

dr n. med. Robert Susło

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wydział Nauk o Zdrowiu

Zakład Epidemiologii i Edukacji Zdrowotnej, Katedra Zdrowia Populacyjnego

ORCID: [0000-0002-2680-7617](https://orcid.org/0000-0002-2680-7617)

dr Mateusz Paplicki

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wydział Lekarski

Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego

ORCID: [0000-0002-4169-9298](https://orcid.org/0000-0002-4169-9298)

Zapobieganie zagrożeniom epidemicznym i ich zwalczanie oraz organizacja pomocy medycznej na przykładzie działalności jednostek administracji publicznej z uwzględnieniem doświadczeń zwalczania epidemii COVID-19 – uwagi wstępne

<https://doi.org/10.19195/978-83-229-3802-7.4>

Streszczenie: Rozpoznawanie pojawiających się zagrożeń oraz możliwie wczesne wykrycie i skuteczne raportowanie ryzyka wystąpienia danego zagrożenia zdrowotnego może stanowić o skuteczności walki z różnego typu epidemiami. Efektywność działań przeciwepidemicznych powiązana jest z efektywnością systemu opieki zdrowotnej oraz nadzoru epidemiologicznego. Efektywnie prowadzony nadzór epidemiologiczny pozwala na wczesne wykrywanie występowania epidemii chorób zakaźnych oraz wczesne wprowadzenie działań i procedur wypracowanych przez jednostki administracji publicznej. Wydarzenia lat 2020-2021 boleśnie przypomniały światu o tym, jak choroby zakaźne wpływają na codzienne funkcjonowanie, a nawet fizyczne przetrwanie społeczeństwa, a raczej sprawność w zapobieganiu ich występowania i ograniczaniu ich zasięgu, gdy już wystąpią. Statystyki zgonów z powodu rozpoznanych zachorowań na COVID-19 podają w wątpliwość skuteczność i sprawność doczasowych rozwiązań w zapobieganiu, ograniczeniu zasięgu i leczeniu chorób zakaźnych.

Słowa kluczowe: epidemia, COVID-19, organizacja, planowanie, administracja publiczna

Preventing and combating epidemic threats and organizing medical assistance on the example of the activities of public administration units, taking into account the experience of combating the COVID-19 epidemic – introductory remarks

Summary: Recognition of emerging threats and possibly early detection and effective reporting of the risk of a given health threat may determine the effectiveness of the fight against various types of epidemics. The effectiveness of anti-epidemic measures is related to the effectiveness of the health care system and the effectiveness of epidemiological supervision. Effectively conducted epidemiological supervision allows for early detection of epidemics of infectious diseases and early introduction of activities and procedures developed by public administration units. The events of 2020-2021 have painfully reminded the world of how infectious diseases affect the daily functioning and even the physical survival of society, or rather the efficiency in preventing their occurrence and limiting their spread when they occur. The statistics of deaths due to diagnosed COVID-19 cases question the effectiveness and efficiency of the current solutions in preventing, limiting the range and treating infectious diseases.

Keywords: epidemic, COVID-19, organization, planning, public administration

1. Wstęp

Współczesny człowiek żyjący w którymkolwiek z krajów charakteryzujących się co najmniej umiarkowanym stopniem rozwoju gospodarczo-cywilizacyjnego, począwszy od lat 20. ubiegłego stulecia, znajdował się w coraz bardziej luksusowej sytuacji, pozwalającej na stopniowe zacieranie w zbiorowej pamięci społeczeństw historycznie wysokiej zachorowalności na choroby zakaźne oraz związanego z nią wysokiego udziału zgonów wywoływanych przez nie w ogólnej liczbie zgonów, na rzecz chorób degeneracyjnych i przewlekłych (tzw. transformacja epidemiologiczna)¹. Działo się to głównie dzięki dostępności zdobyczy cywilizacji, w tym zwłaszcza z powodu rozwoju nauki, umożliwiającego zarówno efektywne leczenie (farmakoterapię) zakażeń, jak i zapobieganie im (szeroko pojęta higiena życia codziennego, szczepienia ochronne). Należy podkreślić, że największy pożytek zdobycze cywilizacji przynoszą wtedy, gdy dostęp do nich staje się w społeczeństwie powszechny, a niekiedy dopiero, gdy stosowanie ich staje się obowiązkowe (np. szczepienia ochronne przy eradykacji ospy prawdziwej, badania pracowników branży gastronomicznej w kierunku nosicielstwa bakterii *Salmonella* lub *Shigella* w ramach zapobiegania występowaniu zbiorowych bakteryjnych zatruc pokarmowych) lub

¹ M. Bryła, I. Maniecka-Bryła, *Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej*, „Gerontologia Polska” 2011, nr 19(1), s. 44.

przeciwnie – uregulowane, kontrolowane i ograniczone (np. dostęp do antybiotyków w walce z szerzeniem się lekooporności wśród bakterii powodujących zakażenia) dla wszystkich członków społeczeństwa. Powyższe wymaga uregulowań prawnych oraz odpowiednich i wydolnych instrumentów organizacyjnych zapewniających ich efektywne stosowanie w rozpoznawaniu pojawiających się zagrożeń oraz skutecznym im zapobieganiu lub ograniczaniu ich, jeżeli już się zrealizują.

1.1. Metody rozpoznawania zagrożeń epidemicznych

Rozpoznawanie pojawiających się zagrożeń odbywa się na wielu poziomach, poczynając od studiów teoretycznych i modelowania, aż po system nadzoru epidemiologicznego dla bieżącego monitoringu sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Rozpoznanie danego czynnika jako zagrożenia dla zdrowia społeczeństwa wymaga przeprowadzenia badań, w tym epidemiologicznych, tak aby możliwe było zdefiniowanie go w kategoriach przyczyny choroby lub czynnika podatności na jej wystąpienie, poddającego się lub nie próbom modyfikacji. Nie mniej ważne jest również możliwie wczesne wykrycie i skuteczne raportowanie ryzyka wystąpienia danego zagrożenia zdrowotnego w populacji lub zrealizowania się takiego zagrożenia (uprzednio odpowiednio określonego, np. w postaci tzw. definicji przypadku), gdyż stanowi to obiektywną i mierzalną podstawę do podjęcia odpowiednich działań. Należy podkreślić, że sama znajomość czynnika etiologicznego wywołującego daną chorobę nie decyduje jeszcze automatycznie o sukcesie w jej zwalczaniu w społeczeństwie (np. wirus HPV jako czynnik przyczynowy raka szyjki macicy) i przeciwnie – skuteczne zwalczanie choroby bywa możliwe nawet, gdy czynnik etiologiczny ją wywołujący nie został (jeszcze) zidentyfikowany, lecz określono już jego cechy kluczowe z punktu widzenia charakteru koniecznych do podjęcia działań ograniczających (np. zabezpieczenia podczas stosunków seksualnych jako głównej drogi przenoszenia patogenu powodującego AIDS, we wczesnym okresie epidemii, kiedy wirus HIV jako patogen wywołujący chorobę nie był jeszcze ustalony).

