



Raport epidemiologiczny 2025/2026

Grypa

COVID-19

RSV

Pneumokoki

Krztusiec

HPV

Spis treści

Grypa	5
COVID-19	9
RSV	12
Pneumokoki	16
Krztusiec	22
HPV	25
Nota metodologiczna	29

Redakcja merytoryczna: Marcin Balcerzak

Warszawa, sierpień 2026

Raport epidemiologiczny 2025/2026

Nadzór epidemiologiczny jest jednym z podstawowych elementów systemu ochrony zdrowia publicznego. W praktyce polega on na ciągłym i systematycznym gromadzeniu, analizie oraz interpretacji danych, a także na terminowym przekazywaniu wynikających z nich informacji podmiotom odpowiedzialnym za podejmowanie działań. Samo rejestrowanie zachorowań nie jest zatem celem nadzoru. Jego wartość polega na przekształcaniu rozproszonych danych w wiedzę, która pozwala rozpoznać skalę i dynamikę zagrożeń oraz właściwie na nie reagować.

Użyteczność nadzoru zależy od jakości danych: ich kompletności, terminowości, spójności definicji przypadków oraz porównywalności między okresami. Na obserwowane wartości mogą wpływać m.in. dostępność diagnostyki, praktyka kodowania świadczeń i zmiany zasad raportowania. Dlatego pojedyncze źródło zwykle nie przedstawia całego obciążenia chorobą. Łączenie informacji o zgłoszonych zachorowaniach, udzielonych świadczeniach, hospitalizacjach, wynikach badań laboratoryjnych i wykonanych szczepieniach pozwala uzyskać pełniejszy obraz sytuacji. Taki cel przyświeca niniejszemu raportowi. Przedstawione dane koncentrują się głównie na 2025 r. oraz początku 2026 r. i mają wspierać ocenę trendów, rozpoznawanie niezaspokojonych potrzeb oraz planowanie działań profilaktycznych, organizacyjnych i strategicznych. Dane te są również niezbędne do tworzenia krótko- i długoterminowych strategii zapobiegania chorobom oraz ich zwalczania, wyznaczania mierzalnych celów, monitorowania realizacji programów i oceny, czy wdrożone działania przynoszą oczekiwane rezultaty.

Analizy minionego sezonu zachorowań, uwzględniające liczbę świadczeń z rozpoznaniem głównym choroby wywoływanej przez wirusy wywołujące zakażenia układu oddechowego, wskazują na zmniejszenie obciążenia systemu ochrony zdrowia w porównaniu z sezonem 2024/2025. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu grypy zmniejszyła się o około 25%, a z powodu COVID-19 o 18%. Mimo korzystnych zmian choroby te nadal generowały znaczne koszty leczenia szpitalnego: około 206 mln zł w przypadku grypy, 97 mln zł w przypadku COVID-19 oraz 88 mln zł w przypadku RSV.

Zwiększyła się liczba wykonywanych szczepień przeciw wirusom wywołującym choroby układu oddechowego. W sezonie 2025/2026

Raport epidemiologiczny 2025/2026

wykonano 2,30 mln szczepień przeciw grypie, o 27,6% więcej niż w poprzednim sezonie. Liczba szczepień przeciw COVID-19 wzrosła z 511,0 do 574,4 tys. Szczególnie duży wzrost dotyczył profilaktyki RSV: z 71,9 do 618,3 tys. szczepień, co nastąpiło po objęciu refundacją tej formy profilaktyki RSV. Głównymi odbiorcami szczepień przeciw grypie, COVID-19 i RSV były osoby w wieku 65+ lat, jednak odsetek osób zaszczepionych wśród najbardziej wrażliwych na ciężki przebieg zachorowania wciąż pozostaje niski. W przypadku szczepień przeciw RSV istotną grupę odbiorców stanowiły kobiety w ciąży, które, korzystając ze szczepień matczynych, mogą zapewnić ochronę noworodkom i niemowlętom.

Rok 2025 był kolejnym rokiem wzrostu liczby zachorowań na choroby wywoływane przez pneumokoki. Między 2024 a 2025 liczba hospitalizowanych pacjentów wzrosła z 3 411 do 3 913, a koszty hospitalizacji – z 53,0 do 69,1 mln zł. W 2025 r. zgłoszono 3421 przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej. Wysoka śmiertelność, dominacja serotypów 3 i 19A oraz udział szczepów wielolekoopornych wskazują na potrzebę dalszego nadzoru nad strukturą serotypową zakażeń oraz uwzględniania jej przy podejmowaniu decyzji dotyczących profilaktyki.

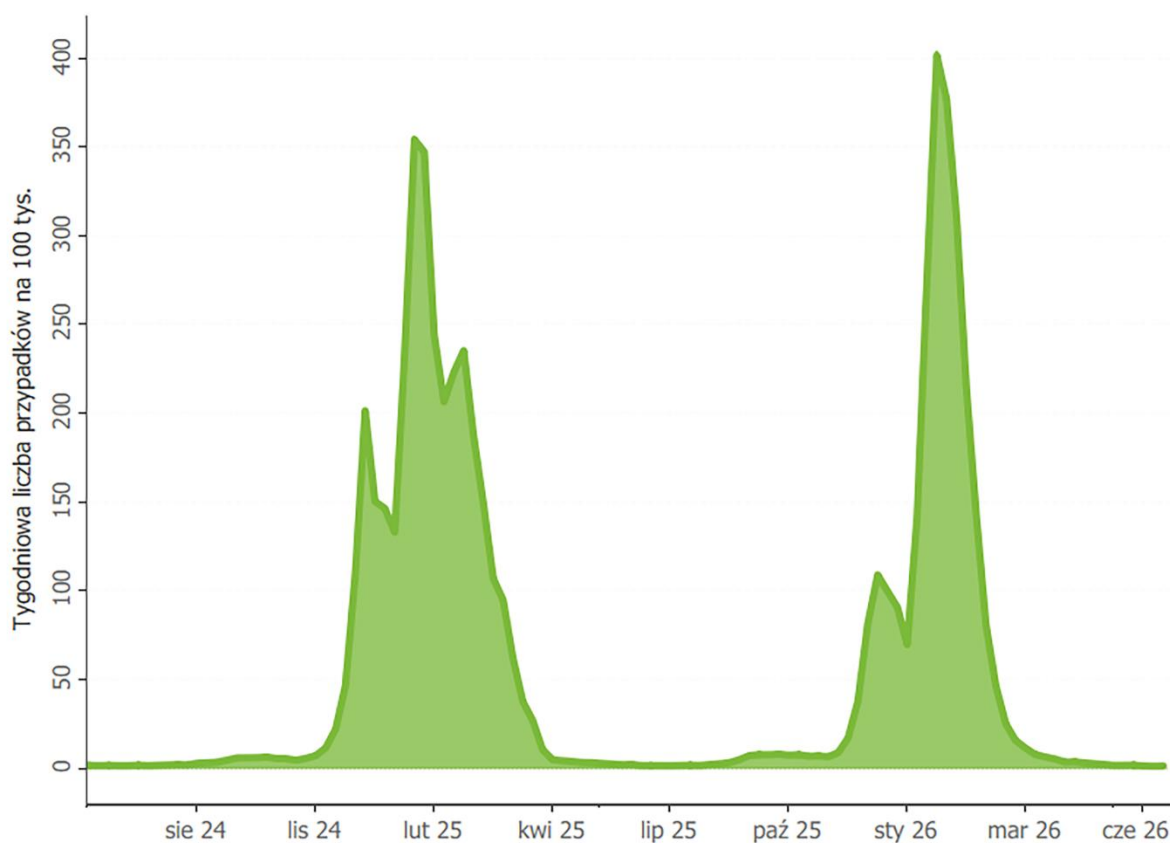
Obserwowany jest wyraźny spadek liczby zachorowań na krztusiec w porównaniu z 2024 r. W 2025 r. zapadalność zmniejszyła się z 86,3 do 30,3 przypadków na 100 tys. mieszkańców, a liczba hospitalizacji i ich koszty spadły około trzykrotnie. Jednocześnie liczba szczepień osób dorosłych wzrosła z 137,2 tys. w 2024 r. do 236,1 tys. w 2025 r.

W zakresie profilaktyki HPV odnotowano poprawę, jednak poziom zaszczepienia pozostawał niewystarczający. W czerwcu 2026 r. odsetek zaszczepionych osób objętych programem wynosił 20,15%, czyli o 5,18 punktu procentowego więcej niż rok wcześniej. Widoczne były duże różnice między województwami. W nowej ścieżce programu profilaktyki raka szyjki macicy zakażenie HPV HR, oznaczające obecność jednego z 14 typów wirusa, w tym wysokoonkogennych typów 16 i 18, wykryto u 8,25% przebadanych kobiet.

Grypa

W sezonie 2025/2026 odnotowano ponad milion zachorowań na grypę [1].

W podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) sprawozdano w Q4.2025/Q1.2026 świadczenia z powodu grypy (kody rozpoznawcze ICD-10: J09, J10.0, J10.1, J10.8, J11.0, J11.1, J11.8) u 73,7 tys. pacjentów, podczas gdy w analogicznym okresie rok wcześniej było ich 115,4 tys. [2]. Liczby te nie są miarą pełnej liczby przypadków zachorowań na grypę; są to liczby pacjentów otrzymujących świadczenia zarejestrowane w publicznym systemie ochrony zdrowia.



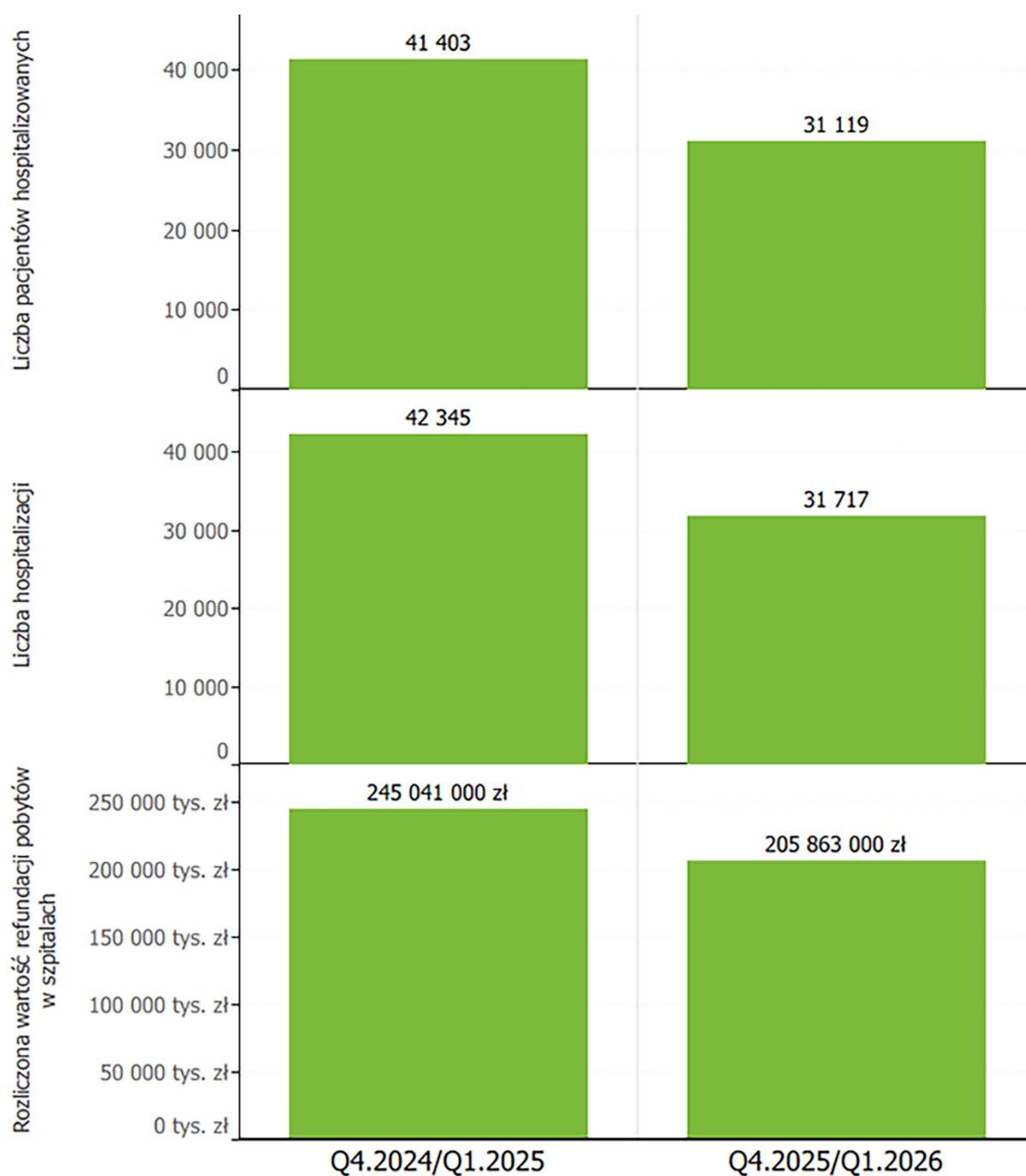
Raport epidemiologiczny 2025/2026

W Q4.2025/Q1.2026 hospitalizowano z powodu grypy 31,1 tys. pacjentów (grypa jako rozpoznanie główne). W analogicznym sezonie zachorowań 2024/2025 było ich 41,4 tys. [2]. Dane dotyczące hospitalizacji, w których grypa była rozpoznaniem głównym, należy interpretować ostrożnie, gdyż nie dają one pełnej informacji nt. zachorowań. Pomijają one hospitalizacje z powodu przewlekłych chorób sercowo-naczyniowych, płuc i metabolicznych, w których grypa była rozpoznaniem towarzyszącym, a hospitalizacja wynikała z zaostrzenia choroby podstawowej. Takie sytuacje dotyczą przede wszystkim populacji starszych dorosłych obciążonych chorobami przewlekłymi.

