

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Środki mające na celu zwalczanie stygmatyzacji związanej z HIV”

(opinia rozpoznawcza na wniosek prezydencji hiszpańskiej)

(2023/C 293/06)

Sprawozdawca: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Współsprawozdawczynie: **Nicoletta MERLO**

Wniosek prezydencji hiszpańskiej Pismo z 8.12.2022
w Radzie UE

Podstawa prawna	Artykuł 304 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej Opinia rozpoznawcza
Sekcja odpowiedzialna	Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa
Data przyjęcia przez sekcję	31.5.2023
Data przyjęcia na sesji plenarnej	14.6.2023
Sesja plenarna nr	579
Wynik głosowania (za/przeciw/wstrzymało się)	201/0/6

1. Wnioski i zalecenia

1.1. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę prezydencji hiszpańskiej dotyczącą wyznaczenia celu, jakim jest wyeliminowanie w Europie do 2030 r. stygmatyzacji i dyskryminacji związanych z HIV. Problem ten jest od zbyt dawna zaniedbywany, mimo że dostępne dane jednoznacznie wskazują na dalsze występowanie szkodliwych skutków tego zjawiska w różnych częściach świata, w określonych kontekstach społecznych i w kluczowych populacjach. W związku z tym EKES podziela pogląd prezydencji hiszpańskiej, że położenie kresu stygmatyzacji i dyskryminacji związanej z HIV należy uznać za jeden z priorytetów politycznych programu UE.

1.2. EKES zgadza się co do potrzeby wydania przez instytucje europejskie deklaracji wysokiego szczebla, która zostałaby przedstawiona Parlamentowi Europejskiemu 1 grudnia 2023 r., i zobowiązuje się ją popierać i brać udział w związanych z nią działaniach na każdym możliwym szczeblu, na wszelkie sposoby i na każdym forum.

1.3. EKES uważa, że w celu przezwyciężenia stygmatyzacji, dyskryminacji i fałszywych stereotypów niezbędne jest promowanie działań uświadamiających, szkoleniowych i informacyjnych, zwłaszcza w szkołach, z udziałem zorganizowanego społeczeństwa obywatelskiego oraz organizacji młodzieżowych i studenckich.

1.4. Identyfikacja i usunięcie barier dla profilaktyki przedekspozycyjnej w celu zwiększenia dostępu do leków oraz postępy we wdrażaniu tej profilaktyki są konieczne, aby dotrzeć do szerszego grona ludności oraz przyspieszyć postępy w kierunku położenia kresu epidemii AIDS do 2030 r. Działania zapobiegawcze, takie jak profilaktyka przed- i poekspozycyjna oraz leczenie jako profilaktyka, mogą mieć znaczący wpływ na zwalczanie HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.

1.5. Osoby żyjące z HIV muszą mieć równe szanse dostępu do świata pracy i rozwoju zawodowego. Powinny również mieć możliwość korzystania ze specjalnych rozwiązań, takich jak elastyczny czas pracy lub wydłużony urlop na wizyty lekarskie przy zagwarantowaniu poufności.

1.6. EKES podkreśla znaczenie podejmowania konkretnych działań na rzecz kluczowych populacji: aby skutecznie zaradzić epidemii HIV, ukierunkowane informacje i wdrażane przez instytucje programy profilaktyczne muszą dotrzeć do tych grup ludności, tak aby określone służby mogły proaktywnie się z nimi kontaktować, być może za pośrednictwem pozarządowych stowarzyszeń działających w danej społeczności.

1.7. Biorąc pod uwagę fakt, że w Ukrainie panuje druga co do wielkości w Europie Wschodniej i Azji Środkowej epidemia AIDS, EKES podkreśla, jak ważne jest, by kraje przyjmujące zapewniły ciągłość oraz darmowe testy na obecność wirusa HIV i darmowe leczenie dla uchodźców ukraińskich, zwiększając szanse na testowanie niezależnie od ich statusu w zakresie praw pobytu. Ponieważ większość uchodźców to kobiety i dzieci, rozszerzenie zakresu badań w szpitalach, podstawowej opiece zdrowotnej i w placówkach lokalnych może być najodpowiedniejszym rozwiązaniem dla uchodźców z Ukrainy.

1.8. Leczenie antyretrowirusowe (ART) może odgrywać podwójną rolę poprzez poprawę stanu zdrowia osób żyjących z HIV i skuteczne zapobieganie przenoszeniu wirusa HIV, ponieważ jest bardzo skuteczne w obniżaniu poziomu wirēmii HIV.

1.9. Szybka diagnoza zakażenia wirusem HIV, wczesne rozpoczęcie terapii i ciągłość opieki stanowią fundamenty kontroli rozprzestrzeniania się zakażenia. Ponieważ kilka państw już osiągnęło ten cel, EKES wzywa do realizacji nowego ambitnego celu dla wszystkich państw do 2030 r., tak aby zwiększyć poziom objęcia badaniami, leczeniem i supresją wirusologiczną do 95 %.

1.10. Zarówno ciągłość opieki, jak i ciągłość profilaktyki mogą w sposób synergiczny stanowić kompleksową odpowiedź na potrzebę zwalczania epidemii HIV, w związku z czym należy je rozwinąć i wdrożyć.

