



**CENTRUM
POLITYK
PUBLICZNYCH**

Sanepid w ogniu

**Ewolucja funkcjonowania Państwowej
Inspekcji Sanitarnej w czasie pandemii
COVID-19**

**Przegląd rozwiązań międzynarodowych
wraz ze studium przypadku na przykładzie
Polski**

1/2021

**Marcin Kędziński
Marek Oramus**

Kraków, luty 2021



Tekst został opracowany w ramach Centrum Polityk Publicznych
Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie



Niniejsza publikacja odzwierciedla wyłącznie poglądy Autorów

Korekta:

Anna Chrabąszcz

Skład:

Marcin Kukiełka

Wydawca:



Małopolska Szkoła Administracji Publicznej

Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie

ul. Rakowicka 16

31-510 Kraków

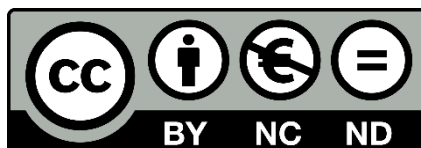
T: 12 293 75 60

E: msap@uek.krakow.pl

www.msap.uek.krakow.pl

Copyright © by Małopolska Szkoła Administracji Publicznej
Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, 2021

Tekst dostępny na licencji Creative Commons
CC-BY-NC-ND 3.0 PL



Wersją pierwotną tekstu jest wersja elektroniczna.
Tekst jest dostępny bezpłatnie na stronie internetowej Wydawcy.

politykipubliczne.pl

Spis treści

Wprowadzenie.....	4
1. Sytuacja Państwowej Inspekcji Sanitarnej w momencie wybuchu COVID-19.....	5
2. Rozwiązania międzynarodowe w zakresie systemów śledzenia kontaktów	10
3. Funkcjonowanie systemu kwarantanny i śledzenia kontaktów w Polsce oraz jego ewolucja w trakcie trwania pandemii COVID-19.....	17
4. Wnioski.....	26

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 stanowiła i nadal stanowi ogromne wyzwanie dla wszystkich systemów sanitarno-epidemiologicznych, zwłaszcza w tych państwach, które od kilkadziesiąt lat nie doświadczyły poważnej epidemii. Inspekcje sanitarno-epidemiologiczne znalazły się bowiem na pierwszej linii frontu walki z COVID-19. Stały się one kluczowymi aktorami modelu testowania, śledzenia kontaktów i kierowania na kwarantannę/obejmowania nadzorem epidemiologicznym, zwanego powszechnie *test&trace*. Model ten, obok wprowadzanych restrykcji (aż po całkowite „zamknięcie”, tzw. *lockdown*), został uznany za jeden z najważniejszych instrumentów walki z epidemią.

Państwa, którym udało się skutecznie wdrożyć model *test&trace* dość szybko poradziły sobie z opanowaniem epidemii. Warto podkreślić, że w tej grupie znalazły się niemal wyłącznie kraje azjatyckie, m.in. Korea Południowa, Japonia, Tajwan, a także Chiny, które po początkowej fazie rozwoju epidemii bardzo szybko ją opanowały. W innych krajach modele *test&trace* funkcjonowały z różnym powodzeniem, ale niestety nie pozwoliły na całkowite ujarzmienie epidemii. W rezultacie, podczas gdy kraje dalekowschodnie mogły pozwolić sobie na istotne łagodzenie restrykcji, pozostałe państwa były zmuszone do wprowadzania mniej lub bardziej radykalnych obostrzeń, mających negatywne skutki społeczne i gospodarcze.

Co więcej, należy dodać, że skuteczność modelu *test&trace* stanowi także ważną determinantę długookresowych skutków epidemii COVID-19 – i to nie tylko w kontekście ewentualnych powikłań zdrowotnych, ale także, a może przede wszystkim, długookresowych negatywnych zjawisk o charakterze społecznym (depresje, nierówności edukacyjne, przemoc domowa itd.) czy gospodarczym (wzrost bezrobocia i wzmocnienie dualizmu rynku pracy, wzrost zadłużenia itd.). Oznacza to, i trzeba to wyraźnie zaznaczyć, że od sprawności funkcjonowania systemu sanitarno-epidemiologicznego uzależniona jest nie tylko sytuacja epidemiologiczna, ale także długookresowy rozwój społeczno-gospodarczy.

Polska w trakcie wiosennej fali epidemii koronawirusa, ze względu na wprowadzone stosunkowo wcześnie obostrzenia, nie musiała mierzyć się z taką liczbą zachorowań jak inne państwa Europy Zachodniej. Pomimo tego, państwowa inspekcja sanitarno-epidemiologiczna

nie była w stanie wypełnić należycie swoich funkcji i niemal od samego początku rozpoczął się proces mający na celu dostosowanie tej instytucji do nowo powstałych potrzeb.

Celem niniejszego tekstu jest próba opisu funkcjonowania polskiego systemu sanitarno-epidemiologicznego od stycznia do grudnia 2020 r. – zarówno w zakresie stanu zastanego, jak i wprowadzanych w trakcie ostatnich 12 miesięcy zmian. Opis, a zwłaszcza próba oceny polskiego systemu, zostanie przeprowadzona w ramach analizy porównawczej z systemami funkcjonującymi w innych, wybranych krajach europejskich.

1. Sytuacja Państwowej Inspekcji Sanitarnej w momencie wybuchu COVID-19

Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) w Polsce niemal do wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego (a chwilę później stanu epidemii) w marcu 2020 r. funkcjonowała w oparciu o ustawę z 14 marca 1985 r., znowelizowaną 24 sierpnia 2001 r. (Dz.U. 2001, Nr 128 poz. 1407). Do momentu wejścia w życie wspomnianej nowelizacji PIS wchodziła w skład zespolonej administracji rządowej na poziomie wojewódzkim oraz powiatowej administracji zespolonej, a jej głównymi organami były Główny Inspektor Sanitarny, Wojewoda, Powiatowy Inspektor Sanitarny oraz Portowy Inspektor Sanitarny (zastąpiony w 2003 r. przez granicznego inspektora sanitarnego). Ważnym elementem systemu jest także Państwowy Zakład Higieny (obecnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego), który merytorycznie wspiera inspekcję.

Zgodnie z nowelizacją ustawy z 2001 r., PIS przestała wchodzić w skład wojewódzkiej zespolonej administracji rządowej oraz powiatowej administracji zespolonej. W efekcie funkcję organu PIS na szczeblu wojewódzkim przestali pełnić wojewodowie, a ich obowiązki przejęli wojewódzcy inspektorzy sanitarni. Zgodnie z ustawą, organami PIS są:

- Główny Inspektor Sanitarny (GIS);
- Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (PWIS);
- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (PPIS);
- Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny (PGIS).

Należy jednak podkreślić, że choć Państwowa Inspekcja Sanitarna podlega nadzorowi Ministra Zdrowia, to Główny Inspektor Sanitarny (wraz z obsługującym go Głównym Inspektoratem Sanitarnym) jako centralny organ administracji rządowej jest powoływany przez Prezesa Rady

Ministrów. Zgodnie z ustawą z 2001 r., w przypadku inspektora wojewódzkiego (PWIS) organem powołującym był wojewoda, a powiatowego (PPIS) – starosta za zgodą PWIS.

Struktura inspekcji sanitarnej zmieniła się wyraźnie w 2010 r. Na mocy ustawy z 23 stycznia 2009 r. nastąpiło zespolenie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla powiatowego i wojewódzkiego. W efekcie zarówno Minister Zdrowia, któremu podlega Państwowa Inspekcja Sanitarna, jak i Główny Inspektor Sanitarny, który kieruje i nadzoruje działania służb sanitarno-epidemiologicznych zostali pozbawieni realnych instrumentów oddziaływania na podległe im służby.

Po okresie kilku lat funkcjonowania inspekcji w nowej strukturze z wielu stron (Ministerstwo Zdrowia, organy PIS, związki pracodawców, OECD itd.) zaczęły płynąć sygnały dotyczące konieczności powrotu do pionowej struktury inspekcji. W rezultacie w Ministerstwie Zdrowia po 2015 r. rozpoczęto prace nad powrotem do pionizacji PIS. Ostatecznie po wyborach parlamentarnych jesienią 2019 r. zapadła decyzja rządu dotycząca konieczności odwrócenia zmian wprowadzonych w 2010 r. Dokładnie 4 grudnia 2019 r., czyli jeszcze przed pojawieniem się informacji o nowym wirusie z Chin, pod obrady Sejmu trafił projekt nowelizacji ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, który przewidywał m.in.:

- upoważnienie Głównego Inspektora Sanitarnego do wydawania wszystkim organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej zaleceń, wytycznych i poleceń;
- przyznanie Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu kompetencji do powoływania i odwoływania – za zgodą właściwego wojewody – państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych;
- przyznanie państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu kompetencji do powoływania i odwoływania – po zasięgnięciu opinii wojewody – państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych;
- ustanowienie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego organem zespolonej administracji rządowej w województwie.

