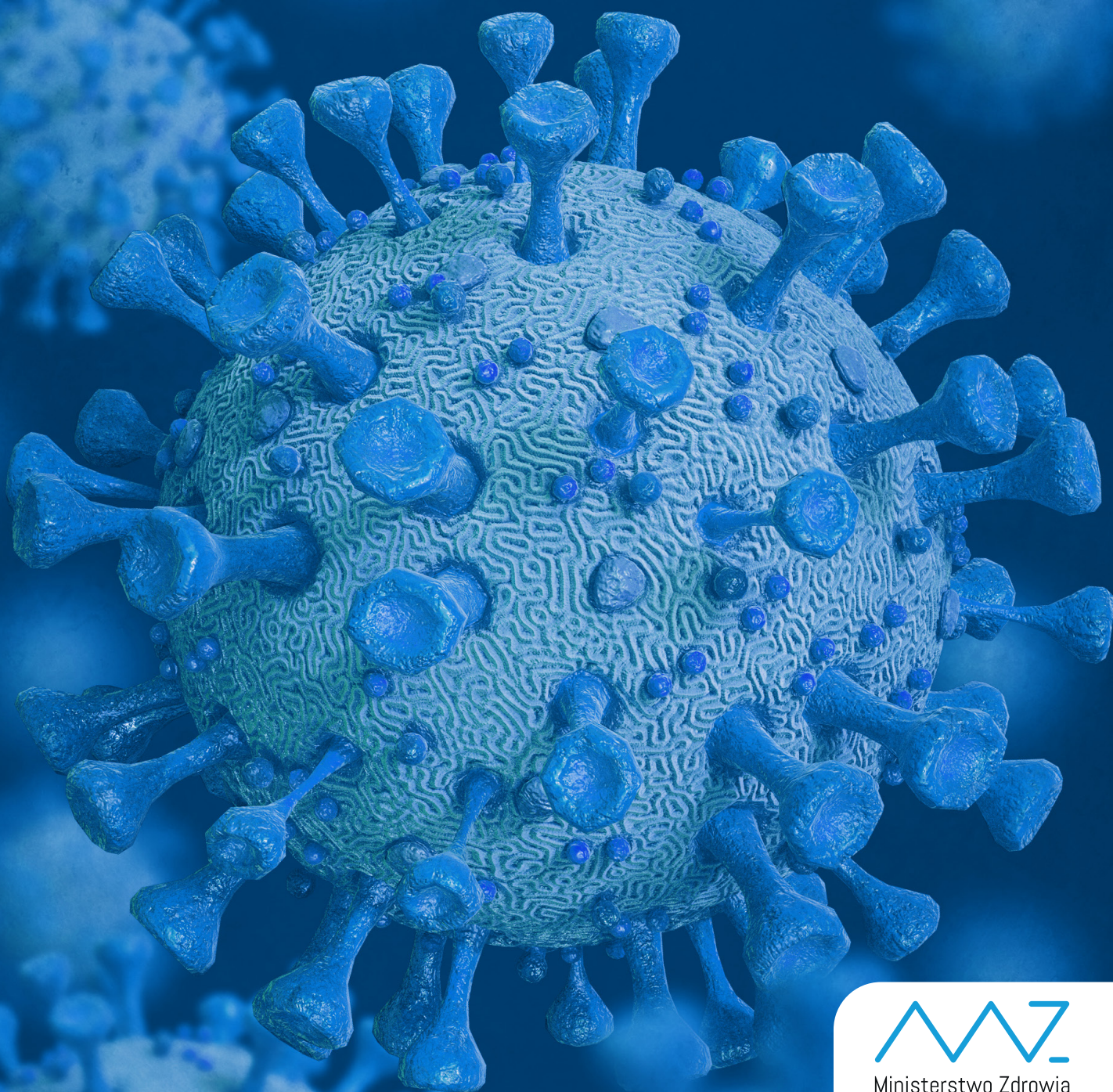


Strategia walki z pandemią COVID-19

zima/wiosna 2022



Ministerstwo Zdrowia

Strategia walki z pandemią COVID-19

- zima/wiosna 2022

Wstęp

Resort zdrowia, w odpowiedzi na stale zmieniającą się sytuację epidemiczną w kraju i na świecie, pojawianie się nowych wariantów wirusa SARS-CoV-2, najnowsze doniesienia naukowe i rekomendacje w sprawach zwalczania COVID-19, wypracowuje i/lub modyfikuje środki służące wzmocnieniu działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

To co obecnie jest priorytetem, a co w dużej mierze wynika ze specyfiki przebiegu zakażenia odmianą Omikron (szybszy rozwój choroby,) to przede wszystkim:

- wzmacnianie i promowanie znaczenia szczepień ochronnych,
- zwiększenie dostępności testów na COVID-19,
- wdrażanie rozwiązań wzmacniających opiekę ambulatoryjną, czyli przeznaczoną dla pacjentów we wczesnym stadium choroby lub po przebytej chorobie, których leczenie nie wymaga hospitalizacji,
- zwiększanie bazy dla leczenia szpitalnego.

Aktualnymi pozostają zasady zachowania dystansu społecznego, stosowania dezynfekcji i noszenia maseczek w przestrzeniach zamkniętych.

Zastosowanie będą miały również rozwiązania wprowadzone na jesieni 2020 r., które sprawdziły się w poprzednich falach.

I. Sytuacja epidemiologiczna COVID-19

Sytuacja przed 4 falą

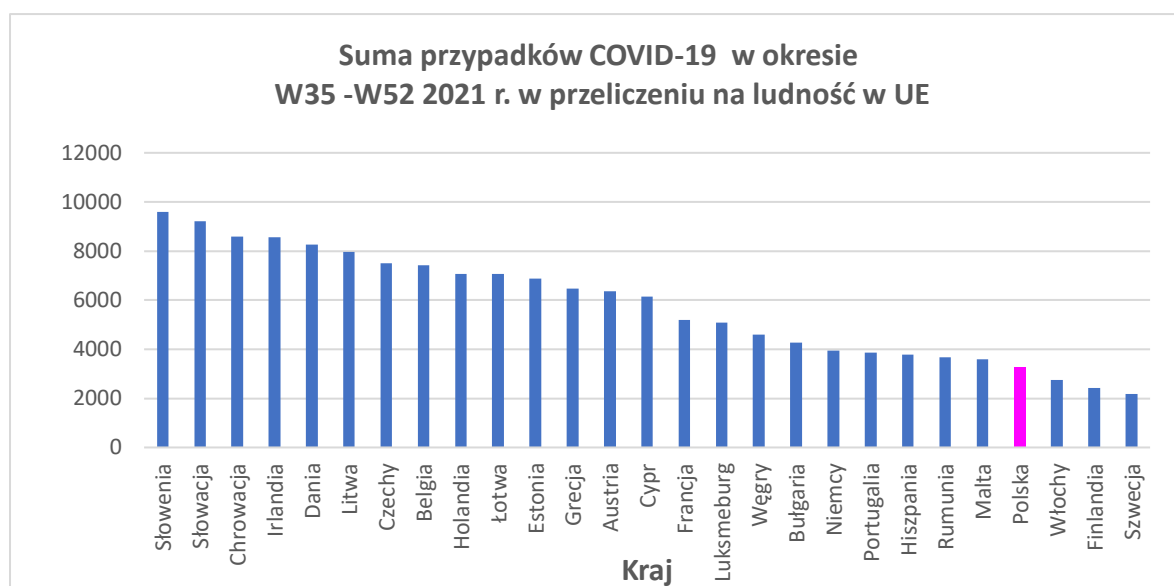
Zgodnie z danymi WHO do 5 października 2021 r. na świecie odnotowano 234,5 mln przypadków COVID-19, w tym 4,8 mln zgonów. W Europie liczba przypadków sięgnęła 70,6 mln. Zaś liczba zgonów wyniosła 1,3 mln.¹ W Polsce zgodnie z danymi ECDC do 40 tygodnia 2021 r. odnotowano łącznie 2,9 mln przypadków i 76 tys. zgonów.

¹ COVID-19 Weekly Epidemiological Update Edition 60, published 5 October 2021
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20211005-weekly-epi-update-60.pdf?sfvrsn=7b566b06_3&download=true

4 fala pandemii

W początkowym okresie jesieni 2021 r. w Polsce dominował wariant Delta wirusa SARS-CoV-2, który zgodnie z danymi bazy GISDAD EpiCoV na 20.10.2021r. stanowił ponad 97% sekwencji SARS-CoV-2 zgłoszonych z Polski w ciągu 7 dni². Zgodnie z danymi ECDC, w 42 tygodniu 2021 r. wariant Delta stanowił w Polsce już 99.9% zakażeń SARS-CoV-2.

Rozprzestrzenianie się jesienią 2021 r. wariantu Delta, charakteryzującego się większą transmisyjnością niż poprzedni dominujący wariant Alfa³ spowodowało w Europie i Polsce 4 falę pandemii COVID-19. W przeliczeniu na 100 tys. ludności Polska charakteryzowała się stosunkowo niskim poziomem wykrytych przypadków w okresie 35-52 tydzień roku.



W Polsce szczyt zachorowań w 4 fali wystąpił w drugiej połowie listopada. W 48 tygodniu 2021 r. w Polsce odnotowano najwyższą zapadalność na poziomie 861 przypadków na 100 tys. mieszkańców Polski, a następnie stopniowy spadek do poziomu 436 przypadków w 52 tygodniu 2021r.⁴

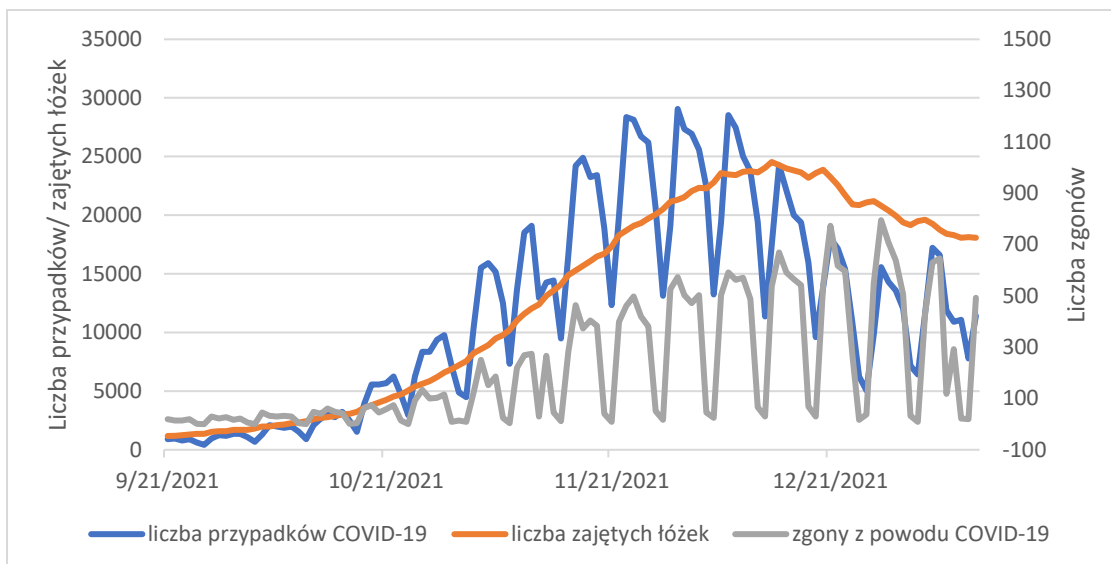
Odnotowana w szczycie zapadalności tygodniowa skumulowana liczba przypadków wyniosła blisko 164 tys., przy czym w 48 tygodniu 2021 r. zgłoszono 3408 zgonów z powodu COVID-19. Jednocześnie najwyższą liczbę 24542 hospitalizacji w 4 fali w Polsce odnotowano 14.12 2021 r. (50 tydzień 2021 r.), co stanowiło dziesięciokrotność liczby 2423 hospitalizacji z początku jesieni (11.10.2021 r.).⁵

² GISAIID <https://www.gisaid.org/>

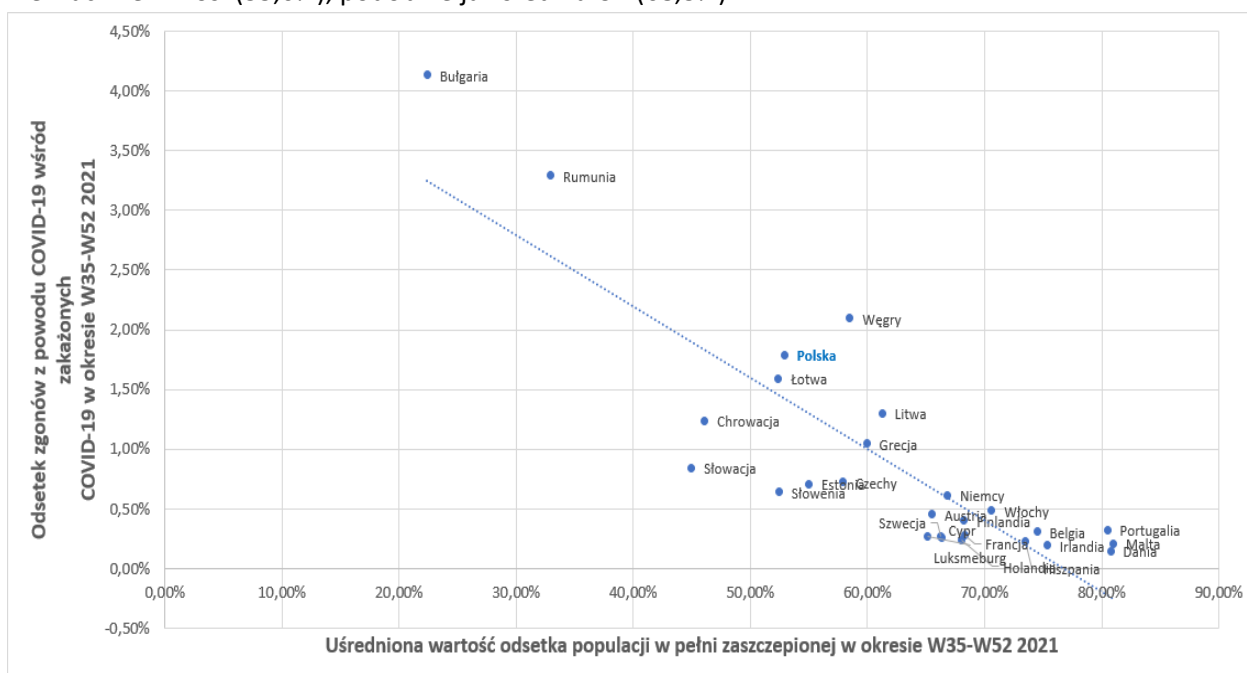
³ European Centre for Disease Prevention and Control. Implications for the EU/EEA on the spread of the SARS-CoV-2 Delta (B.1.617.2) variant of concern - 23 June 2021. ECDC: Stockholm; 2021 https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Implications-for-the-EU-EEA-on-the-spread-of-SARS-CoV-2-Delta-VOC-23-June-2021_2.pdf

⁴ ECDC Data on 14-day notification rate of new COVID-19 cases and deaths – week 48-51, 2021 <https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/xlsx/data.xlsx>

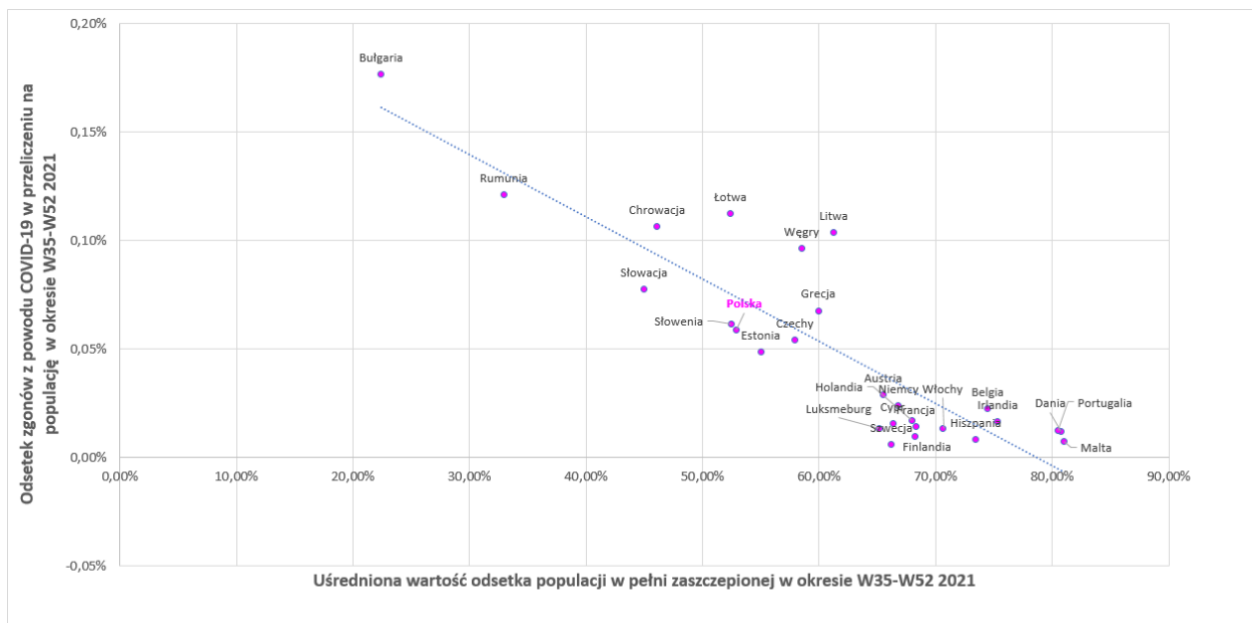
⁵ ECDC Data on hospital and ICU admission rates and current occupancy for COVID-19 week 41-50 <https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/hospitalicuadmissionrates/xlsx/data.xlsx>



Relatywnie wysokiej liczbie zgonów w kraju towarzyszył niższy od średniej w krajach UE (66,8%) odsetek 54,3% pełnego zaszczepienia populacji generalnej w Polsce, który na koniec roku 2021r. nieznacznie wzrósł (55,6%), podobnie jak średnia UE (68,5%)⁶.



⁶ ECDC COVID-19 Vaccine Tracker week 48-52 <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>



Z wykresów wynika, że im społeczeństwo było bardziej zaszczepione tym mniej zgonów z powodu COVID-19 zostało sprawozdane zarówno w przypadku przeliczenia na liczbę przypadków jak i na ludność w okresie W35-W52 2021.

W tym czasie, zgodnie z danymi WHO z 5 grudnia 2021 r., na świecie odnotowano 4,1 mln nowych przypadków tygodniowo i 52,6 tys. zgonów. W Europie było to odpowiednio 2,7 mln przypadków i 29 tys. zgonów. Zaś łączna liczba przypadków od początku pandemii COVID-19 wyniosła blisko 265 mln oraz 5,2 mln zgonów. W Europie było to odpowiednio 89 mln i 1,5 mln.⁷ Co oznacza wzrost liczby przypadków o 19 mln i wzrost liczby zgonów o 200 tys. w porównaniu do opisanej na wstępie sytuacji z początku października 2021r.

