

Przyczyny niekorzystania z opieki stomatologicznej w Polsce

Dorota Elżbieta Piotrowska¹, Bartosz Pędziański^{1,2}, Dorota Jankowska³, Robert Milewski³, Andrzej Szpak^{4,5}

¹ Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Łomżyńskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.

³ Zakład Statystyki Medycznej i Informatyki, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁴ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

⁵ Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

Piotrowska DE, Pędziański B, Jankowska D, Milewski R, Szpak A. Przyczyny niekorzystania z opieki stomatologicznej w Polsce. Med Og Nauk Zdr. 2018; 24(3): 191–194. doi: 10.26444/monz/94353

Streszczenie

Cel pracy. Mieszkańcy Polski znacznie rzadziej korzystają ze świadczeń stomatologicznych niż mieszkańcy większości krajów UE. Celem pracy jest określenie przyczyn niekorzystania ze świadczeń stomatologicznych mimo istniejącej potrzeby względem czynników socjoekonomicznych takich jak dochód, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz wiek.

Materiał i metody. Analiza została przeprowadzona na podstawie danych zastanych z badania ankietowego GUS zrealizowanego w 2013 roku, w którym wzięły udział 12532 osoby. W pracy dokonano analizy przyczyn niekorzystania na podstawie odpowiedzi 528 respondentów, którzy przyznali, że zrezygnowali ze świadczeń stomatologicznych mimo zaistniałej potrzeby.

Wyniki. Dochód jest determinantą istotną statystycznie w przypadku przyczyny rezygnacji z wizyty u lekarza dentysty ($p < 0,001$). Wśród badanych o najniższych dochodach prawie 60% zrezygnowało ze świadczeń z powodu kosztów, podczas gdy w grupie o najwyższych dochodach było to tylko 30%. Pozostałe czynniki socjoekonomiczne nie wykazują istotnego statystycznie wpływu jako przyczyna niekorzystania ($p > 0,05$).

Wnioski. Znaczne zróżnicowanie pomiędzy poziomem dochodu a przyczynami niekorzystania ze świadczeń wynika najpewniej z wyłączenia szeregu świadczeń stomatologicznych z publicznego mechanizmu finansowania opieki zdrowotnej. Analiza przyczyn niekorzystania ze świadczeń powinna być brana pod uwagę w planowaniu interwencji mających na celu ograniczanie nierówności w zdrowiu.

Słowa kluczowe

korzystanie z opieki stomatologicznej, niekorzystanie z opieki stomatologicznej, opieka stomatologiczna, świadczenia stomatologiczne, nierówności w zdrowiu

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Korzystanie ze świadczeń stomatologicznych jest, poza prawidłową higieną, jednym z podstawowych czynników wpływających na stan zdrowia jamy ustnej. W 2015 roku liczba wizyt stomatologicznych na jednego mieszkańca Polski wynosiła 0,9, podczas gdy w krajach takich jak Holandia wynosiła 2,53; Niemcy – 1,5; Litwa – 1,43; Estonia – 1,41; Luxemburg – 1,42; Szwecja – 1,33 [1]. Niekorzystnie kształtują się również wskaźniki próchnicy w populacji. W 2014 roku wskaźnik DMFT (Decayed Missing Filled Tooth) dla dzieci 12-letnich wynosił 2,8 i był wyraźnie wyższy niż w innych krajach UE, takich jakich jak Dania z wynikiem 0,4; Niemcy – 0,5; Portugalia – 1,2; Słowenia – 1,9 [2].

Determinanty socjoekonomiczne mają silny wpływ na powstawanie nierówności w zdrowiu. Dotyczy to zarówno zdrowia ogólnego, jak i zdrowia jamy ustnej. Miejsce zamieszkania, wykształcenie czy dochód wpływają na stan zdrowia [3, 4]. Na przestrzeni lat postępująca urbanizacja, wzrost odsetka osób z wykształceniem wyższym na wsi i rozwój możliwości technologicznych, takich jak Internet i telewizja, sprawiły, że różnice w stanie zdrowia pomiędzy miastem a wsią zaczęły się zacierać [5–8]. Jak wykazują liczne

badania, poziom dochodów nadal jest istotnym czynnikiem wpływającym na rezygnację z opieki stomatologicznej, pomimo istniejącej potrzeby [1]. Celem pracy było określenie przyczyn niekorzystania ze świadczeń stomatologicznych deklarowanych przez Polaków względem czynników socjoekonomicznych, takich jak miejsce zamieszkania, wykształcenie i wiek.

