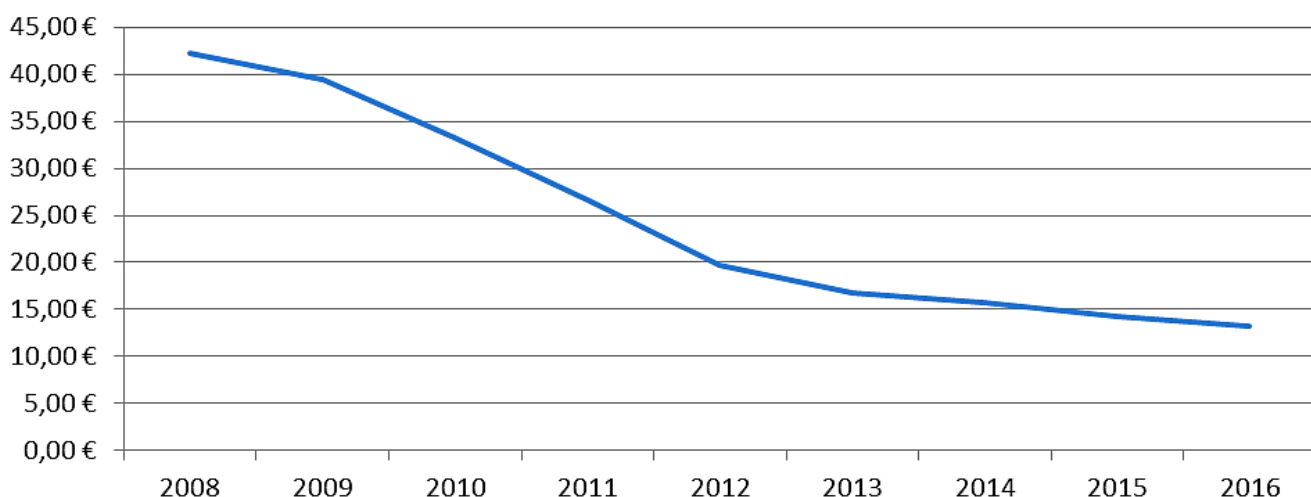
Η καμπύλη ξεκινάει από το 2008, δηλαδή από την χρονιά που οι επιπτώσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης άρχισαν να γίνονται ορατές στην Ελλάδα. Αρχικά παρατηρείται ότι το ποσό που διαθέτουν τα νοικοκυριά για οδοντιατρικές υπηρεσίες φθίνει απότομα από το 2008 (έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα) μέχρι και το 2012, ενώ από το 2012 και μετά παρατηρείται μικρότερη μείωση των δαπανών τους για οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την στατιστική υπηρεσία, ο μέσος όρος των χρημάτων που δαπανούσαν τα νοικοκυριά μηνιαίως για οδοντιατρικές υπηρεσίες το 2008 ήταν 42,30€, ενώ το 2009 παρατηρείται μια μείωση του ποσού αυτού σε 39,45€. Συνεπώς, με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης παρατηρείται αμέσως η μείωση του ποσού που διαθέτει το νοικοκυριό για να καλύψει τις οδοντιατρικές του ανάγκες.

Με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται ολοένα και μεγαλύτερη μείωση στο μέσο ποσό που διαθέτουν τα νοικοκυριά για οδοντιατρικές υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, από το ποσό των 39,45 € που διέθεταν το 2009, το 2010 φαίνεται ότι καταναλώνουν πολύ λιγότερα με το ποσό να μειώνεται στα 33,25€ μηνιαίως.

Το 2011, το ποσό παρουσιάζει φθίνοντα ρυθμό, και τα νοικοκυριά διαθέτουν 23,65€ μηνιαίως για οδοντιατρικές υπηρεσίες. Από το 2012 και έπειτα η μείωση των δαπανών συνεχίζει να υφίσταται αλλά με πιο ήπιους ρυθμούς. Αναλυτικότερα, το 2012 διέθεταν 19,73€, το 2013 16,81€, το 2014 15,80€, το 2015 14,23€ και το 2016 φτάνει στα 13,19€. Συνεπώς, υπάρχει μια συνεχής μείωση στο ποσό που διαθέτουν μηνιαίως τα νοικοκυριά για οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Ως αποτέλεσμα, με την έναρξη της οικονομικής κρίσης το ποσό που δαπανούν τα νοικοκυριά για οδοντιατρικές υπηρεσίες παρουσιάζει μείωση διαχρονικά, με τα άτομα να επιζητούν όλο και λιγότερο τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών για την εξοικονόμηση χρημάτων.



Διάγραμμα 3.4.1. Μηνιαίες δαπάνες για οδοντιατρική φροντίδα

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2008-2016). Μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές

Με βάση τη δαπάνη για οδοντιατρική φροντίδα, η οποία μειώνεται κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης γίνεται φανερό ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει τη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στη χρήση οδοντιατρικής φροντίδας και οδηγεί στη μείωση της αξιοποίησης οδοντιατρικών υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

4.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας ήταν η αποτύπωση των απόψεων των καταναλωτών σχετικά με την επιρροή της οικονομικής κρίσης στην οδοντιατρική φροντίδα. Για την υλοποίηση του σκοπού αυτού, συντάχθηκε ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και συγκεκριμένα βασίστηκε στις έρευνες των Manski et al. (2011), Guessous et al. (2014), Charalambous et al. (2015), Diamantopoulos and Niakas (2017), Manski et al. (2014b) και Margerison-Zilko et al. (2016). Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε το Μάιο του 2019 μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε δείγμα 202 ατόμων εκ των οποίων το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 80% (161/202). Οι ηλικίες που απευθυνόταν ήταν άνω των 18 ετών. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 29 ερωτήσεις, στις οποίες περιλαμβάνονταν ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα), βαθμονόμησης (καθόλου, ελάχιστα, αρκετά, πολύ, πάρα πολύ), ανοιχτού τύπου που αφορούσαν την ηλικία και τον δήμο στον οποίο κατοικούσαν οι ερωτώμενοι και πολλαπλής επιλογής. Για τις ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια κλίμακα Likert και για τις βαθμονόμησης χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια και εξαβάθμια κλίμακα Likert. Οι ερωτήσεις εξέταζαν τη συχνότητα των επισκέψεων των ατόμων στον οδοντίατρο, την κατάσταση υγείας τους, την κατάσταση της στοματικής τους υγείας, τις απόψεις τους σχετικά με τις υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας και την περιποίηση της στοματικής τους υγιεινής. Ο μέσος χρόνος για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ερωτηθέντες ήταν 7 λεπτά. Επίσης το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο διευκόλυνε τους ερωτηθέντες και τους εξοικονομούσε χρόνο, καθώς δεν υποχρεούνταν να δουν όλες τις ερωτήσεις, αν αυτές δεν σχετίζονταν με τις απαντήσεις που είχαν δώσει. Για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων κωδικοποιήθηκαν οι απαντήσεις και στη συνέχεια επεξεργάστηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα stata12 στο οποίο έγινε η στατιστική ανάλυση, με τη χρήση πινάκων συχνοτήτων, πινάκων διπλής εισόδου, συσχετίσεων και εκτιμήσεων λογιστικής παλινδρόμησης για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

4.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

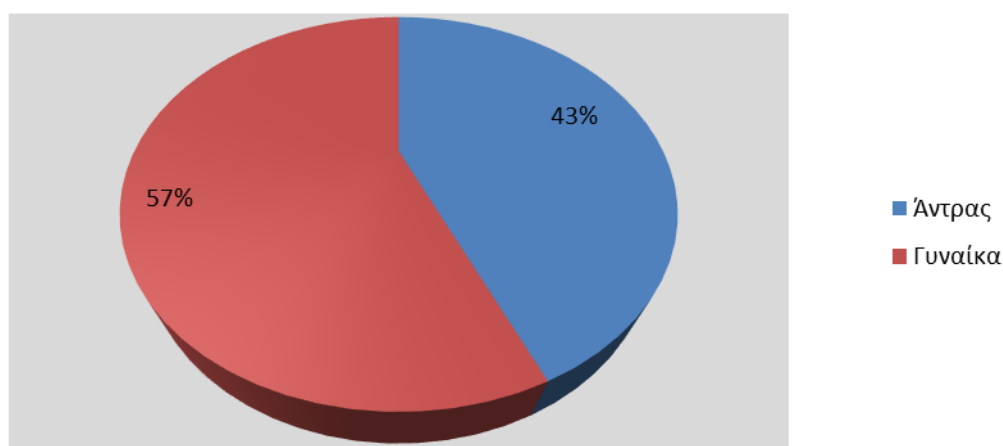
Στη συνέχεια καταγράφονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν, τον βαθμό συμφωνίας τους γύρω από ζητήματα που αφορούν την οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις της στην υγεία και ειδικότερα στην

οδοντιατρική φροντίδα. Επίσης, παρατίθενται οι απόψεις και οι συνήθειες των ερωτώμενων όσον αφορά τη χρήση οδοντιατρικής φροντίδας.

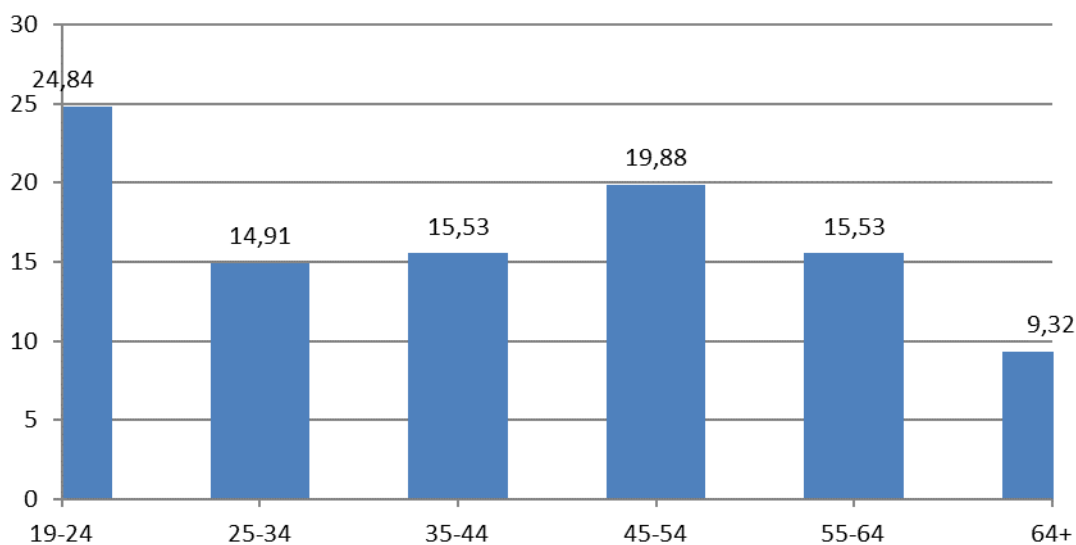
4.2.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων που αφορούν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και το μηνιαίο εισόδημα (€).

Το 56,5% των ερωτώμενων ήταν γυναίκες και το 43,5% άνδρες, με το 39,8% να είναι ηλικίας κάτω των 34 ετών και το 24,8% άνω των 55 ετών. Επίσης, ο μέσος όρος της ηλικίας τους ήταν 41 ετών, ο μικρότερος ερωτώμενος ήταν 19 ετών και ο μεγαλύτερος 86.

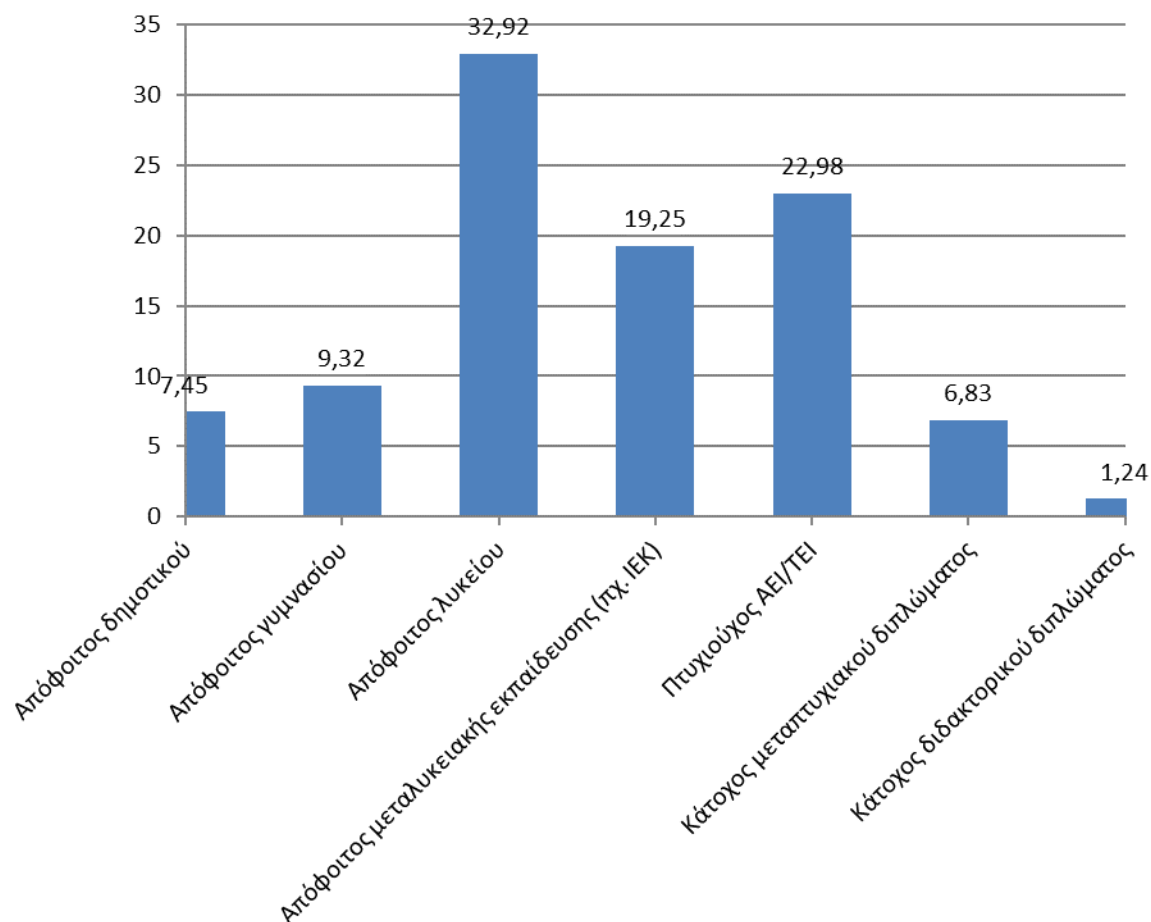


Διάγραμμα 4.2.1 Το φύλο των ερωτηθέντων



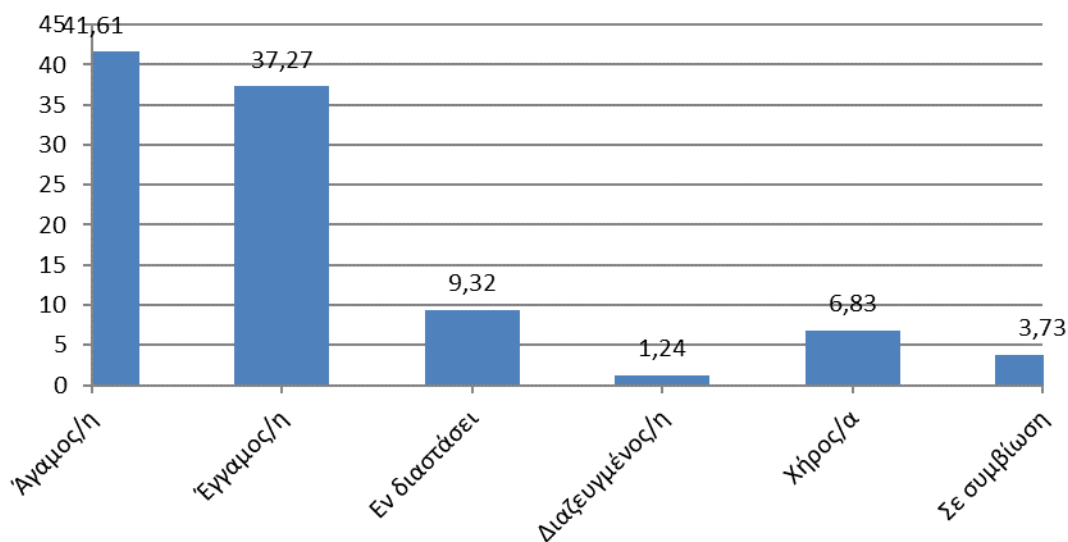
Διάγραμμα 4.2.2. Η ηλικία των ερωτηθέντων

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων η πλειοψηφία κατείχε απολυτήριο λυκείου (32,92%) και πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ (22,98%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό ήταν απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης (19,25%).



