

**SPRAWOZDANIE
Z WYKONANIA ZADAŃ OBJĘTYCH
HARMONOGRAMEM REALIZACJI
KRAJOWEGO PROGRAMU
ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV
I ZWALCZANIA AIDS
w 2024 roku**

opracowane przez Krajowe Centrum do spraw AIDS

Podstawa prawna: § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227).

Warszawa, maj 2025 r.

SPIS TREŚCI:

1. Informacje podstawowe.....	5
2. Epidemiologia.....	8
3. I obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa	22
II obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.....	39
III obszar tematyczny: wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.....	45
IV obszar tematyczny: współpraca międzynarodowa.....	66
V obszar tematyczny: monitoring.....	70
4. Informacja o środkach finansowych będących w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS, przeznaczanych na zapobieganie i zwalczanie AIDS	72
5. Podmioty realizujące Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2024 roku.....	74
6. Podsumowanie.....	76
7. Wykaz skrótów.....	83

Załącznik: Szczegółowe sprawozdania przedłożone przez poszczególne podmioty realizujące Krajowy Program

1. Sprawozdanie Ministerstwa Zdrowia - Krajowe Centrum ds. AIDS.....	1
2. Sprawozdanie Ministerstwa Zdrowia – Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom	9
3. Sprawozdanie Głównego Inspektoratu Sanitarnego	11
4. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku	14
5. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy	19
6. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku.....	23
7. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.....	26
8. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach	29
9. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kielcach	33
10. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie	38
11. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie	40
12. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi	43
13. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie	46
14. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu	56
15. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu	59
16. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie	63

17. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie	69
18. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie	76
19. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu	82
20. Sprawozdanie Ministerstwa Edukacji Narodowej	88
21. Sprawozdanie Ministerstwa Infrastruktury	91
22. Sprawozdanie Ministerstwa Obrony Narodowej	93
23. Sprawozdanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	96
24. Sprawozdanie Ministerstwa Sprawiedliwości	100
25. Sprawozdanie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB.....	108
26. Sprawozdanie Urzędu Miasta St. Warszawy.....	114
27. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego	116
28. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.....	119
29. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego.....	122
30. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego	124
31. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego	126
32. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego	130
33. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego	135
34. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego	137
35. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego	139
36. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego	141
37. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego	143
38. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego.....	145
39. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego	147
40. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego.....	154
41. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego	156
42. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego	158
43. Sprawozdanie Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego	160
44. Sprawozdanie Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego	165
45. Sprawozdanie Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego	168
46. Sprawozdanie Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego	170
47. Sprawozdanie Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego	172
48. Sprawozdanie Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego	174
49. Sprawozdanie Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego	177
50. Sprawozdanie Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego	180
51. Sprawozdanie Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego	182

52. Sprawozdanie Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego	186
53. Sprawozdanie Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego	188
54. Sprawozdanie Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego	197
55. Sprawozdanie Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego	199
56. Sprawozdanie Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego	201
57. Sprawozdanie Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego	203
58. Sprawozdanie Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego	205

1. INFORMACJE PODSTAWOWE

Polityka państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczania AIDS została określona w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. Nr 44, poz. 227).

Działania Krajowego Centrum ds. AIDS i innych realizatorów opierały się na zapisach najnowszej edycji dokumentu pn. „Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2022–2026” (zwanego dalej Harmonogramem), przyjętego Uchwałą nr 188/2022 przez Radę Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

Poprzednie edycje realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS obejmowały lata 1996–1998, 1999–2003, 2004–2006, 2007–2011, 2012–2016 oraz 2017–2021.

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (zwany dalej Programem) zakłada podjęcie działań w pięciu obszarach:

- 1) zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa,
- 2) zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
- 3) wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
- 4) współpracy międzynarodowej,
- 5) monitoringu.

Podmiotami zobowiązanymi do realizacji Programu są:

- ministrowie właściwi ze względu na cele Programu,
- terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki,
- podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy dotyczące pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz edukacji publicznej.

W realizacji Programu mogą również uczestniczyć podmioty, które prowadzą działalność umożliwiającą podejmowanie zadań wynikających z Harmonogramu lub wspierającą realizację Programu. Realizacją Programu kieruje Minister Zdrowia, a koordynacja działań została powierzona Krajowemu Centrum do Spraw AIDS (zwanemu dalej: Krajowe Centrum ds. AIDS lub Centrum).

Do katalogowania zadań, które są planowane i realizowane w ramach „Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS” służy Elektroniczna Baza Monitoringowa (EBM). W systemie gromadzone są dane dotyczące podmiotów sprawozdających, podmiotów realizujących zadania, podejmowanych działań, grup, do których te działania są skierowane, liczby odbiorców, finansowania, zasięgu terytorialnego, spójności tematycznej z innymi krajowymi programami/strategiami, itd. Za pośrednictwem EBM podmioty, zobowiązane do realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, przekazują sprawozdania z realizacji Programu za rok poprzedni, jak również harmonogramy na kolejne 12 miesięcy.

Sprawozdania roczne są przekazywane Krajowemu Centrum ds. AIDS przez podmioty realizujące Program do dnia 15 kwietnia roku następnego. Centrum, w terminie do dnia 15 maja, opracowuje i przedkłada je Ministrowi Zdrowia. Po zakończeniu 5-letniego okresu obowiązywania Harmonogramu realizacji Programu, podmioty realizujące zadania przedkładają koordynatorowi sprawozdania z wykonania zadań (do dnia 15 kwietnia roku następnego). Koordynator sporządza i przedkłada Ministrowi Zdrowia całościowy dokument z realizacji 5-letniego Harmonogramu

realizacji Programu do dnia 15 maja. Następnie Minister Zdrowia przedkłada wyżej wymieniony dokument Radzie Ministrów.

Zakres kompetencji merytorycznych Krajowego Centrum ds. AIDS został rozszerzony o tematykę zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs). Zgodnie z § 2 *zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. w sprawie Krajowego Centrum do spraw AIDS* (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 60 z dnia 16 sierpnia 2019 r.) przedmiotem działalności Centrum jest realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego, o których mowa w art. 2 *ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2018 r. poz.1492 oraz z 2019 r. poz. 447), przez:

- 1) podejmowanie działań mających na celu ograniczanie zagrożeń i szkód zdrowotnych wynikających z epidemii HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, w szczególności:
 - a) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promowanie zdrowego trybu życia,
 - b) prowadzenie profilaktyki w zakresie HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród ogółu społeczeństwa oraz osób o zwiększonymi poziomami zachowań ryzykownych,
 - c) wsparcie osób zakażonych drogą płciową, w tym HIV i chorych na AIDS oraz ich bliskich w zakresie przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji oraz dostępności opieki zdrowotnej,
 - d) zbieranie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji epidemiologicznej i innowacyjnych działań profilaktycznych,
 - e) prowadzenie współpracy międzynarodowej,
 - f) prowadzenie elektronicznej bazy danych dotyczących działań podejmowanych w zakresie HIV/AIDS przez inne podmioty na terenie kraju,
- 2) koordynowanie i monitorowanie realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS;
- 3) koordynowanie realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczącego leczenia antyretrowirusowego, ustalonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019 r. poz. 1373 i 1394).

W 2024 r. Krajowe Centrum ds. AIDS realizowało między innymi następujące działania:

w I obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa:

- kampania pod hasłem „Mój pierwszy raz” (#mójpierwszyraz), skierowana do młodych dorosłych, czyli osób w wieku 18-24 lata, której celem było podniesienie świadomości społecznej dotyczącej HIV oraz zachęcenie do badań w tym kierunku;
- obchody Światowego Dnia AIDS – XXXI Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”;
- szkolenia:
 - dla pracowników i funkcjonariuszy Komendy Stołecznej Policji oraz jednostek organizacyjnych Policji funkcjonujących na obszarze działania Komendanta Stołecznego Policji,
 - dla pracowników wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych zatrudnionych w oddziałach oświaty zdrowotnej, doradców ds. profilaktyki w Narodowym Funduszu Zdrowia, edukatorów posiadających certyfikat wydany przez Krajowe Centrum ds. AIDS oraz członków Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, tj. osób zajmujących się promocją zdrowia i działaniami profilaktycznymi w obszarze HIV/AIDS/STIs, certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD);
 - superwizje dla doradców pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.
- opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych, w tym ulotek, broszur i plakatów;

- działania informacyjne realizowane poprzez:
 - stronę internetową Krajowego Centrum ds. AIDS: <https://aids.gov.pl/>,
 - bezpłatny Telefon Zaufania HIV/AIDS: 800 888 448,
 - Telefon Informacyjny,
 - Poradnię Internetową: https://aids.gov.pl/poradnia_internetowa/,
 - publikację Kontry – biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS: https://aids.gov.pl/kontra/kontra_2024/,
 - e-Kontrę – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS,
 - fanpage Krajowego Centrum ds. AIDS na portalu społecznościowym Facebook: <https://www.facebook.com/kcaids/>,
 - portal edukacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS: <https://www.hiv-aids.edu.pl/>;
- przegląd i analiza obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS;

w II obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

- działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD).

w III obszarze – wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

- realizacja Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” (RPPZ):
 - leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
 - profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych,
 - profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko),
 - leczenie antyretrowirusowe dzieci.
- realizacja modułu pn.: „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”, którego celem jest eradykacja HCV w populacji osób osadzonych.
- realizacja programów wsparcia dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich.

w IV obszarze – współpracy międzynarodowej

- polityka międzynarodowa - kadencja członkowska Polski w Radzie Koordynacyjnej Programu UNAIDS (PCB UNAIDS);
- udział w opracowywaniu strategii STIs dla Polski;
- udział w inicjatywie Fast-Track Cities;
- sprawozdawczość międzynarodowa: Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (UNAIDS), Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Światowa Organizacja Zdrowia (WHO);
- wizyty studyjne;
- inne działania, np. udział w kongresach, konferencjach, warsztatach.

w V obszarze – monitoringu

- funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej w zakresie realizacji Krajowego Programu;
- monitorowanie gospodarki lekowej;
- funkcjonowanie elektronicznego systemu wprowadzania ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych;
- monitoring prasy.

2. EPIDEMIOLOGIA

Sytuacja epidemiologiczna dotycząca nowo rozpoznanych zakażeń HIV, zachorowań na AIDS, zgonów osób chorych na AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) w Polsce w 2024* roku na podstawie danych nadzoru epidemiologicznego (dane jednostkowe)

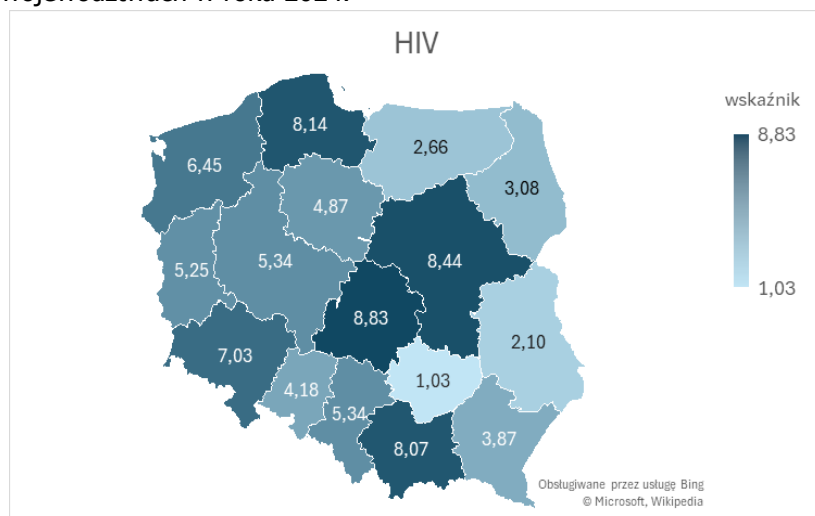
*Dane z roku 2024 nadal podlegają weryfikacji i mogą ulec zmianie.

Dane epidemiologiczne zostały przygotowane i przekazane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (zwany dalej NIZP PZH).

Zakażenia HIV

W 2024 roku zgłoszono 2 265 przypadków HIV - wskaźnik nowych rozpoznań HIV ogółem wynosił 6,03 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla porównania w 2023 roku zarejestrowano 2 278 przypadków HIV (a w 2022 r. - 2 374 nowo rozpoznanych zakażeń HIV). Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 9,56 przypadków na 100 000 mężczyzn, natomiast dla kobiet 2,52 przypadków na 100 000 kobiet. Wykres 1 przedstawia wskaźnik dla poszczególnych województw. Największe wskaźniki, powyżej 7 przypadków na 100 000 mieszkańców zarejestrowano w 4 województwach: mazowieckim, małopolskim, łódzkim, pomorskim i dolnośląskim.

Wykres 1. Wskaźnik nowych rozpoznań HIV na 100 000 mieszkańców zgłoszonych w poszczególnych województwach w roku 2024.



Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r.

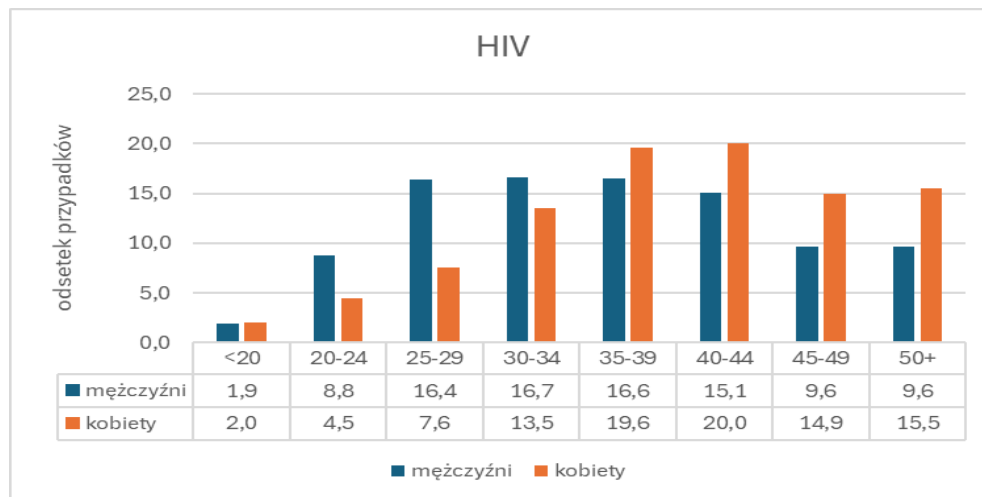
Najwięcej przypadków wśród mężczyzn rozpoznano w 3 grupach wieku między 25 a 39 r.ż., powyżej 16% wszystkich przypadków w każdej z grup wieku. W populacji kobiet dominującą grupę stanowiły zakażenia u kobiet w wieku 40-44 lata – 20,0% (98 przypadków). Większy odsetek przypadków kobiet niż mężczyzn został zgłoszony wśród kobiet po 35 r.ż.

W latach 2022 -2023 zgłoszono odpowiednio w grupie mężczyzn w grupach wiekowych 30–39 lat – 39% i 35,9% przypadków (626 i 606 osób), 40–49 lat – 24,5% i 24,8% (393 i 419 osób) i 20–29 lat – 24,4% i 24,8% (392 i 419 osób). U kobiet najwięcej zakażeń HIV zarejestrowano

odpowiednio w grupach wiekowych 30–39 lat – 37,4% i 36,3% (281 i 210 osób) i 40–49 lat – 32,3% i 29,2% (243 i 169 osób).

Szczegółowy rozkład proporcji w poszczególnych grupach wieku z uwzględnieniem płci zestawiono na wykresie 2.

Wykres 2. Odsetek przypadków HIV w podziale na płeć i wiek osób zakażonych, zgłoszonych w roku 2024.



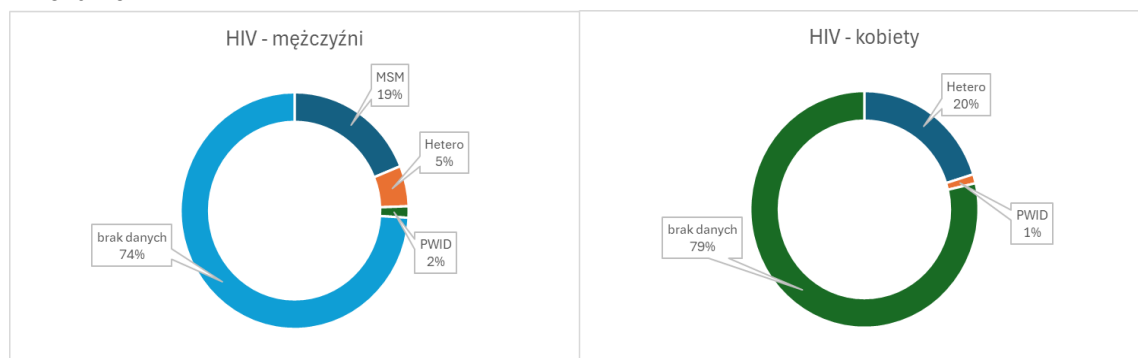
* 1 transmężczyzna w wieku > 50+; w 133 przypadkach nie podano wieku i/lub płci zakażonych osób

Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r.

W większości przypadków brak jest wskazanej prawdopodobnej drogi zakażenia dla 74,0% mężczyzn i 77,9% kobiet. W grupie mężczyzn przeważają zakażenia w populacji mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) – 18,9% przypadków. Zakażenia wśród mężczyzn heteroseksualnych stanowią 5,5% wszystkich przypadków. Zakażenia wśród osób wstrzykujących narkotyki (PWID) dotyczyły 1,6% przypadków. W grupie kobiet przeważały zakażenia wśród kobiet heteroseksualnych – 20,0%, natomiast zakażenia wśród osób wstrzykujących narkotyki dotyczyły 1,2% przypadków kobiet. Na wykresie 3 przedstawiono szczegóły dotyczące transmisji zakażenia dla wykazanych przypadków HIV dla kobiet i mężczyzn, zgłoszonych w roku 2024 (odsetek liczony bez wykluczenia braków danych).

Natomiast wśród mężczyzn ze znaną drogą transmisji, najczęściej zakażenia były zgłaszane dla mężczyzn MSM – 72,5% oraz mężczyzn heteroseksualnych – 21,3%. Wśród kobiet ze znaną drogą transmisji, zakażenia w wyniku kontaktów heteroseksualnych stanowiły ponad 90%. Zakażenia w populacji osób wstrzykujących narkotyki drogą dożylną, wśród osób ze znaną drogą zakażenia stanowiły 6,0% u mężczyzn i 5,6% u kobiet.

Wykres 3. Prawdopodobna droga zakażenia dla HIV w zależności od płci osób zakażonych, zgłoszonych w roku 2024.



MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami; PWID – osoby wstrzykujące narkotyki drogą dożylną; *w 41 przypadkach nie podano płci i/lub drogi zakażenia; 1 transmężczyzna, brak danych dotyczących drogi zakażenia.

Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r.

Zachorowania AIDS i zgonów osób chorych na AIDS

W 2024 roku zgłoszono zachorowanie AIDS u 190 osób zakażonych HIV - wskaźnik zachorowań AIDS ogółem wynosił 0,51 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 0,78 przypadków na 100 000 mężczyzn, natomiast dla kobiet 0,25 przypadków na 100 000 kobiet. W 2024 roku zgłoszono 21 zgonów u osób chorych na AIDS - wskaźnik umieralności wynosił 0,06 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 0,07 przypadków na 100 000 mężczyzn, natomiast dla kobiet 0,04 przypadków na 100 000 kobiet. W tabeli 1 przedstawiono wskaźnik dla poszczególnych województw. Najwyższy wskaźnik zachorowań AIDS odnotowano w województwie dolnośląskim – 1,01 na 100 000 mieszkańców, natomiast najwyższy wskaźnik umieralności zarejestrowano w województwie podlaskim – 0,18 na 100 000 mieszkańców oraz w województwach warmińsko-mazurskim i dolnośląskim, odpowiednio – 0,15 i 0,14 przypadków na 100 000 mieszkańców.

Tabela 1. Liczba zachorowań na AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w Polsce w 2024 oraz wskaźniki zachorowań i umieralności na 100 000 mieszkańców wg województw.

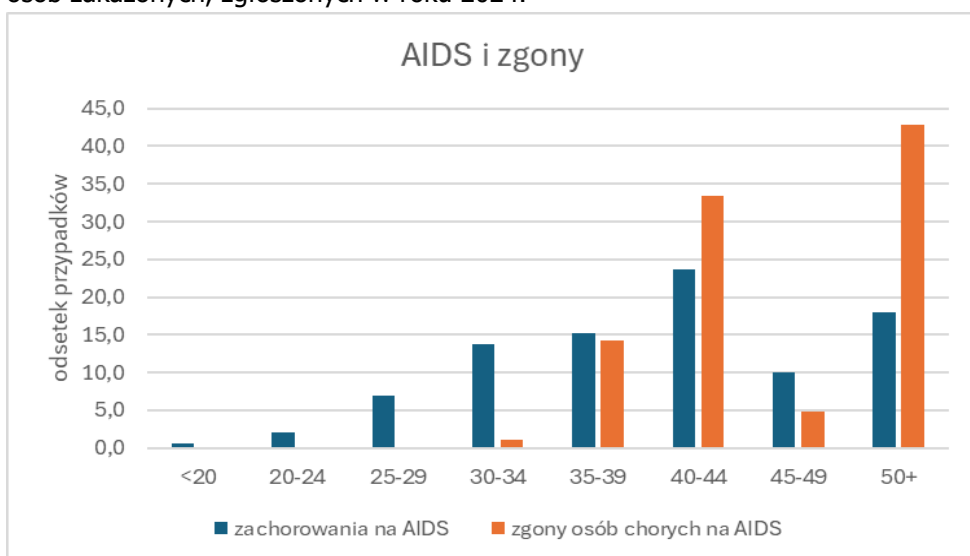
Województwo	Zachorowania AIDS		Zgony osób chorych na AIDS	
	liczba przypadków	wskaźnik zachorowań	liczba przypadków	wskaźnik umieralności
Dolnośląskie	29	1,01	4	0,14
Kujawsko-pomorskie	15	0,75	0	--
Lubelskie	0	--	0	--
Lubuskie	4	0,41	0	--
Łódzkie	12	0,51	2	0,08
Małopolskie	10	0,29	0	--
Mazowieckie	36	0,65	2	0,04
Opolskie	0	--	0	--
Podkarpackie	5	0,24	2	0,10
Podlaskie	5	0,44	2	0,18
Pomorskie	17	0,72	2	0,08
Śląskie	22	0,51	2	0,05

Świętokrzyskie	2	0,17	0	--
Warmińsko-mazurskie	5	0,37	2	0,15
Wielkopolskie	18	0,52	1	0,03
Zachodniopomorskie	10	0,61	2	0,12
Polska	190	0,51	21	0,06

Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r.

Najwięcej zachorowań na AIDS rozpoznawano w grupie wieku 40-44 lata – 23,7% przypadków oraz w populacji 50+ – 17,9%. Natomiast zgony osób chorych na AIDS dotyczyły głównie osób po 50 r.ż. – 42,9% oraz u osób w wieku 40-44 lata – 33,3%. Nie zarejestrowano żadnego zgonu u osób poniżej 30 r.ż. Wykres 4 przedstawia rozkład zachorowań AIDS oraz zgony osób chorych na AIDS według wieku pacjentów w momencie rozpoznania zachorowania AIDS lub zgonu osób chorych.

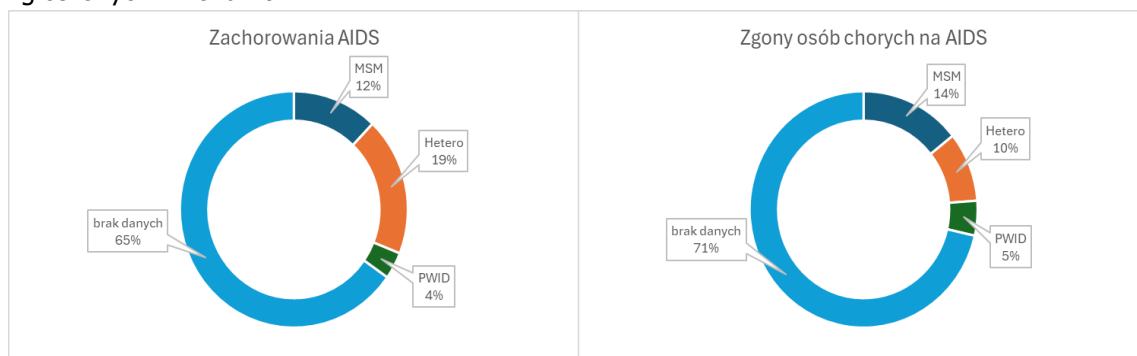
Wykres 4. Odsetek zachorowań na AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w Polsce w podziale na wiek osób zakażonych, zgłoszonych w roku 2024.



Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r.

Dla większości przypadków zachorowań AIDS brak jest wskazanej prawdopodobnej drogi zakażenia – 65,3%. Najczęstszą drogą zakażenia wśród osób z rozpoznanym AIDS były zakażenia na drodze heteroseksualnej – 18,9% wszystkich zachorowań, natomiast zakażenia w populacji MSM stanowiły 12,1%. Zakażenia w grupie osób wstrzykujących narkotyki dotyczyły 3,7% osób. Dla zgłoszonych przypadków zgonów osób chorych na AIDS w większości brak jest danych na temat drogi zakażenia HIV – aż 71,4%. Pojedyncze zgony zarejestrowano u osób heteroseksualnych – 2 przypadki, u MSM – 3 przypadki i 1 zgon u osoby wstrzykującej narkotyki. Wykres 5 przedstawia rozkład zakażeń z podziałem na poszczególne drogi transmisji wirusa.

Wykres 5. Prawdopodobna droga zakażenia dla zachorowań AIDS i zgonów osób chorych na AIDS, zgłoszonych w roku 2024.



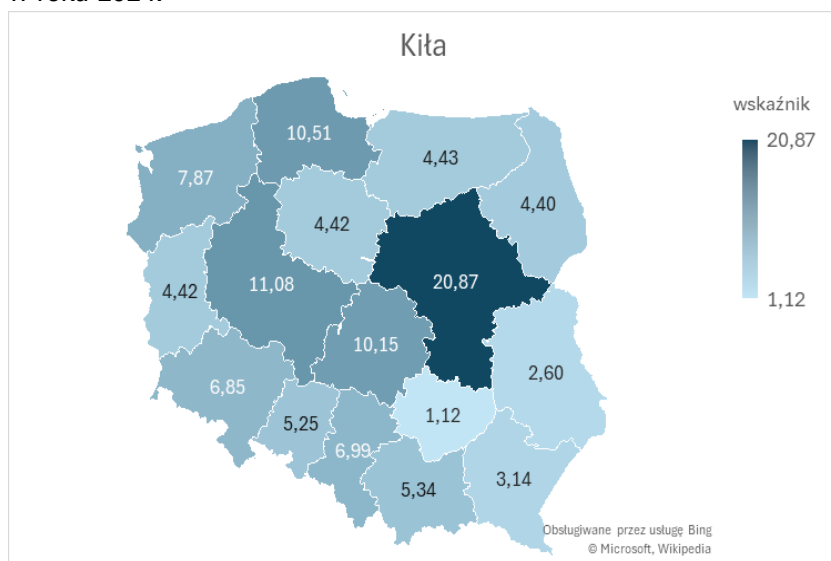
MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami; PWID – osoby wstrzykujące narkotyki drogą dożylną.

Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r.

Kiła

W 2024 roku zgłoszono w Polsce 3 252 przypadki kiły – wskaźnik nowych rozpoznań kiły ogółem wynosił 8,66 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 15,47 przypadków na 100 000 mężczyzn (2 809 przypadków) a dla kobiet - 2,28 przypadków na 100 000 kobiet (443 przypadków). Wykres 6 przedstawia wskaźnik dla poszczególnych województw. Największy wskaźnik zarejestrowano w województwie mazowieckim - 20,87 przypadków na 100 000 mieszkańców, w 3 województwach wskaźnik wynosił około 10 przypadków na 100 000 mieszkańców, m.in. w województwie: wielkopolskim, łódzkim i pomorskim, w 5 województwach wskaźnik wahał się od 5 do 7 przypadków, a w pozostałych województwach był znacznie niższy.

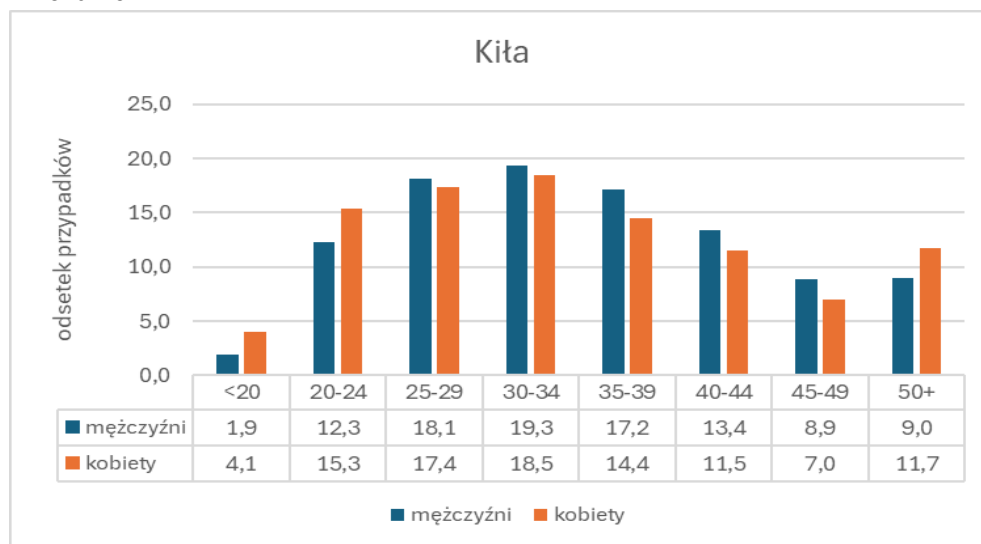
Wykres 6. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły na 100 000 mieszkańców w województwach, zgłoszonych w roku 2024.



Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 - dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 oraz dane dot. ludności w roku 2024 - GUS

Najwięcej przypadków wśród mężczyzn zarejestrowano w grupach wieku 30-34 lat (19,3%), 25-29 lat (18,1%), a także 35-39 lat (17,2%). U kobiet – najwięcej zgłoszonych przypadków dotyczyło kobiet w wieku 30-34 lat (18,5%) oraz w wieku 25-29 lat (17,4%). Większy odsetek przypadków kobiet niż mężczyzn został zgłoszony wśród najmłodszych kobiet tj. poniżej 25 r.ż. i wśród najstarszych kobiet tj. po 50 r.ż. Szczegółowy rozkład proporcji w poszczególnych grupach wieku z uwzględnieniem płci zestawiono na wykresie 7.

