

# Opieka Zdrowotna w Domu i w Szpitalu

## Sytuacja w Polsce





517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

## Opieka zdrowotna w Domu i w Szpitalu Sytuacja w Polsce

Jacek Kabziński, dr n. med.  
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi  
Łódź, Polska  
[jkabzinski@ahelodz.pl](mailto:jkabzinski@ahelodz.pl)

### Streszczenie

*System opieki zdrowotnej w Polsce opiera się na systemie ubezpieczeniowym. Oznacza to powszechną dostępność, ale i trudności z zapewnieniem odpowiedniego finansowania. W artykule przedstawiono podstawy organizacji opieki zdrowotnej w Polsce, wyszczególniono akty prawne regulujące tę kwestię oraz opisano główne podmioty tworzące system. Przedstawione zostały organy odpowiedzialne za kształtowanie systemu opieki, zarówno na szczeblu krajowym jak i samorządowym. Szczególną uwagę poświęcono zdrowotnej opiece domowej, a zwłaszcza jej realizowaniu na dwóch polach – podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki paliatywno – hospicyjnej. Przedstawiona została szczegółowa organizacja tych dwóch gałęzi systemu opieki, dokonano analizy stanu kadr medycznych, dostępności do leczenia oraz przedstawiono system kształcenia specjalistów z tych dziedzin. Dokonano porównania dostępności do leczenia w Polsce oraz w Unii Europejskiej wykorzystując dane o ilości aktywnych zawodowo kadr medycznych. Osobno przedstawione zostały dane dla lekarzy, pielęgniarek i położnych zaangażowanych w zdrowotną opiekę domową, co pozwoliło na dokonanie indywidualnej analizy dla każdej z tych grup zawodowych. Przedstawiona została polityka zdrowotna kraju i jej realizacja mająca na celu polepszenie sytuacji opieki zdrowotnej w Polsce oraz strategie wdrażane na poziomie lokalnym. Zidentyfikowano również przykłady dobrych praktyk jako wzory do wdrażania w systemie.*



Lifelong  
Learning  
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

## 1. Wstęp do systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, a konkretnie jej artykuł 68 stanowi, iż każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia [1]. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Polski system opieki zdrowotnej oparty jest na modelu ubezpieczeniowym (obowiązkowe ubezpieczenie powszechne), a w jego skład wchodzi zespół osób i instytucji mający za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną ludności.

### 1.1. System opieki zdrowotnej w Polsce

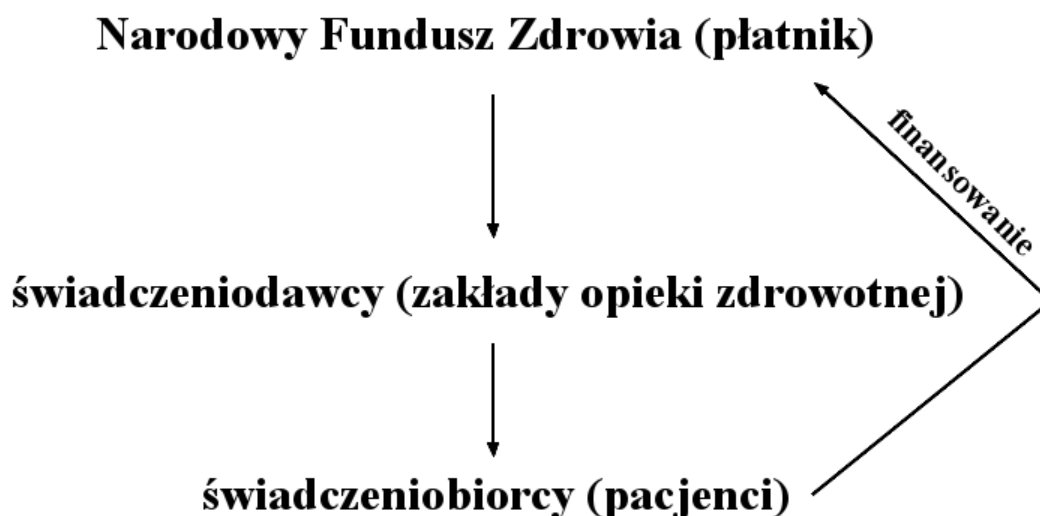
System opieki zdrowotnej w Polsce regulowany jest przez szereg różnych ustaw oraz rozporządzeń. Wprowadza to w pewnym stopniu trudności pod względem prawnym ze względu na brak jednej ustawy definiującej wszystkie aspekty opieki zdrowotnej. W tabeli 1 przedstawiono główne akty prawne na których opiera się opieka zdrowotna w Polsce.

Tabela 1. Akty prawne regulujące system opieki zdrowotnej w Polsce.

Nazwa ustawy	Podstawa prawna
Ustawa o działalności leczniczej	Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654
Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135
Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417
Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym	Dz. U. z 2005 r. Nr 167, poz. 1399
Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry	Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857
Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej	Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217
Ustawa Prawo farmaceutyczne	Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271
Ustawa wprowadzająca ustawę – Prawo farmaceutyczne	Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1382

System opieki zdrowotnej w Polsce koncentruje się na dostarczaniu świadczeń medycznych obywatelom. Cel ten realizowany jest poprzez zapewnienie opieki zdrowotnej pacjentom (świadczeniobiorcom) przez zakłady opieki zdrowotnej (świadczeniodawców) przy udziale Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). NFZ pełni w systemie rolę płatnika, kontraktując z zakładami opieki zdrowotnej usługi medyczne świadczone dla pacjentów oraz refundując leki. NFZ finansowany jest z środków publicznych, a konkretnie z środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego. Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia wyniósł w 2008 roku prawie 49 miliardów złotych (ok. 10 miliardów euro) [2]. Rolę świadczeniodawców w systemie pełnią przede wszystkim samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ) czyli szpitale, przychodnie, poradnie, ale również instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne czy pielęgniarskie i położnicze oraz apteki. Uproszczony schemat działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce przedstawiono na rycinie 1.

Podstawą systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest lekarz rodzinny funkcjonujący w strukturze zwanej Podstawową Opieką Zdrowotną (POZ) i współpracujący z pielęgniarką środowiskową oraz położną. Odpowiedzialny jest on za leczenie oraz prowadzenie profilaktyki zdrowotnej zapisanych do niego pacjentów. W przypadku, gdy choroba pacjenta wymaga leczenia specjalistycznego, lekarz POZ wydaje skierowanie do poradni specjalistycznej lub szpitala. Zasadniczym celem POZ jest utrzymywanie pacjentów w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej, a także leczenie najczęstszych schorzeń.