Liczba pobyków w szpitalach związanych z grypą, w których grypa była rozpoznaniem głównym, była mniejsza o 25% w sezonie 2025/2026 w porównaniu z 2024/2025 [2]. Szacuje się, że w sezonie 2025/2026 doszło do 1000 zgonów z powodu grypy.

Hospitalizacje z powodu grypy wiązały się z istotnym kosztem dla systemu ochrony zdrowia, który w sezonie 2025/2026 wyniósł 0,2 mld zł [2]. Wartość ta nie odzwierciedla pełnego obciążenia systemu opieki zdrowotnej związanego z grypą, ponieważ nie obejmuje kosztów hospitalizacji wynikających z powikłań zakażenia grypowego oraz zaostrzeń chorób współistniejących, szczególnie chorób sercowo-naczyniowych, oddechowych i metabolicznych. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim osób starszych i pacjentów obciążonych chorobami przewlekłymi.

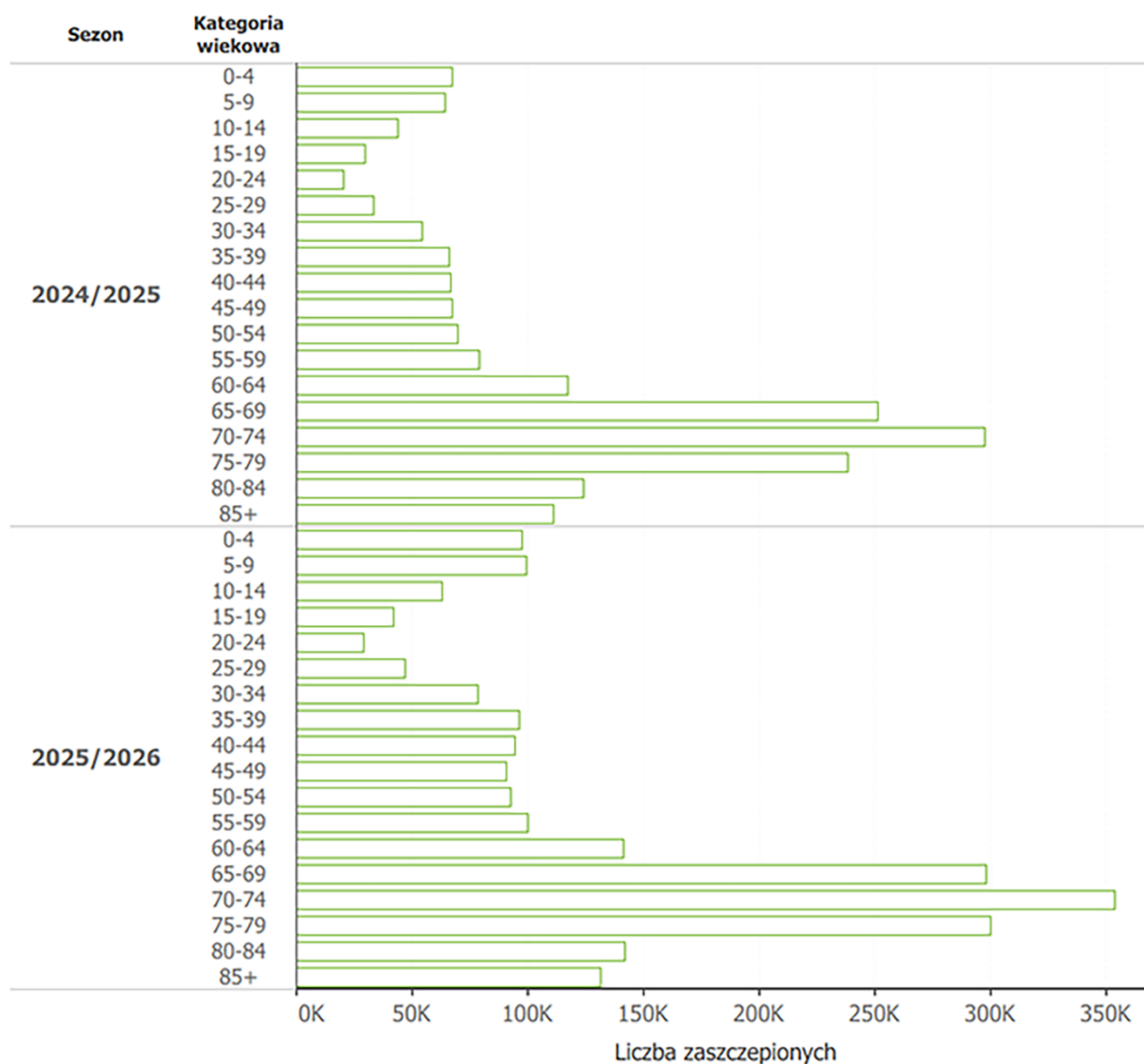
Raport epidemiologiczny 2025/2026



Raport epidemiologiczny 2025/2026

Liczba wykonanych w sezonie* 2025/2026 szczepień przeciw grypie wyniosła 2 297 tys. i była wyższa o 27,6% niż w sezonie 2024/2025 [1].

Osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły największą grupę zaszczepionych przeciw grypie; stanowiły 53% wszystkich zaszczepionych w sezonie 2025/2026 [1].



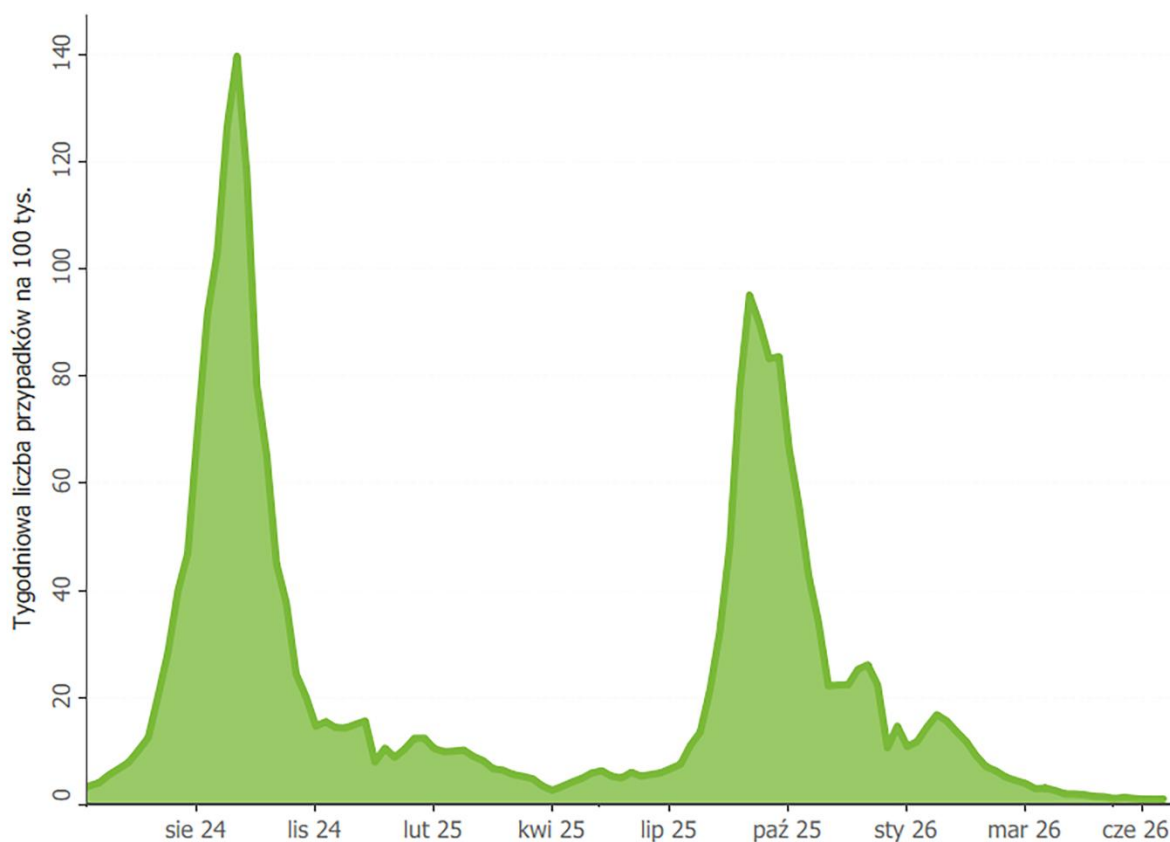
*Sezon szczepień to okres od sierpnia do lipca następnego roku.

Przeciw grypie szczepi się tylko 6% populacji ogólnej. Mimo że osoby w wieku 65+ lat szczepią się najchętniej, to wskaźnik wyszczepialności w tej grupie wynosi zaledwie 16%. Aż 84% seniorów pozostaje niezaszczepionych, mimo że to właśnie osoby starsze należą do grup najbardziej narażonych na ciężki przebieg grypy, hospitalizację, powikłania i zgon.

COVID-19

Sezony zachorowań na COVID-19 w minionych latach rozpoczynały się latem. Sezon 2025/2026 charakteryzował się mniejszą liczbą zachorowań niż 2024/2025 [1].

