



Kroniki pandemii

STANOWISKA 28–32

OPRACOWANIE ZESPOŁU DS. COVID-19
PRZY PREZESIE POLSKIEJ AKADEMII NAUK

Jerzy Duszyński, Aneta Afelt, Małgorzata Kossowska,
Anna Ochab-Marcinek, Radosław Owczuk, Wojciech Paczos, Anna Plater-Zyberk,
Krzysztof Pyrc, Magdalena Rosińska, Andrzej Rychard, Tomasz Smiatacz

SPIS TREŚCI

Nota o autorach	3
Wstęp	5
Stanowisko nr 28	
Omikron atakuje – ratujmy siebie i państwo	6
Stanowisko nr 29	
Niski poziom zaszczepienia społeczeństwa w Polsce szkodzi gospodarce	9
Stanowisko nr 30	
Jesteśmy teraz razem	13
Stanowisko nr 31	
Czy to znamienne, że koniec pandemii w Polsce ogłoszono w prima aprilis?	14
Stanowisko nr 32	
Co zrobić, żeby nie było kolejnej tragicznej jesieni?	16

NOTA O AUTORACH



prof. dr hab. Jerzy Duszyński

Biochemik, członek rzeczywisty Polskiej Akademii Nauk, od 2015 roku prezes Polskiej Akademii Nauk. Od 1971 roku związany z Instytutem Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN. Zajmuje się bioenergetyką, rolą mitochondriów w funkcjonowaniu komórek, chorobami mitochondrialnymi i neurodegeneracyjnymi, starzeniem się. W latach 2008–2009 pełnił funkcję wiceministra w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego, odpowiedzialnego za naukę.



dr Aneta Afelt

Geografka, ukończyła studia geograficzne na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Łódzkiego oraz studia doktoranckie na Wydziale Geografii i Studiów Regionalnych Uniwersytetu Warszawskiego. Pracuje w Interdyscyplinarnym Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego. Obecnie przebywa w Espace-DEV, IRD – Institut de Recherche pour le Développement, Montpellier, Francja.



prof. dr hab. Małgorzata Kossowska

Psycholożka, kieruje Zakładem Psychologii Społecznej i Center for Social Cognitive Studies w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Bada procesy poznawcze i motywacyjne leżące u podłoża złożonych zjawisk społecznych (radykałnych przekonań ideologicznych, uprzedzeń oraz konfliktów społecznych). Współautorka książki *Człowiek w obliczu pandemii* (2020).



dr hab. Anna Ochab-Marcinek

Fizyczka teoretyczna, ukończyła fizykę na Uniwersytecie Jagiellońskim. Pracowała na Uniwersytecie Jagiellońskim i Uniwersytecie w Augsburgu (Niemcy). Obecnie pracuje w Instytucie Chemii Fizycznej PAN, gdzie kieruje zespołem badawczym Chemia Biofizyczna. Zajmuje się modelowaniem ewolucji biologicznej i stochastyczną ekspresją genów.



prof. dr hab. n. med. Radosław Owczuk

Lekarz, absolwent Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUMed). Od 2018 roku jest tam kierownikiem Katedry oraz Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii i od 2020 roku dziekanem Wydziału Lekarskiego. Od października 2016 roku pełni funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Od 2012 roku redaktor naczelny czasopisma „Anaesthesiology Intensive Therapy”, pełni funkcję recenzenta w licznych czasopismach polskich i zagranicznych.



dr Wojciech Paczos

Ekonomista, adiunkt w Instytucie Nauk Ekonomicznych PAN, assistant professor w Cardiff University (UK), były ekonomista wizytujący w Bank of England, członek Concilium Civitas, założyciel grupy eksperckiej Dobrobyt na Pokolenia.



dr Anna Plater-Zyberk

Językoznawczyni i antropolożka. Ekspertka w dziedzinie współpracy międzynarodowej w nauce, stworzyła zespół i pierwsze międzynarodowe programy Narodowego Centrum Nauki. Od 2017 roku koordynuje współpracę z zagranicą w PAN. Doktorat z teorii metafory pojęciowej zrealizowała na Uniwersytecie Jagiellońskim oraz w Metaphor Lab w Amsterdamie.



prof. dr hab. Krzysztof Pyrc

Wirusolog, biolog. Jest absolwentem Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Uniwersytetu Amsterdamskiego. Lider zespołu Virogenetics w Małopolskim Centrum Biotechnologii UJ, kierownik Pracowni Wirusologii oraz Zwierzętarni Zakaźnej UJ. Zajmuje się biologią zakażenia oraz patogenezą koronawirusów i flawiwirusów, opracowaniem nowych leków przeciwwirusowych, a także tworzeniem i walidacją nowych metod diagnostycznych.



prof. dr hab. Magdalena Rosińska

Lekarka i biostatystka. Od 2002 roku jest związana z NIZP-PZH, gdzie zajmuje się epidemiologią chorób przenoszonych drogą parenteralną i płciową, zwłaszcza zakażeń HIV i HCV. Przewodnicząca komitetu koordynującego program nadzoru nad wirusowymi zapaleniami wątroby w Unii Europejskiej oraz zespołu kryzysowego ds. prognozowania sytuacji epidemicznej w Polsce, powołanego przez Ministra Zdrowia.



prof. dr hab. Andrzej Rychard

Socjolog, członek korespondent PAN, dyrektor Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, przewodniczący Rady Fundacji im. Stefana Batorego. Członek Komitetu Socjologii PAN, wykładowca i visiting professor na wielu uniwersytetach zagranicznych. Zajmuje się socjologią instytucji, socjologią polityki, gospodarki oraz socjologią postkomunistycznej transformacji. Komentator w mediach polskich i zagranicznych.



dr hab. n. med. Tomasz Smiatacz

Lekarz, jest absolwentem Akademii Medycznej w Gdańsku. Internista, specjalista chorób zakaźnych, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i od 2020 roku prorektor ds. studenckich GUMed. Stypendysta American Foundation for AIDS Research, odbył kursy i szkolenia m.in. w CDC w Atlancie, Yale University AIDS Programme, Instytucie Wirusologii uniwersytetu La Sapienza w Rzymie.

WSTĘP

Kroniki pandemii. Stanowiska 28–32 – to zbiór zaleceń i analiz przygotowanych przez interdyscyplinarny Zespół doradczy ds. COVID 19 przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk w 2022 roku. Niniejsza publikacja uzupełnia wcześniejsze opracowania Zespołu, które ukazywały się w latach 2020 i 2021 i zostały zebrane w numerze 4/2021 magazynu PAN „Academia” pt. *Kroniki pandemii lata 2020–2021* (<https://czasopisma.pan.pl/dlibra/publication/140621/edition/123013/content>). Wcześniej Zespół opublikował w numerze 4/2020 magazynu PAN „Academia” kompendium pt. *Zrozumieć COVID-19* (<https://czasopisma.pan.pl/dlibra/publication/136169/edition/119068/content>).

