Biuletyn Informacji Publicznej Polskiej Akademii Nauk

Adres artykułu: https://bip.pan.pl/artykul/56-807-covid-19-a-granice-stanowisko-nr-23-z-26-pazdziernika-2021-r

COVID-19 a granice (stanowisko nr 23 z 26 października 2021 r.)

Wirus nie zna granic. Pandemia COVID-19 uwidoczniła konieczność podjęcia skoordynowanych działań na rzecz zdrowia i wspólnego bezpieczeństwa Polski i Ukrainy. Członkowie zespołów ds. COVID-19 Polskiej Akademii Nauk i Narodowej Akademii Nauk Ukrainy omawiają we wspólnym stanowisku obserwowane podobieństwa i różnice w pandemii w Polsce i w Ukrainie oraz płynące z tego wnioski.

Obecnie w ciągu kilku godzin można przemieścić się samolotem z Azji do Europy, czy samochodem z Warszawy do Kijowa. Podróże ułatwiają kontakty międzyludzkie, ale tworzą również doskonałą okazję do przemieszczania się wirusa. Jest to szczególnie istotne dla sąsiadujących ze sobą krajów.

Polskę i Ukrainę wiele łączy. Miedzy innymi, Polska jest największym partnerem międzynarodowym Ukrainy. Dlatego to, co się dzieje w Ukrainie, jest ważne dla Polski, a to, co się dzieje w Polsce, ma wpływ na wiele działań podejmowanych w Ukrainie. Pandemia COVID-19 uwidoczniła konieczność podjęcia wspólnych działań na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia sąsiadujących ze sobą krajów. Spójrzmy bliżej na historię epidemii COVID-19 w Polsce i w Ukrainie.

Przebieg epidemii COVID-19 w Polsce

Pierwsze 50 oficjalnie zarejestrowanych w Polsce przypadków COVID-19 pojawiło się od 4 do 11 marca 2020 r. Osoby te zakażały się wirusem głównie poza granicami Polski, w szczególności we Włoszech, Niemczech, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii czy Norwegii. Ich pobyt w tych krajach był związany z wykonywaniem pracy lub przebywaniem w ośrodkach wypoczynkowych w czasie szkolnych ferii zimowych. Pierwsza ofiara śmiertelna wirusa SARS-CoV-2 w Polsce została stwierdzona 12 marca 2020 r. Od drugiej połowy marca 2020 r. zakażenia wirusem SARS-CoV-2 odnotowano już na całym terytorium Polski. Wtedy też rozpoczął się proces koncentracji nowych

przypadków zakażeń w obrębie obszarów o wysokiej gęstości zaludnienia.

Polska była jednym z pierwszych krajów w Europie, które wprowadziły kontrolę zdrowia na granicy lądowej (9 marca). 13 marca zamknięte zostały granice RP, w tym zawieszono pasażerskie połączenia lotnicze. Jednocześnie jednak prowadzona była akcja #LOTdoDOMU, kiedy PLL LOT w zaledwie 3 tygodnie zrealizowały 400 lotów z 70 miejscowości na 5 kontynentach. W konsekwencji w kwietniu sytuacja epidemiczna w Polsce zmieniła się przez wprowadzenie osób zakażonych do lokalnych społeczności, w których dotychczas transmisja wirusa była ograniczona.

Pod koniec kwietnia 2020 r. sytuacja epidemiologiczna się ustabilizowała. Zostało to osiągnięte po 3 tygodniach od wprowadzenia działań izolujących: zamknięcia szkół, przesunięcia aktywności zawodowej z miejsc pracy do domów, zamknięcia centrów handlowych, sklepów wielkoformatowych, ograniczenia kontaktów społecznych, wprowadzenia zakazu podróżowania i przebywania w miejscach publicznych. Dalsze badania wykazały, że wczesne interwencje przeciwepidemiczne okazały się najbardziej skuteczne w ograniczaniu rozprzestrzeniania się pandemii.