Wykres 7. Odsetek przypadków kiły w podziale na płeć i wiek osób zakażonych, zgłoszonych w roku 2024.

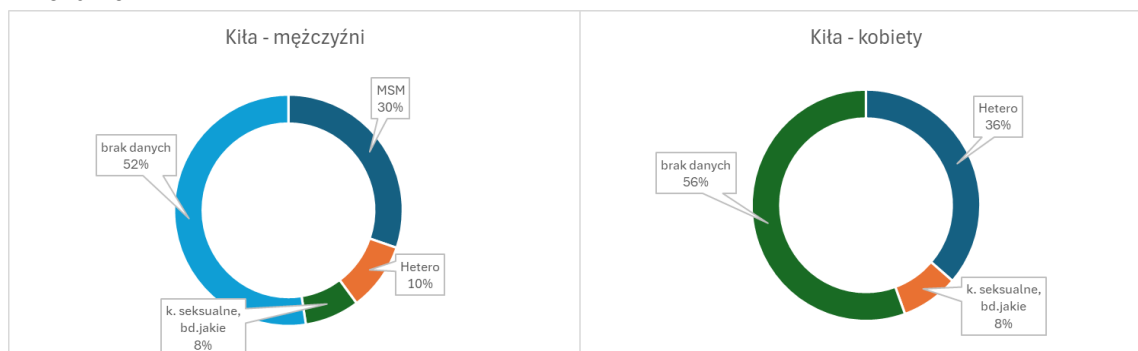


Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r.

Najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia dla kiły nie wskazano dla 56,4% przypadków kiły u mężczyzn i 55,5% u kobiet. Wśród mężczyzn, co trzeci przypadek dotyczył mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) – 30,3%. Kontakty heteroseksualne dotyczyły 9,6% przypadków u mężczyzn oraz 36,3%u kobiet. Wykres 8 przedstawia drogę zakażenia dla wykazanych w 2024 roku przypadków kiły dla kobiet i mężczyzn (odsetek liczony bez wykluczenia braków danych).

Natomiast wśród mężczyzn ze znaną drogą transmisji, zakażenia wśród MSM stanowiły prawie 64% przypadków, zakażenia heteroseksualne – 20,1%, a zakażenia na drodze kontaktów seksualnych, bez podania typu kontaktu zostały wskazane przez prawie 8% mężczyzn. Wśród kobiet ze znaną drogą transmisji, zakażenia na drodze kontaktów heteroseksualnych stanowiły znaczącą przewagę – prawie 82%. Pozostała droga zakażenia została określona jako kontakty seksualne, ale bez podania rodzaju kontaktu (18,3% kobiet ze znaną drogą zakażenia).

Wykres 8. Prawdopodobna droga zakażenia dla kiły w zależności od płci osób zakażonych, zgłoszonych w roku 2024.

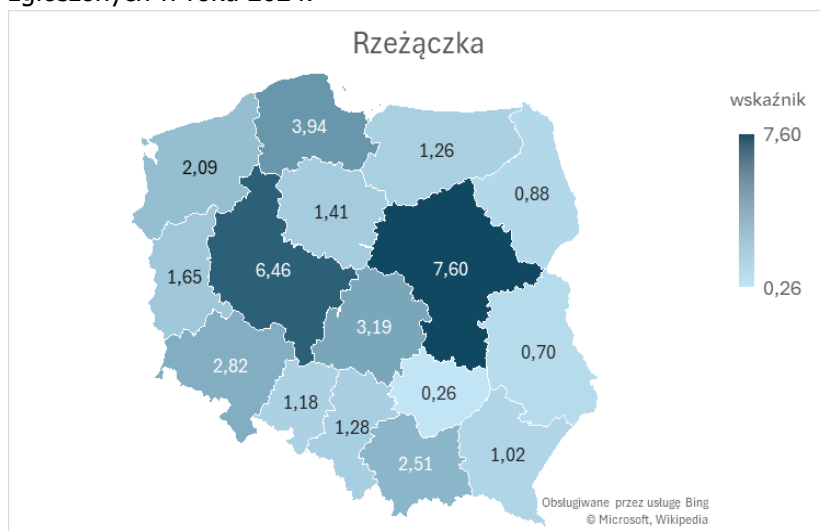


*MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami; Hetero – kontakty heteroseksualne
 Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r., odsetek liczony bez wykluczenia braków danych

Rzeżączka

W 2024 roku zgłoszono 1 188 przypadków rzeżączki w Polsce - wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki ogółem wynosił 3,16 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik był 9 razy większy niż dla kobiet i wynosił 5,87 przypadków na 100 000 mężczyzn (1 066 przypadków), natomiast dla kobiet wynosił 0,63 przypadki na 100 000 kobiet (122 przypadki). Na wykresie 9 przedstawiono wskaźnik dla poszczególnych województw. Najwyższe, zbliżone do siebie wskaźniki zgłoszono w województwie mazowieckim – 7,60 przypadków na 100 000 mieszkańców oraz w województwie wielkopolskim – 6,46, natomiast w pozostałych województwach wskaźnik był niższy.

Wykres 9. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki na 100 000 mieszkańców w województwach, zgłoszonych w roku 2024.

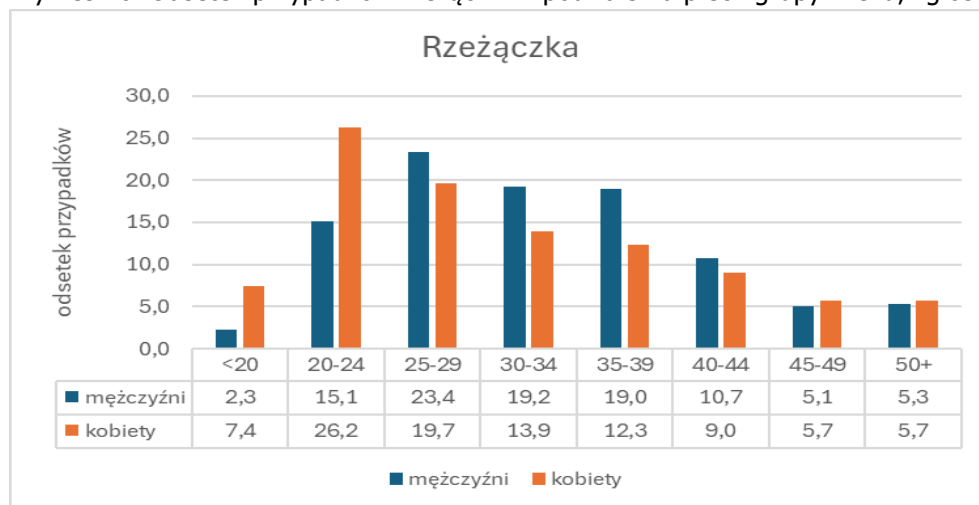


Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 - dane jednostkowe stan na 12.03.2025 r. oraz dane dot. ludności w roku 2024 - GUS

Najwięcej przypadków rzeżączki wśród mężczyzn zarejestrowano w grupie wieku 25-29 lat (23,4%), 30-34 lat (19,2%), a także 35-39 lat (19,0%). U kobiet rzeżączka najczęściej dotyczyła kobiet w grupie wieku 20-24 lata (26,2%) oraz 25-29 lat (19,7%). Podobnie jak w przypadku kiły większy odsetek przypadków kobiet niż mężczyzn został zgłoszony wśród najmłodszych kobiet,

tj. poniżej 25 r.ż. i wśród najstarszych kobiet, tj. po 50 r.ż. Proporcje zarejestrowanych przypadków rzeżączki według płci z uwzględnieniem grup wieku przedstawiono na wykresie 10.

Wykres 10. Odsetek przypadków rzeżączki w podziale na płeć i grupy wieku, zgłoszonych w roku 2024.



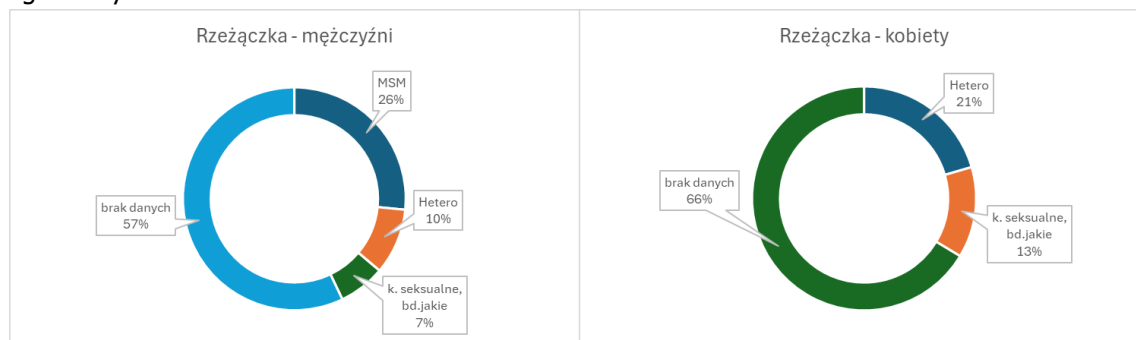
* brak danych dla wieku dla 1 mężczyzny i 1 transmężczyzna w grupie wieku 35-39 lat

Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r.

Najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia dla przypadków rzeżączki nie wskazano dla 57,1% mężczyzn i 66,4% kobiet. Wśród mężczyzn, co piąty przypadek dotyczył mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) – 26,6%. Kontakty heteroseksualne były najbardziej prawdopodobną drogą transmisji zakażenia dla 9,6% przypadków wśród mężczyzn i 20,5% wśród kobiet. Na wykresie 11 przedstawiono drogę zakażenia dla wykazanych w 2024 roku przypadków rzeżączki dla kobiet i mężczyzn (odsetek liczony bez wykluczenia braków danych).

Natomiast wśród mężczyzn ze znaną drogą transmisji, zakażenia wśród MSM stanowiły prawie 62% przypadków, zakażenia heteroseksualne – 22,3%, a zakażenia na drodze kontaktów seksualnych, bez podania typu kontaktu zostały wskazane przez 15,8% mężczyzn. Wśród kobiet ze znaną drogą transmisji, zakażenia na drodze kontaktów heteroseksualnych i kontaktów bez podania rodzaju kontaktu zostały wskazane jako prawdopodobna droga zakażenia dla 61,0% i 39,0% kobiet.

Wykres 11. Prawdopodobna droga zakażenia dla rzeżączki w zależności od płci osób zakażonych, zgłoszonych w roku 2024.



*MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami; Hetero – kontakty heteroseksualne; 1 transmężczyzna - kontakt z osobą tej samej płci

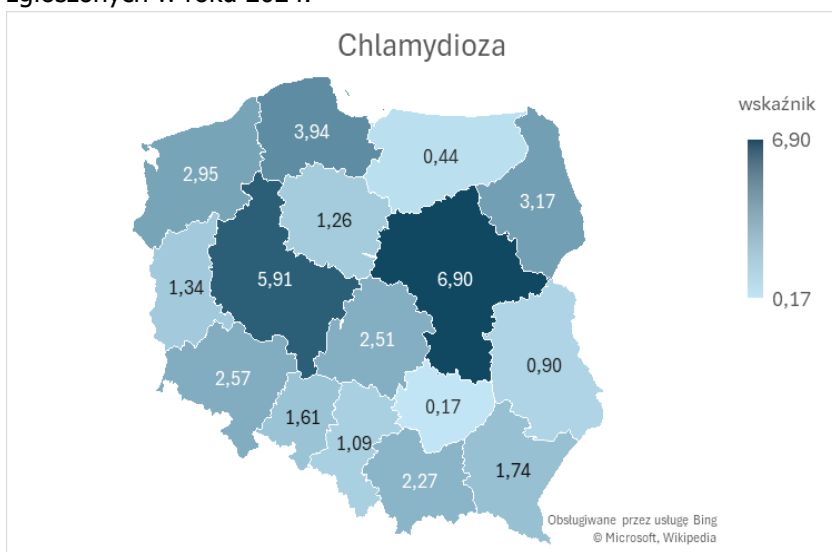
Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r., odsetek liczony bez wykluczenia braków danych.

Nierzeżączkowe zapalenia cewki moczowej, najczęściej wywoływane przez *Chlamydię trachomatis*

W 2024 roku wykazano 1 136 przypadków chlamydiozy w Polsce, wskaźnik nowych rozpoznanych chlamydiozy wśród przypadków zgłoszonych w 2024 roku, ogółem wynosił 3,02 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 3,69 przypadków na 100 000 mężczyzn (670 przypadków), natomiast dla kobiet 2,40 przypadków na 100 000 kobiet (466 przypadków). Na wykresie 12 przedstawiono wskaźnik dla poszczególnych województw. Podobnie jak w przypadku rzeżączki, najwyższe wskaźniki odnotowano w województwie: mazowieckim i wielkopolskim, odpowiednio 6,90 i 5,91 przypadków na 100 000 mieszkańców.

W pozostałych województwach wskaźniki są niższe.

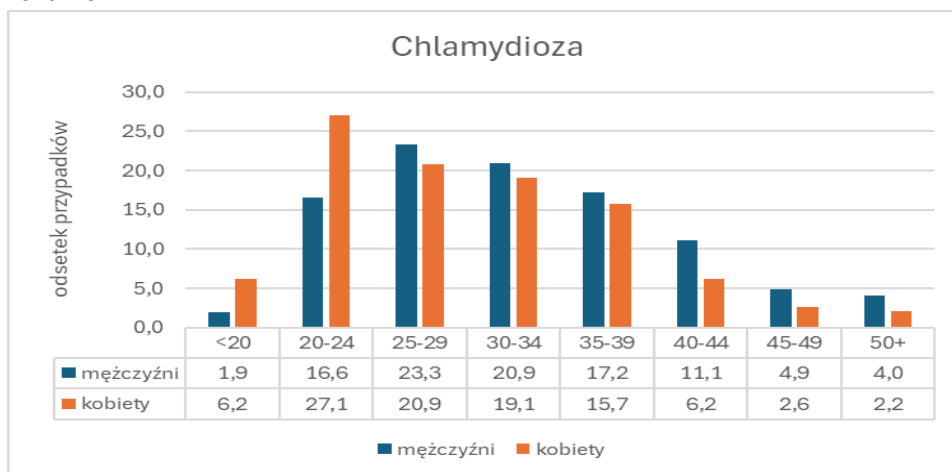
Wykres 12. Wskaźnik nowych rozpoznanych chlamydiozy na 100 000 mieszkańców w województwach, zgłoszonych w roku 2024.



Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r. oraz dane dot. ludności w roku 2024 – GUS.

Najwięcej przypadków chlamydiozy wśród mężczyzn zarejestrowano w grupie wieku 25-29 lat (23,3%) oraz 30-34 lat (20,9%). Wśród kobiet – najwięcej przypadków zgłoszono w grupie 20-24 lat (27,1%) oraz 25-29 lat (20,9%). Znaczna przewaga kobiet nad populacją mężczyzn w tej samej grupie wieku zgłoszona została w u kobiet poniżej 25 r.ż. Proporcje zarejestrowanych przypadków chlamydiozy według płci zakażonych osób z uwzględnieniem grup wieku przedstawiono na wykresie 13.

Wykres 13. Odsetek przypadków chlamydiozy w podziale na płeć i grupy wieku, zgłoszonych w roku 2024.



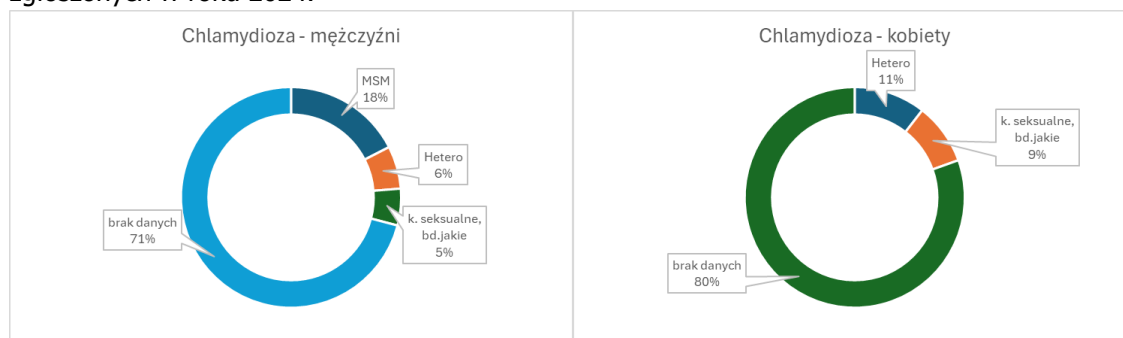
*brak danych dla wieku dla 1 kobiety i 1 mężczyzny

Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024– dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r.

Najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia dla przypadków chlamydiozy nie wskazano dla 70,9% przypadków u mężczyzn i 80,5% u kobiet. Wśród mężczyzn najczęściej zakażenia dotyczyły mężczyzn MSM – 17,5% oraz osób zakażonych w wyniku kontaktów heteroseksualnych – 6,3%, natomiast wśród kobiet zakażenia wśród osób podejmujących kontakty heteroseksualne, jak i kontakty seksualne, brak danych jakie zostały wskazane jako najbardziej prawdopodobna droga zakażenia, odpowiednio dla 10,5% i 9,0% przypadków. Na wykresie 14 przedstawiono szczegóły dotyczące transmisji zakażenia dla wykazanych przypadków chlamydiozy dla kobiet i mężczyzn, zgłoszonych w roku 2024 (odsetek liczony bez wykluczenia braków danych).

Natomiast wśród osób ze znaną drogą zakażenia, kontakty heteroseksualne były najbardziej prawdopodobną drogą transmisji zakażenia dla 53,8% przypadków kobiet oraz 21,5% mężczyzn. Natomiast dominującą grupą wśród mężczyzn z podaną drogą transmisji były zakażenia wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami – 60,0% przypadków.

Wykres 14. Prawdopodobna droga zakażenia dla chlamydiozy w zależności od płci osób zakażonych, zgłoszonych w roku 2024.



*MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami; Hetero – kontakty heteroseksualne

Źródło: opracowanie NIZP PZH w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2024 – dane jednostkowe, stan na 12.03.2025 r., odsetek liczony bez wykluczenia braków danych

Ziarnica weneryczna pachwin (LGV)

W 2024 roku zgłoszono 2 przypadki ziarnicy wenerycznej u mężczyzn – 0,01 przypadków na 100 000 mieszkańców (wszystkie zostały potwierdzone laboratoryjnie). Zachorowania wystąpiły

u mężczyzn w wieku 30-34 lata, należących do populacji MSM. Zakażenia zarejestrowano w województwie podkarpackim.

Zakażenia wirusem ospy małpiej

W 2024 roku zgłoszono 10 przypadków mpox u mężczyzn – 0,06 przypadków na 100 000 mieszkańców (wszystkie zostały potwierdzone laboratoryjnie). Najwięcej zachorowań odnotowano w grupie wieku 30-39 lat (50%), a zakażenia występowały w województwach: pomorskim, małopolskim i mazowieckim. Kontakty seksualne zostały zgłoszone jako główna droga transmisji zakażeń dla tych przypadków.

DANE Z PUNKTÓW KONSULTACYJNO-DIAGNOSTYCZNYCH (PKD)

Krajowe Centrum ds. AIDS w swoich działaniach opiera się także na danych epidemiologicznych dotyczących zakażeń HIV/kiły/HCV otrzymywanych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych.

Tabela 2. Dane dotyczące HIV z PKD za 2024 r.

LICZBA KLIENTÓW	LICZBA TESTÓW PRZESIEWOWYCH DODATNICH	LICZBA TESTÓW SZYBKICH DODATNICH	LICZBA TESTÓW PRZESIEWOWYCH UJEMNYCH	LICZBA TESTÓW SZYBKICH UJEMNYCH	LICZBA TESTÓW SZYBKICH NIEOKREŚLONYCH	LICZBA PORAD BEZ TESTU	CIĄŻA JAKO POWÓD WYKONANIA TESTU	LICZBA DODATNICH TESTÓW POTWIERDZENIA	LICZBA UJEMNYCH TESTÓW POTWIERDZENIA	LICZBA NIEOKREŚLONYCH TESTÓW POTWIERDZENIA
40 723	629	154	27 616	13 837	4	518	80	471	89	0

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2024 r. działało 29 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (w każdym województwie był przynajmniej jeden taki punkt), które przyjęły 40 723 klientów, w tym 4 210 cudzoziemców. U 40 198 osób wykonano testy przesiewowe w kierunku HIV, otrzymano 629 wyników dodatnich. Stwierdzono zakażenie HIV u 471 osób (liczba dodatnich testów potwierdzenia).

PKD w Bydgoszczy, Chorzowie, Gdańsku, Gdyni, Katowicach, Kielcach, Lublinie, Łodzi, Nowym Sączu, Olsztynie, Opolu, Płocku, Poznaniu, Rzeszowie, Sopocie, Toruniu, Wałbrzychu, 4 PKD w Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze wykonywały także szybkie testy przesiewowe w kierunku HIV, których wynik znany był już po 30 minutach. Łącznie wykonano 13 995 takich testów.

Co do zasady w PKD tylko osoby pełnoletnie mogą wykonać test w kierunku HIV. Ze względu na sytuację prawną, osobom między 16. a 18. rokiem życia jest proponowane poradnictwo, a test może zostać wykonany jedynie po uzyskaniu zgody opiekuna prawnego i samej osoby małoletniej. W przypadku pacjentów niepełnoletnich do ukończenia 16 lat, zgodę na wykonanie wszelkich badań diagnostycznych, w tym także badania wykrywającego HIV, musi wyrazić przedstawiciel ustawowy dziecka.

We wrześniu 2022 r. w PKD rozpoczęto pilotażowy program, którego celem było wykonywanie badań przesiewowych (screeningowych) w kierunku kiły i HCV w połączeniu z poradnictwem okołotestowym w PKD. W kolejnych latach program jest kontynuowany.

W roku 2024 wykonano 31 582 testy w kierunku HCV i 32 264 na kiłę, wśród których były 234 wyniki dodatnie testów przesiewowych HCV i 839 dodatnich wyników w kierunku kiły.

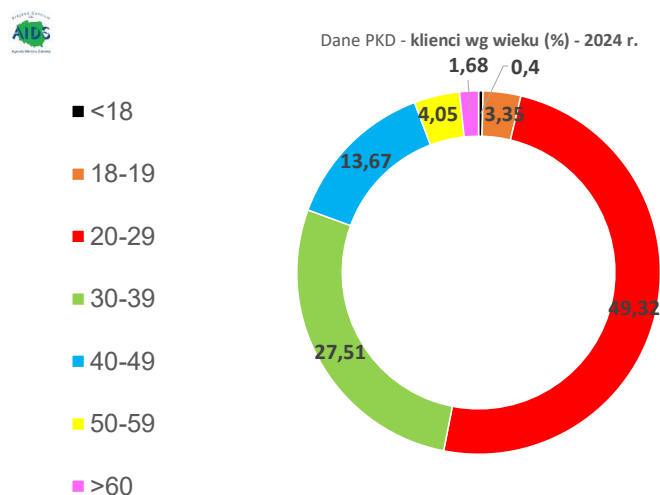
Zgodnie z obowiązującymi w PKD standardami, w przypadku otrzymania w teście przesiewowym wyniku reaktywnego w kierunku HCV należy poinformować pacjenta o konieczności wykonania dalszej, pogłębionej diagnostyki oraz o możliwości podjęcia leczenia. W tym celu pacjent jest kierowany do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który zleci ponowne wykonanie testu przesiewowego oraz wyda skierowanie do odpowiedniej/właściwej Poradni Chorób Zakaźnych.

Z kolei w przypadku otrzymania w teście przesiewowym wyniku reaktywnego w kierunku kiły należy poinformować pacjenta o konieczności wykonania dalszej, pogłębionej diagnostyki, tj. wykonania testu potwierdzenia oraz o możliwości podjęcia leczenia (pacjent jest kierowany do poradni dermatologiczno-wenerologicznej).

Od początku 2024 roku, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTN AIDS), zmianie uległy standardy obowiązujące w PKD dotyczące weryfikacji reaktywnego wyniku badania serologicznego w kierunku HIV (do końca 2023 r. zakażenia potwierdzano testami Western blot). W standardach z 2024 r. (zał. nr 7 do procedur) znajduje się następujący zapis: *W celu weryfikacji reaktywnego wyniku badania serologicznego w kierunku HIV należy wykonać test potwierdzenia. PTN AIDS zaleca obecnie korzystanie z testów molekularnych (NAAT – nucleic acid amplification test), które wykrywają HIV-RNA.* Powyższy zapis oznacza, że obecnie podstawową metodą wykonywania testu potwierdzenia jest PCR. Jeśli wynik testu przesiewowego był dodatni, a wynik testu molekularnego wskazuje, że nie wykryto zakażenia („NAAT nie wykryto”) konieczne jest wykonanie serologicznego testu weryfikującego zakażenie (np. WB lub LIA/immunoblot), jeśli pacjent jest już leczony antyretrowirusowo i ma niewykrywalną wiramię lub gdy jest osobą naturalnie kontrolującą zakażenie HIV (tzw. elite-controller, możliwe HIV-RNA <50 kopii/ml). Zgodnie z Rekomendacjami PTN AIDS 2024, Krajowe Centrum ds. AIDS, we współpracy z biegłym z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, ponownie uaktualniło pod koniec roku 2024 standardy i procedury. Nowe standardy w zakresie procedur diagnostycznych wykorzystywanych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych zaczęły obowiązywać od początku 2025 r.

Doradcy prowadzący poradnictwo okołotestowe w PKD przeprowadzają rozmowę z osobami deklarującymi chęć wykonania testu i wypełniają ankietę. Ankieta jest także przetłumaczona na język angielski, rosyjski i ukraiński, co znacznie ułatwia komunikację z klientami.

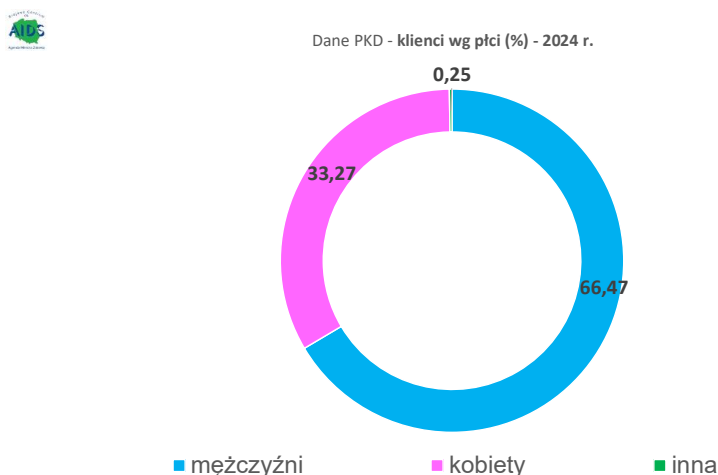
Wykres 15. Dane z PKD za 2024 r. – podział klientów wg grupy wiekowej.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W PKD testy w kierunku HIV zdecydowanie częściej wykonywały osoby w przedziale wiekowym 20–29 lat (49,32%), następnie w przedziale 30–39 lat (27,51%); częściej mężczyźni (66,47%), niż kobiety (33,27%).

Wykres 16. Dane z PKD za rok 2024 r. – podział klientów wg płci.

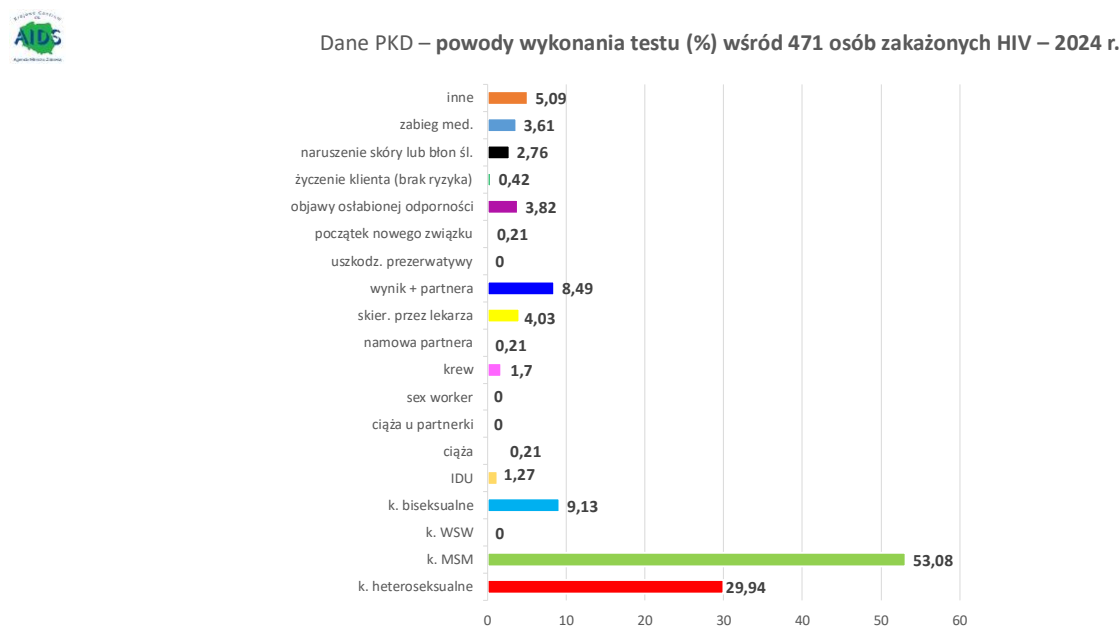


Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W 2024 r. w PKD wykryto łącznie 471 nowych przypadków zakażeń HIV. Zauważalny jest nieznaczny wzrost liczby wykrytych zakażeń w stosunku do roku poprzedniego (456 potwierdzonych nowych przypadków HIV), co może być konsekwencją wzrostu liczby klientów PKD w roku 2024 (40 723) w porównaniu z rokiem 2023 (37 485).