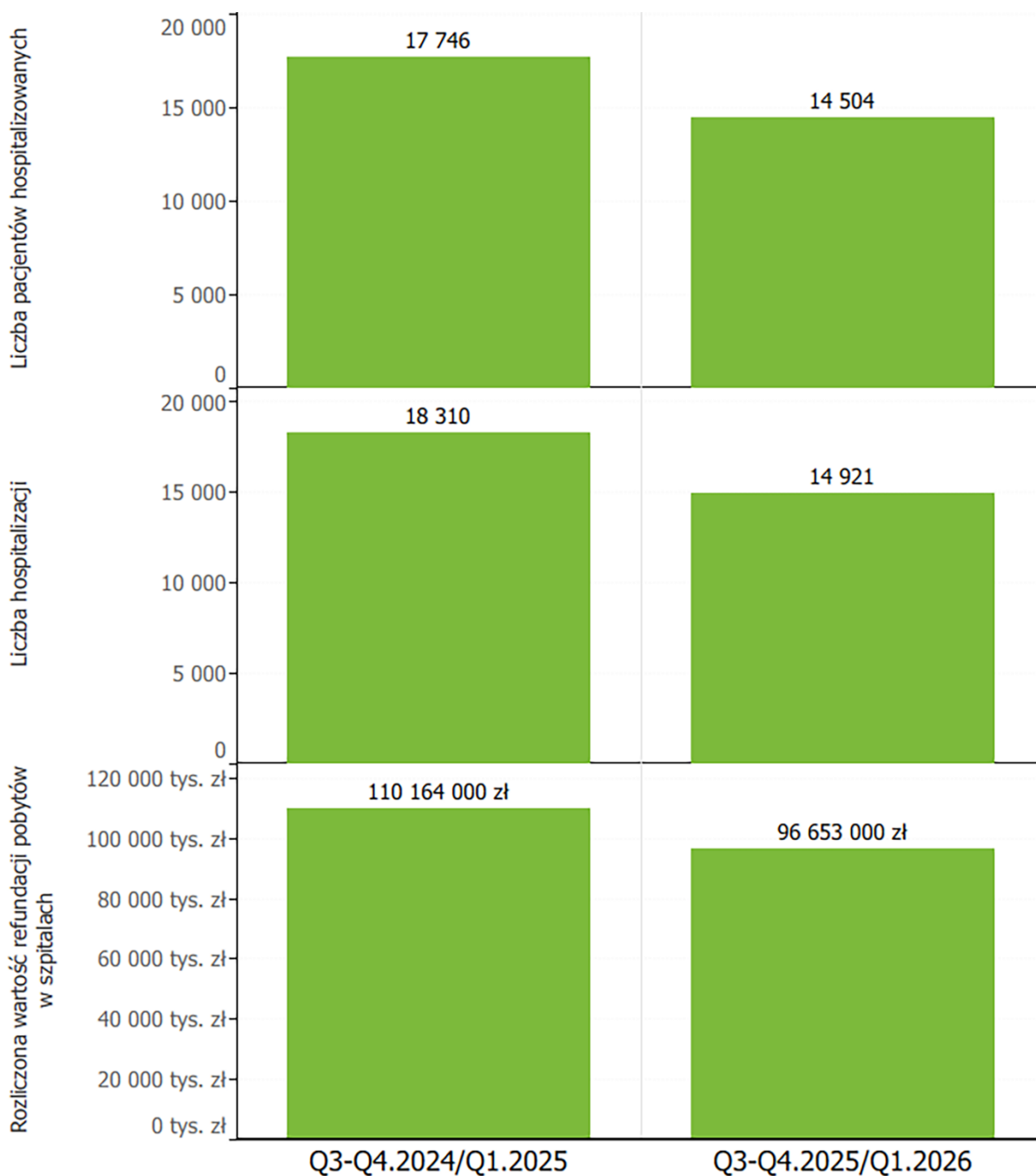
W POZ udzielono 347,8 tys. porad w związku z zachorowaniami na COVID-19 (kody rozpoznania ICD-10: U07.1 i U07.2) w sezonie 2025/2026 (Q3-Q4.2025/Q1.2026). Było to o 19% mniej niż w sezonie 2024/2025 (Q3-Q4.2024/Q1.2025) [2].



Raport epidemiologiczny 2025/2026

COVID-19 wciąż jest istotną przyczyną hospitalizacji. W sezonie 2025/2026 14,5 tys. pacjentów hospitalizowano z powodu COVID-19 (COVID-19 jako rozpoznanie główne). Jest to spadek o 18% w porównaniu z sezonem 2024/2025. Liczba świadczeń szpitalnych zmniejszyła się rok do roku o 3,4 tys. hospitalizacji [2].

Dzieci i młodzież w wieku do 18 lat stanowiły 51,2% hospitalizowanych z powodu COVID-19, a osoby w wieku 65+ stanowiły 34,9% [2].

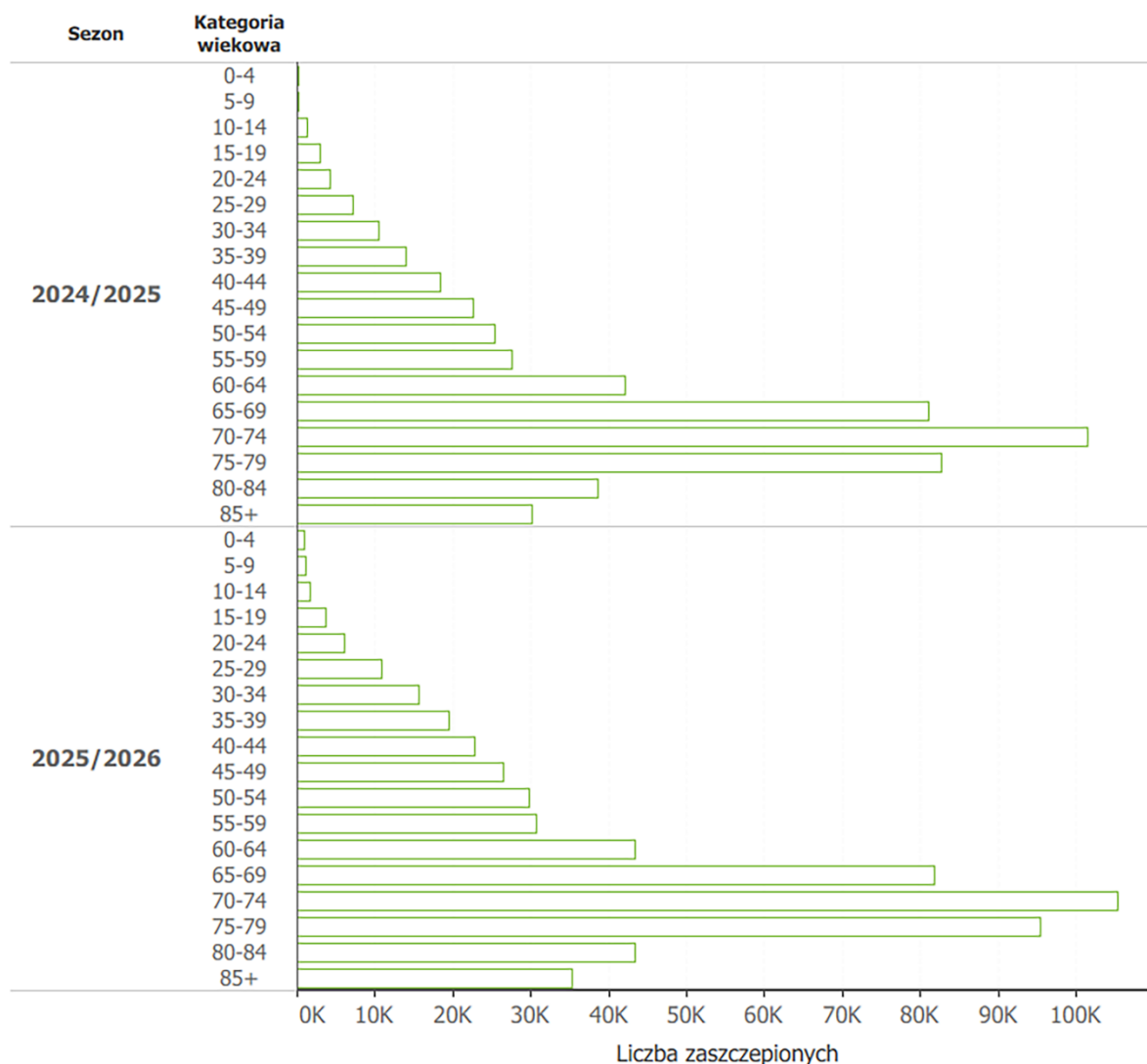


W sezonie zachorowań 2025/2026 koszty hospitalizacji związanych z COVID-19 wyniosły blisko 0,1 mld zł [2].

Raport epidemiologiczny 2025/2026

Liczba wykonanych w sezonie* 2025/2026 szczepień przeciw COVID-19 wyniosła 574,4 tys., wobec 511,0 tys. w sezonie 2024/2025 [1].

Szczepienia przeciw COVID-19 są rzadko wykonywane u dzieci. Osoby w wieku 65+ lat stanowiły 62,9% osób, które zaszczepiły się przeciw COVID-19 w sezonie 2025/2026 [1].

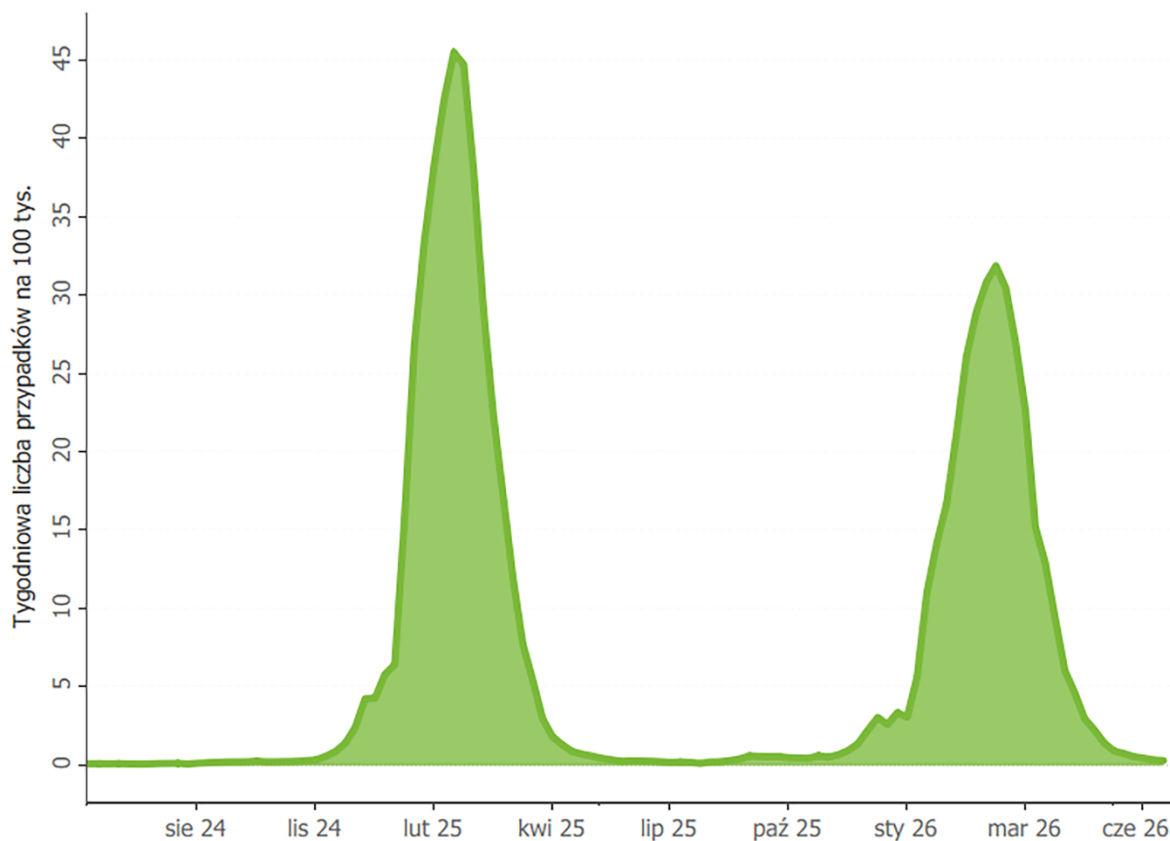


*Sezon szczepień to okres od sierpnia do lipca następnego roku.

Szczepienia przeciw COVID-19 w sezonie 2025/2026 rozpoczęły się we wrześniu 2025 r. i były prowadzone w czasie gwałtownego przyrostu liczby zachorowań [1].

RSV

Fale zachorowań wywołanych przez RSV przypadały na końcową część sezonów wirusowych zakażeń układu oddechowego [1]. Dane roczne wskazują, że liczba zgłoszonych zachorowań (raportowalność) wywoływanych przez RSV sukcesywnie rosła aż do roku 2025, w którym odnotowano najwyższą liczbę zgłoszonych zachorowań w okresie po pandemii [1, 3]. Najwięcej przypadków zgłaszano u dzieci, ale największy wzrost w latach 2024 i 2025 dotyczył starszych dorosłych, co może wynikać ze zwiększonej raportowalności u dorosłych, dostępności testów oraz dominacji podtypu B wirusa w ostatnich dwóch latach [4]. Sezon 2025/2026 był pierwszym sezonem, w którym odnotowano spadek liczby zgłoszonych zachorowań.

