

PRACE ORYGINALNE

Konrad Wilk^{1 (A, B, C, D, E, F)}, Christoph Sowada^{2 (D, E)}, Waclaw Kruk^{1 (D)}

Starzenie się społeczeństwa polskiego a wydatki NFZ na opiekę długoterminową w latach 2004–2010 – zróżnicowanie regionalne

Ageing of Polish society and NFZ expenses on long-term care from 2004 to 2010 – regional differentiation

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Rzeszowskiego

² Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

STRESZCZENIE

Wstęp: obserwując nasilające się od drugiej połowy XX wieku zmiany demograficzne można skonstatować, iż wydłuża się przeciętne trwanie życia przy jednoczesnym spadku poziomu diety. Zmienia się także udział społeczeństwa według ekonomicznych grup wiekowych oraz rośnie zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze, w tym na opiekę długoterminową. Wśród różnych konsekwencji tych zmian uwagę przyciągają rosnące koszty finansowe, które ponoszą zarówno obywatele, jak i państwo, a zwłaszcza system ochrony zdrowia wymagający coraz większych nakładów na leczenie starzejącego się społeczeństwa.

Cel pracy: sprawdzenie czy rozbieżność wydatków na opiekę długoterminową w oddziałach wojewódzkich NFZ odzwierciedla przynajmniej częściowo różnice w strukturze wiekowej populacji poszczególnych regionów Polski.

Materiał i metoda: do wykonania analizy posłużyły dane z Raportów i Sprawozdań NFZ oraz z Roczników Demograficznych. Analiza statystyczna ma charakter pełny.

Wyniki: wydatki oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę długoterminową w wydatkach całkowitych na świadczenia zdrowotne nie są zależne od struktury wiekowej populacji w poszczególnych regionach Polski. Najwyższe udziały wydatków na opiekę długotermino-

ABSTRACT

Introduction: When we monitor demographic changes, which have been intensifying since the second half of the twentieth century, it can be ascertained that the average lifespan has been extending in the presence of simultaneous decrease in the fertility level. The share of society per economic age group has been changing as well and the demand for caring benefits, including the long term care, has been rising. Growing financial costs, which are born both by citizens and the country, attract attention among various consequences of the changes. Especially the health protection system requiring bigger and bigger expenditures on the ageing society treatment.

Aim: To investigate whether the discrepancy of expenses on the long term care in provincial branches of the National Health Fund (NHF) at least partially reflects differences in age structures of population of particular regions of Poland.

Materials and methods: In order to perform the analysis the data from reports of NHF as well as Demographic Yearbooks were used. The statistical analysis is of a complete type.

Results: In the total expenditures, the expenses of regional branch offices of the National Health Fund on the long term care are not dependent on the age structure of the population in particular regions of Poland. The largest shares of the long

Udział współautorów / Participation of co-authors: A – przygotowanie projektu badawczego/ preparation of a research project; B – zbieranie danych / collection of data; C – analiza statystyczna / statistical analysis; D – interpretacja danych / interpretation of data; E – przygotowanie manuskryptu / preparation of a manuscript; F – opracowanie piśmiennictwa / working out the literature; G – pozyskanie funduszy / obtaining funds

wą odnotowuje się w województwach: śląskim, małopolskim i podkarpackim, w których udział osób starszych w populacji nie należał do najwyższych na tle kraju. W województwach, w których zanotowano największy udział osób w wieku poprodukcyjnym (łódzkie, świętokrzyskie), udział w wydatkach na opiekę długoterminową był niemal najniższy w kraju.

Wnioski: wydatki w obszarze opieki długoterminowej w większości oddziałów NFZ nie były skorelowane z poziomem i zmianami odsetka osób w wieku powyżej 65. roku życia w poszczególnych regionach Polski.

Słowa kluczowe: starzenie się społeczeństwa, opieka długoterminowa, wydatki NFZ na opiekę długoterminową.

Wprowadzenie

Nasilające się od kilkadziesiąt lat w Europie zmiany demograficzne opisywane pod hasłem „starzenie się społeczeństwa” skłaniają badaczy do nazwania Europy „siwiejącym kontynentem” [1, 2]. W ciągu najbliższych 40 lat liczba osób po 80. roku życia w Europie wzrośnie o 34 mln, co oznacza wzrost o 180%. Jednocześnie nastąpi spadek liczby osób młodych w przedziale wiekowym do 24. roku życia o 29 mln (44%) [3]. Prognozuje się również, że do 2051 roku 40% mieszkańców Unii Europejskiej przekroczy 65. rok życia [4].