Warto dodać, że mając na uwadze bardzo zły stan inspekcji, w tym niski poziom wynagrodzeń, wraz z rozpoczęciem prac legislacyjnych pracownicy inspekcji (16 tys. osób) otrzymali podwyżkę o 500 zł od 1 stycznia 2020 r., a pod koniec 2019 r. dodatkowo nagrodę jubileuszową w wysokości 1 000 zł, związaną ze 100-leciem istnienia Państwowej Inspekcji

Sanitarnej (była to swego rodzaju rekompensata za opóźnioną podwyżkę, którą inni urzędnicy otrzymali już jesienią 2019 r.).

Projekt nowelizacji spotkał się z krytyką ze strony opozycji parlamentarnej, a główny zarzut dotyczył uszczuplenia kompetencji samorządów. Zdaniem przedstawicieli opozycji projekt został przygotowany z naruszeniem ustawy o współpracy między rządem i samorządem, gdyż nie był poddany konsultacjom w ramach Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Ponadto posłowie wskazywali na problem odebrania starostom nadzoru nad powiatowymi strukturami inspekcji sanitarnej, co może im utrudnić wykonywanie zadań związanych z zarządzaniem kryzysowym.

Pomimo sprzeciwu partii opozycyjnych, które doprowadziły do odrzucenia projektu ustawy w Senacie 6 lutego (przyjętego 23 stycznia przez Sejm za sprawą poparcia m.in. części posłów Konfederacji), Sejm odrzucił uchwałę Senatu i 13 lutego 2020 r. przyjął nowelizację przywracającą pionizację inspekcji sanitarnej. Prezydent podpisał ustawę 21 lutego, czyli na kilkanaście dni przed pojawieniem się pierwszego przypadku COVID-19 w Polsce. Ustawa weszła w życie 1 kwietnia 2020 r.

Głównym celem reformy było umożliwienie GIS realizowania ustawowych funkcji w zakresie wyznaczania kierunków działań inspekcji sanitarnej, gdyż jego wpływ na regionalne struktury inspekcji był ograniczony niemal wyłącznie do wyrażania zgody na powoływanie i odwoływanie PWIS. Co więcej, w przypadku wskazania przez GIS nowych zadań WSSE decyzja o przekazaniu dodatkowych środków leżała w kompetencji wojewody.

Jeszcze większy problem pojawił się na szczeblu powiatowym – poziom ten pozostawał całkowicie poza nadzorem GIS, a podporządkowanie PSSE powiatom w praktyce ostatnich lat często skutkowało napięciami o charakterze politycznym pomiędzy wojewódzką administracją rządową a powiatową administracją samorządową. Jednocześnie inspekcja na poziomie powiatowym, poza kwestiami kadrowymi (nominacja PWIS), często nie była przedmiotem zainteresowania samych władz lokalnych. Trudno się zatem dziwić, że nierzadko terenowe SSE były „sierotami” – GIS oraz PWIS nie mieli praktycznie żadnego wpływu na funkcjonowanie inspekcji powiatowych, z kolei z perspektywy starostów, wykonujących szereg innych kompetencji, powiatowe SSE nie leżały w centrum ich zainteresowania.

Pandemia COVID-19 pokazała bardzo wyraźnie różnice w funkcjonowaniu PSSE – były takie powiaty, gdzie inspekcja za sprawą zaangażowania władz samorządowych, nawet pomimo wprowadzonej 1 kwietnia 2020 r. pionizacji, radziła sobie bardzo dobrze, ale można wskazać też takie, gdzie inspekcja praktycznie nie funkcjonowała.

Jednak gwoili sprawiedliwości należy dodać, że Państwowa Inspekcja Sanitarna nie była także przedmiotem zainteresowania władz na poziomie centralnym, poza jednostkowymi akcjami, jak np. w trakcie tzw. afery dopalaczowej w 2010 r., kiedy to właśnie inspekcje sanepidu z pomocą policji miały zająć się rozwiązaniem problemu sprzedaży nielegalnych substancji. Ostatni kompleksowy raport Najwyższej Izby Kontroli poświęcony inspekcji sanitarnej powstał w 2004 r.¹. Dopiero w trakcie pandemii latem 2020 r., jeśli wierzyć słowom byłego GIS Jarosława Pinkasa, został przeprowadzony audyt inspekcji sanitarnej, który wskazał na istniejące słabości i braki oraz wynikające z nich potrzeby inwestycyjne. W gruncie rzeczy, poza wiedzą anegdotyczną, nikt tak naprawdę nie wiedział, jaki jest rzeczywisty potencjał PIS, a dokładniej, jaka jest skala zapaści tej instytucji. Odpowiedzialność za taki stan rzeczy ponosi Ministerstwo Zdrowia, ale nie można pominąć zaniedbań Głównego Inspektora Sanitarnego. Nawet brak bezpośredniego nadzoru nad terenowymi strukturami inspekcji nie tłumaczy zarówno braku kompleksowej wiedzy na temat stanu (słabości) inspekcji sanitarnej, jak również braku starań na poziomie centralnym o jej wzmocnienie.

Efekt braku publicznego zainteresowania był stosunkowo łatwy do przewidzenia – sytuacja terenowych, w tym zwłaszcza powiatowych SSE, na przestrzeni ostatnich 20 lat systematycznie pogarszała się. Podmioty, na które w pierwszych tygodniach epidemii spadło pierwsze uderzenie były na nie kompletnie nieprzygotowane, co potwierdzają także w swoich wypowiedziach pracownicy PIS różnego szczebla. Inspekcja sanitarna jawi się w nich jako instytucja anachroniczna, niedofinansowana i nieposiadająca społecznego prestiżu. „Sanepid ma dziś twarz starej, zmęczonej kobiety” – w takich słowach stan inspekcji w wywiadzie z września 2020 r. określił (były już) Główny Inspektor Sanitarny Jarosław Pinkas. Mówił w nim choćby o tym, że „nie ma skanerów, panie przepisują dokumenty przez kalkę”². Inna sprawa, że Jarosław Pinkas sprawujący funkcję GIS od 2018 r. nie wystawił tymi słowami najlepszego

¹ www.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/pobierz,px_2004033.pdf,typ,k.pdf.

² <https://wiadomosci.dziennik.pl/opinie/artykuly/7830987,jaroslaw-pinkas-gis-sanepid-koronawirus-rozmowa.html>.

świadectwa swojej prawie trzyletniej pracy – problem ten będzie przedmiotem dalszej części raportu.

Jednocześnie trzeba uczciwie przyznać, że w trakcie prac nad nowelizacją ustawy o PIS na początku 2020 r., kiedy zaczęły pojawiać się już pierwsze poważniejsze ostrzeżenia o nowym koronawirusie, ze środowiska eksperckiego płynęły głosy wzywające do... przeorientowania sanepidów w kierunku profilaktyki i promocji zdrowia publicznego. „Obecna sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych jest korzystna, nie stanowią one głównego zagrożenia zdrowotnego w naszym kraju, co niebezpiecznym czyni pytanie o celowość tak intensywnej aktywności PIS w tym zakresie”³ – to tylko jedna z opinii, które pojawiły się w tamtym czasie. W obliczu takich wypowiedzi trudno się dziwić, że problematyka zagrożenia epidemiologicznego nie była traktowana z należytą powagą.

Podsumowując, niezależnie od oceny zasadności zmian ustawowych, wprowadzających częściową pionizację struktury inspekcji sanitarnej, instytucja ta doświadczała wielu słabości wynikających z wieloletnich zaniedbań. Dodatkowo, finał prac parlamentarnych nad reformą Państwowej Inspekcji Sanitarnej przypadł na początek pandemii. Trudno uznać to za szczęśliwą koincydencję – nawet jeśli zmiany miały na celu usprawnienie procesu zarządzania inspekcją sanitarną na szczeblu terenowym, to ich wprowadzanie w momencie największego wyzwania dla tej instytucji w jej ponad stuletniej historii było obarczone sporym ryzykiem.

³ <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/michal-seweryn-o-pionizacji-sanepidu>.

2. Rozwiązania międzynarodowe w zakresie systemów śledzenia kontaktów

W obliczu tak dużego kryzysu o znaczeniu globalnym, który wystawił na próbę wszystkie krajowe systemy zarządzania zagrożeniami epidemicznymi czy, patrząc szerzej, systemy opieki zdrowotnej, szczególnego znaczenia nabiera wymiana informacji i wzajemne uczenie się instytucji z różnych krajów dotkniętych przez rozprzestrzenianie się wirusa COVID-19. W tym przypadku w początkowej fazie walki z zagrożeniem można było m.in. dostrzec wyraźne różnice w przygotowaniu poszczególnych państw wynikające chociażby z doświadczeń z poprzednimi epidemiami bliskowschodniego zespołu oddechowego (MERS) czy SARS. Ten pierwszy dotknął m.in. Koreę Południową, której zdecydowane działania w walce z COVID-19 były oceniane wysoko.

