

**SPRAWOZDANIE
Z WYKONANIA ZADAŃ OBJĘTYCH
HARMONOGRAMEM REALIZACJI
KRAJOWEGO PROGRAMU
ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV
I ZWALCZANIA AIDS
w 2025 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 2026 r.

SPIS TREŚCI:

| | |
|---|----|
| 1. Informacje podstawowe..... | 5 |
| 2. Epidemiologia..... | 8 |
| 3. Krajowy Program: | |
| I obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa | 19 |
| II obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych..... | 36 |
| III obszar tematyczny: wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS..... | 47 |
| IV obszar tematyczny: współpraca międzynarodowa..... | 64 |
| V obszar tematyczny: monitoring..... | 67 |
| 4. Informacja o środkach finansowych będących w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS, przeznaczanych na zapobieganie i zwalczanie AIDS | 69 |
| 5. Podmioty realizujące Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2025 roku..... | 71 |
| 6. Podsumowanie..... | 73 |
| 7. Wykaz skrótów..... | 80 |

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 | 8 |
| 3. Sprawozdanie Głównego Inspektoratu Sanitarnego | 10 |
| 4. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku | 13 |
| 5. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy | 18 |
| 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 | 32 |
| 10. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie | 34 |
| 11. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie | 37 |
| 12. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi | 40 |
| 13. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie | 43 |
| 14. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu | 49 |
| 15. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu | 53 |

| | |
|---|-----|
| 16. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie | 57 |
| 17. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie | 64 |
| 18. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie | 67 |
| 19. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu | 73 |
| 20. Sprawozdanie Ministerstwa Edukacji Narodowej | 78 |
| 21. Sprawozdanie Ministerstwa Infrastruktury | 83 |
| 22. Sprawozdanie Ministerstwa Obrony Narodowej | 85 |
| 23. Sprawozdanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji | 91 |
| 24. Sprawozdanie Ministerstwa Sprawiedliwości | 96 |
| 25. Sprawozdanie Urzędu Miasta St. Warszawy..... | 102 |
| 26. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego | 105 |
| 27. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego..... | 107 |
| 28. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego..... | 111 |
| 29. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego | 114 |
| 30. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego | 117 |
| 31. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego | 122 |
| 32. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego | 127 |
| 33. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego | 129 |
| 34. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego | 131 |
| 35. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego | 133 |
| 36. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego | 135 |
| 37. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego..... | 137 |
| 38. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego | 139 |
| 39. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego..... | 146 |
| 40. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego | 148 |
| 41. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego | 150 |
| 42. Sprawozdanie Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego | 152 |
| 43. Sprawozdanie Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego | 154 |
| 44. Sprawozdanie Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego | 158 |
| 45. Sprawozdanie Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego | 160 |
| 46. Sprawozdanie Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego | 162 |
| 47. Sprawozdanie Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego | 164 |
| 48. Sprawozdanie Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego | 167 |
| 49. Sprawozdanie Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego | 170 |
| 50. Sprawozdanie Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego | 172 |

| | |
|---|-----|
| 51. Sprawozdanie Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego | 177 |
| 52. Sprawozdanie Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego | 179 |
| 53. Sprawozdanie Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego | 187 |
| 54. Sprawozdanie Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego | 189 |
| 55. Sprawozdanie Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego | 191 |
| 56. Sprawozdanie Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego | 193 |
| 57. Sprawozdanie Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego | 195 |

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 2025 r. Krajowe Centrum ds. AIDS realizowało między innymi następujące działania:

w I obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa:

- kontynuacja kampanii pod hasłem „Mój pierwszy raz” (#mójpierwszyraz), skierowanej do młodych dorosłych (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 – XXXII Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”;
- szkolenia:
 - dla pracowników i funkcjonariuszy Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej,
 - „Kompendium wiedzy dla lekarzy POZ” - nowy moduł e-learningowy na portalu edukacyjnym Centrum: www.hiv-aids.edu.pl/,
 - superwizje dla doradców pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych;
- opracowanie, druk, dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych, m.in. ulotek, broszur i plakatów;
- działania informacyjne realizowane poprzez:
 - stronę internetową Krajowego Centrum ds. AIDS: www.gov.pl/web/aids,
 - bezpłatny Telefon Zaufania HIV/AIDS: 800 888 448,
 - Telefon Informacyjny,
 - Poradnię Internetową: aids.gov.pl/poradnia_internetowa/,
 - Kontrę – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS: www.gov.pl/web/aids/kontra,
 - e-Kontrę – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS,

- media społecznościowe Krajowego Centrum ds. AIDS:
Facebook: www.facebook.com/kcaids/,
YouTube: www.youtube.com/user/kcdsaids,
- portal edukacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS: 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

- opracowanie strategii przeciwdziałania zakażeniom przenoszonym drogą płciową;
- 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 grupie roboczej, której zadaniem jest zaplanowanie działań związanych z transformacją UNAIDS, zgodnie z inicjatywą UN80 oraz rekomendacjami Rady PCB.
- 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 zakażeń HIV, zachorowań na AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w Polsce oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) zgłoszonych w 2025 roku* (analiza wykonana w oparciu o dane jednostkowe zgłoszone do nadzoru epidemiologicznego).

*Dane z roku 2025 nadal podlegają weryfikacji i mogą ulec zmianie.

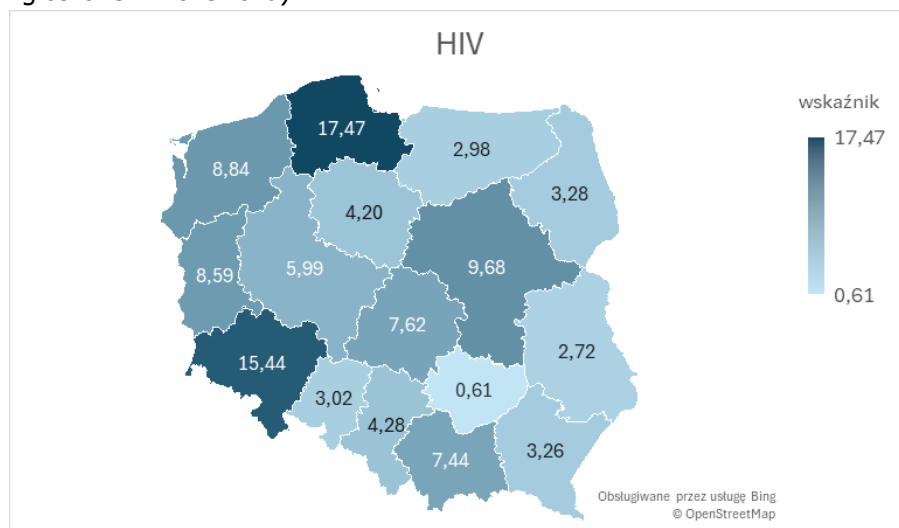
Dane epidemiologiczne zostały przygotowane i przekazane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (zwany dalej NIZP PZH).

Zakażenia HIV

W 2025 roku zgłoszono 2 753 przypadki HIV, w tym 2 116 u mężczyzn i 604 u kobiet, dla 33 osób brak danych o płci. Wskaźnik nowych rozpoznań HIV ogółem wynosił 7,36 przypadków na 100 000 mieszkańców. Wśród mężczyzn wskaźnik ten wynosił 11,71 przypadków na 100 000 mężczyzn, natomiast wśród kobiet 3,12 na 100 000 kobiet.

Wykres 1 przedstawia wskaźnik dla poszczególnych województw. Najwyższe wskaźniki zarejestrowano w województwach: pomorskim – 17,47 mieszkańców i dolnośląskim – 15,44 przypadki, natomiast wskaźnik powyżej 5 przypadków na 100 000 mieszkańców zarejestrowano w 6 województwach: lubuskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

Wykres 1. Wskaźnik nowych rozpoznań HIV na 100 000 mieszkańców wg województw (przypadki zgłoszone w 2025 roku)

