

Wpływ zróżnicowania województw na finansowanie opieki długoterminowej w Polsce

Anna Mitek*

Streszczenie: *Cel* – Przedstawienie zróżnicowania finansowania świadczeń usług opieki długoterminowej w ramach opieki zdrowotnej w zależności od regionu Polski.

Metodologia badania – Analiza ilościowa dostępnych podmiotów na rynku oferujących świadczenia opieki długoterminowej w latach 2010–2012 wraz ze szczegółową analizą porównawczą roku 2012 pod względem zróżnicowania kosztów na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w Polsce oraz liczby pacjentów i struktury demograficznej wszystkich województw.

Wynik – Aktualny stan finansowania opieki długoterminowej jest dość silnie zróżnicowany wśród województw Polski, szczególnie pod względem liczby ludności zamieszkującej dany obszar.

Oryginalność/wartość – Artykuł rozszerza wiedzę z zakresu finansów opieki zdrowia o szczegółową syntezę struktury rynku i finansowania świadczeń opieki długoterminowej, które są usługami stale rozwijającymi się w Polsce.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, ubezpieczenie zdrowotne, system zdrowia

Wprowadzenie

Systemy zabezpieczeń społecznych w większości krajów stoją przed nowymi wyzwaniami związanymi ze zmianami uwarunkowań, aby dostarczać jak najlepsze i najbardziej dostępne usługi. Wpływ zmian demograficznych, w szczególności starzejącego się społeczeństwa, wzrost kosztów opieki zdrowotnej, a także rozwój medycyny sprawiają, iż zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, szczególnie dla seniorów, wzrasta z każdym rokiem. Tendencje te są podobne w krajach europejskich, jednak każde państwo inaczej stara się rozwiązywać problem. W zależności od państwa, istnieją dysproporcje w strukturze regionów danego kraju, co wpływa na zróżnicowanie w finansowaniu.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie zróżnicowania świadczenia usług opieki długoterminowej w ramach opieki zdrowotnej oraz ich finansowania w zależności od regionu Polski. Pozwoli to na ocenę poszczególnych województw w zakresie opieki długoterminowej pod względem ich możliwości finansowych oraz wielkości danego województwa. Analiza zostanie dokonana na podstawie sprawozdań finansowych NFZ oraz danych statystycznych GUS. Artykuł zakłada hipotezę, iż zróżnicowanie województw pod

* mgr Anna Mitek, Uniwersytet Szczeciński, Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Katedra Zarządzania Finansami, ul. Mickiewicza 64, 71-101 Szczecin, e-mail: amitek@wneiz.pl.

względem struktury demograficznej ma odzwierciedlenie w zwiększonych nakładach na finansowanie usług opiekuńczych w ramach systemu opieki zdrowotnej.

1. Świadczenia w zakresie opieki długoterminowej w Polsce

Opieka długoterminowa dotyczy osób przewlekle chorych, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece, uniemożliwiając im niezależne, samodzielne funkcjonowanie w swoich domach (Kozierkiewicz, Szczerbińska 2007: 10). Najogólniej opiekę długoterminową można określić jako całodobowe świadczenie zdrowotne, obejmujące swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentów, którego celem jest ich rekonwalescencja i poprawa zdrowia. Usługa ta zapewnia również środki farmaceutyczne, materiały medyczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych, psychologicznych i psychicznych.

Świadczenia i usługi dostępne w ramach opieki długoterminowej są rozproszone między system opieki zdrowotnej, system ubezpieczeń społecznych oraz system pomocy społecznej, oferujące pomoc w formie świadczenia pieniężnego bądź świadczenia rzeczowego. Świadczenia w formie pieniężnej to dodatki pielęgnacyjne wypłacane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz zasiłki pielęgnacyjne dostępne w ramach opieki społecznej. Z kolei wśród świadczeń rzeczowych możliwe są różne formy usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach służby zdrowia oraz pomocy społecznej (Więckowska 2010: 74). W ramach systemu pomocy społecznej można wyróżnić świadczenia udzielane w domach pomocy społecznej, które są finansowane z budżetu samorządów lokalnych oraz częściowo wspierane prywatnymi środkami. Natomiast świadczenia pielęgnacyjno-piekuńcze, realizowane w systemie ochrony zdrowia są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i pochodzą z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego (Więckowska 2010: 74). Ta forma świadczeń oraz źródło finansowania zostanie ściślej przeanalizowana w niniejszym artykule.