1.11. EKES wzywa do stworzenia nowych i innowacyjnych strategii mających na celu poprawę wczesnej diagnostyki i uświadomienie większej liczbie osób faktu zakażenia się poprzez szersze stosowanie zróżnicowanych i przyjaznych dla użytkownika sposobów podejścia do zwiększenia dostępności testów na obecność wirusa HIV, takich jak szybkie testy, testy dla całych społeczności i testy do samodzielnego wykonania, a także zintegrowane podejście do testów na obecność wirusa HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.

1.12. Społeczności odgrywają kluczową rolę w reagowaniu na HIV, gdyż promują odpowiedzialność, pobudzają aktywizm na rzecz profilaktyki, wdrażają działania i przyczyniają się do innowacji, które mają kluczowe znaczenie dla trwałego postępu.

1.13. Aby podtrzymać i przyspieszyć postępy w osiąganiu tych celów, EKES wzywa do dalszych wysiłków na rzecz opracowania i wdrożenia nowych programów mających na celu szerzenie świadomości co do seropozytywności i zwiększenie liczby osób objętych leczeniem z myślą o ograniczeniu rozprzestrzeniania się wirusa, a tym samym przenoszenia HIV, oraz ograniczenie przyczyn dyskryminacji w np. dostępie do zatrudnienia czy usług finansowych.

2. HIV w Europie

2.1. Przenoszenie HIV pozostaje poważnym problemem w zakresie zdrowia publicznego, dotyczącym ponad 36 mln ludzi na świecie, z czego 2,3 mln osób mieszka w regionie europejskim WHO, a zwłaszcza w jego wschodniej części. W 2021 r. w regionie europejskim zdiagnozowano blisko 107 000 osób, w tym około 17 000 osób w UE/EOG. Od 2012 r. utrzymuje się tendencja spadkowa w zakresie liczby zakażeń HIV; wyraźniejszy spadek zaobserwowano w 2020 i 2021 r. (- 24 %), być może w wyniku wpływu pandemii COVID-19 na korzystanie z usług medycznych i/lub ograniczenia przenoszenia zakażenia w związku ze środkami ochrony zdrowia publicznego wdrożonymi w okresie pandemii COVID-19.

2.2. HIV w Europie w nieproporcjonalny sposób dotyka populacji marginalizowanych społecznie i osób, których zachowanie jest stygmatyzowane społecznie, takich jak osoby przyjmujące narkotyki dożylnie i ich partnerzy seksualni, mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, osoby transpłciowe, osoby świadczące usługi seksualne, więźniowie i migranci.

2.3. Dane dokumentują różne wzorce i tendencje epidemiologiczne w poszczególnych krajach regionu europejskiego WHO: w UE/EOG i zachodniej części regionu głównym źródłem zakażenia jest przenoszenie drogą płciową między mężczyznami, natomiast we wschodniej części regionu jest to przenoszenie drogą płciową między osobami heteroseksualnymi i przyjmowanie narkotyków dożylnie.

2.4. Późna diagnoza HIV pozostaje wyzwaniem w większości krajów w regionie: u ponad 50 % osób zdiagnozowano HIV, gdy liczba komórek CD4 była niższa niż 350/mm³.

3. Ciągłość opieki w zakresie HIV w przypadku uchodźców z Ukrainy

3.1. Od początku wojny 24 lutego 2022 r. ponad 13,5 mln osób, w tym osoby żyjące z HIV (szacowane na 10 000–30 000 osób) i kluczowe populacje, zostało wewnętrznie przesiedlonych lub zmuszonych do ucieczki do sąsiednich państw jako uchodźcy.

3.2. Ukraina jest krajem z drugą co do wielkości epidemią AIDS w regionie Europy Wschodniej i Azji Środkowej. Liczba nowych diagnoz HIV wzrosła z 14 240 w 2016 r. do 16 270 w 2019 r. i nieznacznie spadła do 15 660 w 2020 r., prawdopodobnie z powodu kryzysu związanego z COVID-19. Dane z nadzoru pokazują, że zgłoszono 9 000–10 000 przypadków zakażenia w wyniku **kontaktów heteroseksualnych i około 5 000 przypadków zakażenia w wyniku dożylnego używania środków odurzających.**

3.3. Przed wybuchem wojny Ukraina poczyniła znaczne postępy w przeciwdziałaniu AIDS: opieka i leczenie dla osób z HIV były dostępne bezpłatnie w rządowych klinikach HIV w całym kraju i coraz więcej osób żyjących z HIV korzystało z terapii antyretrowirusowej (ARV). Szacowano, że w 2021 r. spośród 240 000 osób żyjących z HIV (0,6 % ludności Ukrainy) ponad 150 000 osób było objętych leczeniem antyretrowirusowym (62 %), a 94 % osób poddanych leczeniu osiągnęło supresję wirusa.

3.4. W tym kraju agencje i partnerzy ONZ w terenie, tacy jak fundusz kryzysowy UNAIDS, ściśle współpracują z władzami lokalnymi, by móc dotrzeć do potrzebujących i udzielić im pomocy. Ostatnio dostarczyli oni pomoc humanitarną na najbardziej dotknięte wojną obszary kraju, które dopiero teraz stały się dostępne. Koalicja rządu, społeczeństwa obywatelskiego i organizacji międzynarodowych była i nadal jest podstawą skutecznego działania dotyczącego HIV w Ukrainie podczas wojny.

3.5. UNAIDS będzie nadal wspierać profilaktykę HIV, badania, leczenie, opiekę i wsparcie dla osób na całym terytorium Ukrainy dotkniętych wojną i osób przesiedlonych w wyniku konfliktu.

