

Obstrzenia dla niezaszczepionych?

Autor: **Mateusz Machaj**

- **W kilku krajach wprowadzono odgórnie obstrzenia dla obywateli niezaszczepionych przeciw sarscov2. Działanie to ma mieć związek z rozwijającą się w wielu miejscach kolejną falą zakażeń nowym koronawirusem.**
- **Pomysł jest nie tylko niekonsekwentny w swoich propozycjach, ale na dodatek pozostaje niespójny ze zbliżającymi się realiami. Budzi również uzasadnione wątpliwości, jeśli chodzi o elementarne prawa człowieka.**
- **Istnieją nierepresyjne alternatywy wobec zaproponowanych rozwiązań.**

Realia wirusa – na czym stoimy?

W wielu krajach wprowadzono już odgórne obstrzenia dla osób niezaszczepionych. Po co takie obstrzenia mają zostać wprowadzone? Zapewne po to, aby więcej ludzi przyjęło szczepionkę. Po co? Szczepienia stanowią ochronę indywidualną jak i kolektywną. Z jednej strony chronią daną jednostkę przed ciężkim przebiegiem lub zgonem, a z drugiej strony mogą (choć nie wszystkie to robią) zredukować transmisję na innych ludzi. W ramach wstępu pragnę uściślić, że powyższy tekst nie podejmuje dyskusji naukowej w sprawach szczepień i epidemii sarscov2. Zamiast tego przyjmuje niekontrowersyjnie za punkt odniesienia obecny stan wiedzy naukowej na temat transmisji wirusa i ochrony przed nią.

Już w tej chwili wiemy, że szczepienia nie zatrzymają skutecznie epidemii. Pierwotnie występował w tej kwestii entuzjazm ze względu na bardzo wysoką skuteczność szczepień w badaniach klinicznych w świetle zaraźliwości wirusa w okolicy 2-3 (tyle osób *średnio* zaraża jedna osoba). Umowny próg tak zwanej odporności stadnej (czyli sytuacji, gdy infekcje przestają rosnać eksponencjalnie, a epidemia zmienia się w endemię) wylicza się na podstawie tej liczby. Jeśli zaraźliwość wynosi 3, to próg odporności wynosi 67% całej społeczności (1-1/3). Jeśli szczepionka ma skuteczność 95% (redukcja tak zwanego ryzyka

relatywnego), to próg odporności stadnej przy procesie szczepień wynosi 70,5% (67 procent podzielone na 0,95). Liczba niby wysoka, ale nie nieosiągalna. Niektóre kraje już ją przebiły (a przecież do tego są ozdrowieńcy, który również uzyskują odporność).

Niestety świat „przywitał” wariant delta, którego zaraźliwość to według różnych szacunków 5-8 i jednocześnie obniża skuteczność szczepienia w redukcji transmisji. Nawet jeśli założymy (co mało prawdopodobne) optymistyczną zaraźliwość 5 i mało prawdopodobną skuteczność 85%, to próg odporności stadnej osiągniemy przy 95%. To bardzo wysoka wartość, a przecież wystarczy, że któraś z tych liczb będzie minimalnie gorsza i odporność stadna przez szczepionki będzie już nawet matematycznie niemożliwa. Obecnie jest niemożliwa, bo i tak całej populacji nie da się wyszczepić — chociażby ze względu na dzieci (które nie doczekają raczej szczepionek). Ponadto mamy ogromne rezerwuary zwierzęce (wystarczająco dużo gatunków zaraża się sarscov2), a także opóźnienia w szczepieniu mniej zamożnych krajów.