Najczęstszym powodem wykonania testu było podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych. Kontakty te stanowiły nieco ponad 88% wszystkich przypadków (kontakty MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami – 53,08%, kontakty WSW – kobiety utrzymujące kontakty seksualne z kobietami – brak, heteroseksualne: 29,94%, biseksualne: 9,13%). Nastąpił wzrost o ponad 6 p.p. w przypadku kontaktów heteroseksualnych (23,46% w 2023 r.) i spadek o 3 p.p. odpowiedzi dotyczących kontaktów MSM.

Wykres 17. Dane z PKD za 2024 r. – powody wykonania badania (wśród osób, u których wykryto zakażenie).



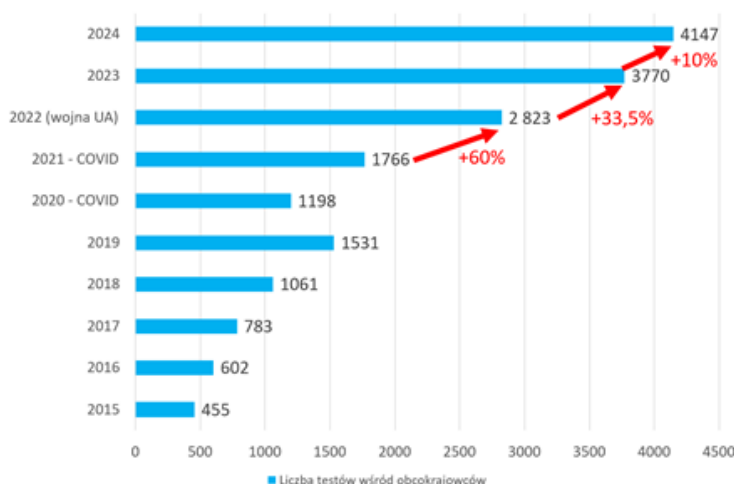
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W związku z agresją Rosji na Ukrainę w lutym 2022 r., znacząco zwiększyła się liczba cudzoziemców odwiedzających PKD i testujących się w kierunku HIV (wzrost o 60% w stosunku do roku 2021). W latach 2023-2024 tendencja wzrostowa się utrzymywała, ale była niższa niż w pierwszym roku trwania wojny. W roku 2024 test w kierunku HIV wykonało w PKD 4 147 obcokrajowców (wzrost o 10% w stosunku do 2023 r.), w tym 1 662 osoby z Ukrainy. Wzrosła też liczba zakażeń wykrytych w PKD wśród osób narodowości innej niż polska – z 95 w 2023 r. do 118 w roku 2024.

Wykres 18. Dane z PKD – liczba wykonanych testów w kierunku HIV wśród obcokrajowców.



Liczba testów na HIV wykonanych w PKD wśród obcokrajowców w latach 2015-2024

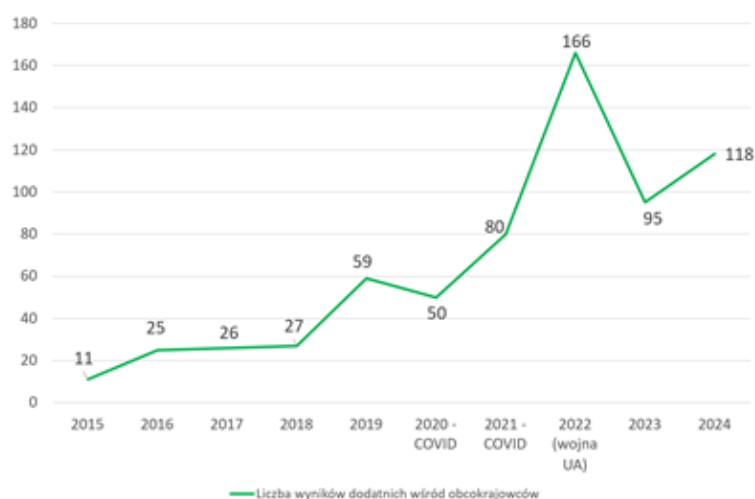


Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Wykres 19. Dane z PKD – liczba wykrytych zakażeń HIV wśród obcokrajowców.



Liczba zakażeń HIV wykrytych w PKD wśród obcokrajowców w latach 2015 - 2024



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

3. I OBSZAR TEMATYCZNY:

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV WŚRÓD OGÓŁU SPOŁECZEŃSTWA

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cel szczegółowy

- a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiany postaw, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za własne zdrowie i życie
- b) rozwój i wzmocnienie bazy szkoleniowo-edukacyjnej, skierowanej do różnych grup społecznych i zawodowych

Cel ogólny

2. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS

Cel szczegółowy

- a) poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy
- b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży
- c) zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV
- d) zwiększenie i integracja działań mających na celu zapobieganie HIV i innym chorobom przenoszonym drogą płciową

Cel ogólny

3. Aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS

Cel szczegółowy

- a) dostosowanie aktualnie obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS do przyjętych przez Polskę zobowiązań wspólnotowych i międzynarodowych
- b) podejmowanie inicjatyw legislacyjnych zmierzających do stworzenia lub uaktualnienia przepisów prawnych w zakresie HIV/AIDS

KAMPANIA

Realizując zadania w zakresie działań edukacyjno-informacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa, w dniach od 4 listopada do 8 grudnia 2024 roku, Krajowe Centrum ds. AIDS przeprowadziło ogólnopolską kampanię pod hasłem: „Mój pierwszy raz” (#mójpierwszyraz).

Grupą docelową kampanii były osoby w wieku 18-24 lata, czyli tzw. młodzi dorośli. Hasło kampanii, poprzez skojarzenie z pierwszym doświadczeniem seksualnym, miało wzbudzić zainteresowanie odbiorców, aby w natłoku codziennych spraw i zalewu informacji w przestrzeni medialnej, przyciągnąć ich uwagę i ośwoić z tematem.

Celem było zachęcenie do wpisania hasła w mediach społecznościowych lub zeskanowania kodu QR odsyłającego do strony: <https://mojpierwszyraz.aids.gov.pl/> i zapoznania się z ideą kampanii, a w konsekwencji do zrobienia testu w kierunku HIV, być może po raz pierwszy w życiu.

Kampania została zaplanowana w typie tzw. kampanii teaserowej: w pierwszym etapie (tzw. TEASER) podawany był komunikat mający zaciekawić odbiorcę (słowo „TO”), w drugim etapie (tzw. REVEAL) podawany był komunikat właściwy (frazą „TEST NA HIV”). Podczas pierwszego

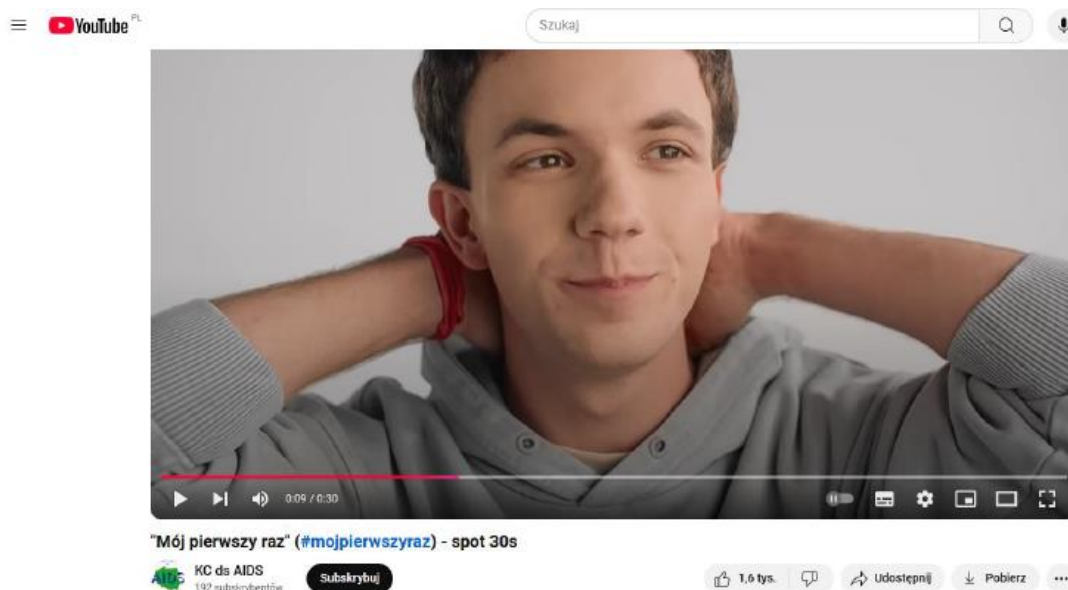
etapu odbiorca zastanawiał się nad hasłem: #mójpierwszyraz i dopiero w trakcie drugiego etapu odkrywał jego prawdziwe znaczenie, czyli zaproszenie do wykonania testu w kierunku HIV, np. poprzez zgłoszenie się do punktu konsultacyjno-diagnostycznego (PKD), gdzie anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania może wykonać badanie.

W ramach działań kampanijnych:

1. przygotowano stronę internetową kampanii: <https://mójpierwszyraz.aids.gov.pl/>



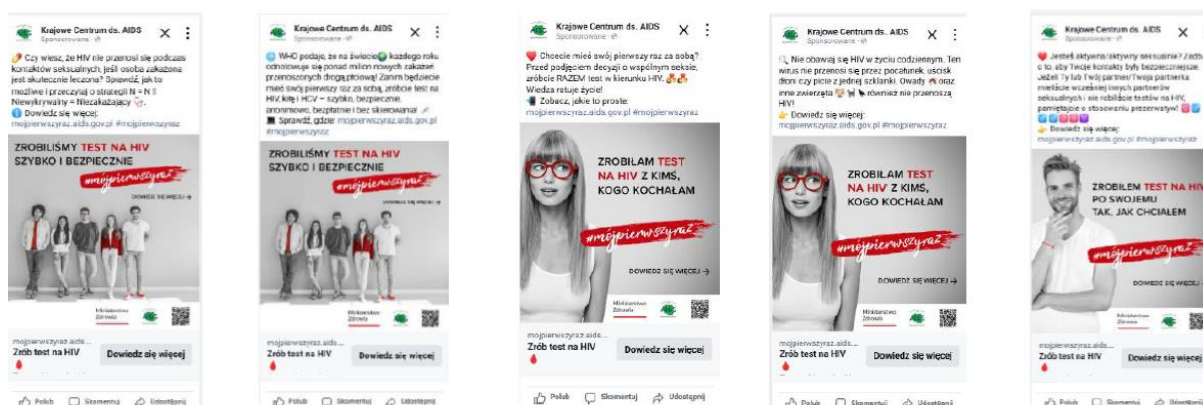
2. wyprodukowano 30-sekundowy spot informacyjno-edukacyjny, zachęcający do wykonania testu w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), dostępny do obejrzenia zarówno na stronie kampanii, jak i na kanale Krajowego Centrum ds. AIDS na You Tube: https://www.youtube.com/watch?v=N_mz3J_ud7o
W trakcie trwania kampanii materiał został obejrzany na You Tube **ponad 2 mln razy** a na TikToku uzyskał **ponad 42 mln wyświetleń** wśród przedstawicieli grupy docelowej.



3. opracowano i wydano broszurę „Mój pierwszy raz”, która dostępna jest do pobrania w wersji elektronicznej w materiałach na stronie kampanii oraz w publikacjach Krajowego Centrum ds. AIDS: <https://aids.gov.pl/publikacje/mojpierwszyraz/> - tutaj również w języku ukraińskim.

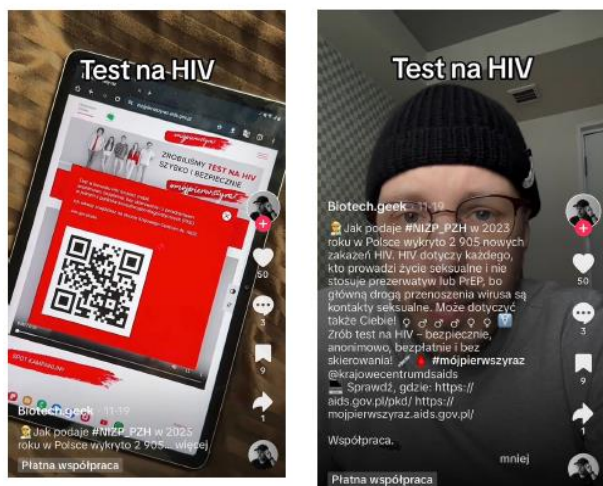


4. opracowano plakaty kampanijne, które zostały wykorzystane do przeprowadzenia działań w internecie poprzez:
 - 1) emisję bannerów kampanijnych w sieci Google Display Network – 10 021 kliknięć z przekierowaniem na stronę kampanii;
 - 2) wyświetlenia postów kampanijnych w serwisach Facebook i Instagram: 9 279 439.



5. nawiązano współpracę z influencerem - Dawidem Polakiem, znanym jako BioTech Geek, biotechnologiem i popularyzatorem nauki. Twórca opublikował:

- film na TikToku – zaproszenie do zapoznania się ze stroną kampanii oraz wykonania testu w kierunku HIV, w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych;
- posty w serwisie Instagram, które miały charakter bardziej edukacyjny - w formie tzw. karuzeli przedstawiały najważniejsze informacje dotyczące profilaktyki HIV/AIDS.



Materiały uzyskały dobry ponadrynkowy poziom wskaźników interakcji (np. Instagram to: 835 polubień, 10 komentarzy i 15 udostępnień).

- przeprowadzono emisję spotu kampanijnego we wszystkich województwach na 315 ekranach jednej z największych sieci kin działających na terenie Polski: Multikino wraz z kinami partnerskimi. Spot został obejrzany przez 853 800 osób.
- zrealizowano emisję spotu kampanijnego na ekranach zlokalizowanych w 37 uczelniach wyższych w całej Polsce – szacunkowa liczba osób, którym wyświetlił się spot to 1 864 800.
- wydrukowano w nakładzie 196 196 sztuk papierową wersję broszury kampanijnej, która poprzez sieć wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (WSSE), została dostarczona również do wszystkich powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (PSSE) w kraju.
- przygotowano materiały prasowe dotyczące kampanii, które zostały wysłane do ponad 100 redaktorów, a sam współczynnik otwarcia maili wyniósł 44 %, przy średniej rynkowej na poziomie 20%. Wysyłka przełożyła się na publikację informacji prasowej m.in.: na portalach Serwis Zdrowie PAP, Radio Zet — zdrowie, Medycyna Praktyczna, Medicalpress, PRESS czy Aktivist.
- wyprodukowano materiały informacyjno-edukacyjne popularyzujące hasło i stronę kampanii tj. koszulki, notesy, długopisy, torby bawełniane, kalendarze ścienne i książkowe.

Krajowe Centrum ds. AIDS prowadziło dodatkowe działania informacyjno-edukacyjne poprzez:

1. współpracę z WSSE i PSSE na terenie kraju, z punktami konsultacyjno-diagnostycznymi, z Urzędami Wojewódzkimi i Marszałkowskimi oraz innymi realizatorami Krajowego Programu, takimi jak: organizacje pozarządowe (NGOs) i organizacje pacjenckie. Partnerzy prowadzili działania związane z promocją kampanii oraz innych materiałów informacyjno-edukacyjnych umieszczanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS na portalu społecznościowym Facebook, za pośrednictwem swoich kanałów komunikacji (strony internetowe, media społecznościowe);
2. promocję kampanii „Mój pierwszy raz” ” podczas XXXI Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”, która odbyła się w dniach 28-29 listopada 2024 r. w Warszawie.

PODNIESIENIE POZIOMU AKCEPTACJI SPOŁECZNEJ PRZEZ PODEJMOWANIE RÓŻNYCH INICJATYW

XXXI Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”

W dniach 28-29 listopada 2024 r. z okazji Światowego Dnia AIDS po raz kolejny odbyła się konferencja pod hasłem „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”. Konferencja, przygotowana przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”, stanowi od lat największe polskie forum dyskusyjne poświęcone zagadnieniom HIV i AIDS.

Podczas konferencji wystąpili goście honorowi m.in.: Wojciech Konieczny – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Paulina Piechno-Więckiewicz - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej, Anita Kucharska-Dziedzic - Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, Nino Berdzuli – Dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce.

Podczas konferencji odbyły się:

- Sesje poświęcone m.in.:
 - europejskiej strategii STIs,
 - nurtom i metodom działalności w społecznościach kluczowych - prezentacja checkpointów w Barcelonie i Lizbonie,
 - nowym inspiracjom w terapii HIV,
 - spojrzeniu z różnych perspektyw – kiedy i czy realne jest zakończenie epidemii HIV,
 - integracji wiedzy i praktyki.
- Uroczysta sesja z okazji Światowego Dnia AIDS, podczas której m.in.:
 - miała miejsce gala Czerwonej Kokardki – międzynarodowego symbolu solidarności z osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS. „Czerwona Kokardka” jest wyróżnieniem przyznawanym z okazji Światowego Dnia AIDS przez Kapitułę działającą przy Krajowym Centrum ds. AIDS. Nagrodę otrzymują osoby, organizacje czy instytucje, które w szczególności sposób przyczyniły się do poprawy jakości życia osób żyjących z HIV, chorych na AIDS, bądź też wniosły wkład w działania profilaktyczne,
 - wręczono statuetki „Pozytywnie Otwarci” zwycięzcom konkursu na najciekawsze projekty działań profilaktycznych i pomocowych,
 - ogłoszono zwycięzcę IV. Internetowego Plebiscytu "Lekarz na Plus 2024"- wyróżnienia przyznawanego przez pacjentów zakażonych HIV.

Odbiorcami konferencji były osoby żyjące z HIV, lekarze, pracownicy instytucji centralnych i terenowych, władz samorządowych i organizacji pozarządowych, przedstawiciele świata nauki, artyści, dziennikarze oraz pasjonaci tej tematyki. W konferencji uczestniczyli także pracownicy punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Konferencja odbyła się w trybie hybrydowym. Transmisja konferencji była realizowana na kanale YouTube Fundacji Res Humanae. Na potrzeby konferencji powstała oddzielna strona internetowa, zawierająca niezbędne informacje, program konferencji oraz link do obrad. Do udziału w konferencji w trybie on-line zapisało się 234 uczestników, 253 osoby były obecnych stacjonarnie. Obrady śledziło 290 unikatowych odbiorców.

SZKOLENIA

Krajowe Centrum ds. AIDS zrealizowało w 2024 r. szkolenia:

- 1) szkolenie nt. „Zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS” dla policjantów i pracowników Komendy Stołecznej Policji oraz jednostek organizacyjnych Policji funkcjonujących na obszarze działania Komendanta Stołecznego Policji. W szkoleniu w formie webinaru z wykorzystaniem platformy ZOOM łącznie wzięło udział 4 070 osób, w tym: 3 805 pracowników i funkcjonariuszy Komendy Stołecznej Policji, 53 pracowników i policjantów Komendy Głównej Policji oraz 212 osób Centralnego Biura Zwalczania Cyberprzestępczości.
- 2) szkolenia w formie webinaru, mające na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych z zakresu HIV/AIDS i wybranych zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym kiły i HCV, dla pracowników wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych zatrudnionych w oddziałach oświaty zdrowotnej, doradców ds. profilaktyki w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ), członków Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, tj. osób zajmujących się promocją zdrowia i działaniami profilaktycznymi w wielu dziedzinach, w tym HIV/AIDS/STIs oraz edukatorów posiadających certyfikat wydany przez Krajowe Centrum ds. AIDS. W 6 szkoleniach łącznie wzięło udział 2 032 osoby. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pracujące w PSSE – 1 369 osób.
- 3) szkolenia certyfikacyjne na doradców w PKD – szkolenia w formie hybrydowej, upoważniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową. Szkolenie rozpoczęło się w czerwcu, a zakończyło egzaminem pod koniec września. Uczestnicy brali udział w zajęciach teoretycznych za pośrednictwem platformy e-learning i warsztatowych/interaktywnych w formie ćwiczeń (stacjonarnie), a także odbyli 20-godzinny staż oraz 6-godzinną superwizję (celem superwizji jest wzbogacanie umiejętności i doświadczenia zawodowego doradcy, które docelowo służą klientom zgłaszającym się do PKD). Certyfikat otrzymały 24 osoby (dodatkowo jednej osobie przedłużono certyfikat otrzymany kilka lat temu).
- 4) superwizje - w dniach 15 i 20 czerwca 2024 r. Krajowe Centrum ds. AIDS zorganizowało i przeprowadziło superwizje dla doradców punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Superwizor swoim doświadczeniem, obiektywnym spojrzeniem i konstruktywną krytyką pomaga doradcom zwiększyć samoświadomość dotyczącą ich pracy z klientem PKD i podwyższyć jakość świadczonego poradnictwa okołotestowego.

Portal edukacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS - <http://www.hiv-aids.edu.pl>



Portal edukacyjny jest istotnym elementem działalności szkoleniowej Krajowego Centrum ds. AIDS, realizowanej od 2008 r. Zawiera materiały edukacyjne i zalecane publikacje w zakresie następującej tematyki dotyczącej HIV/AIDS/STIs:

- HIV/AIDS – informacje podstawowe;
- diagnostyka i poradnictwo okołotestowe;
- profilaktyka medyczna;
- aspekty medyczne;
- zakażenia i choroby przenoszone drogą płciową;
- polityka państwa wobec HIV/AIDS.

Portal przeznaczony jest dla osób wykonujących zawód medyczny: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa, innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV, dla doradców zatrudnionych w PKD, prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS i innych STIs a także osób zainteresowanych tematyką HIV/AIDS, które chcą poszerzyć swoją wiedzę. W roku 2024 przeprowadzono aktualizację.

OPRACOWANIE, WYDAWANIE I DYSTRYBUCJA MATERIAŁÓW EDUKACYJNO-INFORMACYJNYCH



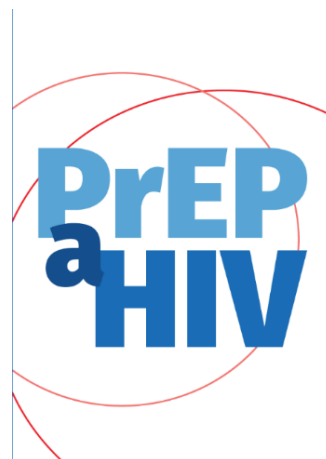
Ulotka dot. profilaktyki poekspozycyjnej (PEP)

Wydano i rozdystrybuowano za pośrednictwem wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych ulotkę mającą na celu rozpowszechnienie wiedzy o możliwości stosowania PEP i postępowaniu w razie narażenia na zakażenie HIV, które nie jest związane z pracą zawodową. Poekspozycyjna profilaktyka zakażenia HIV polega na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych w sytuacjach, gdy dojdzie do kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym. Celem tego rodzaju profilaktyki jest zminimalizowanie ryzyka zakażenia. Ulotkę przetłumaczono również na język ukraiński (do pobrania – tylko w wersji elektronicznej).

Nakład: 100 000 szt.; wartość: 7 000,00 zł.

Ulotka dot. profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP)

Wydano i rozdystrybuowano za pośrednictwem punktów konsultacyjno-diagnostycznych ulotkę dot. PrEP. Organizacje pozarządowe prowadzące PKD od wielu lat zwracały się do Krajowego Centrum ds. AIDS z prośbą o materiały i publikacje dotyczące PrEP, które mogliby dystrybuować wśród klientów odwiedzających PKD – istniała oddolna potrzeba dostarczenia rzetelnych i sprawdzonych informacji nt. tej formy profilaktyki. Profilaktyka przedekspozycyjna cechuje się dużą skutecznością i wg specjalistów powinna być stosowana w skojarzeniu z szeroką i regularną diagnostyką przesiewową HIV, wczesnym leczeniem wszystkich zakażonych HIV, szeroką diagnostyką i terapią innych STIs, a także promocją



profilaktyki barierowej i innych metod redukcji szkód. Skojarzone działania, uwzględniające PrEP, stanowią optymalny sposób zmniejszenia liczby nowych zakażeń w populacjach kluczowych (przede wszystkim wśród MSM).

Nakład: 20 000 szt., wartość 1 800,00.

Etykiety (numery) i formularze do PKD na rok 2025

Krajowe Centrum ds. AIDS zamówiło usługę druku i dystrybucji etykiet (numerków) oraz formularzy „zalecenie wykonania badania” na rok 2025, wykorzystywanych do pracy w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, w których można wykonać test w kierunku HIV, kiły i HCV anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania. W celu zachowania anonimowości klient podaje hasło i otrzymuje indywidualny numer, który wykorzystywany jest w procesie konsultacji i badania.

Nakład: 344 000 etykiet (numerków) oraz 18 200 formularzy, wartość: 12 300,00.

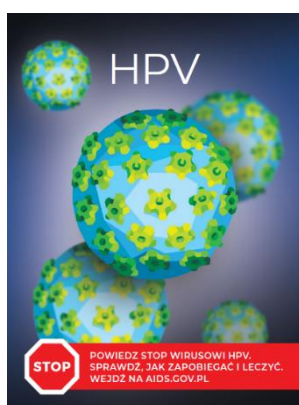
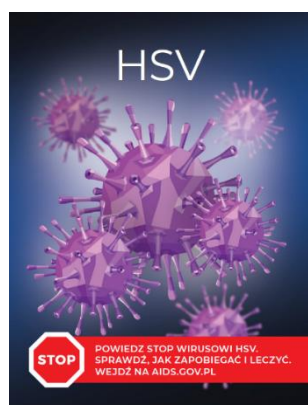
Broszura kampanijna „Mój pierwszy raz”

W ramach kampanii „Mój pierwszy raz”, skierowanej do tzw. młodych dorosłych, czyli osób w wieku 18–24, wydrukowano i rozdyskrebowano poprzez sieć WSSE broszurę #mójpierwszyraz. Broszura przełamuje tabu i obala mity związane z HIV i AIDS. Przypomina, jakie zachowania mogą zwiększać



ryzyko zakażenia, a w jakich sytuacjach nie dochodzi do transmisji wirusa. Uświadamia, że życie codzienne z osobą zakażoną jest bezpieczne, jeśli przestrzega się podstawowych zasad higieny. Zachęca do zrobienia testu w kierunku HIV po raz pierwszy w życiu, jeśli jest się osobą aktywną seksualnie – nawet w razie wykrycia zakażenia od wielu lat istnieje skuteczne leczenie lekami antyretrowirusowymi (ARV), które pozwala na normalne życie. Broszura jest również dostępna w języku ukraińskim (do pobrania w wersji elektronicznej).

Nakład: 196 196 szt., wartość: 37 799,99.



Kontynuacja serii POWIEDZ STOP – 2 broszury o HSV i HPV

Krajowe Centrum ds. AIDS podpisało umowę na opracowanie treści dwóch dodatkowych broszur dotyczących HPV i HSV, które będą spójne z opracowanymi wcześniej 9 ulotkami dot. zakażeń przenoszonych drogą płciową z serii POWIEDZ STOP. W roku 2024 były one dostępne w formie elektronicznej na stronie aids.gov.pl, w roku 2025 planowany jest ich druk. Celem broszur jest omówienie

najważniejszych objawów danej jednostki chorobowej, możliwości zdiagnozowania, leczenia oraz sposobów zapobiegania. W przypadku, gdy STIs pozostają niezdiagnozowane czy nieleczone, mogą spowodować szereg komplikacji, w tym długoterminowych problemów zdrowotnych,

niepożądanych rezultatów dotyczących ciąży i jej rozwiązania, zakażeń noworodków, infekcji niemowlęcych oraz problemów z zakresu układu sercowo-naczyniowego i nerwowego.



Inne

Krajowe Centrum ds. AIDS zamówiło aktualizację dwóch publikacji: ulotki i plakatu dotyczących postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV). Każda ekspozycja zawodowa niesie ryzyko potencjalnego zakażenia. Obydwie publikacje zawierają informacje o tym, kiedy może dojść do zakażenia w czasie ekspozycji zawodowej oraz jak należy postępować przy podejrzeniu zakażenia HBV, HCV i HIV. Materiały zostaną wydane w 2025 roku po otrzymaniu akceptacji Ministerstwa Zdrowia.

Krajowe Centrum ds. AIDS zainicjowało powstanie publikacji pt. „Nowoczesna profilaktyka HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową. Praktyczne rozwiązania wspierające edukację zdrowotną”. Jest ona skierowana do osób pracujących w obszarze profilaktyki zakażeń HIV i STI. Na polskim rynku wydawniczym brakuje nowoczesnego opracowania, zawierającego aktualną wiedzę na temat zagadnień medycznych i społecznych dotyczących problematyki HIV/STIs oraz propozycji narzędzi metodycznych w formie gotowych scenariuszy do prowadzenia zajęć profilaktycznych kierowanych do różnych grup wiekowych.

Liczba nowo wykrywanych zakażeń HIV w Polsce rośnie, a profilaktyka w różnych populacjach i grupach wiekowych pozostaje na niewystarczającym (w stosunku do potrzeb) poziomie. Publikacja zawiera rozbudowaną część dotyczącą różnych aspektów epidemii HIV – zawarta w niej wiedza ma dostarczyć podstawowych aktualnych informacji m.in. na temat nowoczesnej profilaktyki, psychospołecznych aspektów epidemii, podstawowych informacji o poszczególnych infekcjach przenoszonych drogą płciową. Poruszone są w niej również tematy związane z wyznacznikami skutecznej i niestygmatyzującej profilaktyki, a także preferowanego języka przekazów edukacyjnych – dotychczasowe doświadczenia pokazują, że w wielu miejscach brak jest wśród osób realizujących działania wrażliwości na język jako narzędzia do budowania określonych postaw i zachowań. Prace nad publikacją zostały zakończone pod koniec 2024 roku. W kolejnym roku treść oraz propozycja graficzna okładki zostaną przekazane do akceptacji Ministerstwa Zdrowia.

Ponadto w ramach publikacji przygotowanych przez Centrum wydrukowano i rozdyskrebowano do wszystkich WSSE, magazynu Centrum oraz przekazano uczestnikom XXXI Ogólnopolskiej Konferencji pn. „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”, zorganizowanej w Warszawie z okazji Światowego Dnia AIDS, kalendarze ściennie i książkowe na rok 2025, z informacją, gdzie można wykonać anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania, wraz z poradnictwem okołotestowym, testy w kierunku HIV oraz kiły i HCV oraz informacje na temat kampanii #mójpierwszyraz:

- kalendarz trójdzielny, nakład: 7 000 szt., wartość: 44 800,00 zł,
- kalendarz książkowy, nakład: 2 000 szt., wartość: 48 580,00 zł.

Wszystkie publikacje są dostępne w wersji elektronicznej na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS. W celu otrzymania bezpłatnych materiałów promocyjno-edukacyjnych wydanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, należy wypełnić wniosek dostępny na stronie Centrum. Wysyłka materiałów realizowana jest na koszt odbiorcy (możliwy jest też odbiór osobisty zamówienia z magazynu Centrum).

