

# Finansowanie świadczeń stomatologicznych ze źródeł publicznych i niepublicznych w Polsce

## Public and non-public financing of dental care services in Poland

DOROTA PIOTROWSKA<sup>1/</sup>, BARTOSZ PĘDZIŃSKI<sup>1,2/</sup>, ANDRZEJ SZPAK<sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2/</sup> Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Łomżyńskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.

**Wprowadzenie.** Wskaźniki występowania próchnicy (PUWZ) w populacji Polski są 3-krotnie wyższe niż w innych krajach UE. Istotnym czynnikiem decydującym o dostępności i korzystaniu ze świadczeń opieki stomatologicznej jest poziom nakładów przeznaczanych na ten cel.

**Cel.** Ocena wielkości i struktury wydatków publicznych oraz niepublicznych na świadczenia opieki stomatologicznej w latach 2004-2015 w Polsce.

**Materiały i metody.** Dokonano analizy danych zastanych pochodzących z planów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) za lata 2004-2015 oraz danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) za lata 2006-2013.

**Wyniki.** W Polsce w 2009 r. zaobserwowano zmniejszenie wydatków NFZ na świadczenia opieki stomatologicznej, po czym poziom nakładów utrzymywał się na względnie stałym poziomie. Dane Narodowego Rachunku Zdrowia za lata 2008-2012 wskazują na znacznie większy udział wydatków niepublicznych (od 83,7 do 85,1%) w stosunku do wydatków publicznych (od 16,3 do 14,9%) w finansowaniu świadczeń realizowanych w ramach praktyk stomatologicznych. Osoby w grupie o najwyższych dochodach korzystały ze świadczeń stomatologicznych co najmniej dwa razy częściej, niż osoby z grupy o najniższych dochodach. Pośród osób niekorzystających z opieki stomatologicznej, mimo istnienia potrzeby zdrowotnej, połowa respondentów (48,5%) wskazywała jako przyczynę niekorzystania brak środków finansowych.

**Wnioski.** Niski poziomowi finansowania świadczeń stomatologicznych ze środków publicznych, przyczynia się do niskiego poziomu korzystania z opieki stomatologicznej, co może mieć wpływ na negatywny stan zdrowia jamy ustnej w populacji. Utrudniony dostęp do świadczeń osób mniej zamożnych może prowadzić do nierówności w zdrowiu.

**Słowa kluczowe:** finansowanie opieki stomatologicznej, stomatologia, opieka stomatologiczna, nierówności w zdrowiu

**Introduction.** The Decayed Missing Filled Teeth index (DMFT) in the Polish population is three times higher than in other EU countries. An important factor determining the availability and use of dental care services is the amount of funds assigned for this purpose.

**Aim.** To assess the amount and structure of public and non-public expenditures on dental care services in Poland in the period of 2004-2015.

**Material & Method.** The study analyses the data from the financial plans of the National Health Fund (NFZ) from the period of 2004-2015 and of the Central Statistical Office of Poland (GUS) between 2006-2013.

**Results.** In 2009 in Poland a decrease in the NHF financing of dental services was observed; after that the amount remained at a constant level. The National Health Accounts data of 2008-2012 indicated a much larger share of non-public (from 83.7 to 85.1%) than public (from 16.3 to 14.9%) expenditures executed in dental practices. The people in the highest income group used dental services at least twice as often as those in the lowest income group. A half of the respondents (48.5%) was not using dental services (while needing it) because of lack of money.

**Conclusion.** A low level of dental care public funding contributes to a low level of use of dental care which can have a negative impact on the population's oral health. Limited access to healthcare in the low income group may lead to the healthcare inequalities.

**Key words:** dental care financing, dentistry, dental care, healthcare inequalities

© Hygeia Public Health 2016, 51(1): 12-17

www.h-ph.pl

Nadesłano: 19.08.2015

Zakwalifikowano do druku: 25.02.2016

Adres do korespondencji / Address for correspondence

lek. stom. Dorota Piotrowska  
Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny  
w Białymstoku  
ul. Szpitalna 37, 15-295 Białystok  
tel. 666 89 81 15, e-mail: dorota.e.piotrowska@gmail.com