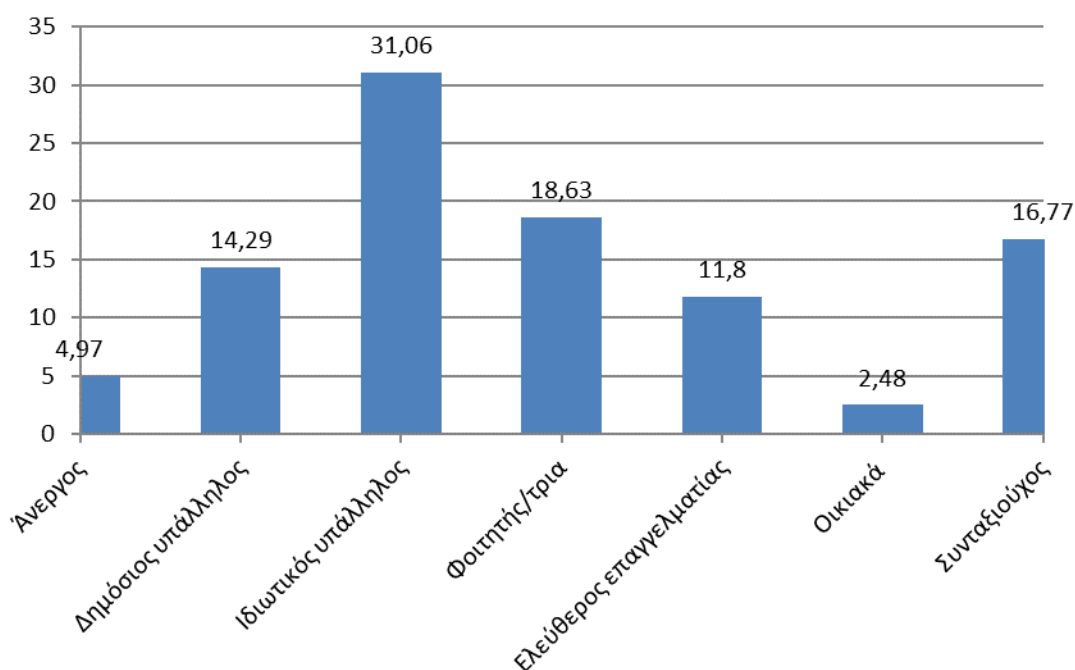
Διάγραμμα 4.2.3. Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων

Στο επόμενο διάγραμμα απεικονίζεται η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων ποσοστιαία, με το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων να είναι άγαμοι (41,61%), ενώ οι έγγαμοι αποτελούσαν το 37,27%.



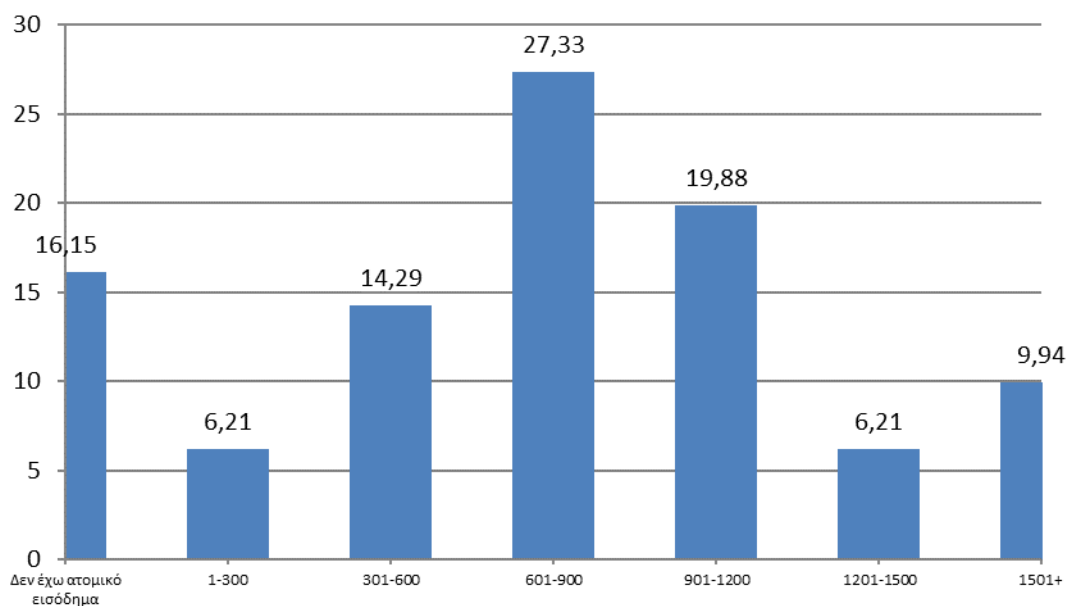
Διάγραμμα 4.2.4. Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων

Επίσης, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (31,06%) και φοιτητές (18,63%), ενώ λιγότερα ήταν τα άτομα που απασχολούνταν με τα οικιακά (2,48%).



Διάγραμμα 4.2.5. Το επάγγελμα των ερωτηθέντων

Το μηνιαίο ατομικό εισόδημα των ερωτηθέντων κυμαινόταν για το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων από 602€ έως 900€ (27,33%). Σημαντικό ποσοστό (16,15%) είχε μηδενικό ατομικό εισόδημα και πολύ χαμηλό εισόδημα, γεγονός που εξηγείται από την απασχόληση των ερωτώμενων (άνεργοι, απασχολούμενοι με τα οικιακά και φοιτητές). Τέλος, η πλειοψηφία τους κατοικούσε σε δήμους της Αττικής.



Διάγραμμα 4.2.6. Το μηνιαίο ατομικό εισόδημα των ερωτηθέντων

4.2.2. Απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με την οικονομική κρίση και την υγεία

Σχετικά με τον βαθμό συμφωνίας των συμμετεχόντων αναφορικά με θέματα υγείας και οδοντιατρικής φροντίδας το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων δήλωσε ότι συμφωνούσε (47,2%) και συμφωνούσε απόλυτα (40,99%) ότι η οικονομική κρίση μπορεί να προκαλέσει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με την έρευνα των Margerison-Zilko et al. (2016), οι οποίοι συμπέραναν ότι με την οικονομική κρίση δημιουργούνται υψηλά ποσοστά ανεργίας, οικονομική πίεση, καθώς και θέματα στέγασης, τα οποία επιβαρύνουν την κατάσταση της υγείας. Ακόμα οι Margerison-Zilko et al. (2016), διαπίστωσαν απότομη πτώση της γονιμότητας λόγω της οικονομικής κρίσης. Συμπέρασμα με το οποίο συμφωνούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, καθώς το 49,69% και το 26,09% συμφώνησαν και συμφώνησαν απόλυτα ότι λόγω της οικονομικής κρίσης υπάρχει υπογεννητικότητα. Συνεπώς τόσο στην έρευνα των Margerison-Zilko et al. (2016), όσο και στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η οικονομική κρίση μπορεί να προκαλέσει υπογεννητικότητα.

Οι Charalambous et al. (2015), στην έρευνα τους ανέφεραν ότι η δημόσια ασφάλιση παρέχει χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Άποψη με την οποία συμφωνούσε το 41% του δείγματος της παρούσας έρευνας, ενώ το 28,57% συμφωνούσε απόλυτα. Παρόλα αυτά υπάρχουν και κάποιοι ερωτώμενοι που διαφωνούσαν με την άποψη αυτή (14,3%) θεωρώντας ότι η δημόσια ασφάλιση δεν παρέχει χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

Επίσης, η πλειοψηφία των ερωτώμενων πίστευε ότι η οδοντιατρική φροντίδα είναι σημαντική για την υγεία (92,6%). Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι πολύ μεγάλο ποσοστό των

ερωτώμενων πίστευαν ότι η οδοντιατρική φροντίδα είναι σημαντική για την υγεία, μεγάλο ήταν και το ποσοστό των ατόμων που συμφώνησαν (47,83%) και συμφώνησαν απόλυτα (23,6%) ότι η οδοντιατρική φροντίδα έχει αποτελέσει για πολλούς μια δευτερεύουσα ανάγκη, ενώ ένας στους πέντε δήλωνε ουδέτερος ως προς την δευτερεύουσα σημασία της οδοντιατρικής φροντίδας. Ο λόγος που η οδοντιατρική φροντίδα αποτέλεσε μια δευτερεύουσα ανάγκη για τα άτομα, σύμφωνα με τους Manski et al. (2014b) ήταν εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και της ανάγκης των ατόμων να χρησιμοποιήσουν το εισόδημα τους κυρίως για να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες με αποτέλεσμα να μειώσουν τις δαπάνες που είχαν σχέση με την υγεία τους και την οδοντιατρική τους φροντίδα.

Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων πίστευαν ότι η οικονομική κρίση επηρέασε τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο, με το 31,68% των ατόμων να συμφωνεί και το 21,12% να συμφωνεί απόλυτα, ενώ το 1/4 σχεδόν, διαφώνησε (21,74%) ή διαφώνησε απόλυτα (4,35%). Επιπλέον, η πλειοψηφία των ατόμων συμφώνησαν (37,89%) και συμφώνησαν απόλυτα (16,77%) ότι η αύξηση του εισοδήματος συμβάλει στην αύξηση των επισκέψεων στον οδοντίατρο. Όμως, αρκετά μεγάλο ποσοστό των ατόμων φαίνεται ότι διχάστηκε δίνοντας μια ουδέτερη απάντηση (32,30%) και λίγοι ήταν εκείνοι που διαφώνησαν (11,18%) και διαφώνησαν απόλυτα (1,86%).

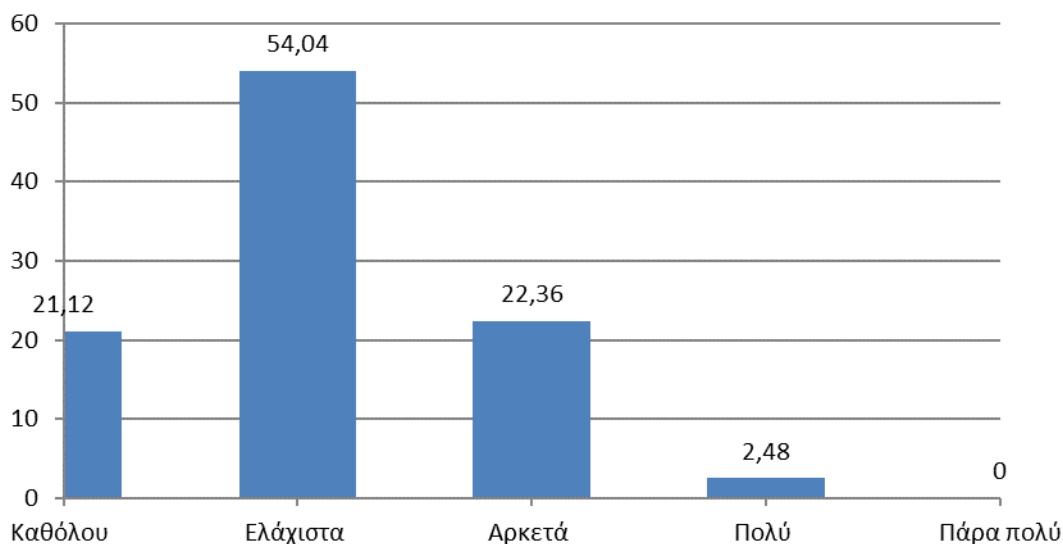
Οι Diamantopoulos and Niakas (2017), ανέφεραν στην έρευνα τους ότι το κόστος για οδοντιατρική περίθαλψη έχει μειωθεί μετά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης. Άποψη με την οποία συμφωνούσε το 39,13% του δείγματος της παρούσας έρευνας, ενώ το 3,11% συμφωνούσε απόλυτα.

4.2.3. Ασφάλιση υγείας και οδοντιατρική φροντίδα

Επιπλέον, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν συμφωνούν ότι η κάλυψη οδοντιατρικής φροντίδας από τη δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση υγείας συντελεί σε αυξημένες επισκέψεις σε οδοντιάτρους. Όσον αφορά την κάλυψη από τη δημόσια ασφάλιση υγείας, οι περισσότεροι συμφώνησαν (32,30%) και συμφώνησαν απόλυτα (7,45%) ότι με τη δημόσια ασφάλιση αυξάνονται και οι οδοντιατρικές επισκέψεις, αρκετά μεγάλο, όμως, ήταν και το ποσοστό εκείνων που ήταν ουδέτεροι (30,43%), διαφώνησαν (21,74%) και διαφώνησαν απόλυτα (7,45%). Επίσης, όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση υγείας περισσότεροι ήταν εκείνοι που συμφώνησαν (36,65%) και συμφώνησαν απόλυτα (12,42%) ότι η ιδιωτική ασφάλιση συντελεί σε αυξημένες οδοντιατρικές επισκέψεις, ενώ μικρότερα ήταν τα ποσοστά εκείνων που ήταν ουδέτεροι (38,51%), διαφώνησαν (10,56%) και διαφώνησαν απόλυτα (1,86%). Συνεπώς, παρατηρώντας τα αποτελέσματα, τα άτομα που είχαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας (49,07%) ήταν

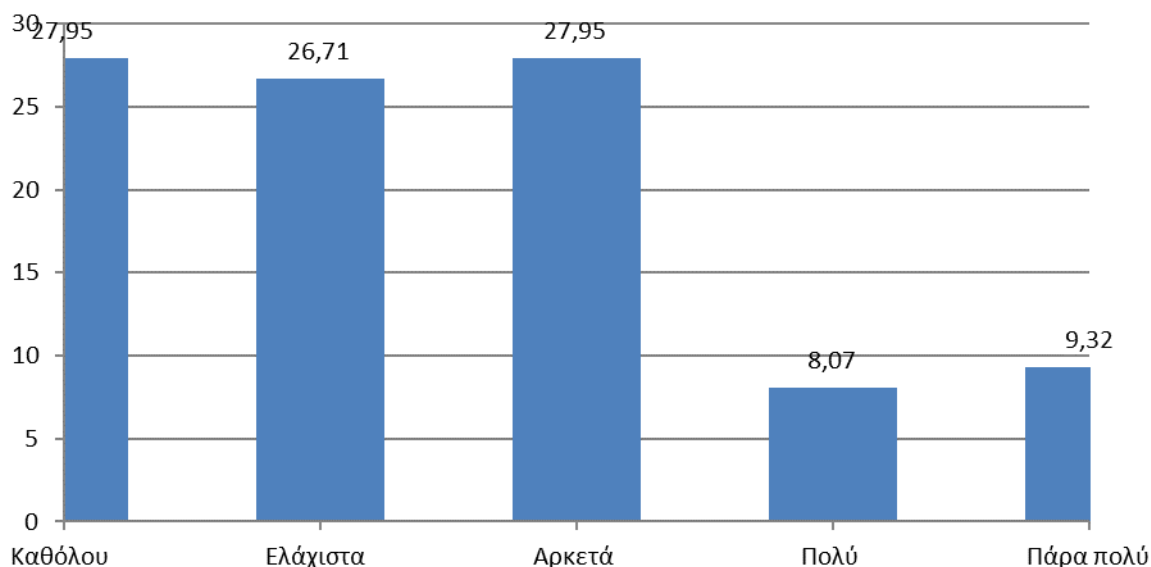
πιθανότερο να επισκέπτονται συχνότερα τους οδοντιάτρους σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν δημόσια ασφάλιση (39,45%).

Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η άποψη των ερωτηθέντων για το εάν το κράτος τους παρέχει την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα, με την πλειοψηφία των ερωτηθέντων να αναφέρουν ότι το κράτος τους την παρείχε σε ελάχιστο βαθμό (54,04%), ενώ κανένας δεν απάντησε ότι πίστευε σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό ότι το κράτος παρέχει την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα.