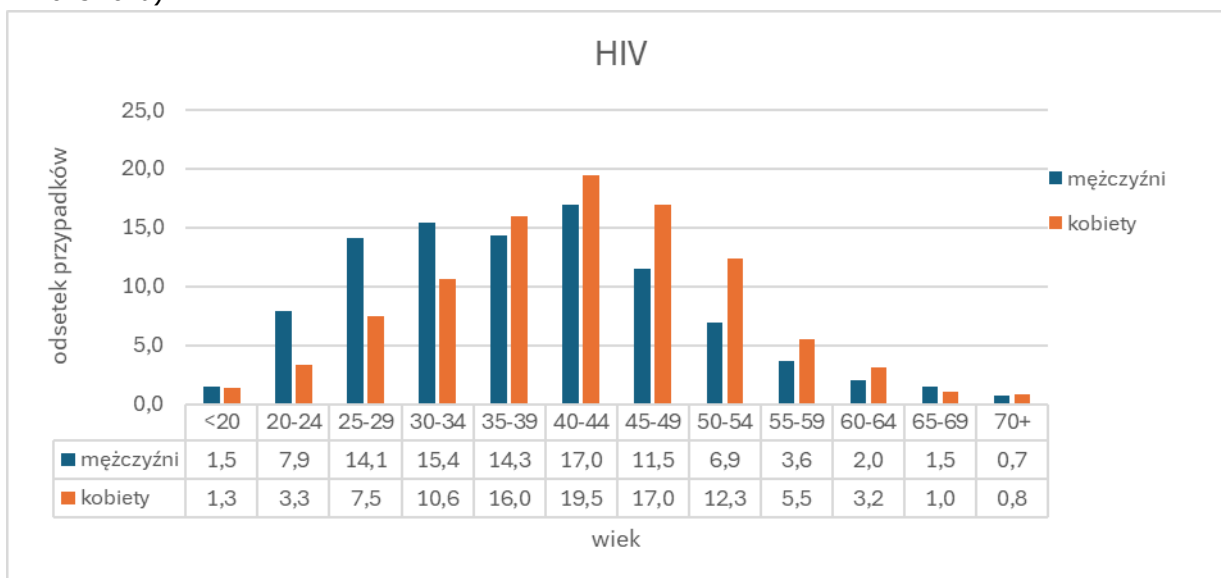


Źródło: opracowanie NIZP PZH - PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r. oraz dane dot. ludności w roku 2025 - GUS

Najwięcej przypadków wśród mężczyzn rozpoznano w grupach wieku 0-44 lat – 17,0% przypadków oraz 30-34 lat – 15,4% przypadków. Wśród mężczyzn w wieku 25-29 lat i 35-39 lat, zarejestrowano podobny odsetek zakażeń, odpowiednio 14,1% i 14,3% przypadków.

W populacji kobiet dominującą grupę stanowiły zakażenia u kobiet w wieku 40-44 lata – 19,5% oraz 45-49 lat – 17,0%. 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 (przypadki zgłoszone w 2025 roku)

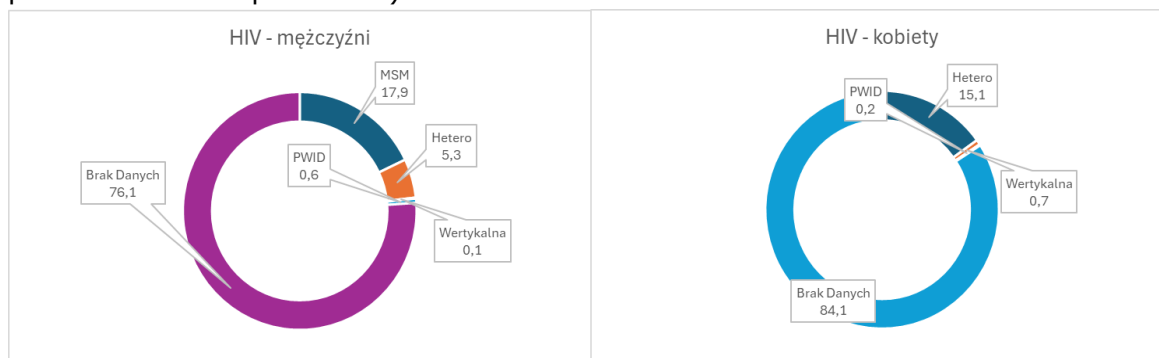


* w 33 przypadkach nie podano wieku i/lub płci zakażonych osób; brak w tabeli danych dotyczących 4 noworodków (płci: 3 żeńskiej, 1 męskiej)

Źródło: opracowanie NIZP PZH - PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r.

W większości przypadków brak jest wskazanej prawdopodobnej drogi zakażenia, dotyczy to 76,1% mężczyzn i 84,1% kobiet. W grupie mężczyzn (bez wykluczania braków danych) przeważają zakażenia w populacji MSM – mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami – 17,9% przypadków. Zakażenia wśród mężczyzn heteroseksualnych stanowią 5,3% wszystkich przypadków. Zakażenia wśród osób wstrzykujących narkotyki (PWID) dotyczyły 0,6% przypadków. Natomiast, po wykluczeniu braków danych, dominującą drogą zakażenia wśród mężczyzn ze znaną drogą transmisji (506 przypadków) są zakażenia MSM - 74,9% przypadków oraz zakażenia w grupie osób heteroseksualnych – 22,1% przypadków. Wśród PWID zarejestrowano 2,4% przypadków w odniesieniu do wszystkich osób ze znaną drogą transmisji. W grupie kobiet (bez wykluczania braków danych), przeważały zakażenia wśród kobiet heteroseksualnych – 15,1% przypadków oraz zakażenia w wyniku transmisji zakażeń wertykalnych – 0,7%, natomiast zakażenia wśród osób wstrzykujących narkotyki dotyczyły tylko 0,2% przypadków kobiet. Natomiast, po wykluczeniu braków danych, dominującą drogą zakażenia wśród kobiet ze znaną drogą transmisji (96 przypadków), były zakażenia na drodze kontaktów heteroseksualnych – 94,8%. Na wykresie 3 przedstawiono szczegóły dotyczące transmisji zakażenia dla wykazanych przypadków HIV dla kobiet i mężczyzn, zgłoszonych w roku 2025 (odsetek liczony bez wykluczania braków danych).

Wykres 3. Prawdopodobna droga zakażenia HIV w zależności od płci osób zakażonych (bez wykluczania osób z brakiem danych w zakresie drogi transmisji; przypadki zgłoszone w 2025 roku; na wykresie przedstawiono dane procentowe)



*w 33 przypadkach nie podano płci i/lub drogi zakażenia

Źródło: opracowanie NIZP PZH - PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r.

Zachorowania AIDS i zgony osób chorych na AIDS

W 2025 roku zgłoszono zachorowanie AIDS u 171 osób zakażonych HIV, w tym u 115 mężczyzn i 56 kobiet. Wskaźnik zachorowań AIDS ogółem wynosił 0,46 przypadków na 100 000 mieszkańców. Wśród mężczyzn wskaźnik ten wynosił 0,63 przypadki na 100 000 mężczyzn, natomiast wśród kobiet 0,29 na 100 000 kobiet. W 2025 roku zgłoszono 20 zgonów u osób chorych na AIDS, w tym 13 u mężczyzn i 7 u kobiet. Wskaźnik umieralności wynosił 0,05 przypadków na 100 000 mieszkańców. Wśród mężczyzn wskaźnik ten wynosił 0,07 przypadków na 100 000 mężczyzn, natomiast wśród kobiet 0,04 na 100 000 kobiet. W tabeli 1 przedstawiono wskaźnik dla poszczególnych województw. Najwyższy wskaźnik zachorowań AIDS odnotowano w województwie lubuskim – 0,83 przypadki na 100 000 mieszkańców i dolnośląskim – 0,80 przypadków na 100 000 mieszkańców, natomiast najwyższy wskaźnik umieralności zarejestrowano w województwie zachodniopomorskim – 0,25 na 100 000 mieszkańców.

Tabela 1. Liczba zachorowań AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w Polsce w 2025 oraz wskaźniki zachorowań i umieralności na 100 000 mieszkańców wg województw

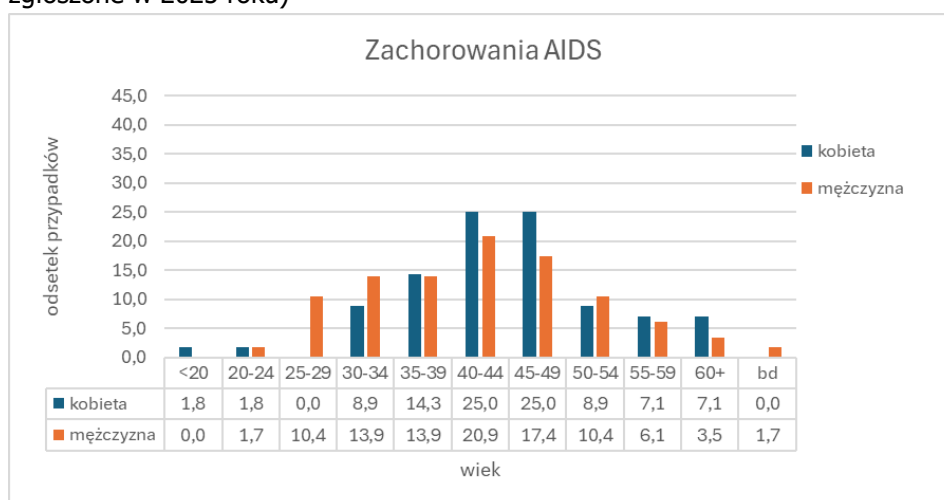
| WOJEWÓDZTWO | ZACHOROWANIA AIDS | | ZGONY OSÓB CHORYCH NA AIDS | |
|--------------------|-------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------|
| | liczba przypadków | wskaźnik zachorowań | liczba przypadków | wskaźnik umieralności |
| Dolnośląskie | 23 | 0,80 | 3 | 0,10 |
| Kujawsko-pomorskie | 11 | 0,56 | 2 | 0,10 |
| Lubelskie | 1 | 0,05 | 0 | - |
| Lubuskie | 8 | 0,83 | 1 | 0,10 |
| Łódzkie | 18 | 0,77 | 2 | 0,09 |
| Małopolskie | 7 | 0,20 | 0 | - |
| Mazowieckie | 35 | 0,64 | 1 | 0,02 |
| Opolskie | 2 | 0,22 | 0 | - |
| Podkarpackie | 3 | 0,15 | 0 | - |
| Podlaskie | 2 | 0,18 | 1 | 0,09 |
| Pomorskie | 16 | 0,68 | 2 | 0,08 |
| Śląskie | 21 | 0,49 | 2 | 0,05 |
| Świętokrzyskie | 1 | 0,09 | 0 | - |

| | | | | |
|---------------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| Warmińsko-mazurskie | 4 | 0,30 | 2 | 0,15 |
| Wielkopolskie | 9 | 0,26 | 0 | - |
| Zachodniopomorskie | 10 | 0,62 | 4 | 0,25 |
| Polska | 171 | 0,46 | 20 | 0,05 |

