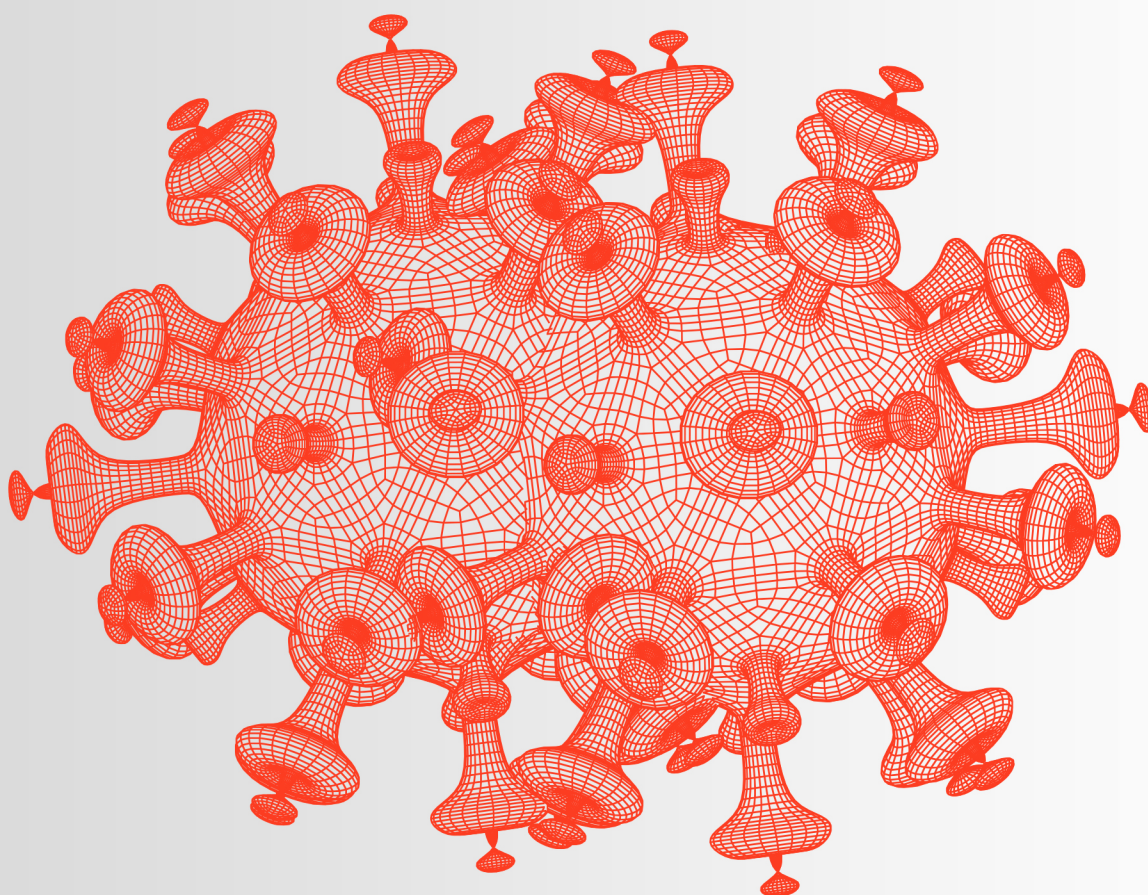


KSIĘGA PRAWDY

o COVID-19



Materiał przygotowany przez
posłów i senatorów Klubu Parlamentarnego

KOALICJA OBYWATELSKA

Listopad 2020

Spis treści

Wstęp	5
Część I Pandemia SARS-CoV-2 w systemie ochrony zdrowia – błędy i zaniechania.....	8
Przyczyny systemowe	10
1. Brak strategii walki z koronawirusem.....	10
2. Chaos legislacyjny i niepanowanie nad sytuacją	11
3. Zasoby w ochronie zdrowia	12
Bezpośrednie błędy i zaniechania.....	12
1. Dostęp do leczenia z wykorzystaniem respiratora (stanowisko intensywnej opieki medycznej)	12
Niepodjęte działania w okresie maj-wrzesień 2020 ...	13
2. Zaangażowanie Państwowego Ratownictwa Medycznego.....	14
Działania, które można było podjąć w okresie maj-wrzesień 2020.....	15
3. Wytyczne do testowania w kierunku COVID-19.....	15
Niepodjęte działania w okresie maj-wrzesień 2020....	16
4. Organizacja leczenia szpitalnego.....	17
Model zabezpieczenia.....	17
Szpitale polowe.....	18
Działania, które można było podjąć w okresie maj-wrzesień 2020.....	19
5. Organizacja opieki ambulatoryjnej	20
Działania, które można było podjąć w okresie maj-wrzesień 2020.....	21
Podsumowanie – najważniejsze punkty.....	21
Część II	25
1. Skutki zamykania poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej w wyniku pandemii	25

2. Zapewnienia realizacji świadczeń planowych.....	26
3. Potencjalne skutki ograniczenia dostępności ochrony zdrowia w trakcie pandemii.....	28
4. Podsumowanie	29
Część III	32
1. Finansowanie.....	32
Część IV Statystyki	39
1. Liczba zakażeń ogółem.....	39
2. Liczba pozytywnych testów	39
3. Liczba testów na 1 tysiąc osób w Polsce.....	40
4. Porównanie liczby testów na 1 tys. mieszkańców w Polsce i sąsiadujących z Polską państwach UE: w Niemczech, Czechach, na Słowacji i Litwie	41
5. Porównanie liczby testów na 1 tys. mieszkańców w Polsce i w UE	42
6. Zgony – dane porównawcze miesiąca października w latach 2016-2020	43
7. Zgony – łączna liczba zgonów z powodu COVID	43
8. Zgony od 14 września do 1 listopada w kolejnych latach.....	44
9. Zgony w październiku w latach 2019 i 2020 w podziale na województwa	45
10. Średnia miesięczna liczba zgonów w latach 2016-2019, a zgony miesięczne w 2020 r.	45
11. Likwidacja szpitali.....	46
12. Liczba zajętych respiratorów	48
13. Dłuższe kolejki do lekarzy 2015-2019.....	49
Część V	
Podsumowanie.....	51

Księga Prawdy o COVID-19 to raport o działaniach rządu Prawa i Sprawiedliwości wobec drugiej fali epidemii.

Jest informacją objaśniającą, jak to się stało, że wbrew propagandowym zapewnieniom o przygotowaniu Polski na sytuację epidemiologiczną doszło do chaosu w ochronie zdrowia, utraty kontroli nad rozprzestrzenianiem się choroby, gwałtownego wzrostu zgonów. Pokazujemy mechanikę kryzysu, który jest wynikiem ciągu zaniechań i błędów o zasadniczym znaczeniu, popełnionym przez rządzących na przestrzeni ostatnich sześciu miesięcy. Wszelkie zapewnienia, że Polska na tle innych krajów dobrze radzi sobie z pandemią okazały się w świetle faktów nieprawdziwe, a skutki niepodjętych decyzji, lekceważenia zagrożenia i niedbalstwa – tragiczne.

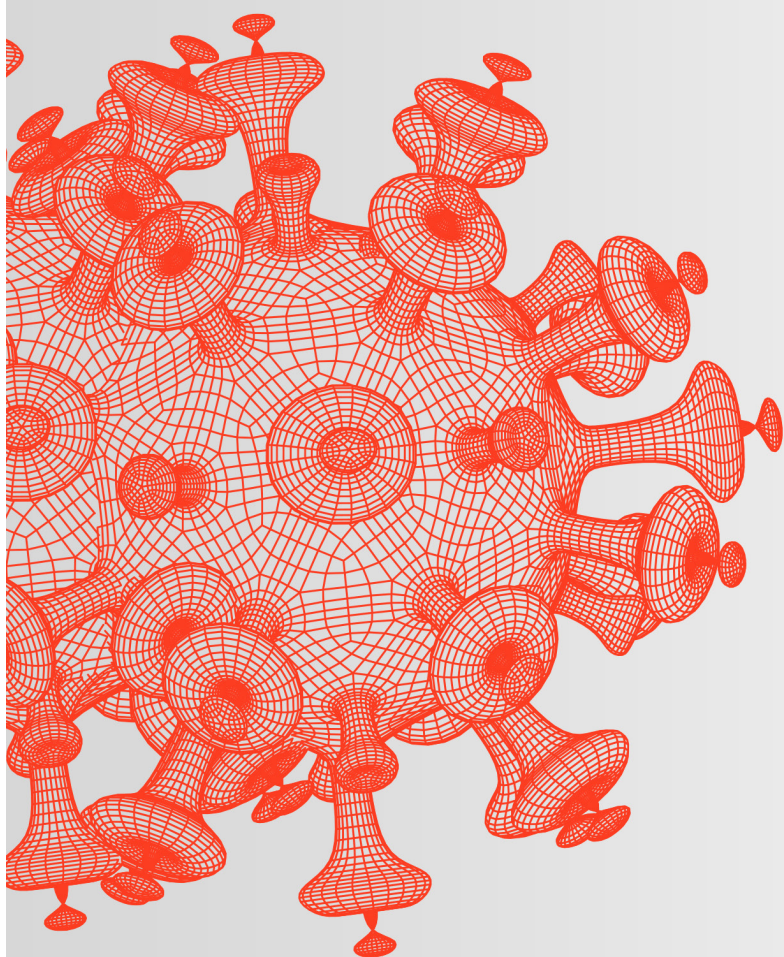
Zdajemy sobie sprawę, że część problemów jest związanych z systemową niewydolnością polskiej ochrony zdrowia. Rozumiemy także nadzwyczajne okoliczności, jakie niesie ze sobą epidemia o takiej skali. Pokazujemy jednak w tym raporcie, krok po kroku, że skutki epidemii, jakie odczuwa nasz kraj, są zwielokrotnione polityką rządu, a nie są pochodną wyłącznie samej choroby.

- W pierwszej części omawiamy nie tylko zaniechania urzędnicze, zaniedbania, opóźnienia i marnotrawstwo oraz brak strategii i nieprzygotowanie kraju na drugą falę zakażeń, ale pokazujemy jakie działania mógł podjąć rząd, bazując na doświadczeniach z pierwszej fali epidemii, a czego zaniechał w wielu aspektach systemu zdrowotnego w Polsce.
- W drugiej części przedstawiamy, jakie skutki już dzisiaj wywiera epidemia na wydolność systemu zdrowia w Polsce w leczeniu chorób nie COVIDowych, ale z grupy schorzeń o dużej śmiertelności (onkologia, kardiologia i inne). A także, w jaki sposób działania rządu powiększają rozmiar tej zapaści.
- W trzeciej części analizujemy system finansowania ochrony zdrowia w czasie epidemii, wykazując, że jesteśmy jednym z nielicznych krajów europejskich, w których rząd de facto nie zwiększył budżetowych środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia i to w sytuacji pandemii, co stoi w radykalnej sprzeczności z rządowymi zapewnieniami.

- W czwartej części prezentujemy niektóre poruszane wyżej zagadnienia w formie ciągu statystyk, które same w sobie są opowieścią o bezradności rządzących wobec nieszczęścia, jakie dotknęło nasz kraj.
- W części piątej podsumowujemy raport, dodając komentarz na temat relacji rząd – opozycja w czasie pandemii.

Uważamy, że należy położyć kres takiej polityce władz, w której przekaz propagandowy jest wyżej ceniony od ludzkiego życia. Temu ma służyć ten raport.

CZĘŚĆ I

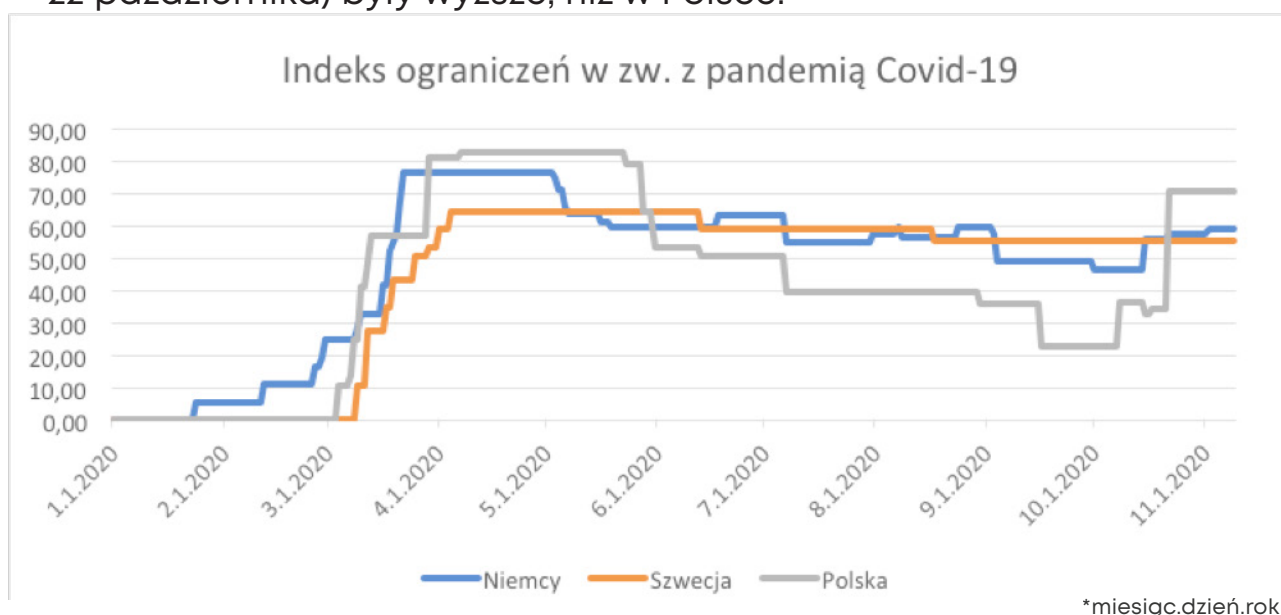


Część I

Pandemia SARS-CoV-2 w systemie ochrony zdrowia – błędy i zaniechania

Przygotowania do walki z pandemią wirusa SARS-CoV-2 od początku miały charakter doraźny, a nie systemowy. Decyzje były podejmowane ad hoc, w pośpiechu i ich analiza wskazuje raczej na realizację „potrzeby chwili”, niż przemyślanego, zaplanowanego i strategicznego działania, mającego na celu minimalizować możliwość rozprzestrzeniania się patogenu i minimalizację skutków zdrowotnych dla społeczeństwa (w tym także osób niechorujących na COVID-19, borykających się za to z innymi schorzeniami).

O faktycznym adresowaniu wyzwań pojawiających się w związku z pandemią wiele mówią dane na temat restrykcji wprowadzanych do życia publicznego w poszczególnych krajach, gromadzone przez ECDC. Obostrzenia w Polsce charakteryzowały się największą zmiennością, co więcej, restrykcje w Szwecji – państwa uznawanego powszechnie, jako otwarte mimo pandemii – przez większą część czasu jej trwania (30 maja – 22 października) były wyższe, niż w Polsce.



Lekceważenie pandemii w lutym i brak przygotowania legislacyjnego i organizacyjnego oraz brak strategii postępowania krótko-, średnio- i długookresowego przyniosły skutek w postaci chaosu trwającego do dzisiaj, chociaż koronawirus jest w Polsce od dziewięciu miesięcy. Wtedy też, z powodu zaniechania rządu, Polska nie wzięła udziału we wspólnych zakupach UE, które mogły uchronić skarb państwa przed wielomilionowymi stratami przy zakupie respiratorów i maseczek. Właśnie w tym czasie rząd zapłacił za respiratory, które nigdy nie dotarły do Polski, handlarzowi bronią i sprowadził z Chin maseczki bez odpowiednich certyfikatów. Jednocześnie opinia publiczna była informowana o niezwykłej skuteczności działań rządu, choć późniejsze kontrole poselskie ujawniły szereg nieprawidłowości i liczne przekroczenia uprawnień, także o charakterze korupcyjnym.

