



GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

PR.72.1.2023

Warszawa, dnia 20 kwietnia 2023 r.

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

działając na podstawie art. 46 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), mając na uwadze aktualną sytuację epidemiologiczną, związaną z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, wnoszę o odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego, ogłoszonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 1028).

Uzasadnienie

11 marca 2023 r. minęły trzy lata od momentu, kiedy WHO po raz pierwszy stwierdziła, że wybuch epidemii COVID-19 może być określony mianem pandemii. W okresie od 14 do 20 marca 2020 obowiązywał w Polsce stan zagrożenia epidemicznego. Od 20 marca 2020 roku do 15 maja 2022 roku, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązywał w Polsce stan epidemii. Natomiast od 16 maja 2022 roku do teraz obowiązuje ponownie stan zagrożenia epidemicznego.

Zgodnie z danymi z dnia 16 kwietnia 2023 r., obejmującymi okres od 9 do 16 kwietnia 2023 r., średnia dzienna liczba zakażeń SARS-CoV-2 na 100 tysięcy mieszkańców dla całego kraju wynosiła 1,7. W porównaniu z tygodniem poprzedzającym zaobserwowano spadek liczby zakażeń dla kraju, który wyniósł średnio - 25%. Największy spadek zachorowań wystąpił



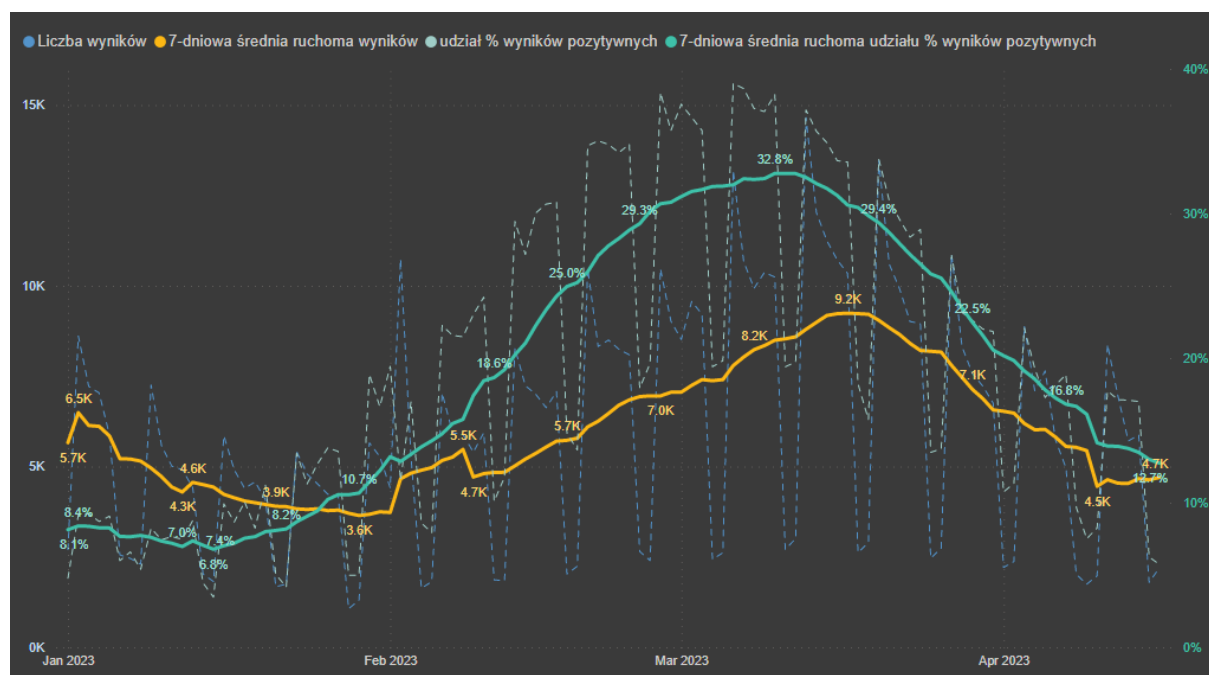
w województwie łódzkim i kujawsko-pomorskim (-36%), a najmniejszy w województwie podkarpackim (-8%). Jedynie w województwie lubuskim wystąpił wzrost liczby zachorowań na poziomie 15 %.

