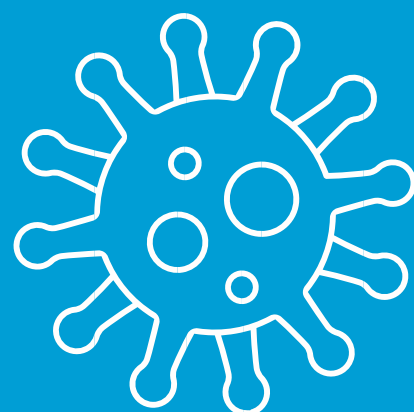


# STRATEGIA WALKI Z PANDEMIĄ COVID-19

WERSJA 3.0

jesień 2020



# Strategia walki z pandemią COVID-19 - jesień 2020

## Wersja 3.0

### Wstęp

Strategia obrazuje najważniejsze kierunki zmian, jakie zostały podjęte w celu skutecznej walki z pandemią wirusa COVID-19 przy jednoczesnym uwzględnieniu długofalowych konsekwencji wprowadzania obostrzeń. Strategia jest odpowiedzią na zmianę charakteru epidemii. W okresie jesienno-zimowym w całej Europie ma miejsce gwałtowny wzrost poziomu zakażeń COVID-19. Zgodnie z opinią naukowców warianty wirusa, odpowiedzialne za obecny szczyt zachorowań, są mniej śmiertelne, jednak znacznie bardziej zakaźne niż odpowiedzialne za wiosenną falę zakażeń. Niestety, zjawisko to obserwujemy także w Polsce, która podczas pierwszej fazy dzięki szybko wdrożonym działaniom była w grupie krajów europejskich z lepszymi wskaźnikami epidemicznymi. Jednocześnie w związku z nabyciem większej wiedzy o biologii wirusa oraz możliwością elastycznego wykorzystania dotychczas podjętych działań organizacyjnych i infrastrukturalnych, zmianie ulega podejście do zagrożenia związanego z zakażeniem wirusem COVID-19.

Konsekwencją znacznie wyższego poziomu zachorowań jest konieczność zmiany sposobu walki z pandemią.

W pierwszym okresie epidemii (do trzeciej dekady września) dobowy poziom zakażeń nie przekraczał w skali kraju tysiąca przypadków. Ze względu na charakter zakażeń, związanych głównie z lokalnymi ogniskami (często dotyczącymi placówek opieki zdrowotnej) budowana do walki z epidemią sieć placówek oparta była na bazie oddziałów zakaźnych oraz na zlokalizowanych w każdym województwie szpitalach jednoimiennych, które poza leczeniem zakażonych zapewniały także dostęp do leczenia innych niż SARS-Cov-2 schorzeń u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem. System zapewniał optymalną opiekę, z pełnym dostępem do świadczeń łącznie z terapią najcięższych przypadków.

Stabilny i pozostający pod kontrolą poziom zakażeń pozwalał na stopniowe znoszenie ograniczeń, mających zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa.

Stopniowy wzrost poziomu potwierdzonych przypadków miał miejsce pod koniec września i na początku października. W dalszym ciągu obserwowano znaczne różnice wskaźników zakażeń na poziomie poszczególnych powiatów. Działania w tej fazie ukierunkowane zostały na zapobieganie propagacji wirusa, z ograniczeniami zróżnicowanymi terytorialnie w zależności od wskaźnika zakażeń w ciągu ostatnich 14 dni, przypadających na sto tysięcy populacji powiatu (odpowiednio od 6 do 12 dla strefy żółtej oraz powyżej 12 dla czerwonej).

Od początku października sytuacja epidemiczna uległa gwałtownej zmianie. Wzrost poziomu zakażeń, dotychczas o charakterze liniowym, zmienił charakter na wykładniczy przy jednoczesnym zatarciu się różnic między poszczególnymi obszarami (powiatami). Podstawą do obecnie wypracowanej strategii jest konieczność zapewnienia wystarczającej liczby miejsc do leczenia pacjentów, u których rozwija się objawowa postać infekcji dotycząca układu oddechowego.

# 1. Rozwój epidemii COVID-19.

Epidemia COVID-19 w UE rozpoczęła się na przełomie lutego i marca 2020r. Pierwszym szczególnie dotkniętym regionem była północ Włoch, zwłaszcza Lombardia. Wkrótce liczne zachorowania zaczęły być odnotowywane w Hiszpanii, Francji, Niemczech i Wielkiej Brytanii. W tych krajach gwałtowny wzrost zachorowań miał miejsce w marcu i trwał około 2 tygodni do osiągnięcia apogeum w początku kwietnia. Kraje te - stosunkowo późno - wprowadziły poważne ograniczenia określane mianem „lock-down” polegające na izolacji mieszkańców w domach z wyjątkiem wyjścia tylko w ważnych sprawach życiowych, zakaz spotkań i imprez masowych, ograniczenie podróży, zamknięciu szkół, wprowadzeniu kwarantanny dla przyjeżdżających z zagranicy.

W Polsce ww. działania ograniczające podjęto już w połowie marca, czyli zaledwie w 11 dni po wykryciu pierwszego przypadku zachorowania na COVID-19. Miało to kluczowy wpływ na odmienny przebieg epidemii COVID-19. Nie zaobserwowano u nas bowiem szczytu pierwszej fali, a liczby zachorowań i zgonów narastały stopniowo do połowy kwietnia i utrzymywały się do połowy czerwca odpowiednio dla 14-dniowej skumulowanej zapadalności na poziomie około 15 przypadków na 100 tys. ludności i umieralności na poziomie 10 zgonów na milion ludności Polski, czyli prawie 10-krotnie niższym niż w ww. krajach.

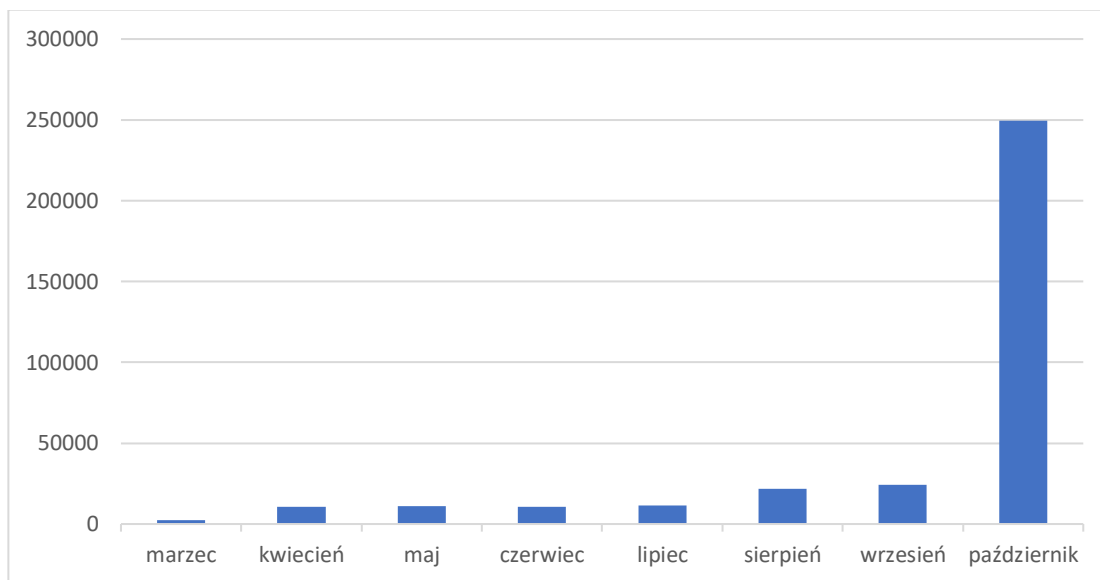
Wzrost zachorowań w kraju odnotowano dopiero w sierpniu i wrześniu, kiedy zapadalność przekroczyła wartość 25 i po chwilowym nieznacznym obniżeniu w połowie września zaczęła gwałtownie wzrastać i w połowie października przekroczyła 100 przypadków na 100 tys. ludności. Podobnie sytuacja epidemiologiczna kształtowała się w sąsiednich Słowacji i Czechach, z tym, że w tym samym czasie zapadalność osiągnęła tam odpowiednio 200 i 450 na 100 tys. ludności. Aktualny stromy trend wzrostowy zachorowań na COVID-19 w Polsce, Czechach i Słowacji spowodował, że przekroczone już wartości 14-dniowej zapadalności na poziomie 150-200 przypadków na 100 tys., przy których wiosną 2020 r. kraje o podobnej lub liczniejszej populacji podjęły poważne działania przeciwepidemiczne ze względu na przeciążenie opieki medycznej i wysoką liczbę zgonów.