## Wprowadzenie

Stan zdrowia jamy ustnej mieszkańców Polski niekorzystnie odbiega w stosunku do innych krajów europejskich. Jednym z najpopularniejszych wskaźników epidemiologicznych służących do monitorowania stanu zdrowia w tym zakresie jest DMFT index (*Decayed,*

*Missing, Filled Teeth*) – wskaźnik próchnicy PUWZ (liczba zębów z Próchnicą, Ubytekami i Wypełnieniami). Według danych WHO *Collaborating Centre, Malmö University, Sweden* [1] wskaźnik DMFT w Polsce dla dzieci w wieku lat 12 wynoszący 3,2 – nie zmienił się na przestrzeni lat 2003-2010. Zdecydowanie niż-

sze wskaźniki DMTF wśród 12-latków obserwuje się w Niemczech (0,9), Finlandii (0,7 – 2009 r.), Anglii (0,7 – lata 2008-2009), Danii (0,7 – 2008 r.) oraz Szwecji (0,8 – 2010 r.). Wyższe wskaźniki niż w Polsce obserwuje się wśród państw UE jedynie w Chorwacji (4,8 – 2009-2010 r.) oraz w krajach spoza UE: Mołdawii (3,5), Macedonii (3,5), Albanii (3,8 – dane z lat 2007-2008). Wyniki badań w ramach polskiego projektu Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej, potwierdzają negatywne trendy epidemiologiczne w innych grupach wiekowych. W 2011 r. odsetek 15-letnich dzieci wolnych od próchnicy wyniósł zaledwie 8,2% i był o 2,2 punktu procentowego wyższy niż w badaniu w 2008 r. (6%). W analizowanym okresie wzrosła również wartość wskaźnika próchnicy zębów stałych z 5,95 w 2008 r. do 6,12 w 2011 r. oraz średnia liczba zębów stałych z ubytkami próchnicowymi (z 2,03 do 2,67) [2, 3, 10]. Wskazane negatywne zjawiska w zakresie stanu zdrowia jamy ustnej wiążą się z niską higieną jamy ustnej, a także – jak wskazują inni autorzy – niską częstością korzystania z opieki stomatologicznej [4, 5], niezaspokojonymi potrzebami zdrowotnymi [6] oraz ograniczonym zakresem świadczeń gwarantowanych [7], co ściśle wiąże się z wielkością i źródłami finansowania opieki stomatologicznej.

## Cel

Ocena wielkości i struktury wydatków publicznych i niepublicznych przeznaczanych na świadczenia opieki stomatologicznej w Polsce. Analizą objęto wydatki ujęte w planach finansowych NFZ oraz dane GUS opracowane w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia (NRZ) i Ochrony Zdrowia w Gospodarstwach Domowych.

## Materiały i metody

W pracy dokonano analizy danych pochodzących ze źródeł zastanych. Opracowania dokonano na podstawie: zatwierdzonych planów finansowych NFZ za lata 2004-2015 opublikowanych na stronie Biuletynu Informacji Publicznej NFZ, danych statystycznych GUS opracowanych w raportach Zdrowie i ochrona zdrowia (publikacje z lat 2012-2014) oraz raportach Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych (publikacje z 2007, 2011 i 2014 r.). Wyniki przedstawiono w postaci tabel i wykresów, z wykorzystaniem programu MS Excel.