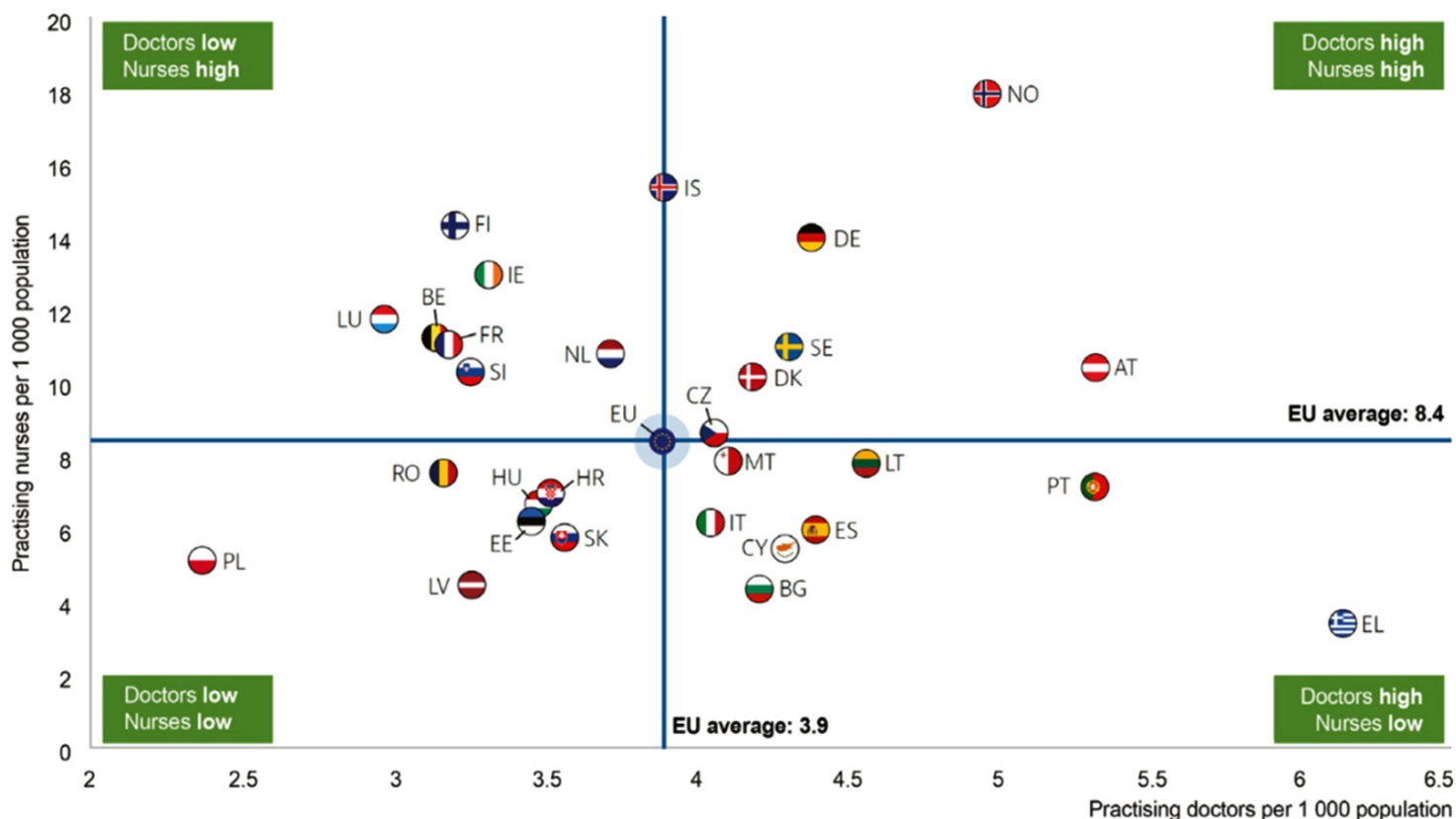
Omikron atakuje – ratujmy siebie i państwo

Choć wciąż zbieramy w Polsce śmiertelne żniwo czwartej fali epidemii COVID-19 generowanej głównie przez wariant Delta, właśnie rozpoczęła się piąta fala zachorowań, związana z pojawieniem się wariantu Omikron. Badania pokazują, że wariant Omikron statystycznie powoduje nieco łagodniejszą chorobę. Jednak indywidualnie różnica w stosunku do wariantu Delta może być nie tak wielka i w dalszym ciągu infekcja wariantem Omikron stanowi dla wielu śmiertelne zagrożenie. Tak jest szczególnie w przypadku osób niezaszczepionych. Wiemy jednak, że nawet u osób zaszczepionych oraz u ozdrowieńców ochrona przed zakażeniem i zachorowaniem nie jest wysoce efektywna, ale ryzyko zgonu w ich przypadku jest wielokrotnie mniejsze. Dotyczy to osób, które ostatnią dawkę szczepionki przyjęły nie dawniej niż 5 miesięcy temu. Dlatego wszyscy, którzy przekroczyli ten termin powinni zaszczepić się dawką przypominającą. Niestety zaszczepionych dawką przypominającą jest w naszym społeczeństwie ciągle zbyt mało. Osoby jeszcze niezaszczepione powinny pilnie włączyć się do programu szczepień. W ten sposób i one mają szansę zmniejszyć swoje ryzyko groźnych konsekwencji zachorowania na COVID-19. Pewna liczba osób zdobyła certyfikaty szczepień nielegalnie, bez zaszczepienia się. Znalazły się one teraz w swoistej pułapce. Należy rozważyć umożliwienie im wyjścia z tej sytuacji. Rządzący państwem powinni zrobić wszystko, co tylko możliwe, aby podnieść liczbę osób adekwatnie zaszczepionych. Jedynie to może choć trochę zmniejszyć w Polsce rozmiar tragedii tak licznych nadmiarowych śmierci i paraliżu zarówno systemu opieki zdrowotnej jak i całego państwa.

Przez swą wysoką zaraźliwość Omikron wywołuje falę zachorowań o niespotykanej dotąd skali. Choć odsetek hospitalizacji będzie w przypadku Omikrona niższy, niż to miało miejsce w przypadku wariantów, z którymi mieliśmy dotąd do czynienia, jednak będzie to odsetek od dużo większej liczby zakażeń. W szpitalach nie leżą „odsetki”, lecz ludzie „w liczbach bezwzględnych”, a będą to niespotykane jak dotąd duże liczby. Wzrost liczby hospitalizowanych z reguły jest opóźniony o około 2 tygodnie od odnotowanego wzrostu zakażeń. Maksimum liczby



FREEMIX



pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 jest prognozowane na drugą połowę lutego i – w optymistycznym wariantcie prognoz – będzie porównywalne ze szczytem listopadowym 2020. Dramat skrajnej niewydolności systemu opieki zdrowotnej może dotknąć wszystkich, również osoby chore na schorzenia inne niż COVID-19, gdyż generalnie stan zdrowia społeczeństwa w Polsce jest stosunkowo zły, a system ochrony zdrowia jest już głęboko niewydolny. Jednym z symptomów słabości tego systemu jest bardzo niska liczba pielęgniarek i lekarzy w Polsce, co dokumentuje zamieszczona rycina 1, ukazująca liczbę lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w poszczególnych krajach Unii Europejskiej.

Skutkiem bierności rządu było kolejne niepotrzebne kilkadziesiąt tysięcy nadmiarowych zgonów w drugiej połowie 2021 roku. Czy ta tragiczna statystyka będzie się utrzymywała w 2022 roku? Jakie będą długoterminowe efekty bezczynności rządzących? Jak to obciąży nasze społeczeństwo i opiekę zdrowotną w nadchodzących latach? Długotrwałe przepełnienie szpitali zaowocuje kolejnymi przypadkami zbyt późno rozpoznanych chorób i falą śmierci, których można było uniknąć.

Nie ma deficytu wiedzy, jest deficyt woli

Najwyższa pora skończyć z poglądem, że jeszcze wielu rzeczy o SARS-CoV-2 czy o szczepionkach nie wiemy. COVID-19 to jedna z najlepiej poznanych chorób zakaźnych w historii medycyny, a szczepionka przeciw tej chorobie jest najlepiej zbadaną szczepionką w historii szczepień. Wyraźny jest natomiast deficyt woli zwalczania epidemii COVID-19 u rządzących.