2. Świadczeniodawcy opieki długoterminowej

Zapewnienie pomocy w ramach opieki długoterminowej należy do jednych z zadań podmiotów należących do systemu ochrony zdrowia oraz do systemu opieki społecznej. Każdy z tych dwóch systemów oferuje świadczenia dla osób niedołączonych i niepełnosprawnych, często przewlekle chorych, które wymagają wsparcia osób trzecich. Formy udzielanych świadczeń a także źródło i sposób finansowania takich podmiotów są odrębne i zależne od systemu.

W ramach systemu ochrony zdrowia udzielana jest pomoc w specjalistycznych placówkach, jak zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) lub zakłady opiekuńczo-lecznicze

(ZOL). Są to najczęściej oddziały szpitalne lub czasem odrębne podmioty. Należy podkreślić, iż oferta ZPO i ZOL jest kierowana do osób wymagających całodobowej opieki i zazwyczaj są to osoby w zaawansowanym wieku, choć definicja świadczeń udzielanych w tych placówkach nie ogranicza się tylko do tej grupy pacjentów.

Liczba podmiotów udzielających świadczenia opieki długoterminowej w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce zwiększa się z każdym rokiem w skali kraju oraz w większości województw. W zależności od regionu i województwa liczba zakładów jest zróżnicowana, co przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Liczba zakładów opieki długoterminowej w Polsce z podziałem na województwa w latach 2010–2012

Województwo	Lata		
	2010	2011	2012
Łódzkie	28	28	30
Mazowieckie	61	70	72
Małopolskie	33	35	36
Śląskie	60	63	65
Lubelskie	17	21	23
Podkarpackie	34	36	39
Podlaskie	21	24	22
Świętokrzyskie	15	17	15
Lubuskie	15	15	15
Wielkopolskie	23	25	25
Zachodniopomorskie	16	18	14
Dolnośląskie	59	61	61
Opolskie	20	20	20
Kujawsko-pomorskie	29	30	31
Pomorskie	19	24	30
Warmińsko-mazurskie	17	18	18
Łącznie	467	505	516

Źródło: Bank Danych Lokalnych, GUS, www.stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (18.02.2014).

Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego, w ciągu badanych lat nastąpił wzrost liczby podmiotów typu ZPO i ZOL w Polsce. W roku 2011 liczba zakładów zwiększyła się z 467 w 2010 roku do 505 w roku 2011, natomiast w 2012 roku do 516 zakładów (GUS). Ponad dwukrotnie więcej było podmiotów ZOL niż ZPO. Dynamika zmian łącznej liczby zakładów w Polsce wynosiła około 8% w 2011 roku i zmalała do około 2% w 2012 roku. Wśród województw występuje duże zróżnicowanie ilości zakładów opieki długoterminowej, co w dużej mierze jest zgodne z wielkością danego województwa pod względem liczby ludności. W kilku województwach miała miejsce odwrotna tendencja, co może być konsekwencją łączenia kilku zakładów lub w wyniku przekształceń szpitali. Najwięcej jest ośrodków udzielających świadczeń opiekuńczych w województwach mazowieckim,

śląskim oraz dolnośląskim, w których jest około 60–70 zakładów na województwo. Natomiast najmniej jest w województwach zachodniopomorskim, lubuskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim oraz opolskim, gdzie jest około 14–20 zakładów w województwie. Można stwierdzić, iż rozkład zakładów opieki długoterminowej w Polsce jest zmienny w zależności od regionu i ściśle związany z liczbą ludności zamieszkującą dane województwo, a także wielkością terytorialną.