Z punktu widzenia wymiany informacji o rozwoju pandemii koronawirusa w 2020 r. ważną rolę odegrał International Health Regulations (IHR) Emergency Committee ds. COVID-19 funkcjonujący w ramach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)⁴, który systemowo przekazywał najważniejsze alerty i zalecenia w tym zakresie. Był to jeden z istotnych bodźców dla podjęcia wzmożonych działań przez krajowe instytucje odpowiedzialne za bezpieczeństwo epidemiczne w początkowej fazie kryzysu, gdy bardzo trudno było ocenić faktyczne zagrożenie – czy mamy do czynienia z epidemią o charakterze lokalnym, czy przekształci się ona w pandemię. Dzięki temu także w regionach świata oddalonych od azjatyckiego zarzewia udało się stosunkowo szybko rozpocząć przygotowania do zmierzenia się z tym wyzwaniem.

Na poziomie Unii Europejskiej kluczowym aktorem odpowiedzialnym za przepływ najważniejszych informacji i zaleceń na temat COVID-19 stała się utworzona w 2003 r. unijna agencja Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC)⁵. Za jej pośrednictwem wszystkie zainteresowane podmioty mogły uzyskać aktualne raporty dotyczące zarówno samego rozwoju pandemii (statystyki testów, zachorowań i zgonów czy przyjęć do szpitali w poszczególnych krajach), jak i przewodniki dotyczące np. rekomendowanego systemu śledzenia kontaktów w celu

⁴ www.who.int/teams/ihr/ihr-emergency-committees.

⁵ www.ecdc.europa.eu/en.

wykrycia potencjalnych roznośców wirusa. Obecnie dostępna jest trzecia wersja dokumentu⁶, w którym ECDC określa zasady śledzenia kontaktów, definiuje termin „osoby kontaktowej” uwzględnieniem podziału na wysokie lub niskie ryzyko ekspozycji na wirusa. W zależności od poziomu ryzyka określono w nim kluczowe działania do podjęcia przez osobę nim dotkniętą oraz odpowiednie instytucje publiczne. Dokument ten wskazuje także na dobre praktyki, które mogą usprawnić ten czas- i kosztochłonny proces także w ramach jego monitoringu i ewaluacji.

W rekomendacjach są również wskazywane gotowe narzędzia, które mogą wykorzystać władze poszczególnych krajów czy osoby odpowiedzialne za zarządzanie systemem śledzenia kontaktów:

- ConTESSA⁷ – opracowane przez Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health rozwiązanie pozwalające na wygenerowanie raportów dotyczących oddziaływania danego programu śledzenia kontaktów oraz sugerowanych jego modyfikacji, które w największym stopniu mogą ograniczyć transmisję wirusa – aplikacja ta szacuje m.in., jak w wyniku podjętych działań zmieni się współczynnik reprodukcji R oraz jaki odsetek faktycznie zainfekowanych osób zostanie objęty izolacją lub kwarantanną⁸;
- COVIDTracer 1.0⁹ – narzędzie opracowane przez amerykańskie National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCRIRD) bazujące na arkuszu kalkulacyjnym, pozwalające na zmodelowanie efektów przyjęcia różnych strategii śledzenia kontaktów – m.in. umożliwia oszacowanie koniecznego do zaangażowania personelu w zależności od oczekiwanego poziomu skuteczności w zakresie wykrywania wszystkich potencjalnych roznośców wirusa.

Działania ponadnarodowych instytucji, takich jak Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób czy Światowej Organizacji Zdrowia miały także duże znaczenie z perspektywy wypracowywania krajowych zaleceń dotyczących różnych obszarów

⁶ www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-contact-tracing-public-health-management-third-update.pdf.

⁷ <https://iddynamicsjhu.shinyapps.io/contessa>.

⁸ Warto w tym miejscu podkreślić częsty błąd polegający na używaniu określenia izolacji i kwarantanny jako synonimów. W praktyce izolacja odnosi się do osób objawowych lub z pozytywnym wynikiem testu na COVID-19, podczas gdy kwarantannę stosuje się do osób, u których stwierdzono kontakt z osobą zainfekowaną i ze względów prewencyjnych nakazuje się jej pozostanie np. w domu, aby ograniczyć ryzyko, że jest zakażona i przyczyni się do dalszej transmisji wirusa.

⁹ www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/contact-tracing/COVIDTracer.html.

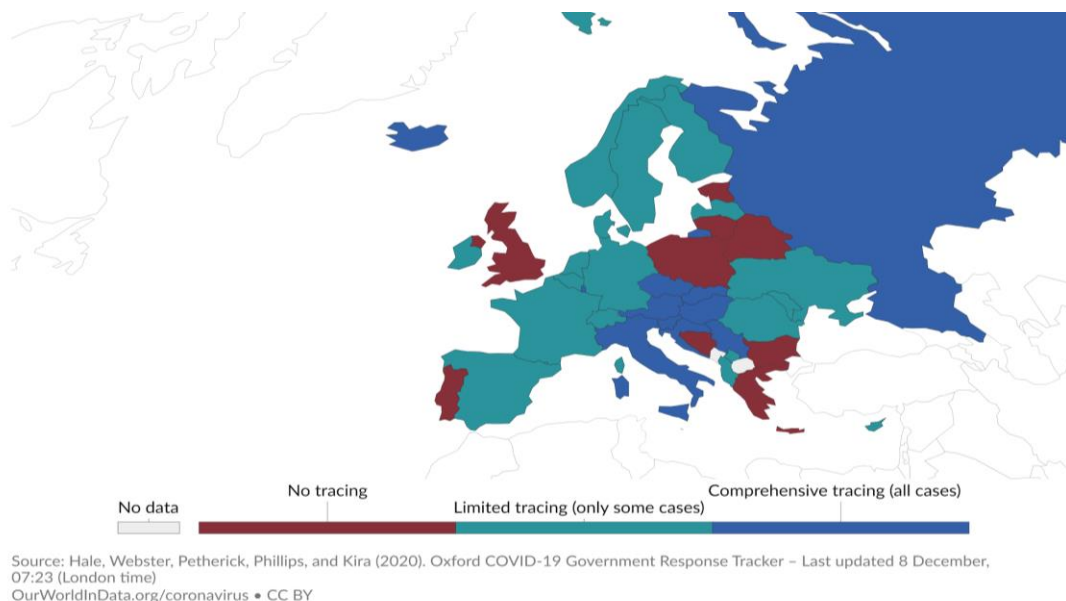
funkcjonowania systemu społeczno-gospodarczego. Wraz z rozwojem pandemii pod adresem polskiego Głównego Inspektoratu Sanitarnego i jego odpowiedników w innych krajach zaczęły służyć liczne zapytania i oczekiwania odnośnie do opracowania szczegółowych zasad dotyczących postępowania, np. w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej w określonych branżach, aby sprostać nowemu reżimowi sanitarnemu. Biorąc pod uwagę zróżnicowanie i liczbę tych wniosków, niezbędne stało się czerpanie dobrych praktyk od innych podmiotów. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom, wspomniane agencje międzynarodowe zaczęły opracowywać takie dokumenty, które po uwzględnieniu lokalnej specyfiki można było stosunkowo łatwo przenieść na poziom krajowy. Podobnie jak ogólne zalecenia są one aktualizowane wraz z pojawieniem się np. nowych badań dotyczących sposobu przenoszenia się wirusa.

Przykładowo, ECDC przygotowało wskazówki dotyczące sposobu śledzenia kontaktów w różnych środowiskach: szkołach, więzieniach, szpitalach intensywnej opieki, domach opieki długoterminowej czy w statkach powietrznych. Odnosząc się do przypadku szkół¹⁰, ECDC zaleca rozpoczęcie procedury śledzenia przypadków od identyfikacji potwierdzonego przypadku wystąpienia zakażenia koronawirusem – m.in. z powodu powszechności występowania grypy wśród dzieci w sezonie zimowym nie powinno się wszczynać alarmu bazując jedynie na podejrzeniach. Za kontakt wysokiego ryzyka uważa się przebywanie w tej samej klasie z potwierdzonym przypadkiem lub we wspólnych sypialniach, kuchniach i łazienkach, np. w przypadku akademików. Oprócz tego stosuje się ogólne kryteria dotyczące ekspozycji na wirusa. W zakresie testowania w szkołach nie obowiązują żadne dodatkowe zasady, natomiast zalecane jest, aby uczniowie i nauczyciele zostali objęci kwarantanną i nie uczęszczali do szkoły przez okres 14 dni w przypadku stwierdzenia pozytywnego wyniku testu na COVID-19 u współlokatorów.