MATERIAŁ I METODY

Analiza została przeprowadzona na podstawie danych zastanych pochodzących z badań „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w IV kwartale 2013 r. Badanie zostało zrealizowane metodą PAPI – Paper And Pen Personal Interview. Informacji o osobach poniżej 15. r.ż. udzielały osoby zorientowane w sytuacji zdrowotnej dzieci – ich rodzice lub opiekunowie. W badaniu GUS-u uczestniczyło 4584 gospodarstw domowych, co odpowiadało 12 532 osobom. Na pytanie „Czy w 2013 roku zdarzyło się, że zrezygnował(ła) Pan(i) z usług lekarza dentysty, pomimo że istniała rzeczywiste taka potrzeba?” twierdząco odpowiedziało 528 osób (4,21% osób ankietowanych). Odpowiedzi tej grupy respondentów były przedmiotem niniejszej analizy.

Wykształcenie sklasyfikowano zgodnie z 8-poziomą Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Edukacji

Adres do korespondencji: Dorota Elżbieta Piotrowska, Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Szpitalna 37, 15-295 Białystok, Polska
E-mail: dorota.e.piotrowska@gmail.com

Nadesłano: 19 czerwca 2018; Zaakceptowano: 16 sierpnia 2018

(ISCED 2011): wykształcenie podstawowe – poziom 0–2, wykształcenie średnie – poziom 3–4, wykształcenie wyższe – poziom 5–8. Dochód rozporządzalny w badanej grupie został podzielony na kwartyle: I kwartył – dochód do 701,71 zł, II kwartył – 701,71–1044,86 zł, III kwartył – 1044,86–1500,31 zł, IV kwartył – powyżej 1500,31 zł. Ankietowani wskazywali tylko jedną, główną przyczynę rezygnacji z usług/porad lekarza stomatologa. Na potrzeby pracy oraz ze względu na liczebności poszczególnych grup wyróżniono następujące kategorie przyczyn niekorzystania usług stomatologicznych: 1) koszty (brak pieniędzy), 2) czas oczekiwania/godziny przyjęć (tj. długi czas oczekiwania na termin wizyty, niedostosowany czas przyjęć, np. w godzinach pracy), 3) brak czasu, 4) strach i oczekiwanie na ustąpienie objawów (tj. obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem, wołałam/łam poczekać i zobaczyć, czy moje problemy miną bez konieczności wizyty), 5) pozostałe (brak skierowania, trudności z dotarciem, nie znam żadnego dobrego lekarza, brak lekarza, inne).

Analiza statystyczna przeprowadzona została przy użyciu programu STATISTICA 12.0 firmy StatSoft. Do oceny istotności statystycznej wpływu rozpatrywanych czynników socjoekonomicznych na wybór przyczyny niekorzystania z opieki stomatologicznej wykorzystano nieparametryczny test niezależności χ^2 . Wyniki uznano za istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$.

Wśród respondentów było 242 mężczyzn i 286 kobiet, w tym 280 osób z obszarów miejskich, 248 osób z obszarów wiejskich; w grupie wieku: 0–24 lata były 72 osoby; 25–64 lat – 407 osób; 65 lat i więcej – 49 osób. W całej badanej populacji najczęściej wskazywaną przyczyną niekorzystania ze świadczeń stomatologicznych był brak pieniędzy – 47,2% odpowiedzi, następnie strach przed wizytą i badaniem – 18,8%, kolejną był długi czas oczekiwania lub nieodpowiednie godziny przyjęć – 18,4%, brak czasu – 8,5%, a pozostałe przyczyny stanowiły 7,2% odpowiedzi.

Pośród wszystkich analizowanych czynników socjoekonomicznych jedynie dochód był istotną statystycznie zmienną modyfikującą odpowiedzi respondentów dotyczące rezygnacji z wizyty u lekarza stomatologa pomimo zaistniałej potrzeby. Osoby, których dochód mieścił się w pierwszym (najniższym) kwartyle, prawie dwukrotnie częściej (59,1%) jako główną przyczynę rezygnacji z opieki stomatologicznej wskazywały brak pieniędzy niż osoby znajdujące się w czwartej (najwyższej) grupie dochodowej – 30,3%. Osoby o najniższych dochodach dwukrotnie rzadziej (13,6%) rezygnowały z powodu długiego czasu oczekiwania i sześciokrotnie rzadziej (3,0%) z powodu braku czasu w stosunku do osób o najwyższych dochodach (odpowiednio 23,5% i 18,2%) (tabela 1).