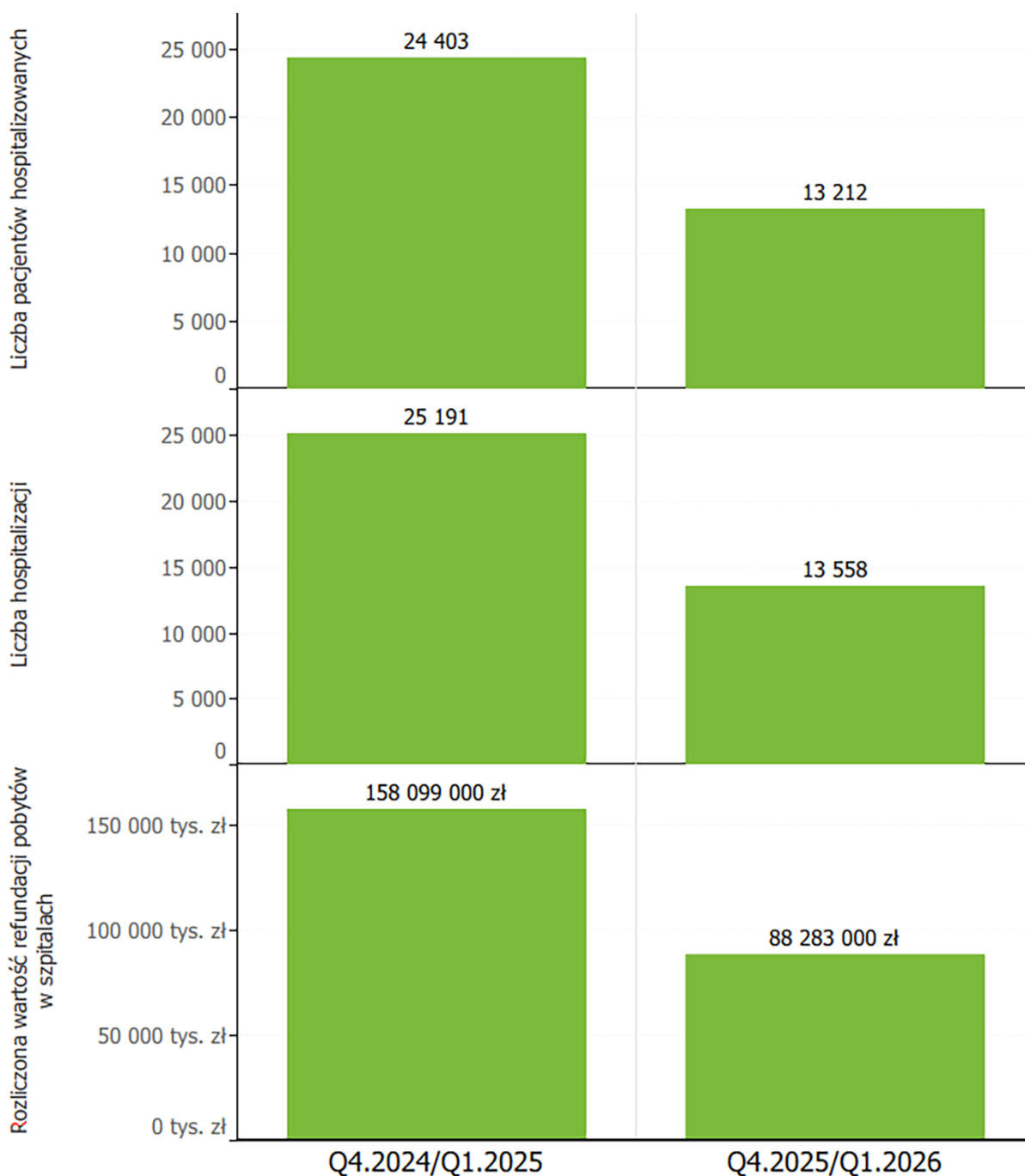


Ze względu na brak danych dotyczących liczby świadczeń wykonanych po marcu 2026 r. nie jest możliwe pełne porównanie ostatnich sezonów zachorowań pod tym względem, dlatego jako sezon zachorowań przyjęto IV kwartał danego roku i I kwartał następnego roku [2]. W Q4.2025/Q1.2026 udzielono 82,2 tys. pacjentom świadczeń z powodu

Raport epidemiologiczny 2025/2026

RSV (kody rozpoznawcze ICD-10: J12.1, J20.5, J21.0, B97.4). Było to mniej niż rok wcześniej; ze świadczeń korzystało wtedy 115,1 tys. chorych [2].

W sezonie zachorowań 2025/2026 odnotowano wyraźny spadek liczby zachorowań. W Q4.2024/Q1.2025 i Q4.2025/Q1.2026 pobyty w szpitalu z powodu RSV dotyczyły odpowiednio 24,4 i 13,2 tys. osób (RSV jako rozpoznawanie główne). Liczba udzielanych świadczeń szpitalnych zmniejszyła się w tym czasie o 46,2% [2].



Dzieci stanowiły największą grupę pacjentów hospitalizowanych z powodu RSV. Ze względu na dłuższy okres wydalania wirusa diagnostyka zakażenia w tej grupie jest stosunkowo mniej problematyczna. Odmienne u pacjentów starszych, krótszy okres wydalania wirusa i mniejsze miano wirusa mogą obniżać czułość testów antygenowych, zwiększając ryzyko wyników fałszywie ujemnych. [5].

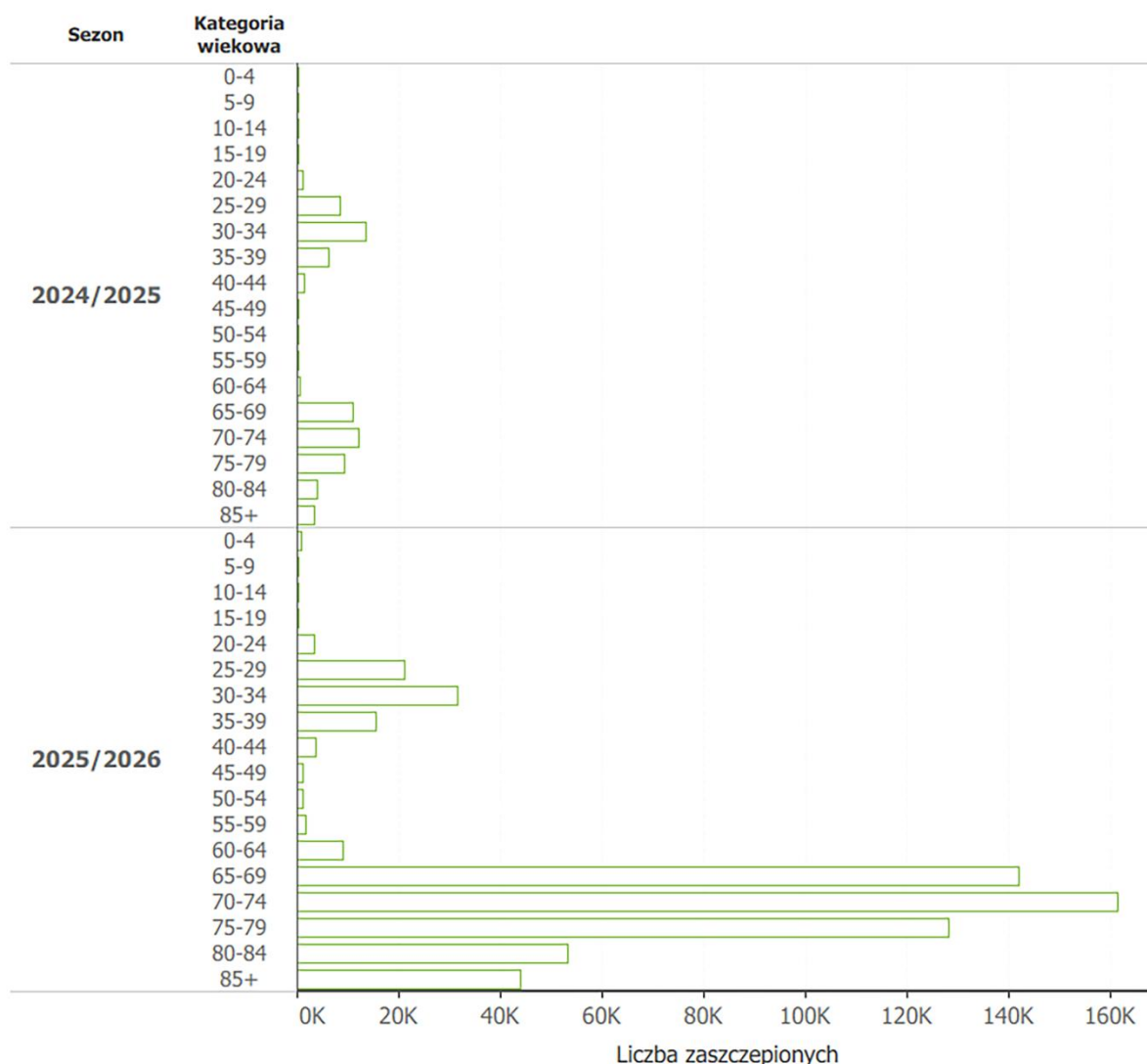
W Q4.2025/Q1.2026 95,8% pacjentów hospitalizowanych z powodu RSV miało 18 lat lub mniej [2]. Między Q4.2024/Q1.2025 i Q4.2025/Q1.2026 liczba hospitalizowanych pacjentów w wieku do 18 lat zmniejszyła się o 47% oraz o 30% w grupie chorych w wieku 65+ lat [2]. Wśród najmłodszych najczęściej chorują i najbardziej zagrożone ciężkim przebiegiem infekcji są dzieci w wieku do 2 lat. W 2025 r. zapadalność na RSV w grupie dzieci do 2 lat wynosiła 6 847/100 tys., gdy w populacji ogólnej było to 255/100 tys. [3].

Liczba hospitalizowanych osób dorosłych, oparta na rozpoznaniu głównym, jest niedoszacowana, ponieważ zakażenie często prowadzi do dekompensacji chorób współistniejących, zwłaszcza chorób układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, które są następnie rejestrowane jako główne przyczyny hospitalizacji. Krótszy okres wydalania wirusa i niższa czułość diagnostyki wykonywanej poza wczesną fazą zakażenia dodatkowo zwiększają ryzyko nierozpoznania infekcji RSV w tej grupie. Z tego względu interpretacja trendów epidemiologicznych oparta wyłącznie na hospitalizacjach przypisanych RSV powinna uwzględniać możliwość istotnego niedoszacowania rzeczywistej liczby ciężkich zakażeń RSV u osób dorosłych.

Koszt hospitalizacji związanych z RSV w Q4.2025/Q1.2026 wyniósł 88 mln zł, z czego 98,5% tej kwoty przeznaczono na hospitalizacje najmłodszych pacjentów [2].

Liczba wykonanych w sezonie* 2025/2026 szczepień przeciw RSV wyniosła 618,3 tys., zdecydowanie więcej niż w 2024/2025 (71,9 tys.) za sprawą objęcia refundacją szczepionek przeciw RSV w kwietniu i październiku 2025 r. [1].

Raport epidemiologiczny 2025/2026



*Sezon szczepień to okres od sierpnia do lipca następnego roku.

Najliczniejszą grupę zaszczepionych stanowiły osoby w wieku 65+ lat. Aktualnie bezpłatne szczepienia przeciw RSV są dostępne dla osób w wieku 65+ lat. Osoby w wieku 60–64 lat ze szczepień przeciw RSV mogą skorzystać z 50% refundacją.

Istotną grupę wykonujących szczepienia przeciw RSV stanowiły również osoby w wieku 20-44 lat. Wśród nich 98,5% stanowiły kobiety, z których większość zapewne korzystała z programu Ciąża+, będącego formą profilaktyki zachorowań u noworodków i niemowląt. Przeciwciała wytworzone przez organizm matki mogą przenikać przez łożysko i zapewniać dziecku tzw. bierną odporność w pierwszych miesiącach życia. Dzięki temu noworodek zyskuje ochronę, zanim będzie mógł zostać objęty własnym programem szczepień.

Według danych prezentowanych przez ekspertów szczepienie przeciwko RSV zmniejsza ryzyko ciężkich chorób dolnych dróg oddechowych u niemowląt o 81,8 proc. w pierwszych 90 dniach życia. Szczepienia matczyne są bezpłatne dla kobiet w ciąży.

