

THE DAY AFTER



Fot. iStockphoto.com

Kończący się rok stanowił wielkie wyzwanie dla nas wszystkich i uwidocznili ogromną rolę decyzji podejmowanych na podstawie faktów i danych. Najpierw jednak zastanówmy się, jak COVID-19 wpłynął na działanie podmiotów leczniczych i na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, a także zrelacjonujmy, co stanie się po pandemii – jeśli to w ogóle nastąpi. W skrócie – wszystko wskazuje, że ofiar walki z koronawirusem będzie znacznie więcej niż samego wirusa.

Od razu wyłania się pierwszy problem – kłopot z dostępem do wiarygodnych danych, który jest ostatnimi czasy znacznie ograniczany. Pierwszy wniosek to konieczność ułatwienia dostępu do danych w formach pozwalających na ich automatyczne pobranie. Okres pandemii pokazał, że najcenniejsze analizy pochodziły z ośrodków badawczych i naukowych oraz firm prywatnych zajmujących się na co dzień analizą dużych zbiorów danych, a nie z największych zasobów danych będących w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia

i Ministerstwa Zdrowia. Do poniższej analizy wykorzystujemy dane z Eurostatu (zgony ogółem z podziałem na regiony), dane z Ministerstwa Zdrowia dotyczące zachorowań i zgonów z powodu COVID-19, bazę OECD, bazę Our World in Data dotyczącą COVID-19 oraz bazy danych wybranych szpitali na pierwszym i trzecim poziomie wynikającym z ustawy o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), które jednoznacznie odzwierciedlają trend ogólnokrajowy. Dane o zachorowaniach analizu-

jemy w okresie od 10. do 47. tygodnia 2020 r., dane o hospitalizacjach w podmiocie trzeciego poziomu PSZ w okresie od stycznia do września 2020 r., w szpitalach pierwszego poziomu od stycznia do października, a dane o zgonach ogółem od 10. do 44. tygodnia 2020 r. Ostatnią datę determinuje dostępność danych Eurostatu udostępnionych przez Polskę. Staraliśmy się opracować grafiki z rzadko kojarzonymi źródłami danych.

Początek...

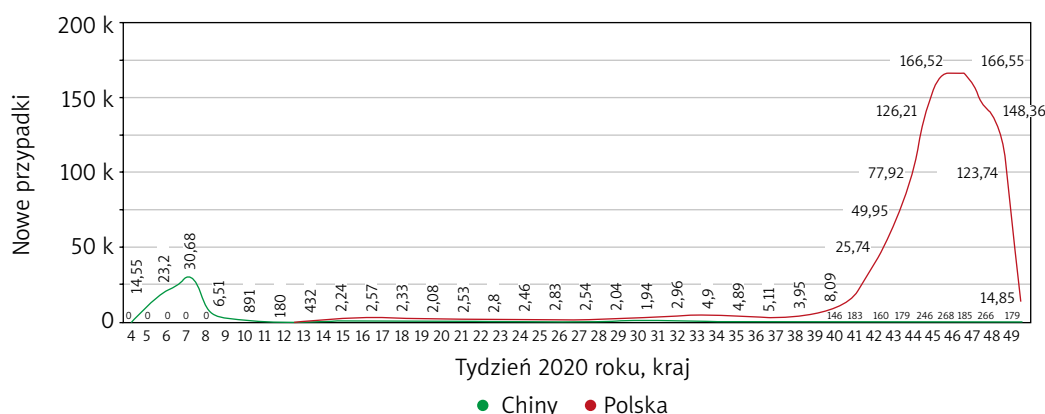
W początkowym okresie pandemii szybko zidentyfikowano grupy ryzyka, tj. chorych na POChP, astmę, cukrzycę, niewydolność oddechową, niewydolność serca, nowotwory oraz osoby powyżej 60 lat. Większość tych ludzi przechodziła infekcję COVID-19 krytycznie, z koniecznością hospitalizacji, tlenoterapii lub intensywnej terapii. Wśród nich odnotowano najwięcej zgonów. Chińskie doświadczenia wykorzystwała Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i opracowała stosowne rekomendacje. Każdy kraj stosował własną strategię walki z pandemią. Poziom infekcji w Chinach po pierwszym okresie ustabilizował się na niskich wartościach, w przeciwieństwie do Polski (ryc. 1).

Wspominana strategia walki z wirusem SARS-CoV-2 była realizowana z różną konsekwencją. Chiny pomimo niskiego poziomu zachorowalności utrzymywały surowe restrykcje. Politycy innych krajów zachowywali się z większą lub mniejszą konsekwencją – w tym polscy. Warto zauważyć, że w porównaniu z innymi narodami w sposób bardzo zdyscyplinowany podeszliśmy do zaleceń rządzących. W okresie wzmożonych ograniczeń stosowaliśmy się do restrykcji, a w czasie ogłaszanych „zwycięstw” zwiększaliśmy mobilność, tym samym narażając siebie i innych.