W szczególności jednak okres pomiędzy początkiem maja a wrześniem br. należy traktować w walce z pandemią jako czas stracony. Wiadomo już było bowiem o sposobie postępowania z chorymi, możliwych sposobach organizacji świadczeń, potencjalnych scenariuszach rozwoju pandemii. Rząd dysponował analizami zakładającymi, w negatywnych scenariuszach, dzisiejszą sytuację epidemiczną, między innymi w związku z powrotem uczniów do szkół od 1 września i mniejszą koncentracją na zachowaniu dystansu społecznego wśród Polaków. Co więcej, wypowiedzi polityków ZP świadczą o spodziewanej fali zachorowań („fala uderzeniowa” – J. Emilewicz w wywiadzie z K. Skórzyńskim, dla TVN24 – 19 sierpnia 2020 r.). A zatem mógł przewidzieć skutki dla pacjentów i dla systemu ochrony zdrowia. W miejsce rzeczywistych przygotowań do reinicjacji pandemii obserwowaliśmy lekceważące i wprowadzające w błąd opinie publiczną wypowiedzi czołowych polityków ZP: „COVID-19 jest w odwrocie, już nie musimy się go bać” (Mateusz Morawiecki, Premier RP 1 lipca 2020 r.), albo: „Absolutnie nie jestem zwolennikiem jakichkolwiek szczepień obowiązkowych” (Andrzej Duda, Prezydent RP, 7 lipca 2020 r.)

Dziś znaleźliśmy się w sytuacji, w której dzienny przyrost zachorowań w Polsce jest wyższy, niż w ponad dwukrotnie większych od nas Niemczech a dzienna liczba zgonów z powodu COVID-19 stanowi 1/20 zgonów na świecie. Jak, z pozycji: „Jesteśmy skazani na sukces” (Jarosław Pinkas, Główny Inspektor Sanitarny, 10 marca 2020 r.), znaleźliśmy się wśród niewielkiej liczby państw, które z pandemią mają największy problem?

Przyczyny systemowe

1. Brak strategii walki z koronawirusem

18 sierpnia ze stanowiska odszedł Łukasz Szumowski. W dniu dymisji powiedział, że przygotował strategię walki z COVID-19. Jak się okazało w dalszym ciągu wydarzeń, była to kolejna niezgodna z prawdą wypowiedź byłego ministra. Pełen ogólników, kilkustronicowy dokument pojawił się na stronach MZ 8.09., po blisko 6 miesiącach od wybuchu epidemii. Po miesiącu (09.10) została aktualizowana jako „Strategia 2.0” i po kolejnym miesiącu powstała „Strategia 3.0” (3.11.2020). Wszystkie te trzy dokumenty same w sobie są oskarżeniem rządzących o brak planu, pokazują stratę kilku miesięcy na przygotowania, chaos i działanie z dnia na dzień, co w jednym z wywiadów przyznał wiceminister MSWiA Paweł Szefernaker. Co więcej, kolejne strategie ogłaszane przez rząd zawierają w treści działania, które rząd podjął przed ogłaszaniem strategii, co tylko utwierdza w przekonaniu, że miały (mają) one charakter propagandowy.

We wrześniu br. w posiedzeniach Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego po raz pierwszy od wybuchu pandemii brał udział lekarz specjalista epidemiolog, który następnie został doradcą Premiera w KPRM. Stało się to po ponad pół roku od wybuchu pandemii w Polsce. Kolejnym elementem świadczącym o zupełnym braku przygotowania na drugą falę zakażeń i braku jakiegokolwiek myślenia strategicznego rządu, były podjęte jesienią obostrzenia dot. gospodarki i relacji społecznych. Ogłaszane z dnia na dzień decyzje dot. np. zamknięcia cmentarzy czy kolejnych branżowych “lockdownów” świadczą nie tylko o działaniach podejmowanych przypadkowo i w chaosie decyzyjnym. Rząd, dysponując doświadczeniem z pierwszej fali, przez 5 miesięcy nie zagregował danych o skutkach wyłączenia poszczególnych branż gospodarki w ramach reżimu sanitarnego i nie opracował schematów/algorytmów restrykcji w sytuacji powtórnej fali zakażeń. W kluczowej dziedzinie, dotyczącej działalności gospodarczej, przedsiębiorcy byli zaskakiwani chaotycznymi decyzjami bez uprzedzenia i bez możliwości przygotowania się. Spowodowało to utratę i tak już nadszarpniętego zaufania obywateli do działań władz – kluczowego czynnika budującego społeczne zachowania zapobiegające rozprzestrzenianiu się pandemii.

Jedynym działaniem, jakie podjął rząd między pierwszą a drugą falą

epidemii – posiadającą wymierne skutki i możliwą do oceny – jest aplikacja StopCovid ProteGo Safe. Jej koszt to ok. 2,5 miliona złotych plus 3,2 mln – promocja aplikacji.

Pobrało ją około 1,3 mln osób i jest to jeden z najniższych współczynników pobrań w Europie. Przy takiej liczbie użytkowników jej funkcjonowanie traci sens.

Powody:

- Brak zaufania do państwa – mimo że aplikacja jest tworzona na API Googla i Apple.
- W początkowej fazie do jej promocji zaprzęgnięto farmę trolli, która wcześniej była zaangażowana w kampanię prezydencką A. Dudy. Działania farmy były prowadzone tak nieudolnie, że zostały szybko zdemaskowane, co jeszcze bardziej podważyło zaufanie do aplikacji.

<https://niebezpiecznik.pl/post/poznaj-siatke-trolli-ktora-promowala-protego-na-twitterze/>

2. Chaos legislacyjny i niepanowanie nad sytuacją

Standardowa placówka medyczna udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych musi stosować się do norm, standardów i wytycznych anonsowanych przez szereg instytucji: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, konsultantów krajowych w dziedzinach medycyny adekwatnych do zakresu prowadzonej działalności, właściwi, ze względu na miejsce rejestracji podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wojewodowie. Od początku wprowadzenia w Polsce stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie epidemii, różnego rodzaju akty prawne i wytyczne zmieniają się po kilka, kilkanaście razy dziennie (rozporządzenia MZ, zarządzenia Prezesa NFZ, zalecenia, wytyczne i decyzje GIS, opinie AOTMiT, wytyczne konsultantów, polecenia wojewodów, etc.). Do dziś nie powstało publiczne repozytorium gromadzące i publikujące zmieniające się standardy postępowania tak, by można było zestaw

zmieniających się regulacji i wytycznych odnaleźć w jednym miejscu, zaś akty poszczególnych organów są często zbyt ogólne i wewnętrznie sprzeczne.

3. Zasoby w ochronie zdrowia

System opieki zdrowotnej w Polsce od lat cierpi na niedofinansowanie (4,8% PKB w 2018 r. to jeden z najniższych wskaźników w Unii Europejskiej, dla której średnia wyniosła 7,1% PKB). Jednocześnie, mamy jedno z najniższych w Europie wskaźników liczby lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców a infrastruktura szpitalna jest przestarzała. Sprostanie pandemii COVID-19 wymagało podjęcia szeregu zdecydowanych i zaplanowanych działań, poprzedzonych analizami zasobów do dyspozycji, pomiędzy pojawieniem się koronawirusa w Polsce w marcu br. a intensywnym wzrostem zachorowań, począwszy od 1 września. W większości wypadków takich działań nie było, inne były przeprowadzone w niewystarczającym stopniu lub za późno.

Bezpośrednie błędy i zaniechania

1. Dostęp do leczenia z wykorzystaniem respiratora (stanowisko intensywnej opieki medycznej)

W pierwszym okresie pandemii jednym z diskutowanych ryzyk związanych z wydolnością systemu ochrony zdrowia było zabezpieczenie sprzętu do intensywnej opieki medycznej (respiratorów). Po ośmiu miesiącach wyraźnie widać, że największym problemem jest zapewnienie kadry medycznej (lekarze interniści, pielęgniarki anestezyjologiczne) do pracy na stanowiskach OIT. Działania wykonane przez rząd, mające na celu sprostaniu potencjalnemu zapotrzebowaniu polegały na:

1. wydaniu rozporządzenia (8 października br.), na podstawie którego świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii samodzielnie będzie mógł udzielać nie tylko lekarz specjalista i specjalista II stopnia, ale również:

- a) każdy lekarz ze specjalizacją I stopnia oraz
 - b) każdy lekarz będący w trakcie 5. i 6. roku specjalizacji z anestezyjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem odbycia co najmniej sześciu miesięcy szkolenia w OIT.
2. rozpoczęciu dodatkowych szkoleń anestezyjologicznych dla pielęgniarek (23 października 2020 r.). Szkolenie ma formę filmów i materiałów e-learningowych. Ukończenie kursu nie pozwala na samodzielne sprawowanie opieki anestezyjologicznej nad pacjentem z COVID-19, co potwierdza Edyta Cudak, krajowa konsultant ds. pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Pielęgniarki, które ukończą szkolenie, muszą pracować pod stałym nadzorem specjalistów – anestezyjologów, co w konsekwencji nie rozwiązuje problemu braku wykwalifikowanej kadry medycznej mogącej obsłużyć zwiększoną liczbę respiratorów.

Niepodjęte działania w okresie maj-wrzesień 2020

- brak diagnozy potencjalnego wzrostu zapotrzebowania na personel medyczny, adekwatnego do modelowych scenariuszy rozwoju pandemii;
- nieuruchomienie w okresie maj – październik br. kursów i szkoleń umożliwiających przygotowanie lekarzy i pielęgniarek do prowadzenia pacjenta pod respiratorem.

Standardowe szkolenia w OIT dla lekarzy i pielęgniarek trwają odpowiednio 6 i 3 miesiące. Przy odpowiedniej intensyfikacji możliwe byłoby skrócenie kursów nawet do 3-4 miesięcy dla lekarzy i 1 miesiąca dla pielęgniarek. Przy odpowiednio wczesnym zdiagnozowaniu problemu możliwe było przeprowadzenie szkoleń dla lekarzy, lekarzy w trakcie specjalizacji (I-III, ew. IV rok specjalizacji), lekarzy stażystów, pielęgniarek, położnych, ratowników, którzy mogliby wesprzeć personel OIT. Szkolenia powinny obejmować podstawy obsługi sprzętu intensywnej terapii, prowadzenia skutecznej tlenoterapii, bezpiecznej respiratoroterapii.

Lekarze, którzy na mocy rozporządzenia z 8 października, będą kierowani na stanowiska intensywnej terapii, będą nieprzeszkoleni, co tworzy ryzyko dla pacjentów, jak i dla nich samych.

Obecnie zorganizowanie szkoleń dla pielęgniarek, uwzględniających także szkolenie stanowiskowe jest niemożliwe ze względu na obciążenie pracą personelu oddziałów intensywnej terapii. Konieczność zabezpieczenia dodatkowego sprzętu i, przede wszystkim, wyszkolonego personelu medycznego była znana już w czasie I fali epidemii.

2. Zaangażowanie Państwowego Ratownictwa Medycznego

Od początku pandemii w transport pacjentów z podejrzeniem, bądź zdiagnozowanym COVID-19 zaangażowane były zasoby Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Mimo to, kwestie transportu chorych w „Strategii Walki z Pandemią COVID-19. Jesień 2020” zostały zmarginalizowane. Oparcie transportu chorych na COVID-19 wyłącznie na służbach PRM od początku niosło ryzyko zatorów w dostępie do systemu ratownictwa, w szczególności w przypadku zdarzeń wymagających szybkiej interwencji (zasada „złotej godziny”, np. udary zawały). Nie podjęto decyzji o zwiększeniu liczby karetek i zespołów do transportu sanitarnego do obsługi przypadków niewymagających podejmowania działań ratowniczych sensu stricto. Już w październiku br. okazało się, że system jest niewydolny, przede wszystkim ze względu na brak informacji u dyspozytorów o dostępności miejsc do hospitalizacji pacjentów. Dopiero w listopadzie br., wobec zgłaszanych problemów, przede wszystkim w związku z kilku- lub kilkunastogodzinnymi kursami Zespołów Ratownictwa Medycznego w poszukiwaniu miejsca w szpitalach, rząd podjął decyzje mające na celu usprawnić system przekazywania informacji o wolnych miejscach dla pacjentów z COVID-19. Powyższe działanie nie rozwiązuje jednak problemu braków w kadrach ratownictwa medycznego oraz braku standardów szybkiego przejmowania pacjentów z COVID-19 przez szpitale.

Działania, które można było podjąć w okresie maj-wrzesień 2020

- wdrożenie systemu informacji o dostępnych miejscach w szpitalach;
- zwiększenie przepustowości dyspozytorni, opracowanie standardów kierowania ZRM do pacjentów covidowych;
- doposażenie służb PRM w infrastrukturę transportową, zatrudnienie i przeszkolenie pracowników.

Podstawowym działaniem Ministerstwa Zdrowia w okresie maj-wrzesień powinno być wdrożenie systemu przekazywania informacji o wolnych miejscach w szpitalach (w tym dla pacjentów z COVID-19). Problem braku bieżącego przekazywania do dyspozytorni medycznej informacji o wolnych miejscach w szpitalach był wielokrotnie poruszany w ostatnich latach przez środowisko ratowników medycznych. Mając świadomość tego problemu, Ministerstwo Zdrowia nie podjęło w okresie maj-wrzesień żadnych działań mających na celu usprawnienie systemu, nawet tymczasowych w postaci przeszkolenia i zaangażowania do tych zadań Wojsk Obrony Terytorialnej już w okresie wakacyjnym. Wskazywanym przez ratowników medycznych skutkiem braku działań rządu jest zwiększona liczba zgonów w karetkach spowodowana odsyłaniem ze szpitala do szpitala oraz długim oczekiwaniem na przyjęcie pacjenta w szpitalu.

Dodatkowo w okresie maj-wrzesień rząd powinien zwiększyć wydajność dyspozytorni systemu ratownictwa medycznego poprzez zatrudnienie dodatkowych pracowników infolinii. Zwiększenie zatrudnienia w dyspozytorniach, wprowadzenie standardów kierowania ZRM oraz system szkoleń dla dyspozytorów w związku z pandemią pozwoliłby na prowadzenie właściwej oceny kierowania ZRM do pacjentów i zwiększyłby wydajność systemu ratownictwa medycznego.

3. Wytyczne do testowania w kierunku COVID-19

Przez cały czas trwania pandemii system prowadzenia testów w kierunku COVID-19 ukierunkowany był na testowaniu pacjentów objawowych.

Również w dokumencie Strategia 2 (opublikowanym 10 października 2020 r.) kwestia testów poruszona została ogólnikowo i koncentruje się ponownie na pacjencie objawowym oraz określonych grup ryzyka (testowanie przed rozpoczęciem turnusu leczenia uzdrowiskowego, rehabilitacji uzdrowiskowej, przed przyjęciem do placówek opieki długoterminowej: hospicja, zakłady opiekuńczo – lecznicze, domy pomocy społecznej itp.). Tymczasem, pominięto planowe testowanie przesiewowe w zdiagnozowanych ogniskach COVID-19 i nie zdefiniowano zasad przeprowadzania planowych testów w miejscach, w których występuje wysokie ryzyko zdrowotne w przypadku zakażenia (hospicja, ZOL, DPS) i/ bądź wysokie ryzyko transmisji zakażenia (szkoły, przedszkola). W ten sposób rząd zrezygnował z kontrolowania pandemii, ponieważ tylko śledzenie transmisji wirusa pozwala ograniczyć jej rozmiary.

Niepodjęte działania w okresie maj-wrzesień 2020

- Opracowanie szczegółowych planów i zasad przeprowadzania testów w przypadku:
 - ▶ ognisk choroby,
 - ▶ grup ryzyka,
 - ▶ jednostek potencjalnie zwiększających ryzyko zakażenia.

Brak szczegółowej strategii wykonywania regularnych testów w centrach ryzyka epidemiologicznego (hospicja, ZOL, DPS, szkoły, przedszkola) uzależnionych od stanu zagrożenia epidemiologicznego w regionie (powiecie, gminie). Koncentracja strategii wykonywania testów w oparciu, o objawy powoduje niekontrolowane rozprzestrzenianie się wirusa przenoszonego przez osoby zakażone COVID-19, ale nieposiadające objawów lub posiadające objawy nierozpoznane jako symptomy zakażenia.