Rycina 1. Schemat systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Medycyna rodzinna wymaga interdyscyplinarnego podejścia do pacjenta, niemniej praktycznie najbardziej jest zbliżona do interny i pediatrii, dlatego często rolę lekarza POZ pełni nie specjalista medycyny rodzinnej, ale zespół złożony z internisty i pediatry. Zespół podstawowej opieki zdrowotnej składający się z lekarza rodzinnego oraz pielęgniarki i położonej ściśle współpracuje podczas pełnienia swojej roli z pracownikami opieki społecznej oraz zespołami opieki paliatywnej.

## 1.2. Zdrowotna opieka domowa

Zdrowotna opieka domowa realizowana jest w Polsce przede wszystkim przez struktury Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jednak szerokie spektrum potrzeb pacjentów powoduje, iż często POZ nie jest w stanie sprostać zapotrzebowaniu na bardziej wyspecjalizowane usługi w związku z czym w system zdrowotnej opieki domowej włączane są inne instytucje. Ich wyszczególnienie zawarte zostało w tabeli 2.

Tabela 2. Główne podmioty zdrowotnej opieki domowej w Polsce.

Podmiot	Realizacja opieki
Podstawowa Opieka Zdrowotna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarz rodzinny</li> <li>• Pielęgniarka</li> <li>• Położna</li> <li>• Rehabilitant</li> </ul>
Hospicjum domowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarz</li> <li>• Pielęgniarka</li> <li>• Fizjoterapeuta</li> <li>• Psycholog</li> </ul>
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opiekunka</li> </ul>
Inne organizacje w tym fundacje i wolontariaty	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wolontariusze bez wykształcenia medycznego</li> </ul>

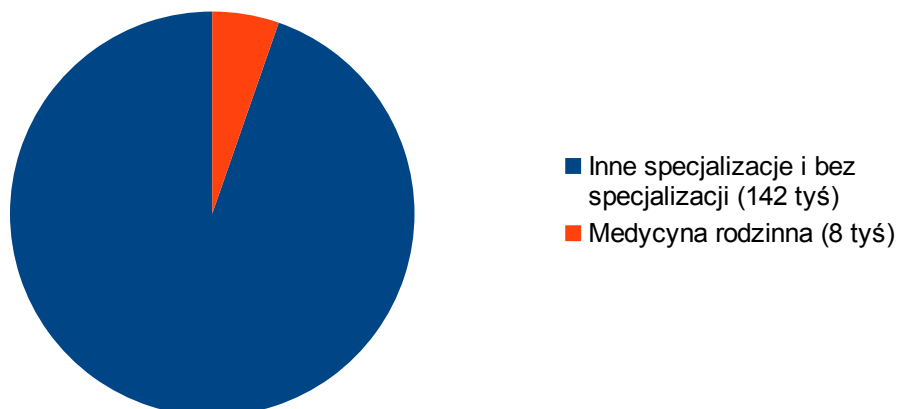
## 2. Główne trendy w opiece zdrowotnej w Polsce

W zależności od zapotrzebowania pacjentów system opieki domowej w Polsce oferuje szerokie spektrum usług. Jak wspomniano wcześniej najbardziej rozpowszechniona jest podstawowa opieka zdrowotna, w której kluczową rolę pełni pielęgniarka najczęściej odwiedzająca chorego oraz lekarz. W przypadku gdy sytuacja wymaga opieki innej niż podstawowa wizyta domowa lekarza kończy się skierowaniem na badania do przychodni specjalistycznej, skierowaniem na leczenie szpitalne bądź natychmiastowym transportem chorego do szpitala. Drugą najczęstszą formą zdrowotnej opieki domowej są hospicja domowe oferujące opiekę nad osobami przewlekle chorymi, bardzo często w stanie terminalnym. Znaczącą większość pacjentów korzystających z usług hospicjum domowego stanowią osoby z zaawansowanym nowotworem złośliwym. W odróżnieniu od hospicjum stacjonarnego w hospicjum domowym opieka nad pacjentem odbywa się w jego środowisku domowym. Należy wyróżnić, iż w Polsce hospicja domowe wyspecjalizowały się w dwie grupy opiekujące się albo osobami starszymi albo dziećmi. W powszechnej opinii hospicja domowe dla dzieci są najlepiej rozwiniętą formą zdrowotnej opieki domowej w Polsce. Poza POZ oraz hospicjami domowymi w skład systemu wchodzi również Pomoc Społeczna oferująca usługi opiekunek świadczących pomoc w znacznie mniejszym zakresie niż pielęgniarki, ukierunkowaną znacznie bardziej na wsparcie społeczne niż medyczne, oraz cały szereg fundacji, wolontariatów i innych organizacji oferujących pomoc wolontariuszy bez wykształcenia medycznego.

Podkreślić należy, iż wszystkie formy zdrowotnej opieki domowej w Polsce, a zwłaszcza dwie podstawowe czyli POZ i hospicja domowe funkcjonują zarówno w zakresie państwowym, finansowane z środków publicznych (NFZ) jak i w systemie prywatnym, finansowane z środków prywatnych (prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych lub opłat bezpośrednich). Koszty usług w sektorze prywatnym są bardzo zróżnicowane i wahają się w szerokim spektrum w zależności od wachlarza oferowanych usług.

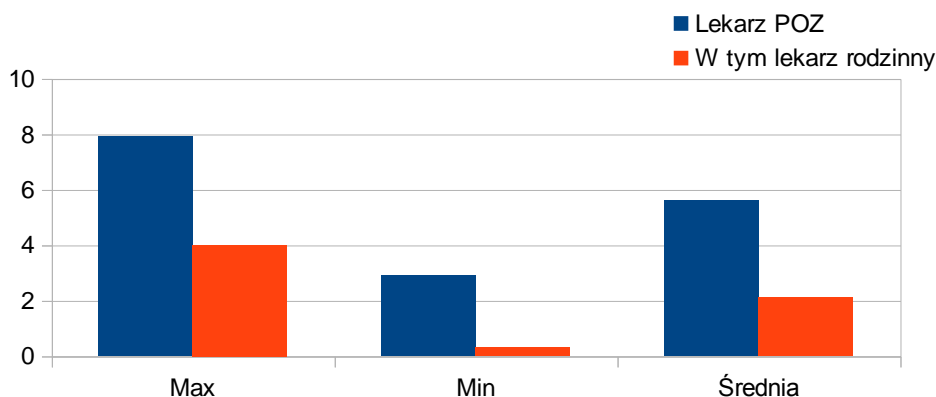
### 2.1 Zdrowotna opieka domowa - POZ

W strukturze podstawowej opieki zdrowotnej świadczącej usługi zdrowotnej opieki domowej kluczową funkcję pełni lekarz rodzinny oraz pielęgniarka środowiskowa. Lekarz pracujący w POZ aby zostać lekarzem rodzinnym zgodnie z systemem kształcenia podyplomowego odbywa specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej trwającą około 5 lat. W Polsce obecnie praktykuje około 150000 lekarzy w tym ponad 8000 specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej, jest to jedna z najliczniejszych specjalizacji (rycina 2).



