



KOMISJA EUROPEJSKA

Bruksela, 2.9.2022 r.

Com(2022) 452 wersja ostateczna

**KOMUNIKAT KOMISJI DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO, RADY,
EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO I KOMITETU
REGIONÓW**

Reakcja UE na COVID-19: przygotowania na jesień i zimę 2023

Spis treści

1. WPROWADZENIE.....	2
2. ROZWÓJ I DOSTĘPNOŚĆ SZCZEPIONEK PRZECIWKO COVID-19 NA JESIEŃ I ZIMĘ....	3
3. WDRAŻANIE KOLEJNYCH STRATEGII SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19.....	5
4. PODSTAWOWE OBSZARY DLA WZMOŻONYCH WYSIŁKÓW.....	7
Nadzór nad wirusami układu oddechowego.....	7
Interwencje nefarmaceutyczne.....	8
Ponowne otwarcie szkół.....	9
Wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej i ich zdolności.....	9
Stosowanie terapii COVID-19.....	11
Konieczność przeprowadzenia wielokrajowych badań klinicznych.....	11
Skupienie się na rozwiązaniu problemu choroby po pandemii COVID-19 („długa COVID-19”)	12
Transport, mobilność, podróże.....	14
5. WYMIAR GLOBALNY.....	15
6. WNIOSKI.....	17

PL EN EN



Eŭropo
Demokratio
Esperanto

Dokument przygotowany przez Pierre Dieumegard

Europa [-Demokracja-Esperanto](#)

Celem tego „tymczasowego” dokumentu jest umożliwienie większej liczbie osób w Unii Europejskiej zapoznania się z dokumentami sporządzanymi przez Unię Europejską (i finansowanymi z ich podatków).

Niniejszy dokument dotyczący reakcji UE na COVID-19 był [tylko w języku angielskim](#). Wstępny plik został przygotowany przez oprogramowanie Libre Officedo tłumaczeniamaszynowego na inne języki.

Jest to ilustracja potrzeby wielojęzyczności w Unii Europejskiej: bez tłumaczeń ludzie są wykluczeni z debaty.

Pożądane jest, aby administracja UE przejęła tłumaczenie ważnych dokumentów. „Ważne dokumenty” to nie tylko przepisy ustawowe i wykonawcze, ale także ważne informacje potrzebne do wspólnego podejmowania świadomych decyzji.

Aby wspólnie omówić naszą wspólną przyszłość i umożliwić rzetelne tłumaczenia, międzynarodowy język esperanto byłby bardzo przydatny ze względu na jego prostotę, regularność i dokładność.

Skontaktuj się z nami:

<https://e-d-e.org/-Kontakti-EDE>

1. WPROWADZENIE

Letnia fala COVID-19, napędzana przez Omicron BA.4 i BA.5, bardzo wyraźnie przypomniła nam, że pandemia jeszcze się nie skończyła. Od początku czerwca do połowy lipca¹UE/EOG odnotowały potrojenie przypadków COVID-19. Od tego czasu liczba przypadków ponownie spada, ale utrzymuje się na wysokim poziomie wśród osób w wieku 65 lat i starszych, co powoduje wzrost liczby hospitalizacji i przyjęć na oddział intensywnej terapii w tej grupie wiekowej². Ogólnie rzecz biorąc, w UE/EOG COVID-19 nadal umiera co tydzień ponad 2 300 osób.

1 Do końca 22. tygodnia 2022 r. 14-dniowy wskaźnik zgłaszania przypadków COVID-19 dla UE/EOG wyniósł 350 (zakres państw: 8.1-3 303) na 100 000 ludności, co zwiększyło się do 1 207 (zakres państw: 43,0-4 945) na 100 000 do końca 28. tygodnia 2022 r.

2 W okresie od początku maja do połowy lipca 2022 r. wskaźnik przyjmowania do szpitala na 100 000 niemal podwoił się, a obecny poziom wynosi ponad 40 % maksymalnego poziomu pandemii. Wskaźniki przyjmowania i obłożenia jednostek ICU odpowiadają obecnie 16 % i 18 % (odpowiednio) maksymalnych wskaźników zgłoszonych od początku pandemii.

Liczby te niepokoją nie tylko dlatego, że mogą być niedoszacowaniem rzeczywistej sytuacji i nie uwzględniają reperkusji, takich jak długotrwała COVID-19, a także wpływu pandemii na zdrowie psychiczne. Ponadto wszystkie kraje zniosły większość ograniczeń, a ich populacja doświadcza zmęczenia pandemią, co może prowadzić do zmian w zachowaniu. Czynniki te ułatwiają szybkie krążenie wirusa w UE, co otwiera drzwi do pojawiających się nowych wariantów, które mogłyby uniknąć odporności, łatwiej się rozprzestrzeniać lub spowodować poważniejsze choroby. W związku z tym możliwe jest, że kosztowne korzyści uzyskane w odpowiedzi na pandemię mogą zostać utracone, jeśli wirus nie będzie kontrolowany i nie zapobiegnie dalszym infekcjom.

Od końca kwietnia tego roku stosowanie szczepionek przeciwko COVID-19 w UE ledwo się zmieniło. Wśród osób w wieku 60 lat i starszych 7,5 % jest nadal nieszczepionych, a 16,3 % nie otrzymało pierwszego wzmacniacza. Biorąc pod uwagę wskaźniki szczepień u dorosłych, 14,1 % osób w wieku 18 lat i starszych jest nieszczepionych, a 35,5 % nie otrzymało pierwszego wzmacniacza. Ponadto, podczas gdy ochrona przed szczepionkami jest nadal wysoka przed poważnymi skutkami (ciężkimi chorobami, hospitalizacją i śmiercią), ochrona również spada, ponieważ większość ludzi otrzymała ostatnie zastrzyk kilka miesięcy temu. Powszechna ekspozycja na Omicron, zróżnicowany zasięg szczepień w poszczególnych krajach i w ich obrębie oraz słabnąca ochrona przed naturalnymi zakażeniami i szczepionkami stanowią złożony krajobraz odporności w populacji.

Ostatnie dwa lata pokazały, że UE może zmierzyć się z kolejną falą COVID-19 jesienią i zimą. Po powrocie z wakacji, ponownym otwarciu szkół i chłodniejszej pogodzie, która prowadzi ludzi do zgromadzeń towarzyskich, wskaźniki zakażeń mogą jeszcze bardziej wzrosnąć. Jest również prawdopodobne, że UE stanie w obliczu sezonu z aktywnym krążeniem innych wirusów oddechowych, w tym grypy, jak zwykle w sezonie zimowym. Prognoza ta stanowi wyzwanie dla już przeciążonych krajowych systemów opieki zdrowotnej i ich pracowników w całej UE.

W niniejszym komunikacie, w oparciu o zestaw działań zaproponowanych³ w kwietniu, wzywa się państwa członkowskie do wprowadzenia niezbędnych zintegrowanych strategii i środków w celu uniknięcia nasilania się pandemii COVID-19 jesienią i zimą oraz do ustanowienia niezbędnych struktur, które pozwolą nam w sposób trwały reagować na przyszłe ogniska. Ponadto Komisja wzywa państwa członkowskie do dalszej koordynacji działań w zakresie gotowości w całej UE przed kolejną falą i dalszym wdrażaniem programów szczepień. Wreszcie, kontynuując działania teraz, możemy ograniczyć spodziewaną presję na nasze systemy opieki zdrowotnej, zakłócenie naszych gospodarek i wyzwania dla naszego społeczeństwa.

2. ROZWÓJ I DOSTĘPNOŚĆ SZCZEPIONEK PRZECIWKO COVID-19 NA JESIEŃ I ZIMĘ

Rozwój szczepionek przeciwko COVID-19 można uznać za triumf naukowy i szacuje się, że ich pomyślne wdrożenie uratowało około 20 milionów istnień ludzkich na całym świecie w pierwszym roku życia⁴. W kontekście obecnej pandemii wschodzącej, napędzanej przez Omicron BA.4 i BA.5, ważne jest, aby wzmocnić przesłanie, że obecne szczepionki przeciwko COVID-19 (szczepionki monowalent skierowane przeciwko oryginalnemu wirusowi SARS-CoV-2) nadal zapewniają wysoki poziom ochrony przed hospitalizacją, ciężką chorobą i śmiercią. Szczepienia są nadal najbardziej wiarygodnym sposobem unikania poważnych chorób, a tym samym zmniejszania śmiertelności z powodu COVID-19.