Testy w Polsce są wykonywane u osób objawowych, skierowanych na badania z placówek POZ oraz podczas przyjęć do leczenia (niezwiązanych z koronawirusem) w placówkach stacjonarnych (szpitale, ZOL, ZPO, DPS) i wśród kadry medycznej. Stąd duże wahania pomiędzy dniami powszednimi a weekendami (brak przyjęć planowych) przy

jednoczesnym wzroście odsetka zarażonych w badanej populacji (badani głównie objawowi).

Zgodnie z wytycznymi WHO, odsetek zakażonych do przebadanych nie powinien przekraczać 5% (w Polsce waha się pomiędzy 25 a 50% dla całej badanej populacji i jest powyżej 50% dla populacji objawowej). Przekroczenie wskaźnika 5% pozytywnych wyników świadczy o zbyt niskiej liczbie wykonywanych testów (np. braku testów przesiewowych) i zaniżeniu liczebności zarażonej populacji lub utracie panowania nad przebiegiem pandemii.

4. Organizacja leczenia szpitalnego

Model zabezpieczenia

W zakresie leczenia szpitalnego w pierwszej fazie pandemii podjęto decyzję o zabezpieczeniu leczenia chorych zakażonych wirusem SARS-CoV-2 w 21 szpitalach „covidowych”, których liczbę ograniczono następnie do 19. Zwraca uwagę fakt, że decyzje dotyczące jednostek zabezpieczających często dotyczyły szpitali flagowych w danym województwie, których wyłączenie spowodowało (w różnym czasie i z różnym nasileniem) ograniczenie dostępności do świadczeń dla pacjentów innych, niż chorzy na COVID (Szpital Uniwersytecki w Krakowie, CSK MSWiA w Warszawie). „Strategia Walki z Pandemią COVID-19. Jesień 2020” nie zawiera szczegółowych planów zabezpieczenia pacjentów zakażonych COVID-19 w świadczenia szpitalne. W dokumencie wskazano, że opieka opiera się na 3 stopniach: I - izolacja w szpitalu, II - opieka na oddziałach zakaźnych i oddziałach wydzielonych specjalnie dla pacjentów z COVID-19, III - opieka w szpitalach wielospecjalistycznych. Dopiero w 2 iteracji Strategii (3 listopada 2020 r. znajduje się informacja o przekształceniu części szpitali powiatowych w szpitale „covidowe” i zasadach włączania dodatkowych łóżek do opieki nad pacjentami z koronawirusem.

Powyższy model zabezpieczenia w świadczenia szpitalne jest niedostosowany do potrzeb zdrowotnych w okresie pandemii. Zaangażowanie każdego szpitala, a także każdego oddziału szpitalnego w proces leczenia pacjentów z objawami COVID-19 utrudnia właściwą

organizację opieki. Przede wszystkim jednak wstrzymuje działalność podstawową oddziałów.

Większość szpitali nie jest przygotowana do wydzielenia w ramach swoich struktur odizolowanych pomieszczeń (np. z oddzielnymi ciągami komunikacyjnymi – niedostosowanie infrastrukturalne) czy wydzielenia niezależnych zespołów medycznych wyłącznie do opieki nad pacjentami z COVID-19 przy jednoczesnym utrzymaniu zasobów osobowych niezbędnych do działalności podstawowej (brak dostępnych kadr).

W związku z realizacją strategii przyjętej przez Ministerstwo Zdrowia następuje drastyczne ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów niezarażonych COVID-19 z powodu ograniczenia infrastruktury medycznej oraz zasobów personelu medycznego. Szpitale nie otrzymały odpowiednio wcześniej informacji o konieczności dostosowania się do strategii Ministerstwa Zdrowia. Nie zapewniono także właściwych środków finansowych czy środków ochrony, które pozwoliłyby na prawidłowe zabezpieczenie wydzielonego na potrzeby oddziałów COVID-19 personelu i pomieszczeń medycznych. Brak przygotowania szpitali do opieki nad dużą liczbą pacjentów zakażonych COVID-19 spowodował rozprzestrzenianie się zakażeń wewnątrz szpitali i ograniczył dostęp do pozostałych świadczeń medycznych, w tym terapii chorób przewlekłych czy nowotworowych.

Szpitala polowe

Realizowane od drugiej połowy października (w przypadku Mazowsza – od 17.10.2020 r., w pozostałych województwach – 29.10.2020 r.) działania rządu dotyczące budowy szpitali polowych są działaniami spóźnionymi i nie rozwiązują problemów z brakiem możliwości hospitalizacji – poza Warszawą, gdzie szpital na Stadionie Narodowym został otwarty 30 października (i przez tydzień nie był operacyjnie zdolny do funkcjonowania), szpitale polowe mają być czynne dopiero od grudnia br. Ponadto, lokalizacja szpitali polowych najczęściej poza terenem i zasięgiem działania funkcjonujących placówek opieki zdrowotnej (na 16 województw, jedynie w 6 szpitale polowe powstają przy placówkach ochrony zdrowia, z czego w 2 przy zakładach lecznictwa uzdrowiskowego), oddalonych od oddziałów pulmonologicznych,

zakaźnych i OIT. Konieczne jest więc zapewnienie dla szpitali polowych pełnego zabezpieczenia w kadry medyczną, która nie jest związana obowiązkami zawodowymi w innych podmiotach leczniczych. Wziąwszy pod uwagę dostępność kadry medycznej w okresie poprzedzającym pandemię, możliwość rekrutacji personelu medycznego do szpitali polowych jest bardzo ograniczona lub wręcz nierealna. Skutkuje to tak drastycznymi sytuacjami, jak szpital na Stadionie Narodowym, który przyjmuje tylko pacjentów, którzy w innych szpitalach byliby wypisywani do domu, a przerywa do innych szpitali pacjentów z poważniejszymi objawami choroby. Środki zainwestowane w takie działania należy uznać za marnotrawstwo i przykład dramatycznie nierozumnych działań. Innym przypadkiem jest budowa szpitali pod kierownictwem MON – rozpoczęto budowę 4 tego typu jednostek, żadnego nie skończono i nie oddano do użytku, a w dodatku dotąd nie określono przydatności tych szpitali w całym systemie zwalczania epidemii.

Działania, które można było podjąć w okresie maj-wrzesień 2020

- Przegląd zasobów leczenia szpitalnego pod kątem infrastruktury (ze szczególnym uwzględnieniem wyposażenia w gazy medyczne, możliwości zorganizowania dodatkowych stanowisk intensywnej terapii, możliwości zorganizowania tlenoterapii) i możliwości jej wykorzystania w czasie pandemii;
- Przegląd zasobów kadrowych i zdefiniowanie potencjalnych braków kadrowych do właściwego zabezpieczenia pacjentów zarażonych SARS-CoV-2;
- Wybór lokalizacji szpitali polowych i zabezpieczenie środków i materiałów niezbędnych do ich uruchomienia w terminie nie dłuższym, niż 2 tygodnie, w zależności od sytuacji epidemicznej;
- Szczegółowe zaplanowanie alokacji bazy szpitalnej pod pandemię w zależności od sytuacji epidemicznej, z uwzględnieniem dostępności do świadczeń pacjentów niepandemicznych.

Przygotowanie strategii i wdrożenie działań odciążających szpitale posiadające oddziały pulmonologiczne, zakaźne lub OIT poprzez budowę

tymczasowych szpitali kontenerowych w bezpośrednim sąsiedztwie tych podmiotów leczniczych, np. na parkingach. Tymczasowe szpitale kontenerowe mogłyby częściowo korzystać z własnych zasobów kadrowych (pielęgniarek, lekarzy specjalistów). Szpitale pełniłyby funkcję oddziałów dla pacjentów COVID-19 niewymagających intensywnej terapii. Budowa takich szpitali pozwoliłaby na przeniesienie pacjentów z COVID-19 z niezakaźnych oddziałów szpitalnych, umożliwiając niezakłócone prowadzenie podstawowej działalności leczniczej przez oddziały. Lokalizacja szpitali kontenerowych w bezpośrednim sąsiedztwie szpitali stacjonarnych znacznie ułatwiłaby oddzielenie pacjentów z COVID-19 od pacjentów niezakażonych, wydzielenie dedykowanych zespołów medycznych, dostęp do infrastruktury medycznej (w tym aktualnie niewykorzystywanego przez szpital sprzętu medycznego), czy przekazanie pacjentów na OIT.

5. Organizacja opieki ambulatoryjnej

Od pierwszych dni pandemii w marcu br. drastycznie pogorszył się dostęp pacjentów do opieki ambulatoryjnej. Zgodnie z zaleceniami NFZ, wizyty niewymagające natychmiastowej interwencji były przekładane, zaś konsultacja przedmiotowa (badanie pacjenta przez lekarza) miała być poprzedzona teleporadą. Zmiana zasad funkcjonowania jednostek ambulatoryjnych spowodowała brak możliwości realizacji świadczeń u części pacjentów, w tym także dotyczących kontynuacji leczenia w chorobach przewlekłych. Od marca do września pacjenci z objawami wskazującymi na możliwość zakażenia SARS-CoV-2 kierowani byli do powiatowych stacji sanitarno – epidemiologicznych, celem skierowania na testy bądź nałożenia kwarantanny. W okresie marzec – czerwiec okazało się, że dodatkowe obowiązki nałożone na pracowników Sanepidu nie są możliwe do zrealizowania przy zasobach, którymi dysponują służby sanitarne w Polsce. Skutkiem były opóźnienia w kierowaniu na testy (lub brak skierowań), przekazywaniu wyników testów, decyzjach o nałożeniu kwarantanny bądź izolacji, obniżona sprawność i skuteczność (w szczególności na terenach o większej liczbie ognisk) przeprowadzanych dochodzeń epidemicznych. W ramach „Strategii Walki z Pandemią COVID-19. Jesień 2020” przekierowano decyzje o testowaniu pacjentów do placówek POZ, tym samym

zmniejszając obciążenie Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Jednocześnie, do połowy listopada nie przewidziano żadnego kanału dostępu do świadczeń dla chorych na COVID-19 niewymagających hospitalizacji (dopiero 16 listopada br. MZ uruchomiło program Domowa Opieka Medyczna), poza placówkami POZ i szpitalami „covidowymi” pacjentom zakażonym SARS-CoV-2 nie jest udzielane inne wsparcie medyczne. POZ z uwagi na ograniczenia kadrowe nie jest w stanie pełnić funkcji punktu konsultacyjnego dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem COVID-19. Powyższe zwiększa liczbę pacjentów, którzy w związku z nieprawidłowym prowadzeniem leczenia muszą być kierowani na oddziały intensywnej terapii.

Działania, które można było podjąć w okresie maj - wrzesień 2020

W ramach strategii przeciwdziałania II fali zakażenia wirusem COVID-19, Ministerstwo Zdrowia, wspólnie z NFZ, powinno opracować model działania ambulatoryjnych poradni COVID-19. Poradnie mogłyby opierać się na przychodniach pulmonologicznych z nastawieniem na teleporady i świadczenia telemedyczne (pulsoksymetry, spirometry zintegrowane z aplikacjami do zdalnego monitoringu). Poradnie powinny mieć możliwość wydawania zleceń na aparaty tlenowe do domowego użytku zgodnie z wytycznymi lekarza specjalisty. Aparaty tlenowe powinny być zakupione przez Agencję Rezerw Materiałowych i przekazane do dyspozycji poradni, podmiotów świadczących usługi w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych lub wybranych firm wypożyczających sprzęt medyczny i rehabilitacyjny.

Podsumowanie – najważniejsze punkty

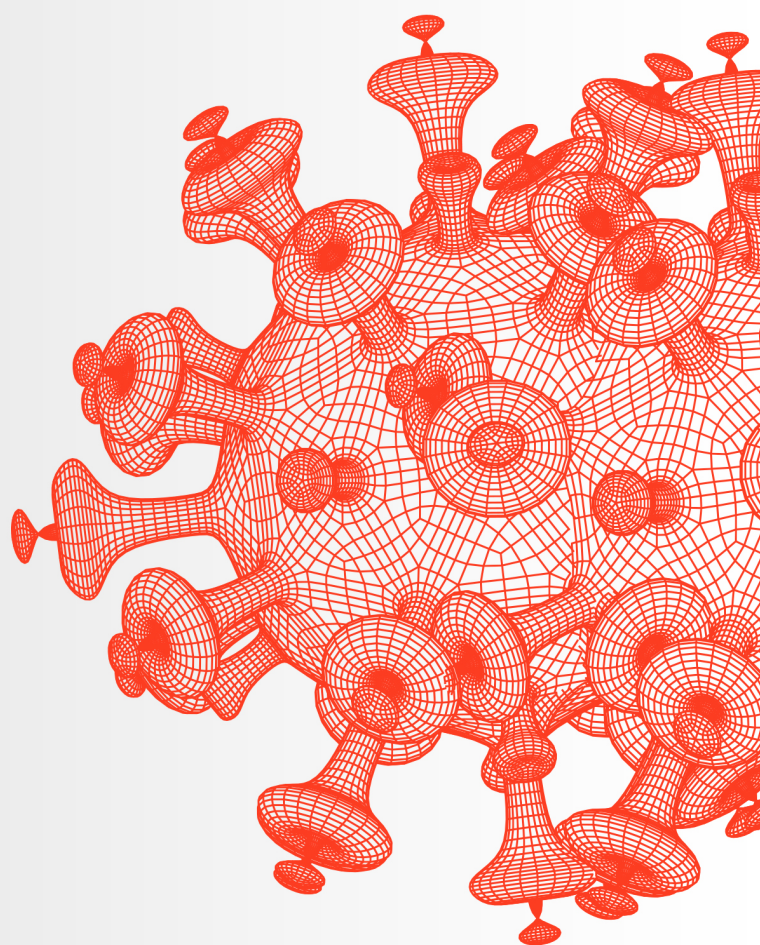
- Rzeczywistość nie wygląda tak, jak jest przedstawiana przez rząd – radzimy sobie słabo lub bardzo słabo;
- Działania w trakcie pandemii miały doraźny charakter i przynajmniej w części były wynikiem zapotrzebowania politycznego (mobilizacja elektoratu 60+ podczas wyborów prezydenckich), o czym świadczy, chociażby sinusoida restrykcji wprowadzanych, zdejmowanych i wprowadzanych ponownie

(o dziwo, Szwecja, którą traktuje się u nas jako przykład kraju, który podczas pandemii nie nakładał ograniczeń, w rzeczywistości przez większą część czasu pandemii – od 30.05 do 22.10 miała więcej ograniczeń, niż Polska);

- Przyczyny pojawiających się dzisiaj kłopotów w zarządzaniu pandemią mają częściowo charakter systemowy i historyczny (biedny i przestarzały system ochrony zdrowia ze słabym wykorzystaniem technologii IT i niską liczebnością kadr medycznych), przede wszystkim są jednak wynikiem braku przygotowania rzeczywistej strategii walki z koronawirusem, lekceważenia pandemii w lutym, gdy cały świat wiedział już, że jest groźna, nieodrobienia pracy domowej, kiedy był na to czas: 1.05 – 1.09 i działaniach doraźnych, które okazały się niewystarczające. W szczególności są to:
 - ▶ Zrzucenie całości ciężaru diagnostyki, zarządzania kwarantanną, dochodzeniami epidemicznymi w pierwszej fazie pandemii na Sanepid, który kadrowo i finansowo zupełnie nie był do tego przygotowany,
 - ▶ Oparcie transportu medycznego chorych na Zespołach Ratownictwa Medycznego bez wyposażenia służb RM w system weryfikujący liczbę miejsc w szpitalach i ze szkodą dla innych chorych (udary, zawały),
 - ▶ Decyzje o włączaniu/ wyłączeniu szpitali do/z obsługi COVID-19 nieoparte analizami dostępności infrastruktury, kadry, potrzeb zdrowotnych (nie tylko COVID) – całkowite wyłączenie dużych, bardzo istotnych z punktu widzenia dostępności świadczeń szpitali, ograniczenia dostępności w związku z koniecznością tworzenia łóżek COVID-19 w szpitalach wielospecjalistycznych, czego skutkiem jest wzrost śmiertelności niezwiązanej z koronawirusem o nawet 25%,
 - ▶ Decyzje o lokalizacji szpitali polowych podejmowane za późno, bez planu i bez synergii z istniejącą infrastrukturą zdrowotną (w szczególności dostępnością kadry medycznej),

- ▶ Brak rozwiązań (do 15 listopada) zabezpieczenia ambulatoryjnego pacjentów COVID-19 (jedyne rozwiązanie, funkcjonujące od 3.09 to porada w POZ),
- ▶ Diagnostyka nakierowana na przyjęcia do szpitali i pacjentów objawowych – brak regularnych przesiewów, brak badania w szkołach i przedszkolach, w końcu – brak badania w przypadku ognisk (jedyne narzędzie to kwarantanna), co powoduje, że (poza przyjęciami do szpitala) testujemy wyłącznie zjawiska ex-post, nie próbując nawet zarządzać poziomem zarażeń,
- ▶ Do października br. brak jakichkolwiek rozwiązań umożliwiających zabezpieczenie pracy sprzętu ratującego życie (o przygotowaniu do pracy z respiratorami lekarzy i pielęgniarek przypominano sobie odpowiednio 8 i 23 października, podczas gdy standardowy czas na przeszkolenie to 6 i 3 miesiące),
- ▶ Brak zabezpieczenia dostępu do koncentratorów tlenu dla domowego leczenia tlenem – pacjenci nie wymagający hospitalizacji, ale wymagający tlenoterapii muszą być hospitalizowani, bo nie ma koncentratorów,
- ▶ Bardzo niski poziom wykorzystania możliwości, jakie dają dzisiaj nowoczesne technologie i telemedycyna.

