

Paszporty covidowe powoli wchodzą w życie. Mają obowiązywać od pierwszego lipca br. Wiele osób jednak zgłasza zastrzeżenia co do celowości wprowadzenia systemu Unijnych Certyfikatów Covid. Już w kwietniu 2020 roku eksperci WHO odradzali wprowadzenie paszportów immunologicznych. Twierdzili, że w żadnym badaniu nie oceniano, czy obecność przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2 zapewnia odporność na późniejsze zakażenie tym wirusem. Jak podają, sytuację komplikuje fakt, że osoby zakażone innymi szeroko rozpowszechnionymi koronawirusami wywołującymi przeziębienia mogą wytwarzać przeciwciała, które reagują krzyżowo z przeciwciałami wytwarzanymi w odpowiedzi na zakażenie SARS-CoV-2. Dlatego też WHO przestrzega przed wprowadzeniem „paszportów odpornościowych”, których właściciele będą zakładać, że są odporni na infekcję (po przechorowaniu lub po szczepionce), i następnie ignorować zalecenia sanitarne, albo nie będą one od nich wymagane. Korzystanie z takich certyfikatów może więc w konsekwencji zwiększyć ryzyko transmisji koronawirusa SARS-CoV-2.

M Szczepionka a przeciwciała

Trzeba wiedzieć, że osoby zaszczepione nie są badane na obecność przeciwciał i takich badań się raczej nie zaleca, a nawet można wyczytać w mediach, że jak liczba tych przeciwciał (jeśli ktoś je zbadał) po szczepieniu jest mała, to nie świadczy to o tym, że szczepionka nie działa. Dodatkowo producenci szczepionek deklarują, że nie wszystkie osoby zaszczepione są w pełni chronione przed zachorowaniem (i co za tym idzie: nie są wyłączone z transmisji wirusa). Mimo to idea wprowadzenia paszportów szczepionkowych jest realizowana w wielu krajach, w tym także w Polsce.

To, że szczepionka nie chroni całkowicie przed zachorowaniem, potwierdzają doniesienia naukowe. W Izraelu na początku 2021 roku przeprowadzono badanie skuteczności szczepionki mRNA na grupie 1,2 mln osób, w tym połowa badanych była zaszczepiona, a druga połowa – niezaszczepiona. Każda grupa liczyła 596 618 osób (N. Dagan, NEJM, 2021). I tak w grupie osób zaszczepionych udokumentowano 4460 (0,75%) pozytywnych wyników testu na obecność SARS-CoV-2, a w grupie niezaszczepionej 6100 (1,02%); objawową infekcję stwierdzono u 2389 (0,4%) osób zaszczepionych i u 3607 (0,6%) niezaszczepionych; hospitalizacji wymagało z grupy zaszczepionej 110 osób, a z grupy niezaszczepionej 259 osób; ciężki przebieg stwierdzono u 55 osób zaszczepionych i u 174 osób niezaszczepionych; zmarło 9 osób z grupy zaszczepionej i 32 osoby z grupy niezaszczepionej. Warto też zauważyć, że z powyższych danych wynika, że ryzyko śmierci osób chorych na COVID-19 – tak zaszczepionych (0,2%), jak i niezaszczepionych (0,5%) – nie jest większe niż ryzyko śmierci z powodu grypy

PASZPORTY COVIDOWE

sezonowej (0,1-0,5%). Na podstawie tych danych można stwierdzić, że szczepionka zmniejszyła ryzyko zachorowania i ciężkiego przebiegu, jednak nie wykluczyła wystąpienia choroby i transmisji wirusa. Stosowanie szczepionek w pewnym stopniu zmniejsza obciążenie systemu służby zdrowia, jednak w przypadku konkretnych osób samo zaszczepienie nie daje gwarancji, że dana osoba zaszczepiona nie zarazi się ani że nie będzie zakażać innych. Z tego względu nie ma podstaw naukowych do traktowania zaszczepionych jako „bezpiecznych”, a niezaszczepionych jako „niebezpiecznych”. Z medycznego punktu widzenia trudno zrozumieć logikę wprowadzenia paszportów covidowych w odniesieniu do poszczególnych osób. Nie przyczynią się one do ograniczenia transmisji wirusa SARS-CoV-2, a raczej mogą doprowadzić do niekontrolowanego rozszerzenia się wirusa.