Źródło: opracowanie NIZP PZH - PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r. oraz dane dot. ludności w roku 2025 - GUS

Najwięcej zachorowań AIDS u mężczyzn rozpoznawano w grupie wieku 40-44 lat – 20,9% przypadków, natomiast największy odsetek zakażeń wśród kobiet zarejestrowano u kobiet w wieku 40-44 lat – 25,0% oraz 45-49 lat – 25,0%. Wykres 4 przedstawia rozkład zachorowań AIDS wg płci i wieku pacjentów w momencie rozpoznania zachorowania AIDS. Zgony osób chorych na AIDS zgłoszono u 13 mężczyzn i 7 kobiet, głównie w wieku 40-44 lat – 5 przypadków oraz po 4 przypadki w grupach wieku 35-39 lat i 45-49 lat. Nie zarejestrowano żadnego zgony u osób poniżej 25 r.ż.

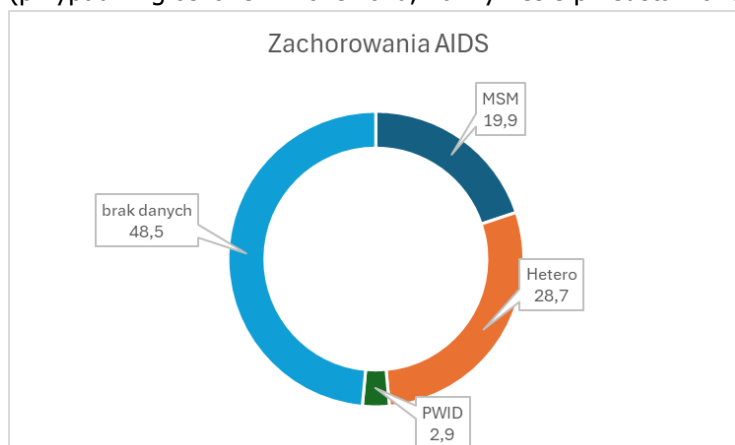
Wykres 4. Odsetek zachorowań AIDS w Polsce w podziale na płeć i wiek osób zakażonych (przypadki zgłoszone w 2025 roku)



Źródło: opracowanie NIZP PZH - PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r.

Dla większości przypadków zachorowań AIDS nie wskazano prawdopodobnej drogi zakażenia – 48,5% przypadków. Najczęstszą drogą zakażenia wśród osób z rozpoznaniem AIDS (bez wykluczania braków danych) były zakażenia na drodze heteroseksualnej – 28,7% wszystkich zachorowań, natomiast zakażenia w populacji MSM – mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami stanowiły 19,9%. Zakażenia w grupie osób wstrzykujących narkotyki dotyczyły 2,9% osób. Wykres 5 przedstawia rozkład prawdopodobnej drogi transmisji wirusa HIV u osób, u których rozpoznano zachorowanie na AIDS. Dla 14 przypadków zgonów osób chorych na AIDS, wskazano drogę zakażenia HIV, w tym 7 przypadków zgłoszono u osób heteroseksualnych, 6 przypadków w grupie MSM i 1 zgon u osoby wstrzykującej narkotyki.

Wykres 5. Prawdopodobna droga zakażenia dla zachorowań AIDS i zgonów osób chorych na AIDS (przypadki zgłoszone w 2025 roku, na wykresie przedstawiono dane procentowe)

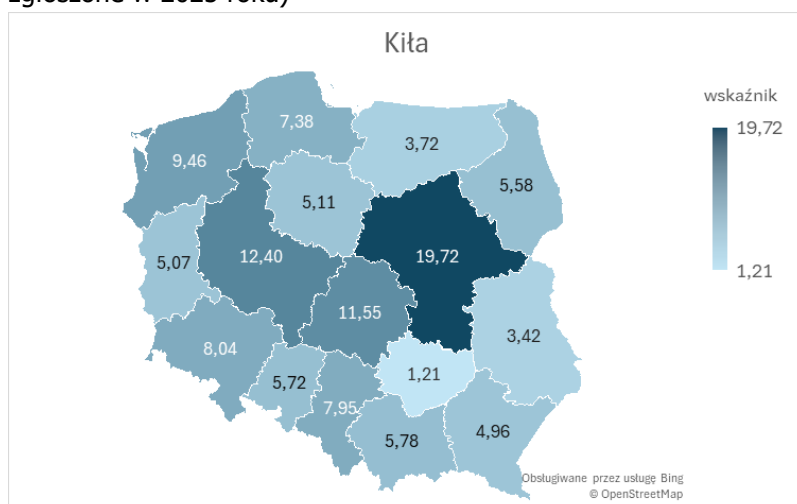


Źródło: opracowanie NIZP PZH - PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r.

Kiła

W 2025 roku zgłoszono w Polsce 3 382 przypadki kiły, w tym 2 905 u mężczyzn (uwzględniając 1 przypadek transmężczyzny) i 477 u kobiet. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły ogółem wynosił 9,04 przypadki na 100 000 mieszkańców. Wśród mężczyzn wskaźnik ten wynosił 16,08 przypadków na 100 000 mężczyzn, wśród kobiet – 2,47 na 100 000 kobiet. Wykres 6 przedstawia wskaźnik dla poszczególnych województw. Najwyższy wskaźnik zarejestrowano w województwie mazowieckim – 19,72 przypadki na 100 000 mieszkańców, w 2 województwach wskaźnik był nieco wyższy niż 10 przypadków na 100 000 mieszkańców (województwa: wielkopolskie i łódzkie). W 9 województwach wskaźnik ten wahał się od 5 do 9 przypadków, a w pozostałych czterech województwach był niższy niż 5 przypadków na 100 000 mieszkańców.

Wykres 6. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły na 100 000 mieszkańców wg województw (przypadki zgłoszone w 2025 roku)

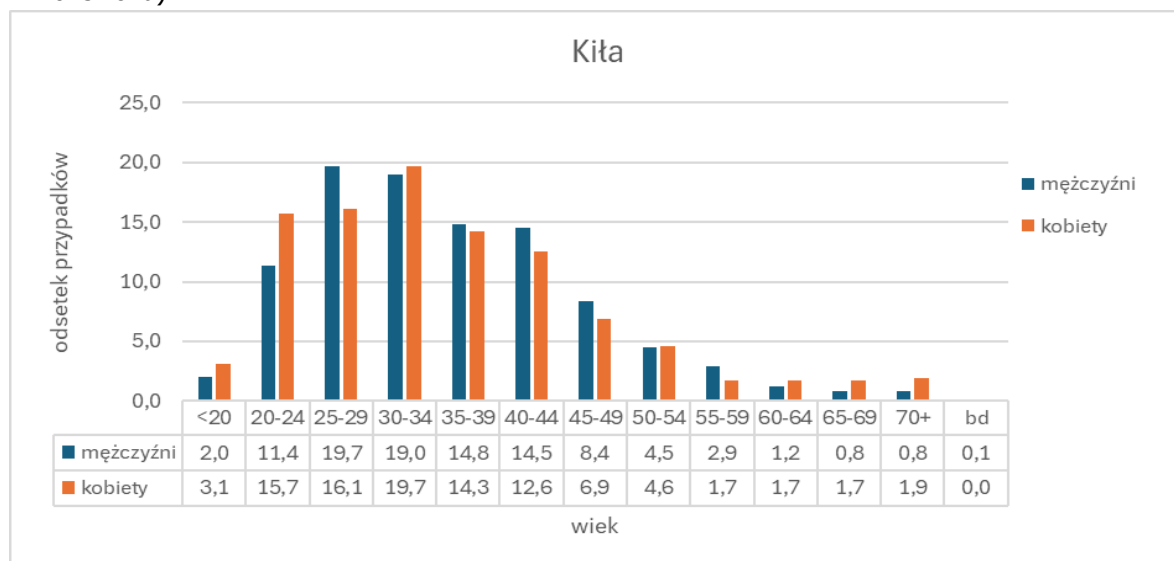


Źródło: opracowanie NIZP PZH-PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 - dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 oraz dane dot. ludności w roku 2025 - GUS

Najwięcej przypadków wśród mężczyzn zarejestrowano w grupie wieku 25-29 lat (19,7%) oraz w wieku 30-34 lat (19,0%). U kobiet – najwięcej zgłoszonych przypadków dotyczyło kobiet w wieku 30-34 lat (19,7%). Większy odsetek przypadków kobiet niż mężczyzn został zgłoszony wśród

najmłodszych kobiet tj. poniżej 25 r.ż. i wśród najstarszych kobiet tj. po 60 r.ż. Szczegółowy rozkład proporcji osób zakażonych według płci i wieku przedstawiono na wykresie 7.