Nie ulega wątpliwości, że i polskie społeczeństwo się starzeje. W roku 1990 udział ludności w wieku powyżej 65 lat przekroczył 10%, co wg norm ONZ równoznaczne jest z osiągnięciem progu zaawansowanej „starości demograficznej” [5]. Według demografów do 2035 roku w Polsce znacząco wydłuży się przeciętne trwanie życia, przy jednoczesnym niskim poziomie dzietności. Zmieni się udział społeczeństwa według ekonomicznych grup wiekowych. Spadnie udział ludności w wieku przedprodukcyjnym (0–18 lat) oraz produkcyjnym mobilnym (18–44 lata). Jednocześnie wzrośnie udział ludności w wieku produkcyjnym niemobilnym (45–67 lat) i poprodukcyjnym [6]. Wśród różnych konsekwencji tych zmian uwagę przyciągają rosnące koszty finansowe [7], które poniosą zarówno obywatele jak i państwo, a zwłaszcza system ochrony zdrowia wymagający coraz większych nakładów na leczenie starzejącego się społeczeństwa [8]. Obecnie na osoby w wieku poprodukcyjnym przeznaczają się około 30% zasobów finansowych NFZ. Do roku 2050 udział ten przekroczy 50% [9]. Wraz ze zwiększonym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne [10, 11, 12, 13] należy się spodziewać wzrostu popytu na opiekę długoterminową [14, 15]. Choć ta oferuje usługi nie tylko osobom w podeszłym wieku, to jednak najstarsze grupy wiekowe korzystają z niej w największym stopniu [16]. Już teraz zapotrzebowanie społeczeństwa polskiego w tym obszarze ochrony zdrowia nie jest zaspokajane w stopniu satysfakcjonującym [17, 18, 19], a pacjenci niejednokrotnie muszą czekać na miejsce w zakładzie nawet kilka miesięcy [20].

term care expenses are noted in Slaskie, Malopolskie, and Podkarpackie provinces, in which the share of elderly people in the population did not belong to the highest against the country. In Lodzkie and Swietokrzyskie provinces, where the largest share of people in the post-working age was noted, the share in the long term care expenses was nearly the smallest in the country.

Conclusions: the expenses in the scope of the long term care in the majority of the regional branch offices of NHF in particular regions of Poland were not correlated by a level and changes of the percentage of the people above 65.

Keywords: society ageing, long term care, expenses of NHF on the long-term care.

Introduction

Demographic changes described as „society ageing”, which have been intensifying in Europe for several dozens of years, have inspired researchers to name Europe „the continent turning grey” [1, 2]. Within the next 40 years the number of people above 80 in Europe will grow by 34 million, which means the increase by 180%. At the same time, the decrease by 29 million (44%) in the number of the young people in the age range up to 24 [3]. It is also predicted that by 2051, 40% of inhabitants will have exceeded 65 years of age [4].

It is beyond doubt that Polish society is ageing as well. In 1990 the share of population above 65 exceeded 10% which, according to the UN standards, is tantamount to reaching a threshold of the advanced „demographic of ageing” [5]. According to demographers, by 2035 the average lifespan in Poland will have lengthened at the presence of a simultaneous low level of fertility. The share of society by economic age groups will change. The share of population in the pre-working age (0-18) and mobile working age (18-44) will decrease. At the same time, the share of population in the non-mobile working age (45-67) and post-working age [6]. Among various consequences of the changes, growing financial costs [7], which are born both by citizens and the country, attract the most attention. Especially, the health protection system requiring bigger and bigger expenditures on the ageing society treatment [8]. Currently, approximately 30% of NHF funds is appropriated on the people in the post-working age. By 2050 the share will have exceeded 50% [9]. Together with the increasing request for health benefits [10, 11, 12, 13], the growth in demand for the long term care [14, 15] should be expected. Although through the long term care the services can be offered not only to people advanced in years, still the oldest age groups take advantage of it to the highest degree [16]. The demand of Polish society within this health protection range is not being met to a satisfying degree already [17, 18, 19], and patients repeatedly have to wait even a couple of months for a place in an institution [20].

Long-term care (LTC) is a relatively new area of benefits in Polish health protection system [21]. Its

Opieka długoterminowa (LTC, long-term care) jest relatywnie nowym obszarem świadczeń w polskim systemie ochrony zdrowia [21]. Jej głównym celem jest pielęgnowanie i kontynuowanie leczenia osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych oraz w podeszłym wieku w ich środowisku domowym lub w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej. Celem pośrednim jest przywrócenie zdrowia i niezależności oraz możliwości uczestniczenia w życiu społecznym. LTC integruje różnorodne usługi wspierające osoby niesamodzielne pod względem funkcjonalnym w wykonywaniu podstawowych oraz instrumentalnych czynności życia codziennego przez okres dłuższy niż 90 dni [22].

W Polsce opieka długoterminowa zapewniana jest w ramach systemu publicznych ubezpieczeń zdrowotnych i systemu pomocy społecznej, w sektorze komercyjnych usług leczniczych i opiekuńczych oraz przez organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje).

Zgodnie z kryteriami ministra zdrowia opieka długoterminowa może być sprawowana:

- w ramach stacjonarnej opieki szpitalnej [23],
- w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych oraz opiekuńczo-leczniczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie [24],
- w poradniach medycyny paliatywnej, w hospicjum stacjonarnym lub domowym [25].

