



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**



HEALTHCARE POLICY ROUNDTABLE

PROFILAKTYKA SKOJARZONA JAKO ODPOWIEDŹ NA WSPÓŁCZESNE WYZWANIA ZWIĄZANE Z HIV/AIDS W POLSCE

Raport z konferencji Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, która odbyła się 23 czerwca 2025 r. w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie w trybie hybrydowym



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**

HEALTHCARE POLICY ROUNDTABLE

**PROFILAKTYKA SKOJARZONA
JAKO ODPOWIEDŹ NA WSPÓŁCZESNE
WYZWANIA ZWIĄZANE Z HIV/AIDS
W POLSCE**

Raport z konferencji Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, która odbyła się 23 czerwca 2025 r. w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie w trybie hybrydowym

Raport z konferencji naukowej pt. Healthcare Policy Roundtable. „Profilaktyka skojarzona jako odpowiedź na współczesne wyzwania związane z HIV/AIDS w Polsce”. Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. Warszawa. Czerwiec 2025

Redakcja naukowa: dr Jakub Gierczyński, MBA

ISBN: 978-83-976234-2-2

Uczestnicy w kolejności alfabetycznej:

1. Anna Aryabinska, Help Now Poland
2. dr Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, Fundacja Edukacji Społecznej
3. dr Anna Baumann-Popczyk, dyrektorka Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego
4. dr hab. n. med. Monika Bociąga-Jasik, prof. UJ, prezeska Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS
5. dr Barbara Daniluk-Kula, zastępczyni dyrektora Krajowego Centrum ds. AIDS
6. Rostysław Dzundza, Stowarzyszenie Pozytywni Ukraińcy i Ukrainki w Niemczech
7. prof. Andrzej Fal, prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego
8. dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia, Rada Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, European Health Network
9. Jakub Gołąb, prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych
10. dra Anita Kucharska-Dziedzic, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, posłanka na Sejm RP
11. dr Marta Niedźwiedzka-Stadnik, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
12. prof. Miłosz Parczewski, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM w Szczecinie, prezes EACS, konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych
13. dr Bartosz Szetela, specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych z Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
14. red. Karolina Wasielewska, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
15. dr Bernard Waśko, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie
16. Iwona Wawer, Krajowe Centrum ds. AIDS

Organizatorem konferencji był Instytut Rozwoju Spraw Społecznych.

Cytacja: Raport z konferencji naukowej pt. Healthcare Policy Roundtable. „Profilaktyka skojarzona jako odpowiedź na współczesne wyzwania związane z HIV/AIDS w Polsce”. Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. Warszawa. Czerwiec 2025

SPIS TREŚCI

1. Jakub Gołąb, prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych.....	6
2. Dr Bernard Waśko, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie	8
3. Prof. Miłosz Parczewski, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM w Szczecinie, prezes EACS, konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych	10
4. Dr Magdalena Ankiersztein-Bartczak, Fundacja Edukacji Społecznej	14
5. Dr Barbara Daniluk-Kula, zastępczyni Dyrektora Krajowego Centrum ds. Aids	19
6. Prof. Andrzej Fal, prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego	22
7. Dr Hab. N. Med. Monika Bociągga-Jasik, Prof. UJ, prezeska Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS ..	23
8. Dr Bartosz Szetela, specjalista w Dziedzinie Chorób Zakaźnych z Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu	25
9. Dra Anita Kucharska-Dziedzic, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, posłanka na Sejm RP	27
10. Rostysław Dzundza, Stowarzyszenie Pozytywni Ukraińcy i Ukrainki w Niemczech	29
11. Anna Baumann-Popczyk, dyrektorka Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego	30
12. Dr Marta Niedźwiedzka-Stadnik, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – PiB w Warszawie	32
13. Dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert Systemu Ochrony Zdrowia, European Health Network	35
14. Podsumowanie	37
15. Wnioski	39
16. Rekomendacje	39
17. Bibliografia	40

1

JAKUB GOŁĄB**PREZES INSTYTUTU ROZWOJU
SPRAW SPOŁECZNYCH**

W imieniu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych mam przyjemność przedstawić Państwu raport z konferencji Healthcare Policy Roundtable. „Profilaktyka skojarzona jako odpowiedź na współczesne wyzwania związane z HIV/AIDS w Polsce”, którą mieliśmy zaszczyt organizować w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie.

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych (IRSS) od kilku lat organizuje cykliczne konferencje naukowe w ramach HEALTHCARE POLICY SUMMIT i HEALTHCARE POLICY ROUNDTABLE poświęcone różnym zagadnieniom. Naszym celem jest dyskusja w gronie wybitnych ekspertów medycznych, przedstawicieli instytucji publicznych i organizacji pacjentów, aby omówić wyzwania związane z diagnostyką i leczeniem wielu schorzeń, które stanowią poważne wyzwanie dla całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Dzisiaj będziemy dyskutować na temat tych związanych z HIV i AIDS w Polsce. Jest ich wiele. Wbrew pozorom te wyzwania wcale nie ustają. One wręcz narastają. Będziemy dyskutować właśnie o epidemiologii, która to pokaże, o diagnostycznych lukach, o wiedzy i postawach społecznych, co jest bardzo istotne, a także o zintegrowanej profilaktyce jako standardzie opieki, o filarach, których wdrożenie powinno stać się w Polsce powszechnym standardem. Będziemy



także mówić o nowej odsłonie Narodowego Programu Leczenia HIV/AIDS, przyszłości tego programu i celach, do których powinniśmy zmierzać, żeby odpowiednio zaadresować ten problem.

W obliczu rosnącej liczby nowych zakażeń wirusem HIV – zarówno w Polsce, jak i na świecie – potrzeba prowadzenia skutecznych działań profilaktycznych staje się bardzo pilna. Potrzebujemy konkretnych działań dla pacjentów i skoordynowanej współpracy.¹

Zmiany klimatyczne, katastrofy naturalne czy wojna powodują nieuniknione migracje ludzi, a to przekłada się również na kwestie zachorowalności.

W krajach Unii Europejskiej mamy ok. 3 mln osób żyjących z HIV, dużo więcej w Europie Wschodniej.

Testowanie domowe populacji kluczowych czy też nisko barierowych, nie tylko żyjących w dużych miastach, jest nam bardzo potrzebne.

Od maja 2025 r. test w kierunku HIV można wykonać w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej. Polska wciąż pozostaje krajem, w którym

1 „Polska potrzebuje edukacji, większego zainteresowania testami w kierunku HIV i szerszego dostępu do profilaktyki przedekspozycyjnej”. Zdrowie i styl życia. PAP. 30.06.2025 r. Dostępne: <https://pap-mediroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/polska-potrzebuje-edukacji-wiekszego-zainteresowanie-testami-w-kierunku-hiv-i>

około 20 proc. osób żyjących z HIV nie jest zdiagnozowanych. Mimo że leki antyretrowirusowe są dostępne za darmo dla wszystkich, diagnoza często bywa stawiana zbyt późno. Należy dodać, że osoby żyjące z HIV doświadczają wykluczenia, stygmatyzacji i strachu, co dodatkowo utrudnia im dostęp do odpowiedniej opieki. Większość pacjentów, którzy zostali zdiagnozowani, jest bardzo zainteresowana rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej, jednak liczba osób poddających się testom pozostaje nadal zbyt niska. Jednym z powodów jest fakt, że lekarze rzadko rekomendują badania, a prowadzone kampanie edukacyjne są zbyt mało widoczne, by skutecznie zmieniać sytuację.

Najskuteczniejszą stosowaną obecnie metodą zapobiegania zakażeniom HIV jest przedekspozycyjna profilaktyka zakażenia HIV (PrEP – ang. pre-exposure prophylaxis), która w Polsce jest dostępna na wciąż niezadowalającym poziomie. Informacje o PrEP można w Polsce znaleźć głównie w mediach czy na stronach internetowych adresowanych do osób LGBT+.²

Jak sobie poradzić z takimi wyzwaniami? Kiedy i w jakim czasie? Oto raport ze spotkania znakomitego grona specjalistów, przedstawicieli strony publicznej i niepublicznej, ekspertów w swoich dziedzinach. Mamy nadzieję, że stanie się on drogowskazem, który pomoże wyjść naprzeciw kwestiom związanym z HIV/AIDS w Polsce.

2 „HIV/AIDS – konieczna edukacja, testowanie i PrEP”. „Medycyna Praktyczna” 2.07.2025 r. Dostępne: https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/HIV-AIDS/show.html?id=383568&fbclid=IwY2xjawL5LGBleHRuA2FlbQlXMAbicml-kETA2bVdtSno5TmINellyazBJAR4-4tTmyC5e6ZJvY4pVYtIN2ttaAtP-sOMKN_768mbat5N6mOD2aKBog_o0aq_aem_92-PIL_8k4DhKik3XU3gag

2

DR BERNARD WAŚKO

**DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU
ZDROWIA PUBLICZNEGO – PAŃSTWOWEGO
ZAKŁADU HIGIENY – PAŃSTWOWEGO
INSTYTUTU BADAWCZEGO W WARSZAWIE**



PIB jest najstarszą instytucją zdrowia publicznego w Polsce. Został powołany do życia 21 listopada 1918 r., kilka dni po ogłoszeniu niepodległości Polski. Misją Instytutu na przełomie lat było kształtowanie zdrowia publicznego w Polsce, w szczególności w obszarze zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, monitorowania czynników ryzyka w żywności, wodzie i powietrzu oraz promocji zdrowia. Tak jest do dzisiaj. Realizowane w Instytucie zadania mają na celu wzmocnienie poczucia wspólnoty na podstawie wartości wpisanych w polską tradycję państwową i narodową. Poszukujemy rozwiązań, dzięki którym ludzie mogą żyć zdrowo, długo i aktywnie. Zapewniamy badaniom i rozwiązaniom wiarygodność naukową i umożliwiamy korzystanie z nich wszystkim, którzy troszczą się o zdrowie swoje i całego społeczeństwa. NIZP PZH – PIB zajmuje się monitorowaniem sytuacji zdrowotnej i oceną potrzeb zdrowotnych ludności w Polsce oraz monitorowaniem i oceną biologicznych, chemicznych i fizycznych czynników ryzyka dla zdrowia człowieka, w tym w aspekcie bezpieczeństwa żywności i wody. Zabezpieczamy ludność przed chorobami zakaźnymi i działamy w zakresie prewencji chorób przewlekłych. Prowadzimy działalność ekspercką na potrzeby instytucji państwowych, Komisji Europejskiej oraz podmiotów gospodarczych, w tym prowadzimy cykliczne analizy ekonomiczne i systemowe w ochronie zdrowia. Niedawno wydaliśmy kolejną edycję raportu pt. „Sytuacja zdrowotna ludności

Polski i jej uwarunkowania – 2025”. Tak jak w przypadku wcześniejszych raportów przedstawiony obraz stanu zdrowia ludności opiera się na dostępnych danych, pochodzących przede wszystkim z publicznych systemów informatycznych, w tym zasobów funkcjonujących w ramach Programu badań statystycznych statystyki publicznej.³

Zdrowie publiczne to fundament bezpieczeństwa narodowego. Jedyną drogą spowolnienia wzrostu kosztów związanych z leczeniem i następstwami chorób są inwestycje w zdrowie publiczne. Rachunek jest prosty – dziś wydane pieniądze na zdrowie publiczne zapobiegają wielokrotnie wyższym kosztom związanym z brakiem zdrowia w przyszłości. I właśnie w zdrowiu publicznym takie wyzwania to nie tylko choroby, zwłaszcza choroby cywilizacyjne, których profilaktyce poświęcamy jak najwięcej uwagi i które są na agendzie polityki państwa ze względu na epidemiologię, ponieważ to są milionowe liczby, jeśli chodzi o polską populację w odniesieniu do chorób układu krążenia czy setki tysięcy, jeśli chodzi o nowotwory. Choroby infekcyjne wracają w swojej nowej odsłonie w różnych odmianach. Mamy tego dowody w przypadku krztuśca, gruźlicy. Nawet błonica przypomniła niedawno o swoim istnieniu.

³ Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”. NIZP-PZH, 2025. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/>

W zdrowiu publicznym wyzwaniem są nie tylko te choroby, zwłaszcza choroby cywilizacyjne, o których profilaktyce mówimy dużo. Wyzwaniem jest także to, co się dzieje na świecie klimat, katastrofy czy wojna. Te zmiany przyczyniają się do dużych migracji ludzi, migracje zaś wpływają na zachowanie różnych chorób. Na takie wyzwania musimy znaleźć odpowiedzi.

Jeśli chodzi o AIDS, ta choroba wydaje się już dosyć znana i dobrze opanowana, przynajmniej pod względem farmakoterapii. Ciągłe jeszcze nie ma szczepionki, ale pewnie to kwestia czasu. Nowe wyzwanie, związane z szerzeniem się tej

choroby, ma związek z dużymi migracjami ludzi, które z kolei wpływają na zachowanie się różnych chorób wektorowych. Szybkie rozpoznanie i leczenie są ważnymi elementami prewencji zakażeń HIV i STI. Myślę, że dobrze jest na takie wyzwania znaleźć nową odpowiedź i przygotować się jako kraj.

Albert Einstein powiedział, że trudno oczekiwać innych rezultatów, robiąc ciągle to samo w ten sam sposób. Jak działać inaczej i optymalizować opiekę nad pacjentami zakażonych HIV w Polsce? O tym w raporcie.

3

**PROFILAKTYKA SKOJARZONA STI/HIV:
STANDARD CZY WYZWANIE W PRAKTYCE?****PROF. MIŁOSZ PARCZEWSKI****KONSULTANT KRAJOWY DS. CHOROŃ
ZAKAŹNYCH**

Oskar Wild powiedział kiedyś: „Wszystko na świecie kręci się wokół seksu, z wyjątkiem seksu. Seks to kwestia władzy”.

Zakażenie HIV to infekcja ludzkim wirusem niedoboru odporności (ang. human immunodeficiency virus), który atakuje układ odpornościowy, prowadząc do zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS), jeśli nie jest leczona. Profilaktyka zakażenia HIV opiera się na wczesnym wykrywaniu. Daje ono możliwość szybkiego leczenia, leczenie zaś sprawia, że osoba żyjąca z HIV przestaje być zakaźna. Wykazało to badanie PARTNER2, które stwierdziło, że ryzyko transmisji HIV u par homoseksualnych poprzez seks bez prezerwatywy, gdy wirus HIV jest obniżony, jest praktycznie zerowe. To potwierdza przesłanie kampanii U=U (niewykrywalny oznacza niezakaźny) oraz korzyści płynące z wczesnego testowania i leczenia HIV.⁴

4 Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, Corbelli GM, Estrada V, Geretti AM, Beloukas A, Raben D, Coll P, Antinori A, Nwokolo N, Rieger A, Prins JM, Blaxhult A, Weber R, Van Eeden A, Brockmeyer NH, Clarke A, Del Romero Guerrero J, Raffi F, Bogner JR, Wandeler G, Gershtoft J, Gutiérrez F, Brinkman K, Kitchen M, Ostergaard L, Leon A, Ristola M, Jessen H, Stellbrink HJ, Phillips AN, Lundgren J; PARTNER Study Group. „Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study”. Lancet. 2019 Jun 15;393(10189):2428-2438. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0. Epub 2019 May 2. PMID: 31056293; PMCID: PMC6584382. Dostępne: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30418-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30418-0/fulltext)

Profilaktyka łączona chorób przenoszonych drogą płciową (STI) oraz HIV to strategia wykorzystująca wiele podejść w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową. Podejście to łączy różne interwencje, w tym zmiany behawioralne, interwencje biomedyczne i interwencje strukturalne. Podstawą profilaktyki HIV i STI jest wczesne wykrycie zakażenia (ang. treatment as preventions, TasP). Omówmy takie zagadnienia, jak profilaktyka HIV (interwencja lekowa), profilaktyka STI (interwencja lekowa – Doxy PEP) oraz immunizacja (HAV, HPV, Mpox).