W przypadku świadczeń dostępnych w ramach pomocy społecznej, wsparcie w formie świadczenia rzeczowego udzielane jest najczęściej w domach pomocy społecznej (DPS, DDPS) oraz przez opiekunów środowiskowych lub pracowników socjalnych. Z uwagi na różnorodność świadczeń udzielanych w DPS-ach, gdzie z założenia pomoc udzielana jest nie tylko niedoświadczonym osobom starszym, bardzo trudno jest wyodrębnić pojedyncze podmioty, które udzielają jedynie pomocy seniorom. Wynika to z wielu zadań, które uwzględnia system pomocy społecznej. Na podstawie danych GUS liczba DPS-ów w województwach wzrasta oraz zróżnicowanie liczby placówek jest adekwatne do wielkości danego województwa. Również w tym przypadku, województwa o największej liczbie mieszkańców charakteryzują się największą liczbą DPS-ów, z tym że ich liczba jest większa niż ZPO i ZOL, rzędu 150–228 DPS-ów na województwo (GUS). Jest to efekt szerokiego zakresu działalności systemu pomocy społecznej w DPS-ach, jednakże dynamika zmian i trendy wykazują zwiększenia zapotrzebowań społeczeństwa na tego typu wsparcie.

3. Finansowanie opieki długoterminowej w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze finansowane z ubezpieczenia zdrowotnego stają się jednymi z najbardziej potrzebnych świadczeń w sytuacji wydłużającego się życia ludzkiego i rozwoju medycyny. W ramach usług uwzględniane są nie tylko świadczenia typowo pielęgnacyjne, ale również konsultacje lekarzy, rehabilitacja oraz środki farmakologiczne.

Usługi świadczone w ZPO i ZOL są w większości finansowane z NFZ, który kontraktuje niezbędne świadczenia w ramach służby zdrowia. Pobierana składka ubezpieczenia zdrowotnego ma zapewnić opiekę zdrowotną, a także opiekę długoterminową w takim samym wymiarze, bez względu na statut materialny bądź rodzaj choroby. Określenie ceny świadczonych usług jest uzależnione od kryteriów podziału samych beneficjentów, przede wszystkim uwzględniając ich wiek, prawo do świadczeń emerytalno-rentowych oraz do ubezpieczenia zdrowotnego. Znaczna część świadczeń finansowana jest przez NFZ w wysokości około 75 zł za osobodzień (Mitek 2013: 175), natomiast druga część jest opłacana przez samego pacjenta (w przypadku osoby z prawem do świadczeń emerytalno-rentowych jest to 70% miesięcznych dochodów, ale nie więcej niż 250% najniższej, miesięcznej emerytury) (Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej).

Świadczenia są kontraktowane przez NFZ na podstawie corocznych umów zawieranych ze świadczeniodawcami. W ciągu ostatnich lat koszty NFZ na świadczenia opieki długoterminowej wzrastały z każdym rokiem, przekraczając 1 mld zł w 2012 roku. Wysokość kosztów świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na tle całkowitych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej i świadczeń opieki długoterminowej finansowanych z NFZ w latach 2008–2012 (tys. zł)

Rodzaje kosztów	2008	2009	2010	2011	2012
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej	49 348 746	55 038 582	56 643 910	58 224 321	59 875 547
w tym świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	zł 792 516	769 006	888 129	947 029	1 020 811
	% 1,61	1,40	1,57	1,63	1,70
Dynamika zmian kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (%)	100,00	111,50	102,90	102,80	102,80
Dynamika zmian kosztów świadczeń opiekuńczych (%)	100,00	97,03	115,49	106,63	107,79

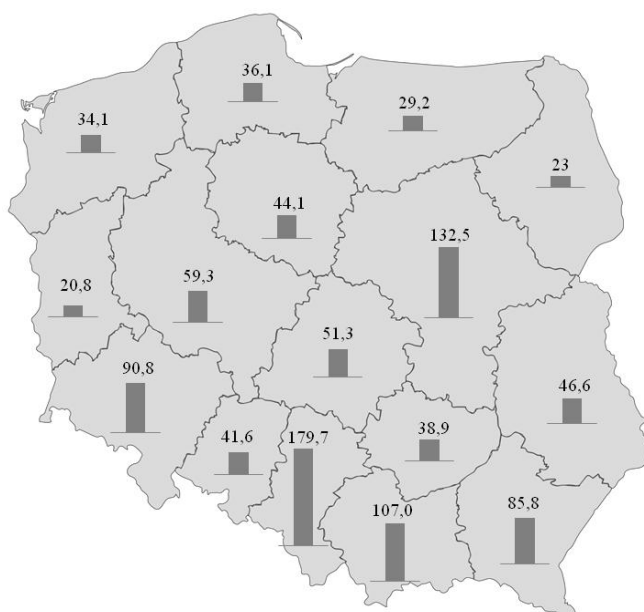
Źródło: NFZ, Roczne sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na lata 2008–2012.