CZĘŚĆ II



Część II

1. Skutki zamykania poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej w wyniku pandemii

W okresie przed epidemią COVID-19 system ochrony zdrowia w Polsce należał do najgorszych wśród państw europejskich. Według raportów *Euro Health Consumer Index* system ochrony zdrowia w Polsce był oceniany jako trzeci najgorszy spośród badanych państw europejskich, ustępując m.in. Łotwie, Czarnogórze czy Macedonii¹. Międzynarodowy zespół badawczy szczególnie negatywnie ocenił m.in. czas oczekiwania na udzielenie procedur diagnostycznych i zabiegowych, liczbę niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych oraz wysokie dopłaty pacjentów. Niską jakość publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce dostrzegały również inne organizacje międzynarodowe, w tym OECD. Według danych opublikowanych w raporcie *Health at a glance 2019*², chociażby śmiertelność z powodu chorób nowotworowych była w Polsce wyższa niż w Rosji.

Krajowe instytucje, w tym podległy resortowi zdrowia Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH, zwracał uwagę, że nierówności w zdrowiu powodują, że średnia długość życia Polaków w zależności od wykształcenia może różnić się o 12 lat³. Natomiast raporty Krajowego Rejestru Nowotworów dowodzą, że skuteczność leczenia nowotworów w Polsce jest kilkanaście punktów procentowych niższa niż w innych państwach europejskich⁴. Dobitnie brak dostępności opieki dla polskich pacjentów udowadniały również sprawozdania Narodowego Funduszu Zdrowia. Według danych Funduszu w ostatnim czasie wzrosły kolejki, m.in. do poradni kardiologicznych, neurochirurgicznych, gastroenterologicznych oraz okulistycznych. Równie niepokojący jest wzrost kolejek do świadczeń dla dzieci⁵. Niski priorytet dla ochrony zdrowia przejawiał się również w perspektywach rozwoju systemu

1 <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

2 https://ec.europa.eu/health/state/glance_pl

3 <https://www.pzh.gov.pl/najnowszy-raport-nizp-pzh-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>

4 http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2017.pdf

5 <http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/1CC370D84E1B1ECFC12585D9003B0C8F/%24File/586.pdf>

ochrony zdrowia. Według szacunków OECD w 2030 r. finansowanie ochrony zdrowia w Polsce będzie niższe niż w Portoryko i Kolumbii⁶.

W trakcie kilku lat poprzedzających wystąpienie pandemii koronawirusa sytuacja polskich pacjentów ulegała stopniowemu pogorszeniu. Przynajmniej w niektórych obszarach malała dostępność świadczeń w wielu zakresach, rosły nierówności w zdrowiu. Do niekorzystnych zjawisk należy zaliczyć rosnącą różnicę w efektywności opieki w stosunku do innych państw europejskich – przykładem jest skuteczność leczenia onkologicznego, która wg OECD w badanych zakresach jest niższa niż w Turcji. W trakcie pandemii wiele spośród tych problemów nasiliło się, a strukturalne wyzwania ochrony zdrowia zaczęły coraz bardziej przekładać się na niekorzystną sytuację pacjentów.

2. Zapewnienia realizacji świadczeń planowych

Pojawienie się w Polsce pierwszej fali zakażeń wirusem SARS-CoV-2 charakteryzowało się stopniowym wzrostem liczby zakażeń oraz podjęciem decyzji o wprowadzeniu daleko idących restrykcji, których celem było ograniczenie transmisji wirusa. W dziedzinie ochrony zdrowia kluczową decyzją był komunikat ze strony Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (kierowanego przez ówczesnego prezesa Adama Niedzielskiego), który zalecił ograniczenie do minimum, lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego⁷. Reakcja świadczeniodawców na komunikat była niezwykle silna. Według raportów publikowanych przez organizacje pozarządowe nastąpiło:

- zamrożenie programów wczesnego wykrywania nowotworów – spadki realizacji świadczeń w zakresie cytologii i mammografii w wielu województwach osiągnęły ponad 95%⁸;
- ograniczenie nawet o połowę świadczeń związanych z radykalnym leczeniem nowotworów (z intencją wyleczenia)⁹;

6 https://ec.europa.eu/health/state/glance_pl

7 <https://www.medexpress.pl/nfz-komunikat-dla-swiadczeniodawcow-ws-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej/76744>

8 <http://onkologia2025.pl/userfiles/321321321/onkologia/COVID19/Onkologia%20w%20czasach%20COVID-19%20raport.pdf>

9 Tamże

- ograniczenie wystawiania kart szybkiej diagnostyki nowotworów – DiLO - nawet o 30-40% w porównaniu do roku poprzedniego¹⁰;
- redukcja porad na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej o 12 milionów, tj. o 30% w porównaniu z analogicznym okresem poprzedniego roku¹¹.

Decyzja o zamknięciu gospodarki dotknęła również pacjentów mieszkających poza miastami wojewódzkimi, którzy w celu kontynuacji leczenia nie mogli skorzystać z wygasającej oferty transportu publicznego. W efekcie niektóre organizacje pozarządowe oferowały wsparcie pacjentów w transporcie na diagnostykę oraz leczenie¹². Domagały się jednocześnie zapewnienia dostępności świadczeń w dobie epidemii, które nie spotkały się z odpowiedziami do dzisiaj¹³. Należy zauważyć, że nie powstał system informacji dla pacjentów szukających możliwości leczenia w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Co więcej, w ramach jednej z pierwszych regulacji - tzw. tarcz antykryzysowych - zniesiono obowiązek raportowania czasów oczekiwania na udzielenie świadczeń w ramach portalu „Terminy Leczenia”, prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W miesiącach letnich Ministerstwo Zdrowia deklarowało rozpoczęcie prac nad strategią zapewnienia dostępności opieki w czasie epidemii, przede wszystkim w dziedzinie onkologii, kardiologii oraz innych dziedzinach o kluczowym znaczeniu dla zdrowia Polaków. Brak odpowiedniego przygotowania procedur i wytycznych realizacji świadczeń w ramach nowego reżimu sanitarnego, sprawiły jednak, że redukcja liczby realizowanych świadczeń miała charakter trwały. Ponadto, w połowie października Narodowy Fundusz Zdrowia po raz kolejny zwrócił się do ośrodków o zawieszenie zabiegów planowych, kierując zasoby niezbędne do ich realizacji na walkę ze skutkami epidemii¹⁴.

10 <http://federacjaonkologiczna.pl/2020/09/22/czy-kryzys-epidemiczny-w-onkologii-zostanie-zazegnany-z-satysfakcja-obszerwujemy-stopniowa-poprawe-w-diagnostyce-onkologicznej/>

11 <https://mypacjenci.org/11-milionow-mniej-porad-w-poz>

12 <https://alivia.org.pl/aktualnosci/bezpieczny-i-darmowy-transport-dla-pacjentow-z-onkotaxi/>

13 <http://federacjaonkologiczna.pl/2020/10/31/pytania-do-ministra-zdrowia-oraz-prezesa-rady-ministrow-o-przygotowanie-opieki-i-leczenia-onkologicznego-na-czas-jesiennej-fali-zachorowan-na-covid-19-w-trybie-dostepu-do-informacji-publicznej/>

14 <https://www.tokfm.pl/Tokfm/7,171710,26400280,nfz-ze-wzgledu-na-epidemie-ogranicza-planowane-zabiegi-medyczne.html>

3. Potencjalne skutki ograniczenia dostępności ochrony zdrowia w trakcie pandemii

Możliwość prowadzenia procesu diagnostycznego oraz zapewnienie opieki redukującej ryzyko zaostrzenia choroby ma kluczowe znaczenie w wielu dziedzinach medycyny. Badania naukowe wskazują, że opóźnienie diagnozy w zasadniczy sposób zwiększa śmiertelność¹⁵. Prof. Cezary Szczylik wskazywał, że ograniczenie działalności systemu ochrony zdrowia w Polsce będzie kosztować życie tysiące pacjentów¹⁶.

Prof. Piotr Wysocki, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, stwierdził, że śmiertelność z powodu raka wzrośnie drastycznie. Ponadto, pojawiają się w gabinetach pacjenci, którzy w poszukiwaniu możliwości terapii podróżują kilkaset kilometrów¹⁷. Niepokój wyrażali również specjaliści innych dziedzin medycyny, w tym kardiolodzy i neurologi.

Obecnie nie ma centralnego systemu monitorowania dostępności świadczeń dla pacjentów, jednak Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował informacje dotyczące realizacji procedur oraz informacje o redukcji liczby realizowanych świadczeń w porównaniu do analogicznych okresów poprzedniego roku¹⁸. Analiza dokumentów wskazuje m.in. na:

- redukcję o ponad milion miesięcznej liczby porad na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej¹⁹;
- redukcję o ponad połowę świadczeń z zakresu leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc;
- redukcję liczby wszczepianych rozruszników serca oraz ograniczenie realizowanych zabiegów z zakresu leczenia zaburzeń rytmu serca;
- redukcję o ponad jedną trzecią zabiegów z zakresu koronarografii oraz angioplastyki;

15 https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4087?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_term=hootsuite&utm_content=sme&utm_campaign=usage

16 <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Prof-Szczylik-po-pandemii-pojawi-sie-ogromna-liczba-quot-tsunami-quot-zbyt-pozno-zdiagnozowanych-chorych,212206,1013.html>

17 <https://polskatimes.pl/prof-piotr-wysocki-gwaltownie-wzrosnie-w-polsce-smiertelnosc-chorych-z-choroba-nowotworowa/ar/c1-15174790>

18 <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/local/nfz/reports.php>

19 <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=112>

- redukcję liczby pacjentów leczonych z powodu udarów mózgu.

Brak zapewnienia odpowiedniej dostępności świadczeń przekłada się na zwiększenie ryzyka zaostrzeń procesu chorobowego oraz opóźnia diagnostykę w dziedzinach, gdzie ma ona decydujące znaczenie. Na dzisiaj trudno oszacować krótkoterminowe oraz odległe skutki ograniczenia dostępności opieki zdrowotnej. Według deklaracji resortu zdrowia analizy epidemiologiczne w tym zakresie zostaną podane do publicznej wiadomości. Na dzisiaj jedynym dowodem drastycznego pogorszenia się systemu ochrony zdrowia w Polsce jest bezprecedensowy wzrost liczby zgonów. Według danych z Rejestru Stanu Cywilnego tylko w jednym tygodniu października liczba zmarłych była o ponad dwa tysiące wyższa niż średnia z ostatnich dziesięciu lat²⁰. Prawdopodobnie liczba ofiar epidemii będzie wielokrotnie wyższa niż liczba zgonów z powodu COVID-19, w szczególności w przypadku braku zapewnienia możliwości diagnostyki i leczenia innych chorób niż zakażenie koronawirusem.

4. Podsumowanie

System ochrony zdrowia w Polsce w latach poprzedzających wystąpienie epidemii COVID-19 charakteryzował się długimi kolejkami do świadczeń, dużymi nierównościami w zdrowiu oraz niską efektywnością opieki. Brak strategicznego podejścia do systemu ochrony zdrowia sprawił, że według prognoz OECD wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w 2030 r. miały być niższe niż w Portoryko lub Kolumbii. W efekcie liczba zgonów do uniknięcia należy w Polsce do najwyższych wśród państw Unii Europejskiej²¹.

Wprowadzenie wiosennego lockdown'u przez rząd objęło również system ochrony zdrowia, zgodnie z decyzją Narodowego Funduszu Zdrowia kierowanego przez obecnego szefa resortu zdrowia Adama Niedzielskiego. Eliminacja programów wczesnej diagnostyki nowotworów, zapaść w działalności podstawowej opieki zdrowotnej, ograniczenie dostępności informacji dla pacjentów wpłynęły na ciągłość opieki nad chorymi oraz możliwością zabezpieczenia ich potrzeb

20 https://www.money.pl/gospodarka/akt-zgonu-za-aktem-zgonu-polakow-umiera-rekordowo-duzo-6568771565054656a.html?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=fbwp&utm_term=post&utm_content=money&fbclid=IwAR3-M2r45_vC6S0WjKCHnQ-LS1u8AtLyRt3EuYOdWnjE6Nd6m8YFCAo_yns

21 <https://www.money.pl/gospodarka/zgony-ktorych-mozna-uniknac-wynik-polski-martwi-a-pandemia-moze-gojeszcze-pogorszyc-6544055379748481a.html>

zdrowotnych. Tymczasem lockdown ma sens tylko wtedy, gdy podczas jego trwania zwiększa się pojemność i wydolność systemu ochrony zdrowia, by przygotować go i wzmocnić przed kolejną falą.

Pomimo planów wdrożenia rozwiązań umożliwiających powrót do normalnego funkcjonowania ochrony zdrowia, liczba realizowanych świadczeń spadła, obejmując kluczowe obszary jak onkologia, kardiologia, neurologia i inne. Brak odpowiedniego dostępu do ochrony zdrowia według ekspertów przyczyni się do skokowego wzrostu śmiertelności z powodu chorób nowotworowych, pogorszy się stan zdrowia pacjentów niediagnostowanych i nieleczonych z innych powodów. Liczba zgonów rejestrowanych w ciągu tygodnia w październiku osiągnęła poziom o dwa tysiące wyższy niż średnia dla poprzednich dziesięciu lat. Pomimo deklaracji resortu zdrowia, do dzisiaj nie opublikowano informacji o przyczynach takiego stanu rzeczy.

CZĘŚĆ III



Część III

1. Finansowanie

Na finansowanie ochrony zdrowia swoich obywateli jeszcze przed pandemią Polska przeznaczyła rocznie znacznie mniej środków niż średnio inne państwa unijne²². Rząd PiS, mimo trwającej od czterech lat dobrej sytuacji w gospodarce i wysokich dochodów budżetowych, nie poprawił tej sytuacji, a w zasadzie ją pogorszył. Według danych Eurostatu i OECD Polacy coraz więcej wydają na ochronę zdrowia „out-of-pocket”, czyli z prywatnej kieszeni²³. To swoista prywatyzacja ochrony zdrowia bez zmian ustawowych. Konsekwencją był wzrost śmiertelności Polek i Polaków i spadek oczekiwanej długości naszego życia w latach 2017-2019²⁴. I chociaż rząd usiłował tłumaczyć to ostrą zimą i smogiem, to eksperci są zgodni: winne są zbyt niskie nakłady na zdrowie, które powodują wydłużanie kolejek do lekarzy specjalistów²⁵ i uniemożliwiają dostęp do innowacyjnych metod leczenia.