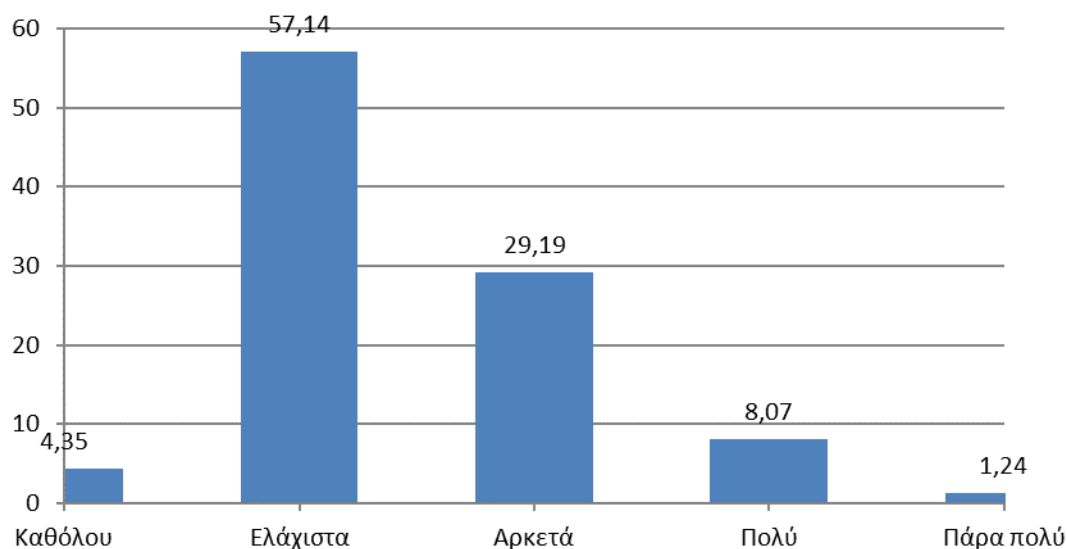
Διάγραμμα 4.2.7. Παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και φροντίδας από το κράτος

Όσον αφορά τον βαθμό που οι καταναλωτές είχαν στερηθεί κάποια φροντίδα που σχετίζεται με την υγεία τους, τους τελευταίους 12 μήνες λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας, οι περισσότεροι απάντησαν ότι δεν είχαν στερηθεί καθόλου (27,95%) και είχαν στερηθεί αρκετά (27,95%), ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που ανέφεραν ότι είχαν στερηθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό (8,07%).



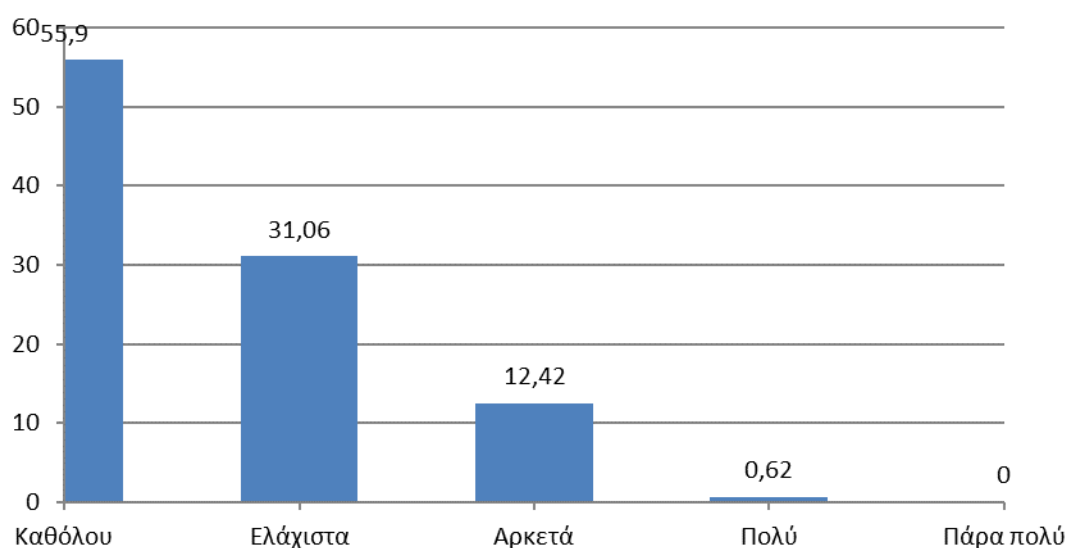
Διάγραμμα 4.2.8. Στέρηση φροντίδας υγείας λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας τον τελευταίο χρόνο

Σχετικά με τη συχνότητα επισκέψεων των ερωτηθέντων στον οδοντίατρο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ανέφεραν ότι τον επισκέπτονταν ελάχιστα (57,14%), ενώ μικρότερο ποσοστό αποτελούσαν εκείνοι που ανέφεραν ότι τον επισκέπτονταν πάρα πολύ (1,24%).



Διάγραμμα 4.2.9. Συχνότητα επισκέψεων σε οδοντίατρο

Όσον αφορά την άποψη των καταναλωτών σχετικά με την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης από το κράτος, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (55,9%) πίστευε ότι το κράτος δεν παρέχει την απαραίτητη οδοντιατρική περίθαλψη, ενώ το 31,06% πίστευε ότι παρέχει ελάχιστα. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα αναλυτικά.

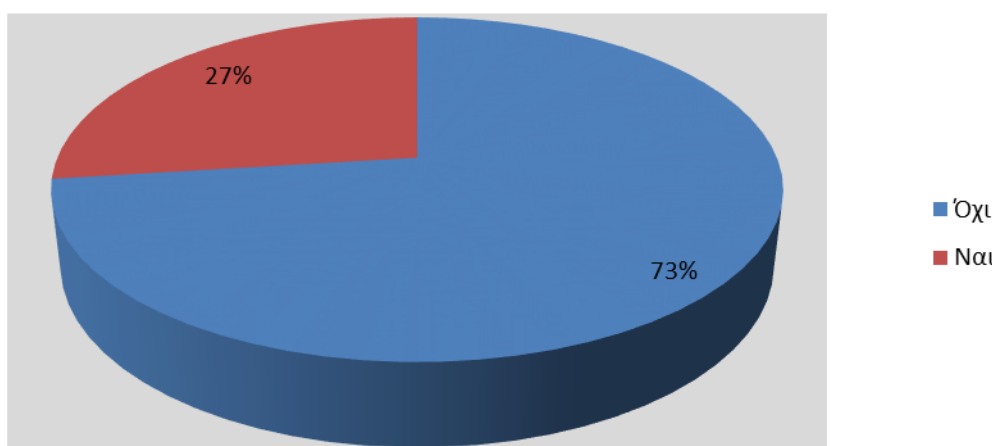


Διάγραμμα 4.2.10. Παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης από το κράτος

4.2.4. Οδοντιατρική φροντίδα και παιδιά

Στην έρευνα των Guessous et al. (2014), μελετήθηκε και η οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών κάτω των 15 ετών, έτσι και στην παρούσα έρευνα μέσω των απαντήσεων που δόθηκαν από τους γονείς ή κηδεμόνες τους μελετήθηκε η οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών κάτω των 15 ετών.

Το 26,71% των ερωτηθέντων είχαν παιδιά μικρότερα από 15 ετών.



Διάγραμμα 4.2.11. Ερωτηθέντες που είχαν παιδιά <15 ετών

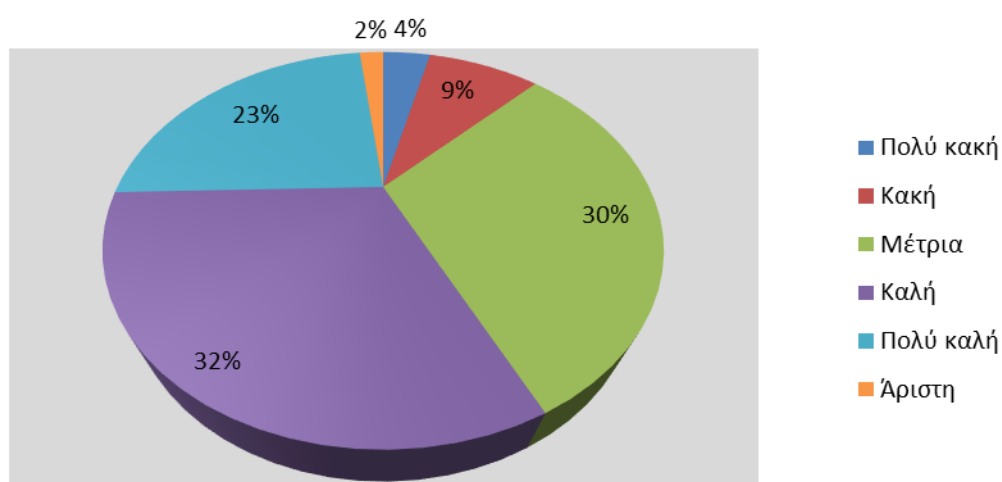
Τα άτομα που είχαν παιδιά μικρότερα από 15 ετών ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι τα πήγαιναν στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο (55,81%), ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι τα πήγαιναν μόνο όταν παρίσταται ανάγκη (44,19%). Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι τον τελευταίο χρόνο είχαν πάει τα παιδιά τους για γενική οδοντιατρική εξέταση μια φορά (48,84%), ενώ καμία φορά απάντησε το 30,23% των ερωτώμενων, δύο φορές απάντησε το 18,6%, ενώ το 2,33% απάντησε ότι τα είχαν πάει για γενική οδοντιατρική εξέταση ή καθαρισμό δοντιών πάνω από τρεις φορές τον τελευταίο χρόνο. Συνεπώς, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι περισσότεροι πήγαιναν τα παιδιά τους για γενική οδοντιατρική εξέταση μια φορά τον χρόνο ή δεν τα πηγαίνουν καθόλου.

4.2.5. Κατάσταση υγείας και στοματικής υγείας των ερωτώμενων

Όσον αφορά την άποψη των καταναλωτών σχετικά με την κατάσταση υγείας τους, η πλειοψηφία είχε πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας (68,33%), ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό εκείνων που ανέφεραν ότι είχαν μέτρια κατάσταση υγείας (29,19%). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, συμφωνούν με τα αποτελέσματα της στατιστικής υπηρεσίας και της

έρευνας εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών του 2017 όπου τα άτομα ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι είχαν πολύ καλή και καλή υγεία (74,2%), ενώ μέτρια είχαν χαρακτηρίσει την κατάσταση υγείας τους το 15,5% των ατόμων. Επίσης, στην παρούσα έρευνα όπως και στην Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των νοικοκυριών του 2017, τα ποσοστά των ατόμων που ανέφεραν ότι είχαν κακή και πολύ κακή κατάσταση υγείας ήταν πολύ μικρά.

Στο παρακάτω διάγραμμα, απεικονίζεται η κατάσταση στοματικής υγείας των ατόμων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ανέφερε ότι είχε καλή (31,68%) και μέτρια (30,43%) στοματική υγεία, ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό εκείνων που ανέφεραν ότι είχαν άριστη στοματική υγεία (1,86%).



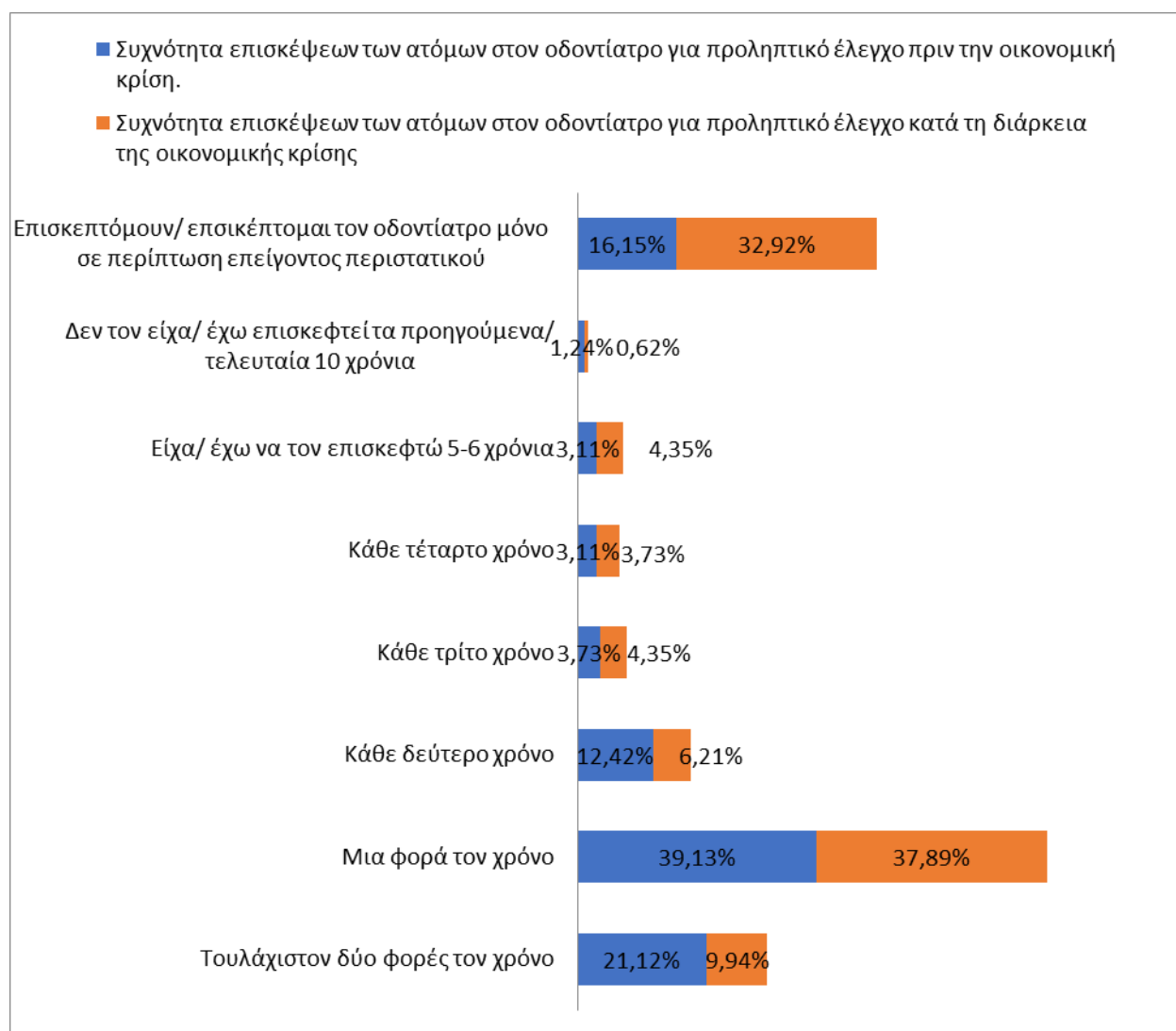
Διάγραμμα 4.2.13. Κατάσταση στοματικής υγείας των ερωτηθέντων

Συνεπώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα συμπεραίνεται ότι οι ερωτηθέντες είχαν καλύτερη κατάσταση υγείας γενικά παρά στοματικής υγείας.

4.2.6. Συμπεριφορά των ερωτώμενων πριν και μετά την οικονομική κρίση σε σχέση με την οδοντιατρική τους φροντίδα

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται η συχνότητα επισκέψεων των ερωτηθέντων στον οδοντίατρο πριν και μετά την οικονομική κρίση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πριν την οικονομική κρίση επισκέπτονταν τον οδοντίατρο μια φορά τον χρόνο (39,13%) και τουλάχιστον δύο φορές τον χρόνο (21,12%), ενώ μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης οι περισσότεροι επισκέπτονταν τον οδοντίατρο μια φορά τον χρόνο (37,89%) και σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού (32,92%). Συνεπώς παρατηρείται μια μειωμένη κινητικότητα των ερωτηθέντων όσον αφορά τις επισκέψεις τους σε οδοντίατρο. Πιο συγκεκριμένα, προκύπτει ότι εκείνοι που πριν την οικονομική κρίση επισκέπτονταν δυο

φορές τον χρόνο τον οδοντίατρο μείωσαν τις επισκέψεις τους μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και αυξήθηκαν εκείνοι που επισκέπτονταν τον οδοντίατρο μόνο σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού. Επίσης, οι Charalambous et al. (2015), είχαν εξάγει παρόμοιο συμπέρασμα, καθώς τα άτομα το 2013, μετά την οικονομική κρίση μείωσαν τις επισκέψεις τους και οι περισσότεροι επισκέπτονταν τους οδοντιάτρους κυρίως για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.



Διάγραμμα 4.2.14. Συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο πριν και μετά την οικονομική κρίση.

Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (52,7%) ανέφεραν ότι είχαν μειωθεί οι επισκέψεις τους στον οδοντίατρο μετά την οικονομική κρίση. Άποψη την οποία επαληθεύει το παραπάνω διάγραμμα, ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι δεν είχαν μειωθεί οι επισκέψεις τους σε οδοντίατρο (47,83%).

