

Aktualny stan walki z pandemią COVID-19

Materiał ekspercki

przygotowany na wysłuchanie publiczne w dniu 5 stycznia 2022 r.

**w sprawie poselskiego projektu ustawy o szczególnych
rozwiązaniach zapewniających możliwość prowadzenia
działalności gospodarczej w czasie epidemii COVID-19**



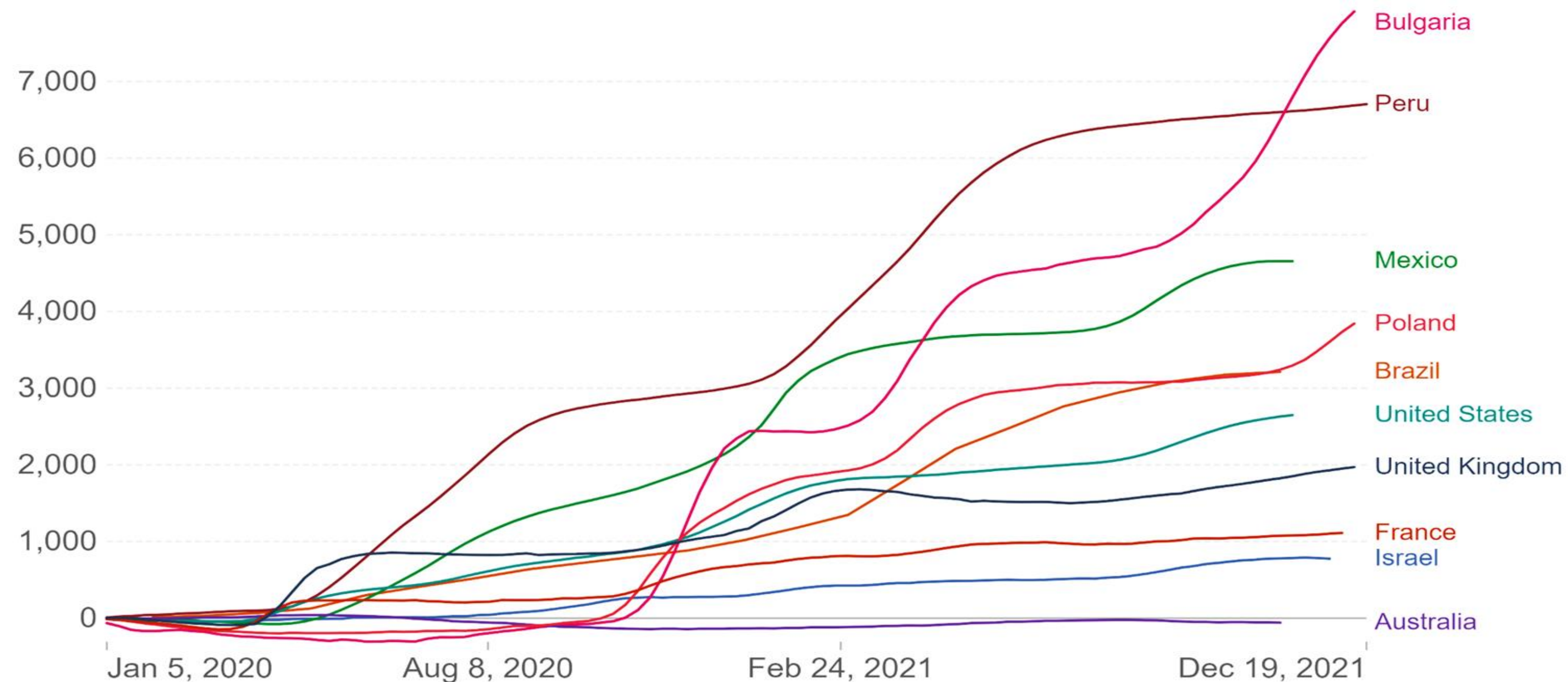
Dane o śmiertelności na świecie

Polska notuje REKORDOWĄ liczbę zgonów wywołanych zarówno przez COVID-19, jak i pozostałe choroby (tzw. zgony nadmiarowe często spowodowane wstrzymaniem kontynuacji leczenia pacjentów w wyniku reorganizacji pracy zakładów opieki zdrowotnej wymuszonej pandemią COVID-19).