1.2. Drogi ograniczania zagrożeń epidemicznych

Skuteczne postępowanie ograniczające zagrożenia epidemiczne wymaga nie tylko identyfikacji i charakterystyki odpowiadającego za nie patogenu, lecz również wywołania racjonalnej i adekwatnej reakcji na nie odpowiednich członków społeczeństwa w postaci dostosowania swych postaw i zachowań do wymogów aktualnej wiedzy o sytuacji. Powyższe stanowi domenę działań z zakresu promocji zdrowia, a brak skuteczności działań w tej dziedzinie niejednokrotnie decyduje o sukcesie lub porażce w walce z zagrożeniem epidemicznym (np. zorganizowana działalność przeciwników szczepień w postaci tzw. ruchów antyszczepionkowych powodująca rosnącą liczbę

przypadków uchylania się od szczepień obowiązkowych² oraz irracjonalny brak powszechności partycypacji społeczeństwa również w dobrowolnych szczepieniach ochronnych³, w tym także tych finansowanych przez pracodawcę, jak w przypadku grypy, czy zapewnianych bezpłatnie ze środków publicznych – COVID-19).

1.3. Ograniczanie zagrożeń epidemicznych jako zadanie z dziedziny zdrowia publicznego

Efektywność działań przeciwepidemicznych powiązana jest z efektywnością systemu opieki zdrowotnej, w obrębie którego klasycznie wyróżnić można dwa główne bloki funkcjonalno-organizacyjne: blok zorientowany na potrzeby zdrowotne całej zbiorowości (służby tzw. zdrowia publicznego, którego zadania realizują w większości jednostki zależne od rządu państwa lub samorządów) oraz blok zorientowany na zdrowie indywidualne poszczególnych osób (jednostki medyczne, realizujące swe zadania głównie dzięki wysiłkom podmiotów prywatnych). Podział ten staje się mniej lub bardziej zaburzony w sytuacji, gdy również potrzeby warunkowane zdrowiem indywidualnym są w znacznej części zabezpieczane przez system świadczeń zdrowotnych finansowany ze środków publicznych. Niezależnie od tego należy uznać za niezmiennie aktualną definicję zdrowia publicznego sformułowaną przez Charlesa-Edwarda Amory'ego Winslowa już w roku 1920: „[...] nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności, warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”, a krócej, według nowej definicji ukształtowanej około roku 1970: „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia, poprzez zorganizowane wysiłki społeczne”⁴.

Potrzeba nadania wysiłkom społecznym postaci zorganizowanej znajduje swe pełniejsze odbicie w innej jeszcze definicji zdrowia publicznego: „troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych,

² M. Paplicki, R. Susło, A. Benedikt, J. Drobnik, *Effectively enforcing mandatory vaccination in Poland and worldwide*, “Family Medicine & Primary Care Review” 2020, Vol. 22(3), s. 252-256.

³ M. Paplicki, R. Susło, N. Najjar, P. Ciesielski, J. Augustyn, J. Drobnik, *Conflict of individual freedom and community health safety: legal conditions on mandatory vaccinations and changes in the judicial approach in the case of avoidance*, “Family Medicine & Primary Care Review” 2018, Vol. 20(4), s. 389-395.

⁴ M. Miller, A. Zieliński, *Zdrowie publiczne – misja i nauka*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, nr 56, s. 552.

samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądaných standardów zdrowia”⁵. W celu zagwarantowania skuteczności działań zapobiegających potencjalnym zagrożeniom epidemicznym lub służących zwalczaniu tych, które już występują, a zwłaszcza powszechności i czasowości podejmowanych działań (czy to ze względu na konieczność zapewnienia niedostępnych indywidualnym osobom środków lub ich finansowanie, czy to rozwiązań organizacyjno-koordynacyjnych, ze stosowaniem przymusu administracyjnego, karnego czy osobistego włącznie) niezbędne jest, na podstawie obowiązujących przepisów prawa i w ich ramach, zaangażowanie państwa i jego organów, a zwłaszcza jednostek administracji publicznej.

Głównym celem opracowania jest zebranie informacji dotyczących wybranych praktycznych aspektów postępowania przeciwepidemicznego w kontekście działań jednostek administracji publicznej uwzględniających planowanie na wypadek wystąpienia epidemii oraz znanych następstw pandemii COVID-19, w tym „nadmiarowych zgonów”.

2. Wybrane praktyczne aspekty postępowania przeciwepidemicznego

Jednym z kluczowych aspektów postępowania w przypadku zagrożenia chorobami zakaźnymi szerzącymi się epidemicznie jest nadzór epidemiologiczny definiowany jako „ciągłe, systematyczne zbieranie danych dotyczące chorób lub zakażeń w określonej populacji”, a pełniej jako „bieżące, systematyczne zbieranie, analiza i interpretacja danych zdrowotnych niezbędnych do planowania, wdrażania i oceny działań z dziedziny zdrowia publicznego, ściśle związane z pilnym dostarczaniem tych danych osobom, które powinny je znać”, w celu wykorzystania do zapobiegania i zwalczania chorób⁶. Nadzór epidemiologiczny wymaga ustalenia jednolitych definicji raportowanych zdarzeń (tzw. definicja przypadku jest oparta na objawach, badaniach dodatkowych i prawdopodobieństwie kontaktu ze źródłem zakażenia, z uwzględnieniem stopnia pewności ustalonego rozpoznania w podziale na przypadki potwierdzone, prawdopodobne i możliwe)⁷ i przyjmuje najczęściej postać nadzoru biernego (w postaci indywidualnego lub zbiorczego raportowania do odpowiedniej jednostki zdrowia publicznego o stwierdzonych zachorowaniach lub wynikach badań laboratoryjnych, realizowanego w założeniu rutynowo przez jednostki, w których dokonano takich stwierdzeń, bez potrzeby dodatkowego zabiegania o to ze strony jednostki zdrowia publicznego gromadzącej dane), rzadziej nadzoru czynnego (w postaci aktywnego pozyskiwania przez odpowiednią jednostkę zdrowia

⁵ *Ibidem*.

⁶ A. Zieliński, *Nadzór epidemiologiczny*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, nr 56, s. 499.

⁷ *Słowniczek terminów epidemiologicznych*, „Przegląd Epidemiologiczny”, <http://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/slowniczek-terminow-epidemiologicznych> [dostęp 5.09.2021].

publicznego danych o zachorowaniach lub wynikach badań laboratoryjnych od jednostek, które je mogą posiadać). W praktyce zapewnienie efektywności bieżącego działania systemu nadzoru epidemiologicznego jest zadaniem trudnym w realizacji, a jego optymalizacja opiera się na dążeniu do zapewnienia prostoty strukturalnej i funkcjonalnej systemu, elastyczności reagowania systemu w przypadku zmiany warunków funkcjonowania, akceptowalnego stopnia współpracy w ramach systemu ze strony jednostek, od których pozyskiwane są dane, zadowalającej czułości systemu mierzonej jego zdolnością dostarczania danych o dynamice trendów zachorowań w populacji, ograniczonego udziału zgłoszeń fałszywie dodatnich w ogólnej uzyskiwanej liczbie zgłoszeń, a także ograniczania opóźnień w przepływie i analizie gromadzonych danych⁸.