Dlatego niekontrowersyjny podstawowy techniczny przekaz jest taki, że sarscov2 niemal na pewno z nami już zostanie. Jest niezwykle prawdopodobne, że tylko bardzo mały odsetek ludzi nie będzie w przyszłym roku miał kontaktu z tym patogenem. Niektórzy z powyższych faktów wyciągają wnioski, że szczepienia w ogóle nic nie pomagają w kwestii transmisji wirusa, ale to błędne rozumowanie. Szczepienia nadal ją spowalniają, bo (1) nawet przy niskiej skuteczności szczepień ciągle iluś mniej ludzi się zaraża i przenosi wirusa (byłoby tak nawet przy skuteczności 30%), (2) ludzie zaszczepieni według badań są krócej zakaźni (więc mniej osób zaraża), (3) nawet jeśli w danym momencie mają podobny ładunek wirusa w badaniu PCR, to i tak może on już być skutecznie neutralizowany (stąd dużo wiarygodniejsze są populacyjne badania tzw. *secondary attack rate* potwierdzające, że zaszczepieni-zarażeni przenoszą wirusa na mniej ludzi niż niezaszczepieni-zarażeni). Mimo to szczepienia mogą tylko kupić trochę czasu przed nieuniknionym: w niedalekim czasie niemal każdy będzie zmuszony do produkcji przeciwciał: albo szczepionką, albo infekcją.

Skoro każdy prędzej czy później tego wirusa złapie, to co ma na celu przymuszanie do szczepień? Problem sprowadza się tak naprawdę znowu do tego samego: bieżących hospitalizacji. Rozchodzi się o to, że dzięki zaszczepieniu w danym momencie będzie mniej hospitalizacji. I nic dziwnego, bo szczepionka

nadal zmniejsza ryzyko hospitalizacji przynajmniej 10-krotnie, a według niektórych badań nawet 20-krotnie (obecnie robione są tak zwane badania populacyjne, które są obarczone większymi niepewnościami niż rygorystyczne badania kliniczne). Dlatego im więcej ludzi będzie zaszczepionych, tym zdecydowanie mniej trafi z powodu sarscov2 do szpitali w tym samym momencie. To fakt, a teraz przyjrzymy się mu uważniej w świetle przedstawianych propozycji ograniczeń dla ludzi niezaszczepionych.

Zabawmy się w technokratów

Wyjdźmy od faktycznej pozycji technokratycznej: wyłącznej obsesji na punkcie bieżących hospitalizacji bez względu na inne aspekty społeczne, moralne i ekonomiczne. Do faktu szczepień musimy dodać kolejne warunki brzegowe.

Po pierwsze, jeśli zaszczepieni otrzymują specjalne przywileje, to również musiałyby one objąć ozdrowieńców. Wprawdzie brak nam jednoznacznych obserwacji *head-to-head*¹ skuteczności szczepień w porównaniu do przebycia infekcji, to jednocześnie nic nie wskazuje na to, żeby masowe reinfekcje były problemem, a już szczególnie nie ma dowodów na to, żeby kolejna infekcja miała być cięższa od poprzedniej (to dopiero byłby problem, którym fałszywie straszą niektóre antyszczepionkowe środowiska). Oczywiście nie podważam tutaj rad medyków dla ozdrowieńców, by dodatkowo wzmocnili swoją odporność szczepieniem (która według wielu badań zdecydowanie rośnie po szczepieniu ozdrowieńca)², ale stwierdzam fakt istnienia istotnej odporności poinfekcyjnej. Analogicznie, istnienie odporności poinfekcyjnej w żadnym razie nie oznacza, że osoba podatna³ nie powinna się szczepić! (zresztą szczepienie u podatnej osoby miałoby sens, nawet jeśli odporność po infekcji okazałaby się trwalsza). Po prostu tutaj stwierdzamy, że nie ma obecnie twardych dowodów na to, że niezaszczepiony ozdrowieniec jest bardziej „groźny” niż osoba podatna, która została zaszczepiona, więc nie ma powodu tego ozdrowieńca wyłączać z palety