Excess mortality: Cumulative number of deaths from all causes compared to projection based on previous years, per million people

Our World
in Data

The cumulative difference between the reported number of deaths since 1 January 2020 and the projected number of deaths for the same period based on previous years. The reported number might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in reporting.



Source: Human Mortality Database (2021), World Mortality Dataset (2021)

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Note: Comparisons across countries are affected by differences in the completeness of death reporting. Details can be found at our Excess Mortality page.

Dlaczego jest źle?

Istnieje wiele przesłanek, aby mówić, że struktury państwa nie kontrolują w Polsce epidemii COVID-19. W wielu krajach udaje się to znacznie lepiej.

Przejawy słabości w „zarządzaniu pandemią”:

- niska liczba testów wykrywających obecność SARS-CoV-2 w Polsce
- nieskuteczne przeprowadzanie „dochodzeń epidemiologicznych”
- brak prewencji w kluczowych momentach rozwoju epidemii COVID-19
- nieegzekwowanie, w praktyce, obowiązujących krajowych przepisów dotyczących zwalczania epidemii COVID-19
- brak reakcji na powszechne zjawisko niezgłaszania nowego zakażenia lub nieoficjalnego przeprowadzania testów na obecność SARS-CoV-2
- niedostateczny nadzór nad chorymi na COVID-19 w domu
- niejasność wytycznych postępowania i brak nadzoru nad ich wdrażaniem
- niska liczba zaszczepionych
- brak lub znikome działania adaptacyjne systemu ochrony zdrowia w kraju
- odczuwalny brak wsparcia działań podejmowanych przez personel medyczny

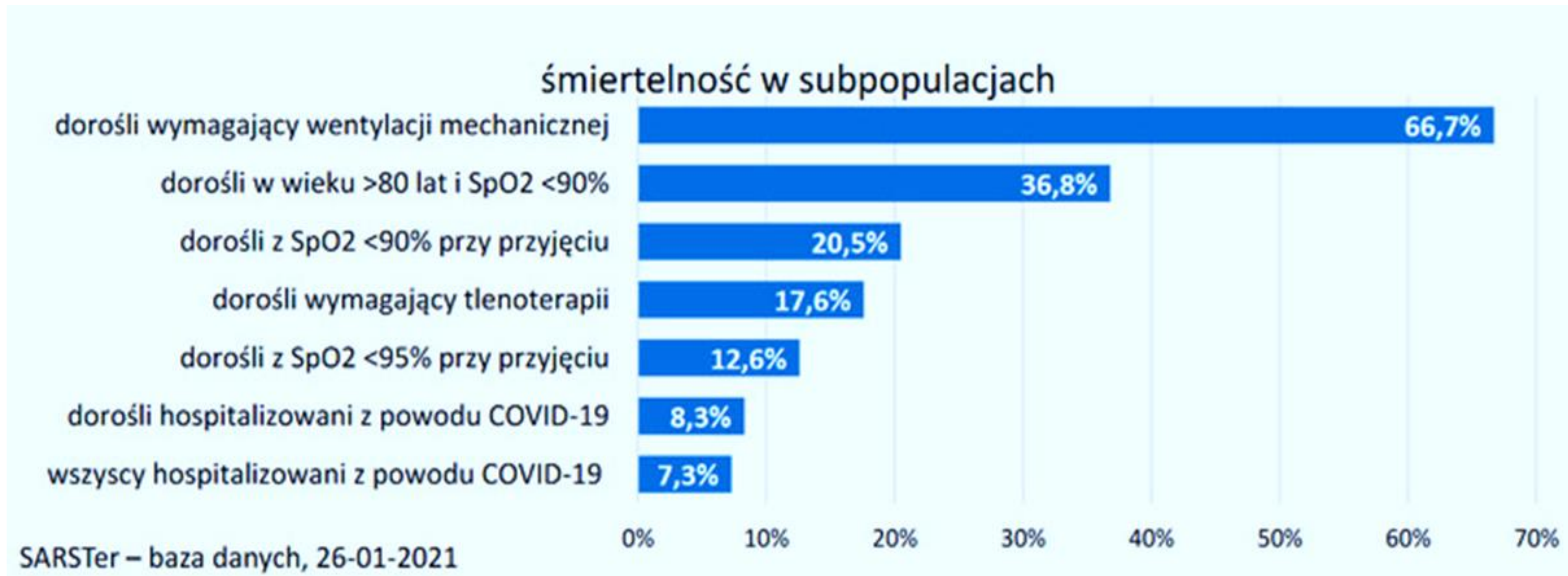
Ranking krajów wg współczynników liczby testów na obecność SARS CoV-2 na 1 milion ludności