Jednocześnie producenci szczepionek opracowują **dostosowane szczepionki mRNA, które mają**

3 Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, *COVID-19 – Trwała gotowość i reagowanie UE: Patrząc w przyszłość* (COM/2022/190)

4 The Economist, *szczepionki przeciwko COVID-19 uratowały około 20 milionów istnień ludzkich w pierwszym roku życia*, 7 lipca 2022 r., <https://www.economist.com/graphic-detail/2022/07/07/covid-19-vaccines-saved-an-estimated-20m-lives-during-their-first-year?frsc=dg%7Ce>.

być stosowane jako wzmacniacze ukierunkowane na warianty Omicron. Dostosowane wersje szczepionek Comirnaty i Spikevax, skierowane przeciwko oryginalnemu wirusowi SARS-CoV-2 oraz podwariantowi BA.1 Omicron, zostały zatwierdzone przez Europejską Agencję Leków (EMA) i dopuszczone do obrotu w UE na początku września w ramach przyspieszonego procesu przewidzianego przez Komisję w 2021⁵r. EMA rozpoczęła również przegląd kroczący wersji Comirnaty dostosowanej do pierwotnego wirusa SARS-CoV-2 oraz jego podwariantów Omicron BA.4 i BA.5, w celu ewentualnego przyspieszonego zezwolenia jesienią. Oczekuje się, że dostosowane szczepionki mRNA zapewnią zwiększoną, szerszą ochronę przed obecnymi i przyszłymi wariantami budzącymi obawy.

Oczekuje się, że druga kategoria szczepionek na bazie białka, oczekiwana w nadchodzących tygodniach, będzie chronić przed wariantami SARS-CoV-2 i uzupełni naszą szeroką ofertę szczepionek i wybór strategii szczepień⁶. Szczepionki Nuvaxovid i VLA2001, obecnie dostępne w UE, wykorzystują bezpieczne i skuteczne konwencjonalne platformy szczepionek, które mogą zwiększyć dopuszczalność szczepień przeciwko COVID-19. Ponadto szczepionki Vidprevtyl i PHH-1V, ukierunkowane na inne szczepy budzących obawy wariantów COVID-19, zaoferują skuteczne alternatywy dla wzmacniaczy heterologicznych. Umowy UE dotyczące szczepionek zapewniają państwom członkowskim dostęp do tych najnowszych szczepionek w ilościach potrzebnych natychmiast po ich udostępnieniu. W sierpniu tego roku podpisano pierwszą umowę ramową dotyczącą wspólnego udzielania zamówień na szczepionkę przeciwko COVID-19 z firmą HIPRA.

Nie da się przewidzieć, jakie warianty będą dominować w okresie jesienno-zimowym, ale Unia będzie nadal zapewniać dostęp do szerokiego i elastycznego portfela szczepionek zapewniających bardzo dobry poziom odporności na SARS-CoV-2.

Dzięki unijnej strategii na rzecz szczepionek⁷ państwa członkowskie są przygotowane do planowania i uruchamiania kampanii szczepień, w tym dostosowanych szczepionek przed jesienią, oferując dodatkowe uzupełnienie w razie potrzeby, zgodnie z charakterystyką takich szczepionek i zaleceniami krajowymi. Komisja kontynuuje współpracę z producentami w celu zapewnienia, aby państwa członkowskie otrzymywały w pierwszej kolejności bardziej dostosowane szczepionki w miarę ich dostępności. Ponadto Komisja nadal pozostaje w ścisłym kontakcie z dostawcami kluczowych komponentów, które są potrzebne w całym procesie produkcji. Ponadto wspólna grupa zadaniowa ds. produkcji i łańcucha dostaw UE-USA⁸ uzgodniła wykaz materiałów krytycznych niezbędnych do produkcji szczepionek przeciwko COVID-19, które uznaje się za warte monitorowania⁹. Takie monitorowanie posłuży jako system wczesnego ostrzegania i pomoże zidentyfikować ewentualne wąskie gardła w łańcuchu dostaw na wczesnym etapie.

Planując w perspektywie średnioterminowej, Komisja współpracuje z międzynarodowymi partnerami i twórcami potencjalnych pankoronawirusów lub szczepionek skojarzonych, które wywołują szersze, silniejsze i długotrwałe reakcje immunologiczne. Ponadto Komisja uważnie śledzi rozwój szczepionek z systemami donosowymi, domięśniowymi i śródskórnymi. Oczekuje się, że szczepionki te będą łatwiejsze w podawaniu, bardziej dostępne i mogą zwiększyć akceptację szczepień. Ponadto unijne umowy dotyczące szczepionek zapewniają również, aby przedsiębiorstwa informowały państwa członkowskie o postępach w opracowywaniu tych

5 Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2021/756 z dnia 24 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1234/2008 dotyczące badania zmian w warunkach pozwoleń na dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych stosowanych u ludzi i weterynaryjnych produktów leczniczych (Dz.U. L 162 z 10.5.2021, s. 1).

6 Oprócz istniejących umów z Sanofi i Novavax UE zawarła niedawno umowę w ramach umowy w sprawie wspólnych zamówień, aby zapewnić państwom członkowskim dostęp do szczepionki HIPRA.

7 https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_en.

8 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/STATEMENT_21_4847.

9 Opracowany wykaz opiera się przede wszystkim na doświadczeniach zdobytych podczas zwiększania skali produkcji szczepionek przeciwko COVID-19. Lista obejmuje szeroką gamę grup produktów (44 niezbędne elementy), takich jak enzymy i materiały jednorazowego użytku i chromatografii.

szczepionek.

Ogólnie rzecz biorąc, finansowanie badań i rozwoju, dostosowane ścieżki regulacyjne oraz rozwój zdolności produkcyjnych i infrastrukturalnych będą miały kluczowe znaczenie dla zapewnienia dostępu do bezpiecznych i skutecznych szczepionek nowej generacji.

3. WDRAŻANIE KOLEJNYCH STRATEGII SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19

Ponieważ w nadchodzących tygodniach i miesiącach różne szczepionki zostaną udostępnione w różnym czasie,

Państwa członkowskie powinny wziąć pod uwagę zarówno potencjalną ochronę oferowaną przez dostosowane szczepionki, jak i korzyści wynikające ze szczepienia osób w szczególnych grupach ryzyka we właściwym czasie. Krajowe strategie szczepień powinny być skoordynowane i spójne ze sobą, aby uniknąć poważnych różnic w UE/EOG oraz aby zapewnić społeczeństwu jasne i spójne przesłania. Co więcej, należy je wprowadzić przed następną falą.

Priorytetem krajowych kampanii szczepień powinno pozostać poprawa stosowania szczepionek w ramach cyklu szczepień pierwotnych i pierwszej dawki przypominającej wśród kwalifikujących się osób. Ma to szczególne znaczenie dla grup ludności o podwyższonym ryzyku wystąpienia poważnych skutków oraz dla krajów o niższym wskaźniku szczepień. Utrzymują się znaczne luki i dysproporcje między krajami i ludnością, które należy rozwiązać w celu wzmocnienia ochrony.

W poniższej sekcji przedstawiono sugestie dla państw członkowskich dotyczące krajowych strategii szczepień przeciwko COVID-19, w tym priorytety i czynniki, które należy wziąć pod uwagę podczas przygotowywania i wdrażania tych strategii¹⁰.

PROPONOWANE DZIAŁANIA DOTYCZĄCE STRATEGII SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19 NA JESIEŃ I ZIMĘ 2022–2023

Ogólne cele i priorytety, które należy wdrożyć na obecnym etapie pandemii

Kontynuować krajowe strategie szczepień przeciwko COVID-19, wykorzystując obecnie dostępne szczepionki w celu ograniczenia hospitalizacji, ciężkich chorób i zgonów.

Zlikwidować luki w zakresie szczepień. Priorytetem pozostaje poprawa absorpcji szczepień pierwotnych i pierwszej dawki przypominającej wśród kwalifikujących się osób, w tym kwalifikujących się dzieci i młodzieży zgodnie z krajowymi harmonogramami szczepień. Ma to szczególne znaczenie dla grup ludności o podwyższonym ryzyku wystąpienia poważnych skutków oraz dla krajów o niższym wskaźniku szczepień.

Utrzymanie wystarczających zdolności szczepień, albo poprzez reaktywację ośrodków szczepień, albo poprzez wykorzystanie innych zasobów, takich jak lekarze ogólni.

Priorytetowo podawanie dodatkowej dawki przypominającej (drugiej lub późniejszej) dla określonych grup populacji: osoby w wieku 60 lat i starsze oraz osoby w każdym wieku zagrożone ciężkimi chorobami (np. osoby z chorobami współistniejącymi, osoby o obniżonej odporności i kobiety w ciąży). Należy również rozważyć zwiększenie liczby pracowników służby zdrowia i personelu placówek opieki długoterminowej. Kolejne boostery można podawać już 3 miesiące po poprzednim, a pierwszeństwo należy przyznać osobom, które otrzymały ostatni booster ponad 6 miesięcy temu.

Upewnij się, że mieszkańcy opieki długoterminowej otrzymują zalecane dawki przypominające.

¹⁰ Zalecenia te opierają się na wspólnym oświadczeniu ECDC i Europejskiej Agencji Leków (EMA) w sprawie podawania czwartej dawki szczepionki mRNA z dnia 6 kwietnia 2022 r., a także wstępnych względów zdrowia publicznego dotyczących strategii szczepień przeciwko COVID-19 w drugiej połowie 2022 r., opublikowanych przez ECDC w dniu 18 lipca 2022 r.