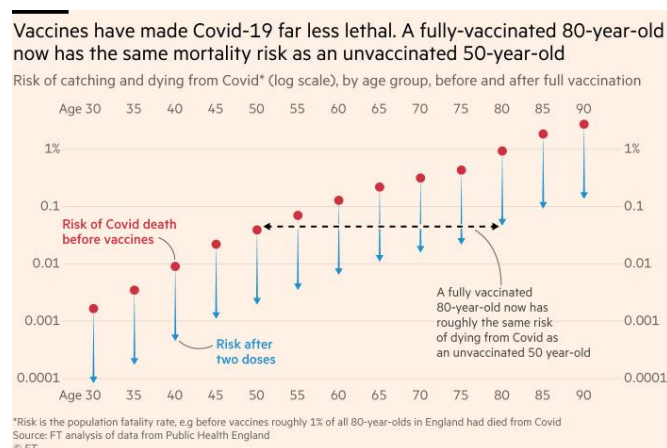
¹ Jako ciekawostkę można dodać, że w trakcie powstawania tego tekstu pojawiło się na przykład wstępne opracowanie (jedno z pierwszych tego typu, jeśli de facto nie pierwsze) pokazujące *head-to-head*, że naturalna infekcja daje odporność efektywniejszą od szczepionki Astra Zeneca, a mniejszą od Pfizera. Badanie nie zostało jeszcze rzetelnie zweryfikowane, a nawet gdy zostanie, to trzeba pamiętać, że to tylko jeden dowód <https://www.ndm.ox.ac.uk/files/coronavirus/covid-19-infection-survey/finalfinalcombinedve20210816.pdf>

² Co nota bene potwierdza również wyżej przytoczone badanie.

³ Podatna czyli taka, która nigdy nie była zainfekowana.

uprzywilejowanych (nota bene niższe poziomy przeciwciał u ozdowieńców niż u zaszczepionych nie są wbrew pozorom automatycznym dowodem na gorszą odporność — tylko badania populacyjne mogą jej dowieść).

Po drugie, jeśli myślimy kryteriami ryzyka hospitalizacji, to przecież zaszczepiony 80-latek nie redukuje ryzyk do zera. Redukuje je mniej więcej do poziomów niezaszczepionego 50-latka zgodnie z załączonym obrazkiem. A zatem swobodnie korzystający z przywilejów zaszczepiony 80-latek stanowi większe zagrożenie dla przeciążenia opieki zdrowotnej niż cała masa niezaszczepionych 40-latków. Zatem według logiki technokraty 80-latkowie w ogóle powinni zostać pozbawieni przywilejów jak niezaszczepieni. Znowu pragnę podkreślić, że nie kwestionuję tutaj korzyści szczepienia dla grup z mniejszymi ryzykami, bo one są bardzo mocno pokazane w literaturze. Dla młodych ludzi nawet jeśli absolutne ryzyka wydają się niskie, to i tak są z ich punktu widzenia rekordowe (większość ludzi w swoich dotychczasowym życiu, także młodych zdrowych, nie miała nigdy tak wysokiej szansy na hospitalizację z powodu choroby zakaźnej jak obecnie — dla wielu z perspektywy ryzyka szczepionka na covid-19 to najlepsza szczepionka, jaką mogą przyjąć w dotychczasowym życiu). Nie kwestionując tego, stwierdzamy mimo wszystko fakt — że niektóre grupy mają w sytuacji niezaszczepienia bazowe ryzyko i tak niższe niż inne osoby mające ryzyko zmniejszone dzięki szczepionce. W podobny sposób możemy przesuwając technokratycznie nasze progi. Zaszczepiony 50-latek i tak stanowi większe ryzyko dla służby zdrowia niż niezaszczepione rzesze 20-latków.



Jeśli zatem chodzi nam o hospitalizację *per se*, to może powinniśmy wprowadzić przywileje w zależności od wieku? Brzmi niehumanitarnie? *Dobrze*, bo to jest *niehumanitarne*.

Po trzecie, i trochę w związku z powyższym, według logiki technokraty powinniśmy pozbawić przywilejów również tak zwanych *non-responderów* czyli osoby, które nie zareagowały pozytywnie na szczepionkę (nie wytworzyły odporności). Takie osoby nie różnią się niczym od osób niezaszczepionych. Brzmi jeszcze bardziej niehumanitarnie? Dobrze, bo to jest równie niehumanitarne.

