

Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania podejmowania przez pacjentów leczenia stomatologicznego

Social and economic determinants of patients' decisions concerning their dental treatment

LESZEK GRACZ^{1/}, JOLANTA ŚWIDERSKA^{2/}

^{1/} Zakład Komunikacji Marketingowej, Katedra Marketingu Usług, Wydział Zarządzania i Ekonomiki Usług Uniwersytetu Szczecińskiego

^{2/} Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Denticus, Szczecin

Wstęp. Na sposób korzystania ze świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii obok uwarunkowań systemowych ma wpływ szereg innych czynników, m.in. występujące silne związki pomiędzy cechami społeczno-ekonomicznymi pacjentów, a podejmowaniem leczenia stomatologicznego. Do tych cech zalicza się: płeć, wiek, poziom wykształcenia, sytuację materialną pacjentów oraz miejsce zamieszkania.

Cel pracy. Ocena wpływu uwarunkowań społecznych i ekonomicznych na podejmowanie przez pacjentów leczenia stomatologicznego oraz częstość wizyt u lekarza dentysty.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone pod koniec 2008 i na początku 2009 roku, wśród losowo wybranych 528 pacjentów zgłaszających się na leczenie stomatologiczne prywatnie lub w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, zarówno w publicznych jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie miasta Szczecina i innych miast województwa zachodniopomorskiego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Ból zębów jako przyczynę podejmowania leczenia stomatologicznego wymienia największy odsetek osób wśród pacjentów w grupie wiekowej 66 lat i więcej (50%), pacjentów z wykształceniem zawodowym (53,7%) oraz z dochodami poniżej 300 PLN na jedną osobę w gospodarstwie domowym (78,6%). Ponad 59% ankietowanych pacjentów przyznaje, że ich dochody mają wpływ na częstość wizyt u lekarza dentysty. Około 33% ankietowanych pacjentów przyznaje, że zdarzyło im się zrezygnować z zaproponowanych przez lekarza dentystę zabiegów nieobjętych refundacją, ze względu na ich zbyt wysoką cenę.

Wnioski. Ponad połowa ankietowanych pacjentów uważa, że ich dochody mają wpływ na częstość wizyt u lekarza dentysty. Natomiast co trzeci badany pacjent przyznaje, że zdarzyło mu się zrezygnować z zaproponowanych przez lekarza dentystę zabiegów nieobjętych refundacją, ze względu na ich zbyt wysoką cenę.

Słowa kluczowe: przyczyny podejmowania leczenia stomatologicznego, uwarunkowania społeczno-ekonomiczne

Introduction. The mode of dental care use is influenced by systemic determinants, as well as by a significant correlation between the socio-economic determinants of patients and their decision of taking up dental treatment. Those determinants are: gender, age, education, financial position and a place of living.

Aim. To evaluate the influence of socio-economic determinants on having dental treatment and frequency of visits in dental offices.

Material and methods. The research was carried out at the end of 2008 and the beginning of 2009 amongst 528 randomly selected patients undergoing dental treatment paid for privately or by the National Health Fund in public and non-public healthcare centers in the city of Szczecin and the West Pomerania region. An analysis of evaluation of patients' behaviors, preferences and opinions on dental care was performed based on the author's questionnaire form.

Results. Toothache as a reason for undergoing a dental treatment was indicated by the biggest percentage of the surveyed patients aged 66 years and over (50%), patients with higher education (53.7%) and income of up to 300 PLN per person in a household (78.6%). More than 59% of the surveyed patients admitted that their income had an influence on the frequency of visits in dental offices. About 33% of the polled patients admitted that they had at least once given up non-refundable services proposed by a dentist, because of high price.

Conclusions. More than a half of the surveyed patients admitted that income influenced the frequency of visits in dental offices, whereas one third of the surveyed patients admitted that they had at least once given up non-refundable services proposed by a dentist, because of high price.