Podsumowując 2021r. dane z 52 tygodnia w Polsce wykazały łączną liczbę 4,1 mln przypadków oraz 97,7 tys. zgonów z powodu COVID-19 od początku pandemii⁸. Jednocześnie odsetek osób w pełni zaszczepionych w populacji ogólnej w Polsce był o 12,9 punktów procentowych niższy od średniej dla krajów UE. Zgodnie z danymi bazy GISAID-EpiCoV, w której gromadzone są dane genomowe o wariantach SARS-CoV-2, w Polsce na dzień 31.12. 2021r. dominującym wariantem był wariant alertowy (VOC) Delta stanowiący 98,4% wszystkich zgłoszeń z okresu 7 dni, podczas gdy wykryty w listopadzie 2021r. w Afryce wariant alertowy Omicron⁹ stanowił 1,41%. Na dzień 31.12.2021r. łączna liczba zgłoszeń z Polski wariantu Delta i wariantu Omicron wynosiła odpowiednio 21726 i 34¹⁰.

⁷ COVID-19 Weekly Epidemiological Update Edition 69, published 5 December 2021
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20211207-weekly-epi-update-69-\(1\).pdf?sfvrsn=9bb5da9d_3&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20211207-weekly-epi-update-69-(1).pdf?sfvrsn=9bb5da9d_3&download=true)

⁸ ECDC Data on 14-day notification rate of new COVID-19 cases and deaths – week 52, 2021
<https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/xlsx/data.xlsx>

⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. Implications of the spread of the SARS-CoV-2 B.1.1.529 variant of concern (Omicron) for the EU/EEA – first update. 2 December 2021. ECDC: Stockholm; 2021.
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/threat-assessment-covid-19-emergence-sars-cov-2-variant-omicron-december-2021.pdf>

¹⁰ GISAID EpiCoV <https://www.epicov.org>

O wariancie Omicron

Wariant Omicron charakteryzuje się 50 mutacjami różniącymi go od pierwotnego SARS-CoV-2, z których 30 mutacji zlokalizowane jest w białku kolca (Spike protein), w tym 15 w miejscu wiązania receptora ACE2. Omicron różni się od wariantów Alfa i Delta w takim stopniu, że powstała uzasadniona obawa ekspertów o skuteczność szczepień przeciw COVID-19 w przypadku zakażenia tym wariantem. Jednocześnie pierwsze obserwacje epidemiologiczne wykazały jego zwiększoną transmisyjność w porównaniu do Delty.¹¹ Omicron mimo ograniczeń połączeń lotniczych z krajami Afryki bardzo szybko został zawleczony do Europy, USA i wielu innych krajów. W Austrii, w 48 tygodniu 2021r. wykryto 58 przypadków wariantu Omicron, zaś w 52 tygodniu wykryto już 4715 przypadków tego wariantu, przy czym w tym samym okresie wykryto 2965 przypadków wariantu Delta¹². W Belgii w tych samych tygodniach 2021r. odnotowano odpowiednio dla wariantu Omicron 75 i 6585 przypadków oraz zaledwie 680 przypadków wariantu Delta. W Danii wariant Omicron zgłoszono odpowiednio w liczbie 333 i 3043 (tydzień 51) przypadków i 930 zgłoszeń wariantu Delta.

Jednak najskuteczniej wariant Omicron wyparł wariant Delta w Wielkiej Brytanii, gdzie do 8 grudnia 2021r. odnotowano blisko 9,5 tys. przypadków zakażeń wariantem Omicron¹³, zaś w kolejnym tygodniu (8-15.12.2021r.) przybyło 80,9 tys. zgłoszeń i wariant Omicron zdominował wariant Delta, dla którego zgłoszono w tym czasie 47,1 tys. przypadków zakażeń¹⁴. Łącznie w UK do 22 grudnia 2021r. wariant Omicron został odnotowany w blisko 91 tys. przypadków COVID-19. Jednocześnie w drugiej połowie grudnia 2021r. odnotowano w Wielkiej Brytanii znaczący wzrost liczby nowych przypadków COVID-19, z 40 tys. (5.12.2021r.) do 145 tys. (23.12.2021r.), ze szczytem 244 tys. w dniu 29.12.2021r.¹⁵ Mimo, że dane z 6 stycznia 2022r. wskazywały na zmniejszanie się liczby nowych przypadków COVID-19 w UK, inicjując dynamiczny trend spadkowy (10 stycznia 2022r. odnotowano 94,5 tys. nowych zakażeń) to jednocześnie ujawniły wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów oraz stromy wzrost liczby zgonów, który nastąpił na przełomie 2021 i 2022 roku. Liczba przypadków przyjmowanych dziennie do szpitala wzrosła z 836 w dniu 5.12.2021r. do 2585 w dniu 29.12.2021r.,¹⁶ co spowodowało odpowiednio wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów ogółem z powodu COVID-19 z 7,3 tys. do 12 tys. i utrzymanie się trendu wzrostowego tak, że w dniu 5 stycznia 2022r. w UK hospitalizowanych było blisko 18 tys. osób. Wysoki wskaźnik hospitalizacji (>19 tys.) utrzymywał się do końca pierwszej połowy stycznia 2022r.

¹¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Assessment of the further emergence and potential impact of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern in the context of ongoing transmission of the Delta variant of concern in the EU/EEA, 18th update - 15 December 2021. ECDC: Stockholm; 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-assessment-further-emergence-omicron-18th-risk-assessment-december-2021.pdf>

¹² ECDC Data on SARS-CoV-2 variants in the EU/EEA week 48, 51,52

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-virus-variants-covid-19-eueea>

¹³ GOV.UK Research and analysis. Variants: distribution of case data, 17 December 2021

<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-variants-genomically-confirmed-case-numbers/variants-distribution-of-case-data-17-december-2021>

¹⁴ GOV.UK Research and analysis. Variants: distribution of case data, 23 December 2021

<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-variants-genomically-confirmed-case-numbers/variants-distribution-of-case-data-23-december-2021>

¹⁵ GOV.UK. Coronavirus (COVID-19) in the UK. Cases in UK.

<https://coronavirus.data.gov.uk/details/cases?areaType=overview&areaName=United%20Kingdom>

¹⁶ GOV.UK. Coronavirus (COVID-19) in the UK. Patients admitted to hospital / Patients in hospital

<https://coronavirus.data.gov.uk/details/healthcare?areaType=overview&areaName=United%20Kingdom>

Mając na uwadze fakt, że zgony z powodu COVID-19 występują najczęściej w okresie 14-21 dni po zakażeniu, wpływ wzrostu liczby przypadków możliwych do powiązania z potencjalnym zakażeniem wariantem Omicron, które wystąpiły w drugiej połowie grudnia 2021r. można przypisać 56% wzrostowi skumulowanej 7 dniowej liczby zgonów z powodu COVID-19 w UK odnotowanych w dniu 6 stycznia 2022r., który utrzymywał się do końca pierwszej połowy miesiąca. Zaznaczyć należy jednak, że dobowe, uśrednione z okresu 7 dni wartości liczby zgonów odnotowywanych dziennie z powodu COVID-19 w UK były relatywnie niskie wynosząc od 112 do 123 zgonów, odpowiednio 15 i 29 grudnia 2021r. Wartości te stanowią 8-10% liczby zgonów odnotowanej w szczycie 3 fali pandemii w UK, wywołanej wariantem Alfa, gdy w dniu 19.01.2021r. odnotowano średnią dobową liczbę 1286 zgonów¹⁷ przy maksymalnej dziennej liczbie 68 tys. nowych przypadków zgłoszonych 8 stycznia 2021r¹⁸. W szczycie fali zgonów, między 5 a 14 stycznia 2022r. odnotowywano od 200 do 250 zgonów dziennie z powodu COVID-19.

Tak silne odwrócenie proporcji liczby zgonów do liczby przypadków COVID-19 między 3 i 4 falą pandemii w UK przypisuje się wysokiemu odsetkowi w pełni zaszczepionych osób w populacji ogólnej powyżej 12 lat, wynoszącym 5 grudnia 2021r. 81% przy jednoczesnym zaszczepieniu dawką dodatkową (booster) 36%. Wartości te na koniec 2021r. wyniosły w UK odpowiednio 82,5% i 59,3% podczas, gdy w szczycie 3 fali (19.01.2021r.) odsetek w pełni zaszczepionych osób dorosłych w UK wynosił zaledwie 0,8%, a pierwszą dawkę szczepionki przyjęło 8% dorosłego społeczeństwa w UK¹⁹.

Wariant omikron w Polsce

W początku 2022r. (do 10.01.2022r. g.10:30) odnotowano 177 przypadków wariantu Omicron zgłoszonych do bazy GISAID EpiCoV z Polski, przy czym udział tego wariantu wyniósł 9,97% wszystkich zgłoszeń z 7 dni (03.-07.01.2022r. g. 10:30) przy dominacji zgłoszeń wariantu Delta (89,88%). Poniżej w tabeli przedstawiono liczbę przypadków COVID-19, dla których określono wariant SARS-CoV-2 w poszczególnych województwach w Polsce. Tabela przedstawia dane o przypadkach zgłoszonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną do Systemu Rejestracji Wywiadów Epidemiologicznych (SRWE) do dnia 09.01.2022r. do godziny 21:16 i obejmuje łącznie 145 przypadków wariantu Omicron.

¹⁷ GOV.UK. Coronavirus (COVID-19) in the UK Deaths within 28 days of positive test by date of death
<https://coronavirus.data.gov.uk/details/deaths?areaType=overview&areaName=United%20Kingdom>

¹⁸ GOV.UK. Coronavirus (COVID-19) in the UK Cases by date reported
<https://coronavirus.data.gov.uk/details/cases?areaType=overview&areaName=United%20Kingdom>

¹⁹ GOV.UK. Coronavirus (COVID-19) in the UK Vaccination uptake, by report date
<https://coronavirus.data.gov.uk/details/vaccinations?areaType=overview&areaName=United%20Kingdom>

WOJEWODZTWO	ALFA	BETA	GAMMA	DELTA	LAMBDA	OMICRON	INNE	RAZEM
MAZOWIECKIE	1131	4	2	3350	0	53	121	4661
POMORSKIE	1545	18	3	2198	1	22	107	3894
ŚLĄSKIE	811	0	0	1331	0	16	59	2218
MAŁOPOLSKIE	992	1	5	1500	0	13	19	2531
ŁÓDZKIE	737	0	1	1117	0	7	43	1905
PODLASKIE	390	1	0	2107	0	6	129	2633
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	1090	7	0	1937	0	5	52	3107
KUJAWSKO-POMORSKIE	521	1	0	1102	0	4	39	1667
DOLNOŚLĄSKIE	796	2	0	946	0	3	62	1809
LUBELSKIE	554	0	1	526	0	3	55	1139
PODKARPACKIE	513	1	2	916	0	3	68	1503
ZACHODNIOPOMORSKIE	514	2	0	973	0	3	57	1549
LUBUSKIE	319	0	0	713	0	2	10	1044
OPOLSKIE	418	2	1	565	0	2	59	1047
ŚWIĘTOKRZYSKIE	301	0	0	496	0	2	73	872
WIELKOPOLSKIE	737	0	1	739	0	1	61	1539
Suma	11369	39	16	20516	1	145	1014	33118

Podobnie do sytuacji w innych krajach UE, w kolejnych 10 dniach stycznia 2022r. obserwowano narastający (3 krotny) wzrost udziału wariantu Omicron w ogóle zakażeń SARS-CoV-2 w Polsce tak, że w dniu 20.01.2022r. łączna liczba jego zgłoszeń do bazy GISAID EpiCoV wynosiła 1357²⁰, co odpowiadało już 27,4% udziału w zgłoszeniach z ostatnich 7 dni. Zgodnie z niżej przedstawionymi danymi z SRWE z 20.01.2022r. (g. 13:14) najczęściej przypadków zakażeń wariantem Omicron potwierdzono w woj. mazowieckim i małopolskim. Natomiast najniższą liczbę przypadków potwierdzono w woj. świętokrzyskim i kujawsko-pomorskim.

WOJEWODZTWO	ALFA	BETA	GAMMA	DELTA	LAMBDA	OMICRON	INNE	RAZEM
MAZOWIECKIE	1133	4	2	3847	0	221	121	5328
MAŁOPOLSKIE	1011	1	5	1766	0	104	24	2912
POMORSKIE	1546	18	3	2489	1	95	107	4259
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	1091	7	0	2316	0	80	52	3562
ŁÓDZKIE	738	0	1	1420	0	77	43	2279
WIELKOPOLSKIE	737	0	1	1444	0	74	58	2314
ŚLĄSKIE	1180	0	3	1502	0	62	82	2830
PODLASKIE	394	1	0	2223	0	53	135	2806
ZACHODNIOPOMORSKIE	514	2	0	1111	0	34	57	1718
DOLNOŚLĄSKIE	796	2	0	1070	0	26	62	1956
PODKARPACKIE	513	1	2	1162	0	22	11	1711
LUBELSKIE	554	0	1	600	0	20	48	1223
LUBUSKIE	319	0	0	800	0	15	10	1144
OPOLSKIE	419	2	1	737	0	11	59	1229
KUJAWSKO-POMORSKIE	521	1	0	1372	0	6	39	1939
ŚWIĘTOKRZYSKIE	302	0	0	640	0	6	45	993
Suma	11768	39	19	24499	1	906	953	38203

W dniu 7 stycznia 2022r. odnotowano 11,9 tys. nowych zakażeń SARS-CoV-2 i 117 zgonów z powodu COVID-19, przy całkowitej liczbie przypadków wynoszącej 4,2 mln i całkowitej liczbie 99,4 tys. zgonów z powodu COVID-19²¹. Natomiast w dniu 20.01.2022r. odnotowano już 32,8 tys. nowych zakażeń SARS-CoV-2 i 315 zgonów, co może wskazywać na początek 5 fali zachorowań na COVID-19 w Polsce. Łączna liczba zachorowań przekroczyła 4,4 mln., zaś liczba zgonów z powodu COVID-19 wyniosła 103 tys²². Ze

²⁰ Dane GISAID EpiCoV g. 15:00 w dniu 20.01.2022r.

²¹ gov.pl Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2) odczyt z dnia 07.01.2022r.
<https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

²² gov.pl Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2) odczyt z dnia 20.01.2022r.
<https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

względu na szybki wzrost udziału wariantu Omicron w zakażeniach SARS-CoV-2 w Polsce tj. z 9,97% do 27, 4% w okresie od 10-20 stycznia.2022r. w nadchodzących tygodniach oczekiwać należy dalszego wzrostu liczby przypadków zakażeń spowodowanych wariantem Omicron i wzrostu jego udziału w łącznej liczbie zgłoszeń. Zgodnie z prognozą ECDC szczytu zakażeń wariantem Omicron należy spodziewać się w drugiej połowie stycznia lub w początku lutego 2022r.

Prognozy epidemiologiczne

W ramach prac Zespołu ds. monitorowania i prognozowania epidemii COVID-19 w Polsce przy Ministrze Zdrowia aktualizowane są modele epidemiologiczne opracowane na początku pandemii, pozwalające na weryfikowanie różnych scenariuszy rozwoju sytuacji. Dane epidemiologiczne uzupełniane są analizą czynników społecznych i kulturowych, które mogą istotnie wpływać na przebieg pandemii, w obszarach takich jak postawy wobec zaleceń przeciwepidemicznych czy szczepień ochronnych. Wyniki prac publikowane są w ramach systemu European Covid-19 Forecast Hub (<https://covid19forecasthub.eu/>), zbudowanego na potrzeby ECDC i nadzorów krajowych.

Modele prowadzone przez grupę MOCOS oraz zespół ICM UW umożliwiają stałą aktualizację prognoz w miarę pojawiania się nowych danych oraz wyników badań naukowych, co w przypadku ryzyka związanego z wariantem Omikron i krótkim okresem występowania w populacji jest kluczowe w procesie prognozowania.

Według danych dotyczących zakaźności, ryzyka reinfekcji oraz zakażenia po zaszczepieniu, jak również ciężkiego przebiegu lub zgonu w przebiegu zakażenia tym wariantem, dostępnych do dnia 5 stycznia 2022 roku, modele wskazują na wysokie zagrożenie dużą skalą liczby zakażeń i hospitalizacji w Polsce. W modelu grupy MOCOS prognozowana liczba osób ze zidentyfikowanym zakażeniem może wynieść nawet 120 tys.. Szczyt fali może pojawić się nawet już w drugiej połowie stycznia i potrwa do połowy lutego 2022 r.

Dodatkowo, zgodnie z przyjętym scenariuszem, w szczycie zachorowań na początku stycznia 2022 roku hospitalizacji może wymagać od 25 do 35 tys. osób dziennie, a średnia 7-dniowa liczby zgonów dobowo może wynosić 700. Scenariusze przyjęte w modelu zespołu ICM UW zakładają późniejszy start procesu upowszechniania się wariantu Omikron w Polsce, zatem prognozowany szczyt liczby zakażeń może nastąpić w połowie lutego lub na początku marca. Maksymalny poziom liczby zakażeń to od 90 do 140 tysięcy, liczony jako średnia z 7-dni. Kolejnym analizowanym w ramach prac Zespołu, bardzo zaawansowanym modelem prognostycznym jest model instytutu naukowego IHME z USA (<https://covid19.healthdata.org/>). Prognoza tam zawarta również wskazuje na możliwy bardzo szybki wzrost liczby przypadków w II połowie stycznia, do szczytu na początku lutego.

Podsumowując, charakterystyka epidemiologiczna fali związanej z wariantem Omikron obejmuje wysokie ryzyko zakaźności wyższej niż w wariacie Delta, co przełoży się na znacząco wyższą liczbę zakażonych niż w poprzednich falach. Równocześnie obserwowany w Wielkiej Brytanii, Dani czy Stanów Zjednoczonych łagodniejszy przebieg zakażenia, mniejsze ryzyko hospitalizacji oraz krótsza długość pobytu w szpitalu, wskazują na konieczność wzmocnienia opieki poszpitalnej.

Należy też mieć na uwadze, że w USA, gdzie odsetek osób zaszczepionych pełnym cyklem podstawowym lub dodatkowo trzecią dawką przypominającą jest zbliżony do Polski (ok. 60% i ok.

25%), obserwuje się obecnie szybszy wzrost hospitalizacji niż w Wielkiej Brytanii, gdzie wartości te są znacznie wyższe (zaszczepionych 70% i 55%).

Stosownie do rozwoju sytuacji epidemicznej, w związku z informacjami o specyfice przebiegu zakażenia odmianą Omikron (szybszy rozwój choroby), rozważana będzie również zmiana wytycznych, dotyczących kwarantanny i izolacji, w tym w szczególności czasu jej trwania i możliwości zakończenia.