DZIAŁANIA INFORMACYJNE

Strona internetowa

Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi szeroką działalność profilaktyczną za pośrednictwem internetu. Główne elementy i zawartość strony internetowej:

Biuletyn Informacji Publicznej (BIP) – podsystem, w ramach którego podmiot udostępnia informację publiczną dotyczącą funkcjonowania Centrum, wynikającą z obowiązującego prawa – Krajowe Centrum ds. AIDS działa na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. w sprawie Krajowego Centrum do spraw AIDS (Dz. Urz. MZ poz. 60 z dnia 16 sierpnia 2019 r.).

W dziale *O nas* znajdują się informacje na temat misji i wizji Centrum, zasad przyznawania wyróżnienia „Czerwona Kokardka” oraz udzielania patronatów. Krajowe Centrum ds. AIDS udziela swojego patronatu przedsięwzięciom ważnym z punktu widzenia zapobiegania HIV/AIDS i udzielania pomocy osobom żyjącym z HIV i chorym na AIDS.

W zakładce *Anonimowe bezpłatne testy na HIV* można wybrać dogodną lokalizację punktu konsultacyjno-diagnostycznego (PKD), gdzie wykonywane są bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testy w kierunku HIV, a także podzielić się swoją opinią/oceną po wizycie w konkretnym punkcie.

Ekspozycja na HIV zawiera adresy i dostępne całodobowo telefony do szpitali i klinik, w których można uzyskać pomoc w sytuacjach nagłych – ekspozycji pozazawodowej wypadkowej. Informacja ta jest opatrzona uwagą o konieczności bezzwłocznego zgłoszenia się po ekspozycji do wybranej przez siebie placówki medycznej z listy lub dowolnej kliniki chorób zakaźnych w przypadku długiego oczekiwania lub braku możliwości kontaktu telefonicznego. Dokonano corocznej weryfikacji podanych numerów telefonicznych pod kątem ich dostępności dla osób po ekspozycji wypadkowej na HIV.

W dziale *Krajowy Program* znajdują się aktualne i archiwalne dokumenty dotyczące Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Wykaz materiałów edukacyjnych oraz krótki opis wydawnictw publikowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, wraz z zasadami ich udostępniania, znajduje się w dziale *Publikacje*.

Dział *Współpraca międzynarodowa* zawiera m.in. informacje o wydarzeniach, projektach międzynarodowych oraz publikacjach.

Prezentacja aktualnych i archiwalnych kampanii profilaktycznych z zakresu HIV/AIDS znajduje się w dziale *Kampanie*.

Dział *Organizacje pozarządowe* uwzględnia wielotorowość wspólnych działań i zawiera następujące elementy:

- Konkursy – zamieszczane są tam informacje o konkursach na dofinansowanie zadań z zakresu profilaktyki HIV/AIDS (zintegrowane z BIP) oraz procedurach dotyczących konkursów; w tym miejscu można pobrać dokumenty potrzebne do złożenia aplikacji,

- PKD – zamieszczone są tam procedury i zasady organizacji szkoleń i egzaminów certyfikacyjnych dla osób ubiegających się o tytuł doradcy, upoważniających do prowadzenia poradnictwa w zakresie HIV/AIDS w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz kodeks etyczny doradcy,
- Działalność – jest to miejsce, w którym organizacje pozarządowe mogą podzielić się swoimi doświadczeniami.

Badania społeczne dotyczące różnych aspektów HIV/AIDS zostały zgromadzone w dziale pod tym samym tytułem.

W dziale *Zamówienia publiczne* (zintegrowanym z BIP) zamieszczane są ogłoszenia o przetargach. Dział *Informacje* zawiera materiały dotyczące różnych aspektów HIV/AIDS: dla środowisk medycznych, dla osób żyjących z HIV i dla ogółu społeczeństwa.

Dział *Zakażenia przenoszone drogą płciową*, oprócz ogólnej informacji o STIs, zawiera materiały edukacyjne do pobrania – 10 broszur dotyczących tych zakażeń.

Po zbrojnej agresji Rosji na Ukrainę dodana została zakładka *Informacje dla pacjentów z Ukrainy* - w języku polskim i ukraińskim, gdzie umieszczone zostały zasady korzystania z terapii ARV wraz z adresami i telefonami poradni, w których prowadzone jest leczenie ARV, godziny dyżuru lekarza mówiącego po ukraińsku w Telefonie Zaufania HIV/AIDS, możliwości korzystania z Poradni Internetowej HIV/AIDS oraz ulotki i plakaty w obu językach do pobrania. W 2024 r. dodano dwie nowe broszury w języku ukraińskim: PEP oraz „Mój pierwszy raz” do pobrania – tylko w wersji elektronicznej.

W związku z potrzebą stałego podnoszenia poziomu świadomości i wiedzy nt. HIV/AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, zarówno wśród Polaków, jak i uchodźców z Ukrainy, Krajowe Centrum ds. AIDS promuje adres strony internetowej Centrum: <https://aids.gov.pl/>, poprzez umieszczenie go na dostępnych nośnikach, w tym również na wydanych materiałach informacyjno-promocyjnych. Materiały wykorzystywane są w czasie kampanii informacyjno-edukacyjnych, podczas udziału w wydarzeniach związanych z promocją zdrowia, jako nagrody w konkursach oraz przy współpracy z siecią WSSE, z Urzędami Wojewódzkimi i Marszałkowskimi oraz innymi realizatorami Krajowego Programu, takimi jak: organizacje pozarządowe czy organizacje pacjenckie, którzy także prowadzą działania związane z promocją zdrowia

Telefon Zaufania AIDS

Telefon Zaufania AIDS jest programem ogólnopolskim, ukierunkowanym na populację generalną. Adresowany jest do wszystkich osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem osób podejmujących zachowania ryzykowne, sprzyjające zakażeniu. Z Telefonu Zaufania AIDS korzystają również osoby żyjące z HIV i ich bliscy. Odbiorcą jest indywidualny rozmówca, który dzięki poradom może poszerzyć swoją wiedzę, obniżyć poziom lęku, lepiej zadbać o własne bezpieczeństwo, otrzymać aktualną informację medyczną lub adres PKD.

Infolinia umożliwia połączenia z całego kraju i z zagranicy (800 888 448 – połączenie bezpłatne dla dzwoniącego). W 2024 roku pełniono dyżury w każdy dzień roboczy w godzinach 9.00 - 21.00, łącznie 3 000 godzin oraz dodatkowo w okresie styczeń - luty i listopad - grudzień dyżury całodobowe w weekendy w wymiarze 1 020 godzin. Łącznie zanotowano 6 433 połączenia do telefonu zaufania, z których odebrano w godzinach dyżurów 5 092, pełną poradą zakończyło się 4 718 połączeń. System TELESTRADA zanotował także 1 331 połączeń nieodebranych w godzinach wieczornych, nocnych i w weekendy, w których zgodnie z ofertą telefon nie był czynny. Zanotowano połączenia z dużych i małych miejscowości z każdego z województw, przeważały połączenia z województwa mazowieckiego 1 267, a najmniej było z województwa lubuskiego - 45. Mężczyźni dzwonili trzykrotnie częściej niż kobiety, połowę rozmówców stanowiły osoby w wieku 25 do 39 lat, ale zanotowano wzrost połączeń od osób poniżej 18 lat a także powyżej 50 lat.

Najczęściej dzwonili obywatele polscy, ale także osoby z Ukrainy, przebywające w Polsce (116) i Polacy z zagranicy (194). W ciągu roku konsultanci telefonu zaufania udzielili odpowiedzi na 16 755 pytań z zakresu HIV/AIDS. Dotyczyły zarówno ogólnej porady (1 227) i informacji (1 854) oraz testowania (3 827) ale także bardziej szczegółowych porad z zakresu szacowania ryzyka (2 441), wiarygodności testu (651), adresów PKD (567) i poradni lub szpitali (152) oraz profilaktykę przed i po ekspozycji (301). Zaobserwowano wzrost pytań od osób zakażonych (252) o adresy poradni i szpitali oraz metody leczenia, wiele osób oczekiwało porady lekarskiej.

Poradnia Internetowa

Poradnia Internetowa HIV/AIDS prowadzi działalność informacyjno-edukacyjną realizowaną bezpośrednio przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Wejście na stronę Poradni jest możliwe poprzez stronę internetową Centrum – aids.gov.pl, zakładka Poradnia Internetowa (<https://aids.gov.pl/pi/>).



Osoby korzystające ze strony Poradni mogą zapoznać się z podstawowymi informacjami o HIV/AIDS, drogach zakażenia HIV oraz otrzymać informacje o rodzajach testów i sposobach testowania, a także znaleźć odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

Specjaliści z Poradni przesyłają informacje na adres podany przez pytającego. Klientami Poradni Internetowej były osoby mające potrzebę uzyskania wiedzy na temat ryzyka zakażenia HIV, jak również te oczekujące przejrzystych danych dotyczących HIV – w związku z natłokiem nieprawdziwych i nierzetelnych informacji pojawiających się w internecie.

Tematyka porad dotyczyła:

- ogólnych informacji o HIV/AIDS,
- miejsc, gdzie można wykonać test oraz godzin pracy,
- interpretacji wyników (część placówek wydaje wyniki bez ich omówienia i wyjaśnienia ich znaczenia, a także wykonuje badania w czasie okienka serologicznego),
- objawów zakażenia,
- szacowania ryzyka zakażenia,
- ryzyka zakażenia HIV w sytuacjach codziennych (w tym fobia związana z AIDS),
- leczenia ARV i działania poszczególnych leków,
- systemu leczenia ARV u osób, które nie są objęte ubezpieczeniem,
- wsparcia osób, które dowiedziały się o swoim zakażeniu i ich bliskich (także osób uchodźczych z Ukrainy),
- informacji dla partnerów osób zakażonych HIV.

W związku z tym, że było też wiele pytań od przebywających w Polsce obywateli Ukrainy, Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało współpracę z tłumaczką języka ukraińskiego, która pomaga tłumaczyć pytania i odpowiedzi konsultantom pracującym w Poradni.

Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS

kontra

Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W 2024 r. opracowano 4 numery kwartalnika „Kontra” – biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS, w których zamieszczono następujące artykuły:

- Raport 2023 KCPU dotyczący uzależnień w kontekście chorób zakaźnych;
- Miniprzewodnik dla osób poszukujących informacji o HIV/AIDS;
- Perspektywy i wyzwania na przyszłość w leczeniu ARV;
- Substancje psychoaktywne w Europie – najnowsze dane EMCDDA;
- Epidemiologiczny rzut oka na wzrost liczby przypadków STI odnotowany w nadzorze w 2023 r.;
- Proces włączania pacjenta HIV+ do leczenia;
- Kampania 2024 #mójpierwszyraz – KC ds. AIDS.

Kwartalnik był przesłany do odbiorców przez newsletter e-Kontra. Numery „Kontry”, także archiwalne, są dostępne na stronie internetowej Centrum aids.gov.pl.

e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS

Celem e-Kontry jest szybkie dotarcie z konkretnymi informacjami do szerokiego grona odbiorców: lekarzy, nauczycieli, osób zawodowo zajmujących się problematyką HIV/AIDS oraz wszystkich zainteresowanych otrzymywaniem tego typu wiadomości.

Przesyłane informacje dotyczą m.in.: nadchodzących wydarzeń (np. Światowy Dzień AIDS, Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS), konferencji, szkoleń i projektów poświęconych tematyce HIV/AIDS, działalności Krajowego Centrum ds. AIDS oraz NGOs, danych epidemiologicznych.

Fanpage Krajowego Centrum ds. AIDS na portalu społecznościowym Facebook

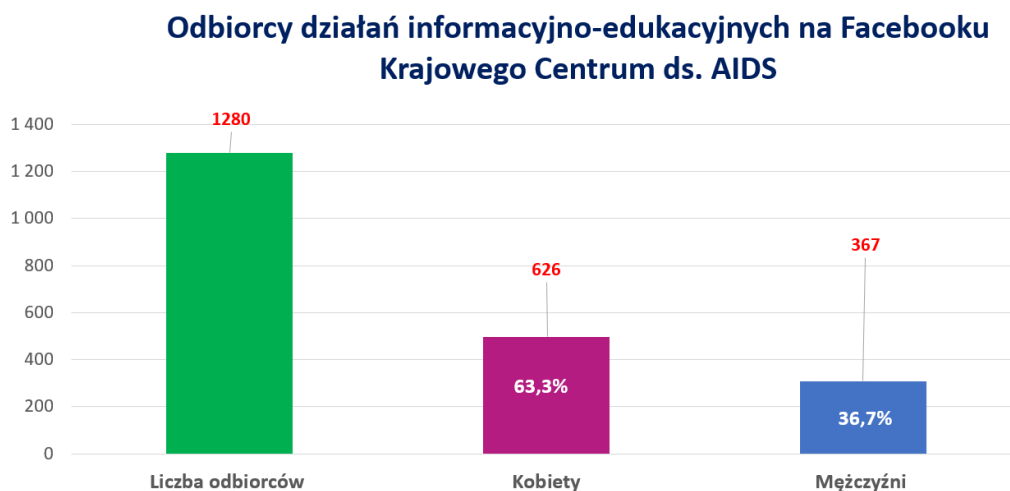
Krajowe Centrum ds. AIDS jako instytucja ekspercka zajmująca się profilaktyką HIV/AIDS oraz STIs informuje o swojej aktywności także w mediach społecznościowych (Facebook).



Na portalu umieszczane są posty dotyczące bieżącej działalności Krajowego Centrum ds. AIDS, komunikaty związane z pracą PKD, najnowsze doniesienia na temat HIV/AIDS pochodzące z międzynarodowych i krajowych konferencji oraz wszelkiego rodzaju informacje umożliwiające budowanie świadomości i promowanie testowania oraz kompleksowe podejście do profilaktyki zakażeń HIV/STIs.

Aktualna struktura użytkowników obejmuje 1 280 osób z czego 98,8 % są to odbiorcy z terenu Polski (63,3% stanowią kobiety a 36,7% mężczyźni).

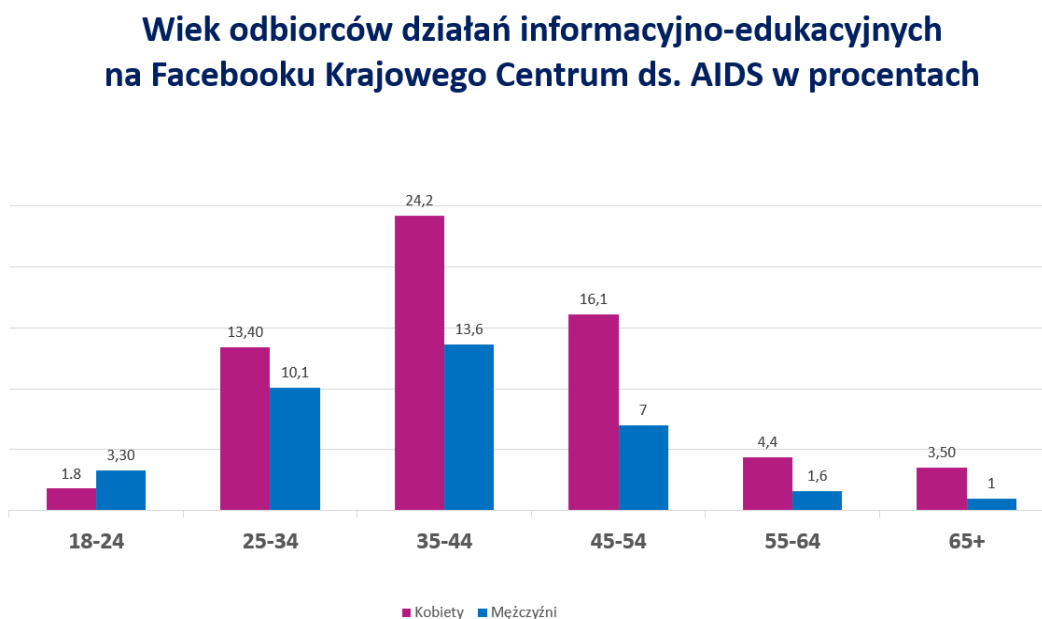
Wykres 20. Odbiorcy informacji zamieszczanych na FB.



Źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 21. Wiek odbiorców informacji zamieszczanych na FB.



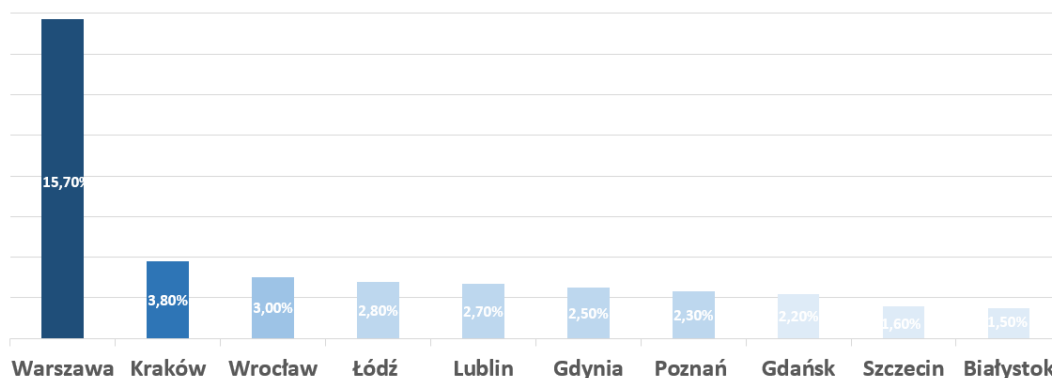
Źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2024 roku utworzono i udostępniono 81 postów, dzięki czemu organicznie dotarło z kluczowymi informacjami do ponad 96 000 odbiorców, a ponad 28 000 osób odwiedziło stronę profilu. Pozyskano również 307 nowych obserwatorów.

Wykres 22. Miejsce zamieszkania odbiorców działań.

Miasto zamieszkania odbiorców działań informacyjno- edukacyjnych na Facebooku Krajowego Centrum ds. AIDS



Źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Telefon informacyjny

W ramach poszerzenia oferty przy Ośrodku Informacji HIV/AIDS działa *Telefon informacyjny* 22 331 77 66, czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Krajowego Centrum ds. AIDS. Osoby kontaktujące się z Centrum mogą uzyskać odpowiedzi na podstawowe pytania z zakresu HIV/AIDS.

W 2024 r. w Telefonie Informacyjnym poruszano głównie takie problemy, jak: interpretacja wyniku testu przesiewowego, ocena ryzyka narażenia na zakażenie HIV, diagnostyka HIV.

Inne działania informacyjne

W Ministerstwie Zdrowia, w dniach 17 i 23 października 2024 r., odbyły się spotkania realizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Uczestniczyli w nich reprezentanci ministerstw oraz wojewódzkich zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (do prac w Zespołach zostali powołani m.in. przedstawiciele urzędów wojewódzkich, marszałkowskich, miast, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, systemu ochrony zdrowia, służb mundurowych, kuratoriów oświaty, organizacji pozarządowych).

Spotkania odbyły się w formule hybrydowej; w pierwszym spotkaniu, które było skierowane do wojewódzkich zespołów łącznie wzięło udział 116 osób, w drugim spotkaniu, w którym uczestniczyli przedstawiciele resortów łącznie brało udział 63 osoby (w tym 30 osób online).

Celem spotkań było m.in. przedstawienie trendów epidemiologicznych oraz rekomendacji dot. HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową, bieżących informacji na temat działań podejmowanych przez podmioty realizujące Krajowy Program, a także wymiana doświadczeń w zakresie edukacji i profilaktyki HIV/AIDS w ramach realizacji Programu.

WOJEWÓDZKIE ZESPOŁY DS. REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV I ZWALCZANIA AIDS

Zgodnie z przepisami *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS* (Dz. U. Nr 44, poz. 227) podmioty obowiązane do realizacji Programu powołują, na czas obowiązywania Harmonogramu, Zespoły do spraw realizacji Programu.

Celem funkcjonowania Zespołu jest zintegrowanie realizacji zadań określonych w *Harmonogramie realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanym na lata 2022-2026*.

Podstawą prawną funkcjonowania Zespołów są:

- *ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa*,
- *ustawa z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie*,
- *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS*,
- zarządzenia, uchwały, porozumienia.

W skład Zespołów zostali powołani m.in. przedstawiciele następujących instytucji:

- urzędów wojewódzkich,
- urzędów marszałkowskich,
- urzędów miast,
- Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- Narodowego Funduszu Zdrowia,
- konsultanci wojewódzcy,
- kuratoriów oświaty,
- służb mundurowych (np. policji, straży granicznej, izb celnych),
- organizacji pozarządowych,
- podmiotów leczniczych,
- Okręgowych Izb Lekarskich,
- Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych,
- Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS.

Obsługę administracyjną prac Zespołów prowadzi urząd, który powołał Zespół (wydział lub departament właściwy ze względu na cele działania zespołu).

Przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS, na zaproszenie członków zespołów, uczestniczył w spotkaniach Wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (województwo kujawsko-pomorskie, małopolskie, łódzkie, pomorskie).

PRZEGLĄD I ANALIZA OBOWIĄZUJĄCEGO STANU PRAWNEGO W ZAKRESIE HIV/AIDS

Krajowe Centrum ds. AIDS, w ramach swoich kompetencji, przeprowadziło analizy prawne dotyczące między innymi:

- odmowy udzielenia świadczeń medycznych osobie żyjącej z HIV, potencjalnie z powodu zakażenia wirusem HIV (na potrzeby Poradni Internetowej);
- możliwości działań prawnych w związku z ewentualnym naruszeniem wrażliwych danych osobowych (w tym dot. zakażenia wirusem HIV) oraz naruszeniem praw pracowniczych (na prośbę lekarza);
- procedury postępowania poekspozycyjnego (PEP) (na prośbę Izby Administracji Skarbowej w Bydgoszczy);

- szeregu pytań dot. postępowania poekspozycyjnego (PEP) i związanych z nim procedur postępowania (w odpowiedzi na pytania skierowane do Centrum);
- problemu agresji wobec osób żyjących z HIV – zgłoszenie sprawy do Rzecznika Praw Obywatelskich;
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.) w związku z obszarem HIV/AIDS (w odpowiedzi na pytanie skierowane do Centrum);
- czynu z art. 161 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.), tj. bezpośredniego narażenia człowieka na zarażenie wirusem HIV (w odpowiedzi na pytanie skierowane do Centrum);
- obowiązków informacyjnych osoby żyjącej z HIV w stosunku do innych osób, odpowiedzialności karnej z art. 161 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) oraz obowiązków informacyjnych ciążących na instytucji/organizacji pozarządowej (na prośbę organizacji pozarządowej);
- zasad finansowania profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego (PEP) ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do którego doszło w wyniku wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych (na prośbę podmiotu leczniczego świadczącego usługi w zakresie stomatologii);
- zasad leczenia ARV na podstawie Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” na lata 2022 – 2026 (na potrzeby Poradni Internetowej);
- kwestii dot. wiz studenckich do Polski dla cudzoziemców z krajów trzecich żyjących z wirusem HIV (na potrzeby Poradni Internetowej);
- stealthing, analiza prawna zjawiska wraz z analizą dot. zasad finansowania postępowania poekspozycyjnego (PEP) w przypadku stealthingu (na potrzeby Centrum);
- analiza prawna dot. obowiązku zgłoszenia na Policję gwałtu przez lekarza, który dowiedział się o nim w trakcie wykonywania przez siebie zawodu (na potrzeby Centrum);
- analiza dot. potrzeby nowelizacji art. 161 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.).

Poza wyżej wymienionymi, przygotowano szereg informacji, opinii i analiz prawnych w odpowiedzi na pytania przekazane w ramach Poradni Internetowej, a także odpowiadając na indywidualne pytania skierowane bezpośrednio do Centrum, w trybie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902).

II OBSZAR TEMATYCZNY: ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV WŚRÓD OSÓB O ZWIĘKSZONYM POZIOMIE ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cel szczegółowy

- a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych

Cel ogólny

2. Rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym

Cel szczegółowy

- a) poprawa jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV
- b) usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych

Cel ogólny

3. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS

Cel szczegółowy

- a) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy
- b) wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych

PUNKTY KONSULTACYJNO-DIAGNOSTYCZNE (PKD)

W 2024 roku na terenie całego kraju funkcjonowało 29 punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. W 2022 r. w PKD rozpoczęto również badania przesiewowe (screeningowe) w kierunku kiły i HCV. Realizatorów tych zadań wyłoniono w drodze otwartego konkursu ofert składanych na podstawie przepisów *ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym*. PKD zobowiązane były do działania zgodnie ze standardami Krajowego Centrum ds. AIDS.

Wykres 23. Punkty konsultacyjno-diagnostyczne na mapie Polski.

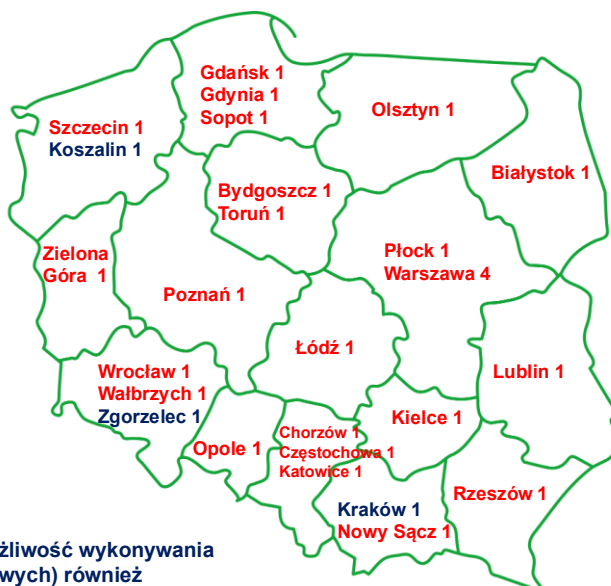


29 PKD

w 2024 r.

- Punkty, które **brały** udział w pilotażowym badaniu: 26
- Punkty, które **nie brały** udziału w pilotażowym badaniu: 3

14.09.2022 r. ofertę PKD poszerzono o możliwość wykonywania badań przesiewowych (screeningowych) również w kierunku **kiły** i **HCV** (pilotażowy program).



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 3. Wykaz punktów konsultacyjno-diagnostycznych działających w 2024 r.

MIASTO	NAZWA ORGANIZACJI	LICZBA KLIENTÓW
BIAŁYSTOK	Stowarzyszenie FAROS ul. Generała Józefa Bema 2/lok. 011; 15-369 Białystok	659
BYDGOSZCZ	Fundacja Parasol Ul. Konopnickiej 13; 87-100 Toruń	639
CHORZÓW	Górnśląskie Stowarzyszenie WSPÓLNOTA ul. Zjednoczenia 10; 41-500 Chorzów	1 150
CZĘSTOCHOWA	Stowarzyszenie MONAR ul. Ogrodowa 66; 42-202 Częstochowa	351
GDAŃSK	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Grunwaldzka 108 (UP 6; skr. poczt. 220); 80-206 Gdańsk	1 608
GDYNIA	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Grunwaldzka 108 (UP 6; skr. poczt. 220); 80-206 Gdańsk	922
KATOWICE	Fundacja na Rzecz Zdrowia i Włączenia Społecznego "Trzy Końce" ul. W. Sławka 5/16, 40-833 Katowice	653
KIELCE	Stowarzyszenie NADZIEJA RODZINIE ul. Mielczarskiego 45; 25-709 Kielce	470
KOSZALIN	Stowarzyszenie Profilaktyki i Terapii "Młodzi-Młodym" ul. Zwycięstwa 168; 75-612 Koszalin	127
KRAKÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Miłkowskiego 5/30; 30-349 Kraków	2 513
LUBLIN	Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym AGAPE ul. Bernardyńska 5; 20-109 Lublin	581
ŁÓDŹ	Fundacja Edukacji Zdrowotnej „Lepsze jutro” ul. 6 Sierpnia 42/22; 90-637 Łódź	1 547

NOWY SĄCZ	Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Miłkowskiego 5/30; 30-349 Kraków	186
OLSZTYN	Warmińsko-Mazurskie Stowarzyszenie Higieny i Zdrowia Publicznego w Olsztynie ul. Żołnierska 16; 10-561 Olsztyn	376
OPOLE	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Cyprysowa 10 A, 55-093 Kielczów	530
PŁOCK	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	347
POZNAŃ	Fundacja Simontonowski Instytut Zdrowia ul. Sekutowicza 3/9; 20-152 Lublin	2 027
RZESZÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Miłkowskiego 5/30; 30-349 Kraków	568
SOPOT	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Grunwaldzka 108 (UP 6; skr. poczt. 220); 80-206 Gdańsk	206
SZCZECIN	Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU ul. Arkońska 4; 71-455 Szczecin	1 313
TORUŃ	Fundacja Parasol ul. Konopnickiej 13; 87-100 Toruń	480
WAŁBRZYCH	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Cyprysowa 10 A, 55-093 Kielczów	165
WARSZAWA ul. Chmielna	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	12 101
WARSZAWA ul. Jagiellońska	Zjednoczenie Na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS "Pozytywni w Tęczy" ul. Majowa 5/57; 03-395 Warszawa	920
WARSZAWA ul. Marszałkowska	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa	2 819
WARSZAWA ul. Nugat	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa	1 927
WROCŁAW	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Cyprysowa 10 A, 55-093 Kielczów	5 136
ZGORZELEC	Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy osobom Uzależnionym SUBSIDIUM ul. Warszawska 37a; 59-900 Zgorzelec	44
ZIELONA GÓRA	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Generała Jarosława Dąbrowskiego 35/1; 65-021 Zielona Góra	356
	OGÓŁEM	40 723

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Podstawowym zadaniem realizowanym w PKD jest wykonywanie bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testów w kierunku HIV, kiły i HCV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzono poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane były porady w zakresie, między innymi, podejmowania bezpieczniejszych zachowań seksualnych. Dzięki tego typu poradnictwu klient otrzymuje informacje dotyczące swojego statusu serologicznego, adresy instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Każde wykonanie testu poprzedzane jest rozmową z doradcą, podczas której szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innymi STIs w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta. Jeżeli wynik testu jest

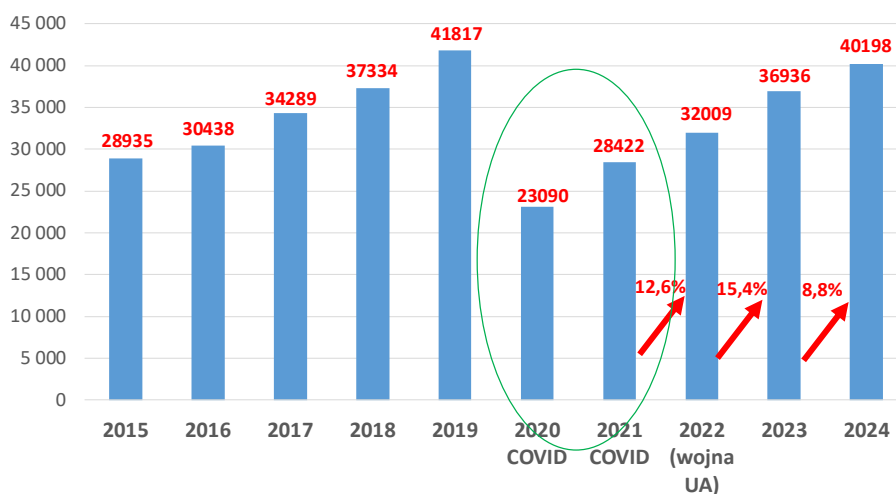
ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakazić się wirusem. Jeśli wynik testu w kierunku HIV jest dodatni, doradca przekazuje informacje o konieczności podjęcia leczenia i świadczeń pomocowych. W przypadku otrzymania w teście przesiewowym wyniku reaktywnego w kierunku HCV pacjent jest informowany o potrzebie wykonania dalszej, pogłębionej diagnostyki oraz o możliwości podjęcia leczenia. W tym celu pacjent jest kierowany do lekarza POZ, który zleci ponowne wykonanie testu przesiewowego oraz wyda skierowanie do odpowiedniej/właściwej poradni chorób zakaźnych. Z kolei w przypadku otrzymania w teście przesiewowym wyniku reaktywnego w kierunku kiły należy poinformować pacjenta o konieczności wykonania dalszej, pogłębionej diagnostyki, tj. wykonania testu potwierdzenia oraz o możliwości podjęcia leczenia. W tym celu pacjent jest kierowany do jednej z poradni dermatologiczno-wenerologicznych, których adresy są dostępne w PKD (wybrane poradnie na terenie każdego województwa).