Key words: reasons for undergoing dental treatment, socio-economic determinants

Wstęp

Obok uwarunkowań systemowych na sposób korzystania ze świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii ma wpływ szereg innych czynników, m.in.: cechy społeczno-demograficzne i sytuacja ekonomiczna pacjentów, wpływające bezpośrednio na podejmowanie leczenia stomatologicznego [1].

Wśród głównych przyczyn wpływających na niepodejmowanie leczenia stomatologicznego wymienia się m.in. trudną sytuację ekonomiczną pacjentów [2, 3]. Od prowadzonej polityki zdrowotnej oraz zakresu świadczeń refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w dużej mierze zależy realizacja programów zdrowotnych, w tym również programów z zakresu stomatologii [4, 5, 6].

W krajach rozwiniętych ekonomicznie dzięki odpowiednim warunkom społecznym, ekonomicznym i organizacyjnym, sprzyjającym utrzymaniu zdrowia jamy ustnej (propagowanie wiedzy o zasadach utrzymania higieny jamy ustnej, okresowe badania stomatologiczne, zabiegi profilaktyczne) doprowadzono do zredukowania nakładów finansowych na stomatologiczną działalność naprawczą [7, 8].

Cel pracy

Ocena wpływu uwarunkowań społecznych i ekonomicznych na podejmowanie przez pacjentów leczenia stomatologicznego oraz częstość wizyt u lekarza dentystry.

Materiał i metoda

Próba badawcza obejmowała 528 pacjentów zgłaszających się na leczenie stomatologiczne prywatne lub w ramach ubezpieczenia w NFZ, zarówno

w publicznych jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie miasta Szczecina i innych miast województwa zachodniopomorskiego. Badania zostały przeprowadzone pod koniec 2008 i na początku 2009 roku. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

W przeprowadzonym badaniu kobiety stanowiły 60,4% badanych, a mężczyźni – 36,9%. Wiek pacjentów, którzy udzielili odpowiedzi kształtował się następująco: osoby w wieku do 25 lat stanowiły 20,9% badanych, osoby w wieku 26-45 lat – 49,8%, osoby w wieku 46-55 lat – 16,2%, osoby w wieku 56-65 lat – 7,5%, osoby w wieku 66 lat i więcej – 5,6%. Najbardziej liczną grupę wśród badanych pacjentów stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 49,4%. Kolejna grupa to osoby z wykształceniem wyższym – 24,9%, następnie osoby z wykształceniem zawodowym – 18,5% i podstawowym – 7,2%.

Analizę statystyczną wyników oparto o test niezależności χ^2 . Postawiono hipotezy zerowe o niezależności badanych uwarunkowań podejmowania leczenia oraz wybranych zmiennych jakościowych. W celu potwierdzenia wyników obliczono dwie statystyki: Pearsona oraz największej wiarygodności (NW). W przeprowadzonych analizach przyjęty został poziom istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki

W celu poznania głównych przyczyn, dla których badani pacjenci podejmują leczenie zębów, ankietowanym zadano pytanie: „Co skłoniło Panią/Pana do podjęcia leczenia zębów?”. Uzyskane odpowiedzi przedstawiono w zestawieniu z takimi zmiennymi jak: wiek, wykształcenie i dochód badanych pacjentów (tab. I, II i III).

Tabela I. Przyczyny podjęcia leczenia zębów a wiek badanych pacjentów
Table I. Reasons for undergoing dental treatment vs. age of polled patients