II. Działania Ministerstwa Zdrowia

II.1. Potencjał laboratoriów (badanie genomu, mutacji, wydolność laboratoriów, itp.).

II.1.1. Diagnostyka laboratoryjna SARS-CoV-2

Aktualnie działa 322 laboratoriów COVID.

Aktualna lista laboratoriów zamieszczona jest na stronie:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>.

Szacowane możliwości diagnostyczne laboratoriów COVID wynoszą **ponad 192 tyś.** testów na dobę. Zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia przekazany do NFZ pismem z dnia 1 grudnia 2021, wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 od dnia 1 stycznia 2022 r. obejmuje również medyczne laboratoria diagnostyczne lub podmioty je prowadzące.

Przedmiotowy wykaz stanowi kontynuację listy laboratoriów COVID prowadzonej przez Zespół ds. koordynacji sieci laboratoriów COVID. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,8112.html>

II.1.2. Zwiększenie dostępności testów na COVID-19 – możliwość testowanie w aptekach

Procedowane jest włączenie aptek do testowania w kierunku covid (testy antygenowe) oraz przyjęcie testów antygenowych jako podstawy do diagnostyki w perspektywie potencjalnego znacznego wzrostu liczby zakażeń w ciągu doby.

Nie później niż od lutego 2022 r., planuje się poszerzenie spektrum podmiotów, w ramach których możliwe będzie testowanie w kierunku SARS-CoV-2, o apteki ogólnodostępne. Poprzez dywersyfikację możliwych miejsc testowania, proces wykrywania zakażeń powinien zostać znacząco usprawniony. Wydaje się, że przez pryzmat umożliwienia wykonywania badań diagnostycznych w tych konkretnych podmiotach – tj. miejscach znanych pacjentom, zlokalizowanych w ich bezpośredniej okolicy, i przez personel apteczny w osobach farmaceutów, z którymi pacjenci mają stosunkowo częstą styczność i są to osoby przez nie znane i darzone przez pacjentów zaufaniem, proponowana inicjatywa posiada duży potencjał eliminowania oporu przed ew. testowaniem się, czy szerzej – w ogóle unikania zgłaszania

ew. podejrzenie zachorowania osobom, które potencjalnie mogłyby dokonać kwalifikacji osoby chorej do badania w kierunku COVID-19.

Proponowana inicjatywa zmierza również w kierunku lepszego zagospodarowania potencjału farmaceutów, jako doskonałych specjalistów w dziedzinie farmakoterapii, zwłaszcza, że już obecnie posiadają możliwość szczepienia przeciwko COVID-19, ale i grypie. W związku z powyższym, wydaje się że proponowana inicjatywa stanowi naturalne przedłużenie działań ukierunkowanych na wykorzystanie potencjału tej grupy zawodowej w działaniach około-epidemicznych.

Uprawnienie do wykonywania takich badań diagnostycznych otrzymają wyłącznie farmaceuci zatrudnieni w aptekach ogólnodostępnych. Analogicznego uprawnienia nie otrzymają przedstawiciele innych zawodów wykonujących czynności fachowe w aptekach ogólnodostępnych, ani również farmaceuci wykonujących czynności zawodowe w punktach aptecznych.

Przewiduje się przy tym, że możliwe do przeprowadzania w aptekach ogólnodostępnych będą testy antygenowe. Przeprowadzanie tych testów będzie wymagało warunków analogicznych, jak te przewidziane dla ww. szczepień ochronnych wykonywanych w aptekach w dwu rozporządzeniach wydanych na podstawie przepisów art. 97 ust. 5 oraz art. 98 ust. 5 ustawy – Prawo farmaceutyczne. Formalną podstawę do przeprowadzania ww. badań diagnostycznych będzie z kolei stanowiło rozporządzenie w sprawie wykazu badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę w aptece ogólnodostępnej, wydawane na podstawie art. 4 ust. 7 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

II.1.3. Mobilne punkty wymazowe (drive thru)

Obecnie (stan na 13 stycznia 2022 r.) na terenie kraju działają 653 punkty wymazowe, nowe są uruchamiane wg zapotrzebowania. Od dnia 3 grudnia 2021 r. uruchomiono 50 nowych punktów. Dodatkowo, działa 146 zespołów wymazowych wyjazdowych, wykonujących wymaz w miejscu zamieszkania pacjenta.

II.1.4. Nadzór genomowy nad COVID-19

Skuteczne śledzenie rozprzestrzeniania się wariantów SARS-CoV-2 w tym wariantów alertowych (VOC)²³ Delta i Omicron wymaga sprawnego nadzoru epidemiologiczno-genomowego. W Polsce nadzór taki powstał w 2021r. w okresie narastania 3 fali pandemii wywołanej wariantem alertowym Alfa (B.1.1.7). W pierwszym okresie, do kwietnia 2021r., większość analiz WGS na potrzeby nadzoru genomowego nad COVID-19 w Polsce wykonał NIZP PZH-PIB korzystając z wsparcia laboratoryjnego ECDC dla dokonania 1392 zgłoszeń. W kwietniu w ramach realizacji umowy z Ministrem Zdrowia Instytut zorganizował sieć 4 laboratoriów WGS, która wg. stanu na 02.05.2021r. dokonała 1132 zgłoszeń sekwencji SARS-CoV-2 do bazy GISAID EpiCoV. Dodatkowo w ramach współpracy z ECDC do 02.05.2021r. Instytut dokonał łącznie 3468 zgłoszeń, co łącznie stanowiło 4600 zgłoszeń, odpowiadających 59% wszystkich zgłoszeń sekwencji SARS-CoV-2 z Polski do GISAID. Do początku letniego zająca epidemicznego w czerwcu 2021r. Instytut w ramach koordynowanej sieci laboratoriów

²³ ECDC SARS-CoV-2 variants of concern as of 5 January 2022 <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>

zgłosił 10651 sekwencji do GISAID w tym 6075 uzyskanych we współpracy z laboratorium WGS wskazanym przez ECDC. Łącznie na dzień 20.06.2021r. odpowiadało to 66% ogółu zgłoszeń z Polski do GISAID.

W okresie zacisza epidemicznego, Państwowa Inspekcja Sanitarna uruchomiła 6 laboratoriów WGS zlokalizowanych w WSSE w: Gorzowie Wielkopolskim, Katowicach, Łodzi, Olsztynie, Rzeszowie i Warszawie. Laboratoria te działały niezależnie od sieci NIZP PZH-PIB, jako pierwszoplanowy wykonawca WGS na potrzeby nadzoru genomowego nad COVID-19. W połowie października 2021r. laboratorium koordynowane przez NIZP PZH - PIB zlokalizowane w Białymstoku zaczęło wspierać WSSE Białystok w wykonywaniu analiz WGS. Następnie laboratorium z sieci Instytutu w Gdańsku wsparło WSSE Gdańsk. Wraz ze wzrostem liczby zachorowań na COVID-19 w 4 fali pandemii Instytut w coraz większym stopniu wspierał WSSE w wykonawstwie analiz WGS tak, iż w okresie jesienno-zimowym do 31.12.2021r. wykonał dodatkowo 6424 analizy WGS. Zgodnie z danymi GISAID EpiCoV do 31.12.2021r. z Polski zgłoszono 39744 sekwencje SARS-CoV-2 z czego 17651 przez sieć laboratoriów koordynowaną przez NIZP PZH-PIB co odpowiada 44,6% wszystkich zgłoszeń.

Zgodnie z wytycznymi ECDC²⁴, nadzór genomowy nad COVID-19 obejmować ma próbki z doboru reprezentatywnego celem monitorowania sytuacji epidemicznej poszczególnych wariantów SARS-CoV-2 oraz próbki z doboru celowanego (targeted sampling) do śledzenia określonych zagrożeń np. zachorowań u ozdowieńców (reinfekcje) lub osób zaszczepionych (zakażenia przełamujące); ciężki lub szybki przebieg zakażenia; możliwość zawleczenia nowych wariantów przez osoby podróżujące itp. Szczegółowy zakres metod identyfikacji wariantów SARS-CoV-2 uwzględniający specyfikę wariantu Omicron określają zaktualizowane wytyczne ECDC²⁵. W zakresie wielkości próby reprezentatywnej, wytyczne ECDC rekomendują zapewnienie takiej czułości nadzoru genomowego by wykrywanie nowych wariantów (w tym Omicron) było możliwe, gdy będą stanowić 2,5% (lub co jest bardziej polecane 1%) udziału wszystkich wariantów SARS-CoV-2 krążących w populacji danego Państwa członkowskiego UE w danym czasie (tygodniu sprawozdawczym).

Zgodnie z opracowanym przez ECDC algorytmem doboru wielkości próby reprezentatywnej, wielkość tej próby zależy od liczby nowych przypadków COVID-19 wykrytych w okresie tygodnia sprawozdawczego. Z tego względu państwo, w którym stwierdza się ponad 100 tys. przypadków tygodniowo dla wykrycia nowego wariantu, gdy jego udział wynosi 2,5% (zalecane) lub 1% (optymalne) powinno wykonać analizę WGS odpowiednio 600 lub 1522 próbek. Gdy tygodniowa liczba przypadków COVID-19 mieści się w zakresie 50-100 tys. wymagane jest zbadanie odpowiednio 597 lub 1500 próbek tygodniowo. Liczby próbek wymaganych przez algorytm ECDC spadają nieznacznie wraz ze spadkiem liczby nowych przypadków, co ilustruje fakt, że przy liczbie nowych zakażeń w zakresie 5-10 tys. algorytm wymaga analizy odpowiednio 567 lub 1321 próbek tygodniowo.

²⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for representative and targeted genomic SARS-CoV-2 monitoring – 3 May 2021. ECDC: Stockholm; 2021.
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guidance-for-representative-and-targeted-genomic-SARS-CoV-2-monitoring-updated-with%20erratum-20-May-2021.pdf>

²⁵ European Centre for Disease Prevention and Control/World Health Organization Regional Office for Europe. Methods for the detection and characterisation of SARS-CoV-2 variants – first update. 20 December 2021.
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Methods-for-the-detection-and-characterisation-of-SARS-CoV-2-variants-first-update.pdf>

Większe liczbowo próby reprezentatywne konieczne są dla zapewnienia możliwości wykrycia zmian proporcji poszczególnych wariantów SARS-CoV-2 i dla wymaganego przedziału 1-3%, przy liczbie przypadków >100 tys. zalecane jest zbadanie 615 lub optymalnie dla przedziału 1-2% 1859 próbek tygodniowo.

W Polsce w trakcie 4 fali pandemii tygodniowa liczba przypadków COVID-19 mieściła się w zakresie od 25 tys. do ponad 100 tys. co wiązało się z koniecznością sekwencjonowania nie mniej niż (odpowiednio dla dolnego i górnego zakresu zachorowań) 608 i 615 próbek tygodniowo dla spełnienia dolnych granic rekomendacji ECDC.²⁶

Pojawienie się wariantu Omicron oraz jego wysoka transmisyjność powodująca gwałtowny wzrost liczby nowych zakażeń wymaga zapewnienia ww. założeń odnośnie liczby reprezentatywnych próbek badanych na potrzeby nadzoru genomowego dla wariantów algorytmu >100 tys. tygodniowo. Faktyczna liczba analiz WGS wykonywanych tygodniowo może być większa niż wartość optymalna 1859 analiz tygodniowo dla próbek reprezentatywnych, zlecana algorytmem, w wyniku konieczności wykonania analiz celowanych (targeted sampling) np. w ogniskach zakażeń wariantem Omicron, sprawdzania osób podróżujących z krajów gdzie Omicron jest wariantem dominującym, i kontaktów tych osób, celem jak najskuteczniejszego ograniczania transmisji tego wariantu w populacji.

Ze względu na powyższe, Główny Inspektor Sanitarny na polecenie Ministra Zdrowia w dniu 3 stycznia 2022r. zalecił Państwowej Inspekcji Sanitarnej istotne zwiększenie liczby analiz WGS próbek z doboru reprezentatywnego oraz w razie potrzeby również z doboru celowanego²⁷. W ramach współdziałania z WSSE w prowadzeniu nadzoru genomowego, NIZP PZH-PIB poinformował, że dysponuje szczytową wydajnością 2800 analiz WGS tygodniowo, która w szczególnym przypadku może być zwiększona do 4800 analiz w ciągu 14 dni od uzyskania takiego zlecenia²⁸.

Piśmiennictwo

1. Lisa A. Grohskopf, MD; Elif Alyanak, MPH; Jill M. Ferdinands, PhD; Karen R. Broder, MD; Lenee H. Blanton, MPH; H. Keipp Talbot, MD; Alicia M. Fry, MD,
2. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, United States, MMWR, 2021-22 Influenza Season Recommendations and Reports/August 27, 2021/70 (5);1-28
3. WHO, [Global Influenza Programme \(who.int\)](https://www.who.int/)

WHO, Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2021- 2022 northern hemisphere influenza season; link: [202102_recommendation.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/202102-recommendation-pdf)

²⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for representative and targeted genomic SARS-CoV-2 monitoring – 3 May 2021. ECDC: Stockholm; 2021. Table 1. and Table 2.

²⁷ Pismo Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 3. stycznia 2022r. (znak EP.NE.740.1.2022) do WSSE i do wiadomości NIZP PZH-PIB

²⁸ Pismo Dyrektora NIZP PZH-PIB z dnia 4 stycznia 2022r. (znak B.521.1.2022) do Głównego Inspektora Sanitarnego

II.2. Ratownictwo medyczne

Dodatkowe zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) - na podstawie art. 49 a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (ustawa o PRM) w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wojewoda może zawrzeć dodatkową umowę na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego związanych z zabezpieczeniem wybranych miejsc lub dokonania czynności wykraczających poza zadania określone w planie, z dysponentem zespołów ratownictwa medycznego. Finansowanie dodatkowych zespołów odbywa się ze środków Funduszu przeciwdziałania COVID-19.

Aktualnie funkcjonuje 68 ZRM utworzonych na podstawie art. 49 a ustawy o PRM. Zespoły uruchamiane są w zależności od potrzeb. Zidentyfikowany potencjał pozwala na uruchomienie dodatkowych około 95 ZRM.

Integracja SWD PRM z EWP - System EWP 3.0 jest systemem dedykowanym do wsparcia działań podejmowanych w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania wirusa SARS-CoV-2 powodującego chorobę COVID-19. Integracja pomiędzy Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) a EWP została uruchomiona w dniu 23 listopada 2020 roku. W ramach przygotowanego rozwiązania z SWD PRM do EWP eksportowane są niezbędne dane związane z wykonanym w zespole ratownictwa medycznego testem antygenowym, które są wprowadzane przez kierownika ZRM w Module ZRM SWD PRM. Eksport danych do EWP odbywa się cyklicznie co 30 minut. Raport predefiniowany umożliwia wygenerowanie niezbędnych danych koniecznych do sprawozdania wykonanych testów antygenowych zgodnie z wymaganiami NFZ. Kierownicy ZRM w systemie mają też przy pomocy ww. rozwiązania dostęp do informacji o tym, czy ich pacjent posiada już wynik badania wykonanego w kierunku COVID-19 wyprowadzony do EWP 3.0 oraz czy powinien znajdować się na kwarantannie.

ELC - Bieżące informowanie w zakresie dostępności i rezerwacji łóżek do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych w podmiocie leczniczym (szpitalu), odbywa się w aplikacji uw.mz.gov.pl - moduł Ewidencja łóżek COVID (ELC). W przypadku przyjęcia do szpitala pacjenta z COVID, zgłaszającego się samodzielnie na IP lub SOR, szpital (IP lub SOR) rezerwuje łóżko w swoim szpitalu dla tego pacjenta i akceptuje tę rezerwację. Uprawnienia do rezerwacji łóżek mają Główni Dyspozytorzy Medyczni (GDM) oraz Wojewódzcy Koordynatorzy Ratownictwa Medycznego (WKRM). Rezerwacja od chwili jej wprowadzenia przez GDM lub WKRM jest aktywna przez 4 h. Szpital akceptuje rezerwację złożoną przez GDM lub WKRM. W przypadku zmiany przez szpital statusu przyjętej rezerwacji, szpital jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tej zmianie GDM lub WKRM.

Złagodzenie wymagań co do liczby i składu personelu ZRM, DM i WKRM - w okresie ogłoszenia stanu epidemii złagodzone wymagania dla kierowników ZRM – tj. kierownikiem specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego jest osoba wskazana przez dysponenta jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, natomiast w odniesieniu do kierownika

podstawowego ZRM z dniem 30 grudnia 2020 r. odstąpiono od wymogu posiadania 5-letniego stażu pracy dla ratowników medycznych i pielęgniarek będących kierownikami zespołów podstawowych. Specjalistyczny zespół może funkcjonować bez lekarza w składzie, pod warunkiem zapewnienia składu minimum 3 – osobowego. Analogiczne rozwiązanie zastosowano w odniesieniu do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Od 1 stycznia 2022 r. złagodzone również wymagania dotyczące doświadczenia zawodowego dla pracowników dyspozytorni medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Jednocześnie złagodzone wymagania dotyczących powrotu do pracy ratowników medycznych po przerwie w wykonywaniu zawodu. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ratownik medyczny jest zwolniony z odbycia przeszkolenia, pod warunkiem że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem lekarza albo innego ratownika medycznego. Działanie te mają na celu wypełnienie luki po osobach skierowanych do pracy przy zwalczaniu epidemii i nieobecnych w pracy z powodu choroby, izolacji i innych.

Rozszerzenie uprawnień ratowników medycznych w zw. z walką z epidemią – ratownicy medyczni uzyskali prawo do pobierania materiału z górnych dróg oddechowych i wykonywania testów antygenowych, a także do kwalifikowania i wykonywania szczepień przeciwko COVID – 19 (z wyjątkiem dzieci i osób z grup ryzyka).

Ratownicy i kwalifikowana pierwsza pomoc – wydłużono okres obowiązywania zaświadczeń o uzyskaniu tytułu ratownika. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lub stanu klęski żywiołowej oraz w okresie 60 dni od dnia odwołania tych stanów zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika zachowują ważność. Ponadto poszerzono uprawnienia ratowników po kursie kpp w zakresie pobierania materiału z górnych dróg oddechowych i wspierania personelu medycznego podmiotów leczniczych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Zalecenie wykonywania testów każdej osobie zabieranej przez ZRM - zalecono wykonywanie testów antygenowych każdej osobie zabieranej przez ZRM do szpitala.

Informowanie o miejscu hospitalizacji pacjenta - opracowane zostały rozwiązania dla zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych oraz szpitali w zakresie informowania osób bliskich o miejscu hospitalizacji pacjenta nieprzytomnego i/lub zakażonego SARS-CoV-2 przetransportowanego do szpitala z miejsca zdarzenia przez zespół ratownictwa medycznego.