Globalne cele na rok 2025 w zakresie przeciwdziałania AIDS są bardziej szczegółowe niż cele na rok 2020.⁵ Uznają one, że aby osiągnąć wysoki poziom zasięgu usług i wymagany wpływ, konieczne są czynniki społeczne, usługowe i systemowe, a jednocześnie podkreślają znaczenie integracji działań na rzecz walki z HIV w celu zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej i osiągnięcia Celów Zrównoważonego Rozwoju. Strategia UNAIDS 95-95-95 ma na celu ograniczenie liczby zakażeń HIV. Zakłada, że 95 proc. osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 95 proc. wszystkich zdiagnozowanych otrzyma leczenie antyretrowirusowe oraz 95 proc. będzie miało zapewnioną

5 2025 AIDS targets: the next generation of goals for the global AIDS response. Dostępne: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/july/20210721_2025-aids-targets

ciągłość opieki i utrzyma długotrwałą supresję wirusologiczną. Jednocześnie 95 proc. osób narażonych stosuje profilaktykę skojarzoną.⁶

Najnowsze szacunki wskazują, że w 2021 r. w szerszym regionie europejskim WHO żyło 2,3 mln osób z wirusem HIV. Szacuje się, że w UE/EOG żyje ok. 830 tys. osób z wirusem HIV.⁷ Europa Zachodnia to ok. 864 tys. osób żyjących z HIV (PLHIV), co stanowi 36 proc. ogółu zakażonych, Europa Centralna – 80 tys. (2 proc.) oraz Europa Wschodnia – 1 mln 220 tys. osób żyjących z HIV (PLHIV), co stanowi 62 proc. ogółu zakażonych.

Według HIV/AIDS Surveillance in Europe 2024–2023 data w 2023 r. zakażenie HIV wykryto u ok. 110 tys. osób w Europie, w tym Europie Zachodniej – ok. 27 tys. przypadków (wskaźnik 6,2/100 tys. mieszkańców), co stanowiło 24 proc. wykrytych zakażeń, w Europie Centralnej (w tym w Polsce) – ok. 8 tys. przypadków (4,2/100 tys.), co stanowiło 7 proc. wykrytych zakażeń oraz w Europie Wschodniej – ok. 78 tys. przypadków (30,6/100 tys.), co stanowiło 69 proc. wykrytych zakażeń.⁸

Dodatkowo w Polsce należy podkreślić syndemie HIV i chorób przenoszonych drogą płciową oraz fakt, że Polska pozostaje krajem, w którym mamy ok. 20 proc. osób niezdiagnozowanych żyjących z HIV.⁹

W Polsce nie ma dostępności refundacyjnej do bardzo dobrej profilaktyki przedsekspacyjnej. Profilaktyka przedsekspacyjna HIV (PrEP) polega na codziennym stosowaniu jednodawkowego skojarzenia dwóch preparatów przeciwwirusowych (tenofowir/emtrycytabina) celem zmniejszenia ryzyka zakażenia po kontakcie seksualnym. W zależności od rodzaju i czasu trwania ryzyka u mężczyzn można stosować również profilaktykę doustną w sposób doraźny. Przy prawidłowym stosowaniu skuteczność PrEP utrzymuje się na poziomie 90–95 proc., czyli ryzyko zakażenia

HIV jest bardzo niskie. Jest to profilaktyka odpowiednia zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn, stosowana z powodzeniem i refundowana w wielu krajach. Części zakażeń HIV można by uniknąć przez stosowanie PrEP, ale to wciąż temat mało znany zarówno w ochronie zdrowia, jak i wśród pacjentów. A może on przerwać sieć transmisji. Na świecie obecnie 8 mln osób dostaje PrEP.¹⁰

PrEP jest skuteczny przeciw HIV, ale w Polsce wciąż nie ma takiego programu, który byłby finansowany ze środków publicznych. Koszt leku (pełnopłatny) to ok. 160–200 zł/30 dni. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad stworzeniem założeń do refundowanego publicznie programu profilaktyki PrEP. Wstępny projekt programu zakłada objęcie opieką programu 10 tys. osób. Kod rozpoznania dotyczyłby styczności lub narażenia na HIV, a także inne choroby. Dostępność do programu nie wymagałaby skierowania. PrEP powinien być ciągły. Punktami docelowymi, które realizowałyby program, byłyby trzy rodzaje poradni: profilaktyczno-lecznicze HIV/AIDS, chorób zakaźnych i dermatologiczno-wenerologicznych. Wizyty byłyby realizowane w schemacie: po pierwszym miesiącu wizyta kontrolna i potem co 3 do 6 miesięcy. Proponowany schemat stosowania PrEP:

- ocena wskazań do profilaktyki według powyższych wytycznych,
- omówienie zasad PrEP, a także ryzyka zakażenia HIV, HBV, HCV i innych STI,
- zaszczepienie przeciw HBV (silne zalecenie), HAV (opcjonalnie), HPV (opcjonalnie),
- zwrócenie uwagi na adherencję (omówienie znaczenia i metod ułatwiających regularne przyjmowanie leku),
- wykluczenie zakażenia HIV (brak objawów świeżego zakażenia, brak istotnej ekspozycji w ciągu ostatniego miesiąca, ujemny wynik testu anty-HIV/p24 z ostatniego tygodnia – badanie powinno być anonimowe, chyba że lekarz może zidentyfikować pacjenta),
- diagnostyka i leczenie STI (kiła, rzeżączka, chłamydioza) (silne zalecenie) – serologia

6 2025 AIDS targets: the next generation of goals for the global AIDS response. Dostępne: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/july/20210721_2025-aids-targets

7 ECDC. Continuum of HIV care. Stockholm: ECDC; 2025. In press.

8 HIV/AIDS Surveillance in Europe 2024–2023 data.

9 ECDC. Continuum of HIV care. Stockholm: ECDC; 2023. Dostępne: www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/z-disease-list/hiv-infection-and-aids/prevention-and-control/monitoring-1

10 HIV/AIDS Surveillance in Europe 2024–2023 data. European Centre for Disease Prevention and Control. 2024. Dostępne: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2024-2023-data>

kiły, PCR Chlamydia trachomatis + Neisseria gonorrhoeae (wymazy z gardła, odbytu i cewki moczowej, zamiast wymazu z cewki moczowej można wykorzystać mocz),

- wykluczenie zakażenia HBV (osoba szczepiona – anty-HBs dodatni, osoba nieszczepiona – HBsAg ujemny),
- aktualne badania laboratoryjne: kreatynina/eGFR,
- podpisanie przez pacjenta świadomej zgody z podkreśleniem świadomości ryzyka zakażenia HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową mimo stosowania PrEP (przykładowy formularz dostępny na stronie),
- wypisanie recepty na jedno opakowanie TDF/FTC – kolejna wizyta za miesiąc.

Barierą dla PrEP jest brak wiedzy zarówno w grupie potencjalnych użytkowników, jak i pracowników ochrony zdrowia.¹¹

Najczęściej wykonywanym badaniem diagnozującym obecność wirusa w organizmie jest test przesiewowy wykrywający przeciwciała lub antygeny HIV (potocznie zwany testem ELISA/EIA lub Combo). Można go wykonać w każdym laboratorium, istnieją również testy do samostestowania, które można samodzielnie zrobić w domu. Test wykrywający HIV nie znajduje się w koszyku podstawowych badań POZ, jednak można go wykonać w sposób bezpłatny np. w punktach konsultacyjno-diagnostycznych i każdy pacjent może z niego skorzystać. Warto o tym pamiętać, np. przy rozpoczynaniu związku, przed rozpoczęciem współżycia bez zabezpieczenia czy po prostu w kontekście chęci zadbania o zdrowie seksualne. W przypadku pozytywnego wyniku należy udać się bezpośrednio do poradni leczenia HIV lub poradni chorób zakaźnych. Tam pacjent zostanie bezzwłocznie objęty opieką i w ciągu kilku dni otrzyma leki antyretrowirusowe (hamujące namnażanie HIV). Od 3–4 tygodni

do 3 miesięcy ich stosowania wirus HIV stanie się niewykrywalny, a do pół roku taka osoba będzie niezakaźna i zyska szansę na normalne życie.

Warto pamiętać, że mimo iż najwięcej przypadków HIV diagnozowanych jest u pacjentów w wieku 20–35 lat, to wirus nie omija również osób dojrzałych – 40, 50+. Nie jest to duża grupa, ale są to pacjenci diagnozowani późno lub bardzo późno, kiedy rozwinął się już głęboki niedobór odporności i AIDS. Większość zakażeń w Polsce odbywa się drogą seksualną – zarówno wśród osób heteroseksualnych, jak i homoseksualnych. Znacznie mniej zauważa się zakażeń poprzez dożylne stosowanie narkotyków, choć ta droga narażenia w kontekście wirusa HIV nadal ma duże znaczenie w wielu krajach świata. Sposób używania narkotyków jest obecnie inny, ponieważ służą one częściej poprawie satysfakcji seksualnej (chemsex), co również może wpływać na zwiększoną transmisję wirusa. Chemsex (lub PnP – party and play) to zjawisko polegające na aktywności seksualnej pod wpływem narkotyków, zwłaszcza wśród mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. Narkotyki, takie jak metamfetamina, mefedron, GHB/GBL czy ketamina, są używane w celu przedłużenia stosunku i zwiększenia doznań. Skala zjawiska jest poważna, a chemsex niesie ze sobą szereg zagrożeń, w tym uzależnienie, choroby przenoszone drogą płciową i pogorszenie zdrowia psychicznego.

W zakresie profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową (STI) zalecana jest poekspozycyjna profilaktyka doksycykliną. Jest to przyjęcie 200 mg doksycykliny w ciągu 72 godz. od ryzykownego kontaktu seksualnego w celu zmniejszenia ryzyka bakteryjnych infekcji przenoszonych drogą płciową. Łączna częstość występowania rzeżączki, chlamydii i kiły była o dwie trzecie niższa w przypadku profilaktyki poekspozycyjnej doksycykliną niż w przypadku standardowej opieki, co przemawia za jej stosowaniem wśród MSM z niedawnymi bakteryjnymi chorobami przenoszonymi drogą płciową.¹²

11 Gokengin D, Bursa D, Skrzat-Klapaczynska A, Alexiev I, Arsikj E, Balayan T, Begovac J, Cicic A, Dragovic G, Harxhi A, Aimla K, Lakatos B, Matulionyte R, Mulabdic V, Oprea C, Papadopoulos A, Rukhadze N, Sedlacek D, Sojak L, Tomazic J, Vassilenko A, Vasylyev M, Verhaz A, Yancheva N, Yurin O, Kowalska J; Euroguidelines in Central and Eastern Europe (ECE) Network Group. PrEP Scale-Up and PEP in Central and Eastern Europe: Changes in Time and the Challenges We Face with No Expected HIV Vaccine in the near Future. *Vaccines* (Basel). 2023 Jan 4;11(1):122. doi: 10.3390/vaccines11010122. PMID: 36679967; PMCID: PMC9867039.

12 Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, et al. Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. *N Engl J Med*. 2023;388(14):1296–1306. doi:10.1056/NEJMoa2211934

Należy podkreślić narastającą oporność na tetracyklinę.¹³

W zakresie profilaktyki skojarzonej, aby zoptymalizować wyniki kliniczne i wyniki w zakresie zdrowia publicznego w odniesieniu do HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową w okresie obserwacji, odpowiednie badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową powinny być zintegrowane ze strategiami opieki PrEP i oferowane użytkownikom zgodnie z aktualnymi wytycznymi. Opieka powinna integrować odpowiednią profilaktykę, badania przesiewowe i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową oraz opiekę następczą jako integralną część programów PrEP, ze szczególnym uwzględnieniem szczepień przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu A (HAV) i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV) oraz opcji szczepień przeciwko wirusowi HPV, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (MPOX), zgodnie ze wskazaniem, oraz innych istotnych szczepień i leczenia zarówno bezobjawowych, jak i objawowych chorób przenoszonych drogą płciową. PrEP powinna być częścią kompleksowej profilaktyki skojarzonej, obejmującej spersonalizowaną strategię szczepień (HAV, HPV, MPOX), a także badania przesiewowe, profilaktykę i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową. W 90 proc. krajów finansowane przez system szczepienia przeciwko wirusowi WZW typu A i HPV są dostępne dla użytkowników PrEP.¹⁴

W sierpniu 2020 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło „Globalną strategię eliminacji raka szyjki macicy”.¹⁵ Globalna strategia eliminacji raka szyjki macicy zakłada wizję świata, w którym rak szyjki macicy zostanie wyeliminowany jako problem zdrowia publicznego. Strategia definiuje następujące cele 90-70-90, które muszą zostać osiągnięte do 2030 r., aby kraje

znalazły się na drodze do wyeliminowania raka szyjki macicy:

- pełne zaszczepienie 90 proc. dziewcząt szczepionką przeciwko HPV do 15. roku życia,
- 70 proc. kobiet zostanie poddanych badaniom przesiewowym o wysokiej skuteczności do 35. roku życia i ponownie do 45. roku życia,
- 90 proc. kobiet, u których zdiagnozowano chorobę szyjki macicy, otrzyma leczenie (90 proc. kobiet ze stanem przedrakowym zostanie poddanych leczeniu, a 90 proc. kobiet z nowotworem inwazyjnym zostanie poddanych leczeniu).

Implementacja „Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem” może zapobiec więcej niż 62 mln zgonów w kontekście 100 lat.

Podsumowując, w zakresie HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową rekomendowane są następujące działania:

1. Dostęp do skojarzonej profilaktyki HIV i STI w szczególności bezpłatnych programów doustnej profilaktyki przedekspozycyjnej TDF/FTC o odwodnionej skuteczności przeciw HIV.
2. Zwiększenie wysiłków, aby zdiagnozować osoby niezdiagnozowane. Konieczny lepszy dostęp to testowania „bez barier”, samostawianie, testy do użytku domowego oraz testowanie w populacjach migrantów (z odpowiednim kulturowo wrażliwym przekazem) (udało się z testowaniem u lekarzy POZ – kwestia implementacji).
3. Odpowiedź na syndrom HIV i STI – odpowiednie kampanie edukacyjne dla osób młodych, włączając zagadnienia zdrowia seksualnego jako integralnej części programów prozdrowotnych.
4. Rozszerzenie szczepień o starsze grupy wiekowe (w przypadku HPV nawet do 45 lat).
5. Odpowiedź na nowe zagrożenia jak Mpox.
6. Pytajmy o chemsex!

¹³ Cornelisse VJ, Riley B, Medland NA. Australian consensus statement on doxycycline post-exposure prophylaxis (doxy-PEP) for the prevention of syphilis, chlamydia and gonorrhoea among gay, bisexual and other men who have sex with men. *Med J Aust.* 2024;220(7):381-386. doi:10.5694/mja2.52258

¹⁴ European Standards of HIV care for Pre-Exposure Prophylaxis. European Centre for Disease Prevention and Control. 2025. Dostępne: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/european-standards-hiv-prevention-and-care-module-pre-exposure-prophylaxis>

¹⁵ Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. WHO 2020. Dostępne: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

4

**JAK NA PRZESTRZENI LAT ZMIENIA SIĘ
PODEJŚCIE DO OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIV/AIDS
W POLSCE****DR MAGDALENA ANKIERSZTEJN-BARTCZAK**
FUNDACJA EDUKACJI SPOŁECZNEJ

Raport pt. „NFZ o zdrowiu – HIV/AIDS” z 2022 r. przedstawia dane dotyczące zdiagnozowanych zakażeń HIV.¹⁶ Dotyczy pacjentów, którzy w latach 2010–2021 skorzystali z co najmniej dwóch świadczeń finansowanych przez NFZ, których przyczynę główną lub współistniejącą opisał kodem ICD-10 związanym z zakażeniem HIV. Raport stanowi element monitorowania efektywności włączania pacjentów do programu leczenia antyretrowirusowego, czyli Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026”. Z raportu wynika, że kluczowe jest ścisłe monitorowanie sytuacji w naszym kraju i wdrażanie działań mających na celu ograniczenie liczby nowych zakażeń, w tym promocji i zwiększania dostępności testowania. Na uwagę zasługuje fakt, że liczba zgonów w populacji pacjentów z rozpoznaniem HIV wahała się w ostatnich latach od 250 do 300 rocznie. Udział procentowy zgonów, do których doszło w ciągu 6 miesięcy od rozpoznania (wczesne zgony), w ciągu ostatnich 3 lat (2019–2021) utrzymuje się na poziomie 19 proc. Są to z dużym prawdopodobieństwem zgony osób z późnym rozpoznaniem zakażenia HIV.