Polska zajmuje 98. miejsce na świecie - za Wietnamem - pod względem częstości stosowania testów na obecność SARS-CoV-2 - wyprzedzamy Liban. W porównaniu z Danią, liderem rankingu, liczba testów przypadająca na 1 milion ludności w Polsce jest niemal 28-krotnie niższa. Kraj ten stanowi punkt odniesienia, ponieważ epidemia COVID-19 została w Danii z sukcesem powstrzymana (najniższa liczba zgonów z powodu COVID-19 oraz brak tzw. zgonów nadmiarowych).

	WG TESTÓW	WG ZGONÓW	KRAJ	ZGONY/ 1 MILION LUDNOŚCI	TESTY/ 1 MILION LUDNOŚCI	LUDNOŚĆ
1	116		Denmark	562	18 439 371	5 822 741
2	55		Austria	1 514	13 641 244	9 083 327
...
10	30		UK	2 172	5 910 302	68 419 871
...
15	8		Czechia	3 369	4 373 977	10 738 729
16	88		Israel	884	4 046 931	9 326 000
17	191		Hong Kong	28	3 963 363	7 588 020
18	164		Iceland	107	3 960 761	344 558
19	155		Singapore	140	3 564 457	5 919 211
...
28	39		France	1 889	2 882 819	65 489 774
29	79		Malta	1 076	2 732 788	443 304
30	41		Portugal	1 867	2 608 417	10 152 184
31	15		Lithuania	2 777	2 483 838	2 665 389
...
33	21		USA	2 536	2 434 034	333 908 317
...
37	24		Belgium	2 429	2 339 293	11 665 137
38	27		Italy	2 278	2 322 902	60 328 687
...
94	81		Botswana	1 009	836 655	2 422 621
95	59		Serbia	1 464	833 637	8 684 663
96	6		North Macedonia	3 821	766 838	2 083 246
97	129		Vietnam	331	759 941	98 649 397
98	18		Poland	2 582	721 894	37 784 538
99	67		Lebanon	1 345	707 347	6 779 668
100	108		Cabo Verde	621	693 827	565 024
101	1		Peru	6 022	647 384	33 659 007