Ze względu na kompleksowość poszczególnych krajowych systemów dotyczących kwarantanny i śledzenia kontaktów, nawet formułowanie zaleceń na poziomie międzynarodowym nie pozwala na łatwe skwantyfikowanie wskaźników mogących służyć do ich porównania. Jednym z nielicznych przykładów prób stworzenia takiego zestawienia na poziomie globalnym jest indeks Oxford COVID-19 Government Response Tracker

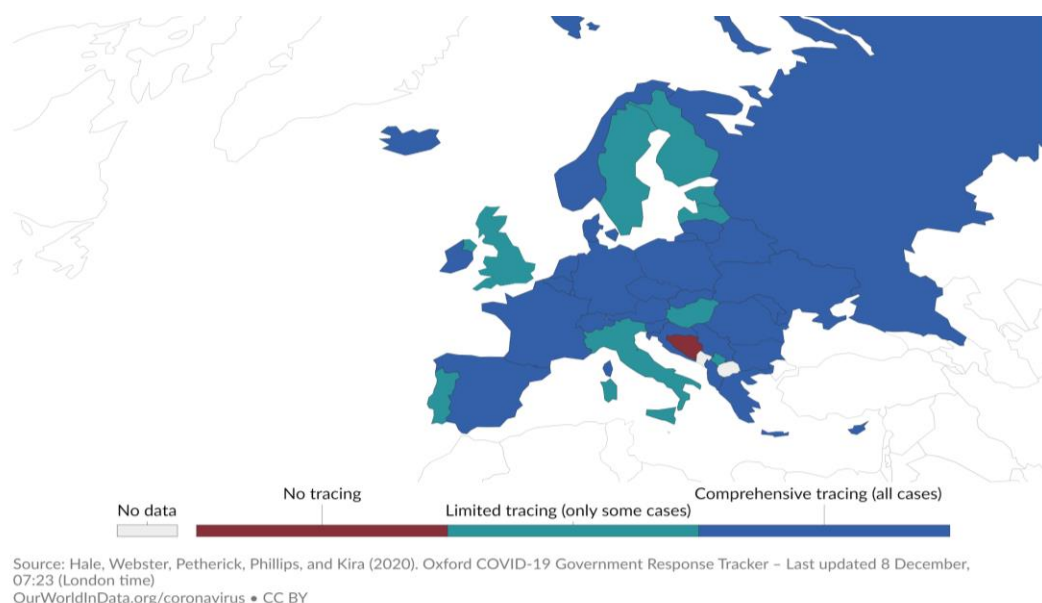
¹⁰ www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-objectives-school-testing.pdf.

(OxCGRT)¹¹ pozwalający na ocenę 18 aspektów tego, w jaki sposób rządy poszczególnych krajów radzą sobie z realizacją polityk mających na celu przeciwdziałanie pandemii COVID-19. Jednym ze wskaźników w obszarze zdrowia jest śledzenie kontaktów. Bazuje on na trzystopniowej skali: 0 – brak śledzenia kontaktów, 1 – ograniczone śledzenie kontaktów (nie dla wszystkich przypadków), 2 – wszechstronne śledzenie kontaktów (dla wszystkich zidentyfikowanych przypadków). Na rys. 1 i 2 przedstawiono, jak pod względem tego wskaźnika prezentowały się poszczególne kraje europejskie – odpowiednio 1 kwietnia 2020 r. (reprezentatywny dla okresu pierwszej fali COVID-19, w momencie, gdy cały świat był już świadomy skali zagrożenia) oraz 1 grudnia 2020 r. (duży wzrost zachorowań, obawy związane z sezonem grypowym).



Rys. 1. Poziom śledzenia kontaktów w poszczególnych krajach europejskich 1 kwietnia 2020 r.

¹¹ www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker.



Rys. 2. Poziom śledzenia kontaktów w poszczególnych krajach europejskich 1 grudnia 2020 r.

Zastosowanie tak uproszczonej skali utrudnia wyciągnięcie pogłębionych wniosków dotyczących tego, jak poszczególne kraje radzą sobie z realizacją działań związanych ze śledzeniem kontaktów osób zainfekowanych. Porównując wskaźniki z początku kwietnia i grudnia 2020 r., należy stwierdzić, że obecnie w zdecydowanej większości krajów europejskich śledzenie kontaktów jest stosowane we wszystkich przypadkach. Pośrednie rozwiązania są wciąż jeszcze wykorzystywane, np. w Wielkiej Brytanii, Włoszech czy Szwecji, a jedynym krajem wskazanym jako pozbawiony tego typu rozwiązań jest Bośnia i Hercegowina. To wyraźny postęp w zakresie aktywności rządów w porównaniu z wiosną, kiedy to według OxCGRT do maruderów zaliczano Wielką Brytanię czy Polskę. Ten ostatni przykład pokazuje jednak ograniczenia tego wskaźnika. Weryfikując jego historyczne odczyty, należy zwrócić uwagę, że do 1 czerwca 2020 r. Polsce przypisywano jego wartość na poziomie "0", co sugerowałoby, że nie były prowadzone działania mające na celu śledzenie kontaktów osób zakażonych. Tymczasem już w marcu polskie służby sanitarno-epidemiczne korzystały m.in. z bazy Ewidencji Wjazdów do Polski (EWP), która początkowo służyła Straży Granicznej do śledzenia osób przyjeżdżających z zagranicy, a z czasem stała się głównym narzędziem wykorzystywanym przez inspekcje sanitarno-epidemiologiczne. Już 4 marca 2020 r. – kiedy wykryto pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce – informowano o śledztwie mającym na celu m.in. dotarcie do wszystkich współpasażerów autokaru, którym zainfekowany podróżny dotarł do kraju. Szukając odpowiedzi na pytanie, skąd wziął się nagły przeskok Polski z poziomu zerowego do drugiego w dniu 2 czerwca 2020 r., należy powiązać go

z aplikowaniem polskich władz do europejskiego systemu integrującego aplikacje mobilne służące do nadzorowania kwarantanny i śledzenia kontaktów. Choć w Polsce pierwsza aplikacja „Kwarantanna domowa” ruszyła w drugiej połowie marca 2020 r. (od początku kwietnia obowiązkowa), a potem zastąpiła ją ProteGO Safe, opracowana przez firmy Google i Apple, to dopiero na początku czerwca 2020 r. złożono wniosek dotyczący kompletnej wersji aplikacji, pozwalający na uznanie jej według europejskich standardów za pełnoprawne narzędzie do śledzenia wszystkich kontaktów.

W okresie przedwakacyjnym to właśnie aplikacje mobilne stały się jednym z najpopularniejszych narzędzi, które miały zrewolucjonizować cały proces śledzenia kontaktów, odciążając pracowników, do których zadań należało przeprowadzanie telefonicznych wywiadów w poszukiwaniu wszystkich osób mających kontakt z zakażoną osobą. Duże nadzieje wiązano m.in. z uruchomioną już 20 marca 2020 r. w Singapurze aplikacją Trace Together, co spowodowało, że kolejne państwa zaczęły podejmować działania zmierzające do automatyzacji z wykorzystaniem technologii mobilnych procesu wykrywania osób, które powinny trafić na kwarantannę, czego przejawem była również wspomniana polska aplikacja „Kwarantanna domowa”. Działania rządów w tym zakresie spotkały się jednak z krytyką ze strony opinii publicznej i organizacji zajmujących się ochroną danych i bezpieczeństwem cyfrowym. Wynikało to z braku zaufania do intencji władzy, zawodności stosowanych rozwiązań do zabezpieczenia danych wrażliwych, a pogłębił te obawy pośpiech, w jakim tworzone określone rozwiązania. W efekcie aplikacje mobilne, choć latem 2020 r. wciąż w niektórych krajach wydawały się obiecującym rozwiązaniem¹², nie sprostały pokładanym w nich nadziejom. Mimo to są one powszechnie wykorzystywane m.in. wśród osób skierowanych na kwarantannę. ECDC wydało zalecenia dotyczące aplikacji mobilnych 10 czerwca 2020 r.¹³, dążąc do zachowania pewnych standardów na poziomie europejskim. W dokumencie ECDC oprogramowanie to zaprezentowano jako komplementarne w stosunku do tradycyjnych wywiadów środowiskowych i przedstawiono rekomendacje dotyczące skalibrowania określonych parametrów dotyczących np. przesłanek wysłania alarmu o ryzykownym kontakcie z osobą zarażoną. Fakt, że na poziomie całej Unii Europejskiej nie została przyjęta jedna aplikacja spowodował, że konieczne było określenie standardów, które

¹² www.technologyreview.com/2020/08/10/1006174/covid-contract-tracing-app-germany-ireland-success.

¹³ www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-mobile-applications-contact-tracing.pdf.

pozwolą na ich interoperacyjność – zostały one wypracowane przez eHealth Network¹⁴. Przykład ten pokazuje, jak skomplikowanym i czasochłonnym wyzwaniem było skoordynowanie i wypracowanie wspólnych rozwiązań dotyczących śledzenia kontaktów na poziomie całej Unii Europejskiej.

Odnosząc się do systemów dotyczących kwarantanny i śledzenia kontaktów, należy uwzględnić, że są one ściśle powiązane ze strategią testowania osób potencjalnie zakażonych – stąd często mówi się o systemie *test&trace*. Wynika to z faktu, że z jednej strony liczba dostępnych testów, a z drugiej strony moce przerobowe laboratoriów zajmujących się ich weryfikacją w sposób bezpośredni przekładają się na skalę wyzwania stojącego przed podmiotami zaangażowanymi w śledzenie kontaktów. Dlatego też z perspektywy decydentów odpowiedzialnych za koordynowanie całego systemu *test&trace* kluczowym wyzwaniem stało się znalezienie sposobu na optymalizację działań na styku obu tych elementów.