W miarę możliwości łączyć kampanie szczepień przeciwko COVID-19 i grypie, w szczególności skierowane do grup szczególnie wrażliwych i odpowiednich grup wiekowych.

Środki, które należy podjąć, gdy dostępne są dostosowane szczepionki przeciwko COVID-19

Opracowanie krajowych programów szczepień określających, jakie szczepionki należy stosować dla grup ludności. Będzie to zależeć od cech dostosowanych szczepionek w porównaniu z szczepionkami pierwszego pokolenia, sytuacji epidemiologicznej i ewentualnego pojawienia się nowych wariantów. Takie strategie powinny być omawiane na odpowiednich forach UE¹¹, aby wymieniać się doświadczeniami i zapewniać koordynację między krajami.

Określenie, które grupy ludności powinny być traktowane priorytetowo w odniesieniu do dostosowanych szczepionek, w szczególności jeśli szczepionki te wykazują większą skuteczność w stosunku do wariantów krążących jesienią i zimą.

Zapewnienie wystarczającej zdolności do podawania szczepionek po dostarczeniu dostosowanych szczepionek, tak aby kampanie szczepień mogły rozpocząć się natychmiast.

Uważnie monitorować skuteczność i bezpieczeństwo [nowych i] dostosowanych szczepionek po rozpoczęciu powszechnego wprowadzania. W razie potrzeby krajowe strategie szczepień powinny zostać dostosowane, gdy dostępnych będzie więcej dowodów na skuteczność tych szczepionek.

Strategie komunikacyjne związane ze strategiami szczepień jesienno-zimowych

Wdrożenie i, w miarę możliwości, koordynowanie skutecznych **inicjatyw i strategii komunikacyjnych** w celu promowania przyjmowania dodatkowych dawek szczepionek oraz promowania ukończenia serii podstawowej przez tych, którzy jeszcze tego nie zrobili. Należy podać jasne informacje dotyczące uzasadnienia zaleceń oraz korzyści płynących z kursu podstawowego i środków wspomagających dla różnych grup ludności, w tym dla osób, które już miały chorobę.

Zapewnienie zdolności do **regularnej aktualizacji** strategii komunikacji publicznej w oparciu o rozwój sytuacji epidemiologicznej, zmiany w postrzeganiu i postawach społeczeństwa w związku z trwającą pandemią i szczepieniami przeciwko COVID-19, w tym zdolność do monitorowania fałszywych lub wprowadzających w błąd informacji i szybkiego reagowania na nieprawdziwe lub wprowadzające w błąd informacje.

Zwiększenie zaufania do szczepionek poprzez monitorowanie i zajmowanie się pytaniami i obawami opinii publicznej, wyjaśnianie nauk leżących u podstaw zaleceń oraz obalanie dezinformacji i dezinformacji w mediach głównego nurtu i w mediach społecznościowych. Kluczowe znaczenie ma jasne, spójne i oparte na dowodach komunikaty wykazujące ciągłe bezpieczeństwo i skuteczność szczepionek przeciwko COVID-19. **Celuj w trudno dostępne grupy ludności** poprzez dopasowaną komunikację i korzystaj z pracowników służby zdrowia i liderów społeczności jako zaufanych źródeł informacji.

Zapewnienie aktywnej komunikacji po udostępnieniu nowych i dostosowanych szczepionek. Przed dostawą dostosowanych szczepionek państwa członkowskie powinny wyraźnie informować opinię publiczną, aby uniknąć nieporozumień co do tego, w jaki sposób w nadchodzących miesiącach pojawią się suplementy, kiedy i dlaczego tak się stanie i kto będzie miał do nich dostęp.

Zajęcie się politycznym wymiarem kampanii przeciwko szczepionkom i dezinformacji związanych z narracjami antyzachodnimi i antyunijnymi. Szczególne wyzwania obejmują kanały, w których krąży dezinformacja w związku z innymi kryzysami, zwłaszcza rosyjską agresją wojskową na Ukrainę.

11 Takich jak Komitet ds. Bezpieczeństwa Zdrowia.

4. PODSTAWOWE OBSZARY DLA WZMOŻONYCH WYSIŁKÓW

Nadzór nad wirusami układu oddechowego

Obecne strategie testowania i ograniczone wysiłki sekwencjonowania w niektórych krajach tworzą niebezpieczny martwy punkt w naszej wiedzy o tym, jak rozprzestrzenia się i ewoluje wirus. Istnieje pilna potrzeba opracowania i utrzymania odpornych **zintegrowanych systemów nadzoru** opartych na populacji. Takie systemy w sposób zintegrowany monitorowałyby różne choroby, **takie jak grypa, COVID-19 i inne zakażenia wirusami dróg oddechowych**¹² UE. Dane z takich systemów nadzoru umożliwią krajom ścisłe monitorowanie rozprzestrzeniania się i intensywności krążących wirusów oddechowych oraz wykrycie zmian w trendach i pojawienia się nowych budzących obawy wariantów. To z kolei ukierunkuje środki kontroli i złagodzi wpływ nowych wariantów. Systemy te będą kluczowym elementem na obecnym etapie pandemii i ewentualnych transgranicznych zagrożeń zdrowia w przyszłości.

Strategiczne ustalanie priorytetów i stałe finansowanie są niezbędne do dalszego rozszerzania i rozwijania „**systemów wentylacyjnych**”, aby dostosować je do zamierzonych celów. Systemy Sentinel były powszechnie stosowane do nadzoru zakażeń dróg oddechowych (np. grypy). Zamiast przetestować całą populację, system nadzoru wskaźnikowego pobiera próbki z szeregu reprezentatywnych przypadków z określonych miejsc, takich jak ogólne praktyki lub szpitale, które są równomiernie rozłożone w całym kraju lub regionie. System wskaźnikowy z wystarczającą liczbą miejsc, które produkują wystarczającą ilość badań i które są geograficznie i demograficznie reprezentatywne dla całej populacji kraju, jest skutecznym i skutecznym sposobem monitorowania rozprzestrzeniania się zakażenia (oddechowego).

Państwa członkowskie powinny dążyć do zwiększenia liczby placówek wskaźnikowych, dopilnować, by miejsca te reprezentowały geograficzny i demograficzny rozkład ich populacji oraz zwiększyć liczbę testów przeprowadzanych na stanowiskach nadzoru wskaźnikowego. Powinny one również planować zwiększenie swojej zdolności badawczej, zwłaszcza jeśli jest to konieczne, aby zareagować na pojawienie się nowego wariantu budzącego obawy lub wariantu grypy. Należy również zachować wystarczającą **objętość sekwencjonowania**, aby monitorować krążące wirusy i szybko wykrywać nowe warianty wirusa.

W dniu 18 lipca 2022 r. ECDC i Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy opublikowały wytyczne zawierające¹³ praktyczne porady dla państw na temat ustanowienia skutecznych systemów nadzoru i zapewnienia ciągłości nadzoru krajowego w sezonie zimowym 2022–2023 i później. W wytycznych określono wiele korzyści oferowanych przez zintegrowane systemy nadzoru ludności, a państwa członkowskie są zdecydowanie zachęcane do badania i podejmowania działań następczych w związku z jego zaleceniami. Zastosowanie się do wytycznych poprawi porównywalność między państwami członkowskimi i zapewni bardziej solidne dane epidemiologiczne; analiza tych danych umożliwi skuteczniejsze i terminowe reagowanie, co ostatecznie poprawi gotowość UE na wypadek pandemii. Zachęca się państwa członkowskie do okresowej wymiany informacji z ECDC na temat statusu ich systemów nadzoru nad wirusami układu oddechowego, na przykład poprzez udzielanie odpowiedzi na krótkie badania w przypadku ich rozpowszechniania.

Nadzór oparty na ściekach pojawił się podczas pandemii COVID-19 jako uzupełniające narzędzie gromadzenia informacji na temat dużych grup ludności. Została ona bardziej systematycznie uwzględniona w krajowych strategiach nadzoru w zakresie wykrywania SARS-CoV-2 i jej wariantów, a różne unijne środki zostały wdrożone w celu wsparcia państw w tych wysiłkach. Na przykład 26 państw członkowskich otrzymało dotacje na działania bezpośrednie w celu wsparcia

12 Takie jak zakażenia wirusem syncytialnym układu oddechowego (RSV) lub nowe choroby wirusowe związane ze zdrowiem publicznym.

13 8 lipca 2022 r., ECDC, *Względy operacyjne dotyczące nadzoru nad wirusami układu oddechowego w Europie*, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-considerations-respiratory-virus-surveillance-europe>.

nadzoru nad ściekami i powiązanych działań¹⁴.

Zbliżający się przegląd dyrektywy dotyczącej oczyszczania ścieków komunalnych¹⁵, który ma zostać przyjęty jesienią, wprowadzi nadzór nad ściekami, obejmujący monitorowanie parametrów związanych ze zdrowiem publicznym, w tym wirusa i jego wariantów w ściekach miejskich. Zachęca się państwa członkowskie do kontynuowania wysiłków na rzecz systematycznego monitorowania SARS-CoV-2 w ramach nadzoru nad ściekami oraz do stosowania działań określonych w odnośnym zaleceniu Komisji¹⁶.

