



POLSKA W PANDEMII



LEWICA

**KSIĘGA BŁĘDÓW I ZANIECHAŃ
RZĄDÓW PIS**

RAPORT COVIDOWY

W rocznicę wypowiedzenia przez Premiera RP niezapomnianych słów, że „wirusa już nie trzeba się bać” „(...) jest słaby, już nam nie zagraża”, (...) jest w odwrocie” wypada podsumować miniony rok, a właściwie już półtorej roku, właśnie pod kątem walki z epidemią koronawirusa.

Za bezpieczeństwo epidemiczne kraju odpowiada Rząd! To Rząd posiada wszelkie narzędzia potrzebne do walki z każdym zagrożeniem zdrowotnym, jako jedyny posiada również pełną wiedzę na temat stopnia rozwoju epidemii. Na Rządzie spoczywa również obowiązek i odpowiedzialność zabezpieczenia kraju oraz profilaktyka, skierowana na konkretne zagrożenie. Dlatego za to, jak poradziłyśmy sobie z epidemią odpowiedzialność ponosi głównie Minister Zdrowia oraz Prezes Rady Ministrów.

Poważnie sygnały ostrzegawcze na temat epidemii pojawiły się już w grudniu 2019 r. Do chwili obecnej odnotowaliśmy w Polsce 3 fale epidemii, do których byliśmy w różnym stopniu przygotowani. Działania Rządu, a więc również całego Państwa, w tym Sanepidu oraz jednostek służby zdrowia można obiektywnie skategoryzować jako trzy grupy.

W grupie pierwszej będą działania które były podjęte w odpowiednim czasie i odpowiednim nasileniu, zatem zaliczyć do nich można:

1. Dość szybki „lockdown” na wiosnę 2020 r.;
2. Powołanie sieci szpitali jednoimiennych na wiosnę 2020 r.;
3. Przyjęcie rozwiązań związanych z telemedycyną w okresie nasilenia zagrożenia epidemicznego;
4. Pierwotny sposób wykonywania testów i raportowania o ich

wynikach, który nie zniechęcał społeczeństwa do wykonywania badań;

5. Włączenie się do systemu szczepień Unii Europejskiej;
6. Rozpoczęcie szczepień od grupy związanej z ochroną zdrowia, czyli medyków, personelu szpitali, oraz zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania dla organizacji punktów szczepień.

Kolejną grupą będą działania, które z perspektywy czasu niestety musimy ocenić jako negatywne, jednakże należy racjonalnie ocenić, że w chwili podejmowania decyzji nie było wystarczającej wiedzy, pozwalającej na podjęcie innej decyzji. Wskazać należy tu m.in.:

1. Nieadekwatny do zagrożenia, a przez to niezrozumiały dla społeczeństwa, zakres pierwszego „lockdownu” np. nakaz noszenia masek w lesie bądź innych miejscach odosobnionych, w których nie było bezpośredniego bliskiego kontaktu z innymi ludźmi;
2. Nieodpowiednio i nietransparentnie przeprowadzane zakupy m.in. masek |i respiratorów;
3. Niewydolny system testowania, który nie dawał prawdziwego obrazu rozwoju epidemii;
4. Utrzymywanie „teleporad” jako głównego sposobu opieki ambulatoryjnej w okresie znacznego obniżenia zagrożenia epidemicznego, pomiędzy między falami epidemii; Brak odpowiednich regulacji finansowych zachęcających do uruchamiania gabinetów w trybie stacjonarnym;
5. Niewłaściwe i niezgodnie z pierwotnymi założeniami wykorzystywanie utworzonych szpitali tymczasowych.

Ostatnią z grup będą działania, które należy ocenić jako niewłaściwe i nieadekwatne do stopnia zagrożenia epidemią koronawirusa. Należały do nich przede wszystkim:

Całkowite lekceważenie zagrożenia epidemią w styczniu, lutym i marcu 2020 r.

O tym, że rząd RP - zwłaszcza w początkowym, stadium pandemii - bagatelizował zagrożenie, każdy z nas słyszy z wielu stron od kilkunastu miesięcy. Nikt jednak nie zebrał w jednym miejscu wszystkich faktów z początku 2020 roku. A te wydają się być kluczowe dla dalszego rozwoju zagrożenia jakim szybko okazała się pandemia COVID-19. Poniższe kalendarium pokazuje jak bardzo przedstawiciele najwyższych władz państwowym ignorowały temat COVID-19 i jak wiele było działań, które należy uznać za markowanie aktywności i - mówiąc kolokwialnie - mieszanie społeczeństwu w głowach w temacie powagi sytuacji związanej z COVID-19. Bo tak należy nazwać absurdalne i wykluczające się wypowiedzi wysokich przedstawicieli władzy w okresie styczeń-luty oraz na początku marca 2020 roku.

Kalendarium – bagatelizowanie tematu COVID-19 w styczniu i lutym 2020

10 grudnia 2019 - Wei Guixian, 57-letnia sprzedawczyni krewetek na targu w Wuhan poczuła się źle i z objawami przeziębienia udała się do lekarza w lokalnej przychodni. To ta kobieta została w marcu 2020 uznana za „pacjentkę zero”

9 stycznia 2020 dotarły pierwsze informacje o zagrożeniu w Chinach. Tego samego dnia, zgodnie z zasadami jego funkcjonowania, powstał w Głównym Inspektoracie Sanitarnym zespół monitorujący sytuację epidemiologiczną. Od tego czasu działa on w sposób ciągły.

20 stycznia gwałtowny wzrost przypadków COVID-19 w Chinach (ponad 140 nowych przypadków)

22 stycznia na lotnisku Okęcie odbyło się spotkanie inspektorów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze służbami sanitarnymi, służbą medyczną i z przedstawicielami linii lotniczych LOT obsługującymi loty do Chin, w sprawie dalszych działań. Tego samego dnia odbyło się posiedzenie Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Szczepień Ochronnych, na którym został opracowany komunikat dla lekarzy i wytyczne do kwalifikowania przypadków podejrzenia o zakażenie koronawirusem.

23 stycznia pojawiła się informacja ECDC o możliwości przeniesienia zakażenia wirusem z człowieka na człowieka

24 stycznia – pojawiły się pierwsze przypadki chorych na COVID-19 w Europie (we Francji)

25 stycznia zebrał się sztab kryzysowy w Głównym Inspektoracie Sanitarnym w sprawie koronawirusa oraz koordynacji informacji pomiędzy MSZ, inspekcją sanitarną, lotnictwem, Urzędem Lotnictwa Cywilnego i wszystkimi innymi instytucjami związanymi z transportem osób z Chin. Również 25 stycznia nastąpiła koordynacja pomiędzy konsultantami w dziedzinie chorób zakaźnych oraz Głównym Inspektoratem Sanitarnym w zakresie transportu trzech obywateli z Chin do Polski.

28 stycznia nastąpiło spotkanie robocze w Rządowym Centrum Bezpieczeństwa i rozesłanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia komunikatu dotyczącego zasad postępowania do wszystkich świadczeniodawców poprzez systemy elektroniczne SZOI i inne. Również został wprowadzony przez Ministerstwo Zdrowia obowiązek monitorowania i raportowania stanu łóżek zakaźnych.

29 stycznia odbyło się posiedzenie zespołu zarządzania kryzysowego w Ministerstwie Zdrowia

29 stycznia Jarosław Pinkas, szef GIS powiedział o COVID-19: „Ten wirus, według obecnych danych, jest śmiertelny w niewielkim procencie, zbliżonym do śmiertelności grypy. Na gripę w zeszłym roku umarło 160 osób – mówił Jarosław Pinkas szef GIS tego samego dnia. Podczas tego samego wywiadu był także pytany o to czy PLL LOT powinny zawiesić rejsy do Chin. „Mnie się wydaje, że w tej chwili nie ma takiej potrzeby” – odpowiedział. Dzień później zapadła taka decyzja.

(<https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Szef-GIS-o-koronawirusie-wedlug-obecnich-danych-smiertelnosc-zblizona-do-tej-w-grypie,202290,14.html>)

30 stycznia – komunikat na stronie MZ „Jesteśmy przygotowani”

30 stycznia minister Łukasz Szumowski powiedział: „W tej chwili w Polsce większym problemem jest infekcja grypy oraz paragryp. To jest gros infekcji w Polsce. Jeśli nie mieliśmy kontaktu, bądź nie byliśmy w Chinach, te infekcje nie są infekcjami koronawirusa, tego z Chin”.

30 stycznia odbyło się posiedzenie Rządowego Centrum Zarządzania Kryzysowego. Został opublikowany apel prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Głównego Inspektora Sanitarnego do środowiska medycznego z prośbą o przekazywanie wiarygodnych informacji oraz została przekazana do stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz do Ministerstwa Infrastruktury i Urzędu Lotnictwa Cywilnego aktualizacja zasad postępowania z osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem w podróży lotniczej.

30 stycznia nastąpiło potwierdzenie transmisji z człowieka na człowieka

30 stycznia WHO decyduje się na wprowadzenie stanu zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym.

31 stycznia nastąpił audiomityng Komitetu Bezpieczeństwa Zdrowotnego Unii Europejskiej, w którym uczestniczyło również Ministerstwo Zdrowia. Przekazano ustalenia dotyczące bezpieczeństwa europejskiego. Także 31 stycznia, pierwsza próbka od pacjenta trafiła do PZH.

1 lutego – pierwszy zgon spowodowany COVID-19 poza Chinami (na Filipinach)

3 lutego w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów zebrał się zespół roboczy do spraw sytuacji epidemiologicznej związanej z koronawirusem.

4 lutego - liczba chorych przekroczyła 20 tysięcy, ponad 450 ofiar śmiertelnych.

4 lutego odbyło się posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia na temat koronawirusa

5 lutego została opracowana informacja dotycząca kwarantanny i nadzoru epidemiologicznego odnośnie do koronawirusa.