Pora odrzucić założenie, że pewna część społeczeństwa to osoby o zrozumiałych wątpliwościach co do restrykcji i szczepień. Nadszedł etap walki z groźnymi dla społeczeństwa działaniami dobrze zorganizowanej – choć mniej licznej, niż się wydaje – grupy antyszczepionkowców, którzy otumaniąją dużą jego część. Trzeba im się zdecydowanie przeciwstawiać w polityce, w instytucjach publicznych i w życiu społecznym. Trzeba użyć wszelkich środków prawnych

Ryc. 1
Liczba lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w poszczególnych krajach Unii Europejskiej



w celu obrony społeczeństwa przed ekspansją tych środowisk. Wolność człowieka do dokonywania nieracjonalnych, sprzecznych z naukowymi poglądami wyborów kończy się tam, gdzie zaczynają one zagrażać zdrowiu i życiu współobywateli.

Dysputy na temat wyższości maseczek nad dystansem, restrykcji nad testowaniem, czy szczepienia nad leczeniem należy odłożyć do lamusa. Potrzebne jest wszystko naraz – i to natychmiast. Indolencja w działaniach już zaowocowała w Polsce tysiącami zgonów, których można było uniknąć.

Proponowane poniżej środki działania nie wymagają trudnych politycznie zmian ustawowych – wystarczą akty niższego rzędu, np. rozporządzenia. Do tego zaś potrzebna jest tylko wola rządzących.

Apelujemy o niezwłoczne:

1. rygorystyczne egzekwowanie **zasady MDDW** (maseczki, dystans, dezynfekcja, wietrzenie), ale też zasady „**masz infekcję – zostań w domu**” oraz w najbliższych tygodniach powrót, gdzie tylko możliwe, do **pracy zdalnej**, także wśród osób zaszczepionych.
2. wprowadzenie **ulatteń dla zaszczepionych oraz ograniczeń dla niezaszczepionych**. Należy przy tym stosować się do wytycznych dotyczących trwałości ochrony, jaką zapewniają szczepionki oraz konieczności przyjęcia dawki przypominającej, odpowiednio ustalając datę ważności certyfikatu. Działania powinny mieć charakter systemowy, a trudne decyzje i odpowiedzialność nie powinny ciążyć na pracodawcach. Decyzje o przyszłych dawkach czy wprowadzeniu szczepienia do kalendarza szczepień obowiązkowych należy podjąć na podstawie racjonalnych przesłanek oraz uwzględniając stan pandemii.
3. **promowanie** powszechnego **testowania dla wszystkich zainteresowanych** (np. poprzez bezpłatne testy antygenowe bez skierowania, choćby korzystając z brytyjskiego rozwiązania darmowych pakietów testów dla każdego w każdej aptece) oraz **regularne testowanie dzieci i personelu w szkołach**.
4. pilną intensyfikację kampanii informacyjnej dotyczącej epidemii COVID-19. **Wprowadzenie do szkół programów edukacyjnych dotyczących epidemii** sposobów jej zwalczania, w szczególności tak podstawowych narzędzi do walki z chorobami zakaźnymi jak szczepionki.
5. podjęcie zdecydowanych działań **piętnujących poglądy i postawy negujące dobrze udokumentowane fakty naukowe i bezpośrednio zagrażające zdrowiu i życiu Polaków**.

W Polsce zapłaciliśmy bardzo wysoką i niepotrzebną cenę za zaniechania w walce z epidemią COVID-19. Proponowane natychmiastowe działania nie zatrzymają już nowej fali, ale mogą ją rozciągnąć w czasie i tym samym osłabić jej niszczycielskie działanie. Mamy narzędzia, aby to uczynić. Niewybaczalnym błędem będzie nieskorzystanie z nich.

Niski poziom zaszczepienia społeczeństwa w Polsce szkodzi gospodarce

W sytuacji nagminnego lekceważenia zasady MDDW (maseczka, dystans, dezynfekcja i wietrzenie) niski poziom zaszczepienia społeczeństwa szkodzi gospodarce. Epidemia, z którą zmagamy się obecnie, prawdopodobnie niedługo wygaśnie. Jednak po niej nieuchronnie przyjdą kolejne. Pamiętajmy o ważnej lekcji z obecnej epidemii – rygorystyczne przestrzeganie zasad profilaktyki i powszechne szczepienia chronią nie tylko zdrowie społeczeństwa, ale także gospodarkę kraju.

Na pandemię zwykło się patrzeć z dwóch perspektyw. Jedna z nich dotyczy zdrowia, druga funkcjonowania gospodarki. Działania chroniące zdrowie społeczeństwa i te osłaniające gospodarkę wydają się wzajemnie wykluczać. Na przykład obostrzenia podejmowane w celu ograniczenia liczby chorych w pierwszych miesiącach epidemii COVID-19, w tym zamknięcie działalności wielu przedsiębiorstw, w dużym stopniu osłabiły gospodarkę. Z kolei wprowadzanie „słabych” obostrzeń w późniejszych okresach epidemii, gdy gospodarka mocno już ucierpiała na jej skutek, często nie ograniczało liczby zachorowań w pożądanym sposób.

Tymczasem alternatywa „albo zdrowie obywateli, albo zdrowa gospodarka” jest pozorna. Jest wręcz odwrotnie. **Zdrowe społeczeństwo zapewnia dobre funkcjonowanie gospodarki, a dobrze działająca gospodarka jest niezbędna, by chronić zdrowie społeczeństwa.** Obecnie mamy do dyspozycji narzędzia, które umożliwiają walkę z pandemią bez zamykania gospodarki. Są nimi szczepienia i zasada MDDW (maseczka, dystans, dezynfekcja, wietrzenie). O tym, że rygorystyczne stosowanie zasad profilaktyki (MDDW) pozytywnie wpływa zarówno na zdrowie, jak i na gospodarkę, świadczy przykład Tajwanu, [co opisaliśmy w stanowisku 26](#). Szczepionki przeciw COVID-19 są najlepiej zbadanymi szczepionkami w historii medycyny i wiemy, że odmowa korzystania z nich zwiększa ryzyko zakażenia, choroby, powikłań, a nawet śmierci. **Brak zdecydowanych działań promujących szczepienia i przestrzeganie zasad MDDW osłabia nie tylko stan zdrowia społeczeństwa i obciąża system ochrony zdrowia, ale także osłabia gospodarkę.**

Gospodarka w pandemii

Głównymi czynnikami, które w 2022 roku, będą negatywnie oddziaływać na polską gospodarkę są:

- **ciągle trwająca epidemia COVID-19** związana ze znanymi obecnie i ewentualnie panującymi wariantami SARS-CoV-2,
- **niski poziom zaszczepienia społeczeństwa,**
- **wysoka inflacja,**
- **nadwyrężone finanse publiczne.**

Oznacza to, że pandemię należy traktować jako zjawisko, w którym **zdrowie obywateli i gospodarka państwa są ze sobą nierozzerwalnie związane.** Obecnie rośnie ryzyko, że z ewentualnymi kolejnymi falami pandemii gospodarka będzie sobie radzić coraz gorzej.

W 2020 roku, podobnie jak miało to miejsce w przypadku większości gospodarek świata, polska gospodarka przeszła recesję. Jej głębokość była na średnim poziomie w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej (UE), a w 2021 roku – znów podobnie jak w gospodarce światowej – nastąpiło zdecydowane odbicie¹. Brak głębokiego kryzysu w 2020 roku i szybkie odbicie gospodarcze w 2021 roku było możliwe dzięki kombinacji trzech czynników.