Tabela 1. Dochód a przyczyny rezygnacji z wizyty u lekarza stomatologa ($p = 0,0000$)

Przyczyna	1 kwartył	2 kwartył	3 kwartył	4 kwartył
Koszty (brak pieniędzy)	78 (59,1%)	76 (57,6%)	55 (41,7%)	40 (30,3%)
Długi czas oczekiwania/ nieodpowiednie godziny przyjęć	18 (13,6%)	15 (11,2%)	33 (25,0%)	31 (23,5%)
Brak czasu	4 (3,0%)	6 (4,5%)	11 (8,3%)	24 (18,2%)
Strach i oczekiwanie na ustąpienie objawów	24 (18,2%)	28 (21,2%)	21 (15,9%)	26 (19,7%)
Pozostałe	8 (6,1%)	7 (5,3%)	12 (9,1%)	11 (8,3%)

Stwierdzono różnice nieco powyżej progu istotności ($p = 0,078$) w wyborze głównej przyczyny rezygnacji z opieki stomatologicznej u ankietowanych z różnych subpopulacji. Strach i oczekiwanie na ustąpienie objawów jako przyczynę rezygnacji pomimo istniejącej potrzeby wybrało 14,6% mieszkańców miast, a 23,4% mieszkańców wsi. Brak pieniędzy jako powód rezygnacji wskazało 51,8% osób w miastach i 41,9% osób na wsiach (tabela 2).

Tabela 2. Miejsce zamieszkania a przyczyny rezygnacji z wizyty u lekarza stomatologa ($p = 0,078$)

Przyczyna	Miasto	Wieś
Koszty (brak pieniędzy)	145 (51,8%)	104 (41,9%)
Długi czas oczekiwania/ nieodpowiednie godziny przyjęć	49 (17,5%)	48 (19,3%)
Brak czasu	24 (8,6%)	21 (8,5%)
Strach i oczekiwanie na ustąpienie objawów	41 (14,6%)	58 (23,4%)
Pozostałe	21 (7,5%)	17 (6,85%)

Pomimo braku istotności statystycznej analiza dotycząca wykształcenia wykazała, że 52,6% osób z wykształceniem podstawowym wybrało koszty jako główną przyczynę niekorzystania z usług stomatologicznych oraz 20,6% osób wskazało strach i oczekiwanie na ustąpienie objawów. Natomiast wśród osób z wykształceniem wyższym było to odpowiednio 36,9% oraz 13,8% (tabela 3).

Tabela 3. Wykształcenie a przyczyny rezygnacji z wizyty u lekarza stomatologa ($p = 0,18$)

Przyczyna	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie średnie	Wykształcenie wyższe
Koszty (brak pieniędzy)	51 (52,6%)	171 (48,6%)	24 (36,9%)
Długi czas oczekiwania/ nieodpowiednie godziny przyjęć	16 (16,5%)	59 (16,8%)	18 (27,7%)
Brak czasu	4 (4,1%)	32 (9,1%)	9 (13,8%)
Strach i oczekiwanie na ustąpienie objawów	20 (20,6%)	65 (18,5%)	9 (13,8%)
Pozostałe	6 (6,2%)	25 (7,1%)	5 (7,7%)

Wiek ankietowanych nie miał istotnego statystycznie wpływu na analizowane przyczyny niekorzystania ze świadczeń. We wszystkich grupach wieku koszty stanowiły główny powód braku korzystania ze świadczeń. Z powodu długiego czasu oczekiwania zrezygnowało 17 osób z najmłodszej grupy wiekowej, a tylko 4 osoby z najstarszej grupy. Z powodu braku czasu z usług stomatologicznych zrezygnowało najwięcej osób ze środkowej grupy wiekowej (24–64 lat) – 40 (tabela 4).