Co skłoniło Panią/Pana do podjęcia leczenia zębów? / What made you have dental treatment?	Wiek w latach / Age in years									
	do 25 / up to 25		26-45		46-55		56-65		66 i więcej / 66 and more	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ból zębów / toothache	40	41,24	97	41,81	35	46,67	16	45,71	13	50,00
chęć posiadania zdrowych zębów / the need to have healthy teeth	79	81,44	171	73,71	50	66,67	24	68,57	18	69,23
chęć posiadania ładnie wyglądających zębów / the need to have nice-looking teeth	70	72,16	109	46,98	32	42,67	14	40,00	6	23,08
strach, że jeśli nie rozpocznę leczenia zaczną boleć mnie zęby / fear of a toothache if I do not start treatment now	21	21,65	47	20,26	19	25,33	6	17,14	5	19,23
presja rodziny, znajomych / pressure from the family, friends	12	12,37	23	9,91	9	12,00	3	8,57	4	15,38
zalecenie lekarskie wynikające z badania kontrolnego / medical recommendation after a check-up examination	8	8,25	29	12,50	11	14,67	6	17,14	3	11,54
przekonanie, że szybsze podjęcie leczenia oznacza mniejsze koszty leczenia / conviction that early treatment means lower treatment cost	16	16,49	41	17,67	8	10,67	13	37,14	7	26,92
inne / other	0	0,00	5	2,16	4	5,33	0	0,00	1	3,85

*respondenci mogli zaznaczyć kilka możliwości, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%; respondents could select more than one option, the responses do not add up to 100%

Pacjenci w wieku do 25 lat jako główne powody podejmowania leczenia zębów podają: chęć posiadania zdrowych zębów (ponad 81%), chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (około 72%) oraz ból zębów (ponad 41%). Dla pacjentów z grupy wiekowej 26-45 lat najistotniejszymi powodami wpływającymi na podjęcie leczenia zębów są: chęć posiadania zdrowych zębów (prawie 74%), chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (47%), ból zębów (prawie 42%). W grupie wiekowej 46-55 lat do najczęstszych przyczyn podejmowania leczenia zębów pacjenci zaliczają: chęć posiadania zdrowych zębów (ponad 66%), ból zębów (ponad 46%) oraz chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (ponad 42%). Dla pacjentów w wieku 56-65 lat najistotniejsze powody podejmowania leczenia zębów to: chęć posiadania zdrowych zębów (ponad 68%), ból zębów (prawie

46%), chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (40%). Pacjenci w wieku powyżej 65 lat jako główne powody wpływające na podjęcie leczenia zębów podają chęć posiadania zdrowych zębów (ponad 69%) oraz ból zębów (50%).

Pacjenci z wykształceniem podstawowym za główne powody wpływające na podjęcie leczenia zębów podają: chęć posiadania zdrowych zębów (prawie 65%), chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (54%) oraz ból zębów (ponad 48%). Dla pacjentów z wykształceniem zawodowym najistotniejszymi powodami wpływającymi na podjęcie leczenia zębów są: chęć posiadania zdrowych zębów (około 56%), ból zębów (ponad 53%) i chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (około 44%). W grupie osób z wykształceniem średnim do najczęstszych przyczyn podejmowania leczenia zębów pacjenci zaliczają: chęć

Tabela II. Przyczyny podjęcia leczenia zębów a wykształcenie badanych pacjentów
Table II. Reasons for undergoing dental treatment vs. education of polled patients

Co skłoniło Panią/Pana do podjęcia leczenia zębów? / What made you have dental treatment?	Wykształcenie / Education							
	podstawowe / primary		zawodowe / vocational		średnie / secondary		wyższe / higher	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ból zębów / toothache	18	48,65	51	53,68	113	44,84	40	31,50
chęć posiadania zdrowych zębów / the need to have healthy teeth	24	64,86	53	55,79	191	75,79	105	82,68
chęć posiadania ładnie wyglądających zębów / the need to have nice-looking teeth	20	54,05	42	44,21	119	47,22	75	59,06
strach, że jeśli nie rozpocznę leczenia zaczną boleć mnie zęby / fear of a toothache if I do not start treatment now	9	24,32	28	29,47	46	18,25	22	17,32
presja rodziny, znajomych / pressure from the family, friends	4	10,81	17	17,89	28	11,11	7	5,51
zalecenie lekarskie wynikające z badania kontrolnego / medical recommendation after a check-up examination	7	18,92	9	9,47	23	9,13	21	16,54
przekonanie, że szybsze podjęcie leczenia oznacza mniejsze koszty leczenia / conviction that early treatment means lower treatment cost	4	10,81	21	22,11	36	14,29	28	22,05
inne / other	1	2,70	0	0,00	8	3,17	2	1,57