Nadrzędnym celem ograniczeń (według rekomendacji WHO) była ochrona zasobów sektora opieki zdrowotnej, pozwalająca na leczenie pacjentów z innymi rozpoznaniem niż COVID-19. Jak było w Polsce? Prezentujemy sytuację w wybranych placówkach pierwszego i trzeciego poziomu PSZ.

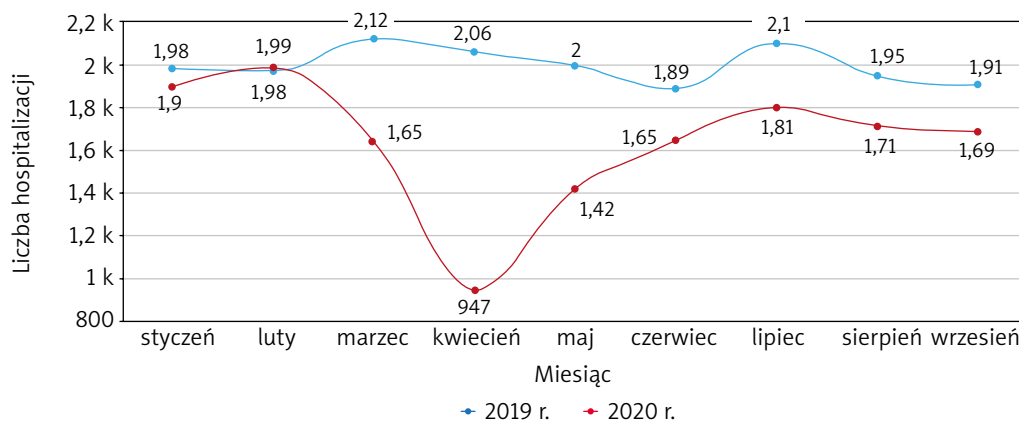
Z dostępnych danych wynika, że w kwietniu 2020 r. nastąpiło załamanie realizacji świadczeń. Spadek ten zauważamy zarówno w szpitalach, jak i poradniach, i to niezależnie od ich poziomu PSZ (ryc. 2–5).

Podobne zjawisko można zaobserwować, analizując szczegółowo poszczególne zakresy świadczeń. Naj-



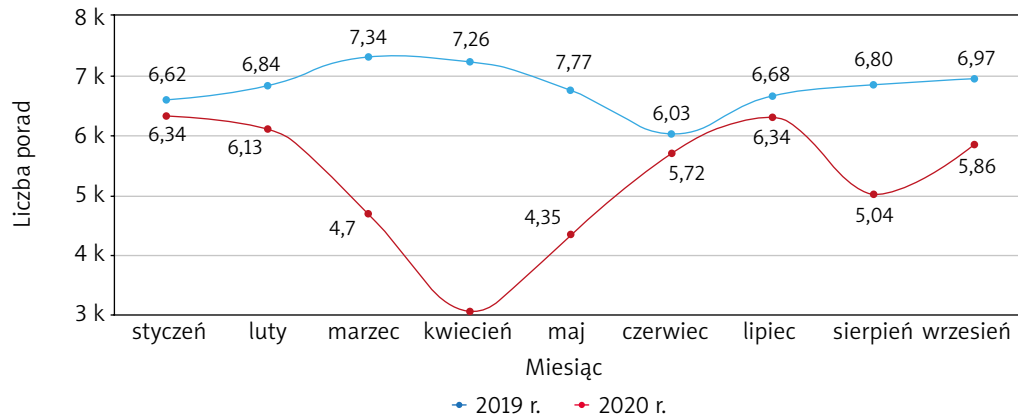
Rycina 1. Tygodniowe liczby zachorowań w Chinach i w Polsce

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie Our World in Data



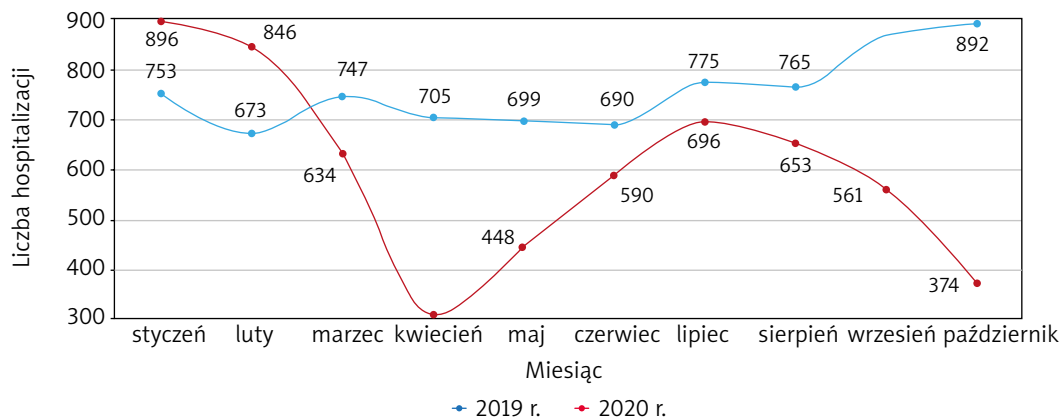
Rycina 2. Analiza porównawcza hospitalizacji w okresie styczeń–wrzesień 2020 r. i 2019 r. w podmiocie trzeciego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