Tabela 4. Wiek a przyczyny rezygnacji z wizyty u lekarza stomatologa ($p = 0,072$)

Przyczyna	Wiek w latach		
	0–24	25–64	65 i więcej
Koszty (brak pieniędzy)	31 (43,1%)	191 (46,9%)	27 (55,1%)
Długi czas oczekiwania/ nieodpowiednie godziny przyjęć	17 (23,6%)	76 (18,7%)	4 (8,2%)
Brak czasu	4 (5,6%)	40 (9,8%)	1 (2,0%)
Strach i oczekiwanie na ustąpienie objawów	17 (23,6%)	72 (17,7%)	10 (20,4%)
Pozostałe	3 (4,2%)	28 (6,9%)	7 (14,3%)

DYSKUSJA I WNIOSKI

W licznych pracach wykazano, że sytuacja ekonomiczna jest najważniejszym czynnikiem determinującym stan zdrowia jamy ustnej [9, 10] oraz – podobnie jak w pracy własnej – istnieje dodatnia zależność pomiędzy poziomem dochodów jednostki a częstością korzystania z kontrolnych wizyt stomatologicznych [11].

Pomimo zmian związanych z globalizacją i urbanizacją w Polsce osoby z terenów wiejskich nadal rzadziej korzystają ze świadczeń stomatologicznych [12] oraz cechują się gorszym stanem zdrowia jamy ustnej niż osoby z miast [13–15]. Poza pracą własną brak jest jednak dostępnych publikacji na temat przyczyn niekorzystania ze świadczeń w obu populacjach.

Dane Eurostatu pokazują zróżnicowanie przyczyn niekorzystania ze świadczeń stomatologicznych ze względu na poziom wykształcenia, choć publikowane statystyki nie wskazują, czy różnice te są istotne statystycznie. Według tego źródła w Polsce w 2016 roku [16] wśród osób z wyższym wykształceniem 1,3% nie skorzystało ze świadczeń przyczyną finansowej, 1,8% z powodu brak czasu, a 0,7% z powodu lęku przed leczeniem. W przypadku osób z wykształceniem podstawowym było to odpowiednio 3,6%; 0,4% oraz 1,2% badanych. W innych krajach UE obserwuje się podobne zależności, a różnice zaznaczają się jedynie w proporcji wypowiedzi. W tym kontekście istotne są obserwacje wskazujące, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie poziom dochodu [17, 18], a tym samym maleje liczba osób niekorzystających z opieki stomatologicznej [19].

Brakuje opublikowanych danych dotyczących zależności pomiędzy wiekiem a przyczynami niekorzystania z usług lekarzy stomatologów. Zależności pomiędzy korzystaniem z nich a wiekiem wynikają w sposób decydujący ze względów klinicznych. W grupie wieku 0–24 lata występuje okres ząbkowania zębami mlecznymi i stałymi, słaba mineralizacja szkliwa, a co za tym idzie – potrzeba działań profilaktycznych (wizyt adaptacyjnych, fluoryzacji) wraz z często istniejącą potrzebą leczenia ortodontycznego. U osób w przedziale wieku 65 lat wzwyż wskazania kliniczne będą oscylowały w kierunku protetyki i periodontologii. Brak finansowania publicznego poszczególnych zakresów świadczeń może stanowić przyczynę niekorzystania z usług stomatologicznych przez osoby z poszczególnych grup wieku populacji.

Podsumowując, wyniki pracy pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Najczęściej wskazywaną przyczyną niekorzystania ze świadczeń stomatologicznych był brak pieniędzy – 47,2% odpowiedzi, następnie strach przed wizytą i badaniem – 18,8%, nieodpowiedni czas oczekiwania lub przyjęć – 18,4%, brak czasu pacjenta – 8,5%, a pozostałe przyczyny stanowiły 7,2%.
2. Jedynie dochód respondentów był istotnie statystyczną zmienną modyfikującą przyczyny niekorzystania ze świadczeń stomatologicznych ($p = 0,0000$).
3. Miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz wiek nie były czynnikami istotnie statystycznie determinującymi odpowiedzi respondentów dotyczących rezygnacji z wizyt u lekarza stomatologa ($p > 0,05$).