Na przestrzeni pięciu lat koszty świadczeń zdrowotnych wzrosły o ponad 10,5 mld zł do poziomu 59,9 mld zł w 2012 roku, co stanowi wzrost o ponad 21% w trakcie tego okresu. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ciągu badanych lat wzrosły z poziomu 792,5 mln zł w 2008 roku o 228 mln zł, czyli o około 29% na przestrzeni lat 2008–2012 (NFZ 2008–2012). Udział świadczeń opieki długoterminowej w całości kosztów świadczeń kontraktowanych przez NFZ jest niewielki, sięgający 1,70% całkowitych kosztów opieki zdrowotnej w 2012 roku. W ciągu badanego okresu udział ten nieznacznie się zmieniał, zazwyczaj z tendencją wzrostową, pomijając 2009 rok, kiedy to nastąpił niewielki spadek wydatków z przeznaczeniem na usługi opieki długoterminowej, tym samym zmniejszając udział w całości kosztów świadczeń.

Zmiany w wysokości świadczeń zdrowotnych w roku 2009 były na dość wysokim poziomie 11,5% w porównaniu do roku poprzedniego. Z kolei następne lata przyniosły wzrost wartości finansowanych świadczeń na bardzo zbliżonym poziomie około 2,8% każdego roku. W przypadku świadczeń opieki długoterminowej dynamika zmian była odmienna w porównaniu do całości świadczeń zdrowotnych. W roku 2008 nastąpił spadek środków na ten cel, natomiast w kolejnych latach dynamika była na poziomie wyższym niż zmiany świadczeń ochrony zdrowia, początkowo rzędu około 15% w roku 2010, a w latach 2011 i 2012 na zbliżonym poziomie około 7% rocznie (NFZ 2008–2012).

4. Zróżnicowanie finansowania opieki długoterminowej przez NFZ wśród województw w Polsce

Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz finansowanie w ramach systemu ochrony zdrowia są ustalane przez NFZ, na podstawie corocznych zarządzeń Prezesa NFZ i obowiązują we wszystkich regionach Polski. W zależności od województwa, jego charakteru i struktury, wydatki przeznaczane na finansowanie opieki długoterminowej są zmienne w każdym regionie. Koszty świadczeń w ramach opieki długoterminowej przez NFZ w zależności od województwa przedstawiono na rysunku 1.



Rysunek 1. Koszty świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wśród województw Polski ponoszonych przez NFZ w roku 2012 (mln zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ w 2012 rok.