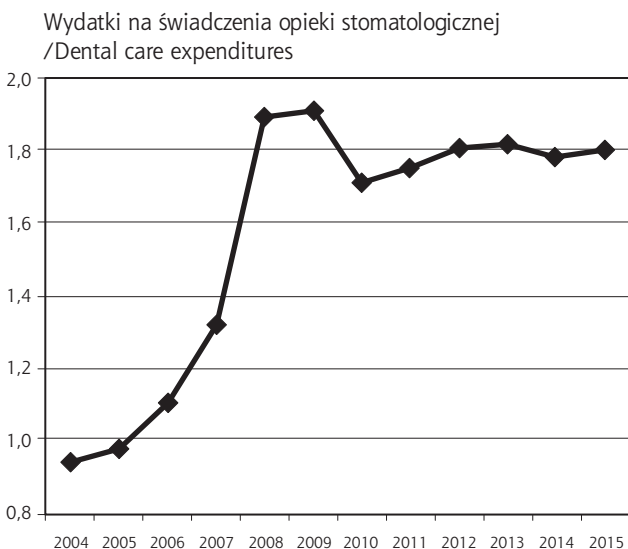
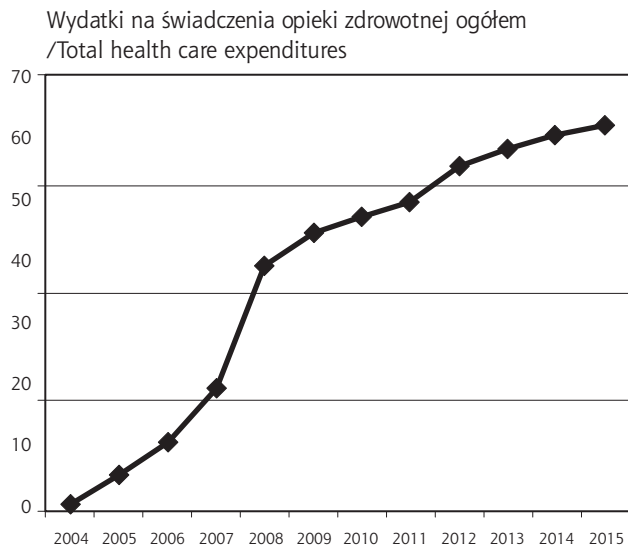
## Wyniki

W latach 2004-2015 r. łączne wydatki NFZ na wszystkie rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej ulegały systematycznemu wzrostowi (ryc. I). W 2004 r. wydatki te wynosiły 30,295 mld PLN, a w planie finansowym na 2015 r. zaplanowano kwotę 65,379 mld PLN. W odniesieniu do świadczeń stomatologicz-

nych wzrost wydatków dotyczył jedynie pierwszych pięciu lat analizowanego okresu (2004-2009), po czym w 2010 r. poziom wydatków uległ gwałtownemu zmniejszeniu, a następnie w latach 2011-2015 wydatki utrzymywały się na względnie stałym poziomie. W 2009 r. wydatki na stomatologię wynosiły 1,901 mld PLN, w 2010 r. – 1,717 mld, w 2011 r. – 1,753 mld, w 2012 r. – 1,801 mld, w 2013 r. – 1,816 mld, w 2014 r. – 1,773 mld, a w 2015 r. zaplanowano kwotę 1,799 mld PLN. W okresie 2009-2015 r., wydatki na świadczenia opieki zdrowotnej ogółem wzrosły o 17,7%, podczas gdy wydatki na świadczenia stomatologiczne uległy zmniejszeniu o 5,4%.

Informacje na temat wydatków bieżących na opiekę stomatologiczną – wg grup płatników (publicznych i niepublicznych) – gromadzone są w ramach NRZ prowadzonego przez GUS (tab. I). Należy zauważyć, że dane te gromadzone są wyłącznie w odniesieniu do praktyk stomatologicznych (rejestrowanych w Okręgowych Izbach Lekarskich), z pominięciem finansowania zakładów opieki zdrowotnej/podmiotów leczniczych (rejestrowanych przez wojewodę). W latach 2008-2012 w ramach źródeł publicznych, łączne wydatki z instytucji rządowych i samorządowych wynosiły stale ok. 2 mln PLN, a wydatki z funduszy zabezpieczenia społecznego wynosiły od 647 mln w 2008 r. do 662,4 mln w 2012 r. W ramach źródeł niepublicznych, koszty ponoszone w ramach wydatków gospodarstw domowych oceniono na poziomie 3330 mln w 2008 r. do 3782,5 mln w 2012 r., a wydatki instytucji niekomercyjnych na poziomie 5 mln w 2008 r., 7,3 w 2011 r. i 3,7 mln w 2012 r. W okresie lat 2008-2012 w łącznych nakładach na opiekę stomatologiczną obserwowano znacznie większy udział wydatków niepublicznych (od 83,7 do 85,1%) w stosunku do wydatków publicznych (od 16,3 do 14,9%).