Ryc. 1 Przegląd sytuacji epidemiologicznej wg. województw (porównanie danych z tygodnia od 9 do 16 kwietnia 2023 r. z tygodniem od 2 do 9 kwietnia 2023 r.) – dane EWP.

Województwo	Liczba zakażonych	Wzrost zakażeń (tydzień do tygodnia)	Średnia dzienna liczba zakażeń na 100 tysięcy mieszkańców	Odsetek pozytywnych testów	Średnia dzienna liczba testów na 100 tysięcy mieszkańców	Średnia dzienna liczba zgonów na 100 tysięcy mieszkańców	Dynamika liczby zgonów (tydzień do tygodnia)
podlaskie	249	-22%	3,0	25%	12,98	0,00	-100%
zachodniopomorskie	345	-20%	2,9	20%	15,35	0,02	-60%
lubelskie	393	-29%	2,7	14%	20,76	0,02	-25%
warmińsko-mazurskie	235	-14%	2,4	17%	15,49	0,01	-67%
lubuskie	160	13%	2,3	23%	10,05	0,03	-33%
mazowieckie	788	-32%	2,1	15%	14,72	0,04	89%
świętokrzyskie	157	-31%	1,8	21%	9,84	0,03	-40%
podkarpackie	240	-8%	1,6	14%	12,68	0,01	-60%
opolskie	104	-24%	1,5	10%	17,62	0,01	0%
łódzkie	244	-36%	1,4	16%	9,28	0,01	-75%
małopolskie	333	-22%	1,4	18%	7,92	0,02	0%
dolnośląskie	277	-19%	1,4	20%	7,66	0,01	200%
kujawsko-pomorskie	196	-36%	1,4	13%	10,93	0,02	-40%
pomorskie	211	-33%	1,3	15%	10,39	0,03	150%
wielkopolskie	302	-29%	1,2	22%	5,99	0,03	-13%
śląskie	341	-24%	1,1	12%	9,92	0,02	-29%
Polska	4 659	-25%	1,7	15%	12,25	0,02	-5%

Analiza danych z okresu od 1 stycznia 2023 r. do 16 kwietnia 2023 r., wskazuje, że obecnie zmniejsza się zarówno liczba wykonanych testów, jak i średnia 7-dniowa odsetka pozytywnych testów, który wg stanu na 16 kwietnia 2023 r. wyniósł 12.7%. Liczba wyników dodatnich zaczęła wykazywać tendencję spadkową w połowie marca 2023 r. W tygodniu obejmującym okres od 9 kwietnia 2023 r. do 16 kwietnia 2023 r. wykonano 34 624 testów na obecność SARS-CoV-2, z czego 5 181 było pozytywnych (14, 96 %).

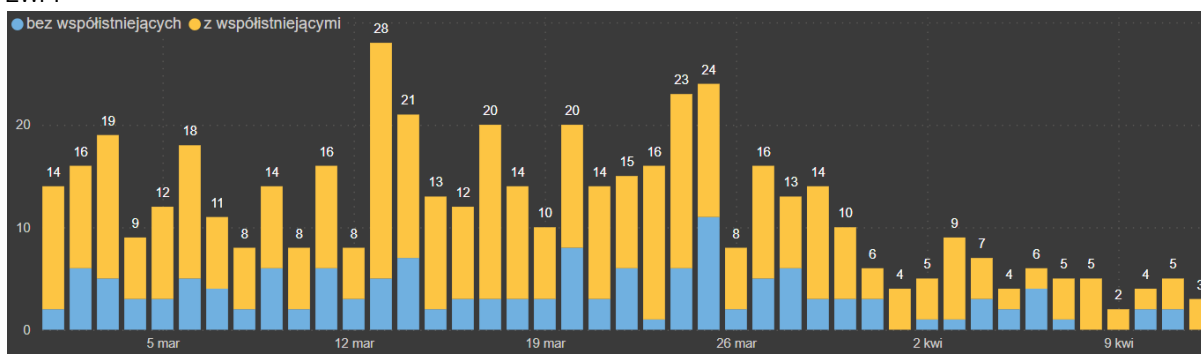
Ryc. 2 Liczba nowych wyników w systemie EWP wg daty wprowadzenia do systemu (dane za okres od 1 stycznia 2023 r. do 16 kwietnia 2023 r.)