2.1. Epidemie i ich ograniczanie

Efektywnie prowadzony nadzór epidemiologiczny pozwala na wczesne wykrywanie występowania epidemii chorób zakaźnych, czyli „wystąpienia w określonym czasie, w określonej populacji lub obszarze zachorowań, zdarzeń związanych ze zdrowiem lub zachorowań, mogących mieć wpływ na zdrowie ludzi, w liczbie znacznie wyższej niż tego można było oczekiwać na podstawie obserwacji z lat ubiegłych”⁹. W konsekwencji w sytuacji choroby zakaźnej, która w ogóle nie była dotąd stwierdzana w określonej populacji lub na danym obszarze, nawet pojedynczy przypadek może wyczerpywać znamiona ogniska epidemicznego, na które składa się chora osoba i jej otoczenie, gdzie występują warunki do przenoszenia patogenu ze źródła zakażenia na inne osoby na nie wrażliwe. Dla wystąpienia takiego ogniska w populacji ludzkiej istotne są zatem następujące czynniki (tzw. triada epidemiologiczna): patogen (nowy, o zwiększonej zjadliwości lub występujący w zwiększonej ilości w porównaniu do stanu poprzedniego), osoby (podatne na zakażenie oraz narażone w wystarczającej liczbie na kontakt z patogenem) oraz transmisja (efektywnie powodująca przeniesienie patogenu ze źródła zakażenia na osobę na nie podatną).

Pojedyncza zakażona osoba (przypadek wyjściowy, „pacjent zero”) może w danym miejscu i czasie spowodować zakażenie kilku innych osób, które nie spowodują przekazania zakażenia na dalsze osoby, o ile ognisko epidemiczne zostanie odpowiednio wczesnie wykryte, a drogi transmisji zakażenia przecięte dzięki wdrożeniu izolacji wszystkich zakażonych osób (epidemia punktowa); jeżeli tak się nie stanie, np. w wyniku braku ustalenia w toku dochodzenia epidemiologicznego wszystkich osób, które miały kontakt z osobą pierwotnie zakażoną, lub braku wdrożenia izolacji (nieskuteczne przecięcie dróg transmisji zakażenia), nastąpi dalsze przekazywanie patogenu pomiędzy osobami już

⁸ A. Zieliński, *Nadzór epidemiologiczny...*, s. 499.

⁹ *Słowniczek terminów epidemiologicznych...*

zakazonymi a osobami podatnymi na zakażenie (epidemia postępująca)¹⁰. Postępowanie wymagane do przecięcia dróg transmisji (w praktyce często rodzaj izolacji osoby zakażonej od innych osób) zależy od dróg przenoszenia danego patogenu – częste jest zwłaszcza przenoszenie drogą kropelkową (przez znacznych rozmiarów krople wydzieliny z dróg oddechowych, szybko opadające i przemieszczające się w otoczeniu na krótki dystans) w kontraście do przenoszenia drogą powietrzną (przez drobne kropelki lub pył, długo unoszący się w powietrzu i przemieszczający się w otoczeniu na znaczne odległości), przez kontakt bezpośredni, przedmioty, żywność, wodę – a w warunkach placówek opieki zdrowotnej – przenoszenie przez krew¹¹.

Dynamikę i oczekiwany czas trwania epidemii wyznacza szereg czynników, w tym długość okresu wylęgania choroby (czas, który upływa pomiędzy momentem zakażenia a wystąpieniem pierwszych objawów choroby) lub długość okresu upływającego pomiędzy momentem zakażenia a momentem, w którym osoba zakażona sama staje się źródłem zakażenia dla innych osób (jeżeli okres ten jest krótszy od okresu wylęgania choroby), długość okresu zaraźliwości (czas, przez który źródło zakażenia pozostaje aktywne – osoba zakażona może być źródłem zakażenia dla innych osób), charakterystyka ekspozycji, zwłaszcza czas jej trwania wymagany do transmisji patogenu, a także liczba osób podatnych w narażonej populacji oraz ich udział w ogólnej jej liczbie. W konsekwencji, wygaśnięcia epidemii należy spodziewać się dopiero, jeżeli usunięte zostanie źródło zakażenia lub przerwane zostaną wszystkie drogi jego transmisji, wszystkie osoby podatne na zakażenie zostaną zakażone lub osób podatnych na zakażenie pozostanie w populacji narażonej wystarczająco mało, by przy aktualnym stopniu mobilności członków populacji nie dochodziło już do umożliwiającego transmisję zakażenia spotkania osób na nie podatnych z jego aktywnymi źródłami przez wystarczająco długi czas¹².

Ostatnie z wymienionych powyżej uwarunkowań leży u podstaw zarówno tzw. strategii kokonowej (otoczenie osoby podatnej na zakażenie jedynie osobami, które są na nie odporne – czy to w wyniku przebycia choroby, czy też zaszczepienia) stosowanej na skalę lokalną, czy to tzw. odporności zbiorowiskowej lub inaczej odporności stadnej (uodpornienie za pomocą szczepień ochronnych wystarczająco dużej części całej populacji, by wystarczająco mało prawdopodobna stała się transmisja zakażenia ze źródła zakażenia na pozostałe osoby wciąż na nie podatne). Próg odporności stadnej (odsetek osób uodpornionych w populacji wymagany do osiągnięcia odporności zbiorowiskowej) jest różny dla chorób o różnym stopniu zaraźliwości – czym większa zaraźliwość choroby, tym większy

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² A. Zieliński, *Co rozumiemy pod pojęciem opracowania ogniska epidemicznego?*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, nr 53, s. 257.

wymagany udział w populacji osób uodpornionych¹³. Należy pamiętać, że dla patogenów nowych, jak koronawirus SARS-CoV-2, próg odporności zbiorowiskowej może być jedynie szacowany, gdyż brak jeszcze danych wystarczających do jego ustalenia.

2.2. Podstawowe pojęcia i miary charakteryzujące epidemie

W komunikacji dotyczącej charakterystyki przebiegu epidemii stosuje się liczne parametry, które bywają mylnie interpretowane lub mylone ze sobą. Chorobowość to iloraz liczby wszystkich osób chorych na daną chorobę w analizowanej populacji w zdefiniowanym przedziale czasowym oraz liczebności tej populacji (ujmuje wszystkie osoby, które w analizowanym okresie były chore – niezależnie od momentu, kiedy zachorowały). Zapadalność to iloraz liczby nowych zachorowań, które wystąpiły w określonym przedziale czasowym w danej populacji, w stosunku do liczebności tej populacji (dotyczy tylko tych spośród osób chorych w analizowanym okresie, które zachorowały w tym okresie – nie uwzględnia natomiast osób, które zachorowały wcześniej i były nadal chore w analizowanym okresie). Współczynnik reprodukcji wirusa (wskaźnik R) określa efektywność transmisji patogenu w populacji (ile osób podatnych zostaje przeciętnie zakażonych w wyniku kontaktu z pojedynczym źródłem zakażenia): wartości powyżej 1 wskazują na progresję epidemii, natomiast poniżej 1 – na jej wygasanie. Śmiertelność to liczba zgonów, do których doszło wśród osób chorych, podzielona przez liczbę wszystkich osób chorych. Umieralność z określonej przyczyny jest natomiast ilorazem liczby zgonów z powodu danej choroby oraz liczebności populacji, w której do nich doszło¹⁴.

