

Urząd Marszałkowski
Województwa Zachodniopomorskiego



**Kierunki rozwoju
opieki długoterminowej
i rehabilitacji leczniczej
w Województwie Zachodniopomorskim
na lata 2010 – 2015**

Szczecin, październik 2010 r.

SPIS TREŚCI

I.	WPROWADZENIE	3
1.	Przedmiot i zadania programu	3
2.	Podstawy informacyjne i metodyka opracowania	5
II.	SYTUACJA DEMOGRAFICZNA I ZDROWOTNA	12
1.	Sytuacja demograficzna	12
2.	Sytuacja zdrowotna	18
III.	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	21
	Wstęp	
1.	Zasoby i działalność opieki długoterminowej	21
1.1.	Stacjonarna opieka długoterminowa	23
1.2.	Domowa opieka długoterminowa	29
2.	Cele i kierunki rozwoju opieki długoterminowej	34
2.1.	Potrzeby zdrowotne w zakresie opieki długoterminowej	34
2.2.	Cele operacyjne w zakresie opieki długoterminowej	36
2.3.	Kierunki rozwoju opieki długoterminowej	36
2.3.	Zadania szczegółowe w zakresie opieki długoterminowej	38
	2.4.1. Stacjonarna opieka długoterminowa	38
	2.4.2. Domowa opieka długoterminowa	39
¿		
IV.	REHABILITACJA LECZNICZA	40
	Wstęp	
1.	Zasoby i działalność rehabilitacji leczniczej	40
1.1.	Rehabilitacja stacjonarna	42
1.2.	Rehabilitacyjna ambulatoryjna	46
1.3.	Rehabilitacja w trybie dziennym	50
2.	Cele i kierunki rozwoju rehabilitacji leczniczej	56
2.1.	Potrzeby zdrowotne w zakresie rehabilitacji leczniczej	56
2.2.	Cele operacyjne w zakresie rehabilitacji leczniczej	57
2.3.	Kierunki rozwoju w zakresie rehabilitacji leczniczej	58
2.4.	Zadania szczegółowe w zakresie rehabilitacji leczniczej	58
	2.4.1. Rehabilitacja stacjonarna	58
	2.4.2. Rehabilitacja ambulatoryjna	59
	2.4.3. Rehabilitacja w trybie dziennym	60
V.	PODSUMOWANIE	61
VI.	ZAŁĄCZNIKI	62
1.	Wykaz podmiotów wśród, których przeprowadzono konsultacje społeczne	
2.	Dokumenty i publikacje wykorzystane przy opracowaniu	

I. WPROWADZENIE

1. Przedmiot i zadania programu

Samorząd województwa jest zobowiązany ustawowo do opracowywania strategii i programów rozwoju województwa oraz realizacji zadań o charakterze wojewódzkim, m.in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

Program pn. „Kierunki rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015” jest kontynuacją aktualizacji i uszczegółowienia „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” przyjętej przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego uchwałą Nr XXIV/226/2001 z dnia 28 września 2001 r.

Dotychczas opracowano następujące uzupełnienia do Strategii sektorowej, przyjęte uchwałami Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego:

- 1) „Strategia opieki zdrowotnej w zakresie neonatologii i pediatrii w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2007 – 2013” - Uchwała Nr III/20/07 z dnia 27 lutego 2007 r.
- 2) „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2008-2013” – Uchwała Nr XV/2152/07 z dnia 18 grudnia 2007 r.
- 3) „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii ogólnej w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2008-2013” – Uchwała Nr XVIII/176/08 z dnia 31 marca 2007 r.
- 4) „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2008 - 2013” - Uchwała Nr XX/1196/08 z dnia 17 czerwca 2008 r.
- 5) „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie wysokospecjalistycznych specjalności zabiegowych w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2009 – 2013” – Uchwała Nr XXXV/415/10 z dnia 16 lutego 2010 r.
- 6) „Kierunki rozwoju onkologii w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015”. – Uchwała Nr XLII/487/10 z dnia 22 czerwca 2010 r.

Nadrzędnym celem Strategii sektorowej jest stworzenie spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego dla mieszkańców Województwa Zachodniopomorskiego. Jednym z priorytetów w rozwoju lecznictwa szpitalnego wymienionym w Strategii sektorowej jest przekształcenie części łóżek opieki krótkoterminowej na potrzeby opieki długoterminowej.

Zmieniająca się sytuacja demograficzno-epidemiologiczna oraz przeprowadzane przekształcenia w ochronie zdrowia, sposób finansowania świadczeń zdrowotnych i wyniki monitorowania zachodzących zmian, obligują organizatorów i koordynatorów opieki zdrowotnej do stałego aktualizowania przyjętych wcześniej zadań i kierunków rozwoju ochrony zdrowia.

Program pn. „Kierunki rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015” uwzględnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami przewlekle chorymi i potrzebującymi rehabilitacji leczniczej z wyjątkiem pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną oraz pacjentów ze schorzeniami psychicznymi.

Rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej został określony w programie pn. „Kierunki rozwoju onkologii w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015”, natomiast kierunki rozwoju opieki psychiatrycznej zostaną zawarte w *Regionalnym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego*, którego opracowanie nastąpi w najbliższym czasie, po opublikowaniu założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Wieloletnie analizy demograficzne wykazują tendencje stałego wzrostu liczebności populacji w wieku poprodukcyjnym. Wydłużenie się średniej długości życia skutkuje wzrostem chorobowości i niepełnosprawności oraz zwiększeniem liczby osób niesamodzielnych. W związku z tym istnieje potrzeba dostosowywania systemu ochrony zdrowia do aktualnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Wyznaczenie kierunków rozwoju w tym zakresie wynika również z potrzeby prowadzenia racjonalnej polityki zdrowotnej w zakresie dążenia do efektywności ekonomicznej systemu i racjonalnego wykorzystania możliwości posiadanych zasobów opieki zdrowotnej.

W programie pn. „Kierunki rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015” przeprowadzono analizę i ocenę aktualnych zasobów i działalności zakładów udzielających świadczenia w zakresie opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej na terenie Województwa Zachodniopomorskiego, co pozwoliło na sformułowanie wniosków i potrzeb w opiece długoterminowej i rehabilitacji, a następnie określenie celów, kierunków rozwoju i zadań do realizacji na najbliższe lata.

Przeprowadzono także analizę ilości świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Stałym istniejącym problemem są niewystarczające środki finansowe, które w pewnym stopniu ograniczają dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec istniejących problemów zdrowotnych i ograniczeń ekonomicznych należy zaplanować taki rozwój opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej, który zapewni ciągłość leczenia po leczeniu wysokospecjalistycznym, przynosząc jak największe efekty, zarówno w wymiarze medycznym i społecznym, jak i ekonomicznym.

2. Podstawy informacyjne i metodyka opracowania

Do opracowywania „Kierunków rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015” wykorzystano dostępne dane statystyczne i epidemiologiczne, badania, opracowania oraz informacje wielu instytucji, takich jak:

- Główny Urząd Statystyczny w Warszawie
- Urząd Statystyczny w Szczecinie
- Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
- Oddział Zdrowia Publicznego Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie
- Ministerstwo Zdrowia
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

Niniejszy dokument stanowi uzupełnienie „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” z 2001 roku, która wynika ze „Strategii rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2020”

Cel strategiczny i zadanie strategiczne dla rozwoju ochrony zdrowia województwa pozostają w niezmienionym sformułowaniu, tj.:

CEL STRATEGICZNY:

Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego

ZADANIE STRATEGICZNE:

Zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i stacjonarnej opieki zdrowotnej

- Zadania strategiczne „**Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego**” z 2001 r. w obszarze opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej:
 - Zwiększenie liczby łóżek długoterminowych do 2015 roku, tj. łącznie w zakładach opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz opiece paliatywnej i hospicyjnej do poziomu 12 łóżek na 10 tys. mieszkańców, w tym w zakładach opiekuńczych w wymiarze 7,3 łóżka na 10 tys. mieszkańców.
 - Tworzenie oddziałów/zakładów opiekuńczych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, z wykorzystaniem bazy szpitali powiatowych.
 - Zwiększenie liczby łóżek w rehabilitacji stacjonarnej do wskaźnika 4,2 łóżka na 10 tys. mieszkańców.
 - Tworzenie nowych oddziałów ogólnorehabilitacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem chorych po urazach narządu ruchu i po udarach mózgowych.
 - Utworzenie ośrodka usprawniającego chorych z tetra- i paraplegią po urazach kręgosłupa.
 - Utworzenie zespołów rehabilitacji środowiskowej współpracujących z podstawową opieką zdrowotną.

Określając cele i priorytety w rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej uwzględniono następujące strategie, programy i dokumenty: Światowej Organizacji Zdrowia, Unii Europejskiej, Ministerstwa Zdrowia, tj.:

- Cele programu „**Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku**” Światowej Organizacji Zdrowia w regionie europejskim, które m.in. wskazują na dążenie do:
 - Stałego zarządzania jakością opieki zdrowotnej.
 - Finansowania świadczeń zdrowotnych i alokacji środków opartej na zasadach równego dostępu, opłacalności, solidarności i optymalnej jakości.
 - Zmniejszenia dysproporcji w stanie zdrowia pomiędzy mieszkańcami krajów Regionu Europejskiego, m.in. w zakresie wzrostu długości życia, obniżenia wartości wskaźników zachorowalności, niepełnosprawności i umieralności.
 - **Cel 5 – Zdrowie ludzi starszych: „Do roku 2020 ludzie w wieku ponad 65 lat powinni mieć możliwość satysfakcji ze swojego pełnego potencjału zdrowotnego i pełnienia aktywnej roli społecznej”**
- Cele strategiczne „**Strategii rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013**”, którymi są:
 1. Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.
 2. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.
 3. Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych,

4. Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej.

W ramach ww. celu strategicznego nr 3, **Cel operacyjny nr 3.4:**

„ Zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku podeszłym”,
do którego określono następujące **działania:**

- 1) Przygotowanie i wdrożenie procedur opiekuńczo-leczniczych, pozwalających na racjonalną opiekę nad osobami w podeszłym wieku.
 - 2) Organizowanie form opieki domowej nad osobami w wieku podeszłym.
 - 3) Restrukturyzacja sieci szpitalnej i wydzielenie zakładów przystosowanych do prowadzenia sieci opieki długoterminowej, pielęgnacyjno-opiekuńczej oraz paliatywno-hospicyjnej.
 - 4) Integracja funkcjonalna opieki zdrowotnej z opieką społeczną oraz dostosowanie zasad finansowania w celu kompleksowego zaspakajania potrzeb ludzi starszych.
 - 5) Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych do prowadzenia postępowania zabiegowego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym.
 - 6) Wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką nad osobami w wieku podeszłym.
 - 7) Rozwój infrastruktury społecznej na obszarach wiejskich umożliwiającej poprawę świadczenia usług zdrowotnych osobom w wieku podeszłym.
- Cele priorytetowe „**Narodowego Planu Zdrowotnego na lata 2004-2013**”:
 - Zapewnienie właściwej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku.
 - Wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej ludzi w podeszłym wieku.

Wytyczne:

- Ograniczanie następstw występujących w wyniku procesu "złego" starzenia się populacji, mających wpływ na stan zdrowia, zwłaszcza w przebiegu długotrwałych chorób zapalnych, zwyrodnieniowych i rozrostowych oraz stanach powypadkowych.
- Dostosowanie opieki zdrowotnej szpitalnej i ambulatoryjnej, w tym szczególnie zespołów podstawowej opieki zdrowotnej do wprowadzenia form opieki zespołowej, ciągłej i wszechstronnej dla przewlekle chorych.

- Integracja funkcjonalna opieki zdrowotnej z opieką społeczną w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych, w ramach pomocy domowej i poradnictwa ambulatoryjnego.
- Przyspieszona rekonstrukcja sieci szpitalnej powiększająca liczbę zakładów i miejsc dla przewlekłego leczenia, rehabilitacji i kontrolowanej rekonwalescencji oraz dla prowadzenia opieki paliatywnej i pielęgnacyjno-opiekuńczej. W tym celu wskazane jest:
 - przyspieszenie prac mających na celu zwiększenie liczby łóżek przeznaczonych na cele stacjonarnej opieki długoterminowej. Około 10% tych łóżek powinno być użytkowanych dla potrzeb stosowania szpitalnej opieki paliatywnej i pielęgnacyjno-opiekuńczej.
 - w zakresie struktury i lokalizacji zakładów prowadzących opiekę długoterminową:
 - **na terenie gmin:** dla jednej dużej lub wspólnie dla kilku sąsiednich, mniejszych: placówka opieki długoterminowej z opieką medyczną miejscowego ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodka opieki społecznej (ważna bliskość miejsca zamieszkania),
 - **w powiecie** lub dla 2-3 sąsiednich powiatów: oddział szpitalny dla przewlekłe chorych w składzie: jednostka lekarsko-pielęgniarska o przedłużonej hospitalizacji i rehabilitacji, jednostka opieki paliatywnej,
 - **w województwie:** oddział o podobnym charakterze w szpitalu wojewódzkim lub miejskim, względnie jeden szpital przeznaczony w całości na opiekę geriatryczną i/lub rehabilitację.
- Uzupelnienie medycznej opieki długoterminowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez pozaresortowe placówki instytucjonalnej opieki socjalnej i niepubliczne zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze oraz hospicja, prowadzone przez organizacje charytatywne, fundacje lub przedsiębiorstwa komercyjne,
- Powiązanie programowo-operacyjne długoterminowej opieki stacjonarnej z podstawową opieką w miejscu zamieszkania, wykorzystujące opiekę poszpitalną oraz odpowiedni zakres opieki domowej medyczno - socjalnej, przy współpracy i z pomocą administracji samorządowej i organizacji pozarządowych (obywatelskich),
- Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych do prowadzenia nowoczesnie wymaganego postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego. Propozycja szkolenia lekarzy i pielęgniarek w dziedzinie geriatry oraz medycyny paliatywnej i opieki paliatywnej.
- Prowadzenie badań poznawczo-użytkowych nad rodzajem i skalą potrzeb zdrowotnych i społecznych wiążących się ze stanem zdrowia i warunkami życia osób w wieku 65 lat i więcej, ze specjalnym uwzględnieniem grupy najstarszych wiekiem (ponad 75 lat lub 80 lat).

- Cele „**Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015**”:
 - **Cel strategiczny nr 9** – Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.
 - **Cel operacyjny nr 10** - Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób niepełnosprawnych.
 - **Cel operacyjny 13** – Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.

- **Priorytety zdrowotne** ustalone *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.*

Przy formułowaniu priorytetów uwzględniono stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Priorytety zdrowotne wymienione w rozporządzeniu wynikają z przyjętych przez Polskę wieloletnich programów zdrowotnych. Wytwarzając kierunki rozwoju opieki długoterminowej w województwie zachodniopomorskim należy uwzględnić:

Priorytet zdrowotny nr 11

Rozwój opieki długoterminowej ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności.

- **„Koszyk” świadczeń gwarantowanych** wprowadzony nowymi regulacjami prawnymi w ochronie zdrowia tj. rozporządzeniami Ministra Zdrowia z końca sierpnia 2009 r. ustalił w poszczególnych rodzajach opieki zdrowotnej **wykaz świadczeń oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych**. Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej zawarte są w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz rehabilitacji leczniczej. Rozporządzenia precyzują wymagania dotyczące: wyposażenia świadczeniodawcy, liczby i kwalifikacji personelu medycznego, zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych, sposobu przyjmowania do leczenia i czasu świadczenia usług zdrowotnych.

Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego w dniu 1 czerwca 2010 r. wyraził zgodę na powołanie Zespołu ds. opracowania programu pn. „Kierunki rozwoju *opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej* w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010 – 2015”.