Schematy postępowania dla dyspozytorów medycznych oraz zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z prawdopodobnym lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 - *Schematy postępowania dla dyspozytorów medycznych oraz zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z prawdopodobnym lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 zalecają, aby każdy pacjent z objawami COVID-19 i z saturacją wynoszącą 94 % lub mniej był przewożony do szpitala. Jeśli natomiast pacjent odmawia hospitalizacji, a kierownik ZRM widzi wskazania do leczenia w warunkach stacjonarnych, to powinien uprzedzić chorego o ryzyku związanym z pozostaniem w domu.*

Powyższe schematy nie są jednak aktem prawnym i mają charakter zaleceń. Ostateczna decyzja co do sposobu postępowania należy do kierownika ZRM i samego pacjenta. Dla przykładu ww. wskaźnik saturacji może być niższy u chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową, nawet bez infekcji. Dlatego za każdym razem konieczne jest indywidualne podejście ZRM do konkretnego pacjenta.

II.3. Zwiększanie liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19 oraz dostępnych respiratorów

Stale przeprowadzana jest ewaluacja dostępnych łóżek dedykowanych dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia oraz zakażonych SARS-CoV-2. Liczba dostępnych łóżek ulega ciągłym zmianom – jest zwiększana lub zmniejszana w zależności od sytuacji epidemiologicznej w kraju. Dane przekazywane są przez Oddziały Wojewódzkie NFZ we współpracy z Urzędami Wojewódzkimi. Aktualne dane w zakresie liczby dostępnych łóżek oraz respiratorów oraz ich obłożenie publikowane są codziennie na portalach społecznościowych Ministerstwa Zdrowia.

Jeżeli zwiększona skala zakażeń pojawi się w drugiej połowie stycznia, przygotowane zostały plany zwiększania infrastruktury łóżek.

Zidentyfikowany potencjał pozwala na przyjęcie następującego scenariusza:

- I ETAP - zwiększenie bazy łóżek covidowych do 40 tys.,
- II ETAP - zwiększenie bazy łóżek covidowych do 60 tys.
- brany jest także pod uwagę scenariusz przewidujący utworzenie w każdym województwie jednego szpitala jednoimiennego (na bazie szpitala powiatowego) oraz wyznaczenie miejsc dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 z lekkim przebiegiem choroby ale wymagających tlenoterapii w infrastrukturze sanatoriów.

W przypadku wyczerpania powyższych rozwiązań, hospitalizacja pacjentów z podejrzeniem zakażenia i zakażonych wirusem SARS-CoV-2 odbywać się będzie w każdym szpitalu niezależnie od poziomu i profilu.

Ze względu na mniejszą wyszczepialność wśród dzieci, zwiększone jest ryzyko wzrostu zakażenia w grupach młodszych.²⁹ Aktualnie dostęp do leczenia w grupach młodszych nie jest zagrożony. **Jeżeli natomiast skala hospitalizacji będzie się zwiększać, podejmowane będą odpowiednie działania mające na celu zwiększanie bazy łóżkowej.**

Dostęp do świadczeń dla pacjentów ze schorzeniami innymi niż COVID-19, pomimo zmniejszenia liczby łóżek w poszczególnych oddziałach szpitalnych, jest aktualnie zabezpieczony.

²⁹ Jak podaje CDC, choć dzieci przechodzą zazwyczaj zakażenie COVID łagodniej niż dorośli, obecnie odnotowano w USA najwyższy jak dotąd wskaźnik hospitalizacji z powodu COVID wśród dzieci – przy czym najbardziej wzrósł wskaźnik hospitalizacji dzieci, które nie mogą skorzystać ze szczepień, czyli tych poniżej 4 roku życia. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covidview/index.html>

Zmniejszenie liczby łóżek w poszczególnych oddziałach szpitalnych jest wynikiem ich przekształcenia na potrzeby leczenia pacjentów z COVID-19, co w oczywisty sposób przekłada się na zmniejszenie dostępności do pozostałych świadczeń.

Do chwili obecnej, nie wydano rekomendacji o czasowym wstrzymaniu realizacji świadczeń planowych, co nie powinno wpływać na wydłużenie czasów oczekiwania na realizację świadczeń w warunkach szpitalnych. **Nie jest jednakże wykluczone, że przy znacznych wzroście zakażeń i zwiększonej hospitalizacji takie rekomendacje zostaną wydane.**

II.4. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Obecnie, system szpitalnego systemu zabezpieczenia COVID-19 funkcjonuje poprzez zapewnienie łóżek w szpitalach na:

- poziomie I - łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 (łóżka buforowe) w każdym szpitalu;
- poziomie II - łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

Finansowanie ww. podmiotów odbywa się nadal w sposób mieszany: opłata ryczałtowa za gotowość + koszt hospitalizacji.

Ponadto, stworzone zostały tzn. szpitale tymczasowe w których udzielane są świadczenia zdrowotne pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Świadczenia te realizowane są przez szpitale zlokalizowane w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania tych świadczeń.

Tym samym medycznie i organizacyjnie podział podmiotów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów COVID-19 obejmuje:

- Szpital na poziomie I,
- Szpital na poziomie II,
- Szpital tymczasowy.

Dla pacjentów zakażonych wirusem, wymagających dodatkowo leczenia specjalistycznego w załączniku nr 1c do zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) utworzono natomiast dedykowany produkt rozliczeniowy: 5.53.01.0001535 Koszt pobytu związanego z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 możliwy do rozliczania kosztu pobytu pacjentów leczonych uprzednio na III poziomie zabezpieczenia COVID-19. Produkt możliwy jest do jednorazowego sumowania w trakcie pobytu przy konieczności wskazania rozpoznania zasadniczego będącego powodem leczenia specjalistycznego u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz sprawozdania rozpoznania współistniejącego U07.1.

Dzięki temu, możliwe jest sfinansowanie dodatkowego kosztu, mogącego powstać przy udzielaniu świadczenia na rzecz pacjenta zakażonego wirusem SARS-CoV-2, a wartość produktu rozliczeniowego uwzględnia koszt testów diagnostycznych, izolacji oraz leczenia pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Finansowanie produktu odbywa się w ramach środków pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia.

Obecny katalog NFZ obejmuje większość sytuacji związanych z profilaktyką, diagnostyką, monitorowaniem, leczeniem oraz innymi sytuacjami, związanymi z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-Cov-2. Dotychczasowe wydatki wyniosły 28,8 mld zł, wzrost w okresie od 3 do 31 grudnia 2021 to 1,8 mld zł. Budżet NFZ, przeznaczony na finansowanie świadczeń ze środków covid jest uzupełniany co miesiąc, zgodnie z zapotrzebowaniem składanym przez Centralę NFZ.

Lp.	Wyszczególnienie	wg stanu na 31.12.2021	wg stanu na 03.12.2021	RÓŻNICA
1.	świadczenia, w tym:	13 424 438 142,16 zł	12 629 873 231,77 zł	794 564 910,39 zł
	<i>szczepienia przeciwko COVID-19</i>	<i>2 522 443 810,35 zł</i>	<i>2 357 604 724,53 zł</i>	<i>164 839 085,82 zł</i>
2.	testy RT PCR	3 488 097 649,24 zł	3 134 736 284,24 zł	353 361 365,00 zł
3.	dotatkowe świadczenie pieniężne dla personelu medycznego	8 667 930 073,23 zł	8 312 858 693,88 zł	355 071 379,35 zł
4.	jednorazowe dodatkowe świadczenie pieniężne dla personelu niemedycznego	243 320 497,15 zł	224 723 947,67 zł	18 596 549,48 zł
5.	ryczałt 3% (zawiera 3% i 6% za DILO)	3 016 333 978,81 zł	2 717 928 871,25 zł	298 405 107,56 zł
6.	premia dla POZ	42 983 316,11 zł	41 072 574,29 zł	1 910 741,82 zł
	RAZEM	28 883 103 656,70 zł	27 061 193 603,12 zł	1 821 910 053,58 zł

Odpowiednie środki są zabezpieczone w budżecie Państwa na 2022. W razie konieczności rozwijania nowych form przeciwdziałania, diagnostyki czy leczenia zarządzenie Prezesa NFZ jest zmieniane na bieżąco.

II.5. Tworzenie/utrzymywanie zasobów i rezerw (sprzęt medyczny, ŚOI)

Mając na uwadze zwiększone zapotrzebowanie podmiotów leczniczych z powodu rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, Rząd prowadzi działania w celu zapewnienia odpowiedniej dostępności sprzętu, infrastruktury i wyrobów medycznych oraz środków ochrony indywidualnej i środków do dezynfekcji. Potrzeby podmiotów leczniczych w zakresie sprzętu medycznego są monitorowane przez właściwych wojewodów. Szpitale wskazane przez wojewodów i udzielające świadczenia dla pacjentów z COVID-19 są doposażane w potrzebny asortyment, w szczególności w ramach wydawania zasobów Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych. Rezerwy strategiczne są udostępniane na wniosek wojewody, który weryfikuje zapotrzebowanie podmiotów i przekazuje asortyment do placówek na terenie województwa.

Na potrzeby szpitali przekazywany jest na bieżąco niezbędny sprzęt medyczny: respiratory, kardiomonitor, pompy infuzyjne, ssaki medyczne, aparaty do wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej, łóżka szpitalne, tlen i butle tlenowe lub zbiorniki na tlen, reduktory do butli, dozowniki do tlenu, termometry, defibrylatory, laryngoskopy, urządzenia do kompresji klatki piersiowej, aparaty

USG, RTG, EKG, tomografy komputerowe, analizatory POCT, aparaty do sztucznego oddychania, a także sprzęt jednorazowego użytku i inny asortyment w zależności od potrzeb podmiotów.

Jednocześnie, oprócz wskazanego wyżej asortymentu, szpitale w czasie epidemii COVID-19 pozyskują środki finansowe z innych źródeł. Fundusze przeznaczone na doposażenie i inwestycje, przekazywane na potrzeby podmiotów leczniczych, pochodzą m.in. Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, rezerw celowych dedykowanych przeciwdziałaniu COVID-19, projektów unijnych, spółek Skarbu Państwa oraz zwiększonych środków finansowych przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wnioski wojewodów dotyczące udostępniania rezerw strategicznych asortymentu niezbędnego do ratowania zdrowia i życia pacjentów chorych na COVID-19 były i są rozpatrywane niezwłocznie, a wciąż odtwarzane zasoby Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych pozwalają na nieprzerwaną realizację wydań materiałów i zabezpieczenie szpitali przed ewentualnym niedoborem sprzętu medycznego, środków ochrony indywidualnej i innych zasobów potrzebnych do udzielania świadczeń.

II.6. Szkolenia dla personelu medycznego, pozyskiwanie personelu medycznego (w tym z zagranicy)

1. LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI

Obecnie łączna liczba lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w Polsce wynosi **185 286** (dane Naczelnej Izby Lekarskiej - stan na 31.12.2021 r.) i jest o ponad **18 tys. osób** wyższa niż w 2015 r. Wszyscy Ci lekarze i lekarze dentyści stanowią potencjał kadrowy do wykorzystania przy zwalczaniu epidemii i jej skutków, po który może sięgnąć na swoim terenie wojewoda lub na terenie całego kraju Minister Zdrowia.

Rośnie również liczba lekarzy specjalistów. Obecnie łączna liczba lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód posiadających specjalizację w poszczególnych dziedzinach medycyny wynosi łącznie 171.560 i jest to liczba **o ok. 11 tys.** większa niż na koniec 2015 r.

Szkolenie specjalizacyjne odbywa dodatkowo **27.205** lekarzy i lekarzy dentyistów (dane SMK – stan na 31.12. 2021 r.), i jest to **o 3,6 tys.** więcej niż w 2015 r. (dane własne MZ- stan na 31.12.2015 r. wskazujący wówczas na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przez 23 582 lekarzy i lekarzy dentyistów). Powyższe spowodowane jest stałym wzrostem liczby miejsc szkoleniowych specjalizacyjnych, jak również przyznawanie przez Ministra Zdrowia coraz większej liczby rezydentur. W przypadku wystąpienia epidemii i konieczności zachowania szczególnej ostrożności związanej z koniecznością izolacji, nowelizowane ostatnio przepisy dają obecnie możliwość bez konieczności przerywania studiów kontynuowania zajęć na uczelniach w formule e-learningowej. Podobnie dzieje się w obszarze stażu podyplomowego i szkolenia specjalizacyjnego w odniesieniu do odbywania e-kursów lub e-szkoleń. Zarówno uczelnie, jak również okręgowe izby lekarskie oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przygotowane są do prowadzenia niezbędnych e-szkoleń. Dzięki nowelizacji przepisów w okresie epidemii istnieje także możliwość przenoszenia lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne do pomocy w innych jednostkach bez utraty ciągłości szkolenia oraz należnego wynagrodzenia. Z kolei Minister Zdrowia uzyskał narzędzie prawne umożliwiające

elastyczne dostosowywanie terminów najważniejszych egzaminów państwowych do sytuacji epidemiologicznej kraju.

1.1 Kształcenie przeddyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów.

Limit przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym **został zwiększony** w stosunku do 2015 r. o **ponad 2800 miejsc i obecnie wynosi łącznie 10 381 miejsc (limit na rok akademicki 2021/2022)**. Jednocześnie zwiększyła się **liczba uczelni** prowadzących kształcenie z **14 w 2015 r. do 22 w 2021 r.** (w tym 10 kształci też na kierunku lekarsko dentystycznym). Obecnie w każdym województwie znajduje się przynajmniej jeden ośrodek akademicki prowadzący kształcenie przyszłych lekarzy, co istotnie przekłada się na dostępność studiów i faktyczne koszty kształcenia. Ponadto w celu zwiększenia potencjału dydaktycznego uczelni medycznych, zarówno w aspekcie personalnym, jak również inwestycyjnym (laboratoria, biblioteki, domy studenckie, centra symulacji, baza kliniczna) **w Krajowym Programie Odbudowy** przewidziane zostały **środki w wysokości ponad 700 mln EUR** dla uczelni publicznych prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem kierunków lekarskiego i pielęgniarstwa. W trosce o jakość kształcenia, otworzymy możliwość prowadzenia kierunku lekarskiego np. w uczelniach, które obecnie prowadzą kształcenie na kierunku pielęgniarstwa. Pozwoli to wygenerować kolejne miejsca szkoleniowe dla osób chcących wykonywać zawód lekarza.

Ponadto, umożliwiono studentom kierunków przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, w tym też kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, udział w realizacji świadczeń zdrowotnych - zadania, do których kierowani są studenci w ramach pracy przy zwalczaniu epidemii są dostosowane do poziomu ich wiedzy i umiejętności a okres pracy studentów przy zwalczaniu epidemii jest zaliczany na poczet odbycia odpowiedniej części zajęć lub grup zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, w tym zajęć praktycznych i praktyk zawodowych. Studentom tym przysługuje wynagrodzenie zasadnicze za pracę przy zwalczaniu epidemii.

1.2. Kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów.

Szkolenie specjalizacyjne jest głównym instrumentem pozwalającym na kształtowanie kompetencji lekarzy pod kątem potrzeb zdrowotnych polskich pacjentów. Część dziedzin medycyny uznanych jest za tzw. dziedziny priorytetowe. Obecnie są to **22 dziedziny, w których identyfikujemy z jednej strony największe zapotrzebowanie na kadrę medyczną, z drugiej potrzebę mobilizacji lekarzy poprzez system zachęt do wybierania specjalizacji deficytowych (dziedziny priorytetowe):** 1) *anestezjologia i intensywna terapia*; 2) *chirurgia dziecięca*; 3) *chirurgia ogólna*; 4) *chirurgia onkologiczna*; 5) *choroby wewnętrzne*; 6) *choroby zakaźne*; 7) *geriatria*; 8) *hematologia*; 9) *kardiologia dziecięca*; 10) *medycyna paliatywna*; 11) *medycyna ratunkowa*; 12) *medycyna rodzinna*; 13) *neonatologia*; 14) *neurologia dziecięca*; 15) *onkologia i hematologia dziecięca*; 16) *onkologia kliniczna*; 17) *patomorfologia*; 18) *pediatria*; 19) *psychiatria*; 20) *psychiatria dzieci i młodzieży*; 21) *radioterapia onkologiczna*; 22) *stomatologia dziecięca*. Zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom, którzy wybierają te dziedziny medycyny jako przedmiot specjalizacji w trybie rezydenckim, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydenckich w stosunku do pozostałych dziedzin. Zgodnie z obowiązującymi przepisami wynagrodzenie lekarza odbywającego specjalizację z grupy specjalizacji **priorytetowych** wynosi **w pierwszych dwóch latach** zatrudnienia w trybie rezydentury- **5 752 zł**, a **po dwóch latach** zatrudnienia w tym trybie – **5 862 zł**.

W celu zachęcenia młodych lekarzy do pracy w polskich podmiotach leczniczych, finansowanych ze środków publicznych, po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, **wprowadzono rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej)**. Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz zobowiązany jest do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

W lipcu 2020 r. nastąpiła zmiana przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw dzięki, którym udało się wprowadzić wiele rozwiązań poprawiających proces kształcenia lekarzy, które w przyszłości zaowocują zwiększeniem liczby specjalistów i zmniejszeniem czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Najważniejsze z nich to:

- umożliwienie przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do LEK i LDEK lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok studiów, co istotnie skraca czas oczekiwania na egzamin, który jest jednym z niezbędnych warunków do spełnienia przy otrzymaniu PWZ;
- zastąpienie systemu naboru wojewódzkiego na wolne miejsca specjalizacyjne, centralnym systemem naboru we wszystkich dziedzinach medycyny z możliwością aplikowania na specjalizację na obszarze całego kraju;
- wprowadzenie możliwości wybrania przez lekarzy 15 wariantów wyboru miejsc specjalizacyjnych według kolejności priorytetowej uwzględniających dziedziny medycyny, województwa, trybu jego odbywania i wskazania miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnych, co powinno zwiększyć wykorzystanie miejsc specjalizacyjnych w całym kraju;
- wprowadzenie dodatku do wynagrodzenia dla kierownika specjalizacji – kierownik specjalizacji otrzymuje od 1 stycznia 2021 roku wynagrodzenie za pełnioną funkcję (500 zł brutto za jednego specjalizującego się i 1000 zł brutto za więcej niż jednego nadzorowanego lekarza), co powinno przyczynić się do zwiększenia liczby kierowników specjalizacji a tym samym zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych;
- wskazanie do realizacji w ramach stażu podstawowego ujętego w module podstawowym z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, 6-ciu miesięcy szkolenia specjalizacyjnego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego, co powinno zabezpieczyć też częściowo potrzeby kadrowe szpitali powiatowych;
- przejście przez MZ finansowania dyżurów medycznych realizowanych w ramach szkolenia specjalizacyjnego w godzinach dziennych;
- umożliwienie przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do PES lekarzy, tj. którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego;
- dostosowanie programów specjalizacyjnych w poszczególnych dziedzinach medycyny do znowelizowanych przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, co da możliwość większej koncentracji na wiedzy i wykonywaniu procedur związanych z odbywaną specjalizacją;
- wprowadzenie przepisów, dzięki którym Minister Zdrowia może wystąpić do podmiotu leczniczego, o przystąpienie do akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub stażu kierunkowego w dziedzinie medycyny, w której występują zidentyfikowane braki kadrowe;

- wprowadzenie przepisów umożliwiających elastyczne wykorzystanie szkolących się lekarzy w trakcie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, co wypełniło lukę w przepisach w tym zakresie;
- wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym lekarze dentyści w czasie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu mogą udzielać świadczeń zdrowotnych zarezerwowanych dotąd dla lekarzy;
- wprowadzenie przepisów umożliwiających uzyskiwanie uprawnień do wykonywania zawodu lekarzom i lekarzom denty stom, którzy uzyskali swoje dyplomy poza krajami UE poprzez zaliczenie Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego sprawdzającego wiedzę na poziomie określonym wymogami unijnymi.