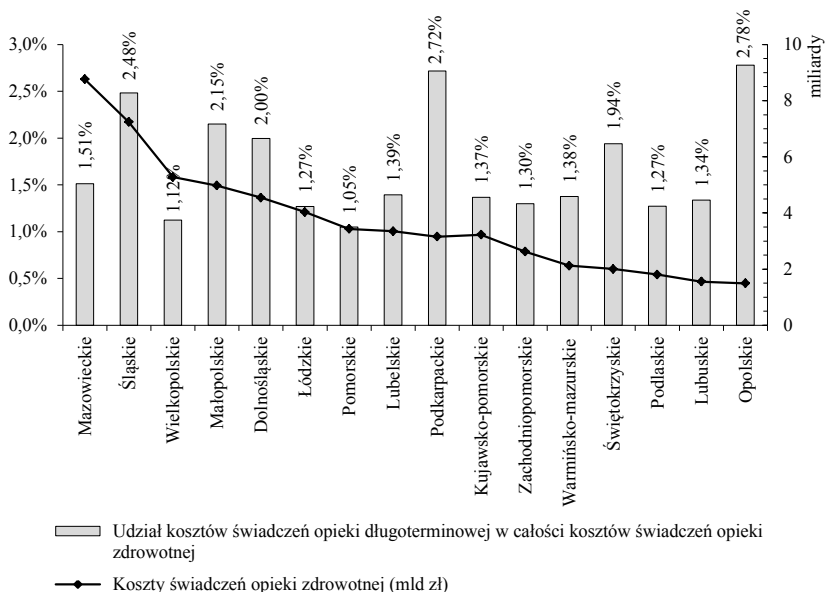
Zróżnicowanie kosztów na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze wśród województw Polski w 2012 roku jest dość duże. Województwem, które przeznacza najwięcej na tego typu świadczenia, jest województwo śląskie, w którym koszty wynoszą 180 mln zł, a najmniej – województwo lubuskie, wydając ponad 8-krotnie mniej, czyli 21 mln zł w 2012 roku. Wśród województw pod względem najwyższych kosztów NFZ na opiekę długoterminową należy wymienić województwa: mazowieckie (133 mln zł), małopolskie (107 mln zł), dolnośląskie (91 mln zł) i podkarpackie (86 mln zł). Natomiast jednymi z województw o najniższych

kosztach są: zachodniopomorskie, warmińsko-mazurskie i podlaskie. Analizując wysokość kosztów w regionach można zauważyć, że województwa południowej Polski charakteryzują się większymi kosztami na świadczenia opieki długoterminowej niż województwa północne, poza drobnymi wyjątkami (opolskie i mazowieckie) (NFZ 2012).

Duże znaczenie w zróżnicowaniu kosztów NFZ ma przede wszystkim liczba mieszkańców, co szczególnie pokrywa się w przypadku województw o największych kosztach oraz największej liczbie mieszkańców. W województwach z najmniejszą liczbą ludności wyniki są zbliżone, zwłaszcza województw podlaskiego i lubuskiego. W pozostałych regionach mniej zauważalna jest zależność liczby mieszkańców co do wysokości kosztów NFZ na opiekę długoterminową. Województwa o najwyższych kosztach charakteryzują się również największym PKB ogółem, co potwierdza również zależność wysokości kosztów na świadczenia pielęgnacyjne od gospodarki narodowej.

Analizując dodatkowo udział kosztów świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej ogółem na podstawie danych NFZ, bardziej szczegółowo można się przyrzeć województwom w sposób bardziej porównywalny, co przedstawiono na rysunku 2. Wśród nich wyróżnić należy 6 województw o największym udziale w całkowitych kosztach świadczeń zdrowotnych, które przekraczają 2% lub są zbliżone. Najwięcej kosztów na opiekę pielęgnacyjną jest ponoszonych w województwie opolskim, które stanowią 2,78% całkowitych kosztów świadczeń. W województwie tym koszty na świadczenia pielęgnacyjne są na średnim poziomie w skali Polski, natomiast koszty całkowite świadczeń zdrowotnych są najniższe w kraju, stąd też tak duży udział kosztów na opiekę długoterminową. Pozostałe 5 województw (wraz z udziałem): podkarpackie (2,72%), śląskie (2,48%), małopolskie (2,15%) i dolnośląskie (2%), charakteryzuje wysoki udział kosztów świadczeń pielęgnacyjnych w świadczeniach zdrowotnych ogółem w porównaniu do innych województw (NFZ 2012). Są to jednocześnie województwa, które mają największe wartości kontraktów na świadczenia pielęgnacyjne w Polsce. Natomiast województwo świętokrzyskie (1,94%) swój wynik zawdzięcza głównie zbyt niskim kosztom świadczeń zdrowotnych ogółem (NFZ 2012). Wymienione województwa osiągają wynik powyżej średniej, wynoszącej w 2012 roku 1,7% ogółu kosztów na świadczenia. Poniżej średniej znajduje się 8 województw zbliżonych do wyniku 1,3% oraz 2 województwa o najmniejszym udziale: wielkopolskie (1,12%) i pomorskie (1,05%) (NFZ 2012). Wyniki ostatnich dwóch województw wydają się zaskakujące, ponieważ są to regiony o dość wysokich kosztach świadczeń opieki zdrowotnej oraz z dynamiczną gospodarką.