Analiza danych epidemiologicznych zbieranych anonimowo w punktach testowania pozwala uzyskać informacje dotyczące m.in. wieku i płci klientów, kraju pochodzenia, powodów wykonania testu oraz trendów ryzykownych zachowań.

Wykres 24. Liczba testów w kierunku HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.



Liczba testów w kierunku HIV wykonanych w PKD w latach 2015-2024



8

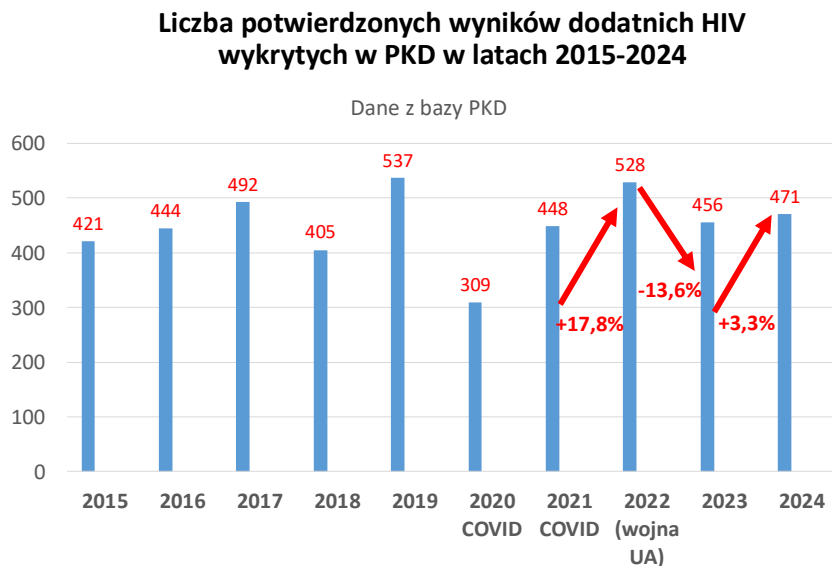
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2024 r. w PKD w Polsce wykonano ogółem 40 198 testów w kierunku HIV – w tym 13 995 testów szybkich. Wyniki ujemne uzyskano w 27 616 testach przesiewowych i w 13 837 szybkich testach przesiewowych. W testach potwierdzenia uzyskano 471 wyników dodatnich, 89 wyników ujemnych.

Umowy na wykonywanie testów potwierdzenia dla wszystkich PKD podpisano z Centralnym Laboratorium Analitycznym Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, Pracownią Badań Molekularnych Wielospecjalistycznej Przychodni Lekarskiej Fundacji Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz w Laboratorium Mikrobiologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Dodatkowo Medis-Express sp. z o.o. Poradnia

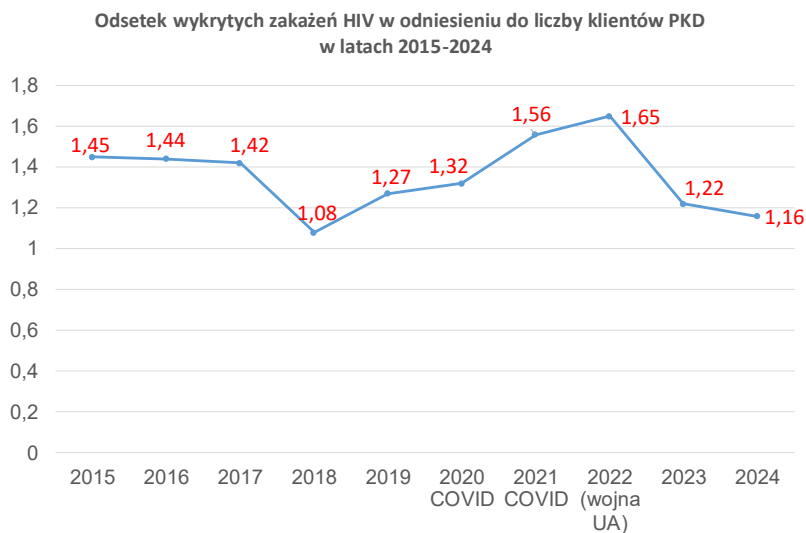
Specjalistyczna „Chmielna Express” wykonuje testy potwierdzenia tylko dla klientów PKD Chmielna Express.

Wykres 25. Liczba potwierdzonych wyników dodatnich HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Wykres 26. Odsetek wykrytych zakażeń HIV w odniesieniu do liczby testów w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.



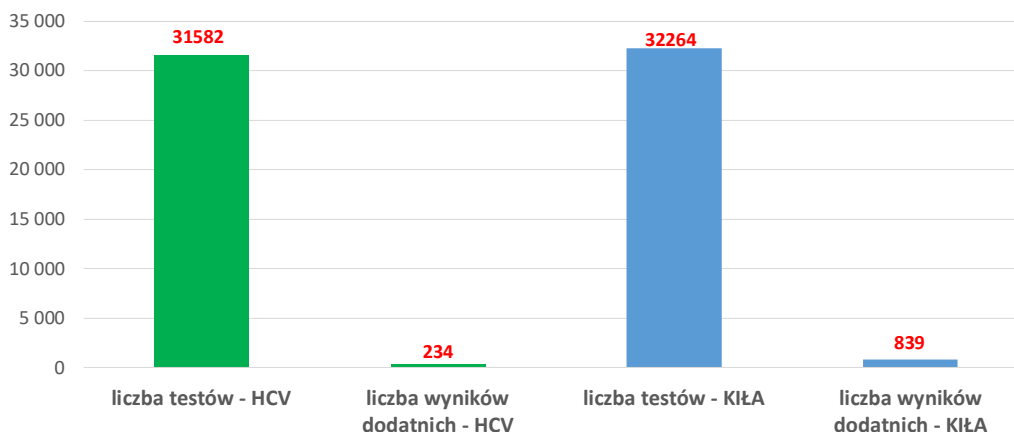
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W PKD wykonano również 31 582 testów na HCV i 32 264 testów w kierunku kiły; 234 testy przesiewowe w kierunku HCV i 839 testów w kierunku kiły było dodatnich.

Wykres 27. Liczba osób, które wykonały test w kierunku HCV i kiły w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w 2024 r. (+ wyniki dodatnie).



**Liczba osób, które wykonały test w kierunku HCV i Kiły
w 2024 r. w PKD (+ wyniki dodatnie)**



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W związku z rozpoczęciem programu, obejmującego wykonywanie badań przesiewowych (screeningowych) w kierunku kiły i HCV oraz w związku z rekomendacjami PTN AIDS dotyczącymi potwierdzania wyników dodatnich testów w kierunku HIV metodą PCR zamiast WB (Western blot), dokonywano zmian i dostosowywano formularz ankiety PKD (narzędzia, z którego doradcy korzystają podczas prowadzenia poradnictwa) oraz uaktualniono standardy i procedury diagnostyczne obowiązujące w PKD. W pracach tych brali udział, oprócz przedstawicieli Centrum, także eksperci zewnętrzni oraz koordynatorzy poszczególnych punktów.

WSPÓŁPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI

W ramach zadań pełnomocnika odbywały się spotkania z reprezentantami organizacji pozarządowych współpracujących z Krajowym Centrum ds. AIDS. Zagadnienia poruszane podczas rozmów dotyczyły m.in.: ograniczonych środków finansowych organizacji, nieuregulowanego statusu pacjentów nieubezpieczonych, wprowadzenia testów szybkich 4 generacji w kierunku HIV, działań profilaktycznych, w tym promocji kampanii N = N.

W lutym 2024 roku zostało zorganizowane spotkanie online, na które zostały zaproszone NGOs-y współpracujące z Krajowym Centrum ds. AIDS. Celem spotkania było omówienia sytuacji osób nieubezpieczonych korzystających z leczenia ARV w ramach Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej.

We wrześniu 2024 roku zostało zorganizowane spotkanie on-line z Koordynatorem PKD w Krakowie, dotyczące rozszerzenia oferty testowania PKD o testy w kierunku kiły i HCV.

W październiku 2024 roku zostało zorganizowane spotkanie on-line z Fundacją SEXEDPL, która zajmuje się zdrowiem seksualnym. Fundacja wyraziła zainteresowanie współpracą z Centrum w ramach promocji działań i wymiany wiedzy eksperckiej.

III OBSZAR TEMATYCZNY: WSPARCIE I OPIEKA ZDROWOTNA DLA OSÓB ZAKAŻONYCH HIV I CHORYCH NA AIDS

Cel ogólny

1. Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich

Cel szczegółowy

- a) poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich
- b) zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich

Cel ogólny

2. Poprawa, jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV

Cel szczegółowy

- a) poprawa istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS
- b) usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV

Cel ogólny

3. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym

Cel szczegółowy

- a) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży i kobiet karmiących piersią
- b) usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV

DZIAŁANIA WSPARCIOWE DLA OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIV/AIDS I ICH BLISKICH

Poradnia Online Plus dla Zdrowia – zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z nami” z siedzibą w Warszawie. Projekt „Poradnia Online Plus dla Zdrowia” skierowany był do osób żyjących z HIV/AIDS z terenu całej Polski. W tym celu rozbudowano stronę www.swwaids.org o podstronę dedykowaną projektowi i tym samym umożliwiono różnorodny, stały kontakt ze specjalistami (wykłady, konsultacje, wsparcie indywidualne) w wymiarze 116 godzin stałych dyżurów online, średnio dwa dni w tygodniu. Przeprowadzono cykl spotkań edukacyjnych i dotarcie do osób zakażonych, którzy nie mieli możliwości uczestnictwa w wykładach stacjonarnie - 9 interaktywnych wykładów (łącznie 24 godziny) dla 135 osób. Umożliwiono odbycie konsultacji ze specjalistami w wymiarze 32 godzin. Realizacja projektu pozwoliła na zwiększenie dostępności do oferty pomocowej i edukacyjnej dla osób żyjących z HIV, w tym z niepełnosprawnościami, niesamodzielnymi, posiadającymi niskie świadczenia, mieszkańców miejscowości bez dostępu do placówek medycznych zajmujących się HIV. Dzięki działaniom projektu istniała możliwość zapewnienia klientom zróżnicowanej oferty edukacyjnej i pomocowej.

Nic O Nas Bez Nas - wsparcie dla osób seropozytywnych i ich rodzin - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Stowarzyszenie DA DU z siedzibą w Szczecinie. Jest to jedyna organizacja na Pomorzu Zachodnim, która bezpośrednio zajmuje się osobami seropozytywnymi i ich rodzinami. W strukturach Stowarzyszenia DA DU są osoby zakażone i często są filarem pomocy dla innych osób z HIV, szczególnie w trudnym okresie, jakim jest otrzymanie wyniku testu.

Program skierowany był do osób seropozytywnych, ich rodzin i bliskich. Został opracowany dla mieszkańców województwa zachodniopomorskiego i miasta Szczecin. Zawierał działania skierowane do dorosłych, dzieci i młodzieży zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. W ramach programu zrealizowano:

- konsultacje dla osób seropozytywnych – odbyło się 16 dyżurów, w trakcie których udzielono 37 porad. Największe zapotrzebowanie było na konsultacje psychoterapeuty oraz prawnika.
- obóz rehabilitacyjno-integracyjny dla pacjentów z HIV – w obozie uczestniczyły 24 osoby.
- dwudniowe szkolenie dla osób seropozytywnych i ich rodzin z udziałem psychologa, psychoterapeuty, specjalisty psychoterapii uzależnień oraz lekarza specjalisty chorób zakaźnych – w szkoleniu uczestniczyły 22 osoby.

Akademia Młodzi na Plus - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Zjednoczenie Pozytywni w Tęczy z siedzibą w Warszawie.

Działania były skierowane do osób młodych, od 14 do 25 roku życia (młodzież i tzw. "młodzi dorośli"). Miały one na celu zmniejszyć poczucie wykluczenia społecznego i samotności oraz zapewnić pomoc w osiągnięciu dobrego samopoczucia; zarówno psychicznego jak i fizycznego. W zakres działań wchodziły zarówno spotkania szkoleniowe (rozwojowe) jak i psychoedukacyjne. W ramach realizacji zadania zapewniono możliwość uczestnictwa w takich zajęciach jak: ćwiczenia gimnastyczne z elementami jogi, warsztaty kulinarne, spotkania DKF-u połączone z projekcjami filmów i dyskusjami. Dodatkowo nieodzownym komponentem warsztatów były spotkania wsparcia psychologicznego.

Zajęcia prowadzone były metodami aktywnymi, aktywizującymi zasoby osobiste uczestników/czek z wykorzystaniem filmów, prezentacji i technik multimedialnych. Prowadzone były przez dwóch trenerów posiadających odpowiednie przygotowanie merytoryczne, zapewniając pełny komfort uczestnictwa wszystkich zainteresowanych osób. W zadaniu udział wzięło łącznie 22 osoby. Oferta wsparcia realizowana była przez 4 dni w tygodniu, od wtorku do piątku, przez okres 7 miesięcy, od maja do końca listopada 2024.

Turnus Młodzi na Plus - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Zjednoczenie Pozytywni w Tęczy z siedzibą w Warszawie.

W ramach projektu zapewniono bezpłatny udział 15 odbiorców żyjących z HIV/AIDS (osoby małoletnie i tzw. "młodzi dorośli") w Ogólnopolskim Spotkaniu Osób HIV+, które odbyło się w dniach 05-09.2024 w Stegnie. Przez cały turnus dostępna była pomoc terapeutów, psychologów.

Akademia Pozytywnego Życia – 2024 - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Fundację Edukacji Społecznej z siedzibą w Warszawie.

Wsparcie specjalistyczne i edukacyjne oferowane w ramach Akademii Pozytywnego Życia 2024 dało możliwość otwartej, wspierającej rozmowy o osobistej sytuacji związanej z zakażeniem z terapeutą, prawnikiem i doradcą HIV. Wsparcie dotyczyło m.in. lepszego radzenia sobie w rozwiązywaniu problemów osobistych i zawodowych, lepszego radzenia sobie z diagnozą oraz poszerzania wiedzy klientów na temat życia z HIV. Zgodnie z założeniami prowadzona była edukacja poprzez social media i rzetelne artykuły publikowane na stronie skierowanej do osób z HIV. Opracowane

i opublikowane zostały cztery artykuły oraz dziewięć postów w social mediach. Dzięki konsultacjom wsparcia i edukacji w formule online, mogły z niego korzystać osoby z całej Polski.

W ramach zadania zrealizowano:

- konsultacje indywidualne z psychologiem/terapeutą, doradcą HIV oraz prawnikiem. Liczba odbiorców - 68 osób,
- przeprowadzono promocję w mediach społecznościowych – opublikowano 9 postów. Łączny zasięg postów wyniósł ponad 2 tysiące zasięgów.
- na stronie www.pozytywnezycie.eu opublikowano cztery artykuły o tematyce HIV:
 - "Zakażenie HIV a zdrowie psychiczne: kiedy warto sięgnąć po pomoc?" - na temat zdrowia psychicznego u osób zakażonych w ujęciu lekarza psychiatry;
 - "List od Plusa do Plusa" - życie z HIV z perspektywy osoby zakażonej;
 - "Zakażenia przenoszone drogą płciową u osób żyjących z HIV: gdzie szukać pomocy?" - informacje dotyczące chorób przenoszonych drogą płciową przedstawione przez lekarkę chorób zakaźnych;
 - "Dieta dla osób żyjących z HIV: jak zachować zdrowie i prawidłową masę ciała" - wskazania dotyczące diety i zdrowych nawyków żywieniowych.

Wsparcie i interwencja kryzysowa dla osób żyjących z HIV oraz ich bliskich - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem” z siedzibą w Kielczowie. Z badań przeprowadzonych w ośrodku wrocławskim wynika, że około 20% osób żyjących z HIV spełnia kryteria rozpoznania zaburzeń nastroju, w tym depresji. Dodatkowo część jest uzależniona od środków psychoaktywnych (w tym użytkownicy chemseksu) i/lub ma problemy socjalne, bytowe, zawodowe. Skojarzenie tych wszystkich czynników i stresu związanego z samym zakażeniem i przyjmowaniem leków, prowadzi do pogorszenia jakości życia, utrudnia odbudowanie i utrzymanie kontaktów rodzinnych, a także wpływa negatywnie na adherencję podczas terapii antyretrowirusowej. A więc tym samym pogarsza skuteczność leczenia.

Z obserwacji Ośrodka wynika, że wśród osób żyjących z HIV, świadomych swojego zakażenia, wykrywanych jest coraz więcej przypadków kiły i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Wskazuje to na dalsze podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych.

Istotną grupą, do której skierowano działania to osoby dowiadujące się o swoim zakażeniu; pomoc psychologiczna jest niezbędna dla osób z nowo wykrytym zakażeniem HIV i ich partnerów, co ma pomóc w adaptacji do nowej sytuacji, ułatwić prowadzenie terapii specjalistycznej i tym samym zmniejszyć ryzyko powikłań związanych z samym zakażeniem HIV, jak i ryzyko przeniesienia zakażenia na partnerów seksualnych. Ważnym i niejednokrotnie trudnym tematem dla osoby seropozytywnej jest informowanie swoich bliskich o zakażeniu.

Aby umożliwić odbycie indywidualnej konsultacji osobom z całej Polski wszystkie usługi były świadczone online (Wirtualna Poradnia tytotu.pl jest innowacyjnym rozwiązaniem - daje możliwość komunikacji z różnymi specjalnościami za pomocą zróżnicowanych narzędzi pozwalających na komunikację online).

W ramach projektu były prowadzone:

- indywidualne konsultacje psychologiczne/wsparcie psychologiczne. Tygodniowo odbywało się średnio po 5 godzin indywidualnych konsultacji psychologicznych. Wsparcia online udzielono 110 osobom, a stacjonarnie w Poradni 216 osobom.
- indywidualne konsultacje psychiatryczne. Łącznie były one prowadzone przez 20 godzin. Wzięło w nich udział 34 osoby.

- indywidualne konsultacje pracownika socjalnego. Łącznie skorzystało z nich 30 osób (zapotrzebowanie było około 1,5 razy większe, pozostałe osób została przekierowana do specjalistycznych placówek).
- indywidualne konsultacje dietetyczne. Łącznie skorzystało z nich 20 osób (zapotrzebowanie było około 2 razy większe, kolejne osób została przekierowana do specjalistycznych placówek).
- indywidualne konsultacje psychologiczne/wsparcie psychologiczne dla dzieci i młodzieży. Łącznie wzięło w nich udział 14 osób.
- grupy wsparcia online dla osób z nowo wykrytym zakażeniem HIV oraz osobne dla osób z wieloletnim zakażeniem doświadczających kryzysu W pierwszych z nich wzięło udział łącznie 75 osób. W spotkaniach dla osób z wieloletnim zakażeniem doświadczających kryzysu wzięło udział łącznie 24 osoby.

Program wsparcia rówieśniczego dla MSM żyjących z HIV - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Stowarzyszenie LAMBDA Warszawa.

- Świadczenie wsparcia rówieśniczego dla osób z nowo wykrytym zakażeniem HIV - w trakcie trwania programu po pomoc zgłosiło się 60 osób zakażonych HIV. Zdecydowana większość działań pomocowych zamykała się w cyklu około 6 spotkań. W trakcie programu odbyły się 3 superwizje grupowe, które miały na celu możliwość wymiany doświadczeń między wolontariuszami, omówienie najlepszych praktyk, a także pogłębioną analizę trudności z jakimi wolontariusze spotykają się podczas oddziaływań pomocowych.
- Szkolenie dla personelu PKD z całej Polski dotyczące dotyczącego motywowania osób z nowo wykrytym zakażeniem do skorzystania ze wsparcia rówieśniczego. W szkoleniu wzięło udział 14 osób. Podczas spotkania poruszone zostały następujące zagadnienia:
 - kluczowe trudności, z jakimi zmagają się osoby z nowo zdiagnozowanym zakażeniem HIV,
 - zalecane formy wsparcia dla osób żyjących z HIV,
 - efektywność wsparcia typu "peer-to-peer" dla MSM,
 - krótko- i długofalowe efekty działań typu "peer-to-peer" dla MSM,
 - program Buddy Polska: dotychczasowe działania, osiągnięcia, wnioski, zasady funkcjonowania programu,
 - wsparcie dla osób nowo zdiagnozowanych z perspektywy doradczyni PKD: uniknięcie wypalenia zawodowego, doksztalcanie, perspektywa osoby odbierającej wynik, zasoby informacyjne, język korzyści: korzyść z leczenia i utrzymania w leczeniu, forma przekazywania informacji o zakażeniu.
- Przeprowadzono dwa szkolenia online dla wolontariuszy:
 - Jedno ze szkoleń przeprowadził radca prawny, od lat zajmujący się aspektami prawnymi HIV/AIDS. Podczas spotkania poruszono szereg istotnych kwestii, o które często pytają klienci programu: odpowiedzialność karna za narażenie na zakażenie, możliwość pozwania kogoś za zakażenie, konieczność informowania partnerów po diagnozie oraz po osiągnięciu niewykrywalności, zasadność kwestionariuszy medycznych w studiach tatuażu, piercingu, w gabinetach stomatologicznych, odpowiedzialność karna i odpowiedzialność cywilna, ograniczenia w wykonywaniu niektórych zawodów.
 - Drugie szkolenie przeprowadził specjalista chorób zakaźnych. Spotkanie miało formę interakcji i otwartej rozmowy. Poruszone zostały następujące kwestie: przebieg zakażenia HIV, podstawy działania terapii ARV, definicja "niewykrywalności" w aspekcie HIV, nowoczesne formy terapii ARV: terapie dwuskładnikowe, terapie iniekcyjne, interakcje lekowe, profilaktyka skojarzona (PrEP - doustny, iniekcyjny oraz doxyPEP).

Otwarcie na "PLUS" - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Stowarzyszenie Solidarni PLUS z siedzibą w Wandzinie.

Stowarzyszenie w swojej standardowej ofercie zapewnia osobom żyjącym z HIV/AIDS opiekę zdrowotną, kompleksowe wsparcie psychologiczne i socjalne w ramach pobytu w ośrodkach stacjonarnych. Działania te pozwalają na redukcję szkód, które nastąpiły w każdej sferze życia.

Niniejszy projekt zakładał realizację dwudniowego spotkania, którego uczestnikami były osoby żyjące z HIV i chore na AIDS - w większości dotknięte również problemem uzależnienia, niepełnosprawności, bezdomności, wykluczenia społecznego, stygmatyzacji oraz ich bliscy, tj. rodziny i przyjaciele. Projekt skierowany był do osób żyjących z wieloletnim zakażeniem HIV, chorych na AIDS, uzależnionych, z niepełnosprawnością. W większości były to osoby powyżej 35 roku życia, z większych aglomeracji miejskich z terenu całej Polski, nie posiadające stałego źródła dochodu, często po odbyciu kary pozbawienia wolności, skonfliktowane z rodziną, bez perspektyw na przyszłość, doświadczające kryzysu. Drugą grupę stanowili bliscy osób żyjących z HIV/AIDS, w tym rodzice, rodzeństwo, partnerzy, dzieci i inni krewni, najbliżsi znajomi. Na spotkanie zostali także zaproszeni byli podopieczni Stowarzyszenia, którzy z sukcesem funkcjonują poza placówkami. Ich obecność stanowiła pozytywną motywację dla osób przebywających w Ośrodkach stowarzyszenia. Kolejną grupę stanowili aktywiści reprezentujący organizacje pozarządowe oraz instytucje działające na rzecz osób z HIV. Spotkanie odbyło się w Ośrodku Readaptacji EKO "Szkoła Życia" w Wandzinie. Celem spotkania było wsparcie i edukacja osób żyjących z HIV/AIDS i ich najbliższych, m.in. w zakresie postaw prozdrowotnych, a także integracja uczestników poprzez wspólnie spędzony czas i możliwość budowania pozytywnych przeżyć, tak istotnych dla kształtowania więzi. W trakcie spotkania przeprowadzono trzy bloki tematyczne:

- rekreacyjny: obejmujący część sportową i artystyczną,
- edukacyjny: warsztaty oraz wykład o tematyce HIV/AIDS,
- konsultacyjny: w trakcie którego uczestnicy mogli skorzystać z konsultacji ze specjalistami.

Turnus terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób seropozytywnych i ich bliskich - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Fundację Pomorski Dom Nadziei z siedzibą w Gdańsku.

Grupą docelową projektu były osoby zakażone HIV, w pierwszej kolejności osoby z nowo wykrytym zakażeniem, dzieci, młodzież oraz bliscy. Większa część uczestników turnusu to podopieczni fundacji, którzy uczestniczą w grupie terapeutycznej; osoby które dowiedziały się o swoim zakażeniu; osoby uczestniczące w poprzednich edycjach programu oraz pacjenci z ośrodka w Wandzinie. W turnusie wzięło udział 21 osób.

Turnus jest okazją do pogłębienia wiedzy jak funkcjonować z zakażeniem i chorobą. Cennym doświadczeniem dla osób zakażonych jest możliwość integracji ze społeczeństwem i z innymi chorymi oraz możliwość wzajemnego wsparcia, podzielenia się swoimi doświadczeniami; jak radzić sobie z problemami, które dla osób żyjących z HIV są przeważnie wspólne. W programie turnusu zrealizowano dwudniowe 16 godzinne warsztaty prowadzone przez psychoterapeutów oraz sześciogodzinny wykład lekarza. W trakcie wykładu lekarza poruszane były zagadnienia dotyczące metod leczenia, zasad dobrej współpracy z pacjentem podczas terapii i regularnego brania leków powodującego supresję wirusową i dzięki temu spadek możliwości zakażenia wirusem innych osób. Warsztaty z psychoterapeutami miały za zadanie odnalezienie własnego potencjału i zasobów pomocnych w realizacji planów życiowych.

LECZENIE ANTRETROWIRUSOWE (ARV)

Rządowy Program Polityki Zdrowotnej p.n.: „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

Rok 2024 był trzecim rokiem realizacji nowej edycji Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej (RPPZ) oraz stanowił kontynuację leczenia antyretrowirusowego edycji z lat ubiegłych (Programy leczenia ARV od 2001 r.). Program wpisujący się w założenia strategii End Inequalities, End AIDS, opracowanej przez UNAIDS, mającej na celu redukcję liczby nowych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS do 2026 r. i osiągnięcie wskaźników 95 - 95 - 95. Oznacza to, że wszystkie osoby zakażone HIV (95%), powinny znać swój status serologiczny, 95% powinno otrzymywać leczenie antyretrowirusowe i 95% mieć niewykrywaną wiramię HIV (poniżej 50 kopii HIV RNA na 1 ml krwi). Według danych z UNAIDS (w chwili sporządzenia tego sprawozdania, dane za rok 2024 są jeszcze niedostępne), w 2023 roku na świecie żyło 40 milionów osób zakażonych HIV i wykryto około 1,3 miliona nowych zakażeń. Z powodu AIDS, w 2023 r. zmarło 630 tys. osób. Od początku epidemii zakażyło się 88,4 miliona ludzi, a zmarło 42,3 miliona osób. W czerwcu 2021 roku podczas spotkania wysokiego szczebla Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie AIDS przyjęto także deklarację dotyczącą znacznego ograniczenia do roku 2025 zjawiska stygmatyzacji osób żyjących z wirusem HIV, redukcji nierówności płci w zakresie dostępu do profilaktyki HIV i leczenia antyretrowirusowego, jak i penalizacji związanej z HIV/AIDS.

Głównym celem Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022 - 2026” (zwanego dalej Programem leczenia ARV) jest podobnie jak w latach poprzednich, ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS poprzez zapewnienie skutecznego leczenia antyretrowirusowego, wydłużenie czasu życia pacjentów zakażonych, poprawa jakości ich życia oraz wydłużenie czasu wolnego od objawów choroby. Właściwie prowadzone leczenie ARV powoduje zmniejszenie zapadalności na HIV i śmiertelności z powodu AIDS oraz zmniejszenie zakaźności osób zakażonych HIV dla populacji osób zdrowych, a tym samym ograniczenie transmisji wirusa (w tym szczepów lekoopornych). Program leczenia ARV jest programem terapii ambulatoryjnej, o ile nie zaistnieją inne wskazania medyczne do hospitalizacji, które nie zawsze są bezpośrednio związane z zakażeniem HIV. Wszystkie aktualnie zarejestrowane leki antyretrowirusowe dają możliwości prowadzenia terapii ARV zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych.