Podsumowując, pandemia COVID-19 stała się bezprecedensowym testem dla krajowych systemów epidemicznych. Szczególnie w początkowej fazie jej rozwoju tak ważne było wdrożenie skutecznych rozwiązań służących do izolacji osób zakażonych oraz wytypowania osób, które z powodu kontaktu z nimi potencjalnie również mogą zarażać i z tego względu powinny zostać skierowane na kwarantannę. W sposób naturalny przywództwo w tym zakresie musiały przejąć ponadnarodowe instytucje odpowiedzialne za walkę z tego typu zagrożeniami, jak WHO i ECDC. Stały się one swoistymi brokerami wiedzy, czy też facylitatorami procesu walki z kryzysem epidemicznym poprzez agregowanie wiedzy płynącej zarówno ze środowisk badawczo-naukowych, jak i podmiotów odpowiedzialnych za wdrożenia w poszczególnych krajach. Dzięki zaangażowaniu licznych interesariuszy możliwe było wypracowywanie standardów i zaleceń, które z czasem zyskiwały poparcie także w krajach próbujących początkowo podążać własną ścieżką, jak Wielka Brytania czy Szwecja.

¹⁴ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/contacttracing_mobileapps_guidelines_en.pdf.

3. Funkcjonowanie systemu kwarantanny i śledzenia kontaktów w Polsce oraz jego ewolucja w trakcie trwania pandemii COVID-19

Początki pandemii

Pierwsze informacje o zagrożeniu epidemią nowego koronawirusa z Chin, za sprawą systemu powiadamiania EHR powiązanego z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), trafiły do Głównego Inspektoratu Sanitarnego 9 stycznia 2020 r. Sygnał ten został przekazany do 318 powiatowych, 16 wojewódzkich i 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych, ale wówczas był on traktowany raczej jako kolejne standardowe ostrzeżenie, a nie zapowiedź globalnej pandemii. Wystarczy przypomnieć, że w pierwszych komunikatach WHO z przełomu grudnia 2019 r. i stycznia 2020 r. pojawiały się informacje, że nowy koronawirus jest mniej zjadliwy niż SARS czy MERS, inne patogeny z rodziny koronawirusów, a sama epidemia prawdopodobnie szybko wygaśnie, podobnie jak miało to miejsce w czasie epidemii SARS z 2003 r.

Pierwszym momentem, który zmienił sposób postrzegania zagrożenia, a jednocześnie uświadomił skalę potencjalnych wyzwań dla inspekcji sanitarnej, była informacja z 23 stycznia 2020 r. o otoczeniu miasta Wuhan kordonem sanitarnym. Co istotne, mimo powszechnego przekonania o anachroniczności funkcji realizowanych przez sanepid i koncentracji na problematyce chorób zakaźnych, spośród 16 tys. pracowników inspekcji jedynie 1 700 zajmowało się problematyką epidemiologiczną. Oznacza to, że przeciętnie na jedną stację sanitarno-epidemiologiczną przypadały cztery takie osoby, co dobrze obrazuje potencjał startowy inspekcji w zakresie zarządzania systemem kwarantanny – to właśnie kwestie kadrowe i infrastrukturalne (np. tak prozaiczne, jak brak telefonów) budziły najpoważniejsze obawy o zdolność PIS do poradzenia sobie z ewentualną epidemią i zarządzania procesem kwarantanny.

Od samego początku trwania epidemii było wiadomo, że pierwsze przypadki osób zakażonych nowym koronawirusem, o ile w ogóle wystąpią, trafią do Polski z zagranicy. Z tego powodu pierwszy system zbierający informacje o zarażonych oraz osobach mogących mieć z nimi kontakt został stworzony w celu rejestrowania ludzi przekraczających granicę. W ten sposób powstała baza EWP (Ewidencja Wjazdu do Polski).

Nie było to jednak jedyne zadanie realizowane w tamtym czasie przez PIS. Inspekcja miała stać się głównym punktem kontaktowym dla obywateli. Co prawda 27 lutego Minister Zdrowia uruchomił w Narodowym Funduszu Zdrowia infolinię, ale osoby podejrzewające zarażenie zostały de facto zobowiązane do informowania sanepidu o takiej sytuacji. Na przełomie lutego i marca 2020 r. PSSE i WSSE były jeszcze w stanie udźwignąć ten obowiązek, ale z upływem czasu zadanie to stawało się coraz trudniejsze. W rezultacie Główny Inspektorat Sanitarny rozpoczął prace nad stworzeniem ogólnopolskiej infolinii, która została uruchomiona na przełomie marca i kwietnia 2020 r. (pierwotny pomysł dotyczył uruchomienia trzycyfrowego numeru alarmowego, ale nie udało się wprowadzić go w życie).

Zbieranie danych o osobach zakażonych lub mogących mieć kontakt z chorymi wygenerowało jednak nowy problem – związany ze standardem raportowania zgłoszeń. Poza bazą EWP, przeznaczoną do ewidencjonowania osób przekraczających granicę, nie istniał żaden inny scentralizowany system. W efekcie poszczególne PSSE wysyłały niezestandaryzowane raporty do różnych podmiotów, tj. WSSE, wojewodów, PZH czy Ministerstwa Zdrowia, które na podstawie danych z powiatowych/wojewódzkich stacji codziennie przekazywało komunikaty opinii publicznej (w pierwszych tygodniach nawet kilkakrotnie w ciągu dnia).

Warto dodać, że z każdym kolejnym dniem liczba przypadków, a zarazem liczba osób przebywających na kwarantannie, które „przechodziły” przez inspekcję sanitarną rosła. W przypadku osób wjeżdżających do kraju w bazie EWP do końca marca zarejestrowano prawie 170 tys. Polaków. Liczba „krajowych” kwarantann była z początku mniejsza, ale już 29 marca 2020 r. przekroczyła 100 tys. osób. Przy tej skali zaczęły pojawiać się pierwsze problemy z prowadzeniem kompleksowych wywiadów epidemiologicznych, tym bardziej, że zadaniem inspekcji było także wyszukiwanie kontaktu do osób wskazanych w wywiadach, wydawanie decyzji o kierowaniu na kwarantannę (co samo w sobie wymagało czasu), czy wreszcie kontakt z osobami przebywającymi na kwarantannie (nie wspominając już o czasie poświęconym na raportowanie przypadków do różnych instytucji, w różnych formatach).

Pomimo skierowania wszystkich dostępnych pracowników inspekcji sanitarnej do prowadzenia takich wywiadów (z wyjątkiem osób odpowiedzialnych za kontrolę żywności – bez tego nie byłby możliwy choćby jej eksport), nie byli oni fizycznie w stanie obsłużyć wszystkich przypadków, pomijając już kwestie słabości infrastrukturalnych (np. brak telefonów z „wyjściem na miasto”, skutkujący niemożnością dodzwonienia się do sanepidu).

Trzeba jednak dodać, że trudności z prowadzeniem wywiadów epidemiologicznych w pełni ujawniły się dopiero pod koniec sierpnia 2020 r., wraz z pojawieniem się większej liczby zachorowań (choć i tak bardzo niewielkiej w porównaniu z tym, co czekało inspekcję kilka tygodni później).

Wobec pojawiających się trudności z prowadzeniem pogłębionych wywiadów, kluczowych z perspektywy efektywności modelu *test&trace*, najważniejszym zadaniem stała się ewidencja osób chorych/mających kontakt z osobą zarażoną. Mając na uwadze zamknięcie granic, baza EWP z końcem marca 2020 r. przestała pełnić swą podstawową funkcję. W tej sytuacji – wobec braku alternatywy (do końca marca 2020 r. nie powstał inny system rejestrowania przypadków) i jednocześnie świadomości, że wdrożenie nowej bazy prawdopodobnie zajmie tygodnie (jeśli nie miesiące) – Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o wykorzystaniu EWP do ewidencjonowania także przypadków krajowych. W kwietniu zapadła jednak decyzja, aby stworzyć nowy, docelowy system informatyczny do obsługi inspekcji sanitarnej. Otrzymał on nazwę SEPIS (System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej), a jego przygotowanie zlecono Ministerstwu Cyfryzacji (MC). Na mocy ustaleń podjętych w tamtym okresie przez Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego to właśnie minister cyfryzacji Marek Zagórski został oddelegowany przez premiera do cyfryzacji inspekcji sanitarnej. Sam fakt powierzenia tego zadania MC rodzi wątpliwość: dlaczego odpowiedzialności za stworzenie takiego systemu nie przekazano Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (obecnie Centrum e-Zdrowia, CEZ), jednostce nadzorowanej przez Ministerstwo Zdrowia. Jednym z możliwych wyjaśnień jest chęć konsolidacji przez Ministra Cyfryzacji wszystkich zadań związanych z digitalizacją państwa, tym bardziej, że na „odcinku pandemicznym” MC był aktywny od początku marca za sprawą prac nad aplikacją „Kwarantanna domowa”, a później „ProteGO Safe” (obecnie znanej pod nazwą „STOP COVID”). Niezależnie od tego, mając na względzie pojawiające się głosy o nienajlepszej współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a GIS, resort zdrowia mógł przychylnie patrzeć na przejście odpowiedzialności za digitalizację inspekcji sanitarnej przez inny podmiot administracji rządowej.