Pacjenci, którzy nie wymagają hospitalizacji na oddziałach lecznictwa stacjonarnego i z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej mogą skorzystać z pomocy w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej w domu pacjenta [26].

Uzupełnieniem instytucji sprawujących opiekę długoterminową są oddziały geriatryczne i rehabilitacji leczniczej oraz psychiatrii, ale są one odrębnie finansowane przez NFZ i nie będą przedmiotem niniejszej analizy.

Cel pracy

Celem pracy było przeprowadzenie analizy wydatków na świadczenia zdrowotne w ramach opieki długoterminowej ponoszonych przez NFZ w latach 2004–2010 oraz sprawdzenie czy rozbieżność wydatków na opiekę długoterminową w oddziałach wojewódzkich NFZ odzwierciedla przynajmniej częściowo różnice w strukturze wiekowej populacji poszczególnych regionów Polski.

Materiał i metoda

Analiza statystyczna przeprowadzona w niniejszej pracy ma charakter pełny – obejmuje 16 województw RP oraz 16 Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Do wykonania analizy posłużyły dane z Raportów NFZ z lat 2004–2007 oraz Sprawozdań z działalności NFZ z lat 2008–2010, a także dane pochodzące z Roczników Demograficznych z lat 2005–2011. Dane przedstawione są w postaci tabel.

main goal is to nurse and continue to treat chronically ill, handicapped, and elderly people in their homes or in base health care institutions.

The indirect goal is to bring through health and independence as well as possibility to participate in social life. LTC combines various services supporting dependent people with respect to functioning basically and instrumentally in everyday life for a period longer than 90 days [22]. In Poland the LTC is provided within the framework of the national health insurance system and a social service system, in the sector of commercial curative and caring services, as well as by non-governmental organizations (associations and foundations).

According to the criteria of the Minister of Health, the long term care can be performed:

- within the framework of the base hospital care [23],
- in nursing care and healthcare and curative institutions for mechanically ventilated patients [24],
- in palliative medicine centres,
- in stationary or household hospices [25].

Patients, who do not require hospitalisation on stationary health care wards and, due to various reasons, do not want or are not able to reside in long term care institutions, can take advantage of the assistance within the framework of the nursing long term care at their home.

The supplement for institutions performing the long term care are geriatric, medicinal rehabilitation, and psychiatry wards. However, they are differently financed by the NHF and are not the subject of the analysis.

The aim of the paper

The aim of the paper was to perform the analysis of expenditures on medicinal services within the framework of the long term care born by NHF in the years 2004–2010 as well as to verify whether the discrepancy of the expenditures on the long term care in the Regional Branch Offices of the NHF reflects at least partially the difference in the age structure of the population of the particular regions of Poland.

Materials and methods

A statistical analysis carried out in this article is of a complete type. It includes 16 provinces of the Republic of Poland as well as 16 Regional Branch Offices of the NHF. In order to perform the analysis, the data from the NHF reports in 2004–2007 and Reports pertaining to the business activities of the NHF from 2008–2010 as well as the data from demographic yearbooks from 2005–2011 were used. The data are presented in tables.

Results

Currently almost 80% of the overall costs of medicinal services born by the NHF constitute hospital treatment costs, medicine refund, costs of basic medicinal care, and specialist outpatient care. The share of the LTC in

Tabela 1. Koszty NFZ w obszarze opieki długoterminowej (OD) w latach 2004–2010

Table 1. The costs of the NFZ in long-term care in the years 2004–2010

Rok Year	Koszty całkowite świadczeń zdrowotnych (mln pln) / Overall costs of medicinal services (million pln)	Koszty całkowite OD (mln pln) / The overall LTC costs (million pln)	Udział kosztów OD w kosztach całkowitych świadczeń zdrowotnych (%) / The share of the LTC costs in overall costs of medicinal services (%)	Liczba ubezpieczonych w Polsce / The number of insured people in Poland	Koszty OD na ubezpieczonego (pln) / The LTC costs per one insured person (pln)
2004	30 474	466	1,53	37 866 926	12,32
2005	32 969	515	1,56	37 093 259	13,87
2006	35 805	578	1,61	37 834 032	15,28
2007	39 372	702	1,76	37 371 876	18,79
2008	49 194	912	1,85	37 273 348	24,47
2009	54 865	1 019	1,86	37 212 772	27,39
2010	56 416	1 149	2,04	37 210 735	30,88

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Narodowy Fundusz Zdrowia, Raporty NFZ z lat 2004–2007 oraz Sprawozdania z działalności NFZ z lat 2008–2010. Warszawa 2006–2011

Source: own work based on the national Health Fund, the NHF Reports of 2004–2007 and the NHF business activity Reports of 2004–2007 and the NHF business activity Reports of 2008–2010. Warszawa 2006–2011