*respondenci mogli zaznaczyć kilka możliwości, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%; respondents could select more than one option, the responses do not add up to 100%

Tabela III. Przyczyny podjęcia leczenia zębów a dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym
Table III. Reasons for undergoing dental treatment vs. monthly income per person in a household

Co skłoniło Panią/Pana do podjęcia leczenia zębów? / What made you have dental treatment?	Dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym w złotych/miesiąc / Monthly income per person in a household									
	do 300 PLN / up to 300 PLN		301-500 PLN		501-800 PLN		801-1200 PLN		1200 PLN i więcej / 1200 PLN and more	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ból zębów / toothache	22	78,57	25	46,30	62	51,24	56	40,00	54	32,34
chęć posiadania zdrowych zębów / the need to have healthy teeth	10	35,71	35	64,81	82	67,77	109	77,86	139	83,23
chęć posiadania ładnie wyglądających zębów / the need to have nice-looking teeth	11	39,29	32	59,26	48	39,67	56	40,00	109	65,27
strach, że jeśli nie rozpocznę leczenia zaczną boleć mnie zęby / fear of a toothache if I do not start treatment now	9	32,14	14	25,93	25	20,66	30	21,43	26	15,57
presja rodziny, znajomych / pressure from the family, friends	5	17,86	7	12,96	15	12,40	17	12,14	11	6,59
zalecenie lekarskie wynikające z badania kontrolnego / medical recommendation after a check-up examination	5	17,86	7	12,96	17	14,05	14	10,00	16	9,58
przekonanie, że szybsze podjęcie leczenia oznacza mniejsze koszty leczenia / conviction that early treatment means lower treatment cost	5	17,86	10	18,52	17	14,05	27	19,29	31	18,56
inne / other	1	3,57	1	1,85	3	2,48	2	1,43	4	2,40

*respondenci mogli zaznaczyć kilka możliwości, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%; respondents could select more than one option, the responses do not add up to 100%

posiadania zdrowych zębów (prawie 76%), chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (około 47%) oraz ból zębów (prawie 45%). Pacjenci z wykształceniem wyższym za główne powody wpływające na podjęcie leczenia zębów podają: chęć posiadania zdrowych zębów (ponad 82%), chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (około 59%) oraz ból zębów (ponad 31%).

Pacjenci z dochodem do 300 PLN na jedną osobę w gospodarstwie domowym za główne powody wpływające na podjęcie leczenia zębów podają ból zębów (ponad 78%), chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (ponad 39%) oraz chęć posiadania zdrowych zębów (prawie 36%). Dla pacjentów z dochodem 301-500 PLN najistotniejszymi powodami wpływającymi na podjęcie leczenia zębów są: chęć posiadania zdrowych zębów (prawie 65%), chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (ponad 59%), ból zębów (ponad 46%). W grupie pacjentów z dochodem 501-800 PLN najczęstszymi przyczynami podejmowania leczenia zębów są: chęć posiadania zdrowych zębów (prawie 68%), ból zębów (około 51%) oraz chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (ponad 39%). Pacjenci z dochodem 801-1200 PLN jako główny powód wpływający na podjęcie leczenia zębów podają chęć posiadania zdrowych zębów (prawie 78%). Wśród ankietowanych pacjentów z tej grupy taki sam odsetek osób (40%) wskazał na ból zębów i chęć posiadania ładnie wyglądających zębów jako przyczyny podejmowania leczenia zębów. Dla pacjentów z dochodem powyżej 1200 PLN na jedną osobę w gospodarstwie domowym najistotniejsze powody podejmowania leczenia zębów to: chęć posiadania zdrowych zębów (ponad 83%), chęć posiadania ładnie wyglądających zębów (ponad 65%) oraz ból zębów (ponad 32%).

Następnie pacjentom zadano pytanie odnośnie wpływu ich dochodów na częstość wizyt u lekarza dentysty oraz przeanalizowano zmiany wpływu w zależności od miesięcznych dochodów na jedną osobę w rodzinie ankietowanych pacjentów.