Analiza wykresu na rysunku 2 pokazuje, w którym województwie są największe koszty na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w relacji do kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, co może wskazywać o relatywnie dużej części potrzebujących w porównaniu do pacjentów korzystających z pozostałych świadczeń. W województwach o największym udziale, czyli w województwach południowej Polski, można przypuszczać, że jest większe zapotrzebowanie na usługi opieki długoterminowej niż w pozostałych regionach Polski.



Rysunek 2. Koszty świadczeń opieki długoterminowej na tle kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem

Źródło: NFZ, Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2012 rok.

W analizie zróżnicowania kosztów badanych świadczeń należy również uwzględnić liczbę mieszkańców, gdyż ma to istotny wpływ. Województwa o dużej liczbie ludności powinny się charakteryzować większymi ponoszonymi kosztami i tę zależność można zauważyć badając wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem w porównaniu do liczby mieszkańców. Im większe województwo pod względem ludności, tym większe ponoszone koszty na opiekę zdrowotną, co jest logiczne i słuszne. Natomiast analizując same koszty na świadczenia pielęgnacyjne -opiekuńcze w relacji do struktury ludności, nie zachodzą aż tak proporcjonalne zależności jak w przypadku kosztów całkowitych świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ 2012). Oczywiście województwa ponoszące najwięcej kosztów na opiekę długoterminową, są także jednymi z najbardziej zaludnionych (śląskie, mazowieckie, małopolskie i dolnośląskie), a w województwach, których koszty są najmniejsze (podlaskie i lubuskie) – liczba mieszkańców jest jedna z najmniejszych. Wśród pozostałych województw zależność ta nie jest zbieżna idealnie z liczbą ludności danego regionu. Powyższe dane przedstawiono w tabeli 3.

Przy analizie zróżnicowania kosztów przeznaczonych na opiekę długoterminową, warto także uwzględnić liczbę pacjentów przebywających w ZPO i ZOL w Polsce, ponieważ wpływa to istotnie na wysokość kosztów. Zauważalne jest, że w 2012 roku liczba świadczeniobiorców w zakładach opiekuńczych jest w dużym stopniu zależna od zaludnienia danego województwa, choć nie jest to ścisła i dokładna korelacja. W przypadku niektórych

Tabela 3

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także świadczeń opieki długoterminowej, w relacji do wielkości województwa pod względem liczby mieszkańców w 2012 roku w poszczególnych regionach Polski

Województwo	Liczba ludności		Koszty świadczeń opieki zdrowotnej		w tym: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	
	lp.	osoby	lp.	tys. zł	lp.	tys. zł
Mazowieckie	1.	5 301 760	1.	8 761 193	2.	132 535
Śląskie	2.	4 615 870	2.	7 239 766	1.	179 663
Wielkopolskie	3.	3 462 196	3.	5 277 886	6.	59 343
Małopolskie	4.	3 354 077	4.	4 977 202	3.	106 983
Dolnośląskie	5.	2 914 362	5.	4 546 394	4.	90 812
Łódzkie	6.	2 524 651	6.	4 033 448	7.	51 260
Pomorskie	7.	2 290 070	7.	3 433 892	12.	36 078
Lubelskie	8.	2 165 651	8.	3 348 031	8.	46 639
Podkarpackie	9.	2 129 951	10.	3 155 540	5.	85 783
Kujawsko-pomorskie	10.	2 096 404	9.	3 224 060	9.	44 079
Zachodniopomorskie	11.	1 721 405	11.	2 625 214	13.	34 090
Warmińsko-mazurskie	12.	1 450 697	12.	2 125 122	14.	29 236
Świętokrzyskie	13.	1 273 995	13.	2 004 722	11.	38 916
Podlaskie	14.	1 198 690	14.	1 806 896	15.	23 018
Lubuskie	15.	1 023 317	15.	1 554 304	16.	20 786
Opolskie	16.	1 010 203	16.	1 496 517	10.	41 590