Rycina 2. Liczebność lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej w Polsce.

Każdy z pacjentów zapisany do swojej przychodni rejonowej ustalanej na podstawie miejsca zamieszkania wybiera lekarza podstawowej opieki zdrowotnej który się nim opiekuje. Lekarz taki oprócz usług stacjonarnych (w przychodni) udziela również pomocy w zakresie zdrowotnej opieki domowej. Dostępność lekarzy rodzinnych w Polsce ogólnie oceniana jest jako zadowalająca, należy jednak zwrócić uwagę, iż waha się ona w bardzo szerokim zakresie w zależności od regionu. Przykład województwa zachodniopomorskiego (rycina 3) pokazuje, iż na 10000 pacjentów przypadać może od 3 do 8 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (średnia 5,6) w tym od jedynie 0,3 do 4 (średnia 2,1) lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej [5].

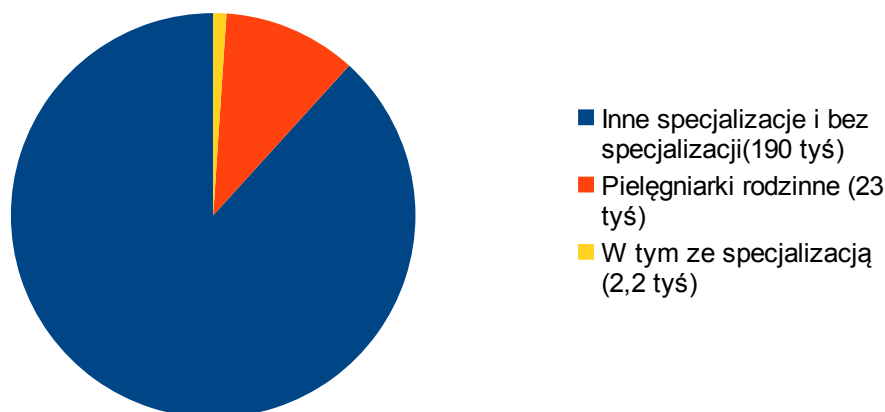


Rycina 3. Liczba lekarzy POZ i lekarzy rodzinnych przypadających na 10000 mieszkańców w zależności od powiatu na przykładzie województwa zachodniopomorskiego [5].

Przyczyn tak dużej fluktuacji w dostępie do lekarzy rodzinnych upatrywać należy w miejscu prowadzenia przez nich praktyki – zdecydowana większość decyduje się na pracę w ośrodkach miejskich podczas gdy częstym standardem na wsi jest jeden lekarz rodzinny opiekujący się całą wsią. Specjalizacja z zakresu medycyny rodzinnej trwa średnio około 5 lat i w środowisku lekarskim postrzegana jest jako pożądany wybór ścieżki rozwoju zawodowego, co skutkuje dosyć wysokim odsetkiem lekarzy decydujących się specjalizować się w tej dziedzinie. Według zarządzeń NFZ jeden lekarz POZ może mieć pod swoją opieką nie więcej niż 2750 osób. Mediana zarobków deklarowanych przez specjalistów medycyny rodzinnej wynosi 5600 zł (ok. 1300 euro), należy jednak podkreślić iż często lekarze ci zatrudnieni są na więcej niż jednym etacie uzyskując miesięczne przychody przekraczające 8000 zł (około 1800 euro), przekroczenie tej kwoty deklaruje około 20% lekarzy [6]. Dla porównania średnie zarobki w Polsce wynoszą 3719 zł czyli około 830 euro (według stanu na kwiecień 2012) [7].

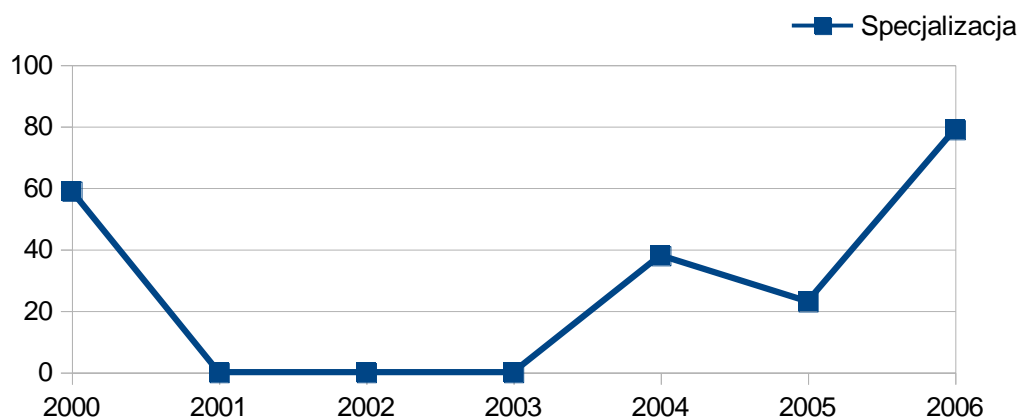
Kolejnym podstawowym ogniwem POZ obok lekarza rodzinnego jest pielęgniarka rodzinna, zwana również pielęgniarką środowiskową. Tak jak i w przypadku lekarza POZ który nie musi mieć specjalizacji rodzinnej, pielęgniarka może pracować w POZ bez specjalizacji lub też kształcić się podyplomowo w zakresie medycyny rodzinnej. W zawodzie pielęgniarki wyróżniamy jeszcze tak zwane kursy kwalifikacyjne, również z zakresu medycyny rodzinnej. Różnica pomiędzy specjalizacją a kursem kwalifikacyjnym opiera się na liczbie godzin szkolenia i czasie jego trwania – kurs kwalifikacyjny trwa od 3 do 6 miesięcy, specjalizacja około 1,5 do 2 lat. W przeciwieństwie do lekarzy w grupie zawodowej pielęgniarek znacznie mniej pracowników podejmuje kształcenie podyplomowe, co przejawia się w liczebności specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej – na około 215000 aktywnych zawodowo pielęgniarek jedynie niewiele ponad 2000 posiada specjalizację rodzinną (rycina 4). Podkreślić należy, że zdrowotną opiekę domową w systemie POZ dotyczą te same poważne problemy z kadrą pielęgniarską co całą polską służbę zdrowia. Znaczący brak personelu, bardzo niskie wynagrodzenia oraz relatywnie niski prestiż zawodu powoduje, iż coraz mniej osób decyduje się na wybór zawodu pielęgniarki. Trend ten, w zestawieniu z coraz starszym personelem który niedługo przechodził będzie na emeryturę, grozi załamaniem się rynku usług pielęgniarskich w Polsce w niedalekiej przyszłości z powodu braku aktywnych zawodowo pielęgniarek.