3.6. W dokumencie Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC)⁽¹⁾, opublikowanym w lipcu 2022 r., przedstawiono kluczowe kwestie, które mają pomóc w podejmowaniu decyzji i praktycznym wdrażaniu świadczeń w celu utrzymania standardów jakości opieki nad osobami z HIV dla uchodźców ukraińskich. W szczególności podkreślono znaczenie zapewnienia przez państwa przyjmujące ciągłości i bezpłatności badań na obecność wirusa HIV oraz leczenia dla uchodźców ukraińskich, zwiększając szanse na testowanie niezależnie od statusu w kwestii praw pobytu, ponieważ ograniczony dostęp do leczenia antyretrowirusowego prowadzi do zwiększonego ryzyka zachorowań, zgonów, pojawienia się opornych szczepów i potencjalnie do dalszego przenoszenia wirusa. Ponieważ większość uchodźców to kobiety i dzieci, rozszerzenie zakresu badań w szpitalach, podstawowej opiece zdrowotnej i w placówkach lokalnych może być najodpowiedniejszym rozwiązaniem dla uchodźców z Ukrainy.

4. HIV na świecie

4.1. Panuje powszechna zgoda co do tego, że obecnie istnieją narzędzia pozwalające położyć kres epidemii AIDS. W ciągu ostatnich dwudziestu lat coraz więcej badań w różnych środowiskach pokazało, że leczenie antyretrowirusowe (ARV) może odgrywać podwójną rolę poprzez poprawę zdrowia osób żyjących z HIV i skuteczne zapobieganie przenoszeniu wirusa HIV (leczenie jako profilaktyka), ponieważ jest ono bardzo skuteczne w supresji poziomu wirusii HIV (supresja rozumiana jako poziom poniżej 200 kopii/ml).

4.2. W ostatnich latach szeroko stosowana jest strategia, w ramach której szybka diagnoza zakażenia wirusem HIV, wczesne rozpoczęcie terapii i ciągłość opieki stanowią fundamenty kontroli rozprzestrzeniania się zakażenia. W 2014 r. UNAIDS wyznaczył cel 90-90-90 (90 % osób zdiagnozowanych, 90 % z nich objętych leczeniem i 90 % osób leczonych z supresją wirusa). Jeżeli cele te zostaną osiągnięte, 73 % wszystkich osób żyjących z HIV osiągnie supresję wirusa, a osoby z supresją wirusa nie mogą przekazywać wirusa HIV.

4.3. Istnieją dowody na to, że pod koniec 2020 r. kilka państw o zróżnicowanej geografii i epidemiologii i odmiennym poziomie dochodów już osiągnęło ten cel. Eksperci sądzą, że wyniki te mogłyby potencjalnie wskazywać, że możliwe byłoby osiągnięcie nowego ambitnego celu dla wszystkich państw do 2030 r., tak aby zwiększyć poziom objęcia badaniami, leczeniem i supresją wirusologiczną do 95 %. Aby podtrzymać i przyspieszyć postępy w osiągnięciu tych celów w odpowiedzi na epidemię HIV, konieczne są dalsze wysiłki w zakresie opracowywania i wdrażania nowych programów mających na celu szerzenie świadomości co do seropozytywności i zwiększenie liczby osób objętych leczeniem (podejście oparte na powszechnym badaniu i leczeniu), aby ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa, a tym samym przenoszenie HIV. Takie nowe programy nie powinny skupiać się wyłącznie na standardowych środkach, które mają być stosowane, lecz muszą być również wdrażane zgodnie z potrzebami i szczególnymi wymogami osób żyjących z HIV.

4.4. W ostatnim czasie coraz częściej proponuje się podejście podobne do ciągłości opieki nad osobami z HIV, czyli ciągłość profilaktyki HIV, skierowane do populacji zagrożonej zakażeniem wirusem HIV i mające zapewnić, że osoby te pozostaną niezakażone wirusem HIV. Ciągłość profilaktyki HIV opiera się na testach na obecność wirusa HIV, które stanowią jej podstawę, a następnie na kontaktowaniu osób niezakażonych wirusem HIV ze służbami zajmującymi się

⁽¹⁾ Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób *Kwestie operacyjne dotyczące zapewnienia w UE/EOG ciągłości opieki uchodźcom z Ukrainy zakażonym HIV*, 5 lipca 2022 r., Sztokholm, ECDC, 2022.

profilaktyką, utrzymaniu kontaktu i dalszym korzystaniu z usług w celu uzyskania stałego doradztwa w zakresie ograniczania ryzyka oraz konsekwentnym korzystaniu z prezerwatyw w celu zapobiegania zakażeniu HIV i przenoszeniu wirusa. Utrzymanie kontaktu jest również ważne, aby zapewnić powtarzanie testów na obecność wirusa HIV i wczesną diagnozę w przypadku zakażenia wirusem HIV. Nowo zakażone osoby muszą zostać niezwłocznie objęte opieką i leczeniem HIV oraz trzeba wdrożyć inne metody profilaktyki, takie jak testowanie partnerów oraz stosowanie prezerwatyw i leków antyretrowirusowych w ramach profilaktyki. Kilka badań wykazało, że na poziomie populacji zarówno ciągłość opieki, jak i ciągłość profilaktyki mogą w wyniku efektu synergii stanowić całościową odpowiedź na epidemię HIV.