**Zespół został powołany przez Marszałka Województwa Zachodniopomorskiego
Zarządzeniem Nr 91/10 z dnia 6 lipca 2010 r.**

Skład Zespołu:

- 1) Maciej Bejnarowicz – p.o. Zastępcy Dyrektora Wydziału Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego - przewodniczący Zespołu,
- 2) Lek. med. Tomasz Żukowski - Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie,
- 3) Lek. med. Jolanta Ignatowicz - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, Ordynator Oddziału Rehabilitacji, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie,
- 4) Lek. med. Dariusz Adamczyk - Ordynator Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, Szpital Powiatowy w Goleniowie,
- 5) Mgr Anna Burdziej - Kierownik Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie,
- 6) Lek. med. Anna Starkiewicz - Kierownik Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ „Zdroje” w Szczecinie,
- 7) Mgr Janina Sztama - Kierownik Oddziału Opiekuńczo-Leczniczego, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ „Zdroje” w Szczecinie,
- 8) Lek. med. Katarzyna Żułtak-Bączkowska - Wykładowca w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie,
- 9) Dr n. med. Jadwiga Darczuk - Kierownik Samodzielnej Pracowni Rehabilitacji i Pielęgniarstwa Rehabilitacyjnego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie,
- 10) Lek. med. Urszula Knitter-Aleksiejew – Kierownik Przychodni Kompleksowej Rehabilitacji, Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie,
- 11) Lek. med. Jerzy Hojdyś - Ordynator Oddziału Rehabilitacji, Regionalny Szpital w Kołobrzegu,
- 12) Lek. med. Krzysztof Ratajczak - Ordynator Oddziału Rehabilitacji, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim,
- 13) Lek. med. Elżbieta Ferlas-Chłodny - Specjalista w Oddziale Reumatologii i Rehabilitacji, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
- 14) Dr Andrzej Brzeziński - Specjalista w Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej, Klinika Kardiologii PAM, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie,
- 15) Mgr Jacek Kowalik - Rehabilitant w Klinice Neurochirurgii PAM, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie,
- 16) Lek. med. Zbigniew Placek - Ordynator Oddziału Reumatologii i Rehabilitacji Narządu Ruchu, Szpital Powiatowy w Białogardzie,
- 17) Irena Wawreszuk - Główny Specjalista w Wydziale Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

Zespołowi powierzono zadanie oceny obecnego stanu opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej, zweryfikowanie zadań sformułowanych w „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” z 2001 roku oraz zaktualizowanie kierunków polityki zdrowotnej w zakresie zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń zdrowotnych w opiece długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w województwie zachodniopomorskim.

Program, na każdym etapie opracowania w Wydziale Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego, był opiniowany przez członków Zespołu oraz przez **Marka Hoka - Członka Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego**, odpowiedzialnego za sprawy ochrony zdrowia realizowane przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego. Projekt programu został także udostępniony do konsultacji Starostom Powiatowym Województwa Zachodniopomorskiego.

Po ostatecznym opracowaniu projektu, dokument przedłożono do akceptacji Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego i skierowano pod obrady Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego celem akceptacji i przyjęcia w drodze uchwały.

Strukturę dokumentu stanowią rozdziały dotyczące:

- sytuacji demograficzno-epidemiologicznej,
- opieki długoterminowej,
- rehabilitacji leczniczej.

Rozdziały dotyczące opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej zawierają opisy:

- ✓ zasobów i działalności opieki zdrowotnej,
- ✓ potrzeb zdrowotnych,
- ✓ celów i kierunków rozwoju,
- ✓ zadań do realizacji.

Opracowany dokument, będzie stanowić wskazanie do planowania organizacji i właściwego funkcjonowania w województwie zachodniopomorskim systemu opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej. Przyjęty program będzie pomocny w podejmowaniu decyzji przez organizatorów ochrony zdrowia i zarządzających jednostkami opieki zdrowotnej oraz powinien być uwzględniany przez płatnika świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

II. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA I ZDROWOTNA

1. Sytuacja demograficzna

Zachodzące nieustannie zmiany demograficzno-epidemiologiczne mają istotny wpływ na kształtowanie potrzeb zdrowotnych. Przy planowaniu opieki zdrowotnej dla populacji uwzględnia się obecny stan oraz trendy i prognozy w tym zakresie.

Analiza sytuacji demograficznej Województwa Zachodniopomorskiego na tle kraju w porównaniu do poprzednich lat przedstawia ważne informacje o procesie zmian społecznych i postępującej transformacji epidemiologicznej.

W ostatnim dziesięcioleciu przeciętne trwanie życia wydłużyło się. Przyrost naturalny spada, ale utrzymuje się nadal na poziomie dodatnim. Podstawowymi trendami demograficznymi obserwowanymi od kilku lat w Polsce i Województwie Zachodniopomorskim jest stopniowe zmniejszanie się liczby ludności oraz stopniowy wzrost liczby osób starszych. Zmieniają się proporcje ludności w grupach wiekowych. Zwiększa się liczba ludności w wieku poprodukcyjnym, zmniejsza się liczba dzieci i młodzieży. W ostatnich latach obserwuje się spadek odsetka ludności pracującej. Zjawisko starzenia demograficznego jest wynikiem nakładania się wzrostu średniej długości życia oraz spadku przyrostu naturalnego z sukcesywnym wydłużaniem życia.

W 2009 roku w Województwie Zachodniopomorskim było 1 693 198 mieszkańców. W porównaniu do 1999 roku liczba ludności zmniejszyła się o 39 640 osób, a do 2015 roku będzie niższa o kolejne około 6 300 osób.

Największą liczbę mieszkańców wśród powiatów i miast na prawach powiatu miały:

- Miasto Szczecin 406 307
- Powiat Stargardzki 119 340
- Miasto Koszalin 106 987
- Powiat Gryfiński 82 830

Najmniejszą liczbę mieszkańców wśród powiatów i miast na prawach powiatu miały:

- Powiat Łobeski 38 063
- Powiat Pyrzycki 39 930
- Miasto Świnoujście 40 765
- Powiat Kamieński 47 769

Tab. 1. Liczba ludności Województwa Zachodniopomorskiego w 2009 roku, wg powiatów

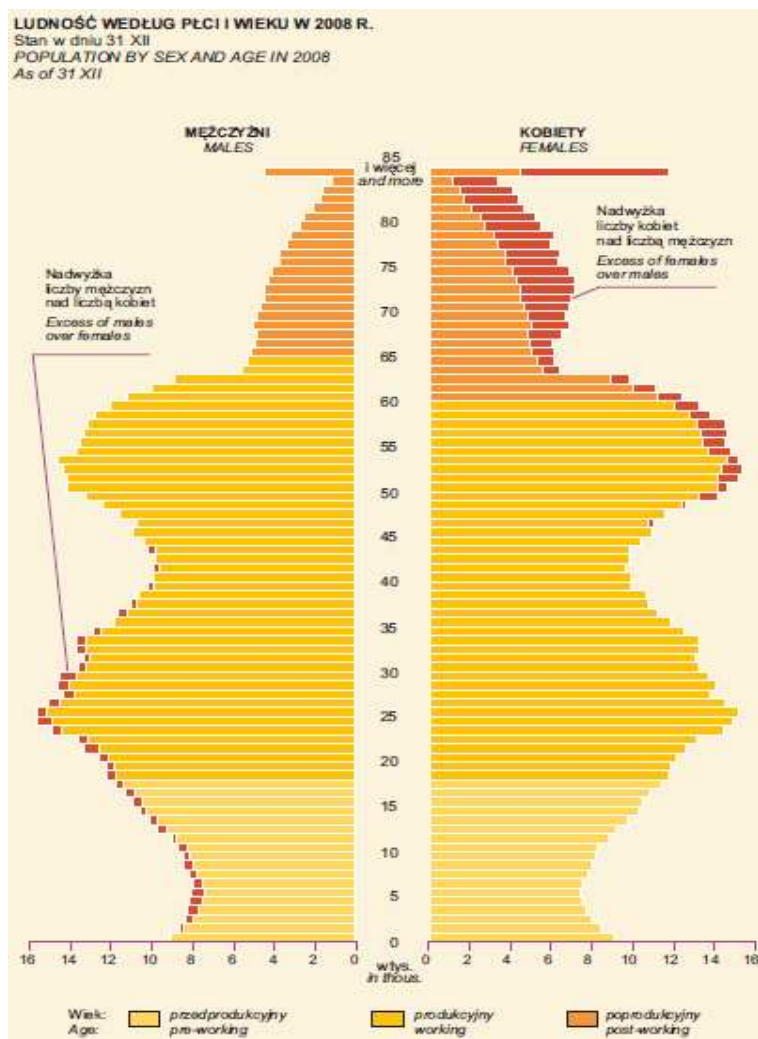
Powiaty	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Podregion koszaliński	591 796	287 199	304 597
Białogardzki	48 261	23 618	24 643
Drawski	57 485	28 077	29 408
Kołobrzeski	77 095	36 987	40 108
Koszaliński	65 049	32 349	32 700
Sławieński	57 298	28 051	29 247
Szczecinecki	77 053	37 315	39 738
Świdwiński	48 470	23 771	24 699
Wałecki	54 098	26 249	27 849
M. Koszalin	106 987	50 782	56 205
Podregion szczeciński	1 101 402	534 247	567 155
Choszczeński	49 705	24 648	25 057
Gryficki	60 595	29 738	30 857
Myśliborski	67 074	33 033	34 041
Pyrzycki	39 930	19 852	20 078
Stargardzki	119 340	58 306	61 034
Łobeski	38 063	18 700	19 363
M. Szczecin	406 307	192 666	213 641
Goleniowski	79 937	39 248	40 689
Gryfiński	82 830	41 063	41 767
Kamieński	47 769	23 295	24 474
Policki	69 087	33 984	35 103
M. Świnoujście	40 765	19 714	21 051
Województwo	1 693 198	821 446	871 752

Źródło: www.stat.gov.pl

Powiaty Województwa Zachodniopomorskiego są zróżnicowane ludnościowo. Dotyczy to zarówno liczby mieszkańców, jak i gęstości zaludnienia. W podregionie koszalińskim mieszka prawie dwukrotnie mniej ludności niż w podregionie szczecińskim.

Na 1 km² w województwie przypada średnio 74 osoby (w kraju – 122). Najwyższy wskaźnik gęstości zaludnienia odnotowano w miastach: Szczecinie – 1356 i Koszalinie – 1289 oraz Powiecie Kołobrzeskim – 106 i Powiecie Polickim – 100, natomiast najniższy wskaźnik gęstości zaludnienia był w Powiecie Drawskim – 33 osoby, Łobeskim – 36, Choszczeńskim i Wałeckim – po 38 osób.

Wykres 1. Struktura ludności Województwa Zachodniopomorskiego wg. wieku i płci w 2008 r.



Źródło: Urząd Statystyczny w Szczecinie

W Województwie Zachodniopomorskim na 100 mężczyzn przypadało 105 kobiet (107 w Polsce). Znaczna nadwyżka liczebna kobiet nad mężczyznami występuje w grupie wiekowej 40-44 lata i od tego wieku gwałtownie rośnie. W grupie wiekowej 65 lat na 100 mężczyzn przypada aż 160 kobiet.

Dotychczasowe trendy demograficzne i prognozy demograficzne wskazują wyraźnie, iż zjawiskiem postępującym jest zmniejszanie się liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym z jednoczesnym wzrostem liczby ludności w wieku poprodukcyjnym.

Tab. 2. Zmiany w strukturze ludności Województwa Zachodniopomorskiego w 1999 i 2009 r. oraz prognozowane w 2015 r.

Wiek:	1999	2009	2015
przedprodukcyjny	24,8%	18,8%	16,4%
produkcyjny	62,2%	65,8%	63,9%
poprodukcyjny	12,9%	15,4%	19,6%

Źródło: GUS

Do 2015 roku w Województwie Zachodniopomorskim zmniejszy się liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym z 18,8% ogółu populacji w 2009 r. do 16,4%, a zwiększy się liczba ludności w wieku poprodukcyjnym z 15,4% do 19,6% populacji.

Tab. 3. Elementy ruchu naturalnego ludności Województwa Zachodniopomorskiego na tle kraju w 2000 i 2009 r.

	Zach. 2000		Zach. 2009		Polska 2009	
	Liczba	na 1000 ludności	Liczba	na 1000 ludności	Liczba	na 1000 ludności
urodzenia żywe	16 881	9,8	17 848	10,5	417 489	10,9
zgony	15 018	8,7	16 371	9,7	384 940	10,1
przyrost naturalny	1 863	1,1	1 477	0,9	32 649	0,9
umieralność niemowląt	152	9,0*	120	6,7*	2 327	5,6*

* wskaźnik na 1000 urodzeń żywych

Źródło: GUS

Wzrost liczby urodzeń, obserwowany od 2005 roku, uważa się za tymczasowy. Prognozy demograficzne przewidują ponowny spadek liczby urodzeń w kolejnych latach. Już w 2009 r. odnotowano w województwie zachodniopomorskim spadek liczby urodzeń o 343 w porównaniu do roku poprzedniego. Przyrost naturalny jest dodatni, ale w związku z obserwowanym wzrostem liczby zgonów i spadkiem liczby urodzeń, stale się obniża.

Tab. 4. Prognozowana liczba ludności, urodzeń i zgonów w Województwie Zachodniopomorskim do 2035 roku

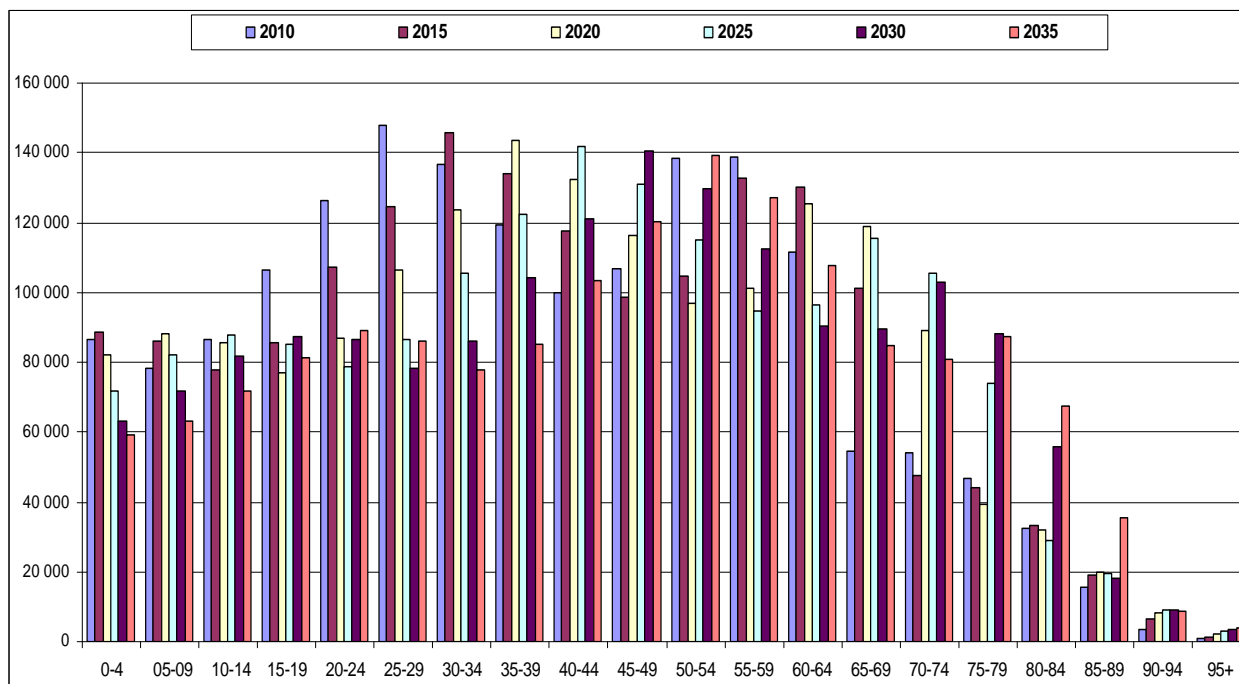
Rok	Ludność	Ruch naturalny	
		Urodzenia	Zgony
2010	1 691 479	17 986	17 026
2015	1 686 926	17 451	17 959
2020	1 675 959	15 679	18 526
2025	1 654 416	13 529	19 002
2030	1 620 995	12 083	19 646
2035	1 580 131	11 817	20 467

Źródło: GUS

Z powyższych danych wynika, iż w przyszłości należy spodziewać się w Województwie Zachodniopomorskim spadku liczby ludności, na co będzie miał wpływ spadek liczby urodzeń i wzrost liczby zgonów, czyli znaczne obniżenie przyrostu naturalnego, aż do osiągnięcia wskaźników ujemnych. Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności Województwa Zachodniopomorskiego będzie malała i w 2035 roku wyniesie 1 580 131 osób.