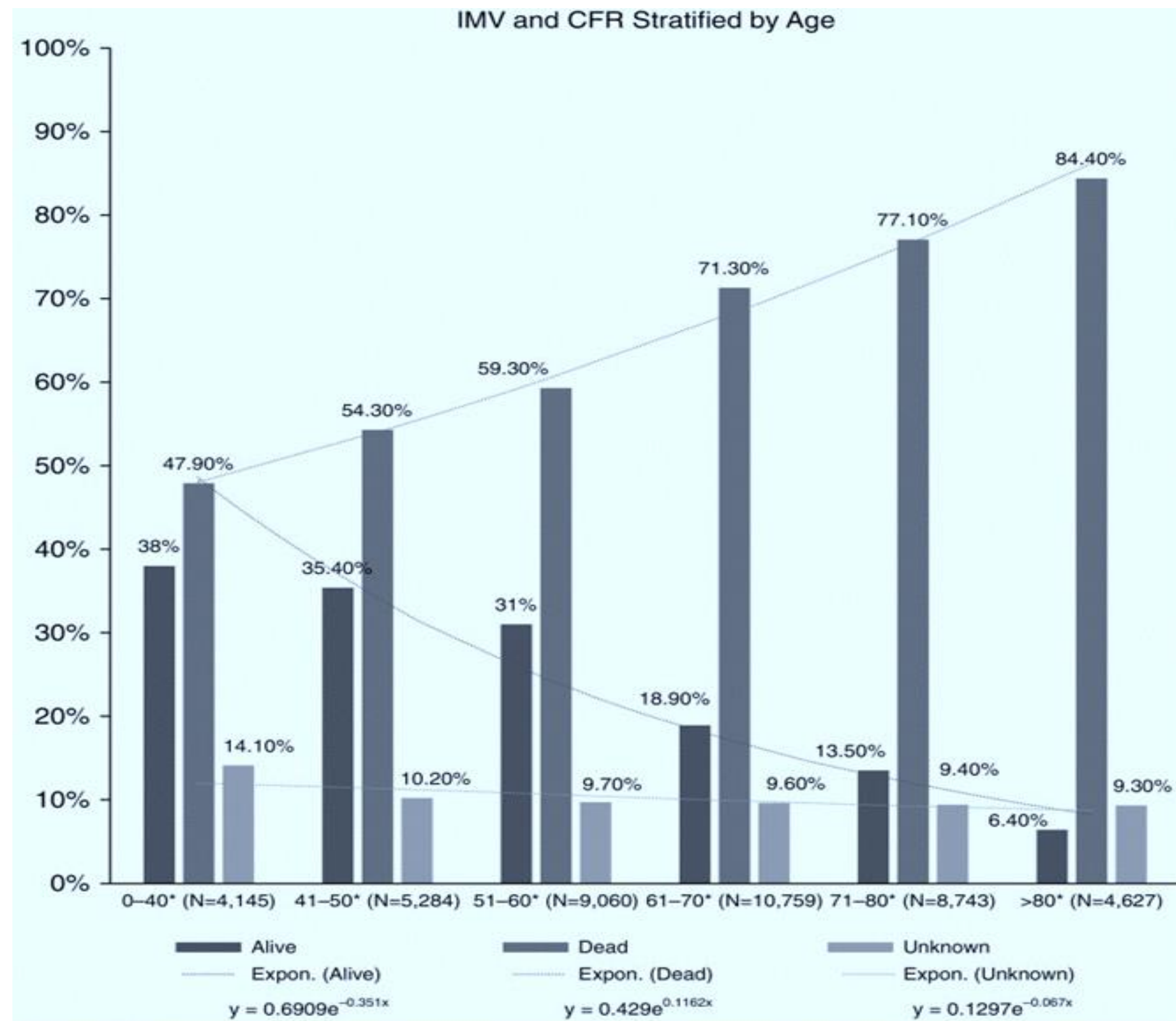
Wysoka śmiertelność wśród pacjentów z COVID-19 w Polsce – cz. 1/2

Dokładne dane nie są znane ze względu na brak informacji co do leczenia chorych na COVID-19. Na przykładzie pacjentów wentylowanych mechanicznie można jednak stwierdzić, że wyniki leczenia są gorsze niż w krajach rozwiniętych. Dane z obserwacji SARSTer (z poprzedniej fali zakażeń) wskazuje, że śmiertelność w grupie chorych wentylowanych mechanicznie w Polsce wynosiła blisko 70%. Niektóre szpitale wykazują śmiertelność na poziomie nawet 80%-90%.



śmiertelność wśród chorych wentylowanych mechanicznie

Wysoka śmiertelność wśród pacjentów z COVID-19 w Polsce - cz. 2/2



Age	Alive n (%; 95% CI)	Dead n (%; 95% CI)	Unknown n (%; 95% CI)
≤40* (N=4,145)	1,575 (38.0, 36.5–39.5)	1,985 (47.9, 46.4–49.4)	585 (14.1, 13.1–15.2)
41–50* (N=5,284)	1,872 (35.4, 34.1–36.7)	2,870 (54.3, 53.0–55.7)	542 (10.2, 9.5–11.1)
51–60* (N=9,060)	2,809 (31.0, 30.1–32.0)	5,373 (59.3, 58.3–60.3)	878 (9.7, 9.1–10.3)
61–70* (N=10,759)	2,033 (18.9, 18.2–19.6)	7,676 (71.3, 70.5–72.2)	1,050 (9.6, 9.2–10.3)
71–80* (N=8,743)	1,180 (13.5, 12.8–14.2)	6,740 (77.1, 76.2–78.0)	823 (9.4, 8.8–10.0)
>80* (N=4,627)	295 (6.4, 5.7–7.1)	3,903 (84.4, 83.3–85.4)	429 (9.3, 8.5–10.1)