Ograniczeniu globalnych wydatków NFZ na opiekę stomatologiczną od 2009 r., a zwiększeniu wydatków niepublicznych, towarzyszy zmniejszenie liczby porad i procedur stomatologicznych finansowych z NFZ. Według danych GUS liczba porad stomatologicznych udzielanych łącznie w sektorze publicznym i niepublicznym w Polsce ulegała stałemu wzrostowi wynosząc w 2009 r. 31,5 mln porad [8], a w 2013 r. 33,4 mln [9]. Natomiast analiza Najwyższej Izby Kontroli (NIK) [10] dotycząca korzystania z opieki stomatologicznej finansowej wyłącznie z NFZ mierzona średnią liczbą procedur (wg ICD-9) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w Polsce w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych wykazała, że liczba ta uległa zmniejszeniu wynosząc w 2009 r. – 12036 procedur, w 2010 r. – 11535 procedur (zmniejszyła się o 4,16%), a w 2011 r. – 11616 procedur (zmniejszenie się o 3,49% w stosunku do 2009 r.). Gwałtowny spadek nakładów NFZ na świadczenia opieki stoma-



Ryc. 1. Łączne wydatki NFZ na wszystkie rodzaje świadczeń oraz na świadczenia opieki stomatologicznej w latach 2004-2015 (w mld PLN)  
Fig. 1. NHF expenditures on total health care services and dental care services between 2004-2015 (in bln PLN)

tologicznej obserwowany po 2009 r. potwierdza średni krajowy koszt zrealizowanych świadczeń stomatologicznych wykazany przez NIK [10] w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego, który w 2009 r. wyniósł 49,56 zł, a w 2010 r. i 2011 r. odpowiednio – 45,35 zł i 45,73 zł.

Ocena finansowania świadczeń stomatologicznych dokonywana jest także w oparciu o wyniki badania ankietowego Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych realizowanego cyklicznie w ostatnim kwartale roku kalendarzowego przez GUS [11-13] Struktura korzystania z opieki stomatologicznej w 2006, 2010 i 2013 r. przedstawiona została w tabeli II. Na uwagę zwraca fakt niskiego odsetka osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych ogółem – tylko 11,5% w IV kwartale 2013 r. (niższy o 2 pkt. procentowe niż w 2006 r.). Większość pacjentów korzystała z niepublicznego sektora opieki zdrowotnej (praktyki stomatologiczne i NZOZ). W 2006 r. było to 59,4% badanych, w tym tylko 12,2% stanowiły świadczenia udzielone w ramach NFZ, a w 2010 r. 63,0%, w tym tylko 11,1% skorzystało z porad finansowanych z NFZ. Częstotliwość korzystania z opieki stomatologicznej w Polsce jest silnie uzależniona od przeciętnego dochodu na osobę w gospodarstwie domowym. Osoby w grupie o najwyższych dochodach (na członka rodziny w gospodarstwie domowym) korzystały ze świadczeń stomatologicznych co najmniej dwa razy częściej niż osoby z grupy o najniższych dochodach. W okresie od 2006 do 2013 r. zmniejszył się odsetek osób z 11,9 do 4,4%, które nie korzystały z opieki stomatologicznej mimo istnienia takiej potrzeby zdrowotnej. Przy czym w grupie osób, które nie korzystały z opieki stomatologicznej mimo istnienia takiej potrzeby zdrowotnej najczęściej wskazywaną przyczyną był brak pieniędzy – w 2013 r. blisko połowa badanych osób (48,4%) nie skorzystała ze świadczeń z tego powodu.

Tabela I. Wydatki bieżące na opiekę stomatologiczną według grup płatników w odniesieniu do praktyk stomatologicznych (na podstawie NRZ) – w mln PLN (na podstawie: Zdrowie i ochrona zdrowia; GUS 2012, 2013, 2014)  
Table I. Current expenditures on dental care by financing agents in dental practices (based on NHA) – in mln PLN (based on: Health and health care; GUS 2012, 2013, 2014)