Wyniki

Obecnie niemal 80% całkowitych kosztów świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez NFZ stanowią koszty leczenia szpitalnego, refundacji leków, podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Udział opieki długoterminowej w kosztach świadczeń zdrowotnych wynosi zaledwie 2% [27]. Jednakże udział ten w latach 2004–2010 zwiększył się o 0,5 punktu procentowego (z 1,53% do 2,04%), a w ujęciu absolutnym koszty NFZ w zakresie świadczeń opieki długoterminowej wzrosły o 146% (z 466 mln zł do 1149 mln zł). Wraz ze zwiększeniem udziału opieki długoterminowej w kosztach całkowitych świadczeń zdrowotnych można zaobserwować dynamiczny wzrost wydatków na ubezpieczonego korzystającego ze świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej. W latach 2004–2010 wzrosły one o 151% (z 12,32 zł na 30,88 zł) (tab.1).

Zapotrzebowanie na świadczenia opieki długoterminowej skłania do postawienia tezy, że wydatki oddziałów wojewódzkich NFZ na opiekę długoterminową mogą (lub powinny) być pozytywnie skorelowane ze strukturą wiekową populacji poszczególnych województw – im większy jest udział osób starszych (65+) w szczególnie sposób korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej, tym większy powinien być również udział wydatków na tego rodzaju świadczenia oraz wydatki *per capita*. To sugerują zresztą różne zapisy, jakie można odnaleźć w raportach NFZ. Weryfikacja postawionej tezy na podstawie porównania wydatków oddziałów NFZ ze strukturą wiekową populacji województw wypada jednak negatywnie (tab.2).

Dyskusja

Największy udział osób starszych w populacji w latach 2004–2010 odnotowano w województwie łódzkim i wy-

the medicinal service costs amounts merely to 2% [27]. However, the 2004–2010 share increased by 0,5 percentage point (from 1,53% to 2,04%), and in the absolute approach, the costs of NHF in the field of the LTC services increased by 146% (from 466 million zł to 1149 million zł). Along with the increase of the LTC share in the overall costs of the medicinal services, dynamic growth of the expenses on an insured person taking advantage of medicinal services in the field of the LTC could be observed. The 2004–2010 expenses increased by 151% (from 12,32 zł to 30,88 zł) (table.1).

Demand relationship for the LTC services prompts the coaching of a thesis claiming that the Expenses of the Regional Branch Offices of the NHF on the LTC can (or should) be positively correlated with the age structure of the population of the particular provinces: the larger the share of the elderly people (above 65) taking advantage of the LTC services is, the larger the share of the expenses on the services of such kind as well as per capita costs should be. The above is suggested by records of different kind which can be found in the NHF reports. However, based on the comparison between the expenses of the NHF regional branch offices and the age structure of the population in provinces, the verification of the formulated thesis is negative, though (table 2).

Discussion

The largest share of the elderly people in the population between 2004 and 2010 was noted in Lodzkie province and it amounted to 15%. In NHF reports [28] we can find information stating that the growth of the LTC costs at the beginning of the analysed period was connected mainly with constant increase of the population percentage in working age and the highest coefficient of deceases resulting from tumours. It was also ascertained that some

Tabela 2. Udział wydatków OD w wydatkach całkowitych świadczeń zdrowotnych oraz udział osób w wieku 65+ w populacji (%)

Table 2. The contributions of long-term care expenditure in total health benefits and the contribution of people aged 65+ in the population (%)

Oddział Regional branch office	Udział / Share	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
DOLNOŚLĄSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,39	1,56	1,63	1,75	2,07	1,97	2,26
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	13,3	13,5	13,6	13,5	13,5	13,4	13,4
KUJAWSKO- POMORSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,55	1,53	1,66	1,83	1,98	1,78	1,87
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	12,2	12,3	12,4	12,5	12,6	12,6	12,6
LUBELSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,11	1,24	1,43	1,61	1,65	1,44	1,62
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	14,2	14,3	14,4	14,3	14,3	14,4	14,5
LUBUSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,28	1,38	1,37	1,51	1,45	1,43	1,70
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	11,6	11,7	11,8	11,8	11,8	11,8	11,8
ŁÓDZKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,42	1,43	1,45	1,60	1,68	1,46	1,63
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	14,8	14,9	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
MAŁOPOLSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,93	1,92	1,97	2,18	2,30	2,52	2,40
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	13,2	13,4	13,4	13,4	13,5	13,6	13,7
MAZOWIECKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,70	1,64	1,63	1,68	1,80	1,71	1,84
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	14,5	14,5	14,6	14,5	14,5	14,5	14,5
OPOLSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,56	1,62	1,83	2,17	2,45	2,57	3,17
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	13,3	13,7	14,0	14,1	14,2	14,3	14,3
PODKARPACKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,77	1,96	2,03	2,36	2,39	2,83	3,09
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	12,7	12,9	13,0	13,0	13,0	13,1	13,2
PODLASKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,20	1,29	1,49	1,66	1,68	1,52	1,60
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	14,3	14,5	14,6	14,7	14,8	14,8	14,8
POMORSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,01	1,20	1,28	1,44	1,36	1,33	1,33
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	11,7	11,9	12,1	12,2	12,2	12,3	12,2
ŚLĄSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	2,05	2,00	2,01	2,16	2,27	2,39	2,70
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	12,9	13,2	13,6	13,8	14,0	14,2	14,3
ŚWIĘTOKRZYSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	0,89	1,02	1,10	1,20	1,40	1,49	1,84
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	14,7	14,9	14,9	14,8	14,8	14,9	15,0