Wykres 7. Odsetek przypadków kiły w podziale na płeć i wiek osób zakażonych (przypadki zgłoszone w 2025 roku)



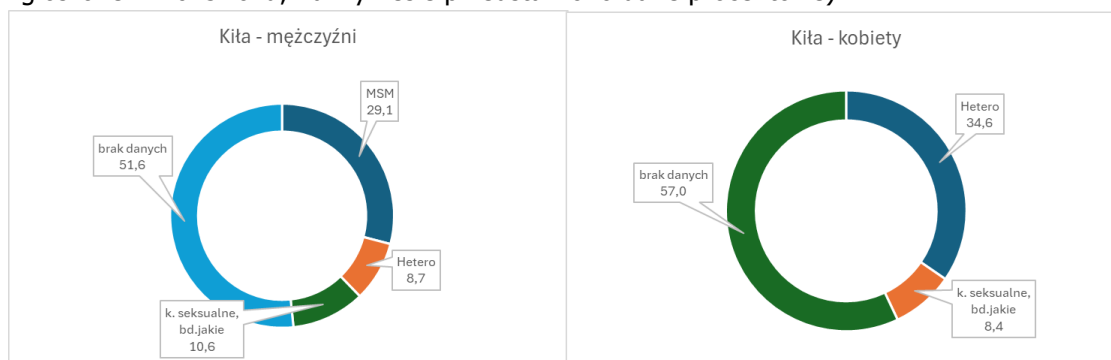
1 transmęczczyzna w wieku 30-34 lata (dane ujęte na wykresie)

Źródło: opracowanie NIZP PZH-PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r.

Najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia dla kiły nie wskazano dla 51,6% przypadków w grupie mężczyzn i 57,0% w grupie kobiet. Wśród wszystkich mężczyzn (bez wykluczania braków danych), co trzeci przypadek dotyczył populacji MSM – 29,1%. Kontakty heteroseksualne dotyczyły 8,7% przypadków, a 10,6% mężczyzn wskazało, że drogą transmisji zakażenia były kontakty seksualne, bez określenia rodzaju kontaktu seksualnego. Wśród kobiet (bez wykluczania braków danych), najwięcej zakażeń było przenoszonych drogą kontaktów heteroseksualnych – 34,6%.

Natomiast, po wykluczeniu braków danych, wśród mężczyzn ze znaną drogą transmisji (1 405 przypadków), zakażenia wśród MSM stanowiły 60,1% przypadków, a zakażenia heteroseksualne – 18,0% zakażeń. Zakażenia na drodze kontaktów seksualnych, bez określonego rodzaju kontaktu, zostały wskazane przez 21,9% mężczyzn. Po wykluczeniu braków danych, wśród kobiet ze znaną drogą transmisji (205 przypadków), zakażenia na drodze kontaktów heteroseksualnych stanowiły 80,5%. Pozostała droga zakażenia została określona jako kontakty seksualne, bez wskazanego rodzaju kontaktu seksualnego (19,5% kobiet ze znaną drogą zakażenia). Wykres 8 przedstawia drogę zakażenia dla zgłoszonych w 2025 roku przypadków kiły dla kobiet i mężczyzn (odsetek liczony bez wykluczania braków danych).

Wykres 8. Prawdopodobna droga zakażenia dla kiły w zależności od płci osób zakażonych (przypadki zgłoszone w 2025 roku; na wykresie przedstawiono dane procentowe)



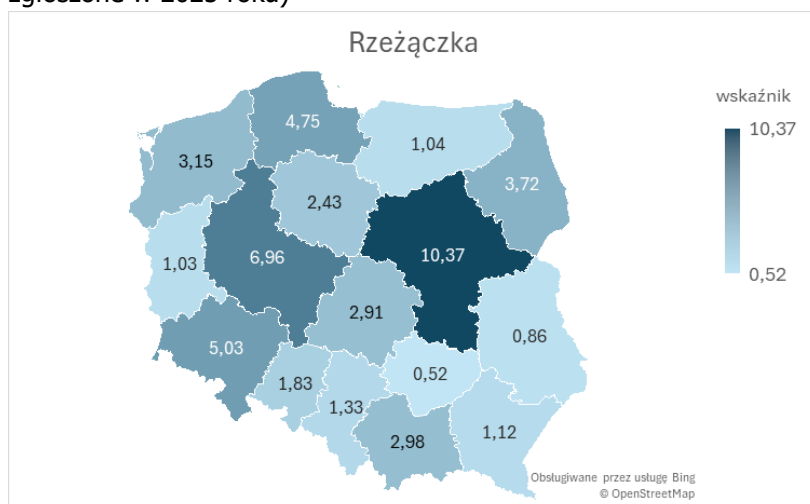
* uwzględniono 1 przypadek transmęczyzny - kontakt z osobą tej samej płci (jako MSM)

Źródło: opracowanie NIZP PZH-PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r., odsetek liczony bez wykluczania braków danych

Rzeżączka

W 2025 roku zgłoszono 1 524 przypadki rzeżączki w Polsce, w tym 1 345 u mężczyzn (uwzględniając 1 przypadek transmęczyzny) i 179 u kobiet. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki ogółem wynosił 4,07 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 7,45 przypadków na 100 000 mężczyzn, natomiast dla kobiet wynosił 0,93 przypadki na 100 000 kobiet. Na rycinie 4 przedstawiono wskaźnik dla poszczególnych województw. Najwyższy wskaźnik zgłoszono w województwie mazowieckim – 10,37 przypadków na 100 000 mieszkańców. W trzech województwach: wielkopolskim, dolnośląskim i pomorskim wskaźnik wahał się od 4 do 6 przypadków na 100 000 mieszkańców. W pozostałych województwach wskaźnik był znacznie niższy.

Wykres 9. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki na 100 000 mieszkańców wg województw (przypadki zgłoszone w 2025 roku)

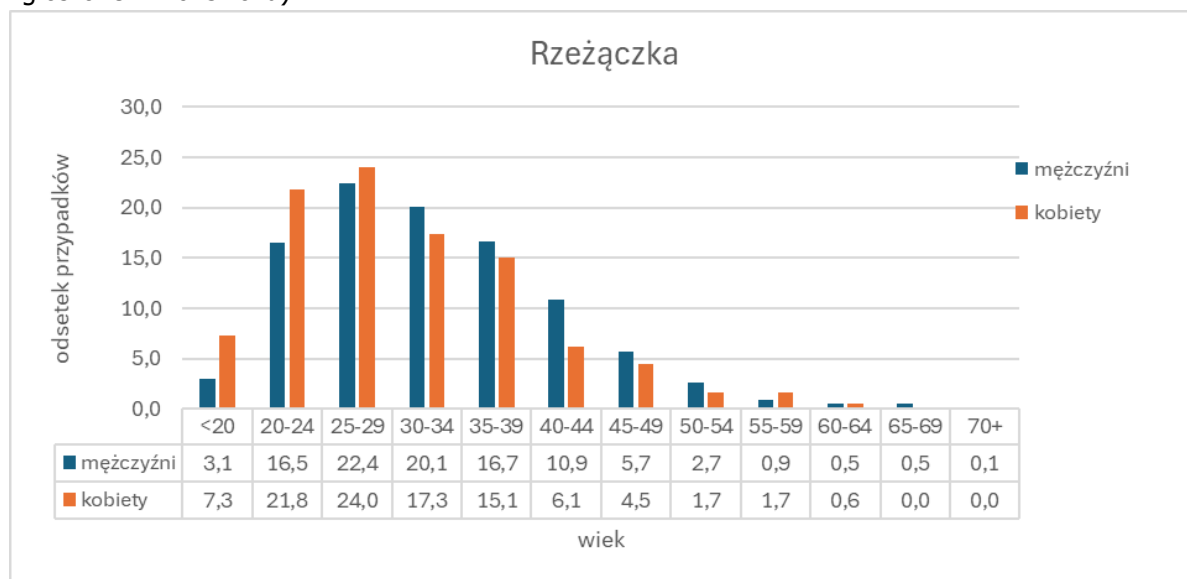


Źródło: opracowanie NIZP PZH-PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 - dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r. oraz dane dot. ludności w roku 2025 - GUS

Najwięcej przypadków rzeżączki wśród mężczyzn zarejestrowano w grupie wieku 25-29 lat (22,4%) oraz w grupie wieku 30-34 lat (20,1%). U kobiet rzeżączka najczęściej przypadków odnotowano w grupach wieku 25-29 lat (24,0%) oraz 20-24 lat (21,8%). Większy odsetek przypadków kobiet niż mężczyzn został zgłoszony wśród najmłodszych kobiet, tj. poniżej 25 r.ż. Proporcje

zarejestrowanych przypadków rzeżączki według płci i wieku osób zakażonych przedstawiono na wykresie 10.