Cele szczegółowe:

- obniżenie poziomu zakaźności pacjentów w trakcie leczenia w ramach Programu;
- zmniejszenie poziomu śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV;
- utrzymanie niewykrywalnego poziomu wiramii u pacjentów objętych Programem;
- zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji osób przebywających na terenie kraju;
- zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS (skuteczne leczenie ARV);
- utrzymanie poziomu jakości życia (w perspektywie 5-letniej) u pacjentów, u których w okresie rozpoczęcia leczenia ARV, nie stwierdzono objawów choroby AIDS, obniżającej jakość życia w czterech jego głównych dziedzinach:
 - somatyczna (odczuwanie dyskomfortu/bólu, ocena własnej witalności, jakości snu, poczucie wydolności w codziennym życiu, ocena własnej zdolności do pracy, przekonanie o wysokiej wartości terapii w kontekście codziennego funkcjonowania),
 - społeczna (ocena relacji osobistych, życia intymnego, uzyskiwanego wsparcia społecznego),

- psychologiczna (nastawienie do siebie samego, akceptacja własnego wyglądu, percepcja sensu życia, odczuwanie pozytywnych i negatywnych emocji, zdolność koncentracji uwagi),
- środowiskowa (poczucie bezpieczeństwa, postrzeganie wpływu otoczenia na zdrowie, postrzeganie własnych finansów, dostępność potrzebnych informacji, możliwość samorealizacji, ocena warunków mieszkaniowych, dostępnych usług medycznych, możliwości samodzielnego przemieszczania się poza miejscem zamieszkania);
- wzrost poziomu jakości życia (w perspektywie 5-letniej) u pacjentów, u których w okresie rozpoczęcia leczenia ARV stwierdzono objawy AIDS, obniżającego jakość życia – dotyczy tych samych czterech głównych dziedzin życia, które zostały wymienione w punkcie 4 celów szczegółowych programu;
- dążenie do osiągnięcia celu UNAIDS: 95–95–95 - 95% osób zakażonych będzie znało swój status serologiczny, 95% wszystkich osób z rozpoznaniem zakażeniem HIV rozpocznie terapię antyretrowirusową, 95% wszystkich osób przyjmujących leki antyretrowirusowe osiągnie supresję wirusa HIV < 50 kopii/ml;
- zwiększenie dostępności do leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV w Polsce;
- zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+; zakażenia wertykalne poniżej 1%;
- zapewnienie leków antyretrowirusowych na postępowania poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe; zero zakażeń po ekspozycji na HIV.

Specyfika leczenia antyretrowirusowego wymaga zachowania ciągłości. Przerwy w dostawie i podawaniu leków antyretrowirusowych stanowią zagrożenie życia i zdrowia pacjentów HIV/AIDS i mogą być traktowane, jako błąd w sztuce lekarskiej. Poza leczeniem antyretrowirusowym (kontynuacja leczenia ARV z lat ubiegłych oraz włączanie nowych pacjentów do terapii HAART) nieodłącznym elementem Programu była prowadzona diagnostyka specjalistyczna monitorująca przebieg zakażenia HIV i efektywność terapii ARV. Powiązane jest to z rozwojem diagnostyki genetycznej i wprowadzaniem do leczenia antyretrowirusowego nowych grup leków ARV, a co za tym idzie nowych metod laboratoryjnych.

Program leczenia ARV

Rok 2024 był dwudziestym czwartym rokiem realizacji Programu leczenia ARV. Programem objęte są, zgodnie z zapisem art. 41 *Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2024 r. poz. 924 z późn. zm.), wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego, w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV oraz osoby, które wymagają zastosowania leków antyretrowirusowych w ramach postępowania poekspozycyjnego po narażeniu na zakażenie HIV – ekspozycje pozazawodowe wypadkowe. W przypadku ekspozycji zawodowych zgodnie z ww. ustawą, leczenie poekspozycyjne, w tym koszty leków antyretrowirusowych, do którego doszło w wyniku wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych, jest finansowane przez pracodawcę albo zlecającego pracę.

Zgodnie z obowiązującym Programem, leczeniem antyretrowirusowym objęci są również cudzoziemcy przebywający na terytorium RP, nieposiadający innych możliwości leczenia ARV, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego, do czasu uzyskania możliwości leczenia w kraju macierzystym. W każdej sytuacji rekomendowane jest jednak uzyskanie przez pacjenta tytułu do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, niezależnie od mechanizmu jego uzyskania.

Procedura włączania pacjenta do Programu leczenia ARV

- Decyzję o rozpoczęciu leczenia antyretrowirusowego i zastosowania odpowiedniego schematu terapeutycznego podejmuje lekarz klinicysta (w oparciu o aktualne rekomendacje), w sposób indywidualny, uwzględniając stan kliniczny pacjenta, wyniki laboratoryjne - liczbę limfocytów CD4 oraz poziom wirerii HIV RNA, a także współistniejące zakażenia i choroby.
- Leczenie jest rozpoczynane po uzyskaniu świadomej, pisemnej zgody pacjenta (w imieniu osoby do 18 roku życia zgodę podpisują rodzice lub opiekunowie prawni).
- Zgodnie z założeniami Programu leczenia ARV pacjent ma prawo wyboru ośrodka/placówki medycznej, realizatora Programu na terenie całej Polski. Może również zmieniać ośrodek prowadzący w trakcie trwania terapii ARV na inny (migracje pacjentów związane z ich życiem osobistym i zawodowym).
- Na etapie planowania włączenia do terapii ARV lub zmian schematów określonych leków (zawierających jako substancje czynną abacavir lub raltegravir) klinicysta zleca badanie nadwrażliwości w systemie HLA B*5701 oraz tropizm CCR5.
- W przypadku nowych pacjentów, a przede wszystkim dzieci, kobiet w ciąży oraz w przypadku braku efektu terapeutycznego zlecane jest wykonanie genotypowania (w celu zdiagnozowania ewentualnej oporności na leki ARV).
- Jeżeli zachodzi taka konieczność, pacjent włączany do terapii ARV jest hospitalizowany. Zwykle praktykuje się natomiast hospitalizację dzieci w pierwszych tygodniach leczenia.
- Jeżeli pacjent trafia do leczenia ambulatoryjnego, otrzymuje leki na ok. 1 do 2 miesięcy terapii, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).
- Parametry laboratoryjne do monitorowania terapii badane są w zależności od wskazań klinicznych, zwykle nie rzadziej niż 2 razy w roku. W przypadku kobiet w ciąży i dzieci do 18 roku życia inne schematy wg wskazań.
- Pacjent (lub opiekun prawny) odbiera leki w poradni/ośrodku referencyjnym, kwitując ten fakt własnoręcznym podpisem.
- Kryteria wykluczenia lub nie wprowadzenia do terapii ARV stosuje się wobec osób, które nie gwarantują ścisłej współpracy, nie rokują kontynuacji leczenia z przyczyn psychospołecznych (decyzję wykluczenia lub nie wprowadzenia podejmuje lekarz prowadzący).

Na dzień 31 grudnia 2024 r. leczeniem ARV objętych było **20 643** pacjentów, w tym **151** dzieci (do 18 roku życia, według sprawozdań z ośrodków/realizatorów Programu). Liczba ta obejmuje również nowych pacjentów, którzy wymagali pilnego wprowadzenia do leczenia ze względu na stan kliniczny, zwykle ze wskazań życiowych, a dotychczas nie byli leczeni antyretrowirusowo oraz uchodźców wojennych z Ukrainy.

Tabela nr 4. Liczba pacjentów leczonych ARV w ośrodkach na dzień 31 grudnia 2024 r. z podziałem na płeć wg elektronicznej bazy monitorującej.

OŚRODEK	KOBIETY	MĘŻCZYŹNI	DZIECI	DOROŚLI	OGÓŁEM
Białystok	118	251	2	367	369
Bydgoszcz	182	563	6	739	745
Chorzów	595	1 829	1	2 423	2 424
CZSW	11	194	0	205	205
Gdańsk	352	1 024	15	1 361	1 376
Gdańsk dzieci	0	0	0	0	0
Gdynia	17	43	0	60	60

Kraków	293	1 614	1	1 906	1 907
Kraków dzieci	4	4	8	0	8
Lublin	80	235	0	315	315
Łańcut	40	98	0	138	138
Łódź	288	780	19	1 049	1 068
Opole	76	120	0	196	196
Ostróda	50	127	0	177	177
Poznań	266	1 019	0	1 285	1 285
Poznań dzieci	6	8	14	0	14
Szczecin	316	664	1	979	980
Warszawa	995	4 640	42	5 593	5 635
Wrocławskie Cent.Zd	673	1 853	1	2 525	2 526
Wrocław	270	406	0	676	676
Wrocław dzieci	20	23	41	2	43
Zielona Góra	171	325	0	496	496
Razem	4 823	15 820	151	20 492	20 643

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Realizatorzy Programu leczenia ARV

Na podstawie art. 48 ust. 1 i ust. 5 oraz art. 48b ust. 1 w zw. z ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) Krajowe Centrum ds. AIDS w czerwcu 2024 roku ogłosiło uzupełniający konkurs ofert, w wyniku którego wyłoniono dwóch nowych realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej, z którymi podpisano umowy w październiku 2024 r. w pełnym zakresie leczenia antyretrowirusowego dorosłych pacjentów oraz dzieci:

- Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku,
- Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie.

Ośrodki referencyjne realizujące Program leczenia ARV:

I. Warunki, które spełniały ośrodki prowadzące leczenie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS:

- a) oddział pobytu dziennego (ambulatorium) - przychodnia wzbogacona o dział zabiegowy (możliwość pobierania krwi, pozajelitowego podawania leków, opracowania materiału biologicznego, wykonywania drobnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych),
- b) możliwość umieszczenia w oddziale pobytu stacjonarnego (sale z pełnym węzłem sanitarnym),
- c) dział diagnostyki laboratoryjnej z możliwością badań serologicznych, bakteriologicznych, mykologicznych, parazytologicznych i histopatologicznych,
- d) dział diagnostyki endoskopowej - gastroduodenoskopia, bronchofiberoskopia, sigmoidoskopia z możliwością histopatologicznego i mikrobiologicznego opracowania materiału,
- e) możliwość wykonania diagnostyki inwazyjnej: punkcja szpiku, punkcja łędźwiowa, punkcja opłucnowa, punkcja otrzewnowa, biopsja wątroby, biopsja węzłów chłonnych,
- f) dział diagnostyki radiologicznej. Realizowane świadczenia MR, TK, RTG uzależnione od specyfiki leczenia oraz zdiagnozowanej u pacjenta jednostki chorobowej.

II. Ośrodki referencyjne świadczyły usługi diagnostyczne i terapeutyczne, tzn. prowadziły:

- a) kompleksową terapię antyretrowirusową,
- b) profilaktykę i leczenie zakażeń oportunistycznych (również chemioterapia nowotworów),
- c) profilaktykę postępowania poekspozycyjnego na zakażenie HIV,

- d) współpracowały z psychologiem, pracownikiem socjalnym, pedagogiem, pielęgniarką środowiskową i osobami zajmującymi się leczeniem narkomanii.

W 2024 roku Program lekowy był realizowany w 24 szpitalach/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: (Białystok, Bydgoszcz, Chorzów, Gdańsk 2x, Gdynia, Kraków 2x, Lublin, Łańcut, Łódź, Opole, Ostróda, Poznań 2x, Szczecin, Warszawa, Wrocław x 3, Zielona Góra),
- 1 szpital realizujący RPPZ Program ARV w zakresie postępowania poekspozycyjnego wypadkowego pozazawodowego (Toruń),
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie w zakresie profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV dzieci urodzonych z matek HIV+, podawania leków ARV dzieciom oraz w zakresie postępowania poekspozycyjnego na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe,
- Instytut Matki i Dziecka w Warszawie w zakresie badań przesiewowych w kierunku zakażenia HIV u kobiet ciężarnych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych HIV – podawania leków ARV kobiecie zakażonej HIV i noworodkowi.

Leczenie antyretrowirusowe było również prowadzone w zakładach penitencjarnych - umowa z Centralnym Zarządem Służby Więziennej (CZSW), jako kontynuacja leczenia pacjentów przed pobytem w zakładzie penitencjarnym lub nowych pacjentów wymagających włączenia do terapii ARV w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Leczenie antyretrowirusowe w ośrodkach penitencjarnych konsultowane jest przez lekarzy chorób zakaźnych - specjalistów w dziedzinie HIV/AIDS z ośrodków referencyjnych.

Tabela 5. Ośrodki referencyjne prowadzące terapię osób żyjących z HIV i chorych na AIDS (wg stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.).

LP.	NAZWA PORADNI/KLINIKI	NAZWA SZPITALA/ZOZ-U
1.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie
	Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa Tylko dzieci	
2.	Punkt Konsultacyjny dla Dorosłych Zakażonych Wirusem HIV i Chorych na AIDS ul. Żurawia 14, 15–540 Białystok	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
3.	Wojewódzka Przychodnia Chorób Zakaźnych, ul. Kurpińskiego 5a, 85-096 Bydgoszcz Również dzieci	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza w Bydgoszczy
4.	Poradnia Diagnostyki i Terapii AIDS ul. Zjednoczenia 10, 41–500 Chorzów	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
5.	Poradnia Retrowirusowa, Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy ul. Smoluchowskiego 18, 80–214 Gdańsk	Szpital Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni
6.	Poradnia Chorób Zakaźnych dla Dzieci Szpital św. Wojciecha al. Jana Pawła II 50, 80-462 Gdańsk Tylko dzieci	Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku

	Umowa zawarta w dniu 19/09/2024, zamówienia leków od stycznia 2025	
7.	Poradnia Profilaktyczno-lecznicza ul. Powstania Styczniowego 9b, 81-519 Gdynia	Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni
8.	Poradnia Nabytych Niedoborów Odporności Śniadeckich 10, 31-531 Kraków	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie
9.	Poradnia Chorób Zakaźnych Dzieci os. Na Skarpie 67, 31-913 Kraków Tylko dzieci Umowa zawarta w dniu 19/09/2024, zamówienia leków od października 2024	Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie
10.	Poradnia Diagnostyczno – Lecznicza ul. Staszica 11, 20-081 Lublin	Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie
11.	Poradnia Chorób Zakaźnych – Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	„Centrum Medyczne w Łańcucie” sp. z o.o.
12.	Poradnia Nabytych Zaburzeń Odporności ul. Kniaziewicza 1/5, 91-347 Łódź Również dzieci	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi
13.	Poradnia Chorób Zakaźnych ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o.
14.	Poradnia Chorób Zakaźnych ul. Wł. Jagiełły, 14-100 Ostróda	Szpital w Ostródzie S.A.
15.	Poradnia Nabytych Niedoborów Odporności ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym SPZOZ w Poznaniu
16.	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej. ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań Tylko dzieci	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
17.	Poradnia Nabytych Niedoborów Immunologicznych ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
18.	Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza Niedoborów Odporności ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu
19.	Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Tylko dzieci ul. Chałubińskiego 2-2a, 50-368 Wrocław	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu
20.	Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza, Ośrodek Profilaktyczno-Leczniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ we Wrocławiu
21.	Poradnia Niedoborów Immunologicznych ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Terapia ambulatoryjna prowadzona jest w wyżej wymienionych poradniach, natomiast pacjenci wymagający hospitalizacji leczeni są na oddziałach szpitalnych, które w większości przypadków są oddziałami klinicznymi.

Zasady kwalifikacji pacjentów do leczenia ARV

1. Kryteria medyczne - oparte na standardach międzynarodowych dotyczących leczenia antyretrowirusowego: oznaczony poziom wirerii HIV-RNA, liczba limfocytów CD4, kryteria kliniczne i epidemiologiczne.

2. Kryteria formalno – prawne.
3. Przed rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej u nieleczzonego wcześniej pacjenta, spełniającego kryteria immunologiczne, kliniczne i wirusologiczne dla jej wdrożenia, należy rozważyć:
 - gotowość i przygotowanie pacjenta do rozpoczęcia terapii,
 - możliwości stosowania się pacjenta do zaleceń,
 - tryb życia pacjenta (aktywność zawodowa, etc.),
 - zaawansowanie infekcji HIV (liczba komórek CD4, poziom wirerii, występujące obecnie lub w przeszłości schorzenia definiujące AIDS),
 - potencjalne działania uboczne leków,
 - współwystępowanie schorzeń takich jak gruźlica, choroby wątroby, depresja lub choroby psychiczne, schorzenia sercowo-naczyniowe lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
 - potencjalne interakcje leków antyretrowirusowych z innymi lekami.
4. Kryteria wykluczenia z leczenia lub niewprowadzenia do terapii ARV:
 - osoby, które nie gwarantują ścisłej współpracy (np. osoby przychodzące nieregularnie na wizyty kontrolne i po odbiór leków, pod wpływem środków psychoaktywnych).

Tabela 6. Liczba pacjentów leczonych ARV wg sprawozdań realizatorów Programu leczenia ARV.

ROK	LICZBA PACJENTÓW LECZONYCH ARV	WZROST LICZBY PACJENTÓW LECZONYCH ARV, W STOSUNKU DO ROKU POPRZEDZAJĄCEGO (W %)
2008	3 822	-
2009	4 434	16,01%
2010	4 897	10,44%
2011	5 606	14,47%
2012	6 297	12,33%
2013	7 110	12,91%
2014	7 881	10,84%
2015	8 606	9,20%
2016	9 537	10,82%
2017	10 496	10,05%
2018	11 063	5,41%
2019	12 471	12,73%
2020	13 475	8,05%
2021	14 489	7,53%
2022	18 199	25,61%
2023	19 647	7,96%
2024	20 643	5,07%

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS, na podstawie sprawozdań nadesłanych przez ośrodki leczące ARV.

Profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych – wypadkowych

Ekspozycja pozazawodowa jest to narażenie na zakażenie wirusem HIV, niezwiązane z wykonywaniem obowiązków służbowych. Zgodnie z obowiązującym RPPZ Krajowe Centrum ds. AIDS przekazywało realizatorom programu leki antyretrowirusowe w celu zabezpieczenia terapii w postępowaniu poekspozycyjnym pozazawodowym wypadkowym, po narażeniu na zakażenie HIV, do którego doszło w konsekwencji zdarzeń wypadkowych związanych m.in. z: przemocą seksualną, po kontakcie z materiałem potencjalnie zakaźnym. W 2024 roku wdrożono leczenie antyretrowirusowe w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych wypadkowych u **367 pacjentów**.

Tabela 7. Liczba postępowań poekspozycyjnych pozazawodowych w ośrodkach referencyjnych.

LP.	OŚRODEK REFERENCYJNY	LICZBA EKSPOZYCJI
1.	Centralny Zarząd Służby Więziennej	0
2.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	22
3.	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy	0
4.	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	24
5.	Szpital Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni	12
6.	Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku	0
7.	Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni	0
8.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	24
9.	Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie	4
10.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie	2
11.	Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o.	0
12.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Wł. Biegańskiego w Łodzi	64
13.	Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o.	3
14.	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie SA Ostróda	6
15.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Poznaniu	11
16.	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego	8
17.	SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	17
18.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie	117
19.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	29
20.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu	3
21.	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ Wrocław	3
22.	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	15
23.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	0
24.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera	3
25.	Instytut Matki i Dziecka w Warszawie	0
	Razem	367

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko)

Według danych z WHO i UNAIDS na koniec 2023 roku, na świecie żyło 40 milionów osób z HIV, w tym 1,4 miliona dzieci poniżej 15 roku życia, a 53% wszystkich osób żyjących z wirusem HIV stanowiły kobiety i dziewczęta. Według danych z NIZP PZH w Polsce największą liczbę zakażeń notuje się w przedziale wiekowym 20-29 lat, a więc w wieku rozrodczym.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w zakresie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, zalecane jest dwukrotne wykonanie testu w kierunku HIV u ciężarnych, w I i III trymestrze. PTN AIDS zaleca również testowanie na HIV partnerów ciężarnej, biorąc pod uwagę, że ryzyko zakażenia HIV kobiet w ciąży jest trzykrotnie wyższe w porównaniu do kobiet nie będących w ciąży.

W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu i karmienia piersią. Objęcie kobiety zakażonej HIV specjalistyczną opieką i właściwym postępowaniem daje 99% szans na urodzenia zdrowego dziecka. Ryzyko zakażenia HIV jest większe w przypadku dzieci urodzonych przez kobiety z zaawansowanym klinicznie i immunologicznie zakażeniem HIV, podczas porodu drogami natury, u dzieci karmionych piersią i przez kobiety, które nie były pod specjalistyczną opieką podczas ciąży i porodu oraz nie otrzymywały profilaktycznie leków antyretrowirusowych. Dotyczy to również kobiet, które uległy zakażeniu bezpośrednio przed ciążą lub w czasie ciąży. Sposób prowadzenia porodu, stosowanie inwazyjnych procedur i inne czynniki mogą również zwiększać ryzyko zakażenia.

Z rekomendacji PTN AIDS wynika, iż w opiece medycznej nad dziećmi najważniejsze jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i wczesne wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, bez względu na poziom CD4 i wirēmii HIV. Kobiety zakażone HIV obejmowane są specjalistyczną opieką, od początku ciąży leczone są antyretrowirusowo, a noworodek od pierwszych godzin życia powinien otrzymać profilaktykę ARV i być objęty wczesną diagnostyką. Rokowania co do dalszego rozwoju dziecka, jego stanu klinicznego i dalszej przyszłości są ściśle związane z kompleksową opieką nad matką w ciąży, odpowiednio przeprowadzonym porodem i dalszą opieką medyczną nad noworodkiem, a później niemowlakiem.

Gorzej rokują dzieci nie objęte profilaktyką wertykalną (matki nie miały wykonanego testu w kierunku HIV i nie brały w ciąży leków ARV), u których zakażenie HIV zostało późno rozpoznane i dopiero wtedy włączono u nich leczenie ARV.

Po czterech tygodniach podawania noworodkowi leków antyretrowirusowych (w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych) istotne jest wczesne wykluczenie lub potwierdzenie zakażenia HIV, a jeśli do niego doszło, pilne rozpoczęcie terapii, najlepiej jeszcze przed upływem 3 miesiąca życia dziecka. Wczesne zastosowanie leczenia daje szansę na szybkie opanowanie replikacji wirusa oraz chroni układ immunologiczny dziecka przed uszkodzeniami.

W roku 2024, w ramach Programu leczenia ARV farmakologiczną profilaktyką zakażeń wertykalnych, zostało objętych **81 kobiet ciężarnych** zakażonych HIV. Odbyło się **85 porodów** kobiet zakażonych HIV. Leki antyretrowirusowe otrzymało **85 noworodków**.

Leczenie antyretrowirusowe dzieci

W ramach Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej, na dzień 31 grudnia 2024 roku, leczeniem ARV objętych było **151 dzieci** (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także leczenie noworodków i niemowląt urodzonych przez matki zakażone HIV (profilaktyka zakażenia wertykalnego u noworodka) jest prowadzone według wskazań klinicznych, bez ograniczeń, które mają zastosowanie u osób dorosłych. Wskazania do leczenia pacjentów pediatrycznych (0 - 18 rok życia) są inne niż u dorosłych.

Poza lekami ARV wszystkie dzieci urodzone przez matki zakażone HIV (w wieku 0 - 18 lat) otrzymują bezpłatnie szczepionki (zakupione przez Krajowe Centrum ds. AIDS), według specjalnego kalendarza szczepień, opracowanego przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV, znajdujący się przy Klinice Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (zalecenia zostały umieszczone w rekomendacjach PTN AIDS: www.ptnaids.pl - rozdział Program szczepień ochronnych u dzieci zakażonych HIV).

Kalendarz szczepień dla dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV oparty jest na obowiązującym w Polsce programie szczepień ochronnych, zgodnym z krajowymi i międzynarodowymi zaleceniami.

Rządowy Program Polityki Zdrowotnej (RPPZ) p.n. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” wraz z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026

Z końcem 2021 roku do pięcioletniego RPPZ został opracowany moduł p.n.: „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” (zwany dalej Programem DAA), którego celem jest eradykacja HCV w populacji osób osadzonych i który uzyskał akceptację Ministra Zdrowia.

Projekt, poza częścią edukacyjną, wychodzącą naprzeciw potrzebom zdrowotnym, zawiera nowy, dotychczas nierealizowany moduł leczenia HCV. Obejmuje on działania mające na celu objęcie więźniów testowaniem w kierunku HCV oraz leczeniem terapią bezinterferonową opartą na lekach DAA w miejscu odbywania kary.

Programem DAA objęte są, zgodnie z zapisem art. 48 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924 z późn. zm.), osoby z przewlekłym WZW typu C przebywające w zakładach penitencjarnych na terytorium RP.

Zakup leków DAA prowadzony jest zgodnie z zapisami ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320z późn. zm.). W ramach Programu DAA realizowane są postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na leki obecnie refundowane, z ustaloną maksymalną ceną obowiązującą w Polsce, zgodnie z zapisami ustawy refundacyjnej.

Stosownie do postanowień ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 686 z późn. zm.) leki DAA składowane i przechowywane są w uprawnionych do tego magazynach, zapewniających odpowiednie warunki przechowywania.

W ramach środków finansowych, zaplanowanych na realizację modułu Programu DAA, możliwe będzie objęcie leczeniem w ciągu pięciu lat co najmniej 1 700 pacjentów, z możliwością zwiększania liczby pacjentów wraz z rozwojem systemu opieki, obniżenia cen leków oraz możliwościami budżetowymi Państwa.

W programie uwzględniono wzrost liczby pacjentów zgodnie z dotychczas obserwowanym trendem w leczeniu więźniów w latach ubiegłych. Opierając się na analizie dynamiki wzrostu zakażeń HCV w latach 2017-2020 oraz sytuacji epidemiologicznej HCV w Polsce, a także dotychczasowej dynamice wzrostu liczby osób chorych włączonych w ramach obecnego systemu, planowane jest leczenie ok. 200 pacjentów w pierwszym roku, z wzrastającą liczbą do 700 pacjentów rocznie leczonych w 2026 roku. Łącznie jest planowane objęcie co najmniej 1 700 osób terapią w okresie pięciu lat. Wzrost liczby diagnozowanych w kierunku HCV jest możliwy (bez wprowadzenia przesiewu) poprzez diagnozowanie za pomocą testów anty-HCV przez służby więzienne i poprawę dostępności terapii antywirusowej dla osób przebywających w zakładach penitencjarnych.

W 2024 roku według danych NIZP PZH odnotowano w Polsce 3676 zachorowań na WZW C, co stanowi 9,79 osób na 100 tys. mieszkańców. Na tle Europy Polska zaliczana jest do krajów o średnim współczynniku rozpowszechnienia HCV.

Koszty Programu DAA

Poniższa tabela przedstawia środki finansowe wydatkowane w ramach budżetu państwa na realizację Programu w roku 2024.

Tabela 8. Wydatkowanie przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków finansowych na Program leczenia DAA (wartość w zł).

WYDATKOWANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	PLAN	WYDATKI
Program leczenia DAA	10 744 100,00	4 375 736,34
RAZEM:	10 744 100,00	4 375 736,34

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Korzyści płynące z zapewnienia dostępu do leczenia DAA to wydłużenie okresu przeżycia pacjentów z przewlekłym HCV, zmniejszenie zakaźności tych osób dla populacji zdrowych więźniów i ich bliskich poza zakładem karnym. Dzięki prowadzonej systemowo terapii przeciwwirusowej wśród osadzonych z HCV, możliwe jest zmniejszenie liczby zakażeń w populacji więźniów, a w perspektywie długofalowej, zmniejszenie liczby osób wymagających leczenia. Pacjenci, którzy zostaną wyleczeni nie będą zakażać innych. Ponadto leczenie DAA wpływa korzystnie na spadek śmiertelności i zapadalności na choroby oportunistyczne, w tym także na choroby nowotworowe. Pacjenci skutecznie leczeni metodą bezinterferonową nie generują dodatkowych kosztów związanych z przebiegiem przewlekłego WZW typu C oraz późniejszych powikłań. Ma to bezpośrednie odzwierciedlenie w spadku liczby zachorowań na HCV w populacji osób żyjących w Polsce oraz ograniczenie rozwoju powikłań związanych z HCV.

Leczenie ARV uchodźców z Ukrainy

W 2024 roku cały czas obserwowaliśmy napływ do Polski uchodźców wojennych z Ukrainy, ale w porównaniu z rokiem poprzednim tj. 2023 liczba ta miała tendencję spadkową. W tej grupie pacjentów wiele osób rezygnuje z leczenia w Polsce i wraca na Ukrainę lub wyjeżdża do innych krajów, co jest powodem zaobserwowanej wysokiej rotacji wśród uchodźców wojennych leczonych antyretrowirusowo w naszym kraju. Około 26% pacjentów z Ukrainy wprowadzonych do leczenia w latach 2022-2024 zrezygnowało z leczenia antyretrowirusowego w Polsce.

Proces zakupu produktów leczniczych do terapii ARV odbywał się w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego. Dokonano również przeglądu zaopatrzenia wyznaczonych placówek medycznych w specjalne zestawy do porodów dla kobiet zakażonych HIV.

W 2024 roku realizatorzy Programu włączyli do terapii antyretrowirusowej kolejnych 836 uchodźców z Ukrainy. Łącznie od początku marca 2022 roku do 31 grudnia 2024 roku wprowadzono do leczenia ARV 4 388 uchodźców wojennych z Ukrainy. Dzięki finansowemu wsparciu z Funduszu Pomocy Ukrainie nie przewiduje się zagrożenia ciągłości terapii ARV dla tej grupy pacjentów.

Tabela 9. Liczba pacjentów z Ukrainy wprowadzonych do terapii ARV w okresie od stycznia do 31 grudnia 2024 roku.