WARMIŃSKO-MAZURSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,72	1,67	1,66	1,77	1,71	1,83	1,83
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	11,4	11,6	11,7	11,8	11,8	11,8	11,8
WIELKOPOLSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	1,40	1,42	1,43	1,51	1,54	1,61	1,81
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	11,8	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9
ZACHODNIO-POMORSKI	wydatków OD w wydatkach całkowitych of the LTC expenses in the overall expenses	0,76	0,74	0,87	0,93	1,11	1,10	1,56
	osób w wieku 65+ w populacji of the people aged over 65 in the population	11,9	12,1	12,2	12,2	12,3	12,3	12,3

Legenda:

- kolor zielony – największy udział wydatków na opiekę długoterminową w wydatkach całkowitych,
- kolor czerwony – najmniejszy udział wydatków na opiekę długoterminową w wydatkach całkowitych,
- kolor niebieski – największy udział osób w wieku 65+ w populacji,
- kolor szary – najmniejszy udział osób w wieku 65+ w populacji.

Explanation:

- greencolour – the largest share of the LTC expenses in the overall expenses,
- red colour – the lowest share of the LTC expenses in the overall expenses,
- blue colour – the largest share of the people aged above 65 in the population,
- grey colour – the lowest share of the people aged above 65 in the population.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Narodowy Fundusz Zdrowia, Raporty NFZ z lat 2004–2007 Warszawa 2006–2008, Sprawozdania z działalności NFZ z lat 2008–2010 Warszawa 2009–2011, Główny Urząd Statystyczny, Roczniki Demograficzne 2005–2011 Warszawa 2005–2011

Source: own work based on the National Health Fund, the NHF Reports of 2004–2007, Warszawa 2006–2008, NHF Business Activity Reports of 2008–2010, Warszawa 2009–2011, Central Statistical Office, Demographic Yearbooks of 2005–2011, Warszawa 2005–2011

nosił około 15%. W raportach NFZ [28] można znaleźć informację mówiącą, iż wzrost kosztów w opiece długoterminowej na początku badanego okresu związany był głównie ze stałym zwiększaniem się odsetka ludności w wieku poprodukcyjnym oraz najwyższym w kraju współczynnikiem zgonów z powodu nowotworów. Stwierdzono także, iż nastąpiła poprawa dostępności pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Można mieć jednak wątpliwości co do argumentu, iż wzrost kosztów spowodowany był zwiększaniem się odsetka osób starszych, ponieważ w całym badanym okresie udział osób w wieku 65+ utrzymywał się na względnie stałym (choć wysokim) poziomie. Po drugie, udział wydatków na opiekę długoterminową w wydatkach całkowitych oddziału łódzkiego nie należy do najwyższych w skali kraju i można mieć wątpliwość, czy w związku z tym dostępność pacjentów do świadczeń długoterminowych faktycznie się poprawiła.

Kolejnym „najstarszym” regionem jest województwo świętokrzyskie. W latach 2004–2010 odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wynosił tu średnio 14,8%. Jednocześnie można zaobserwować, iż w oddziale świętokrzyskim w latach 2004–2007 udział wydatków na opiekę długoterminową był niemal najniższy w skali kraju i wahał się w przedziale 0,89–1,2%. Mimo iż ŚOW NFZ

improvement in availability of healthcare and curative institutions for patients had occurred. Nevertheless, some doubts can arise as to an argument stating that growth of the costs was caused by the increase of the percentage of the elderly people because the share of the people aged above 65 was maintained on a relatively constant, yet high, level in the entire analysed period. Secondly, the share of the LTC expenses in the overall expenditures of the regional branch office in Lodz is not the highest in the country and it is doubtful whether, consequently, the availability of the LTC services for patients has actually improved.

Świetokrzyskie province is another ‘oldest’ region. The 2004-2010 percentage of people in the post-working age amounted to 14,8% on average. It could be observed at the same time that in Świetokrzyskie regional branch office the 2004-2007 share of LTC expenses was almost the lowest in the country and fluctuates in the range 0,89-1,2%. Despite the fact that Świetokrzyskie Branch Office of the NHF every year would sing up larger and larger amount of services so as to secure requirements for the LTC services, still too small number of health service providers in the region as well as excessively long date of waiting to get to some institutions belong to the largest problems.