W sezonie 2024/2025 916 osób w wieku 0–4 lata skorzystało z długodziałającej biernej immunizacji w celu uodpornienia przeciw RSV, która jest dostępna jedynie komercyjnie [1]. Długodziałające przeciwciała monoklonalne pozwalają na jednorazowe uodpornienie noworodków i niemowląt przed sezonem zachorowań. Bierna immunizacja byłaby istotnym elementem uzupełniającym system profilaktyki infekcji RSV u najmłodszych dzieci. Aktualnie jest ona zalecana w Programie Szczepień Ochronnych, jednak ma szerszy potencjał wykorzystania

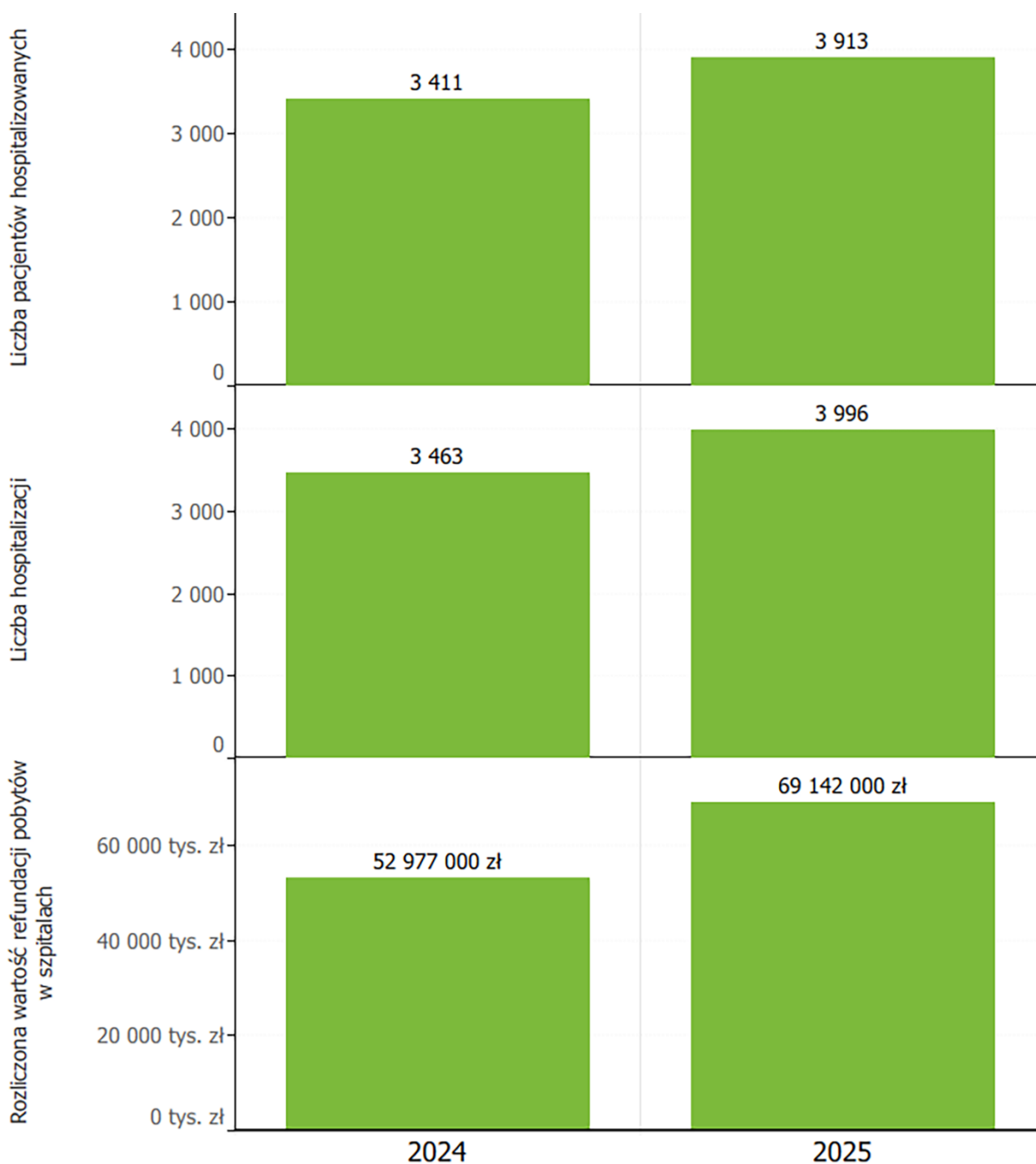
- w programie lekowym obejmującym profilaktykę RSV u dzieci z grup wysokiego ryzyka infekcji oraz
- jako forma ochrony najmłodszych, funkcjonująca równolegle do szczepień matczynych.

Immunizacja bierna z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych jest komplementarnym sposobem profilaktyki RSV u najmłodszych dzieci, m.in. gdy matka nie została zaszczepiona przeciw RSV w trakcie ciąży lub gdy poród nastąpił w krótkim czasie od szczepienia.

Pneumokoki

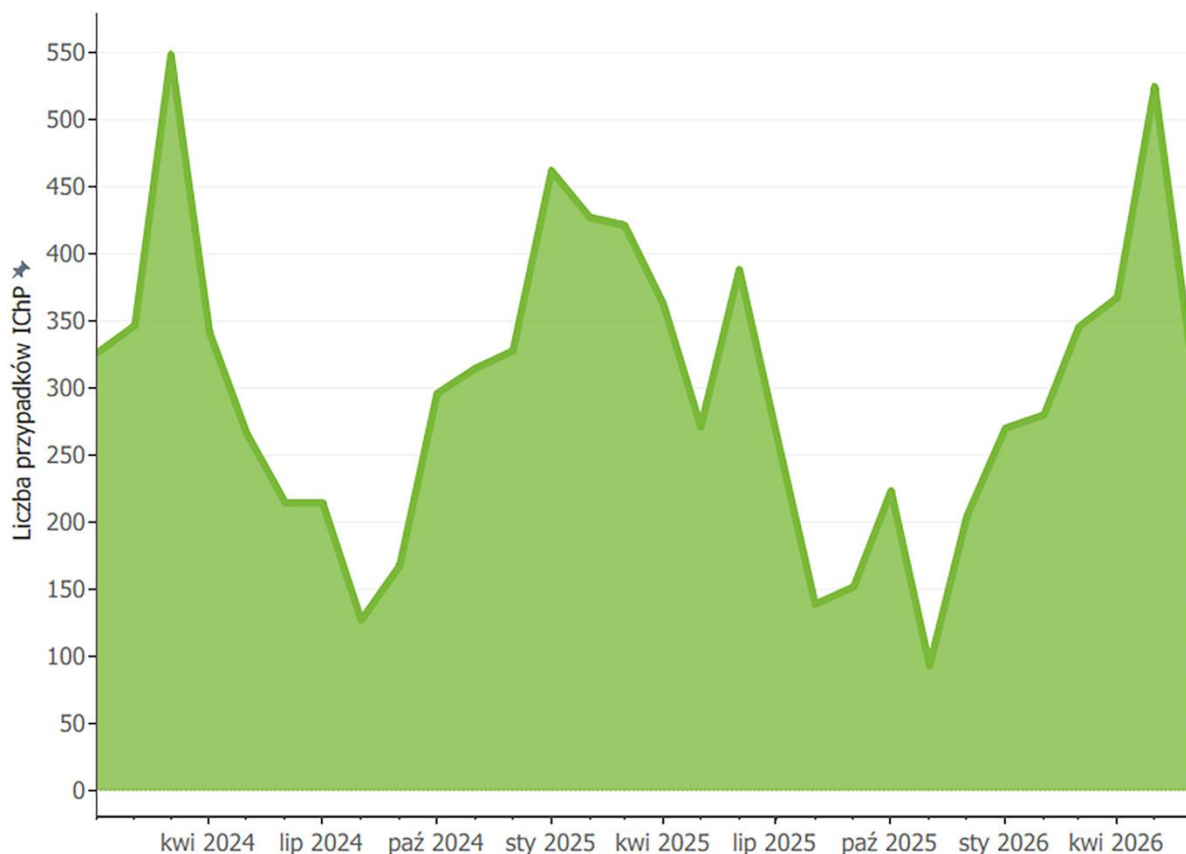
W 2024 r. 3 411 pacjentów korzystało z leczenia szpitalnego z powodu chorób wywoływanych przez pneumokoki (kody rozpoznawcze ICD-10: A40.3, G00.1, J13, M00.1). W 2025 r. hospitalizowanych było 3 913 osób, a najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 65+ (56,3%) [2].

Koszty hospitalizacji w 2024 i 2025 r. wynosiły odpowiednio 53,0 i 69,1 mln zł. [2].



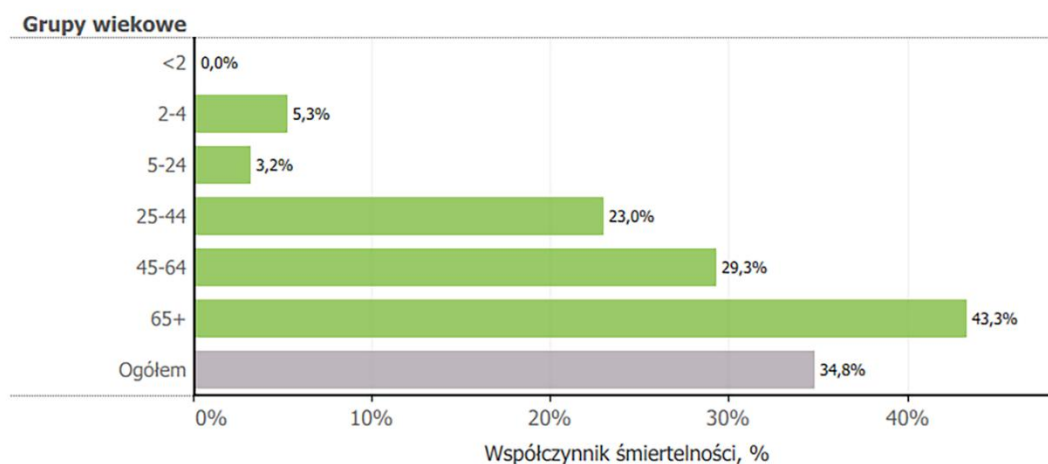
Raport epidemiologiczny 2025/2026

W 2025 r. zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP) wynosiła 9,15 przypadków/100 tys. osób [3]. W całym 2025 r. odnotowano 3 421 przypadki zachorowań, a od stycznia do połowy lipca 2026 r. zgłoszono ich 2 213 [3]. Najczęstszą postacią IChP była posocznica (77,2%) [3].



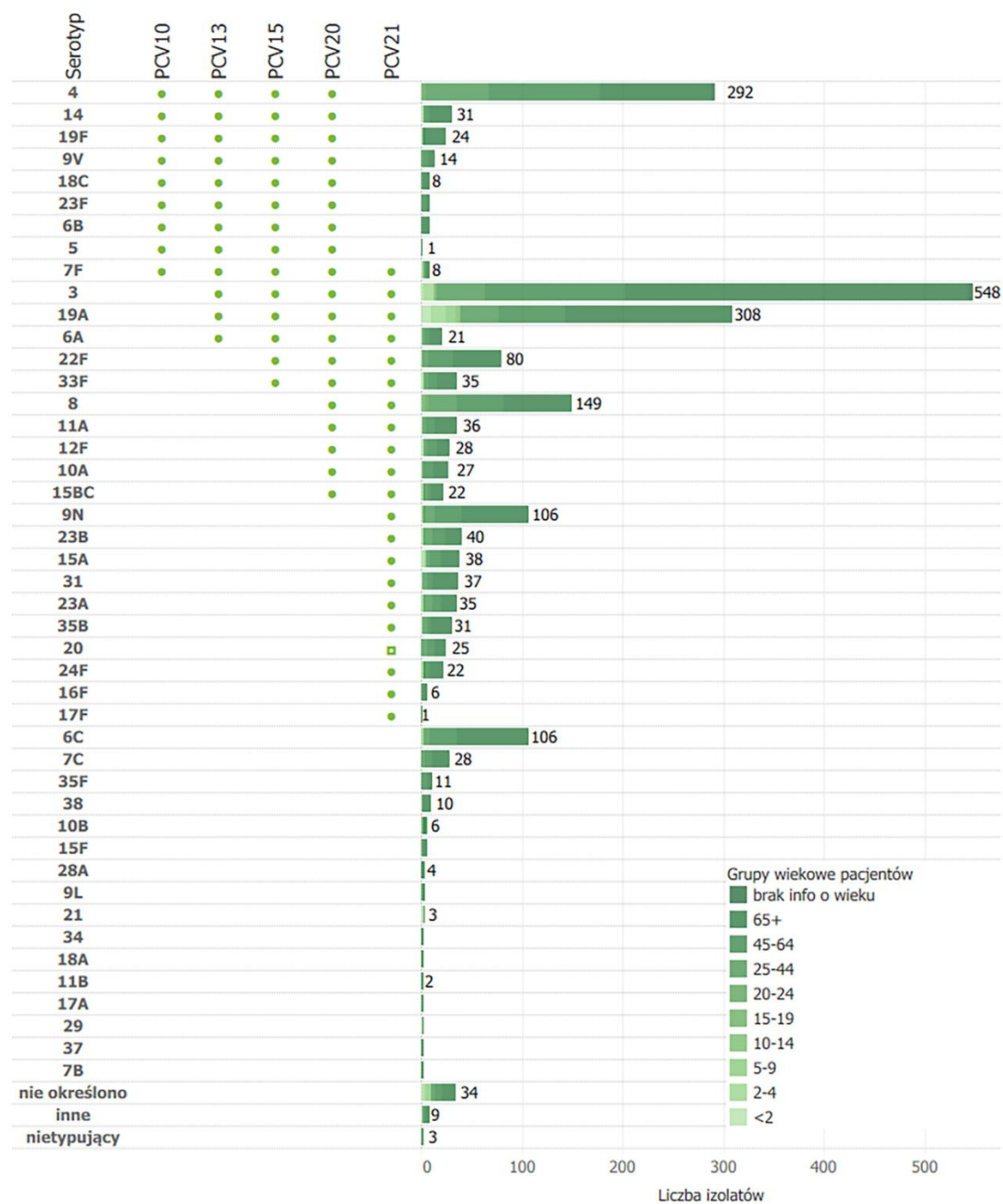
Ogólny współczynnik śmiertelności IChP wynosił 34,8% i był zróżnicowany w poszczególnych grupach wiekowych pacjentów. Najwyższą śmiertelność z powodu IChP obserwowano w grupie pacjentów w wieku 65+ lat. W 2025 r. ponownie odnotowano zgony z powodu IChP wśród dzieci [6].