Mimo znacznego postępu medycyny i zabezpieczonej opieki zdrowotnej osoby zakażone HIV borykają się na co dzień z wieloma trudnościami.

Ze względu na wciąż silny stygmat społeczny i pogłębiający się brak wiedzy o HIV w społeczeństwie wiele osób zakażonych pozostaje z diagnozą w samotności. Boją się powiedzieć o zakażeniu nawet najbliższym osobom w obawie przed odrzuceniem i stygmatyzacją. Nie chcą też ujawniać informacji o swoim zakażeniu nigdzie indziej niż tylko w poradni dla osób z HIV. Potwierdzają to dane Positive Perspectives 2 – globalnego badania przeprowadzonego w społeczności osób z HIV, którego celem jest pokazanie, jak pacjenci oceniają własne zdrowie i jak zakażenie wpływa na ich codzienne życie. Wyniki nie pozostawiają złudzeń. Stygmatyzacja społeczna sprawia, że ich poczucie satysfakcji z życia spada. Stawiają się w pozycji osoby gorszej, niezastugującej na akceptację otoczenia. Wielu z nich wyklucza się z relacji rodzinnych czy spotkań towarzyskich. Problem stygmatyzacji osób z HIV pojawia się również w systemie opieki zdrowotnej. Rozwiązaniem jest z jednej strony odpowiednia edukacja społeczeństwa i walka z uprzedzeniami oraz stereotypami dotyczącymi HIV, z drugiej – zapewnienie odpowiedniego wsparcia na każdym etapie leczenia. W opiece nad pacjentem z HIV nie chodzi już tylko o przeżycie, ale o podniesienie jakości tego życia. Zaopiekowanie się osobą w sposób holistyczny, biorąc pod uwagę również jej potrzeby emocjonalne – wyjście z sytuacji, gdzie w centrum znajduje się choroba, i jej zmiana na taką, w której w centrum jest pacjent i jego potrzeby, również te

¹⁶ NFZ o zdrowiu – HIV/AIDS. NFZ 2022 Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-hiv-aids>

psychologiczne, społeczne, zawodowe. Oswojenie i akceptacja choroby przewlekłej przekłada się także na lepszą współpracę z lekarzem i regularne przyjmowanie leków.¹⁷ Dodatkowo należy pamiętać, że 31 proc. osób żyjących z HIV ma lub miało depresję, a od 11,4 do 45,83 proc. osób nastoletnich żyjących z HIV miało rozpoznanie depresji.¹⁸ Jakość życia (QoL) osób żyjących z HIV nie zależała od płci, wieku, sposobu zakażenia HIV i kraju pochodzenia.

Ogromny wpływ na postrzeganie osób żyjących z HIV mają kampanie społeczne. W 2024 r. dzięki wsparciu WHO i sponsorów prywatnych Fundacja Edukacji Społecznej rozpoczęła kampanię „Żyję z HIV”, w której 6 osób seropozytywnych (3 kobiety i 3 mężczyzn) mówi otwarcie o swoich doświadczeniach życia z wirusem, w pozytywny sposób mówi o swoim życiu. Bohaterowie podkreślają, że HIV ich nie definiuje – prowadzą takie samo życie jak każdy człowiek, tylko biorą regularnie leki antyretrowirusowe. Tego typu kampanię najlepiej wpływają na pozytywne postrzeganie osób seropozytywnych, bo dzięki nim można obalać stereotypy.

Zagadnienie stygmatyzacji osób żyjących z HIV omawia szeroko raport pt. „Stigma: survey of people living with HIV” z 2023 r.¹⁹ Stygmatyzacja i dyskryminacja związana z HIV pozostają głównymi barierami w dostępie do usług związanych z HIV dla osób seropozytywnych na całym świecie. W tym kontekście stygmatyzacja może być rozumiana jako negatywne postrzeganie osób żyjących z HIV, oparte wyłącznie na ich statusie serologicznym. Doświadczenie stygmatyzacji,

czyli dyskryminacji, ma miejsce, gdy osoby żyjące z HIV doświadczają negatywnego lub niesprawiedliwego traktowania za sprawą tego postrzegania. Szacuje się, że co ósma osoba żyjąca z HIV jest pozbawiana dostępu do usług zdrowotnych z powodu stygmatyzacji i dyskryminacji, a badania pokazują, że ponad 50 proc. osób zgłasza dyskryminujące postawy wobec osób żyjących z HIV. Zrozumienie i zajęcie się problemem stygmatyzacji ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia celu zerowej dyskryminacji w wizji UNAIDS i kolejnych strategii mających na celu wyeliminowanie epidemii AIDS do 2030 r. Aby poprawić zrozumienie doświadczanej stygmatyzacji związanej z HIV w społeczności, ECDC – we współpracy z Europejską Grupą ds. Leczenia AIDS (EATG) i AIDS Action Europe (AAE) – zainicjowało w 2021 r. badanie sondażowe mające na celu pomiar stygmatyzacji związanej z HIV w Europie i Azji Środkowej. Celem niniejszego badania było zbadanie doświadczeń związanych ze stygmatyzacją związaną z HIV w regionie oraz ustalenie miary odniesienia postrzeganej i doświadczanej stygmatyzacji związanej z HIV wśród najbardziej dotkniętych społeczności, aby ocenić postępy w realizacji celu UNAIDS, jakim jest zerowa dyskryminacja do 2030 r. W badaniu wzięty udział łącznie 3272 osoby żyjące z HIV z 54 z 55 krajów Europy i Azji Środkowej. Prawie co trzecia (30 proc.) osoba nie powiedziała żadnemu członkowi rodziny, że jest osobą żyjącą z HIV, a co piąta nie powiedziała żadnemu przyjacielowi ani obecnemu partnerowi seksualnemu (odpowiednio 19 i 22 proc.). Znaczna część respondentów (59 proc.) zgodziła się lub zdecydowanie zgodziła się ze stwierdzeniem, że trudno jest powiedzieć innym o życiu z HIV. Odrzucenie przez przyjaciół było najczęściej spotykaną praktyką stygmatyzującą – 24 proc. respondentów przyznało, że kiedykolwiek doświadczyło tej formy stygmatyzacji, z czego 6 proc. w ciągu ostatniego roku. Co szósty (17 proc.) respondent zgłosił, że kiedykolwiek doświadczył groźb, przemocy słownej lub fizycznej ze strony partnera seksualnego, z czego 4 proc. w ciągu ostatniego roku. Co czwarty (26 proc.) respondent wskazał, że w ciągu ostatniego roku obawiał się innego traktowania ze strony personelu medycznego. Również w ciągu ostatniego roku co piąty (21 proc.) respondent bał się korzystać z usług opieki zdrowotnej z obawy przed ujawnieniem swojego statusu HIV, a co

17 HIV – skuteczne terapie i walka ze stygmatyzacją. Termedia. 2021. Dostępne: <https://www.termedia.pl/wartowiedziec/HIV-skuteczne-terapie-i-walka-ze-stygmatyzacja,44657.html>

18 Rezaei S, Ahmadi S, Rahmati J, Hosseinifard H, Dehnad A, Aryankhesal A, Shabaninejad H, Ghasemyani S, Alihosseini S, Bragazzi NL, Raoofi S, Kiaee ZM, Ghashghaee A. „Global prevalence of depression in HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*”. 2019 Dec;9(4):404–412. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-001952. Epub 2019 Sep 19. PMID: 31537580. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31537580/>

19 European Centre for Disease Prevention and Control. Stigma: survey of people living with HIV. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2022 progress report. Stockholm: ECDC; 2023. Dostępne: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-stigma-survey-monitoring-dublin-declaration.pdf>

siódmy (16 proc.) całkowicie unikał usług opieki zdrowotnej z obawy przed innym traktowaniem. Co trzeci (33 proc.) respondent zgłosił, że kiedykolwiek ogólnie czuł się źle traktowany w placówce opieki zdrowotnej (11 proc. w ciągu ostatniego roku), a co czwarty (23 proc.) zgłosił, że kiedykolwiek odmówiono mu opieki zdrowotnej lub opóźniono leczenie z powodu statusu HIV (7 proc. w ciągu ostatniego roku). Co siódmy (15 proc.) respondent zgłosił, że w ciągu ostatniego roku obawiał się korzystania z usług stomatologicznych z obawy przed ujawnieniem swojego statusu HIV. Prawie co szósty (12 proc.) respondent unikał usług stomatologicznych z obawy przed odmiennym traktowaniem, podczas gdy 6 proc. przyznało, że było traktowane inaczej przez dentystę lub personel stomatologiczny. Co siódmy (15 proc.) respondent kiedykolwiek odczuwał strach przed przebywaniem w miejscach publicznych (7 proc. w ciągu ostatniego roku), co może być związane z odsetkiem respondentów, którzy doświadczyli stygmatyzujących praktyk, takich jak molestowanie werbalne (20 proc.) lub groźby, zniewaga słowna czy krzywda fizyczna ze strony osób innych niż przyjaciele lub rodzina (15 proc.).

Raport pt. „HIV stigma in the healthcare setting” z 2024 r. przedstawia wgląd w poziom i charakterystykę stygmatyzacji związanej z HIV w placówkach opieki zdrowotnej w Europie i Azji Środkowej oraz wskazuje obszary wymagające uwagi. Raport wskazuje na pilną potrzebę podjęcia zdecydowanych, wielopłaszczyznowych interwencji, obejmujących edukację i wytyczne na poziomie placówek w celu wyeliminowania stygmatyzacji, poprawy wiedzy pracowników służby zdrowia na temat HIV oraz zapewnienia równej i niestygmatyzującej opieki wszystkim osobom żyjącym z HIV, co ostatecznie przyczyni się do osiągnięcia globalnego celu, jakim jest zakończenie epidemii AIDS do 2030 r. Wiedza na temat HIV i koncepcji „niewykrywalny oznacza niezakaźny” (U=U), profilaktyki poekspozycyjnej (PEP) i profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP) różniła się w zależności od rodzaju stanowiska zawodowego i placówki opieki zdrowotnej, przy czym wielu (69 proc.) nie miało wiedzy na temat kluczowych pojęć związanych z transmisją i profilaktyką HIV. Lekarze byli pracownikami służby zdrowia o największej wiedzy na temat

HIV w obszarach objętych badaniem. Pracownicy służby zdrowia, którzy opiekowali się większą liczbą osób żyjących z HIV, zgłaszali znacznie wyższy poziom wiedzy na temat HIV. Ponad połowa respondentów stwierdziła, że odczuwałaby obawy, udzielając opieki osobom żyjącym z HIV, w tym pobierając krew (57 proc.) i opatrując rany (53 proc.). Obawy związane z leczeniem osób żyjących z HIV były odwrotnie proporcjonalne do poziomu wiedzy na temat HIV. Niewielki, ale zauważalny odsetek (8 proc.) pracowników służby zdrowia stwierdził, że unikałby kontaktu fizycznego, a jedna czwarta (26 proc.) respondentów stwierdziła, że nosiłaby podwójne rękawiczki podczas opieki nad osobą żyjącą z HIV. Podobnie znaczna część pracowników służby zdrowia miała wątpliwości co do udzielania opieki określonym grupom osób żyjących z HIV: 12 proc. zdecydowanie wolałoby nie udzielać opieki osobom przyjmującym narkotyki w formie iniekcji, podczas gdy 6 proc. zdecydowanie wolałoby unikać udzielania opieki mężczyznom uprawiającym seks z mężczyznami (MSM), pracownikom seksualnym oraz mężczyznom i kobietom transseksualnym, co wg doniesień wynikało z braku przeszkolenia oraz poczucia zwiększonego ryzyka.²⁰

W warunkach polskich problem stygmatyzacji osób żyjących z HIV omawia praca pt. „Psychospołeczna sytuacja osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce” mojego autorstwa, która prezentuje wyniki badania przeprowadzonego w okresie 15.09.2009–15.03.2011 r. W zakresie oceny jakości życia (QoL) 20 proc. badanych osób żyjących z HIV i chorych na AIDS miało myśli samobójcze w ostatnim roku. Co piąty badany nie powiedział rodzicom o diagnozie. Tylko 8 proc. ankietowanych deklaroowało, że nie ukrywa faktu swojego zakażenia. 20 proc. ankietowanych spotkało się z dyskryminacją w służbie zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Według danych Positive Perspectives 2 żaden z polskich respondentów nie czuł się komfortowo, informując innych o swoim statusie

20 European Centre for Disease Prevention and Control. HIV stigma in the healthcare setting. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Stockholm: ECDC; 2024. Dostępne: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Dublin%20-%20HIV%20stigma%202024-final-with-covers.pdf>

zakażenia HIV. Sytuacja wygląda zdecydowanie inaczej w Europie Zachodniej, gdzie są kraje, w których nawet do 56 proc. pacjentów deklaroowało brak problemów w tym zakresie. Nie tylko z okazji przypadającego 1 grudnia Światowego Dnia AIDS zachęcamy do podnoszenia wiedzy na temat życia z HIV, gdyż to właśnie edukacja pozwala obalać mity i stereotypy dotyczące wirusa, a tym samym ułatwia pacjentom w naszym kraju codzienne życie.²¹

Według opracowania pt. „Badanie świadomości i wiedzy warszawiaków na temat HIV i AIDS”, prawie wszyscy dorośli mieszkańcy Warszawy (92 proc.) są przekonani o tym, że do zakażenia HIV może dojść przez kontakt z zakażoną krwią poprzez używanie tych samych igieł i strzykawek przez więcej niż jedną osobę. Badani byli również przekonani o tym, że częsta zmiana partnerów seksualnych zwiększa ryzyko zakażenia HIV (90 proc.). Według większości respondentów do zakażenia może dojść podczas pierwszego kontaktu seksualnego (86 proc.) i podczas stosunków heteroseksualnych (87 proc.). Zdaniem 78 proc. warszawiaków HIV atakuje głównie komórki układu odpornościowego, a osoba zakażona HIV może nie mieć żadnych objawów chorobowych (75 proc.). Dobrze użyta prezerwatywa chroni przed zakażeniem HIV wg 75 proc. badanych, a zdaniem 71 proc. respondentów główną drogą zakażenia w Polsce są kontakty seksualne. Ponad połowa badanych jest zdania, że matka żyjąca z HIV może urodzić zdrowe dziecko (73 proc.), a zdaniem 65 proc. respondentów zakażony mężczyzna może być ojcem zdrowego dziecka.²²

Biorąc pod uwagę powyższe, główne założenia dotyczące AIDS na rok 2025 promowane przez ONZ-AIDS, to osiągnięcie tzw. celów 95-95-95. Oznacza to, że 95 proc. osób żyjących z HIV zna swój status serologiczny, 95 proc. osób znających swój status jest poddawanych leczeniu antyretrowirusowemu, a u 95 proc. osób leczonych uzyskuje się supresję wirusa. Dodatkowo dąży

się do redukcji nowych zakażeń HIV i eliminacji stygmatyzacji związanej z HIV/AIDS.²³

Międzynarodowa kampania U=U (undetectable = untransmittable), czyli niewykrywalny = niezakażający, uświadamia pacjentom, że osoby żyjące z HIV, które regularnie przyjmują leki antyretrowirusowe i mają niewykrywalną wiramię (niewykrywalny poziom wirusa we krwi), nie przenoszą wirusa na innych w drodze kontaktów seksualnych. Kampania ta ma na celu:

- zmniejszenie stygmatyzacji osób żyjących z HIV (kampania U=U obala negatywne stereotypy i obawy związane z HIV, pokazując, że osoby z niewykrywalną wiramię są bezpieczne dla swoich partnerów seksualnych),
- promowanie regularnego leczenia HIV (kampania U=U zachęca osoby z HIV do przyjmowania leków i regularnych badań, aby utrzymać niewykrywalny poziom wirusa),
- poprawę jakości życia osób żyjących z HIV (kampania U=U daje nadzieję i poczucie bezpieczeństwa osobom z HIV, zmniejszając stres i lęk związany z transmisją wirusa),
- edukację społeczeństwa (kampania U=U informuje opinię publiczną o tym, że HIV nie oznacza już wyroku śmierci i że osoby z niewykrywalnym wirusem nie stanowią zagrożenia),
- Ważne jest, aby podkreślić, że U=U dotyczy tylko transmisji HIV drogą seksualną, nie dotyczy innych dróg zakażenia, takich jak kontakt z krwią. Kampania U=U jest realizowana na całym świecie przez różne organizacje i stowarzyszenia, w tym przez organizacje pacjenckie i instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym.²⁴

Warto zwrócić uwagę, że jeśli chodzi o sytuację światową jesteśmy w zupełnie nowym kryzysie, którego się nikt nie spodziewał na początku tego roku, ponieważ prezydent Donald Trump ogranicza środki na profilaktykę i terapię HIV/AIDS. Około 20 mln osób żyjących z HIV na świecie było leczonych dzięki środkom amerykańskim. Obawiam się, że gdy ta polityka wejdzie w życie, będziemy mieli do czynienia z ogromnym zagrożeniem

21 Badanie POSITIVE PERSPECTIVES WAVE 2. Sprawozdanie z wyników. Obraz życia osób żyjących z zakażeniem wirusem HIV. Dostępne: <https://fop2022.ippez.pl/wp-content/uploads/2022/02/POSITIVE-PERSPECTIVES-STUDY-2-Raport.pdf>

22 Badanie świadomości i wiedzy warszawiaków na temat HIV i AIDS, Raport Kantar Public dla Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy. Kantar. 2022. Dostępne: https://konsultacje.um.warszawa.pl/uploads/decidim/attachment/file/6794/PLAN_HIV_2025-2027.pdf

23 2025 AIDS Targets. Dostępne: https://www.unaids.org/en/topics/2025_target_setting

24 Kampania U=U. Dostępne: <https://i-base.info/u-u-polish/>

epidemiologicznym. Symulacja zrobiona przez PEPFAR (The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief), wskazuje, że po tych ograniczeniach wzrośnie liczba zgonów z powodu AIDS na świecie. Przypomnę, że PEPFAR to po polsku „Prezydencki Program Ratunkowy na Rzecz Walki z AIDS”. Jest to program rządowy Stanów Zjednoczonych, którego celem jest globalna walka z pandemią HIV/AIDS. PEPFAR został zainicjowany w 2003 r. przez prezydenta George’a W. Busha i jest największym tego typu programem w historii, finansowanym przez jeden kraj. PEPFAR działa w wielu krajach na całym świecie i finansuje działania związane z leczeniem, profilaktyką i badaniami nad HIV/AIDS. Program ten odegrał kluczową rolę w ratowaniu milionów istnień ludzkich, zapobieganiu nowym zakażeniom i wspieraniu krajów w opanowywaniu epidemii HIV. Program współpracuje z różnymi partnerami, w tym z krajami partnerskimi, organizacjami wielostronnymi, społeczeństwem obywatelskim, osobami żyjącymi z HIV, a także z sektorem publicznym i prywatnym. W ciągu ponad 20 lat swojego istnienia PEPFAR zainwestował ponad 100 mld dol. w globalną walkę z HIV/AIDS.²⁵

W związku z tymi działaniami, jeśli decyzje prezydenta Trumpa ograniczające środki wejdą w życie, musimy mieć na uwadze, że Europa będzie

dzie się zaopiekować, gdyż przy braku środków z USA niektóre rządy mogą nie mieć wystarczających środków, by kontynuować programy profilaktyczne czy zabezpieczyć leki dla wszystkich osób potrzebujących.

Na koniec chciałabym podzielić się refleksją, że przestaliśmy rozmawiać o HIV w społeczeństwie. Był to bardzo ważny temat pod koniec zeszłego stulecia, a obecnie zszedł na dalszy plan. Pokolenia się natomiast zmieniają. Ludzie nie pamiętają tego, o czym rozmawialiśmy 20 lat temu, co skutkuje coraz niższą świadomością społeczną w zakresie choćby dróg zakażenia HIV, możliwości leczenia i życia z wirusem. Aby edukacja była skuteczna, musi być prowadzona nieustannie. O ile staramy się prowadzić projekty edukacyjne cały czas, w miarę możliwości finansowych, o tyle marzy mi się wniesienie tego tematu ponownie do debaty publicznej – dla dobra i bezpieczeństwa nas wszystkich. Rozwój medycyny w zakresie HIV powinien się przełożyć na postrzeganie osób z HIV. Obecnie mają one chorobę przewlekłą, poddającą się leczeniu, nie zakażają w kontaktach seksualnych przy niewykrywalnej wirerii. Mają zdrowe dzieci. Tylko społeczne kampanie i systematyczna edukacja pozwolą upowszechnić tę wiedzę w społeczeństwie.

mogła mieć kolejną grupę osób, którą trzeba bę-

5

**DR BARBARA DANILUK-KULA,
ZASTĘPCZYNI DYREKTORA KRAJOWEGO
CENTRUM DS. AIDS**



Krajowe Centrum ds. AIDS jest agendą działającą w imieniu ministra zdrowia od 1993 r.²⁶ Dokumentem nadrzędnym określającym politykę państwa w odniesieniu do epidemii HIV/AIDS jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.²⁷ Z przedmiotowego rozporządzenia wynikają szczegółowe cele działalności Centrum:

1. Realizacja zadań z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS.
2. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV.
3. Poprawa jakości życia i dostępu do opieki zdrowotnej dla osób żyjących z HIV/AIDS oraz ich bliskich poprzez:
 - a. profilaktykę zakażeń HIV i zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS,
 - b. poprawę jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich,
 - c. zapewnienie szerokiego dostępu do diagnostyki oraz leczenia ARV,
 - d. poprawę jakości i dostępu do diagnostyki i opieki medycznej nad ludźmi żyjącymi z HIV/AIDS oraz osobami narażonymi na zakażenie HIV,
 - e. ograniczenie zakażeń HIV wśród dzieci.

Misją Krajowego Centrum ds. AIDS jest koordynowanie zadań mających na celu zapobieganie HIV i zwalczanie AIDS przy uwzględnieniu najnowszych trendów epidemiologicznych w naszym kraju i w regionie oraz aktualnych potrzeb społecznych. Centrum w swoich działaniach urzeczywistnia ideę wielopłaszczyznowego partnerstwa. Krajowe Centrum ds. AIDS pragnie być instytucją godną zaufania i otwartą na potrzeby społeczeństwa, w tym w szczególności osób dotkniętych HIV i chorych na AIDS. Poprzez realizację swojej misji, przy zachowaniu najwyższych standardów i wykorzystaniu najnowszej wiedzy, dążeniem Centrum jest:

- a. znaczne ograniczenie liczby nowych zakażeń,
- b. zapewnienie najwyższej jakości świadczeń mających na celu zapobieganie HIV,
- c. wyedukowane, świadome i tolerancyjne społeczeństwo,
- d. powszechne poszanowanie praw człowieka,
- e. zapewnienie wysokiej jakości życia osobom zakażonym HIV i chorym na AIDS oraz ich bliskim poprzez pełną dostępność opieki, leczenia i wsparcia,
- f. integracja i zaangażowanie w działania w zakresie HIV/AIDS jak największej liczby środowisk i organizacji, w tym podmiotów spoza obszaru zdrowia (m.in. sektor prywatny, przedsiębiorców, instytucje publiczne o zasięgu centralnym i lokalnym).

²⁶ Krajowe Centrum ds. AIDS. Dostępne: <https://aids.gov.pl/>

²⁷ Krajowe Centrum AIDS. Dostępne: <https://aids.gov.pl/>

Obecnie obowiązujący Rządowy Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” (RPPZ leczenia ARV) wraz z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026 (Program leczenia ARV) funkcjonuje od 2001 r. i co pięć lat jest opracowywana jego kolejna edycja. Program jest integralną częścią Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS. Programem leczenia ARV objęte są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego. Każda nowa edycja Programu leczenia ARV jest przygotowywana na podstawie aktualnej wiedzy medycznej i najnowszych rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. Głównym jego celem jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS poprzez zapewnienie skutecznego leczenia antyretrowirusowego. Efektem jest wydłużenie czasu życia pacjentów, wydłużenie czasu wolnego od objawów choroby oraz poprawa jakości ich życia.

Warto podkreślić, że wdrażając wczesne leczenie ARV (leczenie ARV jako profilaktyka – TasP – Treatment as Prevention) uzyskuje się u pacjenta niewykrywalną testami wiramię, co praktycznie eliminuje ryzyko dalszego przenoszenia HIV drogą płciową (zasada N=N, czyli niewykrywalny = niezakażający). Jedną z kluczowych korzyści skutecznego leczenia jest redukcja ryzyka transmisji zakażenia – leczenie pozwala na przerwanie łańcucha epidemiologicznego nowych zakażeń, poprawiając bezpieczeństwo populacji. Osoby, u których wiramia utrzymuje się przez co najmniej 6 miesięcy na niewykrywalnym poziomie (tj. <200 kopii/ml), są w kontaktach seksualnych praktycznie niezakażne dla populacji osób zdrowych.

Obecnie wiele oczekiwań w związku ze skutecznym ograniczaniem nowych zakażeń HIV wiąże się z farmakologiczną profilaktyką przedekspozycyjną (PrEP), dostępną w naszym kraju od ok. 17 lat. Pragnę przypomnieć, że leki stosowane w ramach PrEP mogą być wypisane przez każdego lekarza posiadającego aktualne prawo wykonywania zawodu. Jest to zapisane w Programie leczenia ARV: (...) „każdy lekarz posiadający

prawo wykonywania zawodu, może, o ile uzna, że pacjent tego wymaga, wystawić receptę w odpłatności 100% na lek aktualnie rekomendowany/stosowany w profilaktyce przedekspozycyjnej”. Dla osób ubezpieczonych w NFZ wizyta u lekarza pierwszego kontaktu jest bezpłatna.

Warto zapamiętać jest jednak, że leki zalecane w ramach PrEP mogą być zastosowane w określonych warunkach zdrowotnych pacjenta, a ich wdrożenie poprzedzone powinno być diagnostyką, w tym wykluczeniem zakażenia HIV. PrEP polega na stosowaniu produktu leczniczego u osoby zdrowej, mogącego mieć również skutki uboczne. Wymaga utrzymania wysokiego poziomu adherencji (dostosowania się do zaleceń lekarza) w celu zapewnienia efektywności stosowania PrEP i uzyskania zakładanego celu, wiąże się też z regularnymi wizytami i kontrolami lekarskimi, które obejmują systematyczne badania w kierunku HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową, poradnictwo w zakresie stosowania bezpieczniejszych technik w kontaktach seksualnych, a także monitorowanie działań niepożądanych przyjmowanego leku. Dlatego zastosowanie profilaktyki przedekspozycyjnej powinno być bezwzględnie poprzedzone wizytą lekarską i odpowiednim przygotowaniem pacjenta do stosowania tego rodzaju profilaktyki. Obecnie zespół pod kierunkiem konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych pracuje nad kompleksowym programem w zakresie profilaktyki przedekspozycyjnej HIV.

Od lat Krajowe Centrum AIDS wspiera i propaguje ideę testowania w kierunku HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), w których można anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania wykonać test w kierunku HIV. Obecnie w PKD wykonywane są również testy przesiewowe w kierunku kiły i HCV. W przypadku testów w kierunku HIV mamy problemy z decyzją o ich wykonaniu. W mojej ocenie nie jest to kwestia kosztów i dostępności, ale przede wszystkim spowodowania zmiany myślenia, że dany problem zdrowotny nas nie dotyczy. Profilaktyka zdrowotna nie jest nadal dla Polaków priorytetem, dlatego niezależnie od jednostki chorobowej moda na profilaktykę zdrowotną powinna być szeroko propagowana. Edukacja, którą realizuje Krajowe Centrum ds. AIDS, również tego dotyczy.

Prowadzimy wiele działań edukacyjno-informacyjnych, aby zmienić myślenie o teście w kierunku HIV i rozważyć jego wykonanie, kiedy rozpoczyna się nową relację seksualną, kiedy miało się ryzykowne zachowania oraz kiedy występują nietypowe objawy chorobowe.

Dzięki inicjatywie Centrum została rozszerzona oferta dotycząca miejsc, gdzie można wykonać test w kierunku HIV. Obecnie, w ramach świadczeń gwarantowanych POZ finansowanych z budżetu powierzonego, każdy lekarz może zlecić taki test. W związku z tym Centrum przygotowało we współpracy z ekspertami portal edukacyjny dla lekarzy POZ dostępny pod adresem: <https://www.hiv-aids.edu.pl/kompendium-wiedzy>. Mam nadzieję, że przedstawione tam informacje pomogą lekarzom POZ podjąć decyzję, aby w przypadku pacjenta, który ma wiele różnego rodzaju problemów zdrowotnych, rozważyli w ramach prowadzonej diagnostyki także wykonanie testu w kierunku HIV.

Krajowe Centrum ds. AIDS w ramach Programu leczenia ARV zbiera dane dotyczące gospodarki lekowej na podstawie informacji przesyłanych przez kliniki, w których prowadzona jest terapia ARV. Dane te zawierają dokładne informacje dotyczące liczby leczonych pacjentów, rodzaju terapii, ich kosztu itp. Na dzień 31 maja 2025 r. leczeniem objętych było 21 310 osób. Kolejna ważna grupa danych zbieranych i analizowanych przez Centrum dotyczy testowania w punktach konsultacyjno – diagnostycznych (PKD). Wiemy, m.in., jakie grupy wiekowe najczęściej wykonują badania, jakiej płci oraz z jakiego powodu klienci decydują się na wykonanie testu. Dzięki tym danym Centrum planuje działania edukacyjne, uwzględniając populacje pacjentów najbardziej narażone na zakażenie.

Warto również nadmienić, że w 2024 r., aby umożliwić podejmowanie skutecznych zintegrowanych

działań profilaktycznych dotyczących HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową (STIs) w kolejnych latach, z inicjatywy Krajowego Centrum ds. AIDS Europejskie Centrum Kontroli Chorób (ECDC) wspólnie z ekspertami krajowymi i międzynarodowymi opracowało dla Polski strategię zapobiegania i kontroli (STIs). Głównym celem strategii jest powołanie krajowej struktury koordynacyjnej i integracja świadczeń w obszarze STIs oraz zapewnienie wykwalifikowanej kadry medycznej.

W powyższym dokumencie określone zostały kierunki działań skierowane do różnych populacji w zakresie profilaktyki, testowania i opieki w obszarze STIs w Polsce, z uwzględnieniem czynników behawioralnych, biologicznych, społecznych lub strukturalnych. Ma to szczególne znaczenie w obecnej sytuacji geopolitycznej i jest zgodne z szerszymi celami zdrowia publicznego. Jesteśmy przekonani, że działania informacyjno-edukacyjne na temat zakażeń HIV/STIs oraz znaczenia szczepień ochronnych powinny mieć charakter edukacyjno-informacyjny docierający do jak najszerszej przestrzeni społecznej. O podstawowych kwestiach bezpieczeństwa zdrowotnego należy mówić już od wieku wczesnoszkolnego i mamy nadzieję, że przedmiot edukacja zdrowotna, uwzględniająca dbanie o własne zdrowie szeroko rozumiane, stanie się przedmiotem obowiązkowym.