Pod presją lekarzy rezydentów w 2017 roku rząd zadeklarował podniesienie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do 6% PKB, co ma nastąpić w 2024 roku²⁶. Jednak jako podstawę wyliczenia przyjęto PKB sprzed dwóch lat (t-2). To oznacza, że nakłady na ochronę zdrowia Polaków w 2020 roku zaplanowano jako 5,03% PKB, ale PKB z 2018 roku. Cały świat od początku tego roku koncentruje się na walce z wirusem SARS-CoV-2. Pandemia stała się sprawdzianem dla rządu, a warunkiem koniecznym, żeby w walce z wirusem nie polec, było wzmocnienie systemu ochrony zdrowia, w zasadzie zanim pojawił się pierwszy dodatni pacjent, czyli wczesną wiosną. A jeśli ten system był niedofinansowany i częściowo niewydolny już przed pandemią, to znaczy, że w czasie pandemii należało bezwzględnie i znacznie dofinansować polską ochronę zdrowia, doposażyć w brakujący sprzęt, środki ochrony osobistej, przeprowadzić szkolenia personelu, zwiększyć zatrudnienie

22 https://ciekaweliczby.pl/wydatki_panstw_na_zdrowie

23 Health at a Glance: Europe 2018, STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE (OECD), str 149

24 Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 marca 2020 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn

25 BAROMETR WHC Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 19/15/02/2019 Stan na grudzień/styczeń 2019 r.

26 Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

w sanepidzie i wynagrodzenia dla pracowników medycznych, a także wzmocnić kadry dzięki przygotowanym odpowiednio wcześniej absolwentom wydziałów okołomedycznych.

W trakcie nowelizacji budżetu 2020 r., zapowiadanej od wiosny, a przeprowadzonej jesienią, gdy wzrost zachorowań postępował, minister finansów, uzasadniając nowelizację, oznajmił, że ze względu na sytuację pandemiczną wprowadza największy w historii deficyt finansów państwa – prawie 110 mld zł. Naturalne było oczekiwanie pacjentów i medyków, że znaczna część z tej kwoty trafi do systemu ochrony zdrowia. Tak się nie stało.

Przed pandemią rząd zaplanował przeznaczyć na ochronę zdrowia w 2020 r. 8 mld 495 mln 667 tys. zł z budżetu państwa (łącznie z rezerwą), a gdy dodać wszystkie wydatki budżetowe na zdrowie, w tym, np. wynagrodzenia pracowników ministerstwa zdrowia, to w układzie zadaniowym wydatki te zaplanowano w kwocie 11 mld 260 mln zł, czyli 0,47% PKB²⁷. Pozostałe, a zarazem główne, nakłady na ochronę zdrowia to obowiązkowe składki na NFZ i dodatkowe przychody tego Funduszu. Pandemia nie skłoniła rządu do przeorganizowania budżetu i dofinansowania ochrony zdrowia Polek i Polaków. W nowelizacji budżetu państwa na ochronę zdrowia przewidziano dodatkowo jedynie 2 mld zł (słownie: dwa miliardy złotych) z ponad stumiliardowego deficytu²⁸.

Ważniejsze od ratowania zdrowia i życia obywateli, było przeznaczenie funduszy na przyszłoroczną 13. i 14. emeryturę, czyli zamrożenie kilkadziesiątu miliardów zł. A przecież w obecnej sytuacji priorytetem powinno być dofinansowanie ochrony zdrowia seniorów, będących w grupie największego ryzyka. Zadłużenie skarbu państwa i powiększenie deficytu w tym roku w celu realizowania wydatków przyszłorocznych to łamanie zasad ustawy o finansach publicznych. Ale rząd postanowił wykorzystać obecną sytuację i łagodniejsze podejście do nawet dużych deficytów w roku pandemii przez Komisję Europejską i rynki finansowe.

Tymczasem deficyt budżetowy w roku 2020 w Polsce nie jest wynikiem pandemii, bo gospodarcze jej skutki rząd finansuje przede wszystkim ze źródeł pozabudżetowych (zwiększając dług publiczny, ale nie deficyt)

27 Ustawa budżetowa na rok 2020 z dnia 14 lutego 2020 roku - podpisana przez Prezydenta RP 30 marca 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 571)

28 Ustawa o zmianie ustawy budżetowej na rok 2020 z dnia 28 października 2020 r.

a skutków w systemie ochrony zdrowia nie finansuje z budżetu państwa w zasadzie w ogóle. W nowelizacji budżetu rząd dofinansował za to, o ponad 3 mld zł, obronę narodową.

Trudno też powiedzieć, czy dwa miliardy, o które w nowelizacji budżetu powiększono rezerwę celową, zostaną wykorzystane, żeby wesprzeć system ochrony zdrowia będący na skraju wydolności. Z prac sejmowych nad nowelizacją budżetu i ustawą o Funduszu Medycznym²⁹ wynika, że te pieniądze mają być wykorzystane właśnie przez nowy Fundusz. Powstał on po to, żeby zatuszować przekazanie 2 mld zł na Telewizję Publiczną, zamiast na leczenie onkologiczne i tylko oburzenie opinii publicznej podczas kampanii prezydenckiej zmusiło rządzących do powołania tego Funduszu.

Pomijając jednak kwestie polityczne, w tym upolitycznioną radę, która ma opiniować wydatkowanie środków subfunduszu, także w warstwie merytorycznej pozostaje wiele znaków zapytania.

- Po pierwsze nie przewidziano żadnych nowych źródeł finansowania Funduszu Medycznego, a to znaczy, że środki na inne zadania w ochronie zdrowia zostaną po prostu zmniejszone.
- Po drugie w ustawie zapisano, że maksymalne finansowanie w 2020 roku to 2 mld zł. To znaczy, że minimalne finansowanie może wynieść zero, a zważywszy, że ustawa wchodzi w życie pod koniec roku budżetowego, jest niemal pewne, że hucznie ogłaszany Fundusz Medyczny jest zabiegiem propagandowym.

Nieracjonalne z punktu widzenia walki z pandemią zachowanie rządu, czy wręcz niewybaczalny błąd, to także brak wzrostu wydatków na inspekcję sanitarną. Instytucja, która na swoich barkach w czasie pandemii niesie więcej niż to możliwe, nie dostała ani złotówki i nie utworzono w niej, ani jednego dodatkowego etatu. A przecież wiadomo, że kluczowe dla panowania nad rozprzestrzenianiem się wirusa jest śledzenie kontaktów chorego. Tak robi cały świat, a w Polsce niektóre sanepidy nie wprowadzają już zakażonych pacjentów do systemu, bo nie są w stanie. Telefon pracownika sanepidu wykonany do zakażonego jest rzadkością. W budżecie Ministerstwa Zdrowia na 2020 rok dla inspekcji

29 Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym

sanitarnej zaplanowano 43,9 mln zł, dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej MSWiA – 8,7 mln zł, a w budżetach wojewodów – 1266,6 mln zł, co w sumie daje 1319,2 mln zł (1,3 mld zł)³⁰. Nie zmieniło się to w znowelizowanym budżecie, a przecież rząd uzasadniał konieczność nowelizacji ustawy budżetowej skutkami pandemii. I chociaż funkcję płatnika w naszym systemie pełni Narodowy Fundusz Zdrowia, finansując z obowiązkowych składek świadczenia zdrowotne, to przecież pandemia, jako czas nadzwyczajny, wymaga nadzwyczajnych działań i nadzwyczajnych wydatków z budżetu państwa. Tak się nie stało.

Jednym z wielu przykładów działania niecelowego i nieuzasadnionego ekonomicznie jest budowa szpitali tymczasowych. O tym, jak bardzo nieekonomiczny, jest pomysł wielkich „narodowych” szpitali, świadczą liczby. Stawka za pobyt pacjenta z COVID-19 w szpitalu to 630 zł lub 330 zł za dobę, to zależy od poziomu saturacji pacjenta. W szpitalach tymczasowych nie obowiązuje kryterium saturacji, a opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń ma kosztować 822,42 zł (za dobową dostępność łóżka). Natomiast jak już pacjent trafi do takiego szpitala, to hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 została wyceniona na 1026,40 zł (za osobodzień). Jeszcze drożej wyceniono opłatę ryczałtową za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej, to 3 773,70 zł (za dobową dostępność jednego stanowiska umożliwiającego prowadzenie wentylacji mechanicznej pacjenta) i 4321,14 zł za dzień pobytu pacjenta wymagającego takiej wentylacji. NFZ zapłaci też ryczałtem za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym – 18 299 zł (za dobową gotowość do udzielania świadczeń)³¹. Zmiany rocznego planu finansowego Funduszu, które przyniosły wzrost kosztów Funduszu ogółem o ok. 6 mld zł, takich wydatków nie przewidywały³². Obciążenie NFZ kosztami „gotowości szpitali tymczasowych”, których jak na razie skuteczność w realnej pomocy chorym na COVID19 jest zerowa, jest nieuzasadnionym marnotrawstwem pieniędzy publicznych. Jest oczywiste, że rząd chce pokryć przynajmniej

30 Ustawa budżetowa na rok 2020 z dnia 14 lutego 2020 roku - podpisana przez Prezydenta RP 30 marca 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 571)

31 <https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/251052,gdzie-sa-najdrozsze-lozka?fbclid=IwAR36Fgvu5U2s365cH1YxIHxKmj6jAvJgJ1EpdmVR-La8ZKwWJ7NDxpJouo>

32 Plan finansowy zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, Rozwoju i Inwestycji w dniu 13 listopada 2019 r./ Plan finansowy NFZ na 2020 r. stanowiący załącznik do zarządzenia nr 130/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2020 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2020 rok.

część kosztów stworzenia szpitali tymczasowych pieniędzmi z budżetu NFZ, zamiast przeznaczyć je na finansowanie świadczeń medycznych.

Tym trudniej to zaakceptować, że świetnie wyposażone szpitale, np. GeoMedical w Katowicach stoją puste, a tuż obok w Międzynarodowym Centrum Kongresowym rząd tworzy szpital covidowy. Szpital GeoMedical wyposażony jest w tomograf komputerowy, rezonans, przyłóżkowe urządzenia diagnostyczne i pięć respiratorów. Pojemność szpitala to 350 łóżek, a 150 nowoczesnych łóżek w salach trzyosobowych już jest. Jest też parking, na którym może lądować helikopter, ale szpital nie ma kontraktu, a Ministerstwo Zdrowia nie jest zainteresowane, żeby leczyć tu chorych na COVID-19 w komfortowych warunkach i taniej niż w „Szpitalu Narodowym” czy w MCK³³.

Od pierwszych dni marca Koalicja Obywatelska apeluje o wyższe stawki dla lekarzy, pielęgniarek, ratowników i tych wszystkich pracowników medycznych, którzy pracują z chorymi na COVID-19. Dodatki do wynagrodzenia powinny być wypłacane wszystkim pracownikom, którzy z racji swojej pracy narażeni są na utratę zdrowia lub życia poprzez zakażenie się wirusem SARS-CoV-2. Państwo powinno zapewnić też dodatkowe poczucie bezpieczeństwa, opłacając ubezpieczenie tych osób. Takie rozwiązania leżą w sejmie w formie gotowych projektów ustaw. Co więcej, jest nawet ustawa podpisana przez Prezydenta, która dzięki poprawce Senatowi przyznaje takie dodatki³⁴. Niestety partia rządząca uznała, że ustawa w tym kształcie jest wynikiem pomyłki w głosowaniu i nie może wejść w życie. Premier wstrzymał jej opublikowanie w dzienniku ustaw, a wraz z tym datę wejścia w życie przepisów korzystnych dla personelu medycznego. W przestrzeni publicznej pojawiły się też absurdalne „wyliczenia”, że ustawa generowałaby koszt w wysokości 40 mld zł rocznie. To kłamstwo. Chyba, że oceniamy skutki regulacji (OSR) w perspektywie 10 lat, ale przecież w przyszłym roku ma być szczepionka, więc tak pesymistyczny scenariusz raczej świata nie grozi. Ostatecznie sejm głosami posłów partii rządzącej znowelizował ustawę, zabierając dodatki wszystkim pracownikom

33 https://dziennikzachodni.pl/wlasciciel-pustego-szpitala-geomedical-dziwie-sie-ze-rzad-woli-szpital-tymczasowy-bez-okien-w-centrum-kongresowym-zamiast-mojego/ar/c1-15282878?fbclid=IwAR3-e1dEZLw9xZ6aePKzS1dHNNbYlvRG7L65xjozkTlCdNvU54_kv6flsk&utm_campaign=CampaignName&utm_medium=push&utm_source=pushpushg

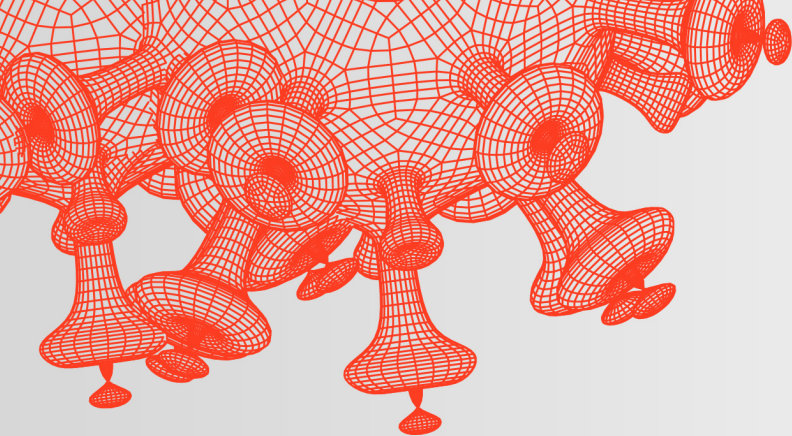
34 Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19

medycznym walczącym z COVID-19, a pozostawił tylko dla tych, których do pracy skierował wojewoda.

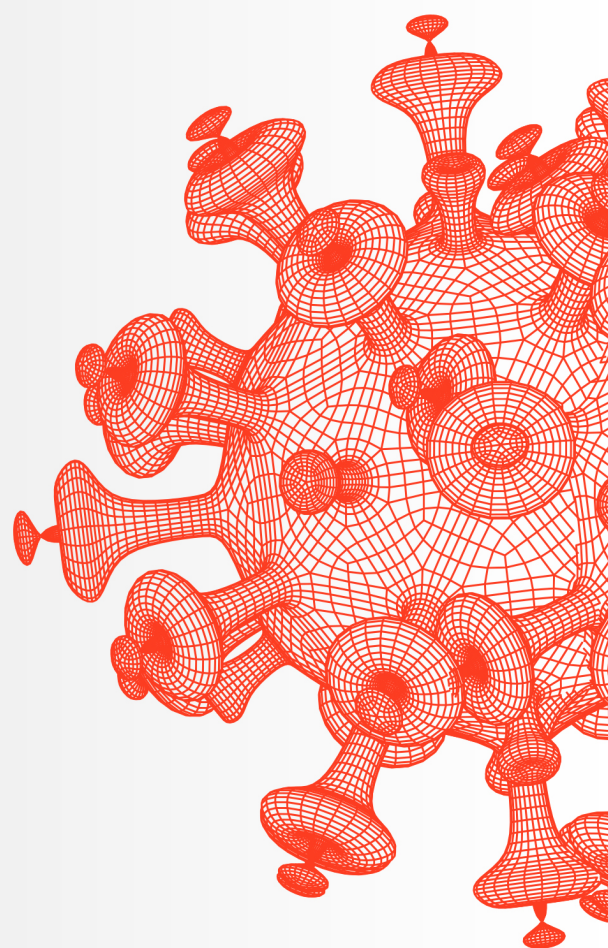
Reasumując, koszt 100% dodatku dla całego personelu medycznego opiekującego się chorymi na COVID-19 to maksymalnie ok. 4 mld zł. Rząd zmienił swoje „wyliczenia” i ustami rzecznika szacuje ten koszt na kilkanaście miliardów złotych, twierdząc jednocześnie, że wydatek ten zrujnowałby finanse państwa. W naszej ocenie istnieje obawa, że niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia będzie miało drastycznie negatywny wpływ na kondycję gospodarki, a w konsekwencji na stan finansów państwa. Smutną konkluzją finansowania ochrony zdrowia w czasie pandemii jest fakt, że w budżecie na 2021 rok, chociaż wiemy, że to będzie wciąż czas pandemiczny, nie ma ani jednej złotówki więcej niż to, co ustawa o dojściu do 6 proc. w 2024 roku przewiduje. Nakłady na zdrowie w przyszłym roku to 5,30 proc. produktu krajowego brutto, czyli tyle, ile planowaliśmy na czas bez pandemii³⁵. Jedynym ratunkiem wydają się dzisiaj środki z Unii Europejskiej, bez których niemożliwe byłoby w ogóle funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce w roku 2020, a bez dużego strumienia pieniędzy unijnych trudno wyobrazić sobie także funkcjonowanie systemu w latach kolejnych. Tym bardziej niezrozumiałe, z punktu widzenia polskiej racji stanu, życia i zdrowia obywateli, wydaje się stanowisko rządu PiS zapowiadające weto wobec wieloletniego budżetu UE i Funduszu Odbudowy.