M Skuteczność szczepionek

Najnowsze badania opublikowane w maju br. przez Public Health England wskazują, że między 5 kwietnia a 16 maja preparat firmy Pfizer był skuteczny w 88% (dwa tygodnie po drugiej dawce) w stosunku do indyjskiego wariantu koronawirusa i 93% w stosunku do wariantu angielskiego. Natomiast szczepionka firmy AstraZeneca była skuteczna w 60% przeciwko wariantowi indyjskiemu (dwa tygodnie po drugiej dawce) i tylko w 66% przeciwko wariantowi angielskiemu. Zaszczepienie jedną dawką szczepionki dało tylko 33-procentową ochronę.

W omawianym badaniu zaobserwowano także, że osoby zaszczepione jedną lub dwiema dawkami częściej zarażały się indyjskim wariantem wirusa niż osoby niezaszczepione. Na podstawie powyższych danych, jak i wcześniejszych trzeba stwierdzić, że zaszczepienie dwiema dawkami nie daje 100-procentowej

ochrony przed chorobą. Tak samo osoby zaszczepione, jak i niezaszczepione mogą zachorować i transmitować wirusa. Zatem tworzenie paszportów odpornościowych z jednej strony może dawać fałszywe poczucie bezpieczeństwa zaszczepionym, a z drugiej – dyskryminować niezaszczepionych. Działania na rzecz zmniejszenia populacyjnej transmisji wirusa poprzez szczepienia nie powinny być prowadzone za pomocą paszportów szczepionkowych. Tym bardziej że w dokumencie dotyczącym szczepionki mRNA firmy Pfizer (EPAR, medicine overview) opublikowanym w czerwcu br. na stronie Europejskiej Agencji Leków (EMA) podaje się, że

Tworzenie paszportów odpornościowych z jednej strony może dawać fałszywe poczucie bezpieczeństwa zaszczepionym, a z drugiej – dyskryminować niezaszczepionych

nie jest znany wpływ szczepienia na rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 w społeczeństwie. Jak czytamy dalej, nie wiadomo także, ile zaszczepionych osób może być w stanie nosić i rozpowszechniać wirusa. Identyfikacja znajduje się w EPAR szczepionek firm: AstraZeneca, Janssen i Moderna.

Wstępnie proponuje się roczną datę ważności paszportu po całkowitym zaszczepieniu (a po przechorowaniu pół roku). Pojawia się pytanie, na podstawie jakich danych taki okres ochrony się po-

stuluje. Zakłada się także, że każda osoba zaszczepiona odpowie na szczepionkę. Najnowsze badania sugerują, że większość osób chorych na COVID-19 wytwarza pewne przeciwciała przeciwko SARS-CoV-2. Nie można jednak stwierdzić, czy zagwarantują one ochronę podczas ponownej infekcji. Nie wiadomo też, jak długa będzie ta ochrona. Odporność na COVID-19 nie została jeszcze zbadana. Dlatego przyjęcie jakiegokolwiek terminu ważności paszportu nie ma obecnie podstaw naukowych i będzie to arbitralna decyzja niepotwierdzona faktami.

Poza tym trzeba dodać, że układ odpornościowy człowieka to złożony system ochrony immunologicznej i komórkowej. Sama obecność lub brak przeciwciał nie decyduje o ostatecznej ochronie przed zachorowaniem. Nawet gdyby testy serologiczne na obecność przeciwciał były wykonywane u każdej osoby zaszczepionej (lub tej, która była chora na COVID-19), aby domniemać, że dana osoba będzie chroniona, to i tak wyniki nie przesądzą o tym, czy dana osoba zachoruje, czy też nie. Na dzisiaj nie podaje się wymogu wykonywania takich testów. Zatem paszporty te będą wydawane in advance. Dostaną je także osoby, które się zaszczepiły, a nie odpowiedziały na szczepionkę.