12 lutego w Sejmie w trakcie posiedzenia komisji zdrowia, która rozpatrywała informację rządu o rozprzestrzenianiu się koronawirusa Jarosław Pinkas mówił: „Wirus łatwo się rozprzestrzenia, ale wydaje się, że w tej chwili władze Chińskiej Republiki Ludowej, poprzez największą w historii kwarantannę, jednak doprowadzą do sytuacji, że nie będzie istotnego rozprzestrzenienia się wirusa i liczymy się z tym, że może nie będzie pandemii. Oczywiście to ‚może’ jest naszym wielkim marzeniem, ale to też w dużej mierze zależy od nas wszystkich”.

13 lutego wiceminister zdrowia wziął udział w spotkaniu ministrów zdrowia w Brukseli w związku z sytuacją dotyczącą rozprzestrzeniania się koronawirusa.

15 lutego – pierwsza ofiara śmiertelna COVID -19 w Europie.

19 lutego – raporty światowe donoszą: 75 tysięcy zakażonych COVID-19, 2 tysiące ofiar śmiertelnych.

21 lutego odbyło się posiedzenie Sztabu Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych w sprawie koordynacji działań wojska 4 w zakresie transportu Polaków z regionów zagrożonych.

22 lutego we Włoszech ogłoszono klastry potwierdzonych przypadków w Lombardii, Piemoncie, Wenecji Euganejskiej. To oznacza, że pojawiły się ogniska zarażenia.

23 lutego włoska Rada Ministrów zatwierdziła dekret z mocą ustawy, który wprowadza środki dotyczące powstrzymania i zarządzania sytuacją.

24 lutego - w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów spotkał się zespół roboczy do spraw sytuacji epidemiologicznej oraz odbyło się posiedzenie zespołu zarządzania kryzysowego w Ministerstwie Zdrowia z udziałem PLL LOT, Urzędu Lotnictwa Cywilnego w sprawie działań dotyczących również Polaków wracających z Włoch. Głos w sprawie COVID-19 zabiera premier Morawiecki

25 lutego – M. Dworczyk ogłasza: "Jesteśmy przygotowani niezależnie od skali zachorowań"

25 lutego zostało przesłane pismo do podmiotów leczniczych w sprawie

możliwości wystąpienia z wnioskiem o udostępnienie masek i kombinizonów z Agencji Rezerw Strategicznych. Jednocześnie przygotowano instrukcje i wytyczne w zakresie postępowania przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia i oddziały wojewódzkie NFZ. Jednocześnie Minister Zdrowia wysłał pismo do prezydencji Unii Europejskiej w sprawie pilnego spotkania ministrów zdrowia w celu przedyskutowania sytuacji epidemicznej w Europie.

26 lutego – minister zdrowia Łukasz Szumowski w RMF FM mówi: „Maseczki nie pomagają, nie zabezpieczają przed wirusem. Nie zabezpieczają przed zachorowaniem”

27 lutego – Jarosław Pinkas w wywiadzie dla „Dziennika Gazety Prawnej” mówi: “Kiedy mówimy, że się przygotowujemy, to opozycja od razu „A co żeście zrobili?”. Aż się boję to powiedzieć, ale powiem: wielu polityków, którzy posługują się koronawirusem jako elementem gry politycznej, powinno sobie włożyć lód do majtek.”

27 lutego w rozporządzeniu ministra zdrowia nowy koronawirus został włączony do wykazu chorób zakaźnych. Tego samego dnia odbyło się spotkanie Ministra Edukacji Narodowej z kuratorami i zostały przekazane wytyczne Inspekcji Sanitarnej dla szkół i dla rodziców. Tego samego dnia, czyli 27 lutego została podjęta decyzja przez wojewodę śląskiego o odbywaniu się Intel Extreme Masters w Katowicach bez udziału publiczności.

28 lutego odbyło spotkanie Premiera z wojewodami. Decyzją pana Premiera zalecono wojewodom wprowadzenie stanu podwyższonej gotowo-

ści jednostek ochrony zdrowia zgodnie z art. 30 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zobligowano do zorganizowania całodobowego działania laboratoriów Inspekcji Sanitarnej, do bieżącej analizy przez Inspekcję Sanitarną i Głównego Inspektora Sanitarnego ryzyk związanych z organizacją imprez masowych na terenie wszystkich województw oraz do wydawania zaleceń GIS wojewodom w sprawie imprez masowych. Jednocześnie zapadła decyzja Premiera o uruchomieniu rezerwy budżetowej w wysokości 100 mln zł na najbliższe działania związane z przygotowaniem się kraju do epidemii koronawirusa. Nastąpiło uruchomienie dodatkowych sześciu laboratoriów oraz dostarczenie do wszystkich tych laboratoriów testów na wirusa. Wysłane zostały przez NFZ kolejne zalecenia i aktualizacja tych zaleceń do wszystkich podmiotów leczniczych. Przekazany został do Sekretariatu Episkopatu Polski list Ministra Zdrowia z prośbą o odczytanie go we wszystkich kościołach. Mimo iż sytuacja zaczynała rozwijać się w niepokojącym kierunku nikt nie podjął decyzji o zamknięciu kościołów w celu ochrony zdrowia uczęszczających na msze wiernych, wśród których było przecież wielu seniorów.

1 marca został powołany w Narodowym Funduszu Zdrowia zespół do monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem przez podmioty lecznicze. Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia wydrukował i rozdystrybuował 100 tys. plakatów

4 marca – Ministerstwo Zdrowia podało informację o pierwszym przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce.

5 marca – Łukasz Szumowski mówi w Polsat News: „Nie spodziewam się gwałtownego wzrostu chorych na koronawirusa w Polsce, raczej dwóch, trzech kolejnych przypadków (...) Na razie sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest opanowana”.

9 marca. „Nie trzeba zamykać szkół” – powiedział w TVN24 rzecznik rządu Piotr Muller. „Jeżeli w danej szkole będzie ryzyko, to szkoła będzie zawieszala działalność. W przypadku uczelni podobnie. Na tę chwilę jeszcze nie ma potrzeby i miejmy nadzieję, że nie będzie, żeby odgórnie zamykać wszystkie uczelnie i szkoły” - mówił Muller. Słowa rzecznika rządu stały się nieaktualne już 11 marca. Tego dnia premier Mateusz Morawiecki na konferencji prasowej ogłosił, że trzeba zamknąć szkoły i przedszkola. I to natychmiast.

11 marca 2020 – Michał Dworczyk mówi prasie: **„Nikt nie był przygotowany na taką skalę problemu”**

12 marca 2020 r. W Polsce są 44 potwierdzone przypadki koronawirusa. Łukasz Szumowski w TVN24 mówi: “Prawdopodobnie za tydzień będziemy dochodzili do takiej liczby zarażonych jak w innych krajach, do tysiąca, miejmy nadzieję, że mniej”.

Powyższe kalendarium wskazuje na to, że władze Rzeczypospolitej w początkowej fazie pandemii COVID-19 niemal całkowicie zignorowały płynące z Chin zagrożenie. Działania rządu i podległych mu instytucji ograniczyły się do organizowania spotkań, z których nie płynęły żadne konkretne działania. Sposobu działania nie zmienił także fakt pojawienia się śmiertelnych przypadków COVID-19 w Europie. Kluczową datą

wydaje się tu być 30 stycznia 2020, gdy potwierdzono, że chiński wirus przenosi się z człowieka na człowieka. Dopiero tego dnia temat koronawirusa na swojej stronie internetowej zauważyło Ministerstwo Zdrowia. W zakładce „Aktualności” został zamieszczony wpis pt. „Jesteśmy gotowi”. Pod koniec lutego w radiowym wywiadzie minister Łukasz Szumowski przyznał, że – już w 2020 roku, gdy pandemia szalała już we Włoszech - był w tym kraju na nartach. Po powrocie poszedł do pracy. „Ani się nie przebadałem, ani się nie zbadałem, nie poszedłem na kwarantannę – poszedłem do pracy i kontrolowałem swój stan – aczkolwiek to był jeszcze czas, kiedy nie było tzw. czerwonej strefy we Włoszech” – przyznał w RMF FM minister Szumowski.

Takie postępowanie ministra zdrowia, uzupełnione o jego wypowiedzi, w których wyśmiewa potrzebę noszenia maseczek i podważa ich skuteczność, a także utrzymywanie społeczeństwa w przeświadczeniu, że koronawirus nie rozprzestrzeni się w Polsce, świadczą o całkowitym bagatelizowaniu sprawy i mogły się w znaczny sposób przyczynić do rozwoju pandemii koronawirusowi na terenie Polski. Sytuacji nie pomogą też sprzeczne wypowiedzi przedstawicieli rządu, którzy jednego dnia przekonywali społeczeństwo, że określone działania nie będą potrzebne, by kilkanaście godzin później je wprowadzić. Istnieje wielkie prawdopodobieństwo, że chaos informacyjny mógł doprowadzić do szerzenia się pandemii w Polsce na początku 2020 roku.

Brak działań służących przygotowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia do nadejścia epidemii choroby zakaźnej o tak dużym zasięgu

Zła komunikacja społeczna

Rząd Mateusza Morawieckiego zaczął przegrywać walkę z epidemią koronawirusa już na starcie, ponieważ pomylił komunikację społeczną z propagandą. Polityczna kalkulacja wzięła górę nad walką o zaufanie społeczne, które tak bardzo potrzebne jest do współpracy społeczeństwa w przestrzeganiu obostrzeń oraz z wyrzeczeniami z nimi związanymi. Sprzeczne komunikaty poszczególnych członków rządu, to schemat zarysowany już na początkowym etapie przygotowań do nadejścia pandemii, który trwa do dziś. Jeszcze przed potwierdzeniem pacjenta „0” w Polsce, poszczególni członkowie obozu władzy zamiast postawić na uczciwą i szczerą komunikację, opowiadali bajki o tym, ile to nasz kraj może zyskać na szalejącym już w różnych częściach świata koronawirusie. Kiedy już było jasne, że pandemia Polski nie oszczędzi ci sami ludzie, członkowie tego samego rządu, zrobili zwrot o 180 stopni i zaczęli mówić o potrzebie społecznej odpowiedzialności i solidarności. Symbolem tej wolty jest Minister Zdrowia Łukasz Szumowski, wpierw twierdził, iż „maseczki nie chronią przed koronawirusem”, dwa miesiące później Polki i Polacy mieli obowiązek ich noszenia.