3. Działalność jednostek administracji publicznej – planowanie na wypadek wystąpienia epidemii

Zgodnie z art. 44 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁵ dokumentem mającym zapewnić praktyczną operacyjną skuteczność działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi jest opracowywany na kolejne okresy trzyletnie indywidualnie dla każdego z województw plan działania na wypadek epidemii. Z chwilą ogłoszenia stanu epidemicznego lub zagrożenia epidemią chorób zakaźnych plan ten staje się wiążący dla wszystkich podmiotów i osób objętych jego przepisami. Akcja przeciwepidemiczna jest organizowana i wdrażana przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego we współpracy z Urzędem Wojewódzkim, z wykorzystaniem podmiotów ujętych w planie.

¹³ *Słowniczek terminów epidemiologicznych...*

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570 ze zm.; t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845).

Analizowany konkretny plan dla województwa dolnośląskiego zawiera słowniczek definiujący użyte w nim pojęcia, w tym w zakresie epidemiologii stosowanej, charakterystykę wybranych aspektów demografii regionu, potencjalnych zagrożeń dla życia i zdrowia występujących na jego obszarze, na wypadek stwierdzenia lub podejrzenia choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej precyzuje wynikające z ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych zadania i kompetencje podmiotów i służb (w tym: Wojewody, Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub szpitalnych izb przyjęć, starostów powiatów lub prezydentów miast, Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Urzędu Wojewódzkiego, Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego, Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej oraz Marszałka Województwa). Określa się również w planie działania poszczególnych jednostek organizacyjnych (w tym: lekarzy i zespołów ratownictwa medycznego – z uwzględnieniem kierowników zespołów ratownictwa medycznego, lekarzy pierwszego kontaktu oraz lekarzy skierowanych do pracy przez wojewodę, Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Starostów Powiatów oraz Oddziałów Obserwacyjno-Zakaźnych). Plan definiuje zasady rządzące nadzorem nad pacjentem hospitalizowanym w ramach realizacji planu (w tym: ścisłą izolację, określenie wymagań odnośnie do pomieszczenia, postępowania personelu, postępowania z bielizną szpitalną oraz usuwanie odpadów) oraz postępowaniem w przypadku zgonu takiego pacjenta (w tym: postępowanie ze zwłokami oraz sprzątanie i dezynfekcję). Plan reguluje również sposób postępowania w przypadku konieczności stwierdzenia zgonu osób podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 albo zakażonych tym wirusem poza szpitalem (w tym: obowiązek informacji o uzasadnionym podejrzeniu zgonu objętego zapisami planu, sposób koordynacji działań i dysponowania lekarzy koronerów do stwierdzania zgonów, sposób postępowania lekarzy koronerów oraz osób sprawujących opiekę nad zwłokami). Plan szczegółowo precyzuje również harmonogram działań związanych z ogłaszaniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii na terenie województwa (w tym działania podejmowane kolejno przez: Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej oraz Wydział Nadzoru i Kontroli Urzędu Wojewódzkiego, a także Biuro Wojewody). Osobny rozdział planu poświęcony jest osobom skierowanym do pracy przy zwalczaniu epidemii (w tym: określeniu, kto może zostać skierowany do pracy i kto takiemu skierowaniu nie podlega, sposobowi kierowania do pracy i trybowi odwoławczemu od odpowiedniej decyzji, czasowi jej obowiązywania oraz związanym z tym obowiązkami i uprawnieniami osób skierowanych do pracy przy zwalczaniu epidemii). W 15 załącznikach do planu doprecyzowano zagadnienia szczegółowe (w tym:

schemat podziału zadań poszczególnych podmiotów zaangażowanych w zwalczanie epidemii, szczegółowe zasady postępowania osób powracających z krajów, gdzie odnotowano przypadki gorączki krwotocznej ebola oraz w razie wystąpienia zachorowań na odrę, szczegółowe zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych na choroby wysoce zakaźne, wymagania dla obiektów kwarantanny zbiorowej i izolatoriów, zasoby ochrony zdrowia, które mogą być wykorzystane do walki z epidemią, wykaz osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi na terenie województwa, a zatrudnionych we wskazanych podmiotach leczniczych) oraz umieszczono projekty przewidzianych do wydania dokumentów (w tym: projekty rozporządzeń Wojewody odpowiednio w sprawie ogłoszenia i odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub epidemii na terenie województwa oraz obowiązku szczepień ochronnych w takim przypadku, wzór decyzji Wojewody o skierowaniu osób do pracy przy zwalczaniu epidemii), a także wykazy (w tym: wykaz aktów prawnych oraz wydanych przez Wojewodę decyzji i poleceń w związku z ogłoszonym na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanem epidemii w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, wykaz Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych wraz z danymi kontaktowymi w sprawie COVID-19, wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, informacje Ministerstwa Zdrowia oraz wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19)¹⁶.

Opisany wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii dla województwa dolnośląskiego jest dokumentem o charakterze kompleksowym, całościowo i systematycznie ujmującym zagadnienia organizacyjno-koordynacyjne, na podstawie obowiązujących przepisów prawa i w ich ramach, dotyczące zaangażowania państwa i jego organów, a zwłaszcza jednostek administracji publicznej w działania przeciwepidemiczne. Należy podkreślić, że podczas działań wynikających z zagrożenia w postaci trwającej od roku 2020 pandemii COVID-19 dokument ten oraz opisane w nim mechanizmy zostały wielokrotnie z powodzeniem poddane sprawdzianowi praktycznemu, a następnie dodatkowej weryfikacji i aktualizacji przepisów w lipcu 2021 r. Cały dokument w aktualnej wersji jest dostępny w formie elektronicznej na stronach internetowych Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego¹⁷, a część załączników planu (wykazy) ma postać

¹⁶ Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej, Wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii dla województwa dolnośląskiego na lata 2021-2024, 30.07.2021.

¹⁷ Wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii, <https://www.duw.pl/pl/urzed/zdrowie-publiczne/wojewodzki-plan-dzialan/11744,Wojewodzki-plan-dzialania-na-wypadek-wystapienia-epidemii.html> [dostęp 5.09.2021].

treści dostarczanej dynamicznie, systematycznie uzupełnianej o kolejne pozycje w miarę ich powstawania lub modyfikacji.

4. Doświadczenia płynące ze zwalczania epidemii COVID-19

Wydarzenia lat 2020-2021 boleśnie przypominały światu o tym, jak istotne w kontekście zapewnienia codziennego funkcjonowania, a nawet fizycznego przetrwania społeczeństw są choroby zakaźne, a raczej sprawność w zapobieganiu ich występowania i ograniczaniu ich zasięgu, gdy już wystąpią. Pandemia COVID-19 trwa i zbyt wcześnie jest na podsumowania, jednak możliwy jest już przegląd pojawiających się pierwszych, nierzadko krytycznych, głosów refleksji.