Taka postawa rządu jest kompletnie niezrozumiała, bo po roku nierównej walki z pandemią, braki w kadrze medycznej, w sprzęcie, infrastrukturze i finansach systemu ochrony zdrowia będą gigantyczne i potrzebny będzie nie propagandowy, ale prawdziwy Narodowy Program Naprawy Ochrony Zdrowia. Bez dodatkowych znacznych pieniędzy nie da się nawet wrócić do nie najlepszej przecież kondycji systemu ochrony zdrowia sprzed pandemii, a przecież stan zdrowia znacznej części społeczeństwa także znacząco się pogorszył z powodu ograniczonego dostępu do świadczeń medycznych i lekarzy.

35 Projekt ustawy budżetowej na rok 2021 przekazany do Sejmu RP przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 28 września 2020 r.



CZĘŚĆ IV



Część IV

Statystyki

1. Liczba zakażeń ogółem

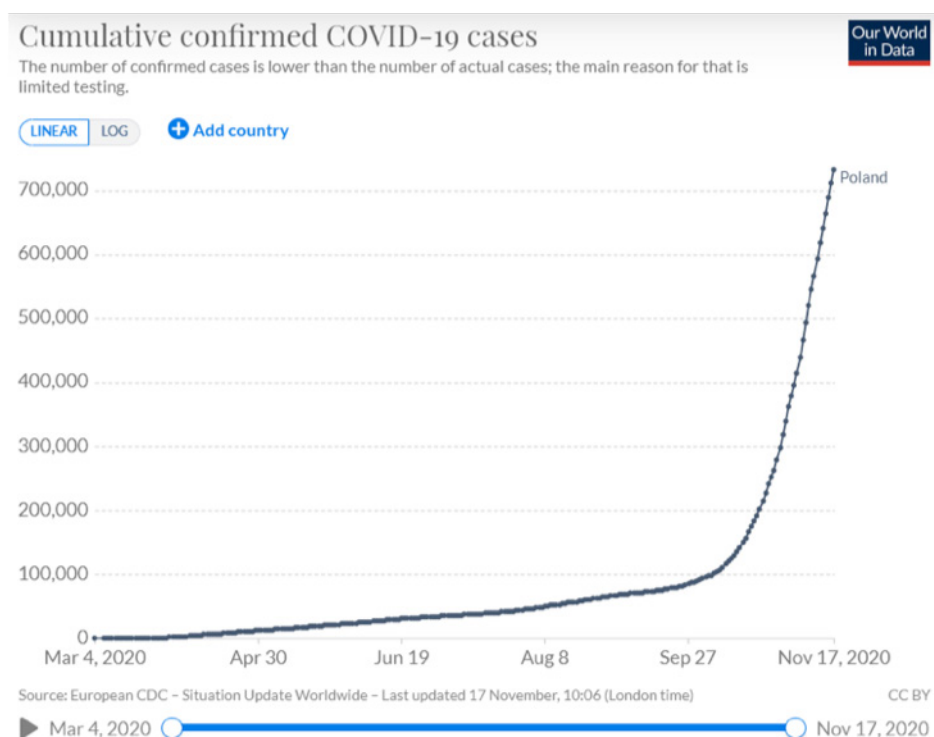
Gwałtowny wzrost zakażeń nastąpił na przełomie września i października.

Jeszcze **4 października** łączna liczba zakażeń wynosiła **98 tys.**

22 października liczba ta, przekroczyła **200 tys.**

4 listopada było już **414 tys.** łącznych zakażeń.

16 listopada było już **713 tys.** łącznych zakażeń.



2. Liczba pozytywnych testów

Pomiędzy **5 maja a 15 września** liczba pozytywnych wyników testów oscylowała w granicach **ok. 2,5%**

27 września - 5,4%.

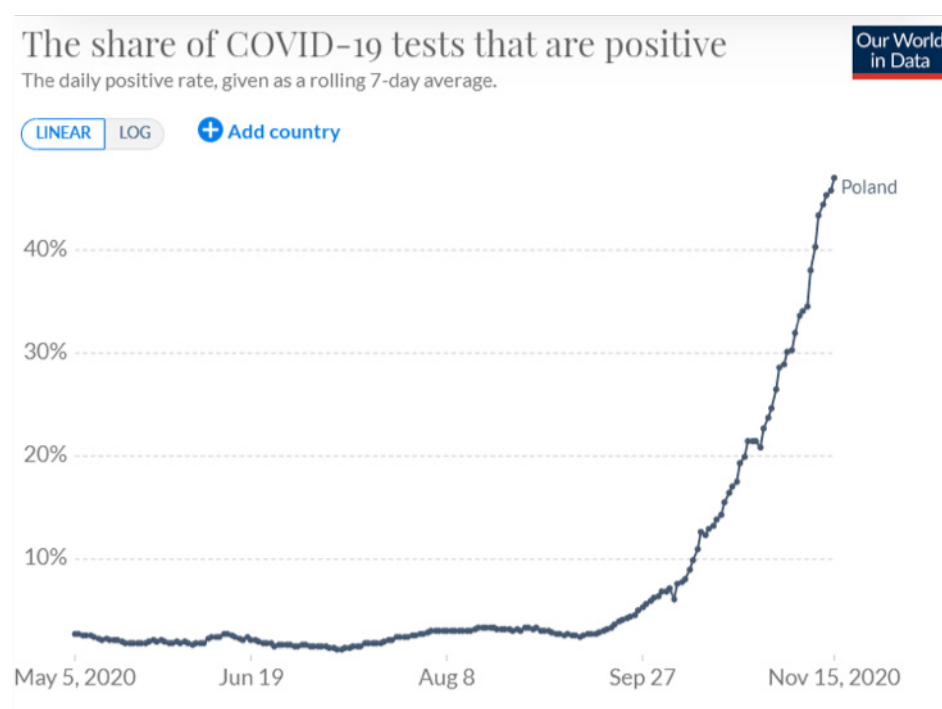
11 października - 11%.

23 października - 20%.

3 listopada - 30%.

15 listopada - 47%

(dane w oparciu o tzw. 7 dniową średnią kroczącą)



3. Liczba testów na 1 tysięcy osób w Polsce

Pomiędzy 6 maja a 1 października liczba testów wykonywanych na 1 tys. mieszkańców wahała się w Polsce w przedziale od 0,3 – 0,62.

Od 3 października nastąpił wzrost liczby testów. 8 listopada osiągnięty został maksymalny współczynnik – 1,74 testu na 1 tys. mieszkańców.

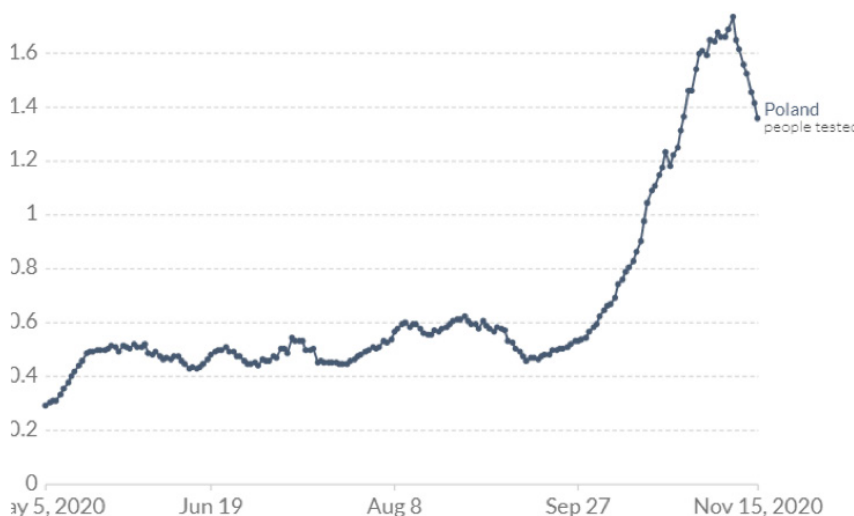
Niestety od 8 listopada liczba testów zaczęła spadać – 15 listopada współczynnik wynosił 1,36. (dane w oparciu o tzw. 7 dniową średnią kroczącą)

Daily COVID-19 tests per thousand people

The figures are given as a rolling 7-day average.

Our
in

+ Add country



4. Porównanie liczby testów na 1 tys. mieszkańców w Polsce i sąsiadujących z Polską państwach UE: w Niemczech, Czechach, na Słowacji i Litwie

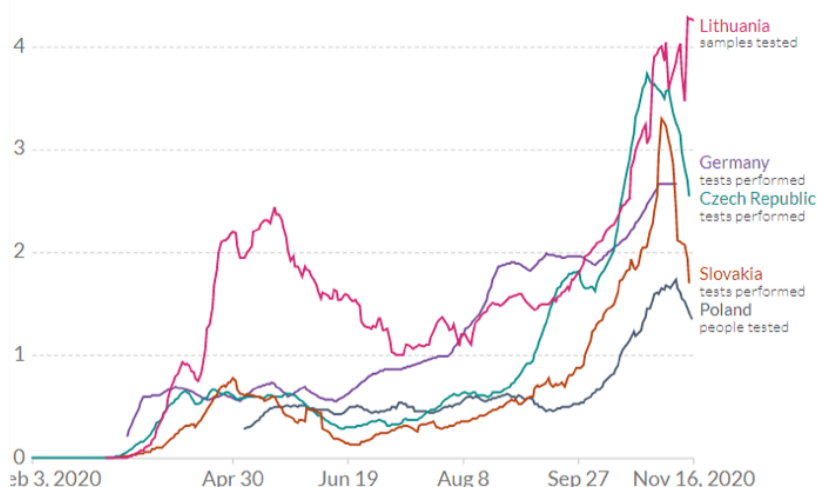
W porównaniu do sąsiednich państw UE Polska wykonuje od 4 września najmniejszą liczbę testów na 1 tys. mieszkańców. Wcześniej liczba ta również była stosunkowo niska – więcej testów wykonywano na Litwie i w Niemczech.

Daily COVID-19 tests per thousand people

The figures are given as a rolling 7-day average.

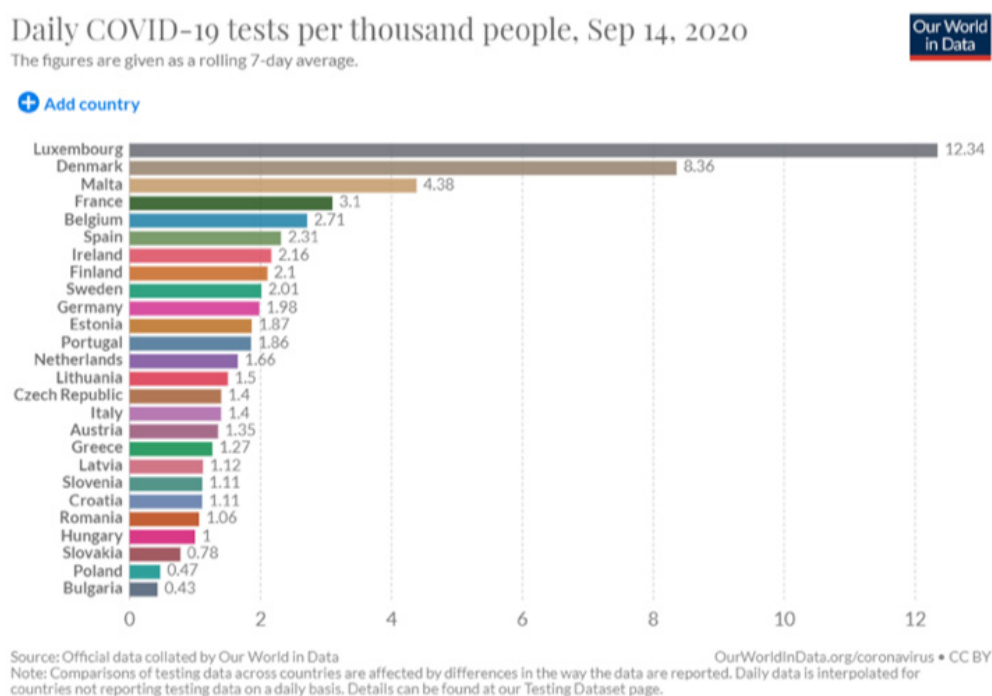
Our
World
in
Data

+ Add country

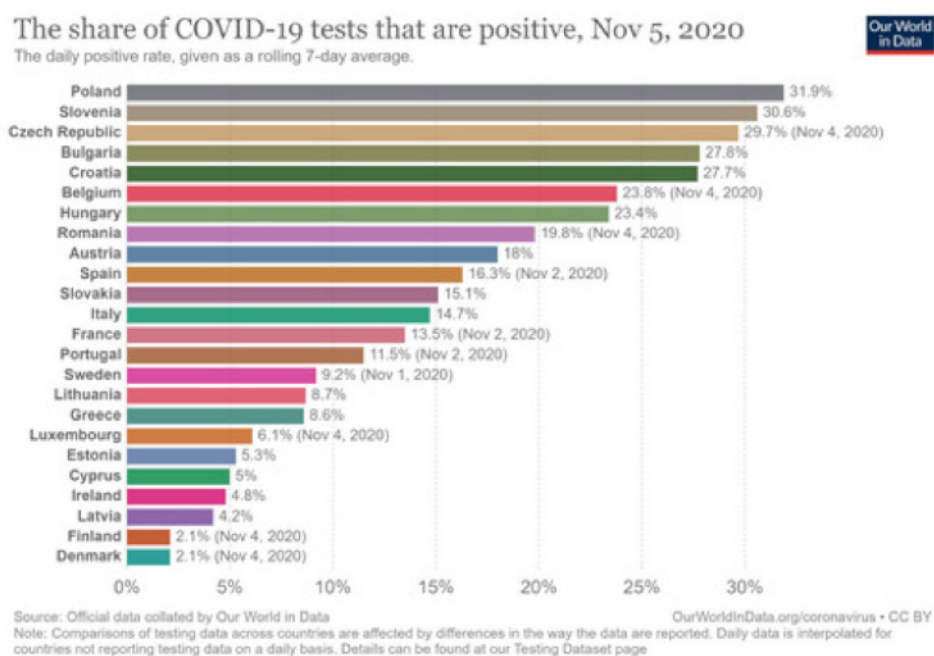


5. Porównanie liczby testów na 1 tys. mieszkańców w Polsce i w UE

Według stanu na 14 września 2020 r. Polska, na tle państw UE, znajdowała się na przedostatnim miejscu jeśli chodzi o liczbę wykonywanych testów na 1 tys. mieszkańców:



Na początku listopada Polska była państwem o największym procentowo współczynników testów pozytywnych.



6. Zgony – dane porównawcze miesiąca października w latach 2016-2020



Liczba zgonów w październiku 2020 r. Wyniosła ponad 47,5 tys. Była to znacznie wyższa liczba zgonów (o ok. 15 tys.) niż średnia liczba zgonów w październiku roku 2015, 2016, 2017, 2018, czy też 2019 r. Biorąc pod uwagę, że na koronawirusa zmarło oficjalnie w październiku 3,1 tys. osób (dane Min. Zdrowia) należy stwierdzić, iż przyczyną tak znacznej ilości zgonów jest nie tylko COVID, ale też ograniczenie funkcjonowania ochrony zdrowia dla osób niechorujących na COVID. Nie stworzono systemu „białych szpitali”, które pozwoliłyby przyjmować pacjentów z innymi niż COVID chorobami.

7. Zgony – łączna liczba zgonów z powodu COVID

W połowie listopada można mówić już po ponad **10 tys. zgonów** z powodu COVID. Gwałtowny wzrost zgonów nastąpił od końca września.