Σύμφωνα με τους ερωτώμενους ο λόγος για τον οποίο είχαν μειωθεί οι επισκέψεις τους, ήταν η μείωση του εισοδήματος τους (61,9%). Άποψη η οποία είναι σύμφωνη με τους Manski et al. (2011), οι οποίοι είχαν παρατηρήσει ότι η οδοντιατρική φροντίδα συνδέεται άμεσα με το εργασιακό καθεστώς. Λιγότεροι ήταν εκείνοι που ανέφεραν ότι οφειλόταν στο αυξημένο κόστος των οδοντιατρικών υπηρεσιών (27,38%), στην υπάρχουσα καλή στοματική υγιεινή (8,33%) και στον συνδυασμό της μείωσης του εισοδήματος τους και του αυξημένου κόστους των οδοντιατρικών υπηρεσιών (2,38%).

Επίσης, η πλειοψηφία των ερωτώμενων επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες (61,49%), ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό εκείνων που απάντησαν ότι δεν είχαν επισκεφτεί οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο (38,51%).

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι πίστευαν ότι το κόστος των οδοντιατρικών υπηρεσιών είχε μειωθεί (61,49%) μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό των ατόμων, που πίστευαν ότι είχε αυξηθεί (38,51%). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με τους Diamantopoulos and Niakas (2017), οι οποίοι στην έρευνα τους είχαν διαπιστώσει ότι μεταξύ του 2009 και του 2013, το κόστος για την οδοντιατρική περίθαλψη είχε μειωθεί κατά 57%. Επίσης, όσον αφορά το κόστος οδοντιατρικών υπηρεσιών- εργασιών, η πλειοψηφία των ερωτώμενων θεώρησε ότι σήμερα είναι υπέρμετρο έως απαγορευτικό, με τα ποσοστά να κυμαίνονται αντίστοιχα σε 54,66% και 40,37%, ενώ λίγα ήταν τα άτομα τα οποία θεώρησαν ότι είναι λογικό (4,97%).

Επιπλέον, οι ερωτώμενοι σε μεγάλο ποσοστό ανέφεραν ότι είχαν ζητήσει κάποια έκπτωση ή ευκολία πληρωμής τα τελευταία 10 χρόνια (57,76%), ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που δεν είχαν ζητήσει (42,24%). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τα αποτελέσματα των Charalambous et al. (2015). Στην έρευνα τους είχαν διαπιστώσει ότι μετά την οικονομική κρίση είχε αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που ζητούσαν ευκολία πληρωμής. Συνεπώς κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης μεγάλο είναι το ποσοστό των ατόμων που ζητούσαν κάποια οικονομική διευκόλυνση από τους οδοντιάτρους, λόγω οικονομικών δυσχερειών.

Οι ερωτώμενοι σε μεγάλο βαθμό ανέφεραν ότι θα έβαζαν σε προτεραιότητα κάποια μελλοντική οδοντιατρική εργασία (πχ. σφράγισμα, καθαρισμό δοντιών κλπ.) έναντι κάποιας άλλης ανάγκης (54,04%), ενώ μικρότερο αλλά όχι με μεγάλη απόκλιση ήταν το ποσοστό των ατόμων που (45,96%) δεν θα την έβαζαν σε προτεραιότητα.

4.2.7. Ασφάλιση των ερωτώμενων

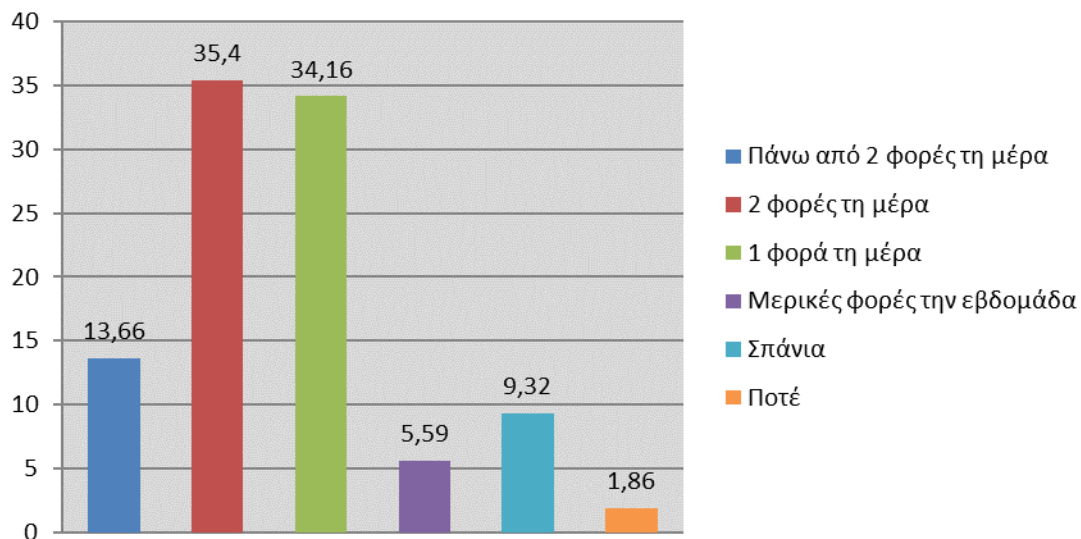
Όσον αφορά την ιατροφαρμακευτική ασφάλιση πάνω από τους μισούς απάντησαν ότι είχαν δημόσια ασφάλιση ΕΟΠΥΥ (66,46%), ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που ανέφεραν ότι είχαν δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση (16,77%), μόνο ιδιωτική ασφάλιση (9,32%) ή καμία ασφάλιση (7,45%). Συνεπώς από τα παραπάνω προκύπτει ότι το 88,23% διέθεταν δημόσια ασφάλιση εκ των οποίων το 16,77% διέθετε και ιδιωτική.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων που είχαν δημόσια ασφάλιση (62,73%) ανέφεραν ότι προτιμούσαν να καταβάλλουν οι ίδιοι το κόστος για να επισκεφτούν οδοντίατρο από το να χρησιμοποιήσουν τη δημόσια ασφάλιση που τους παρέχονταν, ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό εκείνων που ανέφεραν ότι θα προτιμούσαν να χρησιμοποιήσουν τη δημόσια ασφάλιση που τους παρέχονταν για να καλύψουν τις ανάγκες τους (24,63%). Οι ερωτώμενοι που διέθεταν ιδιωτική ασφάλιση ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι προτιμούσαν να χρησιμοποιούν την ιδιωτική ασφάλιση που είχαν (72,22%) έναντι του να καταβάλλουν οι ίδιοι το κόστος (27,78%).

Τα άτομα που είχαν δημόσια ασφάλιση και εκείνοι που δεν είχαν ασφάλιση ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό (85,71%) ότι δεν διέθεταν παλαιότερα ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το 14,29% των ατόμων είχε. Επίσης, η πλειοψηφία των ατόμων που είχαν παλαιότερα ιδιωτική ασφάλιση ανέφεραν ότι είχαν περάσει τουλάχιστον 10 χρόνια από τότε που είχαν ιδιωτική ασφάλιση (πριν το 2009, δηλαδή πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης) (52,94%), ενώ μικρότερα ήταν τα ποσοστά εκείνων που ανέφεραν ότι είχαν περάσει λιγότερα χρόνια.

4.2.8. Περιποίηση στοματικής υγείας

Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η συχνότητα που οι ερωτώμενοι βούρτσιζαν τα δόντια τους, με την πλειοψηφία να αναφέρουν ότι τα βούρτσιζαν μια (34,16%) με δύο φορές την ημέρα (35,4%), ενώ λιγότερα ήταν τα άτομα που δεν τα βούρτσιζαν ποτέ (1,86%).



Διάγραμμα 4.2.16. Συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών των ερωτώμενων

Όσον αφορά τη χρήση οδοντικού νήματος, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ανέφερε (70,81%) ότι δεν χρησιμοποιούσε, ενώ το υπόλοιπο 29,19% το χρησιμοποιούσε. Από αυτούς που απάντησαν ότι χρησιμοποιούσαν οδοντικό νήμα, η πλειοψηφία το χρησιμοποιούσε μερικές φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 42,55%, ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που το χρησιμοποιούσαν μια φορά την ημέρα (31,91%), σπάνια (10,64%), δύο φορές την ημέρα (8,51%) και παραπάνω από δύο φορές την ημέρα (4,26%).

Παρότι αναμενόταν, σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, όπως η έρευνα των McClure and Saemundsson (2014), αύξηση της περιποίησης της στοματικής υγιεινής των ατόμων μετά την οικονομική κρίση, στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκε κάτι τέτοιο, καθώς η πλειοψηφία ανέφερε ότι δεν άλλαξε τις συνήθειές της και η περιποίηση της στοματικής της υγιεινής, όπως βούρτσισμα δοντιών και χρήση νήματος παρέμεινε η ίδια (67,8%), όπως και πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, ενώ το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν ότι αύξησαν την περιποίηση της στοματικής τους υγιεινής ήταν 14,29%.

Επίσης, όσον αφορά την ποιότητα των οδοντιατρικών υπηρεσιών, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφερε ότι έχει παραμείνει ίδια, όπως και πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης (69,57%), ενώ μόνο το 11,8% των ατόμων θεωρούσε ότι ήταν καλύτερη. Διαφορετικό ήταν το αποτέλεσμα των Charalambous et al. (2015). Όμως η έρευνα των Charalambous et al. (2015), απευθυνόταν σε οδοντιάτρους, οι οποίοι θεωρούσαν ότι η ποιότητα των οδοντιατρικών υπηρεσιών τους ήταν καλύτερη, ενώ η παρούσα έρευνα απευθυνόταν σε καταναλωτές. Συνεπώς, η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ερευνών οφείλεται στη διαφορετική άποψη που έχουν οι καταναλωτές και οι οδοντίατροι ως προς την ποιότητα των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

4.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ ΣΥΝΑΦΕΙΑΣ

4.3.1. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων που είχαν στερηθεί κάποια φροντίδα που σχετίζεται με την υγεία τους λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας

Τα άτομα ανέφεραν ότι τον τελευταίο χρόνο είχαν στερηθεί κάποια φροντίδα που σχετίζεται με την υγεία τους, λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας. Η στέρηση που αντιμετώπιζαν εξετάστηκε αν επηρεάζεται από το εισόδημα και το φύλο των ερωτηθέντων. Από τον πίνακα διπλής εισόδου επιβεβαιώνεται ότι τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα είχαν στερηθεί κάποια φροντίδα λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας. Πιο συγκεκριμένα, το 16,15% των ατόμων είχαν μηδενικό ατομικό μηνιαίο εισόδημα. Από τα άτομα με μηδενικό εισόδημα το 38,46% ανέφερε ότι είχε στερηθεί αρκετά, πολύ και πάρα πολύ κάποια φροντίδα, ενώ από τα άτομα των οποίων το εισόδημα κυμαινόταν από 1 έως 300€, οι 4 στους 10 απάντησαν ότι είχαν στερηθεί αρκετά και το 20% ότι είχε στερηθεί πάρα πολύ. Επιπλέον, από τα άτομα με εισόδημα 301- 600€ το μεγαλύτερο ποσοστό τους (34,78%) ανέφερε ότι είχε στερηθεί αρκετά κάποια φροντίδα υγείας, ενώ εκείνοι που διέθεταν εισόδημα 601-900€ ανέφεραν ότι ο βαθμός που είχαν στερηθεί ήταν ελάχιστος (31,82%). Τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 901-1200€ ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι είχαν στερηθεί ελάχιστα ή αρκετά κάποια φροντίδα που σχετίζεται με την υγεία τους, σε ποσοστό 75%. Όσο αυξάνεται το εισόδημα, παρατηρείται ότι μειώνεται και ο βαθμός που αναφέρουν τα άτομα ότι είχαν στερηθεί κάποια φροντίδα που σχετίζεται με την υγεία τους. Αναλυτικότερα, η πλειονοψηφία των ατόμων με εισόδημα άνω των 1.201€ ανέφεραν ότι δεν είχαν στερηθεί σημαντικά κάποια φροντίδα που σχετίζεται με την υγεία τους εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων ως προς το αν το μηνιαίο εισόδημα και η στέρηση φροντίδας τον τελευταίο χρόνο λόγω οικονομικών δυσχερειών εξαρτώνται. Ωστόσο, βρέθηκε ότι η στέρηση φροντίδας τον τελευταίο χρόνο λόγω οικονομικών δυσχερειών και το μηνιαίο ατομικό εισόδημα είναι ανεξάρτητα ($r_s = -0,19$, $p < 0,01$).

Όσον αφορά το φύλο των ερωτηθέντων, το 81,31% των γυναικών ανέφεραν ότι δεν είχαν στερηθεί καθόλου, είχαν στερηθεί ελάχιστα και αρκετά κάποια φροντίδα υγείας λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας, ενώ το 84,28% των ανδρών ανέφεραν ότι δεν είχαν στερηθεί καθόλου, είχαν στερηθεί ελάχιστα και αρκετά κάποια φροντίδα που σχετίζεται με την υγεία τους. Συνεπώς δεν παρατηρείται κάποια σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά τη στέρηση κάποιας φροντίδας υγείας λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας.

4.3.2. Συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο

Η πλειοψηφία των ατόμων (57,14%) ανέφεραν ότι επισκέπτονταν ελάχιστα τον οδοντίατρο. Η συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο μελετήθηκε σε σχέση με το φύλο και το εισόδημα των ερωτώμενων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών επισκέπτονταν ελάχιστα τον οδοντίατρο (54,95%), ενώ το 12,09% ανέφερε ότι τον επισκέπτονταν πολύ και πάρα πολύ. Όσον αφορά τους άνδρες η πλειοψηφία ανέφερε ότι τον επισκεπτόταν ελάχιστα (60%), ενώ το 5,71% ανέφερε ότι τον επισκεπτόταν πολύ και πάρα πολύ. Συνεπώς οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τον οδοντίατρο συγκριτικά με τους άνδρες, αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνο με την έρευνα των Nishide et al. (2017). Πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων ως προς το αν το φύλο επηρεάζει τη συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του φύλου και των επισκέψεων στον οδοντίατρο, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή χ^2 βρέθηκε 4,973 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value}=0,2 > 0,05$. Συνεπώς, γίνεται αποδεκτή η μηδενική υπόθεση (H_0) και το φύλο δεν επηρεάζει την συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο.

Όσον αφορά το εισόδημα, τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα επισκέπτονταν συχνότερα τον οδοντίατρο συγκριτικά με εκείνους που είχαν χαμηλότερο εισόδημα. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με μηδενικό εισόδημα ανέφεραν ότι επισκέπτονταν τον οδοντίατρο ελάχιστα και αρκετά (92,31%), ενώ τα άτομα με εισόδημα 1-300€ ανέφεραν ότι τον επισκέπτονταν ελάχιστα (70%). Επιπλέον, από τα άτομα με εισόδημα 301 έως 600€, το μεγαλύτερο ποσοστό τους (86,96%) ανέφερε ότι επισκέπτονταν τον οδοντίατρο ελάχιστα και αρκετά, ενώ εκείνοι που διέθεταν εισόδημα 601-900€ ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι επισκέπτονταν τον οδοντίατρο ελάχιστα, αρκετά και πολύ σε ποσοστό 95,45%. Επίσης, όλα τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 901-1500€ ανέφεραν ότι επισκέπτονταν τον οδοντίατρο ελάχιστα, αρκετά και πολύ, ενώ εκείνοι που διέθεταν εισόδημα άνω των 1500€ ανέφεραν ότι επισκέπτονταν τον οδοντίατρο αρκετά, πολύ και πάρα πολύ σε ποσοστό 62,5%.

Εξετάστηκε αν το μηνιαίο ατομικό εισόδημα επηρεάζει τη συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο, αλλά βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του μηνιαίου εισοδήματος και της συχνότητας επισκέψεων στον οδοντίατρο ($r_s=-0,23$, $p<0,01$).

4.3.3. Οδοντιατρική φροντίδα παιδιών και εισόδημα γονέων

Το εισόδημα των γονέων ή κηδεμόνων των παιδιών που είναι μικρότερα από 15 ετών, επηρεάζει την επίσκεψη των παιδιών στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα, όλα τα άτομα που δεν είχαν ατομικό μηνιαίο εισόδημα ανέφεραν ότι θα πήγαιναν τα παιδιά τους στον οδοντίατρο μόνο όταν παραστεί ανάγκη, ενώ όλα τα άτομα που είχαν εισόδημα από 1 έως 300€ ανέφεραν ότι πήγαιναν τα παιδιά τους στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο. Οι γονείς ή κηδεμόνες με εισόδημα από 301 έως 900€ ανέφεραν ότι πήγαιναν τα παιδιά τους στον οδοντίατρο μόνο όταν παραστεί ανάγκη (66,67%), ενώ εκείνοι που διέθεταν εισόδημα από 901€ και άνω ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι τα πήγαιναν για προληπτικό έλεγχο. Διεξήχθη έλεγχος υποθέσεων για να εξεταστεί αν το μηνιαίο εισόδημα επηρεάζει τις επισκέψεις των παιδιών (κάτω των 15 ετών) στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του εισοδήματος και των επισκέψεων των παιδιών για προληπτικό έλεγχο, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 9,48 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value}=0,01=0,01$. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα το εισόδημα επηρεάζει τις επισκέψεις των παιδιών σε οδοντιάτρους για προληπτικό έλεγχο.