W metaanalizie 67 ośrodków z całego świata (Lim, 2021) przeciętna śmiertelność wśród chorych wentylowanych mechanicznie wyniosła poniżej 50%. W Hiszpanii ok. 38%

Lim (ed.), Case Fatality Rates for Patients with COVID-19 Requiring Invasive Mechanical Ventilation. A Meta-analysis, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 203 Number 1 | January 1 2021

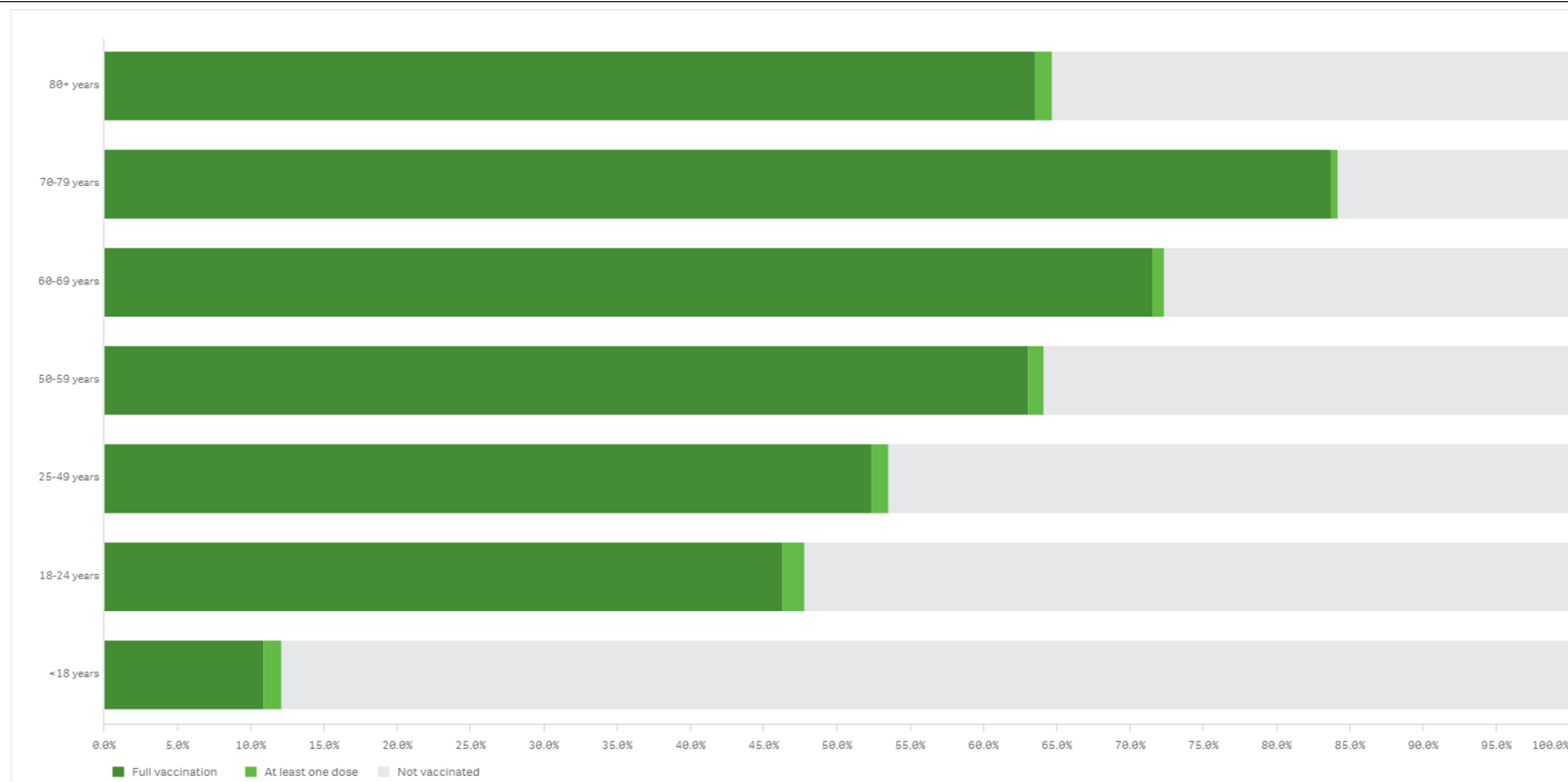
Odsetek osób w pełni zaszczepionych w Polsce wg wieku