Rozmieszczenie geograficzne osób chorych w początkowej fazie epidemii w Polsce było losowe, co wynikało między innymi z mechanizmu szerzenia się patogenu. Szybko jednak zauważalne było koncentrowanie się nowych zachorowań w dużych miastach i ich aglomeracjach (Warszawa, Kraków, Poznań, Łódź). Wprowadzenie częściowego zamrożenia gospodarki i ograniczenie mobilności przez zamknięcie szkół i uniwersytetów, organizacja pracy zdalnej, mandaty za łamanie zasad sanitarnych znacznie ograniczyły możliwość transmisji SARS-CoV-2 i skutkowały występowaniem największej liczby przypadków w powiatach o największej gęstości zaludnienia oraz w powiatach, w których wirus został przypadkowo wprowadzony do domów opieki.

Epidemia ponownie uległa zmianie z epidemii o charakterze ogniskowanej w kilkunastu powiatach do rozproszonej transmisji w społeczeństwie. W czerwcu odnotowano 10609 nowych przypadków, a 42% wszystkich nowych przypadków pochodziło ze Śląska, gdzie występowały ogniska w kopalniach. W tym samym miesiącu odnotowano także istotny wzrost mobilności ludności. W lipcu odnotowano pierwsze ogniska z wesel (głównie w Małopolsce), a w sierpniu liczba nowych przypadków wyniosła 21684, czyli dwukrotnie więcej niż w lipcu. Wynikało to ze znaczącej mobilności ludności oraz z rosnącej liczby ognisk weselnych, które stanowiły źródło dalszej transmisji do zakładów pracy. W sierpniu epidemia była ogniskowana w kilkunastu powiatach, odnotowywano około 10 powiatów czerwonych i 10 powiatów żółtych.

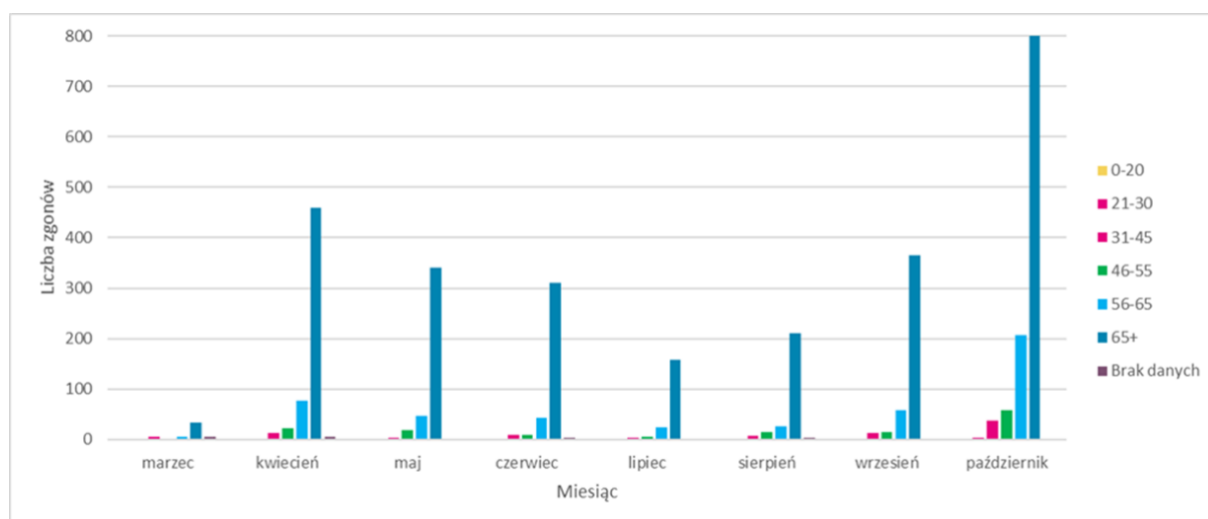
We wrześniu zarejestrowano 24142 przypadki (wzrost o 11% w porównaniu do sytuacji z sierpnia). Sytuacja epidemiologiczna pogorszyła się od 24 września, gdy dobową liczbę nowych przypadków regularnie przekraczała tysiąc. W październiku odnotowano ponad 270 tysięcy przypadków, czyli 2,7 razy więcej niż w całym poprzedzającym okresie do końca września. Można zaobserwować dominację transmisji rozproszonej (67% wszystkich przypadków). Jednak, pomimo tak gwałtownego pogorszenia wskaźników, jeszcze pod koniec drugiej dekady października obserwowano mobilność na poziomie tej z połowy czerwca.

Wykres 1. Liczba zachorowań miesięcznie od początku epidemii



Źródło: Opracowanie własne MZ

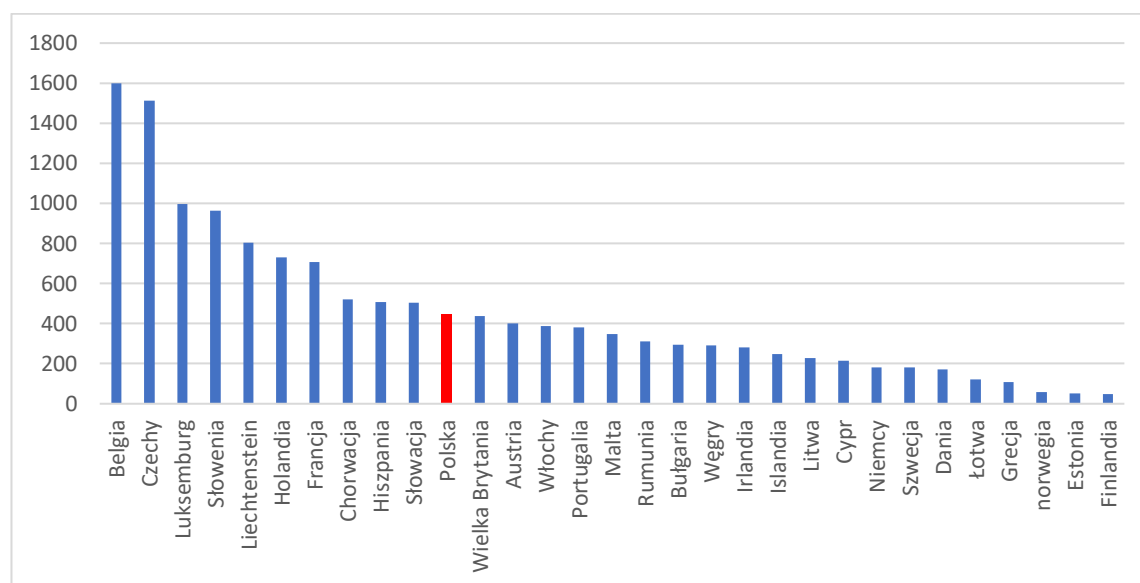
Wykres 2. Liczba zgonów w podziale na wiek



Źródło: Opracowanie własne MZ

Według danych ECDC, na dzień 30 października Polska była na 11 miejscu w Europie pod względem skumulowanej 14-dniowej zapadalności na 100 tysięcy mieszkańców. Trend wzrostowy obserwowany jest w całej Europie.

Wykres 3. Polska na tle Europy (liczba nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców (14 dni) (wg. stanu na 30 października 2020r.)