Raport epidemiologiczny 2025/2026



Badania laboratoryjne w celu identyfikacji serotypów bakterii wywołujących IChP przeprowadzono na próbkach pochodzących od 2 229 pacjentów. W 2025 r. utrzymywał się wysoki odsetek zakażeń wywoływanych przez pneumokoki należące do serotypów 19A i 3. Pneumokoki wielolekooporne były odpowiedzialne za 11,4% wszystkich zakażeń. Wśród nich dominował serotyp 19A (60%) [6].

Raport epidemiologiczny 2025/2026

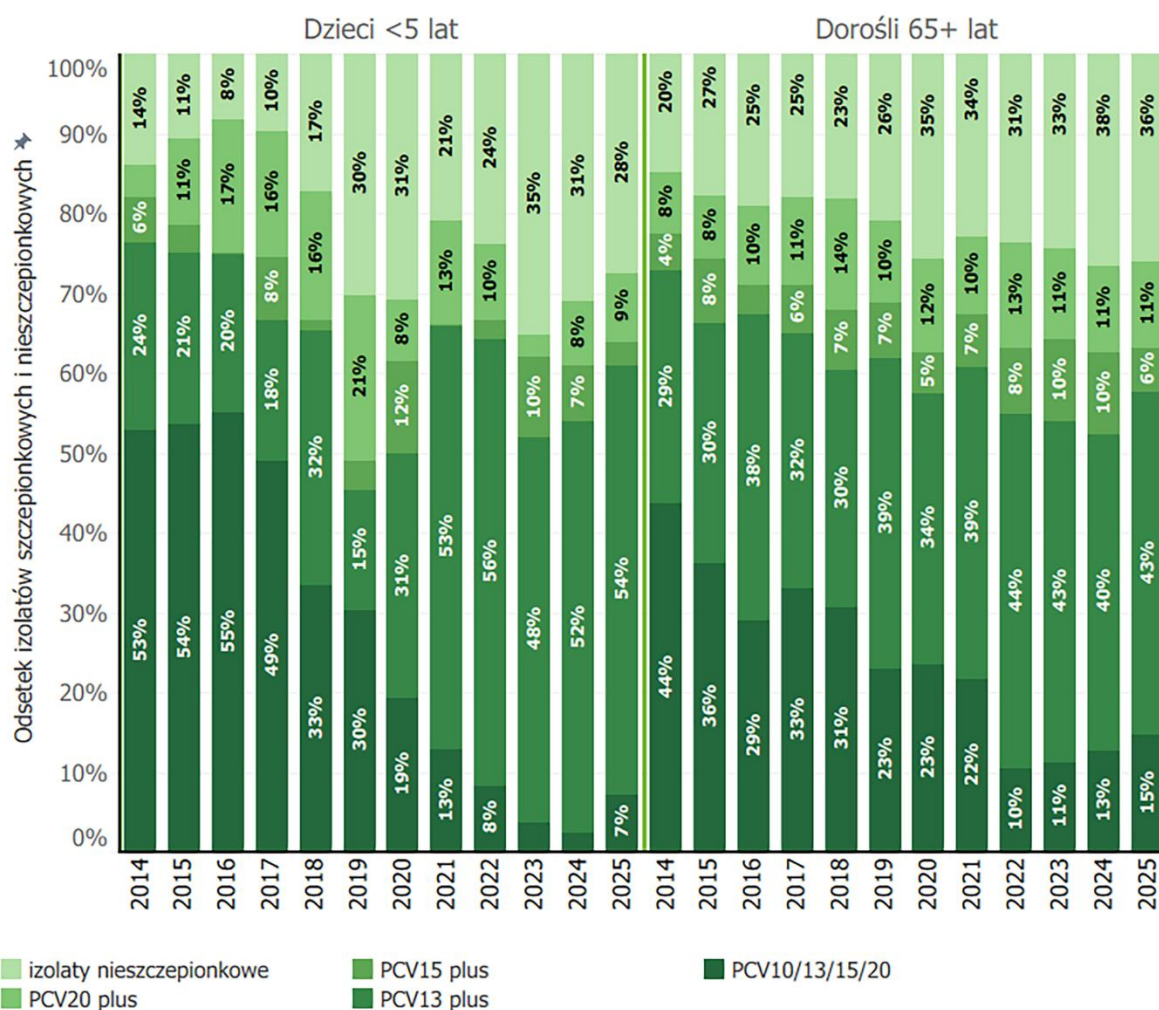


PCV10/13/15/20/21 – szczepionki skoniugowane dostępne na rynku wraz ze wskazaniem ich pokrycia serotypowego. ■ - metoda referencyjna nie pozwala rozróżnić serotypów 20A i 20B.

Raport epidemiologiczny 2025/2026

W ostatnich latach obserwuje się zmiany struktury serotypowej bakterii wywołujących IChP w kierunku serotypów nieuwzględnionych w szczepionkach lub uwzględnionych dopiero w preparatach o szerszym zakresie. Proces ten zachodzi zarówno u dzieci objętych obowiązkiem szczepień w ramach PSO (PCV10), jak i u dorosłych, dla których szczepienia są zalecane i refundowane (PCV13 dla osób w wieku 65+ z grup ryzyka) [6].

Profil serotypowy zakażeń powinien być brany pod uwagę przy wyborze szczepionki stosowanej w szczepieniach populacyjnych [6].



Na wykresach przedstawiono wyłącznie izolaty ze zidentyfikowanymi serotypami.

W 2025 r. udział serotypów wspólnych dla szczepionek PCV10/13/15/20 wynosił 7% u dzieci i 15% u osób w wieku 65+ lat. W latach obserwacji stale rośnie udział grupy serotypów szczepionki PVC13/PCV15 w populacji. Na podstawie danych za 2025 r. potencjalne pokrycie

serotypowe szczepionek PCV13, PCV15 i PCV20 względem analizowanych izolatów u dzieci w wieku <5 lat wynosiło odpowiednio 60,9%, 63,8% oraz 72,5%, wobec 7% dla szczepionki PCV10 [6].

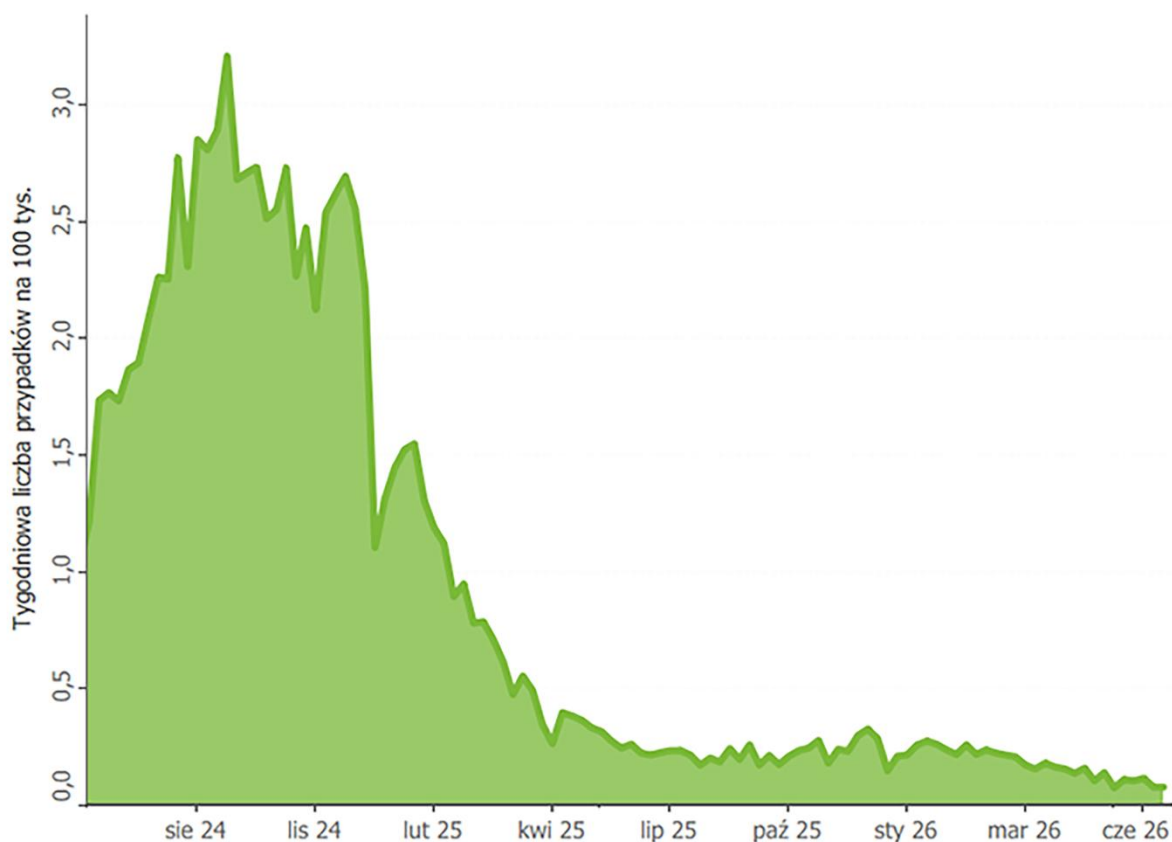
U osób w wieku 65+ lat udział serotypów wspólnych dla PCV10/13/15/20 zmniejszył się z 43,6% w 2014 r. do 14,7% w 2025 r. Podobnie jak u dzieci, zwiększył się udział serotypów kategorii PCV13 plus, która dominowała w ostatnich latach obserwacji. Na podstawie najbardziej aktualnych danych pokrycie serotypowe szczepionek PCV13, PCV15, PCV20 i PCV21 wynosiło odpowiednio 57,6%, 63,2%, 73,9% i 75,2% [6].

Dostępna w PSO szczepionka w bardzo ograniczony sposób odpowiada potrzebom epidemiologicznym. W przypadku osób dorosłych istnieje potrzeba zwiększania pokrycia serotypowego szczepionek przede wszystkim ze względu na ciężki przebieg i wysoką śmiertelność IChP oraz pneumokokowego zapalenia płuc [6].