¹Bukowski P. i Paczos W., [Why is Poland's economy emerging so strongly from the pandemic? A comparison with the UK](#), LSE European Politics and Policy blog, 2021



FREEPIK

Pierwszym było wprowadzenie – na całym świecie – **hojnych i powszechnych pakietów fiskalnych**, w Polsce w formie „tarcz antykrzysowych”. Dzięki temu nie nastąpiły bankructwa firm i nie wzrosło bezrobocie, co zazwyczaj towarzyszy kryzysom. Pozwoliło to utrzymać potencjał wytwórczy gospodarki (stronę podażową) oraz dochody ludności (stronę popytową). Była to właściwa reakcja na kryzys – wspólna wszystkim gospodarkom dotkniętym obostrzeniami – zgodna z konsensusem akademickim i zalecana przez instytucje międzynarodowe^{2,3}.

W polskiej gospodarce dodatkowo wystąpiły dwa czynniki. Jeden z nich był związany ze specyficzną strukturą tej gospodarki – **mniejszy niż w innych krajach UE sektor usług**, w którym straty w czasie obowiązywania obostrzeń są największe. Drugi to **stosowanie od czerwca 2020 roku „słabych” obostrzeń**, które w niskim stopniu ograniczały aktywność gospodarczą, lecz niestety nie były skuteczne w ograniczaniu epidemii. Przyczyniło się to do jednych z najwyższych na świecie fal zachorowań i zgonów. W Polsce podczas drugiej i trzeciej fali jesienią 2020 i wiosną 2021 roku, miało miejsce prawie 140 tysięcy nadmiarowych zgonów, a jesienią w 2021 roku ponad 50 tysięcy⁴. Oznacza to, że przy nierygorystycznym stosowaniu zasad MDDW i niskim zaszczepieniu społeczeństwa w Polsce skala obostrzeń była niewystarczająca.

Bilans ryzyk gospodarczych w 2022 r.

Tarcze antykrzysowe na początku pandemii były wprowadzane, gdy polska gospodarka znajdowała się w bardzo komfortowej sytuacji: niski poziom długu publicznego (46% PKB na koniec 2019 roku) i historycznie niski poziom kosztów jego obsługi⁵ oraz wysokie prognozy wzrostu gospodarczego (3,1% wg IMF⁶), choć inflacja już wtedy była wysoka (4,6% w marcu 2020⁷). Jednak dzisiaj gospodarcze skutki działań ratunkowych związanych z walką z pandemią to znacząco wyższy poziom długu (59% PKB w II kwartale 2020⁵) i jeszcze wyższa inflacja, która sięgnęła w grudniu 8,6%⁷, a według ekonomistów będzie nadal rosła⁶. **Podniesiony poziom długu publicznego jest ceną za to, że kryzys COVID-19 nie doprowadził do wysokiego bezrobocia**

² Baldwin R. i Weder di Mauro B., *Mitigating the Covid-19 Crisis: Act Fast and Do Whatever it Takes*, Centre for European Policy Research, 2020

³ International Monetary Fund, *World Economic Outlook*, 2020

⁴ Obliczenia własne na podstawie danych w: Karlinsky A. i Kobak D., *Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset*, eLife, 2021; *World Mortality Dataset/GitHub*

⁵ Dane dotyczą skonsolidowanego długu instytucji rządowych i samorządowych (tzw. „dług EDP”); na podstawie *danych udostępnionych w serwisie Gov.pl*

⁶ International Monetary Fund, *World Economic Outlook*, 2019

⁷ Główny Urząd Statystyczny, *Szybki szacunek wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych w grudniu 2021 roku*

i fali bankructw, ale inflacja nie musiała i nie powinna być tak wysoka. Na ryzyko podniesionej inflacji zwracano uwagę od początku pandemii⁸. Niepokój budzi to, że władze monetarne przez cały okres pandemii nie uwzględniły tego ryzyka w swojej komunikacji ze społeczeństwem. **Zła komunikacja banku centralnego może doprowadzić do tak zwanego „odkotwiczenia” oczekiwań inflacyjnych w gospodarce.** Jest to zjawisko, w którym na skutek rosnącej inflacji społeczeństwo zaczyna oczekiwać, że będzie ona rosła nadal. W takiej sytuacji inflacja zaczyna rosnąć „sama z siebie” – firmy podnoszą ceny nawet bez bezpośredniej presji kosztowej. W Polsce zaczynamy obserwować pierwsze symptomy tego zjawiska. Stąd zrozumiałe jest, dlaczego inflacja budzi dzisiaj tak wielkie emocje i słuszne obawy ekonomistów i społeczeństwa⁹.

Dług publiczny jest dzisiaj blisko konstytucyjnej granicy 60% PKB, a walka z inflacją będzie zwiększać koszty jego obsługi. Władze monetarne, które podejmują decyzje o wysokości stóp procentowych, stoją przed trudnym dylematem, w którym każdy scenariusz niesie ze sobą ryzyko. Z jednej strony niedostateczna reakcja oznacza ryzyko utrwalenia się inflacji na wysokim poziomie, z drugiej strony zbyt mocna reakcja zwiększa ryzyko spowolnienia gospodarczego. Polska polityka gospodarcza znalazła się w trudnym momencie, dużo trudniejszym niż w marcu 2020 roku. Dzisiaj przeprowadzenie operacji na skalę „tarcz antykryzysowych” byłoby dużo bardziej ryzykowne niż na początku kryzysu COVID-19. W związku z wariantem Omikron i niskim poziomem zaszczepienia społeczeństwa, polska gospodarka znalazła się w wyjątkowo ryzykownej sytuacji.

Stała niepewność związana z utrzymującą się epidemią niesie za sobą szereg ryzyk, które wpływają na gospodarkę. W pierwszej kolejności jest to zagrożenie zdrowia i życia obywateli, czyli ryzyko bezpośrednie zakażenia i choroby oraz pośrednie odmowy lub opóźnienia świadczeń zdrowotnych z powodu obciążenia systemu ochrony zdrowia przez chorych na COVID-19. Nieopanowana epidemia oznacza również konieczność podejmowania decyzji ekonomicznych i finansowych z ryzykiem słabych obostrzeń czy lockdownów, co zwiększa poziom niepewności i utrudnia planowanie. Prowadzi to do spadku inwestycji w sektorze przedsiębiorstw. Obostrzenia niosą ze sobą ryzyko bezrobocia i bankructw w sytuacji, w której o hojną pomoc publiczną będzie trudniej niż na początku pandemii. Inflacja natomiast utrudnia planowanie budżetów domowych.

Na powyższe zjawiska nakłada się **kryzys zaufania do instytucji publicznych** i błędy decydentów w komunikacji ze społeczeństwem. Polacy nie wiedzą, jak rząd planuje przeciwdziałać nawrotom pandemii ani jak władze monetarne planują przeciwdziałać inflacji.

Dynamiczna odbudowa czy nawroty epidemii

W przeciwieństwie do 2020 roku, posiadamy dzisiaj skuteczne narzędzie, które pozwala znacznie zredukować opisane wyżej ryzyka. Jest nim szczepienie. Zbudowanie odporności na poziomie indywidualnym pozwoli nie tylko uniknąć poważnych konsekwencji zdrowotnych COVID-19, ale także bezpiecznie pracować, uczyć się i podejmować aktywności społeczne. Natomiast zbudowanie odporności w skali społeczeństwa pozwoli gospodarstwom domowym bezpiecznie planować, firmom inwestować, a rządzącym prowadzić przewidywalną politykę gospodarczą i pieniężną.