4.5. Potrzebne są nowe i innowacyjne strategie mające na celu poprawę wczesnej diagnostyki i uświadomienie większej liczbie osób faktu zakażenia się poprzez szersze stosowanie zróżnicowanych i przyjaznych dla użytkownika sposobów podejścia do zwiększenia dostępności testów na obecność wirusa HIV, takich jak szybkie testy, testy dla całych społeczności i testy do samodzielnego wykonania, a także zintegrowane podejście do testów na obecność wirusa HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.

4.6. WHO zaleca kompleksowy pakiet usług zdrowotnych w zakresie profilaktyki HIV, ze szczególnym naciskiem na dotarcie do kluczowych populacji. Szczególne znaczenie ma połączenie profilaktyki HIV ze świadczeniami w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, zdrowia psychicznego, zapobiegania i opieki w odniesieniu do przemocy seksualnej i przemocy ze względu na płeć, leczenia uzależnienia od narkotyków, profilaktyki i opieki odnośnie do zapalenia wątroby typu C, kontroli gruźlicy, zdrowia w więzieniach, chorób niezakaźnych oraz usług wsparcia prawnego i socjalnego.

4.7. Dostępność różnych opcji wykonania testu na obecność wirusa HIV może zapewnić możliwość szybkiej diagnozy różnym grupom społecznym narażonym na zakażenie HIV.

4.8. UNAIDS zaleca podejście do profilaktyki HIV oparte na „profilaktyce łączonej”. Ponieważ żadna pojedyncza strategia profilaktyki nie jest wystarczająca do powstrzymania rozprzestrzeniania się choroby, podejście to wymaga interwencji biomedycznych, behawioralnych i strukturalnych, które są specjalnie wybrane i dostosowane do lokalnych potrzeb, określonych przez same dotknięte społeczności. Aby przyniosły efekty, działania te muszą być skoordynowane, skuteczne, spójne i inspirowane podzielanym zobowiązaniem do realizacji wspólnych celów.

5. Reakcja społeczności na HIV

5.1. Z historycznego punktu widzenia rola społeczności osób żyjących z HIV, grup marginalizowanych i słabszych, kobiet i młodzieży w zapewnianiu usług związanych z HIV, badaniach i rozwoju leków, rzecznictwie, odpowiedzialności społecznej i politycznej, mobilizacji zasobów oraz ochronie praw socjalnych i praw człowieka jest dobrze udokumentowana i uznana przez UNAIDS⁽²⁾. Ostatnie trzy dziesięciolecia pokazały, że społeczności osób żyjących z HIV i ich rówieśnicy odgrywają zasadniczą rolę w podtrzymywaniu zaangażowania i propagowania równości w dziedzinie zdrowia oraz finansowania zdrowia, a także w zapewnianiu uznania i poszanowania praw człowieka wszystkich ludzi. Jakość i skuteczną integrację systemów ochrony zdrowia i powszechnej opieki zdrowotnej można skuteczniej zaprojektować, wdrożyć i utrzymać, gdy w centrum zainteresowania znajdują się społeczności osób żyjących z HIV i ich rówieśników. Przywództwo i zaangażowanie społeczności przyczyniły się bezpośrednio do poprawy wyników w zakresie dostępu do leczenia HIV, profilaktyki, wsparcia i usług opieki na całym świecie.

5.2. Społeczności odgrywają kluczową rolę w reagowaniu na HIV, gdyż promują odpowiedzialność, pobudzają aktywizm na rzecz profilaktyki, wdrażają działania i przyczyniają się do innowacji, które mają kluczowe znaczenie dla trwałego postępu. Platformy świadczenia usług kierowane przez społeczność są często bardziej skuteczne niż formalne platformy oparte na placówkach opieki zdrowotnej, jeśli chodzi o dotarcie do populacji zmarginalizowanych i otoczonych niewystarczającą opieką, zwłaszcza tam, gdzie stygmatyzacja i dyskryminacja są powszechne. Organizacje kierowane przez społeczność są dobrze przygotowane do identyfikowania luk w usługach, ograniczeń, które utrudniają świadczenie usług i korzystanie z nich, a także możliwości uznania usług za część praw podstawowych jednostki oraz uczynienia ich bardziej skoncentrowanymi na człowieku, dogodniejszymi i skuteczniejszymi.

5.3. Społeczność (rozumiana jako grupa stowarzyszeń pozarządowych i organizacji zaangażowanych w przeciwdziałanie AIDS i codzienną obronę praw osób zakażonych HIV) odgrywa kluczową rolę w oddawaniu głosu najsłabszym i zagrożonym populacjom oraz dostarcza skutecznych rozwiązań pomagających opanować epidemię HIV/AIDS. Jej rola jest tak duża, że w 2019 r. Światowa Organizacja Zdrowia (UNAIDS) zadeedykowała jej Światowy Dzień Walki z AIDS (1 grudnia) pod hasłem „Communities make the difference” – „Społeczności mają znaczenie”.

(²) W 2016 r. światowe przywódczyni i przywódcy podpisali deklarację polityczną ONZ w sprawie wyeliminowania AIDS, w której uznano zasadniczą rolę społeczności w rzecznictwie, w udziale w koordynacji reakcji na AIDS i w świadczeniu usług. Ponadto uznali oni, że należy zwiększyć skalę reakcji społeczności na HIV i zobowiązać się do tego, by do 2030 r. co najmniej 30 % usług było kierowanych przez społeczność.