W chwili obecnej dominującymi wariantami wirusa SARS-CoV-2, krążącymi w populacji w Polsce, są podwarianty Omicron, które zastąpiły wariant Delta. Pomimo zwiększonej transmisyjności wariantu Omicron, w porównaniu do wcześniej dominującego wariantu Delta, wariant obecnie krążący rzadziej powoduje zachorowania o ciężkim przebiegu. Również wskaźniki zgonów są poniżej poziomów obserwowanych we wcześniejszych falach pandemii wywołanych innymi wariantami wirusa (np. alfa, delta). Zgodnie z danymi z GISAIID z dnia 14 kwietnia 2023 r. udział wariantów Omicron BQ.1, wśród zakażeń wirusem SARS-CoV-2 r. w Polsce, wynosi ok. 4%, natomiast dominujący jest udział wariantów XBB, co stanowi ok. 72%.

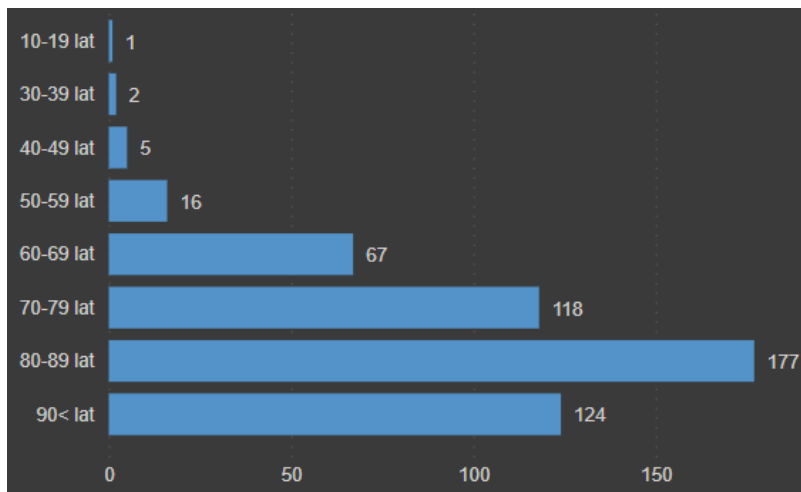
Od dnia 26 marca 2023 r. obserwuje się spadek liczby zgonów z powodu COVID-19 (zarówno u osób, u których wystąpiły choroby współistniejące, jak i u osób, u których ich nie stwierdzono). Liczba zgonów w ostatnim tygodniu wyniosła 71, w tym 51 zgonów z chorobami współistniejącymi.

Ryc. 3 Liczba zgonów z powodu COVID-19 wg daty zgonu (dane za okres od 1 marca 2023 r. do 16 kwietnia 2023 r.) – dane EWP.



Większość zgonów dotyczy osób w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia. Wiek powyżej 65 roku życia, obok występowania chorób współistniejących (takich jak m.in. cukrzyca, przewlekłe choroby nerek, choroby układu sercowego oraz oddechowego, stany immunosupresji), jest czynnikiem ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, a także zgonu.

Ryc. 4. Zgony – podział ze względu na kategorię wiekową (dane za okres od 1 marca 2023 r. do 16 kwietnia 2023 r.) – dane EWP.



W roku 2023 nie obserwuje się już tak znacznego, jak w początkowym okresie epidemii, obciążenia systemu opieki zdrowotnej z powodu masowych hospitalizacji pacjentów, u których stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Wynika to najprawdopodobniej z faktu, że znaczna część populacji nabyła już odporność w związku z wcześniejszymi zachorowaniami lub na skutek szczepień ochronnych – u tych osób przebieg choroby może być łagodniejszy. Na podstawie wyników IV tury Ogólnopolskiego Badania Seroepidemiologicznego COVID-19 OBSER-CO (od 14 marca do 26 kwietnia 2022 roku)¹ oszacowano, że 91,1% mieszkańców Polski w wieku 20 lat lub starszych posiadało przeciwciała anty-SARS-CoV-2 w okresie realizacji IV tury badania. Odsetek pozytywnych wyników badania przeciwciał zależy od stanu zaszczepienia przeciwko COVID-19: obecność przeciwciał (wynik pozytywny) stwierdzono u wszystkich osób, które deklarowały zaszczepienie przeciwko COVID-19 trzema dawkami i u 98,3% osób zaszczepionych dwoma dawkami. Jednocześnie wynik pozytywny stwierdzono u 69,4% osób, które deklarowały w wywiadzie, że nie zostały zaszczepione.