Źródło: GUS, Rocznik demograficzny 2013; NFZ, Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2012 rok.

województw zachodzi rozbieżność, tak jak na przykład województwo wielkopolskie jest trzecie pod względem ludności, natomiast pod względem pacjentów w ZOL i ZPO jest dopiero dziewiąte, a w województwie zachodniopomorskim, gdzie liczba mieszkańców plasuje region na 11 pozycji, pacjentów jest najmniej w całej Polsce, tj. 1338 w ciągu 2012 roku. Łącznie w Polsce w 2012 roku ze świadczeń ZPO i ZOL korzystało 58 132 osoby, najwięcej w województwach mazowieckim i śląskim – ponad 8 tys. pacjentów. Są to również regiony o najwyższych kosztach ogółem na tego typu świadczenia. Średnia liczba potrzebujących we wszystkich województwach wynosiła około 3,5 tys. osób (GUS 2013; NFZ 2012). W tabeli 4 przedstawiono szczegółowo strukturę pod względem osób przebywających w zakładach opiekuńczych oraz koszty jednostkowe przypadające na 1 pacjenta i mieszkańca województwa.

Średnie koszty świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na 1 pacjenta ZOL lub ZPO wyniosły w 2012 roku 17,5 tys. zł. Według danych, najwięcej kosztów usług opiekuńczych na 1 pacjenta przeznaczają się w województwach: zachodniopomorskim (25,5 tys. zł), świętokrzyskim (25 tys. zł) i w opolskim (23 tys. zł). Są to województwa, gdzie liczba pacjentów

Tabela 4

Liczba pacjentów zakładów opiekuńczych oraz koszty jednostkowe w przeliczeniu na 1 pacjenta i 1 mieszkańca województwa w 2012 roku

Województwo (kolejność wg liczby ludności)	Liczba pacjentów w ZPO i ZOL		Koszty świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na jednego pacjenta		Koszty świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na jednego mieszkańca	
	lp.	osoby	lp.	zł	lp.	zł
Mazowieckie	1.	8 720	10.	15 199	7.	25,00
Śląskie	2.	8 562	7.	20 984	3.	38,92
Wielkopolskie	9.	2 637	4.	22 504	15.	17,14
Małopolskie	4.	5 216	8.	20 510	4.	31,90
Dolnośląskie	3.	6 657	12.	13 642	5.	31,16
Łódzkie	5.	4 010	14.	12 783	11.	20,30
Pomorskie	8.	3 159	16.	11 421	16.	15,75
Lubelskie	10.	2 148	6.	21 713	8.	21,54
Podkarpackie	6.	3 815	5.	22 486	2.	40,27
Kujawsko-pomorskie	7.	3 243	13.	13 592	9.	21,03
Zachodniopomorskie	16.	1 338	1.	25 478	13.	19,80
Warmińsko-mazurskie	11.	1 851	9.	15 795	12.	20,15
Świętokrzyskie	15.	1 559	2.	24 962	6.	30,55
Podlaskie	14.	1 670	11.	13 783	14.	19,20
Lubuskie	13.	1 750	15.	11 878	10.	20,31
Opolskie	12.	1 797	3.	23 144	1.	41,17
POLSKA		58 132		17 560		26,49

Źródło: GUS, Rocznik statystyczny województw 2013; NFZ, Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2012 rok.

jest jedna z najmniejszych, nie przekraczająca 2 tysięcy osób w roku, a suma kontraktów na świadczenia pielęgnacyjne jest rzędu 34–41 mln zł (tj. poniżej średniej), co powoduje, że koszty jednostkowe w tych województwach są największe. Najmniej kosztów ponoszonych na 1 pacjenta w ZOL i ZPO w 2012 roku było w województwie pomorskim (11,4 tys. zł), lubuskim (11,9 tys. zł) i łódzkim (12,8 tys. zł) (GUS 2013; NFZ 2012). W województwie lubuskim najmniej się przeznaczają na opiekę długoterminową i pacjentów jest prawie najmniej, natomiast pozostałe województwa pomorskie i łódzkie mają stosunkowo więcej pacjentów niż proporcjonalna wartość kontraktów świadczeń pielęgnacyjnych.