Pomimo tych wpadek rządzący w pierwszych tygodniach pandemii otrzymali spory kredyt zaufania społecznego, ale nie spłacili go, min. dlatego, że w odpowiednim momencie nie potrafili uczciwie powiedzieć, że jest źle, ale cały czas grali propagandą sukcesu. Ile razy po zakończonej konferencji rządu w sprawie pandemii można było powiedzieć: jestem dobrze poinformowany, wiem co się dzieje i mam poczucie, że jest plan? Nigdy! Taki stan miał miejsce od początku pandemii, aż do dziś. Brak wiarygodności rządu w społeczeństwie w związku z pandemią skutkuje przede wszystkim rosnącą liczbą osób, które nie chcą przestrzegać obo-

strzeń, a także kłopotami w przekonaniu tej części społeczeństwa, która ma wątpliwości czy się szczepić.

Najlepszy PR to dobre zarządzanie wsparte dobrą komunikacją. Rząd postawił na propagandę, aby przykryć braki w zarządzaniu kryzysowym, z którym miał kłopoty na każdym etapie walki z pandemią. Oczywiście jest, że w sytuacji walki plany się zmieniają, ale można dostosowywać się do sytuacji, o ile ma się dobre zaplecze, przygotowane zasoby materiałowe i ludzkie. A i tu rząd Zjednoczonej Prawicy zdecydowanie pokpił sprawę.

Brak strategii na czas kryzysu

Epidemia koronawirusa pokazała, że rząd nie miał przygotowanych żadnych scenariuszy związanych z reakcją państwa na tego typu kryzysy. Zresztą zmiana na stanowisku ministra zdrowia pokazała, że w trakcie pandemii, żadna strategia walki z nią nie powstała również w trakcie jej trwania. Adam Niedzielski miał odziedziczyć po Łukaszu Szumowskiem tego typu plany, ale zdaje się, że zostały zamknięte w szafie, do której klucz został zgubiony. Pandemia nie pojawiała się w Polsce nagle, było o niej słyhać od tygodni, był czas na przygotowania. Nikt z tego czasu rzetelnie nie skorzystał.

Brak strategii zaowocował nieprzygotowaniem jakichkolwiek rezerw w zakresie personelu, sprzętu oraz bazy szpitalnej. Nie podjęto wysiłku przygotowania do niej personelu ochrony zdrowia, tworzeniu rezerw kadrowych czy też przynajmniej próby dostarczenie odpowiedniej wiedzy o chorobie do osób, które staną na pierwszej linii frontu: lekarzom rodzinnym czy pracownikom SOR-ów. Nie zidentyfikowano wąskich gar-

deł systemu, który miał pomóc w rozpoznaniu osób zakażonych oraz ich izolacji w domach. Nie sprawdzono czy laboratoria mają odpowiednią liczbę pracowników, odczynników oraz zapasy sprzętu do pracy ciągłej przez wiele tygodni, Sanepid, który miał kierować obywateli na kwarantannę, ugiął się pod przekazanym mu zadaniem. Wpływ na tę sytuację miało wieloletnie niedofinansowanie tej instytucji oraz braki kadrowe. Obywatele wielokrotnie mieli problem z dodzwonieniem się do Sanepidu, czy też z szybkim otrzymaniem dokumentów.

Nieprzygotowane szpitale, braki kadrowe

Szpitale od początku walki z pandemią skarżyły się na braki personelu oraz sprzętu ochronnego oraz przede wszystkim respiratorów. Respiratorów, z których nie wszystkie dojechały na czas, nie wszystkie działały prawidłowo. Brak było szkoleń dla osób, które mogłyby obsługiwać tego typu urządzenia. Cała organizacja pracy szpitali opierała się na mylnym założeniu, iż personel ochrony zdrowia nie będzie się zaraził, że decyzją administracyjną można po prostu przenieść część personelu do walki z COVID-19 i on nie będzie miał styczności z resztą obsady szpitala.

Chaos prawny

Od pierwszych dni nie podjęto również działań legislacyjnych, które stanowiłyby podstawę prawną do ogłoszenia stanu epidemiologicznego, co zrodziło ogromny chaos prawny, który trwa do dziś. W konsekwencji sądy umarzają nakładane przez policję mandaty, a praca zdalna, na którą Polki i Polaków wysyłał premier, do dziś nie została uregulowana w Kodeksie Pracy.

Doświadczenia poprzednich udokumentowanych epidemii pokazują, iż najważniejszą bronią w walce z tego typu plagą są szczepienia. Od początku podjęto intensywne prace nad opracowaniem tego typu preparatów, jednakże nikt w rządzie nie sprawdził otoczenia prawnego związanego z ochroną patentową szczepionek. Członkowie rządu odpowiedzialni za pandemię dopiero styczniu 2021 r. zetknęli się z informacjami o możliwości zawieszenia prawa patentowego i przyznaniu tzw. licencji przymusowej. Źródłem tej wiedzy byli parlamentarzyści Lewicy, którzy przekazali tę informację na spotkaniu konsultacyjnym w sprawie walki z pandemią. To wszystko pokazuje, iż w początkowej fazie kryzysu nie słuchano głosu specjalistów, a decyzje, które były podporządkowane w pierwszej kolejności politycznej kalkulacji, podejmowano ad hoc.

Upolitycznienie pandemii

Pierwsze miesiące pandemii w Polsce i podejmowane przez rządzących decyzje były całkowicie upolitycznione i podporządkowane rozpoczynającej się wówczas kampanii prezydenckiej. Wszystkie niemal działania odbywały bez udziału lekarzy i ekspertów z dziedziny epidemiologii. Lekarzy zastąpili w tym zakresie politycy. Musiało to doprowadzić do tego, że zamiast kierować się argumentami naukowymi, kierowano się argumentami politycznymi, które siłą rzeczy stoją w opozycji to tego, co na temat możliwości i faz rozwoju epidemii mówią fakty medyczne. Specjaliści wielokrotnie podkreślali, że pandemią powinien się zajmować jeden, konkretny, niepolityczny ośrodek decyzyjny. Proponowali, by była to jedna osoba odpowiedzialna z zespołem specjalistów (epidemiologów), osób od organizacji ochrony zdrowia. Argumentowano, że tą osobą nie może być ani Prezes Rady Ministrów, ani szef KPRM, ani minister zdro-

wia itp. Bo walka z pandemią jest tylko częścią działalności i zawodowych obowiązków ww. osób czy urzędów. Ponadto kompetencje ww. osób nie zawsze pozwalają na profesjonalne podejście do - wysoce specjalistycznego i stricte medycznego przecież - tematu pandemii. Osoby niebędące lekarzami to laicy, nie są merytorycznie przygotowane do oceny sytuacji pandemicznej, co może skutkować podejmowaniem błędnych decyzji. W Niemczech, które były skuteczne w pierwszej fali pandemii, najistotniejszą rolę w budowaniu strategii walki i działań także odegrali naukowcy, zwłaszcza wirusolodzy. W Polsce byli to politycy. A pandemia zbiegła się w czasie kampanią prezydencką, w której brał - popierany przez ich osób polityczny – kandydat. Taka sytuacja to klasyczny konflikt interesów. Zdrowie Polek i Polaków nie może konkurować z kampanią wyborczą. A z tym niewątpliwie mieliśmy do czynienia przez długie miesiące.

„Decyzje Ministerstwa Zdrowia związane z pandemią w ogóle nie są i nie były konsultowane z Naczelną Izbą Lekarską” – mówił w prasowym wywiadzie rzecznik Naczelnej Izby Lekarskiej, Rafał Hołubicki. Izba od samego początku pandemii postulowała, by jej specjaliści byli członkami sztabów zarządzania kryzysowego na poziomie krajowym i wojewódzkim oraz, by ich głos miał realny wpływ na podejmowane przez rząd decyzje. Strona rządowa zignorowała jej apele. „Władze nadal nas nie słuchają. Od początku pandemii formalnie ani razu nasze stowarzyszenie i jego członkowie nie byli zaproszeni do konsultacji działań związanych z walką z COVID-19 – powiedział w rozmowie z Oko.press prof. Robert Flisiak, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Konfrontacji z faktami nie wytrzymały też zapewnienia resortu zdrowia, że jest on w stałym kontakcie z ekspertami. Oko.press pisało: „Konsultant krajowy ds. epidemiologii, prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz, oprócz zapytań i próśb eksperckich jakie do niej

czasami trafiały, tylko RAZ brała udział w spotkaniu sztabu kryzysowego. Prof. Andrzej Horban, konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych, z którym – według rzecznika MZ – ministerstwo miało „kontakt praktycznie stały”, twierdził, że ANI RAZU nie brał udziału w sztabach kryzysowych w sprawie pandemii. Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, dr Grzegorz Juszczak przyznawał, że dostawali wiele zapytań z Ministerstwa Zdrowia w sprawie pandemii i przygotowywali odpowiedzi na nie, ale zaznaczał „trudno to jednak nazywać konsultowaniem”. Nie brali udziału w podejmowaniu decyzji”. (<https://oko.press/eksperci-oto-15-razacych-bledow-rzadu-w-walce-z-koronawirusem/>)

O tym, że rząd nie chciał słuchać niezależnych ekspertów, świadczy także fakt rozwiązania Rady Naukowej przy ministrze zdrowia. Doszło do tego nagle, w połowie maja 2020 roku. W samym środku kampanii prezydenckiej. Minister Łukasz Szumowski rozwiązał naukowe ciało składające się z 40 specjalistów, medyków z dorobkiem i doświadczeniem. Dopiero 19 października 2020 roku premier Morawiecki poinformował, że przy rządzie powstaje rada ekspertów, której zadaniem będzie wspierać władze w walce z epidemią. Na jej czele stanął prof. Andrzej Horban. Pierwsze stanowisko Rady Medycznej przy Premierze RP datowane jest 23 listopada 2020 roku, czyli ponad 10 miesięcy po wprowadzeniu przez WHO stanu zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym.