5.4. Warto również rozważyć zapewnienie stałego monitorowania i przeprowadzania ocen skutków różnych polityk zdrowotnych i przyjętych w każdym państwie członkowskim ram prawnych poprzez zaangażowanie niezależnych i bezstronnych podmiotów, w tym w celu opracowania najlepszych praktyk, które należy przedstawiać i wymieniać na szczeblu europejskim.

5.5. Mimo dążenia do normalizacji stanu seropozytywności i świadomości w tym zakresie, zaleca się poszanowanie prywatności każdej osoby zarówno w kontaktach z placówkami opieki zdrowotnej w celu uzyskania dostępu do usług, jak i w codziennym życiu (szkoła, praca itp.). W związku z tym we wszystkich państwach członkowskich przepisy muszą mieć na celu zagwarantowanie ochrony podstawowych praw i wolności, a także przyrodzonej godności osoby zakażonej wirusem HIV.

5.6. Aby przezwyciężyć stygmatyzację, dyskryminację i fałszywe stereotypy, należy promować podnoszenie świadomości, szkolenia i działania informacyjne, zwłaszcza w szkołach, angażując zorganizowane społeczeństwo obywatelskie, np. lokalne stowarzyszenia i społeczności, organizacje młodzieżowe i studenckie.

6. Profilaktyka przedekspozycyjna w zapobieganiu zakażeniu wirusem HIV

6.1. Profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP) to biomedyczne podejście do profilaktyki HIV, które oznacza, że osoby narażone na wysokie ryzyko zakażenia HIV przyjmują doustne leki antyretrowirusowe. Skuteczność profilaktyki przedekspozycyjnej jest dobrze udokumentowana, jeżeli leki są przyjmowane zgodnie z zaleceniami. Jest to zasadniczy element „profilaktyki łączonej” niezbędny do osiągnięcia celu zrównoważonego rozwoju, jakim jest położenie kresu epidemii AIDS do 2030 r., i stosowanie takiej profilaktyki jest zalecane w krajowych i międzynarodowych wytycznych. Zgodnie z opinią ECDC kraje UE powinny rozważyć włączenie profilaktyki przedekspozycyjnej do swoich istniejących programów profilaktyki HIV dla kluczowych populacji i osób najbardziej zagrożonych zakażeniem wirusem HIV.

6.2. W kilku badaniach opisano powolne przyjmowanie się profilaktyki przedekspozycyjnej w warunkach klinicznych oraz nieoptymalną kontynuację opieki. Zapewnienie wytrwałości w profilaktyce przedekspozycyjnej wiąże się z największym wpływem na zachorowalność na HIV, jednak wielu użytkowników zaprzestaje stosowania tej profilaktyki w ciągu pierwszego roku od jej rozpoczęcia i stwierdzono, że kontynuowała ją mniej niż połowa. Przyczyny zaprzestania stosowania profilaktyki przedekspozycyjnej są różne: zmiany w zachowaniach seksualnych w niektórych okresach życia, niepożądane skutki używania narkotyków, ale również niska świadomość ryzyka, obawy co do niedostatecznej ochrony w ramach tej profilaktyki, doświadczanie stygmatyzacji, zakłócenia w codziennych przyzwyczajeniach i używanie substancji, koszty i brak ochrony ubezpieczeniowej i wsparcia finansowego oraz częste wizyty u lekarza.

6.3. Dostępność profilaktyki przedekspozycyjnej w Europie jest fragmentaryczna, złożona i ciągle się zmienia. Rozkład geograficzny oferty profilaktyki przedekspozycyjnej jest bardzo zróżnicowany w Europie i Azji Środkowej. Identyfikacja i usunięcie barier dla profilaktyki przedekspozycyjnej w celu zwiększenia dostępu do leków oraz postępy we wdrażaniu tej profilaktyki są konieczne, aby dotrzeć do szerszego grona ludności oraz przyspieszyć postępy w kierunku położenia kresu epidemii AIDS do 2030 r.

6.4. Działania zapobiegawcze, takie jak profilaktyka przed- i poekspozycyjna oraz leczenie jako profilaktyka, mogą mieć znaczący wpływ na zwalczanie HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.

7. Kluczowe populacje

7.1. Pomimo doskonałych wyników w ograniczaniu zakażeń wirusem HIV w różnych częściach świata (i znacznego zmniejszenia liczby zgonów spowodowanych AIDS) w ostatnich dziesięcioleciach szeroki wachlarz połączonych środków profilaktyki HIV bynajmniej nie jest powszechnie dostępny. A tam, gdzie nie ma leczenia AIDS, zakażenia wirusem HIV nadal rozprzestrzeniają się w niewspółmierny sposób i ludzie nadal umierają.

7.2. Zakażenia HIV nadal rozprzestrzeniają się wśród osób, do których z różnych powodów nie docierają środki zapobiegawcze lub które po zakażeniu nie są w stanie skorzystać z obecnie dostępnego leczenia antyretrowirusowego. Osoby te, które są bardziej narażone na zakażenie HIV, takie jak osoby uzależnione od narkotyków, osoby świadczące usługi seksualne, geje i mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, więźniowie, osoby transpłciowe, migranci i partnerzy osób z tych grup, są określane jako „kluczowe populacje” i charakteryzują się wyższym wskaźnikiem zachorowalności i umieralności niż ogół społeczeństwa, niższym dostępem do usług zdrowotnych, a także odgrywają kluczową rolę w rozprzestrzeleniu się epidemii. Niemniej jednak połączone usługi profilaktyki HIV dotarły do mniej niż połowy osób w tych grupach, co dowodzi, że populacje te są nadal marginalizowane i pozostawiane w tyle, jeśli chodzi o najnowsze postępy w walce z AIDS.