Powyższe działania już doprowadziły do ustalenia proporcji pomiędzy lekarzami szkolącymi się w dziedzinach priorytetowych (% szkolących się w tych dziedzinach 60%) i niepriorytetowych (% szkolących się w tych dziedzinach 40%).

2. PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE

Wg stanu na dzień 22 listopada 2021 r. **liczba pielęgniarek** aktywnych zawodowo wynosiła **234 632**, natomiast liczba **położnych** aktywnych zawodowo wynosiła **28 936**. Biorąc pod uwagę powyższe dane, należy zauważyć, że liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 22 listopada 2021 r., **wzrosła o 15 849** osoby, tj. o około 7,24%. Również liczba aktywnych zawodowo położnych w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 22 listopada 2021 r., wzrosła o **3 369** osób, tj. o około 13,17 %. Ponadto liczba pielęgniarek i położnych, które uzyskały tytuł specjalisty w poszczególnych dziedzinach kształcenia w latach 2002-2021 wynosi 90 952.

Łączna liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w latach 2000 – 2020 wg. stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. wynosi 161 880.

Łączna liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły kursy specjalistyczne w latach 2000 – 2020 wg. stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. wynosi 480 948.

W związku z sytuacją epidemiczną w kraju i potrzebą zabezpieczenia kadr medycznych na właściwym poziomie w systemie ochrony zdrowia, zostały wprowadzone następujące rozwiązania dla zawodu pielęgniarki i położnej:

- 1) umożliwienie położnym w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii udzielania świadczeń zdrowotnych wobec wszystkich pacjentów niezależnie od płci i wieku wraz z dookreśleniem zakresu tych świadczeń;
- 2) zapewnienie pielęgniarkom i położnym możliwości kontynuacji kształcenia podyplomowego, jak również prawa do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach tego kształcenia z zachowaniem bezpieczeństwa osób biorących udział w tym kształceniu, poprzez umożliwienie prowadzenia zajęć teoretycznych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość,
- 3) umożliwienie skierowania pielęgniarki lub położnej do pracy na podstawie decyzji administracyjnej w związku ze stanem epidemii;
- 4) umożliwiono pielęgniarkom i położnym, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, powrót do czynnego wykonywania zawodu

pielęgniarki lub położnej - zmiana w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - art. 26 ust. 5;

- 5) umożliwiono pielęgniarkom i położnym odbywanie staży wynikających z realizowanego kształcenia podyplomowego w podmiocie, w którym jest zatrudniona, bez konieczności przemieszczania się pomiędzy podmiotami leczniczymi - kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych może być prowadzone w formie indywidualnej w odniesieniu do szkolenia praktycznego, także w podmiocie, w którym aktualnie pielęgniarka lub położna uczestnicząca w kształceniu jest zatrudniona - art. 78 ust. 6 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej;
- 6) umożliwiono wydłużenie czasu trwania specjalizacji - § 4 ust. 1a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 458).

3. INNE ZAWODY MEDYCZNE

Ministerstwo Zdrowia podejmuje także inicjatywy, w tym inicjatywy legislacyjne mające na celu zwiększenie liczby personelu medycznego innego niż lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki czy położne. Zmiany w zakresie dostępu do zawodu ratownika medycznego, farmaceuty, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty - w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii uproszczono powrót do zawodu ratownika medycznego, farmaceuty i diagnosty laboratoryjnego osobom mającym przerwę w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat przez zastąpienie obowiązku odbycia 6 miesięcznego przeszkolenia, wykonywaniem przez pierwsze 3 miesiące zawodu pod nadzorem. Takie regulacje obejmują również zawody: lekarza i lekarza dentystry oraz pielęgniarki i położnej.

UPROSZCZONY DOSTĘP DO WYKONYWANIA WYBRANYCH ZAWODÓW MEDYCZNYCH

[Lekarze, pielęgniarki, położne i ratownicy medyczni\), którzy uzyskali kwalifikacje poza UE – tzw. system uproszczony \(wg stanu na dzień 10 stycznia 2022 r.\).](#)

W celu zwiększenia liczby personelu medycznego podjęto również działania mające na celu dopuszczenie osób, które uzyskały kwalifikacje spoza UE, w wybranych zawodach medycznych (lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny) do wykonywania pracy w Polsce. Rozwiązania mają na celu szybszy dostęp do wykonywania zawodu, bez konieczności uznawania kwalifikacji. Dla lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych zaproponowane zostały dwie formy przyznawania zgody MZ na wykonywanie zawodu:

1. Rozwiązanie stałe, również po ustaniu epidemii, wymagające szczegółowej weryfikacji - uzyskanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą na okres do 5 lat, pod warunkiem spełnienia określonych wymagań określonych ustawowo;
2. Rozwiązanie incydentalne, na czas stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, które opiera się na maksymalnie uproszczonych zasadach przy zachowaniu niezbędnego poziomu bezpieczeństwa wobec pilnej potrzeby wzmocnienia dotychczasowych zasobów kadrowych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielającym świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19 - ubieganie się o warunkowe prawo wykonywania zawodu.

Natomiast dla ratowników medycznych przyznanie zgody na wykonywanie zawodu jest rozwiązaniem o charakterze stałym.

Dane statystyczne dotyczące liczby wniosków i wydanych decyzji przez Ministra Zdrowia w systemie uproszczonym wg stanu na dzień 10 stycznia 2022 r.

LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI:

- 1) **Liczba złożonych wniosków** do Ministra Zdrowia: **1 269**, w tym:
 - a) liczba złożonych wniosków do Ministra Zdrowia w procedurze na określony zakres czynności, czas i miejsce zatrudnienia: **479**,
 - b) wnioski o warunkowe PWZ bez specjalizacji: **304**,
 - c) wnioski o warunkowe PWZ ze specjalizacją: **486**.
- 2) **Liczba wydanych decyzji** przez Ministra Zdrowia: **858** decyzji (**837** pozytywnych oraz **21** decyzji odmownych), w tym:
 - a) w procedurze na określony zakres czynności, czas i miejsce zatrudnienia: **208** (w tym **21** odmownych),
 - b) w procedurze o warunkowe PWZ bez specjalizacji: **268**,
 - c) w procedurze o warunkowe PWZ ze specjalizacją: **382**.

PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE:

1. **Liczba złożonych wniosków** do Ministra Zdrowia: **432** wniosków, w tym:
 - a) Wnioski w procedurze na określony zakres czynności, czas i miejsce: **152**,
 - b) Wnioski o warunkowe PWZ: **280**.
2. **Liczba wydanych decyzji** przez Ministra Zdrowia: **195** pozytywnych, w tym:
 - a) w procedurze na określony zakres czynności, czas i miejsce: **40**,
 - b) w procedurze o warunkowe PWZ: **155**.

RATOWNICY MEDYCZNI:

Liczba złożonych wniosków do Ministra Zdrowia: **36**, w tym:

- a) **Liczba decyzji wydanych** przez Ministra Zdrowia: **21**,
- b) Liczba wniosków pozostawionych bez rozpoznania w związku z nieusunięciem braków formalnych: **11**,
- c) Liczba wniosków w trakcie procedowania :**0**,
- d) Liczba wniosków oczekujących na usunięcie braków formalnych:**4**.

Tab. Liczba wydanych praw wykonywania zawodu lekarzom spoza UE (wg NIL)

stan na:	Rodzaj prawa wykonywania zawodu	Liczba PWZ
31.12.2021	Lekarze:	
31.12.2021	prawo wykonywania zawodu lekarza spoza UE - określony zakres czynności	120
31.12.2021	prawo wykonywania zawodu lekarza spoza UE - warunkowe	301
31.12.2021	Lekarze dentyści:	
31.12.2021	prawo wykonywania zawodu lek. dentysty spoza UE - określony zakres czynności	12
31.12.2021	prawo wykonywania zawodu lek. dentysty spoza UE - warunkowe	20

4. UPRAWNIENIA KADR MEDYCZNYCH DO POBIERANIA WYMAZÓW I SZCZEPIEŃ - zgodnie z obowiązującymi przepisami:

4.1 Pobieranie wymazów:

Każdy lekarz oraz lekarz dentyista posiada umiejętność przeprowadzenia testów diagnostycznych w kierunku SARSCoV-2 poprzez pobranie odpowiednich wymazów. Pielęgniarka i położna może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego. Również do pobierania wymazów z gardła i nosa (oprócz zawodów lekarza, pielęgniarki i położnej) uprawniony jest felczer i ratownik medyczny. Pobieranie wymazów z powłok skórnych, gardła i innych części ciała dokonują także diagnosta laboratoryjny, osoba posiadająca tytuł zawodowy licencjata na kierunku analityka medyczna oraz technik analityki medycznej. Ponadto, osoba, która posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekun medyczny po odbyciu przeszkolenia u pracodawcy, potwierdzonego zaświadczeniem, może pobierać materiał z górnych dróg oddechowych w celu wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Nauka pobierania wymazów nie jest elementem trudnym do nabycia, a przede wszystkim nie jest elementem wysoobnionym w procesie nauki dotyczącej działań medycznych, zawsze idzie w parze z merytoryczną wiedzą dotyczącą zapobiegania chorobom, w tym zakaźnym.

Mając na uwadze powyższe, pobieranie wymazów przez wyżej wymienione osoby wymaga zapoznania się z ulotką przedstawiającą sposób jego wykonania i zabezpieczenia materiału do badań.

4.2 Szczepienia:

Badanie kwalifikacyjne, może przeprowadzać osoba, która:

1. wykonuje zawód lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki, położnej, felczera, ratownika medycznego lub higienistki szkolnej;
2. wykonuje zawód fizjoterapeuty, farmaceuty, diagnosty laboratoryjnego i uzyskała dokument potwierdzający ukończenie szkolenia teoretycznego, dostępnego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
3. kształci się:
 - a) na piątym albo szóstym roku studiów na kierunku lekarskim;
 - b) na trzecim roku studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo;
 - c) na piątym roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, i uzyskała dokument potwierdzający posiadanie umiejętności kwalifikowania do szczepień, wydany przez uczelnię prowadzącą to kształcenie (osoba ta przeprowadza badanie kwalifikacyjne pod nadzorem lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki, położnej, felczera, ratownika medycznego lub higienistki szkolnej);
4. ukończyła studia na kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym lub studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo - przez 6 miesięcy od dnia ukończenia studiów, jeżeli uzyskała dokument potwierdzający posiadanie umiejętności kwalifikowania do szczepień, wydany przez uczelnię, na której odbywała kształcenie (osoba ta przeprowadza badanie kwalifikacyjne pod nadzorem lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki, położnej, felczera, ratownika medycznego lub higienistki szkolnej).

W przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 przeprowadzają:

1. lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, felczerzy i ratownicy medyczni;
2. fizjoterapeuci, farmaceuci, higienistki szkolne i diagnostki laboratoryjni, posiadający kwalifikacje określone w odpowiednich przepisach (rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz.U. z 2021 r. poz. 668 i 1273)) .

Sposób przeprowadzania szczepień nowymi preparatami wykonuje się zgodnie z rekomendacjami producentów zamieszczonymi na ulotkach.

5. SZKOLENIA Z ZAKRESU WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ PRZECIW COVID-19 I OBSŁUGI RESPIRATORÓW

5.1 szkolenia z wykonywania szczepień:

Minister Zdrowia w marcu 2021 r. podpisał umowę z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego na przekazanie środków z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z przeznaczeniem na realizację szkoleń z zakresu wykonywania szczepień przeciw COVID-19.

Ww. szkolenie dedykowane jest dla fizjoterapeutów, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Szkolenie składa się z części praktycznej i teoretycznej, po której to części następuje zaliczenie.

W kwietniu 2021 roku., umowa została rozszerzona o szkolenia:

- fizjoterapeutów, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych z zakresu przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19;
- osób kształcących się na piątym i szóstym roku studiów lekarskich oraz trzecim roku studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo z zakresu przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19.

W okresie od 15 marca 2021 r. do 15 grudnia 2021 r. przeszkolono (wyliczenie na podstawie rozliczeń z CMKP , które były podstawą do wypłaty dla CMKP przez MZ):

- 1) **z zakresu wykonywania szczepień przeciw COVID-19: 16 971 osób**, w tym 6 498 fizjoterapeutów, 8 914 farmaceutów oraz 1 379 diagnostów laboratoryjnych;
- 2) **z zakresu przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19: 17 618 osób**, w tym 5 081 fizjoterapeutów, 8 649 farmaceutów, 1 096 diagnostów laboratoryjnych oraz 2792 studentów kształcących się na piątym i szóstym roku studiów lekarskich oraz trzecim roku studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

łącznie przeszkolono i wydano zaświadczenia: **34 589** osobom.

5.2 szkolenia z obsługi respiratorów:

Analiza kształcenia przed i podyplomowego, w szczególności specjalizacyjnego i kursów kwalifikacyjnych, wskazuje że kadra medyczna, w szczególności lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni wykonujący swój zawód, szkoleni byli na różnych etapach edukacji w zakresie zarówno intensywnej opieki nad pacjentem w stanach zagrożenia życia, jak również podejmowania zaawansowanych czynności ratujących życie, w tym pracy z respiratorem, jednakże w IV kw. 2020 r. Minister Zdrowia wystąpił do Rektorów Uczelni Medycznych o przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego, w szczególności dla lekarzy kierowanych do pracy przy zwalczaniu epidemii w zakresie opieki nad pacjentem chorym na COVID-19:

1. leczonym w oddziale obserwacyjnym,

2. wentylowanym mechanicznie w warunkach OIT.

Szkolenia te odbywają się w Centrach Symulacji Medycznej uczelni medycznych. W związku z powyższym, uczelniom medycznym przekazane zostały odpowiednie materiały szkoleniowe, m.in.: wytyczne i zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym zalecenia dot. krytycznie chorych na COVID19 oraz przede wszystkim program kursu stacjonarnego z zakresu intensywnej terapii dla lekarzy przygotowany przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie intensywnej terapii, dr hab. n. med. Dariusza Maciejewskiego. Przedmiotowe szkolenia organizowane są w zależności od zapotrzebowania, również na wniosek wojewody.

Z danych przekazanych przez uczelnie medyczne wynika, że w ww. szkolenie w grudniu 2020 r. ukończyło **119 osób**. Przedmiotowe szkolenia realizowane były również przez uczelnie medyczne w 2021 r.– z danych przekazanych przez uczelnie wynika, że wg stanu na 15 grudnia 2021 r. przeszkolonych zostało **461 osób**.

Minister Zdrowia mając na uwadze wyjątkowo trudną sytuację kadrową związaną z epidemią wirusa SARS-CoV-2, współpracuje z konsultantami krajowymi oraz konsultantami wojewódzkimi w zakresie rozpowszechniania materiałów szkoleniowych wśród personelu medycznego, który na co dzień nie pracuje w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, a pracuje przy zwalczaniu epidemii. Materiały te są pomocne w opiece nad pacjentem chorym na COVID-19.

Za pośrednictwem konsultantów wojewódzkich rozpropagowano materiały szkoleniowe dotyczące ww. zakresu pośród podmiotów leczniczych oraz zlecono im organizację szkoleń, ze szczególnym uwzględnieniem personelu szpitali powiatowych, które wówczas dopiero wchodziły do systemu szpitali leczących pacjentów z COVID-19.

Uruchomiono także kurs, za pośrednictwem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, w formie e-learningowej dotyczącego zasad leczenia pacjenta z COVID-19 w warunkach oddziału obserwacyjnego.

Biorąc pod uwagę fakt, że to wojewoda dysponuje wiedzą o liczbie i rodzaju personelu, podlegającemu kierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie danego województwa, należy zaznaczyć, że w gestii wojewodów jest decydowanie o potrzebach szkoleniowych. Jednocześnie należy dodać, że w pierwszej kolejności szkolenia, po skierowaniu danego lekarza przez wojewodę, powinny być realizowane w miejscu pracy personelu przy współpracy z konsultantami wojewódzkimi, w taki sposób aby mogły być dostosowane do potrzeb konkretnych miejsc pracy.

Jednocześnie podkreślić należy, że powyższe materiały szkoleniowe mają charakter wyłącznie pomocniczy i przypominający w stosunku do wiedzy i umiejętności zdobytych na wcześniejszych etapach kształcenia. Ponadto należy zwrócić uwagę, że lekarze kierowani przez wojewodów do oddziałów typu OIT-COVID nigdy nie pracują samodzielnie, w oderwaniu od odpowiednich specjalistów, którzy także prowadzą dla nich szkolenie praktyczne na miejscu.

W odniesieniu do zawodu pielęgniarek i położnych uprzejmie informuję, że w ramach Wytycznych dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń, opracowane zostały:

1. Dla pielęgniarek POZ:

- Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2 - z dnia 31.03.2020 r.
- Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2 - Aktualizacja z dnia 02.07.2020 r.

- Zalecenia dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania/higienistek szkolnych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 - Aktualizacja z dnia 08.09.2020 r.
- Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie postępowania dla pielęgniarek i położnych mających styczność z osobą zakażoną SARS-CoV-2 – z dnia 21.10.2020 r.

2. Dla położnych POZ:

- Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych/położnych podstawowej opieki zdrowotnej (Aktualizacja z dnia 30.03.2020 r.).
- Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych / położnych podstawowej opieki zdrowotnej (Aktualizacja z dnia 03.06.2020 r.).
- Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych / położnych POZ (Aktualizacja z dnia 23.10.2020 r.).

Przedmiotowe materiały do stosowania przez pielęgniarki POZ i położne POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2 zostały opracowane przez konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego oraz przez konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

Oprócz ww. wytycznych dla pielęgniarek POZ i położnych POZ opracowane zostały również wytyczne dla innych poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń zdrowotnych, w tym m. in. dla stomatologii, opieki paliatywnej i hospicyjnej, opieki długoterminowej, pediatrii, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Materiały te dostępne są na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>.