4.1. Obostrzenia

Media podały, że agencja Bloomberg w grudniu 2020 r. oceniła 53 kraje pod kątem ich skuteczności w zwalczaniu pandemii COVID-19. Poza bieżącą sytuacją epidemiczną uwzględniono m.in. wpływ tzw. obostrzeń, czyli ograniczeń administracyjnych, na funkcjonowanie gospodarki oraz dostępne zasoby systemu opieki zdrowotnej. Na czele rankingu znajdowała się Nowa Zelandia, Stany Zjednoczone zajmowały w nim 37. miejsce, natomiast Polska zajęła w tym zestawieniu dalekie 47. miejsce – za Polską znalazły się tylko trzy inne europejskie kraje (Rumunia, Włochy i Grecja) oraz Peru, Argentyna i Meksyk. Na niekorzystną pozycję Polski w rankingu miał wpływ zwłaszcza raportowany w tym okresie wysoki odsetek pozytywnych wyników wśród wykonywanych testów na COVID-19 (32,6%, sugerujący, że badania wykonywane były w znacznej części dla potwierdzenia zakażenia SARS-CoV-2 w przypadkach zachorowań objawowych, a nie wśród ustalonych na drodze dochodzeń epidemicznych osób z kontaktu z osobami zakażonymi dla wczesnego wykluczenia u nich zakażenia). Analitycy agencji Bloomberg zwracali ponadto uwagę na wysoką liczbę zakażeń przypadającą w analizowanym okresie średnio w Polsce na 100 tys. mieszkańców (990 przypadków). Negatywnie oceniono również nałożone przez polskie władze obowiązujące wtedy liczne obostrzenia oraz wynikający z nich dotkliwie odczuwane ograniczenie mobilności ludności¹⁸.

4.2. Klasyfikacje i statystyki

Bezpośrednie statystyczne określenie skali zgonów z powodu rozpoznanych zachorowań na COVID-19 jest możliwe, gdyż w związku z wybuchem pandemii WHO w uzupełnieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów

¹⁸ *Jak państwa radzą sobie z epidemią koronawirusa? Polska na szarym końcu rankingu Bloomberg*, <https://www.onet.pl/informacje/onetwiadomosci/koronawirus-polska-na-szarym-koncu-rankingu-bloomberg/2syrh37,79cfc278> [dostęp 19.08.2021].

Zdrowotnych – Rewizja 10 (ICD-10) wprowadziła nowe oznaczenie kodowe U07 na potrzeby określania przyczyn zgonów spowodowanych COVID-19 – kod U07.1 ma zastosowanie, gdy wirus SARS-CoV-2 został zidentyfikowany na podstawie badania laboratoryjnego, natomiast kod U07.2 stosowany jest, gdy COVID-19 rozpoznano na podstawie objawów klinicznych lub kryteriów epidemiologicznych, zaś wynik badania laboratoryjnego jest niejednoznaczny lub niedostępny^{19,20}. Sprawozdawczość obejmowała również bezpośrednio uzyskane dodatnie wyniki badań laboratoryjnych w kierunku wirusa SARS-CoV-2. Uzyskane dzięki temu statystyczne ujęcie ludzkiego aspektu bilansu pandemii COVID-19 jest przygniatające: do dnia 19 sierpnia 2021 r. na świecie zachorowało 210 161 539 osób, a zmarło 4 406 301 z nich, natomiast w Polsce od początku pandemii potwierdzono 2 886 079 przypadków zakażeń SARS-CoV-2, a zmarło 75 311 osób²¹.

4.3. Zjawisko „nadmiarowych zgonów”

Pojęcie „nadmiarowe zgony” wykorzystywane jest dla określenia liczby zgonów w czasie szeroko zdefiniowanego kryzysu, wykraczającej poza poziom szacowany na podstawie ekstrapolacji danych z poprzednich lat, zwykle w odniesieniu do czynnika, który kryzys wywołał, oraz bezpośrednich i pośrednich następstw jego oddziaływania. W przypadku sytuacji kryzysowej, która wystąpiła w przebiegu pandemii COVID-19, na liczbę nadmiarowych zgonów składają się nie tylko osoby zmarłe z powodu COVID-19, ale również w wyniku powikłań występujących w przebiegu chorób przewlekłych, których niejednokrotnie nie można było optymalnie leczyć z powodu spowodowanej pandemią niewydolności systemu ochrony zdrowia, w tym utrudnionego dostępu do jego zasobów skutkującego wymuszonym okolicznościami opóźnieniem diagnostyki, terapii lub prewencji chorób, niejednokrotnie ich systemowym odraczeniem, a ostatecznie niekiedy nawet całkowitym brakiem²². Widać to na przykładzie sytuacji z roku 2020, która sprawiła, że wobec zaangażowania jednostek systemu opieki zdrowotnej w zwalczanie epidemii COVID-19 oraz zmniejszenia ich wydolności na innych polach wiele osób zmuszonych było korzystać z teleporad zamiast typowych osobistych wizyt lekarskich, nie mogło w ogóle uzyskać w typowo zakładanym zwykle czasie porady medycznej czy poddać się hospitalizacji, zwłaszcza w trybie planowym, co opóźniało wymaganą diagnostykę lub

¹⁹ International Guidelines for Certification and Classification (Coding) of COVID-19 as Cause of Death Based on ICD International Statistical Classification of Diseases (16 April 2020). WHO, https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf?ua=1 [dostęp 5.09.2021].

²⁰ Aktualizacja wytycznych dotyczących kodowania zgonów związanych z epidemią koronawirusa wywołującego COVID-19 na podstawie rekomendacji WHO z dnia 18.04.2020 r., <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/04/aktualizacja-wytycznych-do-karty-zgonu-wg-WHO-18.04.2020.pdf> [dostęp 5.09.2021].

²¹ Raport na temat koronawirusa, <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,zasieg-korona-wirusa-covid-19--mapa-,artykul,43602150.html> [dostęp 19.08.2021].

²² *Ibidem*.

rozpoczęcie leczenia, a w krańcowym przypadku nawet mogło powodować przerwanie już rozpoczętej terapii. Należy przyjąć, że w najbardziej dotkliwy sposób zjawisko to dotyczy osób cierpiących z powodu chorób przewlekłych, w tym nowotworowych i układu krążenia, oraz zaburzeń zdrowia psychicznego, a koszty związane z opóźnionym ich rozpoznaniem i leczeniem rozpoczynanym w bardziej zaawansowanych niż typowo dotąd stadiach będą w najbliższej przyszłości znacząco wyższe od typowo dotąd ponoszonych; może też przełożyć się na skrócenie przeciętnej długości trwania życia w Polsce w kolejnych latach²³.

4.4. „Nadmiarowe zgony” na świecie

Analizując wpływ pandemii COVID-19 na zgony wśród pacjentów, najłatwiej odnieść się do okresu sprzed pandemii. W wielu krajach świata zaobserwowano, że w roku 2020 wystąpiła zwiększona względem lat poprzednich liczba zgonów spowodowanych nie tylko COVID-19, ale również wynikających z innych chorób – w samych jedynie 29 państwach OECD rok 2020 przyniósł niemal milion (979 tys.) nadmiarowych zgonów, a Polska znalazła się w czołówce krajów z najbardziej niekorzystnymi pod tym względem statystykami²⁴. Najwyższą bezwzględną liczbę nadmiarowych zgonów odnotowano w Stanach Zjednoczonych (458 tys.), Wielkiej Brytanii (94,4 tys.), Włoszech (89,1 tys.) i Hiszpanii (84,1 tys.), natomiast w znajdującej się w tym rankingu na piątym miejscu Polsce wystąpiło 60,1 tys. nadmiarowych zgonów. Przy uwzględnieniu różnic wiekowych, w niemal wszystkich badanych krajach wskaźnik nadmiarowych zgonów był większy wśród mężczyzn niż u kobiet. Najwięcej nadmiarowych zgonów wśród mężczyzn w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców odnotowano na Litwie (285) i w Polsce (191); w zestawieniu następane najwyższe miejsca zajęły Hiszpania (179), Węgry (174) i Włochy (168)²⁵.