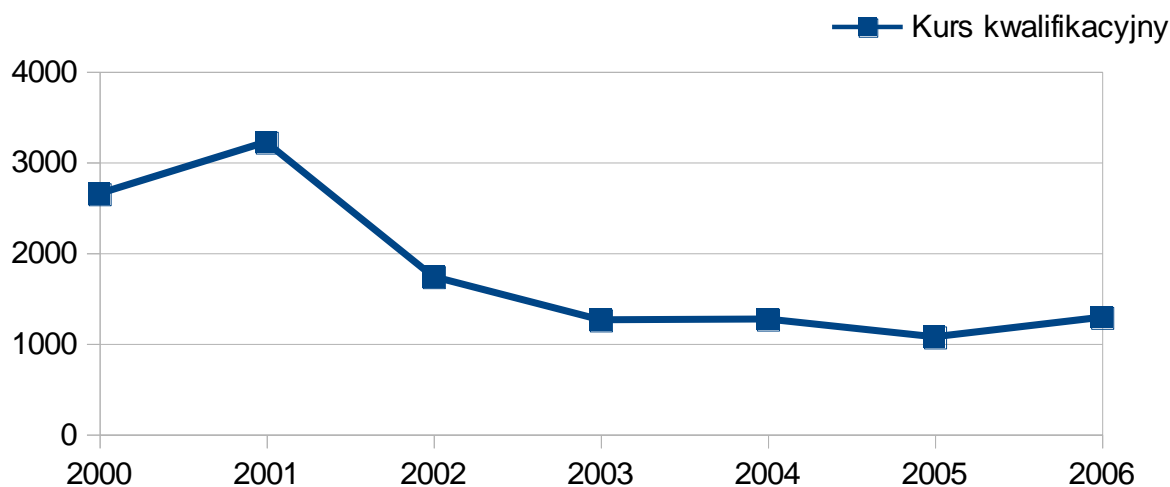


Rycina 4. Liczebność pielęgniarek rodzinnych w Polsce [3, 4].

Powagę sytuacji obrazuje ilość pielęgniarek nieaktywnych zawodowo, czyli osób które pomimo posiadania prawa wykonywania zawodu przekwalifikowały się i zaniechały pracy w zawodzie pielęgniarki. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w 2011 roku na 275652 zarejestrowane w Polsce pielęgniarki [8] jedynie 214349 było aktywnych zawodowo [9] co stanowi 77%. Brak wyraźnych korzyści finansowych oraz znaczącego awansu zawodowego zniechęca również pielęgniarki do kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej. Średnio jedynie około 50 pielęgniarek rocznie kończy specjalizację rodzinną (rycina 5). Jest to wartość dramatycznie niska. Jedną z jej przyczyn jest z pewnością wysoki koszt kształcenia, który przy niewysokich zarobkach jest często poza zasięgiem pielęgniarek. Lepiej wygląda sytuacja w zakresie kursów kwalifikacyjnych z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego, średnio kurs taki kończy około 1500 pielęgniarek rocznie (rycina 6), jest to jednak jedynie system podnoszenia kwalifikacji, a nie zdobywanie specjalizacji. W chwili obecnej na ponad 23000 pielęgniarek zatrudnionych jako pielęgniarki rodzinne jedynie niecałe 10% posiada specjalizację z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego [3, 4].

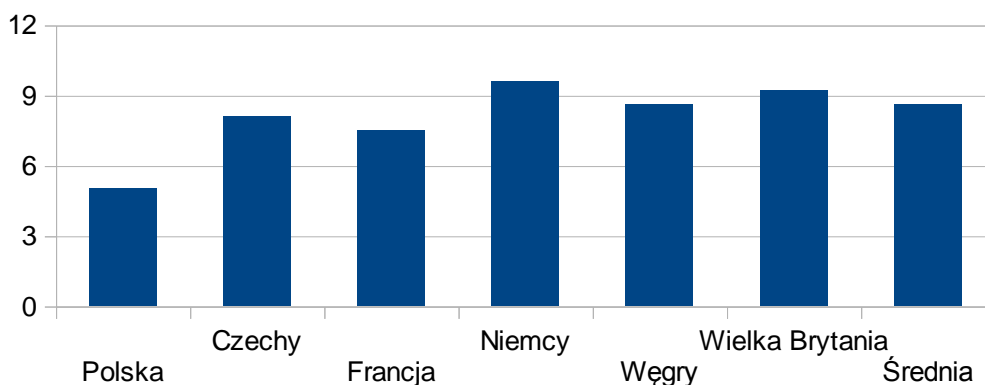


Rycina 5. Liczba pielęgniarek kończących specjalizację rodzinną w latach 2000-2006 [3].



Rycina 6. Liczba pielęgniarek kończących kwalifikacyjny kurs rodzinny w latach 2000-2006 [3].

Dane te są tym bardziej niepokojące, że w systemie domowej opieki zdrowotnej przyjąć należy, iż pielęgniarka pełni kluczową rolę. Pojawia się ona u pacjenta znacznie częściej niż lekarz wykonując zlecone zabiegi pielęgnacyjne często przez długi okres czasu. Długoterminowa opieka w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowana jest w znacznym stopniu przez pielęgniarki środowiskowe, dlatego ich niedobór odbija się na jakości i dostępności usług. Pomimo iż Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego ocenił dostępność do pielęgniarek środowiskowych jako dobrą [3] zwrócić należy uwagę, że Polska posiada jeden z najniższych współczynników liczby pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców w Unii Europejskiej – wynosi on 5 przy średniej wynoszącej 8,6 (rycina 7). Dla porównania w Niemczech współczynnik ten jest prawie dwukrotnie większy niż w Polsce i kształtuje się na poziomie 9,6.



Rycina 7. Średnia liczba pielęgniarek przypadająca na 1000 mieszkańców w krajach UE [4].

W związku z tendencją starzenia się społeczeństwa oraz coraz większych oczekiwań co do jakości i dostępności usług medycznych należy oczekiwać znaczącego wzrostu zapotrzebowania na usługi pielęgniarstwa, w tym na usługi z zakresu pielęgniarstwa wchodzącego w skład zdrowotnej opieki domowej. W związku z tym konieczne są działania mające na celu zwiększenie liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek.