Ponad 59% ankietowanych pacjentów przyznaje, że ich dochody mają wpływ na częstość wizyt u lekarza dentysty, natomiast prawie 41% badanych uważa, że ich dochody nie mają na to żadnego wpływu.

Dochody mają wpływ na częstość wizyt u lekarza dentysty u ponad 65% pacjentów z dochodami do 300 PLN, prawie 81% pacjentów z dochodami od 301 do 500 PLN, około 69% pacjentów z dochodami w przedziale 501-800 PLN, prawie 62% pacjentów z dochodami od 801 do 1200 PLN oraz niemal 40% pacjentów z dochodami powyżej 1200 PLN. Dochody nie mają wpływu na częstość wizyt u lekarza dentysty dla ponad 34% pacjentów z dochodami do 300 PLN, około 19% pacjentów z dochodami od 301 do 500 PLN, 31% pacjentów z dochodami w przedziale 501-800 PLN, około 38% pacjentów z dochodami od

Tabela IV. Wpływ dochodów na częstość wizyt u lekarza dentysty
Table IV. Income impact on dental visits

Czy Pani/Pana dochody mają wpływ na częstość wizyt u lekarza dentysty? / Does your income have impact on the frequency of your dental visits?	N		%	
	tak / yes	nie / no	304	59,14
		210		40,86

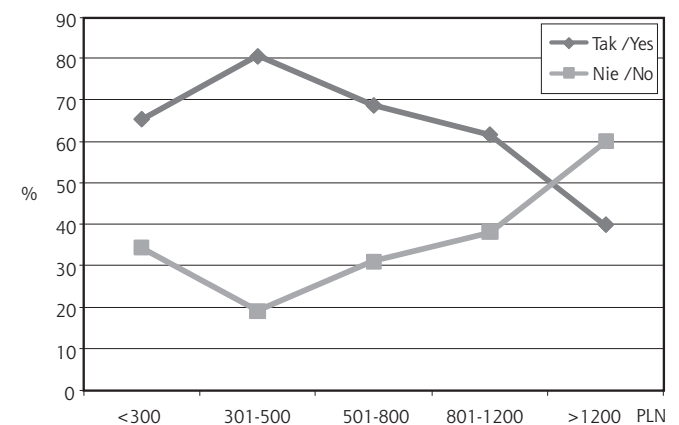
Tabela V. Wpływ dochodów na częstość wizyt u lekarza dentysty a miesięczny dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym
Table V. Income impact on dental visits vs. monthly income per person in a household

Czy Pani/Pana dochody mają wpływ na częstość wizyt u lekarza dentysty? / Does your income have impact on the frequency of your dental visits?	Dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym w PLN/miesiąc / Monthly income per person in household in PLN									
	do 300 / up to 300		301-500		501-800		801-1200		1200 i więcej / 1200 PLN and more	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tak / yes	19	65,52	42	80,77	84	68,85	84	61,76	65	39,88
nie / no	10	34,48	10	19,23	38	31,15	52	38,24	98	60,12

Tabela VI. Wyniki testu niezależności wpływu dochodów na częstość wizyt u lekarza dentysty oraz miesięcznego dochodu na jedną osobę w gospodarstwie domowym

Table VI. Results of chi-square distribution of income influence on frequency of visits in a dentist's office and monthly income per person in a household

Statystyki / Statistics	Wartość / Result	df	poziom p
χ^2 Pearsona / Pearson's correlation	40,49549	4	0,00000
χ^2 NW / Maximum likelihood estimation	41,31609	4	0,00000



Ryc. 1. Wpływ dochodów na częstość wizyt u lekarza dentysty a miesięczny dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym

Fig. 1. Income impact on dental visits vs. monthly income per person in a household

801 do 1200 PLN oraz 60% pacjentów z dochodami powyżej 1200 PLN.