4.5. „Nadmiarowe zgony” w Polsce

Powyższe dane zdają się wspierać tezę, że epidemia COVID-19 doprowadziła systemy ochrony zdrowia wielu krajów świata do granic ich wydolności lub nawet spowodowała przejściowe załamanie się ich działalności. Jak donosiły media, w przypadku Polski statystyki liczby zgonów były w roku 2020 najgorsze od roku 1946, czyli od momentu zakończenia II wojny światowej²⁶, a pandemia COVID-19 kształtowała sytuację

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Raport: nadmiarowe zgony w 2020 r. Polska w ścisłej czołówce*, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,nadmiarowe-zgony-w-2020-roku---raport--polska-w-scislej-czolowce,artykul,49396199.html> [dostęp 19.08.2021].

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ukryte ofiary epidemii. Wiemy, w jakich regionach jest ich najwięcej*, <https://www.onet.pl/informacje/onetwiadomosci/koronawirus-ukryte-ofiary-epidemii-pokazujemy-gdzie-jest-najgorzej/dvy6js4,79cfc278> [dostęp 19.08.2021].

demograficzną Polski²⁷. W 2020 r. zmarło 477 335 osób – wzrost liczby zgonów w stosunku do 2019 r. wyniósł prawie 68 tys.; największą różnicę odnotowano w IV kwartale 2020 r. – zarejestrowano ich o ponad 60% więcej niż w analogicznym okresie roku poprzedniego. Szczególnie tragiczny okazał się 45. tydzień roku (przypadający na dni od 2 do 8 listopada), w którym odnotowano ponad 16 tys. zgonów. Średnia tygodniowa w 2020 r. wyniosła ponad 9 tys., było o ponad 1 tys. zgonów więcej niż w 2019 r.²⁸ W rezultacie w listopadzie 2019 r. w Polsce zmarło 31 tys. osób, natomiast w listopadzie 2020 r. zanotowano 62 tys. zgonów, około dwukrotnie więcej niż w analogicznym okresie przed pandemią COVID-19, przy czym w ponad 50 tys. przypadków zgonów wykazano przyczyny zgonu inne niż COVID-19. Jako powód tego stanu rzeczy wskazywany jest w doniesieniach medialnych brak dostępu do świadczeń zdrowotnych albo co najmniej znaczne ograniczenia dostępu do nich²⁹. Analiza danych dotyczących zgonów w rozbiciu na powiaty wskazuje, że zjawisko to wystąpiło w różnych częściach Polski z różnym natężeniem, np. najwięcej zgonów odnotowano do połowy grudnia 2020 r. w Łodzi, regionie wałbrzyskim i sosnowieckim, natomiast najmniej – w regionie poznańskim i gdańskim³⁰.

4.6. Poszukiwania przyczyn wystąpienia „nadmiarowych zgonów”

Wskazuje się, że zgony podczas okresu pandemii w części mogły wynikać nie tylko z zachorowań na COVID-19 lub związanych z tym zaostrzeń przebiegu chorób współistniejących, ale również z ograniczeń dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z wymogów zwalczania pandemii COVID-19. W roku 2020 w Polsce zmarło o 16,5% więcej osób niż rok wcześniej, lecz tylko mniej niż połowa tego przyrostu znajduje swe odbicie w rejestrowanych statystykach zgonów z powodu COVID-19 – nadmiarowe zgony podczas pandemii wynikają nie tylko bezpośrednio z następstw zakażeń SARS-CoV-2, ale pośrednio również z występującego deficytu zajętych lub ograniczonych w wyniku działań przeciwepidemicznych zasobów systemu opieki zdrowotnej i braku możliwości udzielania pomocy medycznej w typowym trybie³¹.

W powyższym kontekście pojawiają się głosy krytycznie oceniające decyzje administracyjne, które kształtowały profil wydolności lokalnie dostępnych zasobów systemu opieki zdrowotnej podczas pandemii COVID-19: „Umieszcza się oddziały covidowe w szpitalu w centrum miasta, wsadzając (je) w środek szpitala, który rozwała wszystko

²⁷ GUS, *Umieralność w 2020 roku. Zgony według przyczyn – dane wstępne*, s. 1, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5746/10/1/1/umieralnosc_i_zgony_wedlug_przyczyn_w_2020_roku_informacja_sygnalna_w_formacie_docx.docx [dostęp 19.08.2021].

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ukryte ofiary epidemii...*

³¹ J. Frączyk, *Poza szpitalem tyle osób nie umierało nawet w PRL-u. Pozamykana służba zdrowia gorsza od koronawirusa*, <https://businessinsider.com.pl/finanse/makroekonomia/koronawirus-czy-sluzba-zdrowia-na-dwie-trzecie-mocy-co-gorsze-zgonow-pozza-szpitalem/sq80hzw> [dostęp 19.08.2021],

maksymalnie, a w tym szpitalu, gdzie są pawilony w lesie, oddzielone, nie ma chorych. To jest zarządzanie przez wojewodę. Gdzie tu jest rozsądek, [...] gdzie tu jest dbałość o chorych? To się przekłada na liczbę zgonów. To się przekłada na to, że potem szpital, który jest budynkiem nieprzystosowanym do takich pacjentów, gdzie są ścieżki łączenia się transportu z wszystkimi oddziałami poprzez ten oddział covidowy, po prostu nie może przyjąć nikogo więcej, zostaje zablokowany. Jedna decyzja wojewody nie powoduje tego, że powstaje tam 20-30 łóżek, tylko że się blokuje 200-300 łóżek, a jednocześnie szpitale pawilonowe stoją wolne, puste, mogą przyjmować. Widać, że osoby wydające decyzje administracyjne w sprawie pandemii, nie mają żadnego doświadczenia, żadnego rozeznania i niczego nie rozumieją³². Według przedstawianych w mediach wyliczeń w okresie od marca do grudnia 2020 r. hospitalizacji było w Polsce tylko 2 769 tys., podczas gdy rok wcześniej w analogicznym okresie – 4 212 tys., czyli spadek rok do roku wyniósł aż 34%. Według doniesień medialnych Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) miał okresowo wprost zakazywać przyjmowania pacjentów w trybie planowym. Donoszono również o spadku liczby przyjęć w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego – w okresie od marca do grudnia 2020 r. spadek ten wyniósł 18% rok do roku, a w 2021 r. spadek wyniósł w pierwszych dwóch miesiącach aż 86% rok do roku. Nagłaśniane przez media były problemy załóg karetek pogotowia ratunkowego z przekazaniem chorych do szpitali. W jednym z relacjonowanych przypadków jeden z zespołów ratownictwa medycznego w Warszawie wezwał nawet policję, żeby sforsowała drzwi szpitala wobec odmowy przyjęcia pacjentów w przypadkach innych niż związane z epidemią COVID-19³³.