Źródło: Opracowanie własne MZ wg danych ECDC

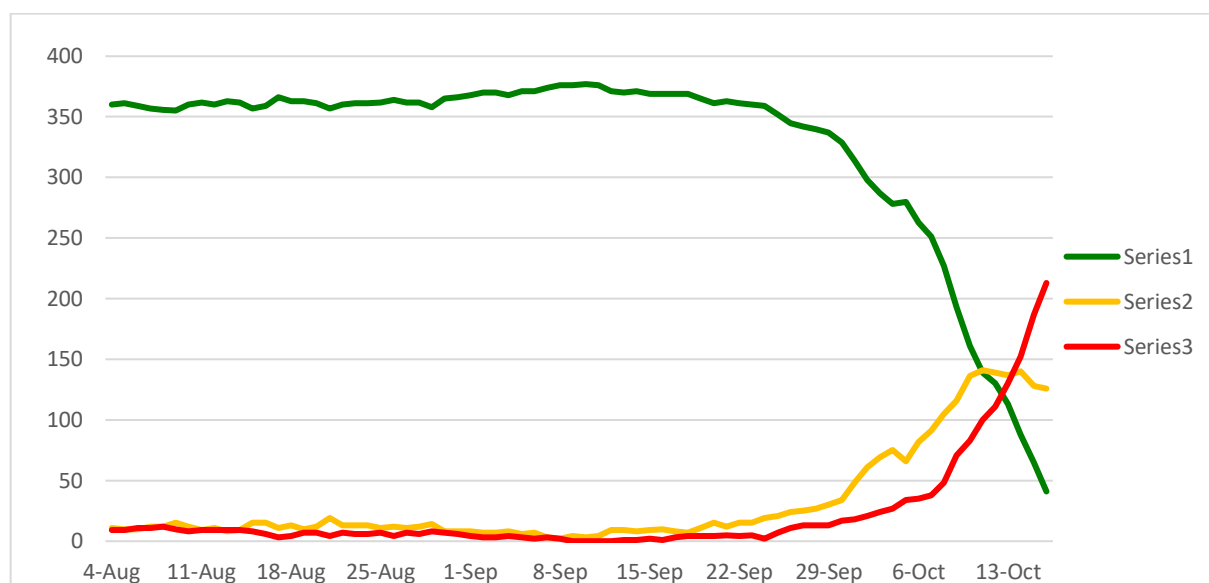
Rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii od dnia 8 sierpnia na terenie kraju wprowadzono podział na strefy: zieloną, żółtą i czerwoną.

- 1) **Strefa zielona** – powiat mający poniżej 6 przypadków na 10 tysięcy mieszkańców w okresie 14 dniowym

- 2) **strefa żółta** – powiat mający od 6 do 12 przypadków na 10 tys. mieszkańców w okresie 14 dniowym,
- 3) **strefa czerwona** - powiat mający powyżej 12 przypadków na 10 tys. mieszkańców w okresie 14 dniowym.

Podział ten był podstawą do wprowadzanie ograniczeń regionalnych, mających zapobiec propagacji wirusa w obszarach o podwyższonych wskaźnikach zapadalności. Jednak gwałtowny przyrost liczby zakażeń wraz ze zrównaniem wskaźników w przeważającej liczbie powiatów stały się powodem włączenia całego kraju do strefy czerwonej od dnia 24 października.

Wykres. 4 Dynamika zmiany stref - trajektoria wykładnicza



Źródło: Opracowanie własne MZ

## 2. Strategia walki z SARS-CoV-2 od początku września 2020 r.

Obecny model opieki nad pacjentami z COVID-19 ma formę piramidy. Podstawą systemu jest diagnostyka i nadzór nad bezobjawowymi czy skąpoobjawowymi pacjentami prowadzony w warunkach izolacji domowej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (wg szacunków od 80 do 90% wszystkich zachorowań). Instytucjonalną formą opieki nad powyższymi pacjentami są izolatoria, dostępne także dla osób hospitalizowanych, u których ustąpiły wskazania do hospitalizacji. Na kolejnym poziomie (od 10 do 20% zakażonych) znajdują się oddziały szpitalne.

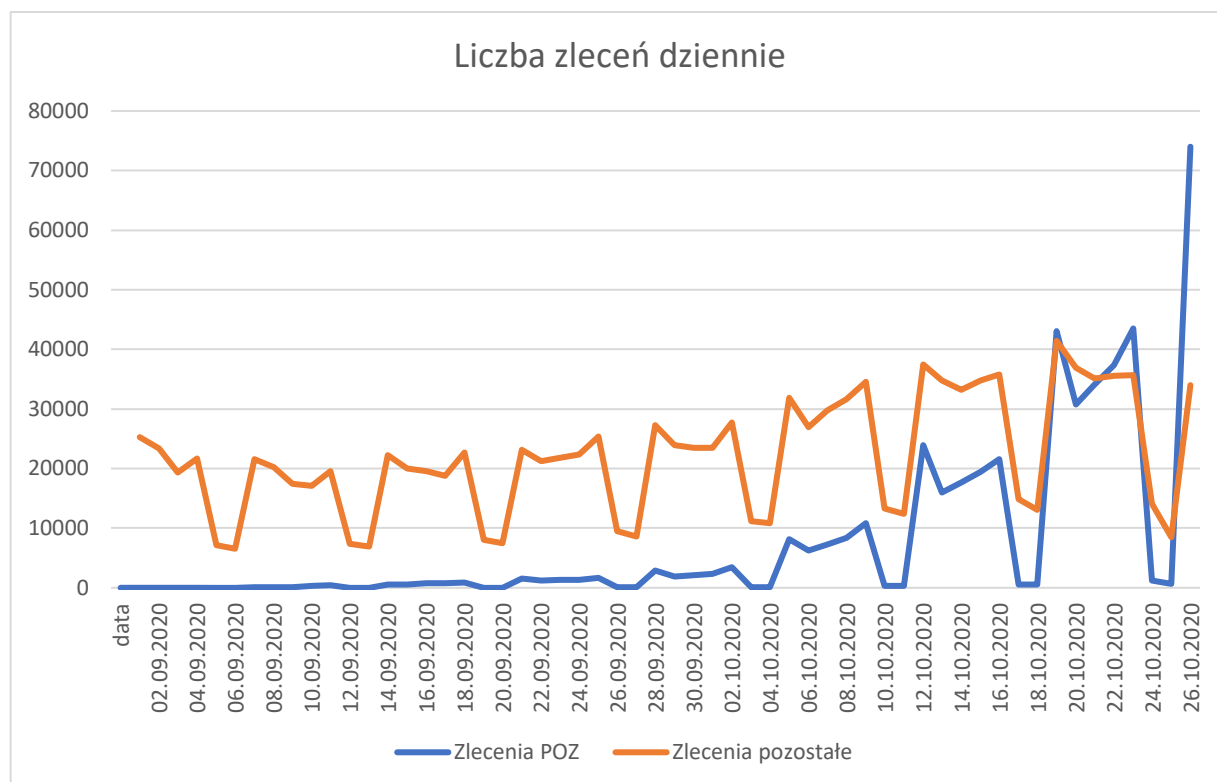
### Zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Podstawą organizacji opieki nad pacjentami stało się zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w proces diagnozowania i opieki nad pacjentami z podejrzeniem i potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-Cov-2. Z upływem czasu to podstawowa opieka zdrowotna stała się głównym miejscem diagnozowania nowych zakażeń. Zdecydowały o tym zarówno duża dynamika zlecanych badań, jak i utrzymujący się wysoki współczynnik trafności wyników badań u skierowanych pacjentów.

Taka organizacja zastąpiła pierwotny model, w którym za prowadzenie pacjenta odpowiadał personel szpitali z oddziałami zakaźnymi.



Wykres 5. Liczba zleceń badań PCR – POZ vs inne źródła skierowań



Źródło: Opracowanie własne MZ

Po włączeniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej liczba kierowanych przez nich pacjentów w krótkim czasie przewyższyła wszystkie inne placówki opieki zdrowotnej, pozwalając na izolację zakażonych pacjentów.

## Punkty wymazowe

Rozbudowa sieci mobilnych punktów wymazów (*drive thru*) poprzez:

- czas funkcjonowania mobilnych punktów wymazów – przynajmniej 12 godzin dziennie,
- zwiększenie liczby mobilnych punktów wymazów,
- jednocześnie zwiększanie liczby stacjonarnych punktów pobrań dla pacjentów, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogą skorzystać z punktów typu (*drive thru*) - punkty pobierania wymazów w dużych placówkach opieki ambulatoryjnej.