Z perspektywy czasu trudno jednoznacznie określić, czy oddelegowanie tego procesu poza Ministerstwo Zdrowia skutkowało istotnym opóźnieniem prac nad systemem SEPIS, który w wersji finalnej (SEPIS 2.0) został wdrożony dopiero w listopadzie 2020 r. Niewątpliwie

przełomem w tym procesie było włączenie do prac zespołu utworzonego przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, nadzorowanego przez szefa KPRM Michała Dworczyka. Zespół składał się zarówno z przedstawicieli instytucji publicznych odpowiedzialnych za nadzór nad inspekcją sanitarną (MZ, CEZ, GIS), ale także spółek skarbu państwa (Polski Fundusz Rozwoju, PKO BP, Exatel). Rola tego zespołu zostanie szerzej opisana w dalszej części raportu.

Trzecim kluczowym zadaniem, które na samym początku epidemii zlecono inspekcji sanitarnej, obok zarządzania kwarantanną i udzielania informacji obywatelom, była organizacja systemu testowania. Z jednej strony, zadanie to obejmowało kierowanie osób podejrzanych o zakażenie na testy, a z drugiej strony – stworzenie w Polsce sieci laboratoriów referencyjnych. Trzeba bowiem pamiętać, że w pierwszych tygodniach epidemii (zasadniczo do końca marca 2020 r.) pobrane próbki były wysyłane do laboratoriów referencyjnych w Berlinie i Rotterdamie. Dopiero po kilku tygodniach Państwowy Zakład Higieny, instytucja stanowiąca merytoryczne zaplecze PIS, uruchomiła pierwsze laboratorium referencyjne w Polsce, a w ślad za nim we współpracy z GIS 16 laboratoriów wojewódzkich. Dopiero po pewnym czasie, po niezbędnej walidacji, inne laboratoria zaczęły na podstawie kontraktów z NFZ przeprowadzać testy na obecność koronawirusa.

Podsumowując, począwszy od lutego 2020 r. przez kilkanaście pierwszych tygodni inspekcja sanitarna musiała jednocześnie realizować zadania w zakresie: informowania ludności, kierowania na testy, ewidencjonowania osób zarażonych lub mających kontakt z takimi osobami, prowadzenia wywiadów epidemiologicznych i wreszcie stworzenia systemu laboratoriów referencyjnych umożliwiających przeprowadzanie testów w kraju. Należy stwierdzić, że w przypadku większości tych zadań inspekcja wywiązała się, choć trzeba pamiętać, że skala epidemii była wyraźnie mniejsza niż w innych państwach.

Faza przejściowa

Wiele państw Europy Zachodniej, które doświadczyły bardzo mocnego uderzenia fali epidemii wczesną wiosną 2020 r., począwszy od maja zaczęło wchodzić w fazę przejściową, która charakteryzuje się znacznie mniejszą liczbą diagnozowanych zakażeń. W społecznej świadomości Polaków także nad Wisłą zaczęliśmy wchodzić w fazę przejściową, czego przejawem było przyśpieszenie w maju 2020 r. tempa łagodzenia przeciwepidemicznych

restrykcji. W okresie wakacyjnym można było wręcz odnieść wrażenie, jakby epidemia się skończyła – zresztą podobną tezę publicznie wygłosił premier Mateusz Morawiecki¹⁵.

Problem polegał na tym, że w Polsce zasadniczo nie doświadczyliśmy wiosennej fali epidemii, albo mówiąc dokładniej – nie zanotowaliśmy wyraźnego spadku zachorowań późną wiosną i latem. Choć temat pandemii zszedł z pierwszych stron gazet (głównie za sprawą wyborów prezydenckich), obłożenie inspekcji sanitarnej od maja do września 2020 r. nie uległo wyraźnemu zmniejszeniu. Zatem w przeciwieństwie do innych krajów inspekcja sanitarna w Polsce nie miała okresu wytchnienia, choć skala zachorowań w lipcu czy sierpniu była nieporównywalnie mniejsza niż jesienią. Należy bowiem pamiętać, że do początku września 2020 r. to właśnie na inspekcji sanitarnej spoczywał obowiązek nie tylko raportowania i prowadzenia wywiadów epidemicznych, ale także kierowania na testy.

Jednocześnie GIS, mając świadomość prognoz epidemiologów, którzy niemal jednomyślnie wskazywali na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia jesienią drugiej (pierwszej?) fali, nie podjął skutecznych działań mających przygotować inspekcję na jej nadejście.

Po pierwsze, utknęły prace nad systemem SEPIS, które rozpoczęto w kwietniu 2020 r. Co więcej, nie dokonano standaryzacji procesu raportowania – wobec opóźnień w przygotowaniu systemu SEPIS, można było podjąć decyzję o raportowaniu przypadków wyłącznie przez bazę EWP. Brak takiej decyzji skutkowało pojawieniem się rozbieżności danych raportowanych przez PSSE/WSSE i MZ, zwłaszcza w momencie, kiedy dobowe liczby zdiagnozowanych przypadków zaczęły przekraczać 10 tys. (początek listopada). Wystarczy powiedzieć, że kiedy na początku listopada 2020 r. rząd podjął decyzję o stworzeniu tzw. *dashboardu* z danymi (uruchomiono go 24 listopada), opartego właśnie na danych z bazy EWP, konieczna była jej weryfikacja, gdyż brakowało w niej przypadków z... czerwca 2020 r.

Po drugie, terenowe SSE nie otrzymały wystarczającego wsparcia w zakresie infrastruktury teleinformatycznej, której słabości były bardzo wyraźnie wskazywane od samego początku epidemii. W efekcie w momencie pojawienia się jesiennej fali epidemii infolinia utworzona napędze na przełomie marca i kwietnia 2020 r. straciła de facto zdolność do obsługi tak dużej liczby pacjentów. Dopiero latem przeprowadzono audyt potrzeb terenowych SSE,

¹⁵ <https://tvn24.pl/wybory-prezydenckie-2020/wybory-prezydenckie-2020-premier-mateusz-morawiecki-zacheca-do-udzialu-w-2-turze-wyborow-4626728>.

czego efektem było doposażenie inspekcji (wcześniejsze zakupy miały prawdopodobnie charakter doraźny). Jednak dopiero w październiku 2020 r., kiedy powstał specjalny zespół koordynujący w KPRM, z udziałem spółek skarbu państwa, rozpoczęto prace m.in. nad fizycznym wdrożeniem sieci VLAN łączącej wszystkie terenowe SSE.

Po trzecie, niezależnie od opóźnień procesu digitalizacji inspekcji sanitarnej, dopiero wczesną jesienią 2020 r. GIS zwrócił się z prośbą o dodatkowe wsparcie finansowe dla pracowników sanepidów. Można postawić hipotezę, że udzielenie takiego wsparcia na wcześniejszych etapach epidemii mogłoby pozytywnie wpłynąć na osłabione morale przemęczonych pracowników inspekcji, co *de facto* stanowiło jedną z przyczyn „załamania się” sanepidu w momencie wybuchu jesiennej fali epidemii. Tym bardziej, że mając na uwadze skalę wyzwań oraz środków publicznych uruchomionych na walkę z pandemią i jej skutkami, prawdopodobieństwo uzyskania takiego wsparcia było wysokie.

Podsumowując, w trakcie fazy przejściowej, choć miała mniej łagodny przebieg niż w wielu państwach europejskich, nie udało się podjąć stosownych działań przygotowujących inspekcję na wyzwania związane z jesienną falą pandemii koronawirusa, w tym zwłaszcza tych mających na celu digitalizację inspekcji. W tym sensie należy ten okres uznać za zmarnowany, gdyż nie udało się stworzyć podwalin pod sprawnie funkcjonujący model *test&trace*. Odpowiedzialność za taki stan rzeczy ponosi przede wszystkim GIS oraz Ministerstwo Zdrowia, choć trzeba pamiętać, że MZ w analizowanym okresie doświadczyło zmiany kierownictwa. Co więcej, MZ musiało obsługiwać szereg innych procesów związanych z zarządzaniem sytuacją epidemiczną, w tym zwłaszcza przygotować strategię walki z epidemią, włączającą w ten proces lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (nota bene z początkiem września przejęli oni na siebie większość zadań związanych z kierowaniem na testy).

Jesienna fala

Jesienna fala epidemii, która rozpoczęła się ok. 20 września 2020 r. wraz z przekroczeniem po raz pierwszy liczby 1000 zdiagnozowanych dziennie przypadków, w pełni obnażyła słabość inspekcji sanitarnej w modelu *test&trace*. W tym czasie było już bowiem powszechnie wiadomo, że cyfrowe narzędzia w postaci aplikacji „STOP COVID” nie są w stanie zastąpić systemu opartego na powszechnym testowaniu i śledzeniu kontaktów. Co prawda, trudno czynić inspekcji sanitarnej zarzut dotyczący słabości systemu testowania (jesienią Polska

notowała odsetek testów pozytywnych na poziomie afrykańskich państw rozwijających się), gdyż w tym zakresie odpowiedzialność spoczywała głównie na MZ. Jednak śledzenie kontaktów przy pomocy wywiadów epidemiologicznych leżało w pełni w kompetencjach inspekcji sanitarnej.