Na podstawie wyników testu niezależności ($p < 0,05$) stwierdza się występowanie istotnie statystycznej zależności między oceną wpływu dochodów na częstość wizyt u lekarza dentysty a faktycznymi miesięcznymi dochodami na jedną osobę w gospodarstwie domowym ankietowanych pacjentów.

W celu poznania problemu rezygnacji z zabiegów stomatologicznych nie objętych refundacją przez NFZ badanym pacjentom zadano pytanie: „Czy zdarzyło się Pani/Panu zrezygnować z zaproponowanych przez lekarza dentystę zabiegów nieobjętych refundacją przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze względu na ich zbyt wysoką cenę?” Uzyskane odpowiedzi przedstawiono także w zestawieniu z miesięcznymi dochodami na jedną osobę w gospodarstwie domowym ankietowanych pacjentów (tab. VIII.)

Co trzeci badany pacjent przyznaje, że zdarzyło mu się zrezygnować z zaproponowanych przez lekarza

Tabela VII. Rezygnacja z zabiegów nieobjętych refundacją przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze względu na ich zbyt wysoką cenę
Table VII. Rejection of treatment non-refunded by the National Health Fund, due to its high price

Czy zdarzyło się Pani/Panu zrezygnować z zaproponowanych przez lekarza dentystę zabiegów nieobjętych refundacją przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze względu na ich zbyt wysoką cenę? / Have you ever gave up non-refundable treatment, suggested by the dentist, due to its high price?	N		%	
	tak / yes	170	33,40	
nie / no	169	33,20		
nie przypominam sobie / I do not recall	170	33,40		

dentystę zabiegów nieobjętych refundacją, ze względu na ich zbyt wysoką cenę. Tyle samo pacjentów przyznaje, że nie zrezygnowało z zaproponowanych przez lekarza dentystę usług nieobjętych refundacją przez NFZ. Około 33% ankietowanych pacjentów nie przypomina sobie, aby zrezygnowała z proponowanych, nieobjętych refundacją usług ze względu na ich zbyt wysoką cenę.

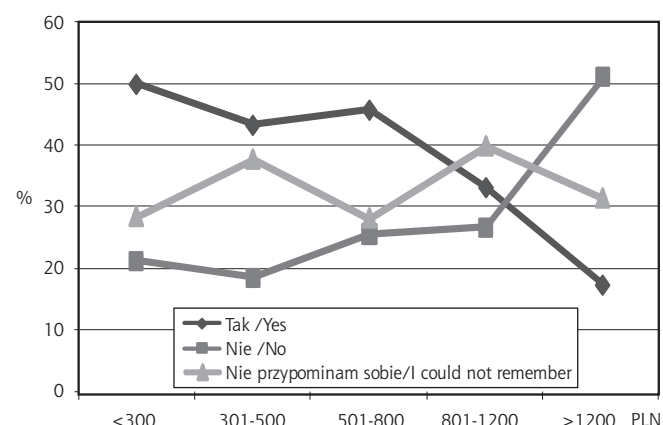
Z zabiegów nieobjętych refundacją przez NFZ, ze względu na ich zbyt wysoką cenę, zdarzyło się zrezygnować 50% pacjentów z dochodami do 300 PLN, ponad 43% pacjentów z dochodami od 301 do 500 PLN, prawie 46% pacjentów z dochodami w przedziale 501-800 PLN, około 33% pacjentów z dochodami od 801 do 1200 PLN oraz ponad 17% pacjentów z dochodami powyżej 1200 PLN. Nigdy nie zrezygnowało z zabiegów nieobjętych refundacją przez NFZ, ze względu na ich zbyt wysoką cenę, ponad

21% pacjentów z dochodami do 300 PLN, prawie 19% pacjentów z dochodami od 301 do 500 PLN, niemal 26% pacjentów z dochodami w od 501 do 800 PLN, prawie 27% pacjentów z dochodami od 801 do 1200 PLN oraz około 51% pacjentów z dochodami powyżej 1200 PLN.