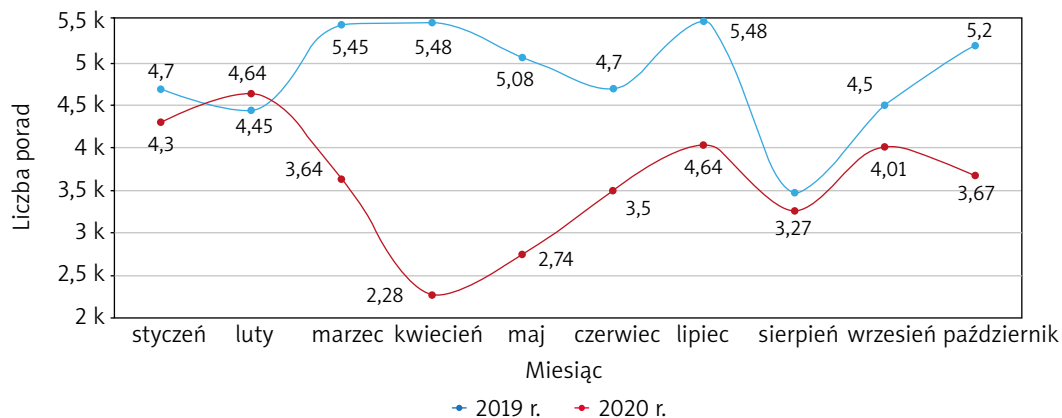
Rycina 3. Analiza porównawcza porad w okresie styczeń-wrzesień 2020 r. i 2019 r. w poradniach podmiotu trzeciego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



Rycina 4. Analiza porównawcza hospitalizacji w okresie styczeń-październik 2020 r. i 2019 r. w podmiocie pierwszego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



Rycina 5. Analiza porównawcza porad w okresie styczeń-październik 2020 r. i 2019 r. w poradniach podmiotu pierwszego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz

gorsza sytuacja była w kardiologii, w chorobach wewnętrznych i onkologii (ryc. 6–14).

W analizowanych przypadkach występują podobne relacje świadczące o tym, że epidemia wpłynęła jednoznacznie negatywnie na aktywność podmiotów leczniczych, co upoważnia do stwierdzenia o ograniczeniu dostępności świadczeń zdrowotnych. Nie możemy w tak krótkim czasie określić, jaki będzie skutek tej ograniczonej dostępności, ale analizując wskaźnik zgonów Polaków na tle poprzednich lat i w porównaniu z innymi krajami, można zauważyć, że od 38. tygodnia 2020 r. nastąpił niepokojący wzrost liczby zgonów – z ok. 7–8 tys. tygodniowo do 14 tys. w 44. tygodniu. Oczywiście na wzrost liczby zgonów mają wpływ pacjenci, którzy przegrali walkę z COVID-19, jednak ta dynamika dotyczy w większości osób z innymi chorobami, pośrednich ofiar wirusa (ryc. 15).

Analizując liczbę zgonów, szczególnie w ostatnich tygodniach, możemy zauważyć, że Polska charakteryzuje się dużą dynamiką jej wzrostu, jednak znacznie gorzej wygląda sytuacja z poziomu regionów. Na