Spółeczeństwo Województwa Zachodniopomorskiego należy do tzw. społeczeństw starzejących się. Przewiduje się, że największy wzrost udziału osób starszych ma nastąpić ok. 2030 r.

Wykres 2. Prognoza ludności w Województwie Zachodniopomorskim do 2035 r.

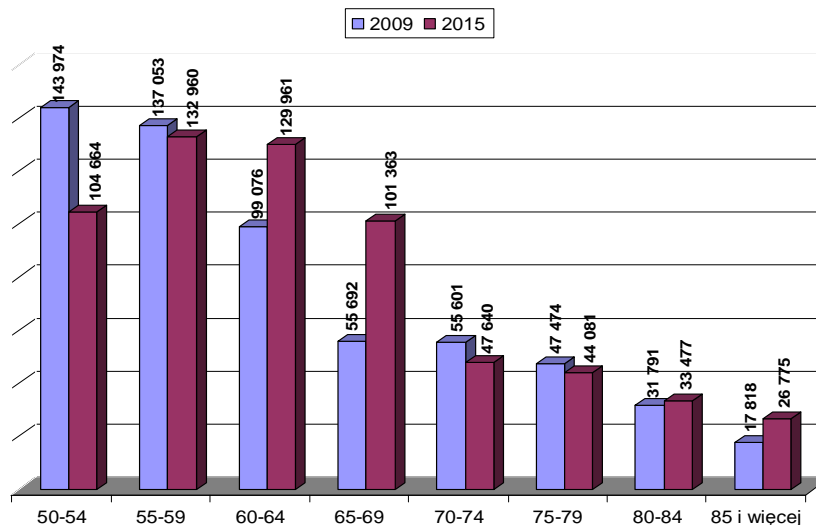


Źródło: GUS

Do 2015 roku największy wzrost liczby ludności nastąpi w grupach wiekowych 65-69 i 60-64 lata. Do 2020 r. nastąpi dynamiczny wzrost ludności w grupach wiekowych 70-74 i 65-69 lat.

Ponieważ po 50 roku życia wzrasta liczba zachorowań i związana z tym liczba interwencji medycznych oraz potrzeb w zakresie zapewnienia opieki długoterminowej, należy przeanalizować, jak będzie kształtowała się liczebność w tej grupie populacji.

Wykres 3. Prognoza ludności w Województwie Zachodniopomorskim do 2015 roku w wieku powyżej 50 roku życia



Źródło: GUS

Analizując prognozowaną liczebność populacji województwa, obserwuje się wzrost o 32 442 (5,5%) osoby w wieku 50 lat i powyżej, z liczby ludności 588 479 w 2009 r. do 620 921 w 2015 r.

W 2009 r. Województwo Zachodniopomorskie zamieszkiwało 588 479 osób tj. **34,8%** populacji województwa w wieku 50 lat i powyżej. Największy odsetek ludności w wieku 50 i więcej lat mieszkało na terenie: miasta Świnoujścia (39,5%), miasta Koszalina (38,6%) i miasta Szczecina (37,9%), a najmniejszy w Powiecie Polickim (29,1%) i Powiecie Koszalińskim (30,9%).

Tab. 5. Ludność Województwa Zachodniopomorskiego w powiatach w 2009 r. w wieku 50 i powyżej 50 lat

Powiaty	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 i więcej	Razem
Białogardzki	4 026	3 564	2 618	1 464	1 424	1 269	866	531	15 762
Drawski	4 988	4 525	3 284	1 750	1 702	1 516	988	569	19 322
Kołobrzeski	6 568	6 282	4 614	2 711	2 559	2 083	1 333	725	26 875
Koszaliński	5 664	4 768	3 189	1 765	1 679	1 446	1 012	570	20 093
Sławieński	4 740	4 349	3 090	1 782	1 714	1 458	983	626	18 742
Szczecinecki	6 367	5 921	4 512	2 620	2 521	2 056	1 331	747	26 075
Świdwiński	4 351	3 838	2 667	1 427	1 484	1 315	960	569	16 611
Wałecki	4 601	4 213	3 074	1 658	1 573	1 317	925	516	17 877
M. Koszalin	8 962	9 415	7 353	4 288	4 302	3 519	2 196	1 256	41 291
Choszczeński	4 083	3 799	2 823	1 550	1 553	1 304	833	495	16 440
Gryficki	5 280	4 814	3 234	1 826	1 700	1 549	1 075	562	20 040
Myśliborski	5 850	5 325	3 674	2 132	1 988	1 811	1 213	695	22 688
Pyrzycki	3 330	3 075	2 306	1 220	1 267	1 084	723	424	13 429
Stargardzki	10 236	9 675	6 631	3 571	3 637	3 084	2 039	1 159	40 032
Łobeski	3 272	2 979	2 046	1 208	1 311	1 168	755	393	13 132
M. Szczecin	33 533	34 411	25 909	15 149	16 133	13 918	9 614	5 347	154 014
Goleniowski	6 727	6 277	4 335	2 326	2 198	1 903	1 384	719	25 869
Gryfiński	7 054	6 446	4 507	2 367	2 351	2 085	1 310	704	26 824
Kamieński	4 538	4 216	2 911	1 457	1 459	1 278	824	480	17 163
Policki	6 012	5 408	3 395	1 575	1 394	1 105	759	451	20 099
M. Świnoujście	3 792	3 753	2 904	1 846	1 652	1 206	668	280	16 101
Województwo	143 974	137 053	99 076	55 692	55 601	47 474	31 791	17 818	588 479

Źródło: www.stat.gov.pl

Liczba ludności w wieku 50 lat i powyżej w poszczególnych powiatach jest zróżnicowana. W 2009 r. najwięcej mieszkańców w grupie wiekowej od 50 roku życia i powyżej mieszkało w mieście Szczecinie i Koszalinie oraz Powiecie Stargardzkim. Powiaty: Łobeski, Pyrzycki i Białogardzki zamieszkuje najmniej osób w wieku 50 lat i powyżej, w porównaniu do pozostałych powiatów województwa.

W Polsce przeciętna długość życia mężczyzny po ukończeniu 45 lat wynosi 29 lat, czyli o 5 lat krócej w porównaniu z mężczyzną z tzw. „starej” Unii Europejskiej. Długość życia Polki po ukończeniu 45 lat wynosi 36 lat i jest krótsza o 3 lata od długości życia kobiety ze „starej” Unii Europejskiej.

Tab. 6. Prognoza przeciętnej długości trwania życia do 2035 roku w Województwie Zachodniopomorskim i kraju

	Mężczyźni			Kobiety		
	2009	2015	2035	2009	2015	2035
Polska	71,5	72,3	77,1	80,1	80,2	82,9
Zachodniopomorskie	71,0	72,0	76,7	79,5	79,8	82,5

Źródło: GUS

Przeciętne dalsze trwanie życia mieszkańców Województwa Zachodniopomorskiego urodzonych w 2009 r. jest nieco krótsze od średniej krajowej i wynosi dla:

- **Mężczyzn – 71 lat**
- **Kobiet – 79,5 lat**

W kolejnych latach życie będzie się wydłużać, a różnica w długości życia kobiet i mężczyzn będzie się zmniejszać na korzyść mężczyzn.

2. Sytuacja zdrowotna

Stan zdrowia społeczeństwa jest jednym z kluczowych wskaźników, na podstawie którego należy planować organizację opieki zdrowotnej, w tym rodzaje, wielkość i rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń medycznych.

Stan zdrowia ludności Polski po 1991 r. ulega systematycznej poprawie, lecz wg analiz Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze, nadal jest gorszy niż stan zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej. Prawie 39% ludności Polski ocenia swoje zdrowie poniżej stanu dobrego. Co trzeci mieszkaniec Polski uskarża się na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe. Częstość występowania chorób przewlekłych rośnie wraz z wiekiem.

Głównymi przyczynami zgonów mieszkańców Województwa Zachodniopomorskiego są **choroby układu krążenia, nowotwory i przyczyny zewnętrzne**. Na kolejnych miejscach były „objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych i klinicznych” oraz **choroby układu trawiennego i oddechowego**.

Tab. 7. Główne przyczyny zgonów w Województwie Zachodniopomorskim w 1999 i 2008 roku

Przyczyny zgonów	1999		2008	
	Liczba	Wskaźnik/10 tys. ludności	Liczba	Wskaźnik/10 tys. ludności
Choroby układu krążenia	6 923	40,0	7 169	42,3
Nowotwory	3 628	21,0	4 281	25,3
Zewnętrzne przyczyny zgonów	1 300	7,5	1 269	7,5
Stany nieokreślone i inne	898	5,2	990	5,8
Choroby układu trawiennego	576	3,3	814	4,8
Choroby układu oddechowego	447	2,6	703	4,2
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	221	1,3	351	2,1
Wady rozwojowe i stany okresu okołoporodowego	151	0,9	89	0,5
Choroby układu moczowo-płciowego	141	0,8	214	1,3
Choroby układu nerwowego	132	0,8	197	1,2
Choroby zakaźne	68	0,4	116	0,7
Choroby układu kostno-stawowego	40	0,2	27	0,2
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	22	0,1	11	0,1
Pozostałe przyczyny	667	3,8	90	0,5
Ogółem	15 214	87,8	16 321	96,4

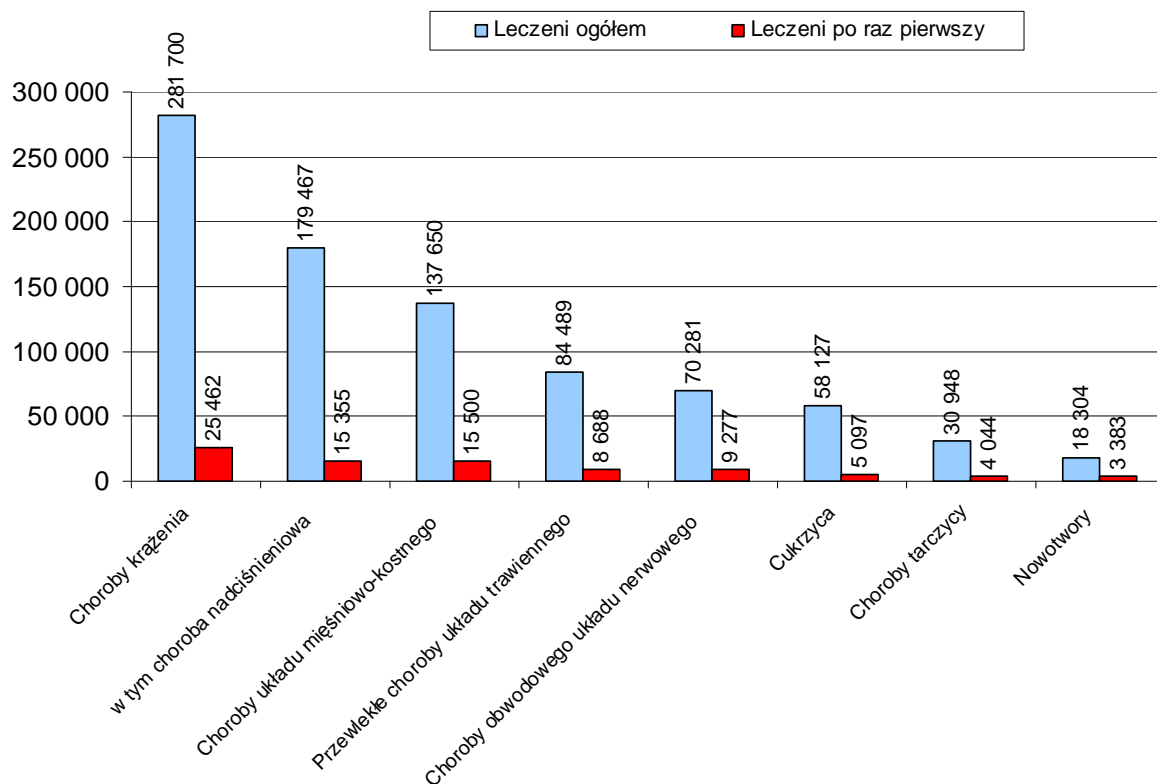
Źródło: Opracowanie na podstawie danych GUS

W 2008 r. odnotowano wzrost zgonów w porównaniu do 1999 r., szczególnie z powodu chorób nowotworowych i chorób układu krążenia.

Wśród najbardziej zagrożonej populacji są osoby po 55 roku życia bez względu na płeć. Odnotowuje się wśród nich wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia, cukrzycę, choroby układu trawiennego i choroby reumatyczne.

W 2008 r. w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej Województwa Zachodniopomorskiego leczonych było 535 888 osób dorosłych, w tym po raz pierwszy 65 343.

Wykres 4. Stan zdrowia osób dorosłych leczonych w podstawowej opiece zdrowotnej w 2008 r.



Źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia

Struktura zachorowań osób dorosłych leczonych w podstawowej opiece zdrowotnej potwierdza, że największymi problemami zdrowotnymi ludzi dorosłych są w kolejności:

- 1) choroby układu krążenia, w tym najczęściej choroba nadciśnieniowa
- 2) choroby układu mięśniowo-kostnego
- 3) przewlekłe choroby układu trawiennego
- 4) choroby obwodowego układu nerwowego
- 5) cukrzyca

III. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Wstęp

Długoterminowa opieka zdrowotna jest przeznaczona głównie dla chorych przewlekle oraz pacjentów w zaawansowanym wieku, którzy są w okresie rekonwalescencji po pobycie w szpitalu/oddziale opieki krótkoterminowej lub ich stan zdrowotny uległ pogorszeniu w warunkach domowych i mają problemy z samodzielną obsługą, są samotni, wymagają przez pewien czas opieki pielęgnacyjnej połączonej z możliwością dietetycznego żywienia i zabiegów z zakresu fizjoterapii.

W rozdziale opisano aktualne zasoby i działalność jednostek opieki długoterminowej w Województwie Zachodniopomorskim oraz określono potrzeby, kierunki rozwoju i zadania do realizacji w przyszłości.

1. Zasoby i działalność opieki długoterminowej

Do scharakteryzowania zasobów i działalności opieki długoterminowej w Województwie Zachodniopomorskim w 2009 roku zostały wykorzystane informacje pochodzące ze statystyki publicznej Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego i dane Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

W 2009 r. opieka długoterminowa kontraktowana była przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczeń:

- pielęgnacyjnych i opiekuńczych
- opieki paliatywnej i hospicyjnej

Przedmiotem niniejszego opracowania jest organizacja i zabezpieczenie dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Opieka paliatywna i hospicyjna została ujęta w programie opracowanym pn. „*Kierunki rozwoju onkologii w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015*” przyjętym uchwałą Nr XLII/487/10 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 22 czerwca 2010 r.

Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej są realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych. W zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 r. kontraktował następujące rodzaje świadczeń:

- Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym,
- Świadczenia w oddziale dla przewlekle chorych,
- Świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej,
- Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie,

Tab. 8. Realizacja świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych zakontraktowanych w 2009 r. przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Nazwa świadczenia	Ilość podmiotów				Zrealizowane osobodni	Liczba pacjentów	Średni czas opieki nad pacjentem
	Ogółem	w tym:					
		publiczny	niepubliczny	indywidualny			
Zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	3	1	2		7 718	29	266
Świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej	21		18	3	82 404	659	125
Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie	3	1	2		1 069	3	356
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym	12	8	4		209 410	1191	128
Świadczenia w oddziale dla przewlekle chorych	1	1			18 541	520	36
Suma	40	11	26	3	319 142	2402	

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2009 r. Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia kontraktował świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w **40 jednostkach opieki zdrowotnej**. Wśród nich 27,5% stanowiły zakłady publiczne. Ogółem zrealizowano **319 142 osobodni**. Opieką objęto **2 402 pacjentów**. Najwięcej osobodni zrealizowano w całodobowych zakładach opiekuńczych i oddziale dla przewlekle chorych - **227 951** tj. **71,4%** wszystkich świadczeń opieki długoterminowej. **Przeciętny czas trwania opieki** nad pacjentem objętym opieką długoterminową wynosił **od 36 do 356 dni** w zależności od rodzaju sprawowanej opieki.

1.1. Stacjonarna opieka długoterminowa

Zadaniem zakładów opiekuńczych jest okresowe objęcie pacjentów całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia pacjentów przewlekle chorych i pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia, niesprawność, brak samodzielności i konieczność stałej kontroli lekarskiej, powinni przebywać w zakładzie opiekuńczym. Ten rodzaj świadczeń udzielany jest przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa, terapeutę zajęciowego, logopedę i rehabilitanta. Opieka obejmuje kontynuację leczenia i pielęgnacji, rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, świadczenia psychologiczne, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne i dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, a także edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu pacjenta i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Pacjentowi nieodpłatnie gwarantowane są niezbędne leki oraz badania diagnostyczne.

Do stacjonarnych zakładów opiekuńczych przyjmowani są pacjenci z rozpoznaniem choroby przewlekłej, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, którzy uzyskali do 40 punktów w skali Barthel, tj. skali oceny zapotrzebowania na opiekę osób trzecich.

W Województwie Zachodniopomorskim w 2009 r. w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz jednym oddziale dla przewlekle chorych funkcjonowało **505 łóżek** o profilu tzw. ogólnym, co stanowiło wskaźnik **3 łóżek na 10 000 mieszkańców**.

Tab. 9. Liczba łóżek w zakładach stacjonarnej opieki długoterminowej w 2009 r.
– wg rodzajów i powiatów

Powiat	Zakłady/Oddziały Pielęgnacyjno-Opiekuńcze	Zakłady/Oddziały Opiekuńczo-Lecznicze	Zakłady Opiekuńcze Psychiatryczne	Hospicja Stacjonarne	Razem
M. Koszalin	25			15	40
M. Szczecin	80*		60	15	155
M. Świnoujście	32				32
Białogard	40				40
Goleniów		36			36
Gryfino		46	44		90
Kamień Pom.	25				25
Łobez		25			25
Myślibórz	29	25			54
Pyrzyce		29			29
Szczecinek	23		7		30
Wałcz		90			90
Razem	254	251	111	30	646

* Oddział dla przewlekle chorych

505 łóżek

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

W Województwie Zachodniopomorskim zakłady opieki długoterminowej o profilu tzw. ogólnym (bez opieki hospicyjnej i psychiatrycznej opieki długoterminowej) są zlokalizowane na terenie **12 powiatów**. Na terenie 9 powiatów nie ma stacjonarnej opieki długoterminowej.

Według informacji statystycznych gromadzonych przez Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki, w 2009 r. opieką długoterminową było objętych **1 950 pacjentów**, w tym **1 423 pacjentów przebywało w zakładach opiekuńczych i 527 osób w oddziale dla przewlekle chorych**, funkcjonującym w strukturze szpitala ogólnego, który w 2010 r. został przekształcony w zakład opiekuńczy.

Tab. 10. Liczba pacjentów objętych opieką zakładów opieki pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych w 2009 r. – wg powiatów

Powiaty	Rodzaj zakładu	Liczba pacjentów		Liczba pacjentów wypisanych		Liczba pacjentów, którzy zmarli	
		ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
M. Koszalin	ZPO	44	28	13	6	6	3
M. Świnoujście	ZPO	115	79	61	41	22	13
Białogard	ZPO	105	62	54	33	14	8
Goleniów	ZOL	100	47	32	7	32	19
Gryfino	ZOL	104	76	38	30	27	17
Kamień Pomorski	ZPO	149	109	117	85	7	4
Łobez	ZOL	80	69	48	43	3	2
Myślibórz	ZPO	154	103	95	69	25	18
	ZOL	89	50	33	12	31	17
Pyrzyce	ZOL	128	84	48	30	50	33
Szczecinek	ZPO	69	52	28	20	18	14
Wałcz	ZOL	286	163	101	58	113	65
Razem		1 423	922	668	434	348	213

(Bez hospicjum, placówek psychiatrycznych i oddziału dla przewlekle chorych)

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

W 2009 r. w zakładach opiekuńczych przebywało 1 423 pacjentów, w tym 922 stanowiły kobiety. W ciągu roku **wypisano 668 pacjentów (46,9%), 348 (24,5%) osób zmarło** podczas pobytu w zakładzie opiekuńczym. Ponad 28% pacjentów przebywało w zakładzie opiekuńczym powyżej jednego roku.

Wiek pacjentów korzystających ze świadczeń stacjonarnych zakładów opiekuńczych można ocenić wyłącznie na podstawie informacji statystycznych o pacjentach przebywających w tych zakładach w dniu 31 grudnia każdego roku. Dane ilustrują liczbę pacjentów, przekrój wieku i płci pacjentów. Poniższa tabela została opracowana na podstawie informacji pochodzących z rocznego sprawozdania statystycznego, druk MZ-29A. Dane z Powiatu Szczecineckiego obejmują również

pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, którzy są objęci opieką długoterminową i wykazywani łącznie w sprawozdaniu o działalności całego zakładu opiekuńczego.

W dniu 31 grudnia 2009 r. w stacjonarnych zakładach opiekuńczych na terenie Województwa Zachodniopomorskiego przebywało **414 pacjentów** w wieku od 19 do 75 roku życia i powyżej. Wśród nich było 278 kobiet (67%).

Tab. 11. Struktura wieku pacjentów przebywających w dniu 31.12.2009 r. w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych w Województwie Zachodniopomorskim - wg powiatów.

Powiaty	liczba pacjentów ogółem		w wieku							
			19-40		41-60		61-74		75 i więcej	
	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
M. Koszalin	25	19			1	1	3	3	21	15
M. Świnoujście	32	25			3	1	5	3	24	21
Białogard	37	21	2		2	1	9	2	24	18
Goleniów	36	21	2		7		6	3	21	18
Gryfino	39	29					6	3	33	26
Kamień Pomorski	25	20					4	3	21	17
Łobez	29	24			15	12	14	12		
Myślibórz	59	37	1	1	5		16	5	37	31
Pyrzyce	30	21			4	1	6	3	20	17
Szczecinek	30	21	2		4	2	10	8	14	11
Wałcz	72	40	4		12	4	23	8	33	28
Razem	414	278	11	1	53	22	102	53	248	202

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Na ogólną liczbę 414 pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczych w ostatnim dniu 2009 roku, **84,5% stanowiły osoby w wieku 61 i więcej lat**, z czego 72,9% to kobiety. W tym dniu opieką zakładów było objętych 11 osób w wieku 10-40 lat i 53 osoby w wieku 41-60 lat.

Tab. 12. Wskaźniki działalności zakładów opieki długoterminowej w 2009 r. – wg powiatów

Powiaty		Liczba łóżek	Liczba pacjentów	Osobodni pobytu	Wykorzystanie łóżek w %	Czas pobytu	Przelotowość
M. Koszalin	ZPO	25	44	9 377	102,8	213,11	1,8
M. Szczecin	*	80	527	18 708	80,1	35,5	6,6
M. Świnoujście	ZPO	32	115	12 827	109,2	111,54	3,6
Białogard	ZPO	40	105	11 750	80,5	111,90	2,6
Goleniów	ZOL	36	100	13 265	101,0	132,65	2,8
Gryfino	ZOL	46	104	16 384	97,6	157,54	2,3
Kamień Pomorski	ZPO	25	149	16 772	183,80	112,56	6,0
Łobez	ZOL	25	80	11 141	122,1	139,26	3,2
Myślibórz	ZPO	29	154	12 096	114,3	78,55	5,3
	ZOL	25	89	8 709	95,4	97,85	3,6
Pyrzyce	ZOL	29	128	10 845	102,5	84,73	4,4
Szczecinek	ZPO	23	69	11 038	131,5	159,97	3,0
Wałcz	ZOL	90	286	29 592	90,1	103,47	3,2
Razem		505	1 950	182 504	99,0	93,6	3,9

* Oddział dla przewlekle chorych

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Analiza powyższych statystycznych wskaźników działalności stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej wykazuje różnice w funkcjonowaniu poszczególnych jednostek.

Przy **średnim wykorzystaniu łóżek na poziomie 99%**, rozpiętość w poziomie wykorzystania łóżek wynosiła od 80,1% w Szczecinie i 80,5% w Białogardzie do 183,8% w Kamieniu Pomorskim i 131,5% w Szczecinku.

Przeciętny czas pobytu wynosił 93,6 dni. Pacjenci przebywali w zakładzie od 36 do 213 dni.

Średnia przelotowość wynosiła 3,9 pacjentów na jedno łóżko. Najwięcej pacjentów na jedno łóżko przypadało się w zakładzie opiekuńczym w Powiecie Kamieńskim (6 pacjentów na jedno łóżko), a najmniej w Koszalinie (1,8 na jedno łóżko).

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w 2009 roku Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia kontraktował **w 13 jednostkach**, w tym w 12 zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz w 1 oddziale dla przewlekle chorych.

Tab. 13. Realizacja świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych w 2009 r. finansowanych przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia – wg powiatów

Powiat	Liczba świadczeń dawców	w tym publicznych	Zakontraktowana liczba osobodni	Zrealizowana liczba osobodni	Liczba pacjentów	Średni czas opieki
Białogardzki	1	1	15 380	15 379	94	126
Goleniowski	1	1	17 643	17 517	99	132
Gryfiński	1		9 928	11 597	89	92
Kamieński	1		16 644	16 659	133	126
Łobeski	1		18 016	18 015	79	129
M. Koszalin	1	1	12 304	12 314	53	176
M. Szczecin	1	1	18 513	18 541	520	36
M. Świnoujście	1	1	11 826	12 884	88	133
Myśliborski	2	1	32 996	34 249	160	125
Pyrzycki	1	1	12 782	13 057	112	96
Szczecinecki	1		18 442	18 441	68	162
Wałecki	1	1	39 055	39 294	275	107
Suma	13	8	223 529	227 951	1 770	

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W stacjonarnej opiece długoterminowej zrealizowano **227 951 osobodni opieki** (o 239 więcej od liczby zakontraktowanej) **nad 1 770 pacjentami**.

Najwięcej świadczeń zrealizowały zakłady opiekuńcze w Powiecie Wałeckim i Myśliborskim, natomiast najwięcej pacjentów było objętych opieką przez zakłady zlokalizowane w Szczecinie, w Powiecie Wałeckim i Myśliborskim.

Według sprawozdań ZOW NFZ **średni czas opieki** wynosił **od 36 dni** w Szczecinie **do 176 dni** w Koszalinie.

Tab. 14. Najczęstsze przyczyny korzystania z świadczeń zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych w 2009 r.

Choroby i problemy zdrowotne	Liczba pacjentów
Miażdżyca	303
Następstwa chorób naczyń mózgowych	264
Otępienie	108
Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego	61
Porażenia i zaburzenia mózgu	86
Choroby układu krążenia	89
Choroby reumatoidalne	37
Złamania i następstwa urazów i wypadków	69
Pielęgnacja obejmująca stosowanie zabiegów rehabilitacyjnych	77
Nowotwory	14

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W zakładach opieki długoterminowej najczęstszą przyczyną korzystania ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych była miażdżyca, następstwa chorób naczyniowych i otępienie.

We wszystkich zakładach opiekuńczych odnotowano kolejki oczekujących na przyjęcie. **Czas oczekiwania** na przyjęcie, według stanu zarejestrowanego w ZOW NFZ w dniu 31.07.2010 r. wynosił **od 15 do 393 dni**.

W 2009 r. w zakładach opieki długoterminowej na terenie Województwa Zachodniopomorskiego zatrudnionych było: **43 lekarzy, 188 pielęgniarek, 83,5 etatów opiekunów medycznych i 33,5 etatów rehabilitantów**.

Tab. 15. Zatrudnienie w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej w 2009 r.
- wg powiatów

Powiaty	Lekarze	Pielęgniarki	Psycholodzy	Pedagodzy	Rehabilitanci	Opiekunowie	Pracownicy socjalni	Salowe
M. Koszalin	1	8			1	8	0	2
M. Świnoujście	6	12	1		2		1	6
M. Szczecin*	7	20	1		4,5	23,5		
Białogard	1	15	0		3	10	1	6
Goleniów	1	13	1		2	9	1	
Gryfino	8	13	1		2	10	1	5
Kamień Pom.	5	11	1	1	3	6	1	2
Łobez	2	12	1				1	
Myślibórz	2	26	2	2	3	7	1	6
Pyrzyce	3	12	1		3	5	1	2
Szczecinek	3	13	1		4	3		3
Wałcz	4	33	2		6	2		5
Razem	43	188	12	3	29	83,5	8	37

* Oddział dla Przewlekłe Chorych,
wg sprawozdania statystycznego MZ-29
i informacji Szpitala

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki.
Sprawozdanie statystyczne MZ-29A

Najliczniejszymi grupami zawodowymi zatrudnionymi w zakładach opiekuńczych są: pielęgniarki (46%) i opiekunowie medyczni (20,5%).

1.2. Domowa opieka długoterminowa

W 2009 r. w województwie zachodniopomorskim funkcjonowały dwa rodzaje domowej opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ:

- Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa,
- Opieka długoterminowa domowa dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest sprawowana przez pielęgniarki nad przewlekłe chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach szpitalnych, ale ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgniacyjnej udzielanej w warunkach domowych.

W 2009 r. domowa pielęgniarska opieka długoterminowa była realizowana przez **21 świadczeniodawców na terenie 17 powiatów w 26 miejscach udzielania świadczeń**. Niektórzy świadczeniodawcy wykonywali świadczenia w dwóch lub trzech lokalizacjach.

Pielęgniarską opieką długoterminową w 2009 r. objętych było **659 pacjentów**.

Tab. 16. Realizacja świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej w 2009 r.
– wg powiatów

Powiat	Liczba podmiotów			Zakontraktowane osobodni	Zrealizowane osobodni	Liczba pacjentów	Średni czas opieki nad pacjentem
	Ogółem	niepubliczny	indywidualny				
Białogardzki	1	1		1 670	1 665	21	79
Drawski	1		1	1 825	2 199	11	200
Goleniowski	3	3		10 148	11 124	72	155
Gryficki	1	1		3 603	3 835	20	192
Gryfiński	1	1		2 344	2 349	30	78
Kołobrzeski	2	1	1	2 832	3 245	26	125
Łobeski	1	1		2 124	3 280	24	137
M. Koszalin	1	1		2 916	3 021	41	74
M. Szczecin	2	2		17 316	18 842	136	139
M. Świnoujście	1	1		1 825	2 833	23	123
Myśliborski	1	1		1 825	1 825	31	59
Policki	2	2		2 503	2 534	28	91
Pyrzycki	1	1		1 825	1 825	22	83
Sławieński	2	2		4 140	4 155	34	122
Stargardzki	1	1		8 060	9 420	58	162
Szczecinecki	4	3	1	5 584	7 234	51	142
Świdwiński	1	1		2 892	3 018	31	97
Suma	26	23	3	73 432	82 404	659	125

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2009 r. zrealizowano 82 404 osobodni opieki pielęgniarskiej nad chorymi w domu (o 8 972 mniej od liczby zakontraktowanej).

Najwięcej osobodni wykonano w Szczecinie, Powiecie Goleniowskim i Stargardzkim, co jest ściśle związane z liczbą pacjentów objętych opieką.