Interwencje niefarmaceutyczne

Szczepionki są kluczowym elementem reakcji na COVID-19. Jednak nasze doświadczenia z tą pandemią pokazały, że nasze wysiłki muszą obejmować interwencje niefarmaceutyczne w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa, ochrony grup szczególnie wrażliwych i zmniejszenia presji na systemy opieki zdrowotnej. Przykłady wysoce skutecznych interwencji niefarmaceutycznych obejmują noszenie masek i bardziej restrykcyjne środki, takie jak ograniczenie wielkości zgromadzeń. Zwłaszcza jeśli takie interwencje zostaną wdrożone przed lub na początku kolejnej fali, ich wpływ będzie największy. Jest zatem możliwe, że jakakolwiek z interwencji niefarmaceutycznych będzie musiała zostać przywrócona w nadchodzących miesiącach.

Na obecnym etapie pandemii sytuacja epidemiologiczna różni się w poszczególnych państwach członkowskich. W związku z tym najlepsza i najskuteczniejsza reakcja na zdrowie publiczne może się różnić. Państwa będą musiały ocenić swoją szczególną sytuację epidemiologiczną pod względem wpływu na zdrowie publiczne, zdolności w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej akceptacji takich środków w zakresie zdrowia publicznego, a także podejmować odpowiednie decyzje. Koordynacja podejść krajowych w ramach zintegrowanych rozwiązań Rady w zakresie reagowania na kryzysy polityczne (IPCR)¹⁷ i Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia¹⁸ była jednak niezbędna w poprzednich falach, aby zachęcić do przyjęcia spójnego podejścia w UE i na jednolitym rynku. Ważne jest, aby było to kontynuowane.

Poniżej przedstawiono kluczowe wskaźniki do oceny przy podejmowaniu decyzji o ponownym wprowadzeniu środków niefarmaceutycznych.

Dane i progi służące ocenie ponownego wprowadzenia środków niefarmaceutycznych

Wskaźniki ciężkości, które należy stosować: częstość występowania **ciężkich ostrych chorób układu oddechowego (SARI)** z powodu COVID-19 lub grypy według wieku; **śmiertelność** przypisana COVID-19 lub grypie według wieku.

Alternatywnie można skorzystać ze szczególnych **przyjęć szpitali COVID-19 lub grypy i ICU i/lub szpitali i ICU**. Najlepiej je rozdzielić według wieku.

Wskaźniki dotkliwości muszą być łączone z danymi dotyczącymi **zdolności w zakresie opieki zdrowotnej i wydajności systemów** opieki zdrowotnej, aby móc ocenić skutki epidemii. Takie oceny skutków powinny być przeprowadzane regularnie i uruchamiane przez rosnące tendencje w zakresie wskaźników dotkliwości.

14 https://environment.ec.europa.eu/news/coronavirus-response-monitoring-wastewater-contributes-tracking-coronavirus-and-variants-across-all-2022-03-17_en.

15 Dyrektywa Rady 91/271/EWG z dnia 21 maja 1991 r. dotycząca oczyszczania ścieków komunalnych (91/271/EWG)

16 Zalecenie Komisji z dnia 17.3.2021 r. w sprawie wspólnego podejścia do ustanowienia systematycznego nadzoru nad SARS-CoV-2 i jego wariantami w ściekach w UE, C/2021/1925 (Dz.U. L 98 z 19.3.2021, s. 3–8).

17 <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/ipcr-response-to-crises/>.

18 https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/preparedness-and-response/health-security-committee-hsc_en.

Dane z poprzednich lat pomogą określić **progi nasilenia epidemii** specyficzne dla poszczególnych krajów, biorąc pod uwagę różne poziomy poważnych chorób i dostępne możliwości opieki zdrowotnej.

W wielu państwach członkowskich nadal obowiązuje obowiązkowe stosowanie **masek twarzy** w placówkach opieki zdrowotnej i placówkach opieki długoterminowej. Ich wykorzystanie w zamkniętych przestrzeniach publicznych, w tym w transporcie publicznym, może być pierwszą opcją ograniczenia transmisji w społeczności. Najnowsze dowody wskazują, że maski FFP2, które są łatwo dostępne w UE/EOG, mają silniejsze działanie ochronne niż maski medyczne lub maski z tkaniny w społeczności. Dlatego też zdecydowanie zachęca się państwa członkowskie do rozważenia ich stosowania w konkretnych warunkach. Zapewnienie odpowiedniej **wentylacji** w pomieszczeniach jest kluczowym środkiem zmniejszającym ryzyko przenoszenia SARS-CoV-2 i innych wirusów oddechowych¹⁹. Konieczne są dalsze wysiłki na rzecz poprawy wentylacji w całej UE/EOG. Inne środki, **takie jak praca z domu** lub **ograniczenie wielkości masowych zgromadzeń**, okazały się skuteczne w celu ograniczenia przenoszenia wirusa. Środki te, wdrażane przed wzrostem liczby przypadków, mogą uniknąć konieczności wprowadzenia bardziej destrukcyjnych środków, takich jak blokady, zamykanie przedsiębiorstw i szkół, rekomendacje dotyczące pobytu w domu i ograniczenia podróży. **Zaangażowanie polityczne i zaangażowanie społeczności** mają kluczowe znaczenie dla powodzenia i skuteczności środków nie farmaceutycznych.

Ponowne otwarcie szkół

Gdy dzieci wracają do szkoły po przerwie letniej, ważne jest utrzymanie bezpiecznego środowiska szkolnego i zminimalizowanie nieobecności uczniów i pracowników poprzez zapobieganie przenoszeniu SARS-CoV-2 wraz z innymi wirusami oddechowymi²⁰. Dzieci w każdym wieku są podatne i mogą przenosić SARS-CoV-2. Dzieci są często bezobjawowe lub obecne z łagodnymi objawami zakażenia, ale występują ciężkie przypadki, szczególnie u dzieci z czynnikami ryzyka poważnych skutków. U dzieci zgłaszano również stan po COVID-19 (lub długotrwałą COVID-19).

Ważne środki, takie jak promowanie szczepień uczniów i pracowników przeciwko COVID-19, zachęcanie do dobrej higieny dróg oddechowych i rąk, ustanowienie ulepszonych systemów wentylacji w pomieszczeniach szkolnych oraz częste przypominanie o pozostaniu w domu w przypadku wystąpienia objawów oddechowych, są niezbędnymi narzędziami służącymi ograniczeniu przenoszenia wirusa. Wdrożenie środków łagodzących w szkole powinno być dostosowane do otoczenia edukacyjnego i grupy wiekowej uczniów. Ponadto środki takie powinny uwzględniać potrzebę zapewnienia dzieciom optymalnego środowiska edukacyjnego i społecznego. Wytyczne opublikowane przez ECDC w lipcu 2021 r.²¹ oraz zalecenia zawarte w niniejszym dokumencie pozostają w mocy w tym względzie.

Pandemia COVID-19 zakłóciła życie dzieci i młodzieży, wpływając na ich codzienną rutynę, edukację, zdrowie, rozwój i ogólne samopoczucie. Dlatego ważne jest, aby pamiętać o negatywnym wpływie zakłóceń w szkole na zdrowie i rozwój dzieci. Wdrażanie środków w szkołach powinno być ograniczone do minimum, a także zapobiegać dalszej utracie nauki.

Wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej i ich zdolności

Kryzys związany z COVID-19 w bezprecedensowy sposób przetestował odporność i sprawność

19 Jeżeli odpowiednia wentylacja nie jest możliwa, można rozważyć zastosowanie urządzeń do oczyszczania powietrza, takich jak te wyposażone w filtry HEPA (wysokosprawne pochłanianie cząstek stałych) lub filtry o porównywalnej skuteczności oraz napromieniowanie bakterioobójcze ultrafioletowe (UVGI).

20 Takie jak grypa, syncytialny wirus oddechowy (RSV) i norowirus.

21 8 lipca 2021 r., ECDC, COVID-19 u dzieci i rola placówek szkolnych w przekazywaniu – druga aktualizacja, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>.

europjskich systemów opieki zdrowotnej. Latem 2022 r. systemy opieki zdrowotnej UE nadal borykają się z wyzwaniami wynikającymi ze wzrostu liczby przyjęć szpitali związanych z COVID-19 oraz konieczności usunięcia wywołanych pandemią zaległości w opiece niezwiązanej z COVID-19. Ta presja na systemy opieki zdrowotnej wywierana jest w kontekście innych długotrwałych wyzwań, takich jak utrzymujące się niedobory pracowników służby zdrowia, co nasiliła pandemia COVID-19. Z badania przeprowadzonego przez ECDC wynika, że wiele państw członkowskich zgłasza problemy związane z utrzymaniem i rekrutacją wystarczającej liczby pracowników służby zdrowia posiadających odpowiednie kompetencje²². Systemy opieki zdrowotnej mogą mieć niewystarczające możliwości na zimę 2022 r., jeżeli środki na opiekę zdrowotną i zasoby ludzkie nie zostaną zwiększone. Ponadto inne wirusy oddechowe (np. grypa) mogą stanowić dodatkowe obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej. Pandemia pokazała, że konieczne jest posiadanie silnego, odpornego i dobrze wyposażonego systemu opieki zdrowotnej.