Realizacja zdrowotnej opieki domowej przez pielęgniarki odbywa się na podstawie skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza, który prowadził leczenie w szpitalu. Pacjent obłożnie długotrwale chory wymagający zabiegów pielęgniarskich może być zakwalifikowany do:

- opieki długoterminowej realizowanej w domu
- stacjonarnego zakładu opieki długoterminowej lub
- objęty opieką przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej [10]

Niezbędnym uzupełnieniem powyższych zadań pielęgniarskich są usługi opiekuńcze, do zapewnienia których zobowiązane są rodzina, opiekunowie prawni lub – w razie takiej konieczności - instytucje opieki społecznej. Aby lekarz mógł skierować pielęgniarkę do opieki domowej nad chorym musi zaistnieć konieczność wykonania u chorego przynajmniej jednego z następujących świadczeń:

- kroplowe wlewy dożylnie
- opatrywanie ran, odleżyn lub owrzodzenia troficznego podudzi
- karmienie przez zgłębnik
- karmienie przez przetokę
- pielęgnacja przetoki
- zakładanie i usuwanie cewnika
- płukanie pęcherza moczowego
- pielęgnacja rurki tracheotomijnej

Ocena stanu zdrowia pacjenta zakwalifikowanego do opieki domowej, aktualizowana jest raz w miesiącu. Lekarz, dokonując tej oceny, powinien uwzględnić także czynności życia codziennego, które pacjent może wykonać sam lub z pomocą, albo nie może wykonać ich wcale. Pod uwagę brane są takie kryteria, jak: samodzielność w spożywaniu posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej. Warty podkreślenia jest fakt, że rola pielęgniarki rodzinnej nie ogranicza się jedynie do procesu leczniczego. Działania podejmowane przez pielęgniarki POZ mają również na celu przygotowanie pacjentów w możliwie najkrótszym czasie do samodzielności w chorobie lub niepełnosprawności, jak również edukację rodziny i opiekunów w celu zapewnienia pacjentowi pomocy w realizacji czynności życia codziennego. Wedle przepisów Narodowego Funduszu Zdrowia pielęgniarka, skierowana do opieki domowej, powinna swe czynności wykonywać w dni powszednie od 8.00 do 20.00 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w medycznie uzasadnionych przypadkach. Opieka bezpośrednia nad jednym pacjentem nie może trwać krócej niż 1,5 godziny dziennie, średnio 4 razy w tygodniu. Czas objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową jest uzależniony od stanu zdrowia pacjenta, ale nie może przekraczać 6 miesięcy.

W zdrowotnej opiece domowej realizowanej w ramach POZ działania lekarza oraz pielęgniarki uzupełniają położną środowiskową. Położna środowiskowa/rodzinna to położna zatrudniona w podstawowej opiece zdrowotnej realizująca zadania z zakresu opieki nad rodziną, szczególnie z zakresu opieki położniczo-ginekologicznej i nad dzieckiem. Z uwagi na specyfikę miejsca świadczenia usług położna środowiskowa podejmuje działania z zakresu [11]:

- promocji zdrowia
- profilaktyki chorób
- świadczeń pielęgnacyjnych
- świadczeń leczniczych
- świadczeń diagnostycznych
- świadczeń rehabilitacyjnych

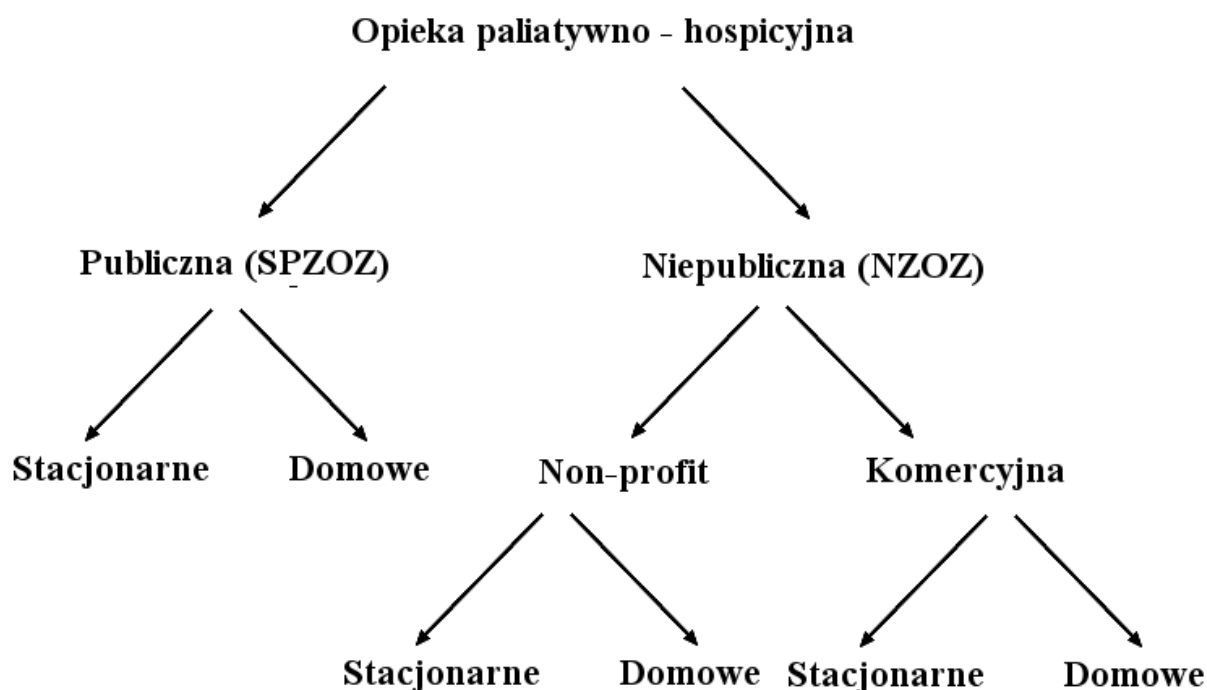
W ramach swoich działań położna realizuje kompleksową opiekę obejmującą:

- opiekę przedkoncepcyjną
- opiekę okołoporodową nad kobietą, noworodkiem i rodziną
- opiekę w schorzeniach ginekologicznych i onkologicznych
- opiekę nad płodem, noworodkiem i niemowlęciem
- opiekę nad kobietą w każdym okresie życia

Podkreślić należy, że wyżej opisane problemy dotyczące środowiska pielęgniarskiego są równie aktualne w przypadku położnych. Znaczące braki w personelu oraz niskie wynagrodzenia powodują, iż często spotkać można się z niedoborem położnych większym nawet niż w przypadku personelu pielęgniarskiego. W Polsce prawo wykonywania zawodu położnej posiada 33841 położnych [8] z czego aktywnych zawodowo jest jedynie 24844 [9] czyli 73%. Wskaźnik odejścia z zawodu jest więc jeszcze większy niż w przypadku pielęgniarek i wynosi 27% wobec 23% dla pielęgniarek.