Zwiększenie dostępności do testów antygenowych zaczynając od placówek I i II stopnia referencyjności.

W pierwszej fazie sieć punktów wymazowych tworzona przede wszystkim na potrzeby dwóch grup pacjentów – kończących kwarantannę (przy warunku ujemnego wymazu) oraz jadących do sanatorium. Punkty tworzone były przy chętnych szpitalach, działały przez minimum dwie godziny pięć dni w tygodniu. Zainteresowanie punktami było niewielkie, główną formą finansowania był ryczałt za gotowość.

Zmiana zaszła po włączeniu w proces zlecenia badań placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Dotychczasowa sieć punktów przestała wystarczać. W tej sytuacji rozpoczęto intensywne działania, których celem miało być rozszerzenie liczby punktów i, w rezultacie,

ułatwienie dostępu do nich bez długiego czasu oczekiwania, jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Docelowo to ma być co najmniej jeden punkt w każdym powiecie, zaś w dużych miastach liczba punktów ma być proporcjonalna do liczby skierowanych na wymaz.

Aktualna lista mobilnych punktów pobrań wymazu dostępna jest na stronie: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/test-w-mobilnym-punkcie-pobran>.

## Pulsoksymetria

Wysoki poziom stwierdzanych zakażeń spowodował konieczność bieżącego nadzoru nad pacjentami pozostającymi w izolacji domowej. Jest ona sprawowana na bieżąco przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jednak kluczowe jest odpowiednio wczesne uchwycenie grupy pacjentów, którzy ze względu na pogorszenie stanu powinni trafić na leczenie szpitalne.

Niezbędny do tego jest system monitorowania i nadzoru za pomocą prostych parametrów, które mogą być samodzielnie badane przez pacjenta. Zgodnie z opiniami ekspertów medycznych (stanowisko PTEILCHZ) kluczowe znaczenie ma wartość saturacji.

Istotą wdrażanego systemu jest samodzielny pomiar saturacji w domu za pomocą wypożyczonych pulsoksymetrów, pomiar temperatury, które po wprowadzeniu do aplikacji na telefonie i przesłaniu do centrum monitorowania w zestawieniu z jednorazową oceną ryzyka na podstawie wywiadu medycznego wskażą pacjentów, którzy wymagają hospitalizacji. System będzie nadzorowany w centrach obsługi przez całą dobę, stanowiąc wsparcie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

## Izolatoria dla pacjentów zakażonych

Zwiększenie dostępności do izolatoriów jako bazy dla:

- osób z potwierdzonym COVID-19 nie mogących przebywać w izolacji domowej ze względu na narażenie innych domowników będących w grupach podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 (wg kryteriów ECDC, szczególnie wiek powyżej 65 lat i choroby układu krążenia, układu oddechowego);
- pacjentów odsyłanych ze szpitali na okres rekonwalescencji, aby możliwie efektywnie wykorzystać dostępną bazę szpitalną dla pacjentów wymagających szczególnej opieki (zapewnienie retencji łóżek);
- zmiana rozporządzenia pozwoli na organizację izolatoriów w placówkach medycznych typu sanatoria czy inne podmioty, prowadzące leczenie w warunkach stacjonarnych. Umożliwi także podpisywanie umów bezpośrednio z podmiotami nie prowadzącymi działalności leczniczej.

Począwszy od pierwszej fali epidemii organizowano izolatoria jako placówki, w których przebywać będą osoby z potwierdzonym zakażeniem COVID-19, nie wymagające

hospitalizacji, jednak z różnych przyczyn bez możliwości odbywania w warunkach domowych. Izolatoria prowadzone były na bazie obiektów hotelowych przez podmioty, w których hospitalizowani byli zakażeni pacjenci. Zainteresowanie tą formą opieki było niewielkie. W związku z niewielkim wykorzystaniem bazy oraz decyzji o umożliwieniu działania przez hotele rozwiązywane były kolejne umowy.

Problemy z prowadzeniem izolatoriów (w tym z delegowaniem do pracy w nich personelu medycznego ze szpitali zaangażowanych w walkę z COVID-19) dwukrotnie zmieniano dotyczące ich rozporządzenia – raz poprzez umożliwienie przebywania w jednym pokoju kilku osób z potwierdzonym zakażeniem, natomiast 24 października poza izolatoriami, prowadzonymi w obiektach hotelowych przez szpitale zezwolono na ich organizację przez podmioty medyczne, prowadzące leczenie stacjonarne inne niż szpitalne (na przykład sanatoria), a także przez same obiekty hotelowe, pod warunkiem podpisania umowy z podmiotem medycznym, który przejmie na siebie rolę zabezpieczenia medycznego pacjentów. Umożliwiono także kierowanie do izolatoriów pacjentów szpitali, którzy nie wymagają już hospitalizacji, jednak nie spełniają kryteriów zakończenia hospitalizacji.

## Zwiększanie liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19 oraz dostępnych respiratorów

W początkowym okresie jesiennego wzrostu głównym problemem była diagnostyka pacjentów objawowych z podejrzeniem infekcji. Wąskim gardłem okazały się być możliwości szpitalnych izb przyjęć czy oddziałów ratunkowych. Jednocześnie wobec faktu, że w większości szpitali jednoimiennych obserwowano niewielkie obłożenie łóżek, pozostających w gotowości do udzielania świadczeń, zaś z drugiej strony coraz wyraźniej obserwowano stagnację w innych zakresach udzielanych świadczeń, w tym przede wszystkim w świadczeniach planowych, podjęto decyzję o umożliwieniu powrotu do normalnej pracy przekształconych szpitali. Dynamiczny wzrost liczby nowych zakażeń, obserwowany jesienią wymusił nowy model organizacji bazy łóżkowej.

Etapy tworzenia bazy:

1) Redefinicja 3 poziomów zabezpieczenia szpitalnego:

### **Poziom I**

- Zwiększanie liczby miejsc we wszystkich szpitalach będących w sieci szpitali (PSZ) umożliwiających przyjęcie pacjenta z podejrzeniem COVID-19 do czasu otrzymania wyniku badania pod kątem COVID-19 lub w razie konieczności wdrożenia zabiegów ratujących życie.
- Organizacyjne zwiększanie dostępu do diagnostyki COVID-19 poprzez zwiększenie liczby laboratoriów COVID-19 (lista MZ - <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista->

laboratoriów-covid) oraz wprowadzenie rozwiązań w zakresie standardów diagnostyki COVID-19 umożliwiających bardziej efektywne wykorzystanie testów molekularnych NAAT (np. jednogenowe RT-PCR, testy RT-LAMP) oraz szersze, wykorzystanie testów wykrywających antygeny SARS-CoV-2 na wypadek dalszego znaczącego wzrostu zapadalności na COVID-19 w Polsce.

### **Poziom II**

- Zabezpieczenie miejsc leczenia pacjentów z potwierdzonym COVID-19 na oddziałach zakaźnych/obserwacyjno-zakaźnych oraz w innych oddziałach. Wydzielenie bezpiecznych stref dla pacjentów, którzy leczeni są z innych przyczyn niż COVID-19. Podstawą systemu są szpitale wojewódzkie, dla których organem tworzącym jest samorząd wojewódzki (dawne szpitale wojewódzkie w latach 70-tych).

### **Poziom III**

- Utworzenie w każdym województwie szpitala koordynacyjnego, na bazie szpitala poziomu II. Za zgodą Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będą mogły być udzielane świadczenia dla pacjentów nie chorujących na COVID-19.