Inwestycje w ramach Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności mające na celu wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej są obecnie w pełnym tempie. Na wspieranie lepszej opieki zdrowotnej w ramach przyjętych planów odbudowy i zwiększania odporności przeznaczono ponad 42 mld EUR, a prawie jedna trzecia tej kwoty przeznaczona jest na inwestycje i reformy mające na celu pobudzenie cyfryzacji systemów opieki zdrowotnej. Konkretnie inwestycje mają również na celu wzmocnienie zdolności krajowych systemów opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia publicznego. Konieczne będą ciągłe wysiłki w celu wzmocnienia odporności systemów opieki zdrowotnej, od krótko- do długoterminowej. Ponadto w najnowszych zaleceniach dla poszczególnych krajów – przyjętych w lipcu 2022 r. w ramach **uropejskiego semestru** – uwzględniono systemy opieki zdrowotnej w ośmiu państwach członkowskich i podkreślono potrzebę lepszej profilaktyki i podstawowej opieki zdrowotnej, a także rozwiązania problemu niedoborów siły roboczej.

Kolejna edycja półrocznego raportu *Health at a Glance: Europa* zostanie opublikowana do końca 2022 r. W szczególności oceni on zakłócenia w usługach zdrowotnych dla pacjentów niebędących COVID-19 podczas pandemii i przeanalizuje strategie przezwyciężenia zaległości w opiece zdrowotnej. Przeanalizuje również wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie dzieci i młodzieży, zwłaszcza na zdrowie psychiczne.

W dalszej perspektywie należy poprawić gotowość systemów opieki zdrowotnej na ogniska chorób zakaźnych i inne rodzaje wstrząsów. Przeprowadzanie testów odporności umożliwi państwom członkowskim regularny przegląd gotowości na wypadek kryzysu zdrowotnego i sprawdzenie odporności swoich systemów opieki zdrowotnej na konkretne scenariusze wysokiego ciśnienia i długoterminowe wyzwania strukturalne. Odporność powinna również obejmować odporność i skuteczność praktyk w zakresie zamówień publicznych stosowanych przez szpitale i inne jednostki zakupujące²³. Biorąc pod uwagę ciężar pandemii dla zdrowia psychicznego, zwłaszcza pracowników służby zdrowia, państwa członkowskie powinny wzmocnić środki mające na celu wspieranie dobrego zdrowia psychicznego pracowników służby zdrowia i ogółu ludności. Ponadto wzmocnienie pracowników służby zdrowia sprawi, że systemy opieki zdrowotnej staną się bardziej odporne. Komisja wspiera szkolenia dla pracowników służby zdrowia za pośrednictwem programu

22 3 sierpnia 2022 r., ECDC, *Ocena zdolności siły roboczej i potrzeb szkoleniowych w zakresie profilaktyki i kontroli chorób zakaźnych – sprawozdanie z badania z 2021 r.*, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/ECDC-Assessment-Capacity-Training-Needs-EUEEA-2021.pdf>.

23 WE wrześnie zostanie opublikowane następujące zaproszenie HERA: Zaproszenie do składania wniosków w celu wsparcia zorganizowanego dialogu na szczeblu krajowym lub regionalnym na temat zamówień publicznych w sektorze zdrowia.

UE dla²⁴zdrowia, EFS+ i paktu UE na rzecz umiejętności²⁵. W toku jest kilka projektów mających na celu wsparcie krajów w zakresie zatrzymywania personelu, zmiany zadań i niedoboru personelu na „pustyniach medycznych” (obszarach o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej). Ponadto Komisja zamierza podjąć wspólne działanie na rzecz lepszego planowania i prognozowania pracowników służby zdrowia jeszcze w tym roku. Ponadto Komisja wspiera dostępność zespołów ratownictwa medycznego, a także niezbędnych środków ochrony indywidualnej, produktów medycznych i środków terapeutycznych na szczeblu krajowym i unijnym (np. za pośrednictwem Unijnego Mechanizmu Ochrony Ludności).

Stosowanie terapii COVID-19

Strategia UE w zakresie terapii COVID-19²⁶ ma na celu zbudowanie szerokiej gamy bezpiecznych i skutecznych środków terapeutycznych. W szczególności, leki przeciwwirusowe i przeciwciała przeciwwirusowe monoklonalne odgrywają ważną rolę w leczeniu pacjentów z COVID-19. Do tej pory dopuszczono osiem terapii związanych z COVID-19 należących do różnych kategorii, w tym sześć leków przeciwwirusowych, które dotyczą różnych etapów i nasilenia choroby. W okresie od października 2020 r. do lipca 2022 r. zawarto cztery umowy ramowe dotyczące wspólnego udzielania zamówień, w tym przedłużenia, w celu zapewnienia dostępności leków przeciwwirusowych w szeregu państw członkowskich²⁷.

Komisja będzie nadal współpracować z państwami członkowskimi w celu określenia priorytetów w zakresie dalszych wspólnych zamówień na produkty lecznicze oraz wzmocnienia integracji z ustalonymi procesami krajowymi i unijnymi. Zacieśnienie współpracy i wspólne udzielanie zamówień wzmacniają solidarność poprzez zapewnienie równego dostępu i dostępności środków terapeutycznych w uczestniczących państwach członkowskich. Jak wskazano w umowie w sprawie wspólnych zamówień z 2014 r. podpisanej przez 37 państw, wspólne udzielanie zamówień zwiększa również siłę nabywczą, zwłaszcza w przypadku mniejszych państw członkowskich, umożliwiając lepsze warunki umowne i korzyści skali.

Konieczność przeprowadzenia wielokrajowych badań klinicznych

Począwszy od stycznia 2022 r., wraz z wejściem w życie rozporządzenia w sprawie badań klinicznych²⁸, ocena i nadzór nad badaniami klinicznymi w całej UE zostały zharmonizowane, w szczególności za pośrednictwem systemu informowania o badaniach klinicznych (CTIS). Rozporządzenie w sprawie badań klinicznych umożliwia szybsze zatwierdzanie badań klinicznych we wszystkich państwach członkowskich, poprawiając tym samym skuteczność badań klinicznych jako całości. Jednocześnie utrzymane zostaną wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa ustanowione dla takich prób.

Dzięki rozporządzeniu i CTIS sponsorzy komercyjni i niekomercyjni mogą teraz ubiegać się o pozwolenie na badania kliniczne w maksymalnie 30 państwach UE/EOG jednocześnie. Nowy system regulacyjny i platforma usprawniają wymianę informacji i wspólne podejmowanie decyzji

24 Program UE w dziedzinie zdrowia, *zaproszenie do składania wniosków w celu zapewnienia szkoleń dla pracowników służby zdrowia, w tym cyfrowych umiejętności*, <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/eu4h-2022-pj-06>.

25 Projekt Erasmus+, EHMA, *sojusz na rzecz przyszłej strategii pracowników służby zdrowia w zakresie umiejętności cyfrowych i ekologicznych: BeWell projekt uruchomiony*, <https://ehma.org/2022/07/22/blueprint-alliance-for-a-future-health-workforce-strategy-on-digital-and-green-skills-bewell-project-kicked-off/>.

26 Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „*Strategia UE w zakresie terapii COVID-19*” (COM/2021/355 final/2).

27 Obejmują one następujące środki terapeutyczne: remdesiwir, bamlanivimab i etesevimab, kasirywimab i imdewimab oraz ksevudy/sotrowimab.

28 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi i uchylające dyrektywę 2001/20/WE (Dz.U. L 158 z 27.5.2014, s. 1).

dotyczących badań klinicznych. CTIS, którego stosowanie będzie obowiązkowe przy składaniu wniosków o badanie kliniczne do dnia 31 stycznia 2023 r., stanowi również publiczną bazę danych z możliwością przeszukiwania dla pracowników służby zdrowia, pacjentów i ogółu społeczeństwa. W dniu 31 stycznia 2025 r. rozporządzenie będzie w pełni stosowane, a wszystkie badania kliniczne będą musiały być zgodne z przepisami.

W nadchodzących latach to nowe europejskie środowisko regulacyjne w zakresie badań klinicznych ułatwi, usprawni, przyspieszy i zwiększy przejrzystość międzynarodowych badań klinicznych, również w odniesieniu do ewentualnych nowych terapii i szczepionek przeciwko COVID-19. Ponadto zagwarantuje ona, że UE będzie oferować atrakcyjne i korzystne środowisko do prowadzenia badań klinicznych na dużą skalę, z wysokimi standardami przejrzystości i bezpieczeństwa publicznego dla uczestników badań klinicznych.