Wykres 10. Odsetek przypadków rzeżączki w podziale na płeć i wiek osób zakażonych (przypadki zgłoszone w 2025 roku)



* 1 transmężczyzna w grupie wieku 25-29 lat (dane ujęte na wykresie)

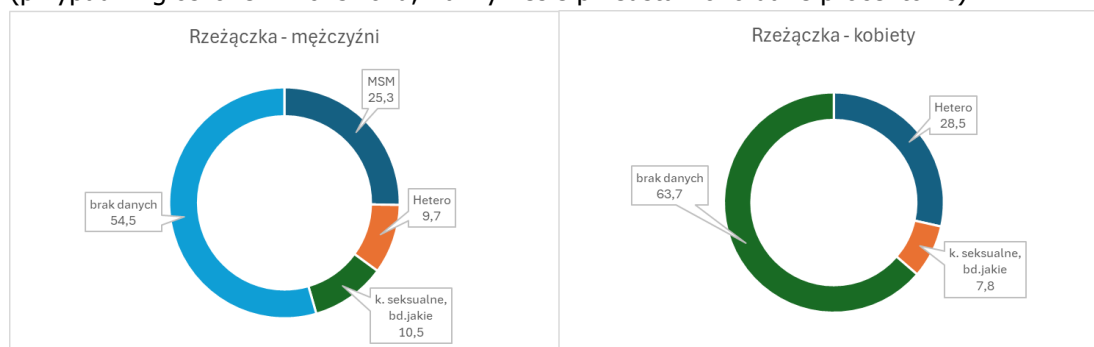
Źródło: opracowanie NIZP PZH-PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r.

Najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia dla przypadków rzeżączki nie wskazano dla 54,5% mężczyzn i 63,7% kobiet. Wśród wszystkich mężczyzn (bez wykluczania braku danych), co czwarty przypadek dotyczył mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) – 25,3%. Kontakty heteroseksualne były najbardziej prawdopodobną drogą transmisji zakażenia dla 9,7% przypadków mężczyzn, a w przypadku 10,5% nie wskazano dokładnego rodzaju kontaktu seksualnego jako drogi transmisji. Wśród wszystkich kobiet (bez wykluczania braków danych), 28,5% zakażeń dotyczyło transmisji heteroseksualnych, a dla 7,8% kobiet nie określono rodzaju kontaktu seksualnego.

Natomiast, po wykluczeniu braków danych, wśród mężczyzn ze znaną drogą transmisji (612 przypadków), zakażenia wśród MSM stanowiły 55,6% przypadków, zakażenia heteroseksualne – 21,4%, a zakażenia na drodze kontaktów seksualnych, bez określonego rodzaju kontaktu, zostały wskazane przez 23,0% mężczyzn. Po wykluczeniu braków danych, wśród kobiet ze znaną drogą transmisji (65 przypadków), zakażenia na drodze kontaktów heteroseksualnych i kontaktów bez podania rodzaju kontaktu, zostały wskazane jako prawdopodobna droga zakażenia dla odpowiednio 78,5% i 21,5% kobiet.

Na wykresie 11 przedstawiono drogę zakażenia dla zgłoszonych w 2025 roku przypadków rzeżączki dla kobiet i mężczyzn (odsetek liczony bez wykluczania braków danych).

Wykres 11. Prawdopodobna droga zakażenia dla rzeżączki w zależności od płci osób zakażonych (przypadki zgłoszone w 2025 roku; na wykresie przedstawiono dane procentowe)



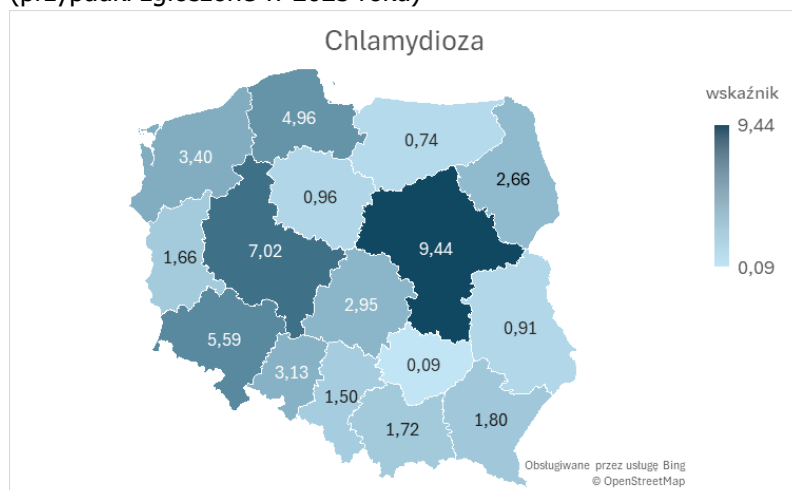
* uwzględniono 1 przypadek transmężczyzny - kontakt z osobą tej samej płci (jako MSM)

Źródło: opracowanie NIZP PZH-PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r., odsetek liczony bez wykluczania braków danych

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

W 2025 roku wykazano 1 448 przypadków chlamydiozy w Polsce, w tym 873 u mężczyzn i 575 u kobiet. Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydiozy wynosił 3,87 przypadków na 100 000 mieszkańców. Wśród mężczyzn wskaźnik ten wynosił 4,83 przypadków na 100 000 mężczyzn, natomiast wśród kobiet 2,97 na 100 000 kobiet. Na rycinie 7 przedstawiono wskaźnik dla poszczególnych województw. Najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie: mazowieckim - 9,44 przypadki, wielkopolskim - 7,02 przypadki, dolnośląskim - 5,59 przypadków i pomorskim – 4,96 przypadków na 100 000 mieszkańców. W pozostałych województwach wskaźnik ten był znacznie niższy.

Wykres 12. Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydiozy na 100 000 mieszkańców wg województw (przypadki zgłoszone w 2025 roku)

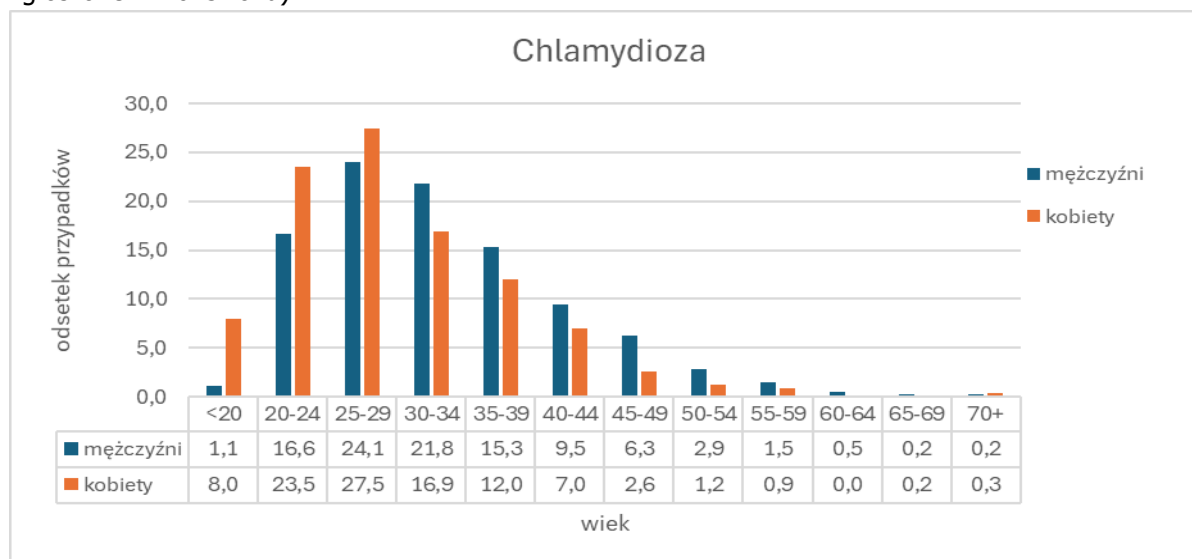


Źródło: opracowanie NIZP PZH-PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r. oraz dane dot. ludności w roku 2025 - GUS

Najwięcej przypadków chlamydiozy wśród mężczyzn zarejestrowano w grupach wieku 25-29 lat (24,1%) oraz 30-34 lat (21,8%). Wśród kobiet – najwięcej przypadków zgłoszono w grupach wieku 25-29 lat (27,5%) oraz 20-24 lat (23,5%). Zakażenia wśród kobiet dominowały w młodszych grupach wieku, poniżej 25 r.ż., natomiast wśród osób po 60 r.ż. odsetek zakażeń był porównywalny

zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Proporcje zarejestrowanych przypadków chlamydiozy według płci i wieku zakażonych osób przedstawiono na wykresie 13.