Na podstawie wyników testu niezależności ($p < 0,05$) przyjęto hipotezę alternatywną mówiącą o występowaniu istotnej statystycznie zależności między rezygnacją z zabiegów stomatologicznych nieobjętych refundacją, a miesięcznymi dochodami na jedną osobę w gospodarstwie domowym badanych pacjentów.

Tabela IX. Wyniki testu niezależności rezygnacji z zabiegów nieobjętych refundacją przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze względu na ich zbyt wysoką cenę oraz miesięcznego dochodu na jedną osobę w gospodarstwie domowym
Table IX. Results of chi-square distribution of rejection of treatment non-refunded by the National Health Fund, due to its high price and monthly income per person in a household

Statystyki / Statistics	Wartość / Result	df	p
Pearson's correlation	48,87609	8	0,00000
χ^2 NW / Maximum likelihood estimation	49,19804	8	0,00000



Ryc. 2. Rezygnacja z zabiegów nieobjętych refundacją przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze względu na ich zbyt wysoką cenę a miesięczny dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym

Fig. 2. Rejection of treatment non-refunded by the National Health Fund, due to its high price vs. monthly income per person in a household

Tabela VIII. Rezygnacja z zabiegów nieobjętych refundacją przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze względu na ich zbyt wysoką cenę a miesięczny dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym

Table VIII. Rejection of treatment non-refunded by the National Health Fund, due to its high price vs. monthly income per person in a household

Czy zdarzyło się Pani/Panu zrezygnować z zaproponowanych przez lekarza dentystę zabiegów nieobjętych refundacją przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze względu na ich zbyt wysoką cenę? / Have you ever gave up non-refundable treatment, suggested by the dentist, due to its high price?	Dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym w PLN/miesiąc / Monthly income per person in a household in PLN:									
	do 300 / up to 300		301-500		501-800		801-1200		1200 i więcej / 1200 PLN and more	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tak / yes	14	50,00	23	43,40	55	45,83	46	33,33	29	17,57
nie / no	6	21,43	10	18,87	31	25,83	37	26,81	84	50,91
nie przypominam sobie / I do not recall	8	28,57	20	37,73	34	28,33	55	39,86	52	31,52

Dyskusja

Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia określony zakres świadczeń zdrowotnych. Osobom ubezpieczonym przysługują świadczenia zdrowotne, które mają na celu zachowanie zdrowia poprzez zapobieganie chorobom, ich wczesne wykrywanie oraz leczenie [9].

Wśród głównych przyczyn ograniczających korzystanie z opieki stomatologicznej wymienia się m.in. trudną sytuację ekonomiczną pacjentów [2, 3]. Sytuacja ekonomiczna jednostki oraz kondycja ekonomiczna kraju zasadniczo wpływają na stan zdrowia społeczeństwa [10, 11, 12].

Sposób korzystania ze świadczeń stomatologicznych jest różny także w zależności od płci osób zgłaszających się do gabinetu stomatologicznego. Zauważono, że kobiety korzystają z tych świadczeń częściej niż mężczyźni, aczkolwiek ta różnica zaczęła się zmniejszać w ostatnim dwudziestolecu [13, 14]. Również wiek pacjentów i ich wykształcenie mają duży wpływ na częstość i sposób korzystania z usług lekarza dentysty [15, 16].

Z przeprowadzonych badań wynika, że niezależnie od warunków socjoekonomicznych wśród najczęściej wymienianych powodów leczenia pacjenci wymieniają: ból zębów, chęć posiadania zdrowych zębów oraz chęć posiadania ładnie wyglądających zębów.