Poza technokrację: problem dylematów moralnych

W tym miejscu dochodzimy do sedna i głównego problemu. Każde działanie rządowe ma problemy legitymizacyjne, czyli krótko mówiąc trzeba mieć naprawdę dobre argumenty, żeby je uzasadnić. W tym wypadku trudno mówić o takiej sytuacji. Ludzie palą papierosy, piją alkohol, jedzą kiełbaski z grilla, nie szczepią się i popełniają nieustannie wiele podobnych mikrosamobójczych kroków w swoim życiu... i taka jest ich natura. Można z tym walczyć, można przekonywać, ale są takie działania temu zapobiegające, które mają zbyt wysoką cenę, by się ich podjąć. Do much nie strzela się z armaty, a na ludzi niezaszczepionych się nie wysyła się wojska. Nie wprowadzamy autorytarnego państwa, żeby ludzie przestali powodować u siebie nowotwory. Czy presja hospitalizacyjna w trakcie epidemii jest dostatecznie dobrym uzasadnieniem, każdy może sobie samemu odpowiedzieć. Szczególnie, że projekt nie trzyma się spójnie nawet z technokratycznego punktu widzenia. Nota bene kolejnym jego problematycznym elementem jest to, że nie tylko nakłada przymus na niezaszczepionych, ale czyni z wielu obywateli funkcjonariuszy aparatu przymusu. Wielu restauratorów jest zaszczepionych, ale mogą nie mieć ochoty bawić się w szykanowanie ludzi, którzy szczepionki odmówili.

W demokratycznym państwie prawa stwierdza się: ich prawo, ich ryzyko.

Oczywiście mocnym kontrargumentem w kwestii indywidualnego ryzykowania jest to, że indywidualne ryzykowanie wywołuje efekty zewnętrzne. Wszystko w porządku, każdy niech odpowiada za siebie, ale problem pojawia się wtedy, kiedy nieodpowiadanie za siebie może rodzić negatywne konsekwencje dla innych, którzy nie chcą tego ryzyka brać na siebie. A takim przypadkiem mogą być eksponencjalnie rosnące hospitalizacje. Cóż — na szczęście istnieją alternatywne rozwiązania oparte na instytucjach humanitarnych, które nie wymagają nasyłania aparatu przymusu na niezaszczepionych obywateli.

Pomysły alternatywne: skuteczniejsze i bardziej humanitarne

Najpierw zwróćmy uwagę na non-responderów (ludzie z osłabionym układem odpornościowym). Niestety obostrzenia dla niezaszczepionych mogą wywołać efekt odwrotny do zamierzonego czyli efekt Peltzmanna. Osoba, która przyjęła szczepionkę, ale nie wytworzyła odporności, może w przypadku kilku niefarmaceutycznych interwencji mieć złudne poczucie bezpieczeństwa, które jak widzieliśmy nie pojawi się w przypadku delty. Bo otoczenie wcale jej nie ochroni przed zakażeniem. Tacy ludzie mogą się chronić głównie trzema metodami: po pierwsze, potrzebują przeszkolenia z ochrony osobistej (właściwe korzystanie w miejscach publicznych z masek najwyższej jakości np. FFP3 z wentylem plus stosowane osłony oczu bez mylnego polegania na przymusie masek dla innych), po drugie, powinny absolutnie zredukować kontakty z obcymi ludźmi i trzymać dystans, po trzecie, zadbać o to, żeby ich rodzina i przyjaciele się zaszczepili i uważnie podchodzili do kontaktów z nimi. Te działania mają jakąś szansę kupić czas do momentu pojawienia się zdecydowanie skuteczniejszej farmakoterapii.