Najmniej osobodni wykonano w powiecie Białogardzkim, Drawskim, Myśliborskim i Świnoujściu.

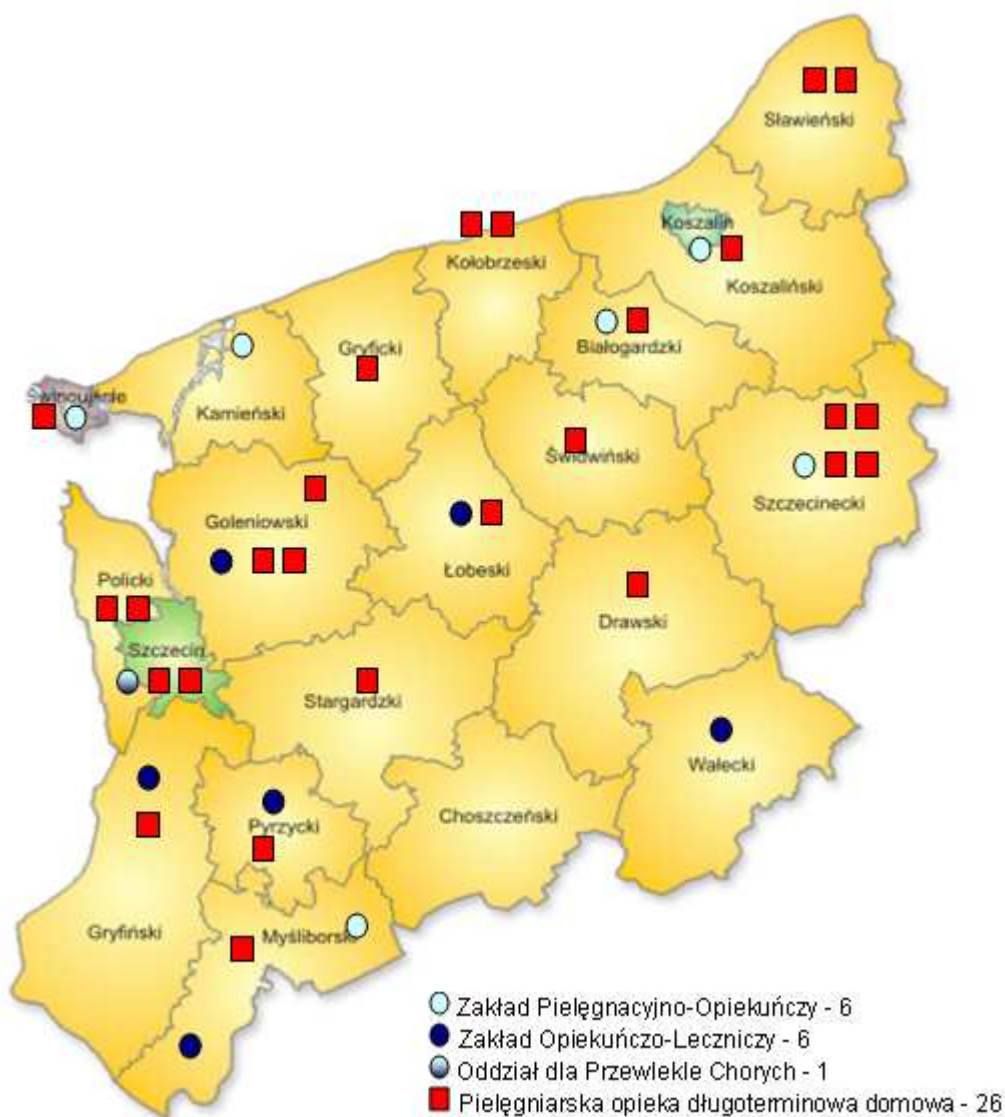
Średni **czas opieki pielęgniarskiej** nad pacjentem w domu wynosił ponad **4 miesiące**.

Czas oczekiwania na objęcie pielęgniarską opieką długoterminową w domu pacjenta wynosił od 14 do 133 dni (dane z 31.07.2010 r.)

W 2009 r. pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej nie zapewniano w:

- Powiecie Choszczeńskim,
- Powiecie Kamieńskim,
- Powiecie Koszalińskim,
- Powiecie Wałeckim.

Mapa 1. Rozmieszczenie podmiotów realizujących świadczenia w zakresie opieki długoterminowej na terenie Województwa Zachodniopomorskiego w 2009 r. finansowanych przez ZOW NFZ



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Domowa opieka długoterminowa dla pacjentów dorosłych i dzieci wentylowanych mechanicznie

Świadczenia realizowane są przez zespół długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie. Jest to opieka nad pacjentami z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora, bądź nieinwazyjnej, ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, stałego specjalistycznego nadzoru lekarza oraz profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, jednak nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających świadczeń całodobowych. Świadczeniami tego rodzaju mogą być objęci pacjenci, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie pielęgnacji, obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy tak, aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo pacjenta. Zadaniem zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie jest wyposażenie chorych w niezbędny sprzęt medyczny oraz stworzenie chorym i ich najbliższym poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni tygodnia.

W 2009 r. na terenie Województwa Zachodniopomorskiego opiekę **zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie** zapewniały 3 podmioty, w tym 2 niepubliczne, posiadające swoje siedziby poza Województwem Zachodniopomorskim, w Zielonej Górze i Bydgoszczy.

Tab. 17. Realizacja świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie w 2009 r.

Świadczenie	Liczba świadczeniodawców	w tym publicznych	Liczba osobodni-zakontaktowana	Liczba osobodni-zrealizowana	Liczba pacjentów
Zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie	3	1	7 712	7 718	29
Zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie	3	1	1 069	1 069	3

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2009 r. świadczenia zdrowotne w zakresie domowej opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zapewnione były dla **31 pacjentów**, w tym 3 dzieci. Świadczenia te były sprawowane w systemie ciągłym według potrzeb bez ograniczeń czasowych.

Tab. 18. Przyczyny korzystania ze świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w 2009 r.

Dorośli

Przyczyny	Liczba pacjentów
Pierwotne zaburzenia mięśniowe	7
Zanik mięśni pochodzenia rdzeniowego i zespoły pokrewne	5
Dystrofia mięśniowa	4
Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej	4
Przewlekła niewydolność oddechowa	4
Zaburzenia przemiany glikozoaminoglikanów	1
Stwardnienie boczne zanikowe	1
Stwardnienie rozsiane	1
Dziecięce porażenie mózgowe, nie określone	1
Złamanie innego określonego kręgu szyjnego	1
	29

Dzieci

Przyczyny	Liczba pacjentów
Przewlekła niewydolność oddechowa	1
Pierwotne zaburzenia mięśniowe	1
Inne określone zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego	1
	3

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Domowa opieka długoterminowa dla pacjentów wentylowanych mechanicznie była sprawowana z powodu przyczyn związanych z różnego rodzaju zaburzeniami mięśniowymi i przewlekłą niewydolnością oddechową.

2. Cele i kierunki rozwoju opieki długoterminowej

Opieka długoterminowa oznacza świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych oraz udzielanie pomocy i wsparcia dla osób przewlekle chorych, bądź niepełnosprawnych. Może dotyczyć osób w każdym wieku, nabiera jednak szczególnego znaczenia w starzejących się społeczeństwach, w których przeważają schorzenia przewlekle a średni wiek ulega wydłużeniu. Naturalny proces starzenia oraz wiele chorób o skrytym, powolnym przebiegu nieuchronnie prowadzi do ograniczenia, bądź utraty samodzielności.

2.1. Potrzeby zdrowotne w zakresie opieki długoterminowej

Potrzeby zdrowotne w zakresie opieki długoterminowej wynikają głównie z sytuacji epidemiologiczno-demograficznej oraz stopnia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Opieka zdrowotna długoterminowa znajduje się w początkowej fazie procesu tworzenia odpowiedniego modelu i wystarczającego dostępu do świadczeń dla przewlekle chorych. Wciąż zauważa się niewystarczające zainteresowanie tworzeniem i utrzymywaniem opieki zdrowotnej nad przewlekle chorymi, które wynika z niskiego poziomu finansowania świadczeń opieki długoterminowej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Osoby przewlekle chore zazwyczaj potrzebują jednoczesnego wsparcia ze strony opieki zdrowotnej i instytucji społecznych. Z tego względu bardzo pożądana jest współpraca między sektorami ochrony zdrowia i pomocy społecznej, w szczególności na poziomie powiatów i gmin.

Do pobytu w zakładzie opiekuńczym nie powinien być kwalifikowany pacjent wyłącznie z problemami społecznymi. W tym przypadku opiekę powinny zapewnić instytucje pomocy społecznej, które winny przejąć opiekę nad osobą niesamodzielną. Właściwe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej powinno polegać m.in. na zapewnieniu potrzebującym ciągłości leczenia, bezpośrednio po leczeniu krótkoterminowym w oddziałach neurochirurgicznych, urazowych, neurologicznych, kardiologicznych, wewnętrznych, chirurgicznych. W konsekwencji umożliwi to zwolnienie łóżek ostrych w oddziałach szpitalnych i zapewni tym pacjentom rekonwalescencję po hospitalizacji w oddziale specjalistycznym. Drugą grupą pacjentów są osoby przewlekle chore pozostające w domu, które w sytuacji pogorszenia stanu zdrowotnego wymagają okresowej, profesjonalnej opieki zdrowotnej długoterminowej w warunkach stacjonarnych lub domowych.

„Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego” z 2001 r. zakładała, iż liczba łóżek w opiece długoterminowej do 2015 roku wzrośnie do wskaźnika 7,3 łóżka na 10 tys. mieszkańców.

Tab. 19. Liczba łóżek w stacjonarnej opiece długoterminowej w Województwie Zachodniopomorskim w 2000 i 2009 r. i planowana do osiągnięcia w 2015 r.

Rok	Liczba łóżek	Wskaźnik/10 tys. ludności
2000	333	1,9
2009	505	3,0
2015	1 231	7,3

Źródło: Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego, dane Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Ważnym elementem organizacyjnym jest równomierne rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń w zakresie wszystkich form opieki długoterminowej na terenie województwa. Należy założyć, że na poziomie każdego powiatu będzie istniał zakład stacjonarnej opieki długoterminowej. Placówki opiekuńcze powinny być zlokalizowane możliwie jak najbliżej miejsca zamieszkania.

Aktualnie powinno się wzmacniać i rozwijać zakłady opiekuńcze już funkcjonujące, jednocześnie korzystając z ich doświadczeń przy tworzeniu kolejnych ośrodków opieki długoterminowej.

Kluczową potrzebą jest zapewnienie wysokiej jakości opieki w ośrodkach opieki długoterminowej poprzez tworzenie odpowiednich warunków lokalowych, wyposażenie w sprzęt pielęgnacyjny i rehabilitacyjny oraz zatrudnienie właściwej liczby wykwalifikowanego personelu medycznego. Każdy rodzaj opieki zdrowotnej długoterminowej powinien zapewniać elementy ogólnej rehabilitacji w zakresie podstawowym, prowadzonej w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego i poprawienia kondycji ogólnej organizmu.

Najtańszą formą opieki długoterminowej jest zorganizowanie opieki pielęgnacyjnej z elementami rehabilitacji w miejscu zamieszkania pacjenta. Należy zatem dążyć do zwiększenia liczby osobodni w zakresie domowej opieki długoterminowej finansowanej ze środków publicznych. Trudno określić jednoznaczne konkretne wskaźniki zapotrzebowania na domową opiekę długoterminową, ale z pewnością należy dążyć do tego, aby na poziomie każdego powiatu była zapewniona dostępność do pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej w odległości maksymalnie 30 km. od miejsca zamieszkania pacjenta.

W przyszłości należałoby także rozpatrzyć możliwości organizowania opieki zdrowotnej długoterminowej w trybie dziennym, czego nie uwzględniono w obowiązującym aktualnie „koszyku” świadczeń gwarantowanych. Powinno się jednak mieć świadomość, że ta forma opieki może być bardziej kosztowna ze względu na konieczność przewożenia pacjenta.

Inicjowanie nowych działań w zakresie opieki długoterminowej uzależnione jest od wielu podmiotów, w tym aktywności samorządów lokalnych. Odpowiednia organizacja i zabezpieczenie łóżek opieki długoterminowej w przyszłości, uwarunkowane jest przede wszystkim sposobem finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2.2. Cele operacyjne w zakresie opieki długoterminowej

- 1. Zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej długoterminowej zgodnie z trendami demograficzno-epidemiologicznymi i potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa.**
- 2. Poprawa jakości wykonywanych usług medycznych w opiece nad pacjentem niesamodzielnym i przewlekle chorym.**
- 3. Zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej w całym procesie terapeutycznym.**

2.3. Kierunki rozwoju w zakresie opieki długoterminowej

1. Dostosowanie struktur opieki długoterminowej do aktualnych potrzeb.
2. Dążenie do równomiernego rozmieszczenia wszystkich rodzajów opieki długoterminowej.
3. Współpraca wszystkich form opieki długoterminowej z innymi jednostkami opieki zdrowotnej i systemem pomocy społecznej.
4. Objęcie profesjonalną opieką medyczną jak największej ilości osób chorych niesamodzielnych i w wieku podeszłym.
5. Wspieranie świadczeniodawców w procesie pozyskiwania funduszy Unii Europejskiej na rozwój opieki długoterminowej.

2.4. Zadania szczegółowe w zakresie opieki długoterminowej

Strategia sektorowa zakładała, że każdy powiat w Województwie Zachodniopomorskim będzie dążył do utworzenia na swoim terenie stacjonarnej opieki długoterminowej.

Tab. 20. Liczba łóżek w stacjonarnej opiece długoterminowej w 2009 r. i planowana do osiągnięcia w 2015 r. w poszczególnych powiatach

Powiaty	Liczba ludności	2009 rok		2015 rok	
		Liczba łóżek	Wskaźnik/ 10 tys. ludności	Liczba łóżek	Wskaźnik/ 10 tys. ludności
M. Szczecin	406 307	80	2,0	297	7,3
Stargardzki	119 340	0	0,0	87	7,3
M. Koszalin	106 987	25	2,3	78	7,3
Gryfiński	82 830	46	5,6	60	7,3
Goleniowski	79 937	36	4,5	58	7,3
Kołobrzeski	77 095	0	0,0	56	7,3
Szczecinecki	77 053	23	3,0	56	7,3
Policki	69 087	0	0,0	50	7,3
Myśliborski	67 074	54	8,1	49	7,3
Koszaliński	65 049	0	0,0	47	7,3
Gryficki	60 595	0	0,0	44	7,3
Drawski	57 485	0	0,0	42	7,3
Sławieński	57 298	0	0,0	42	7,3
Wałecki	54 098	90	16,6	39	7,3
Choszczeński	49 705	0	0,0	36	7,3
Świdwiński	48 470	0	0,0	35	7,3
Białogardzki	48 261	40	8,3	35	7,3
Kamieński	47 769	25	5,2	35	7,3
M. Świnoujście	40 765	32	7,8	30	7,3
Pyrzycki	39 930	29	7,3	29	7,3
Łobeski	38 063	25	6,6	28	7,3
Razem	1 693 198	505	3,0	1236	7,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego oraz danych Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Powyższe zestawienie porównawcze liczby łóżek opieki długoterminowej funkcjonujących na terenie poszczególnych powiatów w 2009 r. i liczby łóżek zaplanowanych do osiągnięcia w 2015 r., należy potraktować pomocniczo w celu oceny sytuacji obecnej i określenia stopnia rozwoju opieki długoterminowej zarówno na terenie całego Województwa Zachodniopomorskiego, jak i w poszczególnych powiatach. W powiatach, gdzie wskaźnik łóżek/10 tys. mieszkańców przekracza 7,3 nie oznacza wskazania do zmniejszenia ilości łóżek. Wskaźnik powinno się traktować elastycznie z uwzględnieniem otaczającej infrastruktury, potrzeb sąsiednich powiatów i dostępności do innego rodzaju świadczeń opiekuńczych. Przy planowaniu ilości łóżek opieki długoterminowej w powiatach

należy uwzględnić również liczebność ludności ościennych gmin, w promieniu około 50 km. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, iż najbardziej efektywną placówką opieki długoterminowej jest jednostka posiadająca bazę łóżkową o liczbie co najmniej 50 łóżek.