OŚRODEK	LICZBA PACJENTÓW Z UKRAINY WPROWADZONYCH DO TERAPII ARV
Białystok	61
Bydgoszcz	181
Chorzów	404
CZSW	21
Gdańsk	385
Gdynia	25
Kraków	333
Lublin	62
Łańcut	39
Łódź	332
Opole	97
Ostróda	37
Poznań	365
Poznań dzieci	11
Szczecin	270
Warszawa	994
Wrocławskie Centrum Zdrowia	370
Wrocław	219
Wrocław dzieci	43
Zielona Góra	139
Razem	4 388

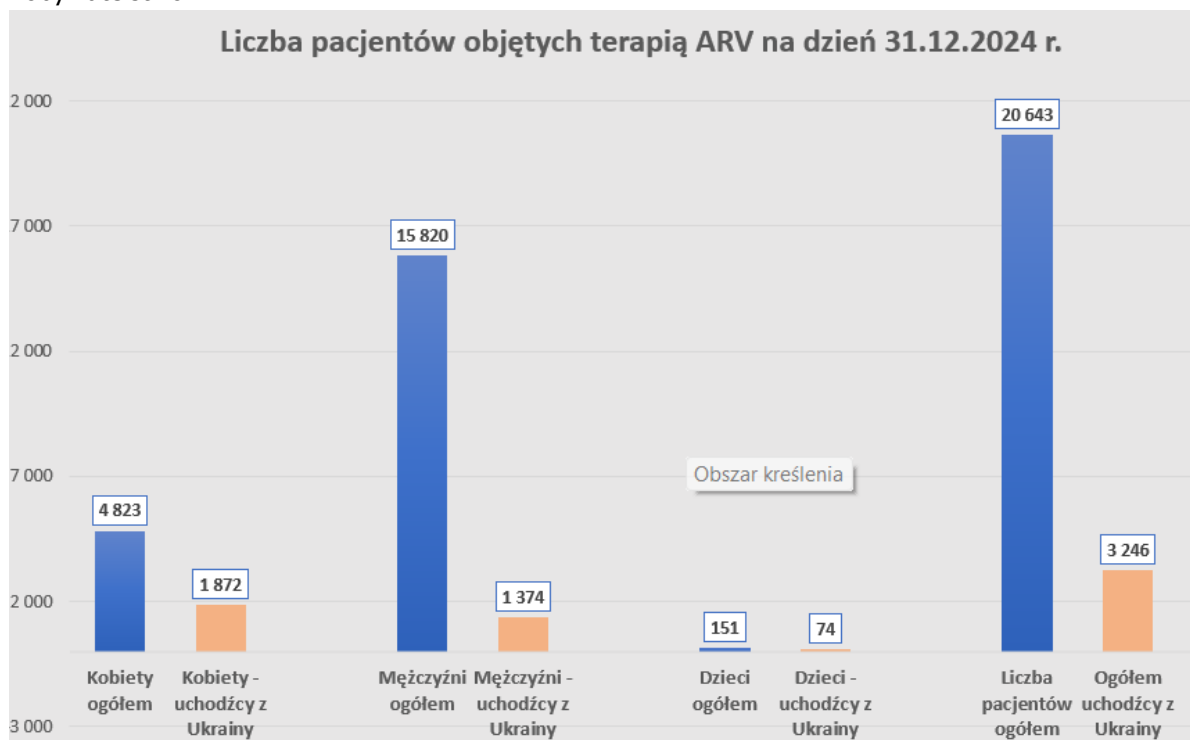
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 28. Liczba pacjentów - uchodźców z Ukrainy, wprowadzonych do terapii ARV w okresie od stycznia do grudnia 2024 r.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 29. Liczba pacjentów objętych terapią ARV na dzień 31 grudnia 2024 roku w podziale na płeć i obywatelstwo.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Z przedstawionych powyżej danych wynika, iż kobiety - uchodźcy z Ukrainy stanowią prawie 40% ogółu kobiet objętych terapią ARV. Natomiast mężczyźni – uchodźcy z Ukrainy to odsetek około 9% ogółu mężczyzn. Wśród wszystkich zakażonych dzieci objętych terapią ARV (do 18 r. ż.), dzieci z Ukrainy stanowią około 49%. Ogółem pacjenci – uchodźcy z Ukrainy stanowią około 15,7% z 20 643 pacjentów objętych terapią ARV.

Finansowanie Programu

Zgodnie z dyspozycją Ministerstwa Zdrowia od 2017 r. postępowania przetargowe prowadzi Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia. W okresie 1.01–31.12.2024 r. przeprowadzono dwadzieścia pięć postępowań na zakup leków antyretrowirusowych ze środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, dwa postępowania na zakup leków ARV finansowanych z Funduszu Pomocy Ukrainie oraz dwa postępowania na zakup leków DAA. Przeprowadzono sześć postępowań na dostawę wyrobów medycznych (zestawów odczynników) do diagnostyki molekularnej oraz dwa postępowania na zakup szczepionek dla dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV.

Zakupione produkty lecznicze i wyroby medyczne zabezpieczyły w 2024 r. ciągłość leczenia oraz diagnostykę specjalistyczną pacjentów objętych programem w latach poprzednich oraz nowo zdiagnozowanych wprowadzanych do terapii ARV.

Dzięki planowaniu kolejnych procedur przetargowych oraz odpowiedniemu zapasowi leków kupionych w 2023 roku Krajowemu Centrum ds. AIDS udało się w ramach budżetu na rok 2024 dokonać zakupów niezbędnych dla realizacji Programu produktów leczniczych i dzięki temu zapewnić ciągłość terapii ARV.

Poniższa tabela przedstawia wydatkowanie przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2024 roku środków finansowych w dziale 851 – Ochrona Zdrowia, w rozdziale 85149 – Programy polityki zdrowotnej na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” z podziałem na paragrafy.

Tabela 10. Wydatkowanie przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2024 roku środków finansowych z podziałem na paragrafy (w zł).

PARAGRAF	PLAN	WYDATKI
4300	27 346,20	25 779,07
4170	67 000,00	67 000,00
4280	166 653,80	136 306,40
RAZEM:	261 000,00	229 085,47

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Na podstawie ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw, w tym ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry zabezpieczenie środków finansowych na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej w 2023 roku zostało przeniesione do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” wydatkowano 374 267 295,12 zł; na moduł „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” wydatkowano 4 375 736,34 zł (stan na dzień 31.12.2024 r.).

Tabela nr 11. Wydatkowanie środków finansowych na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (w zł).

WYDATKOWANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	PLAN	WYDATKI
Program leczenia ARV	518 262 000,00	374 267 295,12
Program leczenia DAA	10 744 100,00	4 375 736,34
RAZEM:	529 006 100,00	378 643 031,46

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W związku z działaniami wojennymi na Ukrainie, a co za tym idzie systematycznie zwiększającą się liczbą uchodźców wojennych, w 2024 roku zostały przekazane Krajowemu Centrum ds. AIDS środki finansowe w wysokości 90 000 000,00 zł z Funduszu Pomocy Ukrainie (FPU) na zakup leków antyretrowirusowych dla uchodźców. W 2024 r. w ramach przyznanych środków finansowych z FPU wydatkowano kwotę 89 998 537,60 zł.

W 2024 r. średni miesięczny koszt leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na jednego dorosłego pacjenta według aktualnych cen wyniósł 2 065,94 zł.

W ramach powyższych środków przekazanych do realizatorów i Programu uwzględniono również:

a) Wartość leków antyretrowirusowych wykorzystanych do przeprowadzenia profilaktyki poekspozycyjnej pozazawodowej – wypadkowej PEP:

- 367 pacjentów x 2 150,00 zł (uśredniony koszt leków ARV dla jednego pacjenta obowiązujący w 2024 r.) = 789 050,00 zł.

b) Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych:

W 2024 roku koszt leków ARV w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych (porody) obejmował:

1. koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży:

- Cięższe zakończone porodem w 2024 roku, tj. leczenie ARV w ciągu 9 miesięcy:
 $9 \times 2\,150,00 \text{ zł} \times 81 \text{ kobiet} = 1\,567\,350,00 \text{ zł}.$

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: $235,00 \text{ zł} \times 85 \text{ porodów} = 19\,975,00 \text{ zł}.$

3. Wartość terapii dla noworodków urodzonych przez kobiety zakażone HIV (Retrovir syrop, Epivir syrop, Viramune zawiesina – uwzględniająca zmianę ceny leku Viramune zawiesina)

- $516,12 \text{ zł} \times 49 \text{ dzieci urodzonych w okresie } 01/01/2024 - 30/09/2024 = 25\,289,88 \text{ zł}.$
- $889,05 \text{ zł} \times 36 \text{ dzieci urodzonych w okresie } 01/10/2024 - 31/12/2024 = 32\,005,80 \text{ zł}.$
- Razem: 57 295,68 zł.

Łącznie na profilaktykę wydatkowano: **1 644 620,68 zł.**

c) Nakłady finansowe poniesione na leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV.

Uśredniony koszt rocznej terapii antyretrowirusowej, w przeliczeniu na jedno dziecko wyniósł 26 140,00 zł. Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez kobiety zakażone HIV. W roku 2024 koszt leczenia antyretrowirusowego 151 dzieci żyjących z HIV wyniósł **3 990 630,00 zł.**

Monitorowanie realizacji Programu

Realizacja Programu jest na bieżąco kontrolowana przez pracowników Krajowego Centrum ds. AIDS przy wykorzystaniu elektronicznej bazy monitorującej gospodarkę lekową oraz bieżącej korespondencji. Ośrodki prowadzące leczenie ARV przekazują informacje i sprawozdania z realizacji Programu w wyznaczonych terminach. Oprócz tego sukcesywnie przeprowadzane są wizytacje u realizatorów Programu. W 2024 roku przeprowadzono wizytacje ośrodków w Poznaniu, Lublinie, Chorzowie i Opolu.

W związku z wojną w Ukrainie w roku 2024 nadal obowiązywał rozszerzony zakres sprawozdawczości o informacje dotyczące liczby uchodźców wojennych z Ukrainy, objętych leczeniem ARV.

Podsumowanie

Nadrzędnym celem Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022 - 2026” jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, poprzez wyznaczenie kierunków działań, ich koordynację, gwarancję jego spójności i efektywności, a w szczególności zapewnienie skutecznego leczenia antyretrowirusowego wraz z monitorowaniem jego skuteczności u pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS. Leczenie antyretrowirusowe powoduje zmniejszenie zapadalności i śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV oraz zmniejszenie

ich zakaźności dla populacji osób zdrowych w Polsce i tym samym ograniczenie transmisji wirusa (w tym szczepów lekoopornych).

Leczenie antyretrowirusowe obecnie traktowane jest również jako forma profilaktyki farmakologicznej nowych zakażeń HIV. Jedną z kluczowych korzyści skutecznego leczenia jest redukcja ryzyka transmisji zakażenia, ponieważ leczenie pozwala na przerwanie łańcucha epidemiologicznego. Właściwie prowadzona terapia ARV powoduje zmniejszenie zapadalności na zakażenie HIV i śmiertelności z powodu AIDS oraz zmniejszenie zakaźności osób zakażonych HIV dla populacji osób zdrowych, a tym samym ograniczenie transmisji wirusa (w tym szczepów lekoopornych). Celem terapii antyretrowirusowej jest zahamowanie namnażania się HIV w organizmie pacjenta, spowolnienie postępu choroby, zapobieganie rozwojowi chorób oportunistycznych, poprawa jakości życia i jego wydłużenie oraz zwiększenie perspektywy długoterminowego utrzymania dobrego stanu zdrowia.

Pacjenci, którzy przyjmują regularnie leczenie antyretrowirusowe i mają udokumentowaną niewykrywalną wiremę przez okres dłuższy niż 6 miesięcy, nie mogą zakażić innych osób drogą kontaktów seksualnych, zgodnie z zasadą N=N - Niewykrywalny = Niezakażający (ang. U=U – Undetectable = Untransmittable).

Terapia antyretrowirusowa w przypadku niektórych chorób definiujących AIDS jest jedyną metodą leczenia, a odpowiednio wcześniej zastosowana staje się profilaktyką tych schorzeń. Leczenie antyretrowirusowe posiada również istotny wpływ na zmniejszenie ryzyka przeniesienia zakażenia HIV na partnera seksualnego. Zapobieganie, leczenie, opieka i wsparcie są elementami wzajemnie się uzupełniającymi i wzmacniającymi oraz stanowią kontynuację efektywnej reakcji na epidemię HIV/AIDS.

Zapewnienie kontynuacji leczenia ARV w sytuacji pandemii potwierdziło skuteczność funkcjonującego od lat systemu opieki leczenia osób zakażonych HIV. Wypracowana przez lata formuła współpracy i sieci kontaktów pozwoliły utrzymać wysoki poziom systemu opieki i wsparcia dla osób z HIV/AIDS, mimo utrudnionego dostępu do podmiotów leczniczych czy PKD.

Program Leczenia ARV stanowi jeden z głównych elementów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Najważniejsze korzyści płynące z zapewnienia dostępności leczenia ARV:

- wydłużenie okresu przeżycia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS, pozwalające na powrót do funkcji społecznych i rodzinnych,
- zmniejszenie zakaźności pacjentów dla populacji osób zdrowych (co stanowi ważny aspekt epidemiologiczny pozwalający na ograniczenie liczby nowych zakażeń),
- spadek liczby zachorowań na AIDS oraz śmiertelności z powodu AIDS, a także zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, która u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS występuje jako zakażenie oportunistyczne oraz na inne choroby wskaźnikowe AIDS. Skutecznie leczony pacjent nie generuje dodatkowych kosztów medycznych czy też obciążeń wynikających z absencji chorobowej.

IV OBSZAR TEMATYCZNY: WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Cel ogólny

Rozwój współpracy międzynarodowej

Cel szczegółowy

- a) poszerzenie współpracy międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS
- b) aktywizacja udziału Polski w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS
- c) aktywizacja udziału Polski w pracach instytucji i organizacji międzynarodowych
- d) poszerzenie współpracy międzynarodowej na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich

Polska w UNAIDS

Wspólny Program Narodów Zjednoczonych został ustanowiony przez Radę Społeczno-Gospodarczą (ECOSOC). W ramach Programu realizowane są zadania z zakresu profilaktyki, leczenia i wsparcia osób zakażonych HIV. Program tworzą (i współfinansują) podmioty wyspecjalizowane Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), a pracę wszystkich partnerów koordynuje Sekretariat UNAIDS z siedzibą w Genewie. Organem zarządzającym Programu UNAIDS jest Rada Koordynacyjna (Programme Coordinating Board – PCB UNAIDS), do której zadań należy m.in.:

- koordynowanie procesu tworzenia globalnej strategii walki z epidemią HIV/AIDS oraz wydawanie stosownych rekomendacji pomocnych w tworzeniu programów na poziomie poszczególnych regionów i państw,
- koordynacja realizacji strategii UNAIDS przez 11 podmiotów wyspecjalizowanych ONZ współtworzących Program,
- rzecznictwo w zakresie realizacji zobowiązań przyjętych na forum międzynarodowym przez poszczególne kraje,
- ekspertyzy epidemiologiczne i problemowe w szeroko pojętym kontekście przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS na świecie.

Polska była jednym ze współzałożycieli Rady Koordynacyjnej. Odgrywała aktywną rolę w procesie rozwoju i adaptacji strategii UNAIDS na lata 2016–2021 m.in. jako przewodniczący Rady Koordynacyjnej Programu UNAIDS (2012), a później jako jej członek.

W 2021 roku na posiedzeniu Rady Koordynacyjnej Programu UNAIDS, zaaprobowano nową strategię globalnej walki z HIV/AIDS na lata 2021–2026: *End Inequalities, End AIDS*, opublikowano raport Sekretarza Generalnego ONZ dotyczący likwidowania nierówności i powrotu do ścieżki eliminacji AIDS na świecie do 2030 roku. W czerwcu 2021 roku podczas spotkania wysokiego szczebla Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie AIDS dokonano przeglądu globalnych działań na rzecz przeciwdziałania HIV i postępów w tym zakresie oraz zaaprobowano nową Deklarację ONZ w sprawie zakończenia AIDS do 2030 r. Deklaracja polityczna wzywa państwa do zapewnienia do 2025 roku dostępu do profilaktyki skojarzonej HIV dla 95% wszystkich osób narażonych na ryzyko zakażenia. Wzywa także do osiągnięcia stanu, w którym 95% osób żyjących z HIV będzie znało swój status serologiczny, 95% z nich będzie leczonych ARV, a u 95% leczonych nastąpi zahamowanie namnażania się HIV w organizmie. W treści Deklaracji ONZ mowa jest także o znaczącym ograniczeniu do 2025 roku, zjawiska stygmatyzacji osób żyjących z HIV oraz osób z populacji największego ryzyka zakażeń HIV. Redukcji ma także ulec zjawisko nierówności płci

w obszarze dostępu do profilaktyki HIV i leczenia antyretrowirusowego (ARV) oraz penalizacji związanej z HIV/AIDS.

Zgodnie z decyzją 6.7 podjętą podczas 50. sesji Rady Koordynacyjnej Programu UNAIDS, zobowiązano Biuro UNAIDS PCB do powołania nieformalnej grupy eksperckiej Informal Multistakeholder Task Team to provide recommendations to the Bureau on UNAIDS funding situation, której zadaniem było opracowanie i przekazanie Biuru UNAIDS PCB zaleceń w zakresie rozwiązań i możliwości finansowania działań Wspólnego Programu (w ramach Wspólnych Ram Budżetowych UBRAF) w latach 2022–2023 oraz w latach następnych, w sytuacji kryzysu i niedoboru środków finansowych. W pracach grupy eksperckiej wziął udział przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS.

W 2024 roku przedstawiciele Polski wzięli udział w 54 i 55 sesji Rady Koordynacyjnej PCB, podczas których prezentowali zagadnienia związane z kontynuacją pomocy Polski w zakresie profilaktyki i leczenia HIV/AIDS/STI dla uchodźców wojennych z Ukrainy oraz programy realizowane na poziomie krajowym, w tym testowanie w kierunku HIV i leczenie ARV w jednostkach penitencjarnych. Ponadto poruszali tematy związane z realizacją wieloletniej strategii UNAIDS na lata 2021-2026, realizacją na terenie państw Europy Wschodniej i Centralnej, celów średniookresowych do roku 2025 oraz do roku 2030. Przedstawiciele Polski zwracali uwagę na zagadnienia i obszary tematyczne, które powinny znaleźć się w wieloletniej strategii UNAIDS na lata 2026-2031 oraz na konieczność zapewnienia UNAIDS pełnego finansowania programów związanych z globalnym przeciwdziałaniem HIV/AIDS.

W kwietniu 2024 roku decyzją ECOSOC Polska została ponownie wybrana do Rady Koordynacyjnej UNAIDS na lata 2025-2027. W swoich działaniach podczas członkostwa w Radzie nasz kraj pragnie zwrócić uwagę na sytuację HIV/AIDS w Regionie Europy Środkowo-Wschodniej, gdzie odnotowuje się wzrost liczby nowych zakażeń HIV oraz wysoki odsetek koinfekcji HIV – STIs, WZW, TB. Strategicznie istotna jest również współpraca Polski z kluczowymi organizacjami międzynarodowymi, takimi jak WHO i UNAIDS w zakresie profilaktyki, testowania i leczenia głównie ukraińskich pacjentów wchodzących do krajowych systemów opieki zdrowotnej.

Priorytety obecności Polski w Radzie Koordynacyjnej UNAIDS:

- Wzmocnienie działań na rzecz walki z HIV i koinfekcjami HIV w regionie Europy Wschodniej i Azji Centralnej.
- Podkreślenie roli Polski - państwa, które odgrywa jedną z kluczowych ról w łagodzeniu negatywnych skutków zdrowotnych migracji związanych z wojną na Ukrainie.
- Współpraca z innymi członkami Rady w zakresie działań merytorycznych, w szczególności: integracji świadczeń w zakresie przeciwdziałania HIV/AIDS i koinfekcjom, podnoszenia poziomu wiedzy kadr medycznych, przeciwdziałania zakażeniom wertykalnym, promowania profilaktyki skojarzonej, poszanowania praw człowieka i godności ludzkiej w kontekście HIV/AIDS, w tym przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji, podnoszenia efektywności wykorzystania środków finansowych, rzecznictwa.
- Otwarcie nowych/dodatkowych możliwości współpracy z głównymi decydentami i instytucjami kontrolującymi globalną epidemię HIV/AIDS.

Za koordynację prac związanych z członkostwem Polski w UNAIDS PCB w latach 2025-2027 jest odpowiedzialne Krajowe Centrum ds. AIDS.

Przewodnictwo Polski w Radzie Unii Europejskiej

W dniu 1 stycznia 2025 roku Polska obejmie prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. W ramach 18-miesięcznej rotacji grupy trzech państw (Polska-Dania-Cypr) nasz kraj będzie uczestniczyć

w ustalaniu długofalowych celów UE i przygotowaniu wspólnego harmonogramu działań Rady. W ramach jednego z priorytetów resortowych MZ pt. Promowanie Profilaktyki Zdrowotnej, Krajowe Centrum ds. AIDS zgłosiło dwa obszary tematyczne:

- Integracja działań na rzecz zapobiegania (testowanie i leczenie) zakażeniom przenoszonym drogą płciową w tym HIV, kile i wzw C.
- Działania na rzecz zdrowia publicznego, w tym zdrowia uchodźców wojennych z Ukrainy, poprzez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego dla osób zakażonych HIV, zapobieganie zakażeniom wertykalnym HIV (matka-dziecko), edukacja i informacja na temat skutecznych metod zapobiegania HIV i innym STI.

W 2024 r. przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS wzięli udział w spotkaniu zorganizowanym przez Ministerstwo Zdrowia, poświęconym polskiej prezydencji w Radzie UE. Centrum przekazało także informację na temat zakresu zaangażowania instytucji w działania związane z prezydencją oraz zgłosiło swojego przedstawiciela do prac w zespole roboczym ministerstwa ds. prezydencji. Krajowe Centrum ds. AIDS, wspólnie z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc oraz NIZP PZH wzięło udział w spotkaniu roboczym zorganizowanym przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Ministerstwo Zdrowia RP, poświęconym organizacji w Polsce, europejskiej konferencji na temat realizacji w państwach UE/EOG, Celów Zrównoważonego Rozwoju w kontekście zdrowia, w tym przeciwdziałania HIV/AIDS/STI, gruźlicy i wzw. Konferencja została zaplanowana w Warszawie na 23-24 kwietnia 2025 roku.

Nowa strategia zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową (STI) dla Polski

W kwietniu 2024 roku, Krajowe Centrum ds. AIDS, wspólnie z ECDC, the European AIDS Clinical Society (EACS) i Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections (CHIP) zainicjowało proces opracowania nowej strategii przeciwdziałania STI w Polsce. Koncepcja przeciwdziałania STI, będzie uzupełnieniem strategii zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS w Polsce. Przygotowywana strategia jest na bieżąco konsultowana z polskimi ekspertami zdrowia publicznego, klinicystami, przedstawicielami instytucji rządowych i organizacji pozarządowych.

Sprawozdawczość międzynarodowa oraz współpraca z UNAIDS, ECDC, WHO

Eksperci Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczą w pracach łączonych grup eksperckich zajmujących się HIV oraz infekcjami powiązanych z HIV, w tym gruźlicą, działających przy Biurze Regionalnym WHO na Europę oraz przy ECDC. Krajowe Centrum ds. AIDS, za pośrednictwem NIZP PZH, przekazuje do ECDC dane dotyczące sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce w ramach monitoringu wdrażania postanowień Deklaracji Dublińskiej (*Dublin Declaration on HIV/AIDS*). Obecnie Polska jest obserwatorem przy Radzie Koordynacyjnej Programu UNAIDS. Eksperci Centrum dwa razy w roku (czerwiec, grudzień) uczestniczą w posiedzeniach Rady w Genewie. Ponadto, w 2022 roku przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczył w pracach nieformalnej grupy eksperckiej *Informal Multistakeholder Task Team to provide recommendations to the Bureau on UNAIDS funding situation*, której zadaniem było opracowanie i przekazanie Biuru PCB UNAIDS zaleceń w zakresie rozwiązań i możliwości finansowania działań Wspólnego Programu (w ramach Wspólnych Ram Budżetowych UBRAF) w latach 2022–2023 oraz w latach następnych w sytuacji kryzysu i niedoboru środków finansowych.

Inicjatywa Fast-Track Cities

Na podstawie uchwały Rady Miasta Stołecznego Warszawy w sprawie przystąpienia Warszawy do inicjatywy *Fast Track Cities*, powołano Zespół roboczy ds. wdrażania ww. inicjatywy na terenie

miasta. 2 grudnia 2022 r. ekspert Krajowego Centrum ds. AIDS wziął udział w pierwszym posiedzeniu Zespołu roboczego.

Fast Track Cities to międzynarodowa inicjatywa, oparta na partnerstwie między miastami, gminami oraz organizacjami na całym świecie, zajmującymi się przeciwdziałaniem HIV/AIDS. Celem inicjatywy jest zwiększenie skuteczności działań programów prewencji HIV, zmniejszenie negatywnego wpływu stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV oraz utworzenie wspólnej platformy internetowej do współpracy międzynarodowej i prezentacji lokalnych działań.

W ramach inicjatywy FTC w dniach 5-9 listopada 2024 roku przedstawiciele Krajowego Centrum oraz Ministerstwa Zdrowia, a także przedstawiciele urzędów miast wojewódzkich: Warszawy, Poznania, Wrocławia i Krakowa, wzięli udział w wizycie studyjnej w Londynie w celu zapoznania się z innowacyjnymi rozwiązaniami z obszaru profilaktyki i leczenia HIV/AIDS stosowanymi w Londynie, będącym jednym z miast należących do sieci Fast-Track.

V OBSZAR TEMATYCZNY: MONITORING

Cel ogólny

Usprawnienie monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz działań i zadań w zakresie HIV/AIDS

Cel szczegółowy

- a) usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym ujednolicenie systemu zgłoszeń
- b) usprawnienie nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS
- c) wsparcie informacyjne realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS
- d) wsparcie informacyjne realizacji leczenia antyretrowirusowego

Elektroniczna Baza Monitoringowa (EBM)

Elektroniczna Baza Monitoringowa służy do katalogowania i przeglądania zadań, planowanych i realizowanych w ramach „Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS”.

W systemie są gromadzone dane dotyczące m.in. podmiotów sprawozdających, podmiotów realizujących zadania, podejmowanych działań, grup, do których te działania są skierowane, liczby odbiorców, zakresu finansowania, zasięgu terytorialnego, spójności tematycznej z innymi krajowymi programami i strategiami.

Za pośrednictwem EBM podmioty zobowiązane do realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS przekazują Sprawozdania z realizacji Programu za poprzedni rok, jak również Harmonogramy na kolejny rok. Wejście do systemu jest możliwe bezpośrednio ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS: aids.gov.pl. Dostęp do danego konta ma jeden użytkownik reprezentujący dany podmiot sprawozdający (po uzyskaniu od administratora loginu i hasła) oraz administrator systemu. Sprawozdanie (wydruk z EBM z działalności wszystkich podmiotów) jest udostępniane na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS.

Monitorowanie gospodarki lekowej

W ramach Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” wraz z modułem p.n. „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022-2026 narzędziem służącym do monitorowania gospodarki lekowej zarówno leków antyretrowirusowych (ARV) jak i leków DAA (direct-acting antivirals) są elektroniczne bazy monitorujące.

Głównym celem baz jest bieżące monitorowanie gospodarki lekami DAA, lekami ARV, testami i szczepionkami poprzez analizę, bieżącą kontrolę, nadzór nad ich rozliczaniem pod względem ilościowym i wartościowym przez ośrodki prowadzące terapię ARV i DAA w ramach realizacji ww. Programu oraz zbieranie podstawowych danych statystycznych.

Każda baza składa się z trzech podstawowych paneli przeznaczonych dla różnych grup użytkowników: administratora, lekarza/pracownika medycznego (przedstawiciela ośrodka/realizatora Programu leczenia ARV) oraz pracowników działu medycznego Krajowego Centrum ds. AIDS. W założeniach umożliwione jest nadzorowanie każdego etapu procesu,

od zawarcia umowy przez Centrum z dystrybutorem leków lub testów, poprzez magazynowanie i dystrybucję do poszczególnych ośrodków leczących, aż do przepisania ich pacjentowi.

Baza PKD

W punktach konsultacyjno-diagnostycznych obowiązuje elektroniczna anonimowa ankieta, wypełniana on-line przez certyfikowanego doradcę podczas rozmowy z klientem. Jej przeprowadzenie poprzedza dobrowolne wykonanie testu w kierunku HIV, kiły i/lub HCV. Ankieta zawiera szereg pytań opracowanych przez specjalistów – od danych metryczkowych, przez pytania ogólne dotyczące powodów wykonania testu, liczby partnerów seksualnych czy zażywania środków psychoaktywnych, aż po te bardziej szczegółowe dotyczące rodzajów kontaktów seksualnych, sposobów zabezpieczania się, przebyte choroby itp.

Odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie tworzą bazę, która jest unikalnym źródłem rzetelnej wiedzy z zakresu epidemiologii HIV/HCV/kiły w Polsce, przede wszystkim w odniesieniu do populacji kluczowych. Dzięki niej Centrum może monitorować sytuację związaną z testowaniem i trendami epidemiologicznymi, co z kolei pozwala m.in. nakreślać plan działań profilaktycznych.

Monitoring prasy

Krajowe Centrum ds. AIDS, we współpracy z podmiotem zewnętrznym, prowadzi codzienny monitoring prasy drukowanej i internetowej (strony informacyjne) w zakresie tematyki HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Na łamach prasy i w internecie 50 439 razy poruszano tematykę HIV/AIDS, innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz zakażeń związanych z wirusowym zapaleniem wątroby. Monitoringiem objęto 803 tytuły prasowe, 92 artykuły dotyczyły HIV/AIDS.

4. INFORMACJE O ŚRODKACH FINANSOWYCH BĘDĄCYCH W DYSPOZYCJI KRAJOWEGO CENTRUM DS. AIDS, PRZEZNACZANYCH NA ZAPOBIEGANIE I ZWALCZANIE AIDS

Krajowe Centrum ds. AIDS prowadziło działania zgodnie z „Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanym na lata 2022–2026”.

Tabela 12. Środki finansowe (w zł) w budżecie Krajowego Centrum ds. AIDS wydatkowane w 2024 r.

85152 – zadania bieżące (utrzymanie i funkcjonowanie biura)	4 505 717,82
85152 – zadania merytoryczne	4 840 045,17
Razem	9 345 762,99
85149 – Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce	229 085,47
RAZEM	9 574 848,46

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykonanie na dzień 31.12.2024 r. z tytułu zadań bieżących wyniosło **9 345 762,99** zł, w tym:

- funkcjonowanie i utrzymanie biura 4 505 717,82 zł,
- merytoryczna/statutowa działalność biura 4 840 045,17 zł.