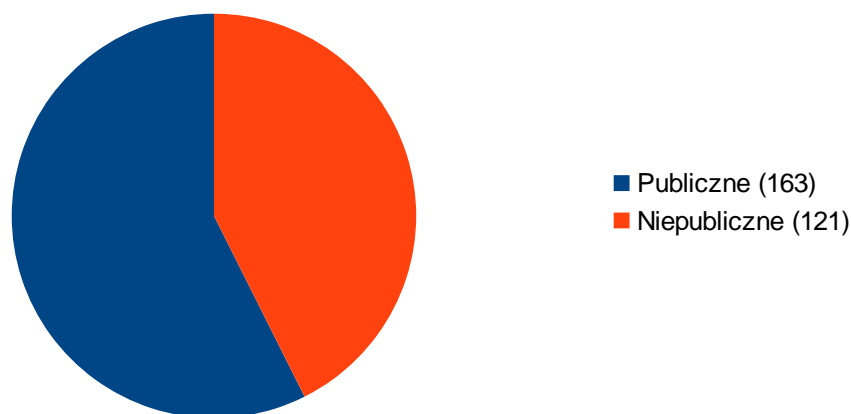
## 2.2 Zdrowotna opieka domowa – hospicja domowe

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka nad świadczeniobiorcami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane mogą być zarówno w formie stacjonarnej, gdzie chory umieszczany jest w placówce opiekuńczej i pozostaje w niej całą dobę, lub też w warunkach domowych przy udziale rodziny. W zdrowotnej opiece hospicyjnej realizowanej w domu udział bierze lekarz i pielęgniarka opieki paliatywnej, którzy ściśle współpracują z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, z pielęgniarką rodzinną oraz w razie potrzeby z położną środowiskową. Strukturę organizacyjną opieki paliatywno – hospicyjnej w Polsce ilustruje rycina 8.



Rycina 8. Organizacja opieki paliatywno – hospicyjnej w Polsce.

System hospicjów domowych i paliatywnej opieki domowej jest jedną z dziedzin w której najmocniej rozwinęła się działalność niepublicznych placówek opieki. Obok publicznych SPZOZ świadczących usługi nieodpłatnie w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia funkcjonuje szereg placówek niepublicznych. Placówki te ze względu na profil finansowy działalności dzielą się na dwa podstawowe typy: non-profit realizujące świadczenia nieodpłatnie oraz spółki komercyjne pobierające opłaty. Wśród organizacji non-profit wyróżnić możemy stowarzyszenia, fundacje, zgromadzenia zakonne oraz Caritas. Pracując w nich w dużej mierze wolontariusze wykonujący swoje obowiązki nieodpłatnie. Natomiast placówki komercyjne za swoje usługi pobierają opłaty, zależnie od zakresu usług oraz regionu w którym działają cena wahać może się w szerokim zakresie, przyjęć można jednak, iż średnio godzina opieki nad chorym kosztuje około 90 zł (20 euro). Udział domowych hospicjów niepublicznych na polskim rynku wynosi 43% a całkowita ich liczba kształtuje się na poziomie 284 (rycina 9). W domowej opiece hospicyjnej wyznaczyć można wyraźny podział pomiędzy hospicjami dla osób dorosłych i dla dzieci.



Rycina 9. Udział placówek publicznych i niepublicznych w rynku hospicjów domowych w Polsce.

### 3. Krajowe organy odpowiedzialne za ochronę zdrowia w Polsce

Jak wspomniano wcześniej w polskim systemie opieki zdrowotnej kluczową rolę pełni Narodowy Fundusz Zdrowia, będący płatnikiem, a jednocześnie pośrednikiem pomiędzy pacjentami a placówkami ochrony zdrowia. Na poziomie krajowym do instytucji zarządzających systemem opieki zdrowotnej zaliczyć należy jeszcze organy kontroli i nadzoru:

- Państwową Inspekcję Sanitarną,
- Państwową Inspekcję Farmaceutyczną,
- Rzecznika Praw Pacjenta,

oraz posiadające uprawnienia kontrolne, ale przede wszystkim wytyczające politykę zdrowotną kraju Ministerstwo Zdrowia.

Instytucje zarządzające systemem opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym, czyli jednostki samorządu terytorialnego to samorządy gmin, powiatów i województw. Na nich spoczywa bardzo ważne i odpowiedzialne zadanie, ponieważ to samorząd terytorialny jest w polskim systemie jednostką założycielską publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). W związku z tym jako założyciel samorząd posiada prawo aby w drodze uchwały tworzyć, przekształcać i likwidować SPZOZ. Na samorządzie spoczywa również obowiązek nadania statutu jednostce oraz wyłonienia w drodze konkursu i nawiązania stosunku pracy z kierownikiem SPZOZ.

Ponadto samorząd pełni rolę kontrolną nad podległymi mu placówkami. W związku z tak szerokimi uprawnieniami w praktyce to samorządy terytorialne kształtują w Polsce system opieki zdrowotnej. Realizują one politykę krajową prowadzoną przez Ministerstwo Zdrowia, podkreślić jednak należy, iż posiadają znaczącą autonomię. Pozostałe zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie opieki zdrowotnej z podziałem na gminę, powiat i województwo wyszczególnione zostały w tabeli 3.

Tabela 3. Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie opieki zdrowotnej.

samorząd województwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy</li> <li>• tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej</li> <li>• realizuje zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych</li> <li>• realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej</li> </ul>
samorząd powiatu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tworzy powiatowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych</li> <li>• zapewnia kobietom w ciąży opiekę medyczną, socjalną i prawną</li> <li>• wystawia skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego i do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego</li> <li>• ustala rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych</li> <li>• finansuje uczestnictwo osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych oraz zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny</li> <li>• realizuje zadania z zakresu inspekcji sanitarnej</li> <li>• realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej</li> </ul>
samorząd gminy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• realizuje zadania zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych</li> <li>• realizuje usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi</li> </ul>

#### 4. Krajowe strategie i programy realizowane w celu promowania i poprawy służby zdrowia

Podstawową politykę w zakresie opieki zdrowotnej w Polsce, w tym zdrowotnej opieki domowej, ogłasza i realizuje Ministerstwo Zdrowia na podstawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015 przyjętego Uchwałą nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015. Projekt Narodowego Programu Zdrowia za podstawowy cel uznaje zjednoczenie wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej prowadzące do zmniejszenia nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości życia Polaków. Program ten daje ministrowi zdrowia możliwość wpływu na działania innych sektorów w zakresie zdrowia i stanowić ma narzędzie do wspólnych działań w zakresie zdrowia publicznego. Uwzględniając determinanty zdrowia oraz promocję zdrowia, sytuację demograficzną, sytuację zdrowotną społeczeństwa polskiego oraz różnice społeczne i terytorialne w stanie zdrowia populacji w Programie postawionych zostało szereg strategicznych oraz operacyjnych celów zdrowotnych. Cele bezpośrednio wpisujące się w poprawę stanu zdrowotnej opieki domowej to:

- Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych
- Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom
- Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji
- Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości
- Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju

Środki wykorzystywane do realizacji postawionych celów to:

- Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa
- Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta
- Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej
- Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej

## 5. Strategie i inicjatywy podejmowane na poziomie krajowym i lokalnym w celu promowania i poprawy służby zdrowia

Oprócz Narodowego Programu Zdrowia realizowanego i wdrażanego przez Ministerstwo Zdrowia na szczeblu lokalnym oraz z inicjatywy różnego rodzaju stowarzyszeń rozwinęło się wiele programów mających wpływ na polepszenie stanu, organizacji oraz dostępności do zdrowotnej opieki domowej w Polsce. Szereg narodowych programów promocji wdrażanych jest przez poszczególne jednostki systemu opieki zdrowotnej. Na polu zdrowotnej opieki domowej rolę tę pełni głównie Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, które aktualnie prowadzi takie programy jak:

- Narodowy Program Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy
- Narodowy Program Promocji Zdrowia Psychiatrycznego
- Narodowy Program Ochrony Antybiotyków

Inne programy mające swój udział w zdrowotnej opiece domowej, nie związane jednak tak bezpośrednio z medycyną rodzinną to na przykład Narodowy Program Leczenia Bólu Nowotworowego.

W ramach realizacji wyżej wymienionych programów organizowane są konferencje i szkolenia dla kadr medycznych pozwalające na podniesienie ich kwalifikacji. Określone są również strategiczne cele do osiągnięcia jakich dążyć powinna dana dziedzina medycyny oraz proponowane są środki prowadzące do osiągnięcia tych celów.



## 6. Opis szkoleń zawodowych dla pracowników służby zdrowia

System kształcenia kadr medycznych w Polsce opiera się na szkolnictwie wyższym oraz kształceniu podyplomowym. Studia lekarskie trwają 6 lat i kończą się uzyskaniem stopnia lekarza medycyny, studia pielęgniarskie trwają 3 lata i pozwalają uzyskać stopień licencjata pielęgniarstwa (istnieje możliwość kontynuowania nauki na studiach II stopnia – uzupełniających magisterskich). Zarówno lekarz jak i pielęgniarka z prawem wykonywania zawodu pracować mogą po ukończeniu studiów w zdrowotnej opiece domowej, jednak aby zostać specjalistą w tym zakresie każde z nich musi ukończyć specjalizację w systemie kształcenia podyplomowego. W przypadku opieki domowej realizowanej w systemie POZ będą to specjalizacje rodzinne (nazwa specjalizacji tożsama dla lekarzy i pielęgniarek), w przypadku hospicjum domowego najczęściej specjalizacje z onkologii lub pediatrii. Dla potrzeb tego opracowania jako przykład omówione zostały specjalizacje lekarska rodzinna i pielęgniarska rodzinna, przyjęć należy, iż system specjalizacyjny z innych dziedzin jest zbliżony pod względem organizacyjnym oraz wymiaru czasu, różne są jedynie zagadnienia. Kształcenie podyplomowe w Polsce dla lekarzy prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) natomiast dla pielęgniarek Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPIP).

### 6.1 Specjalizacja lekarska

Specjalizacja lekarska z zakresu medycyny rodzinnej trwa minimum 48 miesięcy, najczęściej jednak zajmuje ona lekarzom 5 lat. Istnieje możliwość skrócenia czasu trwania specjalizacji w przypadku gdy przystępujący do niej lekarz posiada już specjalizację z zakresu interny, pediatrii lub chirurgii, następuje wtedy zaliczenie części działów. Kształcenie specjalizacyjne składa się z [11]:

- etapu wstępnego – wprowadzenia do medycyny rodzinnej
- etapu kształcenia w szpitalu i poradniach specjalistycznych w skład którego wchodzi staże i dyżury
- etapu kształcenia w praktyce lekarza rodzinnego
- udziału w kursach specjalistycznych
- samokształcenia

W trakcie trwania specjalizacji postępy lekarza sprawdzane są w kolokwiach i sprawdzianach, jest on również zobowiązany do opracowywania i wdrażania programów poprawy jakości w praktyce lekarza rodzinnego oraz przygotowywania materiałów szkoleniowych. Tytuł specjalisty w zakresie medycyny rodzinnej uzyskuje się po ukończeniu wszystkich zajęć przewidzianych programem oraz zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Szczegółowy plan kształcenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej przedstawiono w tabeli 4.



Tabela 4. Plan kształcenia specjalizacyjnego dla lekarzy w zakresie medycyny rodzinnej.

Etap wstępny (wprowadzenie do medycyny rodzinnej) w praktyce lekarza rodzinnego	Etap kształcenia szpitalnego i specjalistycznego								Etap kształcenia w praktyce lekarza rodzinnego
	Choroby wewnętrzne	Pediatrya	Położnictwo i ginekologia	Chirurgia ogólna	Psychiatria	Neurologia zakaźne	Dermatologia, Okulistyka Choroby Laryngologia	Fizykoterapia	
2 miesiące	6 miesięcy	6 miesięcy	3 miesiące	1 miesiąc	1 miesiąc	4 miesiące	1 tydzień	1 miesiąc	24 miesiące

## 6.2 Specjalizacja pielęgniarska

Specjalizacja pielęgniarska realizowana jest w czasie od 18 do 24 miesięcy z możliwością skrócenia czasu jej trwania w przypadku gdy pielęgniarka nabyła już wykształcenie tożsame z tym zawartym w programie specjalizacji (np. na innej specjalizacji czy na studiach magisterskich). Łączna liczba godzin szkolenia wynosi 995 godzin dydaktycznych z czego 330 godzin przypada na blok ogólnozawodowy, a 665 godzin na blok specjalistyczny. Celem specjalizacji pielęgniarskiej z pielęgniarstwa rodzinnego jest przygotowanie pielęgniarki do profesjonalnego sprawowania opieki nad osobą zdrową i chorą w jej środowisku zamieszkania, a zwłaszcza do:

świadczenia opieki jednostkom, rodzinom i osobom z grup ryzyka, grupom zaniedbanym, społeczności lokalnej w sytuacjach nietypowych i trudnych,

pełnienia roli konsultanta i doradcy do spraw zdrowia,

pełnienia roli lidera w zespole pielęgniarek rodzinnych.