Sytuacja epidemiczna zmieniła się jednak drastycznie jesienią 2020 r., a bezpośrednią przyczyną szybkiego rozwoju epidemii było rozluźnienie restrykcji (częściowe otwarcie przestrzeni powietrznej, powrót do pełnej aktywności społecznej, w tym otwarcie szkół). Począwszy od połowy września, rozpoczął się gwałtowny przyrost liczby wykrywanych infekcji. Wprowadzane od końca września restrykcje administracyjne aktywności społecznej (ograniczenie liczby osób w trakcie zgromadzeń, limity w lokalach gastronomicznych, edukacja zdalna w szkołach i uczelniach, odwołanie planowych przyjęć do szpitali i telemedycyna), a od 24 października – lockdown, nie zatrzymały już szybkiego przyrastania liczby osób zakażonych. Na koniec 2020 r. w Polsce oficjalnie odnotowano łącznie nieomal 1 300 000 zakażeń oraz 28 524 zgony z powodu COVID-19. Znaczącą liczbę ofiar stanowili seniorzy, w tym mieszkańcy domów opieki.

Około połowy grudnia 2020 r. w Polsce pojawił się wariant Alfa SARS-CoV-2. Miało to związek z przyjazdami na okres świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku osób pracujących poza granicami kraju, szczególnie w Wielkiej Brytanii. Konsekwencją tego była wysoka liczba nowych zakażeń na początku 2021 r. oraz gwałtowny przyrost zachorowań w wiosennej fali. Fali zakażeń towarzyszyła również fala zgonów, opóźniona w przebiegu o około 2 tygodnie od wykrycia zakażenia. Liczba wykrywanych przypadków w okresie letnim 2021 r. nie przekraczała 300 zakażeń na dobę. Od połowy lipca znów jednak zaczęła wzrastać, a już w drugiej połowie września osiągnęła ponad 900 zakażeń na dobę.

W grudniu 2020 r. rozpoczął się program dobrowolnych i bezpłatnych szczepień przeciwko COVID-19. W Polsce stosowane były szczepionki Pfizer/BioNTech, Moderna, AstraZeneca oraz Johnson & Johnson. Program szczepień nie zdążył jednak efektywnie ograniczyć rozmiarów epidemii, ponieważ kolejna fala pandemii wystąpiła już wiosną 2021 r. Aktualnie, 25 września 2021 r., w pełni zaszczepionych jest ok. 19 mln Polaków. Wciąż dużym problemem jest jednak niepełne zaszczepienie seniorów i niski odsetek zaszczepionych uczniów w wieku 12-18 lat. Szczepienie uczniów w tym wieku możliwe jest w Polsce od czerwca 2021 r.

Przewidywania dalszego przebiegu epidemii w Polsce

W warunkach powrotu do pełnego funkcjonowania (otwarcie szkół, usług, powrót do stacjonarnego nauczania na uniwersytetach etc.), przy dominującym wśród zakażonych wariancie Delta SARS-CoV-2, już w połowie lipca 2021 r. rozpoczął się wykładniczy wzrost liczby wykrytych przypadków, oznaczający kolejną falę zachorowań. Dynamika przyrostu zakażeń jest niemal bliźniacza jak w tym samym okresie w 2020 r. Prognozy opracowane przez dwie grupy badawcze: ICM z Uniwersytetu Warszawskiego i MOCOS z Politechniki Wrocławskiej zgodnie wskazują, że na przełomie października i listopada 2021 r. liczba zakażeń osiągnie 30 tys. na dobę. Prognozowana jest również kolejna fala zgonów, w scenariuszu pesymistycznym szacowana nawet do 40 tys. osób.

Przebieg epidemii COVID-19 w Ukrainie

Początki epidemii w Ukrainie są bardzo podobne do sytuacji epidemicznej w Polsce. Pierwszych 100 przypadków COVID-19 w Ukrainie zarejestrowano do 25 marca 2020 r, a większość przypadków zakażeń pochodziła z zagranicy. Pierwszą śmiertelną ofiarę COVID-19 zarejestrowano 13 marca 2020 r. Była nią 71-letnia kobieta, która niedawno przed zachorowaniem wróciła z Polski.