12 października – 3000 zgonów

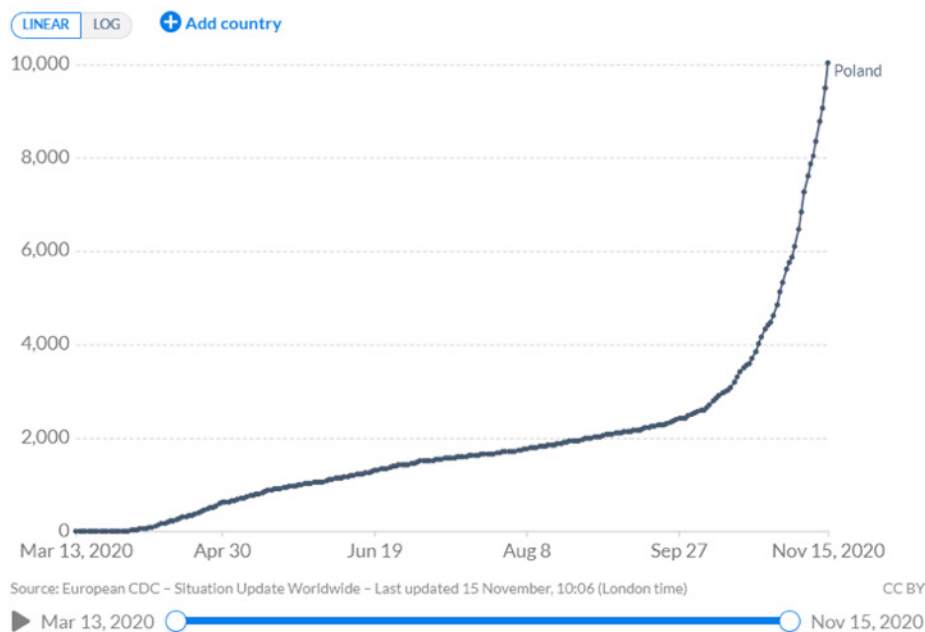
4 listopada – 6100 zgonów

15 listopada – 10000 zgonów

Cumulative confirmed COVID-19 deaths

Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.

Our World
in Data

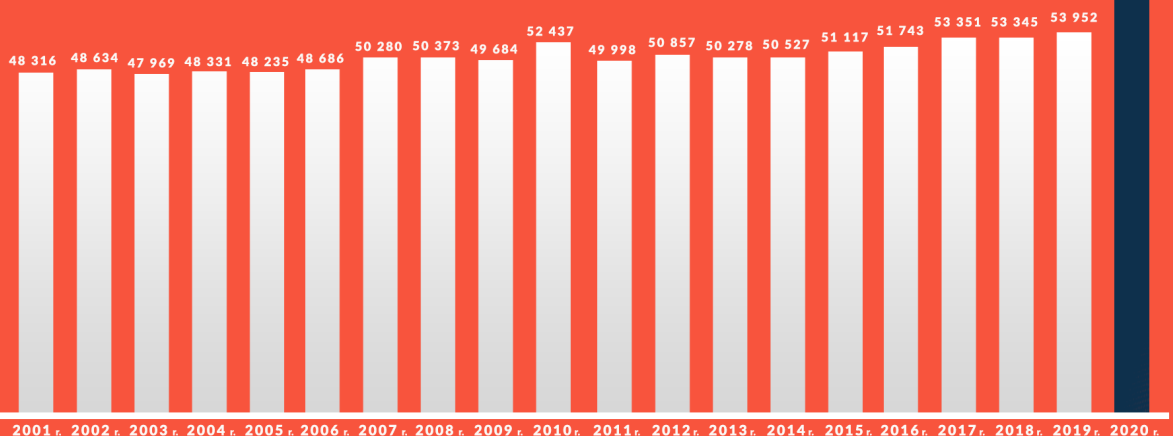


8. Zgony od 14 września do 1 listopada w kolejnych latach

Od 2001 do 2019 r. liczba zgonów pomiędzy 38. a 44. tygodniem roku w Polsce oscylowała od 47 do 54 tys. W 2020 r. możemy mówić o 70 186 zgonach – zmarło więc 30% więcej osób niż rok temu w tym samym czasie. Jest to jednocześnie najwyższa liczba zgonów pomiędzy 38. a 44. tygodniem od prawie 20 lat.

ZGONY OD 14 WRZEŚNIA DO 1 LISTOPADA W KOLEJNYCH LATACH

W 2020 r. od 14.09 do 1.11 zmarło 30% więcej osób niż rok temu w tym samym czasie.

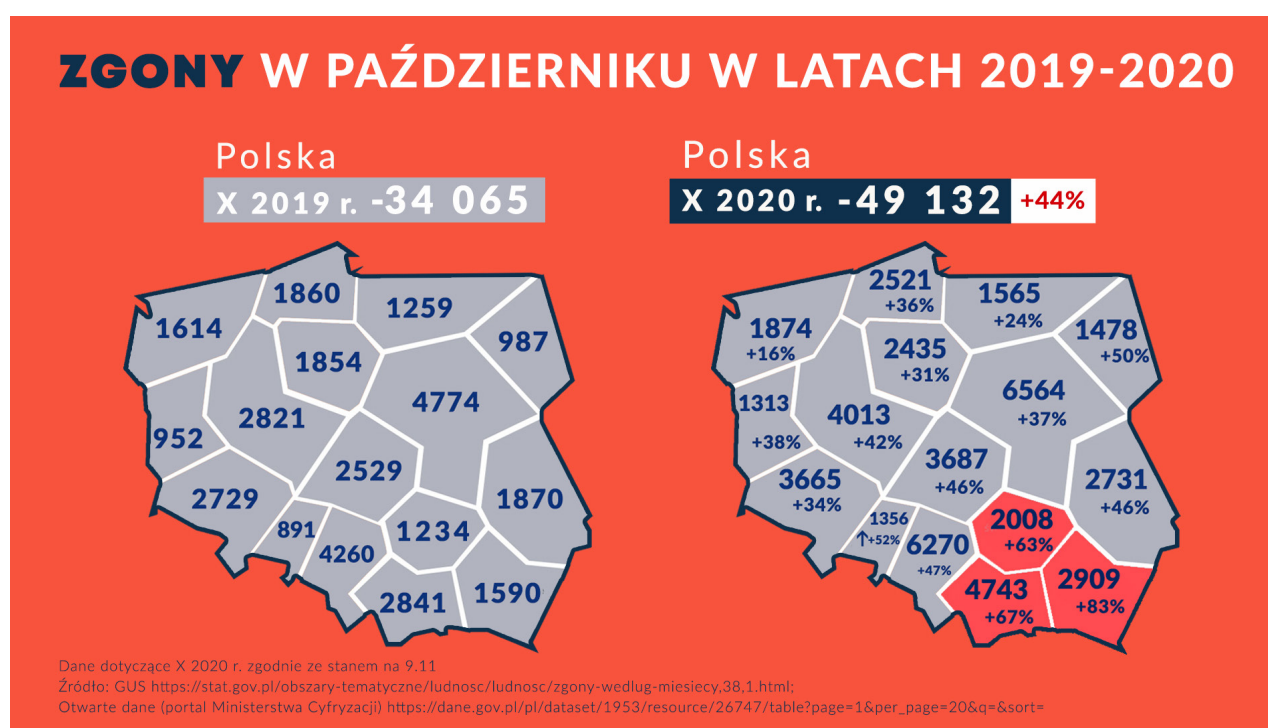


Źródło: GUS <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-wedlug-tygodni,39,2.html>

Źródło: GUS: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-wedlug-tygodni,39,2.html>

9. Zgony w październiku w latach 2019 i 2020 w podziale na województwa

W Polsce pomiędzy październikiem 2019 r. a październikiem 2020 r. nastąpił wzrost liczby zgonów we wszystkich szesnastu województwach, każdorazowo przekraczając przynajmniej 30%. Do najbardziej dramatycznej sytuacji doszło w województwach: Świętokrzyskim (+63%), Małopolskim (+67%), i Podkarpackim (+83%)



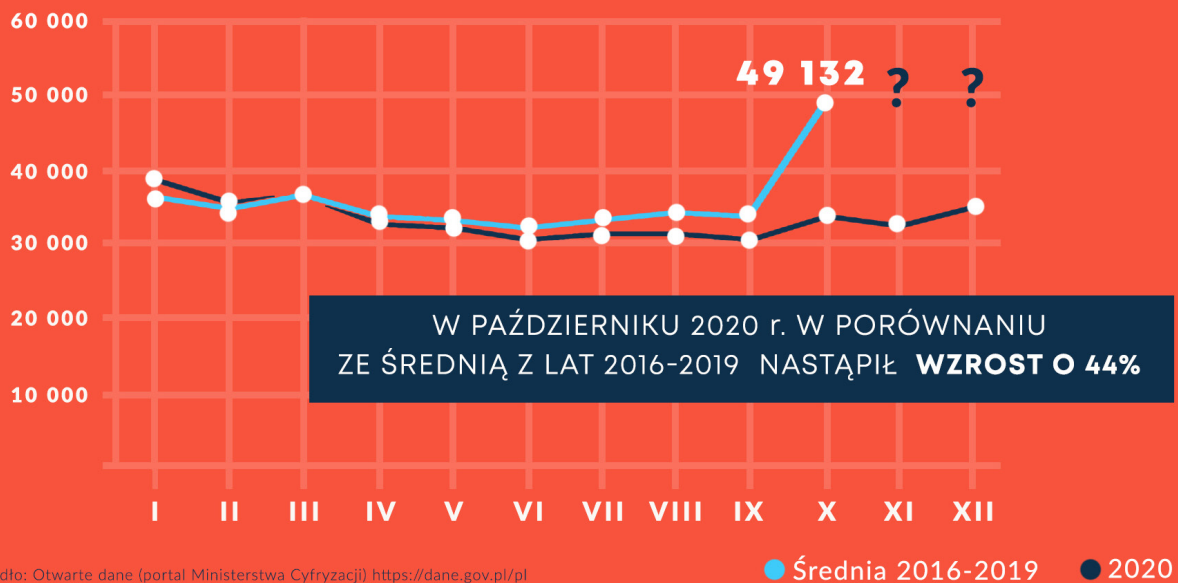
Źródło: GUS: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-wedlug-miesiecy,38,1.html>;

Otwarte dane (portal Ministerstwa Cyfryzacji) https://dane.gov.pl/pl/dataset/1953/resource/26747/table?page=1&per_page=20&q=&sort=

10. Średnia miesięczna liczba zgonów w latach 2016-2019, a zgony miesięczne w 2020 r.

Średnia miesięczna liczba zgonów w latach 2016-2019 w poszczególnych miesiącach nie przekraczała 40 tysięcy. Średnia z października z lat 2016-2019 wyniosła 34 066, a w październiku 2020 r. w porównaniu z tą średnią nastąpił wzrost liczby zgonów aż o 44%.

ŚREDNIA MIESIĘCZNA LICZBA ZGONÓW W LATACH 2016-2019, A ZGONY MIESIĘCZNE W 2020 R.



Źródło: Otwarte dane (portal Ministerstwa Cyfryzacji): <https://dane.gov.pl/pl>

11. Likwidacja szpitali

Za rządów PiS 2005-2007 zlikwidowano 33 szpitale.

Za rządów PO 2007-2015 powstało 208 szpitali.

Za rządów PiS 2015-2018 zlikwidowano 8 szpitali.

Jednostka terytorialna ▲	szpitale													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
POLSKA	781	742	748	732	754	795	814	913	966	979	956	957	951	949

Źródło: https://ciekaweliczby.pl/szpitaly_oddzialy_lozka/

Likwidacja 20 tys. miejsc w szpitalach 2016 - 2020 i nie stworzenie dodatkowych miejsc w szpitalach w okresie 31.03 – 31.08.2020

W okresie od grudnia 2016 do marca 2020 r. zniknęło ok 20.000 miejsc w polskich szpitalach. 2000 miejsc w szpitalach zlikwidowano w przededniu epidemii (styczeń – luty 2020). Szokujące są dane, które świadczą, iż w okresie 31.03 a 31.08.2020 nie zwiększono liczby miejsc w szpitalach, tak by przygotować Polaków na jesienną falę pandemii.

Województwo	Liczba miejsc w szpitalach 31.3.2020	Liczba miejsc w szpitalach 31.8.2020
Świętokrzyskie	6133	6090
Śląskie	25401	25277
Lubelskie	11349	11320
Łódzkie	12875	12841
Zachodniopomorskie	7159	7105
Warmińsko-Mazurskie	7057	7057
Kujawsko-Pomorskie	9352	9364
Podkarpackie	9968	10000
Lubuskie	6506	6432

I tak:

Wniosek z tego jest taki, iż rząd pomimo posiadania już od stycznia 2020 r. informacji o powadze epidemii nie poczyniło żadnych starań, by przygotować Polaków zarówno na 1 jak i na 2 falę epidemii. Pomimo doświadczeń wiosennych latem nie zwiększono liczby miejsc w szpitalach.

Gwałtowny wzrost zadłużenia ochrony zdrowia w I. 2016-2020 mimo ogólnoeuropejskiej koniunktury gospodarczej

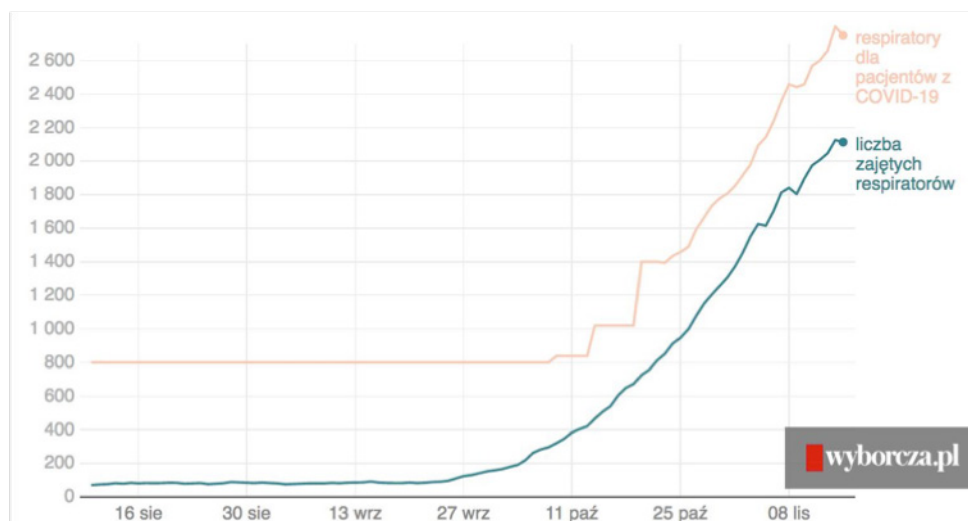
W I. 2010-2015 wartość zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów

opieki zdrowotnej była ustabilizowana. Od 2016 nastąpił znaczący wzrost zadłużenia – z 11 mld. zł do prawie 15 mld. zł. Stało się tak pomimo dobrej koniunktury gospodarczej.



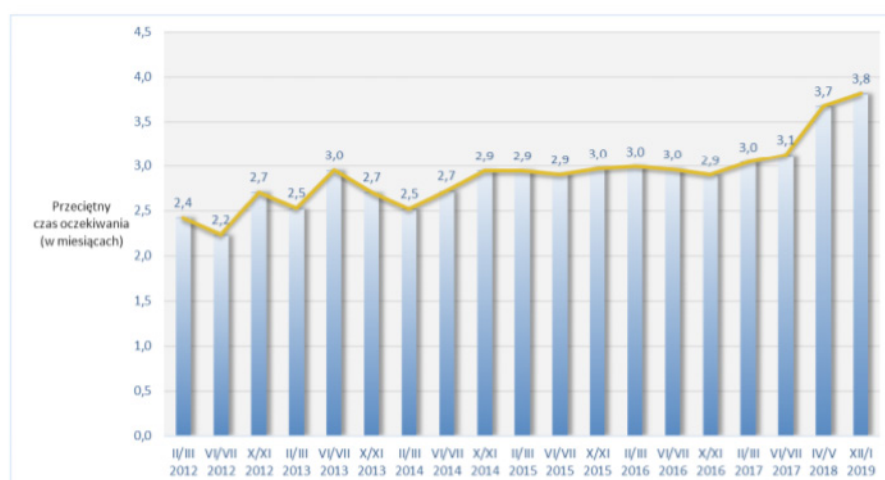
12. Liczba zajętych respiratorów

Od końca września gwałtownie wzrasta liczba zajętych respiratorów. Po koniec października przekoczona została liczba 1000 respiratorów w użyciu. 12 listopada już ponad 2000 respiratorów było zajętych.