Warto podkreślić, że nie tylko Ministerstwo Zdrowia odpowiada za edukację zdrowotną. Działania te powinny być realizowane w ramach partnerstwa wszystkich środowisk, wszystkich resortów w Polsce, w tym również we współpracy z organizacjami pozarządowymi.

Wszystkie działania edukacyjne i kampanie, które realizowało Krajowe Centrum ds. AIDS, można obejrzeć na stronie internetowej: www.aids.gov.pl.

6

**PROF. ANDRZEJ FAL,
PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA
ZDROWIA PUBLICZNEGO**

Postrzeganie zdrowotnych akcji edukacyjnych zależy zarówno od tematów i nakładu ze strony organizatora lub edukatora przygotowującego taką kampanię, jak i od responsywności odbiorcy. Jeżeli nie ma responsywności, to akcje nie są widoczne i nie są postrzegane jako istotne, aż wydarzy się coś przełomowego. Przypominam, że problem zakażeń HIV i choroby AIDS w latach 80. był postrzegany przez społeczeństwa jako absolutnie życiowe zagrożenie. Natomiast w tej chwili jest to problem niewidoczny z perspektywy społecznej. Dzięki szerokiemu dostępowi do skutecznego leczenia nie ma podaży codziennych informacji, że ktoś umiera na AIDS. Natomiast codziennie słyszy się, że ktoś umiera na raka.

W Polsce i w tej części Europy jesteśmy bardzo niechętnie nastawieni do wszelkich metod prewencji i profilaktyki zdrowotnej. Przypomnę, że pierwotną profilaktyką jest tylko i wyłącznie edukacja zdrowotna. Pierwszorzędowa profilaktyka to wszystko, co możemy zrobić, żeby wirus HIV nie dostał się do organizmu. Natomiast każde inne działanie, takie jak szczepienia, to profilaktyka drugorzędowa. Jest to zabezpieczenie organizmu, że poradzi sobie z patogenem, który już się do niego dostał. Natomiast profilaktyka trzeciorzędowa opiera się na podaniu leków osobie już chorującej. Powinniśmy w ten sposób postrzegać i rozumieć profilaktykę zdrowotną, bo jeśli mieszkamy te pojęcia, to nie bardzo wiemy, które z założeń realizujemy, a którego nie.



Niestety, w Polsce nie realizujemy niczego oprócz trzeciorzędowej profilaktyki. Po prostu nie zostaliśmy wyedukowani i nie mamy świadomości tego, że profilaktyka jest kluczowa.

Według raportu WHO z 2024 r. w 2023 r. żyło w regionie europejskim WHO ok. 3,1 mln osób zakażonych HIV, z czego 62 proc. otrzymywało leczenie.²⁸ Szacuje się, że 1,9 mln osób otrzymywało terapię antyretrowirusową. W 2023 r. HIV zarażyło się 160 tys. osób, a liczba osób zakażonych HIV wzrosła z 0,17 w 2010 r. do 0,18 na 1 tys. niezakażonych osób w 2023 r. W 2023 r. 49 tys. zgonów przypisano przyczynom związanym z HIV, co stanowi wzrost o 27 proc. w porównaniu z 2010 r. W 2010 r. w Europie mieszkało mniej więcej 4–5 proc. wszystkich zakażonych HIV na świecie. Natomiast w tej chwili mieszka prawie 8 proc. wszystkich zakażonych na świecie. Niestety, choroby przenoszone drogą płciową wymykają się spod kontroli. Nie poradzimy sobie bez pierwotnej profilaktyki i edukacji. Wydamy każde pieniądze, zrealizujemy każdą kampanię i dalej będziemy patrzeć na wzrost zachorowań, szczególnie w populacji między 18. a 25. rokiem życia.

28 HIV statistics, globally and by WHO region. WHO 2024. Dostępne: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/hiv-epi-fact-sheet-march-2025.pdf>

7

DR HAB. N. MED. MONIKA BOCIĄGA-JASIK
PROF. UJ, PREZESKA POLSKIEGO
TOWARZYSTWA NAUKOWEGO AIDS



Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS jest organizacją skupiającą lekarzy, diagnostów, pracowników naukowych i inne osoby zainteresowane problematyką zakażeń HIV i AIDS. Zostało powołane w 1993 r. w Bydgoszczy. Do zadań Towarzystwa należą organizacja posiedzeń i zjazdów naukowych, prowadzenie kursów i wykładów, ogłaszanie konkursów na opracowanie ważniejszych zagadnień z zakresu swej działalności i przyznawanie nagród za te prace oraz podejmowanie innych prac zmierzających do podniesienia w Polsce wiedzy o HIV i AIDS, współdziałanie w tym zakresie z władzami oraz towarzystwami i organizacjami naukowymi, społecznymi, zawodowymi w kraju i za granicą.²⁹

W 2025 r. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS opublikowało rekomendacje pt. „Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS 2025”.³⁰ Zalecenia skupiają się na kompleksowym podejściu do pacjenta obejmującym diagnostykę, leczenie, wsparcie psychologiczne i edukację. Kluczowe aspekty to wczesne wykrywanie zakażenia, skuteczna terapia antyretrowirusowa (ARV) oraz profilaktyka zakażeń

oportunistycznych. Ważne jest również zapewnienie osobom żyjącym z HIV dostępu do opieki zdrowotnej, edukacji i wsparcia społecznego, aby mogli prowadzić aktywne i satysfakcjonujące życie. Główne rekomendacje dotyczące kluczowych obszarów opieki, to:

1. Wczesne wykrywanie. Regularne testy na obecność HIV, zwłaszcza dla osób z grup podwyższonego ryzyka, są kluczowe dla szybkiego rozpoczęcia leczenia i zapobiegania dalszemu rozprzestrzenianiu się wirusa. Dostęp do testów powinien być powszechny i łatwo dostępny.
2. Terapia antyretrowirusowa (ARV). Zalecane jest jak najszybsze rozpoczęcie terapii ARV po potwierdzeniu zakażenia HIV. Terapia ta skutecznie hamuje namnażanie się wirusa, zapobiega rozwojowi AIDS i poprawia jakość życia osób zakażonych.
3. Profilaktyka zakażeń oportunistycznych. Osoby z HIV są bardziej podatne na infekcje oportunistyczne. Zalecenia PTN AIDS 2025 kładą nacisk na profilaktykę tych zakażeń poprzez szczepienia, leczenie i edukację pacjentów.
4. Wsparcie psychologiczne i społeczne. Zakażenie HIV może być źródłem silnego stresu i napięcia psychicznego. Zalecenia PTN AIDS 2025 podkreślają potrzebę zapewnienia osobom zakażonym dostępu do wsparcia psychologicznego, grup wsparcia i doradztwa. Ważne jest również przeciwdziałanie dyskryminacji i stygmatyzacji.

²⁹ Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Dostępne: <https://ptnaids.pl/category/home/>

³⁰ Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS 2025. Redakcja wydania 2025: Monika Bociąga-Jasik, Małgorzata Inglot, Elżbieta Jabłonowska, Paweł Jakubowski, Mirosław Jawień, Anna Kalinowska-Nowak, Tomasz Mikuła, Miłosz Parczewski, Ewa Siwak, Bartosz Szetela. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Warszawa-Kraków 2025. Dostępne: https://ptnaids.pl/wp-content/uploads/2025/06/Rekomendacje_PTNAIDS_2025_2.pdf

5. Edukacja i profilaktyka. Edukacja na temat HIV i AIDS jest kluczowa dla zapobiegania nowym zakażeniom i poprawy świadomości społecznej. Zalecenia PTN AIDS 2025 kładą nacisk na edukację w szkołach, w miejscach pracy i w społecznościach lokalnych.
6. Dostęp do opieki zdrowotnej. Osoby z HIV powinny mieć zapewniony łatwy dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do lekarzy specjalistów, pielęgniarek i innych specjalistów zaangażowanych w leczenie i opiekę nad osobami z HIV. Ważne jest również, aby opieka była skoordynowana i kompleksowa.
7. Dyskryminacja i stygmatyzacja. Ważne jest, aby osoby z HIV nie były dyskryminowane i stygmatyzowane w miejscach pracy, w szkole, w dostępie do opieki zdrowotnej i w innych sferach życia społecznego. PTN AIDS 2025 zaleca działania na rzecz eliminacji dyskryminacji i promowania równości dla osób z HIV.

Podsumowując, osoby z pozytywnym wynikiem testu na HIV nie wahają się podjąć leczenia, a zatem problemem pozostają wszyscy ci, którzy nigdy nie sprawdzili, czy są zakażeni. Większość pacjentów, którzy są zdiagnozowani, jest bardzo zainteresowana rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej. Chętnie i szybko podejmują leczenie. Bardziej istotne są dla mnie osoby, które mają świadomość tego, że powinny wykonać test w kierunku zakażenia HIV, a jednak go nie wykonują. Należy także podjąć wysiłki na rzecz refundacji PrEP, ponieważ profilaktyka przedekspozycyjna to najskuteczniejsza obecnie metoda zapobiegania kolejnym zakażeniom HIV, a Polska pozostaje jednym z nielicznych krajów Unii Europejskiej, gdzie jest ona trudno dostępna z uwagi na wysoki koszt takiej terapii oraz niski poziom wiedzy o jej istnieniu.

8

DR BARTOSZ SZETELA

**KLINIKA CHOROÓB ZAKAŹNYCH, CHOROÓB
WĄTROBY I NABITYCH NIEDOBORÓW
ODPORNOŚCIOWYCH UNIWERSYTETU
MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU**



Według danych z ośrodków prowadzących program profilaktyki przedekspozycyjnej HIV (PrEP) w 2022 Polsce było ok. 4,4 tys. jej użytkowników. Są to głównie mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami (men who have sex with men, MSM). Jest to populacja, która jest statystycznie dużo bardziej świadoma narażenia na zakażenie HIV i związku z tym częściej się bada oraz jest bardziej zainteresowana profilaktyką. Jeżeli spojrzymy na przegląd publikacji, które pojawiły się na przestrzeni ostatnich lat – poświęconych PrEP i kto powinien ją stosować – sporo było tych edukacyjnych adresowanych do osób LGBT+. LGBT+ to akronim oznaczający lesbijki, gejów, osoby biseksualne i transpłciowe, gdzie „+” symbolizuje inne tożsamości i orientacje seksualne, które nie są zawarte w czterech pierwszych literach. Gdybyśmy byśmy przejrzyli publikacje z Afryki, tam najpewniej dominowałyby głównie osoby heteroseksualne z uwagi na specyfikę transmisji właśnie w tej populacji. W Polsce kampanie informacyjne dotyczące PrEP prowadzili głównie lekarze i organizacje pozarządowe, kilka lat temu dołączyło również Krajowe Centrum ds. AIDS.

W kampanię informacyjną powinni być zaangażowani – oprócz lekarzy chorób zakaźnych – lekarze rodzinni, ginekolodzy, urolodzy i laryngolodzy. To są te specjalności lekarskie, do których najczęściej trafiają osoby narażone na zakażenie HIV. Problem w tym, że ci lekarze są pozostawieni

samym sobie, nie funkcjonuje system, który by ułatwiał, organizował i zabezpieczał pracę. Owszem, mamy materiały, ulotki oraz wartościowe strony internetowe, ale z kampaniami medialnymi należy dotrzeć do populacji kluczowych. Są to m.in. osoby świadczące usługi seksualne, osadzeni w zakładach karnych i migranci. Skala dotarcia do tych populacji z informacją na temat ryzyka zakażenia HIV i włączenia ich w kontakt z pracownikami medycznymi jest zdecydowanie mniejsza niż w przypadku populacji MSM. Wśród MSM jest po prostu zdecydowanie większe zainteresowanie, większa świadomość i zdecydowanie mniejsze wykluczenie finansowe. Pamiętajmy, że program profilaktyki przedekspozycyjnej HIV (PrEP) nie jest refundowany publicznie.

Refundacja PrEP we wszystkich dostępnych formach – tabletkach i iniekcjach długodziałających – jest kluczowa, aby uwzględnić zróżnicowane potrzeby pacjentów, ograniczyć niepowodzenia związane z adherencją i uzyskać populacyjny spadek nowych zakażeń HIV. Takie rozwiązania w Polsce byłyby wysoce efektywnie klinicznie i profilaktycznie, zwłaszcza w grupach o wysokiej zachorowalności, narażonych na stygmatyzację. Doświadczenia krajów, takich jak Francja, Wielka Brytania, potwierdzają, że połączenie szerokiego dostępu z refundacją PrEP szybko redukuje liczbę nowych zakażeń i przyspiesza odwrócenie niekorzystnych trendów epidemiologicznych.

Szacujemy, że obecnie profilaktykę przedekspozycyjną HIV (PrEP) stosuje w Polsce w ramach zakupu prywatnego 6–8 tys. osób. W 2019 r., w ramach projektu Mapy Potrzeb Zdrowotnych policzyliśmy tych chorych i wiemy, że ok. 16 proc. osób korzysta z PrEP poza specjalistycznymi poradniami. Mamy bardzo proste narzędzie, czyli e-recepty, na podstawie których możemy dokładnie oszacować, ile osób korzysta z PrEP. Możemy ustalić, z jakich powiatów pochodzą ci pacjenci oraz jakiej specjalności lekarze przepisują recepty. Choć oczywiście jest to anonimowe, możemy dokładnie – praktycznie z dnia na dzień – wiedzieć, ile osób w Polsce objętych jest PrEP. Możemy wiedzieć, ile opakowań leków rocznie wykupuje każdy pacjent. Wiemy, że w Polsce w tej chwili ok. 70–60 proc. użytkowników stosuje profilaktykę przedekspozycyjną HIV doraźnie, co przekłada się na zdecydowanie mniejsze wydatki i zwiększa wydajność kosztową tej metody. Na tej podstawie szacujemy, że profilaktyką przedekspozycyjną HIV (PrEP) powinno być objętych ok. 40–50 tys. osób, a objęcie refundacją 10 tys. osób w pierwszym roku jest bardzo dobrą punktem wyjścia. Pamiętajmy, że obecnie osoba, która chce korzystać z PrEP, musi wydać średnio 160–230 zł z własnej kieszeni na jedno opakowanie leków. Tyle kosztuje miesięczna profilaktyka, a do tego dochodzi koszt wizyty u lekarza i okresowych badań, więc razem koszty mogą sięgnąć 500–600 zł w zależności od miasta. Wykluczenie finansowe i geograficzne odgrywa tutaj zatem bardzo dużą rolę i może stanowić barierę w dostępie do tej nowoczesnej i wysoce wydajnej (sięgającej 99 proc.) metody profilaktyki HIV.

Nie zgadzam się z nazywaniem zakażenia HIV oraz choroby AIDS chorobą „lifestyle’ową”. Przypomnę, że termin ten odnosi się do stylu życia, zazwyczaj w kontekście mody, kultury i sposobu spędzania czasu. Zakażenie HIV i choroba AIDS wynika w dużej mierze z wykluczenia zarówno finansowego, jak i geograficznego, społecznego oraz wielu innych. 40% proc. nowych zakażeń HIV migranci nabywają w kraju docelowym, bo są wykluczeni, często przymuszani przez realia do świadczenia usług seksualnych, mają ograniczone możliwości językowe i finansowe. Zakażenie HIV zawsze było i jest chorobą z wykluczenia.

Ponadto myślę, że najwyższa pora, żeby zgłaszanie zakażeń HIV przez lekarzy do stacji sanitarno-epidemiologicznych odbywało się online. Procedura zgłaszania zakażeń i rozwiązywanie zapytań online natychmiast rozwiązuje problem. Taki system musi powstać jak najszybciej. I to jest apel do GIS. Nowoczesny nadzór epidemiologiczny musi na bieżąco informować o trendach, wzrostach, spadkach lub stabilizacji liczby przypadków kiły, zakażeń HIV i innych. To jest dla mnie najważniejsze i to będzie parametrem informującym o skuteczności lub niepodejmowanych w poszczególnych rejonach i obszarach działań. Chciałbym również przypomnieć, że wg ICD-10 rozpoznanie Z20.6, definiuje narażenie na zakażenie HIV. W tym przypadku należy rozważyć i w razie potrzeby zastosować profilaktykę przedekspozycyjną HIV (PrEP) lub poekspozycyjną (PEP).