2.4.1. Stacjonarna opieka długoterminowa

- 1) Dążenie do zwiększenia liczby łóżek w stacjonarnej opiece długoterminowej do wskaźnika 7,3 łóżek na 10 tys. mieszkańców.
- 2) Równomierne rozmieszczenie zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej na terenie powiatów.
- 3) Zwiększenie liczby łóżek dla pacjentów w stanie wegetatywnym.
- 4) Zróżnicowanie czasu pobytu w stacjonarnej opiece długoterminowej w zależności od sytuacji zdrowotnej pacjenta oraz określenie maksymalnego czasu pobytu.
- 5) Stworzenie możliwości dysponowania częścią łóżek w zakładzie do bezpośredniego przyjęcia pacjentów po leczeniu w oddziałach wewnętrznych, neurochirurgicznych, urazowych i neurologicznych w celu rekonwalescencji i prowadzenia podstawowej rehabilitacji.
- 6) Zróżnicowanie finansowania świadczeń w zależności od stanu klinicznego pacjenta ze szczególnym zwróceniem uwagi na pielęgnację osób w stanie wegetatywnym i pacjentów z trudno gojącymi ranami.
- 7) Dążenie do zatrudnienia właściwej ilości personelu medycznego z odpowiednimi kwalifikacjami.
- 8) Systematyczne podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych i opiekuńczo – leczniczych.
- 9) Prowadzenie elementów edukacji rodziny, opiekunów medycznych na temat pielęgnacji i samodzielnej opieki nad chorym i niepełnosprawnym.
- 10) Zapewnienie dobrych warunków techniczno-sanitarnych i właściwego wyposażenia w sprzęt pielęgnacyjny i rehabilitacyjny.
- 11) Zainicjowanie zmian legislacyjnych dotyczących zniesienia kierowania pacjentów do zakładów opiekuńczych na podstawie decyzji administracyjnej.

2.4.2. Domowa opieka długoterminowa

- 1) Zorganizowanie domowej pielęgniarzkiej opieki długoterminowej w każdym powiecie.
- 2) Prowadzenie elementów edukacji rodziny i bliskich pacjenta na temat pielęgnacji i samodzielnej opieki nad chorym i niepełnosprawnym.
- 3) Dążenie do tworzenia dziennych ośrodków opieki długoterminowej przy istniejących zakładach opieki całodobowej.
- 4) Ulepszenie współpracy pielęgniarzkiej opieki długoterminowej w domu z podstawową opieką zdrowotną, rehabilitacją domową i lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.
- 5) Dążenie do zapewnienia domowej pielęgniarzkiej opieki długoterminowej mieszkańcom domów pomocy społecznej zgodnie z wskazaniami zdrowotnymi.
- 6) Dążenie do uruchomienia wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego na terenie powiatów.

IV. REHABILITACJA LECZNICZA

Wstęp

Rehabilitacja jest kompleksowym postępowaniem w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Rehabilitacja lecznicza jest częścią procesu leczenia, który umożliwia przyspieszenie przebiegu naturalnej regeneracji i zmniejszenia fizycznych oraz psychicznych następstw choroby.

1. Zasoby i działalność rehabilitacji leczniczej

Zasoby i działalność rehabilitacji leczniczej w Województwie Zachodniopomorskim w 2009 r. opisano na podstawie danych statystycznych oraz danych ZOW NFZ dotyczących kontraktowania świadczeń rehabilitacyjnych.

NFZ kontraktuje świadczenia rehabilitacji leczniczej w:

- warunkach stacjonarnych
- warunkach ambulatoryjnych
- warunkach domowych
- ośrodkach dziennych

W 2009 r. w Województwie Zachodniopomorskim świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej, we wszystkich rodzajach rehabilitacji, realizowało **177 podmiotów**, w tym 132 w warunkach ambulatoryjnych.

Tab. 21. Rodzaje świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej zakontraktowanych przez ZOW NFZ w 2009 r.

Świadczenie zakontraktowane	Liczba podmiotów	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów	Liczba pacjentów	średni czas opieki
Fizjoterapia ambulatoryjna	87	24 021 713	25 359 686	105 752	40*
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	43	1 841 120	2 065 318	50 294	1,6*
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	6	2 051 581	2 055 890	966	29
Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/ oddziale dziennym	2	79 878	77 490	60	18
Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych	5	2 457 900	2 487 300	1 273	20
Rehabilitacja neurologiczna	8	5 876 663	5 939 790	1 544	27
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym	11	3 126 244	3 328 170	2 385	20
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	13	17 673 237	18 181 130	6 898	24
Rehabilitacja słuchu i mowy	2	321 330	324 040	210	24
Suma	177	57 449 666	59 818 814	169 382	

*średnia liczba zabiegów i porad na 1 pacjenta

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2009 r. w województwie zachodniopomorskim opieką rehabilitacyjną finansowaną przez ZOW NFZ objęto **169 382 pacjentów**. Zrealizowano **59 818 814 punktów**, o 2 369 148 więcej od liczby zakontraktowanej. **Czas opieki rehabilitacyjnej** wynosił **od 18 do 29 dni**. W lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej średnio na jednego pacjenta przypadało 1,6 porad, a w fizjoterapii ambulatoryjnej 40 zabiegów.

Czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia rehabilitacji, według stanu na dzień 31.07.2010 r., wynosił w:

- Poradni rehabilitacyjnej – od 0 do 139 dni
- Fizjoterapii – od 5 do 128 dni
- Oddziałe rehabilitacji kardiologicznej – od 17 do 114 dni
- Oddziale rehabilitacji neurologicznej – od 90 do 180 dni
- Oddziale rehabilitacji narządu ruchu - od 93 do 1000 dni
- Oddziale rehabilitacyjnym – od 115 do 1 148 dni

Czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne zgłaszany przez do NFZ prawdopodobnie jest za zbyt wygórowany z powodu rejestrowania się niektórych pacjentów u kilku świadczeniodawców jednocześnie.

1.1. Rehabilitacja stacjonarna

W 2009 r. w Województwie Zachodniopomorskim, według informacji statystycznych Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, funkcjonowało **6 oddziałów rehabilitacji** posiadających łącznie **512 łóżek**, które były **wykorzystane na poziomie ok. 95,8%**. Liczba leczonych wynosiła **7 606 pacjentów**, a **średni czas pobytu w oddziale 22 dni**. Do wymienionej liczby łóżek rehabilitacyjnych należy doliczyć ok. **70 łóżek** funkcjonujących w resortowych zakładach opieki zdrowotnej, które nie są wykazywane w statystyce województwa, ale uczestniczą w świadczeniu opieki zdrowotnej finansowanej przez ZOW NFZ.

Tak więc ogólna liczba łóżek w oddziałach rehabilitacji w szpitalach Województwa Zachodniopomorskiego wynosi **582**, co daje **wskaźnik 3,4 łóżka na 10 tys. mieszkańców** województwa.

Tab. 22. Wskaźniki działalności oddziałów rehabilitacyjnych w 2009 r.

Powiaty	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Średni czas pobytu w dniach
M. Szczecin	27	254	48,6	18,8
Białogard	140	1 587	98,3	24,2
Choszczno	165	2 825	108,8	23,2
Gryfice	40	809	97,2	17,5
Kołobrzeg	40	614	94,5	22,5
Stargard Szczeciński	100	1 517	84,6	20,3
Razem	512	7 606	95,8	22,0

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Jak ilustruje powyższa tabela, największe ośrodki rehabilitacyjne w Województwie Zachodniopomorskim znajdują się w powiecie Choszczeńskim, Białogardzkim i Stargardzkim. W 2009 roku placówki te objęły rehabilitacją 80% wszystkich pacjentów hospitalizowanych w oddziałach rehabilitacyjnych w Województwie Zachodniopomorskim. Oddział rehabilitacyjny (dziecięcy) w Szczecinie miał wyjątkowo niskie wykorzystanie łóżek z powodu prowadzonej w tym czasie zmiany formy organizacyjnej.

Tab. 23. Zatrudnienie w oddziałach rehabilitacji w 2009 r.

Powiaty	Lekarze	Pielęgniarki
M. Szczecin	1	4
Białogard	6	32
Choszczno	7	32
Gryfice	6	9
Kołobrzeg	4	12
Stargard Szczeciński	5	30
Razem	29	119

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

W 2009 r. w oddziałach rehabilitacyjnych Województwa Zachodniopomorskiego (bez szpitali resortowych) było zatrudnionych 29 lekarzy i 119 pielęgniarek.

Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych kontraktowana przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest realizowana w zakresie rehabilitacji:

- ogólnoustrojowej,
- neurologicznej,
- kardiologicznej.

Stacjonarna rehabilitacja ogólnoustrojowa przeznaczona jest dla pacjentów wymagających wszechstronnego postępowania usprawniającego po urazach, zabiegach operacyjnych, po zaostrzeniach chorób przewlekłych, którzy jednocześnie wymagają innych działań terapeutycznych, profilaktycznych, diagnostycznych i edukacyjnych.

W 2009 r. świadczenia w zakresie **rehabilitacji ogólnoustrojowej** w warunkach stacjonarnych zakontraktowano u **13 świadczeniodawców** na terenie 13 powiatów. Zrealizowano świadczenia w wymiarze **18 181 130 punktów**, o 507 893 więcej od liczby zakontraktowanej.

Liczba leczonych wynosiła **6 898 pacjentów**.

Średni czas rehabilitacji stacjonarnej ogólnoustrojowej wynosił **24 dni**.

Tab. 24. Poziom realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych w 2009 r.

Powiaty	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów
Białogardzki	2 994 970	2 994 970
Choszczeński	5 714 060	5 714 060
Powiat drawski	1 538 020	1 547 920
Gryficki	1 305 700	1 305 700
Kamieński	385 440	538 890
Kamieński	395 890	395 890
Kołobrzeski	82 170	81 070
Kołobrzeski	1 030 480	1 030 480
M. Szczecin	504 790	504 790
M. Szczecin	346 587	369 820
M. Szczecin	653 620	653 620
Stargardzki	2 498 760	2 819 960
Wałecki	222 750	223 960
Razem	17 673 237	18 181 130

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Głównymi przyczynami korzystania z rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych były:

- Bóle grzbietu
- Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych
- Zwrodnienia wielostawowe
- Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa
- Następstwa urazów kończyny dolnej
- Porażenia połowicze

Stacjonarna rehabilitacja kardiologiczna udzielana jest pacjentom z wysokim poziomem ryzyka lub powikłanym przebiegiem leczenia po m.in. ostrych zespołach wieńcowych (4-6 tygodni po zdarzeniu), po zabiegach kardiochirurgicznych (6-8 tygodni od zabiegu), po innych schorzeniach układu krążenia (4-6 tygodni od zdarzenia) lub po zaostrzeniu niewydolności serca.

W 2009 r. **rehabilitację kardiologiczną** w warunkach stacjonarnych na terenie województwa zachodniopomorskiego realizowało **5 podmiotów**, w tym 2 publiczne. Zrealizowano **2 487 300 punktów**, o 29 400 punktów więcej od liczby zakontraktowanej. Opieką objęto **1 273 pacjentów**.

Średni czas rehabilitacji kardiologicznej wynosił 20 dni.

Tab. 25. Realizacja stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej w 2009 r. finansowanej przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Powiat	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów
Drawski	818 100	824 700
Kamieński	504 600	504 600
Kołobrzeski	36 500	33 500
M. Szczecin	550 300	576 100
M. Świnoujście	548 400	548 400
Razem	2 457 900	2 487 300

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Głównymi przyczynami korzystania z rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych były:

- Przewlekła choroba niedokrwienna serca
- Obecność pomostów naczyniowych (bypass)
- Obecność protez zastawek serca
- Stary (przebyty) zawał serca
- Obecność wszczepów i przeszczepów związanych z angioplastyką wieńcową

Stacjonarna rehabilitacja neurologiczna realizowana jest w oddziałach rehabilitacji neurologicznej i oddziałach o profilu ogólnorehabilitacyjnym. Skierowana jest do pacjentów wszystkich grup wiekowych, ze schorzeniami neurologicznymi, wymagających jednocześnie całodobowego nadzoru medycznego.

W 2009 r. w Województwie Zachodniopomorskim stacjonarną **rehabilitację neurologiczną** realizowało **8 podmiotów**, w tym 7 publicznych. Wykonano **5 939 790 punktów**, o 66 127 więcej od liczby zakontraktowanej. Świadczeń udzielono **1 544 pacjentom**.

Średni czas rehabilitacji neurologicznej wynosił 27 dni.

Tab. 26. Realizacja świadczeń rehabilitacji neurologicznej w 2009 r. finansowanej przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Powiat	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów
Białogardzki	1 624 650	1 624 650
Choszczeński	1 649 090	1 649 090
Drawski	683 720	704 970
Gryficki	190 860	190 860
Kamieński	138 720	138 720
Kołobrzeski	654 620	654 620
M. Szczecin	199 843	206 370
Stargardzki	735 160	770 510
Razem	5 876 663	5 939 790

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Głównymi przyczynami korzystania z rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych były:

- Porażenia połowicze
- Następstwa zawału mózgu
- Następstwa krwotoku mózgu
- Stwardnienie rozsiane
- Urazy śródczaszkowe

1.2. Rehabilitacja ambulatoryjna

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych obejmuje lekarską opiekę rehabilitacyjną i fizjoterapię. Świadczenia są udzielane przez lekarza rehabilitacji medycznej lub lekarza balneoklimatologii i medycyny fizykanej oraz osoby uprawnione, takie jak fizjoterapeuta i masażysta.

W 2009 r. według informacji statystycznych **lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną świadczyły 45 poradnie**. Udzielono około **84 652 porady**.

Tab. 27. Działalność poradni rehabilitacyjnych w 2009 r. – wg powiatów

Powiaty	Liczba poradni	Liczba porad	Liczba lekarzy
M. Koszalin	3	17 644	7
M. Szczecin	13	28 437	18
M. Świnoujście	1	2 784	1
Białogard	2	1 663	4
Choszczno	1	1 588	1
Goleniów	1	1 200	1
Gryfice	2	2 665	4
Gryfino	1	1 824	1
Kamień Pomorski	3	3 512	3
Kołobrzeg	3	10 278	11
Koszalin	1	386	1
Myślibórz	4	3 091	5
Sławno	3	3 053	5
Stargard Szczeciński	3	4 728	4
Szczecinek	2	1 020	3
Wałcz	2	779	2
Razem	45	84 652	71

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

W 2009 r. w poradniach rehabilitacyjnych Województwa Zachodniopomorskiego pracowało **71 lekarzy**. Nie należy tej liczby utożsamiać z rzeczywistą liczbą lekarzy, ponieważ niektórzy lekarze pracujący wykazywani są w kilku miejscach zatrudnienia.

Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna w 2009 r. była kontraktowana przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w **44 jednostkach**, w tym 20 publicznych. Udzielono porad **50 294 pacjentom**. Średnio na pacjenta przypadło **1,6 porady**. Podmioty te rozmieszczone były **na terenie 19 powiatów**, z wyjątkiem Powiatu Łobeskiego i Pyrzyckiego.