Trzeba dodać, że producenci szczepionek (Pfizer, AstraZeneca, Janssen, Moderna) w ulotkach dla pacjenta zgodnie informują, że „cykl 2 dawek szczepionki [...] może nie zapewniać pełnej ochrony wszystkim osobom, które go otrzymały, oraz nie wiadomo, jak długo ochrona ta będzie się utrzymywać”. Rodzi się kolejne pytanie, na podstawie jakich danych sądzi się, że odporność po przechorowaniu (180 dni) nie jest tak długotrwała (i tak silna), jak ta nabyta po przyjęciu szczepionki (360 dni).

Poza zastrzeżeniami medycznymi pojawiają się również wątpliwości innej natury. Aplikacje elektroniczne potwierdzające status osoby wobec COVID-19 mogą być także wyposażone w elementy śledzenia przemieszczania się osób i kontaktów. W związku z tym rodzi się problem dostępu do tych danych, ich wykorzystywania i zabezpieczenia. Platformy certyfikacji immunologicznej można łatwo rozszerzyć, tak by mogły zawierać inne dane dotyczące zdrowia, jak np. zdrowia psychicznego czy wyników badań genetycznych. Mogą one z czasem przekształcić się w paszporty biologiczne i doprowadzić do jeszcze większej dyskryminacji osób. Na przykład pracodawcy, firmy ubezpieczeniowe, organy państwowe i inne podmioty mogłyby uzyskać legalny dostęp do prywatnych informacji i wykorzystywać je według swego uznania albo na ich podstawie reglamentować wolność poszczególnych osób. Jak dotąd dane wrażliwe osób dotyczące ich zdrowia są już w pewnym zakresie elektronicznie gromadzone, ale jak na razie nie ma przyzwolenia na ich wykorzystanie poza zgodą osób, których dotyczą. Wprowadzanie paszportów covidowych (biologicznych) może oworzyć furtkę do tego, że będą one wykorzystywane przez niektóre instytucje.



Kategoryzowanie ludzi na podstawie statusu związanego z COVID-19 będzie z pewnością rodzić podziały i napięcia. Będzie je można łatwo wykorzystać do antagonizowania grup społecznych, kreowania „obowiązku” zaszczepienia się, czy też do wywierania bezprawnego nacisku do zaszczepienia się. Już teraz zakłada się ograniczenie dostępu do dóbr lub usług dla osób nieposiadających certyfikatów immunologicznych. Oznacza to zgodę na limitowanie wolności oraz na łamanie praw zagwarantowanych ustawą podstawową, jaką jest Konstytucja RP. Niestety, praktyki takie już zostały wprowadzone, np. osoby w pełni zaszczepione nie są liczone do limitów w czasie spotkań, a więc praktycznie limity te obowiązują osoby niezaszczepione. Na przykład w USA w niektórych sytuacjach osoby w pełni zaszczepione, w odróżnieniu od osób niezaszczepionych, zwalnia się z obowiązku noszenia maski i z dystansu fizycznego. Pod żadnym pozorem nie można się zgodzić na segregację osób, wyodrębniania obywateli drugiej kategorii, zwłaszcza że nie ma naukowych podstaw do takiego postępowania.

Wobec braku medycznych dowodów na konieczność wprowadzenia paszportów szczepionkowych istnieją uzasadnione podejrzenia, że nie chodzi w nich o ochronę zdrowia ludzi, ale o realizowanie innych celów. Wprowadzenie certyfikatów covidowych może służyć zwiększeniu popytu na szczepionki albo też może stać się „miękką” wersją szczepień obowiązkowych, których nie można bezpośrednio wpro-

wadzić. Już teraz obserwujemy wzmożoną presję na wprowadzenie obowiązku szczepień na COVID-19. Niektóre placówki zdrowia, domy opieki wprowadziły obowiązek szczepień pod sankcją utraty pracy. Według doniesień także pracodawcy spoza obszarów medycznych narzucają pracownikom obowiązek zaszczepienia jako warunek dalszego zatrudnienia. Słyszymy też o projektach limitowania dostępu do edukacji dla uczniów i studentów.