Najbardziej brzemienne w skutkach błąd - brak przygotowań do drugiej, jesiennej fali epidemii

Rząd, podporządkował swoją politykę do obowiązującego przekazu, jaki PiS prezentował w czasie prezydenckiej kampanii wyborczej. Z jednej strony chciał pokazywać się jako ten, który ma za sobą zwycięską walkę z pandemią, a z drugiej podtrzymywał swoją narrację, że zagrożenie minęło i wirus już Polsce i Polakom nie zagraża. W efekcie zaniechał działań przygotowawczych do kolejnej fali pandemii. Premier Mateusz Morawiecki, zaangażowany w kampanię wyborczą Andrzeja Dudy, skupiał się na objeździe kraju, wręczaniu symbolicznych czeków i prowadzeniu agitacji na rzecz swojego kandydata. Później, jak zwracało uwagę wielu publicystów: „władza marnowała czas na spory w Zjednoczonej Prawicy, przeciągając się rekonstrukcją rządu i walkę z LGBT”. Premier pochłonięty wymienionymi wyżej sprawami nie słuchał ekspertów, którzy apelowali chociażby o przeprowadzenie analizy wydolności szpitali przed ich przekształceniem w jednostki wyznaczone do walki z koronawirusem. W efekcie nie przeprowadzano na przykład na szeroką skalę analiz dotyczących dostępu szpitali do tlenu, jakości i przepustowości instalacji do jego dostarczania do poszczególnych sal i pojedynczych łóżek. Brak było też dokładnych danych, ile mamy w zasobach sprawnych respiratorów i innego niezbędnego sprzętu.

Prezes Polskiej Akademii Nauk profesor Jerzy Duszyński mówił w październiku w jednym z wywiadów, że sytuacja w Polsce „jest niezwykle poważna”. Dodawał, że już od miesięcy PAN ostrzegała przed zaostreniem sytuacji pandemicznej, a zespół jej ekspertów opublikował coś w rodzaju poradnika na temat kryzysu. „Ale nikt nie chciał nas słuchać” - powiedział profesor Duszyński. Ze swoją analizą stanu faktycznego podzielił się z senatorami, ale przez Ministerstwo Zdrowia, czy też premiera nie został nigdy zaproszony. Jego zdaniem nikt publicznie nie wie, według jakich strategicznych zaleceń działali decydenci.

Do innych zaniechań należy też dopisać brak planu opieki nad pacjentami w razie przekształcenia poszczególnych oddziałów w oddzia-

ły „covidowe”. Bardzo szybko okazało się, że nie każdy szpital był przystosowany do tego, żeby przyjąć pacjenta z koronawirusem, nie narażając personelu i innych pacjentów szpitala na zarażenie się wirusem. Z pomocą miały przyjść szpitale tymczasowe. Ich budowa często zaczynała się zbyt późno. Brak odpowiednio wcześniej zaplanowanej polityki kadrowej sprawiło, że nawet jeśli takie placówki powstały, to i tak nie mogły w pełni działać ze względu na brak odpowiedniego personelu. Najczęściej wskazywanym przykładem takiego nieprzygotowania był Szpital Tymczasowy na Stadionie Narodowym. Według zapewnień władz, miało tam być umiejscowionych 1200 łóżek. Tyle, że w szczycie trzeciej fali nie uruchomiono nawet połowy z nich.

Zmiana strategii z koncepcji szpitali jednoimiennych na koncepcję objęcia obowiązkiem leczenia COVID 19 praktycznie wszystkich szpitali w Polsce

Do września 2020 roku głównymi placówkami, które zajmowały się pacjentami z koronawirusem były szpitale jednoimienne, czyli takie, które dedykowane były tylko dla zakażonych COVID-19. Nowa strategia walki z pandemią zmieniła system zabezpieczenia szpitalnictwa. Zgodnie z założeniami strategii, lecnictwo szpitalne dla pacjentów z koronawirusem zostało podzielone na trzy poziomy. Najważniejszym elementem nowego rozwiązania było odejście od koncepcji szpitali jednoimiennych i utworzenie trzech poziomów zabezpieczenia szpitalnego. Prof. Robert Flisiak, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych mówił w rozmowie z „Dziennikiem Gazetą Prawną”, że teoretycznie wszystkie szpitale musiały mieć łóżka izolacyjne. Jednak większość szpitali zadeklarowała je w minimalnej wy-

maganej ilości, ale często nawet i to okazywało się fikcją, ponieważ nie spełniały one standardów izolacji. Zdaniem wielu ekspertów szpitale celowo nie chciały ich spełniać, ponieważ jest to kosztowne, a i tak nikt nie weryfikował deklaracji szpitali.

Takie podejście szybko zaczęło przynosić dramatyczne efekty. Szpitale, które do tej pory praktycznie nie miały styczności z chorymi na COVID-19, nie miały też wypracowanych żadnych procedur, które pomogłyby uchronić się przed niekontrolowanym rozprzestrzenianiem wirusa. W placówkach, które nagle musiały zacząć przyjmować zakażonych pacjentów, brakowało śluz, izolatek, wystarczających zapasów tlenu, a co najważniejsze, brakowało odpowiednio przygotowanej kadry medycznej. W efekcie, wirus rozprzestrzeniał się w niekontrolowany sposób i przenosił się zarówno na innych pacjentów znajdujących się w szpitalu, jak i na personel medyczny. Dyrektor szpitala w Częstochowie mówił na antenie TVN24, że W Zespole Szpitali Miejskich w Częstochowie stwierdzono zakażenie koronawirusem u 49 osób z personelu oraz kilkunastu pacjentów. W sumie sparaliżowane zostały cztery oddziały. Najbardziej ucierpiał blok operacyjny - na 16 pracowników 10 jest chorych na COVID-19. W związku z tym operacje zostały przesunięte, odbywają się tylko te ratujące życie.

Po likwidacji szpitali jednoimiennych niemal natychmiast pojawił się też problem z miejscami w szpitalach i z personelem, który mógłby zająć się dodatkowymi pacjentami. "Nie zwiększymy liczby lekarzy. Nie wyobrażam sobie, skąd mam wziąć więcej lekarzy zakaźnych" mówiła w radiu RMF FM dr Agnieszka Misiewska-Kaczur, p.o. wicedyrektora ds. medycznych Szpitala Śląskiego w Cieszynie. Z raportu przygotowanego

przez Office for National Statistics, brytyjską agencję rządową odpowiedzialną za zbieranie i udostępnianie informacji statystycznych wynika, że skumulowana nadwyżka śmiertelności, czyli tzw. nadmiarowych zgonów, wyniosła w Polsce 11,6 proc. powyżej średniej z lat 2015–2019. Co oznacza, że w wyniku zapaści służby zdrowia zmarło w Polsce około 90 tysięcy osób, które prawdopodobnie żyłyby nadal, gdyby mogły liczyć na odpowiednią opiekę lekarską.

**Liczba nadmiarowych zgonów,
wyniosła w Polsce**

11,6 %

powyżej średniej z lat 2015–2019.



Oznacza to, że w wyniku zapaści
służby zdrowia zmarło w Polsce

około 90 tysięcy osób,

które prawdopodobnie żyłyby
nadal, gdyby mogły liczyć na
odpowiednią opiekę lekarską.

Chaotyczne i niekonsekwentne działania wobec personelu medycznego w okresie pandemii. niesprawiedliwy podział na "lepszego" i "gorszego" personel szpitalny

Na brak jasnej strategii w zakresie walki z pandemią oraz chaos związany z przekształceniem szpitali jednoimiennych nałożyły się również chaotyczne i niekonsekwentne działania podejmowane przez rząd wobec personelu zatrudnionego w jednostkach medycznych. Najwięcej niejasności i kontrowersji wywołał proces przyznawania przez Ministerstwo Zdrowia tzw. dodatków "covidowych", przyznawanych na niejasnych i niesprawiedliwych zasadach, co w konsekwencji prowadziło do ich uznaniowości i konfliktów wewnętrznych w samym środowisku medycznym. Olbrzymie wątpliwości budził już sam sposób wprowadzenia tych dodatków. Zasady ich przyznawania zostały bowiem określone w znowelizowanej przez rząd ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, następnie rozszerzone przez polecenie ministra zdrowia z 4 września 2020 roku. Zgodnie z zapisami ustawy (art. 47), pracownikom podmiotów leczniczych, osobom wykonującym zawody medyczne oraz tym, którzy do pracy przy zwalczaniu epidemii zostali skierowani poleceniem wojewody, przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200 proc.

Dodatkowo we wspomnianym już poleceniu, Minister Zdrowia przyznał dodatki w wysokości 100 proc. pensji lekarzom zatrudnionym w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia covidowego, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem zakażenia lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19, lekarzom zatrudnionym na SOR-ach, izbach przyjęć oraz zespołach ratownictwa medycznego, a także diagnostom, zatrudnionym w laboratoriach umieszczonych na wykazie Ministra Zdrowia, zlokalizowanych w szpitalach I, II i III poziomu zabezpieczenia

covidowego.