Rozwój sytuacji epidemiologicznej, w szczególności w odniesieniu do czynnika zakaźnego, który wcześniej nie był znany, a takim jest mutujący Sars-CoV-2 jest trudny z góry do przewidzenia i nie może podlegać indywidualnym działaniom podejmowanym przez lekarzy. Ze względu na szybkie rozprzestrzenianie się czynnika zakaźnego działania te powinny być prowadzone w sposób masowy i systemowy. Rekomendacje i decyzje, a w konsekwencji działanie całego systemu ochrony zdrowia i służb sanitarnych powinny być podejmowane w odniesieniu do stanu rzeczywistego i kierunku jego rozwoju, a nie ad hoc. W okresie epidemii, w zależności od czynnika zakaźnego źródłami wiedzy są bieżące rekomendacje GIS, konsultantów krajowych, towarzystw naukowych, instytucji do tego powołanych oraz przepisy i komunikaty wydawane na bieżąco przez Ministra Zdrowia przy udziale Rady Medycznej działającej przy Premierze. Świadomość podstawowego przygotowania personelu medycznego oraz studentów i lekarzy stażystów do wykonywania szeregu działań, w tym wymazów, szczepień i działań podejmowanych w stosunku do osób zakażonych daje możliwość szybkiego uzupełnienia ich wiedzy za pomocą rekomendacji, komunikatów i materiałów publikowanych na stronach internetowych w celu dostosowania wszystkich działań do zapobiegania rozprzestrzeniania się każdego czynnika zakaźnego.

II.7. Szczepienia p/COVID

Osiągnięcie jak najwyższego poziomu zaszczepienia społeczeństwa polskiego (ok. 75-80%) jest niezbędne z punktu widzenia bezpieczeństwa epidemicznego. Osiągnięcie odporności populacyjnej (zbiorowej) jest kluczowe w minimalizowaniu skutków pandemii. Efekt masowych szczepień chroni przed zakażeniem COVID-19, ale przede wszystkim redukuje ryzyko przypadków ciężkich zachorowań. Niepodważalnym i potwierdzonym naukowo jest fakt, iż szczepienia przeciwko COVID-19 chronią przed ciężkim przebiegiem zachorowania, hospitalizacją i śmiercią. A co za tym idzie, są obecnie najskuteczniejszym narzędziem walki z pandemią.

Dane liczbowe (stan na 10.01.2022)

Łączna liczba wykonanych szczepień: 48,22 mln

I dawką zaszczepionych zostało 21,85 mln osób, a 18,62 mln osób otrzymało **drugą dawkę**.

Jednodawkową szczepionką firmy Johnson&Johnson zaszczepionych zostało 2,55 mln osób.

Pełną dawką zostało zaszczepionych 21,24 mln osób (54% populacji).

Dawką przypominającą zostało zaszczepionych 7,55 mln, natomiast dawką dodatkową uzupełniającą 194 199 osób.

Liczba zaszczepionych I dawką w grupie wiekowej 5-11 – 253 745 osób

Liczba zaszczepionych II dawką w grupie wiekowej 5-11 – 49 003 osób

Liczba zaszczepionych I dawką w grupie wiekowej 12-17 – 887 567 osób

Liczba zaszczepionych II dawką w grupie wiekowej 12-17 – 769 515 osób

NOP: 17 139

Liczba obecnie aktywnych punktów szczepień przeciwko Covid – 8420

Liczba dawek zutilizowanych 743 048

Województwa z najmniejszą liczbą osób zaszczepionych:

Podkarpackie – 41,73%

Podlaskie – 46,64%

Lubelskie – 49,19%

Województwa z największą liczbą osób zaszczepionych:

Mazowieckie – 61,54%

Wielkopolskie – 59,84%

Pomorskie – 58,40%

35 247 - liczba dzienna szczepień

Szczepienia dawką przypominającą/dodatkową

- ✓ Od 1 września br. wprowadzone zostały szczepienia dawką dodatkową (stosowaną po pełnym schemacie szczepienia) u osób z zaburzeniami odporności (zgodnie z Komunikatem nr 11 MZ),
- ✓ od końca września umożliwiono rejestrację na szczepienia dawką przypominającą dla wszystkich osób, które ukończyły 50 rok życia oraz pracowników ochrony zdrowia mających bezpośredni kontakt z pacjentem lub w warunkach laboratoryjnych z materiałem zakaźnym SARS-CoV-2 (zgodnie z Komunikatem nr 12 MZ),

- ✓ od 2 listopada 2021 r. rozpoczęły się szczepienia dawką przypominającą dla wszystkich osób, które ukończyły 18 rok życia i otrzymały pełny schemat szczepienia (dwie dawki) preparatami Comirnaty (Pfizer-BioNTech), Spikevax (Moderna) lub Vaxzevria (AstraZeneca) lub jedną dawkę szczepionki COVID-19 Vaccine Janssen (zgodnie z Komunikatem nr 14 MZ)
- ✓ zgodnie z rekomendacją Rady Medycznej nr 28 z dnia 22.11.2021 r. osoby w wieku 50+ od dnia 24.11.2021 r. mogą zapisać się na dawkę przypominającą w skróconym odstępie czasowym, tj. po 5 miesiącach od przyjęcia szczepionki w schemacie podstawowym.
- ✓ od 29 grudnia 2021 r. nastąpiła zmiana w szczepieniu przypominającym wykonywanym u osób w wieku ≥ 18 lat, tj. zaleca się podanie szczepionki w schematach obejmujących właściwe dawkowanie:
 - po szczepieniu podstawowym preparatem mRNA lub Vaxzevria (AstraZeneca) podanie szczepionki mRNA w odstępie co najmniej 5 miesięcy
 - po szczepieniu szczepionką COVID-19 Vaccine Janssen podanie szczepionki COVID-19 Vaccine Janssen lub szczepionki mRNA w odstępie co najmniej 2 miesięcy.

Szczepienia dzieci 5+

Szczepienia przeciw COVID-19 dzieci w wieku 5-11 lat zarekomendowano preparatem Comirnaty (podmiot odpowiedzialny BioNTech Manufacturing GmbH, reprezentowany w Polsce przez Pfizer Polska Sp. z o.o.). Został on dopuszczony do obrotu w procedurze warunkowej po ocenie w Europejskiej Agencji Leków, ze wskazaniem ochrony przed objawami COVID-19 wywołanymi przez wirusa SARS-CoV-2 dzieci w wieku 5-11 lat (dawka 10 μg).

Schemat szczepienia Comirnaty dzieci w wieku od 5 lat do 11 lat

Zgodnie z Charakterystyką Leczniczą Produktów:

1. dzieci w wieku 5-11 lat otrzymają szczepionkę Comirnaty w dawce 10 μg (z fiolki z pomarańczowym wieczkiem),
2. młodzież w wieku ≥ 12 lat otrzymują szczepionkę Comirnaty w dawce 30 μg (z fiolki z fioletowym wieczkiem). Dwie dawki szczepionki powinny być podane w odstępie minimum 3 tygodni.
3. Jeśli dziecko pomiędzy podaniem pierwszej i drugiej dawki kończy 12 lat, rekomendowane jest, opierając się na zaleceniach Komitetu ACIP, aby w takiej sytuacji dzieci otrzymały szczepionkę w dawce i składzie zgodnym z ich wiekiem w dniu szczepienia: pierwszą dawkę szczepionki dopuszczoną do stosowania u osób w wieku 5-11 lat (dawka 0,2 ml zawierająca 10 μg w fiolce z pomarańczowym wieczkiem), jako drugą dawkę szczepionkę dopuszczoną do stosowania u osób w wieku 12 lat i starszych (dawka 0,3 ml zawierająca 30 μg z fiolki z fioletowym wieczkiem).
4. Dzieci powinny otrzymać preparat szczepionkowy odpowiedni dla ich wieku, niezależnie od wzrostu i wagi.

Dawka dodatkowa szczepionki podawana dzieciom w wieku 5-11 lat

Dzieci w wieku 5-11 lat z ciężkimi zaburzeniami odporności mają podawane 2 dawki schematu podstawowego w odstępie minimum 3 tygodni oraz dawkę dodatkową (uzupełniającą), podaną w odstępie ≥ 28 dni od ukończenia 2-dawkowego schematu szczepienia przeciw COVID-19.

Dotyczy to dzieci następujących grup schorzeń:

1. w trakcie leczenia przeciwnowotworowego,

2. w trakcie leczenia immunosupresyjnego z różnych przyczyn,
3. po przeszczepach narządów litych przyjmujące leki immunosupresyjne lub terapie biologiczne,
4. po przeszczepie komórek macierzystych w ciągu ostatnich 2 lat,
5. z umiarkowanymi lub ciężkimi zespołami pierwotnych niedoborów odporności ,
6. zakażone HIV,
7. leczone dużymi dawkami kortykosteroidów lub innych leków biologicznych, które mogą hamować odpowiedź immunologiczną,
8. dializowane z powodu niewydolności nerek.

Unijny Certyfikat Covid

- UCC wydawany jest osobie, która:
 - otrzymała przynajmniej jedną dawkę szczepionki przeciw COVID-19 (kraje UE same decydują, czy wymagają pełnego zaszczepienia, czy tylko jednej dawki w przypadku dwudawkowej szczepionki; **w Polsce wymagane jest pełne zaszczepienie**);
 - otrzymał negatywny wynik testu PCR na obecność koronawirusa (czas ważności certyfikatu w Polsce to 48h)
 - wyzdrowiał po COVID-19 (jego UCC będzie ważny od 11 do 180 dnia od uzyskania pozytywnego wyniku testu PCR)

Pobrano 23 mln certyfikatów, w tym:

a) po pełnym szczepieniu – 21,53 mln

b) ozdrowieńcy – 759,27 tys.

c) negatywny test PCR – 746,35 tys.

UCC prezentowany jest na Internetowym Koncie Pacjenta oraz w aplikacji mojejIKP lub przez aplikację mObywatel.

- Wydłużenie ważności Unijnych Certyfikatów COVID o jeden rok od daty przyjęcia szczepionki przypominającej.

Od 22 listopada wprowadzone zostało dwuskładnikowe logowanie do gabinet.gov – odpowiedź na ataki na konta personelu medycznego i wystawianie fałszywych UCC.

UCC po schemacie podstawowym

Od 1 lutego 2022 r. ważność UCC wydanych po szczepieniu w schemacie podstawowym zostanie skrócona do 270 dni, licząc od daty zakończenia szczepienia w cyklu podstawowym.

UCC po dawce dodatkowej

Od 31 grudnia 2021 r. rozpoczął się proces wydawania UCC na okres 360 dni od daty przyjęcia dawki dodatkowej uzupełniającej.

Natomiast od 1 lutego 2022 r. ważność przedmiotowych certyfikatów zostanie skrócona do 270 dni, licząc od daty szczepienia dawką dodatkową.

UCC po dawce przypominającej

Od 1 lutego 2022 r. nastąpi zmiana ważności UCC.

UCC będą ważne przez okres 270 dni od daty przyjęcia dawki przypominającej (aktualnie 360 dni). Jednocześnie ważność certyfikatów wystawionych przed tą datą zostanie skrócona do 270 dni, licząc od daty szczepienia dawką przypominającą.

Dawka przypominająca podawana jest osobom zaszczepionym (te, które ukończyły podstawowy schemat szczepienia przeciw COVID-19) w celu poprawy, utrwalenia, przedłużenia ochrony po szczepieniu.

Dodatkowo, środowisko medyczne w Polsce wskazuje, że UCC powinno być wydawane również po przechorowaniu COVID-19 i uzyskaniu pozytywnego wyniku testy antygenowego. Niestety rozporządzenia KE nie możemy zmienić i nie możemy takim osobom wydawać UCC. Ale możemy zastosować krajowe rozwiązanie – osobom, które przechorowały i miały wynik pozytywy z testu antygenowego będziemy wydawać krajowy certyfikat ozdrowieńca (180 dni od wyniku testu antygenowego wpisanego do EWP) – podobne rozwiązanie zastosowano w Holandii. Dokument nie będzie jednoznaczny z UCC i nie będzie honorowany za granicą; ważny będzie w kraju. W przypadku miejsc z limitami, osoba z krajowym certyfikatem ozdrowieńca nie będzie liczona do limitów.

Wprowadzenie możliwości szczepienia przeciwko COVID-19 przez przedstawicieli innych zawodów, niż „tradycyjnie” utożsamiane z przeprowadzaniem szczepień:

Na mocy art. 21c ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz przepisów wydanych na podstawie art. 21c ust. 5 tej samej ustawy oraz art. 86 ust. 8a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne i przepisów wydanych na podstawie art. 98 ust. 5 tej samej ustawy, od końcówki I połowy 2021 r. istnieje możliwość przeprowadzania szczepień przeciwko COVID-19 przez farmaceutów w aptekach 31ogólnodostępnych. Rozwiązanie to w sposób znaczący dywersyfikuje i poszerza spektrum możliwych miejsc szczepień, odciąża inne podmioty przeprowadzające szczepienia, a przez to usprawnia sam proces.

Działania informacyjno-promocyjne podjęte przez KPRM i MZ w celu zwiększenia wyszczepialności

Działania KPRM

- 1) #OstatniaProsta, w której swoją obecność zaznaczyli aktorzy oraz przeszło 100 sportowych bohaterów (w tym m.in.: reprezentacje Polski w piłkę nożną i siatkową, przedstawiciele sportów ekstremalnych i motorowych, kluby piłkarskie czy zespoły lekkoatletyczne). Wszystkie działania poprzedzone zostały pogłębianymi badaniami - analizy ilościowe i jakościowe definiowały nie tylko kształt kreacji graficznych, ale także dalszy kierunek kampanii. Istotne rezultaty kampanii były widoczne już po pierwszych 3 miesiącach jej trwania – liczba chętnych do szczepienia wzrosła wówczas o ponad 30 pp. i osiągnęła poziom >70%. Obecnie wg. badań przeprowadzonych jeszcze w maju przez CBOS ponad dwie trzecie dorosłych Polaków ma jednoznacznie przychylne nastawienie do szczepień przeciw COVID-19 i pozytywnie ocenia organizację Narodowego Programu Szczepień.
- 2) Kampania 360°, w której do niezaszczepionych docierano za pośrednictwem mediów tradycyjnych (prasa, radio i telewizja), ale także kanałami cyfrowymi (portale i media społecznościowe). Materiały edukacyjne, a w konsekwencji promocyjne ukazały się na łamach 200 tytułów prasowych, łącznie było to ponad 400 publikacji. Przeszło 145 stacji radiowych i telewizyjnych od stycznia stale emituje spoty informacyjne. Od początku roku jest to ponad 10,5 tys. emisji spotów w stacjach telewizyjnych oraz prawie 20 mln wyświetleń w usługach typu video on demand.

- 3) Technologia i digital marketing - targetowane materiały reklamowe, dostosowane do konkretnych grup odbiorców promowane były m.in. w serwisach: Facebook (Newsfeed, Stories, Messenger), Instagram, Twitter, YouTube (In-video oraz TrueView in-stream), LinkedIn, TikTok (TopView, Brand Takeover, In-Feed), Twitch, Pinterest i Spotify. Tylko w ramach tego wymiaru kampanii wygenerowano przeszło 200 mln wyświetleń materiałów graficznych i 175 mln wyświetleń materiałów video. Wykorzystano także przewagi konkurencyjne dużych platform reklamowych - Google Display Network oraz Display & Video 360 uzyskując blisko 214 mln wyświetleń targetowanych materiałów promocyjnych. Równolegle prowadzono kampanie odsłonowe na największych portalach informacyjnych w Polsce, które dotarły do przeszło 10 mln unikalnych użytkowników.
- 4) Influencer marketing - #OstatniaProsta to także ponad 30 influencerów - liderów opinii na YouTube, Instagramie, Facebooku i TikToku. Łączna liczba wyświetleń materiałów natywnych generowanych przez najbardziej rozpoznawalnych autorów (w oparciu o materiały dostarczone przez wyspecjalizowane instytucje) przekroczyła 11 mln. Suma wszystkich ocen, komentarzy i zaangażowania społeczności to blisko 800 tysięcy unikalnych reakcji. W ramach tego obszaru - do najmłodszych odbiorców zgromadzonych na platformie TikTok skierowano osobne formaty reklamowe i materiały własne influencerów.
- 5) Walka z dezinformacją i fake newsami - już na początku Narodowego Programu Szczepień powołano Zespół Interwencyjny działający przy Centrum Informacyjnym Rządu, który identyfikuje i reaguje w czasie rzeczywistym na treści antyszczepionkowe umieszczane w sieci i mediach społecznościowych. Zespół obsłużył do tej pory bezpośrednio ponad 21 tys. wątków i wzmianek o charakterze dezinformacyjnym. Profile zaangażowane są także w bieżącą edukację i promocję szczepień. Wraz z uruchomieniem NPS na stronie gov.pl/szczepimysie udostępniliśmy dedykowany formularz umożliwiający zgłoszenie treści budzących wątpliwość internautów. Za pośrednictwem platform społecznościowych staramy się systematycznie walczyć z nieprawdziwymi lub wprowadzającymi w błąd publikacjami przekazywanymi przez użytkowników Internetu.
- 6) Szczepienia w każdym zakątku Polski - we współpracy z podległymi instytucjami zrealizowano szereg wydarzeń plenerowych. Akcja "Zaszczep się w Majówkę" zorganizowana w 16 miastach na terenie kraju stanowiła nie tylko okazję do zaszczepienia jednodawkowym preparatem, ale także indywidualnej konsultacji z lekarzami i pogłębienia wiedzy o korzyściach wynikających ze szczepień w ramach rozmów z medykami i wolontariuszami. Podjęto także intensywną współpracę z organizacjami zewnętrznymi. Akcje promocyjne i edukacyjne poświęcone szczepieniom prowadzone są aktualnie na terenie ponad 100 centrów handlowych w całej Polsce. W 30 galeriach uruchomiono także tymczasowe punkty szczepień. W ramach bieżącej komunikacji i działań edukacyjnych wypracowany został także mechanizm systematycznego kontaktu z punktami medycznymi realizującymi Narodowy Program Szczepień. Do wszystkich urzędów administracji centralnej dystrybuowano szereg materiałów edukacyjnych i promocyjnych - kilkanaście rodzajów plakatów i broszur. Dedykowane treści przygotowano także dla ośrodków zdrowia, POZ czy stacji dializ. Od początku Narodowego Programu Szczepień CIR dystrybuował ponad 100 szczegółowych informacji prasowych do wszystkich mediów w kraju.