RZĄDOWE DECYZJE BĘDĄ CORAZ WNIKLIVIEJ

OCENIANE PRZEZ SPOŁECZEŃSTWO,

RZADZIEJ JAKO DECYZJE

„RATUJEMY ŻYCIĘ CZY GOSPODARKĘ”,

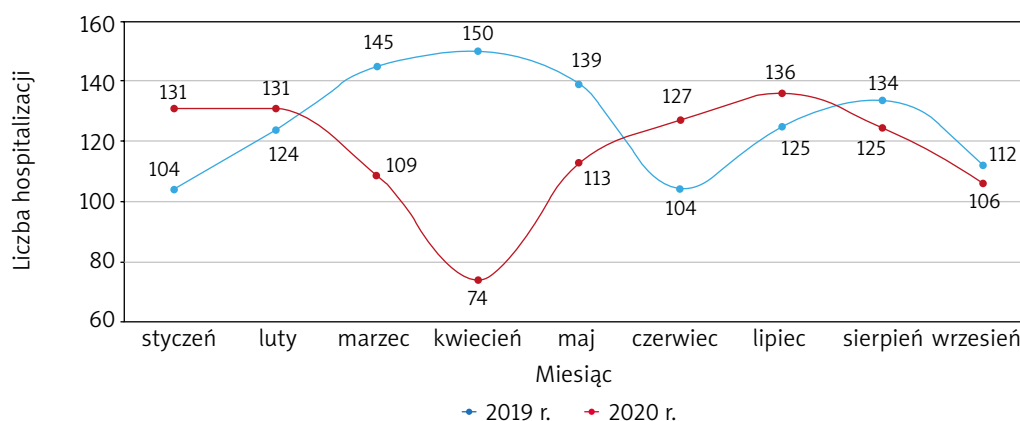
A CZĘŚCIEJ JAKO DECYZJE

O NASZYM DALSZYM DOSTATNIM ŻYCIU

191 uwzględnionych europejskich regionów nasze województwa należą do tych o największej dynamice zgonów (ryc. 16, 17).

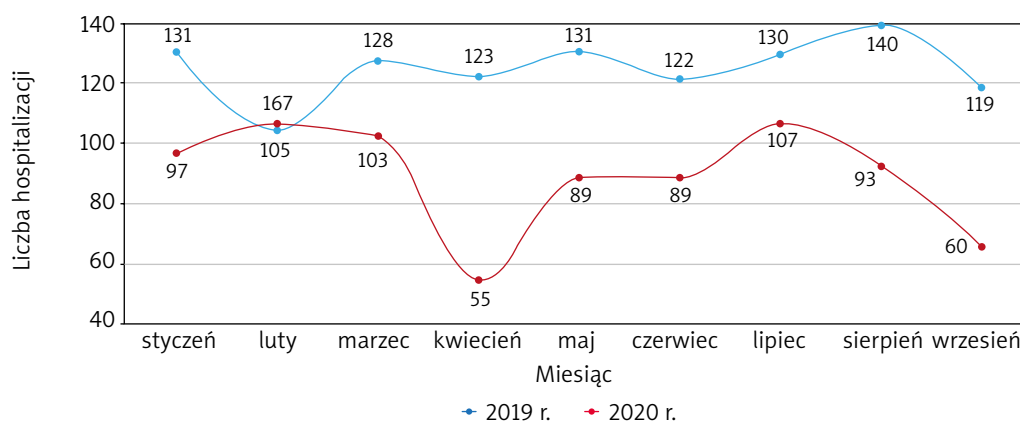
A końca nie widać...

Ratować życie czy dobrobyt – ten dylemat dziś wydaje się w części nieaktualny. Dlaczego? W europejskiej cywilizacji życie ludzkie jest najwyższą wartością.



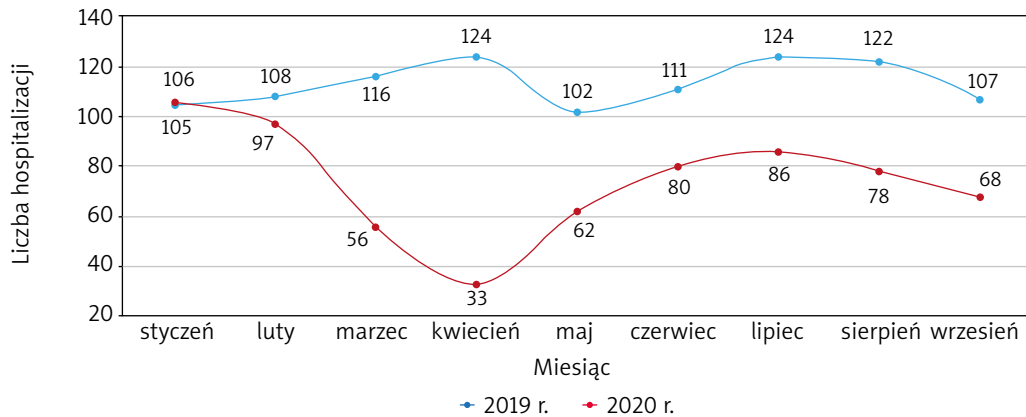
Rycina 6. Analiza porównawcza hospitalizacji w okresie styczeń–wrzesień 2020 r. i 2019 r. w zakresie kardiologia w podmiocie trzeciego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