		2008	2009	2010	2011	2012
Łączne wydatki publiczne i niepubliczne /Total public and private expenditure		PLN 3984,0 % 100,0	4031,0 100,0	4119,0 100,0	4523,6 100,0	4450,5 100,0
Wydatki publiczne /Public expenditure	Instytucje rządowe i samorządowe /National and local government institutions	PLN 2,0 % 0,1	2,0 0,0	2,0 0,0	2,1 0,0	1,9 0,0
	Fundusze zabezpieczenia społecznego (NFZ) /Social security funds (NHF)	PLN 647,0 % 16,2	736,0 18,3	668,0 16,2	644,7 14,3	662,4 14,9
	Łączne wydatki publiczne /Total public expenditure	PLN 649,0 % 16,3	738,0 18,3	670,0 16,3	646,8 14,3	664,3 14,9
Wydatki niepubliczne /Private expenditure	Wydatki gospodarstw domowych /Household spending	PLN 3330,0 % 83,6	3287,0 81,6	3442,0 83,6	3869,5 85,5	3782,5 85,0
	Instytucje niekomercyjne /Non-profit institutions	PLN 5,0 % 0,1	5,2 0,1	7,0 0,2	7,3 0,2	3,7 0,1
	Łączne wydatki niepubliczne /Total private expenditure	PLN 3335,0 % 83,7	3293,0 81,7	3449,0 83,7	3876,8 85,7	3786,2 85,1

Tabela II. Korzystanie z opieki stomatologicznej [%] w Polsce w IV kwartale roku (na podstawie: Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych; GUS 2006, 2010, 2013)

Table II. Use of dental health care services (%) in Poland in IV quarter of the year (based on: Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych, GUS 2006, 2010, 2013)

	2006	2010	2013
Osoby korzystające z porad stomatologicznych ogółem w IV kwartale roku /People using dental advice in total in the fourth quarter of the year	13,5	11,7	11,5
Osoby korzystające z opieki stomatologicznej w najniższej grupie dochodowej <sup>1</sup> /People using dental care in the lowest income group <sup>1</sup>	18,1	4,9	7,2
Osoby korzystające z opieki stomatologicznej w najwyższej grupie dochodowej <sup>2</sup> /People using dental care in the highest income group <sup>2</sup>	39,1	18,2	16,6
Osoby niekorzystające z opieki stomatologicznej mimo istnienia potrzeby zdrowotnej /People not using dental care despite the need	11,9	8,0	4,4
Brak pieniędzy jako przyczyna nieskorzystania z opieki stomatologicznej (mimo, że istniała taka potrzeba) /Lack of money as a reason not to use dental care (although needed)	34,9	32,5	48,4
Gospodarstwa korzystające z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ /Households that use dental services financed by NHF	30,9	36,7	39,3
Odsetek wydatków na opiekę stomatologiczną wśród wszystkich wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną / Share of dental care expenditures among all expenses for ambulatory health care	55,6	51,3	47,5

<sup>1</sup> – Najniższa grupa dochodowa – osoby osiągające dochód w 2006 r. do 300 PLN, a w 2010 i 2013 r. do 400 PLN /The lowest income group – people with income under 300 PLN in 2006 and under 400 PLN in 2010 and 2013

<sup>2</sup> – Najwyższa grupa dochodowa – osoby osiągające dochód w 2006 r. powyżej 1300 PLN, a w 2010 i 2013 r. powyżej 1600 PLN / The highest income group – people with income over 1300 PLN in 2006 and over 1600 PLN in 2010 and 2013

Różnice w korzystaniu ze świadczeń stomatologicznych związane są z dochodami pacjentów. W 2013 r. brak pieniędzy był przyczyną nieskorzystania ze świadczeń opieki stomatologicznej dla 30,7% osób osiągających dochody do 400 PLN na członka rodziny, a tylko dla 9,5% osób osiągających dochody powyżej 1600 PLN na członka rodziny. W analizowanym okresie zwiększył się odsetek osób korzystających z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ z 30,9% w 2006 r. do 39,3% w 2013 r. Zwiększeniu uległa też kwota przeciętnych miesięcznych wydatków na mieszkańca Polski, na leczenie stomatologiczne z poziomu 4,54 do 7,92 PLN. Przy czym istotnym jest, że wydatki na ambulatoryjną opiekę stomatologiczną stanowią około połowę wydatków na wszystkie świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (od 55,6% w 2006 r. do 47,5% w 2013 r.).