W doniesieniach medialnych przedstawione dane są niejednokrotnie interpretowane jako efekt niedostatków w alokacji dostępnych zasobów, a nie tylko ich deficytu, w tym braków kadry lekarzy czy pielęgniarek. Kwestionowana bywa zwłaszcza zasadność rezerwacji i utrzymywania w oczekiwaniu istotnej części jednostek systemu opieki zdrowotnej, w tym regulacje wydane przez wojewodów, które zapewniając gotowość danej jednostki opieki zdrowotnej do przyjęcia danej liczby pacjentów cierpiących na COVID-19, powodowały niejednokrotnie konieczność wyłączenia z rutynowej działalności znacznie większej liczby łóżek szpitalnych niż tylko zarezerwowana przez wojewodę. W konsekwencji sugeruje się, że powyższe mogło przyczynić się do pewnej, trudnej do konkretnego określenia liczby zgonów, do których doszło poza szpitalami, a których w typowych warunkach dostępności hospitalizacji potencjalnie można było uniknąć³⁴.

³² *Ibidem.*

³³ *Ibidem.*

³⁴ *Ibidem.*

4.7. Kontrowersje wokół strategii *lockdown*

W Polsce, podobnie jak i na całym świecie, wyrażane są różne poglądy dotyczące tzw. strategii *lockdown* – czasowego częściowego ograniczania lub nawet okresowego zupełnego wyłączenia działalności pewnych gałęzi gospodarki oraz ograniczania części swobód obywatelskich, stosowanego w skali całych krajów lub jedynie regionalnie. Przeciwnicy stosowania strategii *lockdown* wskazują, że powoduje ona znaczne koszty, generujące na różnych poziomach zadłużenie, które stanowić będzie obciążenie budżetów zarówno pojedynczych podmiotów gospodarczych, jak i całych krajów na przestrzeni wielu kolejnych lat. Podkreśla się jednak, że jedyną konstruktywną alternatywą dla strategii *lockdown*, pozwalającą na uniknięcie wystąpienia nagłej fali zachorowań na COVID-19, zwłaszcza o ciężkim przebiegu, w liczbie przekraczającej wydolność systemu opieki zdrowotnej i skutkujących falą nadmiarowych zgonów, są masowe szczepienia ochronne przeciwko COVID-19³⁵. Choć w prasie można znaleźć informacje o nadmiarowej liczbie zgonów oraz o niewydolności systemu ochrony zdrowia³⁶ oraz że wobec braku wystarczającego poziomu uodpornienia populacji polskiej zdecydowane działania zapobiegające niekontrolowanemu rozwojowi pandemii COVID-19 były konieczne, to jednak sytuacja powyższa bywa przez wielu Polaków oceniana bardzo gorzko: „Na jesieni 2020 r. w Polsce doszło do zawału systemu ochrony zdrowia. W skrócie można to opisać w ten sposób, że paradygmatem podejścia do choroby wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 stała się maksyma «ani jednej łzy» – czyli za wszelką cenę nie dopuszczamy do zakażenia, zamykamy oczy na wszelkie problemy, dramaty ludzkie, brak możliwości diagnostyki i terapii, przepisy blokujące większość normalnej aktywności ludzkiej, a w zamian uzyskujemy subiektywne poczucie, że coś kontrolujemy, że jakoby zmniejszamy ilość zakażeń”³⁷.

4.8. Ograniczenia wydolności systemu opieki zdrowotnej

Wyzwanie w postaci, nadal trwającej, pandemii COVID-19 obnażyło występujące już wcześniej deficyty kadr medycznych w Polsce. Podnosi się, że dodatkowo okres dydaktyki ograniczonej w znacznej części do form zdalnych pogłębił niedostatki w medycznym kształceniu zawodowym, a nawet spowodował zaniżenie wymagań stawianych przyszłym profesjonalistom medycznym, w tym również przy weryfikacji ich kwalifikacji lub nawet dopuszczaniu ich do wykonywania zawodu, co praktycznie nie będzie już możliwe do naprawienia w przyszłości. Okres pandemii COVID-19 był znacznym wyzwaniem dla

³⁵ Prof. Piotr Kuna: *Lockdown jest złem, skróci nasze życie*, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,lockdown-w-polsce--prof--kuna--to-skroci-nasze-zycie,artykul,12639522.html> [dostęp 19.08.2021].

³⁶ J. Frączyk, *Poza szpitalem...*

³⁷ *Ibidem*.

zdrowia psychicznego wielu osób, czemu zmuszona będzie stawić czoło już wyjściowo niewydolna polska psychiatria, szczególnie psychiatria dziecięca. Innym istotnym i nabierającym dodatkowego znaczenia w kontekście następstw COVID-19 w populacji Polski zagadnieniem jest również deficytowa rehabilitacja oddechowa³⁸. Należy przypomnieć, że pandemia COVID-19 przyniosła ofiary również w odniesieniu do pracowników polskiego systemu ochrony zdrowia. Zestawienie Ministerstwa Zdrowia z dnia 15 grudnia 2020 r. wskazuje, że od początku epidemii w Polsce zakażenie SARS-CoV-2 wykryto m.in. u 17 824 lekarzy, 45 612 pielęgniarek, 4218 położnych, 2742 ratowników, 1610 dentystów, 1845 farmaceutów i 1389 diagnostów laboratoryjnych. Zakażenie SARS-CoV-2 przyczyniło się w 2020 r. do śmierci: 54 lekarzy, 44 pielęgniarek, 8 dentystów, 4 farmaceutów, 3 ratowników medycznych i 4 położnych³⁹. W ciągu kolejnych 6 miesięcy zwiększyła się znacząco zarówno liczba osób chorych, jak i zmarłych wśród personelu medycznego. Zgodnie ze stanem na dzień 21 czerwca 2021 r. od początku epidemii w Polsce zakażenie SARS-CoV-2 wykryto u: 29 433 lekarzy, 72 410 pielęgniarek, 11 094 fizjoterapeutów, 7207 położnych, 3630 farmaceutów, 3628 ratowników medycznych, 3281 dentystów i 2548 diagnostów laboratoryjnych. Z powodu zakażenia SARS-CoV-2 zmarło natomiast: 231 lekarzy, 185 pielęgniarek, 50 dentystów, 22 położnych, 19 farmaceutów, 6 ratowników, 6 diagnostów i 5 fizjoterapeutów⁴⁰. Z punktu widzenia społeczeństwa śmierć członka personelu medycznego w walce z pandemią COVID-19 to nie tylko osobista tragedia jego rodziny i bliskich, ale również zwiększenie ryzyka wystąpienia osobistych tragedii licznych innych obywateli, którzy potencjalnie jako pacjenci stracili dostęp do pewnego zakresu pomocy medycznej, często w aspekcie zupełnie niezwiązanym z COVID-19. Publikacja niepokojących danych statystycznych z 2020 r. sprawiła, że w Polsce pojawiło się wiele głosów postulujących dokonanie zmian w systemie ochrony zdrowia w celu ograniczenia rosnącej liczby ofiar pandemii COVID-19 i skali wynikających z tego tragedii⁴¹.

³⁸ *Co dalej z polskim systemem ochrony zdrowia? Lekarze mają ponure scenariusze*, <https://www.medonet.pl/zdrowie/scenariusz-jest-ponury--lekarze-mowia--co-bedzie-z-ochrona-zdrowia-w-polsce,artykul,90930873.html> [dostęp 19.08.2021].

³⁹ *Koronawirus przyczynił się do śmierci ponad 100 pracowników służby zdrowia w Polsce*, <https://www.onet.pl/informacje/onetwiadomosci/koronawirus-w-polsce-ilu-medykow-zmarlo-w-zwiazku-z-epidemia/2934v34,79cfc278> [dostęp 19.08.2021].