## 2) Zwiększanie bazy łóżkowej: poprzez koordynację działań

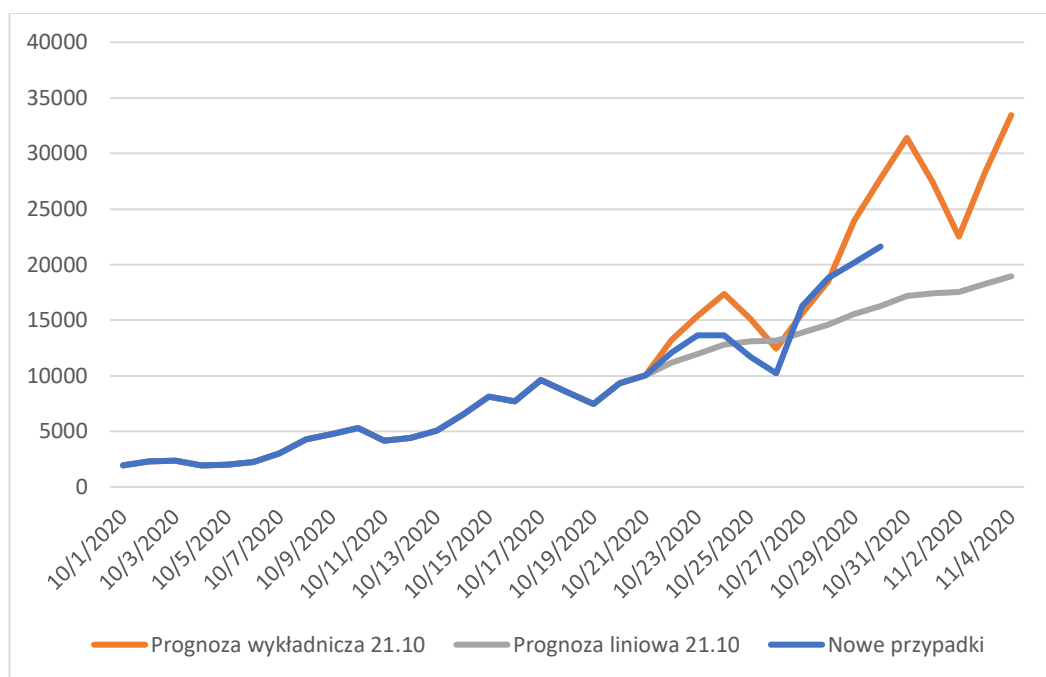
- a. Przekształcenie części szpitali powiatowych, dzięki czemu będą one pełnić tylko i wyłącznie funkcje covidowe, a pozostałe będą przyjmować pacjentów z innymi schorzeniami.
  - b. Przekształcenie oddziałów internistycznych w szpitalach wojewódzkich, bądź to w całości, bądź w znaczącym procencie, na potrzeby covidowe.
  - c. Zaangażowanie prywatnych szpitali, które utworzą dodatkowe łóżka dla pacjentów z COVID-19.
- 3) Dalsze zwiększanie bazy łóżkowej poprzez wydzielenie 35% łóżek we wszystkich szpitalach z wyłączeniem specjalistycznych szpitali onkologicznych, pediatrycznych i ginekologiczno-położniczych, planowane przy dalszym wzroście zakażeń, przekraczającym pojemność bazy łóżkowej.
- 4) Przygotowanie rozwiązań szczególnych jakimi są tzw. szpitale tymczasowe, organizowane ad hoc w budynkach użyteczności publicznej zapewniających warunki lokalowe niezbędne do zapewnienia miejsca i opieki nad pacjentem, w tym umożliwiające natychmiastowe zapewnienie wymaganej terapii zaawansowanej – planowane przy zbliżaniu się do 20 000 zakażeń dziennie. Uruchamiane sukcesywnie w zależności od sytuacji epidemicznej w poszczególnych województwach. Wczesne utworzenie takich punktów opieki medycznej pozwala elastycznie reagować na gwałtowny wzrost liczby

osób wymagających hospitalizacji, zwłaszcza z izolacji domowej. Przewidywanymi lokalizacjami mogącymi wymagać wsparcia szpitali tymczasowych są duże miasta i aglomeracje. Zgodnie z poleceniem Prezesa Rady Ministrów w proces organizacji szpitali tymczasowych w poszczególnych województwach zaangażowane zostały spółki Skarbu Państwa.

### 3. Scenariusze rozwoju epidemii w sezonie jesienno-zimowym

Przy tworzeniu modelu rozwoju epidemii zaangażowane są cztery niezależne od siebie zespoły, wyspecjalizowane w modelowaniu matematycznym. Jako podstawę do prognoz przyjęto trendy liniowy i wykładniczy, wyliczane w perspektywie krótko i średnioterminowej na podstawie bieżących danych. Liczby zakażeń w kolejnych dniach są zestawiane z wyliczonymi prognozami, co pozwala na ocenę skuteczności podejmowanych decyzji oraz ocenę dynamiki wzrostu liczby zakażonych pacjentów. Zmiana (zmniejszenie) dynamiki nowych zakażeń wskazuje także na ograniczenie kontaktów i zmniejszenie częstości zakażeń.

Wykres 6. Liczba nowych przypadków - trajektoria wykładnicza



Źródło: Opracowanie własne MZ, prognoza z 11 października

W warunkach polskich można założyć scenariusz rozwoju epidemii zbliżony do określonego, w opublikowanym 13/10/2020 roku, suplemencie do strategii rządu Niemiec. Wskazano w nim trzy kierunki możliwej transmisji zakażeń SARS-CoV-2:

1. Indywidualne przypadki, lokalne i okresowe ogniska z wieloma nowymi infekcjami, które wymagają lokalnego podejścia dostosowanego do ryzyka.
2. Ogniska występujące w warunkach indywidualnych (np. podczas uroczystości rodzinnych czy w placówkach oświatowych, takich jak żłobki, szkoły. Będą one nasilone jesienią / zimą ze względu na zmianę zachowań, np. dłuższe pobyty w zamkniętych pomieszczeniach).

3. Ogniska w kilku miejscach, regionalne rozprzestrzenianie się, którego nie można już przypisać poszczególnym łańcuchom infekcji i które prowadzą do ponownego wprowadzenia ograniczeń społecznych w dotkniętych regionach.

Najistotniejszym narzędziem w kontroli zakażeń są działania służb sanitarno-epidemiologicznych. Rola PSSE/WSSE w obecnej sytuacji powinna rozszerzyć się znacząco z nadzoru nad pojedynczymi przypadkami zakażenia na identyfikowanie większych ognisk, koordynowanie realizacji badań przesiewowych i aktywne doradztwo w zakresie stosowania zasad sanitarnych dla instytucji takich jak szkoły, sklepy, punkty usługowe. Służby te muszą zostać wzmocnione kadrowo oraz infrastrukturalnie (w tym w zakresie pełnej digitalizacji).

Charakter rozproszony, przy dużej liczbie stwierdzanych nowych przypadków utrudnia skuteczne i szybkie dotarcie do każdego pacjenta w celu przeprowadzenia wywiadu epidemiologicznego. Z tego powodu przyjęto, że decyzja o izolacji zapada automatycznie, z chwilą potwierdzenia dodatniego wyniku. W celu ograniczenia rozprzestrzeniania wirusa przyjęto także, że osoby zamieszkujące wspólnie z osobą zakażoną podlegają kwarantannie od chwili potwierdzenia zakażenia u osoby izolowanej, bez konieczności oczekiwania na decyzję służb sanitarni-epidemicznych.

Przy spodziewanej zwiększającej się liczbie zakażeń kluczowe będzie szybkie i społecznie odpowiedzialne izolowanie osób zakażonych i tych, z którymi mieli oni bliski kontakt. W związku z koniecznością szybkiego śledzenia kontaktów, niezwykle ważne jest rozpowszechnienie korzystania z aplikacji z STOP COVID (ProteGo Safe). Proponuje się całkowite otwarcie i udostępnienie kodu źródłowego aplikacji i przekazanie go do analizy instytucjom zajmującym się ochroną danych wrażliwych.

### [Sposób postępowania w zakresie realizacji świadczeń w przypadkach niewymagających hospitalizacji](#)

Przebieg zakażenia u około 80 do 90% pacjentów jest lekki, bez objawów choroby bądź z umiarkowanych ich nasileniem, nie wymagającym leczenia w warunkach szpitalnych.

- Podstawowa opieka zdrowotna jest głównym miejscem diagnostyki w kierunku zakażenia (poprzez punkty drive thru),
- Nadzór nad pacjentem w domu poprzez podstawową opiekę zdrowotną,
- U pacjentów z grupy ryzyka planowany zdalny monitoring poziomu saturacji w celu szybkiego skierowania do szpitala przy istotnym jej spadku.