9

DRA ANITA KUCHARSKA-DZIEDZIC
POSŁANKA NA SEJM RP, PRZEWODNICZĄCA
PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU
DS. ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV
I ZWALCZANIA AIDS



W zakresie polityki zdrowotnej chorób zakaźnych w Polsce kluczowe jest poszerzenie dostępu do programów profilaktyki przedekspozycyjnej HIV (PrEP). To zagwarantuje objęcie profilaktyką wszystkich osób wykluczonych finansowo, geograficznie oraz tych z mniejszą świadomością na temat zakażenia HIV i choroby AIDS. Rekomendowane jest wzmocnienie działań edukacyjnych budujących świadomość społeczeństwa i polityków w Polsce, że profilaktyka chorób zakaźnych, taka jak szczepienia ochronne czy profilaktyka przedekspozycyjna HIV należą do najbardziej skutecznych i opłacalnych działań w systemie ochrony zdrowia.

Zazwyczaj rozmowy o pieniądzach w systemie ochrony zdrowia czy o nowych refundacjach leków są najtrudniejsze, bo zwykle słyszymy, bez względu na to, z jaką ekipą rządzącą mamy do czynienia, że „pieniędzy nie ma i nie będzie”. Jeżeli popatrzymy na koszty funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce, to koszty refundacji leków dla różnych grup pacjenckich stanowią istotną pozycję. Zawsze pojawia się argument, że jeżeli myślimy o profilaktyce, a ta profilaktyka wiąże się z naszym stylem życia, to powinniśmy wziąć odpowiedzialność na siebie. Ta argumentacja bardzo często dotyczy profilaktyki określonej grupy chorób czy zagrożeń zdrowotnych. Jest to związane z pewną świadomością społeczną, a ci, którzy zajmują się edukacją zdrowotną, doskonale zdają sobie sprawę z tego problemu.

W związku z tym na profilaktykę, która jest skuteczna, a która jest niestety finansowana z kieszeni obywateli, mogą sobie pozwolić i pozwalają sobie zwykle osoby z większych miast, osoby o lepszym statusie finansowym i o wyższym poziomie wiedzy i dostępu do informacji. Z tego powodu mamy całe grupy społeczne, które są wykluczone. Dlatego powinniśmy wyrzucić presję społeczną na wszystkie ekipy rządzące, by wprowadzić tutaj pełną refundację szczepień ochronnych i profilaktyki przedekspozycyjnej. Jednocześnie musi to być połączone z akcjami edukacyjnymi i społecznymi, z całymi kampaniami – tak, aby wszyscy obywatele byli w pełni świadomi zagrożenia zakażeniem oraz tego, że zagrożenie nie dotyczy tylko konkretnych grup ryzyka.

Refundacja publiczna profilaktyki przedekspozycyjnej HIV (PrEP) powinna jak najszybciej uzyskać refundację publiczną, aby wyrównać szanse każdej osoby w Polsce na uniknięcie zakażenia. Ta decyzja zwiększy bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Aktualne dane wskazują, że 8 tys. osób rocznie wykupuje za własne środki leki w zakresie PrEP, natomiast potrzebuje tej profilaktyki ok. 40 tys. osób rocznie. To pokazuje, dla ilu pacjentów rocznie PrEP powinien być refundowany na podstawie recepty lekarza. Również szczepienia ochronne powinny być refundowane publicznie. Widzimy na przykładzie szczepienia przeciwko HPV, jak ważna jest dostępność refundowanych

szczepień w szkołach oraz zwiększenie liczby uprawnionych do darmowych szczepień. Nie powinno się również ukrywać za jakąś obawą. Konieczne jest edukowanie społeczeństwa w zakresie życia seksualnego. Problem zakażeń HIV to nie problem wąskiej grupy obywateli. Mimo to jest wciąż niewidoczny społecznie i kompletnie nie przekłada się na poparcie polityczne czy na wyniki wyborcze. W tej chwili jest to powiązane

z brakiem powszechnej edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Obecnie edukacja zdrowotna prowadzona jest głównie przez organizacje pozarządowe. Bardzo cieszyliśmy się, że profilaktyka HIV/AIDS będzie elementem obowiązkowej edukacji zdrowotnej w szkole. Niestety, decyzją polityków, ten przedmiot został wprowadzony do szkół jako nieobowiązkowy.

10

ROSTYSŁAW DZUNDZA**STOWARZYSZENIE POZYTYWNI UKRAIŃCY
I UKRAINKI W NIEMCZECH**

Osoby żyjące z HIV napotykają trudności w różnych częściach świata, nie tylko w Polsce. Przykładem może być społeczność ukraińska w Niemczech, która zmaga się z wieloma barierami w dostępie do opieki zdrowotnej i wsparcia.

Osób pochodzenia ukraińskiego jest w Niemczech bardzo dużo, bo około półtora miliona. Niestety, mamy liczne bariery, w tym przede wszystkim barierę językową. Dlatego, żeby to jakoś wyrównać, musimy pomagać sobie wzajemnie. Dlatego założyliśmy naszą organizację – Stowarzyszenie Pozytywni Ukraińcy i Ukrainki w Niemczech. Już w swojej nazwie mówimy o naszym statusie



zakażenia, ale również podkreślamy pozytywne nastawienie wokół tej populacji. Naszą misją jest zaangażowanie obywatelskie na rzecz dobra, jaką jest istota satysfakcjonującego życia Ukraińców w Niemczech. Mówimy tutaj o zaufaniu, czyli nie tylko o tym, co dotyczy systemu ochrony zdrowia, ale o całym naszym życiu. Czyli nasza misja to nie tylko pomoc dla siebie, aby mieć dostęp do leczenia i opieki, ale również wsparcie Ukrainy w drodze do wolności. Podsumowując, pomoc człowieka dla człowieka to potężne narzędzie w walce z HIV. Właśnie to tak bardzo pomaga budować solidarność i wzmacniać społeczność osób z Ukrainy żyjących w Niemczech.

11

ANNA BAUMANN-POPCZYK

**DYREKTORKA DEPARTAMENTU
ZAPOBIEGANIA I KONTROLI CHOROÓB
ZAKAŻNYCH GŁÓWNEGO
INSPEKTORATU SANITARNEGO**

Liczba osób zakażonych HIV wciąż wzrasta. Zakażenie HIV to jednak nie wyrok. Osoba, która dowie się o nim odpowiednio wcześnie, ma szansę uchronić się przed rozwinieniem pełnoobjawowej choroby AIDS. Liczba nowo wykrywanych zakażeń HIV co roku przekracza w naszym kraju 2 tys. Od wdrożenia badań, czyli od połowy lat 80. do końca 2020 r., w Polsce wykryto ponad 26 tys. zakażonych HIV, natomiast AIDS zdiagnozowano u ok. 4 tys. osób. Odnotowano także ok. 1,5 tys. zgonów. Pacjent zakażony HIV powinien regularnie zgłaszać się na badania lekarskie do poradni. Leczenie antyretrowirusowe zapobiega rozwojowi lub przynajmniej spowalnia postęp zakażenia do rozwoju AIDS, pod warunkiem systematycznego przyjmowania leków. O włączeniu takiego leczenia zawsze decyduje lekarz po rozmowie z pacjentem, a warunkiem uzyskania sukcesu terapeutycznego jest dobra współpraca. Obecnie dostępne leki przeciwwirusowe nie dają możliwości całkowitego wyleczenia zakażenia HIV. Celem terapii przeciwwirusowej jest zahamowanie namnażania wirusa, spowolnienie postępu choroby, przedłużenia i poprawa jakości życia, zapobieganie rozwojowi chorób oportunistycznych. W przypadku rozpoznania AIDS jak najszybsze włączenie leczenia antyretrowirusowego oraz leczenie pojawiających się w następstwie chorób poprawia rokowania. Nielezione zakażenie HIV prowadzi do zgonu u 90 proc. zakażonych w ciągu 8-10 lat od momentu zakażenia. Wczesne wykrycie zakażenia HIV umożliwia



rozpoczęcie farmakoterapii, dzięki której osoby zakażone HIV mogą żyć tak samo jak osoby nie-zakażone. To znaczy, że mogą prowadzić podobny tryb życia, mieć dzieci i pracować. Osoba, która wie, że jest zakażona HIV, ma szansę zadbać o zdrowie swoje i swoich bliskich, a podczas planowania ciąży – uchronić dziecko.

Mamy kilka źródeł danych dotyczących zakażeń HIV, w tym dane z nadzoru epidemiologicznego. Państwowa Inspekcja Sanitarna zbiera i analizuje dane, które pochodzą ze zgłoszeń od lekarzy lub ze zgłoszeń z laboratoriów diagnostycznych. Te dane są prezentowane przez NIZP-PZH. Kolejnym źródłem danych jest NFZ oraz Krajowe Centrum ds. AIDS. Rozbieżności wynikają z różnych źródeł. Dane, które są zgłaszane do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podlegają weryfikacji i mogą ulec zmianie. Na przykład może się okazać, że zgłoszenie, które wpłynęło do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2023 r., dotyczy osoby, u której wykryto zakażenie w 2021 r. Musimy mieć świadomość, że w Polsce występują znaczne opóźnienia w zgłaszaniu zakażeń HIV, mimo że zarówno zakażenia HIV, jak i zachorowania na AIDS objęte są obowiązkiem zgłoszenia. To właśnie te opóźnienia wpływają na zniekształcenie aktualnych danych. Natomiast znaczne opóźnienia w zgłaszaniu zakażeń HIV powodują, że dostępne dane mogą nie odzwierciedlać rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej. Dlatego, gdybyśmy przyjrzieli się temu zagadnieniu głębiej, prawdopodobnie

dostrzegliśmy wiele czynników wpływających na to, czy zgłoszenia zakażeń HIV rzeczywiście do nas trafiają. W rozmowie z jednym z lekarzy usłyszałam, że zdarza się, iż zakażenie HIV nie jest zgłaszane ze względu na obawę przed stygmatyzacją pacjenta. W opinii niektórych lekarzy w ten sposób chronią swoich pacjentów przed wykluczeniem i dyskryminacją. Warto jednak podkreślić, że zgłoszenie zakażenia HIV może być dokonane w sposób anonimowy, tzn. bez podawania danych osobowych pacjenta. Niestety, nie wszyscy lekarze są tego świadomi.

Ponadto, nawet gdy dane trafiają do inspekcji sanitarnej, warto zwrócić uwagę na ich jakość. Często brakuje podstawowych informacji, takich jak wiek, płeć czy droga transmisji, co znacząco ogranicza możliwości analizy epidemiologicznej i podejmowania skutecznych działań profilaktycznych. Obecnie mamy bardzo poważne braki w danych sięgające nawet 75 proc. Tak wysoki poziom niekompletności sprawia, że niezwykle trudno jest rzetelnie oszacować skalę problemu, określić potrzebny czas na interwencje czy zaplanować konkretne działania skierowane do odpowiednich grup ryzyka. Dane są po prostu mocno niedoszacowane. Dlatego konieczne jest nie tylko zwiększenie świadomości wśród lekarzy, ale także wprowadzenie rozwiązań systemowych, które zapewnią bezpieczeństwo danych i jednocześnie umożliwią skuteczne monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w kraju.

Wracając do tematu stygmatyzacji, z doświadczeń Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogę przytoczyć sytuacje, które niestety nadal się zdarzają. Przykładowo kontaktuje się z nami dyrektor szkoły, informując, że u jednego z uczniów wykryto zakażenie HIV, i pyta, jakie działania powinien podjąć. Prosi o procedury, tłumacząc, że musi chronić grono pedagogiczne oraz pozostałych uczniów. Tego rodzaju reakcje pokazują, jak silna jest stygmatyzacja, w tej sytuacji wobec dzieci. Pojawia się też niepokojące pytanie: skąd dyrektor ma taką informację? Skąd nauczyciele wiedzą, że dziecko jest zakażone? Dlaczego obawiają się z nim pracować? To wszystko wskazuje na potrzebę wielopoziomowej dyskusji nie tylko o ochronie danych i praw pacjenta, ale także o edukacji środowisk lokalnych.

Równocześnie warto zwrócić uwagę na konieczność ujednolicenia systemu gromadzenia danych. Wydaje się, że dobrym kierunkiem byłoby wdrożenie mechanizmu triangulacji danych, czyli zasilania systemu informacyjnego z różnych komplementarnych źródeł, co pozwoliłoby na bardziej wiarygodną i kompleksową ocenę sytuacji epidemiologicznej. Tutaj też przyłaczę się do głosu dotyczącego tego, że musimy poprawić jakość naszych danych. Wzmocnienie systemu nadzoru epidemiologicznego jest niezwykle istotne. Dane, którymi dysponują Państwowa Inspekcja Sanitarna, a także Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, wymagają nie tylko uzupełnienia, ale także podjęcia działań w zakresie reorganizacji i aktualizacji procesu zgłoszeń. Tylko dzięki sprawnemu, przejrzystemu i zintegrowanemu systemowi możliwe będzie skuteczne monitorowanie sytuacji zdrowotnej oraz podejmowanie adekwatnych interwencji. Jak podkreślał prof. Szetela, kluczowe znaczenie ma również usprawnienie komunikacji pomiędzy lekarzami a pracownikami Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wprowadzenie elektronicznego systemu wymiany informacji mogłoby znacznie poprawić jakość danych, przyspieszyć proces zgłoszeń i ograniczyć liczbę błędów wynikających z ręcznego przekazywania informacji. Taki system zwiększyłby nie tylko efektywność nadzoru epidemiologicznego, ale także zaufanie do instytucji publicznych.

Niezwykle istotne jest również szerokie edukowanie społeczeństwa na temat HIV/AIDS. W obecnych realiach medycznych zakażenie HIV staje się chorobą przewlekłą, którą można skutecznie kontrolować dzięki nowoczesnemu leczeniu. Dlatego nie powinniśmy obawiać się testowania – wręcz przeciwnie, każdy z nas powinien wykonać test przynajmniej raz w życiu. To przesłanie powinno wybrzmieć głośno i szeroko, ponieważ świadomość społeczna w tym zakresie wciąż jest niewystarczająca.

Wciąż pokutuje przekonanie, że HIV/AIDS dotyczy wyłącznie określonych grup ryzyka, co jest nieprawdziwe. Zakażenie może dotyczyć każdego – wystarczy jedno ryzykowne zachowanie w przeszłości. Dlatego tak ważne jest, aby edukacja społeczna była prowadzona konsekwentnie, wielokanałowo i bez stygmatyzacji.

12

DR MARTA NIEDŹWIEDZKA-STADNIK
NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA
PUBLICZNEGO – PAŃSTWOWY ZAKŁAD
HIGIENY – PIB W WARSZAWIE

Gromadzeniem danych na temat rozpowszechnienia chorób zakaźnych w Polsce zajmowały się przede wszystkim jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej działające na poziomie powiatowym. W NIZP PZH – PIB w 2023 r. dokonano aktualizacji prognoz nowych zakażeń HIV w Polsce, z uwzględnieniem migracji z Ukrainy, oraz oceny trendów w udzielaniu świadczeń w tym obszarze. Wykorzystano w tym celu dane zbierane m.in. przez NIZP PZH – PIB w ramach nadzoru epidemiologicznego prowadzonego w systemie EpiBaza, a także te udostępnione przez Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, w kontekście diagnostyki i korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez osoby zakażone wirusem HIV.

Ciągły wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV, kiły i rzeżączki wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, wskazuje na ograniczoną skuteczność dotychczasowych działań skierowanych do tej grupy. Niezbędna jest ewaluacja tych działań, a także ich intensyfikacja, np. poprzez większy dostęp do profilaktyki przedekspozycyjnej HIV. Znaczne różnice w rejestrowanych wskaźnikach zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową oraz HIV wskazują na luki w systemie zgłaszalności tych chorób do nadzoru epidemiologicznego w większości województw. Wysokie wskaźniki zachorowań choroby STI w populacji osób w wieku reprodukcyjnym, tj. 20–30 lat, wymaga podjęcia



działań związanych z możliwą transmisją wertykalną tych zakażeń.