Zapewnienie odporności na infekcję wirusem SARS-CoV-2 pozwoliłoby gospodarce na dynamiczną odbudowę. Zlekceważenie tego wymogu grozi nawrotami pandemii i obostrzeń, które będą negatywnie wpływały na polską gospodarkę. Jeśli się powszechnie nie zaszczepimy, to obecna, piąta fala pandemii może nie być ostatnia z tak poważnymi następstwami zdrowotnymi i gospodarczymi. **Obawiamy się scenariusza, w którym kraje o wysokim odsetku zaszczepionych wrócą na ścieżkę szybkiego wzrostu, podczas gdy kraje, w których ten odsetek jest niski, będą rozwijały się wyraźnie wolniej.** Na takie ryzyko wskazują również instytucje międzynarodowe, np. Międzynarodowy Fundusz Walutowy¹⁰ i Europejski Bank Odbudowy i Rozwoju¹¹. O tym, że zmierzamy w tym kierunku, świadczą przykłady z ostatnich dni. W czasie

⁸ Dr Wojciech Paczos dla TOK FM (7.01.2022)

⁹ Bukowski P. i Paczos W., [We need more progressive taxation, and a wealth tax, to pay for the Covid-19 rescue packages](#), LSE European Politics and Policy blog, 2020

¹⁰ International Monetary Fund, [World Economic Outlook](#), 2021

¹¹ European Bank for Reconstruction and Development, [Regional Economic Prospects: Bittersweet Recovery](#), 2021

gdy gospodarki prawie w pełni zaszczepionych społeczeństw Danii, Wielkiej Brytanii i Norwegii znosiły ostatnie obostrzenia, w Polsce zdecydowano o ponownym zamknięciu szkół i przejściu na tryb nauki zdalnej. **Obecnie w Polsce brakuje motywacji i realnych zachęt, by się szczepić.** Co więcej, brak szczepienia w żadnym stopniu nie ogranicza życia społecznego w naszym kraju, w przeciwieństwie do większości krajów Europy Zachodniej.

Gospodarczy długi COVID (long COVID)

Opisywane są już długotrwałe skutki zdrowotne, jakie może spowodować przechorowanie COVID-19. Podobnie epidemia COVID-19, nawet gdy ustąpi, może pozostawić długotrwałe negatywne skutki w gospodarce. Może się to wydarzyć na skutek działania trzech mechanizmów. **Pierwszym jest długotrwałe pogorszenie stanu zdrowia społeczeństwa** przez opóźnioną diagnostykę i ograniczone leczenie chorób innych niż COVID-19 z powodu obciążenia systemu ochrony zdrowia w czasie pandemii oraz na skutek szkód w zdrowiu psychicznym. **Drugim jest obniżony poziom inwestycji w pracowników, kapitał fizyczny i nowe technologie firm,** które w ostatnich dwóch latach były zmuszone całkowicie skupić się na przetrwaniu w czasie pandemii. **Trzecim może być obniżony kapitał ludzki uczniów** dotkniętych zamykaniem szkół w czasie pandemii. Straty edukacyjne mogą doprowadzić do niższych umiejętności, a te w przyszłości do niższych płac, a więc słabszej dynamiki całej gospodarki w bardzo długim horyzoncie czasowym¹².

Europejski program odbudowy

Bardzo cenną inicjatywą w tej sytuacji jest wspólny program odbudowy gospodarczej w Unii Europejskiej: **NextGenerationEU**¹³. Ma on polegać na zapewnieniu środków na odbudowę gospodarek europejskich po pandemii COVID-19. Środki na program będą pozyskane na poziomie wspólnotowym poprzez emisję wspólnego długu i nowe podatki na poziomie UE (w tym na przykład podatek cyfrowy i graniczny podatek węglowy). Polska może otrzymać z tego programu prawie 60 mld euro, w tym ok. 24 mld euro w formie bezzwrotnych grantów, a resztę w formie niskoprocentowanych pożyczek¹⁴. Korzyści z europejskiego programu odbudowy są dwojakie.

- Po pierwsze, jest to transfer do polskiej gospodarki środków, których nie udało się pozyskać tak niskim kosztem.
- Po drugie, są to środki celowe, które zgodnie z wytycznymi UE – i wytycznymi zapisanymi również w polskim Krajowym Programie Odbudowy (KPO) – mają być inwestowane w transformację cyfrową i w kierunku zielonej energetyki.

Największym plusem tego programu jest to, że nadaje on inwestycjom kierunek i długoterminową perspektywę, o którą zazwyczaj trudno jest zadbać politykom krajowym. Obecny konflikt polityczny polskiego rządu z Unią Europejską już doprowadził do opóźnienia przyznania środków z KPO. Jego odrzucenie byłoby niewybaczalnym błędem. Nie tylko pogorszyłoby obecny bilans ryzyk w polskiej gospodarce, ale również obniżyłoby perspektywy rozwoju Polski w dłuższej perspektywie czasowej.

Dlatego apelujemy o wprowadzenie realnych zachęt i przedstawienie wiarygodnego programu zwiększenia powszechności szczepień na COVID-19, wygaszenie konfliktu politycznego z Unią Europejską oraz współpracę ze związkami zawodowymi i związkami pracodawców, w celu wprowadzenia skutecznej ochrony pracowników i interesantów przed zakażeniem COVID-19. Apelujemy o przedstawienie wiarygodnego programu powrotu inflacji do celu NBP w przewidywalnym horyzoncie czasowym. A nade wszystko apelujemy do wszystkich sił politycznych w Polsce o przedstawienie programów wzmocnienia systemu ochrony zdrowia, inwestycji w edukację i naukę oraz przygotowanie Polski do skutecznej walki z kolejnymi falami COVID-19 oraz epidemiami, z którymi nieuchronnie przyjdzie nam walczyć w przyszłości.

¹² Zespół ds. COVID-19 przy Prezesa Polskiej Akademii Nauk, [stanowisko nr 10: Konsekwencje pandemii COVID-19 dla zdrowia psychicznego i edukacji dzieci i młodzieży](#), 2021

¹³ [Serwis Gov.pl o Krajowym Planie Odbudowy](#)

¹⁴ Paczos W. i Rachel Ł., [Stanowisko 1/2022: Jak obniżyć inflację w Polsce: czy miękkie lądowanie jest jeszcze możliwe?](#), 17.01.2022

Jesteśmy teraz razem

W stanowisku pt. [COVID-19 a granice](#), które nasz Zespół opracował we współpracy z uczonymi z Ukrainy i opublikował 26 października 2021 roku, pisaliśmy, że wirus SARS-CoV-2 z łatwością pokonuje granice sąsiadujących ze sobą krajów. W czasie agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę to stwierdzenie nabiera jeszcze większego znaczenia.

W chwili, gdy piszemy te słowa, w Polsce znalazły się prawie dwa miliony osób uciekających przed wojną z Ukrainy, głównie matki z dziećmi. Obecnie mamy do czynienia z kryzysem humanitarnym na dużą skalę. Zadaniem priorytetowym teraz jest zapewnić osobom uciekającym przed wojną z Ukrainy jak najlepszą pomoc. Piszemy ten apel wiedząc, że aktywne są różne ośrodki, także pochodzące z Rosji, które próbują wzbudzać niechęć, a nawet panikę wobec akcji przyjmowania uchodźców, często szermując argumentami epidemicznymi. Nie ulegajmy tej propagandzie! Najlepszą ku temu metodą jest postawa racjonalna: namawianie do zachowań prozdrowotnych, w tym do szczepień. Dlatego, choć z pewnym wahaniem, to upubliczniamy nasze stanowisko. Pozostajemy ufni, że zostanie ono odczytane zgodnie z naszą intencją, którą jest zwrócenie uwagi na to, że kryzys humanitarny nie zakończył niestety kryzysu pandemii COVID-19 i że teraz musimy się troszczyć również o osoby, które w Polsce gościmy.