Η συχνότητα των επισκέψεων των παιδιών σε οδοντιάτρους για γενική οδοντιατρική εξέταση ή καθαρισμό δοντιών επηρεάζεται από το εισόδημα. Πιο αναλυτικά, όλα τα άτομα που δεν διέθεταν μηνιαίο ατομικό εισόδημα, ανέφεραν ότι τον τελευταίο χρόνο το παιδί τους δεν είχε επισκεφτεί καμία φορά τον οδοντίατρο για γενική οδοντιατρική εξέταση ή καθαρισμό δοντιών, ενώ όλοι εκείνοι που είχαν εισόδημα από 1 έως 300€ ανέφεραν ότι το παιδί τους είχε επισκεφτεί μια φορά τον οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο. Επίσης, η πλειοψηφία των ατόμων με μηνιαίο ατομικό εισόδημα από 301- 1200€ ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι τα παιδιά τους είχαν επισκεφτεί τον οδοντίατρο μια φορά τον τελευταίο χρόνο, ενώ εκείνοι που διέθεταν εισόδημα άνω των 1201€ ανέφεραν ότι τα παιδιά τους είχαν επισκεφτεί μια με δύο φορές τον τελευταίο χρόνο τον οδοντίατρο για γενική οδοντιατρική εξέταση ή καθαρισμό δοντιών. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων για να εξακριβωθεί αν το μηνιαίο ατομικό εισόδημα και η συχνότητα επισκέψεων των παιδιών (μικρότερων από 15 ετών) στον οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο για γενική οδοντιατρική εξέταση ή θεραπεία συσχετίζονται. Μεταξύ του μηνιαίου εισοδήματος και της συχνότητας επισκέψεων των παιδιών σε οδοντιάτρους για γενική οδοντιατρική εξέταση ή καθαρισμό δοντιών βρέθηκε θετική συσχέτιση ($r_s=0,3$ $p>0,01$). Συνεπώς, η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε αύξηση των επισκέψεων των παιδιών σε οδοντιάτρους.

4.3.4. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και κατάσταση υγείας

Τα άτομα ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι είχαν καλή κατάσταση υγείας. Εξετάστηκε, λοιπόν η σχέση του εισοδήματος, του φύλου, της ηλικίας και του επαγγέλματος με την κατάσταση υγείας των ατόμων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, από τα άτομα που δεν διέθεταν μηνιαίο ατομικό εισόδημα, το 84,62% είχε καλή και πολύ καλή κατάσταση υγείας, ενώ από τα άτομα που διέθεταν εισόδημα από 1 έως 300 ευρώ, το 70% είχε μέτρια και πολύ καλή κατάσταση υγείας. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ατόμων με μηνιαίο εισόδημα 301-900€ ως επί το πλείστον είχαν μέτρια και καλή κατάσταση υγείας, ενώ οι περισσότεροι που διέθεταν εισόδημα 901-1500€ χαρακτήρισαν την κατάσταση υγείας τους ως καλή και πολύ καλή. Για τα άτομα που λάμβαναν μηνιαίο ατομικό εισόδημα άνω των 1.500€, οι περισσότεροι είχαν καλή, πολύ καλή και άριστη κατάσταση υγείας (68,75%). Συνεπώς, παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται το ατομικό μηνιαίο εισόδημα των ατόμων τόσο καλύτερη είναι και η ποιότητα υγείας τους, ωστόσο από τον έλεγχο υποθέσεων που πραγματοποιήθηκε για την εξέταση της σχέσης του μηνιαίου ατομικού εισοδήματος με την κατάσταση υγείας των ατόμων βρέθηκε ότι είναι ανεξάρτητα ($rs=-0,05$, $p>0,1$).

Όσον αφορά την ηλικία των ατόμων, τα άτομα που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 19-24 ετών ως επί το πλείστον είχαν καλή, πολύ καλή και άριστη κατάσταση υγείας (75%). Τα άτομα που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών είχαν μέτρια, καλή και πολύ καλή κατάσταση υγείας (95,83%), αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνο με την έρευνα που διενεργήθηκε το 2014 από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, και εξήγαγε ότι τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας είχαν ως επί το πλείστον μέτρια, καλή και πολύ καλή κατάσταση υγείας (99%). Τα άτομα που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 35 με 44 ετών στο μεγαλύτερο ποσοστό τους είχαν καλή και πολύ καλή κατάσταση υγείας (72%), ενώ εκείνοι που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών είχαν μέτρια και καλή κατάσταση υγείας (75,01%). Όσον αφορά εκείνους που η ηλικία τους ήταν από 55 έως 64 ετών οι περισσότεροι είχαν μέτρια και καλή κατάσταση υγείας (76%), ενώ εκείνοι που ήταν άνω των 65 ετών είχαν κακή και μέτρια κατάσταση υγείας, αποτέλεσμα το οποίο είχε εξάγει και η Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014α). Συνεπώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα όσο νεότερο σε ηλικία είναι ένα άτομο τόσο καλύτερη ποιότητα υγείας έχει. Επίσης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων για να ελεγχθεί αν η ηλικία και η κατάσταση υγείας των ατόμων συσχετίζονται. Μεταξύ της ηλικίας και της κατάστασης υγείας των ατόμων βρέθηκε αρνητική συσχέτιση ($rs=-0,33$, $p<0,1$). Συνεπώς τα άτομα που είναι μικρότερα σε ηλικία είχαν καλύτερη κατάσταση υγείας συγκριτικά με τους μεγαλύτερους ηλικιακά.

Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες ως επί το πλείστον είχαν καλή και πολύ καλή κατάσταση υγείας (63,73%), ενώ οι περισσότεροι άνδρες είχαν μέτρια και καλή κατάσταση υγείας (71,43%). Συνεπώς, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα καλύτερη κατάσταση υγείας είχαν οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες.

Όσον αφορά το επάγγελμα των ατόμων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανέργων είχαν καλή και μέτρια κατάσταση υγείας (75%). Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των δημοσίων υπαλλήλων, των ιδιωτικών υπαλλήλων και των ελεύθερων επαγγελματιών είχαν πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας, αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2014α). Όσον αφορά τους φοιτητές το μεγαλύτερο ποσοστό είχε πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας. Όλοι οι ασχολούμενοι με τα οικιακά είχαν μέτρια και πολύ καλή κατάσταση υγείας και οι συνταξιούχοι ως επί το πλείστον είχαν καλή και μέτρια κατάσταση υγείας (77,78%), συμπέρασμα που είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2014α). Πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων για να εξεταστεί αν το επάγγελμα επηρεάζει την κατάσταση υγείας των ατόμων. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του επαγγέλματος και της κατάστασης υγείας, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 51,22 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value} = 0,009 < 0,01$. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα το επάγγελμα επηρεάζει την κατάσταση υγείας των ατόμων.

4.3.5. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και στοματική υγεία

Όσον αφορά την στοματική υγεία των ατόμων, οι περισσότεροι είχαν καλή στοματική υγεία (31,68%). Η στοματική υγιεινή εξετάστηκε σε σχέση με το εισόδημα, την ηλικία και το φύλο.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το εισόδημα, το 73,08% των ατόμων που δεν διέθεταν μηνιαίο εισόδημα, είχαν καλή και πολύ καλή στοματική υγιεινή, ενώ το 70% των ατόμων που το εισόδημα τους ήταν 1-300€ είχαν κακή, μέτρια και καλή στοματική υγιεινή. Τα άτομα με μηνιαίο ατομικό εισόδημα 301-1200€ είχαν μέτρια και καλή στοματική υγιεινή, ενώ τα άτομα με εισόδημα άνω των 1200€ ανέφεραν ότι η στοματική τους υγεία ήταν καλή, πολύ καλή και άριστη.

Όσον αφορά την ηλικία, τα άτομα που βρίσκονταν στην ηλικιακή ομάδα 19-34 ετών είχαν καλή, πολύ καλή και άριστη στοματική υγιεινή, ενώ τα άτομα που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 35 έως 44 ετών ως επί το πλείστον είχαν καλή και πολύ καλή στοματική υγιεινή (60%). Τα άτομα ηλικίας από 45 έως 54 ετών είχαν καλή και μέτρια κατάσταση στοματικής υγιεινής

(75%), ενώ τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών είχαν μέτρια και κακή κατάσταση στοματικής υγείας (56%). Όσοι ήταν από 65 ετών και άνω ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι η στοματική τους υγεία ήταν μέτρια, κακή και πολύ κακή (66,67%).

Όσον αφορά το φύλο, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών και των ανδρών είχαν μέτρια και καλή στοματική υγιεινή, με τα ποσοστά να κυμαίνονται αντίστοιχα σε 63,73% και 60%, ενώ πολύ καλή στοματική υγιεινή είχαν το 24,18% των γυναικών και το 22,86% των ανδρών. Συνεπώς, δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στη στοματική υγιεινή μεταξύ των δύο φύλων.

4.3.6. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και συχνότητα επισκέψεων πριν και μετά την οικονομική κρίση

Η συχνότητα που επισκέπτονταν τα άτομα τον οδοντίατρο πριν και μετά την οικονομική κρίση εξετάστηκε κατά φύλο και εισοδηματική κατηγορία.

Όσον αφορά το φύλο, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (61,53%) και των ανδρών (58,57%) πριν την οικονομική κρίση επισκέπτονταν τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο μια φορά και τουλάχιστον δύο φορές τον χρόνο, ενώ κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οι περισσότερες γυναίκες (71,42%) και οι περισσότεροι άνδρες (70%) επισκέπτονταν τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο μια φορά τον χρόνο και όποτε παραστεί ανάγκη. Συνεπώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες μείωσαν τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο.

Όσον αφορά την επιρροή του εισοδήματος στις επισκέψεις των ατόμων στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο πριν την οικονομική κρίση, το 42,31% των ατόμων οι οποίοι δεν διέθεταν ατομικό μηνιαίο εισόδημα επισκέπτονταν τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο μια φορά τον χρόνο, ενώ κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης το ποσοστό των ατόμων με μηδενικό μηνιαίο εισόδημα που επισκέπτονταν τον οδοντίατρο μια φορά τον χρόνο εμφάνισε μείωση (34,62%) και αυξήθηκε το ποσοστό εκείνων που τον επισκέπτονταν μόνο σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού. Τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 1-600€, πριν την οικονομική κρίση επισκέπτονταν τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο μια φορά ή τουλάχιστον δύο φορές τον χρόνο, ενώ κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης τον επισκέπτονταν μόνο σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού. Τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 601-900€ ως επί το πλείστον πριν από την οικονομική κρίση επισκέπτονταν τον οδοντίατρο μια φορά τον χρόνο (52,27%), ενώ κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης τον επισκέπτονταν μόνο σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού (45,45%). Τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα άνω των 900€ πριν από την οικονομική κρίση επισκέπτονταν τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο μια φορά και τουλάχιστον δύο

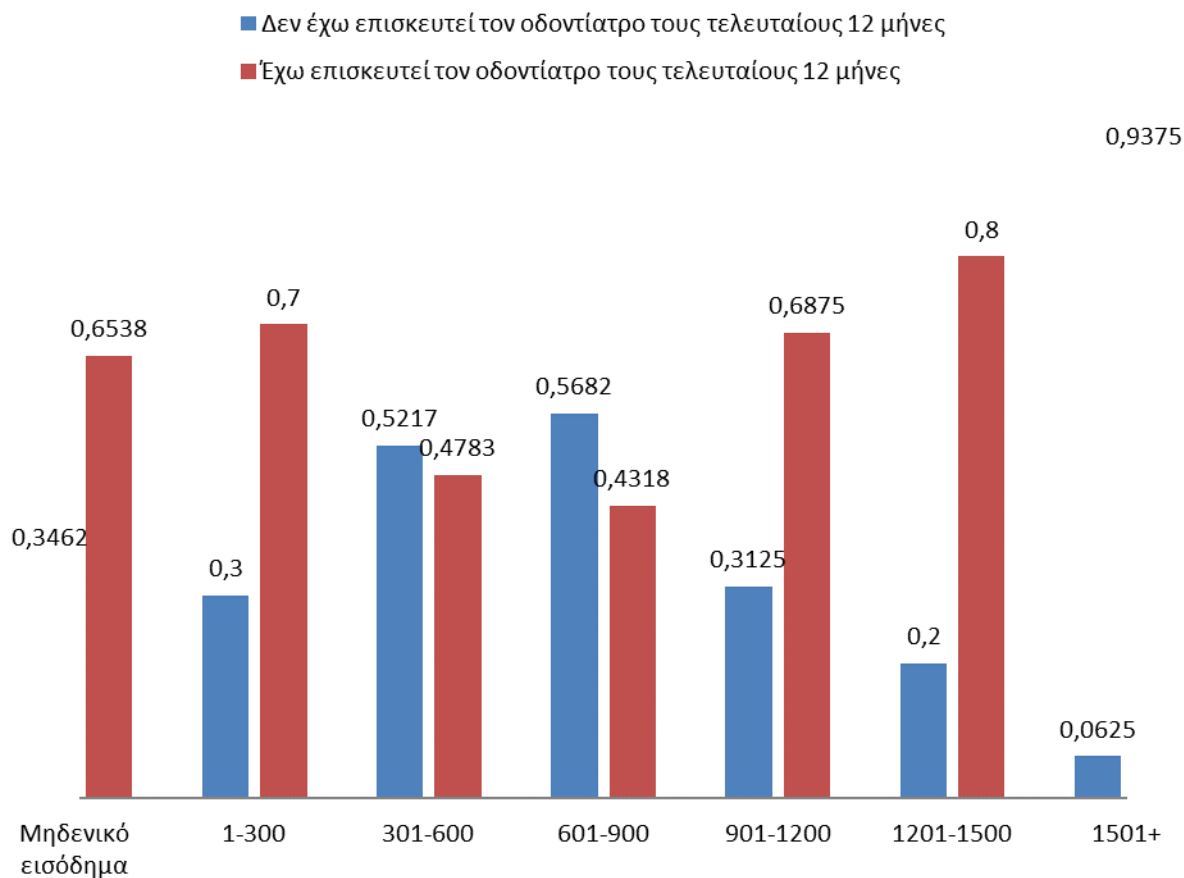
φορές τον χρόνο, συνήθεια η οποία συνεχίστηκε και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, τα άτομα που είχαν υψηλό εισόδημα συνέχισαν και μετά την οικονομική κρίση να επισκέπτονται τον οδοντίατρο με τον ίδιο ρυθμό που τον επισκέπτονταν και πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, ενώ τα άτομα με χαμηλό εισόδημα μείωσαν τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο και επισκέπτονταν τον οδοντίατρο κυρίως για την αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού.

Όσον αφορά τη μείωση των επισκέψεων στον οδοντίατρο, τα άτομα χωρίς ατομικό μηνιαίο εισόδημα και τα άτομα με εισόδημα 1-900€, ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι είχαν μειωθεί οι επισκέψεις τους στον οδοντίατρο, ενώ η πλειοψηφία των ατόμων που διέθεταν εισόδημα άνω των 900€ ανέφεραν ότι δεν μειώθηκαν οι επισκέψεις τους στον οδοντίατρο. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με τους Nasseh και Vujicic (2014), οι οποίοι είχαν εξάγει το συμπέρασμα ότι συγκριτικά με το 2003, το 2010 τα νοικοκυριά με μέσο εισόδημα είχαν μειώσει σε μεγαλύτερο βαθμό τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο συγκριτικά με τα άτομα με πολύ υψηλό εισόδημα. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων για να εξεταστεί αν το εισόδημα επηρεάζει την μείωση των επισκέψεων των ατόμων στον οδοντίατρο. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της μείωσης των επισκέψεων στον οδοντίατρο, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 15,27 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value} = 0,01 < 0,05$. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα το εισόδημα επηρεάζει τη μείωση των επισκέψεων στον οδοντίατρο μετά την οικονομική κρίση.