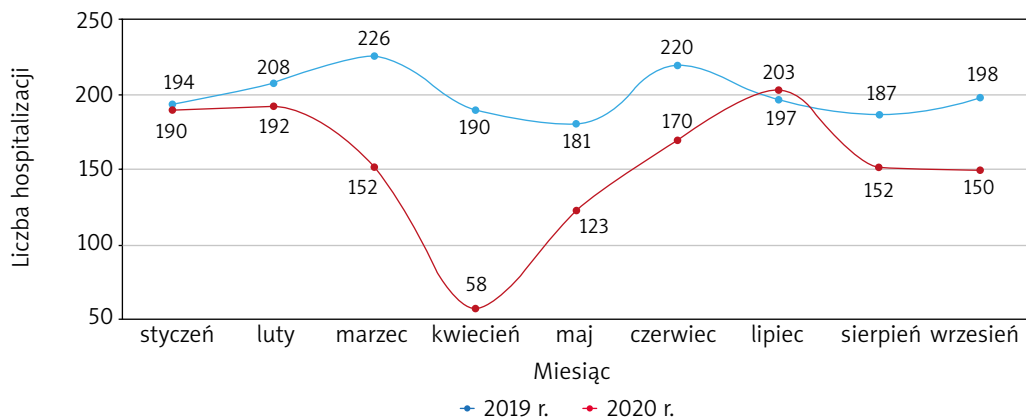
Rycina 7. Analiza porównawcza hospitalizacji w okresie styczeń–wrzesień 2020 r. i 2019 r. w zakresie choroby wewnętrzne w podmiocie trzeciego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



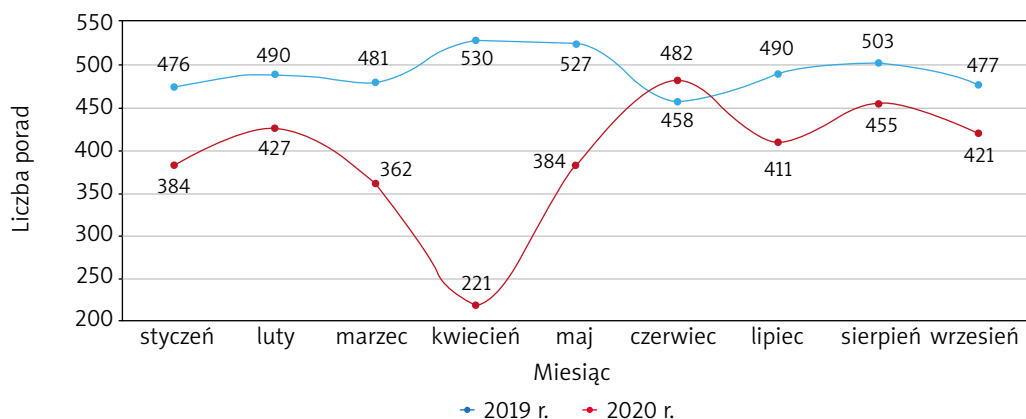
Rycina 8. Analiza porównawcza hospitalizacji w okresie styczeń–wrzesień 2020 r. i 2019 r. w zakresie neurologia w podmiocie trzeciego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



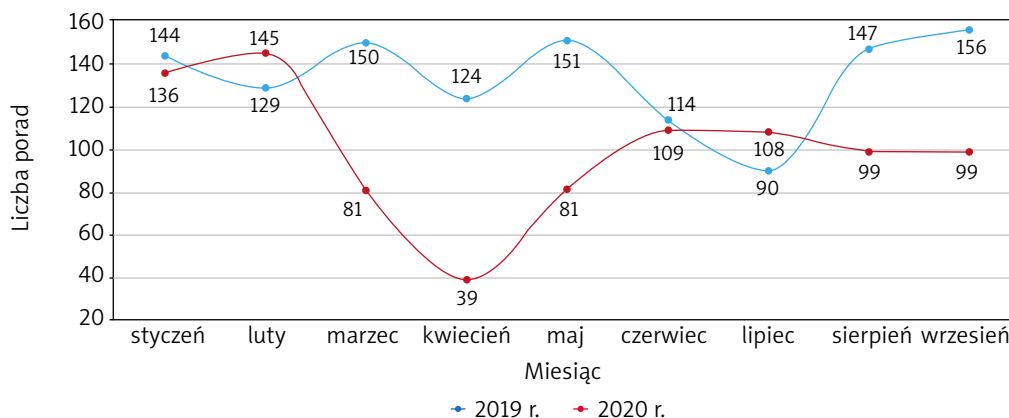
Rycina 9. Analiza porównawcza hospitalizacji w okresie styczeń–wrzesień 2020 r. i 2019 r. w zakresie chirurgia ogólna w podmiocie trzeciego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



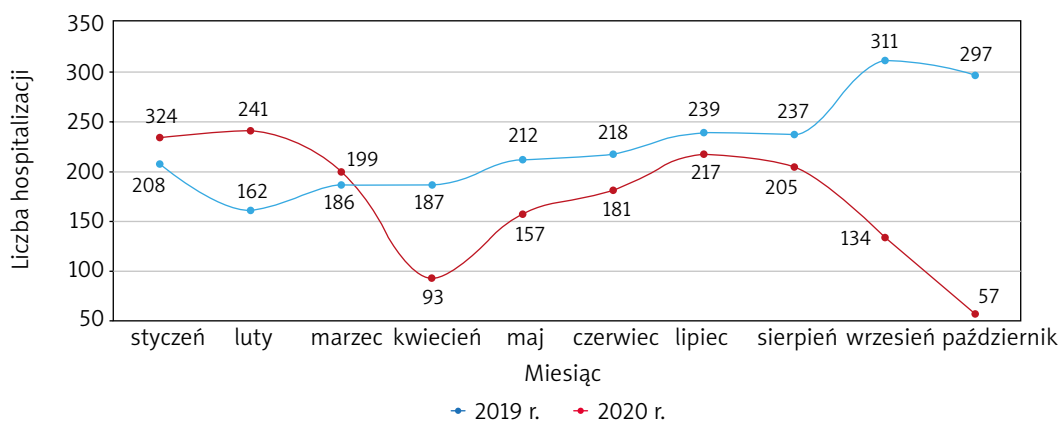
Rycina 10. Analiza porównawcza porad w okresie styczeń–wrzesień 2020 r. i 2019 r. w zakresie kardiologia w podmiocie trzeciego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