W celu zahamowania rozprzestrzeniania się infekcji 17 marca 2020 r. w Ukrainie ogłoszono lockdown. 6 kwietnia natomiast wprowadzono zaostrzone restrykcje obejmujące zamknięcie szkół, uczelni, galerii handlowych czy klubów fitness. Aby ograniczyć transmisje między regionami, transport publiczny na terenie kraju został ograniczony do absolutnego minimum. Wprowadzono też obowiązek noszenia maseczek w miejscach publicznych. Wczesne wprowadzenie lockdownu ustabilizowało rozprzestrzenienie się epidemii do przełomu kwietnia i maja 2020 r. Od połowy maja do końca lipca dzienna liczba zarejestrowanych przypadków spadła do poziomu od 400 do 900.

Wiosną 2020 r. system testowania i wykrywania przypadków COVID-19 był jeszcze w fazie rozwoju, dlatego trudno jest określić, jaka była prawdziwa liczba osób zakażonych w tym okresie. Jednakże analiza danych dotyczących nadmiernej śmiertelności wskazała, że wczesne restrykcje, wprowadzone zarówno w Polsce i w Ukrainie, skutecznie zahamowały rozprzestrzenienie się infekcji. Na tym etapie w obu krajach, w odróżnieniu od niektórych krajów europejskich (takich jak Wielka Brytania, Hiszpania, Włochy), zaobserwowano brak wzrostu liczby zgonów. Stały wzrost wskaźnika zakażeń rozpoczął się w sierpniu 2020 r. z czasem podwojenia przypadków wynoszącym ok. 4 tygodni. Szczyt tej fali epidemii przypadł na początku grudnia. Do początku 2021 r. oficjalnie zarejestrowano prawie 20 tys. przypadków zgonów związanych z COVID-19, jednakże analiza nadmiernej śmiertelności pokazuje, że liczba zgonów była co najmniej dwukrotnie zaniżona. Od lutego 2021 r. rozpoczęła się w Ukrainie nowa fala wiosenna, która była wyższa od fali jesiennej. Wiosenna fala osiągnęła swoje maksimum na początku kwietnia 2021 r. z ponad 400 zarejestrowanymi przypadkami zgonów związanymi z COVID-19 dziennie.

Program szczepień w Ukrainie rozpoczął się w pod koniec lutego 2021 r. Stosowano szczepionki AstraZeneca, Sinovac (Coronavac), Pfizer/BionTech oraz Moderna. Wskaźniki szczepień były znacząco niższe niż w Polsce. Do 21 października 2021 r. w pełni zaszczepiono 6,7 mln obywateli Ukrainy.

Przewidywania przebiegu epidemii w Ukrainie

Wariant Delta wirusa, zniesienie w lipcu obowiązku kwarantanny oraz początek nowego roku szkolnego przyczyniły się do rozprzestrzeniania się nowej fali COVID-19. Dynamika rozprzestrzeniania jest większa niż w przypadku poprzednich fal. W połowie października Ukraina osiągnęła i przekroczyła maksimum jesiennej fali z 2020 r. Do 21 października prawie wszystkie parametry epidemiczne osiągnęły maksymalne wartości fali wiosennej. Z powodu większej zakaźności wirusa i niskiego poziomu zaszczepień oczekuje się, że maksymalne wartości nadchodzącej fali będą znacznie wyższe w porównaniu z całą wcześniejszą historią epidemii SARS-CoV-2 w Ukrainie.

Główne sposoby walki z pandemią w Polsce i w Ukrainie

W Polsce podstawowymi zaleceniami zmierzającymi do ograniczenia rozmiarów epidemii są obecnie: szczepienia, zachowanie dystansu, a jeżeli nie jest to możliwe – noszenie maseczek, wietrzenie pomieszczeń i dezynfekcja. Ograniczenia w podróżowaniu dotyczą wyłącznie wyjazdów zagranicznych. Certyfikaty szczepień COVID-19 (poświadczające status osoby zaszczepionej lub ozdrowieńca) nie są

oficjalnie wymagane w miejscach publicznych, zakładach pracy ani szkołach, bywają stosowane wobec osób pragnących odwiedzić pacjentów w szpitalach.