Różnica między liczbą porad wykazanych w statystyce medycznej (84 653) a liczbą porad zrealizowanych w ramach kontraktowania (50 294) jest znacząca, wynosi 34 358. Może to wskazywać na potrzeby zdrowotne ludności w tym zakresie, realizowane w gabinetach prywatnych przekraczające możliwości finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Tab. 28. Realizacja lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w 2009 r. finansowanej przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Powiat	Liczba podmiotów	w tym publicznych	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów
Białogardzki	2	1	41 244	43 520
Choszczeński	1	1	40 976	40 976
Drawski	1	1	14 134	13 390
Goleniowski	1		27 840	31 070
Gryficki	1	1	67 964	67 964
Gryfiński	1		38 923	47 382
Kamieński	1		14 426	14 426
Kołobrzeski	2	1	49 660	44 106
M. Koszalin i Koszaliński	4	2	419 282	568 366
M. Szczecin	13	7	651 355	675 692
M. Świnoujście	1		66 518	66 518
Myśliborski	4	1	67 374	74 874
Policki	1		57 120	66 092
Sławieński	2		39 583	49 716
Stargardzki	3	2	122 123	117 960
Szczecinecki	3	2	48 601	58 594
Świdwiński	1		8 944	8 944
Wałecki	2	1	65 053	75 728
Suma	44	20	1 841 120	2 065 318

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W poradniach rehabilitacyjnych finansowanych przez ZOW NFZ w 2009 r. wykonano **2 065 318 punktów**, o 224 198 więcej od liczby zakontraktowanej.

Najczęstsze przyczyny porad lekarskich w poradniach rehabilitacyjnych:

- Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa
- Zwyrodnienia wielostawowe
- Obserwacja w kierunku podejrzanых zaburzeń układu nerwowego
- Boczne skrzywienie kręgosłupa
- Następstwa urazów kończyn
- Porażenia połowicze

Fizjoterapia w warunkach ambulatoryjnych w 2009 r. była realizowana na terenie 20 powiatów **przez 88 podmiotów**, w tym 35 podmiotów publicznych. Opieką fizjoterapeutyczną objęto **105 552 pacjentów**.

Na jednego pacjenta przypadło średnio **40 zabiegów**.

Tab. 29. Realizacja świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w 2009 r.

Powiat	Liczba podmiotów	w tym publicznych	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów
Białogardzki	3	1	484 594	506 350
Choszczeński	1	1	374 538	374 538
Drawski	5	2	444 805	470 144
Goleniowski	2		611 863	681 973
Gryficki	1	1	759 331	759 331
Gryfiński	4		1 117 442	1 376 922
Kamieński	4	1	422 012	449 211
Kołobrzeski	9	4	1 630 908	1 812 570
Koszaliński	9	4	3 563 941	3 668 080
Łobeski	3		274 365	285 893
M. Szczecin	14	8	7 228 492	7 137 114
M. Świnoujście	2	1	531 163	531 183
Myśliborski	5	1	1 315 377	1 463 778
Policki	1		348 036	386 327
Pyrzycki	1	1	265 123	292 742
Sławieński	5	2	763 786	1 021 348
Stargardzki	4	3	1 540 553	1 623 566
Szczecinecki	8	2	1 019 018	1 137 926
Świdwiński	3	1	422 693	428 561
Wałecki	4	2	903 673	952 129
Suma	88	35	24 021 713	25 359 686

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2009 r. w gabinetach fizjoterapii zrealizowano **25 359 686 punktów, o 1 337 973 więcej od liczby zakontraktowanej**. Najwięcej procedur fizjoterapeutycznych zrealizowano w Szczecinie i Koszalinie, a najmniej w Powiecie Łobeskim i Pyrzyckim.

Głównymi przyczynami korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej były:

- Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa
- Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych
- Zwyrodnienia wielostawowe
- Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych
- Zaburzenia układu mięśniowo-kostnego
- Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem
- Bóle grzbietu

1.3. Rehabilitacja w trybie dziennym

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym przeznaczona jest do pacjentów, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

W 2009 r. w Województwie Zachodniopomorskim, według danych statystycznych funkcjonowały **383 miejsca dziennej rehabilitacji** funkcjonującej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej rozmieszczone na terenie 7 powiatów. Liczba leczonych wynosiła **4 189 osób**.

Tab. 30. Działalność oddziałów rehabilitacji domowej i dziennej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2009 r. – wg powiatów

Powiaty	Liczba miejsc	Liczba leczonych	Osobodni cyklu leczenia	Czas pobytu w dniach
M. Koszalin	32	532	14 560	27,4
M. Szczecin	78	1 209	18 519	15,3
Goleniów	10	160	3 200	20,0
Gryfice	10	19	851	44,8
Kamień Pomorski	14	1 220	17 304	14,2
Sławno	1	18	1 264	70,2
Szczecinek	238	1 031	18 409	17,9
Razem	383	4 189	74 107	17,7

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

W 2009 r. w województwie najwięcej miejsc dziennej rehabilitacji (78) funkcjonowało w Szczecinie. Najwięcej osób rehabilitowanych było w Powiecie Kamieńskim (1 220 osób) i Szczecinie (1 209 osób).

W ramach świadczeń kontraktowanych przez ZOW NFZ w 2009 r. **rehabilitacja lecznicza w warunkach dziennych była realizowana w kilku następujących zakresach:**

- Rehabilitacja ogólnoustrojowa
- Rehabilitacja kardiologiczna
- Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego
- Rehabilitacja słuchu i mowy

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w trybie dziennym, kontraktowana przez ZOW NFZ była realizowana przez **11 podmiotów**, w tym 6 publicznych rozmieszczonych na terenie **7 powiatów**.

Świadczeń rehabilitacyjnych ogólnoustrojowych udzielono **2 385 pacjentom**. Ponadto **3 556 zabiegów** wykonano w kriokomorze.

Tab. 31. Realizacja świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku dziennym w 2009 r.

Powiat	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów
Drawski	56 280	61 530
Goleniowski	243 390	303 240
Gryficki	44 030	44 030
Kamieński	41 860	41 860
M. Koszalin	805 490	966 700
M. Szczecin	1 173 244	1 145 475
Szczecinecki	761 950	765 335
	3 126 244	3 328 170

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W ośrodkach dziennych zrealizowano **3 328 170 punktów** w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej, tj. o 201 926 więcej od liczby punktów zakontraktowanych.

Głównymi przyczynami korzystania z dziennej rehabilitacji ogólnoustrojowej były:

- Stwardnienie rozsiane
- Zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych
- Nowotwór złośliwy sutka
- Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa
- Spondylizy
- Zwyrodnienia wielostawowe
- Następstwa urazów kończyn

Rehabilitacja kardiologiczna dzienna w 2009 r. była prowadzona w **2 ośrodkach/oddziałach** dziennych na terenie 2 powiatów, w mieście Szczecinie i Powiecie Drawskim. Świadczeń rehabilitacyjnych udzielono **60 pacjentom**.

Średni czas rehabilitacji kardiologicznej w trybie dziennym wynosił **18 dni**.

Tab. 32. Realizacja świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym w 2009 r.

Powiat	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów
Drawski	22 680	8 820
M. Szczecin	57 198	68 670
Razem	79 878	77 490

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W ramach rehabilitacji kardiologicznej wykonano **77 490 punktów**, mniej o 2 388 od liczby zakontraktowanej. Większe zapotrzebowanie na rehabilitację kardiologiczną w trybie dziennym było w Szczecinie ze względu na kilka czynników, takich jak: funkcjonowanie w mieście oddziału kardiologii i ośrodków kardiologii inwazyjnej oraz duże skupisko ludności.

Przyczynami korzystania z rehabilitacji kardiologicznej w trybie dziennym były:

- Przewlekła choroba niedokrwienna serca
- Samoistne (pierwotne) nadciśnienie

Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w warunkach ambulatoryjnych w 2009 r, odbywała się w **6 podmiotach** niepublicznych świadczących te usługi na terenie **5 powiatów**. Rehabilitacją objęto **966 dzieci**. Rehabilitacja dzieci i młodzieży polega na potrzebie zapewnienia wczesnej, ciągłej i kompleksowej opieki, łącznie z pomocą psychologiczną i logopedyczną. **Średni czas rehabilitacji** dziecka wynosił **29 dni**.

Tab. 33. Realizacja świadczeń w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku dziennym w 2009 r.

Miejsce udzielania świadczeń	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów
Kołobrzeg	333 570	297 370
Koszalin	294 836	296 190
Szczecin	246 190	246 190
Szczecin	452 870	487 790
Postomino	84 385	88 620
Szczecinek	639 730	639 730
Razem	2 051 581	2 055 890

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w 2009 r. zrealizowano łącznie **2 055 890 punktów**, o 4 309 więcej od liczby wstępnie zakontraktowanej.

Głównymi przyczynami korzystania z rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w trybie dziennym były:

- Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego
- Specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych, mowy i języka
- Zaburzenia związane z krótkim czasem trwania ciąży i niską urodzeniową masą ciała
- Dziecięce porażenie mózgowe
- Inne zaburzenia układu nerwowego

Rehabilitacja osób z zaburzeniami słuchu i mowy finansowana przez ZOW NFZ w 2009 r. realizowana była przez **2 podmioty** niepubliczne zlokalizowane w Szczecinie i Koszalinie. Rehabilitacją objęto **210 pacjentów**.

Średni czas świadczenia rehabilitacji słuchu i mowy wynosił **24 dni**.

Tab. 34. Realizacja świadczeń w zakresie rehabilitacji słuchu i mowy w 2009 r.

Miejsce udzielania świadczeń	Zakontraktowana liczba punktów	Zrealizowana liczba punktów
Koszalin	60 480	62 200
Szczecin	260 850	261 840
Razem	321 330	324 040

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Rehabilitacja słuchu i mowy stanowi najmniejszą część świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej finansowanej przez ZOW NFZ. W 2009 r. **wykonano 324 040 punktów** świadczeń rehabilitacyjnych, o 2 710 więcej od liczby wstępnie zakontraktowanej.

Przyczynami korzystania z rehabilitacji słuchu i mowy były:

- Ubytek słuchu nieokreślony
- Głuchota przewodzeniowa i czuciowo-nerwowa

W 2009 r. w województwie zachodniopomorskim, według informacji statystycznych, zatrudnionych było **92 lekarzy specjalistów w zakresie rehabilitacji medycznej i ruchowej oraz fizjoterapii**, w tym:

- 45 specjalistów w zakresie rehabilitacji medycznej
- 31 specjalistów w zakresie rehabilitacji ruchowej
- 16 specjalistów w zakresie fizjoterapii

Tab. 35. Zatrudnienie wybranego personelu medycznego w 2009 r.
- według głównego miejsca pracy i powiatów

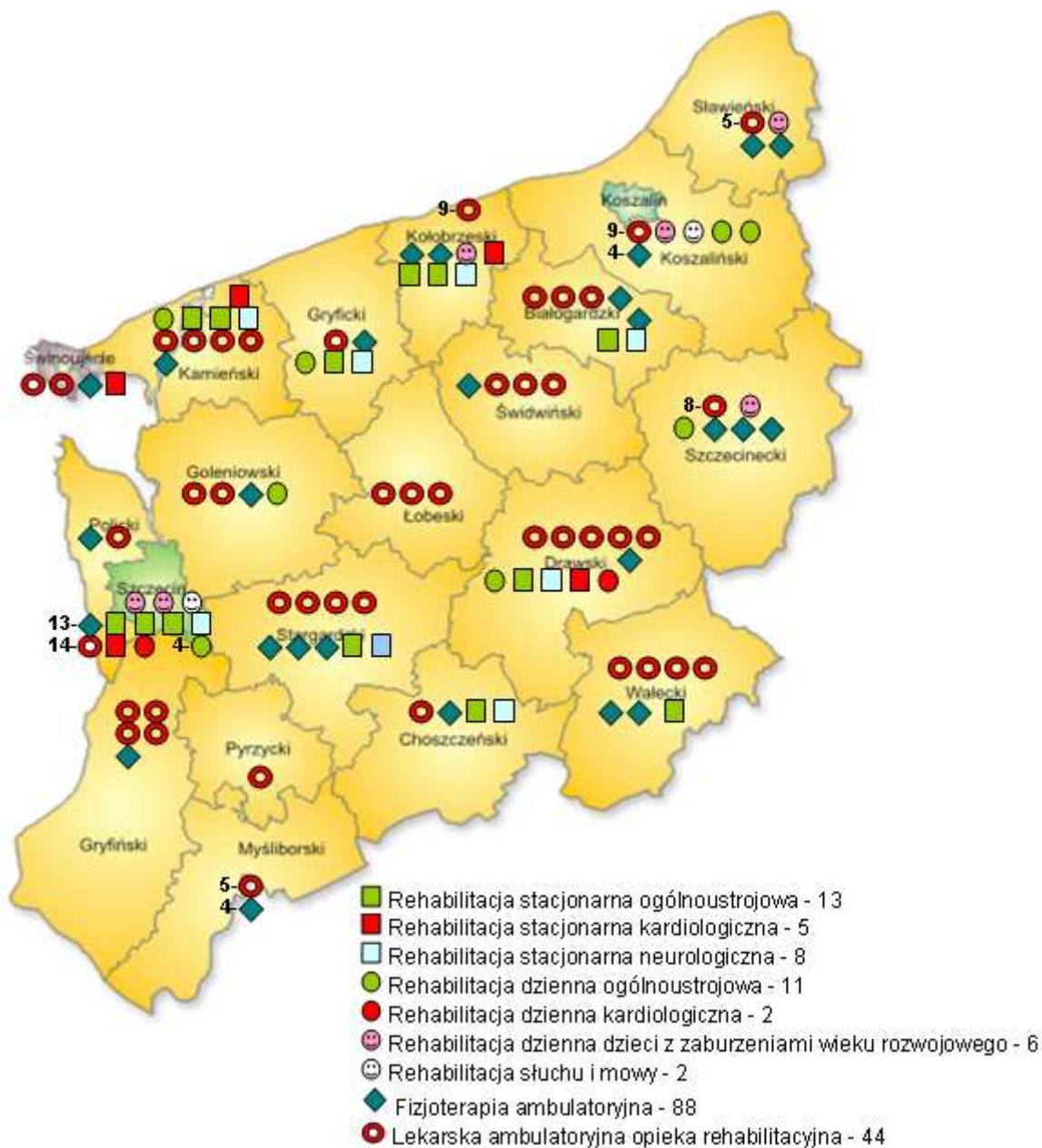
Powiaty	Rehabilitanci z wyższym wykształceniem	Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem	Technicy fizjoterapii	Technicy masażysty	Instruktorzy terapii zajęciowej
Miasto Koszalin	1	10	34	3	4
Miasto Szczecin	37	32	107	23	32
Miasto Świnoujście	5	5	50	24	2
Białogard	1	9	37	8	2
Choszczno	5	6	18	6	
Drawsko Pomorskie		1	3		
Goleniów	5	5	5		1
Gryfice	4	4	24	1	1
Gryfino	5	2	14	3	2
Kamień Pomorski	10	4	33	1	1
Kołobrzeg	28	37	126	37	4
Koszalin	2		17	3	
Łobez					
Myślibórz	5	2	14	2	2
Police	1	2	3		
Pyrzyce		1	6		
Sławno	11	18	25	2	
Stargard Szczeciński	4	3	24	5	1
Szczecinek	7	12	13	1	2
Świdwin	7	8	38	11	
Wałcz	4	5	7		2
Województwo	142	166	598	130	56

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki,
wg sprawozdania statystycznego MZ-88

Wśród innych zawodów medycznych mających kluczowe znaczenie w rehabilitacji leczniczej zatrudnionych było:

- **598 techników fizjoterapii,**
- **166 fizjoterapeutów z wyższym wykształceniem,**
- **142 rehabilitantów z wyższym wykształceniem,**
- **130 techników masażystów,**
- **56 terapeutów zajęciowych.**

Mapa 2. Rozmieszczenie jednostek udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w Województwie Zachodniopomorskim w 2009 r. finansowanych przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

2. Cele i kierunki rozwoju rehabilitacji leczniczej

2.1. Potrzeby zdrowotne w zakresie rehabilitacji leczniczej

Rehabilitacja lecznicza powinna być zapewniona wszystkim potrzebującym, zarówno dorosłym, jak i dzieciom, pacjentom po urazach, leczeniu inwazyjnym jak i pacjentom przewlekle chorym, trwale niepełnosprawnym oraz z chorobą nowotworową. Właściwie realizowana rehabilitacja połączona z kompleksowym leczeniem optymalizuje proces leczenia, skraca okres powrotu do zdrowia, zmniejsza ryzyko powrotu choroby oraz przyczynia się do poprawy jakości życia. Prawidłowo prowadzony i wcześniej rozpoczęty proces rehabilitacji przynosi większe efekty.