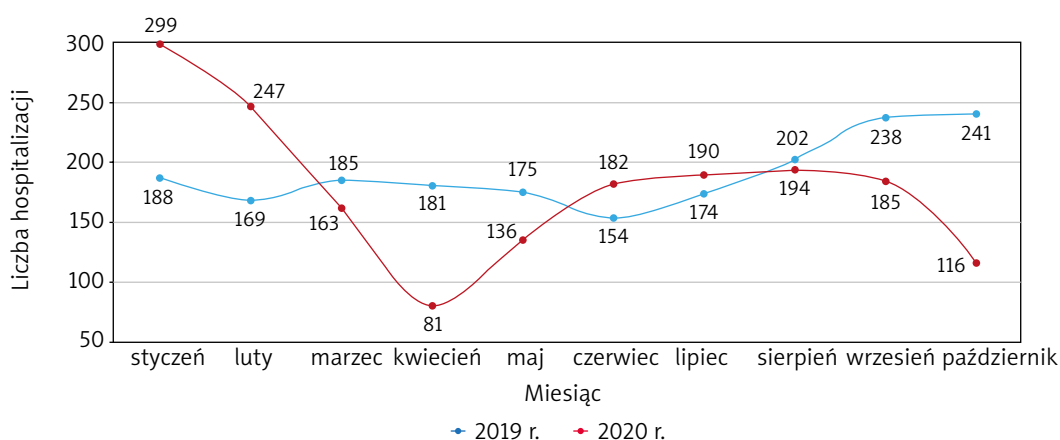
Rycina 11. Analiza porównawcza porad w okresie styczeń–wrzesień 2020 r. i 2019 r. w zakresie onkologia w podmiocie trzeciego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie – PMZPokaz



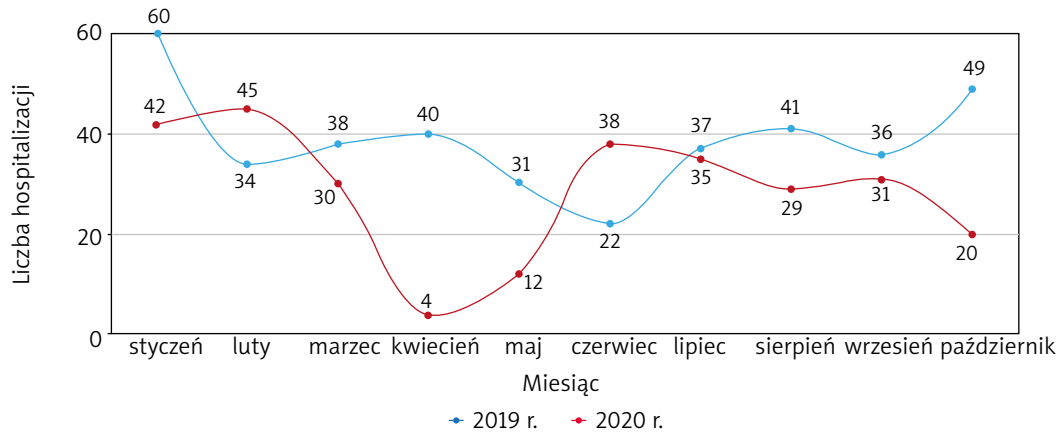
Rycina 12. Analiza porównawcza hospitalizacji w okresie styczeń–październik 2020 r. i 2019 r. w zakresie choroby wewnętrzne w podmiocie pierwszego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