⁴⁰ *Koronawirus wśród personelu medycznego. Ministerstwo Zdrowia publikuje dane*, <https://wiadomosci.onet.pl/kraj/koronawirus-wsrod-personelu-medycznego-ministerstwo-zdrowia-publikuje-dane/r5vt17d> [dostęp 19.08.2021].

⁴¹ *Dramatyczny wzrost liczby zgonów w Polsce. Lekarz: to ofiary braku dostępu do świadczeń zdrowotnych*, <https://www.onet.pl/informacje/onetwiadomosci/dramatyczny-wzrost-liczby-zgonow-w-polsce-lekarz-komentuje-w-onet-rano/celfzxp,79cfc278> [dostęp 19.08.2021].

5. Podsumowanie

Niniejszy tekst stanowi uwagi wstępne autorów dotyczące wybranych zagadnień, które zostaną przedstawione w pełnym zakresie w opracowaniu w formie raportu o analogicznym tytule, powstającym w ramach prac Interdyscyplinarnej Grupy Roboczej ds. Zagrożeń Epidemicznych i Organizacji Pomocy Medycznej, wchodzącej w skład Interdyscyplinarnego Zespołu Badawczego przy Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu we Wrocławiu. Główne zasady postępowania przeciwepidemicznego pozostają niezmiennie mimo upływu dziesięcioleci i znajdują one swe odbicie również w aktualnym sposobie planowania przez jednostki administracji publicznej w Polsce działań mających na celu zapobieganie zagrożeniom epidemicznym i ich zwalczanie oraz organizację odpowiedniej pomocy medycznej. Opracowane z wyprzedzeniem wojewódzkie plany działania na wypadek epidemii od roku 2020 są wykorzystywane w praktyce w walce z pandemią COVID-19, a doświadczenia minionych dwóch lat jej trwania pozwoliły na dokonanie próby ich wstępnej weryfikacji. Choć efekty działań podjętych dotąd przez jednostki administracji publicznej poddawane są, niekiedy bardzo krytycznej, ocenie ze strony społeczeństwa, to jednak plany, które były ich podstawą, uznać należy za rozwiązania, które się sprawdziły i stąd warte są utrzymania w arsenale instrumentów państwa polskiego służących ochronie zdrowia publicznego obywateli.

Bibliografia

Literatura

- Bryła M., Maniecka-Bryła I., *Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej*, „Gerontologia Polska” 2011, nr 19(1).
- Miller M., Zieliński A., *Zdrowie publiczne – misja i nauka*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, nr 56.
- Paplicki M., Susło R., Benedikt A., Drobnik J., *Effectively enforcing mandatory vaccination in Poland and worldwide*, “Family Medicine & Primary Care Review” 2020, Vol. 22(3).
- Paplicki M., Susło R., Najjar N., Ciesielski P., Augustyn J., Drobnik J., *Conflict of individual freedom and community health safety: legal conditions on mandatory vaccinations and changes in the judicial approach in the case of avoidance*, “Family Medicine & Primary Care Review” 2018, Vol. 20(4).
- Zieliński A., *Co rozumiemy pod pojęciem opracowania ogniska epidemicznego?*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, nr 53.
- Zieliński A., *Nadzór epidemiologiczny*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, nr 56.

Inne źródła

Aktualizacja wytycznych dotyczących kodowania zgonów związanych z epidemią koronawirusa wywołującego COVID-19 na podstawie rekomendacji WHO z dnia 18.04.2020 r., <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/04/aktualizacja-wytycznych-do-karty-zgonu-wg-WHO-18.04.2020.pdf>

Co dalej z polskim systemem ochrony zdrowia? Lekarze mają ponure scenariusze, <https://www.medonet.pl/zdrowie,scenariusz-jest-ponury--lekarze-mowia--co-bedzie-z-ochrona-zdrowia-w-polsce,artykul,90930873.html>

Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej, *Wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii dla województwa dolnośląskiego na lata 2021-2024*, 30.07.2021.

Dramatyczny wzrost liczby zgonów w Polsce. Lekarz: to ofiary braku dostępu do świadczeń zdrowotnych, <https://www.onet.pl/informacje/onetwiadomosci/dramatyczny-wzrost-liczby-zgonow-w-polsce-lekarz-komentuje-w-onet-rano/eelfzxp,79cfc278>

Frączyk J., *Poza szpitalem tyle osób nie umierało nawet w PRL-u. Pozamykana służba zdrowia gorsza od koronawirusa*, <https://businessinsider.com.pl/finanse/makroekonomia/korona-wirus-czy-sluzba-zdrowia-na-dwie-trzecie-mocy-co-gorsze-zgonow-pozza-szpitałem/sq80hzw>

GUS, *Umieralność w 2020 roku. Zgony według przyczyn – dane wstępne*, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5746/10/1/1/umieralnosc_i_zgony_wedlug_przyczyn_w_2020_roku._informacja_sygnalna_w_formacie_docx.docx

International Guidelines for Certification and Classification (Coding) of COVID-19 as Cause of Death Based on ICD International Statistical Classification of Diseases (16 April 2020). WHO https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf?ua=1

Jak państwa radzą sobie z epidemią koronawirusa? Polska na szarym końcu rankingu Bloomberga, <https://www.onet.pl/informacje/onetwiadomosci/koronawirus-polska-na-szarym-koncu-rankingu-bloomberga/2syrh37,79cfc278>

Koronawirus przyczynił się do śmierci ponad 100 pracowników służby zdrowia w Polsce, <https://www.onet.pl/informacje/onetwiadomosci/koronawirus-w-polsce-ilu-medykow-zmarlo-w-zwiazku-z-epidemia/2934v34,79cfc278>

Koronawirus wśród personelu medycznego. Ministerstwo Zdrowia publikuje dane, <https://wiadomosci.onet.pl/kraj/koronawirus-wsrod-personelu-medycznego-ministerstwo-zdrowia-publikuje-dane/r5vt17d>

Prof. Piotr Kuna: Lockdown jest złem, skróci nasze życie, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,lockdown-w-polsce--prof--kuna--to-skroci-nasze-zycie,artykul,12639522.html>

Raport na temat koronawirusa, <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,zasieg-koronawirusa-covid-19--mapa-,artykul,43602150.html>

Raport: nadmiarowe zgony w 2020 r. Polska w ścisłej czołówce, <https://www.medonet.pl/korona-wirus/koronawirus-w-polsce,nadmiarowe-zgony-w-2020-roku---raport--polska-w-scislej-czolowce,artykul,49396199.html>

Słowniczek terminów epidemiologicznych, „Przegląd Epidemiologiczny”, <http://www.przegl-epidemiol.pzh.gov.pl/slowniczek-terminow-epidemiologicznych>

Ukryte ofiary epidemii. Wiemy, w jakich regionach jest ich najwięcej, <https://www.onet.pl/informacje/onetwiadomosci/koronawirus-ukryte-ofiary-epidemii-pokazujemy-gdzie-jest-najgorzej/dvy6js4,79cfc278>

Wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii, <https://www.duw.pl/pl/urząd/zdrowie-publiczne/wojewodzki-plan-dzialan/11744,Wojewodzki-plan-dzialania-na-wypadek-wystapienia-epidemii.html>

Akty prawne

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570 ze zm.; t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845).