Eksperti wskazują, że poprawnie przeprowadzony wywiad epidemiologiczny powinien skutkować wysłaniem na kwarantannę od kilku do kilkunastu osób. Można przyjąć, że średnia powinna mieścić się w przedziale 5-8 osób na jeden aktywny przypadek. 20 września 2020 r., czyli w momencie startu jesiennej fali epidemii, współczynnik ten wynosił 9,24, co oznacza, że przynajmniej model śledzenia kontaktów funkcjonował w miarę poprawnie. Z każdym kolejnym dniem zaczął on jednak spadać – relację między liczbą nowych przypadków a wspomnianym współczynnikiem prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Efektywność inspekcji sanitarnej w Polsce w zakresie śledzenia kontaktów osób zarażonych wirusem SARS-Cov-2

Data	Dobowa liczba nowo zdiagnozowanych przypadków (średnia 10-dniowa)	Liczba osób na kwarantannie przypadająca na jeden aktywny przypadek
20.09	678	9,2
30.09	1 227	6,9
10.10	3 012	5,8
20.10	7 090	3,6
31.10	15 472	2,0
10.11	23 086	1,2
20.11	22 570	0,9
30.11	14 861	0,7
10.12	11 129	0,8
20.12	10 066	0,7
31.12	8 416	0,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MZ.

Na podstawie przedstawionych danych można wnioskować, że system śledzenia kontaktów za pomocą wywiadów epidemiologicznych zaczął się załamywać na początku października 2020 r. Co ciekawe, wraz ze spadkiem liczby nowych przypadków, począwszy od trzeciej dekady listopada, system nie wrócił do stanu sprzed wybuchu jesiennej fali.

Kolejna kwestia: analogicznie jak w przypadku okresu wakacyjnego, także zimą nie doświadczyliśmy wyraźnego spadku nowych zdiagnozowanych zachorowań. Zakładając, że jedna PSSE (dysponująca przeciętnie czterema pracownikami odpowiedzialnymi za problematykę epidemiologiczną) jest w stanie w ciągu dnia przeprowadzić ok. 15 godzinnych wywiadów epidemicznych (cztery wywiady dziennie na pracownika), to mnożąc to przez 318 PSSE daje to liczbę ok. 4,7 tys. wywiadów dziennie/20 tys. wywiadów tygodniowo. Trzeba jednak podkreślić, że nie wszystkie stacje terenowe mają taką kulturę pracy, która umożliwia im osiągnięcie wskazanych rezultatów – w praktyce ta wydolność jest pewnie bliższa 2-3 tys. wywiadów dziennie/10 tys. wywiadów tygodniowo. To zaś oznacza, że dopóki liczba nowych zachorowań nie spadnie poniżej tej granicy, trudno oczekiwać sprawnie funkcjonującego systemu śledzenia kontaktów. Idąc dalej, można z dużą dozą prawdopodobieństwa założyć, że przynajmniej za pomocą modelu *test&trace* nie da się uniknąć wystąpienia ewentualnej trzeciej (wczesnowiosennej) fali, prognozowanej przez epidemiologów. Jej skala będzie oczywiście zależeć od szeregu innych czynników, jednak ich analiza nie jest przedmiotem tego opracowania.

Opisując model kierowania na kwarantannę, warto dodać, że w wyniku prac działającego przy KPRM od października 2020 r. Zespołu – koordynującego prace instytucji odpowiedzialnych za walkę z epidemią oraz spółek skarbu państwa (w tym głównie PFR i PKO BP) – do połowy listopada 2020 r., głównie na bazie doświadczeń, infrastruktury i działań Exatela oraz PKO BP, udało się m.in. włączyć PSSE do sieci VLAN oraz wdrożyć nową infolinię, która w zautomatyzowany sposób przekazywała komunikaty o wysyłaniu na kwarantannę. Co więcej, włączenie się spółek skarbu państwa do „gry” skutkowało wyraźnym zwiększeniem dynamiki prac nad systemem SEPIS 2.0 (System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej), który już po kilku tygodniach trafił do testowania przez powiatowe SSE.

Trzeba podkreślić, że ważnym czynnikiem sprzyjającym przyśpieszeniu prac nad cyfryzacją inspekcji było powołanie w październiku 2020 r. na stanowisko zastępcy Generalnego Inspektora Sanitarnego Krzysztofa Saczki, który miał wziąć odpowiedzialność za digitalizację inspekcji, a jednocześnie przejąć część obowiązków zarządczych od Jarosława Pinkasa, który w końcu listopada 2020 r. ze względu na problemy zdrowotne ustąpił ze stanowiska. Należy przy tym zaznaczyć, że Krzysztof Saczka jako nie-lekarz zgodnie z ustawą nie może pełnić funkcji GIS, stąd jedynie pełni obowiązki szefa GIS. Zważywszy na fakt, że jest w inspekcji

osobą nową (trafił do GIS w październiku 2020 r.) może to stanowić pewną trudność w zarządzaniu tak ogromną instytucją – jest jednak zbyt wcześnie, aby jednoznacznie ocenić efekty jego prac.

Wracając jednak do digitalizacji PIS, pomimo wszystkich działań mających na celu cyfryzację inspekcji, które obiektywnie odciążyły jej pracowników, jeśli wierzyć przedstawionym powyżej danym (zob. tabela 1), nie zaobserwowano wyraźnej poprawy skuteczności działań sanepidu w zakresie zarządzania kwarantanną. Ten problem niewątpliwie wymaga bardziej pogłębionych badań, zwłaszcza ze względu na próbę oszacowania wpływu digitalizacji instytucji publicznych na sposób ich funkcjonowania.

Nie zmienia to jednak faktu, że tak jak w trakcie wiosennej fali epidemii Państwowa Inspekcja Sanitarna była głównym „bohaterem” wydarzeń, tak jesienią zeszła ona (albo została zepchnięta) na dalszy plan, a większą odpowiedzialność przejęła Kancelaria Premiera, która we współpracy ze spółkami skarbu państwa nie tylko przyspieszyła proces digitalizacji inspekcji sanitarnej, ale rozpoczęła pracę nad przygotowaniem Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19. Nie jest przypadkiem, że Pełnomocnikiem Rządu w tej sprawie został szef KPRM, Michał Dworczyk. Kwestia przeniesienia kompetencji z powołanych do tego instytucji do Kancelarii Premiera (i spółek skarbu państwa) powinna być przedmiotem dalszych badań.

Opisany powyżej proces wydaje się coraz bardziej powszechny i w zasadniczy sposób zmienia on charakter ustroju państwa. Oto bowiem podmioty pozostające poza kontrolą parlamentu niejako wchodzi w rolę administracji publicznej. Kluczową rolę w tej nowej strukturze w trakcie epidemii odegrał Polski Fundusz Rozwoju – wiosną 2020 r. na podstawie stosunkowo ogólnej delegacji ustawowej został on upoważniony do zarządzania pomocą w ramach tzw. Tarczy Finansowej, która ruszyła w maju 2020 r., a jesienią w sposób już mniej formalny przejął *de facto* koordynację nad procesem cyfryzacji inspekcji sanitarnej. Jednakże trudno oprzeć się wrażeniu, że trzymiesięczne opóźnienie wsparcia dla firm (Tarcza Finansowa 2.0 ruszyła dopiero w połowie stycznia 2021 r., trzy miesiące po wprowadzeniu nowych restrykcji) było spowodowane właśnie zaangażowaniem PFR jesienią 2020 r. w proces zarządzania kwarantanną. Jeśli taka hipoteza jest prawdziwa, mogłaby ona oznaczać, że spółka ta stanowi nie tylko operacyjne ramię KPRM, odpowiedzialne za koordynację prac instytucji publicznych, ale wręcz podmiot niezbędny dla sprawnej realizacji zadań publicznych.

4. Wnioski

Pojawienie się pandemii ukazało duże różnice w zakresie przygotowania poszczególnych państw do walki z zagrożeniami zdrowia publicznego. Początkowo bardzo dobrze poradziły sobie m.in. kraje azjatyckie, które miały doświadczenia z poprzednimi epidemiami MERS czy SARS, ale dla większości europejskich krajów było to bezprecedensowe wyzwanie. Z tego względu w początkowej fazie walki z nowym kryzysem liderem w zakresie kreowania i upowszechniania dobrych praktyk stały się ponadnarodowe organizacje pokroju Światowej Organizacji Zdrowia na poziomie globalnym czy Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób na Starym Kontynencie. To za sprawą m.in. tych podmiotów poszczególne instytucje krajowe mogły czerpać wiedzę na temat nowego zagrożenia i podejmować szybkie interwencje. W rekomendacjach wypracowanych przez te ponadnarodowe instytucje znalazły się m.in. zalecenia dotyczące śledzenia kontaktów i rozwiązań IT mających za zadanie usprawnienie tego procesu. Pomimo tych zaleceń, szczególnie w początkowej fazie rozwoju pandemii, występowały znaczne różnice w podejściu poszczególnych państw do tego zagadnienia, co też przekłada się na trudności z ich oceną – indeksy, takie jak przywołany Oxford COVID-19 Government Response Tracker, w dość uproszczony sposób podchodzą do systemów *test&trace*, utrudniając pogłębione analizy. Także trudności z opracowaniem aplikacji mobilnej do śledzenia kontaktów na poziomie unijnym pokazały, jak skomplikowanym i czasochłonnym wyzwaniem było skoordynowanie i wypracowanie wspólnych rozwiązań dotyczących śledzenia kontaktów na obszarze całej Unii Europejskiej.