Podobne trendy w zakresie liczby zakażeń SARS-CoV-2 obserwowane są również w innych krajach europejskich. Pod koniec 14 tygodnia 2023 r. (tydzień kończący się 9 kwietnia 2023 r.) zaobserwowano ogólnie tendencje spadkowe lub stabilne w większości krajów UE/EOG. W krajach graniczących z Polską notuje się spadki zapadalności: Niemcy -35,8%, Czechy -32,8%, Słowacja -20,6% oraz Litwa -16,5%.

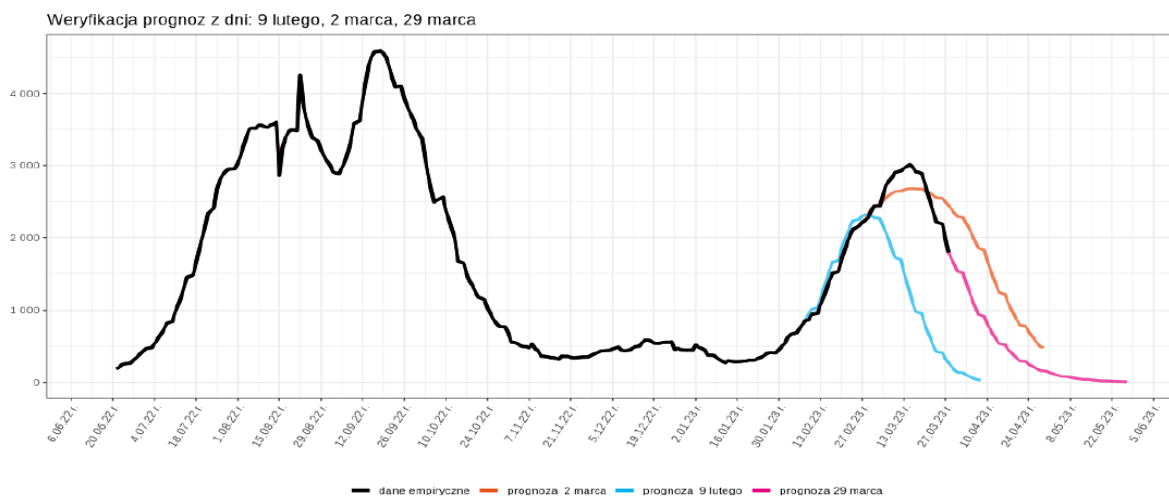
¹ Ogólnopolskie Badanie Seroepidemiologiczne COVID-19 OBSER-CO. Podsumowanie wyników IV tury badania. <https://www.pzh.gov.pl/projekty-i-programy/obserco/raporty/>. Dostęp 18.04.2023 r.

Ryc. 5. Zmiany 14-dniowej zapadalności (zakażenia na 100 tys.) między 13 a 14 tygodniem 2023 w Polsce i krajach ościennych oraz w krajach UE/EOG.