Ze względu na zwiększającą się liczbę wielu chorób powodujących niepełnosprawność, rośnie zapotrzebowanie na leczenie rehabilitacyjne. Wzrost chorób naczyniowych, w tym neurologicznych i kardiologicznych, chorób zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego, wzrost liczby wypadków komunikacyjnych wymaga zapewnienia wczesnej rehabilitacji po leczeniu w oddziałach wysokospecjalistycznych, takich m.in. jak neurochirurgia, neurologia, chirurgia urazowo-ortopedyczna, kardiochirurgia, kardiologia i onkologia. Powinno powstać więcej placówek rehabilitacji specjalizujących się w poszczególnych dziedzinach, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej. W województwie brakuje rehabilitacji pulmonologicznej dla pacjentów z zaburzeniami funkcjonowania układu oddechowego.

Zauważa się potrzeby w zakresie rehabilitacji osób leczonych onkologicznie. Pacjenci z chorobą nowotworową powinni mieć również zapewnioną rehabilitację, która pomagałaby zmniejszyć następstwa związane z upośledzeniem sprawności i stopień nasilania się powikłań w wyniku leczenia onkologicznego. Obecnie dostępność do rehabilitacji onkologicznej jest niewielka. Należałoby dążyć do tworzenia centrów rehabilitacji onkologicznej przy ośrodkach leczenia nowotworów. W Województwie Zachodniopomorskim, mimo zwiększenia liczby łóżek szpitalnych w stacjonarnym leczeniu rehabilitacyjnym i poszerzeniu dostępu do rehabilitacji ambulatoryjnej, nadal odczuwana jest niewystarczająca dostępność do rehabilitacji leczniczej. Rozmieszczenie jednostek, udzielających świadczeń w tym zakresie, jest nierównomierne, a niektóre z nich nadal nie spełniają wymogów Konsultanta Krajowego w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, a nawet wymogów określonych w ustawach „koszykowych”.

Tab. 36. Liczba łóżek w oddziałach rehabilitacyjnych w Województwie Zachodniopomorskim w 2000 r. i 2009 r. oraz planowana do osiągnięcia w 2015 r.

Rok	Liczba łóżek	Wskaźnik/10 tys. ludności
2000	356	2,1
2009	582	3,4
2015	708	4,2

Źródło: Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego oraz dane statystyczne Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego

Rehabilitacja lecznicza dla dzieci w Województwie Zachodniopomorskim jest zabezpieczona w stopniu niewystarczającym. Podstawowym ośrodkiem jest oddział rehabilitacyjny dla dzieci w Stargardzie Szczecińskim. Poza tym w mniejszym zakresie rehabilitację dzieci prowadzą inne nieliczne szpitale i stowarzyszenia skupiające dzieci niepełnosprawne. Istnieje potrzeba uporządkowania i równomiernego rozmieszczenia na terenie województwa jednostek rehabilitacji leczniczej dla dzieci.

Rehabilitacja lecznicza powinna być rozpoczynana u pacjenta jak najwcześniej po leczeniu zasadniczym, w okresie odczuwania dolegliwości. Czas oczekiwania na świadczenie powinien być maksymalnie skrócony i nie przekraczać 2 miesięcy. Aby zapewnić lepszą dostępność do rehabilitacji, należałoby zadbać o dalszy rozwój rehabilitacji dziennej i domowej w różnych zakresach i specjalnościach rehabilitacyjnych. Czas leczenia rehabilitacyjnego powinien być elastyczny, dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjenta, związanych z rodzajem schorzenia i jego zaawansowaniem. Ograniczenie czasu trwania rehabilitacji, obecnie obowiązujące do 3 tygodni (według „koszyka” świadczeń gwarantowanych), może spowodować dla niektórych ciężko chorych pacjentów, utratę uzyskania końcowego maksymalnego efektu rehabilitacji i niepełną skuteczność 3-tygodniowego zaangażowania specjalistów i sprzętu medycznego. Ze względu na czasową lub stałą niepełnosprawność, ośrodki rehabilitacji dziennej winny być rozmieszczone w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta, aby zmniejszyć problem dotarcia na zabiegi. Nie zawsze jest to możliwe z powodu wyspecjalizowanego zakresu rehabilitacji danej jednostki.

Ze względu na wciąż ograniczone finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym również odczuwane w rehabilitacji, ważnym jest poszukiwanie oszczędności w wydatkowaniu środków finansowych NFZ, m.in. w racjonalizacji zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny. Z obserwacji specjalistów wynika, iż część pobranego, dość drogiego sprzętu nie jest używana przez pacjentów. Wymagana jest lepsza weryfikacja wniosków na wydanie sprzętu ortopedycznego.

Wskazana i potrzebna jest współpraca pomiędzy funkcjonującymi placówkami rehabilitacyjnymi w zakresie wymiany doświadczeń merytorycznych i organizacyjnych w celu wypracowania optymalnych kierunków dalszego rozwoju rehabilitacji leczniczej w regionie.

2.2. Cele operacyjne w zakresie rehabilitacji leczniczej

- 1) Zwiększenie dostępności do rehabilitacji leczniczej.**
- 2) Dążenie do zapewnienia wysokiej jakości leczenia rehabilitacyjnego.**

2.3. Kierunki rozwoju w zakresie rehabilitacji leczniczej

- 1) Zwiększenie zasobów stacjonarnej rehabilitacji leczniczej.
- 2) Zapewnienie wczesnej rehabilitacji, bezpośrednio po leczeniu wysokospecjalistycznym.
- 3) Dbanie o wyposażenie w nowoczesną i bezpieczną aparaturę fizjoterapeutyczną i sprzęt rehabilitacyjny.
- 4) Skrócenie czasu oczekiwania na wczesną rehabilitację leczniczą.
- 5) Utrzymanie ciągłości podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego.
- 6) Rozwijanie systemu przepływu informacji i konsultacji poprzez rozbudowę sieci teleinformatycznych.

2.4. Zadania szczegółowe w zakresie rehabilitacji leczniczej

Zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej do realizacji w najbliższych latach w Województwie Zachodniopomorskim wyznaczają najważniejsze działania, które powinny być podjęte w dążeniu do osiągnięcia zamierzonych celów operacyjnych i wyznaczonych kierunków rozwoju. Rehabilitacja wymaga rozwinięcia we wszystkich jej formach funkcjonowania.

2.4.1. Rehabilitacja stacjonarna

- 1) Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach rehabilitacyjnych, celem osiągnięcia wskaźnika 4,2 na 10 tys. mieszkańców.
- 2) Wzmocnienie funkcjonowania dużych specjalistycznych ośrodków rehabilitacyjnych.
- 3) Zwiększenie liczby łóżek rehabilitacyjnych w Szczecinie, do co najmniej 100.
- 4) Wyodrębnienie pododdziałów/ośrodków wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, urazowej i neurologicznej z możliwością uzyskiwania bieżącej konsultacji specjalistów w zakresie wymienionych specjalności podczas prowadzonej rehabilitacji.
- 5) Zintegrowanie współpracy oddziałów szpitalnych specjalistycznych z ośrodkami rehabilitacyjnymi o tym samym profilu w zakresie kontynuacji leczenia pacjenta.

- 6) Dążenie do rozwoju i zapewnienia stabilnego funkcjonowania oddziałów rehabilitacyjnych dla dzieci.
- 7) Rozszerzenie procedur w rehabilitacji onkologicznej o kolejne grupy schorzeń onkologicznych.
- 8) Rozwijanie rehabilitacji onkologicznej przy ośrodkach onkologii w Szczecinie i Koszalinie.
- 9) Utworzenie rehabilitacji pulmonologicznej zgodnie z możliwościami świadczeń gwarantowanych.
- 10) Skrócenie czasu oczekiwania do rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, poprzez kwalifikowanie do rehabilitacji szpitalnej wyłącznie tych pacjentów, którzy nie mogą być leczeni ambulatoryjnie.
- 11) Stworzenie kategorii wyższego finansowania procedur rehabilitacji leczniczej dla pacjentów bardzo ciężko chorych.
- 12) Odstąpienie od ograniczonego czasookresu najkrótszego leczenia do 3 tygodni.
- 13) Tworzenie gabinetów leczenia fizykalnego przy gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.
- 14) Uszczelnienie ewidencjonowania usług leczenia rehabilitacyjnego.
- 15) Zapewnienie prawidłowych warunków lokalowych i wyposażenia w nowoczesny sprzęt rehabilitacyjny przez organy tworzące szpitale i jednostek opieki ambulatoryjnej.
- 16) Zadbanie o właściwą liczbę i kwalifikacje personelu medycznego.

2.4.2. Rehabilitacja ambulatoryjna

- 1) Utworzenie co najmniej jednej pełnoprofilowej placówki rehabilitacyjnej z pełnym zakresem zabiegów fizjoterapeutycznych w każdym mieście powiatowym.
- 2) Rozważenie możliwości tworzenia zespołów wyjazdowych z odpowiednim wyposażeniem w środki transportu i sprzęt do wykonywania rehabilitacji w warunkach domowych.
- 3) Wprowadzenie systemu edukacji zdrowotnej w zakresie rehabilitacji dla rodzin i pacjentów na temat utrzymania uzyskanej sprawności ruchowej i samoobsługi, kontynuowania samodzielnej rehabilitacji, doboru sprzętu ortopedycznego, przystosowania miejsca zamieszkania do potrzeb pacjenta.

- 4) Stworzenie możliwości wykonywania przez fizjoterapeutów na zlecenie lekarza prostych ćwiczeń i zabiegów przeciwbólowych, rozluźniających.
- 5) Przestrzeganie wymogu kwalifikowania, wyłącznie przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji, balneologii, reumatologii, ortopedii i neurologii do kinezyterapii i zabiegów fizykoterapeutycznych, które mogą powodować powikłania, takich jak: laser, magnetoterapia, diatermia, ultradźwięki.
- 6) Poprawienie nadzoru nad racjonalnym wykorzystaniem zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny.
- 7) Zapewnienie zatrudnienia wykwalifikowanej kadry medycznej.

2.4.3. Rehabilitacja w trybie dziennym

- 1) Utrzymanie miejsc w oddziałach/ośrodkach dziennej rehabilitacji dla pacjentów, których stan zdrowia pozwala na samodzielne dotarcie do zakładu opieki zdrowotnej.
- 2) Tworzenie miejsc dziennej rehabilitacji onkologicznej w Szczecinie i Koszalinie.
- 3) Rozwijanie rehabilitacji kardiologicznej w trybie dziennym w placówkach posiadających oddziały kardiologii inwazyjnej i kardiochirurgii.

V. PODSUMOWANIE

Opracowanie „*Kierunki rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015*” jest zbiorem informacji o stanie zasobów opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej. przeprowadzone analizy danych statystycznych i informacji o poziomie kontraktowania świadczeń zdrowotnych w przedmiotowych obszarach wykazały stan zabezpieczenia i stopień dostępności do opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej.

Rozmieszczenie podmiotów udzielających opieki długoterminowej na terenie Województwa Zachodniopomorskiego jest nierównomierne a posiadana baza jest niewystarczająca. Niedobór zasobów zarówno stacjonarnej jak i domowej opieki długoterminowej jest znaczny. Długi pobyt pacjenta w zakładzie opiekuńczym oraz mała rotacja pacjentów powoduje wydłużanie się kolejek oczekujących na przyjęcie. Ponadto przewiduje się wzrost zapotrzebowania w tym zakresie wynikający z postępującego procesu starzenia się społeczeństwa i zwiększenia liczby osób przewlekle chorych. Wyrównanie deficytu opieki długoterminowej w poszczególnych powiatach jest ważnym zadaniem na przyszłość. Opieka długoterminowa powinna być rozwijana zarówno w formie zakładów stacjonarnych jak i opieki pielęgnacyjnej w warunkach domowych. Przy tym konieczna jest ścisła współpraca jednostek opieki zdrowotnej ze strukturami pomocy społecznej.

Rehabilitacja lecznicza w Województwie Zachodniopomorskim jest rozwinięta w stopniu dostatecznym. Trzy duże ośrodki rehabilitacji stacjonarnej nie zapewniają wystarczającej dostępności do świadczeń. Zbyt długi czas oczekiwania na rehabilitację ogranicza w wielu przypadkach realizację wczesnej rehabilitacji bezpośrednio po zasadniczym leczeniu zgodnie ze zaleceniami lekarskimi. W przyszłości należy zadbać o wzmocnienie głównych jednostek rehabilitacyjnych oraz znacznie rozbudować stacjonarną rehabilitację w Szczecinie. Ze szczególną uwagą należy potraktować rozwijanie rehabilitacji neurologicznej oraz kardiologicznej oraz zapewnić dostęp do odpowiedniej rehabilitacji pacjentom z chorobami nowotworowymi.

Działania w tym zakresie powinny być inicjowane przez władze samorządowe oraz motywowane odpowiednim sposobem kontraktowania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Realizacja zadań ujętych w niniejszym dokumencie w związku z tym, iż jest uzupełnieniem „*Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego*”, będzie cyklicznie oceniana i monitorowana, tak jak ustalono w Strategii, co dwa lata.

Projekt „*Kierunki rozwoju opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej w Województwie Zachodniopomorskim na lata 2010-2015*” udostępniono do konsultacji społecznych. Poproszono o opinię Starostów Powiatowych i samorządy zawodowe lekarzy i pielęgniarek.

VI. ZAŁĄCZNIKI:

1. Wykaz podmiotów wśród, których przeprowadzono konsultacji społeczne

- 1) Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
- 2) Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
- 3) Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
- 4) Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie
- 5) Prezydent Miasta Szczecina
- 6) Prezydent Miasta Koszalina
- 7) Prezydent Miasta Świnoujście
- 8) Starosta Powiatu Białogardzkiego
- 9) Starosta Powiatu Choszczeńskiego
- 10) Starosta Powiatu Drawskiego
- 11) Starosta Powiatu Goleniowskiego
- 12) Starosta Powiatu Gryfickiego
- 13) Starosta Powiatu Gryfińskiego
- 14) Starosta Powiatu Kamieńskiego
- 15) Starosta Powiatu Koszalińskiego
- 16) Starosta Powiatu Kołobrzeskiego
- 17) Starosta Powiatu Łobeskiego
- 18) Starosta Powiatu Myśliborskiego
- 19) Starosta Powiatu Pyrzyckiego
- 20) Starosta Powiatu Polickiego
- 21) Starosta Powiatu Sławieńskiego
- 22) Starosta Powiatu Stargardzkiego
- 23) Starosta Powiatu Szczecineckiego
- 24) Starosta Powiatu Świdwińskiego
- 25) Starosta Powiatu Wałeckiego

2. Publikacje i dokumenty wykorzystane przy opracowaniu:

1. Zdrowie 21 - Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa; Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków; 2001 r.
2. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013; Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, czerwiec 2005 r.
3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015; Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
4. Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013; Minister Zdrowia, Warszawa, 2003 r.
5. Informator statystyczny w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2000 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia. Szczecin, 2001 r.
6. Informator statystyczny w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2008 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia. Szczecin, 2009 r.
7. Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2009 r.
8. Rocznik demograficzny. GUS, Warszawa, 2009 r.
9. Podstawowe tendencje w rozwoju demograficznym województwa zachodniopomorskiego wraz z nową prognozą ludności na lata 2003-2030. Urząd Statystyczny w Szczecinie, 2004 r.
10. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r. GUS. Warszawa, 2007 r.
11. Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2008 r.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137 poz. 1126).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140 poz. 1145).
14. 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. Nr 140 poz. 1147).
15. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Vademecum 2010. Narodowy Fundusz Zdrowia. Warszawa 2010 r.