Dochody mają największy wpływ na częstość wizyt u lekarza dentysty wśród pacjentów z miesięcznymi zarobkami w przedziale 301-500 PLN na osobę w gospodarstwie domowym. Pacjenci o dochodach do

300 PLN na osobę najczęściej rezygnują z zabiegów nie objętych refundacją przez NFZ ze względu na ich zbyt wysoką cenę.

Wnioski

1. Do najczęściej wymienianych powodów podejmowania leczenia zębów pacjenci zaliczają: ból zębów, chęć posiadania zdrowych zębów oraz chęć posiadania ładnie wyglądających zębów.
2. Ból zębów jako przyczynę podejmowania leczenia stomatologicznego wymienia największy odsetek osób wśród pacjentów w grupie wiekowej 66 lat i więcej, pacjentów z wykształceniem zawodowym oraz z dochodami poniżej 300 PLN na jedną osobę w gospodarstwie domowym.
3. Chęć posiadania zdrowych zębów oraz chęć posiadania ładnie wyglądających jako przyczynę podejmowania leczenia wymienia największa część osób wśród pacjentów w grupie wiekowej do 25 roku życia, pacjentów z wykształceniem wyższym oraz z dochodami powyżej 1200 PLN na jedną osobę w gospodarstwie domowym.
4. Dochody mają największy wpływ na częstość wizyt u lekarza dentysty wśród pacjentów z miesięcznymi zarobkami w przedziale 301-500 PLN na jedną osobę w gospodarstwie domowym.
5. Z zabiegów nie objętych refundacją przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze względu na ich zbyt wysoką cenę najczęściej rezygnują pacjenci z dochodami do 300 PLN na jedną osobę w gospodarstwie domowym.

Piśmiennictwo / References

1. Ostrowska A. Społeczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne – bilans dekady. *Prom Zdr Nauk Społ Med* 2000, 19: 46-65.
2. Gmyrek-Marciniak A. Wpływ warunków ekonomicznych na zdrowie jamy ustnej. *Mag Stomat* 2004, 14, 2: 70-72.
3. Popowski W, Wieczorek P, Plakwicz P, Wychowański P. Stan uzębienia i potrzeby lecznicze osób w wieku 35-44 lat zamieszkałych w regionie warszawskim. *Nowa Stomat* 2001, 1: 10-15.
4. Fetlińska J, Zagroba M. Tworzenie programów promocji zdrowia. *Mag Pielęgn Położ* 2000, 10: 5-7.
5. Krasucki P, Opolski J, Szczerba J. Uwagi w sprawie strategii zmian w systemie ochrony zdrowia. *Zdr Publ* 2005, 115, 1: 3-5.
6. Woitas-Ślubowska D. Zachowania w zakresie zdrowia jamy ustnej i występowanie próchnicy zębów u uczniów: propozycja programu działań profilaktycznych. *Gorzów Wlkp* 2004: 105-116.
7. Grytten J, Holst D. Do young adults demand more dental services as their income increases? *Comm Dent Oral Epidem* 2002, 30, 6: 463-469.
8. Koronkiewicz A, Nowacki W. Świadczenia stomatologiczne w krajach Unii Europejskiej i europejskiego obszaru gospodarczego. *Zdr Publ* 2000, 9: 329-336.
9. Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Instytut Zdrowia Publicznego CM-UJ. Case, Warszawa 2005, I: 33-36.
10. Young DW, et al. Value-based partnering in healthcare: a framework for analysis. *J Healthcare Manag* 2001, 46(2): 56.
11. Hamasha AH, Sasa I, Al Quadah M. Risk indicators associated with tooth loss in Jordanians adults. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2000, 28: 67-72.
12. Miura H, Araki Y, Haraguchi K, Arai Y, Umenai T. Socioeconomic factors and dental caries in developing countries: a cross-national study. *Soc Sci Med* 1997, 44, 2: 269-272.
13. Petersen PE, Nortov B. General and dental health in relation to life-style and social network activity among 67-year-old Danes. *Scand J Primary Health* 1989, 7: 225-230.
14. Sogaard AJ, et al. Irregular users of dental services among Norwegian adults. *Acta Odontol Scand* 1987, 45: 371-381.
15. Grembowski D, et al. A public health model of the dental care process. *Med Care Review* 1989, 46(4): 439-496.
16. Honkala E, Freeman R. Oral hygiene behavior and periodontal status in European adolescents: an overview. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1988, 16: 194-198.