Szybkie rozpoznanie i leczenie są istotnymi elementami prewencji zakażeń HIV i STI, dlatego ważna jest integracja testowania w kierunku wszystkich wskazanych zakażeń, a także szybkie i skuteczne objęcie leczeniem osób już zdiagnozowanych w celu ograniczenia ryzyka transmisji zakażenia na osoby narażone na zakażenie, w tym osoby z kontaktu, partnerów osób zakażonych oraz osoby podejmujące ryzykowne zachowania seksualne.

Wskaźniki zapadalności przewlekłych chorób zakaźnych HIV, przewlekłe WZW B i C powróciły do wartości przedpandemicznych, co wskazuje na powrót do dostępności do diagnostyki i korzystanie z niej, wykonywania i zlecenie badań, jednak to jest niewystarczające. Wskazane byłoby monitorowanie zmian wskaźników testowania w kierunku HIV po wprowadzeniu do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej badań w kierunku HIV. Zwiększony napływ osób migrujących, w szczególności uchodźców z Ukrainy, miał istotny wpływ na epidemiologię chorób zakaźnych. Co roku zbierane są dane odnośnie badań w kierunku HIV. Jest to ankieta przysyłana przez laboratorium, co prawda dobrowolnie i pewnie nie z każdego, ale są tam dane odnośnie badań w POZ, więc częściowo jest to monitorowane i publikowane

w biuletynie chorób zakaźnych PZH, a także w kronikach epidemiologicznych.

Przed okresem pandemii COVID-19 w Polsce odnotowywano stały i dość dynamiczny wzrost wskaźnika nowo wykrywanych zakażeń HIV, który zwiększył się z 2,9 na 100 tys. mieszkańców w 2012 r. do 3,7 na 100 tys. w 2017 r. W kolejnych latach nastąpił niewielki spadek wskaźnika. Dodatkowo początek pandemii w 2020 r. spowodował, że wskaźnik zmniejszył się aż do 2,5 przypadków na 100 tys. mieszkańców, jednak już w kolejnych latach można zauważyć powrót do zapadalności przed pandemią – 3,8 na 100 tys. mieszkańców w 2021 r. Natomiast już w 2022 r. w wyniku napływu osób zakażonych z Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym wskaźnik nowych zakażeń wzrósł do 6,9 na 100 tys. mieszkańców i nadal utrzymuje się na podobnym poziomie w 2023 r. – 6,4 przypadki na 100 tys. mieszkańców. Liczba zakażeń wykrywanych wśród obcokrajowców zwiększyła się z 72 w 2020 r. do 136 w 2021 r., a w 2022 r., tj. po wzroście migracji, liczba osób zakażonych zgłoszonych do nadzoru wynosiła aż 714 przypadków, z czego wiadomo, że ponad połowa osób była zdiagnozowana jeszcze na terenie Ukrainy (370/714). Jednak w przypadku braku dokumentacji do kontynuacji leczenia antyretrowirusowego wymagane było wykonanie badania HIV w Polsce. Na tej podstawie osoba ta została włączona do nadzoru epidemiologicznego jako nowo rozpoznane zakażenie HIV.

Zwraca uwagę duże zróżnicowanie trendów wykrywania i rejestracji nowych zakażeń – zdecydowaną większość rozpoznań stanowiły rozpoznania stawiane wśród mężczyzn. Należy jednak zauważyć rosnącą liczbę zakażeń wśród kobiet – oczywiście w dużej mierze jest to związane z rejestrowaniem zakażeń u kobiet, które przyjechały z Ukrainy. W 2022 r. zakażenia u kobiet z Ukrainy stanowiły 51,1 proc. zakażeń wśród kobiet (428/838 przypadków), a w 2023 r. – 48,3 proc. (290/601 przypadków). Jednak pomijając zakażenia wśród kobiet z Ukrainy i biorąc pod uwagę tylko zakażenia u kobiet z podaną narodowością – Polska, liczba zakażeń wzrosła z 79 przypadków w 2020 r. do 105 przypadków w 2023 r. Należy również pamiętać o rosnącej liczbie zakażeń bez podania informacji o narodowości, więc

w przypadku tych zaburzeń w raportowaniu najprawdopodobniej rzeczywisty wzrost liczby rozpoznań wśród kobiet z Polski był jeszcze większy. W latach 2021–2023 odsetek kobiet wśród nowo rozpoznanych zakażeń wyniósł 26 proc. i wahał się w poszczególnych województwach od 17,5 proc. w województwie małopolskim do 38,3 proc. w województwie lubuskim. Trend zakażeń w poszczególnych grupach wieku nie zmienił się w czasie, nadal najwięcej osób zakażonych jest rejestrowanych w grupie osób w wieku 30–39 lat. Należy jednak podkreślić rosnącą liczbę zakażeń u osób starszych – wzrost zakażeń o 54,3 proc. w populacji osób w wieku 40–49 lat i wzrost o 122,4 proc. w populacji osób po 50. roku życia. Mimo tego, że większość tych zakażeń dotyczy osób migrujących do Polski, to jednak jest to istotna grupa stanowiąca populację ryzyka transmisji zakażeń. Podobnie wzrost zakażeń w populacji dzieci w wieku 0–14 lat jest związany z zarejestrowaniem zakażeń wertykalnych, które zostały jeszcze rozpoznane na terenie Ukrainy, i zostały włączone do nadzoru epidemiologicznego w Polsce jako osoby rozpoznane i przebywające obecnie na terenie Polski, jednak nie są to nowe transmisje matka-dziecko. Najwyższe wskaźniki nowych zakażeń w 2023 r., powyżej 6 przypadków na 100 tys. mieszkańców zostały zarejestrowane w województwach dolnośląskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, pomorskim i zachodniopomorskim. Zakażenia wśród osób ze znaną drogą transmisji najczęściej były rejestrowane wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami – 55,1 proc. zakażeń w latach 2021–2023 oraz wśród osób zakażonych w wyniku kontaktów heteroseksualnych – 34,8 proc. wszystkich przypadków. Rozkład zakażeń wśród MSM jest zróżnicowany geograficznie – zakażenia w tej grupie mężczyzn dotyczą ponad 70 proc. wszystkich przypadków ze znaną drogą w województwach małopolskim, mazowieckim i wielkopolskim. Natomiast najrzadziej zakażenia wśród MSM są rejestrowane w woj. warmińsko-mazurskim – 14,8 proc. mężczyzn. Natomiast zakażenia wśród osób heteroseksualnych stanowią połowę zakażeń w województwach opolskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.

W związku ze wzrostem liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV Ministerstwo Zdrowia wprowadziło

od 5 maja 2025 r. zmiany w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), które umożliwią lekarzowi POZ zlecenie testu w kierunku HIV bez konieczności udania się do punktu konsultacyjno-

-diagnostycznego czy wykonywania badań prywatnie w innych laboratoriach medycznych, co ma poszerzyć dostęp do diagnozowania w kierunku zakażenia wirusem HIV i zwiększyć wskaźnik testowania w Polsce.³¹

³¹ Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”. NIZP-PZH, 2025. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/>

13

DR JAKUB GIERCZYŃSKI**EKSPERT SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA,
EUROPEAN HEALTH NETWORK**

Leczenie antyretrowirusowe (ARV) osób zakażonych HIV i chorych na AIDS prowadzone jest od 2001 r. w ramach programu polityki zdrowotnej ministra zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”.³² Dzięki realizacji programu zahamowano liczbę zachorowań na AIDS oraz przedłużono życie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS z utrzymaniem jego jakości. Stworzono również warunki optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie dla osób żyjących z HIV i AIDS. Według stanu na 9 października 2024 r. Program jest realizowany w 24 szpitalach lub placówkach medycznych, na bazie których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce (umowy z realizatorami na lata 2022–2026).

- W 21 szpitalach/placówkach medycznych program ARV jest realizowany w pełnym zakresie.
- 2 szpitale realizują program ARV w zakresie postępowania poekspozycyjnego wypadkowego pozazawodowego (Lublin – dzieci, Toruń).
- Instytut Matki i Dziecka w Warszawie prowadzi badania przesiewowe w kierunku zakażenia HIV u kobiet ciężarnych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych HIV – podawanie leków antyretrowirusowych kobiecie zakażonej HIV i noworodkowi.

32 Rządowy Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026”. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rzadowy-program-polityki-zdrowotnej-leczenie-antyretrowirusowe-osob-zyjacych-z-wirusem-hiv-w-polsce-na-lata-2022-2026>

Z perspektywy ekonomicznej program polityki zdrowotnej ministra zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” jest wysoce kosztowo-efektywny.

Według Krajowego Biura ds. AIDS na dzień 30 kwietnia 2025 r. w ramach Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026” leczeniem ARV objętych było 21 156 pacjentów, w tym 137 dzieci.³³ Szacunkowa wysokość środków finansowych na realizację programu leczenia ARV w latach 2022–2026 to 439,5 mln zł w 2022 r., 475,2 mln zł w 2023 r., 518,4 mln zł w 2024 r., 564,3 mln zł w 2025 r. i 612,9 mln zł w 2026 r. Wynika z tego, że roczny średni koszt pacjenta w tym programie wynosi 24 504 zł. Wynika to z podzielenia nakładów na program w 2024 r. na poziomie ok. 518,4 mln zł przez ok. 21 156 pacjentów objętych tym programem. Według Ministerstwa Zdrowia średni roczny koszt terapii pacjenta w ok. 130 programach lekowych NFZ wynosił w 2024 r. ok. 40 tys. zł.³⁴ Oznacza to, że średni roczny koszt leczenia

33 Podstawowe informacje epidemiologiczne. Krajowe Biuro do spraw AIDS. 2025 Dostępne: https://aids.gov.pl/hiv_aids/450-2-2/

34 „Leczymy 300 tys. pacjentów za 11 mld złotych”. Dyrektor Mateusz Oczkowski. „Rzeczpospolita”. Publikacja: 17.07.2025 Dostępne: <https://www.rp.pl/leki-i-terapię/art-42686661-leczymy-300-tys-pacjentow-za-11-mld-zlotych>

pacjenta w ramach programu polityki zdrowotnej jest około dwa razy niższy od średniego rocznego kosztu pacjenta w programach lekowych.

Do roku 2018 koszt realizacji programu w przeliczeniu na jednego pacjenta na jeden miesiąc wynosił ok. 3,2 tys. zł., natomiast od roku 2019 koszt ten, na wniosek Krajowego Centrum ds. AIDS, został określony na poziomie 2,25 tys. zł. Wynika to z faktu zwiększenia liczby dostępnych leków generycznych oraz polityki systematycznego obniżania cen leków.

Program pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” ma jasno zdefiniowane mierniki efektywności jego realizacji, które są na bieżąco monitorowane przez Krajowe Biuro ds. AIDS:

- liczba pacjentów włączanych do programu w każdym roku jego realizacji,
- liczba pacjentów objętych programem w podziale na poszczególne ośrodki będące realizatorami,
- liczba zgonów w przebiegu AIDS u pacjentów objętych leczeniem w okresie realizacji programu,
- liczba pacjentów leczonych danym lekiem,
- liczba pacjentów leczonych określonymi schematami terapeutycznymi w każdym roku realizacji programu,
- liczba osób, które otrzymały PEP po ekspozycji pozazawodowej wypadkowej w każdym roku realizacji programu,
- liczba kobiet ciężarnych objętych farmakologiczną profilaktyką zakażeń wertykalnych,
- liczba noworodków, które w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych otrzymały około-porodowo leki ARV,
- liczba rezygnacji z uczestnictwa w programie,
- liczba osób, które otrzymały profilaktykę farmakologiczną po ekspozycji pozazawodowej wypadkowej na zakażenie HIV,
- liczba i przedmiot zgłaszanych skarg,
- liczba osób pozostających pod opieką realizatorów programu, które nie rozpoczęły jeszcze terapii ARV (znaczenie prognostyczne),

- liczba oraz narodowość cudzoziemców objętych programem w każdym roku jego realizacji oraz zbiorczo na zakończenie programu.

Celem zwiększenia efektów programu pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” stwierdzono w jego zapisach, że przedekspozycyjna profilaktyka zakażenia HIV (PrEP – ang. pre-exposure prophylaxis) jest najskuteczniejszą i najbardziej efektywną kosztowo metodą zapobiegania zakażeniom HIV, szczególnie w populacjach o zapadalności powyżej 3 proc. Ten rodzaj profilaktyki farmakologicznej polega na stosowaniu leków antyretrowirusowych u osób niezakażonych HIV w celu zmniejszenia ryzyka nabycia tego zakażenia. Obecnie dotyczy to zwłaszcza mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Stosowanie PrEP może przynieść znaczne korzyści zdrowotne i finansowe dzięki zmniejszeniu liczby zakażeń HIV, a krótkoterminowe inwestycje w refundację PrEP przyniosą oszczędności w perspektywie długoterminowej.³⁵ Potwierdzają to także estymacje, że wprowadzenie PrEP jest opłacalne w perspektywie nawet 30 lat.³⁶ Dlatego optymalizacja opieki i refundacja publiczna PrEP mają kluczowe znaczenie dla zmniejszenia zachorowalności na HIV w Unii Europejskiej, a zwiększenie dostępności refundacyjnej PrEP jest wysoce opłacalną alternatywę w ograniczonych warunkach ekonomicznych wielu krajów.³⁷ Z racji udowodnionej efektywności-kosztowej należy włączyć finansowanie publiczne przedekspozycyjnej profilaktyki zakażenia HIV (PrEP).

35 López Seguí F, Oyón Lerga U, Laguna Marmol L, Coll P, Andreu A, Meulbroek M, López Casasnovas G, Estrada Cuxart O, Ara Rey J, Quiñones C, Pérez F, Fernandez J, Rive-ro À, Ricou Ríos L, Clotet B. Cost-effectiveness analysis of the daily HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men in Barcelona. PLoS One. 2023 Jan 17;18(1):e0277571. doi: 10.1371/journal.pone.0277571. PMID: 36649273; PMCID: PMC9844874. Dostępne: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9844874/>

36 Yamamoto, N., Koizumi, Y., Tsuzuki, S. et al. Evaluating the cost-effectiveness of a pre-exposure prophylaxis program for HIV prevention for men who have sex with men in Japan. Sci Rep 12, 3088 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07116-4> Dostępne: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-07116-4#citeas>

37 Comparing the Cost-Effectiveness of Alternative Policies for Recommending and Providing HIV Pre-exposure Prophylaxis to Men Who Have Sex With Men in the EU. Boxuan Wang, João Brázia, Andreia Sofia Teixeira, Eugenio Valdano medRxiv 2025.01.28.25321249; doi: <https://doi.org/10.1101/2025.01.28.25321249> Dostępne: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.01.28.25321249v2>

14

PODSUMOWANIE

Pomimo postępów w leczeniu zakażeń ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) epidemia nadal stanowi istotne wyzwanie zdrowotne w Europie, w tym w Polsce. Eliminację zakażeń HIV zdefiniowano hasłem „95-95-95”, które oznacza, iż 95 proc. osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 95 proc. osób wiedzących o zakażeniu będzie leczonych, a u 95 proc. osób objętych leczeniem wirus HIV będzie niewykrywalna. W 2023 r. żaden z krajów UE/EOG nie osiągnął pełnych celów 95-95-95, a jedynie 77 proc. osób żyjących z HIV miało supresję wirusową. Jednocześnie liczba nowych zakażeń HIV w regionie wzrosła o 12 proc., a ponad połowa przypadków to późne diagnozy. Wskazuje to na pilną potrzebę wzmocnienia działań profilaktycznych, w tym wdrożenia i upowszechnienia profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP).