W Polsce nadal diagnozuje się codziennie kilkanaście tysięcy panch zakażeń i prawie 200 zgonów chorych na COVID-19. Jeśli chodzi o obecną liczbę zgonów w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców, to jesteśmy w ścisłej czołówce na świecie. Postęp szczepień przeciw COVID-19 w Polsce jest nadal bardzo powolny i jedynie 30% populacji dorosłych jest obecnie zaszczepionych tzw. boosterem¹, choć trzeba zaznaczyć, że osoby niezaszczepione w większości już przynajmniej raz chorowały na COVID-19². Podobnie i w Ukrainie pandemia wcale jeszcze nie wygasła. Tuż przed wybuchem wojny odnotowywano tam ponad 20 tysięcy zachorowań dziennie i około 240 zgonów. Sceptycyzm wobec szczepień i dezinformacja na ich temat już od kilku lat stanowiły narastający problem tak w Polsce, jak i w Ukrainie, a ich skutki w postaci niższego niż w innych krajach stanu zaszczepienia przeciwko różnym chorobom, także COVID-19, są widoczne w obu krajach.

W sytuacji kryzysu humanitarnego i uchodźczego palące staje się zapewnienie jak najlepszej ochrony przed chorobami, w tym przed chorobą COVID-19. Wiele osób pomaga i będzie pomagało uchodźcom z Ukrainy, pracując w bezpośrednim kontakcie z dużymi grupami ludzi. Bardzo ważne, aby zarówno osoby pomagające, jak i sami uchodźcy byli zaszczepieni. Warto przy tym podkreślić, że kontakt obywateli polskich z uchodźcami, tak jak i kontakt z rodakami, nie wiąże się z ryzykiem zachorowania, o ile pamiętamy o podstawowych zasadach ochrony: szczepienie – maseczki – dezynfekcja. Dlatego uchodźcom należy niezwłocznie zapewnić m.in. darmowy i nieograniczony dostęp do maseczek i środków do dezynfekcji, a przede wszystkim ułatwić dostęp do szczepień przeciw COVID-19. Biorąc pod uwagę powyższe, jak i obserwowany obecnie w kilku krajach Europy wzrost liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2, apelujemy do decydentów o wycofanie się z pomysłu zniesienia na terenie Polski obostrzeń epidemicznych. Apelujemy też o intensywne promowanie akcji szczepień przeciw COVID-19. Bądźmy solidarni i zróbmy wszystko, aby ochronić zdrowie swoje i tych, którzy uciekają przed wojną. Jesteśmy teraz razem.



¹ <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

² <https://www.pzh.gov.pl/projekty-i-programy/obserco/raporty/>

Czy to znamienne, że koniec pandemii w Polsce ogłoszono w prima aprilis?

1 kwietnia 2022 roku ogłoszono w Polsce praktycznie koniec pandemii. Tego dnia, choć realnie epidemia nadal trwa, rząd zniósł właściwie wszystkie obostrzenia, w tym obowiązkową izolację chorych, a Narodowy Fundusz Zdrowia – dodatkowe finansowanie świadczeń związane z COVID-19, m.in. finansowanie testowania i finansowanie szpitali tymczasowych. Decyzja rządu spotkała się z zadowoleniem środowisk negocjujących pandemię lub wręcz zaprzeczających istnieniu wirusa SARS-CoV-2. Z kolei środowiska od dwóch lat zaangażowane w walkę z pandemią raczej uważają, że jest to decyzja groźna i przedwczesna. Której z tych postaw dawać wiarę? Co realnie oznacza koniec pandemii?

Wariant łagodniejszy, ale nadal groźny

Obecnie w Polsce około 60% społeczeństwa przyjęło dwie, a 30% trzy dawki szczepionki przeciwko COVID-19. Pozostali w dużym odsetku już przechorowali COVID-19 przynajmniej jednokrotnie. Pamiętajmy jednak, że odporność nabyta w związku z zaszczepieniem lub przechorowaniem dość szybko zanika. Niestety, brak zdecydowanej promocji akcji szczepień w Polsce, a co za tym idzie powolne ich tempo, zaowocowały ponad 200 tys. nadmiarowych zgonów. Organizm praktycznie każdego i każdej z nas chociaż raz miał już kontakt z wirusem lub z jego fragmentem, powstałym w wyniku szczepienia lub zawartym w szczepionce. Dlatego obecnie infekcja wiru-



sem SARS-CoV-2 skutkuje szybszym i bardziej efektywnym uruchomieniem obrony immunologicznej niż na początku pandemii i w efekcie ryzyko ciężkiej choroby i śmierci jest teraz niższe. Ponadto, w listopadzie 2021 roku pojawił się Omikron, łagodniejszy wariant wirusa SARS-CoV-2, który rzadziej powoduje ciężką chorobę. Teraz ten wariant jest dominujący. Wypadkową tych zdarzeń jest obniżenie się ryzyka wystąpienia fali zgonów i przeciążenia systemu ochrony zdrowia, pomimo nadchodzących fal zakażeń.

Ewolucja wirusa

Nie oznacza to jednak, że Omikron jest całkowicie niegroźny, ani że nie powinniśmy mieć się na baczności. Omikron może ciągle wywołać ciężką i śmiertelną chorobę u osób bardziej wrażliwych oraz tych, którzy nie mieli jeszcze kontaktu z wirusem lub mieli ten kontakt dawno. A takich osób w Polsce jest dużo. W samym marcu 2022 roku odnotowano w naszym kraju prawie 3 tys. zgonów związanych z COVID-19, a więc więcej niż notuje się rocznie z powodu wszystkich innych chorób zakaźnych razem wziętych.

W związku z ciągłym intensywnym krążeniem wirusa, w najbliższych miesiącach możemy spodziewać się nowych jego wariantów. Mogą one być „potomkami” łagodniejszego Omikron, ale mogą również wywodzić się z bardziej „agresywnych” szczepów, takich jak Beta czy Delta. Nie wiemy, jak ciężką chorobę będą te warianty ewentualnie powodowały.



Potrzebna strategia monitoringu

Czy w takim razie „odwołanie” pandemii nie jest jednak przedwczesne? Rozumiemy, że trudno nie reagować na zmianę charakteru infekcji, która statystycznie ma obecnie bardziej łagodny charakter. Istotnie, luzowanie w dużej mierze i tak nieprzeznaczonych obostrzeń nie zmienia stanu rzeczy. Z drugiej jednak strony, odwołanie pandemii oznacza również, że osoby u których wystąpi ciężka choroba będą miały problem z diagnostyką i leczeniem. Dostępność w Polsce skutecznych leków przeciw COVID-19 będzie ograniczona. Ale co najważniejsze, brak monitoringu jest jak odłączenie czujników pożaru – może spowodować, że przy kolejnej fali zakażeń będziemy poruszać się ponownie po omacku, a dopiero pełne oddziały intensywnej terapii powiedzą nam, że zareagowaliśmy zbyt późno. Warto byłoby pomyśleć o strategiach, które pozwolą temu zaradzić ([Stanowisko 6](#)). W szczególności potrzebna jest spójna strategia monitoringu nie tylko częstości nowych zachorowań, ale też śledzenia ewentualnego pojawiania się nowych wariantów wirusa, szczególnie takich, które mogą powodować cięższy przebieg COVID-19. Do przeprowadzenia takiego monitoringu konieczne jest pozyskiwanie zintegrowanych danych genetycznych, klinicznych i epidemiologicznych.