Grupa zadaniowa ds. sytuacji nadzwyczajnych, ustanowiona w ramach zmienionego mandatu EMA²⁹, udziela porad dotyczących protokołów badań klinicznych, w tym wspólnych badań klinicznych, podmiotom opracowującym badania kliniczne prowadzone w Unii. W ostatecznym rozrachunku porada ułatwi terminowe opracowanie i dopuszczenie do obrotu produktów medycznych, takich jak szczepionki i leczenie, oraz poprawi ogólną koordynację badań klinicznych w Europie. Przy zatwierdzaniu wniosku o przeprowadzenie badania klinicznego państwa członkowskie powinny uwzględnić tę opinię naukową grupy zadaniowej ds. sytuacji nadzwyczajnych.

Ponadto w ramach programu „Horyzont 2020” utworzono dwie unijne sieci badań klinicznych: jedna dotyczy terapii COVID-19, a druga dotyczy szczepionek przeciwko COVID-19. Sieć badań terapeutycznych obejmuje szeroko zakrojone badania platformy adaptacyjnej przeprowadzane w populacjach intensywnej terapii, hospitalizowanych pacjentów i pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej³⁰. Ponadto mechanizm wspólnego doradztwa w zakresie dostępu (JAAM) wspiera efektywne wykorzystanie zasobów między próbami i pozwala uniknąć powielania wysiłków. Sieć badań nad szczepionkami obejmuje badania szczepionek skoncentrowane na zdrowiu publicznym u osób starszych, ogólnej populacji dorosłych i dzieci³¹.

Skupienie się na rozwiązaniu problemu choroby po pandemii COVID-19 („długa COVID-19”)

Pojawiające się dowody sugerują, że aż 1 na 8 osób, które wyzdrowiały po COVID-19, doświadczy wyniszczających objawów trwających znacznie dłużej niż oczekiwano, co prowadzi do pogorszenia jakości życia³².

Chociaż ryzyko rozwoju choroby po COVID-19 wydaje się być większe wśród starszych osób z wcześniej istniejącymi schorzeniami, które zostały przyjęte do szpitala z powodu COVID-19, badania wykazały, że jest on również rozpowszechniony wśród wcześniej zdrowych, młodych ludzi, którzy doświadczyli łagodnych lub żadnych objawów, gdy po raz pierwszy zachorowali na wirusa³³. Osoby z chorobą po COVID-19 mogą odczuwać szeroki zakres objawów, w tym objawy układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, żołądkowo-jelitowego, poznawczego, mięśniowo-szkieletowego i neurologicznego. Objawy te mogą być przerywane, wpływają na kilka układów

29 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/123 z dnia 25 stycznia 2022 r. w sprawie wzmocnionej roli Europejskiej Agencji Leków w zakresie gotowości na sytuacje kryzysowe i zarządzania kryzysowego produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. L 20 z 31.1.2022, s. 1–37).

30 Proces REmap-CAP, proces UE SolidAct i proces ECRAID-Prime.

31 EU-Covat-1 AGED, EU-Covat-2 BOOSTAVAC i EU-COVPT-1 CoVacc.

32 The Lancet, tom 400, wydanie 10350, P452-461, 6 sierpnia 2022 r., A.V. Ballering *et al.*, *Trwałość objawów somatycznych po COVID-19 w Niderlandach: obserwacyjne badanie kohortowe*, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01214-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01214-4/fulltext).

33 Daugherty, Sarah E., *et al.* *Ryzyko następstw klinicznych po ostrej fazie zakażenia SARS-CoV-2: retrospektywne badanie kohortowe.* BMJ 373 (2021).

organizmu i wahają się od łagodnego do obezwładniającego, często pogarszając zdolność ludzi do powrotu do pracy. Na tle tej długiej listy objawów, do tej pory nie ma zatwierdzonych terapii w leczeniu tego stanu.

Ta nowa klasa pacjentów będzie wymagała szczególnej opieki, często z różnych specjalizacji medycznych. Oczekuje się, że spowoduje to znaczne obciążenie dla europejskich systemów opieki zdrowotnej i może zaostrzyć duże zaległości. Opieki niezwiązanej z COVID-19 nagromadzonej przez cały okres pandemii. Rozważania te podkreślają pilną potrzebę zintensyfikowania wysiłków badawczych mających na celu zrozumienie biologicznych podstaw stanu po pandemii COVID-19. Osiągnięcie lepszego zrozumienia patologii leżącej u podstaw stanu po COVID-19 pozwoli naukowcom zidentyfikować terapie kandydujące i ostatecznie opracować badania kliniczne na dużą skalę w celu zweryfikowania ich korzyści.

W tym kontekście w ramach unijnego programu prac „Horyzont Europa” na lata 2021–2022 przewidziano finansowanie sześciu projektów badawczych ukierunkowanych na stan po pandemii COVID-19. Projekty te mają na celu lepsze scharakteryzowanie stanu po COVID-19, a także zbadanie czynników ryzyka jego rozwoju w różnych wariantach SARS-CoV-2 i grupach populacji, w celu zidentyfikowania potencjalnych biomarkerów i poinformowania o możliwościach leczenia.

Strategia UE w zakresie terapii COVID-19³⁴ odnosi się do stanu po pandemii COVID-19 w ramach działań w zakresie badań, rozwoju i innowacji. W strategii uznano, że stan po pandemii COVID-19 wymaga innego podejścia terapeutycznego do ostrej COVID-19. Podobnie, zgodnie z pojawiającą się hipotezą, że trwałe rezerwuary wirusowe mogą być jedną z przyczyn choroby po COVID-19³⁵, terapie stosowane w leczeniu COVID-19 (takie jak leki przeciwwirusowe) mogą być również badane jako potencjalne leczenie stanu po COVID-19.

Aby zapewnić fachowe wytyczne dotyczące tego, w jaki sposób systemy opieki zdrowotnej powinny projektować i rozwijać odpowiednie usługi zdrowotne dla pacjentów dotkniętych schorzeniami po pandemii COVID-19, Komisja zleciła panelowi ekspertów ds. skutecznych sposobów inwestowania w opiekę zdrowotną³⁶ wydanie opinii, która ma zostać wydana pod koniec 2022 r., w sprawie wpływu stanu po pandemii COVID-19 na systemy opieki zdrowotnej. Ponadto Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia (EU-OSHA) opublikowała sprawozdanie na temat wpływu stanu po pandemii COVID-19 na pracowników i miejsca pracy³⁷ oraz wydała odpowiednie wytyczne dla pracowników³⁸ i kadry kierowniczej³⁹. Zachęca się państwa członkowskie do połączenia sił w celu zebrania aktualnych dowodów dotyczących stanu po pandemii COVID-19 oraz do zwiększenia szkolenia pracowników służby zdrowia w zakresie uznawania i zarządzania stanem po pandemii COVID-19, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej. Należy przypomnieć, że najlepszym sposobem zapobiegania chorobie po COVID-19 jest przede wszystkim uniknięcie zakażenia SARS-CoV-2.

34 Komunikat Komisji „Strategia UE w zakresie terapii COVID-19” (COM/2021/355 final/2), [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52021DC0355R\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52021DC0355R(01)).

35 Brodin, P., Casari, G., Townsend, L. i in., *Badanie ciężkiej długiej COVID-19 w celu zrozumienia zaburzeń pozakaźnych poza COVID-19*, Nat Med 28, 879–882 (2022), <https://www.nature.com/articles/s41591-022-01766-7>.

36 Panel ekspertów ds. skutecznych sposobów inwestowania w zdrowie, https://health.ec.europa.eu/expert-panel-effective-ways-investing-health_en.

37 EU-OSHA, 20 maja 2022 r., *Wpływ długiej pandemii COVID w sprawie pracowników i miejsc pracy oraz rola BHP*, <https://osha.europa.eu/en/publications/impact-long-covid-workers-and-workplaces-and-role-osh>.

38 EU-OSHA, 6 lipca 2021 r., *Zakażenie COVID-19 i długa COVID-19 – przewodnik po pracownicy*, <https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-infection-and-long-covid-guide-workers>.

39 EU-OSHA, 6 lipca 2021 r., *Zakażenie COVID-19 i długa COVID-19 – przewodnik po menedżerowie*, <https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-infection-and-long-covid-guide-managers>.

Transport, mobilność, podróże

Od sierpnia 2022 r. zniesiono wszystkie środki mające wpływ na swobodny przepływ osób w UE, w tym wymóg posiadania przez podróżnych unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID.

Dalsze wysiłki na rzecz ułatwienia **swobodnego przemieszczania się w UE** w czasie pandemii COVID-19 pozostają kluczowe, zarówno dla ludzi, jak i dla towarów. Naszym wspólnym celem pozostaje korzystanie z nieograniczonej swobody przemieszczania się, jeśli pozwala na to sytuacja epidemiologiczna. Aby odpowiedzieć na konkretne wyzwania, które mają wpływ na sektor transportu i zakłócenia w łańcuchu dostaw, Komisja i państwa członkowskie UE powinny opierać się na dotychczas opracowanych narzędziach, w szczególności na zielonych⁴⁰korytarzach, planie awaryjnym dla⁴¹transportu i odpowiednich protokołach zdrowotnych.