7.3. Podatność tych podgrup ludności na zagrożenia może zależeć zarówno od konkretnych praktyk stosowanych przez te grupy, jak i od trudności w dostępie do usług związanych z HIV ze względu na ubóstwo i warunki spowodowane marginalizacją i izolacją w różnych kontekstach społecznych z różnych powodów, takich jak względy kulturowe, religijne, a nawet prawne.

7.4. Aby ułatwić dotarcie do każdej kluczowej populacji, włącznie z osobami mieszkającymi na obszarach peryferyjnych, należy rozpowszechniać i wzmacniać korzystanie z zespołów w terenie, w tym do świadczenia podstawowych usług takich jak szybkie testy. Usługi mobilne będą również mogły stanowić pierwszy kontakt w celu zapewnienia skuteczniejszej i trwalszej opieki nad daną osobą w bardziej odpowiednich lokalizacjach dla osób mieszkających na obszarach peryferyjnych lub trudno dostępnych.

7.5. W niektórych sytuacjach kobiety znajdują się w jeszcze bardziej niekorzystnej sytuacji niż mężczyźni, są w gorszej sytuacji ekonomicznej, nie zawsze są w stanie negocjować, jeśli chodzi o kontakty seksualne, i często padają ofiarą przemocy⁽³⁾. W innych sytuacjach dyskryminacja związana z niektórymi praktykami, jak również uprzedzenia, nietolerancja lub nawet represyjne przepisy penalizujące homoseksualizm uniemożliwiają swobodny dostęp do usług. Bardzo często obserwujemy również nakładanie się różnych czynników zwiększających podatność.

7.6. Osoby żyjące z HIV muszą mieć równe szanse dostępu do świata pracy i rozwoju zawodowego. Powinny również mieć możliwość korzystania ze specjalnych rozwiązań, takich jak elastyczny czas pracy lub wydłużony urlop na wizyty lekarskie przy zagwarantowaniu poufności. W niektórych krajach osobom zakażonym wirusem HIV zakazano wykonywania pewnych zawodów, np. pracy w policji, służbach celnych i obiektach penitencjarnych⁽⁴⁾. Osoby zakażone wirusem HIV nadal napotykają trudności i muszą płacić wyższe stawki przy ubieganiu się o ubezpieczenie, kredyty hipoteczne i pożyczki, nawet jeśli w niektórych państwach członkowskich podjęto środki ułatwiające dostęp i ograniczające wzrost stóp procentowych dla osób cierpiących na ciężkie schorzenia. EKES wzywa do określenia warunków odzwierciedlających poprawę w zakresie leczenia, zdrowia i średniego trwania życia. W celu poprawy dostępu do takich usług finansowych należy zatem wykorzystać zanonimizowane dane statystyczne dostępne za pośrednictwem europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia.

7.7. Sytuacja epidemiologiczna związana z COVID-19 wywarła głęboki wpływ na systemy ochrony zdrowia na całym świecie, jeszcze bardziej pogłębiając istniejące nierówności i utrudniając osiągnięcie celów WHO, zwłaszcza w krajach o ograniczonych zasobach. Podobnie uważa się, że zakłócenia związane ze środkami zapobiegawczymi doprowadziły do nieuniknionego wzrostu liczby przypadków HIV; wystarczająco dużego, by zaprzepaścić wszystkie postępy osiągnięte dzięki wysiłkom podjętym w poprzednich latach.

7.8. W Europie kluczowe populacje najbardziej dotknięte HIV to osoby uzależnione od narkotyków, mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) i migranci. Współczynnik chorobowości różni się geograficznie, w zależności od kraju. Aby móc skutecznie zaradzić epidemii HIV, ukierunkowane informacje i wdrażane przez instytucje programy profilaktyczne muszą dotrzeć do tych grup ludności, tak aby określone służby mogły proaktywnie się z nimi kontaktować, być może za pośrednictwem pozarządowych stowarzyszeń działających w danej społeczności.

7.9. Opieka zdrowotna jest niezbywalnym prawem każdej osoby⁽⁵⁾. W związku z tym wszystkim osobom zakażonym HIV należy zagwarantować bezpłatny dostęp do opieki medycznej i do minimalnego wspólnego standardu jakości usług na rzecz dobrostanu osób dotkniętych HIV, bez dyskryminacji i ograniczeń, zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jak ma to miejsce w przypadku każdej innej choroby. Należy uważnie monitorować i kontrolować przestrzeganie zasad równości i skuteczności.

8. Osoby uzależnione od narkotyków

8.1. Uzależnienie od narkotyków przyjmowanych dożylnie zawsze wiązało się z ryzykiem przenoszenia wirusa HIV ze względu na wymianę zakażonego sprzętu używanego do przyjmowania narkotyków. Jednak używanie narkotyków inaczej niż dożylnie również może iść w parze z niebezpiecznymi praktykami seksualnymi, a tym samym z potencjalnym ryzykiem zakażenia się wirusem HIV i jego przenoszenia, a także z ryzykiem zakażenia się innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową. W szczególności używanie substancji pobudzających, takich jak kokaina, crack i metamfetamina, często wiąże się z praktykami seksualnymi wysokiego ryzyka. Nie należy zatem lekceważyć przenoszenia HIV drogą płciową wśród osób uzależnionych od narkotyków.