Czy to faktycznie koniec pandemii?

Naturą nie kierują politycy ani naukowcy. Wirus SARS-CoV-2 może nas jeszcze zaskoczyć. Warto uczciwie komunikować ewentualne zagrożenia tak, abyśmy jako społeczeństwo mogli podejmować mądre decyzje, kierując się faktami, a nie kalkulacją polityczną ([Stanowisko 18](#)). Dzisiaj pandemia jako zjawisko paraliżujące nasz świat wydaje się odchodzić do przeszłości, ale od nas będzie zależało, czy tam pozostanie. Wirus w dalszym ciągu jest potencjalnie niebezpieczny, szczególnie dla osób starszych lub obciążonych innymi chorobami. Jeśli pojawią się nowe rekomendacje dotyczące prewencji COVID-19 – stosujmy się do nich. W przypadku zaleceń szczepienia koniecznie zaszczepmy się.

Co robić, żeby nie było kolejnej tragicznej jesieni?

Pandemia COVID-19 zaskakiwała nas już wielokrotnie. Po tragicznych sezonach jesiennych w latach 2020 i 2021, w których COVID-19 pochłonął w Polsce po kilkadziesiąt tysięcy ofiar, w początku roku 2022 dotarła do nas fala Omikronu, nowego wariantu SARS-CoV-2. Wariant ten charakteryzuje się wysoką zakaźnością, a co więcej wcześniejsze szczepienie ani przechorowanie nie daje nam gwarantowanej ochrony wobec niego. W związku z tym liczba zakażeń tym wariantem była bezprecedensowo wysoka. Na szczęście nie przełożyło się to na liczbę hospitalizacji oraz zgonów. Zmniejszenie śmiertelności COVID-19 było wypadkową dwóch czynników. Po pierwsze, Omikron rzadziej powoduje zakażenia dolnych dróg oddechowych oraz ciężkie objawy ogólnoustrojowe. Po drugie, prawie każdy z nas albo miał już kontakt naturalny z wirusem, albo nabył pewną odporność na tę infekcję poprzez szczepienie. Badania nad odpornością poszczepienną, naturalną i tzw. hybrydową (po szczepieniu i przechorowaniu) nadal trwają. Pojawiają się pierwsze doniesienia wskazujące na istotne różnice w roli odpowiedzi humoralnej i komórkowej, zależnie od tego z jakim wariantem wirusa człowiek zetknął się pierwotnie i ile czasu minęło od kontaktu z nim.

Kolejna fala COVID-19 dotarła do nas latem, kiedy nowe subwarianty omikronu, BA.4 i BA.5, okazały się być wystarczająco zakaźne, aby przenosić się łatwo nawet wtedy, gdy częściej przebywamy w otwartych przestrzeniach. Sytuację zaogniło całkowite wycofanie się z działań zapobiegawczych w naszym kraju.



Podobnie jak w przypadku fali wczesnowiosennej i tym razem bardzo wysoka liczba łagodnych przypadków nie stworzyła realnego zagrożenia dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jednak ciągle choroba pozostaje niebezpieczna dla osób w podeszłym wieku, z obniżoną odpornością i schorowanymi.

W związku ze statystycznie niższym poziomem zagrożenia ciężkim przebiegiem COVID-19 pojawia się pytanie: co dalej? Bilans kosztów i zysków ewentualnych działań przeciwepidemicznych jest obecnie mniej oczywisty. Czy więc możemy zapomnieć o sprawie pandemii? Czy też powinniśmy wrócić do aktywnego działania wobec obserwowanych wzrostów zachorowań, a jeśli tak to w jakim zakresie? W niniejszym stanowisku postaramy się odpowiedzieć na te pytania.

Reagowanie w zależności od scenariusza

Największą niewiadomą obecnie pozostaje kwestia jak będzie przebiegała epidemia jesienią. Bardzo trudne na tym etapie jest udzielenie jednoznacznej odpowiedzi, ponieważ zależy to głównie od zmienności wirusa. W optymistycznym scenariuszu będzie nam towarzyszył wariant omikronu powodujący łagodną chorobę. Zakładając brak wdrażania restrykcji, wcześniej nabyta pamięć immunologiczna również u osób z grup ryzyka będzie w dalszym ciągu wystarczająca, aby zapobiegać hospitalizacji i śmierci. W efekcie doświadczymy wzrostu liczby łagodnych infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych, jednak nie dojdzie do paraliżu systemu ochrony zdrowia oraz zaburzenia w funkcjonowaniu Państwa. W pesymistycznym scenariuszu, pojawi się pan wariant dominujący, który będzie wykazywał wysoką zjadliwość i będzie unikał uprzednio wykształconej odporności. Na to może nałożyć się spadająca odporność, szczególnie u osób z grup wysokiego ryzyka; w takim przypadku jesień może ponownie przynieść nam liczne zgony i kłopoty systemu ochrony zdrowia.

Monitoring

Informacji o intensywności epidemii dostarcza nam diagnostyka. Wiosną, wraz ze zmniejszeniem naporu na opiekę zdrowotną oraz ze zmniejszającą się liczbą zgonów, rząd zdecydował o zaprzestaniu testowania masowego. Istotnie, testowanie masowe, które nie prowadzi do izolacji ani kwarantanny, w dużej mierze traci rację bytu. Z drugiej strony, brak monitorowania zachorowań skazuje nas na działanie reaktywne, w oparciu o liczbę zgonów.

Warto zauważyć jednak, że w Polsce decyzje względem epidemii COVID-19 były podejmowane „na ślepo” już od jesieni 2020 roku. Niewystarczająca liczba testów oraz stosunkowo wysoki odsetek pozytywnych wyników przez cały czas trwania pandemii jasno mówiły, że wiele zachorowań pozostawało niezdiagnozowanych, a tym samym ocena sytuacji była niemiarodajna. W obliczu braków infrastrukturalnych i kadrowych już dwa lata temu sugerowaliśmy wdrożenie systemu testowania stosunkowo małych, ale reprezentatywnych grup ludności, na przykład w oparciu o zmodyfikowany system Sentinel. W efekcie, przy znaczącej redukcji kosztów oraz obciążenia kadrowo-infrastrukturalnego bylibyśmy w stanie reagować na rozwój wydarzeń, decydując o potencjalnych środkach zaradczych lub o ewentualnym powrocie do testowania masowego. Prace nad wdrożeniem takiego systemu powinny zostać zdecydowanie przyspieszone, szczególnie uwzględniając bardzo szybkie następstwo czasowe dominacji kolejnych wariantów.

Dostępność leków

Równolegle, wobec braku testów masowych powinniśmy umożliwić szybkie testowanie indywidualne dla osób z grup wysokiego ryzyka ciężkiego przebiegu. Dlaczego? Obecnie mamy już skuteczne leki, które znacząco redukują ryzyko ciężkiego przebiegu choroby. Molnupirawir był przez krótki czas dostępny w Polsce. Paxlovid, który został zaakceptowany przez Europejską Agencję Leków (EMA) i charakteryzuje się bardzo wysoką skutecznością, nigdy nie był dostępny w Polsce. Oba te leki powinny być jak najszybciej udostępnione, w pierwszej kolejności dla seniorów i osób z grup wysokiego ryzyka, u których szczepienie może nie tworzyć wystarczającej bariery.