Όσον αφορά την ηλικία, η πλειοψηφία των ατόμων των οποίων η ηλικία κυμαινόταν μεταξύ 19-44 ετών, ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι δεν είχαν μειωθεί οι επισκέψεις τους στον οδοντίατρο, ενώ εκείνοι οι οποίοι ήταν άνω των 45 ετών ανέφεραν ότι είχαν μειωθεί οι επισκέψεις τους στον οδοντίατρο, με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταγράφουν όσοι ήταν άνω των 65 ετών (73,33%). Διαφορετικά αποτελέσματα είχαν εξάγει οι Vujicic et al. (2013), οι οποίοι έκαναν έρευνα σε κατοίκους των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και ανέφεραν ότι συγκριτικά με το 2003, το 2010 τα άτομα των οποίων η ηλικία ήταν από 19-49 ανέφεραν ότι μειώθηκαν οι επισκέψεις τους στον οδοντίατρο. Διεξήχθη έλεγχος υποθέσεων για να ελεγχθεί αν η ηλικία επηρεάζει την μείωση των επισκέψεων των ατόμων στον οδοντίατρο. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ηλικίας και της μείωσης των επισκέψεων στον οδοντίατρο, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 9,42 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value} = 0,09 < 0,1$. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα η ηλικία επηρεάζει τη μείωση των επισκέψεων στον οδοντίατρο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

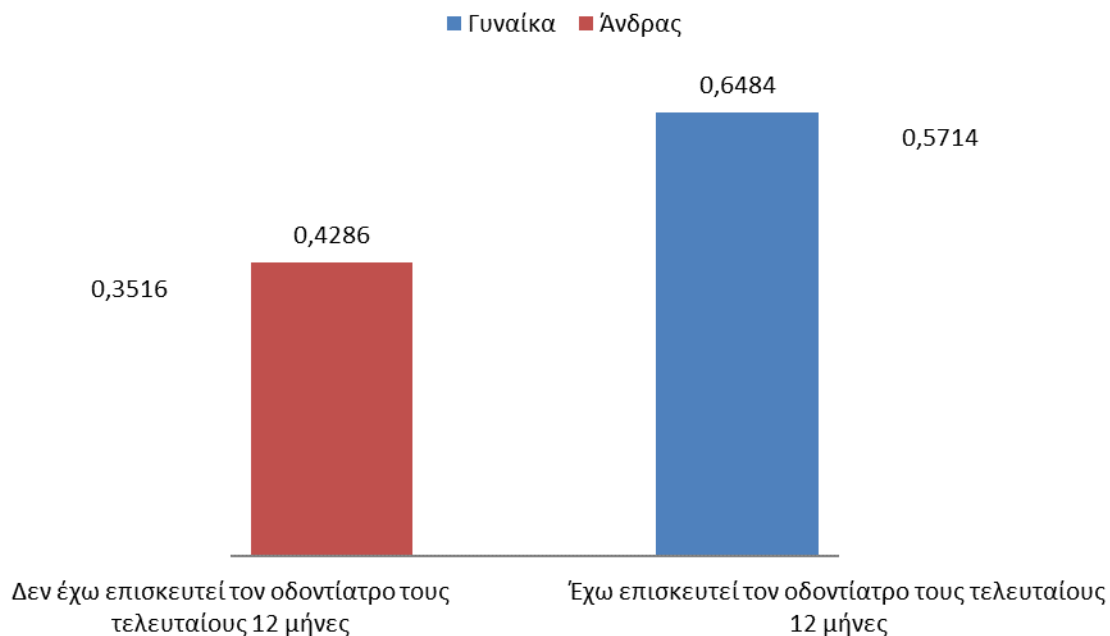
Τα άτομα με εισόδημα έως 1200€ ανέφεραν ως κύριο λόγο μείωσης των επισκέψεων τους στον οδοντίατρο τη μείωση του εισοδήματός τους, ενώ ένα στα δύο άτομα με εισόδημα 1201-1500€ ανέφεραν ως κύριο λόγο την υπάρχουσα ικανοποιητική στοματική υγιεινή. Εκείνοι οι οποίοι είχαν εισόδημα άνω των 1.500€ ανέφεραν ως κύριο λόγο ότι το κόστος των οδοντιάτρων ήταν αυξημένο (50%).

Σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα, το οποίο απεικονίζει την επιρροή του εισοδήματος στις επισκέψεις των ατόμων στον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες, η πλειονοψηφία των ατόμων που δεν διέθετε μηνιαίο ατομικό εισόδημα και εκείνοι με εισόδημα από 1-300€ είχαν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ εκείνοι των οποίων το εισόδημα ήταν από 301 έως 900€ δεν είχαν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες. Τα άτομα με μηνιαίο ατομικό εισόδημα άνω των 900€ είχαν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων για να ελεγχθεί αν το εισόδημα επηρεάζει τις επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους τον τελευταίο χρόνο. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του εισοδήματος και των επισκέψεων στον οδοντίατρο, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 17,7 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value} = 0,007 < 0,01$. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα το εισόδημα επηρεάζει τις επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους τους τελευταίους 12 μήνες.



Διάγραμμα 4.3.1. Επισκέψεις στον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες κατά εισόδημα

Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η σχέση του φύλου με τις επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους τους τελευταίους 12 μήνες. Το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο των γυναικών (64,84%) όσο και των ανδρών (57,14%) είχαν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες.



Διάγραμμα 4.3.2. Επισκέψεις στον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες κατά φύλο

Τα άτομα που δεν διέθεταν μηνιαίο ατομικό εισόδημα και εκείνα των οποίων το εισόδημα κυμαίνονταν από 1-1200€ ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι κατά την επίσκεψη τους σε οδοντίατρο είχαν ζητήσει κάποια έκπτωση ή ευκολία πληρωμής, ενώ τα άτομα με εισόδημα άνω των 1201€ ως επί το πλείστον δεν είχαν ζητήσει έκπτωση ή ευκολία πληρωμής από τον οδοντίατρο τα τελευταία 10 χρόνια. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων για να ελεγχθεί αν το εισόδημα επηρεάζει την απόφαση των ατόμων να ζητήσουν κάποια έκπτωση ή ευκολία πληρωμής από τον οδοντίατρο κατά τα τελευταία 10 χρόνια. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της ζήτησης από τα άτομα κάποιας διευκόλυνσης, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 15,85 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value} = 0,01 = 0,01$. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα το εισόδημα επηρεάζει την απόφαση των καταναλωτών να ζητήσουν από τον οδοντίατρο κάποια έκπτωση ή ευκολία πληρωμής.

Όσον αφορά το φύλο, οι άνδρες, σε μεγαλύτερο ποσοστό (60%), είχαν ζητήσει τα τελευταία 10 χρόνια κάποια έκπτωση ή ευκολία πληρωμής συγκριτικά με γυναίκες (56,04%).

Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (54,04%) θα έβαζε σε προτεραιότητα κάποια μελλοντική οδοντιατρική εργασία, όπως σφράγισμα ή καθαρισμό δοντιών έναντι κάποιας άλλης ανάγκης. Όσον αφορά την σχέση του εισοδήματος με αυτή τους την απόφαση, τα άτομα με μηδενικό μηνιαίο εισόδημα, που ήταν κυρίως φοιτητές (73,08%), ως επί το πλείστον θα έβαζαν σε προτεραιότητα κάποια μελλοντική οδοντιατρική εργασία, όπως σφράγισμα ή καθαρισμό δοντιών έναντι κάποιας άλλης ανάγκης (69,23%), ενώ τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα από 1-900€ δεν θα την έβαζαν σε προτεραιότητα. Επίσης, τα άτομα με

εισόδημα άνω των 901€ θα την έβαζαν σε προτεραιότητα έναντι κάποιας άλλης ανάγκης. Διεξήχθη έλεγχος υποθέσεων για να εξεταστεί αν το εισόδημα επηρεάζει την απόφαση των ατόμων για το εάν θα έβαζαν σε προτεραιότητα κάποια μελλοντική οδοντιατρική εργασία έναντι κάποιας άλλης ανάγκης. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της απόφασης των ατόμων για το εάν θα έβαζαν σε προτεραιότητα κάποια μελλοντική οδοντιατρική εργασία έναντι κάποιας άλλης ανάγκης, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 13,96 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value} = 0,03 < 0,05$. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα το εισόδημα επηρεάζει την απόφαση των ατόμων για το αν θα βάλουν σε προτεραιότητα κάποια μελλοντική οδοντιατρική εργασία έναντι κάποιας άλλης ανάγκης.

4.3.7. Εισόδημα και ασφάλιση

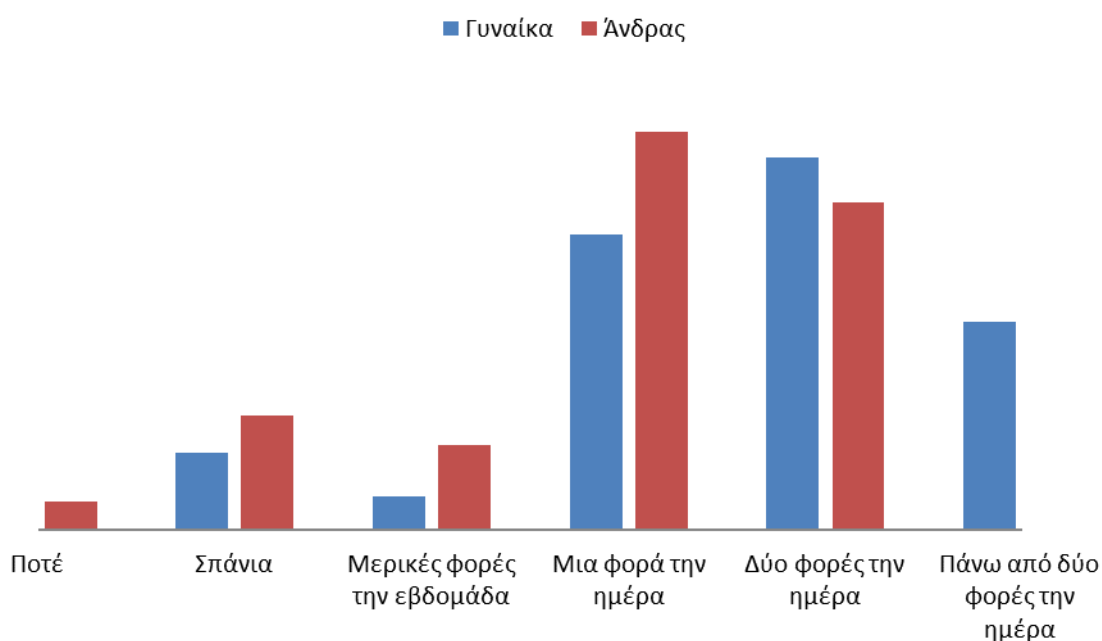
Το εισόδημα επηρεάζει την ασφάλιση των ατόμων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Αναλυτικότερα, τα άτομα τα οποία δεν είχαν ατομικό μηνιαίο εισόδημα και εκείνα που το εισόδημα τους κυμαινόταν από 1-1500€ ως επί το πλείστον είχαν δημόσια ασφάλιση (ΕΟΠΥΥ), ενώ εκείνοι που είχαν ατομικό μηνιαίο εισόδημα άνω των 1501€ είχαν κυρίως ιδιωτική ασφάλιση. Συνεπώς, ιδιωτική ασφάλιση είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό εκείνοι που διέθεταν και αυξημένο εισόδημα. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων για να ελεγχθεί αν το εισόδημα επηρεάζει την ασφάλιση που είχαν τα άτομα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της ασφάλισης υγείας, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 38,64 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value} = 0,003 < 0,01$. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα το εισόδημα επηρεάζει την ασφάλιση υγείας που είχαν τα άτομα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

4.3.8. Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και στοματική υγιεινή

Όσον αφορά την επιρροή του εισοδήματος στη συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών, η πλειοψηφία των ατόμων που δεν διέθεταν μηνιαίο ατομικό εισόδημα βούρτσιζαν τα δόντια τους δύο φορές την ημέρα, ενώ ένας στους δύο με εισόδημα από 1 έως 300€ βούρτσιζε τα δόντια του μια φορά την ημέρα. Τα άτομα με μηνιαίο ατομικό εισόδημα 301-600€ ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι βούρτσιζαν τα δόντια τους δύο φορές την ημέρα, ενώ εκείνοι που διέθεταν εισόδημα από 601-900€ τα βούρτσιζαν μια φορά την ημέρα. Όσον αφορά εκείνους με μηνιαίο ατομικό εισόδημα άνω των 901€ βούρτσιζαν τα δόντια τους δύο φορές την ημέρα.

Όπως απεικονίζεται και στο παρακάτω διάγραμμα, οι γυναίκες ως επί το πλείστον βούρτσίζουν τα δόντια τους δύο φορές την ημέρα (37,36%), ενώ οι άνδρες μια φορά την ημέρα (40%), αποτέλεσμα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των McClure and Saemundsson (2014), οι οποίοι είχαν παρατηρήσει ότι στην Ισλανδία οι άντρες το 2009 βούρτσίζουν τα δόντια τους συχνότερα από ότι οι γυναίκες, ενώ στην έρευνα των Mamai-Homata et al. (2016), διαπιστώθηκε ότι στην Ελλάδα οι γυναίκες βούρτσίζουν περισσότερο τα δόντια τους συγκριτικά με τους άντρες, αποτέλεσμα με το οποίο είναι σύμφωνη και η παρούσα έρευνα.

Για να ελεγχθεί αν το φύλο επηρεάζει τη συχνότητα με την οποία τα άτομα βουρτσίζουν τα δόντια τους, έγινε έλεγχος υποθέσεων. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του φύλου και της συχνότητας βουρτσίσματος των δοντιών, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 12,65 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value} = 0,02 < 0,05$. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα το φύλο επηρεάζει τη συχνότητα που τα άτομα βουρτσίζουν τα δόντια τους.



Διάγραμμα 4.3.3 Συχνότητα βουρτσίσματος δοντιών κατά φύλο

Όσον αφορά τη χρήση οδοντικού νήματος, το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο των γυναικών (63,74%) όσο και των ανδρών (80%) δεν χρησιμοποιούσαν οδοντικό νήμα. Για να ελεγχθεί αν το φύλο επηρεάζει την τη χρήση οδοντικού νήματος, έγινε έλεγχος υποθέσεων. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση (H_0) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του φύλου και της χρήσης οδοντικού νήματος, ενώ σύμφωνα με την εναλλακτική (H_1) υπάρχει σχέση. Η τιμή X^2 βρέθηκε 5,06 με πιθανότητα να παρατηρηθεί η τιμή αυτή $p\text{-value} = 0,02 < 0,05$. Συνεπώς, απορρίπτεται η

μηδενική υπόθεση (H_0) άρα το φύλο επηρεάζει τη χρήση οδοντικού νήματος. Οι γυναίκες συνεπώς, φροντίζουν περισσότερο τα δόντια τους

Η πλειοψηφία των ατόμων (67%) θεωρούσαν ότι η περιποίηση της στοματικής τους υγιεινής είχε παραμείνει ίδια μετά την οικονομική κρίση. Όσον αφορά το φύλο, το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο των γυναικών (63,74%), όσο και των ανδρών (71,43%) ανέφεραν ότι η περιποίηση της στοματικής τους υγιεινής είχε παραμείνει ίδια.

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και για το εισόδημα, καθώς όλα τα άτομα ανεξαρτήτου εισοδήματος ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι η περιποίηση της στοματικής τους υγιεινής είχε παραμείνει ίδια μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης.

4.4. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ

Για τον καθορισμό των παραγόντων που προσδιορίζουν τις επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους τους τελευταίους 12 μήνες χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της κατάστασης της στοματικής τους υγείας καθώς και αν διέθεταν ασφάλιση υγείας. Πιο συγκεκριμένα, εκτιμήθηκε η κάτωθι συνάρτηση:

$$\text{Episk_12mines} = \alpha_0 + \alpha_1 \text{age} + \alpha_2 \text{megaloeisodima} + \alpha_3 \text{kalistom} + \alpha_4 \text{ehounasfalisi}$$

Episk_12mines: ψευδομεταβλητή η οποία λαμβάνει την τιμή 1 στην περίπτωση που ο ερωτώμενος έχει επισκεφθεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες και την τιμή 0 στην αντίθετη περίπτωση

age: η ηλικία των ερωτώμενων σε έτη

megaloeisodima: ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 όταν ο ερωτώμενος έχει εισόδημα άνω των 900€ και 0 όταν έχει χαμηλότερο

kalistom: ψευδομεταβλητή η οποία λαμβάνει την τιμή 1 όταν ο ερωτώμενος έχει καλή στοματική υγεία και την τιμή 0 όταν δεν έχει

ehounasfalisi: ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 όταν ο ερωτώμενος έχει ασφάλιση υγείας και την τιμή 0 όταν δεν έχει

Με δεδομένο ότι η εξαρτημένη μεταβλητή είναι διχοτομική ποιοτική μεταβλητή, η εκτίμηση των παραμέτρων α_i του υποδείγματος για τις επισκέψεις των ατόμων στους οδοντιάτρους τους τελευταίους 12 μήνες, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της λογιστικής

παλινδρόμησης (binary logistic regression). Τα εμπειρικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 4.4.1: Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τις επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους τους τελευταίους 12 μήνες

Μεταβλητές	Υπόδειγμα logit episk_12mines
Σταθερά	-1,222 (-1,53)
age	-0,020* (-1,72)
megaloeisodima	1,112*** (2,66)
kalistom	1,722*** (4,47)
ehounasfalisi	1,388** (1,96)
R ²	0,197
2Log likelihood	-86,22

Σημείωση: Στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η στατιστική z.