⁽³⁾ Chociaż UE podpisała konwencję stambulską w 2017 r., niektóre państwa członkowskie nadal jej nie ratyfikowały.

⁽⁴⁾ Przepisy często pochodzą z wczesnych lat epidemii HIV, kiedy mniej było wiadomo o przenoszeniu wirusa i nie było leczenia.

⁽⁵⁾ Zgodnie z art. 25 Powszechnej deklaracji praw człowieka oraz art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej.

8.2. W 2018 r. ponad 80 % zakażeń HIV w Europie Wschodniej dotyczyło osób uzależnionych od narkotyków, zazwyczaj bardzo młodych i głównie kobiet. Młode kobiety są bardziej dotknięte problemem niż mężczyźni, w tym ze względu na prostytutkę, która jest ściśle powiązana z używaniem narkotyków. Lokalne epidemie HIV udokumentowano również wśród zmarginalizowanych populacji osób przyjmujących narkotyki dożylnie w Europie Zachodniej.

8.3. Wśród więźniów odnotowuje się wyższy odsetek osób, które przyjmują narkotyki, i panują wśród nich bardziej szkodliwe wzorce przyjmowania narkotyków niż wśród ogółu społeczeństwa, w tym przyjmowanie pozajelitowe, co sprawia, że narkomani poddani karze pozbawienia wolności są szczególnie podatni na zagrożenia.

8.4. Osoby uzależnione od narkotyków mają słaby dostęp do badań i istnieje większe prawdopodobieństwo, że otrzymają późną diagnozę. Nawet we Włoszech osoby uzależnione od narkotyków poddane badaniu na obecność HIV stanowiły niski odsetek wszystkich osób korzystających z lokalnych usług dotyczących uzależnień i przy braku objawów związanych z HIV rzadko oferuje się badania na obecność HIV.

8.5. Dostęp do leczenia dla osób zażywających narkotyki jest niezaprzeczalnie bardzo niski, choć różni się w zależności od kraju. Ogólnie szacuje się, że jedynie 8 % osób uzależnionych od narkotyków jest objętych leczeniem antyretrowirusowym, a wśród wszystkich osób leczonych tylko 20 % to osoby uzależnione od narkotyków. W porównaniu z osobami żyjącymi z HIV wśród ogółu społeczeństwa osoby uzależnione od narkotyków mają również mniejsze prawdopodobieństwo osiągnięcia supresji wirusowej. Wynika to z faktu, że mniejszy odsetek osób uzależnionych od narkotyków konsekwentnie poddaje się leczeniu i często osoby te całkowicie zaprzestają leczenia. Prowadzi to do wyższego ryzyka zgonu z powodu AIDS wśród populacji osób uzależnionych od narkotyków i zakażonych wirusem HIV.

8.6. Programy mające na celu skuteczniejsze dotarcie do osób uzależnionych od narkotyków są niezbędne, abyśmy mogli dążyć do osiągnięcia celu, jakim jest zapewnienie powszechnego dostępu do leczenia HIV, zarówno w Europie, jak i poza nią.

9. Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (MSM)

9.1. Ogólnie rzecz biorąc, wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) ryzyko zakażenia wirusem HIV jest 27 razy większe niż w przypadku ogółu społeczeństwa⁽⁶⁾. Niektóre czynniki biologiczne ułatwiają zakażenie się wirusem HIV. Większość MSM zakaża się HIV przez seks analny bez zabezpieczenia, co stanowi najbardziej ryzykowny sposób zarażenia wirusem HIV w porównaniu z innymi praktykami seksualnymi. W tej grupie ludności duża liczba partnerów seksualnych i powszechne stosowanie substancji psychoaktywnych, w tym narkotyków przyjmowanych dożylnie (co często oznacza wykonywanie czynności seksualnych pod wpływem środków odurzających), mogą również przyczynić się do wysokiej częstości występowania HIV.

9.2. Rosnąca dostępność leczenia antyretrowirusowego, która ogólnie doprowadziła do znacznego spadku rozprzestrzeniania się HIV, nie przyniosła takiego samego skutku w przypadku MSM. Wręcz przeciwnie, w ostatnich latach w wielu krajach zachodnich odnotowano wzrost częstości występowania HIV w tej populacji⁽⁷⁾, a także stopniowy wzrost odsetka przypadków przypisywanych przeniesieniu wirusa przez MSM.

9.3. Prezerwatywy pomagają zapobiegać przenoszeniu HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową; jednak korzystanie z prezerwatywy nie jest rozpowszechnione ze względu na bariery kulturowe, edukacyjne i związane z zaopatrzeniem, które odzwierciedlają różne konteksty społeczne i dotyczące świadczeń zdrowotnych.

9.4. W wielu krajach i w wielu indywidualnych okolicznościach istnieją różne bariery w dostępie do narzędzi profilaktycznych ze względu na stygmatyzację, homofobię i dyskryminację, co utrudnia dostęp do usług zdrowotnych i odpowiednich informacji. W wielu przypadkach represyjne prawo karne penalizuje mające kontakty seksualne z osobami tej samej płci, zmuszając je do zejścia do podziemia i ukrywania orientacji seksualnej lub, co gorsza, tożsamości. Nawet jeżeli przepisy nie są jawnie dyskryminujące, stygmatyzacja i strach zniechęcają ludzi do korzystania z usług związanych z HIV, co sprawia, że nie są oni świadomi dostępnych narzędzi zapobiegania zakażeniu wirusem HIV.