Ograniczenia podróżowania powinny być wprowadzane lub ponownie wprowadzane tylko wtedy, gdy są absolutnie niezbędne i proporcjonalne do ochrony zdrowia publicznego. Na przykład niektóre niefarmaceutyczne interwencje, takie jak noszenie maski, należy rozważyć przed wprowadzeniem lub ponownym wprowadzeniem jakichkolwiek ograniczeń w podróżowaniu. Wszelkie nowe środki powinny być przekazywane kluczowym zainteresowanym stronom, takim jak przewoźnicy, aby mogli przygotować i uniknąć wszelkich negatywnych skutków. Jeżeli państwa członkowskie chcą uruchomić śledzenie kontaktów zakaźnych pasażerów transgranicznych, dostępne są wspólne narzędzia, takie jak unijny formularz lokalizatora pasażerów, umożliwiające wymianę danych pasażerów w celu zwiększenia ich zdolności ustalania kontaktów zakaźnych przy jednoczesnym ograniczeniu obciążeń dla pasażerów i przewoźników.

Państwa członkowskie mogą korzystać z unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID, jeżeli sytuacja epidemiologiczna jesienią i zimą spowoduje konieczność tymczasowego przywrócenia przez państwa ograniczeń podróży. Rozporządzenie w sprawie unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID, które zostało przedłużone do czerwca⁴²2023 r., stanowi ramy niezbędne do zarządzania wpływem ograniczeń na swobodny przepływ i ułatwiania podróży. Zapewnia on obywatelom możliwość korzystania z interoperacyjnych i wzajemnie akceptowanych zaświadczeń o szczepieniu, testach i powrocie do zdrowia w związku z COVID-19. Co do zasady posiadacze ważnych unijnych cyfrowych zaświadczeń COVID nie powinni podlegać żadnym dodatkowym ograniczeniom podczas podróży po UE.

Unijne cyfrowe zaświadczenie COVID było dużym sukcesem w dostarczaniu społeczeństwu narzędzia, które jest akceptowane i zaufane w całej UE (i w kilku państwach trzecich) oraz w unikaniu fragmentacji wielu systemów krajowych. Od dnia 1 sierpnia 2022 r. 75 państw i terytoriów z 5 kontynentów jest połączonych z systemem unijnych certyfikatów cyfrowych (30 państw członkowskich UE/EOG oraz 45 państw i terytoriów spoza UE), a kilka innych państw wyraziło zainteresowanie przystąpieniem do portalu lub jest już zaangażowanych w dyskusje techniczne z Komisją. Dzięki temu unijne cyfrowe zaświadczenie COVID jest ogólnosięciowym standardem.

Unijny system cyfrowych zaświadczeń COVID jest wystarczająco elastyczny, aby dostosować się do zmian w reakcji na COVID-19. Ewentualne dostosowania okresu ważności certyfikatów wydanych dla pierwszego wzmacniacza mogą stać się konieczne w świetle dalszych dowodów naukowych i rozwoju pandemii.

40 Komunikat Komisji w sprawie wdrożenia zielonych korytarzy zgodnie z wytycznymi w sprawie środków zarządzania granicami w celu ochrony zdrowia i zapewnienia dostępności towarów i podstawowych usług 2020/C 96 I/01 (C(2020) 1897)

41 Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Plan awaryjny dla transportu” (COM(2022) 211)

42 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/1034 z dnia 29 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie (UE) 2021/953 w sprawie ram wydawania, weryfikacji i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (UE cyfrowe zaświadczenie COVID-19) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz.U. L 173 z 30.6.2022, s. 37).

Jeżeli miałyby zostać ponownie wprowadzone unijne cyfrowe zaświadczenie COVID, ważne jest zapewnienie, aby każdy mógł uzyskać ważne unijne cyfrowe zaświadczenie COVID. Oznacza to, że państwa członkowskie powinny nadal zapewniać dostępność i łatwy dostęp do wystarczających możliwości przeprowadzania testów i szczepień. Państwa członkowskie powinny również poinformować obywateli, którzy przeszli zakażenie SARS-CoV-2, o ich prawie do otrzymania zaświadczenia o powrocie do zdrowia, jeżeli wykonali test PCR lub antygenu.

Ponadto państwa członkowskie powinny dołożyć wszelkich starań, aby pasażerowie byli dobrze poinformowani o możliwych ograniczeniach podróży, z którymi mogą się zmierzyć wjeżdżając do innego państwa członkowskiego UE/EOG. Platforma internetowa ponownie otwarta UE⁴³ pozostaje kluczowym punktem odniesienia dla osób podróżujących w UE. Komisja ponownie podkreśla znaczenie terminowych aktualizacji⁴⁴ przez państwa członkowskie ewentualnych ograniczeń w podróżowaniu, środków w zakresie zdrowia publicznego i bezpieczeństwa, tak aby obywatele europejscy mogli w dalszym ciągu polegać na platformie, aby z ufnością planować podróże.

Procedura hamowania awaryjnego uzgodniona w zaleceniu Rady 2022/107⁴⁵ nadal zapewnia skoordynowane podejście między państwami członkowskimi w odpowiedzi na pojawienie się potencjalnych nowych wariantów budzących obawy.

Obecna kategoryzacja krajów oznaczonych kolorami ECDC została przerwana w świetle zmieniających się podejść i malejących tendencji w zakresie wielkości badań w państwach członkowskich, co z kolei nie pozwoliło ECDC na sporządzenie odpowiedniego obrazu sytuacji epidemiologicznej.

Ponadto w kontekście podróży z państw trzecich w czerwcu 2020 r. Rada przyjęła skoordynowane podejście do podróży do obszaru UE+, które od tego czasu było trzykrotnie zmieniane⁴⁶. Komisja zamierza wkrótce zaproponować przegląd zalecenia w celu uwzględnienia zmienionej sytuacji epidemiologicznej i rozwoju praktyk w państwach członkowskich, w szczególności w odniesieniu do wykazu państw w załączniku 1 do zalecenia Rady (UE) 2020/912, które nie odzwierciedlają już obecnej sytuacji. Taki przegląd, który będzie konsultowany z państwami członkowskimi, ma na celu zapewnienie wspólnych ram na najbliższe miesiące, zapewniając skoordynowane podejście.

5. WYMIAR GLOBALNY

Aby kontrolować i zakończyć pandemię, niezbędne są ogólnoświatowe wysiłki i wsparcie na rzecz walki z COVID-19 na całym świecie. Dlatego od początku kryzysu związanego z COVID-19 UE, jako Drużyna Europy, odegrała⁴⁷ kluczową rolę w wielostronnej reakcji na szybki rozwój, zwiększenie skali i sprawiedliwą dystrybucję **szczepionek przeciwko COVID-19 na całym świecie**. UE pozostaje największym dawcą szczepionek przeciwko COVID-19 na świecie, biorąc pod uwagę dawki dzielone przez państwa członkowskie za pośrednictwem COVAX (Globalny dostęp do szczepionek COVID-19) i jako darowizny dwustronne. W sumie Drużyna Europa podzieliła się obecnie prawie 482 mln dawek z krajami w potrzebie i nadal zobowiązała się do dawstwa i wywozu w nadchodzących miesiącach, w przypadku wzrostu zainteresowania oryginalnymi preparatami i dostosowanymi szczepionkami. Mimo że światowa podaż szczepionek

43 <https://reopen.europa.eu/>.

44 W celu zapewnienia, aby platforma internetowa Re-Open UE dostarczała aktualnych informacji, państwa członkowskie powinny informować Komisję o ewentualnych aktualizacjach przed wprowadzeniem ewentualnych ograniczeń i środków.

45 Zalecenie Rady (UE) 2022/107 z dnia 25 stycznia 2022 r. w sprawie skoordynowanego podejścia do ułatwienia bezpiecznego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 i zastępujące zalecenie (UE) 2020/1475 (Dz.U. L 18 z 27.1.2022, s. 110)

46 Zalecenie Rady (UE) 2020/912 z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie tymczasowego ograniczenia innych niż niezbędne podróży do UE i ewentualnego zniesienia takiego ograniczenia (Dz.U. L 208I 1.7.2020, s. 1).

47 <https://europa.eu/capacity4dev/wbt-team-europe>.

przeciwko COVID-19 ustabilizowała się, wiele krajów, zwłaszcza w Afryce, nadal jest dalekich od osiągnięcia wystarczającego wskaźnika szczepień. Brak szczepień pierwotnych stwarza również ryzyko pominięcia korzyści płynących z dopalaczy, w tym wzmocniaczy z dostosowanymi szczepionkami.