W Ukrainie podstawowe sposoby przeciwdziałania pandemii SARS-CoV-2 są następujące: dystans społeczny, stosowanie maseczek ochronnych oraz szczepienia. Poziom wyszczepienia społeczeństwa ukraińskiego jest jednym z najniższych w Europie. Kolorowa klasyfikacja ryzyka zagrożenia epidemicznego stosowana na poziomie regionalnym i subregionalnym, oznacza rożne stopnie nasilenia środków przeciwepidemicznych. W praktyce ograniczony jest transport publiczny: miejski i podmiejski. Ponadto, w ostatnim czasie – w celu zminimalizowania gospodarczych skutków zamykania przedsiębiorstw – rząd wprowadził mniejsze ograniczenia dla osób zaszczepionych.

Pandemia a ruch transgraniczny między Polską a Ukrainą

Ukraińcy stanowią największą grupę mniejszościową w Polsce (ok. 2 mln osób). W latach 2013-2018 przyjazd pracowników z Ukrainy zwiększał co roku polski Produkt Krajowy Brutto (PKB) o ok. 0,5 pkt. proc., a łącznie napływ emigrantów z Ukrainy jest odpowiedzialny za 13 proc. wzrostu polskiej gospodarki w tym okresie[1]. Dla społeczeństwa Ukrainy oznacza to wpływy dokonywane przez osoby prywatne szacowane w okresie ostatnich 5 lat na kwotę 15,6 miliarda USD. Stanowi to w przybliżeniu 30 proc. łącznych, zewnętrznych dochodów Ukrainy i 2-3 proc. PKB Ukrainy rocznie[2]. Skuteczne przepisy regulujące ruch transgraniczny leżą w interesie obydwu społeczeństw.

Rozwój pandemii w obydwu krajach wymusił jednak zamknięcie granic. Polska zamknęła granice 15 marca 2020 r., Ukraina – następnego dnia. Szybko okazało się, że bez pracy migrantów, niektórym sektorom polskiej gospodarki groziłyby kosztowne przestoje, stąd w ramach „tarczy antykryzysowej” 7 kwietnia 2020 r. wprowadzone zostały wyjątki w polskim ustawodawstwie zezwalające na legalne pobyty imigrantów do 30 dni po wygaśnięciu ogłoszonego stanu epidemii[3]. Ograniczenie ruchu transgranicznego spowodowało ogromne, zagrażające zdrowiu kolejki na granicach. Co więcej, Polaków i Ukraińców przekraczających granicę obowiązywały rożne zasady, nawet jeśli osoby przekraczające granice podróżowały jednym samochodem lub autobusem. Na przykład większość Ukraińców przekraczających granicę z Polską musiała się poddać kwarantannie. Polacy natomiast byli zwolnieni z tego obowiązku.

W ramach ruchu bezwizowego obywatele Ukrainy mogą przyjeżdżać do Polski na okres do 180 dni i mają prawo do podjęcia pracy, pod warunkiem zawarcia z pracodawcą umowy na wykonanie określonego zadania. Wymusza to częste przekraczanie granicy,

co jest sprzeczne z wymogami bezpieczeństwa epidemicznego, a także związanie z jednym pracodawcą, co usztywnia rynek pracy zarówno dla pracownika, jak i dla pracodawcy.

Dla zdrowia obywateli ważne jest, aby wszyscy, także migranci, mieli łatwy dostęp do jasnej, aktualnej i wiarygodnej informacji w języku ojczystym nawet w kraju czasowego pobytu. Pandemia pokazała, jak ważna w tym zakresie jest współpraca pomiędzy krajami sąsiedzkimi.

Potrzebny wysiłek i wzajemne wsparcie informacyjno-edukacyjne na rzecz szczepień przeciw COVID-19

W Polsce obserwujemy znaczny sceptycyzm wobec szczepień przeciwko SARS-CoV-2 oraz nieefektywne działania rządu wobec tego zjawiska. Sprzyja mu dezinformacja w mediach społecznościowych i agresywne działania ruchów antyszczepionkowych.