Na tak niejasny sposób sformułowania przepisów skarżyli się dyrektorzy szpitali, którzy mieli obowiązek sporządzić imienne listy personelu uprawnionego do pobierania dodatków covidowych. Skarżyli się oni na problemy z interpretacją zarówno zapisów ustawy, jak i polecenia ministra, wyrażając obawy przed tym, że przy takich rozbieżnościach interpretacyjnych, Narodowy Fundusz Zdrowia może zakwestionować decyzję o przyznaniu dodatkowego wynagrodzenia poszczególnym pracownikom i nakaże zwrot wypłaconych środków przez szpital. Wątpliwości dotyczyły przede wszystkim pracowników medycznych zatrudnionych na oddziałach niecovidowych, ale mających kontakt z pacjentami z potwierdzonym zakażeniem COVID-19. W takich wypadkach szpitale przyjmowały wewnętrzne interpretacje przepisów - niektóre traktowały je rozszerzająco, inne zawężyły listę pracowników, którym przysługiwał dodatek, do minimum.

Jednak najbardziej bulwersującą i niesprawiedliwą kwestią, nie podlegającą żadnym rozbieżnościom interpretacyjnym, było kompletne pominięcie w procesie przyznawania dodatków "covidowych" przez rząd i Ministerstwo Zdrowia tzw. pracowników niemedycznych. System dodatków skonstruowany przez rząd kompletnie pominął więc olbrzymią rzeszę pracowników ochrony zdrowia. Salowe, noszowi, sanitariusze, pracownicy transportu medycznego - to pracownicy, którzy formalnie nie wykonują zawodów medycznych, ale ich praca jest niezbędna dla prawidłowego procesu leczenia. Co więcej, charakter tej pracy sprawia, że są oni narażeni na zakażenie COVID-19 w takim samym stopniu, jak pracownicy medyczni - lekarze czy pielęgniarki. W efekcie to właśnie rządzący, którzy niejednokrotnie podkreślali zasługi pracowników ochrony zdrowia w walce z pandemią, własnoręcznie dokonali podziału całego środowiska na personel szpitalny "pierwszej" i "drugiej" kategorii. Na

tych, których poświęcenie w walce z COVID-19 zasługuje na dodatkowe docenienie i na tych, którzy powinni zadowolić się samymi brawami od rządzących.

I choć Ministerstwo Zdrowia nigdy nie podało oficjalnej przyczyny wprowadzenia tego podziału, to jego przedstawiciele przyznają, że resort nawet nie dysponuje danymi na temat liczby pracowników niemedycznych zatrudnionych w polskich szpitalach. - *Podczas jednego z posiedzeń Komisji Zdrowia usłyszeliśmy rzecz wstrząsającą – Ministerstwo Zdrowia poinformowało wprost, że nie wie, ilu pracowników niemedycznych, ile salowych pracuje w polskich szpitalach, nie wie, ilu z tych pracowników zatrudnionych jest na zasadzie outsourcingu, nie wie, ile salowych zatrudnionych przez firmy zewnętrzne zachorowało i umarło z powodu COVID-19* - komentował Senator Wojciech Konieczny z Lewicy. - *Osoby, które ryzykują zdrowiem na pierwszej linii frontu walki z koronawirusem, dla resortu nie zasługują nawet na to, żeby je policzyć* - dodawał Konieczny. Ten sam, który złożył poprawkę, która sprawę miała uregulować. Zakładała objęcie wszystkich pracowników medycznych szpitali 100% dodatkiem. Parlament ją przyjął i poprawka uzyskała podpis prezydenta. Tyle, że poprawka nigdy nie weszła w życie. Stało się tak, bo tekst nie został opublikowany w Monitorze Polskim. Sejm zgłosił nową ustawę, która już opublikowano. W międzyczasie Minister Niedzielski wydał polecenie o dodatkach w wysokości 100% z mocą od pierwszego lutego. Do tego dnia dodatek w oddziałach covidowych wynosił 50%.

Pod presją opozycji oraz związków zawodowych, rząd w maju 2021 roku zdecydował się przyznać jednorazowy dodatek dla pracowników niemedycznych w wysokości 5000 zł brutto.

Niejasne zmiany w systemie prawnym, które nie zabezpieczały personelu medycznego przed konsekwencjami prawnymi, wynikającymi z realizacji narzuconych obowiązków

W pandemii lekarz winny był podwójnie, urzędnik miał pozostać bezkarny. Chaos decyzyjny oraz brak konsekwencji i wewnętrznej logiki - tylko w taki sposób można opisać podejście oraz działania rządu i Ministerstwa Zdrowia wobec personelu medycznego w trakcie trwania pandemii COVID-19. Rażącem przykładem takiego działania było wprowadzenie niejasnych zmian w systemie prawnym, które nie tylko w żadnym stopniu nie zabezpieczały personelu medycznego przed ewentualnymi konsekwencjami prawnymi, będącymi następstwem realizacji obowiązków narzuconych przez stronę rządową, ale wręcz skutkowały zaostreniem kar i zakresu odpowiedzialności za nieumyślne błędy medyczne.

Mowa rzecz jasna o nowelizacji art. 37a Kodeksu Karnego, dotyczącej zaostrenia kar m.in. za nieumyślne spowodowanie śmierci, które dotyczą również błędów w sztuce medycznej. Artykuł ten wskazuje, że w przypadku przestępstw zagrożonych tylko karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat (czyli m.in. nieumyślnego spowodowania śmierci), wobec których sąd chciałby wymierzyć karę nie surowszą niż rok, może zamiast tej kary orzec karę ograniczenia wolności nie niższą od 3 miesięcy albo grzywnę nie niższą od 100 stawek dziennych.

W praktyce ta nowelizacja oznacza, że w przypadku popełnienia przez lekarza błędu medycznego skutkującego nieumyślnym spowodowaniem śmierci, sąd ma bardzo ograniczone możliwości wymierzania kary grzywny lub ograniczenia wolności zamiast kary pozbawienia wolności. Przepis ten został wprowadzony z inicjatywy ministra sprawiedliwości niejako tylnymi drzwiami podczas prac nad czwartą odsłoną rzą-

dowej tarczy antykryzysowej. Tzw. tarcza 4.0, czyli Ustawa z 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1086), formalnie nie była przeznaczona do dokonywania jakichkolwiek zmian w kodeksie karnym, bez konsultacji publicznych. Rząd, swoim zwyczajem, wykorzystał okazję do tzw. wrzutki legislacyjnej.

Wprowadzenie nowego brzmienia przepisów dotyczących odpowiedzialności karnej lekarzy wywołało zdecydowane protesty ze strony środowisk medycznych. Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich wystosowała do rządu apel o uchylenie nowelizacji, pod którym obok Naczelnej Izby Lekarskiej podpisało się 70 towarzystw medycznych.

Zarówno samorząd lekarski, jak i lekarskie związki zawodowe przestrzegały rząd przed negatywnymi skutkami zarówno dla samych medyków, jak i pacjentów. Ich zdaniem zwiększona odpowiedzialność karna będzie wywierała efekt mrozący, co oznacza, że lekarze będą się bali podejmowania ryzykownego leczenia lub przeprowadzania trudnych operacji, które nierzadko ratują życie pacjentom. Środowisko medyczne zwracało również uwagę na szczególny charakter walki z pandemią koronawirusa, w którego leczeniu nierzadko wykorzystuje się eksperymentalne metody leczenia i opieki nad pacjentami. - *Zaostrzenie odpowiedzialności personelu medycznego prowadzi do zmniejszenia dostępności usług medycznych związanych z dużym ryzykiem, do zwiększenia kosztów ochrony zdrowia i do dalszego obniżania zaufania we wzajemnych relacjach pacjentów z lekarzami i innymi pracownikami ochrony zdrowia* - czytamy w apelu Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich.

Przedstawiciele środowisk medycznych powoływali się również na przykłady innych państw, w których ustawodawca - ze względu na

szczególne okoliczności walki z pandemią COVID-19 - zdecydował się na zawieszenie odpowiedzialności karnej lekarzy. Dobrym przykładem mogą być Stany Zjednoczone, gdzie 27 marca 2020 roku weszła w życie ustawa (tzw. CARES Act), w której zagwarantowano immunitet personelowi medycznemu, biorącemu udział w walce z koronawirusem.

Przy tej okazji przedstawiciele środowisk medycznych zwracali uwagę, że polski rząd przy nowelizacji przepisów dotyczących odpowiedzialności karnej lekarzy, kierował się zupełnie odwrotną niż przy wprowadzaniu przepisów dotyczących bezkarności urzędników i funkcjonariuszy publicznych. W tzw. tarczy 2.0 znalazły się bowiem zapisy, które wprost zwalniały z odpowiedzialności karnej funkcjonariuszy publicznych, którzy dopuściliby się przekroczenia uprawnień, niedopełnienia obowiązków lub niegospodarności w działaniach związanych ze zwalczaniem skutków COVID-19. Uzasadnieniem dla tak szeroko rozumianej bezkarności urzędniczej miałyby być szczególna sytuacja związana z pandemią koronawirusa.

Widać więc wyraźnie, że w projektowaniu prawa na okoliczności pandemii COVID-19, rząd Mateusza Morawieckiego działał nie tylko pod prąd rozwiązaniom przyjmowanym w innych krajach, ale nie kierował się żadną logiką wewnętrzną, wyłączając odpowiedzialność urzędników za decyzje podejmowane podczas pandemii - np. zakupy w przetargach, a nie chroniąc personelu medycznego, ratującego życie i zdrowie pacjentów.

Zmiana systemu testowania, która zakładała narzucenie kwarantanny w momencie zlecenia testu

Kwarantanna jest nakładana automatycznie z chwilą wystawienia przez lekarza pierwszego kontaktu skierowania na test w kierunku SARS-

-CoV-2 i powinna się zakończyć z chwilą uzyskania negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, nie później jednak niż po upływie 10 dni od dnia następującego po dniu skierowania do wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 – tak brzmi par. 5 ust. 5 rozporządzenia ministra zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego.