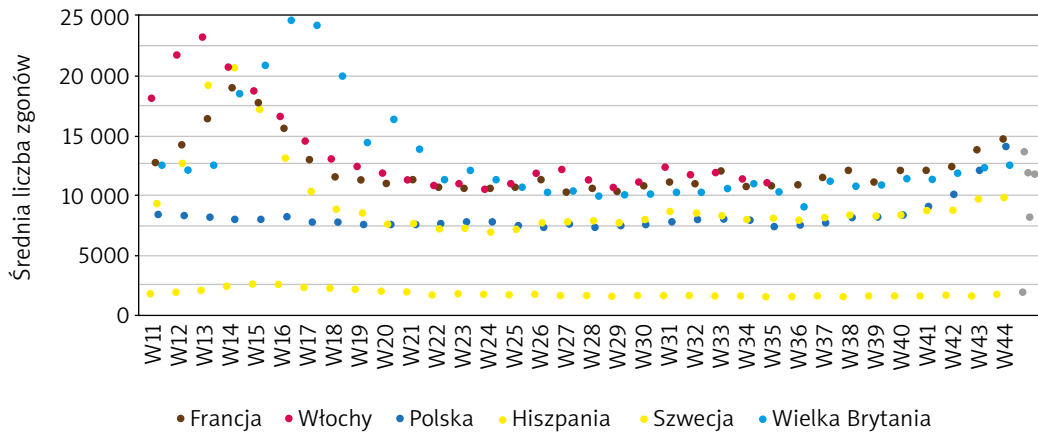
Rycina 13. Analiza porównawcza hospitalizacji w okresie styczeń–październik 2020 r. i 2019 r. w zakresie chirurgia ogólna w podmiocie pierwszego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



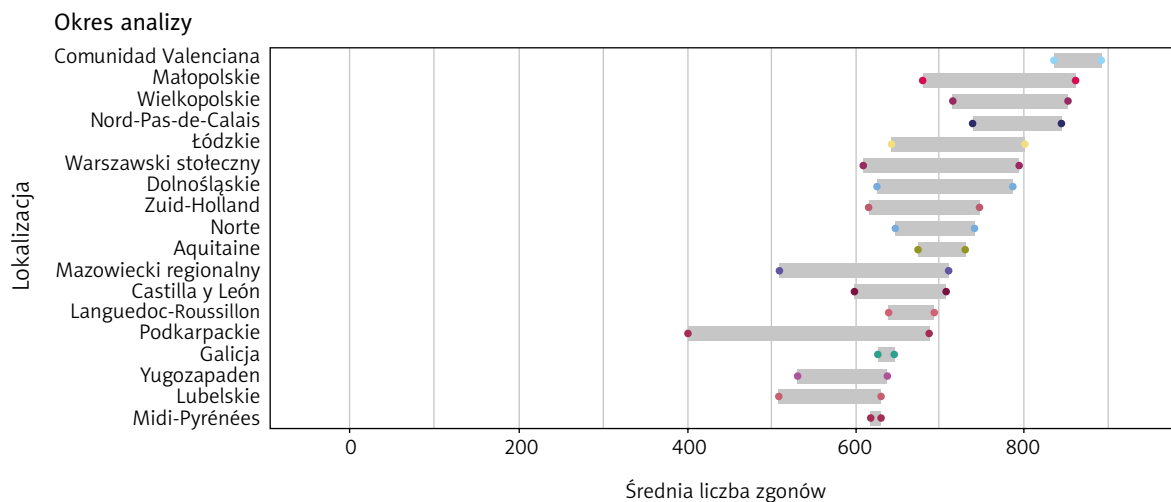
Rycina 14. Analiza porównawcza hospitalizacji w okresie styczeń–październik 2020 r. i 2019 r. w zakresie neurologia w podmiocie pierwszego poziomu PSZ

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie PMZPokaz



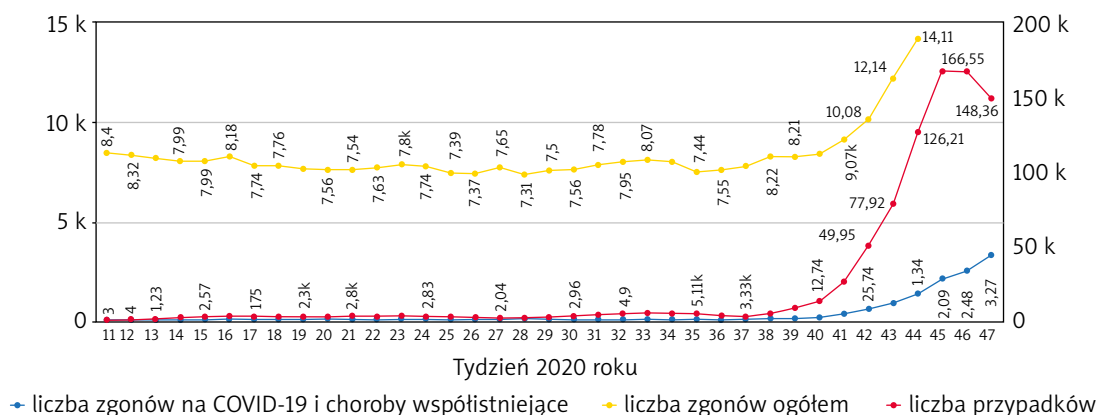
Rycina 15. Analiza porównawcza rozkładów średniej liczby zgonów w wybranych krajach od 11. do 44. tygodnia 2020 r.