Lp	Kraj	Zapadalność 14-dniowa				Zmiana % zapadalności	
		11 tydz	12 tydz	13 tydz	14 tydz	11 tydz do 12 tyg	14 tydz do 13 tyg
1	Bułgaria	19,6	23,4	26,2	28,1	12,04%	7,3%
2	Estonia	50,8	53,5	54,9	58,1	2,51%	5,9%
3	Łotwa	18,3	21,8	22,3	22,8	2,18%	2,4%
4	Finlandia	28,3	36,9	47,2	48,1	28,17%	1,7%
5	Francja	121,0	148,4	164,7	165,0	10,99%	0,2%
6	Szwecja	16,7	18,4	19,7	19,8	7,41%	0,1%
7	Islandia	20,0	19,1	17,3	17,3	-9,75%	0,0%
8	Chorwacja	92,0	102,4	106,6	102,2	4,04%	-4,1%
9	Grecja	170,5	141,3	138,0	129,7	-2,38%	-6,0%
10	Norwegia	14,5	17,5	21,6	20,3	23,61%	-6,3%
11	Portugalia	32,6	34,5	31,0	28,6	-10,13%	-7,8%
12	Malta	55,1	48,8	45,1	40,3	-7,50%	-10,6%
13	Rumunia	69,0	77,9	75,4	65,2	-3,21%	-13,5%
14	Cypr	281,0	226,6	204,3	176,5	-9,85%	-13,6%
15	Litwa	111,1	106,9	90,7	75,8	-15,20%	-16,5%
16	Węgry	17,1	13,7	13,4	11,0	-1,79%	-18,2%
17	Słowacja	52,2	41,2	35,3	28,0	-14,48%	-20,6%
18	Włochy	156,4	151,2	145,0	112,7	-4,15%	-22,3%
19	Irlandia	31,8	40,7	48,1	36,0	18,42%	-25,2%
20	Hiszpania	24,0	21,7	22,8	17,1	4,92%	-25,2%
21	Belgia	143,8	126,8	104,5	73,7	-17,63%	-29,5%
22	Czechy	113,6	98,2	76,1	51,1	-22,54%	-32,8%
23	Austria	670,9	538,1	382,1	245,7	-28,99%	-35,7%
24	Niemcy	100,2	83,9	66,0	42,3	-21,39%	-35,8%
25	Polska	108,0	94,3	65,2	41,2	-30,81%	-36,9%
26	Słowenia	270,3	278,5	257,5	159,3	-7,53%	-38,2%
27	Holandia	37,2	26,0	16,5	9,0	-36,45%	-45,4%
28	Luksemburg	560,0	522,6	400,7	205,3	-23,33%	-48,8%
29	Liechtenstein	22,9	12,7	5,1	2,5	-60,06%	-50,0%

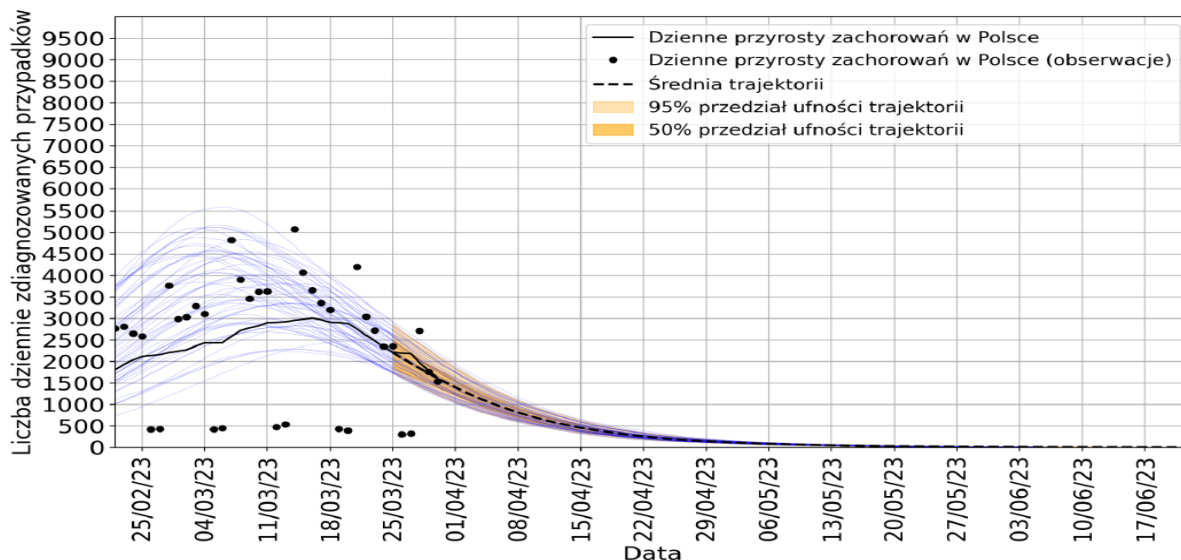
Należy zauważyć, że zgodnie ze studium prezentowanym przez Wydział Prognoz i Modelowania Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia na spotkaniu zespołu ds. monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii w dniu 31 marca 2023 r. prognozowana jest kontynuacja trendu spadkowego liczby zakażeń w Polsce.