W Polsce, w grupie osób powyżej 80. roku życia, jest zaszczepionych blisko 65% osób. Jeżeli pozostałe osoby z tej grupy będą narażone na zakażenie, zetkną się z bardzo wysokim ryzykiem zgonu. Osoby w tym wieku nie są zbyt mobilne, ale ryzyko zakażenia wiąże się z możliwością przeniesienia wirusa przez domownika lub opiekuna.

Lepiej sytuacja wygląda w grupie osób 70–79 lat, gdzie zaszczepionych jest 83% osób.

W grupie osób 60–69 lat zaszczepienie wynosi 71%, a zatem blisko 1/3 tej populacji, w razie zakażenia, pozostaje narażona na poważny przebieg choroby.

W grupie osób 50–59 lat, podobnie jak w grupie osób powyżej 80. roku życia, zaszczepienie wynosi 65% i, choć ryzyko zgonu w tej populacji jest niższe niż u seniorów, to jednak jest groźne szczególnie dla osób z chorobami przewlekłymi.



Rekomendacje podjęcia natychmiastowych działań:

- w zakresie silnej promocji, również obowiązku, szczepień
- w zakresie redukcji zakażeń (stosowanie „paszportu covidowego”)
- w zakresie wdrożenia skutecznego mechanizmu przeprowadzania „dochodzeń epidemiologicznych”
- w zakresie uelastycznienia zasad kwarantanny (stosowanie badań wykluczających zakażenie)
- w zakresie upowszechniania nowego modelu działania instytucji

Promocja szczepień pozostaje priorytetem. W odniesieniu do grup zawodowych, z natury rzeczy częściej narażonych na zakażenia, a tym samym zakażenie innych, należy wprowadzić obowiązek szczepień. W razie niewypełnienia tego obowiązku, osoba niezaszczepiona powinna zostać odsunięta od bezpośredniego kontaktu z klientami.

Dostęp do zatłoczonych miejsc powinien być warunkowany posiadaniem „paszportu covidowego”. Dotyczy to w szczególności miejsc, do których dostęp jest dobrowolny i nie niesie za sobą życiowych problemów (np. centra handlowe, kina, kluby, lotniska). W ten sposób można zapobiegać masowym zakażeniom oraz promować szczepienia.

„Dochodzenia epidemiologiczne” powinny być skuteczne i kompletne. Powinno się identyfikować możliwie wiele osób z kontaktu i poddawać je obserwacji (niekoniecznie kwarantannie) oraz testowaniu, a także ostrzegać przed potencjalnym szerzeniem się zakażenia.

Należy zweryfikować zasady kwarantanny w ten sposób, aby nie były one przyczyną ukrywania kontaktu z osobą zakażoną lub potencjalnego zakażenia.

Należy wspierać nowe modele działania instytucji, gdzie ludzie mogą ulegać zakażeniom, przez ułatwianie pracy na odległość, dzielenia stanowisk pracy wg kryteriów bezpieczeństwa, wymiany, oczyszczania powietrza itp.

W materiale wykorzystano źródła:

<https://ourworldindata.org/coronavirus>

<https://www.worldometers.info/coronavirus>

[Lim \(ed.\), Case Fatality Rates for Patients with COVID-19 Requiring Invasive Mechanical Ventilation. A Meta-analysis, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 203 Number 1 | January 1 2021](#)

<https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

Materiał przygotowano we współpracy
z Ośrodkiem Analiz Uniwersyteckich sp. z o.o.
właścicielem serwisu

 **Dane i analizy**
www.dane-i-analizy.pl



NACZELNA
IZBA LEKARSKA