Wykres 13. Odsetek przypadków chlamydiozy w podziale na płeć i wiek osób zakażonych (przypadki zgłoszone w 2025 roku)

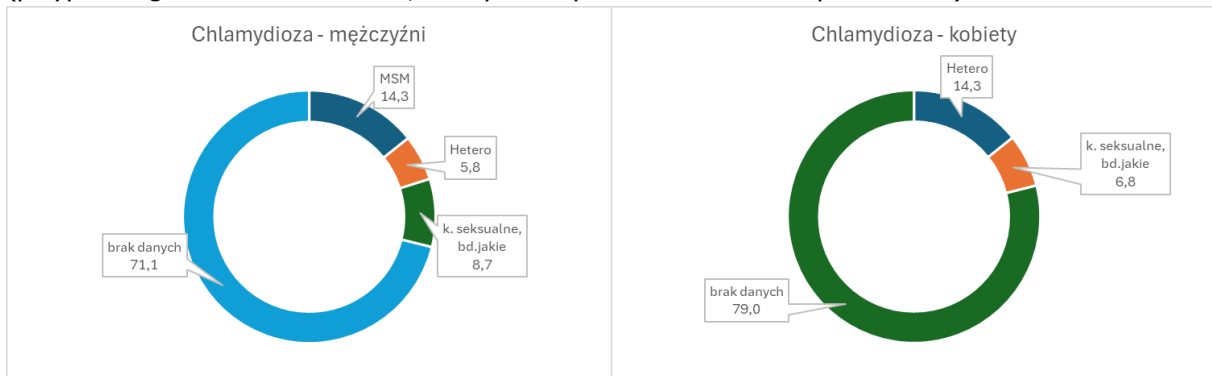


Źródło: opracowanie NIZP PZH-PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025– dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r.

Najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia dla przypadków chlamydiozy nie wskazano dla 71,1% mężczyzn i 79,0% kobiet. Wśród mężczyzn (bez wykluczania braków danych) najczęściej zakażenia dotyczyły mężczyzn MSM – 14,3% oraz osób zakażonych w wyniku kontaktów heteroseksualnych – 5,8% i w wyniku kontaktów bez podania rodzaju kontaktu seksualnego – 8,7%. Natomiast wśród kobiet (bez wykluczania braków danych), zakażenia wśród osób podejmujących kontakty heteroseksualne, jak i kontakty seksualne, bez określonego rodzaju kontaktu seksualnego, zostały wskazane jako najbardziej prawdopodobna droga zakażenia, odpowiednio dla 14,3% i 6,8% przypadków. Na rycinie 9 przedstawiono szczegóły dotyczące transmisji zakażenia dla wykazanych przypadków chlamydiozy dla kobiet i mężczyzn, zgłoszonych w roku 2025 (odsetek liczony bez wykluczania braków danych).

Natomiast, po wykluczeniu braków danych, wśród mężczyzn ze znaną drogą zakażenia (252 przypadki), najczęściej zakażenia dotyczyły zakażeń w grupie mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami – 49,6% oraz kontakty heteroseksualne – 20,2% i kontakty bez określenia typu kontaktu – 30,2%. Po wykluczeniu braków danych, wśród kobiet ze znaną drogą transmisji (121 przypadków), zakażenia na drodze kontaktów heteroseksualnych i kontaktów bez podania rodzaju kontaktu zostały wskazane jako prawdopodobna droga zakażenia dla odpowiednio 67,8% i 32,2% kobiet.

Wykres 14. Prawdopodobna droga zakażenia dla chlamydiozy w zależności od płci osób zakażonych (przypadki zgłoszone w 2025 roku; na wykresie przedstawiono dane procentowe)



Źródło: opracowanie NIZP PZH-PIB w oparciu o wywiady zarejestrowane w EpiBazie w roku 2025 – dane jednostkowe, stan na 09.03.2026 r., odsetek liczony bez wykluczania braków danych

Dane epidemiologiczne dotyczące zakażeń HIV/kiły/HCV otrzymywane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych znajdują się w części - II OBSZAR TEMATYCZNY: ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV WŚRÓD OSÓB O ZWIĘKSZONYM POZIOMIE ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH.

3. KRAJOWY PROGRAM

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

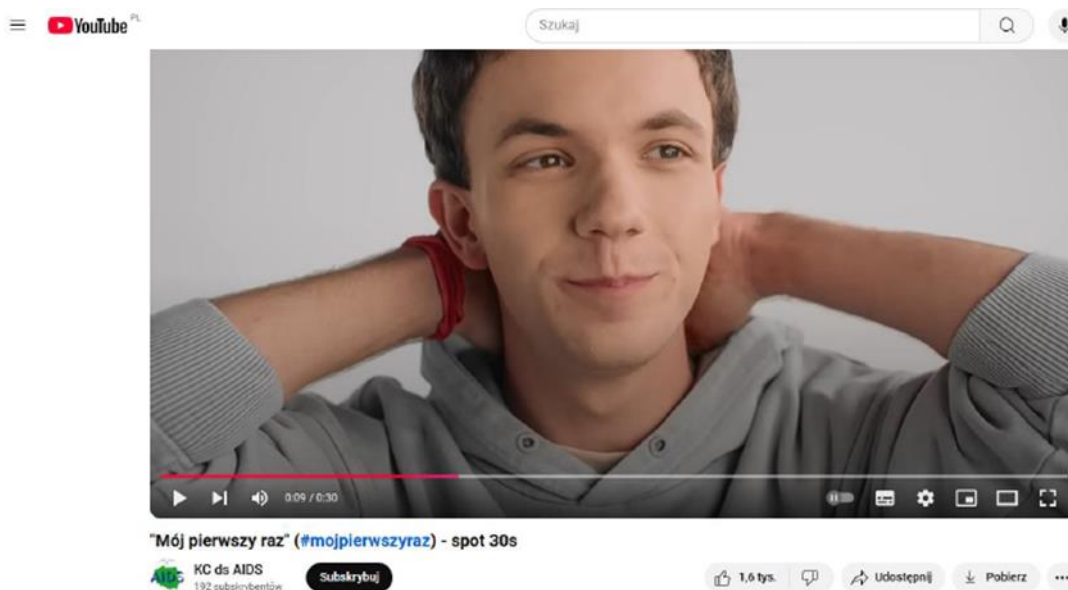
Cel szczegółowy

- 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 7 listopada - 11 grudnia 2025 r., Centrum kontynuowało kampanię społeczną o charakterze edukacyjno-profilaktycznym pod hasłem: „Mój pierwszy raz (#mójpierwszyraz)”, skierowaną do młodych dorosłych.

W 133 kinach zlokalizowanych we wszystkich województwach wyemitowano 30-sekundowy spot, zachęcający do wczesnej diagnostyki i wykonania (prawdopodobnie po raz pierwszy w życiu) testu w kierunku HIV. Spot został obejrzały przez 1 370 829 widzów. Reklama w kinach to jedna z najbardziej efektywnych form dotarcia do szerokiej grupy odbiorców – w roku 2025 koszt dotarcia do jednego widza wyniósł 0,11 zł.



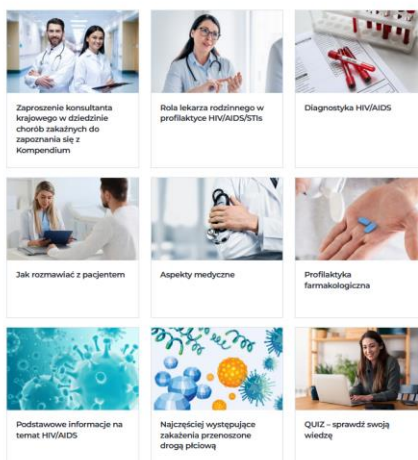
Krajowe Centrum ds. AIDS prowadziło dodatkowe działania informacyjno-edukacyjne poprzez: współpracę z WSSE i PSSE na terenie kraju, z punktami konsultacyjno-diagnostycznymi, z Urzędami Wojewódzkimi i Marszałkowskimi oraz innymi realizatorami Krajowego Programu, takimi jak: organizacje pozarządowe (NGOs) 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).

DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej od maja 2025 r. włączono wykonanie testu przesiewowego w kierunku HIV do koszyka świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, finansowanego z budżetu powierzonego. Z informacji uzyskanych z Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia, w okresie od 2 maja do 31 grudnia 2025 r. zarejestrowano 6 565 pacjentów, u których wykonano test w kierunku HIV.

Wychodząc naprzeciw potrzebom środowiska lekarskiego, Centrum zaktualizowało portal edukacyjny: www.hiv-aids.edu.pl/ poprzez dodanie specjalistycznego materiału edukacyjnego pn. „**Kompendium wiedzy dla lekarzy POZ**”, aby lekarze zainteresowani poszerzeniem swojej wiedzy mieli dostęp online do materiałów przygotowanych przez ekspertów: www.hiv-aids.edu.pl/kompendium-wiedzy.

Kompendium wiedzy dla lekarzy POZ



<http://hiv-aids-edu.pl/test/connectmedica.com/kompendium-wiedzy/quiz-sprawdz-swoja-wiedze>

Do współpracy przy projekcie zostali zaproszeni najlepsi specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych, m.in.: dr n. med. prof. UJ Monika Bociąga-Jasik – Prezes PTN AIDS, prof. dr hab. n. med. Miłoz Parczewski – konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, dr n. med. Bartosz Szetela – asystent w Klinice Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM we Wrocławiu.

Nagrano 8 filmowych materiałów informacyjno-edukacyjnych z ekspertami w zakresie HIV/AIDS, poruszających m.in. kwestie dotyczące:

- roli lekarza rodzinnego w profilaktyce HIV/AIDS/STIs,
- zwiększenia dostępności do diagnostyki w kierunku HIV oraz zapobiegania zakażeniom,
- interpretacji wyników testów przesiewowych,
- profilaktyki farmakologicznej,
- rozmowy z pacjentem, zarówno przed, jak i po teście, w kierunku HIV,
- najczęściej występujących zakażeń przenoszonych drogą płciową,
- rozwiązań systemowych wobec HIV/AIDS.

Materiały zostały umieszczone w ramach „Kompendium wiedzy HIV/AIDS dla lekarzy POZ”, zarówno na portalu edukacyjnym: www.hiv-aids.edu.pl/, jak i w mediach społecznościowych Centrum: Facebook i YouTube.

Left Thumbnail:
 prof. dr hab. n. med. Miłoz Parczewski
 Konsultant Krajowy ds. Chorób Zakaźnych
 UNDETECTABLE = UNTRANSMITTABLE
 Study Sees No HIV Transmissions While on Effective Treatment
 Final results from the PARTNER 2 study of gay and to men confirm that
 • Udowodniono, że przy podaniu skutecznych leków przeciwwirusowych (ARV) wirus HIV nie przenosi zakażenia HIV.
 • U=U: wirus HIV nie przenosi zakażenia HIV.
 a U=U to Undetectable=Untransmittable,

Right Thumbnail:
 dr hab. Monika Bociąga-Jasik
 prof. UJ, Prezes PTN AIDS
 Niewykrywalna wirusowa HIV (Undetectable HIV Viral Load) równa się brak ryzyka transmisji zakażenia (Untransmittable HIV Infection) (U=U/N=N)
 • W 2017, HIVMA oficjalnie ogłosiła kompendium dotyczący U=U
 "Kiedy osoba zakażona HIV ma niewykrywalną wirusową, nie przenosi zakażenia HIV"
 Dane z badań przeprowadzonych w latach 2008-2016 wykazały "zerowe" ryzyko transmisji zakażenia w przypadku > 200.000 kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia (F-M, M-M), w których partner zakażony HIV miał niewykrywalną wirusową HIV przez dłuższy okres czasu.
 UNDETECTABLE = UNTRANSMITTABLE
 U=U N=N
 Dostępne w: PARTNER 2

mają niewykrywalne poziomy wirusii HIV.



Informacja o powstaniu Kompendium została udostępniona poprzez System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI), działający w ramach NFZ.

W celu wzmocnienia przekazu informacyjno-edukacyjnego, Centrum podjęło współpracę:

- 1) z „Gazetą Lekarską” (miesięcznik Naczelnej Izby Lekarskiej, dystrybuowany wysyłkowo i bezpłatnie do wszystkich członków izb lekarskich w nakładzie ok. 180 tys. egzemplarzy) – w numerze nr 10/2025 z dnia 30 września 2025 r. ukazał się materiał na temat możliwości zlecenia testu w kierunku HIV przez lekarzy POZ oraz informacja w jakich sytuacjach klinicznych należy rozważyć zlecenie testu.
- 2) z czołowymi portalami medycznymi takimi jak: Medexpress, Puls Medycyny, Medycyna Praktyczna, Podyplomie.pl, Rynek Zdrowia, Konsylium24, Forum Medycyny Rodzinnej, Lekarz POZ i Menadżer Zdrowia, skierowanymi do środowiska medycznego, poprzez zlecenie im wysyłki materiału graficznego na temat możliwości zlecenia testów przesiewowych w kierunku HIV przez lekarzy POZ jako banner w newsletterze lub w formie kampanii display (6 października-25 listopada 2025 r.). Kampania na portalach medycznych wygenerowała blisko 800 tys. wyświetleń, a komunikaty dotyczące możliwości zlecenia testów przesiewowych w kierunku HIV w POZ zostały otworzone przez użytkowników docelowych – głównie lekarzy POZ, w mailingach lub przekierowaniach na stronę Kompendium, ponad 18 tys. razy.

Przykłady niektórych działań poniżej:

- Podyplomie.pl: <https://podyplomie.pl/>



- Medexpress.pl: <https://www.medexpress.pl/>



- Konsylium 24: <https://konsylium24.pl/>



- Menedżer Zdrowia: <https://www.termedia.pl/mz>



- Medycyna Praktyczna: <https://www.mp.pl/>



BADANIA SPOŁECZNE

- 1) W ramach postępowania na przeprowadzenie analiz statystycznych danych uzyskanych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych za lata 2023–2024 - prowadzonych w latach ubiegłych, Fundacja Instytut Badań Rynkowych i Społecznych IBRIS wykonała przedmiotowe badanie i przedstawiła w raporcie kluczowe wnioski. Wyniki analiz są źródłem wiedzy o zmianach zachodzących w sytuacji epidemiologicznej oraz wsparciem przy wyborze grupy docelowej podczas działań profilaktycznych. Po raz pierwszy dane z PKD obejmowały, oprócz testów w kierunku HIV, także testy screeningowe na kiłę i HCV.
- 2) W dniach 22-24 sierpnia 2025 r. na ogólnopolskim panelu badawczym Ariadna, na zlecenie Centrum, zostało przeprowadzone metodą CAWI badanie typu OMNIBUS 18+ (badanie wielotematyczne służące do badania rynku, przeprowadzane na reprezentatywnej próbie populacji w regularnych odstępach czasu), z wykorzystaniem dwóch gotowych modułów ankietowych, dotyczących tematyki HIV i AIDS:
 - a) *Testowanie w kierunku HIV* – w tym postawy, praktyki oraz bariery związane z podejmowaniem decyzji o wykonaniu testu.
 - b) *Poziom wiedzy i świadomości społecznej w zakresie zakażenia HIV i choroby AIDS* – wraz z identyfikacją luk edukacyjnych i potrzeb informacyjnych.

Podstawowymi celami badania była aktualizacja wiedzy o postawach Polaków wobec HIV, znajomości metod zapobiegania zakażeniu HIV, postrzegania osobistego ryzyka zakażenia, skali oddziaływania motywatorów i demotywowatorów na decyzję o poddaniu się testowi w kierunku obecności wirusa w organizmie.

XXXII KONFERENCJA „CZŁOWIEK ŻYJĄCY Z HIV W RODZINIE I SPOŁECZEŃSTWIE”

W dniach 1-2 grudnia 2025 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. Paulina Piechno-Więckiewicz, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej oraz Monika Bociąga-Jasik, Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS.

Podczas konferencji odbyły się m.in.:

- Sesje poświęcone m.in.:
 - krajowej strategii STIs,
 - testowaniu w kierunku HIV w placówkach POZ,
 - wyzwaniom w profilaktyce STIs,
 - edukacji zdrowotnej,
 - redukcji szkód,
 - niemedycznemu testowaniu,
 - przeciwdziałaniu stygmatyzacji.
- 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 szczególny 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.

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.

Wydarzenie cieszyło się bardzo dużym zainteresowaniem, według podpisów na liście recepcyjnej, w wydarzeniu wzięło udział 297 uczestników stacjonarnych. Film z pierwszego dnia konferencji uzyskał 874 wyświetlenia od momentu transmisji, natomiast nagranie z drugiego dnia – 715 wyświetleń.