Ryc. 6 Prognoza dalszego przebiegu epidemii SARS-CoV-2 (średnia 7-dniowa) – dane DAiS



Trend spadkowy przewidywany jest również zgodnie z bieżącymi predykcjami według modelu mikrosymulacyjnego grupy MOCOS (MOdelling COronavirus Spread), przedstawionego na tym samym spotkaniu. Przy czym zaprezentowany model ma zaktualizowane parametry w zakresie spadku odporności zgodnie z przebiegiem fali zimowej COVID-19 oraz ze stanem wiedzy o wariancie kraken (XBB. 1.5).

Ryc. 7 Symulacja rozwoju epidemii w Polsce po 25.03.2023 – dane MOCOS



Biorąc pod uwagę powyższe, a także trwające stopniowe wygaszanie ograniczeń, zakazów i nakazów związanych ze stanem zagrożenia epidemicznego, w tym m.in. zniesienie stosowania interwencji przeciwepidemicznych w postaci kwarantanny i izolacji, czy też zniesienie obowiązku zgłaszania ujemnych wyników testów, zasadne wydaje się rozważenie w kolejnym etapie działań również odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego.

Jednocześnie konieczne jest utrzymanie monitorowania wariantów wirusa SARS-CoV-2 krążących w populacji. Krajowy nadzór genomowy wirusa SARS-CoV-2 i jego wariantów powstał w okresie narastania 3 fali pandemii. Obejmuje on wykonywanie sekwencjonowania w 7 laboratoriach w Wojewódzkich Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych (w Gorzowie Wielkopolskim, Katowicach, Łodzi, Olsztynie, Rzeszowie, Warszawie i Gdańsku). W przypadku odwołania stanu zagrożenia epidemiologicznego nadzór genomowy wirusa SARS-CoV-2 powinien być utrzymany w celu podejmowania skutecznego śledzenia rozprzestrzeniania się wariantów SARS-CoV-2, w tym wariantów alertowych.

W przypadku odwołania stanu zagrożenia epidemicznego, niezbędne jest również prowadzenie działań promocyjnych i popularyzacyjnych w zakresie szczepień przeciwko COVID-19, jako najskuteczniejszej metody zapobiegania zachorowaniom. Dalsze działania powinny być nakierowane na utrzymanie jak najwyższego odsetka osób w pełni zaszczepionych.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że zasady nadzoru nad COVID-19 podlegają ewolucji, zależnie od zmian sytuacji epidemiologicznej. Docelowo nadzór nad COVID-19 powinien stać

się elementem szerszego nadzoru nad ostrymi infekcjami układu oddechowego, które obejmą przede wszystkim: COVID-19, grypę typu A i B oraz RSV. Ww. choroby charakteryzuje zbliżony obraz kliniczny, a ze względu na masowe występowanie i związane z tym wysokie obciążenie administracyjne powodowane przez zgłaszania indywidualne, mogłyby one (podobnie jak grypa) podlegać w przyszłości zgłoszeniu z placówek POZ jedynie w formie zbiorczej, a indywidualnie np. jedynie od osób z powodu ww. chorób hospitalizowanych. System zgłaszania zbiorczego może być dodatkowo uzupełniony o system nadzoru laboratoryjnego typu SENTINEL, pozwalający ustalić przybliżony, bieżący rozkład procentowy i zmiany trendu aktywności poszczególnych wirusów.

W związku z powyższym wydaje się, że proponowane zmiany dotyczące odwołania stanu zagrożenia epidemicznego są adekwatne do obecnej sytuacji epidemiologicznej, w szczególności biorąc pod uwagę spadek liczby diagnozowanych zakażeń SARS-CoV-2, a także spadek liczby zgonów i hospitalizacji obserwowany w ostatnim czasie.

Z poważaniem

Główny Inspektor Sanitarny

wz. Krzysztof Saczka

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

/dokument podpisany elektronicznie/