Według tego zapisu negatywny wynik testu oznacza, że osoba nie podlega kwarantannie. Niestety szybko się okazało, że łatwo jest automatycznie nałożyć kwarantannę, trudniej jest ustalić, kto ma kompetencję, żeby wykreślić osoby z rejestru, jeśli wynik testu okazał się negatywny, taka osoba traciła jednocześnie prawo do zasiłku chorobowego i ZUS mógł odmówić wypłaty tego świadczenia. W efekcie wielu Polaków unikało testów, bojąc się utraty zarobków. Na ten problem zwracało uwagę wielu ekspertów od prawa pracy. Michalina Kaczmarczyk, radca prawny z kancelarii Raczkowski tłumaczyła dla portalu Prawo.pl, że osoba, która uzyskała negatywny wynik testu, może obawiać się pójścia do pracy i w konsekwencji jej nie świadczy - jeżeli wiąże się ona z koniecznością udania się do zakładu pracy – a pracodawca nie ma podstaw do wypłaty wynagrodzenia za ten okres. W ten sposób taka osoba może zostać pozbawiona środków do życia – podkreślała mec. Kaczmarczyk.

Należy odnotować również fakt, że każdy, kto miał obowiązek kwarantanny, a po tym jak okazał się zdrowy nie miał decyzji o zdjęciu z niego obowiązku izolacji, nie mógł opuszczać swojego miejsca zamieszkania, bo za takie zachowanie groził jej mandat. Obawa przed testami

narażała nas wszystkich na zetknięcie się z niekontrolowanym rozprzestrzenianiem się wirusa. W grudniu w rozmowie z PAP dr hab. Ernest Kuchar zwracał na ten problem uwagę mówiąc, że brak chęci Polaków do testowania zaniżał dobowe liczby nowych zakażeń na SARS-CoV-2. Jak wskazywał „Wiele osób, szczególnie w okresie przedświątecznym, chce uniknąć administracyjnych następstw pozytywnego wyniku. Jeżeli więc czują się w miarę dobrze i nie martwią o swoje zdrowie, to rezygnują z testowania. Bardziej miarodajnym wskaźnikiem jest liczba zgonów, która rzeczywiście nieco maleje, ale jednak zdecydowanie wolniej niż liczba wykazywanych przypadków. Nie bez przyczyny w Polsce zmarło do tej pory więcej osób na COVID-19 niż w ponaddwukrotnie ludniejszych Niemczech. Świadczy to o skali epidemii. Polacy obecnie unikają lekarzy i testowania, więc nie znamy prawdziwej liczby dziennych zakażeń” – powiedział prof. Kuchar.

Brak strategii co do rozwoju brytyjskiej odmiany koronawirusa, w tym umożliwienie przedostania się do Polski tej odmiany wraz z powracającymi z wysp brytyjskich do kraju Polakami w okresie świąteczno-noworocznym

Zakaz lotów z Wysp: od północy 21 grudnia

Brytyjski minister zdrowia Matthew Hancock już 14 grudnia 2020 r. poinformował w tamtejszym Parlamencie o odkryciu nowej mutacji koronawirusa. „Zidentyfikowaliśmy nowy wariant koronawirusa, który może być powiązany z szybszym rozprzestrzenieniem się w południowo-wschodniej Anglii” - powiedział. Zazaczył, nowoodkryta odmiana może odpowiadać za ponad tysiąc potwierdzonych laboratoryjnie przy-

padków COVID-19 na Wyspach Brytyjskich. Pięć dni później, czyli 19 grudnia 2020 rząd Borisa Jonsona wprowadził restrykcyjne obostrzenia epidemiczne. Wśród nich pojawiły się: konieczność pozostania Brytyjczyków w domach. Zrezygnowano też wcześniejszych planów złagodzenia przepisów na zbliżające się święta Bożego Narodzenia. „Kiedy wirus zmienia swoje metody ataku, musimy zmienić naszą metodę obrony” - mówi premier Jonson.

Dzień później, Wojciech Andrusiewicz, rzecznik resortu zdrowia przyznał, że polski rząd planuje restrykcje dla lotów z Wielkiej Brytanii w związku pojawienia się nowej mutacji koronawirusa. „Najprawdopodobniej będzie taka rekomendacja Ministerstwa Zdrowia” – powiedział Andrusiewicz. Kilka godzin później Piotr Mueller poinformował na Twitterze: „Ze względów bezpieczeństwa loty z Wielkiej Brytanii do Polski zostaną zawieszane od północy z poniedziałku na wtorek (20/21 grudnia 2020 – przyp. autorów). Decyzja związana jest z pojawieniem się nowej odmiany koronawirusa”. 20 grudnia zakaz przyjmowania lotów z Wielkiej Brytanii przyjmują: Francja, Holandia, Belgia, Niemcy, Kanada.

21 grudnia po posiedzeniu Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego w sprawie pojawienia się nowej odmiany koronawirusa w Wielkiej Brytanii. Piotr Müller potwierdza, że podtrzymano decyzję o wstrzymaniu w nocy z poniedziałku na wtorek wszystkich lotów z Wielkiej Brytanii do Polski. Minister Zdrowia podał na portalu społecznościowym, że wydał dyspozycję Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu,

by od kolejnego dnia wykonywać testy na COVID-19 każdej zgłaszającej się osobie, która w ostatnim czasie podróżowała z Wielkiej Brytanii. Testowanie jest jednak dobrowolne, a przyjazd z Wielkiej Brytanii nie wiąże się z obowiązkowym testowaniem, ani obowiązkową kwarantanną.

Zgodnie z rozporządzeniem zakaz lotów z Wielkiej Brytanii miał obowiązywać od 22 grudnia 2020 roku od północy do 6 stycznia 2021 roku. Konkret²⁴ podaje, że 21 grudnia z brytyjskich lotnisk do Polski wystartowało ponad 50 samolotów, na pokładzie których było ponad 10 tys. miejsc. Były to loty zarówno tanich linii lotniczych oraz Polskich Linii Lotniczych LOT. Państwowy przewoźnik udostępnił do tych lotów swoje największe samoloty Boeingi 787-9 Dreamliner. Miało to na celu umożliwienie powrotu na święta do Polski jak największej liczbie osób. 22 grudnia wprowadzony przez polski rząd zakaz wszedł w życie. „Wszyscy popełniamy błędy i tę decyzję spółki w takich kategoriach traktuję” - tak Michał Dworczyk, szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów komentuje w TVN²⁴ decyzję spółki LOT o zwiększeniu liczby lotów z Wielkiej Brytanii do Polski”. Także 22 grudnia Komisja Europejska wydała zalecenie, by osoby opuszczające Wielką Brytanię miały swobodę podróżowania, ale pod warunkiem, że przejdą testy lub poddadzą się kwarantannie. W Polsce takich wymogów nie było. Po przylocie do Polski pasażerowie samolotów z Wielkiej Brytanii rozjechali się po całym kraju i w rodzinnym gronie świętowali Boże Narodzenie. Opierając się na danych z systemów sprzedażowych można oszacować, że 21 grudnia do Polski z Wielkiej Brytanii przyleciało około 10 tysięcy osób. Do testów na obecność COVID-19 w 13 województwach (bez mazowieckiego, łódzkiego i zachodniopomorskiego) zgłosiło się 1369 podróżnych z Wielkiej Brytanii

– powiedział Jan Bondar, rzecznik GIS. Był to zatem ledwie co dziesiąty pasażer, który przyleciał w poniedziałek 21 grudnia 2020.

26 marca 2021 w TVN24 Stanisław Karczewski lekarz i senator PiS powiedział: „Wylałaby się fala krytyki i hejtu, gdyby testowano Polaków wracających przed Bożym Narodzeniem z Wielkiej Brytanii do kraju(...) i gdzie by to miano robić, czy tutaj na miejscu, czy te osoby byłyby odsyłane do Wielkiej Brytanii”. (<https://konkret24.tvn24.pl/polska,108/woleli-nie-miec-hejtu-kontra-rzad-zamknal-loty-z-wielkiej-brytanii-sprawdzilismy-kiedy-zawieszono-loty,1054800.html>)

Poluzowanie obostrzeń w pierwszych tygodniach lutego 2021r.

Wielu ekspertów, którzy zarzucali rządowi brak skutecznej strategii przeciwdziałania rozwojowi III fali pandemii, w pierwszej kolejności wymieniało brak jakichkolwiek działań w związku z masowymi powrotami Polaków z Wielkiej Brytanii w okresie świąteczno-noworocznym. Wracający do kraju obywatele polscy, przybywający z wysp brytyjskich zmagających się z nowym, agresywniejszym szczepem koronawirusa, nie byli poddani obowiązkowemu testowaniu ani przymusowej kwarantannie. Brak działań w sytuacji nagłego rozprzestrzenia się brytyjskiej odmiany COVID-19 śmiało możemy nazwać poważnym błędem rządu Prawa i Sprawiedliwości. Był to pierwszy z serii grzechów rządu, prowadzących do szczytu III fali pandemii COVID-19. Grzech zaniechania, który w efekcie doprowadził do rekordowej liczby zakażeń oraz zgonów z

powodu koronawirusa.

Drugi i najpoważniejszy błąd łączy się z niczym nieuzasadnionym poluzowaniem obostrzeń, z jakim mieliśmy do czynienia w pierwszej połowie lutego obecnego roku. Pomimo dziennej liczby nowych zakażeń oscylujących w okolicach 6000 przypadków, rząd zdecydował się na warunkowe zniesienie części obostrzeń. I tak, od 12 do 28 lutego 2021, otwarte były m.in. hotele (do 50 proc. obłożenia), kina, teatry, opery, baseny oraz stoki narciarskie. Luzowanie obostrzeń zbiegło się z organizowanym w Zakopanem konkursem Pucharu Świata w skokach narciarskich, który odbył się w dniach 13-14 lutego. W efekcie w ten konkretny weekend do Zakopanego zjechały dziesiątki tysięcy turystów z całej Polski. Na Krupówkach odbyła się masowa impreza, podczas której zostały złamane wszelkie zasady reżimu sanitarnego. Migawki z tego wydarzenia, pod hasłem “Walentynki w Zakopanem” królowały we wszystkich weekendowych serwisach informacyjnych.