Na dzień 31.12.2024 r. wydatkowano **4 840 045,17** zł, w tym:

- dotacje przekazane dla fundacji 976 769,64 zł,
- dotacje przekazane dla stowarzyszeń 2 042 547,04 zł,
- dotacje przekazane jednostkom niezaliczonym do sektora finansów publicznych 42 000,00 zł,
- wynagrodzenia bezosobowe 170 000,00 zł,
- zakup testów diagnostycznych 566 918,47 zł,
- zakup usług pozostałych 1 041 810,02 zł.

Na dzień 31.12.2024 r. z tytułu realizacji Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej wydatki Krajowego Centrum ds. AIDS wyniosły **229 085,47** zł, w tym:

- umowy cywilnoprawne (biegli/eksperti) 67 000,00 zł,
- zakup usług - koszty redystrybucji leków ARV i testów, funkcjonowanie elektronicznej bazy monitorującej gospodarkę leków 25 779,07 zł,
- badania diagnostyczne w ramach realizacji modułu leczenia DAA 136 306,40 zł.

Na dzień 31.12.2024 r., w ramach Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej, wydatkowano z Narodowego Funduszu Zdrowia środki finansowe w wysokości **378 643 031,46** zł, w tym:

- zakup leków ARV, testów diagnostycznych oraz szczepionek 374 267 295,12 zł,
- zakup leków na potrzeby terapii DAA 4 375 736,34 zł.

Dokumenty dotyczące zakupu poszczególnych produktów leczniczych i wyrobów medycznych przesyłane są sukcesywnie do NFZ.

Działalność Krajowego Centrum ds. AIDS w 2024 r. była finansowana z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS

(finansowanie dotyczy utrzymania biura oraz realizację zadań zleczanych z zakresu zapobiegania oraz zwalczania AIDS) oraz z części 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85149 – Programy polityki zdrowotnej (finansowanie dotyczy zakupu leków antyretrowirusowych, monitorowania i koordynacji ich wykorzystania w ośrodkach leczniczych na terenie kraju oraz prowadzenia informatycznej bazy danych).

Wydatkowanie środków następowało zgodnie z zasadami wykonywania budżetu: przepisy *ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity, Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, 1273, 1407, 1429, 1641, 1693, 1872.)* oraz w zakresie i na zasadach określonych w *rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 7 grudnia 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia gospodarki finansowej jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych (tekst jednolity, Dz. U. z 2019 r. poz. 1718)*. Zadania zleczane realizowane były zgodnie z *ustawą z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2023 r., poz. 1605)*, a w przypadku przekazywania środków w formie dotacji – zgodnie z *ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 2365)*.

5. PODMIOTY REALIZUJĄCE KRAJOWY PROGRAM ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV I ZWALCZANIA AIDS W 2024 ROKU

Podmiotami realizującymi Program Zapobiegania HIV/AIDS są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu Zapobiegania HIV/AIDS, jednostki samorządu terytorialnego, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki, a także uczestniczą wszystkie podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii, edukacji publicznej.

W celu ujednolicenia formy Sprawozdania zostało ono przedstawione za pomocą Elektronicznej Bazy Monitoringowej. Wydruk z EBM stanowi załącznik do Sprawozdania.

Ministerstwo Sportu i Turystyki oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nie zaplanowało działań i nie zabezpieczyło środków finansowych na realizację przedmiotowego Programu.

Poniższa tabela przedstawia podmioty biorące udział w realizacji Programu oraz środki finansowe wydatkowane w 2024 roku przez poszczególne instytucje. Niektóre z instytucji realizowały zadania bezkosztowo (tzn. przez pracownika w ramach etatu), jak również z uwagi na specyfikę tematu realizacja zadań była łączona z problematyką innych programów zdrowotnych/profilaktycznych.

Tabela 13. Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu w 2024 r., na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej

L.p.	Podmiot sprawozdający	Środki finansowe (w zł)
1.	Ministerstwo Zdrowia – Krajowe Centrum ds. AIDS	9 574 848,46
2.	Ministerstwo Zdrowia – Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom	1 405 000,00
3.	Ministerstwo Zdrowia – Główny Inspektorat Sanitarny	0,00
4.	WSSE Białystok	14 608,86
5.	WSSE Bydgoszcz	1 350,00
6.	WSSE Gdańsk	0,00
7.	WSSE Gorzów Wlkp.	0,00
8.	WSSE Katowice	0,00
9.	WSSE Kielce	0,00
10.	WSSE Kraków	1 466,99
11.	WSSE Lublin	0,00
12.	WSSE Łódź	400,00
13.	WSSE Olsztyn	7 200,00
14.	WSSE Opole	0,00
15.	WSSE Poznań	6 750,79
16.	WSSE Rzeszów	6 362,96
17.	WSSE Szczecin	0,00
18.	WSSE Warszawa	2 100,00
19.	WSSE Wrocław	450,00
20.	Ministerstwo Edukacji Narodowej	1 906 000,00
21.	Ministerstwo Infrastruktury	0,00
22.	Ministerstwo Turystyki i Sportu	-
23.	Ministerstwo Obrony Narodowej	0,00
24.	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	-

25.	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji	70 164,89
26.	Ministerstwo Sprawiedliwości	1 170 683,41
27.	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny	0,00
28.	Urząd Miasta St. Warszawy	8 600,00
29.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego	82 304,40
30.	Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	60 792,08
31.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego	69 960,00
32.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	9 950,00
33.	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	231 667,35
34.	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	137 035,93
35.	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	50 000,00
36.	Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego	20 659,27
37.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	4 735,50
38.	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	17 152,00
39.	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	100 600,00
40.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	6 500,00
41.	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	30 000,00
42.	Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego	75 000,00
43.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	46 277,20
44.	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	26 649,77
45.	Dolnośląski Urząd Wojewódzki	0,00
46.	Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki	28 000,00
47.	Lubelski Urząd Wojewódzki	41 000,00
48.	Lubuski Urząd Wojewódzki	0,00
49.	Łódzki Urząd Wojewódzki	54 400,00
50.	Małopolski Urząd Wojewódzki	39,00
51.	Mazowiecki Urząd Wojewódzki	0,00
52.	Opolski Urząd Wojewódzki	0,00
53.	Podkarpacki Urząd Wojewódzki	0,00
54.	Podlaski Urząd Wojewódzki	0,00
55.	Pomorski Urząd Wojewódzki	0,00
56.	Śląski Urząd Wojewódzki	7 696,94
57.	Świętokrzyski Urząd Wojewódzki	0,00
58.	Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki	6 747,70
59.	Wielkopolski Urząd Wojewódzki	44 997,75
60.	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	77 905,16

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

6. PODSUMOWANIE

„Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2022–2026” zawiera zbiór zadań zaproponowanych do realizacji w okresie obowiązywania Harmonogramu. W 2024 r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło realizację Krajowego Programu we wszystkich pięciu obszarach. Wybór konkretnych działań w danym roku budżetowym jest uzależniony przede wszystkim od możliwości finansowych jednostki oraz priorytetów obranych w danym okresie. Ograniczenia finansowe są jedną z najpoważniejszych barier w realizacji programów profilaktycznych inicjowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

I obszar – zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa:

- Podejmowano działania informacyjno-edukacyjne służące wzrostowi poziomu wiedzy nt. HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową.
- Przeprowadzono szkolenia skierowane do: przedstawicieli Policji, wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, edukatorów posiadających certyfikat wydany przez Krajowe Centrum ds. AIDS oraz członków Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Zrealizowano superwizje oraz szkolenie certyfikacyjne na doradców w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.
- Opracowano, opublikowano i rozdystrybuowano materiały informacyjno-edukacyjne dostosowane do potrzeb indywidualnego odbiorcy.
- Zapewniono dostęp do informacji nt. HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową.

W obszarze tym zrealizowano najwięcej działań, w realizację których zaangażowanych było również najwięcej podmiotów. Dla większości realizatorów Krajowego Programu był to główny obszar działania (np. działy promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej w WSSE i PSSE, departamenty/wydziały zdrowia w administracji rządowej i samorządowej, NGOs).

Platformą współpracy między zaangażowanymi podmiotami są m.in. wojewódzkie zespoły ds. AIDS, które dają możliwość spotkania przedstawicieli różnych podmiotów, poznania innych perspektyw i potrzeb w kontekście profilaktyki HIV/AIDS.

II obszar – zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych:

- Przeprowadzono działania w zakresie edukacji i profilaktyki skierowanych do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.
- Zadania z zakresu anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV połączonego z poradnictwem okołotestowym realizowało 29 punktów konsultacyjno-diagnostycznych.
- Wykonywane są badania przesiewowe w kierunku kiły i HCV w połączeniu z poradnictwem okołotestowym w PKD.
- W roku 2024 zaobserwowano kolejny wzrost liczby klientów PKD (40 723), a także nieznaczny wzrost liczby potwierdzonych zakażeń – 471 (w stosunku do poprzedniego roku, w którym wykryto 456 zakażeń wśród 37 485 klientów PKD). Można mówić o tzw. „popandemicznym odbiciu” (w latach pandemicznych, czyli 2020–2021, obserwowano wyraźny spadek liczby osób zgłaszających się do PKD (w 2020 r. było to 23 276 osób, w tym 308 wykrytych zakażeń, w 2021 r. – 28 423 klientów, w tym 448 osób z pozytywnym wynikiem)).

Okresowy spadek wykonywania testów w kierunku HIV był spowodowany sytuacją epidemiczną związaną z pandemią COVID-19 i wprowadzonymi obostrzeniami, które skutkowały chwilowym zamknięciem punktów, skróceniem czasu ich pracy, a także niechęcią i obawami klientów do korzystania z nich w dobie pandemii. W efekcie w 2020 r. liczba klientów PKD oraz wykonanych

w nich testów przesiewowych zmniejszyła się blisko o połowę w stosunku do 2019 r. (o 44,8%, zarówno w przypadku liczby klientów, jak i liczby testów). Jednak dane z lat 2022–2024 wyraźnie wskazują, że trend ten się odwrócił – następuje stopniowy wzrost liczby klientów PKD i osób wykonujących testy w kierunku HIV.

Obszar ten był drugi pod względem liczby zaangażowanych podmiotów i podejmowanych inicjatyw. Działania w tym obszarze prowadzone były przede wszystkim przez Krajowe Centrum ds. AIDS i punkty konsultacyjno-diagnostyczne oraz w ramach własnej działalności, przez niektóre organizacje pozarządowe.

III obszar – wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS:

- Zrealizowano działania wsparciowe dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich.
- Realizowano Rządowy Program Polityki Zdrowotnej pn.: „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, którego celem jest zapewnienie szerokiej dostępności terapii antyretrowirusowej dla wszystkich pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS w naszym kraju. Terapia ARV w przypadku niektórych chorób definiujących AIDS jest jedyną metodą leczenia, a odpowiednio wcześniej zastosowana, staje się profilaktyką tych chorób.
- Liczba pacjentów objętych leczeniem ARV wyniosła 20 643, w tym liczba dzieci – 151. Liczba ta obejmuje również nowych pacjentów, którzy wymagali wprowadzenia do leczenia ze względu na ich stan kliniczny i którzy nie byli wcześniej leczeni antyretrowirusowo oraz 3 246 uchodźców wojennych z Ukrainy.
- Farmakologiczną profilaktyką zakażeń wertykalnych w ramach Programu objęto 81 kobiet ciężarnych. Odbyło się 85 porodów.
- Programem objęto wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria formalno-medyczne.
- Wszystkie dzieci zakażone HIV lub chore na AIDS objęto leczeniem ARV, zgodnie z Programem.
- Farmakologiczna profilaktyka zakażeń HIV obejmowała profilaktykę zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych wypadkowych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych, czyli matka – dziecko.
- 24 placówki realizowały Program w zakresie leczenia ARV.

W ramach obszaru III zadaniem kluczowym było zapewnienie osobom zakażonym HIV dostępności leczenia antyretrowirusowego. Krajowe Centrum ds. AIDS koordynowało realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „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. Liczba osób objętych leczeniem ARV w latach 2017–2021 sukcesywnie wzrastała – od 10,5 tys. w 2017 r. do 14,5 tys. w 2021 r. (wzrost o 38%). W 2022 r. nastąpił wzrost o 3 710 pacjentów (ponad 25%) co było spowodowane m.in. napływem uchodźców z Ukrainy wymagających włączenia do terapii antyretrowirusowej. W 2023 r. zarejestrowano 1 448 pacjentów więcej, a w 2024 r. o kolejnych 836 pacjentów.

Elementem Programu jest także dążenie do wyeliminowania zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C u osób osadzonych w zakładach penitencjarnych (diagnostyka i leczenie HCV). Moduł DAA obejmuje działania mające na celu objęcie więźniów testowaniem w kierunku HCV oraz leczeniem terapią bezinterferonową opartą na lekach DAA w miejscu odbywania kary.

Organizacja leczenia osób z HIV/AIDS obejmuje wszystkich potrzebujących i zapewnia dostępność terapii zgodnie z międzynarodowymi standardami. Leczenie antyretrowirusowe prowadzone było także w zakładach penitencjarnych wśród osób w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności.

Program leczenia ARV stanowi jeden z głównych elementów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS.

IV obszar – współpraca międzynarodowa:

- Krajowe Centrum ds. AIDS było zaangażowane w działania instytucji międzynarodowych zajmujących się tematyką HIV/AIDS i zakażeniami powiązanymi z HIV.
- Centrum brało udział w inicjatywach międzynarodowych z zakresu HIV/AIDS i koinfekcji HIV, podczas których m.in. miała miejsce wymiana doświadczeń oraz najlepszych praktyk pomiędzy partnerami.
- Działania i doświadczenia Polski w kontekście HIV/AIDS przyczyniają się do postrzegania naszego kraju jako równorzędnego i znaczącego partnera na forum międzynarodowym.

Głównymi podmiotami zaangażowanymi w działania w tym obszarze były: Krajowe Centrum ds. AIDS, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz niektóre organizacje pozarządowe. Realizowano projekty międzynarodowe i brano udział w międzynarodowych wydarzeniach naukowych, społecznych i medialnych.

V obszar – monitoring:

- Na system monitorowania realizacji Krajowego Programu składają się:
 - Elektroniczna Baza Monitoringowa – katalogowanie i przegląd zadań planowanych i realizowanych w ramach Krajowego Programu;
 - Elektroniczne bazy monitorujące gospodarkę lekową w zakresie programu polityki zdrowotnej – monitorowanie gospodarki lekami DAA, lekami ARV, testami i szczepionkami. Umożliwia nadzór nad kolejnymi etapami procesu zakupu i dystrybucji leków, od zawarcia umowy z dystrybutorem leku lub testu, poprzez ich magazynowanie i dystrybucję, do przepisania pacjentowi;
 - Elektroniczny system przekazywania danych z PKD – w punktach konsultacyjno-diagnostycznych funkcjonuje elektroniczna anonimowa ankieta, która jest wypełniana on-line przez certyfikowanego doradcę, podczas rozmowy z klientem, poprzedzającej dobrowolne wykonanie testu w kierunku HIV, kiły oraz HCV. Baza PKD, która powstaje dzięki danym pozyskiwanym z ankiet wypełnianych w PKD, jest jednym z nielicznych źródeł rzetelnej wiedzy w zakresie epidemiologii HIV/kiły/HCV w Polsce, w odniesieniu do m.in. populacji kluczowych;
 - monitorowanie prasy pod kątem występowania tematów związanych z HIV/AIDS - informacje na temat HIV/AIDS są na bieżąco analizowane.

WNIOSKI

Epidemiologia:

1. Rejestracja przypadków zakażeń HIV odbywa się według daty wpłynięcia zgłoszenia do NIZP PZH. Wszystkie zgłoszenia poddawane są następnie procedurze weryfikacji i ustaleniu spełnienia kryteriów definicji stosowanej do celów nadzoru epidemiologicznego. Pełna analiza sytuacji epidemiologicznej jest możliwa dopiero po uwzględnieniu zgłoszeń, które dotyczą przypadków rozpoznanych w danym roku, a zgłoszonych z opóźnieniem, często nawet wielu miesięcy.
2. Zarówno procedura wykluczania powtórnych zgłoszeń, jak i możliwość uzupełnienia danych epidemiologicznych istotnych z punktu widzenia oceny sytuacji (w tym domniemanej drogi transmisji) jest ograniczona przez uregulowania prawne. Ze względu na ochronę pacjentów ustawodawstwo dopuszcza możliwość zgłoszeń anonimowych bez identyfikatora. W tej sytuacji nie ma możliwości uzupełnienia braków danych w zgłoszeniu.

3. Z uwagi na niepełne dane w meldunkach epidemiologicznych zasadne jest usprawnienie systemu raportowania tych danych:
 - istotne z tego punktu widzenia jest przestrzeganie przez lekarzy oraz kierowników laboratoriów obowiązków wynikających z art. 27 oraz art. 29 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tj. zgłaszanie zakażeń HIV i zachorowań na AIDS oraz dodatnich wyników badań w kierunku HIV,
 - rzetelne i dokładne wypełnianie obowiązujących formularzy zgłoszeń, szczególnie nt. informacji o drodze zakażenia.
4. Liczba nowo wykrytych zakażeń HIV i innych STIs może budzić zaniepokojenie.
5. Na wzrost liczby przypadków HIV prawdopodobnie miała wpływ pandemia COVID-19 oraz wojna w Ukrainie - przypadki importowane, oraz opóźnione zgłaszanie przypadków HIV - po trudnym dla stacji PSSE okresie pandemii COVID-19.
6. Liczbę wykrywanych zakażeń należy łączyć z liczbą wykonanych testów. W sytuacji zwiększenia liczby badań uzyskuje się trend wzrostowy liczby nowo wykrywanych zakażeń, co działa na korzyść zarówno tych, u których wykryto wirusa, jak i całej populacji.
7. Istotnym ograniczeniem jest brak możliwości oceny czy wzrost nowo rozpoznanych zakażeń jest spowodowany zwiększającą się liczbą wykonywanych badań w kierunku HIV, czy też większą liczbą nowo wykrytych zakażeń. Najprawdopodobniej mamy do czynienia z obydwojma procesami. Wskazane jest poszerzenie rutynowego monitorowania epidemii HIV w Polsce.
8. W wyniku włączenia do leczenia antyretrowirusowego większej liczby pacjentów, liczba nowych zachorowań na AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w naszym kraju systematycznie spada. Jednak można zauważyć, że o ile tendencja zachorowań i zgonów osób chorych na AIDS jest malejąca, to wzrasta liczba osób, które co roku dowiadują się o swoim zakażeniu.
9. Należy wzmocnić działania w kierunku podniesienia świadomości społeczeństwa nt. potrzeby wykonania testu w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, obecnie dostępnych również w punktach PKD.
10. Liczba osób testujących się (poza systemem krwiodawstwa) pozostaje na niskim poziomie, co przekłada się na wciąż niezadowalający odsetek osób, które kiedykolwiek w życiu testowały się w kierunku HIV.
11. Problemem wciąż pozostaje mała świadomość konieczności poznania własnego statusu serologicznego (rozważenia wykonania testu w kierunku HIV i innych STIs).
12. Analiza wyników uzyskanych z PKD pozwala na pogłębienie wiedzy nt. dróg zakażeń, a także charakterystyki osób i ich zachowań ryzykownych, co przekłada się na lepsze dostosowanie programów profilaktycznych do rzeczywistych trendów.
13. Sytuacja epidemiologiczna państw Europy Wschodniej oraz niektórych krajów Europy Zachodniej ma istotne znaczenie także w kontekście sytuacji w Polsce. Dotyczy to nie tylko HIV/AIDS, lecz także innych infekcji powiązanych, m.in. HBV, HCV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.
14. Z punktu widzenia epidemii HIV/AIDS w Polsce, na uwagę zasługuje sytuacja nowych zakażeń w państwach bezpośrednio sąsiadujących z Polską (konflikt militarny w Ukrainie), oraz krajach, z których możemy spodziewać się potencjalnych imigrantów.

Profilaktyka:

1. Zapobieganie zakażeniom wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa) jest jednym z kluczowych elementów działań realizowanych w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

2. Ograniczenia w działalności profilaktycznej i edukacyjnej w zakresie HIV/AIDS stanowią zagrożenie dla sytuacji epidemiologicznej i mogą skutkować wzrostem rozprzestrzeniania się zakażeń HIV oraz znacznie większą liczbą nowych zakażeń. W konsekwencji większa liczba osób będzie wymagać leczenia antyretrowirusowego (ARV).
3. Stopniowo pogarszająca się sytuacja epidemiologiczna wymusza kontynuację działań tj.:
 - edukacyjno-informacyjnych,
 - programów edukacyjnych skierowanych do populacji ogólnej,
 - szkoleń skierowanych do wybranych grup zawodowych i społecznych,
 - programów, których odbiorcami będą różne grupy społeczne, uwzględniających specyficzne potrzeby każdej z nich,
 - profilaktyki, w tym kampanii, programów edukacyjnych, programów prowadzonych metodami aktywnymi, programów redukcji szkód skierowanych do populacji kluczowych, szczególnie narażonych na zakażenie,
 - wspierania funkcjonowania PKD wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania testy przesiewowe w kierunku HIV, kiły i HCV, a także prowadzących profesjonalne poradnictwo.
4. Wskazana jest dalsza diagnoza problemu (w celu skierowania działań prewencyjnych do konkretnych populacji), systematyczne prowadzenie badań behawioralnych i społecznych, które umożliwiłyby identyfikację nowych zagrożeń i zjawisk, co pozwoliłoby na podjęcie adekwatnych działań w tym zakresie i odpowiednią reakcją na trendy. Profilaktyka i dążenie do zmiany postaw i zachowań ludzkich (w tym wobec HIV/AIDS i STIs) wymaga skutecznego, opartego na faktach przekazu.
5. Profilaktyka zakażeń przenoszonych drogą płciową stanowi kolejne wyzwanie. Jak wykazują badania, Polacy nie odnoszą ryzyka zakażenia do siebie, nie mają wystarczającej wiedzy w tym zakresie, nie znają dróg zakażenia, objawów poszczególnych chorób. Zbyt mało osób wykonuje badania w kierunku STIs, stosuje techniki zmniejszające ryzyko zakażeń (np. używanie prezerwatyw tylko w kontekście zapobiegania ciąży, a nie w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia jedną z chorób przenoszonych drogą płciową).
6. Wytyczne krajowe oraz międzynarodowe rekomendują ukierunkowanie działań w najbliższej przyszłości na integrację świadczeń w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia HIV, zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz wirusowych zapaleń wątroby.
7. Rekomendowane jest prowadzenie działań mających na celu aktywizowanie podmiotów włączonych w realizację Krajowego Programu – konieczność większego zaangażowania, także finansowego, innych realizatorów Krajowego Programu, poza Ministerstwem Zdrowia.
8. Na realizację działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu należy patrzeć przez pryzmat specyfiki obszaru tematycznego. Kwestie, które dotyczą zdrowia seksualnego człowieka, są tematami wrażliwymi. Podejmując działania służące dotarciu do poszczególnych grup społecznych (formy przekazu, kanały komunikacji), należy brać pod uwagę bariery społeczne i ideologiczne, jakie mogą się pojawiać w trakcie ich realizacji.
9. Na arenie międzynarodowej Polska wykazuje aktywność w zakresie promowania rozwiązań systemowych w zwalczaniu HIV/AIDS. Działania i doświadczenia Polski w kontekście zapobiegania HIV/AIDS (m.in. działanie punktów konsultacyjno-diagnostycznych, leczenie ARV) stanowią podstawę do wymiany najlepszych praktyk z partnerami międzynarodowymi. Polska ma udział i wkład merytoryczny w projekty międzynarodowe. Wskazana jest stała wymiana doświadczeń oraz aktywny udział w projektach zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Współpraca międzynarodowa odbywa się na dwóch płaszczyznach: profilaktycznej i medycznej.

Leczenie ARV:

1. Wszyscy pacjenci zakażeni HIV i chorzy na AIDS wymagający leczenia ARV ze wskazań klinicznych mają zapewniony dostęp do ujednoliconego systemu opieki medycznej i nowoczesnej terapii, a przede wszystkim stałej dostępności leków ARV (zgodnie z rekomendacjami PTN AIDS).
2. Leczenie antyretrowirusowe jest również działaniem profilaktycznym, gdyż leki ARV powodują obniżenie poziomu wirerii HIV RNA, w związku z czym osoby objęte terapią, o wysokim poziomie adherencji są mniej zakaźne, co jest niezwykle istotne dla zdrowia całej populacji.
3. Pacjenci ze zdiagnozowanym zakażeniem HIV objęci terapią ARV mają wyższą świadomość i wiedzę na temat przebiegu zakażenia HIV.
4. Dzięki prowadzonej terapii antyretrowirusowej pacjenci rzadziej zapadają na zakażenia oportunistyczne, a co za tym idzie nie wymagają leczenia tych zakażeń i nie generują dodatkowych kosztów wynikających z ich hospitalizacji. Aktualnie leczeniem szpitalnym objętych jest okresowo tylko ok. 1% pacjentów, a leczeniem ambulatoryjnym – ok. 99%.
5. Terapię ARV wpływa na poprawę stanu klinicznego pacjentów, a także ich jakości życia.
6. Prowadzenie profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV (podawanie leków antyretrowirusowych matce i noworodkowi) spowodowało spadek odsetka zakażeń w grupie noworodków z 23% przed rokiem 1989, do poniżej 1,0% zakażeń wśród noworodków objętych profilaktyką.
7. W Polsce dzięki zastosowaniu leków ARV w postępowaniu poekspozycyjnym pozazawodowym – wypadkowym od 2001 roku (początek Programu) nie zarejestrowano żadnego przypadku zakażenia HIV w populacji osób objętych profilaktyką – podaniem leków antyretrowirusowych.
8. Dzięki aktualnym zapisom programu, leczeniem ARV obejmowani są także pacjenci obcokrajowcy przebywający na terytorium RP, co wpływa na ograniczenie szerzenia się zakażeń HIV.
9. Leczenie antyretrowirusowe wpływa korzystnie na spadek śmiertelności i zapadalności na choroby oportunistyczne, w tym także na choroby nowotworowe.
10. Dzięki ogólnopolskiemu systemowi monitorowania gospodarki lekowej ryzyko przeterminowania się leków zostaje znacząco ograniczone.
11. Elementem zwalczania HIV oraz chorób współistniejących jest integracja systemu świadczeń medycznych. Zgodnie z jej zasadami należy dążyć do możliwości prowadzenia terapii schorzeń współistniejących (np. innych STIs oraz WZW typu B i C) w jednym podmiocie leczniczym.
12. Konflikt wojenny w Ukrainie może mieć wpływ na transmisję HIV w Polsce, w tym ryzyko pojawienia się lekooporności, w związku z coraz szerszym występowaniem subtypu A6.
13. Ważne jest realizowanie programów, które wielotorowo wspierają osoby zakażone HIV i chore na AIDS.

Finansowanie:

1. Niezbędne jest zwiększenie zaangażowania, w tym także finansowego, innych niż Ministerstwo Zdrowia, realizatorów Programu.
2. Ograniczenia finansowania działalności profilaktycznej w zakresie HIV/AIDS/STIs wielokrotnie zwiększają ryzyko wzrostu rozprzestrzeniania się zakażeń HIV i STIs, co przekłada się na większą liczbę nowych zakażeń, a w konsekwencji – wzrost liczby osób, które będą wymagać leczenia ARV.
3. Zmniejszanie udziału wydatków na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Krajowego Programu wpływa negatywnie na skuteczność i efektywność całego Programu. W dłuższej perspektywie czasowej może grozić marginalizowaniem działań profilaktycznych.
4. Efektywność (stosunek poniesionych nakładów do uzyskiwanych rezultatów) należy traktować jako wskaźnik trudny do osiągnięcia w obszarze zdrowia publicznego, szczególnie w przypadku działań profilaktycznych krótkofalowych. Działania profilaktyczne czy diagnostyczne wymagają określonych nakładów, a ich efektywność należy oceniać w perspektywie

długookresowej, kalkulując przyszłe, konieczne do poniesienia, znacznie wyższe od nakładów na profilaktykę – koszty leczenia pacjentów.

5. Odpowiedni poziom finansowania Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” (część 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85149 – Programy polityki zdrowotnej), umożliwia wszystkim pacjentom zakażonym HIV i chorym na AIDS, przebywającym na terytorium kraju dostęp do najnowszych metod diagnostycznych oraz korzystania z bezpłatnej, wyskospecjalistycznej terapii ARV.

7. WYKAZ SKRÓTÓW

AIDS – zespół nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności
ARV – leczenie antyretrowirusowe
CHIP - Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections
CZSW – Centralny Zarząd Służby Więziennej
EACS - European AIDS Clinical Society
EBM – Elektroniczna Baza Monitoringowa
ECDC – Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (w Sztokholmie)
ECOSOC - Rada Społeczno-Gospodarcza
EOG – Europejski Obszar Gospodarczy
FPU - Fundusz Pomocy Ukrainie
HBV - wirusowe zapalenie wątroby typu B
HCV – wirus zapalenia wątroby typu C
HIV – ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności
HPV - wirus brodawczaka ludzkiego
IDU – populacja osób stosujących środki odurzające drogą iniekcji
Komórki CD4 (limfocyty CD4) – rodzaj krwinek białych, posiadających na swej powierzchni receptor powierzchniowy CD4, pomagających zwalczać infekcje; HIV atakuje komórki CD4, powodując zaburzenia ich funkcji lub ich zniszczenie
MSM – populacja mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami
MZ – Ministerstwo Zdrowia
NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia
NGOs – organizacje pozarządowe
NIZP PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy
ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych
PCB UNAIDS – Rada Koordynacyjna Programu UNAIDS
PEP – profilaktyka poekspozycyjna/procedura postępowania poekspozycyjnego
PKD – punkty konsultacyjno-diagnostyczne
Populacje kluczowe – w szczególności: mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami, osoby stosujące środki psychoaktywne (obecnie lub w przeszłości), osoby pozbawione wolności, osoby świadczące usługi seksualne oraz osoby korzystające z tych usług, osoby transpłciowe.
POZ - podstawowa opieka zdrowotna
PrEP – profilaktyka przedekspozycyjna
PSSE – powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne
PTN AIDS – Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS
PWID – osoby stosujące narkotyki drogą dożylną
RPPZ – Rządowy Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026”
STIs – zakażenia przenoszone drogą płciową
UE – Unia Europejska
UNAIDS – Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
WSSE – wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne
WSW – kobiety utrzymujące kontakty seksualne z kobietami