The smallest share of elderly people in the population was noted in Warmińsko-mazurskie region, which in

rokrocznie kontraktował coraz większą liczbę świadczeń w celu zabezpieczenia potrzeb na usługi długoterminowe to wciąż do największych problemów należą zbyt mała liczba świadczeniodawców w regionie oraz zbyt długi termin oczekiwania do niektórych zakładów.

Najniższy udział osób starszych w populacji odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, który w latach 2004–2010 utrzymywał się na względnie stałym poziomie i wynosił około 11,5%. Jednocześnie można zaobserwować bardzo niewielki wzrost udziału w wydatkach na opiekę długoterminową.

Największy udział kosztów na opiekę długoterminową w kosztach całkowitych, a zarazem największy wzrost z 1,56% w 2004 roku do 3,17% w roku 2010 można zaobserwować w oddziale opolskim. OOW NFZ podaje, iż w roku 2004 i 2005 zakontraktowane świadczenia nie pokryły w pełni zapotrzebowania społeczeństwa [29]. Główną przyczyną był brak świadczeniodawców. Dopiero w latach kolejnych zawarto dodatkowe umowy, które przyczyniły się do lepszego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Co więcej, w raportach NFZ można znaleźć wzmiankę, iż koszty opolskiego oddziału dynamicznie rosły ze względu na populację „typu starego”. Oczywiście populacja województwa nie jest najmłodsza, ale w skali kraju jest wiele regionów, które wykazują znacznie wyższy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w populacji i znacznie szybsze tempo starzenia się populacji niż w przypadku Opolszczyzny.

Drugim oddziałem, który wyróżnia się pod względem udziału wydatków na opiekę długoterminową w wydatkach całkowitych na świadczenia zdrowotne jest oddział podkarpacki NFZ. W latach 2004–2010 nastąpił tu wzrost z niemal 2% do ponad 3%. Jednocześnie udział osób w wieku 65+ nie należy do najwyższych w skali kraju.

W oddziale śląskim w 2006 roku renegotjowano umowy świadczeń, które w efekcie miały dostosować ilość usług w zakresie opieki długoterminowej do rzeczywistego zapotrzebowania. Przypadek ten wydaje się o tyle ciekawy, iż w latach 2004–2006 oddział śląski wykazywał największy udział wydatków na opiekę długoterminową w skali kraju. W kolejnych latach udział ten się zmniejszył, choć udział osób w wieku 65+ w populacji systematycznie rósł.

W oddziale małopolskim można zaobserwować stosunkowo duży udział wydatków na opiekę długoterminową. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż dopiero od 2004 roku w oddziale małopolskim zaczęto kontraktować potrzebne świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej oraz hospicjum domowego. Jednak pomimo zwiększania liczby kontraktów można było zaobserwować przypadki ograniczenia dostępności do niektórych zakresów świadczeń w zakresie opieki długoterminowej, co spowodowane jest m.in. wysokim udziałem osób w wieku poprodukcyjnym w populacji.

Najniższy udział wydatków na opiekę długoterminową w skali kraju można zaobserwować w oddziale zachod-

2004-2010 was maintained on a relatively constant level and amounted to approximately 11,5%. At the same time a slight increase in the share in the LTC expenses can be observed.

The largest share of the LTC costs in the overall costs and, at the same time, the largest increase from 1,56% in 2004 to 3,17% in 2010 can be observed in Opolski regional branch office. The office states that in 2004 and 2005 participating provisions did not entirely cover the requirement of the society [29]. The major of the above was the lack of health service providers. Only in the subsequent years additional contracts, which contributed to better satisfaction of medicinal requirements, were signed. Moreover, in the NHF reports a mention can be found stating that the costs of Opolski regional branch office were rising dynamically with regards to the “old type” population. Obviously, the population of the province does not belong to the youngest but in the range of the entire country there are many regions demonstrating a lot larger percentage of people in the post-working age as well as much faster aging rate of the population than in the case of Opolskie province.

Another branch which stands out with regards to the share of the LTC expenses in the overall expenses on medical services is Podkarpacki regional branch office of the NHF. The 2004–2010 growth occurred from nearly 2% to over 3%. At the same time, the share of the people aged above 65 does not belong to the highest in the country.

In Slaski regional branch office the agreements for provisions, which actually were supposed to adjust the number of services within the scope of the LTC to real requirement, were renegotiated. Such case seems to be at least interesting because between 2004 and 2006 Slaski regional branch office demonstrated the highest share of the LTC expenses in the country. In subsequent years, the share decreased, though the share of people in the age above 65 in the population was systematically rising.

In Malopolski regional branch office a relatively large share of the LTC expenses can be observed. It should be noted that in Malopolski regional branch office the necessary medicinal nursing LTC and home hospice services began to be contracted only from 2004. However, despite increasing the number of contracts, some cases of limiting the availability to certain ranges of services of the LTC could be observed. It is caused by, among other things, a high share of people in the post-working age in the population.