W 2023 r. w UE/EOG żyło 820 tys. osób z HIV. Szacowana liczba nowych zakażeń HIV spadła o 35 proc. od 2010 r., ale nadal nie osiągnięto celu redukcji o 75 proc. do 2025 r. W Polsce wg danych PZH w 2023 r. rozpoznano 2192 nowe przypadki HIV, co stanowi znaczny wzrost w stosunku do lat poprzednich. W ciągu ostatnich 10 lat liczba nowo zakażonych w Polsce podwoiła się i obecnie wynosi na koniec 2024 r. 35 175 osób (dane Krajowego Centrum ds. AIDS). 92 proc. osób żyjących z HIV znało swój status, 93 proc. z nich było leczonych, a 93 proc. miało supresję wirusową, co oznacza, że 1 na 5 osób z HIV nadal ma poziom wirusa umożliwiający transmisję.

W 2023 r. w UE/EOG profilaktykę przedekspozycyjną (PrEP) stosowało 160 tys. osób (cel WHO na 2025 r. to 500 tys. osób). W Polsce w 2019 r. PrEP otrzymało jedynie 3 tys. osób, z czego 90 proc. stanowili mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami (MSM). 98 proc. użytkowników PrEP to MSM – wskazuje to na potrzebę rozszerzenia dostępu do innych grup. Brakuje danych o kobietach, migrantach, osobach używających narkotyków czy osobach transpłciowych. Zgodnie z raportem ECDC z 2024 r. profilaktyka

przedekspozycyjna (PrEP) jest skutecznym narzędziem zapobiegania HIV, jednak w Polsce dostęp do niej pozostaje ograniczony.³⁸ Tylko 7 krajów UE/EOG zapewnia bezpłatny dostęp do PrEP w publicznych placówkach. Polska nie ma w pełni wdrożonych krajowych wytycznych dotyczących PrEP, a dostępność tej formy profilaktyki dla osób z grup kluczowych – takich jak osoby migrujące, osoby używające narkotyków, osoby transpłciowe, czy pracownicy seksualni – jest niewystarczająca. Brakuje również danych dotyczących rzeczywistego zapotrzebowania na PrEP w tych populacjach.

W kontekście polskiej prezydencji w Radzie UE oraz wspólnego apelu Polski, Rumunii i Hiszpanii o intensyfikację działań na rzecz zakończenia epidemii HIV do 2030 r. Polska ma wyjątkową szansę, by objąć rolę lidera w regionie.³⁹ Wdrożenie narodowej strategii dotyczącej zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI), w tym HIV, powinno uwzględniać:

- opracowanie i wdrożenie krajowych wytycznych dotyczących PrEP zgodnych z zaleceniami EACS i WHO,
- zapewnienie bezpłatnego i szerokiego dostępu do PrEP, także dla osób nieubezpieczonych i migrantów,
- rozszerzenie punktów dostępu do PrEP poza ośrodki specjalistyczne – np. do organizacji społecznych i placówek podstawowej opieki zdrowotnej,

38 Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in Europe and Central Asia. Monitoring the implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2024 progress report (2023 data). <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/pre-exposure-prophylaxis-hiv-prevention-europe-and-central-asia-monitoring>

39 A call for action at the EU and national level to prioritise efforts and investment towards ending HIV epidemic in Europe until 2030, ensuring the implementation of appropriate political actions in the next crucial 6 years to come. Information from the Romanian, Polish and Spanish delegations <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11173-2024-INIT/en/pdf>

- przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV oraz tych, które korzystają z PrEP,
- wzmocnienie systemu monitorowania i zbierania danych nt. stosowania PrEP i potrzeb populacji kluczowych.

Zakończenie epidemii HIV do 2030 r. jest możliwe, ale wymaga zdecydowanych działań politycznych, inwestycji w profilaktykę oraz partnerskiej współpracy z organizacjami społecznymi.

Polska, jako kraj przewodniczący Radzie UE do końca czerwca 2025 r. oraz aktywny w Trio, razem z Danią i Cyprem, ma wyjątkową okazję do

końca czerwca 2026 r., by nadać nowy impuls europejskiej polityce zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom HIV i rozwoju AIDS.

Wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych, takich jak PrEP oraz poprawa dostępu do testowania i leczenia mogą znacząco przyczynić się do osiągnięcia Celu Zrównoważonego Rozwoju 3.3 (3.3 SDG, Sustainable Development Goals), który dotyczy zdrowia i dobrego samopoczucia, a konkretnie zakończenia epidemii AIDS, gruźlicy, malarii i zaniedbanych chorób tropikalnych oraz walki z zapaleniem wątroby, chorobami przenoszonymi przez wodę i innymi chorobami zakaźnymi do 2030 r.^{40,41}

40 Progress towards reaching the Sustainable Development Goal 3.3 targets related to HIV, TB, viral hepatitis and sexually transmitted infections in the European Union and European Economic Area. April 2025 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-tb-hepatitis-progress-sustainable-development-goal-2025>

41 Progress towards reaching the Sustainable Development Goal 3.3 targets related to HIV, tuberculosis, viral hepatitis and sexually transmitted infections in the EU/EEA 2024 progress report (2022–2023 data) <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-tb-hepatitis-progress-sustainable-development-goal-2025>

15

WNIOSKI

1. Pomimo postępów w leczeniu zakażeń ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) epidemia nadal stanowi istotne wyzwanie zdrowotne w Europie, w tym w Polsce.
2. Zakończenie epidemii HIV do 2030 r. jest możliwe, ale wymaga zdecydowanych działań politycznych, inwestycji w profilaktykę oraz partnerskiej współpracy z organizacjami społecznymi.
3. Przedekspozycyjna profilaktyka zakażenia HIV (PrEP – ang. pre-exposure prophylaxis) jest najszybszą i najbardziej efektywną kosztowo metodą zapobiegania zakażeniom HIV.
4. Edukacja zdrowotna w zakresie zapobiegania i profilaktyki zakażeń HIV oraz chorób przenoszonych drogą płciową (STI) powinna być rozpoczęta w szkołach i wspierana kampaniami edukacyjno-informacyjnymi w mediach.

16

REKOMENDACJE

1. Rekomendowane jest utrzymanie organizacji i finansowania modelu opieki nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS w ramach programu polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”.
2. Rekomendowana jest refundacja publiczna profilaktyki przedekspozycyjnej HIV (PrEP).
3. Rekomendowany jest wzrost edukacji społeczeństwa na temat problemu HIV/AIDS, większego zainteresowanie testami w kierunku HIV, świadomości stosowania profilaktyki przedekspozycyjnej HIV (PrEP) oraz brak stygmatyzacji osób zakażonych.

17

BIBLIOGRAFIA

1. „Polska potrzebuje edukacji, większego zainteresowanie testami w kierunku HIV i szerszego dostępu do profilaktyki przedekspozycyjnej”. Zdrowie i styl życia. PAP. 30.06.2025 r. Dostępne: <https://pap-mediroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/polska-potrzebuje-edukacji-wiekszego-za-interesowanie-testami-w-kierunku-hiv-i>
2. „HIV/AIDS – konieczna edukacja, testowanie i PrEP”. „Medycyna Praktyczna” 2.07.2025 r. Dostępne: https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/HIV-AIDS/show.html?id=383568&fbclid=I-wY2xjawL5LGBleHRuA2FibQlxMABicmlkETA2bVdtSno5TmlNellyazBJAR4-4tTmyC5e6ZJvY-4pVYtIN2ttaAtP-sOMKN_768mbat5N6mOD2aKBog_oOqg_aem_92-PIL_8k4DHkIk3XU3gag
3. Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”. NIZP-PZH, 2025. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/>
4. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, Corbelli GM, Estrada V, Geretti AM, Beloukas A, Raben D, Coll P, Antinori A, Nwokolo N, Rieger A, Prins JM, Blaxhult A, Weber R, Van Eeden A, Brockmeyer NH, Clarke A, Del Romero Guerrero J, Raffi F, Bogner JR, Wandeler G, Gerstoft J, Gutiérrez F, Brinkman K, Kitchen M, Ostergaard L, Leon A, Ristola M, Jessen H, Stellbrink HJ, Phillips AN, Lundgren J; PARTNER Study Group. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 2019 Jun 15;393(10189):2428–2438. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0. Epub 2019 May 2. PMID: 31056293; PMCID: PMC6584382. Dostępne: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30418-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30418-0/fulltext)
5. 2025 AIDS targets: the next generation of goals for the global AIDS response. Dostępne: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/july/20210721_2025-aids-targets
6. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2024–2023 data.
7. ECDC. Continuum of HIV care. Stockholm: ECDC; 2023.. Dostępne: www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/z-disease-list/hiv-infection-and-aids/prevention-and-control/monitoring-1
8. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2024–2023 data. European Centre for Disease Prevention and Control. 2024 Dostępne: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2024-2023-data>
9. Gokengin D, Bursa D, Skrzat-Klapaczynska A, Alexiev I, Arsikj E, Balayan T, Begovac J, Cicic A, Dragovic G, Harxhi A, Aimla K, Lakatos B, Matulionyte R, Mulabdic V, Oprea C, Papadopoulos A, Rukhadze N, Sedlacek D, Sojak L, Tomazic J, Vassilenko A, Vasylyev M, Verhaz A, Yancheva N, Yurin O, Kowalska J; Euroguidelines in Central and Eastern Europe (ECEE) Network Group. PrEP Scale-Up and PEP in Central and Eastern Europe: Changes in Time and the Challenges We Face with No Expected HIV Vaccine in the near Future. *Vaccines (Basel)*. 2023 Jan 4;11(1):122. doi: 10.3390/vaccines11010122. PMID: 36679967; PMCID: PMC9867039.
10. Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, et al. Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. *N Engl J Med*. 2023;388(14):1296–1306. doi:10.1056/NEJMoa2211934

11. Cornelisse VJ, Riley B, Medland NA. Australian consensus statement on doxycycline post-exposure prophylaxis (doxy-PEP) for the prevention of syphilis, chlamydia and gonorrhoea among gay, bisexual and other men who have sex with men. *Med J Aust*. 2024;220(7):381–386. doi:10.5694/mja2.52258
12. European Standards of HIV care for Pre-Exposure Prophylaxis. European Centre for Disease Prevention and Control. 2025. Dostępne: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/european-standards-hiv-prevention-and-care-module-pre-exposure-prophylaxis>
13. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. WHO 2020 Dostępne: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
14. NFZ o zdrowiu – HIV/AIDS. NFZ 2022. Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-hiv-aids>
15. HIV – skuteczne terapie i walka ze stygmatyzacją. Termedia. 2021. Dostępne: <https://www.termedia.pl/wartowiedziec/HIV-skuteczne-terapie-i-walka-ze-stygmatyzacja,44657.html>
16. Rezaei S, Ahmadi S, Rahmati J, Hosseini H, Dehnad A, Aryankhesal A, Shabaninejad H, Ghasemyani S, Alihosseini S, Bragazzi NL, Raoofi S, Kiaee ZM, Ghashghaei A. Global prevalence of depression in HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2019 Dec;9(4):404–412. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-001952. Epub 2019 Sep 19. PMID: 31537580. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31537580/>
17. Zeluf-Andersson G, Eriksson LE, Schönnesson LN, Höijer J, Månehall P, Ekström AM. Beyond viral suppression: the quality of life of people living with HIV in Sweden. *AIDS Care*. 2019 Apr;31(4):403–412. doi: 10.1080/09540121.2018.1545990. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30444140. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30444140/>
18. European Centre for Disease Prevention and Control. Stigma: survey of people living with HIV.
19. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV stigma in the healthcare setting. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Stockholm: ECDC; 2024. Dostępne: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Dublin%20-%20HIV%20stigma%202024-final-with-covers.pdf>
20. Badanie POSITIVE PERSPECTIVES WAVE 2. Sprawozdanie z wyników. Obraz życia osób żyjących z zakażeniem wirusem HIV. Dostępne: <https://fop2022.ippez.pl/wp-content/uploads/2022/02/POSITIVE-PERSPECTIVES-STUDY-2-Raport.pdf>
21. Badanie świadomości i wiedzy warszawiaków na temat HIV i AIDS, Raport Kantar Public dla Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy. Kantar. 2022. Dostępne: https://konsultacje.um.warszawa.pl/uploads/decidim/attachment/file/6794/PLAN_HIV_2025-2027.pdf
22. 2025 AIDS Targets. Dostępne: https://www.unaids.org/en/topics/2025_target_setting
23. Kampania U=U. Dostępne: <https://i-base.info/u-u-polish/>
24. The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief. Dostępne: <https://www.state.gov/pepfar/>
25. Rządowy Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026”. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rzadowy-program-polityki-zdrowotnej-leczenie-antyretrowirusowe-osob-zyjacych-z-wirusem-hiv-w-polsce-na-lata-2022-2026>
26. Krajowe Centrum AIDS. Dostępne: <https://aids.gov.pl/>
27. HIV statistics, globally and by WHO region. WHO 2024 Dostępne: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/hiv-epi-fact-sheet-march-2025.pdf>
28. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Dostępne: <https://ptnaids.pl/category/home/>

29. Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS 2025. Redakcja wydania 2025: Monika Bociąga-Jasik, Małgorzata Inglot, Elżbieta Jabłonowska, Paweł Jakubowski, Mirosław Jawień, Anna Kalinowska-Nowak, Tomasz Mikuła, Miłosz Parczewski, Ewa Siwak, Bartosz Szetela. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Warszawa-Kraków 2025. Dostępne: https://ptnaids.pl/wp-content/uploads/2025/06/Rekomendacje_PTN_AIDS_2025_2.pdf
30. Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”. NIZP-PZH, 2025. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/>
31. Rządowy Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026”. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rzadowy-program-polityki-zdrowotnej-leczenie-antyretrowirusowe-osob-zyjacych-z-wirusem-hiv-w-polsce-na-lata-2022-2026>
32. López Seguí F, Oyón Lerga U, Laguna Marmol L, Coll P, Andreu A, Meulbroek M, López Casasnovas G, Estrada Cuxart O, Ara Rey J, Quiñones C, Pérez F, Fernandez J, Rivero À, Ricou Ríos L, Clotet B. Cost-effectiveness analysis of the daily HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men in Barcelona. PLoS One. 2023 Jan 17;18(1):e0277571. doi: 10.1371/journal.pone.0277571. PMID: 36649273; PMCID: PMC9844874. Dostępne: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9844874/>
33. Yamamoto, N., Koizumi, Y., Tsuzuki, S. et al. Evaluating the cost-effectiveness of a pre-exposure prophylaxis program for HIV prevention for men who have sex with men in Japan. Sci Rep 12, 3088 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07116-4>. Dostępne: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-07116-4#citeas>
34. Comparing the Cost-Effectiveness of Alternative Policies for Recommending and Providing HIV Pre-exposure Prophylaxis to Men Who Have Sex With Men in the EU. Boxuan Wang, João Brázia, Andreia Sofia Teixeira, Eugenio Valdano medRxiv 2025.01.28.25321249; doi: <https://doi.org/10.1101/2025.01.28.25321249>. Dostępne: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.01.28.25321249v2>
35. Podstawowe informacje epidemiologiczne. Krajowe Biuro do spraw AIDS. 2025. Dostępne: https://aids.gov.pl/hiv_aids/450-2-2/
36. „Leczymy 300 tys. pacjentów za 11 mld złotych”. Dyrektor Mateusz Oczkowski. „Rzeczpospolita”. Publikacja: 17.07.2025. Dostępne: <https://www.rp.pl/leki-i-terapię/art42686661-leczymy-300-tys-pacjentow-za-11-mld-zlotych>
37. Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in Europe and Central Asia. Monitoring the implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2024 progress report (2023 data). <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/pre-exposure-prophylaxis-hiv-prevention-europe-and-central-asia-monitoring>
38. A call for action at the EU and national level to prioritise efforts and investment towards ending HIV epidemic in Europe until 2030, ensuring the implementation of appropriate political actions in the next crucial 6 years to come. Information from the Romanian, Polish and Spanish delegations <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11173-2024-INIT/en/pdf>

ISBN: 978-83-976234-2-2

Fundacja Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
Adres siedziby: ul. Woronicza 31/254
02-640 Warszawa
www.irss.org.pl



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**