Trzeba przypomnieć, że rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Europy (2361/2021) wydana w marcu tego roku wzywa państwa członkowskie, w tym Polskę, by zapewniły, że nikt nie będzie dyskryminowany z powodu braku szczepienia, ani nikt nie będzie przymuszany do szczepienia na COVID-19 w jakikolwiek sposób. Naczelnym obowiązkiem rządu – zgodnie z zapisami Konstytucji – jest ochrona jednostek, a nie doprowadzenie do dyskryminacji i segregacji, a także do niepotrzebnych podziałów w społeczeństwie. Niedopuszczalne jest także traktowanie osób niezaszczepionych jako osoby chore ani ocenianie ich wyboru jako moralnie naganny. Każdy obywatel ma prawo podjąć osobistą decyzję dotyczącą siebie lub swoich dzieci, aby nie przyjmować określonej szczepionki – czy to z powodów medycznych, czy to ze względów etycznych. Wiele wątpliwości wzbudza zatwierdzenie szczepionek przeciw COVID-19 do stosowania u dzieci powyżej 12. r.ż., kiedy badania są niedostatecznie długie. Wprowadzono je na podstawie raportu zawierającego dane bezpieczeństwa po miesiącu obserwacji

niektórych uczestników po przyjęciu drugiej dawki. Szczepionkę otrzymało 1139 dzieci, ciężkie zdarzenia niepożądane zgłoszono u 0,6% dzieci w wieku od 12 do 15 lat (u 1,7% osób w wieku od 16 do 25 lat), gdzie ryzyko zachorowania i ciężkiego przebiegu jest mniejsze niż wystąpienie powikłań.

Dane dotyczące długoterminowego bezpieczeństwa i trwania skuteczności oraz odpowiedzi przeciwciał u dzieci nie są jeszcze dostępne. Sam fakt odmowy zaszczepienia nie czyni nikogo zagrożeniem dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego, a bywa, że właśnie osoby przyjmujące szczepionkę narażają na poważne ryzyko swe zdrowie i bezpieczeństwo. Nie jest tajemnicą, że szczepionki na COVID-19 nie spełniły wszystkich procedur wymaganych dla takich preparatów przed dopuszczeniem do obrotu, gdyż zostały dopuszczone w trybie awaryjnym, co oznacza, że nie wolno nikogo zobowiązywać do ich przyjęcia.

Każda osoba ma prawo bez nacisku, propagandy i manipulacji podjąć decyzję o zaszczepieniu, gdyż całe ryzyko wystąpienia powikłań spada na nią samą. Nie ponosi odpowiedzialności ani pracodawca, który narzuca szczepienia, ani media, ani personel medyczny, ani producent szczepionek. Istnieją alternatywy dla szczepionek będących jeszcze w fazie badań, a każda osoba ma prawo decydować o wyborze metody leczenia czy profilaktyki. Nie wiadomo, dlaczego nie informuje się opinii publicznej, że są skuteczne metody zapobiegania ciężkiemu przebiegowi COVID-19 (np. zastosowanie budesonidu – według nau-

kowców z Oxfordu – znacznie zmniejsza ryzyko ciężkiego przebiegu choroby).

Podstawą i sednem medycyny jest świadoma zgoda pacjenta pod względem etycznym i prawnym. Pacjent ma prawo do informacji i do zadawania pytań na temat dostępnych kuracji. Wobec panującej dezinformacji oraz wytwarzania przez media emocjonalnego popytu na szczepionkę, podsytego lękiem, a nie rzetelną wiedzą, każdy sam jest zobowiązany do poszukiwania prawdy i podjęcia decyzji w sumieniu. Nikt nie może się z tego zwolnić, licząc na autorytety, które zaprzeczają same sobie w sytuacji, gdy proponują udział w grze loteryjnej, by zachęcić do szczepień... Takie postępowanie to przejaw lekceważenia prawa pacjenta do należytej wiedzy. Sami producenci szczepionek na chwilę obecną nie dysponują wyczerpującymi danymi na temat potencjalnych korzyści i zagrożeń ze stosowania eksperymentalnych szczepionek. Dlatego też każda osoba ma prawo sama rozstrzygnąć w sumieniu o tym, czy się zaszczepi bądź nie, i nie może być z tego powodu dyskryminowana. A niestety, dyskryminacja i podziały podsypane w mediach już istnieją i będą się pogłębiały przez wprowadzenie certyfikatów covidowych. ●

Dr Małgorzata Prusak