Oglądając relacje z Zakopanego, chyba nikt nie miał wątpliwości, że w zakresie pilnowania porządku oraz reżimu sanitarnego zawiódł zarówno samorząd, jak i policja. Spontaniczna masowa impreza przy rosnącej liczbie zakażeń, wśród których coraz silniej objawiała się bardziej zakaźna, brytyjska odmiana koronawirusa, nie mogła pozostać obojętna na skalę pandemii. Turyci wracający z Zakopanego bez żadnej kontroli przeciążonego Sanepidu rozjechali się po całej Polsce. “Walentynki w Zakopanem” zadziałały jak katalizator. Na skokowy wzrost zakażeń nie musieliśmy długo czekać - wystarczyło kilka dni potrzebnych na inkubację wirusa.

W tym miejscu warto przytoczyć oficjalne rządowe statystyki, które najlepiej obrazują katastrofalne skutki błędów i zaniechań rządu w sprawie lutowego poluzowania obostrzeń. Wskazują one na jasny trend rozwoju pandemii, będący następstwem feralnego weekendu (13-14 lu-

tego) w Zakopanem. W dniach 13 i 14 lutego mieliśmy do czynienia z, odpowiednio, 6 586 i 5 334 nowymi wykrytymi przypadkami zakażeń koronawirusem. Przy tej okazji warto podkreślić, że mowa tu o danych weekendowych, które co do zasady były zaniżone przez niższą liczbę testów wykonywanych w soboty i niedziele. Tydzień później liczba dziennych przypadków wykrytych zakażeń wzrosła do 8 510 (20 lutego), a po dwóch tygodniach - do 12 100 (27 lutego). Po 3 tygodniach mieliśmy 14 857 (6 marca), a po miesiącu - 21 049 (13 marca).

Liczna nowych wykrytych przypadków zakażeń koronawirusem.

13 lutego 2020 r. – **6 586**

20 lutego 2020 r. – **8 510**

27 lutego 2020 r. – **12 100**

6 marca 2020 r. – **14 857**

13 marca 2020r. – **21 049**



Wraz ze wzrostem liczby zakażonych, rosła liczba ofiar koronawirusa. I tak 13 lutego rząd raportował o 284 zmarłych. Po dwóch tygodniach mieliśmy do czynienia z 303 przypadkami (27 lutego), a po miesiącu - 343 (13 marca). Łączna liczba nowych zakażeń w ciągu miesiąca 13 lutego - 13 marca wyniosła 305 739 przypadków, a ofiar śmiertelnych - 6 539. Szczyt zakażeń miał miejsce półtora miesiąca od "Walentynek w Zakopanem" - 1 kwietnia Ministerstwo Zdrowia zaraportowało wykrycie 35 251 nowych dziennych przypadków zakażenia COVID-19. Szczyt śmiertelności nastąpił tydzień później. 8 kwietnia 2021 z powodu koronawirusa zmarło 954 Polaków.

1 kwietnia 2020 r.

wykryto

35 251

zakażeń

8 kwietnia 2020 r.

zanotowano rekord
zgonów

954



Nie ma żadnych wątpliwości, że części tych zakażeń oraz zgonów dałoby się uniknąć. Wystarczyłoby, żeby rząd w odpowiednim momencie wprowadził odpowiednie procedury dla obywateli Polski wracających z Wielkiej Brytanii, a następnie - w świetle niepokojących danych płynących z innych państw zmagających się z brytyjską odmianą koronawirusa - nie luzował obostrzeń. Niestety, zabrakło strategii i konsekwencji w działaniu, czego efektem była katastrofalna III fala epidemii, niosąca za sobą rekordowe na tle Europy liczby zakażeń i zgonów. Za co pełną odpowiedzialność ponosi rząd Prawa i Sprawiedliwości.

Brak wydolności szpitali tymczasowych, w zakresie przejmowania obowiązków ze szpitali powiatowych i wojewódzkich, mimo ogromnych nakładów finansowych na organizację i utrzymanie tych placówek

Szpitala tymczasowe to rozwiązanie, które od dawna pojawia się podczas różnego rodzaju kryzysów i wojen. Polska nie jest jedynym krajem, który stosuje ten pomysł w ramach walki z epidemią koronawirusa. Zadaniem tego typu placówek podczas epidemii jest rozładowanie zatorów przyjęć pacjentów w szczytowym momencie zachorowań oraz pomoc normalnym szpitalom w wypełnianiu ich pierwotnej funkcji. Niestety wydolność szpitali tymczasowych w zakresie przejmowania obowiązków ze szpitali powiatowych i wojewódzkich w apogeum pandemii była niewystarczająca. Stało się tak pomimo ogromnych nakładów finansowych na organizację i utrzymanie tego typu placówek.

Na pewno szpitala tymczasowe spełniły swą rolę jako element rządowej propagandy o walce z pandemią. Nowoczesne wnętrza poza miejscem opieki nad pacjentami, często występowały w formie planów zdjęciowych i tła dla konferencji prasowych. Jakie popełniono błędy? Przede

wszystkim sposób ich organizacji i powielanie w wielu miejscach tych samych pomyłek. Jednym z kluczowych błędów było przekonanie, iż takie placówki przyjmą dużą liczbę pacjentów. Brak odpowiedniego personelu kazała zrewidować te założenia. Szpitale tymczasowe nie dość, że nie spełniły w pełni swojej roli odciążenia istniejących już szpitali, ale też często paraliżowały ich działalność. Jak to się stało? Każdy szpital musi mieć personel. Skąd go wziąć, skoro cała ochrona zdrowia boryka się brakami kadrowymi? Z okolicznych placówek medycznych, przyciągając lekarzy i pielęgniarki wyższymi płacami. W konsekwencji szpitale tymczasowe ogołacały z personelu okoliczne szpitale, które w założeniu miały być odciążone i leczyć pacjentów nie zakażonych COVID-19.

Działania rządu w tym zakresie są modelowym przykładem braku strategii w zakresie walki ze skutkami pandemii. Dopiero uchwalenie kolejnych ustaw covidowych dało premierowi podstawę prawną do decyzji o ich utworzeniu. Dobry plan pozwalałby skoncentrować się działaniach na polu organizacyjnym i nie wymagałaby aktywności na polu legislacyjnym. Przyjęte rozwiązania wprowadziły spory chaos, który świadczy o podejmowaniu decyzji ad hoc a nie na podstawie jakiejś strategii. Powstałe szpitale tymczasowe były nadzorowane przez różne organy władzy rządowej: Szpital Narodowy - Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji; szpital na lotnisku Okęcie - Minister Obrony Narodowej; szpitale tworzone przez spółki skarbu państwa - Minister Aktywów Państwowych; pozostałe przez kilkunastu wojewodów. Jak w takim biurokratycznym gąszczu nawiązać dobrą współpracę? Jak dzielić się wiedzą i dobrymi praktykami? Gdzie zadać pytanie o dany szpital? Do kogo zadzwonić? Na te pytanie nie było ani systemowych odpowiedzi, ani tym bardziej systemowych rozwiązań.

Jakie były koszty funkcjonowania tego typu placówek? Zgodnie

z informacją udzieloną przez wiceministra zdrowia Waldemara Kraskę, podczas Komisji Zdrowia w maju 2021 r., na powstanie szpitali tymczasowych wydano 597 mln złotych. Rządowa Agencja Rezerw Materiałowych dostarczyła do nich sprzęt wartości 300 mln złotych. Dodatkowo wydano 23 mln złotych na przywrócenie do normalnej funkcjonalności obiektów, na terenie których powstały takie placówki.

Na tym samym posiedzeniu wiceminister zdrowia poinformował, że podczas II fali epidemii 20 szpitali tymczasowych było tworzonych przez MON i 1 przez MSWiA oraz 14 przez spółki skarbu państwa. Placówki te zostały podzielone na 2 kategorie: aktywne i pasywne. Na dzień 30 listopada 2020 r. jedynie 7 z nich było aktywnych, ponieważ posiadały zarówno personel, jak i infrastrukturę sprzętową. Pozostałe pozostały nieaktywne z powodu braków kadrowych. Aktywne szpitale tymczasowe w tym okresie dysponowały 658 łózkami, w tym 69 z nich było dodatkowo wyposażone w respirator.

W trakcie III fali uruchomiono dodatkowe 24 szpitale tymczasowe. W maju 2021 r. aktywnych było 29 szpitali tymczasowych, które zapewniały 1234 łóżka. W najbliższym czasie ma pozostać 21 tego typu placówek, ale mają one przejść w status jednostek pasywnych. Jeżeli nie nastąpi gwałtowny wzrost zachorowań, również część z nich zostanie wygaszona. Tym samym nie osiągnięto celów wyznaczonych szpitalom tymczasowym mimo poniesionych ogromnych nakładów finansowych, sprzętowych i ludzkich.

Sposób organizacji szczepień

Przyspieszamy proces szczepień, wygrywamy, Unia Europejska

dostarcza za mało dawek szczepionki – to podstawowe komunikaty rządu z pierwszych miesięcy akcji szczepień przeciwko COVID-19. W narracji obozu władzy znów dała o sobie znać polityczna kalkulacja. Zamiast uczciwej komunikacji, która mówi nie tylko o sukcesach, ale i błędach, mieliśmy do czynienia z propagandą sukcesu oraz ciągłym atakami na Komisję Europejską. Szkoda, doświadczenia poprzednich udokumentowanych epidemii pokazują, iż najważniejszą bronią w walce z tego typu plagą są szczepienia.