***, ** και *, υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα 1%, 5% και 10% αντίστοιχα

Έτσι, η εκτιμώμενη συνάρτηση για τις επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους τους τελευταίους 12 μήνες, έχει την εξής μορφή:

$$\text{Episk_12mines} = -1,2220 - 0,020\text{age} + 1,112\text{megaloeisodima} + 1,722\text{kalistom} + 1,388\text{ehounasfalisi}$$

Τα αποτελέσματα από την εκτίμηση του παραπάνω υποδείγματος, υποδηλώνουν ότι η ηλικία το εισόδημα η καλή στοματική υγεία και η κατοχή ασφάλισης υγείας είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές.

Συγκριμένα, οι μικρότερης ηλικίας ερωτώμενοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν επισκεφθεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες.

Επίσης, τα άτομα με εισόδημα άνω των 900€ είναι πιθανότερο να είχαν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες. Αποτέλεσμα με το οποίο συμφωνούν και οι Vujicic et al. (2013), οι οποίοι είχαν συμπεράνει ότι εκείνοι που διέθεταν υψηλό εισόδημα είχαν μειώσει τις

επισκέψεις τους στον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες σε μικρότερο βαθμό συγκριτικά με εκείνους που διέθεταν μέσο εισόδημα.

Επιπλέον, όσον αφορά την κατάσταση στοματικής υγείας τους, αυτοί που είχαν καλή στοματική υγεία είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να επισκεφθούν τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες. Όσον αφορά την ασφάλιση υγείας, προκύπτει ότι τα άτομα που διέθεταν ασφάλιση υγείας ήταν πιθανότερο να είχαν επισκεφθεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες.

Συμπερασματικά, η πιθανότητα να επισκέφθηκαν τα άτομα οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες είναι μεγαλύτερη για τα άτομα με εισόδημα άνω των 900€, ενώ η αύξηση της ηλικίας των ατόμων μειώνει την πιθανότητα επίσκεψης σε οδοντιάτρους τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης, η καλή στοματική υγεία και η ασφάλιση επηρεάζουν θετικά την πιθανότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες. Δηλαδή, από τα αποτελέσματα αυτά αποδεικνύεται ότι όταν ένα άτομο έχει καλή οικονομική κατάσταση, θα διαθέσει το εισόδημα του για οδοντιατρικές υπηρεσίες, συγκριτικά με κάποιο άλλο που έχει χαμηλότερο εισόδημα και πιθανόν προτιμάει να το διαθέσει σε άλλες ανάγκες. Επίσης, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φαίνεται ότι παραμελούν την στοματική τους υγεία. Όσον αφορά την στοματική υγεία των ατόμων, είναι λογικό τα άτομα που είχαν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες να έχουν καλή στοματική υγιεινή, καθώς δείχνουν να δίνουν προτεραιότητα στη στοματική τους υγεία. Ακόμη, εκείνοι που διαθέτουν ασφάλιση, είναι πιθανότερο να επισκέπτονται τους οδοντιάτρους περισσότερο.

4.5. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΞΕΣΠΑΣΜΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Για τον καθορισμό των παραγόντων που προσδιορίζουν τη μείωση των επισκέψεων στον οδοντίατρο μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της κατάστασης της στοματικής τους υγείας καθώς και αν διέθεταν δημόσια ασφάλιση υγείας. Πιο συγκεκριμένα, εκτιμήθηκε η κάτωθι συνάρτηση:

$$\text{Meiwsh_episk_fc} = \alpha_0 + \alpha_1 \text{age} + \alpha_2 \text{kalistom} + \alpha_3 \text{dimasfal} + \alpha_4 \text{mikroeisodima}$$

Meiwsh_episk_fc: ψευδομεταβλητή η οποία λαμβάνει την τιμή 1 στην περίπτωση που ο ερωτώμενος έχει μειώσει τις επισκέψεις του στον οδοντίατρο μετά την οικονομική κρίση και την τιμή 0 στην αντίθετη περίπτωση

age: η ηλικία των ερωτώμενων σε έτη

kalistom: ψευδομεταβλητή η οποία λαμβάνει την τιμή 1 όταν ο ερωτώμενος έχει καλή στοματική υγεία και την τιμή 0 όταν δεν έχει

dimasfal: ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 όταν ο ερωτώμενος έχει δημόσια ασφάλιση υγείας και την τιμή 0 όταν δεν έχει

mikroeisodima: ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 όταν ο ερωτώμενος έχει εισόδημα μικρότερο από 900€ και 0 όταν έχει υψηλότερο

Με δεδομένο ότι η εξαρτημένη μεταβλητή είναι διχοτομική ποιοτική μεταβλητή, η εκτίμηση των παραμέτρων α_i του υποδείγματος για τη μείωση των επισκέψεων στον οδοντίατρο μετά την οικονομική κρίση, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της λογιστικής παλινδρόμησης (binary logistic regression). Τα εμπειρικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 4.5.1: Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τη μείωση των επισκέψεων στον οδοντίατρο μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης

Μεταβλητές	Υπόδειγμα Meiwsh_episk_fc
Σταθερά	-1,656 (-2,29)
age	0,029* (2,40)
kalistom	-0,900*** (-2,47)
dimasfal	0,938*** (2,48)
mikroeisodima	0,731** (1,87)
R ²	0,147
2Log likelihood	-97,05

Σημείωση: Στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η στατιστική z.

***, ** και *, υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα 1%, 5% και 10% αντίστοιχα

Έτσι, η εκτιμώμενη συνάρτηση για τη μείωση των επισκέψεων στον οδοντίατρο μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, έχει την εξής μορφή:

$$\text{Meiwsh_episk_fc} = -1,656 + 0,029\text{age} - 0,900\text{kalistom} + 0,938\text{dimasfal} + 0,731\text{mikroeisodima}$$

Τα αποτελέσματα από την εκτίμηση του παραπάνω υποδείγματος, υποδηλώνουν ότι η ηλικία, η καλή στοματική υγεία, η κατοχή δημόσιας ασφάλισης υγείας και το εισόδημα είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές.

Συγκριμένα, οι μεγαλύτερης ηλικίας ερωτώμενοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν μειώσει τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο μετά την οικονομική κρίση. Αποτέλεσμα, το οποίο είναι σύμφωνο με τους Wall et al. (2010), οι οποίοι ανέφεραν στην έρευνα τους ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά μείωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης συγκριτικά με τους μικρότερους σε ηλικία. Επιπλέον, όσον αφορά την κατάσταση στοματικής υγείας τους, αυτοί που είχαν καλή στοματική υγεία είχαν μικρότερη πιθανότητα να μειώσουν τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο μετά την οικονομική κρίση.

Όσον αφορά τη δημόσια ασφάλιση υγείας, προκύπτει ότι τα άτομα που διέθεταν δημόσια ασφάλιση υγείας ήταν πιθανότερο να μειώσουν τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης. Επίσης, τα άτομα με εισόδημα μικρότερο των 900€ είναι πιθανότερο να είχαν μειώσει τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης. Αποτέλεσμα, το οποίο είναι σύμφωνο με τους Wall et al. (2010) και τους Nishide et al. (2017), οι οποίοι είχαν αναφέρει ότι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα είχαν μειωμένες επισκέψεις στον οδοντίατρο κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Συμπερασματικά, η πιθανότητα να μειώσουν τα άτομα τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης είναι μεγαλύτερη για τα άτομα με εισόδημα κάτω των 900€. Επίσης, η αύξηση της ηλικίας και η δημόσια ασφάλιση επηρεάζουν θετικά την πιθανότητα μείωσης των επισκέψεων σε οδοντιάτρους μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης. Δηλαδή, τα άτομα τα οποία διαθέτουν χαμηλό εισόδημα και είναι μεγάλα σε ηλικία παρουσιάζουν μειώσεις στις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο και η οδοντιατρική φροντίδα καθίσταται για αυτούς δευτερεύουσα ανάγκη (Manski and Moeller, 2017). Επίσης τα άτομα που διαθέτουν δημόσια ασφάλιση υγείας φαίνεται ότι προτιμούν να μην την χρησιμοποιούν, πιθανόν λόγω των μειονεκτημάτων που έχει, όπως η μεγάλη αναμονή για εξυπηρέτηση, καθώς και η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας (Charalambous et al., 2015).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την έρευνα για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και πιο συγκεκριμένα στην οδοντιατρική φροντίδα προέκυψε ότι η οικονομική κρίση μπορεί να προκαλέσει επιπτώσεις στη υγεία και στην οδοντιατρική φροντίδα των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, η οικονομική κρίση και τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας, προκαλούν στα άτομα ψυχολογικά προβλήματα, ψυχικές διαταραχές και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας (Margerison-Zilko et al, 2016). Επίσης, λόγω της οικονομικής κρίσης, διπλασιάστηκαν τα ποσοστά κλοπής και ανθρωποκτονίας και διπλασιάστηκε η συνολική φαρμακευτική δαπάνη της χώρας (Simou and Koutsogeorgou, 2014). Ακόμη, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης επηρέασαν και την στοματική υγιεινή των ατόμων. Αναλυτικότερα, το εισόδημα, η έλλειψη εργασίας και η μη κάλυψη από ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν εμπόδια που δυσκολεύουν τις επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους (Manski et al., 2014b). Επίσης, όταν ένα άτομο έχει χαμηλό εισόδημα τότε έχει και μειωμένη πρόσβαση σε οδοντιατρικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από την ηλικία του (Nishide et al., 2017).

Όσον αφορά την κατάσταση υγείας των ατόμων, από την έρευνα προέκυψε ότι μεγάλο ποσοστό είχε πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας (68,33%) και όσον αφορά την κατάσταση της στοματικής τους υγείας οι περισσότεροι είχαν καλή στοματική υγεία (31,68%). Επιπλέον, καλύτερη κατάσταση υγείας είχαν οι νεότεροι σε ηλικία (19-34 ετών), εκείνοι που δεν διέθεταν ατομικό μηνιαίο εισόδημα και εκείνοι των οποίων το εισόδημα ήταν άνω των 1.201€. Όσον αφορά την στοματική υγεία, εκείνοι που είχαν καλύτερη στοματική υγεία επισκέφτηκαν περισσότερες φορές τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες και είχαν μικρότερη πιθανότητα να μειώσουν τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο μετά την οικονομική κρίση.

Επίσης, η πλειοψηφία επισκέπτονταν τον οδοντίατρο ελάχιστα (51,14%) κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι πριν την οικονομική κρίση επισκέπτονταν τον οδοντίατρο δύο φορές τον χρόνο, ενώ κατά τη διάρκεια της, τον επισκέπτονταν μια φορά τον χρόνο και σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού. Οι μεγαλύτερες μειώσεις επισκέψεων στον οδοντίατρο σημειώθηκαν για εκείνους που διέθεταν εισόδημα από 1-900€ και για τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (73,33%). Ο κύριος λόγος για τον οποίον μειώθηκαν οι επισκέψεις των ατόμων στον οδοντίατρο ήταν η μείωση του εισοδήματος τους (61,9%). Επίσης, καθοριστικό ρόλο στις επισκέψεις των ατόμων σε οδοντιάτρους έπαιξε το εισόδημα, καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα είχαν αυξημένες επισκέψεις σε υπηρεσίες υγείας, καλύτερη ποιότητα υγείας και αυξημένες επισκέψεις σε οδοντιάτρους σε αντίθεση με τους χαμηλόμισθους. Για παράδειγμα, εκείνοι οι οποίοι

διέθεταν εισόδημα άνω των 900€ ανέφεραν ότι οι επισκέψεις τους στον οδοντίατρο συνεχίστηκαν με τον ίδιο ρυθμό, όπως και πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και ήταν πιθανότερο να είχαν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης, οι γυναίκες επισκέπτονταν πιο συχνά τον οδοντίατρο και βούρτσιζαν τα δόντια τους συχνότερα σε αντίθεση με τους άντρες, ενώ οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό είχαν ζητήσει ευκολία πληρωμής (60%) από τον οδοντίατρο.

Επιπλέον, όσον αφορά την ασφάλιση των ατόμων για οδοντιατρικές υπηρεσίες, το 86,96% πίστευε ότι το κράτος δεν παρείχε καθόλου ή παρείχε ελάχιστα υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας. Επιπλέον, το 62,73% των ατόμων που διέθεταν δημόσια ασφάλιση υγείας θα προτιμούσαν να καταβάλλουν οι ίδιοι το κόστος έναντι της δημόσιας ασφάλισης, που διέθεταν σε αντίθεση με εκείνους, οι οποίοι είχαν ιδιωτική ασφάλιση, την οποία προτιμούσαν να χρησιμοποιήσουν παρά να καταβάλλουν οι ίδιοι το κόστος. Επίσης, προέκυψε ότι τα άτομα που διέθεταν ασφάλιση υγείας ήταν πιθανότερο να είχαν επισκεφθεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες και άτομα που διέθεταν δημόσια ασφάλιση υγείας ήταν πιθανότερο να μειώσουν τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης.

Όσον αφορά τα παιδιά (κάτω των 15 ετών), οι περισσότεροι γονείς και κηδεμόνες ανέφεραν ως επί το πλείστον ότι τα πήγαιναν στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο και όχι μόνο όταν παρίσταται ανάγκη.

Συνεπώς, όπως προκύπτει από τα παραπάνω η οδοντιατρική φροντίδα επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική κατάσταση των ατόμων, συμπέρασμα το οποίο προκύπτει καθώς τα άτομα με χαμηλό εισόδημα τείνουν να επισκέπτονται με μικρότερη συχνότητα τους οδοντιάτρους και να έχουν χαμηλότερης ποιότητας στοματική υγιεινή συγκριτικά με τους υψηλόμισθους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Charalambous, C., Theodorou, M., & Galanis, P. (2015). The effects of the economic crisis on dental care in Cyprus: The opinion of the dentists. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 32(2), 194-201.
2. Chatzopoulos, G., Tsitsara, M., Tzimas, K., & Tsalikis, L. (2018). The change of patient profile, attitudes and satisfaction in University Dental clinic after onset of economic crisis in Greece. *Balkan Journal of Dental Medicine*, 22(2), 74-80.
3. Diamantopoulos, K. & Niakas D. (2017). The effects of economic crisis on the demand and supply of the dental services in Greece. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 7(2), 135-140.
4. Elstad, J. I. (2017). Dental care coverage and income-related inequalities in foregone dental care in Europe during the great recession. *Community dentistry and oral epidemiology*, 45(4), 296-302.
5. Eurostat (2018), Healthcare personnel statistics - dentists, pharmacists and physiotherapists. *Statistics Explained*, 1-11
6. Guessous, I., Theler, J. M., Izart, C. D., Stringhini, S., Bodenmann, P., Gaspoz, J. M., & Wolff, H. (2014). Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*, 14(1), 121.
7. Levy, B. S., & Sidel, V. (2009). The economic crisis and public health. *Social medicine*, 4(2), 82-87.
8. Mamai-Homata, E., Koletsi-Kounari, H., & Margaritis, V. (2016). Gender differences in oral health status and behavior of Greek dental students: A meta-analysis of 1981, 2000, and 2010 data. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 6(1), 60.
9. Manski, R. J., Moeller, J. F., & Chen, H., (2014a). Dental care coverage and use: modeling limitations and opportunities. *American journal of public health*, 104(10), 2002-2009.
10. Manski, R. J., Moeller, J. F., Chen, H., Schimmel, J., St. Clair, P. A., & Pepper, J. V. (2014b). Dental usage under changing economic conditions. *Journal of public health dentistry*, 74(1), 1-12.