The lowest share of expenses on the LTC in the country can be observed in Zachodniopomorski regional branch office. Even though the office contracted additional LTC services, the 2004-2010 share in the costs increased merely by 0,8 percentage points. At the same time, the share of elderly people in the population was not the highest, though.

niopomorskim. Mimo iż ZOW NFZ zakontraktował dodatkowe świadczenia z zakresu opieki długoterminowej to w latach 2004–2010 udział w kosztach zwiększył się zaledwie o 0,8 punktu procentowego. Jednocześnie udział osób starszych w populacji nie należał jednak do najwyższych.

W Raportach NFZ [30] oddział pomorski podaje, iż od roku 1999 w województwie pomorskim następuje stały wzrost odsetka ludności powyżej 65 roku życia. Wskazuje to na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, a tym samym rosnące potrzeby w zakresie świadczeń długoterminowych. Jednak w latach 2004–2010 udział osób starszych w populacji zwiększył się zaledwie o 0,5 punktu procentowego (jeden z najniższych w skali kraju). Stwierdzenie o postępującym starzeniu się populacji województwa nie ma natomiast wpływu na politykę kontraktowania świadczeń. Wydatki na opiekę długoterminową w POW NFZ w latach 2004–2009 były niemal najniższe w skali kraju, a w roku 2010 najniższe.

Wnioski

Województwo łódzkie i świętokrzyskie okazują się być najstarszymi demograficznie województwami w Polsce, tzn. regionami z najwyższym udziałem osób w wieku poprodukcyjnym. Około 15% wszystkich mieszkańców tych województw ukończyło 65 rok życia. Natomiast najniższy udział osób w wieku 65+ w całości populacji odnotowały województwa: lubuskie, warmińsko-mazurskie oraz wielkopolskie (około 11,8%). Najdynamiczniej starzejącymi się województwami są natomiast: śląskie i opolskie, gdzie wzrost odsetka osób w wieku 65+ w latach 2004–2010 wyniósł odpowiednio 1,4 punktu procentowego i 1 punkt procentowy. Natomiast w województwach: dolnośląskim, mazowieckim i wielkopolskim udział osób w wieku 65+ w całości populacji się nie zmienił.

Z Raportów NFZ z lat 2004–2007 oraz Sprawozdań z działalności NFZ z lat 2008–2010 można odczytać, iż największy udział kosztów na opiekę długoterminową w kosztach całkowitych zanotowano w oddziale podkarpackim (średnio 2–3% w badanym okresie), a najniższy w oddziale: pomorskim, świętokrzyskim oraz zachodniopomorskim (średnio 0,76–1,56%).

W okresie 2004–2010 największy wzrost udziału opieki długoterminowej w kosztach całkowitych świadczeń zdrowotnych zanotowano w oddziale: opolskim (udział podwoił się) oraz podkarpackim (wzrost udziału o 75%), natomiast najmniejszy w oddziałach: warmińsko-mazurskim (wzrost udziału o 6%) i mazowieckim (o 8%).

Wydatki w obszarze – „opieka długoterminowa” w większości oddziałów NFZ nie były skorelowane poziomem i zmianami odsetka osób w wieku powyżej 65 roku życia w poszczególnych regionach Polski.

In the NHF Reports [30], it is stated by Pomorski regional branch office that in Pomorskie province a constant increase of the percentage of the people above 65 has been occurring since 1999, indicating the progressive process of society ageing and thereby growing demands for the LTC services. However, the 2004–2010 share of elderly people in the population increased merely by 0,5 percentage point (one of the lowest in the country). The ascertainment concerning the progressive ageing of the province population does not influence, on the other hand, the services contracting policy. The 2004–2009 LTC expenses in Pomorski regional branch office were merely the lowest in the country, and in 2010 they were the lowest.

Conclusions

Lodzkie and Swietokrzyskie provinces turn out to be the oldest provinces in Poland with regards to demography, i.e. regions with the highest share of people in the post-working age. Approximately 15% of all residents of the provinces are above 65. On the other hand, the lowest share of people above 65 in the entire population was noted in the following provinces: Lubuskie, Warmińsko-mazurskie and Wielkopolskie (approximately 11,8%). The most dynamically aging provinces are Śląskie and Opolskie, where the 2004–2010 growth of the percentage of people aging above 65 amounted to 1,4 and 1 percentage point, respectively. In Dolnośląskie, Mazowieckie, and Wielkopolskie provinces, on the other hand, the share of people aged above 65 in the entire population remained unchanged. According to the 2004–2007 NHF Reports as well as NHF Business Activity Reports of 2008–2010, the largest share of LTC costs in the overall costs was noted in Podkarpacki regional branch office (2–3% on average in the researched period), whereas the lowest share was noted in the following branches: Pomorski, Swietokrzyski, and Zachodniopomorski (0,76–1,56% on average).