## Sposób postępowania w zakresie realizacji świadczeń w zależności od stanu transmisji wirusa w Polsce - hospitalizacja

Działania podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego są uzależnione od aktualnej transmisji wirusa w kraju. W tym celu określone zostały cztery etapy postępowania:

- **Etap I - zwykła transmisja.** Dzienna liczba nowo wykrytych przypadków SARS-CoV-2: < 5 000 w skali kraju, lub według wskaźnika na województwa (strefa: biała, żółta, czerwona). Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego odbywa się w reżimie sanitarnym. Personel medyczny ma obowiązek stosowania środków ochrony indywidualnej od tej pory aż do końca odwołania stanu epidemii.

Zasady stosowania środków ochrony indywidualnej dostępne są na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/organizacja-triage-w-szpitalach-zakaznych-i-niezakaznych> w zakładce „Stosowanie środków ochrony osobistej oraz sposób organizacji pomieszczeń”.

a) Zasady postępowania w przypadku pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, lecz zgłaszających się do szpitala z innego powodu (na ostro) np. poród, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:

- każdorazowo wykonujemy testy PCR lub antygenowe – w każdym szpitalu,
- pacjenci skąpoobjawowi lub z ogniska epidemicznego – w przypadku braku dostępu do testów PCR są traktowani jako podejrzani o zakażenie SARS-CoV-2 i do czasu uzyskania wyniku badania są hospitalizowani w warunkach izolacji lub poddani izolacji w warunkach domowych.
- wdrożenie adekwatnego do stanu zdrowia pacjenta leczenia, w tym wykonywanie zabiegów realizowane jest w każdym szpitalu.

b) Zasady postępowania w przypadku pacjentów z rozpoznaniem COVID-19, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:

- realizacja świadczeń odbywa się w szpitalach na II lub III poziomie szpitali wytypowanych do walki z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Wykaz szpitali



udzielających świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 zawarto w linkach poniżej:

Tabela 1. Wykaz podmiotów udzielających świadczeń w związku z przeciwdziałaniem covid-19 w poszczególnych województwach

Województwo dolnośląskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/dolnoslaski/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/dolnoslaski/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/</a>
Województwo kujawsko-pomorskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/kujawsko-pomorski/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/kujawsko-pomorski/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/</a>
Województwo lubelskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lubelskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lubelskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/</a>
Województwo lubuskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lubuskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lubuskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/</a>
Województwo łódzkie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lodzkiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lodzkiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/</a>
Województwo małopolskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-malopolskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19-/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-malopolskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19-/</a>
Województwo mazowieckie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-mazowieckiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-mazowieckiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/</a>
Województwo opolskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-opolskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-opolskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej/</a>
Województwo podkarpackie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-podkarpackiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-podkarpackiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/</a>
Województwo podlaskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-podlaskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-podlaskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-/</a>
Województwo pomorskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-pomorskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-pomorskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/</a>
Województwo śląskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-slaskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-slaskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/</a>
Województwo świętokrzyskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-swietokrzyskiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-swietokrzyskiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/</a>
Województwo warmińsko-mazurskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-warminsko-mazurskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-warminsko-mazurskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-udzielajacych-swiadczen-opieki-zdrowotnej-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-covid-19/</a>
Województwo wielkopolskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-wielkopolskiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-wielkopolskiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/</a>
Województwo zachodniopomorskie	<a href="https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-zachodniopomorskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-/">https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-zachodniopomorskiego-ow-nfz/wykaz-podmiotow-/</a>

- świadczenia udzielane są na rzecz pacjentów wymagających tlenoterapii lub hospitalizacji z powodu chorób współistniejących do COVID-19, np. internistycznych, kardiologicznych, wymagających jedynie leczenia zachowawczego.
- 
- **Etap II - nasilona transmisja**. Dzienna liczba nowo wykrytych przypadków SARS-CoV-2: od 5 000 do 20 000 lub wg wskaźnika na województwa (strefa: zielona, żółta, czerwona)
  - a) Zasady postępowania w przypadku pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:
    - w przypadku pacjentów objawowych dopuszcza się wykonywanie testów antygenowych jako podstawy rozpoznania, szczególnie w przypadku diagnostyki prowadzonej na Izbach Przyjęć czy Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych,
    - w przypadku pacjentów skąpoobjawowych wykonujemy testy PCR,
    - świadczenia zabiegowe są realizowane w każdym szpitalu jedynie w przypadku takiej konieczności – w warunkach izolacji.
  - b) Zasady postępowania w przypadku pacjentów z rozpoznanym COVID-19, zmiany w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:
    - realizacja świadczeń odbywa się w szpitalach na II lub III poziomie szpitali wytypowanych do walki z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (wykaz szpitali stanowi załącznik do strategii),
    - łóżka dla pacjentów chorych na COVID-19 tworzone są również w szpitalach na I poziomie,
    - w szpitalach I poziomu szpitali tworzone są stanowiska intensywnej opieki (w przypadku ich braku) lub odpowiednio doposażanie (w przypadku, gdy szpital taki szpital posiada oddział anestezjologii i intensywnej terapii)
    - świadczenia udzielane są na rzecz pacjentów wymagających tlenoterapii lub hospitalizacji z powodu chorób współistniejących do COVID-19, np. internistycznych, kardiologicznych, wymagających jedynie leczenia zachowawczego.

- **Etap III – bardzo nasilona transmisja**. Dzienna liczba nowo wykrytych przypadków SARS-CoV-2: > 20 000.
  - a) Zasady postępowania w przypadku pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:
    - każdy pacjent jest traktowany jako osoba zakażona,
    - realizacja świadczeń sprowadza się jedynie do leczenia choroby podstawowej,
    - podstawą diagnostyki u pacjentów objawowych są testy antygenowe i PCR<sup>1</sup> w przypadku SpO<sub>2</sub> < normy u pacjenta, wdrażamy tlenoterapię oraz leczenie zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ)<sup>2</sup>,
    - w przypadku braku poprawy stanu zdrowia pacjenta, konieczne jest przekazanie do szpitala o wyższym poziomie;
    - Zasady prowadzenia pacjenta zdefiniowane są według protokołu opracowanego przez Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie<sup>3</sup>
  - b) Zasady postępowania w przypadku pacjentów z rozpoznaniem COVID-19, zmian w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowanych działań:
    - wszystkie łóżka w szpitalach posiadające dostęp do tlenu bez względu na ich lokalizację;
    - w przypadku dobowych bądź lokalnych skoków zachorowań, przekraczających chwilowo pojemność systemu trójstopniowej opieki, możliwe użycie szpitali tymczasowych w celu uniknięcia dalekich transportów pacjentów wymagających leczenia.
- **Etap IV – stan krytyczny**. Liczba pacjentów hospitalizowanych jednocześnie zbliża się do granicy rezerw łóżkowych, zaplanowanych na poziomie 35% wszystkich łóżek w szpitalach, włączonych do leczenia pacjentów zakażonych (około 35 000 łóżek w skali kraju)
  - a) Zasady realizacji świadczeń, zmiany w organizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz podejmowane działania:

---

<sup>1</sup> Załącznik 1 - Stanowisko Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID w sprawie możliwości wykorzystania testów wykrywających antygen SARS-CoV-2 w diagnostyce COVID-19 w Polsce

<sup>2</sup> Załącznik 2 - Zalecenia dotyczące opieki nad pacjentem z chorobą koronawirusową (COVID-19) wymagającym hospitalizacji

<sup>3</sup> Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych dostępne są na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych: <http://www.pteilchz.org.pl/informacie/rekomendacje/>

- liczba chorych wymagających tlenoterapii przekracza liczbę łóżek z dostępem do tlenu w warunkach stacjonarnych
- sukcesywne uruchamianie w poszczególnych województwach szpitali tymczasowych posiadających dostęp do tlenu i łóżka intensywnej terapii
- do pomocy w udzielaniu świadczeń (w szpitalach tymczasowych) włączone zostają Wojska Obrony Terytorialnej oraz pracownicy służb sanitarnych wojska,
- rozważenie możliwości zwiększenia puli łóżek do 50% (z wyłączeniem szpitali onkologicznych i położniczych)

## Transport pacjenta chorego na COVID-19

Transport pacjenta chorego na COVID-19 jest koordynowany na poziomie głównego dyspozytora medycznego. Dyspozytor posiada na bieżąco aktualizowane informacje na temat wolnych miejsc w poszczególnych szpitalach znajdujących się na obszarze działania danej dyspozytorni dzięki czemu możliwe jest kierowanie zespołów transportowych do najbliższych szpitali dysponujących wolnymi miejscami.