11. Manski, R. J., Moeller, J. F., St Clair, P. A., Schimmel, J., Chen, H., & Pepper, J. V. (2011). The influence of changes in dental care coverage on dental care utilization among retirees and near-retirees in the United States, 2004–2006. *American journal of public health*, 101(10), 1882-1891.
12. Manski, R., & Moeller, J. (2017). Barriers to oral health across selected European countries and the USA. *International dental journal*, 67(3), 133-138.
13. Manski, R., Moeller, J., Chen, H., Widström, E., Lee, J., & Listl, S. (2015). Disparity in dental coverage among older adult populations: a comparative analysis across selected European countries and the USA. *International dental journal*, 65(2), 77-88.
14. Margerison-Zilko, C., Goldman-Mellor, S., Falconi, A., & Downing, J. (2016). Health impacts of the great recession: a critical review. *Current epidemiology reports*, 3(1), 81-91.
15. McClure, C. B., & Sæmundsson, S. R. (2014). Effects of a national economic crisis on dental habits and checkup behaviors—a prospective cohort study. *Community dentistry and oral epidemiology*, 42(2), 106-112.
16. Nasseh, K., & Vujicic, M. (2014). The effect of growing income disparities on US adults' dental care utilization. *The Journal of the American Dental Association*, 145(5), 435-442.
17. Nishide, A., Fujita, M., Sato, Y., Nagashima, K., Takahashi, S., & Hata, A. (2017). Income-related inequalities in access to dental care services in Japan. *International journal of environmental research and public health*, 14(5), 524.
18. OECD/European Union (2018), “Health expenditure per capita”, in *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels.
19. Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2-3), 111-119.
20. Sveinsdottir, E. G., & Wang, N. J. (2014). Dentists' views on the effects of changing economic conditions on dental services provided for children and adolescents in Iceland. *Community Dent Health*, 31, 219-23.

21. Vujicic, M., Nasseh, K., & Wall, T. (2013). Dental care utilization declined for adults, increased for children during the past decade in the United States. *Health Policy Resources Center Research Brief. American Dental Association*. Health Policy Institute Research Brief, 1-8
22. Wall, T. P., Vujicic, M., & Nasseh, K. (2012). Recent trends in the utilization of dental care in the United States. *Journal of dental education*, 76(8), 1020-1027.
23. Αδάμπα, Ε., & Γεωργιτσάκη, Α. (2015). Ελληνική κοινωνία και κρίση, αμφίδρομες σχέσεις και συνέπειες, *πτυχιακή εργασία*, 1-101.
24. Απόφαση Κοινή Υπουργική (2018). 80157: «Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)» ΦΕΚ 4898/Β' 1-11-2018.
25. Βίτας Χ. (2012), Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα αίτια και επιπτώσεις, *Τράπεζα της Ελλάδος*. Ανακτήθηκε από https://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/PRESENTATION_harris_vitas.pdf
26. ΕΛΣΤΑΤ (2008), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2008, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές.
27. ΕΛΣΤΑΤ (2009α), Έρευνα Υγείας/ 2009, Γενική κατάσταση υγείας (ανά ηλικιακή ομάδα/φύλο/τρέχουσα ασχολία).
28. ΕΛΣΤΑΤ (2009β), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2009, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές.
29. ΕΛΣΤΑΤ (2009γ), Έρευνα Υγείας/ 2009, Ανάγκη για συμβουλή από ειδικευμένο γιατρό/ χειρουργό αλλά δεν δόθηκε. Κύριος λόγος.
30. ΕΛΣΤΑΤ (2010), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2010, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές.
31. ΕΛΣΤΑΤ (2011), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2011, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές.

32. ΕΛΣΤΑΤ (2012), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2012, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές.
33. ΕΛΣΤΑΤ (2013), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2013, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές
34. ΕΛΣΤΑΤ (2014α), Έρευνα Υγείας/ 2014, Γενική κατάσταση υγείας (ανά ηλικιακή ομάδα/φύλο/τρέχουσα ασχολία).
35. ΕΛΣΤΑΤ (2014β), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2014, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές.
36. ΕΛΣΤΑΤ (2014γ), Έρευνα Υγείας/ 2014, Ανάγκη για εισαγωγή αλλά δεν έγινε. Κύριος λόγος.
37. ΕΛΣΤΑΤ (2015), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2015, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές.
38. ΕΛΣΤΑΤ (2015α), Δελτίο τύπου Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 και αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009- 2012.
39. ΕΛΣΤΑΤ (2016), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2016, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές.
40. ΕΛΣΤΑΤ (2017), Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (από 2008 και μετά) / 2017, μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές.
41. ΕΛΣΤΑΤ (2018), Δελτίο τύπου Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών έτους 2017.
42. ΕΛΣΤΑΤ (2018β), Δελτίο τύπου Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2016.
43. ΕΛΣΤΑΤ (2019α), Κατάσταση απασχόλησης και ποσοστό ανεργίας Ιανουάριος 2004 - Απρίλιος 2019).
44. Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε., & Μακρή, Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα, *Εγκέφαλος*, 50, 22-30.

45. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2019), Ελλάδα: Πολιτική και Οικονομική Κατάσταση. Ανακτήθηκε από https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/political-and-economic-situation-33_el
46. Κυριακού, Δ., Μπελιάς, Δ., Κουστέλιος, Α., Βαρσάνης, Κ., & Ξανθόπουλος, Δ. (2015). Οι Κοινωνικές Επιπτώσεις στην Ελλάδα των Μνημονίων. *10^ο Συνέδριο MIBES*, 15-17 Οκτωβρίου 2015, Λάρισα, Ελλάδα, 470-480.
47. Μπάκος, Δ.Ι. (2013). Αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ, *διπλωματική εργασία*, 1-209
48. Μπογοσιάν, Ε. (2017). Οικονομική κρίση και υγεία. Η υγεία στην Ελλάδα την περίοδο 2010- 2014. *Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική*, 10, 19-26.
49. Τράπεζα της Ελλάδος (2014) , Το χρονικό της μεγάλης κρίσης. Η τράπεζα της Ελλάδος 2008- 2013.
50. Τράπεζα της Ελλάδος (2015α), Έκθεση του διοικητή για το έτος 2014.
51. Τράπεζα της Ελλάδος (2015β), Νομισματική Πολιτική 2014- 2015.
52. Τράπεζα της Ελλάδος (2017α), Νομισματική Πολιτική 2016- 2017.
53. Τράπεζα της Ελλάδος (2017β), Νομισματική Πολιτική ενδιάμεση έκθεση 2017.
54. Τράπεζα της Ελλάδος (2019), Νομισματική Πολιτική 2018-2019.

ΣΕΛΙΔΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- https://en.wikipedia.org/wiki/Web_of_Science
- <http://www.share-project.org/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, οι απαντήσεις εμπιστευτικές και τα στοιχεία του θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της πτυχιακής εργασίας με θέμα «Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην οδοντιατρική φροντίδα. Οι απόψεις των καταναλωτών».

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι να αποτυπωθούν οι απόψεις των καταναλωτών σχετικά με την επιρροή της οικονομικής κρίσης στην οδοντιατρική φροντίδα.

Η συμβολή σας είναι πολύτιμη για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής και η συνεργασία σας απαραίτητη.

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων.

Η ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΦΩΤΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

1. Παρακαλώ δηλώστε με √ τον βαθμό συμφωνίας σας για καθεμία από τις παρακάτω προτάσεις:

Όπου 1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα	1	2	3	4	5
Η οικονομική κρίση μπορεί να προκαλέσει επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία.					
Λόγω της οικονομικής κρίσης υπάρχει υπογεννητικότητα.					
Η δημόσια ασφάλιση παρέχει χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας.					
Η οδοντιατρική φροντίδα είναι σημαντική για την υγεία.					
Η οδοντιατρική φροντίδα έχει αποτελέσει για πολλούς μια δευτερεύουσα ανάγκη.					
Η οικονομική κρίση επηρέασε αρνητικά τις επισκέψεις σας στον οδοντίατρο.					
Η αύξηση του εισοδήματος συμβάλλει στην αύξηση των επισκέψεων σε οδοντίατρο.					
Λόγω της οικονομικής κρίσης οι οδοντίατροι έχουν αυξήσει τις τιμές των υπηρεσιών- εργασιών τους.					
Η κάλυψη οδοντιατρικής φροντίδας από τη δημόσια ασφάλιση υγείας έχει σαν αποτέλεσμα αυξημένες επισκέψεις σε οδοντιάτρους.					
Η κάλυψη οδοντιατρικής φροντίδας από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει σαν αποτέλεσμα αυξημένες επισκέψεις σε οδοντιάτρους.					

2. Παρακαλώ σημειώστε με √ τον βαθμό που σας αντιπροσωπεύει.

Όπου 1= Καθόλου, 2= Ελάχιστα, 3= Αρκετά, 4= Πολύ 5= Πάρα πολύ	1	2	3	4	5
Πιστεύετε ότι το κράτος σας παρέχει την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα.					
Κατά τον τελευταίο χρόνο στερηθήκατε κάποια φροντίδα που σχετίζεται με την υγεία σας, λόγω έλλειψης οικονομικής δυνατότητας;					
Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον οδοντίατρο;					
Πιστεύετε ότι το κράτος παρέχει την απαραίτητη οδοντιατρική περίθαλψη;					

3. Έχετε παιδιά <15 ετών;

Ναι ☐ Όχι ☐

(Αν έχετε παιδιά παρακαλώ συνεχίστε με την ερώτηση 3.1, αλλιώς συνεχίστε με την ερώτηση 4).

- 3.1. Πηγαίνετε τα παιδιά σας στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο;

Ναι ☐ Μόνο όταν παραστεί ανάγκη ☐

3.2. Πόσες φορές επισκέφτηκε το παιδί σας οδοντίατρο για γενική οδοντιατρική εξέταση ή καθαρισμό δοντιών τον τελευταίο χρόνο;

Καμία φορά ☐ 1 φορά ☐ 2 φορές ☐ >3 φορές ☐

4. Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση υγείας σας;

Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐ Άριστη ☐

5. Θεωρείτε ότι η στοματική υγιεινή σας είναι:

Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐ Άριστη ☐

6. Πόσο συχνά πηγαίνατε στον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο πριν την οικονομική κρίση; (πριν το 2009)

Τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο ☐ Μια φορά τον χρόνο ☐

Κάθε δεύτερο χρόνο ☐ Κάθε τρίτο χρόνο ☐

Κάθε τέταρτο χρόνο ☐ Είχα να τον επισκεφτώ 5-6 χρόνια ☐

Δεν τον είχα επισκεφτεί τα προηγούμενα 10 χρόνια ☐

Επισκεπτόμουν τον οδοντίατρο μόνο σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού ☐

7. Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο (κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης);

Τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο ☐ Μια φορά τον χρόνο ☐

Κάθε δεύτερο χρόνο ☐ Κάθε τρίτο χρόνο ☐

Κάθε τέταρτο χρόνο ☐ Έχω να τον επισκεφτώ 5-6 χρόνια ☐

Δεν τον έχω επισκεφτεί τα τελευταία 10 χρόνια ☐

Επισκέπτομαι τον οδοντίατρο μόνο σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού ☐

8. Έχουν μειωθεί οι επισκέψεις σας στον οδοντίατρο μετά την οικονομική κρίση;

Ναι ☐ Όχι ☐

8.1. Αν ναι, ο λόγος που έχουν μειωθεί οι επισκέψεις σας στον οδοντίατρο οφείλετε:

Στο αυξημένο κόστος οδοντιατρικών υπηρεσιών ☐

Στη μείωση του εισοδήματος ☐

Στην υπάρχουσα ικανοποιητική στοματική υγιεινή ☐

Άλλο: _____

9. Έχετε επισκεφθεί οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες;

Ναι ☐ Όχι ☐

10. Θεωρείτε ότι το κόστος υπηρεσιών- εργασιών των οδοντιάτρων έχει αυξηθεί μετά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης;

Ναι ☐ Όχι ☐

11. Θεωρείτε ότι το κόστος υπηρεσιών- εργασιών των οδοντιάτρων σήμερα είναι:

Λογικό ☐ Υπέρμετρο ☐ Απαγορευτικό ☐

12. Κατά την επίσκεψή σας σε οδοντίατρο τα τελευταία 10 χρόνια έχετε ζητήσει κάποια έκπτωση ή ευκολία πληρωμής;

Ναι ☐ Όχι ☐

13. Σε περίπτωση που χρειάζεστε κάποια μελλοντική οδοντιατρική εργασία (πχ. σφράγισμα, καθαρισμό δοντιών κλπ.), θα την βάζατε σε προτεραιότητα έναντι κάποιας άλλης ανάγκης;

Ναι ☐ Όχι ☐

14. Έχετε ασφάλιση για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη;

Ναι έχω δημόσια ασφάλιση (ΕΟΠΥΥ) ☐

Ναι, έχω και δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση ☐

Ναι, έχω ιδιωτική ασφάλιση ☐

Όχι, δεν έχω ασφάλιση ☐

15. Διαθέτατε παλαιότερα ιδιωτική ασφάλιση;

Ναι ☐ Όχι ☐

15.1. Αν ναι, πριν από πόσα περίπου χρόνια διαθέτατε ιδιωτική ασφάλιση;

Πριν από 1 χρόνο ☐ Πριν από 2-3 χρόνια ☐ Πριν από 4-5 χρόνια ☐ Πριν από 5-6 χρόνια ☐ Έχουν περάσει τουλάχιστον 10 χρόνια ☐

(Αν δεν διαθέτετε δημόσια ασφάλιση παρακαλώ μην απαντήσετε στην ακόλουθη ερώτηση.)

16. Προτιμάτε να καταβάλλεται οι ίδιοι το κόστος για να επισκεφτείτε τον οδοντίατρο, από το να χρησιμοποιήσετε την δημόσια ασφάλιση που σας παρέχετε;

Ναι ☐ Όχι ☐

(Αν δεν διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση παρακαλώ μην απαντήσετε στην ακόλουθη ερώτηση.)

17. Προτιμάτε να καταβάλλεται οι ίδιοι το κόστος για να επισκεφτείτε τον οδοντίατρο, από το να χρησιμοποιήσετε την ιδιωτική ασφάλιση που σας παρέχετε;

Ναι ☐ Όχι ☐

18. Διαθέτατε παλαιότερα ιδιωτική ασφάλιση;

Ναι ☐ Όχι ☐

18.1. Αν ναι, πριν από πόσα περίπου χρόνια διαθέτατε ιδιωτική ασφάλιση;

Πριν από 1 χρόνο ☐ Πριν από 2-3 χρόνια ☐ Πριν από 4-5 χρόνια ☐ Πριν από 5-6 χρόνια ☐ Έχουν περάσει τουλάχιστον 10 χρόνια ☐

19. Πόσο συχνά βουρτσίζετε τα δόντια σας;

Πάνω από δύο φορές την ημέρα ☐

Μια φορά την ημέρα ☐

Σπάνια ☐

Δύο φορές την ημέρα ☐

Μερικές φορές την εβδομάδα ☐

Ποτέ ☐

20. Χρησιμοποιείτε οδοντικό νήμα;

Ναι ☐ Όχι ☐

20.1. Αν ναι, πόσο συχνά χρησιμοποιείτε οδοντικό νήμα;

Παραπάνω από δύο φορές τη μέρα ☐

Μια φορά την ημέρα ☐

Σπάνια ☐

Δύο φορές τη μέρα ☐

Μερικές φορές τη βδομάδα ☐

21. Θεωρείτε ότι η περιποίηση της στοματικής υγιεινής σας (βούρτσισμα δοντιών, χρήση νήματος) έχει αυξηθεί μετά την οικονομική κρίση;

Ναι ☐ Όχι ☐ Παράμεινε ίδια ☐

22. Θεωρείτε ότι η ποιότητα οδοντιατρικών υπηρεσιών σήμερα είναι καλύτερη από πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης;

Ναι ☐ Όχι ☐ Ίδια ☐

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

23. Φύλο : Άντρας ☐ Γυναίκα ☐
24. Ηλικία: _____
25. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
Αγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐ Εν διαστάσει ☐
Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α ☐ Σε συμβίωση ☐
26. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;
Απόφοιτος Δημοτικού ☐ Απόφοιτος Γυμνασίου ☐
Απόφοιτος Λυκείου ☐ Απόφοιτος μεταλυκειακής εκπαίδευσης (πχ. ΙΕΚ) ☐
Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος ☐
Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος ☐
27. Ποιο είναι το επάγγελμα σας;
Ανεργος/η ☐ Δημόσιος Υπάλληλος ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐
Φοιτητής/τρια ☐ Ελεύθερος Επαγγελματίας ☐ Οικιακά ☐
Συνταξιούχος ☐
28. Ποιο είναι το μηνιαίο ατομικό εισόδημα σας (€);
Δεν έχω ατομικό εισόδημα ☐ 1-300 ☐ 301-600 ☐ 601 –900 ☐ 901 –
1.200 ☐ 1.201- 1.500 ☐ 1.501 και άνω ☐
29. Σε ποιό Δήμο διαμένετε;

Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας!