

---

# ALERT ZDROWOTNY

---

# 3

gap.



open  
eyes  
economy  
summit

---

dr Iwona Bielska  
prof. dr hab. Piotr Błędowski  
prof. dr hab. Stanisława Golinowska  
dr Paweł Łuczak  
dr Magdalena Mrożek-Gąsiorowska  
dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta  
dr Joanna Staręga-Piasek  
dr Zofia Szweda-Lewandowska  
dr Marzena Tambor

# Bezpieczeństwo zdrowotne w opiece długoterminowej w kontekście pandemii COVID-19

Dotychczasowe doświadczenia związane z rozprzestrzenianiem się pandemii pokazują, że osoby przebywające na ograniczonej przestrzeni i w zamkniętych pomieszczeniach zbiorowych są bardziej narażone na ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Dotyczy to szczególnie placówek opieki długoterminowej, w których przebywają osoby starsze oraz osoby przewlekle chore, w największym stopniu narażone na ryzyko komplikacji i zgonu z powodu zachorowania na Covid-19. To właśnie instytucje opiekuńcze stały się miejscem największej liczby zakażeń w pierwszych tygodniach po wybuchu epidemii. Ogniska zakażeń w placówkach opiekuńczych dla osób starszych wystąpiły zarówno w Polsce, jak i w krajach Europy Zachodniej, a także w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych. W niektórych krajach szacuje się, że około połowa zgonów spowodowanych zakażeniem koronawirusem dotyczyła osób objętych opieką całodobową w domach zbiorowego zamieszkiwania.

Sytuacja w Polsce pod względem ilościowym w odniesieniu do osób starszych nie jest tak dramatyczna, jak w innych krajach, ponieważ opieka świadczona jest głównie w rodzinach. W opiece stacjonarnej przebywa niecałe dwa procent osób starszych, ale zapotrzebowanie na ten rodzaj opieki wzrasta i na miejsce czeka się kilka miesięcy. Domy opieki są prowadzone zarówno w sektorze publicznym, jak i niepublicznym. W sektorze publicznym są to domy pomocy społecznej (DPS) oraz placówki ochrony zdrowia: zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) i zakłady opieki

paliatywnej. W sektorze niepublicznym są to zarówno domy komercyjne, jak i działające nie dla zysku. Te ostatnie prowadzone są przez organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje) oraz przez kościoły, związki wyznaniowe i placówki zakonne. Kilka procent domów niepublicznych (około 5%) stanowią spółki z udziałem jednostek samorządu terytorialnego. Największą liczbą miejsc (łóżek) dysponują domy pomocy społecznej – około 60%, przy czym w DPS-ach przebywają nie tylko osoby starsze, ale także przewlekle chore i z różnego rodzaju niepełnosprawnościami.

Możliwości świadczenia opieki nad osobami starszymi w rodzinach na dotychczasowym w Polsce poziomie nie wydają się do utrzymania. Tendencje demograficzne oraz współczesne przemiany w formowaniu się rodzin zwiększają popyt na pozarodzinną opiekę długoterminową. Należy oczekiwać wzrostu liczby samotnych osób starszych i niepełnosprawnych pozbawionych opieki rodzinnej i zdanych na opiekę w środowisku lokalnym oraz instytucjach opieki całodobowej.

Starzenie się populacji w Polsce w nadchodzących latach będzie bardzo dynamiczne, w szczególności prognozowany wzrost osób w wieku 80+ jest wysoki, co stwarza potrzebę zapewnienia im także opieki instytucjonalnej. Ponadto wzrost mobilności przestrzennej i migracje (tak krajowe jak i zagraniczne), a także zmiany na rynku pracy, sprzyjać będą dłuższej aktywności, ograniczając potencjał opiekuńczy rodzin.

## I. Sytuacja zastana

Pandemia Covid-19 wydobyla niekompletność i wady systemu opieki długoterminowej oraz zróżnicowaną jakość stacjonarnej opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, utrudniając zapobieganie i wycho-  
dzenie z kryzysu zdrowotnego. Cechy systemu opieki, ograniczające jego właściwe (oczekiwane) funkcyj-  
nowanie w sytuacji pandemii można podzielić na (1) ogólnosystemowe, związane z niekompletnością oraz niespójnością ram instytucjonalnych opieki, (2) związane z ograniczeniami dostępu do zasobów publicznych dla usług opiekuńczych; zarówno finansowych, jak i kadrowych, (3) związane z zachowaniami wobec podopiecznych; tak ze strony personelu, jak i rodzin.

### 1. Ograniczenia instytucjonalne

- Publiczny system opieki długoterminowej w Polsce jest wciąż niewystarczająco rozwinięty, rozproszony i nieskoordynowany. Podział sektorowy publicznej opieki instytucjonalnej nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi (sektor zdrowotny i socjalny), z odrębnymi kryteriami dostępu, mechanizmami finansowania, organizacją i zarządzaniem, wpływa z jednej strony na ograniczenia dostępu, a z drugiej na ograniczenia możliwości wyboru opieki, uwzględniającej preferencje osób starszych i ich rodzin.
- W odpowiedzi na brak dostępności usług opieki całodobowej w placówkach publicznych rozwija się zróżnicowany sektor prywatny: o różnym standardzie, legalny i nielegalny, droższy i tańszy. Jego rozwój jest dostosowany do różnych zasobów finansowych podopiecznych, wpływając na ogromną różnorodność jakości sprawowanej opieki.

- Nadzór nad standardami jakości w funkcjonowaniu sektora prywatnego jest ograniczony. Uwzględnia sprawdzanie zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń, natomiast ich jakość oraz efekty pozostają poza kontrolą; placówki nie wypełniają wszystkich obowiązków nałożonych przez prawo na placówki świadczące opiekę całodobową.

## 2. Ograniczone zasoby

Instytucje ulokowane w sektorze publicznym – zarówno w opiece zdrowotnej, jak i społecznej – borykają się z licznymi niedoborami:

- Podaż placówek opieki długoterminowej jest niedostateczna. To wpływa na długie (kilkumiesięczne) okresy oczekiwania na dostęp do świadczeń, szczególnie w ZOL/ZPO, ale również DPS.
- Mechanizmy finansowania świadczeniodawców wykorzystywane przez płatnika publicznego w sektorze zdrowotnym (osobodzień ze zróżnicowaniem stawki dla kilku szerokich grup pacjentów) nie uwzględniają intensywności opieki nad pacjentem, co nie sprzyja odpowiedniej jakości opieki.
- Regionalne i lokalne koszty świadczenia usług opiekuńczych nie znajdują odzwierciedlenia w wycenie świadczeń przez płatnika, co utrudnia tworzenie racjonalnej sieci placówek opieki.
- W placówkach opiekuńczych występują poważne braki kadrowe. Wobec trudnych warunków pracy (obciążenia fizyczne i psychiczne) oraz niskich wynagrodzeń, brakuje kandydatów do pracy. Natomiast osoby zatrudnione pracują ponad miarę

i nie tylko w jednej placówce (zjawisko wieloetatowości i wielokontraktowości białego personelu). To okazało się być jednym ze źródeł zakażeń koronawirusem.

### 3. Zachowania w czasie pandemii

W okresie pandemii Covid-19 miały miejsce destrukcyjne (niespołeczne i nieetyczne) zachowania zarówno ze strony personelu placówek, jak i władz administracyjnych.

- Kadra placówek, borykając się z trudnościami, deficytem środków ochrony osobistej, środków dezynfekcyjnych, a przede wszystkim niepoddawana testom, w obawie o własne zdrowie wykorzystywała możliwości niestawiania się do pracy (wykorzystując także zwolnienia lekarskie) lub jej porzucania.
- Reakcja władz na rozszerzanie zakażeń w placówkach i opuszczanie miejsc pracy w była początkowo represyjna. Minister sprawiedliwości zapowiadał wprowadzenie nakazów pracy, a personelowi przebywającym w kwarantannach oferowano obniżone wynagrodzenie (do 80% podstawowego w formie zasiłku chorobowego).
- Z zakażonych placówek ewakuowano pensjonariuszy do innych miejsc, w tym także do szpitali<sup>1</sup>.
- Personel domów opieki, podobnie jak szpitali jednoimiennych spotykał się z wrogimi reakcjami mieszkańców społeczności lokalnej, co nie znajdowało odpowiednich reakcji wyjaśniających (wraz z wykonywaniem testów), ani lokalnych

---

<sup>1</sup> W Kanadzie (w prowincji Ontario) oddelegowano 150 zespołów szpitalnych, aby załagodzić niedobory personelu w domach opieki. W kilku przypadkach włączono także pomoc kanadyjskich sił zbrojnych. To ostatnie miało miejsce również w Polsce, w przypadkach ewakuacji placówek.

władz administracyjnych i służb sanitarnych, ani mediów.

## II. Kierunki niezbędnych działań w odpowiedzi na epidemię

Ujawnione problemy funkcjonowania placówek opieki długoterminowej w okresie pandemii Covid-19, niejednokrotnie bardzo dramatyczne, zmuszają do modyfikacji rozwiązań infrastrukturalnych oraz organizacyjnych dotyczących zarówno całościowego systemu opieki długoterminowej w Polsce, jak i dotyczących domów opieki całodobowej dla osób starszych i niesamodzielnych. Najważniejsze kierunki działań:

### 1. Działania o charakterze systemowym.

Opieka długoterminowa w Polsce wymaga całościowej koncepcji odpowiedzialności polityki publicznej, a w szczególności ustalenia uczestnictwa wszystkich interesariuszy w finansowaniu rozwoju infrastruktury w tej dziedzinie oraz pokrywania kosztów świadczeń opiekuńczych. **Podział finansowania** między podopiecznych, samorządy lokalne, ewentualne systemy ubezpieczeniowe i budżet państwa wymaga rozstrzygnięć, pozwalających zarówno na wyrównany dostęp do świadczeń dla potrzebujących, jak i na racjonalne ukierunkowanie rozwoju zasobów, szczególnie kadrowych. Zasady odpłatności indywidualnej w domach opieki powinny być takie same; zarówno w sektorze zdrowotnym jak i socjalnym (współpłacenie świadczeniobiorcy i jego rodziny za opiekę w ZOL/ZPO oraz DPS), zapewniając zagwarantowanie pokrycia kosztów zakwaterowania i wyżywienia.

Działania systemowe wymagają **przygotowania lokalnych strategii** rozwoju różnych rozwiązań w sprawowaniu opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi, znajdującymi ramy w przepisach ogólnokrajowych. Lokalne strategie powinny zawierać kompletną informację o przemianach demograficznych z uwzględnieniem specyfiki na danym obszarze, w tym różnic na obszarach miejskich i wiejskich (gospodarstwa



domowe oddalone od siebie, mniejsza możliwość uzyskania pomocy ze strony sąsiadów, zaawansowany proces depopulacji)<sup>2</sup>. Informacja ta powinna obejmować zarówno dobre rozpoznanie potrzeb opiekuńczych (osoby niepełnosprawne, niesamodzielne i w podeszłym wieku), jak i możliwości podażowe ich zaspokojenia (istniejąca infrastruktura i budynki oraz zasoby kadrowe) zarówno w sektorze opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej, których działania wymagają wzajemnej koordynacji.

Efektom przyjęcia lokalnych strategii powinny być ogłaszane mieszkańcom **programy działań dostępnych w danym okresie**. Powinny one uwzględniać określenie ścieżek działania w zależności od stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej i materialnej osoby potrzebującej opieki, a także opracowanie procedur postępowania, tak aby osoba wymagająca wsparcia i jej rodzina wiedziały, gdzie można je otrzymać, jakiego rodzaju, w jakim zakresie i z jakim finansowaniem. Procedury ścieżek opieki mogłyby uwzględniać kontinuum opieki tj. możliwość przejścia od usług środowiskowych do opieki instytucjonalnej wraz z określaniem roli i wsparcia rodziny. W ustalaniu ścieżek opieki oraz uprawnień do korzystania z nich, pomocny jest **jednolity system orzekania o niepełnosprawności/niesamodzielności**, uwzględniający różne ich rodzaje oraz potrzebne świadczenia.

**Pierwszy kierunek lokalnych działań** (odpowiednio do postulowania deinstytucjonalizacji) powinien obejmować wsparcie opieki domowej, obejmującej dostosowanie miejsca zamieszkania do potrzeb osób niesamodzielnych (modyfikacje architektoniczne i wyposażenie mieszkań w odpowiedni sprzęt i dostęp do mieszkań chronionych) oraz wspieranie opiekunów nieformalnych.

---

<sup>2</sup> Na wschodzie kraju są gminy, w których 16% w ogóle mieszkańców stanowią osoby w wieku 80 lat i więcej. Ponadto gminy wiejskie zazwyczaj dysponują znacznie mniejszymi dochodami *per capita* niż gminy miejskie i wiejsko-miejskie).

**Drugi kierunek – półstacjonarnej opieki w środowisku lokalnym**, wciąż rozwijający się wymaga intensywniejszego wsparcia, by uczynić go bardziej dostępnym w szerszym przekroju terytorialnym.

**Kierunek trzeci, czyli całodobowa opieka w placówkach** jest najbardziej wymagający i powinien obejmować uruchomienie wielu nowych działań, w tym również istotnych w obliczu pandemii:

- Ustanowienie na szczeblu lokalnym (np. powiatowym) **koordynatora działań sanitarno-epidemiologicznych** w ścisłej współpracy z samorządem, obejmując koordynacją wszystkie placówki medyczne (w tym szpitale powiatowe) i opiekuńcze na danym terytorium.
- Respektowanie określonych standardów sanitarnych i utrzymywanie wysokiej jakości warunków działalności opiekuńczej (minimalne standardy wyposażenia pomieszczeń, liczby i kwalifikacji kadr) oraz procedur ochrony osobistej personelu we wszystkich placówkach niezależnie od ich statusu właścicielskiego, w tym placówek prywatnych.
- Wprowadzenie norm sanitarnych (odpowiednich do warunków pandemii) w projektowaniu budownictwa nowych oraz w remontach starych domów opieki (wielkość pomieszczeń, przepływ powietrza, łazienki, ciągi sanitarne, szerokość przejść, otoczenie z zielenią, itp.), tworząc odpowiednie warunki techniczne budynków oraz ich otoczenia.
- Prowadzenie systemu monitorowania i kontrolowania sytuacji podopiecznych we wszystkich zakładach opieki przez odpowiednie służby sanitarne we współpracy z odpowiednimi jednostkami samorządu terytorialnego.

- Zapewnienie mieszkańcom wszystkich domów opieki odpowiedniego dostępu do usług medycznych, także poprzez modyfikację wymogów NFZ w zakresie poziomu zatrudnienia określonych grup personelu medycznego.
- Dokonanie rewizji norm i warunków pracy oraz podniesienie wynagrodzeń poprzez weryfikację obowiązujących taryf świadczeń (określanych przez AOTMiT) jako rozwiązania motywacyjne, prowadzące do zwiększenia zasobów kadry pielęgnacyjno-opiekuńczej.
- Pełnego wdrożenia nowych taryf świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych we wszystkich domach opieki oraz w opiece paliatywnej i hospicyjnej, a nie zaproponowanych przez AOTMiT tylko dla sektora zdrowotnego.
- Sposób rozliczania przez NFZ tzw. nadwykonań w obszarze opieki długoterminowej wymaga dostosowania do realnych sytuacji. Jednym ze sposobów jest zmiana metody finansowania świadczeniodawców w kierunku metod uwzględniających intensywność opieki nad pacjentem i ponoszone koszty (*case-mix payment*).
- Podjęcie dodatkowych działań edukacyjnych i szkoleniowych, przygotowujących do zawodów opiekuńczych oraz pielęgniarstwie (pielęgniarki opieki długoterminowej), uwzględniając przyuczanie do zawodu pracowników z zagranicy.
- Systematyczne prowadzenie szkoleń pracowniczych w zakresie postępowania opiekuńczego i stosowania nowych technologii, uwzględniając niezbędne minimum wiedzy z zakresu psychologii, zdrowia publicznego (prewencji chorób najwyższego ryzyka zdrowotnego osób starszych), medycyny oraz digitalizacji.

## 2. Zalecane działania w sytuacji epidemii:

- Uchwalenie i ogłoszenie decyzji o podjęciu skoordynowanego zarządzania wszystkimi domami opieki w sytuacji pandemii i obejmującego powołanie zespołów inspekcyjnych w całym kraju<sup>3</sup>.
- Zapewnienie dostępu wszystkim pracownikom i mieszkańcom domów opieki do testów diagnostycznych w przypadku podejrzenia zakażenia na terenie placówki oraz możliwości izolacji osób z podejrzeniem choroby zgodnych z zaleceniami WHO.
- Zapewnienie izolatoriów na terenie placówki w celu oddzielenia osób potencjalnie zarażonych, a w sytuacji wystąpienia ogniska zakażenia w całym domu, przeniesienie podopiecznych do najbliższej położonych szpitali jednoimiennych.
- Wyposażenie placówek w odpowiednią ilość środków i materiałów ochronnych oraz wprowadzenie szkoleń dotyczących ich stosowania.
- Odcięcie możliwości transmisji zakażeń poprzez niezatrudnianie osób świadczących pracę w innych placówkach ochrony zdrowia lub świadczących opiekę środowiskową w wielu gospodarstwach domowych<sup>4</sup>.
- Ograniczenie (zakaz) odwiedzin w domach opieki przy jednocześnie ustalaniu zasad współdziałania z rodzinami podopiecznych.

---

<sup>3</sup> Takie nowe regulacje wprowadzono w wielu krajach. W Kanadzie np. powołano tymczasowe zarządzanie domami prywatnymi i rozmieszczono zespoły inspekcyjne w całej prowincji Ontario (27-go maja 2020 r.). Ponadto kanadyjska Agencja Zdrowia Publicznego wydała szczegółowe wytyczne dla domów opieki długoterminowej w celu pomocy w działaniach samorządów terytorialnych w zakresie ograniczania infekcji.

<sup>4</sup> Szczególnie gdy nie ma możliwości kontrolowania zagrożenia przeniesienia zakażenia między opiekunami świadczącymi usługi w wielu gospodarstwach domowych a osobami korzystającymi z pomocy środowiskowej.

- Wprowadzenie ostrzejszych rygorów sanitarnych w placówkach półstacjonarnych oraz zapewnienie takiego poziomu zatrudnienia (z uwzględnieniem wolontariatu), aby na jednego opiekuna przypadała mniejsza liczba podopiecznych.
- Przyznanie pielęgniarcom i opiekunkom dodatku epidemicznego ze względu na szczególne obciążenie pracą w sytuacji zagrożenia, rekompensującego także utracone wynagrodzenie z powodu rezygnacji z pracy w innym miejscu zatrudnienia.

Autorzy Alertu korzystali ze swej wiedzy i doświadczenia oraz sięgali do aktualnej literatury i danych, a przede wszystkim do następujących opracowań:

- GUS (2020) Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r., Warszawa, Białystok
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – statystyki pomocy społecznej MRPiPS-05
- Komisja Europejska (2018) – The European Ageing Report
- European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC (2020) – Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA
- PMR Healthcare Market Experts (2020) – Rynek opieki geriatrycznej w Polsce 2020. Plany inwestycyjne i analiza porównawcza według województw
- WHO Guidelines - [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC\\_long\\_term\\_care-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf)
- WHO (Q&A) – Older people & COVID-19
- Public Health Ontario (2020). Epidemiological Summary: COVID-19 in Ontario: January 15, 2020 to May 29, 2020
- Government of Ontario (2020). Ontario Takes Further Action to Protect Seniors and Staff in Long-Term Care

Homes during COVID-19 Outbreak. Accessed at:  
<https://news.ontario.ca/opo/en/2020/05/ontario-takes-further-action-to-protect-seniors-and-staff-in-long-term-care-homes-during-covid-19-ou.html>

Alert Zdrowotny to inicjatywa think tanku Open Eyes Economy oraz Kolegium Gospodarki i Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.

Wszystkie alerty eksperckie dostępne są na: [www.oees.pl/dobrzewiedziec](http://www.oees.pl/dobrzewiedziec)