## Dyskusja

Rosnące potrzeby społeczeństwa oraz postęp technologii medycznych i wzrost oczekiwań społeczeństwa pociąga za sobą konieczność nieustannego wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną [14, 15]. Wzrost ten widoczny jest także w corocznym zwiększaniu wydatków ogółem na świadczenia opieki zdrowotnej w budżecie NFZ. Przeciwny trend obserwowany jest w zakresie opieki stomatologicznej począwszy od 2010 r. Tendencję ograniczania wydatków NFZ na świadczenia stomatologiczne potwierdza dokonana w pracy analiza danych GUS, która wskazuje, że w okresie 3 lat doszło do obniżenia udziału finansowania świadczeń stomatologicznych realizowanych przez praktyki lekarskie ze źródeł NFZ z poziomu 18,3% w 2009 r. do poziomu 14,9% w 2012 r. w stosunku do całkowitych wydatków na świadczenia opieki stomatologicznej. Należy przy tym zauważyć, że przyjęta przez GUS analiza źródeł finansowania publicznego i niepublicznego dotycząca

wyłącznie praktyk stomatologicznych, jest mocno ograniczona, gdyż liczba praktyk uległa zmniejszeniu z 5333 w 2010 r. do 4785 w 2013 r., co wiązało się również ze zmniejszeniem liczby porad stomatologicznych realizowanych w praktykach z 10,5 mln do 8,9 mln. Stosunek liczby porad udzielanych w praktykach lekarskich (zarejestrowanych w OIL) w stosunku do przychodni stomatologicznych (ZOZ/podmiotów leczniczych rejestrowanych przez wojewodę) w 2010 r. wynosił 33,6 do 66,4%, podczas gdy w 2013 r. wynosił odpowiednio 26,6 do 73,4%. Zmiany strukturalne świadczeniodawców w tym zakresie, wynikają z faktu, że znaczna część praktyk została przekształcona w ZOZ/podmioty lecznicze, z uwagi na chęć sprostania wymogom NFZ w zakresie ciągłości udzielania świadczeń oraz kontraktowanie świadczeń w więcej niż jednej specjalności medycznej. W związku z powyższym w analizowanym okresie mogło dojść do istotnego przesunięcia wolumenu świadczeń finansowanych z NFZ, z praktyk lekarskich do ZOZ/podmiotów leczniczych. Wielkość tej grupy świadczeń nie jest możliwa do oszacowania z uwagi na prezentowane dane GUS, obejmujące finansowania świadczeń stomatologicznych wyłącznie w odniesieniu do praktyk lekarskich.

Ograniczenie finansowania opieki stomatologicznej finansowanej z NFZ od 2010 r. nie wpłynęło na zmniejszenie liczby udzielanych porad stomatologicznych. Podczas, gdy całkowita liczba porad stomatologicznych (w sektorze publicznym i niepublicznym) wzrosła z 31,5 mln porad w 2010 r. do 33,4 mln w 2013 r., średnia krajowa liczba świadczeń ogólnostomatologicznych refundowanych z NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców uległa zmniejszeniu o 3,5% w latach 2009-2011 (z 12036 do 11616). Podobnie w analizowanym okresie zmniejszeniu uległ średni krajowy koszt zrealizowanych świadczeń stomatologicznych w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego [10].

Zjawisko zmniejszania wydatków publicznych, kosztem wzrostu wydatków niepublicznych w zakresie świadczeń stomatologicznych w Polsce, potwierdzają wyniki badania wydatków gospodarstw domowych. W okresie lat 2006-2013 doszło do zwiększenia odsetka gospodarstw domowych korzystających z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ o 8,6 punktów procentowych: z 30,9 do 39,3% oraz wzrostu kwoty przeciętnych miesięcznych wydatków na 1 mieszkańca Polski o kwotę w wysokości 0,0338 PLN.

Niepokojąco niski jest odsetek osób korzystających z opieki stomatologicznej ogółem. Według badania GUS, jedynie 11,5% osób skorzystało z jakichkolwiek porad stomatologicznych w IV kwartale 2013 r. [13]. Liczba porad stomatologicznych wynosząca 33,4 mln w populacji Polski przekłada się na wskaźnik 0,9 porady na jednego obywatela Polski rocznie. Takie sporadyczne korzystanie z opieki stomatologicznej, obok zaniedbań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, wpływa na niekorzystny stan zdrowia w zakresie jamy ustnej [16]. Negatywne wskaźniki stanu zdrowia jamy ustnej w Polsce są wciąż na poziomie wyższym niż w innych krajach Europy, przy czym dystans w stosunku do wielu krajów ulega zwiększeniu.