In 2004–2010 the biggest growth of the LTC service in the overall costs of the medicinal services was registered in Opolski branch (the share doubled) and Podkarpacki (increase of the share by 75%) but the lowest share was noted in Warmińsko-mazurski (increase by 6%) and Mazowiecki branches (by 8%).

The expenses in the field of the long-term care were not correlated by the level and changes of the percentage of people aged above 65 in the majority of NHF branches in particular regions of Poland.

Piśmiennictwo / References

1. Wdowiak L, Kapka-Skrzypczak L, Woźnica I, Ćwikła S, Skrzypczak M, Diatczyk J. *Baza szpitalna w Polsce i na Świecie*. Med. Og. 2010; 16(3):405.
2. Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A. *Demographic change and disease rates*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2010; 53(5):417.
3. Derejczyk J, Bień B, Kokoszka-Paszko J, Szczygieł J. *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju*. Gerontol. Pol. 2008; 16(3):151.
4. Kilańska D. *Pielęgniarki liderami opieki długoterminowej*. Probl. Pielęg. 2010; 18(1):73.
5. Wdowiak L, Ćwikła S, Bojar I, Kapka L, Woźnica I. *Starość jako problem społeczno-demograficzny oraz zdrowotny*. Med. Og. 2009; 15(3):453.
6. Stachowiak B. *Sytuacja demograficzna w Europie i na świecie na początku XXI wieku. Prognoza demograficzna dla Polski, Europy i świata*. http://www.stat.gov.pl/PI_gus/ludnosc_piramida/start.htm (16.07.2012)
7. Mendelson D, Schwartz W. *The effects of aging and population-growth on health-care costs*. Health Aff. 1993; 12(1):120.
8. Tabata K. *Population aging, the costs of health care for the elderly and growth*. Journal of Macroeconomics, 2005; 27(3): 473.
9. *Finansowanie ochrony zdrowia z Polsce Zielona Księga II*. Warszawa 2008, s. 205.
10. Polder J, Bonneux L, Meerding W, Van der Mass P. *Age-specific increases in health care costs*. European Journal of Public Health 2002; 12(1):58.
11. Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A. *Demographic change and cancer*. Oncologie 2010; 33(7):20
12. Weigl M, Muller A, Angerer P. *Impact of demographic changes – analysis and possible implications for the example of a specialist hospital*. Gesundheitswesen 2012; 74(5): 283.
13. Laidlaw K, Pachana N. *Aging, Mental health and demographic change: challenges for psychotherapists*. Professional Psychology-Research And Practice 2009; 40(6): 603.
14. http://actabalneologica.pl/pl/articles/item/10077/rehabilitacja_w_opiece_dlugoterminowej_aspekty_kliniczne_i_spoleczne (14.08.2012)
15. Beckert-Zieglschmid C, Born A. *Demographic change in psychiatry and psychotherapy – relevance of the age-relation*. PsychotherapiePsychosomaticMedizinische Psychologie 2009; 59(11): 426.
16. Worach-Kardas H. *Starzenie się populacji jako wyznacznik potrzeb zdrowotnych i wyzwanie dla zdrowia publicznego*. Zdr. Publ. 2006; 116(1): 129.
17. Kułakowska E, Kosińska M, Nowak-Kapusta Z. *Opieka długoterminowa w Polsce*. Med. Śr. 2011; 14(2): 67.
18. Wdowiak L, Siwińska V, Włoch K, Budzyńska-Kapczuk A, Majcher P. *Finansowanie świadczeń zdrowotnych w jednostkach organizacyjnych opieki długoterminowej na terenie województwa lubelskiego*. Zdr. Publ. 2006; 4(116): 656.
19. Buczkowska E. *Eutanazja społeczna. Traci pacjent, budżet – wszyscy*. Menedżer Zdr. 2010; 10(10): 41.
20. Narodowy Fundusz Zdrowia. *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 rok*. Warszawa 2011.
21. Wdowiak L, Siwińska V, Włoch K, Budzyńska-Kapczuk A, Majcher P. *Finansowanie świadczeń zdrowotnych w jednostkach organizacyjnych opieki długoterminowej na terenie województwa lubelskiego*. Zdr. Publ. 2006; 4(116): 653.
22. Jurek Ł. *Sektory opieki długoterminowej – analiza kosztów*. Gerontol. Pol. 2007; 15(4): 112.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U.09.140.1143)
24. Zarządzenie nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.09.139.1138)
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.09.140.1147)
27. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 rok*. Warszawa 2011.
28. Narodowy Fundusz Zdrowia. *Raport NFZ 2005*, Warszawa 2006.
29. Narodowy Fundusz Zdrowia. *Raport NFZ 2006*, Warszawa 2007.
30. Narodowy Fundusz Zdrowia. *Raport NFZ 2004*, Warszawa 2006.

Adres do korespondencji / Mailing address:

Konrad Wilk

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Rzeszowskiego