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie Eurostat



Rycina 16. Analiza porównawcza zgonów ogółem w regionach Europy od 40. do 44. tygodnia 2020 r.

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie Eurostat



Rycina 17. Analiza porównawcza zgonów ogółem i zgonów na COVID-19

Źródło „Pulpit menedżera zdrowia” konsultant IT sp. z o.o. na bazie Our World in Data i Eurostat

Spółeczeństwa oczekują, że ich rządy zrobią wszystko, by je chronić za wszelką cenę, nawet gdy chodzi o pojedyncze istnienia, a co dopiero gdy mowa o całych społeczeństwach i narodach. Jednocześnie przez dekady, z drobnymi wahaniami, przyzwyczailiśmy się do nieustającego wzrostu gospodarczego i stopniowej poprawy naszych warunków bytowych.

Czy jakikolwiek polityk powie: „Rozruszajmy gospodarkę kosztem ludzkiego życia”? Jeśli ludzkie życie jest bezcenne, czy można je przeliczyć na pieniądze? Skojarzenia są jednoznacznie negatywne, ale w dzisiejszych czasach pytanie to zadają sobie ekonomiści i politycy. Tym razem nie dlatego, aby się na ludzkim życiu wzbogacić, ale by ofiar walki z SARS-CoV-2 nie było więcej niż samego koronawirusa. Rządy ciągle stoją przed koniecznością dokonywania takich wyborów i w miarę upływu czasu zdają sobie sprawę – trochę za późno – że właśnie tak będzie. Chodzi tu o dwa równie ważne aspekty naszego życia – obszar gospodarczy i obszar opieki zdrowotnej.

Zagadnienia dotyczące obszaru gospodarczego są dla większości oczywiste. Kolejne *lockdowny* spowodowały i nadal powodują stopniowe obniżanie wzrostu gospodarczego, aż do pogłębiającej się recesji i spadków PKB nienotowanych od lat dwudziestych ubiegłego wieku. Rządy uzasadniają takie decyzje koniecznością ratowania ludzkiego życia, czyli dążeniem do spłaszczenia krzywej epidemicznej w celu ograniczenia wzrostu zakażeń, ale także – o czym rzadko mówią – strachem przed niewydolnością systemów opieki zdrowotnej w przypadku masowych zachorowań.

W zakresie opieki zdrowotnej konsekwencje podejmowanych decyzji nie są już tak oczywiste, przynajmniej dla społeczeństwa. Przeciwnie decyzje o rozluźnieniu kontaktów przy wystąpieniu drugiej fali pandemii powinny spowodować wzrost liczby zachorowań – nie spowodowały. Przeciwnie kolejne decyzje o ograniczeniu kontaktów społecznych powinny spowodować spadek

liczby zachorowań – nie spowodowały. Co w takim razie się dzieje?

Strach przed kontaktem z systemem opieki zdrowotnej, rozdmuchiwany przez media i agencje rządowe, spowodował nienaprawialne konsekwencje. Po drugiej i trzeciej fali COVID-19 przychodzi na naszych oczach fala zachorowań na schorzenia, których leczenie zostało odroczone lub zaniechane z powodu epidemii, i kolejna fala, która będzie trwała wiele lat, wynikająca z zaniechania badań profilaktycznych i porzucenia nawyków zdrowego stylu życia. Wszystko wskazuje, że ofiar walki z SARS-CoV-2 będzie znacznie więcej niż samego koronawirusa.

Czy powszechne szczepienia przeciwko COVID-19 uratują sytuację? Mamy nadzieję, że w zakresie samego koronawirusa tak, ale w pozostałych obszarach jest już za późno.

Ponadto efekty i konsekwencje *lockdownu* trzeba rozpatrywać nie tylko z perspektywy gospodarki i opieki zdrowotnej. Niezwykle ważne są zmiany w systemie edukacji, nauka zdalna i spowodowane tym ograniczenia, także w kontaktach społecznych, oraz konsekwencje wynikające z powszechnego wprowadzenia pracy zdalnej i wiele innych. Wielkie nadzieje budzi wprowadzany w Europie program powszechnych szczepień przeciw COVID-19, jednak na jego jednoznaczne efekty trzeba będzie poczekać jeszcze wiele miesięcy. Dlatego należy podejmować kolejne trudne decyzje o zaostrzeniach lub załagodzeniach *lockdownu*. Mamy nadzieję, że będą one podejmowane na podstawie rzetelnych danych i ich analiz, być może przez nowo powołaną do tego celu instytucję, o co postulujemy. Rządowe decyzje będą coraz wnikliwiej oceniane przez społeczeństwo, rzadziej jako decyzje „ratujemy życie czy gospodarkę”, a częściej jako decyzje o naszym dalszym dostatnym życiu. Bo do pandemii, jak do grypy, wszyscy już się przyzwyczajają.

Piotr Warczyński, Jarosław Kozera