W skali populacyjnej istotne znaczenie w zakresie redukcji próchnicy odgrywa edukacja zdrowotna oraz profilaktyka i promocja zdrowia wśród najmłodszej części populacji. Szereg interwencji z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki powinna być finansowana ze środków publicznych, a w szczególności przy udziale samorządów w odniesieniu do dzieci i młodzieży. W badaniu dzieci 15-letnich w woj. łódzkim w 2011 r. stwierdzono występowanie próchnicy zębów u 93,8% badanych, przy intensywności próchnicy 6,18 [17]. W badaniu ogólnopolskim, w grupie 18-latków odsetek osób wolnych od próchnicy w 2012 r. wynosił zaledwie 3,9% i nie zmienił się od 2008 r. (4%) [18]. Dane te wskazują, że realizacja celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, który zakładał średnią wartość wskaźnika DMFT u dzieci w wieku 12 lat na poziomie 2, jest dalece nieosiągalna [19].

Właściwa opieka stomatologiczna od najmłodszych lat gwarantuje zmniejszenie poważnych problemów w wieku późniejszym, co niesie za sobą obniżenie kosztów w skali długofalowej. Jak wykazał Sodalak [20] częsty kontakt ze stomatologiem, edukacja i profilaktyka, pozwala na minimalizację ingerencji lekarskich, co skutkuje obniżeniem kosztów leczenia, zarówno w zakresie stomatologii, jak i chorób ogólnych. Koszty związane ze stomatologią naprawczo-odtwórczą znacznie przewyższają koszty profilaktyki. Przy braku zachowań prozdrowotnych koszty zabiegów naprawczych będą rosły [21]. Niski poziom korzystania z opieki stomatologicznej ogółem

oraz ograniczony dostęp do świadczeń dla osób mniej zamożnych wykazany w pracy sprawia, że pacjenci mogą być pozbawieni świadczeń prewencyjnych (wizyty kontrolne, profilaktyka i edukacja), co w efekcie nie pozwala na ograniczenie problemu próchnicy. Według raportu Badanie przesiewowe stanu jamy ustnej dzieci ze szkół podstawowych z 2014 r. 80% dzieci w wieku szkolnym miało próchnicę, 82% pacjentów pedodontycznych odwiedzało stomatologa tylko raz w roku, a 18% dzieci w ogóle nie miało kontaktu z dentystą [22].

Brak pieniędzy, jako główna przyczyna nieskorzystania z opieki zdrowotnej (mimo istnienia takiej potrzeby), jest typowy tylko dla świadczeń opieki stomatologicznej. W odniesieniu do świadczeń lekarza POZ oraz lekarzy specjalistów ważniejszą przyczyną niekorzystania ze świadczeń jest długi czas oczekiwania, oczekiwanie na ustąpienie objawów czy brak czasu. Osoby o niższych dochodach korzystają z opieki stomatologicznej dwa, a nawet 3-krotnie rzadziej niż osoby z grupy o najwyższych dochodach, co rzutuje negatywnie na stan zdrowia jamy ustnej tych pierwszych. Potwierdza to badanie, zrealizowane przez Świdorską i wsp., która wykazała dodatnią korelację pomiędzy poziomem dochodów a częstotliwością wizyt stomatologicznych. Osoby bardziej zamożne korzystały z opieki stomatologicznej częściej i charakteryzowały się lepszym stanem zdrowia jamy ustnej [23]. Wskazana zależność prowadzi do nierówności w zdrowiu w zakresie dochodów, co prowadzi do ograniczonego dostępu do opieki stomatologicznej osób mniej zamożnych i wpływa negatywnie na stan zdrowia populacji [24].

Niedostateczne finansowanie świadczeń stomatologicznych jest nie tylko problemem stricte stomatologicznym. Według raportu *The state of oral health in Europe*, brak odpowiedniej opieki stomatologicznej powoduje również choroby ogólnoustrojowe, takie jak: reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzyca, choroba wieńcowa [25]. Nowotwory jamy ustnej są ósmym z najczęściej spotykanych nowotworów na świecie. Ich wykrycie warunkowane jest systematycznym kontaktem z lekarzem stomatologiem.