Przewóz pacjentów chorych na COVID-19 w przypadku:

- 1) etapu I i II – odbywa się do szpitali na II i III poziomie,
- 2) etapu III – do dowolnego szpitala
- 3) etapu IV – szpital tymczasowy.

Dzięki uruchomionej platformie ELC – system rezerwacyjny łóżek szpitalnych Główni Dyspozytorzy Medyczni na bieżąco mogą monitorować dostępność oraz dokonywać rezerwacji łóżek COVID na terenie województwa. Wojewódzki Koordynator Ratownictwa Medycznego ponadto ma możliwość monitorowania dostępności oraz rezerwowania łóżek COVID na terenie innego województwa.

## Zalecenia dla personelu i kierowników podmiotów leczniczych

Zalecenia dla personelu i kierowników podmiotów leczniczych zawarto na stronach internetowych pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-personelu-i-kierownikow-podmiotow-leczniczych>

## 4. Możliwości opieki

### Prowadzenie pacjentów niewymagających hospitalizacji

#### **Lekarze POZ**

W chwili obecnej 33 291<sup>4</sup> lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest zaangażowanych w walkę z COVID-19. Zakładając, że każdy z lekarzy dziennie skonsultuje 3 pacjentów z zakażeniem, potencjalnie daje nam to około 100 000 porad na dobę. Uznając, że przy bezobjawowym bądź skąpoobjawowym przebiegu oraz przy wspomaganiu monitorowania za pomocą pulsoksymetrii u grupy z powiększonym ryzykiem wystarcza kontakt co 3 dni, opieką zostanie objętych jednocześnie ponad 300 000 pacjentów.

#### **Możliwość wsparcia medycznej opieki domowej**

W przypadku wystąpienia liczby pacjentów z potwierdzonym zakażeniem COVID-19, przebywających w izolacji domowej i przekraczającej możliwość sprawowania opieki w ramach systemu POZ, opieka nad tą grupą pacjentów może zostać wzmocniona:

- 1) specjalistami z innych dziedzin medycyny udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w poradniach specjalistycznych (49 338<sup>5</sup>)
- 2) rezydentami,
- 3) studentami medycyny ostatnich lat.

### Łóżka szpitalne

Od 4 września dokonano zmiany strategii polegającej w dużej mierze na tworzeniu jak największej bazy łóżkowej, aby przygotować się na wzrost liczby pacjentów z COVID-19. Według stanu na 19 października w kraju 584 szpitale udzielają świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem koronawirusem SARS CoV-2, w tym 405 szpitali na I poziomie zabezpieczenia szpitalnego, 163 na II poziomie zabezpieczenia szpitalnego oraz 16 na 3 poziomie zabezpieczania szpitalnego, tzw. szpitale koordynacyjne dedykowane dla pacjentów z COVID-19, w których dodatkowo zapewnione jest leczenie chorób współistniejących.

---

<sup>4</sup> dane z systemów informatycznych OW NFZ, według stanu na dzień 6 października 2020 r.

<sup>5</sup> dane z systemu informatycznego Centrali NFZ, według stanu na dzień 26 października 2020 r.; w umowach na rok 2020, we wszystkich zakresach AOS wykazanych zostało 49 338 lekarzy specjalistów (w tym stomatologów) wg numerów NPWZ

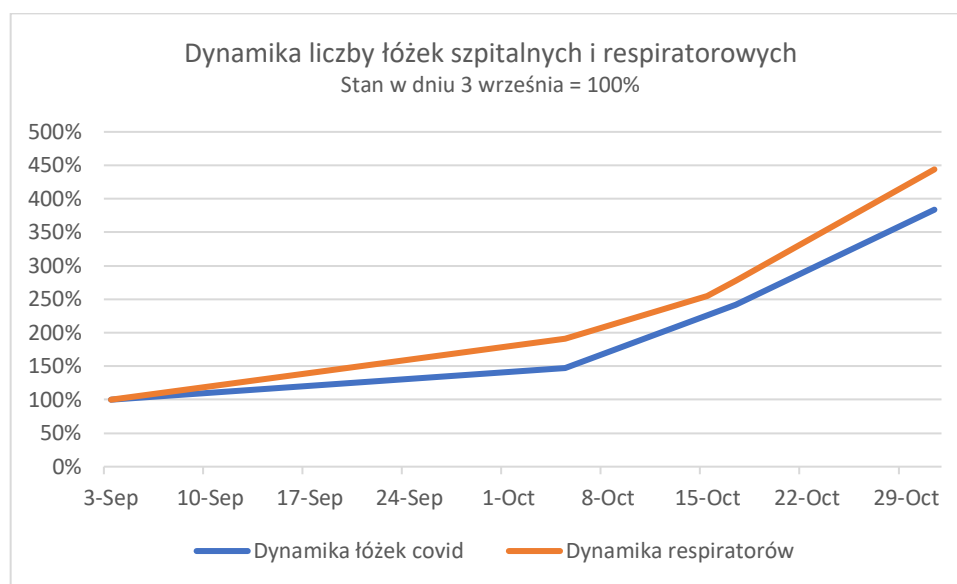
## Łóżka dla pacjentów z COVID-19

Na dzień 17 października wydzielonych zostało 15166 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem koronawirusa SARS CoV-2 oraz dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem oraz 1131 respiratorów. Na początku września (3.09) po wdrożeniu założeń jesiennej strategii dla pacjentów z Covid zapewnionych było 6260 łóżek oraz 407 łóżek respiratorowych. Na początku października (5.10) liczba łóżek wynosiła - 9249 , w tym łóżka respiratorowe – 776.

Tabela 2. Dynamika wzrostu liczby łóżek COVID i respiratorów

	03.wrz	05.paź	15.paź	17.paź	31 paź
Liczba łóżek dostępnych dla pacjentów z COVID (szt.)	<b>6 260</b>	<b>9 249</b>	<b>14 142</b>	<b>15 166</b>	<b>24 024</b>
Liczba respiratorów dostępnych dla pacjentów z COVID (szt.)	<b>407</b>	<b>776</b>	<b>1039</b>	<b>1 131</b>	<b>1 807</b>

Wykres 7. Dynamika liczby łóżek szpitalnych i respiratorowych w funkcji czasu



Źródło: Opracowanie własne MZ

## Testy w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz laboratoria

Obecna sytuacja epidemiczna (etap II wg. Strategii – od początku września) powinna skutkować skoncentrowaniem się na testowaniu pacjentów objawowych. Tym samym zaleca się następujące działania:

- 1) badanie osób z objawami sugerującymi zakażenie koronawirusem SARS CoV-2,

- 2) badanie wszystkich osób przed rozpoczęciem turnusu leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej oraz przed przyjęciem do placówek opieki długoterminowej (hospicja, ZOL, DPS, itp.),
- 3) testowanie pacjentów bezobjawowych w sytuacji, jeśli jest to niezbędne w ramach dochodzenia epidemiologicznego i opracowywania ognisk zakażeń,
- 4) wykorzystanie szybkich testów diagnostycznych (RDT) do diagnostyki COVID-19, w tym testów antygenowych, w SOR oraz na izbach przyjęć do diagnozy pacjentów z objawami, oraz pacjentów bezobjawowych w rozpoznanych ogniskach zakażeń, zgodnie z rekomendacjami WHO dla testów antygenowych.