9.5. Stygmatyzacja ma również wpływ na dostęp do badań i diagnostyki. Wielu MSM zgłasza obawy przed osądem pracowników opieki zdrowotnej i zwleka z badaniem, co często prowadzi do późnych diagnoz. Brak świadomości statusu zakażenia oznacza, że nie mają oni dostępu do leków antyretrowirusowych, które nie tylko wpływają na zdrowie zainteresowanych osób, ale też zmniejszają ryzyko przeniesienia wirusa na partnerów seksualnych.

⁽⁶⁾ Choć ryzyko zakażenia wirusem HIV jest wyższe w przypadku MSM na całym świecie, wskaźniki zakażeń różnią się w zależności od obszaru geograficznego: MSM odpowiadają za 50 % wszystkich nowo zgłoszonych przypadków HIV w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej, 47 % przypadków zgłoszonych w Ameryce Łacińskiej, ok. 20 % w Europie Wschodniej, Azji, na Bliskim Wschodzie i w Afryce Północnej oraz 12 % w Afryce.

⁽⁷⁾ W Europie Zachodniej liczba osób zakażonych wirusem HIV wśród MSM wzrosła w latach 2010–2014 o prawie 20 %. Wśród mężczyzn we Włoszech większość nowych diagnoz HIV dotyczy MSM.

9.6. Wielu mężczyzn stwierdza, że woli wykonywać badania poza tradycyjnymi placówkami opieki zdrowotnej. Wspierane przez społeczność programy badań (stowarzyszenia pozarządowe) mogłyby w różnych sytuacjach stanowić wspierający sposób promowania profilaktyki i zapewniania dostępu do testów osobom najbardziej zagrożonym, wśród których wskaźniki zakażeń są wyższe.

9.7. Aby móc osiągnąć cel 90-90-90 także wśród MSM, niezbędna jest współpraca między społecznościami i instytucjami.

10. Migranci

10.1. Szacuje się, że na całym świecie jest około 231 mln migrantów. Migracja stawia ludzi w sytuacji skrajnej podatności na zakażenie wirusem HIV ze względu na czynniki społeczno-gospodarcze i polityczne, a w niektórych krajach została nawet uznana za największy czynnik ryzyka zakażenia HIV. Migranci codziennie napotykać przeszkody utrudniające dostęp do usług zdrowotnych i społecznych. Wykluczenie społeczne sprawia, że są szczególnie narażeni na zakażenie HIV.

10.2. Ponad jedna trzecia nowych diagnoz HIV w UE dotyczy migrantów⁽⁸⁾. Choć liczba ta maleje, połowa migrantów, u których zdiagnozowano HIV, pochodzi z krajów o wysokiej endemiczności (np. z Afryki Subsaharyjskiej), co wskazuje na zakażenie pochodzące z ich kontynentu pochodzenia. Pojawia się coraz więcej dowodów na to, że znaczna część zakażeń pojawia się po migracji, w państwie przyjmującym⁽⁹⁾. Ponadto nie należy lekceważyć możliwości zakażenia podczas powrotów na tymczasowe wizyty do państwa pochodzenia.

10.3. Kobiety stanowią znaczną część obcokrajowców z HIV. Podczas gdy odsetek kobiet z nową diagnozą HIV wśród obywateli UE wynosi 16 %, liczba ta wzrasta do 40 % wśród obcokrajowców – głównie kobiet afrykańskich.

10.4. W sprawozdaniu Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) opublikowanym w 2017 r. (koncentrującym się wyłącznie na kwestii migrantów z HIV) podano, że cudzoziemcy w Europie mają trudności z dostępem do usług profilaktycznych i testów na HIV. Jako główne bariery wskazuje się stygmatyzację i dyskryminację, zwłaszcza osób z krajów o wysokiej częstości występowania zakażeń (w tym stygmatyzację i dyskryminację ze strony pracowników ochrony zdrowia). W rezultacie cudzoziemcy z HIV otrzymują diagnozę później niż obywatele Europy, gdy objawy niedoboru odporności już występują. Po diagnozie obcokrajowcy, zwłaszcza ci, którzy nie posiadają legalnego zezwolenia na pobyt, mają również problemy z dostępem do leczenia. Piętnaście krajów nie zapewnia im odpowiedniego leczenia antyretrowirusowego, ponownie nie wypełniając zobowiązań podjętych w 2004 r. w konwencji dublińskiej dotyczących zwalczania dyskryminacji i naruszania praw najsłabszych i szczególnie wrażliwych grup, które zawsze były słabiej chronione.

Bruksela, 14 czerwca 2023 r.

Oliver RÖPKE
Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

⁽⁸⁾ Odsetek migrantów wśród nowo zdiagnozowanych przypadków HIV różni się w zależności od kraju i waha się od 70 % w Luksemburgu i Szwecji do 5 % w niektórych krajach wschodnich, takich jak Polska, Litwa i Rumunia. W ponad 10 krajach stanowią oni ponad 50 %.

⁽⁹⁾ Szacunki dotyczące zakażenia wirusem HIV po migracji wahają się od co najmniej 2 % wśród migrantów z Afryki Subsaharyjskiej do Szwajcarii, do 62 % wśród czarnych MSM z regionu Karaibów migrujących do Zjednoczonego Królestwa.