Działalność MZ w tym zakresie polega głównie na:

- aktualizacji strony gov.pl/szczepimysie serwis w zakresie kart charakterystyki produktów, ulotek dotyczących szczepionek, wytycznych dla punktów szczepień itp.,
- publikacji w mediach społecznościowych grafik, animacji w tym m.in.
 - zamieszczenie grafik promujących szczepienia jako zdjęcia w tle na kanałach w mediach społecznościowych zarządzanych przez MSZ,
 - zachęcenie Kierownictwa do aktywnego włączenia się i promowania kampanii na osobistych kontaktach w mediach społecznościowych,
 - walka z dezinformacją w mediach społecznościowych, w tym również podejmowanie zdecydowanych działań wobec osób odstraszaających obywateli od szczepień przeciwko koronawirusowi lub zastraszenie osób, które realizują program szczepień.
 - współpraca z redakcją profilu SzczepimySię, który jest na Twitterze
- nagranie kilku filmów edukacyjnych z ekspertami,
- bezpłatna współpraca z influencerami, m.in. z Doktorciem radzi, Instalekarz
- współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej przy realizacji plakatów i grafik, np. <https://www.gov.pl/attachment/463fda11-d5de-4b12-b394-a6ba661a9127>,
- koordynacji działań jednostek podległych/nadzorowanych, w tym mailing do jednostek podległych ws. wsparcia akcji #SzczepimySię,
- dystrybucji materiałów informacyjnych (plakat, ulotka) zachęcających do szczepienia poprzez OW NFZ,
- współpracy przy produkcji spotu (15" i 30") NFZ o zachowaniu zasad reżimu sanitarnego DDM + nawiązanie do akcji #SzczepimySię. NFZ później emitował go na prośbę Ministerstwa w stacjach ogólnopolskich.
- produkcji viralu „Ramię w ramię” oraz jego emisja w Internecie,
- przygotowaniu serii filmików informacyjno-edukacyjnych z medykami, ekspertami i regionalnymi autorytetami zachęcające do szczepień,
- bieżącym udziale Kierownictwa Resortu w wywiadach oraz realizacja bieżąca realizacja briefingu organizowanych przez Rzecznika MZ,
- napisaniu/aktualizowaniu skryptu dla osób obsługujących infolinię NFZ,
- współpracy z Poczta Polska - na mocy porozumienia z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Poczta Polska włączyła się w promocję Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19. Wprowadzono do obiegu znaczki emisji #SZCZEPIMYSIĘ, który został pokazany w dniu 15 lipca na briefingu z udziałem Pani Minister Anny Gołowskiej. To kolejna inicjatywa na rzecz przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się pandemii i ograniczania jej skutków. W celu zbudowania jak najszerszego zasięgu przekazu promującego szczepienia wśród Polaków, wprowadzone zostaną 2 miliony egzemplarzy znaczków,
- współpraca z wojewodami w zakresie działań promocyjnych – przekazanie każdemu wojewodzie dotacji w wysokości 500 tys. zł na działania promujące szczepienia,

Działania podejmowane w ostatnich tygodniach

- 26 października 2021r. poinformowanie na briefingu w Ministerstwie Zdrowia, że od 2 listopada uruchomimy system skierowań na przyjęcie trzeciej dawki szczepionki przeciw #COVID19 dla osób od 18. roku życia. Skierowania będą wystawiane wszystkim zaszczepionym, sześć miesięcy po ostatniej dawce.

- 28 października 2021r. opublikowaliśmy komunikat nr 14 Ministra Zdrowia w sprawie szczepień przeciw COVID-19 dawką przypominającą oraz dawką dodatkową uzupełniającą schemat podstawowy.
- 13 listopada 2021r. opublikowaliśmy komunikat dot. wydłużania ważności certyfikatów po trzeciej dawce szczepienia.
- Od 25 listopada 2021r. osoby 50 plus, które są w pełni zaszczepione, dostały wiadomość SMS o możliwym wcześniejszym przyjęciu szczepienia dawką przypominającą.
- Od 19 listopada 2021r. wysyłka 15,5 mln smsów do wszystkich w pełni zaszczepionych z informacją o możliwości i terminie przyjęcia dawki przypominającej.
- Skrócenie czasu oczekiwania - po 5 miesiącach od przyjęcia pełnej dawki szczepionki przeciw COVID-19 osoby powyżej 50 lat mogą przyjąć dawkę przypominającą. Otrzymują one SMS-y z informacją o możliwości wcześniejszego zapisania się na szczepienia.
- Osobom, które przyjmą dawkę przypominającą zostanie wydłużona ważność Unijnego Certyfikatu COVID (UCC) na rok od daty wykonanego szczepienia.
- Przygotowanie procesu szczepień dzieci 5+ (informacja w materiale głównym).

Konkursy dla Gmin – promocja przez JST szczepień ochronnych przeciw SARS-CoV-2

Konkurs Rosnąca Odporność: nagroda w Konkursie przysługuje 907 gminom

a) Nagrody:

- nagroda dla 1 gminy – w powiatach z 3 gminami
- nagroda dla 2 gmin – w powiatach z 4 gminami
- nagroda dla 3 gmin – w powiatach z 5 i więcej gminami

Miastom na prawach powiatu nagroda nie przysługuje.

b) Wysokość nagrody:

- 1 miejsce w powiecie 1 mln zł
- 2 miejsce w powiecie 0,5 mln zł
- 3 miejsce w powiecie 250 tys. zł

c) Wyniki w konkursie są oparte na wartości wskaźnika wzrostu: wzrost odsetka

w pełni zaszczepionych mieszkańców pomiędzy 1. sierpnia a 31. października 2021 r. (w punktach procentowych).

d) 30 listopada mija termin zgłoszenia się gminy do wojewody (właściwego terytorialnie) po odbiór nagrody.

Konkurs Najbardziej Odporna Gmina: nagroda w Konkursie przysługuje 52 gminom

a) Konkurs Najbardziej Odporna Gmina składa się z dwóch elementów. Rywalizacja dla gmin – wg. liczby mieszkańców oraz konkurs ogólnopolski

- Element 1 – konkurs dla gmin w trzech kategoriach (wg. liczby mieszkańców):
 - Kategoria „Duże gminy”: najlepsza gmina spośród gmin powyżej 100 tys. mieszkańców (1 mln zł)
 - Kategoria „Średnie gminy”: 3 najlepsze gminy spośród gmin z 30-100 tys. mieszkańców (po 1 mln)
 - Kategoria „Małe gminy”: najlepsza gmina do 30 tys. mieszkańców w każdym z byłych 49 województw (1 mln zł) – (konkurs został rozstrzygnięty. Jest 48 laureatów.

1 gmina nie spełniła warunku min. 50% zaszczepionych mieszkańców, więc nie spełniła warunków formalnych).

- Element 2 – konkurs ogólnopolski dla gmin Kategorie
- „Najbardziej odporna gmina w Polsce”: najlepsza gmina w Polsce (nagroda – 2 mln zł dla gminy z największym odsetkiem zaszczepionych mieszkańców)
- b) Wyniki konkursu są oparte na wartości odsetka w pełni zaszczepionych mieszkańców osiągniętego do 31 października 2021 r. (w %).
- c) 17 listopada minął termin zgłoszenia gminy po odbiór nagrody – wpłynęły zgłoszenia od wszystkich gmin, KPRM jest w trakcie przekazywania nagród, wypłaty nastąpią do końca listopada.

Konkurs Gmina na Medal

- a) 100 tys. zł dla pierwszych 500 gmin, które do końca roku osiągną odsetek w pełni zaszczepionych mieszkańców o wartości min. 67%.
- b) Dotychczas nagrodę przyznano 6 gminom.

Informacje o konkursach i ich wyniki są dostępne na stronie www.gov.pl/szczepienia-gmin .

II.8. Szczepienia przeciw Grypie

Należy pamiętać, iż oprócz epidemii COVID-19 zmagamy się aktualnie także z epidemią grypy sezonowej.³⁰ Wprawdzie nie ma ona tak gwałtownego przebiegu jak ostatnimi laty, niemniej jej szczyt dopiero przed nami.³¹

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022³² zapewniono nieodpłatną realizację szczepienia ochronnego przeciw grypie dla osób powyżej 18 r.ż. Szczepienia są na bieżąco wykonywane przy użyciu szczepionki przeciwko grypie dedykowanej na sezon 2021/2022 do dnia 31 marca 2022 r., czyli do końca sezonu grypowego. Szczepionki do punktów szczepień są wydawane na bieżąco z RARS. Po wejściu w życie przepisów umożliwiających szczepienie przeciw grypie w aptece przez farmaceutę, w aptekach będą mogły być prowadzone nieodpłatne dla pacjenta szczepienia osób dorosłych z wykorzystaniem szczepionek z RARS oraz świadczenia komercyjne w tym zakresie.

Aktualnie sam dostęp do szczepionek celem sprzedaży dla pacjenta jest zapewniony w aptekach oraz w podmiotach leczniczych do realizacji świadczeń komercyjnych. Nie ma braków w dostępie do asortymentu.

Od 9 grudnia 2021r. poszerzono katalog osób uprawnionych do wykonywania szczepień ochronnych przeciwko grypie u osoby dorosłej³³. Nowelizacja ta została dokonana ustawą z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw³⁴ i polegała na nadaniu uprawnienia dla lekarzy dentyistów, farmaceutów, fizjoterapeutów oraz diagnostów laboratoryjnych do kwalifikacji i przeprowadzania szczepień ochronnych przeciw grypie u osoby dorosłej;

³⁰ <http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/index.htm>

³¹ http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/2021/G_21_12C.pdf

³² (Dz. U. poz. 1581, z późn. zm.)

³³ art. 19 ust. 5a i 5b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

³⁴ (Dz. U. poz. 2120)

Od 29 grudnia 2021 r. umożliwiono osobom uprawnionym do wykonywania szczepień przeciw grypie przeprowadzanie szczepienia, jeżeli spełniają warunki określone dla potwierdzenia kwalifikacji do szczepienia przeciw Covid-19³⁵;

Od 14 grudnia 2021 r. zapewniono podmiotom leczniczym realizującym szczepienia przeciw grypie możliwość rozliczenia świadczenia z wykorzystaniem własnej szczepionki przez NFZ.

Uzasadnienie szczepień przeciwko grypie

Do czasu potwierdzenia krążenia SARS-CoV-2 na świecie, WHO informowała, że rocznie z powodu infekcji wirusem grypy choruje 5-10 % osób dorosłych i 20 -30% dzieci, rejestruje się 3-5 mln ostrych przypadków choroby, a umiera z powodu powikłań pogrypowych około 250 000-630 000 osób, w tym 28 000-111 500 stanowią dzieci poniżej 5r.ż.

Ze względu na zmienność wirusa grypy Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych (ACIP) CDC oraz WHO i towarzystwa naukowe rekomendują cosezonowe szczepienia przeciw grypie ze względu na wskazania kliniczne i epidemiologiczne.

Ze wskazań klinicznych należy zaszczepić: zdrowe dzieci od 6m.ż.- 18r.ż, wszystkie osoby z grupy podwyższonego ryzyka bez względu na wiek, osoby po transplantacji narządów, osoby z problemami kardiologicznymi, nowotworowymi, dializowane, z nadwagą, pacjentów zakażonych HIV z różnymi poziomami CD4, z objawami AIDS i bez objawów, z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP) pacjentów z astmą itp.

Ze wskazań epidemiologicznych należy zaszczepić: pracowników ochrony zdrowia, służb mundurowych, policji, wojska, straży pożarnej, ochotniczej straży pożarnej, pracowników służby administracyjno-skarbowej, kolejarzy, tramwajarzy, pracowników i mieszkańców placówek dla przewlekle chorych, hospicjów, pracowników, pensjonariuszy żłobków i przedszkoli, nauczycieli pracowników dużych marketów handlowych, osoby pracujące na otwartych przestrzeniach np. pracownicy budowlani itp.

Należy podkreślić, że powikłania pogrypowe trzeba rozpatrywać nie tylko w aspekcie zdrowotnym, ale również policzalnych skutków ekonomicznych jakie ponosi Polska. Aktualnie w sezonie epidemicznym 2021/2022 dostępne są czterowalentne inaktywowane szczepionki przeciwko grypie typu *split* (z rozszczepionym wirionem) i typu subunit (podjednostkowe składające się z hemaglutyniny i neuraminidazy) podawane domięśniowo oraz tzw. żywa szczepionka otrzymana z wirusów zaadaptowanych do obniżonej replikacji wirusa podawana donosowo dla dzieci zdrowych powyżej 2 r.ż do 17 r.ż. W sezonie epidemicznym w Polsce 2020/2021 procent zaszczepionej 6.2%.

Optymalnym okresem czasu do zaszczepienia się przeciw grypie jest jesień, jednak równie korzystnym terminem jest styczeń – marzec, gdyż w tym okresie występuje w naszym Kraju najwięcej zachorowań na grypę, a odporność poszczepienna pojawia się już 7 dni od podania szczepionki i trwa do końca danego sezonu epidemicznego.

II.9. Zabezpieczenie w leki/tlen

³⁵ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych Dz.U. 2021 poz. 2441

Celem przygotowań do kolejnej fali pandemii Covid-19, Minister Zdrowia na bieżąco monitoruje działania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W tym celu pozyskuje informacje na temat nowych zaleceń postępowania w zachorowaniu na COVID-19.

Agencja prowadzi prace aktualizacyjne nad Zaleceniami postępowania terapeutycznego w COVID-19. Na rzecz aktualizacji monitoruje na bieżąco pojawiające się dowody naukowe dla nowych terapii o potencjalnym znaczeniu w COVID-19. W przypadku pojawienia się dowodów o wysokiej wiarygodności (RCT lub eksperymentalne badania kliniczne z grupą kontrolną), zostają one przekazane do Komitetu Sterującego, a następnie do Panelu Ekspertów, w celu wydania nowych zaleceń lub oceny zasadności zmiany treści aktualnych rekomendacji.

Ze względu na pojawiające się nowe dane z piśmiennictwa oraz gromadzone doświadczenia opracowano postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ). Celem rekomendacji PTEiLChZ jest zaproponowanie praktycznych zaleceń dotyczących diagnostyki i farmakoterapii zakażeń SARS-CoV-2 przydatnych zarówno w warunkach podstawowej jak i szpitalnej opieki zdrowotnej. Ostatnia aktualizacja wytycznych Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych nastąpiła 12 listopada 2021 r.

Ponadto w celu zabezpieczenia pacjentów leczonych z powodu Covid-19, Minister Zdrowia polecił zakup Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych następujących **produktów leczniczych**:

- RoActemra/Tocilizumab,
- Olumiant/Baricitinib,
- Neoparin/Enoxaparinum natricum,
- Lagevrio/Molnupiravir,
- Regkirona/ Regdanvimab,
- Ronapreve/ Casirivimab + Imdevimab.

Wszystkie z powyższych produktów znajdują się w zasobach Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, która dystrybuuje leki do podmiotów leczniczych. Ponadto, Rząd Polski zakupił lek Veklury/Remdesiwir w ramach przetargu unijnego w trybie umowy ramowej. Polska podpisała umowę wykonawczą z Gilead Sciences Polska Sp. z o.o. – wytwórcą leku. Warto przy tym nadmienić, że Minister Zdrowia śledząc aktualną sytuację epidemiczną na bieżąco monitoruje stany magazynowe produktów, przeznaczonych do dystrybucji za pośrednictwem Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych dla podmiotów leczniczych, podejmując w tym zakresie odpowiednie działania w kwestii zapewnienia ich dostępności.

Dodatkowo w ramach unijnej procedury przetargowej (ang. joint procurement agreement, JPA) możliwe jest zamówienie określonej ilości leków. Procedura polega na określeniu przez poszczególne państwa członkowskie ilości leków (w ramach zamówień wiążących oraz niewiążących), ustaleniu komitetów sterujących oraz oceniających dla poszczególnych przetargów, a następnie (po akceptacji dokumentów przetargowych) na podpisaniu właściwych umów przetargowych. Polska zadeklarowała udział w procedurach JPA dla Molnupiraviru oraz leku Paxlovid (inhibitor proteazy Pfizer).

Jednocześnie należy podkreślić, że zarówno Minister Zdrowia, jak i wszystkie jednostki mu podległe zaangażowane są w obrót produktami leczniczymi, jakim jest również tlen, w zakresie monitorowania jego dostępności i rozpoznawania zagrożeń go ograniczających. Wojewoda w dalszym ciągu poprzez

powołanego koordynatora ma za zadanie koordynować zarządzanie zasobami niezbędnymi do zapewnienia tlenoterapii w szpitalach, w zakresie usprawnienia procesów dostarczania niezbędnych do tlenoterapii zasobów oraz w celu przeciwdziałania wszelkim sytuacjom, które mogą skutkować przerwaniem ciągłości tlenoterapii w szpitalach w obrębie całego swojego województwa. Na każde obniżenie rezerwy podmiot szpitalny reaguje na bieżąco i kontaktuje się z dostawcą tlenu w celu natychmiastowej dostawy. Dodatkowo należy wskazać, że Minister Zdrowia wraz z Rządową Agencją Rezerw Strategicznych i Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji utworzył w każdym województwie banki tlenu, które stanowią rezerwę na wypadek konieczności uzupełnienia niedoborów tlenu w szpitalach. Jednocześnie należy dodać, że Minister Zdrowia na bieżąco analizuje dane dotyczące dostępności tlenu oraz jest w kontakcie z producentami tlenu w celu podejmowania właściwych działań, mających na celu zapewnienie dostępu do produktu i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów. Na chwilę obecną sytuacja w zakresie **dostępności tlenu medycznego** wydaje się być stabilna, jednak w celu minimalizacji ryzyka jego braku istnieje możliwość wprowadzenia rozwiązań w poniższych obszarach:

1. Dystrybucja tlenu ciekłego:

- wykorzystanie cystern będących w posiadaniu Polfy Tarchomin,
- pozyskanie dodatkowych cystern do transportu tlenu ciekłego,
- przegląd dróg dojazdowych do szpitali (oznakowanie dróg dojazdowych, usuwanie pojazdów, usunięcie przeszkód terenowych w celu umożliwienia dojazdu większym cysternom, przeniesienie zbiorników w miejsca dostępne dla dużych cystern – jeżeli jest to możliwe),
- lokowanie nowych oddziałów covidowych tylko w miejscach zaopatrywanych w tlen pochodzący z instalacji tlenu ciekłego oraz stawianie nowych zbiorników na tlen ciekły tylko w miejscach dostępnych dla dużych cystern,
- dostosowanie instalacji w szpitalach do zasilania tlenem z butli o ciśnieniu powyżej 150 bar,
- przegląd instalacji tlenowych w szpitalach, w których planowane jest zwiększenie liczby pacjentów covidowych pod względem możliwości zapewnienia większej ilości tlenu oraz, jeżeli jest to konieczne, modernizacja instalacji.

2. Dystrybucja butli:

- ścisłe przestrzeganie zasady wymiany pustej butli za pełną,
- umożliwienie zasilania instalacji tlenowych w szpitalach tlenem z butli o wyższym ciśnieniu (200 bar zamiast 150 bar),
- analiza i dostosowanie do prognoz dotyczących rozwoju pandemii zapasów butli w bankach tlenu,
- pomoc szpitalom w przemieszczaniu butli – wykorzystanie wojska,
- pozyskanie dodatkowych środków transportu i kierowców (wojska), zwiększenie wydajności instalacji tlenowych (przekroje rurociągów),
- dostosowanie instalacji w szpitalach do zasilania tlenem z butli o ciśnieniu powyżej 150 bar.