Specjalizacja pielęgniarska kończy się Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym dla Pielęgniarek i Położnych. Szczegółowy program kształcenia przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Plan kształcenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek w zakresie medycyny rodzinnej

	Moduł	Teoria	Staż	Łączna liczba godzin
Blok ogólnozawodowy, wspólny dla wszystkich specjalizacji	Elementy psychologii. Dydaktyka z elementami edukacji medycznej. Socjologia zdrowia i choroby. Etyka, deontologia i prawo. Organizacja i zarządzanie z elementami ekonomiki ochrony zdrowia. Polityka społeczna i zdrowie publiczne. Ocena stanu zdrowia i badanie fizykalne. Teorie pielęgnowania. Badania naukowe w pielęgniarstwie. Rozwój zawodowy. Informatyka i statystyka w praktyce zawodowej pielęgniarki, położnej.			330
Blok specjalistyczny pielęgniarstwa rodzinnego	Wybrane zagadnienia z epidemiologii i demografii	30	-	30
	Rozwój praktyki zawodowej - jakość opieki w podstawowej opiece zdrowotnej	30	-	30
	Formy, zakres i metody aktywizacji społeczności lokalnej	15	35	50
	Socjologia rodziny z elementami antropologii kultury	30	-	30
	Promocja zdrowia, edukacja zdrowotna w rodzinie i społeczności lokalnej	45	35	80
	Pielęgniarstwo rodzinne	30	-	30
	Zaawansowana opieka pielęgniarska w wybranych problemach zdrowotnych	240	175	415

## 7. Dobre praktyki

Najlepiej rozwiniętym w Polsce elementem zdrowotnej opieki domowej są hospicja domowe dla dzieci i w tej dziedzinie najczęściej znaleźć możemy przykładów dobrych praktyk. Opieka nad osobą w stanie terminalnym zawsze jest dużym wyzwaniem i dużym przeżyciem, zwłaszcza jeśli chorym jest dziecko. W celu zapewnienia jak najlepszej opieki będącej jednocześnie dla małego pacjenta jak najmniejszym obciążeniem w ostatnich jego miesiącach stosuje się indywidualną opiekę interdyscyplinarną oraz angażuje w ten proces rodzinę chorego. Dobrym przykładem jest tutaj Domowe Hospicjum dla Dzieci w Opolu [15]. Zespół hospicjum składa się z:

- lekarza anestezjologa
- dwóch lekarzy pediatrów
- specjalisty neurologii dziecięcej
- dwóch pielęgniarek anestezjologicznych
- pielęgniarki – specjalistki PR
- dwóch fizjoterapeutów
- pracownika socjalnego
- psychoterapeuty
- diakona

Tak szerokie spektrum specjalistów pozwala na kompleksową opiekę nad chorym dzieckiem. Co ważne, nawet jeśli istnieje konieczność udziału lekarza innego niż prowadzący, jest on na miejscu w zespole i nie jest dla dziecka osobą obcą. Pozwala to otoczyć chorego stałym zespołem osób do których się przyzwyczajają i których nie traktuje jako obcych i bezosobowych lekarzy którzy pojawiają się tylko na chwilę. Wrażenie to potęguje silne zaangażowanie w proces leczniczy rodziny pacjenta.

Oprócz interdyscyplinarnej stałej opieki i zaangażowania rodziców Hospicjum może się pochwalić dwoma przykładami innych dobrych praktyk – organizacją koloni oraz grupy wsparcia. Corocznie organizowane są kolonie dla małych pacjentów na których pod opieką zespołu lekarskiego mogą oderwać się wraz z rówieśnikami od codzienności hospicjum. Powstała również grupa wsparcia dla rodzin pacjentów zarówno w stanie terminalnym jak i tych którzy już odeszli.

Warto podkreślić, iż hospicja domowe pełnią ważną rolę w promocji opieki interdyscyplinarnej, która dzięki temu zdobywa coraz szersze grono zwolenników i implementowana jest w coraz większej liczbie placówek, nie tylko z zakresu zdrowotnej opieki domowej.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

## 8. Wnioski

Zdrowotna opieka domowa w Polsce boryka się z identycznymi problemami jak cały system opieki zdrowotnej. Brak wystarczających nakładów finansowych, nadmierna biurokracja oraz niedobór kadr specjalistycznych powodują, że dostępność do opieki zdrowotnej jest często ograniczona. Skutkuje to gwałtownym rozwojem sektora prywatnego, na korzystanie z usług którego stać jednak niewielką część społeczeństwa. Podkreślić jednak należy, że problemy te uwidaczniają się przede wszystkim w lecznictwie specjalistycznym, zdrowotna opieka domowa realizowana głównie w systemie POZ zapewnia lepszą dostępność. Również drugi podstawowy człon opieki domowej czyli hospicja wyróżniają się na tle całości, poświęca się im szczególną uwagę ze względu na profil pacjentów, a lukę powstałą z niedoboru placówek publicznych wypełniają ośrodki niepubliczne, często nieodpłatne – organizacje, fundacje, Caritas

Pomimo posiadania wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej głównym problemem wydaje się brak wystarczających nakładów finansowych. Problem ten dotyczy zarówno kształcenia dalszych kadr co powoduje ich niedobór jak i brak środków na sam proces leczenia. Problemy te są powoli acz systematycznie usuwane poprzez wdrażanie Narodowego Programu Zdrowia.

Podkreślić jednak należy, iż pomimo problemów z jakimi boryka się zdrowotna opieka domowa jak i cały system opieki zdrowotnej na wielu przykładach zidentyfikować można dobre praktyki, głównie dzięki ogromnemu zaangażowaniu kadr medycznych.



## 9. Bibliografia

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
2. [http://www.gazetapodatnika.pl/artykuly/budzet\\_nfz\\_w\\_2008\\_r\\_489\\_mld\\_zl-a\\_5027.htm](http://www.gazetapodatnika.pl/artykuly/budzet_nfz_w_2008_r_489_mld_zl-a_5027.htm)
3. Sprawozdanie z działalności konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego za rok 2007
4. [http://www.izbapiel.org.pl/upload/wskaznik\\_w\\_UE.pdf](http://www.izbapiel.org.pl/upload/wskaznik_w_UE.pdf)
5. Zatrudnienie lekarzy w województwie zachodniopomorskim w latach 2008- 2009, Raport - Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego
6. [http://www.wynagrodzenia.pl/moja\\_placa.php?s=480&Lekarz%20rodzinny](http://www.wynagrodzenia.pl/moja_placa.php?s=480&Lekarz%20rodzinny)
7. Przeciętne zatrudnienie i wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw w kwietniu 2012. Główny Urząd Statystyczny.
8. <http://www.izbapiel.org.pl/upload/1%20-%20Liczba%20zarejestrowanych%2031.12.2011.pdf>
9. [http://www.izbapiel.org.pl/upload/2\\_Liczba\\_zatrudnionych\\_31.12.2011.pdf](http://www.izbapiel.org.pl/upload/2_Liczba_zatrudnionych_31.12.2011.pdf)
10. Komunikat w sprawie pielęgniarstwa opieki długoterminowej w domu pacjenta z dnia 01.03.2010. Narodowy Fundusz Zdrowia.
11. Zakres kompetencji położnej środowiskowej/rodzinnej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.
12. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Medycyna rodzinna – program specjalizacji dla lekarzy.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych. Dz.U. 2003 nr 197 poz. 1922.
14. <http://www.hospicjum.opole.pl/>