Aktualna definicja przypadku, uwzględniająca testy antygenowe:

<https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020->

W przypadku najszerszej grupy osób, czyli pacjentów z objawami sugerującymi zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 podstawową ścieżką postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia jest kontakt z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz, po przeprowadzeniu rozmowy – teleporady może zlecić przeprowadzenie testu w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Próbkę do badania jest pobierana w:

- 1) mobilnym punkcie *drive thru* (w przypadku pacjenta, który może dojechać własnym pojazdem do punktu pobrań) lub
- 2) miejscu pobytu pacjenta (lekarz POZ kierując na test może zlecić konieczność wysłania do pacjenta zespołu wymazowego w przypadku pacjentów, który nie mają możliwości dojechania własnym pojazdem do mobilnego punktu pobrań *drive thru* lub stan ich zdrowia na to nie pozwala)

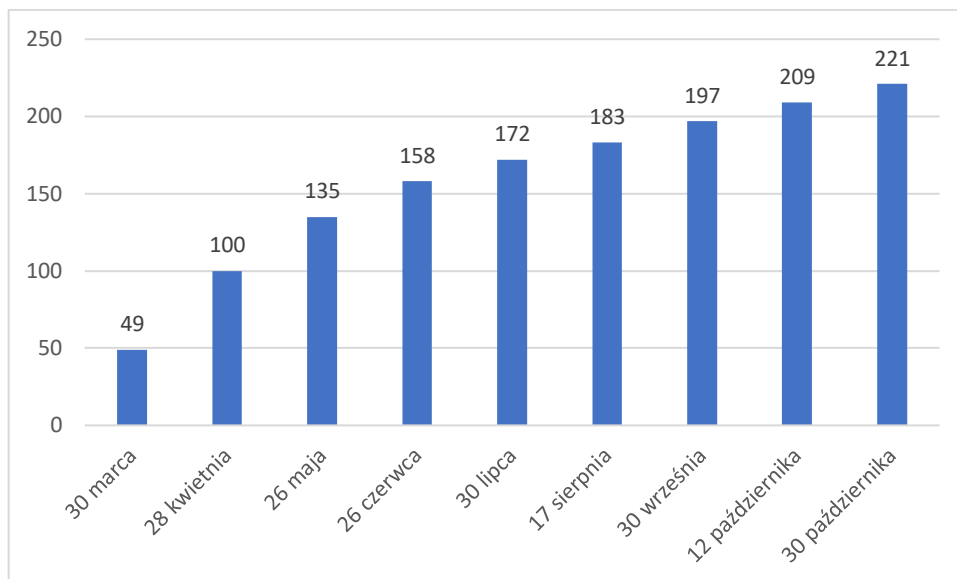
Aktualny wykaz mobilnych punktów pobrań znajduje się na stronie internetowej:

<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/test-w-mobilnym-punkcie-pobran>.

Wprowadzenie stanu epidemii na terenie kraju determinowało konieczność zwiększenia potencjału do wykonywania testów w kierunku SARS CoV-2. Od 30 marca do 12 października, liczba laboratoriów wykonujących takie testy wzrosła aż o 160, czyli ponad 4-krotnie. Szczegółowe zestawienie laboratoriów w poszczególnych miesiącach:

□ 30 marca	49
□ 28 kwietnia	100
□ 26 maj	135
□ 26 czerwca	158
□ 30 lipca	172
□ 17 sierpnia	183
□ 30 września	197

Wykres 8. Liczba laboratoriów COVID od III do X



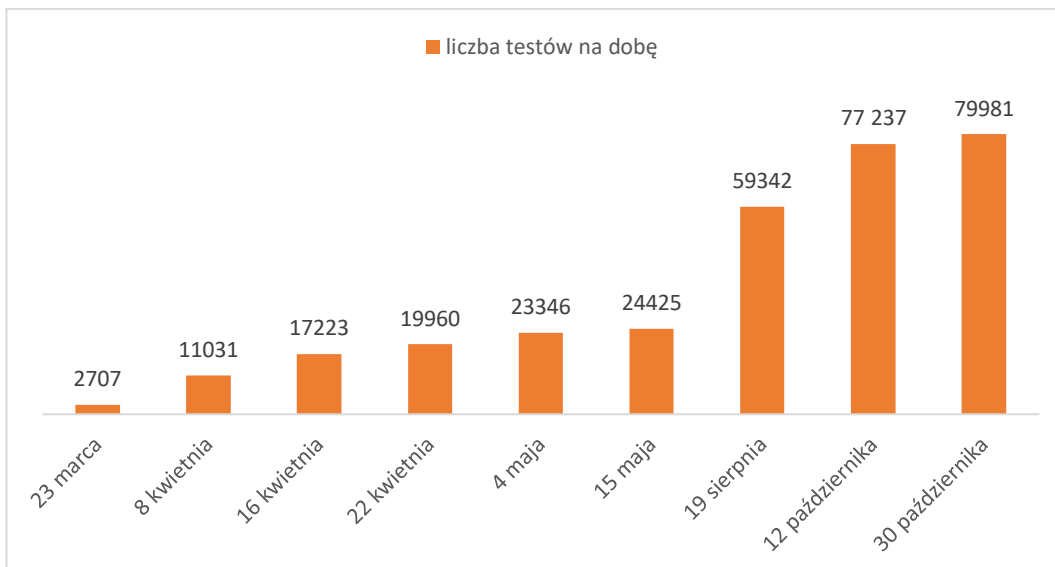
Źródło: Opracowanie własne MZ

Wydajność laboratoriów i liczba testów:

- 23 marca – 33 laboratoria, wydajność - 2 707 testów
- 8 kwietnia – 60 laboratoriów , wydajność - 11 031 testów
- 16 kwietnia – 61 laboratoriów, wydajność - 17 223 testów
- 22 kwietnia – 83 laboratoriów, wydajność – 19 960 testów
- 4 maja – 98 laboratoriów, wydajność – 23 346 testów
- 15 maja – 126 laboratoriów, wydajność – 24 425 testów
- 19 sierpnia – 177 laboratoriów, wydajność – 59 342 testów
- 12 października – 209 laboratoriów, wydajność – 77 237 testów
- 30 października – 221 laboratoriów, wydajność – 79 981 testów



Wykres 9. Potencjalna liczba testów na dobę.



Źródło: Opracowanie własne MZ

Wykres 10. Liczba wykonanych testów narastająco.



Źródło: Opracowanie własne MZ

Wykres 11. Dzienna liczba wykonanych testów.



Źródło: Opracowanie własne MZ

## 5. Tworzenie zasobów i rezerw

- 1) W ramach przygotowania do drugiej fali MZ wydatkował łącznie 726 mln zł z czego 245 na środki ochrony indywidualnej, 172 mln zł na sprzęt medyczny a 309 mln zł na środki do dezynfekcji. Wyposażono niemal 30 tys. placówek oświatowych;
- 2) Poza rezerwami strategicznymi, Agencja Rezerw Materiałowych zakupiła asortyment środków ochrony indywidualnej, środków do dezynfekcji oraz butle tlenowe w ramach projektu współfinansowanego ze środków unijnych. Łączna wartość zasobów zakupionych w ramach projektu wynosi ok 100 mln zł. W ostatnich miesiącach przyjęto strategię wydawania asortymentu przede wszystkim na rzecz właściwych wojewodów, którzy są zobowiązani do dalszego właściwego rozdysponowania zasobów i rezerw do podmiotów, placówek i służb na terenie województwa. Ponadto, zgodnie z wpływającymi wnioskami od szpitali i wojewodów, zwiększana jest liczba udostępnień sprzętu medycznego – w szczególności respiratorów i kardiomonitorów. Ministerstwo Zdrowia niezwłocznie rozpatruje wpływające wnioski od szpitali i wojewodów, a stosownie do potrzeb uruchamiane są kolejne asortymenty rezerw strategicznych: butle tlenowe, pompy infuzyjne, łóżka szpitalne oraz inne zasoby stanowiące infrastrukturę do przygotowania kolejnych miejsc hospitalizacji pacjentów.
- 3) We wrześniu pozyskano również z dodatkowej puli środków europejskich niemal 360 mln zł na wsparcie podmiotów leczniczych z terenu woj. śląskiego (zakup sprzętu oraz roboty budowlane na potrzeby oddziałów zakaźnych oraz innych oddziałów), zakup ambulansów, zakup środków ochrony osobistej i środków do dezynfekcji na rzecz POZ.