1 lutego 2021 r. Ministerstwo Zdrowia Ukrainy przedstawiło plan szczepień populacji przeciwko SARS-CoV-2[4]. Plan składał się z pięciu etapów szczepień, przy czym pracownicy medyczni i siły wojskowe Ukrainy otrzymali szczepionki w pierwszej kolejności. Ukraina otrzymała pierwsze dostawy szczepionek w lutym 2021 r. Unia Europejska obiecała dostarczyć Ukrainie szczepionki, ponieważ Ukraina jest członkiem sojuszu GAVI. Jednak doniesienia mediów na Ukrainie twierdziły, że rząd Ukrainy kupi szczepionki COVID-19 po zawyżonej cenie, co doprowadziło do oburzenia opinii publicznej i protestów. Według sondażu grupy socjologicznej „Rating”, 55 proc. Ukraińców jest gotowych przyjąć szczepionkę SARS-CoV-2, jeśli będzie dostarczana bezpłatnie. Obecnie w Ukrainie w pełni zaszczepione jest 16 proc. populacji.

W Polsce w pełni zaszczepione przeciw SARS-CoV-2 jest obecnie 52 proc. populacji. Polska czerpie wysokie korzyści ze swojego członkostwa w Unii Europejskiej, która zapewniła, że już pół roku po opracowaniu szczepionki była ona dostępna praktycznie dla każdego chętnego w UE. Fakt, że tempo szczepień w Polsce w ostatnich miesiącach zwolniło i – inaczej niż w innych krajach członkowskich – praktycznie zatrzymało się w okolicach 50 proc., wynika ze znacznego sceptycyzmu wobec szczepień wspieranego dezinformacją w mediach społecznościowych i niskiego zaufania obywateli do instytucji państwowych.

Z podobnymi zjawiskami mierzy się również społeczeństwo Ukrainy. W ostatnich tygodniach tempo szczepień zmalało o blisko 25 proc. od maksymalnych wartości notowanych na początku września, kiedy udostępniono 2 miliony dawek szczepionki

Moderna. Dotychczas podawanych było około 100 tys. dawek szczepionki dziennie. W takiej sytuacji pełne zaszczepienie 1 proc. populacji zajmuje około tygodnia. Co więcej, sceptycyzm w kwestii szczepień jest silny i niezmienny. W ostatnim czasie, po wprowadzeniu nowych restrykcji dotyczących kwarantanny dla osób niezaszczepionych, liczba wykonywanych szczepień wzrosła jednak i wynosi obecnie 250 tys. dawek dziennie. Niskie tempo szczepień pozwala przypuszczać, że nawet po ustąpieniu początkowych problemów z podażą szczepionek, zaszczepienie populacji może zatrzymać się w okolicy 55 proc. W takiej sytuacji, w obydwu krajach, w celu ograniczenia kosztów społecznych i gospodarczych dalszego trwania pandemii, koniecznym może się okazać rozważenie obowiązku szczepień w niektórych grupach zawodowych i wiekowych (stanowisko z 2.09.2021 r.). W ostatnich dniach Ukraina wprowadziła obowiązek szczepień dla listy określonych zawodów.

Podobieństwa i różnice w walce z epidemią w Polsce i w Ukrainie

Głównym problemem, jaki napotykają Ukraina i Polska w analizach sytuacji epidemicznej, jest dostępność wysokiej jakości danych. Dotyczy to zarówno informacji o rzeczywistej liczbie przypadków i zgonów, jak i informacji z dalszych obserwacji pacjenta. Nadmierna śmiertelność z powodu COVID-19 przekroczyła oficjalne dane w obydwu krajach. Sugeruje to, że właściwy rozmiar epidemii był niedoszacowany, a wielu przypadków nie zdiagnozowano. Ponadto obydwa kraje stosunkowo niedawno rozpoczęły programy sekwencjonowania. Masowe sekwencjonowanie umożliwiłoby uczonym śledzenie transmisji określonych wariantów i lepsze zrozumienie kierunków i dróg transferu wirusa między krajami.

W konsekwencji, mapping i zrozumienie transmisji SARS-CoV-2 między Polską i Ukrainą są ograniczone. Dlatego nie odważymy się w tej wstępnej analizie sugerować interpretacji różnic wysokości i dystrybucji fal pandemii. Wydaje się jednak, że stanowisko nr 21 zespołu doradczego ds. COVID-19 przy prezesie PAN, dotyczące dostępności danych, ma odpowiednie zastosowanie w obydwu krajach. Dotyczy to zarówno rzetelnego zbierania danych, jak i ich przechowywania, przetwarzania, udostępniania czy integracji.