Z kolei koszty świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na 1 mieszkańca Polski w 2012 roku wynosiły średnio 26,5 zł. Najwięcej przeznaczają się w województwie opolskim (41 zł) i podkarpackim (40 zł), a najmniej w wielopolskim (17 zł) i pomorskim (16 zł) (GUS 2013; NFZ 2012). Struktura zróżnicowania kosztów wspomnianych świadczeń w województwach w przeliczeniu na 1 mieszkańca jest zatem porównywalna i zbieżna z analizą udziału kosztów opieki długoterminowej w kosztach świadczeń zdrowotnych ogółem.

Uwagi końcowe

Zróżnicowanie finansowania opieki długoterminowej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest silnie uzależnione od struktury danego rejonu Polski. Istnieją województwa dominujące pod względem liczby świadczeniodawców oraz pod względem wysokości kontraktów, tj. mazowieckie, śląskie, dolnośląskie i małopolskie. Duży wpływ ma liczba ludności w danym województwie a także struktura wiekowa. Można przypuszczać, że w województwach o dość dużym udziale kosztów świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ogóle świadczeń zdrowotnych (opolskie, podkarpackie, śląskie), żyje więcej osób starszych i potrzebujących niż w innych regionach, co niestety nie ma odniesienia w liczbie dostępnych łóżek dla pacjentów. Wymagałoby to dalszych badań uwzględniających szczegółowe badanie struktury wiekowej regionów Polski. Dość znaczne różnice w kosztach świadczeń opieki długoterminowej na 1 pacjenta czy 1 mieszkańca potwierdzają duże dysproporcje w województwach w przeznaczaniu funduszy na badane usługi. Przeprowadzone w pracy rozważania zdają się potwierdzać tezę, że zróżnicowanie demograficzne województw Polski wpływa na strukturę finansowania usług pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Literatura

- Błędowski P. (2009), *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna”, nr 7.
- Główny Urząd Statystyczny (2014), *Bank Danych Lokalnych*, www.stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (18.02.2014).
- Główny Urząd Statystyczny (2014), *Rocznik demograficzny 2013*, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2014), *Rocznik statystyczny województw 2013*, Warszawa.
- Kozierkiewicz A., Szczerbińska K. (2007) *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Kraków.
- Mitek A. (2013) *Analiza zróżnicowania poziomu finansowania świadczeń opiekuńczych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, „Zarządzanie i Finanse”, nr 2, cz. 5, Gdańsk.
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2008–2012), *Roczne sprawozdania z wykonania planu finansowego za lata 2008–2012*, Warszawa.
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2014), *Informator o umowach Narodowego Funduszu Zdrowia*, <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx> (24.03.2014).
- Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r., DzU 07.14.89 z późn. zm.
- Więckowska B. (2010), *Description of Long-term Care: Provision and Financing*, World Bank Report Long-Term Care and Ageing, Case Studies – Bulgaria, Croatia, Latvia and Poland, www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/12/16/000333037_20101216024528/Rendered/PDF/584530WP0Box351Final1November212010.pdf (24.03.2014).

THE IMPACT OF DIVERSITY VOIVODESHIPS ON FINANANCING LONG-TERM CARE IN POLAND

Abstract: *Purpose* – Presentation of diversification of financing long-term care services within health care, depending on the Polish region.

Design/methodology/approach – Quantitative analysis of the available operators on the polish market offering long-term care benefits in the years 2010-2012. Detailed comparative analysis of 2012 in terms of variety of costs for long-term care in Poland, the number of patients and the demographic structure of all the voivodeships.

Findings – The current status of funding long-term care is quite strongly diversified among Polish provinces, particularly in terms of the population of the regions.

Originality/value –The article expands the knowledge of health care finance for a detailed synthesis of the market structure and financing of long-term care services that are constantly developing in Poland.

Keywords: long-term care, health insurance, health system

Cytowanie

Mitek A. (2014), *Wpływ zróżnicowania województw na finansowanie opieki długoterminowej w Polsce*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 804, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 67, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 921–932; www.wneiz.pl/frfu.