Problemy, na które napotkała Państwowa Inspekcja Sanitarna w poszczególnych fazach rozwoju pandemii w Polsce, powiązane z jej wieloletnim niedofinansowaniem, ale również różnymi koncepcjami struktury jednostek wchodzących w jej skład, w sposób naturalny przełożyły się także na trudności w implementacji najlepszych praktyk zagranicznych. Od pierwszych tygodni 2020 r. korzystano intensywnie z wiedzy na temat rozwoju zagrożenia, bazując na komunikatach wymienionych instytucji ponadnarodowych. Implementacja usprawnień w zakresie modelu *test&trace* napotykała jednak na bariery zarówno techniczne (brak sprzętu), finansowe, kadrowe (zbyt mało epidemiologów, osób do obsługi infolinii czy kontaktów osób zakażonych), jak i koordynacyjne (kwestie podporządkowania GIS, WSSE i PSSE). W efekcie próbowano improwizować, wprowadzając narzędzia tymczasowe (*vide*

wykorzystanie bazy EWP do ewidencji krajowych przypadków zachorowań). Ogrom wyzwań stojących przed inspekcją, ale także uwarunkowania polityczne (*vide* spory personalno-kompetencyjne między poszczególnymi instytucjami publicznymi) utrudniały wdrażanie bardziej kompleksowych narzędzi, takich jak baza SEPIS-u czy zintegrowanie polskiej aplikacji mobilnej z systemem unijnym.

W ocenie funkcjonowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie można abstrahować od faktu, że sytuacja terenowych SSE na przestrzeni ostatnich 20 lat ulegała systematycznemu pogorszeniu. Podmioty, na które w pierwszych tygodniach epidemii spadło pierwsze uderzenie były na nie kompletnie nieprzygotowane, co potwierdzają także w swoich wypowiedziach pracownicy PIS różnego szczebla. Inspekcja sanitarna jawi się w nich jako instytucja anachroniczna, niedofinansowana i pozbawiona społecznego prestiżu. Dodatkowo warto podkreślić, że finał prac parlamentarnych nad reformą Państwowej Inspekcji Sanitarnej przypadł na początek pandemii. Używając militarne porównania, można wręcz powiedzieć, że nowa struktura PIS miała zostać przetestowana w boju.

Mając to wszystko na uwadze, należy wyraźnie docenić, że w pierwszych tygodniach epidemii za sprawą doraźnej mobilizacji inspekcja sanitarna wywiązała się z większości postawionych przed nią zadań, choć też skala epidemii była wyraźnie mniejsza niż w innych państwach. Niestety znacznie gorzej wypada ocena działań PIS w kolejnych okresach. W trakcie fazy przejściowej, nawet jeśli miała ona łagodniejszy przebieg niż w wielu państwach europejskich, nie udało się podjąć stosownych działań przygotowujących inspekcję na wyzwania związane z jesienną falą pandemii koronawirusa. Dotyczy to zwłaszcza działań mających na celu digitalizację inspekcji sanitarnej. W tym sensie należy ten okres uznać za zmarnowany, gdyż nie udało się stworzyć podwalin pod sprawnie funkcjonujący model *test&trace*.

Odpowiedzialność za taki stan rzeczy ponosi przede wszystkim Główny Inspektor Sanitarny, któremu można zarzucić przede wszystkim brak kompleksowej wiedzy o stanie terenowych SSE, słabą koordynację procesu digitalizacji inspekcji oraz niewystarczającą współpracę z innymi instytucjami publicznymi, oraz Ministerstwo Zdrowia, choć trzeba pamiętać, że to ostatnie w analizowanym okresie doświadczyło zmiany kierownictwa. Co więcej, MZ musiało obsługiwać szereg innych procesów związanych z zarządzaniem sytuacją epidemiczną, w tym przede wszystkim przygotować strategię walki z epidemią, włączającą w ten proces lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (*nota bene* z początkiem września 2020 r. przejęli oni na

siebie większość zadań związanych z kierowaniem na testy). Konsekwencją tych zaniedbań była de facto zapaść modelu *test&trace* jesienią 2020 r., co m.in. przełożyło się na niekontrolowany rozwój epidemii w Polsce.

Próbując dokonać obrazowego podsumowania ostatniego roku działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, sytuację można przyrównać, mocno upraszczając, do biegu na 3 000 metrów z przeszkodami. Ruszyliśmy bardzo energicznie, zyskując przewagę nad konkurentami, ale bardzo szybko zaczęły się ujawniać zarówno braki kondycyjne (brak zasobów), jak i techniczne (słabość instytucji, brak koordynacji). W rezultacie z każdą kolejną przeszkodą zaczynaliśmy tracić uzyskaną na starcie przewagę, tak by po pierwszych udanych okrążeniach całkowicie zgubić rytm biegu i do półmetka doczłapać się z bardzo mocno poobdzieranymi kolanami, co nie daje podstaw do optymizmu w kontekście pozostałego dystansu.

Patrząc w przyszłość z perspektywy zarówno doświadczeń ostatnich 12 miesięcy, jak i potencjału Polskiej Inspekcji Sanitarnej, można z dużą dozą prawdopodobieństwa założyć, że nie da się uniknąć wystąpienia prognozowanej przez epidemiologów ewentualnej trzeciej (wczesnowiosennej) fali w 2021 r. Jej skala będzie oczywiście zależec od szeregu innych czynników, jednak ich analiza nie jest przedmiotem tego opracowania.

Niezależnie od tego, jak Państwowa Inspekcja Sanitarna poradziła sobie z pandemicznym wyzwaniem, w ramach przygotowań do „kolejnego okrążenia” warto rozważyć poddanie bardziej szczegółowej analizie trzy inne zagadnienia.

Po pierwsze, jakie mechanizmy/bodźce mogłyby formalnie ułatwiać współpracę pomiędzy różnymi instytucjami publicznymi na szczeblu centralnym i samorządowym, i to nie tylko w sytuacji kryzysowej. Nawet osoby odpowiedzialne za częściową pionizację inspekcji sanitarnej, mimo niewątpliwych zalet takiego rozwiązania, zwracają uwagę, że odebranie jednostkom samorządu terytorialnego kompetencji nadzorczych na poziomie lokalnym czasami uniemożliwiło skuteczny wpływ na funkcjonowanie jednostek terenowych. Jeśli już taki wpływ miał miejsce, to bazował on bardziej na instytucjach nieformalnych, czyli znajomościach i kontaktach prywatnych.

Po drugie, warto odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób powinny być wykorzystywane różne zasoby państwa w procesie planowania, koordynacji i wdrożenia polityki publicznej, w tym

zwłaszcza zasoby publicznych spółek. Z takim przypadkiem mieliśmy do czynienia jesienią 2020 r., gdy w obliczu niezadawalających postępów we wdrażaniu kompleksowego systemu SEPIS została podjęta decyzja o konieczności silnego zaangażowania takich aktorów. Kryzys pandemiczny pokazał bowiem bardzo wyraźnie, że choć państwo dysponuje wieloma zasobami, to albo nie potrafi z nich umiejętnie skorzystać, albo robi to z ominięciem istniejących reguł ustrojowych.

Po trzecie, głębszej weryfikacji wymaga potencjał polskich instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie kryzysowe oraz bezpieczeństwo sanitarno-epidemiologiczne do korzystania z międzynarodowych dobrych praktyk pozwalających na ograniczenie kosztów wynikających z próby budowania od podstaw rozwiązań na poziomie krajowym. Pandemia COVID-19 stała się globalnym wyzwaniem – z odpowiedzią na niektóre kwestie miały problem nawet rozwinięte kraje Europy Zachodniej. Z tej perspektywy umiejętność kooperacji z partnerami zagranicznymi, bazowanie na ich wiedzy i doświadczeniu ma kluczowe znaczenie dla skutecznej walki z zagrożeniem.

Przedstawione zagadnienia dobrze obrazują, jak kompleksowym wyzwaniem jest odpowiednie zarządzanie modelem *test&trace*, ale również szerzej – całym kryzysem epidemicznym. Bez gruntownej reformy polskich instytucji odpowiedzialnych za realizację tych zadań osiągnięcie tak postawionego celu wydaje się niemal niemożliwe.

Autorzy



dr Marcin Kędzierski

Lider zespołu

Doktor nauk ekonomicznych, główny ekspert Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego. Od 2009 r. pracownik naukowy Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, obecnie adiunkt w Katedrze Stosunków Międzynarodowych.

Ekspert w zakresie analizy polityki publicznej, ze szczególnym uwzględnieniem szeroko rozumianej polityki edukacyjnej.



Marek Oramus

Członek zespołu

Ekonomista, od 2013 r. związany z Małopolską Szkołą Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.

Uczestniczy w przygotowaniu i realizacji projektów badawczych i wdrożeniowych związanych m.in. z problematyką zarządzania publicznego, rewolucji przemysłowej 4.0, przedsiębiorczości oraz współpracy administracji samorządowej z organizacjami pozarządowymi.