Obecna sytuacja charakteryzuje się większą podażą szczepionek w stosunku do popytu: ogólnowiatowej dostępności szczepionek nie towarzyszył odpowiedni wzrost wykorzystania szczepionek w niektórych krajach. Wyzwanie wyraźnie przesunęło się na „uzyskanie strzałów w ramiona” lub podanie otrzymanych szczepionek. Dlatego na przykład UE przedstawiła pakiet wsparcia szczepień dla swoich afrykańskich partnerów, który obejmuje dostawy, materiały pomocnicze i wsparcie w zakresie dostaw. UE ogłosiła dodatkowe wsparcie w wysokości 375 mln EUR dla krajów o najniższych wskaźnikach szczepień za pośrednictwem mechanizmu wsparcia realizacji COVID-19 w ramach instrumentu COVAX⁴⁸. Finansowanie to wspiera rządy krajowe w zakresie świadczenia usług, pracowników służby zdrowia, generowania popytu, kampanii szczepień, systemów łańcucha dostaw, łańcucha chłodniczego i szybkiego potencjału UKC zgodnie z podejściem opartym na potrzebach danego kraju. Finansowanie wspiera również kraje w celu utrzymania sprawiedliwego dostępu, dotarcia do zmarginalizowanych populacji, zintegrowanych szczepień przeciwko COVID-19 i rutynowych szczepień oraz wzmocnienia systemów szczepień.

Należy dalej rozwijać zdolności lokalnych systemów opieki zdrowotnej, aby zapewnić szczepienia społeczności; należy również wzmocnić rozwój i produkcję szczepionek na szczeblu lokalnym. Komisja wspiera wzmocnienie krajowych systemów opieki zdrowotnej w Afryce, na przykład poprzez zaangażowanie na szczeblu regionalnym na rzecz poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez podejście „Jedno zdrowie”, cyfryzację systemów opieki zdrowotnej oraz wspieranie publicznych instytutów zdrowia.

UE będzie również kontynuować prace w ramach inicjatywy Drużyna Europy dotyczącej produkcji szczepionek, leków i technologii medycznych w Afryce oraz dostępu do nich (MAV+)⁴⁹. Inicjatywa ta rozpoczęła się w 2021 r. i przyczynia się do zwiększenia lokalnych i regionalnych zdolności produkcyjnych, dywersyfikacji afrykańskich łańcuchów dostaw farmaceutycznych oraz rozwiązania problemu wąskich gardeł w międzynarodowym łańcuchu dostaw. Team Europe zmobilizował dotychczas ponad 900 mln EUR na wsparcie budowania zdolności w Republice Południowej Afryki, Senegal, Rwandzie i Ghanie oraz na szczeblu regionalnym na wzmocnienie przepisów, a także na rzecz Afrykańskiej Agencji Leków (AMA), Agencji Rozwoju Unii Afrykańskiej (AUDA-NEPAD) oraz partnerstwa na rzecz afrykańskiej produkcji szczepionek. W ramach spotkań towarzyskich UE zacieśnia współpracę między afrykańskimi i europejskimi przedsiębiorstwami w zakresie łańcuchów wartości w przemyśle farmaceutycznym i technologii medycznych. UE uruchomiła również nową inicjatywę dotyczącą lokalnej produkcji szczepionek i leków w celu wsparcia wysiłków w Ameryce Łacińskiej i na Karaibach.

UE zadeklarowała również 150 mln EUR na mechanizm reagowania na COVID-19 Globalnego Funduszu (C19RM)⁵⁰ na zapewnienie dostępu do medycznych środków przeciwdziałania w krajach partnerskich (w tym diagnostyki, testów, tlenu i środków ochrony indywidualnej).

Ponadto UE aktywnie przyczynia się, wraz ze Stanami Zjednoczonymi i innymi partnerami globalnymi, do pomyślnej realizacji globalnego **planu działania** na rzecz walki z pandemią. Celem jest pomoc w koordynowaniu działań i mobilizowaniu zasobów w sześciu obszarach priorytetowych w związku z globalną reakcją na COVID-19. Pandemia COVID-19 nauczyła nas, że tylko jednolita i wielostronna reakcja może skutecznie poradzić sobie z globalną pandemią.

48 A także 100 mln EUR wsparcia z budżetu humanitarnego na wdrożenie szczepionek, które są wdrażane od 2021 r.

49 Uruchomiono pierwsze pakiety wsparcia dla Senegalu, Rwandy, RPA i Ghany.

50 <https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/response-mechanism/#:~:text=The%20COVID%2D19%20Response%20Mechanism,formalny%20i%20społeczności%20health%20systems>.

Walka z dezinformacją i dezinformacją przeciwko szczepieniom powinna być stale zwalczana na całym świecie. Walka z manipulacją i ingerencją w informacje zagraniczne wymaga konkretnej reakcji. Europejska Służba Działań Zewnętrznych (ESDZ), w ścisłej współpracy z Komisją i państwami członkowskimi, opracowuje unijny zestaw narzędzi do zwalczania manipulacji i ingerencji w informacje zagraniczne (**FiMI Toolbox**).

Ponadto UE uważa, że niezwykle ważne jest wykorzystanie doświadczeń zdobytych w związku z pandemią COVID-19 i wzmocnienie globalnej struktury zdrowia, przy czym w centrum uwagi znajduje się wzmocniona WHO. UE jest zdecydowana być siłą napędową negocjacji w sprawie nowego, prawnie wiążącego **międzynarodowego porozumienia w sprawie zapobiegania pandemii, gotowości i reagowania oraz ukierunkowanych zmian mających na celu wzmocnienie międzynarodowych przepisów zdrowotnych z 2005 r.** Te uzupełniające się procesy są dla UE priorytetem i stanowią historyczną okazję do znalezienia wielostronnych rozwiązań wspólnych wyzwań, opartych na zasadach solidarności zbiorowej, sprawiedliwości, sprawiedliwości, inkluzywności i większej przejrzystości. Ponadto nowy **Fundusz Pośrednika Finansowego (FIF) na rzecz zapobiegania pandemii, gotowości i reagowania**,⁵¹ na który Drużyna Europa zobowiązała się już co najmniej 588 mln⁵² EUR, zapewni środki finansowe na wspieranie zapobiegania pandemiom, gotowości i reagowania, w tym wdrażania zmienionych międzynarodowych przepisów zdrowotnych i nowego międzynarodowego porozumienia w sprawie zapobiegania pandemii, gotowości i reagowania na nią.

COVID-19 pokazał, że międzynarodowy aspekt polityki zdrowotnej UE stał się ważniejszy niż kiedykolwiek. Wyciągamy wnioski z tych doświadczeń i podejmujemy skoordynowane kroki w celu ochrony i promowania zdrowia na całym świecie oraz wzmocnienia wiodącej pozycji UE w dziedzinie zdrowia na świecie i jej wkładu. Przyszła **globalna strategia UE w dziedzinie zdrowia** zapewni ramy polityczne z priorytetami, zarządzaniem i narzędziami, dzięki czemu UE będzie mogła przemawiać jednym wpływowym głosem i jak najlepiej wykorzystać zdolność Drużyny Europy do ochrony i promowania zdrowia na całym świecie.

6. WNIOSKI

Chociaż ewolucja pandemii jest nieprzewidywalna, UE musi przygotować się – po raz trzeci z rzędu – na wymagającą jesień i zimę. Ale przyszłość pandemii zależy nie tylko od nowych wariantów, które mogą pojawić się i prześcignąć starsze szczepy. Jest to również bardzo zdeterminowane przez ludzkie zachowanie i ile odporności można zbudować w populacji. Minimalizacja liczby nowych przypadków zmniejsza również szanse pojawienia się nowych wariantów. Są to czynniki, na które mogą mieć wpływ, a systemy opieki zdrowotnej i społeczeństwo państw członkowskich muszą nadal dostosowywać swoją wspólną reakcję na ten wirus, dopóki zagrożenie COVID-19 nie będzie już ostre.

Jak widzieliśmy w szczytowym okresie pandemii COVID-19, współpraca jest niezbędna. Teraz, gdy osiągnięto porozumienie polityczne w sprawie nowego rozporządzenia UE w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia, które jest ostatecznym elementem legislacyjnym pakietu dotyczącego Europejskiej Unii Zdrowotnej,⁵³ Unia wkrótce będzie dysponować nowym zestawem narzędzi, które pozwolą zakończyć przegląd unijnych ram bezpieczeństwa zdrowotnego i wzmocnić niezbędną infrastrukturę i procesy wdrażania środków gotowości i reagowania na COVID-19.

Pandemia bardzo wyraźnie przypominała nam o znaczeniu współpracy. Dzięki współpracy możemy

51 <https://unfoundation.org/blog/post/inside-the-new-fund-to-bolster-global-pandemic-prevention-preparedness-and-response/#:~:text=This%20new%20fund%2C%20which%20is,before%20the%20next%20pandemic%20occurs.>

52 Więcej państw członkowskich UE rozważa wkład lub przygotowuje swoje zobowiązanie.

53 https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_en.

dokonać rzeczywistych zmian i wzmocnić zdolność UE do zapobiegania kryzysom zdrowotnym, przygotowania się na nie i reagowania na nie – zarówno w nadchodzących miesiącach, jak i w przyszłości. Jesteśmy silniejsi, bardziej odporni i skuteczniejsi, gdy wspólnie pracujemy nad trwałym zarządzaniem pandemią.