Inną konkluzją naszych wstępnych porównań sytuacji epidemicznej w Polsce i Ukrainie jest przekonanie o specyficznym współistnieniu czynników ujednolicających i różnicujących dynamikę epidemii. Widzimy pewne podobieństwa, przede wszystkim zbliżony okres wystąpienia fal epidemii w obu krajach. Jednak widzimy też i różnice, np. większą dynamikę epidemii w Polsce. Wstępnie można postawić hipotezę, że

podobieństwa wynikają bardziej z „biologii” patogenu, a różnice w większym stopniu z „socjologii” jego penetracji w populacji. Tu rolę grają wzory mobilności, struktura demograficzna, w tym gęstość zaludnienia czy struktura gospodarstw domowych. Nakłada się na to również dostępność i korzystanie ze szczepień ochronnych.

Relatywnie łatwiej jest wskazać owe „biologiczne” czynniki ujednolicające, niż zidentyfikować rolę „socjologicznych” czynników różnicujących, do tego bowiem konieczne są dokładniejsze badania i dane o charakterze społecznym. Z „biologii” patogenu wiemy, w jakim odsetku zakażą się rozmówcy osoby zakażonej, jeśli rozmawiają w zamkniętym, niewietrzonym pomieszczeniu. Ale to nauki społeczne muszą odpowiedzieć na pytanie, czy na przykład wietrzenie pomieszczeń jest normą społeczną w danym społeczeństwie. Tak więc choć wirus „nie zna granic” między krajami, czynniki społeczne modyfikują wzory jego penetracji w populacjach.

Literatura

1. P. Strzelecki, J. Growiec, R. Wyszyński, The contribution of immigration from Ukraine to economic growth in Poland, NBP Working Paper No. 322, Narodowy Bank Polski,2020,
2. Remittances, annual data. Balance of payments and other statistical information compiled on the basis of the BPM6, Narodowy Bank Ukrainy
3. B. Cope, M. Keryk, Nowa sytuacja, stare problemy. Legalizacja pobytu ukraińskich migrantów w Polsce w czasie pandemii COVID 19, Fundacja „Nasz Wybór”, 2020
4. COVID-19 vaccination in Ukraine: An update on the status of vaccination and the challenges at hand
5. Źródło danych: H. Ritchie, E. Mathieu, L. Rodés-Guirao i in., Coronavirus Pandemic (COVID-19)
6. S. Komisarenko, Scientists’ pursuit for SARS-CoV-2 coronavirus: strategies against pandemic. Ukr. Biochem. J. 2020; 92 (6): 5-52.

O autorach stanowiska

Zespół doradczy ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk

Zespołem ukraińskim kieruje prof. Anatolij Zagorodny, prezes Narodowej Akademii Nauk Ukrainy (NANU). Członkami zespołu są:

- prof. Serhij Komisarenko (Instytut Biochemii A. Pałładina NANU),
- prof. Mychajło Tukało (Instutut Biologii Molekularnej i Genetyki),

- prof. Mikoła Spiwak (Instytut Mikrobiologii i Wirusologii D. K. Zabołotnego NANU),
- prof. Andij Sibirny (Instytut Biologii Komórki NANU),
- dr Igor Browczenko (Instytut Maszyn Matematycznych i Problemów Systemowych NANU),
- dr Igor Iwanow (Instytut Mechaniki NANU),
- prof. Witalij Mokin (Winnicki Narodowy Uniwersytet Techniczny).

Tagi: polska akademia nauk, pan, koronawirus, covid19, zespół doradczy, stanowisko

Metryczka

Wytworzył:	Zespół doradczy ds. COVID-19
Data wytworzenia:	26.10.2021
Opublikował w BIP:	Agnieszka Borowa-Malinowska
Data opublikowania:	27.10.2021 09:31
Ostatnio zaktualizował:	Bartosz Sumowski
Data ostatniej aktualizacji:	27.10.2021 10:03
Liczba wyświetleń:	529