Jeśli natomiast chodzi o potencjalne interakcje między zaszczepionymi i niezaszczepionymi, to nie jest do tego potrzebna odgórna kontrola. Mamy instytucje rynkowe, dobrowolne, i mamy możliwość budowania wzajemnego zrozumienia. Nie w taki sposób, żeby te dwie grupy społeczne na siebie napuszczać i jątrzyć, ale tak, aby mogły koegzystować. Nie muszą istnieć żadne ograniczenia w tym, żeby usługodawca sprawdzał status zaszczepienia, jeśli tylko tego będzie chciał (i żadna ustawa w takim scenariuszu nie powinna w takiej sytuacji tego zakazywać, jak to się na przykład działo na Florydzie). I to nie w taki sposób, żeby kogoś wytykać palcem, ale żeby stworzyć na przykład bezpieczniejszą przestrzeń dla takich, którzy jej potrzebują. Kina potrafią segregować zwolenników dubbingu i napisów pod filmem. Saunaria potrafią segregować ze względu na płeć. Nie ma przeszkód, żeby — o ile taka będzie potrzeba rynkowa — dostarczyciele takich usług tworzyły przestrzeń pod zróżnicowany popyt konsumentów. Ważnym elementem jest tutaj komunikacja społeczna. Właściciel siłowni może przecież wyznaczyć dwie godziny dziennie dla ludzi zaszczepionych. W taki sposób, żeby jednocześnie nie zrażać do siebie pozostałej grupy klientów. Opcji dobrowolnych jest tutaj mnóstwo. Przykładowo stowarzyszenie najinteligentniejszych ludzi świata wymaga obecnie

dobrowolnego okazania świadectwa szczepień przy podchodzeniu do testu na inteligencję.

Naturalnie sprawą nie do idealnego rozwiązania pozostaje kwestia przeciążania służby zdrowia, której systemowo nie da się rozwiązać w trakcie epidemii. Na pewno w otoczeniu prywatnych ubezpieczycieli osoby zaszczepione otrzymywałyby niższe składki ubezpieczeniowe lub z drugiej perspektywy osoba niezaszczepiona musiałaby płacić wyższe składki na ewentualną hospitalizację z powodu kowidu. A jeśli by tego nie zrobiła, to w razie pobytu w szpitalu musiałaby zapłacić od kilku do kilkudziesięciu tysięcy złotych — także z pozostawionego po sobie majątku przy ewentualnym zgonie. Takich realiów nie sposób łatwo przełożyć na system z centralną państwową służbą zdrowia, ale na pewno bardziej zasadne jest rozważanie dodatkowej dobrowolnej składki (zależnej od ryzyka hospitalizacji) aniżeli proponowanie ogólnie ograniczenia elementarnych praw obywatelskich wprowadzanych w imię słabo zdefiniowanych korzyści dla zdrowia publicznego (osobiście uważam, że mówienie przez niezaszczepionego, że należy mu się hospitalizacja za darmo, bo ktoś kiedyś od niego pobrał przymusowo składkę w realiach przedepidemicznych jest de facto roszczeniowe i nieindywidualistyczne, nieróżniące się niczym od domagania się utrzymywania przywilejów emerytalnych, ale to temat na inną dyskusję).

Konkluzja

Szczepionki na covid-19 są bardzo skuteczne w redukowaniu hospitalizacji i mają spore szanse odciążyć system opieki zdrowotnej. Przygniatająca większość dorosłych ludzi podatnych na deltę może z nich skorzystać i tym samym złagodzić dziurawość służby zdrowotnej. Jednakże dziurawość tej opieki — przy całej sympatii dla ogromu poświęcenia jej kadry i codziennej frustracji, którą przeżywają hospitalizując masy niezaszczepionych ludzi z wszystkich grup wiekowych — nie może jednak stanowić argumentu podważającego fundamenty społeczeństwa obywatelskiego. Projekt taki nie jest nawet dostatecznie ścisły wewnątrznie, nie mówiąc o dylematach moralnych z tym związanych. Na szczęście osoby zaszczepione mogą odetchnąć — szczepionka ma ciągle bardzo wysoką skuteczność w ochronie ich przed ciężkim przebiegiem choroby i nie muszą się stresować tym, że ktoś niezaszczepiony chce zjeść pierogi w mieście.