Można wskazać na trzy procesy, które wpływają na tempo oraz na skalę szczepień przeciwko koronawirusowi. Pierwszy z nich to pozyskanie szczepionki. Drugi to organizacja punktów szczepień oraz zapisów chętnych do przyjęcia preparatu. Trzeci to przekonanie jak największej liczby Polek i Polaków do zaszczepienia się. Dwa pierwsze w początkowej fazie nie działały prawidłowo, trzeci zdaje się również zaczyna szwankować. To wynik braku rządowej strategii przeciwdziałania skutkom pandemii.

O tym, że będzie prowadzona akcja szczepień było jasne od początku pandemii, ponieważ odporność populacyjna to najsilniejsza broń w arsenale walki z wirusami. Niewiadomą było, kiedy szczepionka będzie dostępna, ale co będzie potrzebne do organizacji akcji zaszczepienia kilkudziesięciu milionów obywateli można było przewidzieć z wyprzedzeniem. Kluczowym elementem takich procesów jest system informatyczny, ten ruszył w nocy z 14 na 15 stycznia 2021 r., kiedy już trwała akcja szczepień pacjentów z grupy zero. Oczywiście jest, że aplikacje tworzone w takim pośpiechu nie będą działać idealnie, jednakże wszystko wskazuje na to, że rządzący znów działali z doskoku. Wpierw rządowi planiści oczekiwali, iż szpitale wykorzystają własne systemy informatyczne do rejestracji pacjentów, kiedy już powstał system ogólnokrajowy, okazało

się, że w każdej grupie wiekowej jest spory procent tych, którzy nie chcą szczepić. A przecież dobry system informatyczny nie tylko mógłby rejestrować pacjentów na konkretny termin, ale też pomagałby na podstawie tych danych zamawiać odpowiednie liczby dawek preparatów.

Aby było czym szczepić, Polska wykorzystała system zakupów wspólnych organizowany przez Komisję Europejską. Firmy farmaceutyczne, kiedy tylko ruszyły z produkcją preparatów, stanęły przed wyzwaniem zaspokojenia ogromnego popytu. Musiały się mierzyć nie tylko z ograniczeniami możliwości produkcyjnych, ale i sposobem na pozyskanie komponentów do ich produkcji np. osocza. Należy powiedzieć wprost, gdyby nie udział Polski w mechanizmie wspólnych zakupów, to pierwsze szczepionki dotarłyby do naszego kraju znacznie później i w znacznie mniejszych ilościach. Dlaczego? Ponieważ inni zapłacili więcej. UE jako całość miało silną pozycję negocjacyjną, ale i ta nie wystarczyła do zapewnienia umówionych dostaw w terminie.

Tak jak rząd mógł jeszcze próbować obwiniać Komisję Europejską o opóźnienia w dostawach, to kwestia dystrybucji preparatów w kraju była i jest odpowiedzialnością krajowej administracji. W tym zakresie w początkowej fazie akcji szczepień rząd popełnił wiele błędów. Rządowi urzędnicy nie sprawdzili na tym etapie, ile jednostek medycznych w danym regionie może podjąć się szczepień oraz ilu dziennie i tygodniowo pacjentów może zostać obsłużona. Gdyby dysponowali takimi danymi byłoby jasne, iż rząd powinien organizować własne punkty szczepień lub też nawiązać współpracę z samorządami w celu ich organizacji. Współpraca z małymi ojczyznami dawałby jeszcze co najmniej dwa dodatkowe punkty do skuteczności całej akcji. Pierwszy, samorządy organizując wiele małych punktów zapobiegłyby potrzebie np. poruszania się komunikacją miejską po miastach, co w tym okresie było szczególnie ważne. Drugi, to pomoc osobom starszym w zapisaniu się na przyjęcie preparatu.

Samorządowe instytucje mają dobre rozeznanie na temat osób starszych, zwłaszcza samotnych lub niesamodzielnych, które wymagają szczególnej opieki.

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów w styczniu 2021 r. podejmowała działania, jakby była oderwana od rzeczywistości i zakładała, że zdecydowana większość seniorów posługuje się Internetem i telefonami komórkowymi biegle. Jak było i jest naprawdę? Mówimy o grupie silnie wykluczonej cyfrowo. Według łatwo dostępnych danych można się dowiedzieć, iż zaledwie 20-30 proc. osób z grupy 65 plus korzysta z sieci Internet. W starszych grupach wiekowych ten odsetek drastycznie spada. Zdecydowana większość seniorów posiada telefon komórkowy, ale nie jest to jednoznaczne z umiejętnością wysyłania i odczytywania SMS-ów. Rząd założył, iż większość osób starszych posiada lub bez problemu założy profil zaufany. Następnie założą konto na stronie E-pacjent i w razie potrzeby zeskanują kod QR.

Jak w takim systemie miał się odnaleźć senior, który jest wykluczony cyfrowo i komunikacyjnie, dodatkowo nie mogący liczyć na pomoc ze strony bliskich? Zostało mu zapisać się w punkcie szczepień osobiście, stojąc w długiej kolejce. I tak się stało. Tłumy oczekujących gromadziły się przed przychodniami na styczniowym mrozie.

Kolejnym błędem było złe zarządzanie dystrybucją szczepionek przez Agencję Rezerw Materiałowych w pierwszych tygodniach szczepień. Agencja trzymała w magazynach drugą dawkę szczepionki dla wszystkich tych, którzy przyjęli pierwszą, zamiast pozostawić pewien bufor i starać się odpowiadać na zapotrzebowanie punktów. Punktów, które w tamtym czasie z całej Polski wysyłały komunikat: nie szczepimy, bo nie mamy czym. Obecnie punkty szczepień mierzą się z innymi problemami, które są efektem złej komunikacji rządu w sprawie COVID-19. Pierwszy, wiele osób nie zgłasza się na pobranie drugiej dawki. W każdej grupie

wiekowej dochodzimy do momentu, w którym będzie można niedługo stwierdzić, iż zaszczepili się tylko ci, którzy od początku tak zakładali. Ile dawek szczepionki zostało przez to zmarnowanych? Czy kiedykolwiek poznamy wiarygodne dane w tym zakresie?

Jeżeli nie ma jednego ośrodka informującego w sprawie pandemii, któremu społeczeństwo może zaufać, to rodzi się pole do rozwoju wątpliwości wśród osób o niezdecydowanych poglądach, a wręcz wśród ogółu społeczeństwa. Silny i wiarygodny ośrodek informacyjny potrafiłby się przebić przez mur wątpliwości i przekonać zdecydowanie większą część społeczeństwa do szczepień. Rząd oraz prezydent zdają się mieć różne stanowisko w tej sprawie. 15 czerwca 2021 r. Andrzej Duda stwierdził, iż „W zeszłym roku nie mieliśmy szczepionki, a tych przypadków było tyle samo”. Przywódcy wielu państw przyjmowali preparat w świetle kamer, właśnie po to, aby przeciąć wszelkie spekulacje. W Polsce nic takiego się nie stało.

Media w pogoni za newsem również potrafią wzmacniać nieufność tej części społeczeństwa, która jest sceptyczna. Nikt nie odpowiedział na komunikat Episkopatu Polski w sprawie szczepionek, a który spowodował, iż wiele osób nie zapisało się na zabieg.

Ile razy po zakończonej konferencji rządu w sprawie pandemii można było powiedzieć: jestem dobrze poinformowany, wiem co się dzieje i mam poczucie, że jest plan? Nigdy! Taki stan miał miejsce od początku pandemii, aż do dziś. Brak wiarygodności rządu w społeczeństwie w związku z pandemią skutkuje przede wszystkim rosnącą liczbą osób, które nie chcą przestrzegać obostrzeń, a także kłopotami w przekonaniu tej części społeczeństwa, która ma wątpliwości czy się szczepić. Rząd Mateusza Morawieckiego zaczął przegrywać walkę z epidemią koronawirusa już na starcie, ponieważ pomylił komunikację społeczną z propagandą.

Polityczna kalkulacja wzięła górę nad walką o zaufanie społeczne, które tak bardzo potrzebne jest do współpracy społeczeństwa w przestrzeganiu obostrzeń, a także do podjęcia ryzyka i przyjęcia szczepionki.

Dotychczasowy proces szczepień w Polsce w związku z epidemią COVID-19 nie można pozostawić bez poważnej analizy, nie można wykluczyć, że wraz z rozwojem choroby szczepienia na COVID-19 trzeba będzie powtórzyć już w 2022 r.

Podsumowanie

Analizując wszystkie podjęte decyzje, ich czas, konsekwencje medyczne, uciążliwość dla społeczeństwa i zakres obostrzeń oraz porównując to z innymi krajami Europy, rodzi się przekonanie, iż Polski Rząd, kierował się w pierwszej kolejności obawą przed spadkiem poparcia społecznego czy utratą popularności politycznej. Stąd chaos informacyjny, ogłaszanie rzekomych zwycięstw nad pandemią w politycznie korzystnym dla siebie okresie, mimo posiadanej wiedzy o stanie przygotowań kraju i możliwych zagrożeniach. Rządzący wykazywali się myśleniem życzeniowym („możemy się już trochę uśmiechnąć”), chcąc za wszelką cenę uniknąć podejmowania niepopularnych decyzji. Stąd podczas całej pandemii byliśmy „kilka kroków za wirusem”.

Właśnie brak podejmowanych z wyprzedzeniem decyzji, obok ogólnego stanu polskiej służby zdrowia, miał największy wpływ na tragiczny przebieg pandemii w Polsce, skutkujący ogromną ilością zgonów, którym w innych krajach udało się zapobiec dzięki odpowiedniemu przygotowaniu systemu ochrony zdrowia.

LEWICA