## Wnioski

1. W Polsce w 2009 r. zaobserwowano zmniejszenie wydatków NFZ na świadczenia opieki stomatologicznej, po czym poziom nakładów utrzymywał się na względnie stałym poziomie.
2. Dane Narodowego Rachunku Zdrowia za lata 2008-2012 wskazują na znacznie większy udział wydatków niepublicznych w stosunku do wydatków publicznych na świadczenia stomatologiczne realizowane w ramach praktyk stomatologicznych.

3. W okresie od 2006 r. do 2013 r. systematycznie zwiększył się udział osób korzystających z opieki stomatologicznej niefinansowanej z NFZ.
4. Obserwowanym tendencjom towarzyszy problem nierówności w zdrowiu, w zakresie ograniczonego dostępu do świadczeń osób mniej zamożnych. Osoby w grupie o najwyższych dochodach korzystały ze świadczeń stomatologicznych co najmniej dwa razy częściej, niż osoby z grupy o najniższych dochodach. Brak środków finansowych stanowi przyczynę niekorzystania z opieki stomatologicznej (pomimo istnienia takiej potrzeby) w grupie 48,5% osób.

## Piśmiennictwo / References

1. Oral Health Database. WHO Collaborating Centre. Malmö University, Sweden. <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles> (05.05.2015).
2. Jodkowska E, Wierzbicka M, Szatko F. Stan zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży: monitoring zdrowia jamy ustnej Polska 2008. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008.
3. Wierzbicka M, Strużycka I, Szatko F, Ganowicz M. Zdrowie jamy ustnej w Polsce na przełomie pierwszej i drugiej dekady XXI. *Stomatol Współcz* 2012, 19(3): 8-16.
4. Świdorska J, Świdorski W, Kaczmarek-Wysocka J. The frequency of visiting dentist and its impact on health indexes. *Health Wellnes* 2014, 1.
5. Świdorska J, Świdorski W, Gracz L, Kaczmarek-Wysocka J. Use of dental services reimbursed by the National Health Fund and health of the oral cavity of examined patients. *Health Wellnes* 2014, 2.
6. Składnik-Jankowska J, Kaczmarek U. Stan uzębienia i potrzeby lecznicze dzieci i młodzieży z województwa dolnośląskiego. *Dent Med Probl* 2012, 49(2): 173-183.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2013 r., poz. 1462).
8. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r. GUS, Warszawa 2012.
9. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r. GUS, Warszawa 2014.
10. Dostępności i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych. NIK, Warszawa 2013.
11. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r. GUS, Warszawa 2007.
12. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r. GUS, Warszawa 2012.
13. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r. GUS, Warszawa 2015.
14. Gawryś E. Dlaczego drożeje opieka medyczna? *Przew Lek* 2001, 4(1/2): 3-5.
15. Raport o stanie zdrowia na świecie 2006 – Wspólna praca na rzecz zdrowia. WHO, Genewa 2006.
16. Wierzbicka M, Kaczmarek U. Trend choroby próchnicowej u 12-letnich dzieci na podstawie badań monitoringowych stanu zdrowia jamy ustnej. Czy polskie dzieci mają szansę na osiągnięcie narodowego i europejskiego celu zdrowia jamy ustnej? *Dent Med Probl* 2009, 46(2): 149-156.
17. Hilt A, Rybarczyk-Twonsend E, Wochna-Sobańska M. Stan uzębienia uczniów szkół gimnazjalnych województwa łódzkiego. *Prz Epidemiol* 2014, 68: 143-146.
18. Strużycka I, Wierzbicka M, Jodkowska E i wsp. Wyniki monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej populacji młodych dorosłych w Polsce w 2012 roku. *Borgis Nowa Stomatol* 2013, 4: 195-199.
19. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
20. Stodolak A, Fuglewicz A. Zapobieganie próchnicy zębów u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia. *Med Ogólna Nauk Zdr* 2014, 20(1): 76-81.
21. Pawka B, Dreher P, Herda J i wsp. Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(1): 5-7.
22. Badanie przesiewowe stanu jamy ustnej dzieci ze szkół podstawowych. Raport z badań. Styczeń 2012. Ipsos Marketing.
23. Świdorska J, Świdorski W, Gracz L, Kaczmarek-Wysocka J. The influence of income on the frequency of visits to a dentist and health of oral cavity examined patients. *Health Wellness* 2014, 3.
24. Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I, et al. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* 2015, 385(9982): 2088-2095.
25. Patel R. The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. Better Oral Health European Platform 2012.