13. Dłuższe kolejki do lekarzy 2015-2019

W latach 2015 – 2019 wydłużyły się kolejki do lekarzy. Jeszcze w 2015 średni czas oczekiwania wyniósł 3 miesiące, w styczniu 2019 r. termin ten wynosił już 3,8 miesiąca.



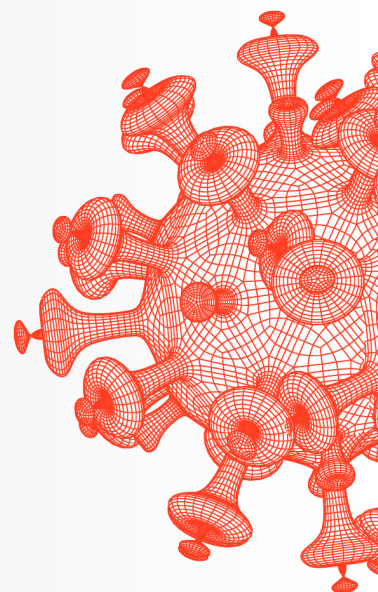
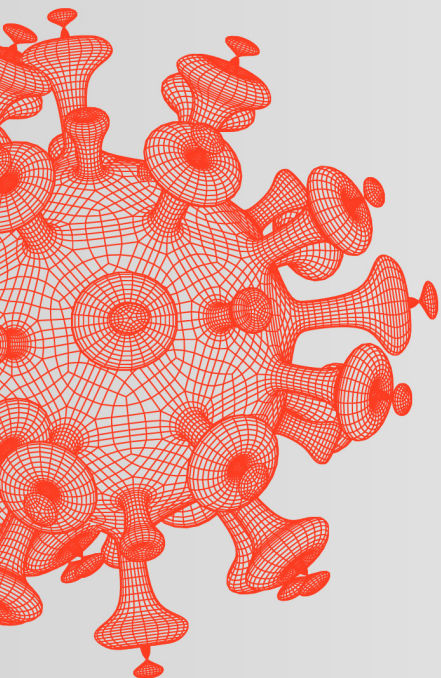
I. Zmiana średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (wartości w mies.) w horyzoncie wieloletnim.

Źródło: korektorzdrowia.pl

Od początku pandemii do 30 listopada w Polsce z powodu COVID-19 zmarło 17 150 osób.

Od początku roku do 22 listopada w Polsce zmarło o 41 765 osób więcej niż w tym samym czasie w 2019 r.

CZĘŚĆ V



Część V

Podsumowanie

W świetle faktów przedstawionych w raporcie wyraźnie widać, że za dramatyczny przebieg drugiej fali pandemii COVID-19 w Polsce odpowiedzialne są zaniechania rządu.

W efekcie, w czasie naszej pracy nad raportem, Polska stała się jednym z krajów o najwyższej liczbie dziennych zakażeń i najwyższej liczbie zgonów. Zaniechania rządu spowodowały chaos, a ten doprowadził do wielu tragedii, których można było uniknąć. Do najważniejszych czynników zwiększających rozmiar epidemii i tym samym liczbę zgonów należą:

- Brak wariantowych symulacji dotyczących drugiej fali epidemii, i tym samym brak strategii (algorytmów działania) rządu PiS kontrolowania rozprzestrzeniania się wirusa i zwalczania epidemii. Zmarnowano doświadczenia z pierwszej fali;
- Brak strategii badań pozywających uchronić od zakażenia skupiska ludzkie o podwyższonym ryzyku – pracowników ochrony zdrowia, mieszkańców Domów Pomocy Społecznej, uczących się dzieci i młodzieży. Nie stworzono żadnego systemu testowania masowego w sytuacji wzrostu zakażeń w lokalnych społecznościach (powiatach i województwach) pozwalającego uniknąć transmisji poziomej zakażeń – w rezultacie nastąpił niekontrolowany wzrost epidemii ogarniający cały kraj;
- Nieprzygotowanie stacji Sanepidu - ani w zakresie finansowania ani wsparcia dodatkowym personelem, co by pozwoliło wykonywać kluczowe zadanie nadzoru epidemiologicznego. W czasie drugiej fali instytucja ta praktycznie się załamała;
- Brak systemu informacji o wolnych łózkach dla chorych na COVID-19, co skutkowało zupełnym brakiem wsparcia dla ratownictwa medycznego i dyspozytorni medycznych – przeciążone zespoły ratownicze nie były w stanie dowieźć

pacjentów bezpiecznym dla nich czasie na oddziały COVIDowe, co powodowało zupełny chaos w systemie ratownictwa, a także niepotrzebne zgony.

- Decyzje o wyłączeniu szpitali z normalnego funkcjonowania i przekształcanie ich w COVIDowe podejmowane bez żadnych analiz dostępności infrastruktury, kadry, potrzeb zdrowotnych i skutków tych działań dla całości systemu ochrony zdrowia w Polsce;
- Brak jakiegokolwiek systemowej i przygotowanej wcześniej osłony dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. W zastraszającym tempie rozkładowi uległy kluczowe systemy leczenia onkologicznego czy chorób krążeniowych, ale także wielu innych specjalności, czego tragicznym skutkiem jest szacowany wzrost śmiertelności niezwiązanej z koronawirusem o nawet 25%.
- Konsekwencje tego ostatniego zaniedbania będą trwały jeszcze długo w postaci wzrostu liczby zgonów na schorzenia nie mające nic wspólnego z zarażeniem COVID-19 i będą widoczne w statystykach przez najbliższe lata.

W porównaniu z naszymi sąsiadami: Litwą, Słowacją, Czechami, czy Niemcami – sytuacja epidemiologiczna w Polsce bardziej przypomina sytuację kraju „trzeciego świata” niż kraju Unii Europejskiej. Stracony czas, zupełna dezynwoltura rządu PiS wobec ryzyka drugiej fali epidemii - zepchnęły polską ochronę zdrowia na krawędź załamania, czego dramatycznym dowodem jest liczba dziennych zgonów. Utrzymują się one od tygodni na poziomie nie dającym się wytłumaczyć inaczej, jak właśnie dysfunkcją całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Na tym tle zdumiewa system finansowania walki z epidemią i w ogóle finansowania całej ochrony zdrowia. Wydaje się, że w sytuacji klęski zdrowotnej o niespotykanych rozmiarach, porównywalnych tylko z epidemią wirusową „hiszpanki” z lat 1918 – 20, nakłady na system zdrowia powinny być priorytetem rządzących. Tak się jednak nie stało.

I tak w budżecie państwa nie zwiększono kwot na ochronę zdrowia ponad to, co wynika z rocznej ścieżki dochodzenia do 6% PKB w roku 2024. Innymi słowy: budżet rządu PiS nawet po nowelizacji nie dostrzegł katastrofy zdrowotnej w Polsce. Wprawdzie powołano specjalny fundusz

medyczny, zasilając go 2 miliardami rezerwy celowej, ale fundusz od początku był raczej zabiegiem propagandowym niż realnym wsparciem dla systemu ochrony zdrowia. Tym samym nie ma żadnej nadziei na powstrzymanie dalszej destrukcji polskiego systemu ochrony zdrowia. Powstrzymanie tego procesu wymagałoby systemowego wsparcia finansowego i kadrowego znacznych rozmiarów. Takie wsparcie w czasie pandemii jest konieczne i tak samo ważne jak pomoc dla gospodarki.

Tymczasem niemal zupełny brak wsparcia dla ochrony zdrowia kontrastuje, z „setkami miliardów” pomocy, o jakiej rząd mówi w kontekście przedsiębiorców. Nakłady na zdrowie, planowane na następny rok są takie same, jak te planowane na czas bez pandemii. Rząd PiS, gdy chodzi o wydawanie środków na zdrowie Polaków, nie zauważył dotąd skutków własnych pięcioletnich zaniechań, ani spustoszenia, jakie w systemie ochrony zdrowia wywołała pandemia.

Koalicja Obywatelska, od początku epidemii w Polsce stała na stanowisku, że wobec zagrożenia należy wspomóc rządzących w ich staraniach zapanowania nad sytuacją. I tak pierwsza tzw. ustawa „COVIDowa”, mimo że była pisana i przyjmowana w pośpiechu, została przez Koalicję Obywatelską poparta. Z czasem, w praktyce parlamentarnej okazało się, że to poparcie było niestety na wyrost. Nie tylko dlatego, że rząd PiS zaniechał działań w okresie maj – wrzesień 2020, co kosztowało życie i zdrowie wielu tysięcy Polaków. Okazało się, że rząd odrzuca pomoc, jaką chcieli świadczyć mu ugrupowania opozycyjne. Dobre pomysły Koalicji Obywatelskiej uzupełniające kolejne pakiety rządowe były odrzucane mechanicznie i na komisjach sejmowych, i w głosowaniach plenarnych. To samo działo się z pomysłami wypracowanymi w Senacie. Odrzucano poprawki, które naprawiały bylejąkość stanowionego prawa, ewidentne błędy lub nie dostrzeganie konsekwencji wprowadzanych przepisów. Równocześnie narastała agresja propagandowa rządu PiS wobec opozycji, niwecząca zgodę pierwszych tygodni epidemii w Polsce. W czasie pierwszej fali zakażeń, zimowo – wiosennej, Polacy zachowali dyscyplinę społeczną, wyrozumiałość i cierpliwość, i to mimo czasami absurdalnych pomysłów rządzących. Potem, z przyczyn politycznych, rząd PiS jawnie lekceważył potencjalne zagrożenie, a komunikacja o zagrożeniu została zdominowana przez infantylną propagandę o końcu epidemii. Kiedy

wybuchła druga fala, poczucie zaufania do władz, ich racjonalności, sensowności obostrzeń było już mocno nadszarpnięte, a pierwsze chaotyczne decyzje podejmowane w obliczu drastycznego wzrostu zachorowań zdewastowały je całkowicie. Czarę goryczy narastającej wśród obywateli przelało orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, kierowanego przez J. Przyłębską, które drastycznie zaostrzyło prawo antyaborcyjne w Polsce. Ta polityczna decyzja wyprowadziła na ulicę obywateli w wielu polskich miastach i miasteczkach, doprowadzając do wielotysięcznych manifestacji antyrządowych. Zaufania wobec uczciwości władzy nie budowały też liczne afery wokół zakupów sprzętu medycznego i dyspozycyjna wobec PiS prokuratura, niepodjmująca faktycznie żadnych czynności wyjaśniających. Raz zawiedzione zaufanie społeczne było nie do odbudowania w kluczowym momencie, kiedy obostrzenia były niezbędne do opanowania drugiej fali. Ten brak zaufania społeczeństwa do rządzących miał tragiczne skutki dla szybkości rozprzestrzeniania się wirusa jesienią.

Niniejszy raport zajmuje się wyłącznie kwestiami ochrony zdrowia i walką z epidemią COVID-19. Pominięte zostały więc wątki ratowania gospodarki, czy miejsc pracy, choć właśnie to było główną aktywnością Koalicji Obywatelskiej w pracach parlamentarnych – przygotowywanie przepisów pomagających ludziom, dla których COVID-19 oznaczał ryzyko utraty środków do życia lub przeciwdziałanie gospodarczej klęsce całych gałęzi gospodarki kraju. W tym obszarze złożyliśmy 20 projektów ustaw. To jednak nie oznacza, że w kwestii samej epidemii i systemu ochrony zdrowia nie zgłaszaliśmy szeregu postulatów i projektów ustaw.

I tak w „Tarczy 2” z 16.04.2020 r. Koalicja Obywatelska zgłaszała m.in. poprawkę nakładającą obowiązek testów dla personelu medycznego, pracowników stacji Sanepidu, pracowników aptek, ratowników medycznych. Chodziło w tej poprawce o szczególną ochronę szeroko pojętej grupy osób, od której zależało funkcjonowanie ochrony zdrowia w czasie epidemii. Poprawkę posłowie PiS odrzucili.

W „Tarczy 3” z 14.05 br. Koalicja Obywatelska powtórzyła tę poprawkę, ale ponownie ją odrzucono.

W „Tarczy 4” z 19.06 br. Koalicja Obywatelska zgłosiła poprawkę zniesienia zakazu handlu w niedzielę na czas epidemii by rozłożyć bardziej równomiernie ruch klientów w sklepach tym samym obniżając ryzyko zakażeń. Poprawkę posłowie PiS odrzucili.

Wobec drugiej fali zakażeń, Koalicja Obywatelska zgłosiła poprawki do projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 proponując powołanie funduszu celowego w wys. 5 mld zł na zakup testów, szczepionek na gripę i wsparcie ochrony zdrowia; obowiązkowe testy raz w tygodniu dla całego personelu medycznego; obowiązek podania do publicznej wiadomości metodologii wyliczania zakażeń; przyznanie 100% dodatku do wynagrodzeń dla personelu medycznego mającego kontakty z zakażonymi lub potencjalnie zakażonymi; zniesienie zakazu handlu w niedzielę; zwiększenie budżetu na ochronę zdrowia w następnym roku budżetowym 2021 do 6% PKB (chodziło o ratowanie systemu ochrony zdrowia przed spodziewaną zapaścią, o czym wyżej pisaliśmy). Poprawki odrzucono, ale Senat RP uchwalił ustawę o podwyżkach dla pracowników medycznych, która została przyjęta przez większość sejmową, a następnie podpisana przez prezydenta. Rządząca większość uznała tę ustawę za „pomyłkę” i do tej pory nie została opublikowana w „Dzienniku Ustaw”, a tym samym nie weszła w życie.

Senat także zgłaszał wielokrotnie poprawki dot. ochrony zdrowia, które były odrzucane przez posłów PiS. Jeszcze 12.05 br. Senat wystąpił z inicjatywą ustawodawczą kompleksowego wsparcia dla pracowników ochrony zdrowia. Sejm tej ustawy nie przyjął.

Ten skrótowy przegląd działań Koalicji Obywatelskiej i Senatu pokazuje, że wielokrotnie próbowaliśmy, antycypując wydarzenia jakie nastąpiły później, wesprzeć system ochrony zdrowia w czasie epidemii, starając się zabezpieczyć przede wszystkim pracowników medycznych poprzez różne formy wsparcia i osłony. Wszystkie te propozycje były przez rząd PiS i ich większość parlamentarną odrzucane.

Wielokrotnie z trybuny sejmowej posłanki i posłowie oraz trybuny senackiej senatorki i senatorowie Koalicji Obywatelskiej przestrzegali rząd PiS przed skutkami zaniechań, bałaganu, braku strategii walki

z epidemią. Wielokrotnie ostrzegaliśmy, że propagandą nie da się zwalczyć zakażeń wirusem. Rząd i większość parlamentarna byli głusi na te przestrogi.

Nasz raport jest oskarżeniem rządu PiS o zaniechanie i niedopełnienie obowiązków przez odpowiedzialnych urzędników, brak adekwatnej do zagrożenia reakcji, liczne zaniedbania i opóźnienia, które nie mogą pozostać bezkarne. Raport jest także oskarżeniem o niewykorzystanie postulatów i rekomendacji Koalicji Obywatelskiej, także tych zawartych w „Wytycznych do strategii otwierania gospodarki z rządowego zamrożenia”, które opublikowaliśmy w Internecie w kwietniu br. Już wtedy w Wytycznych apelowaliśmy do rządu o współpracę z ekspertami, lekarzami, przedsiębiorcami i samorządowcami, apelowaliśmy o większą liczbę testów i rzetelne informowanie opinii publicznej o przebiegu pandemii. To rząd ponosi pełną konstytucyjną odpowiedzialność za ochronę życia i zdrowia obywateli. Z tego obowiązku nie wywiązuje się rząd PiS, a ceną, jaką płacą Polacy, jest ludzkie życie.