Krztusiec

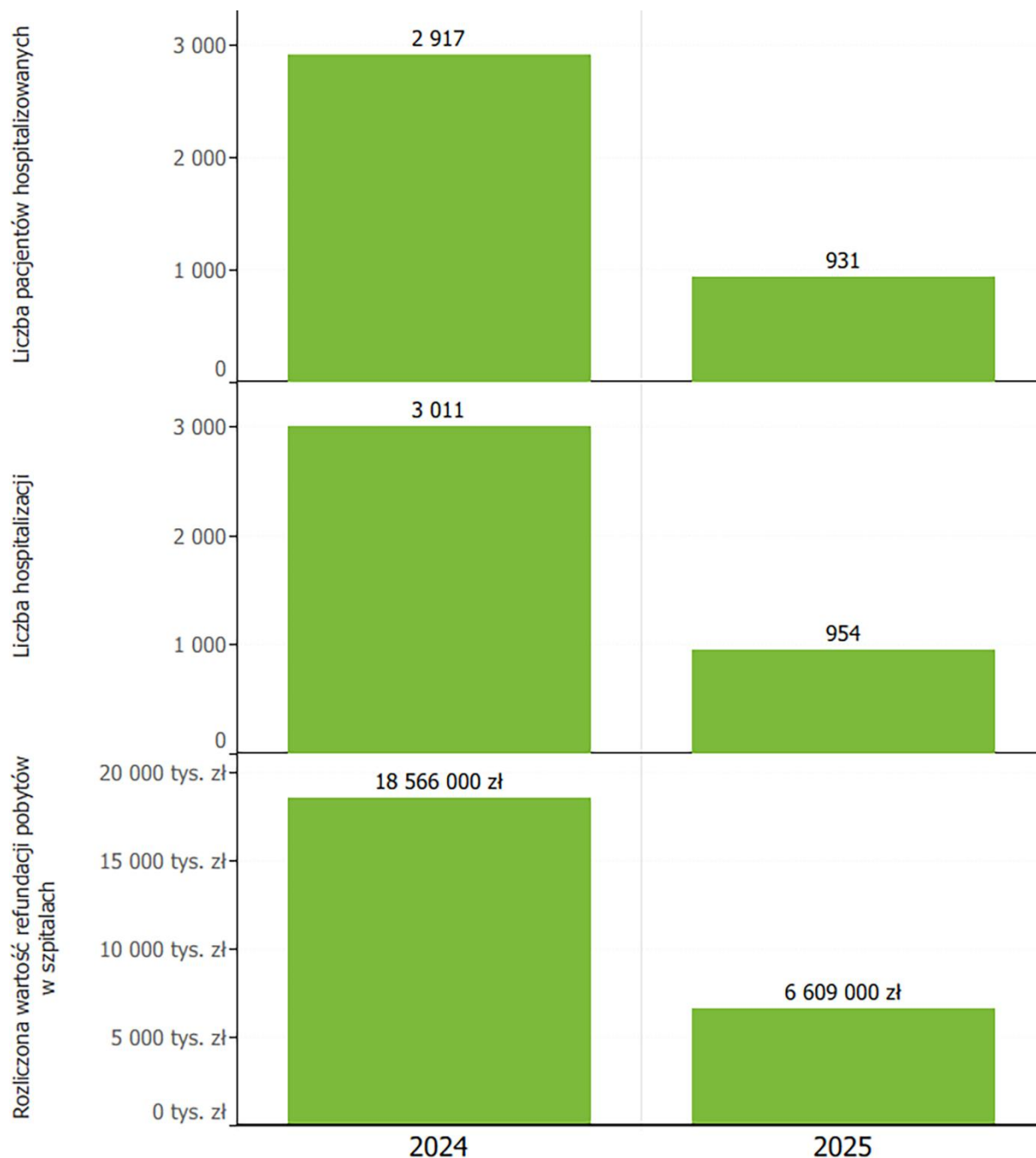
Szczyt epidemii krztuśca przypadł na 2024 r., gdy roczna zapadalność na tę chorobę osiągnęła 86,3 przypadków na 100 tys. ludności. W 2025 r. było to 30,3 przypadków na 100 tys., a do lipca 2026 r. 4,5 przypadków na 100 tys. [1, 3].

W 2024 r. udzielono w POZ 10,7 tys. porad w związku z krztuścem (kody rozpoznawcze ICD-10: A37.0, A37.1, A37.8, A37.9), a w kolejnym roku 3,2 tys. [2].



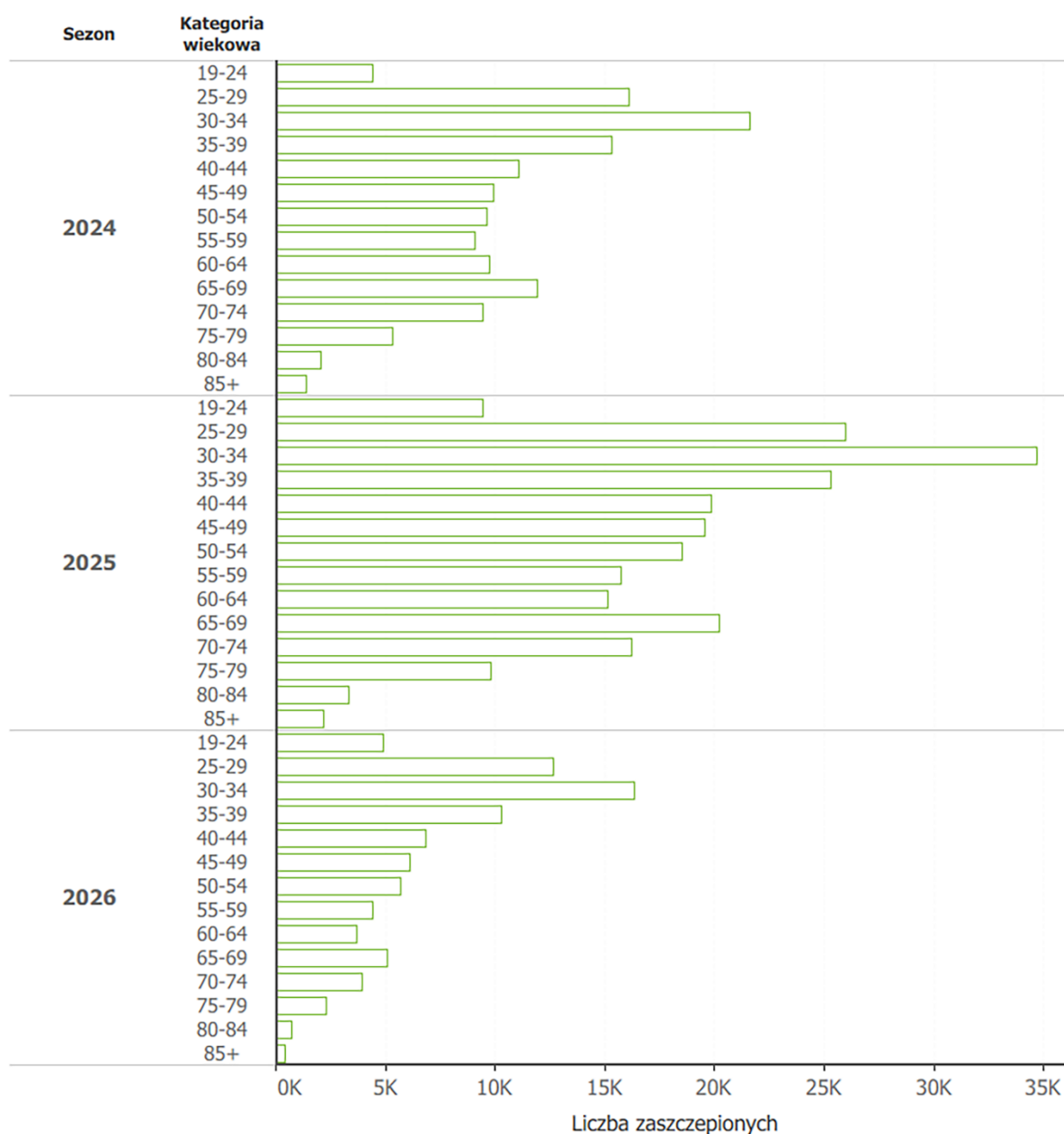
Raport epidemiologiczny 2025/2026

Epidemia krztuśca w 2024 r. miała konsekwencje w postaci zwiększonej liczby hospitalizacji (3,0 tys. hospitalizacji). W 2025 r. liczba hospitalizowanych pacjentów, liczba hospitalizacji oraz koszty leczenia szpitalnego zmniejszyły się około trzykrotnie w porównaniu z 2024 r. [2].



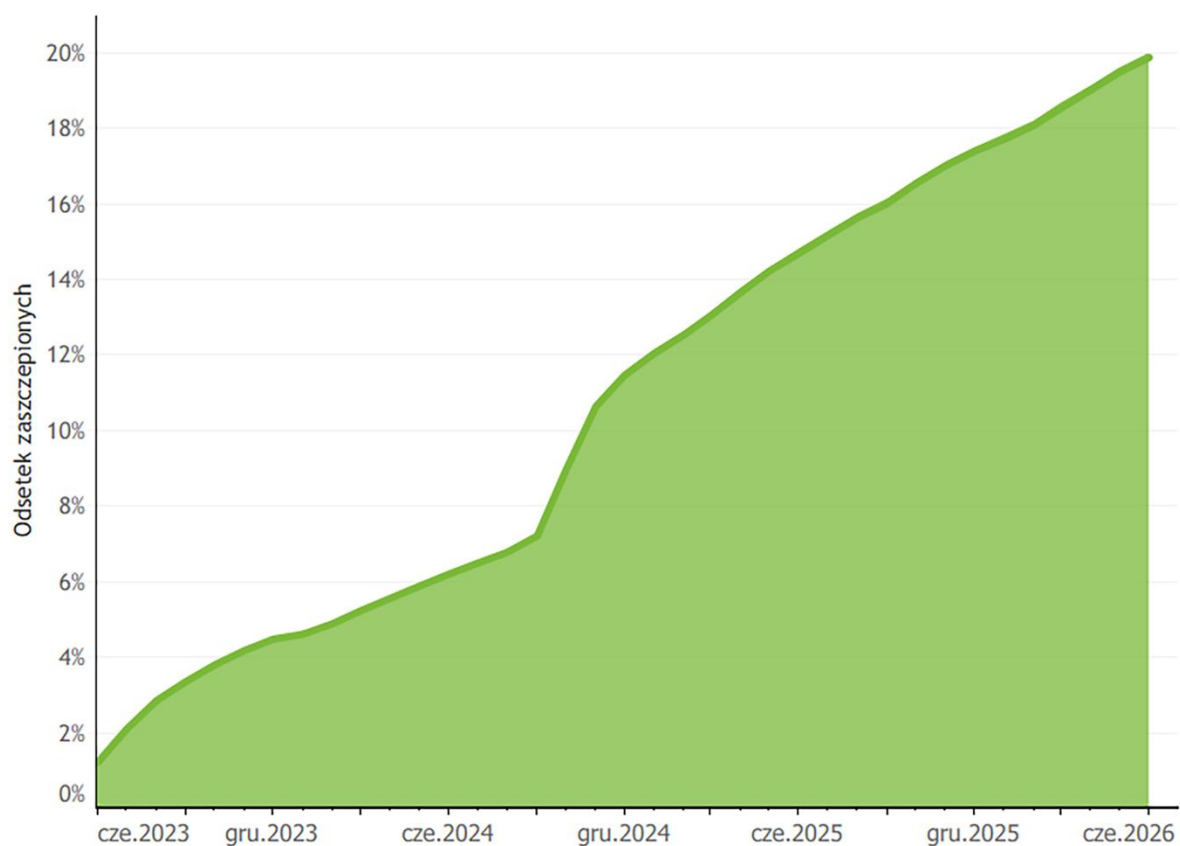
Raport epidemiologiczny 2025/2026

Liczba wykonanych w 2024 r. szczepień osób dorosłych przeciw krztuścowi wyniosła 137,2 tys. Rok później wykonano ich 236,1 tys., a do lipca 2026 r. 82,6 tys. Kobiety stanowiły około jednej trzeciej zaszczepionych [1].