3. Produkcja tlenu ciekłego i sprężonego:

- wydanie, na wniosek wytwórców tlenu medycznego, decyzji umożliwiających wytwarzanie tlenu medycznego na instalacjach przeznaczonych do wytwarzania technicznego.

Minister Zdrowia na bieżąco podejmuje niezbędne działania w zakresie posiadanych kompetencji w celu zapewnienia dostępności do produktów leczniczych (w tym również tlenu medycznego) stosowanych w leczeniu COVID-19.

II.10. Transport sanitarny COVID

Aktualnie zakontraktowanych jest 159 zespołów transportowych COVID. Dalsze rozbudowywanie będzie wynikało z rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia.

Zespoły uruchamiane są w zależności od potrzeb. Zidentyfikowany potencjał pozwala na uruchomienie dodatkowych około 130 Zespołów transportu sanitarnego COVID.

II.11. Dostępność izolatoriów

Ze względu na pogarszającą się sytuację epidemiczną, której rezultatem jest stale zwiększająca się liczba osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2, co przekłada się na zwiększoną liczbę osób wymagających izolacji, zasadne było wznowienie funkcjonowania i finansowania izolatoriów. Przywrócono zatem produkty rozliczeniowe dedykowane rozliczaniu świadczeń udzielanych w izolatoriach.

Izolatoria działają w każdym województwie poza woj. łódzkim, w tym w dwóch województwach (mazowieckie, podkarpackie) umowy podpisano na dwa izolatoria (pozostałe po jednym).

W razie konieczności możliwe jest kontraktowanie kolejnych bądź podjęcie decyzji o zwiększeniu górnej granicy liczby zakontraktowanych izolatoriów (obecnie nie więcej niż 2). Sytuacja jest na bieżąco monitorowana.

Województwo	Liczba obiektów	Liczba wszystkich miejsc	Liczba miejsc wolnych (stan na 11.01.2022)	Odsetek wolnych miejsc
Dolnośląskie	1	50	47	94%
Kujawsko-Pomorskie	1	100	93	93%
Lubelskie	1	32	30	94%
Lubelskie	1	48	37	77%
Małopolskie	1	50	10	20%
Mazowieckie	2	95	33	35%
Opolskie	1	12	12	100%
Podkarpackie	2	134	120	90%
Podlaskie	1	42	42	100%
Pomorskie	1	20	14	70%
Śląskie	1	60	44	73%

Świętokrzyskie	1	6	6	100%
Warmińsko-Mazurskie	1	26	25	96%
Wielkopolskie	1	35	34	97%
Zachodniopomorskie	1	36	33	92%
RAZEM WOJEWÓDZTWA	17	746	580	78%

II.12. Wzmocnienie opieki przedszpitalnej

Przygotowano rozwiązania, które wzmocnią opiekę przedszpitalną, czyli przeznaczoną dla pacjentów na wczesnym stadium choroby.

II.12.1. Wprowadzone zostały nowoczesne rozwiązania związane ze zdalną medycyną.

Program Domowej Opieki Medycznej (DOM)

Ministerstwo Zdrowia uruchomiło program DOM jesienią 2020 r., mając na względzie znaczną liczbę pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przebywających w izolacji domowej. Pierwszym modułem Programu był **projekt PulsoCare** - skierowany do wszystkich osób zakażonych koronawirusem przebywających w izolacji domowej. Pacjenci z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, którzy ukończyli 55 lat, zostają automatycznie włączani do programu DOM. Pozostali pacjenci są kwalifikowani przez lekarzy POZ biorących udział w programie lub mogą zgłaszać się samodzielnie poprzez formularz na stronie internetowej.

Pacjenci włączeni do PulsoCare mogą przysyłać wyniki za pośrednictwem strony internetowej, infolinii oraz aplikacji mobilnej. Po zakwalifikowaniu pacjent uzupełnia wywiad chorobowy, na podstawie którego wyznaczana jest klasa ryzyka, oraz wykonuje pomiary monitorowanych parametrów (saturacja, tętno, temperatura, liczba oddechów, kwestionariusz objawów dodatkowych). Aplikacja w prosty i intuicyjny sposób prowadzi go przez cały proces badania, regularnie przypominając o konieczności wykonywania pomiarów kontrolnych. Wszystkie wyniki badań są przysyłane do centralnej bazy danych. Pacjenci, którzy nie mają telefonu komórkowego lub dostępu do Internetu, mogą zgłaszać wyniki swoich pomiarów z pulsoksymetru przez telefon stacjonarny, korzystając z automatycznej, całodobowej infolinii. Konsultanci i lekarze w specjalnie powołanym Centrum na bieżąco monitorują wyniki pomiarów pacjentów i w razie wychycenia dekompensacji kierują na zdalną konsultację lekarską w formie teleporady, a w przypadku potwierdzenia pogorszenia stanu zdrowia pacjent kierowany jest do hospitalizacji lub wzywany jest zespół ratownictwa medycznego. Dzięki PulsoCare pacjent jest nadzorowany przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.

Dane liczbowe dotyczące PulsoCare:

- Liczba zarejestrowanych pacjentów: 930 tys. pacjentów
- Ponad 30% pacjentów sukcesywnie przekazuje pomiary
- Sposób zapisu do PulsoCare – automatycznie (osoby 55+): 860 tys., formularz: 60 tys., lekarz POZ – 10 tys.

- Liczba konsultantów dyżurujących w Centrum Monitorowania Pacjenta – 298
- Liczba lekarzy dyżurujących w Centrum Monitorowania Pacjenta – 83
- Liczba pacjentów PulsoCare do których został wezwany Zespół Ratownictwa Medycznego - 5 800
- Liczba zrealizowanych telekonsultacji – 108 tys.
- Liczba zrealizowanych teleporad medycznych – 22,5 tys.
- Liczba pomiarów z alertem – 182 tys.

Program DOM – rozbudowane funkcjonalności

Lekarz POZ może wykorzystywać DOM również w pracy z pacjentem niecovidowym. Wprowadzono możliwość zapisania do DOM wszystkich pacjentów POZ. Po wprowadzeniu pacjenta POZ lekarz może kontrolować:

- poziom cukru
- ciśnienie tętnicze
- poziomu saturacji.

Monitoringiem nie zajmuje się Centrum monitorowania DOM, a lekarze POZ i sam Pacjent. Wyniki wprowadzane są manualnie przez pacjentów. Jednocześnie została uruchomiona funkcjonalność tele/video porady. Pacjenci oraz Lekarze POZ mają możliwość wykorzystania środków komunikacji bezpośrednio z poziomu aplikacji w formie: teleporady, wideoporady oraz czatu. W ramach DOM nie są zapewniane narzędzia do pomiaru (glukometr, ciśnieniomierz, pulsoksymetr). Urządzenia muszą być zapewnione przez pacjentów.

Program DOM – projekty pilotażowe

Programy pilotażowe realizowane na Platformie Domowej Opieki Medycznej dla pacjentów po przebytych zakażeniu wirusem SARS-CoV-2:

1. **Projekt e-stetoskop** zakłada wykorzystanie elektronicznych stetoskopów (prostych urządzeń, którymi można zbadać płuca w warunkach domowych) w ramach teleporad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Placówki, które zostały zakwalifikowane do programu, otrzymały elektroniczne stetoskopy, które następnie udostępniły chorym do zdalnej diagnostyki. Pilotaż objął pacjentów po ukończeniu 18. roku życia, po przebytych zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, ze współistniejącymi chorobami układu oddechowego.

W ramach programu podpisano 30 umów z placówkami POZ. Program realizowany był w terminie 15.05.2021 – 13.12.2021 r. (rozliczenie do 31.12.2021 r.), a wartość całego programu wynosiła 5 500 000,00 PLN.

Efekty realizacji programu:

- 30 placówek POZ objętych programem
- 101 lekarzy przeszkolonych z obsługi elektronicznego stetoskopu w ramach platformy DOM,
- 1099 pacjentów objętych opieką w programie
- 30 432 przeprowadzone badania
- 211 996 przesłanych nagrań punktów pomiarowych na platformie DOM.

Aktualnie przygotowywane są rozwiązania w zakresie możliwości wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Celem jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem elektronicznych stetoskopów jako narzędzia umożliwiającego ocenę zmian osłuchowych w układzie oddechowym pacjentów z ryzykiem ciężkiego przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, u których zdiagnozowano jedną z poniższych chorób:

- a) chorobę nowotworową,
- b) wrodzone lub nabyte zaburzenia odporności,
- c) przewlekłą chorobę układu oddechowego,
- d) wielochorobowość (co najmniej dwie choroby przewlekłe),
- e) otyłość.

Mając na względzie niezwykle szybki przyrostu liczby zakażeń nowym wariantem wirusa istnieje bardzo duże ryzyko maksymalnego obciążenia systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w szpitalach. Dlatego w ramach programu pilotażowego przygotowano zostało rozwiązanie, które wzmocni opiekę przedszpitalną nad pacjentami w ramach podstawowej opieki medycznej, u których zdiagnozowano zakażenie wirusem Sars-CoV-2 i zapewni im opiekę z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych we wczesnym stadium choroby.

Realizacja świadczeń z wykorzystaniem elektronicznych stetoskopów równoległe z pulsoksymetrem oraz przy wykorzystaniu możliwości platformy DOM ogranicza ryzyko gwałtownego pogorszenia się stanu klinicznego pacjenta.

2. Drugim programem pilotażowym jest program w zakresie wykorzystania [opasek telemedycznych](#) w podstawowej opiece zdrowotnej. Jego celem była ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z wykorzystaniem opasek telemedycznych, jako narzędzia pozwalającego na bieżące monitorowanie w sposób zdalny stanu pacjenta po ukończeniu 18. roku życia, po przechorowaniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, który był hospitalizowany z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, lub u którego w wyniku przeprowadzonej diagnostyki obrazowej stwierdzono zmiany w obrazie radiologicznym świadczące o zakażeniu wirusowym. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany był w ramach programu pilotażowego do bieżącego monitorowania stanu pacjenta i w zależności od potrzeb, podjęcia decyzji o skierowaniu pacjenta na dalsze badania. W ramach programu podpisano 37 umów z placówkami POZ. Program realizowany był w terminie 16.08.2021 – 13.12.2021 r. (rozliczenie do 31.12.2021 r.), a wartość całego programu wynosiła 3 300 000,00 PLN.

Efekty realizacji programu:

- 37 placówek objętych programem
 - 163 lekarzy przeszkolonych z obsługi opasek oraz platformy DOM,
 - 887 pacjentów monitorowanych w ramach programu,
 - 567 182 tys. pomiarów parametrów życiowych pacjentów zamieszczonych na Platformie DOM
3. Trzecim programem pilotażowym jest program pilotażowy w zakresie wykorzystania [elektronicznych spirometrów](#) w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Jego celem jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem elektronicznych spirometrów jako narzędzia umożliwiającego badanie w sposób zdalny pacjenta ze stwierdzonymi zaburzeniami poziomu saturacji i tętna, w celu

wykrywania potencjalnych zaburzeń czynności płuc. Programem pilotażowym zostanie objętych nie mniej niż 1 000 świadczeniobiorców. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zostało podpisane w dniu 31.12.2021 r. Nabór wniosków na realizację świadczeń z wykorzystaniem spirometrów elektronicznych rozpocznie się w pierwszej połowie stycznia 2022 roku.

II.12.2. Zmiana Rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2.

W związku z działaniami podejmowanymi w celu zapobiegania lub ograniczania szerzenia się i zwalczania COVID-19, w tym maksymalnemu zwiększaniu wydajności systemu opieki zdrowotnej zaproponowano aby w przypadku pacjentów powyżej 60 r.ż., skierowanych do odbycia izolacji w warunkach domowych, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, nie później niż w trzeciej dobie odbywania tej izolacji **udzielił pacjentowi porady, podczas której na podstawie badania fizykalnego dokonuje oceny stanu zdrowia pacjenta.** Porada lekarska w przypadkach uzasadnionych stanem klinicznym odbywa się w formie wizyty domowej. Proponowana regulacja ze względu na znaczny wzrost zakażeń, jak również zwiększającą się liczbę pacjentów hospitalizowanych z powodu ciężkiego przebiegu choroby wzmocni opiekę przedszpitalną nad pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2, tym samym ułatwi dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie.

II.13. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Wzmocnienie potencjału Inspekcji do obsługi osób zakażonych SARS-CoV-2, w szczególności w zakresie szybkiego reagowania na pojawiające się zakażenia poprzez:

- wdrożenie nowych rozwiązań w zakresie obsługi cyfrowej obywateli poprzez dalszą automatyzację działań w zakresie prowadzonych dochodzeń epidemiologicznych – rozwój SEPIS (uruchomienie dodatkowych automatów, Voicebotów, przekierowań na samodzielne wypełnianie przez obywateli formularzy przy wykorzystaniu krajowych narzędzi autoryzacyjnych);
- zapewnienie ciągłości realizacji zadań w przyjętym standardzie 3 i 24 – godzinnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną poprzez realizację zadań przeciwepidemicznych w ramach tzw. „stacji wirtualnych” (celem wyrównania obciążenia stacji zadaniami oraz utrzymania krótkiego czasu na podejmowanie działań przeciwepidemicznych).

Wzmocniony nadzór nad ogniskami epidemicznymi COVID-19

- monitorowanie ognisk występujących w warunkach instytucjonalnych - szkoły, zakłady pracy itp.;
- Wzmocnienie prowadzenia dochodzeń epidemiologicznych w celu wyszukiwania osób z kontaktu i nakładania kwarantann (np. zaangażowanie dodatkowych zasobów kadrowych z innych pionów lub urzędów zewnętrznych).

Wzmocnienie programu sekwencjonowania genomu wirusa SARS-CoV-2

- w porozumieniu z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytutem Badawczym zaplanowano maksymalne zwiększenie liczby sekwencjonowaniach prób do 7000 prób na tydzień. Od 17.01.2022 r. planowane jest zwiększenie o 3,5 x liczby prób pozyskiwanych do sekwencjonowania z puli prób pobieranych losowo (3,8 x łącznie z próbkami celowanymi). Ostateczna liczba prób zebranych tygodniowo do sekwencjonowania po 17 stycznia 2022 r., będzie zmienna i zależna od bieżącej sytuacji epidemiologicznej. W chwili obecnej przy typowaniu i pozyskiwaniu prób do sekwencjonowania uwzględniane są przede wszystkim wytyczne ECDC;
- Utrzymanie bazy laboratoryjnej –w strukturach Państwowej Inspekcji Sanitarnej funkcjonuje obecnie 7 laboratoriów wykonujących sekwencjonowanie (w Olsztynie, Łodzi, Warszawie, Rzeszowie, Gorzowie Wielkopolskim, Katowicach i Gdańsku);
- Monitoring potrzeb i analiza możliwości analiza w zakresie możliwości dalszego poszerzenia programu sekwencjonowania, w tym angażowania kolejnych laboratoriów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Utrzymanie gotowości do prowadzenia badań przesiewowych w kierunku SARS-CoV-2. Zwiększenie liczby wykonywanych badań PCR oraz antygenowych

- W zależności od sytuacji epidemiologicznej prowadzenie badań przesiewowych w wybranych grupach zawodowych lub społecznych np.: w szkołach, placówkach opieki długoterminowej;
- Prowadzenie stałego monitoringu pracowników ferm norek;
- Aktywne wyszukiwanie przypadków np. poprzez testowanie osób w ogniskach zakażeń COVID-19 oraz wykonywanie badań przesiewowych w ogniskach zakażeń.

Utrzymanie zdolności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie kontroli przestrzegania obowiązujących nakazów, zakazów i obostrzeń

Kontrole przestrzegania obostrzeń sanitarno-epidemiologicznych przeprowadzane są przez pracowników terenowych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i realizowane są samodzielnie lub wspólnie z funkcjonariuszami Policji. Kontrole PIS dotyczą w przedsiębiorców, na których spoczywa obowiązek zapewnienia bezpiecznych warunków prowadzenia działalności w oparciu o obowiązujące przepisy. Liczba kontroli utrzymywana jest na zbliżonym poziomie, natomiast w razie potrzeby (np. zwiększony ruch klientów w placówkach handlowych przed świętami) działania są intensyfikowane, co ma przede wszystkim zmobilizować kontrolowane podmioty do zachowywania wyznaczonych standardów.

Kontrola spełniania wymagań wjazdowych osób przybywających do Polski (ochrona sanitarna granic)

Wszystkie osoby przylatujące do Polski są obowiązane wypełnić przed wejściem na pokład samolotu Kartę Lokalizacji Pasażera (KLP) poprzez dedykowaną stronę internetową. Następnie KLP są automatycznie dzielone poprzez serwer na 16 województw zgodnie ze wskazanym w karcie planowanym miejscem zamieszkania lub planowanym miejscem pobytu pasażera. W przypadku stwierdzenia – w trakcie przeprowadzanego z osobą zakażoną – wywiadu epidemiologicznego, że osoba ta podróżowała w ciągu ostatnich 14 dni samolotem, na podstawie numeru i daty rejsu stacje sanitarno-epidemiologiczne ustalają krąg osób narażonych i po przeprowadzeniu analizy ryzyka (miejsce zajmowane w samolocie, stan zaszczepienia) obejmują je kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym.

Kontynuowanie prowadzenia wzmocnionego nadzoru nad NOP po szczepieniu p/COVID-19 (współpraca z NIZP-PZH PIB oraz URPL)

Niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) stwierdzone po szczepieniach przeciw COVID-19 podlegają zgłoszeniu w formie elektronicznej do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Zgłoszenia są dokonywane przez lekarzy, felczerów oraz farmaceutów poprzez portal gabinet.gov.pl. Bieżące informacje dotyczących każdego przypadku zgłoszeń NOP są publikowane na rządowej stronie dedykowanej szczepieniom prowadzonym w ramach Narodowego Programu Szczepień Ochronnych przeciw COVID-19 pod adresem <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/niepozadane-odczyny-poszczepienne> w postaci codziennych raportów bieżących do pobrania. Zgłoszenia NOP są następnie analizowane i zestawiane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.

Zgłoszenia NOP mogą być również dokonywane przez samą osobę zaszczepioną lub jej opiekuna prawnego (w przypadku dzieci – rodzica) przez stronę URPL.

Kontynuowanie współpracy z Komisją Europejską w celu zwiększenia koordynacji środków ochrony zdrowia publicznego w kraju poprzez udział w procesie legislacyjnym dotyczącym utworzenia Europejskiej Unii Zdrowotnej, w tym:

- a) udział w spotkaniach Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia Unii Europejskiej (HSC – Health Security Committee) zajmujący się zagrożeniami dla zdrowia na poziomie UE, w tym analiza przekazywanych dokumentów, przekazywanie stanowiska Polski, dystrybucja i wymianę aktualnych informacji;
- b) udział w pracach Komitetu ds. Transgranicznych Zagrożeń Zdrowia, w tym analiza projektów aktów wykonawczych, uzgadnianie stanowiska kraju w zakresie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia publicznego.