4. Zidentyfikowane przyczyny niekorzystania ze świadczeń powinny być brane pod uwagę w doborze interwencji mających na celu ograniczanie nierówności w zdrowiu jamy ustnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Eurostat. Consultation of a dentist per inhabitant. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hc_dent&lang=en (dostęp: 23.04.2018).
2. Malmo University. Oral Health Database. <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/> (dostęp: 7.05.2018).
3. Costa SM, Martins CC, Bonfim MdeLC, Zina LG, Paiva S, Pordeus I, Abreu M. A Systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9, s. 3540–3574.
4. Veugelaers P J, Yip A M. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 424–428.
5. Gaszyńska E, Wierzbicka M, Marczak M, Szatko F. Thirty years of evolution of oral health behaviours and dental caries in urban and rural areas in Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2014; 21(3): 557–561.
6. Bartnik E, Biedrzycki K, Bracisiewicz J, Chłoń-Domińczak A, Choińska-Mika J, Czajkowska M, Dąbrowski M et al. Raport o stanie edukacji 2010. Społeczeństwo w drodze do wiedzy. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2011, s. 24.
7. Gomes AP, da Silva EG, Gonçalves SH, Huhtala MF, Martinho FC, Gonçalves SE et al. Relationship between patient's education level and knowledge on oral health preventive measures. *Int Dent Med J Adv Res*. 2015; 1: 1–7.
8. Paulander J, Axelsson P, Lindhe J: Association between level of education and oral health status in 35-, 50-, 65- and 75-year-olds. *J Clin Periodontol* 2003; 30: 697–704.
9. Świdarska J, Świdarski W, Gracz L, Kaczmarek-Wysocka J. Use of dental services reimbursed by the National Health Fund and health of the oral cavity of examined patient. *Health and Wellness* 2014(2); 171–181.
10. Gracz L, Świdarska J. Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania podejmowania przez pacjentów leczenia stomatologicznego. *Hygeia Public Health* 2011; 46(1): 77–82.
11. Świdarska J, Świdarski W, Gracz L, Kaczmarek-Wysocka J. The influence of income on the frequency of visits to a dentist and health of the oral cavity of examined patients.
12. Piotrowska DE, Pędziński B, Jankowska D, Huzarska D, Charkiewicz AE, Szpak AS. Socio-economic inequalities in the use of dental care in urban and rural areas in Poland. *Ann Agric Environ Med*. doi: 10.26444/aaem/89917.
13. Panasiuk L, Kosiniak-Kamysz W, Horoch A, Paprzycki P, Karwat D. Tooth loss among adult rural and urban inhabitants of the Lublin Region. *Ann Agric Environ Med*. 2013; 20(3): 637–641.
14. Kamińska A, Szalewski L, Batkowska J, Wallner J, Wallner E, Szabelska A, Borowicz J. The dependence of dental caries on oral hygiene habits in preschool children from urban and rural areas in Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2016; 23(4): 660–665.
15. Gaszyńska E, Wierzbicka M, Marczak M, Szatko F. Thirty years of evolution of oral health behaviours and dental caries in urban and rural areas in Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2014; 21(3): 557–561.
16. Eurostat. Self-reported unmet needs for dental examination by sex, age, main reason declared and educational attainment level. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_16&lang=en (dostęp: 7.05.2018).
17. Wołoszyn A, Głowicka-Wołoszyn R. Dochód i wykształcenie jako determinanty stopy oszczędności gospodarstw domowych w Polsce. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 855 Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia nr 74, t. 1* (2015). doi: 10.18276/frfu.2015.74/1-64.
18. Wałęga A. Wykształcenie jako determinanta poziomu i struktury wydatków gospodarstw domowych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie nr 817*; 2010.
19. Tchicaya A, Lorentz N: Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *Int J Equity Health* 2014, 13(1): 7–10. 1186/1475-9276-13-7.

Reasons why Poles do not use dental care

■ Abstract

Objectives. Poles use dental services much less frequently than the residents of the majority of EU member states. This study aims to identify the reasons for the non-use of dental care, despite such a need in relation to socio-economic factors, such as income, place of residence, education, and age.

Materials and Method. The analysis consists in desk research based on a questionnaire survey conducted by the Polish Central Statistical Office (GUS) in 2013 on 12,532 individuals. The study examines the reasons for the non-use, relying on the replies provided by 528 respondents who admitted that they resigned from dental services despite such a need.

Results. Income is a statistically significant determinant regarding the reasons for resignations from dental visits ($p < 0.001$). Nearly 60% of the residents with the lowest income resigned from dental services due to their costs, whereas in the group with the highest income, this reason was indicated by only 30%. The impact of other socio-economic factors proved statistically insignificant regarding the reasons for the non-use ($p > 0.05$).

Conclusions. The differences in the reasons for not using dental services depended on the level of income, probably as a consequence of the exclusion of many dental services from the public health care financing mechanism. Analysis of the reasons for the non-use of dental services should be taken into consideration when planning interventions for reducing health inequalities.

■ Key words

use of dental care, non-use of dental care, dental care, dental services, health inequalities