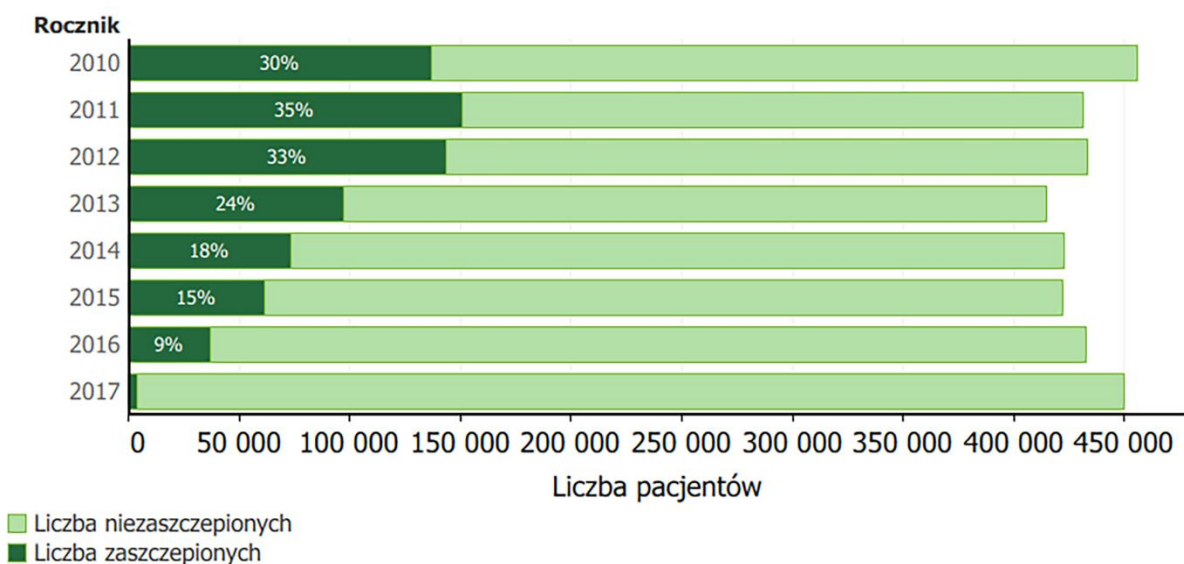
HPV

Powszechny Program Szczepień przeciw HPV rozpoczął się 1 czerwca 2023 roku. Szczepienia są zalecane dla dziewcząt i chłopców po ukończeniu 9. r.ż. do ukończenia 14. r.ż. W czerwcu 2026 r. odsetek zaszczepionych osób z roczników 2010-2017, objętych programem bezpłatnych szczepień trwającym od czerwca 2023 r., wynosił 19,87%, co oznacza wzrost o 5,18 pp. W porównaniu z czerwcem 2025 r. [7].

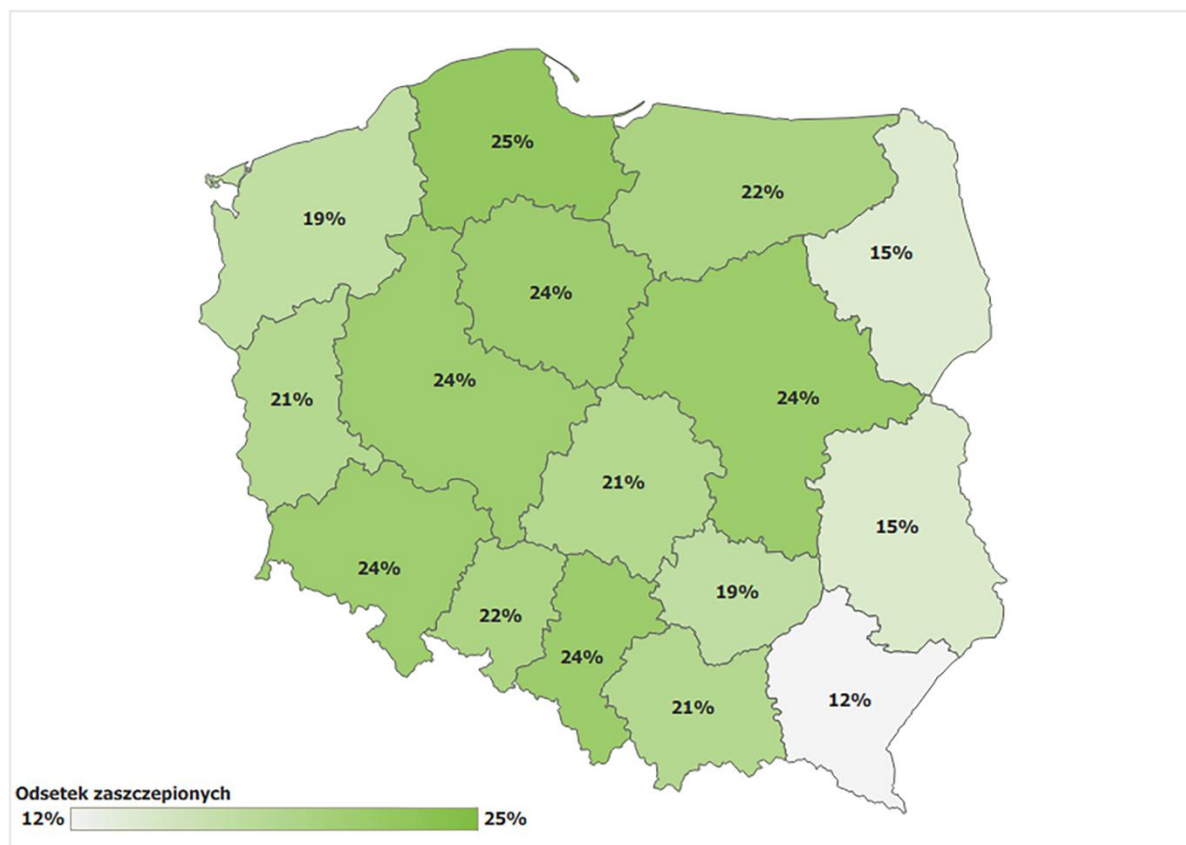


Raport epidemiologiczny 2025/2026

W rocznikach 2010–2012 odsetek zaszczepionych wynosi co najmniej 30% [7]. W roczniku 2012, który opuści program w grudniu 2026 r. – 33%; do końca roku ten odsetek może jeszcze ulec zmianie. Roczники 2010 i 2021 nie są już objęte programem.



Odsetek osób zaszczepionych przeciw HPV różni się między województwami [7].



Raport epidemiologiczny 2025/2026

Dane dla roczników 2010–2017, objętych programem bezpłatnych szczepień.

Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia od 1 stycznia 2027 roku szczepienia przeciw HPV mają stać się obowiązkowe dla dzieci w wieku 9-15 lat.

Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2023 roku odnotowano 2366 zachorowań na raka szyjki macicy, a 1401 kobiet zmarło z tego powodu [8].

ZACHOROWANIA I ZGONY NA NOWOTWORY ZALĘŻNE OD ZAKAŻENIA HPV W POLSCE

Na podstawie zachorowań i zgonów w 2023 roku [8,9].



<https://onkologia.org.pl/pl/raporty>

Hartwig et al. Infectious Agents and Cancer (2017) 12:19 DOI 10.1186/s13027-017-0129-6 - ICD-10 oraz odsetek nowotworów przypisywanych wszystkim typom wirusa HPV wyliczone zgodnie z Tabelą 1

*Dowolna etiologia - niedoszacowane z powodu braku danych z prywatnych praktyk klinicznej

Wprowadzony w lipcu 2025 r. do programu profilaktyki raka szyjki macicy test HPV HR od sierpnia 2026 r. zastąpił tradycyjną cytologię. Dotychczasowa cytologia klasyczna opierała się jedynie na ocenie mikroskopowej pobranych komórek. Test molekularny HPV HR wykrywa natomiast materiał genetyczny wirusa, który odpowiada za powstanie niemal wszystkich przypadków raka szyjki macicy.

Raport epidemiologiczny 2025/2026

Wg danych na 15 lipca 2026 r. 724 462 kobiety zapisały się na badanie oparte na teście HPV HR. Do tego dnia oceniono wyniki 639 627 badań [8]. W przypadku 8,25% wykonanych badań HPV HR uzyskano wynik dodatni (oznacza obecność jednego z 14 typów wirusa, w tym wysokoonkogennych typów 16 i 18). W przypadku wyniku dodatniego z tej samej próbki laboratorium automatycznie wykonuje badanie cytologiczne na podłożu płynnym (LBC)*. U 52 782 kobiet wykonano badanie cytologiczne na podłożu płynnym (LBC) i u 54% z nich potwierdzono nieprawidłowe zmiany komórkowe [10].

*Test HPV z triage polega na pobraniu jednego wymazu z szyjki macicy na podłoże płynne, z którego w pierwszej kolejności wykonuje się czuły test molekularny w kierunku wysokoonkogennych typów wirusa HPV (HPV HR).

- **Wynik ujemny:** jeśli test nie wykryje wirusa, kolejne badanie przesiewowe wykonuje się dopiero za 5 lat.
- **Wynik dodatni (Triage):** jeśli obecność wirusa zostanie potwierdzona, laboratorium z tej samej próbki automatycznie wykonuje **cytologię na podłożu płynnym (LBC)**.

Nota metodologiczna

Informacje zawarte w Raporcie epidemiologicznym 2025/2026 opierają się na danych pochodzących z rejestrów publicznych i pozyskanych przez OPZCI z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. W większości dane te dotyczą publicznego systemu ochrony zdrowia i nie uwzględniają informacji pochodzących z placówek prywatnej opieki zdrowotnej.

Lista źródeł danych i informacji:

1. Raport o chorobach zakaźnych (dane na dzień: 12.07.2026) [Internet]. Warszawa: Centrum e-Zdrowia; [Dostępne na: <https://ezdrowie.gov.pl/>].
2. Urbański F. Dane nt. sprawozdanych świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących zakażeń COVID-19, grypy, RSV, krztuściami i pneumokokami. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia; 2026.
3. Meldunki o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce [Internet]. Warszawa: Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy; [Dostępne na: www.pzh.gov.pl].
4. Łuniewska K, Rzymiski P, Poniedziałek B, Szymański K, Kondratiuk K, Czajkowska E, Mańkowski B, Brydak LB. Monitoring of RSV-A and RSV-B Circulation in Poland Across Three Post-Pandemic Seasons (2022-2025). *Viruses*. 2026;18(3):321.
5. Falsey AR, Walsh EE. Respiratory syncytial virus infection in adults. *Clin Microbiol Rev*. 2000;13(3):371-84.
6. Wróbel-Pawelczyk I, Gołębiowska A, Błaszczuk K, Kiedrowska M, Ronkiewicz P, Kuch A, et al. Inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP) w Polsce w 2025 roku [Internet]. Warszawa: Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN); 2026 [Dostępne na: www.koroun.nil.gov.pl].
7. Raport o szczepieniach przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) (dane na dzień: 27.07.2026) [Internet]. Warszawa: Centrum e-Zdrowia; [Dostępne na: <https://ezdrowie.gov.pl/>].

8. Didkowska JA, Wojciechowska U, Irzyk M, Rogalski M, Olasek P, Jawońska A, Filipek P, Dybek M. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2023 roku. Warszawa: Krajowy Rejestr Nowotworów, 2025.

Dane nt. liczby pacjentów i świadczeń udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej i leczeniu szpitalnym obejmowały okres od stycznia 2024 r. do marca 2026 r. Warunkiem włączenia do zestawienia było sprawozdanie rozpoznania oznaczonego odpowiednim kodem ICD-10, a w przypadku hospitalizacji uwzględniane były rozpoznania główne. Brak uwzględnienia chorób zakaźnych jako chorób współistniejących ogranicza informacje na temat hospitalizacji z powodu zaostrzeń chorób podstawowych, do których mogło dochodzić w wyniku infekcji. W konsekwencji rzeczywisty wpływ liczby zachorowań na choroby zakaźne na liczbę hospitalizacji i obciążenie systemu ochrony zdrowia jest prawdopodobnie większy, niż wskazują oficjalne statystyki dotyczące hospitalizacji.

Wiek pacjenta określono jako różnicę między rokiem wypisu a rokiem urodzenia. Kwartał określono na podstawie daty realizacji świadczenia lub wypisu ze szpitala.

Dane nt. szczepień przeciw grypie, COVID-19 oraz RSV zaprezentowano w okresach od sierpnia do lipca następnego roku. W pozostałych przypadkach prezentowane są dane roczne.

9. Hartwig et al. Estimation of the overall burden of cancers, precancerous lesions, and genital warts attributable to 9-valent HPV vaccine types in women and men in Europe; *Infectious Agents and Cancer* (2017) 12:19; DOI 10.1186/s13027-017-0129-6

10. Wybierany przez tysiące Polek teraz standardem dla wszystkich kobiet. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia; 2026 [Dostępne na: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wybierany-przez-tysiacze-polek-teraz-standardem-dla-wszystkich-kobiet,8990.html>].