W przypadku obu leków kluczowe dla skuteczności jest bardzo szybkie rozpoczęcie leczenia. Będzie to możliwe tylko jeżeli dostępna będzie szybka diagnostyka indywidualna, a osoby z grup ryzyka będą świadome konieczności zgłaszania się na badanie przy pierwszych objawach. Wtedy odniesiemy realną korzyść ze stosowania tych leków.

Aktualizacja programu szczepień

Najważniejszą linią obrony, która powinna być traktowana w sposób strategiczny jest podawanie dawek przypominających szczepionki przeciw COVID-19. Obecnie druga dawka przypominająca jest dostępna dla osób powyżej 60. roku życia oraz dla osób z grup ryzyka, zgodnie z rekomendacją EMA oraz Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), a także dla medyków. Pojawiają się jednak liczne pytania: czy dostępne szczepionki są skuteczne wobec dominującego obecnie subwariantu omikronu i czy powinniśmy czekać na jesień w związku z obiecwanymi aktualizowanymi preparatami, które uwzględniają nowe warianty? Zmiany, które pojawiły się w genomie wirusa sprawiają, że ochrona przed zakażeniem i zachorowaniem u osób po szczepieniu rzeczywiście nie jest wysoka, jednak ochrona przed ciężką postacią choroby, hospitalizacją i zgonem utrzymuje się na wysokim poziomie.

Osoby, dla których ryzyko ciężkiego przebiegu w obecnej fali zakażeń jest wysokie powinny rozważyć natychmiastowe przyjęcie szczepionki. Co z tego, że jesienią mogą pojawić się szczepionki, które będą efektywniej redukować ryzyko zakażenia czy transmisji, jeżeli do tego czasu możemy stracić zdrowie, a nawet życie. Pamiętajmy również, że na razie nie dysponujemy pełnymi danymi dotyczącymi skuteczności panch szczepionek specyficznych względem wariantu omikron w zapobieganiu zakażeniu i chorobie, a co więcej nie wiemy, jaki wariant będzie dominujący jesienią. To, czy i kiedy będą dostępne nowe typy szczepionek oraz jaka będzie ich skuteczność – to kwestia hipotetycznej przyszłości. Dostępne dane naukowe jednoznacznie wskazują, że dawki przypominające przywracają i wzmacniają ochronne działanie naszego układu odpornościowego.

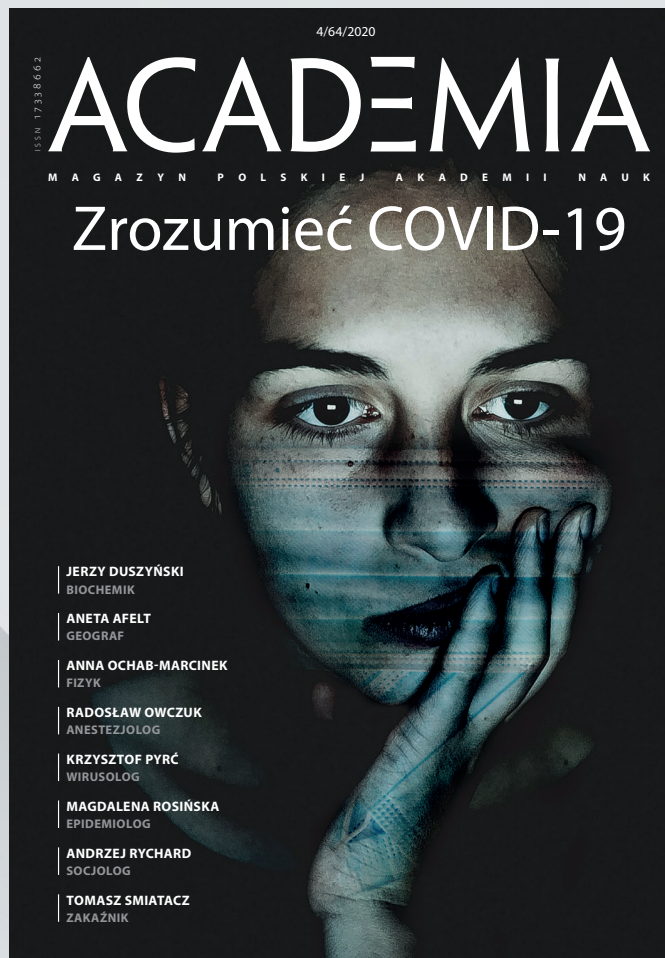
Doniesienia naukowe jednoznacznie pokazują, że korzyści wynikające ze szczepienia znacznie przewyższają związane z tym ryzyko, również w u dzieci oraz kobiet w ciąży.

Długotrwały COVID-19 i rehabilitacja

Strategie walki z pandemią w Europie skupiają się głównie na redukcji bezpośredniego ryzyka związanego z zakażeniem i przejściu do etapu, kiedy COVID-19 będzie tylko jedną z wielu chorób wirusowych, na które zapadamy w sezonie jesienno-zimowym. Musimy jednak pamiętać, że nawet łagodne przechorowanie zakażenia SARS-CoV-2 może pozostawić w naszym organizmie trwałe ślady i musimy liczyć się z faktem, że w nadchodzących latach będziemy borykali się z falą schorzeń związaną z długotrwałymi skutkami przebycia COVID-19. W tym wypadku chodzi nie tylko o deficyty ze strony układu oddechowego, ale również o schorzenia układów: krążenia, neurologicznych (np. zaniki tkanek mózgowia u osób po 50 r.ż.), cukrzycy czy pozornie błahej, ale istotnie wpływającej na jakość życia, długotrwałej utracie węchu i/lub smaku. Warto również pamiętać o zaburzeniach behawioralnych pośrednio wywołanych przez COVID-19, tj. przez życie w warunkach pandemii – takich jak niepokój, lęk, agresja, próby samobójcze, skłonność do uzależnień.

Bez względu na to należy pilnie przywrócić system rehabilitacji, który pozwoli chociaż trochę zmniejszyć dług zdrowotny i obciążenie systemu ochrony zdrowia w nadchodzących latach. Nawet jeżeli okaże się, że efekty choroby ustępują z czasem, nie powinniśmy zostawić tych najdłużej i najbardziej cierpiących samym sobie. Należy mieć także na uwadze, że znacząca grupa chorych dotkniętych długotrwałym COVID-19 to osoby w wieku produkcyjnym, których obniżenie zawodowej wydajności, a w skrajnych przypadkach nawet wycofanie się z rynku pracy jest realną stratą dla gospodarki.

Epidemia COVID-19 i wirus SARS-CoV-2 nie zniknęły, ale zmieniły swoje oblicze. Musimy adaptować się do tych zmian. Karygodne wydaje się udawanie, że problem zniknął oraz iluzja, że „jakoś to będzie”. Racjonalna strategia powinna opierać się na prawdopodobnych scenariuszach rozwoju sytuacji. Powinna ona również uwzględniać potrzeby osób słabszych, a także wykorzystywać wszelkie dostępne nam sposoby ograniczania liczby zakażeń (szczepienia, testowanie, leki, maseczki, dystansowanie się, dezynfekcja). Tylko przyjmując takie postępowanie jesteśmy w stanie zapobiec kolejnej tragedii, zarówno zdrowotnej, jak i ekonomicznej oraz społecznej, która może nastąpić tej jesieni. Ponieważ dysponujemy dobrymi narzędziami ochrony, każda śmierć w nadchodzących latach będzie niepotrzebna, a każdego ewentualnego lockdownu lub ograniczenia naszej wolności można będzie w dużej mierze uniknąć.



<https://journals.pan.pl/dlibra/flipbook/119454>



<https://journals.pan.pl/dlibra/flipbook/123014>