SKOLENIA

Krajowe Centrum ds. AIDS zrealizowało:

- 1) szkolenie pt. *„Zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS”* dla pracowników i funkcjonariuszy Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej w dniu 25 maja 2025 r. W szkoleniu w formie webinaru z wykorzystaniem platformy ZOOM łącznie wzięło udział 216 osób.
- 2) superwizje - w dniach 27 maja, 10 czerwca, 2 września i 1 października 2025 r. Krajowe Centrum ds. AIDS zorganizowało i przeprowadziło superwizje dla doradców punktów konsultacyjno-diagnostycznych i konsultantów Telefonu Zaufania AIDS. Superwizor swoim doświadczeniem, obiektywnym spojrzeniem i konstruktywną krytyką pomaga doradcom zwiększyć samoświadomość dotyczącą ich pracy z klientem PKD i podwyższyć jakość świadczonego poradnictwa okołotestowego i konsultacji. W czterech superwizjach dla doradców PKD oraz konsultantów Telefonu Zaufania AIDS wzięło udział łącznie 32 osoby.

Portal edukacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS - www.hiv-aids.edu.pl



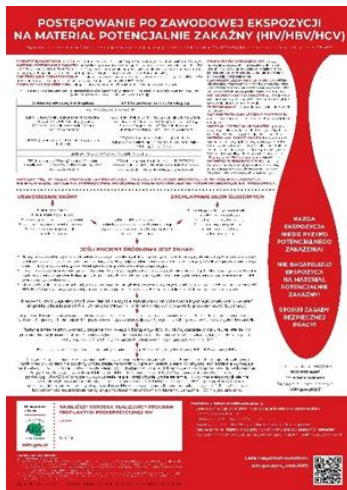
Portal edukacyjny jest istotnym elementem działalności szkoleniowej Krajowego Centrum ds. AIDS, realizowanej od 2008 r. Zawiera materiały edukacyjne i zalecane publikacje w zakresie następującej tematyki dotyczącej HIV/AIDS/STIs:

- HIV/AIDS – informacje podstawowe;
- diagnostyka i poradnictwo okołotestowe;
- profilaktyka farmakologiczna;
- 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 2025 r. portal został rozbudowany poprzez dodanie do niego zakładki: „Kompedium wiedzy dla lekarzy z POZ”, aby lekarze zainteresowani poszerzeniem swojej wiedzy mieli nieograniczony dostęp online do profesjonalnych materiałów edukacyjnych, dostosowanych do ich potrzeb i opracowanych przez specjalistów dla profesjonalistów. Rozbudowana baza materiałów pozwala na wybór treści dopasowanych do bieżących potrzeb klinicznych danego lekarza i wsparcie lekarzy w prowadzeniu edukacji zdrowotnej pacjentów, co jest kluczowe dla profilaktyki zdrowia publicznego.

OPRACOWANIE, WYDAWANIE I DYSTRYBUCJA MATERIAŁÓW EDUKACYJNO-INFORMACYJNYCH

Plakat i ulotka dotyczące postępowania poekspozycyjnego (PEP)

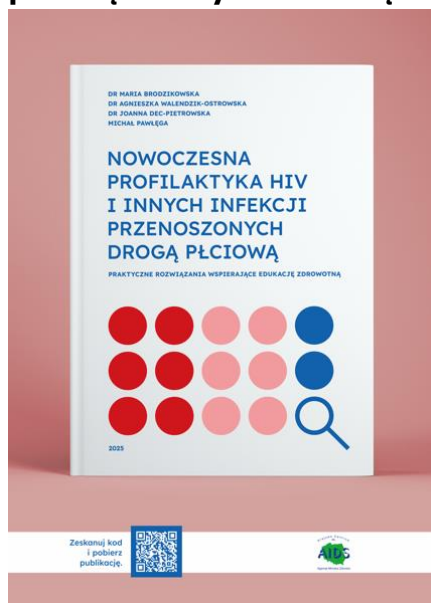


W związku z potrzebą podnoszenia poziomu świadomości i wiedzy środowisk medycznych oraz innych grup zawodowych narażonych na ryzyko zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV), Krajowe Centrum ds. AIDS wydało i rozdystrybuowało za pośrednictwem wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych plakat i ulotkę dotyczące postępowania poekspozycyjnego. Celem tego rodzaju profilaktyki jest zminimalizowanie ryzyka zakażenia.

Obydwa materiały zostały wydrukowane i dostarczone do WSSE i magazynu Centrum. Nakład: 70 600 ulotek poekspozycyjnych, wartość 14 120,00 zł, Nakład: 6 000 adhezyjnych plakatów poekspozycyjnych, wartość: 21 180,00 zł.



Publikacja pt. „Nowoczesna profilaktyka HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową. Praktyczne rozwiązania wspierające edukację zdrowotną”.



Ten materiał jest narzędziem przydatnym do przygotowywania zajęć dotyczących profilaktyki HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową (ang. *sexually transmitted infections, STIs*). Na polskim rynku wydawniczym brakowało 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. Opracowanie może być wykorzystane przez osoby zajmujące się edukacją zdrowotną, chcące uaktualnić bądź poszerzyć swoją wiedzę na temat problematyki HIV/STIs. Podczas pracy nad publikacją wykorzystano najnowszą wiedzę naukową, zalecenia oraz standardy odnoszące się do edukacji i profilaktyki HIV/STIs, opracowane przez liczne organizacje międzynarodowe.

Materiał jest dostępny w wersji elektronicznej: www.gov.pl/web/aids/nowoczesna-profilaktyka-hiv. Opracowano też plakat promujący publikację.

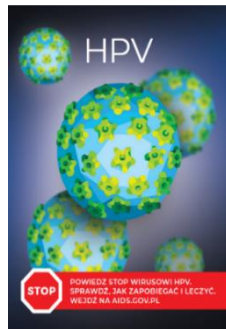
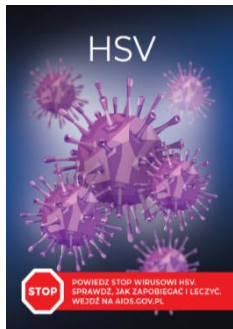
Naklejka kampanijna #mójpierwszyraz

W ramach kampanii „Mój pierwszy raz”, skierowanej do tzw. młodych dorosłych, czyli osób w wieku 18–24, Centrum przygotowało naklejki, które nawiązują do realizowanej w latach 2024-2025 kampanii #mójpierwszyraz. Taka forma materiału promującego testowanie sprawdza się podczas różnych eventów; potrzeba realizacji tego zadania została zaproponowana przez IFMSA oraz WSSE. Materiał zachęca do wykonania testu w kierunku HIV po raz pierwszy w życiu, np. w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym (PKD), gdzie można wykonać badanie anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania, a także promuje stronę internetową kampanii #mójpierwszyraz oraz adresy PKD. Naklejki zostały wydrukowane i dostarczone do WSSE i magazynu Centrum. Nakład: 300 000, wartość: 15 000,00 zł.



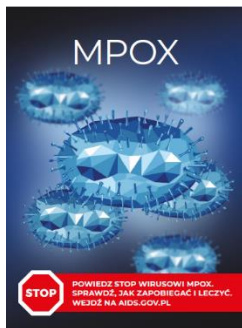
Kontynuacja serii POWIEDZ STOP – 2 broszury o HSV i HPV





Krajowe Centrum ds. AIDS przygotowało dwie kolejne broszury – dotyczące wirusa brodawczaka ludzkiego oraz wirusa opryszczki pospolitej. Obydwa materiały zostały wydrukowane i dostarczone do WSSE i magazynu Centrum. Są one spójne z opracowanymi wcześniej 9 broszurami dot. zakażeń przenoszonych drogą płciową z tej serii.

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. Nakład: 161 000 broszur HPV i HSV, wartość 53 468,10 zł.



W ramach kontynuacji serii POWIEDZ STOP opracowano dodatkowo broszurę dotyczącą wirusowej choroby odzwierzęcej wywoływanej przez **wirusa mpoX** (ang. **MonkeyPoX Virus**, MPXV) (dawniej ospa małpia). W roku 2026 planowany jest druk broszury.

Krajowe Centrum ds. AIDS zamówiło aktualizację dwóch broszur: **Co dalej? Dodatni wynik testu w kierunku HIV** - broszura skierowana do osób z reaktywnym (+) wynikiem testu oraz **Co teraz? Ujemny wynik testu w kierunku HIV** - dla osób z niereaktywnym (-) wynikiem.

Pierwsza broszura przypomina, że w celu rozpoznania zakażenia niezbędne jest wykonanie testu potwierdzenia. Podpowiada, co warto i co należy zrobić w pierwszej kolejności, jakie kroki podjąć po rozpoznaniu zakażenia oraz odpowiada na często zadawane pytania, m.in.:

- Czy należy informować kogoś o wykrytym zakażeniu?
- Jak życie z HIV różni się od życia bez wirusa?
- Jak wygląda leczenie osób zakażonych HIV?



Druga broszura przeznaczona jest dla osób, które wykonały test w kierunku HIV, a ich wynik okazał się negatywny, co oznacza, że nie są zakażone. Przypomina podstawowe informacje dotyczące testów, np. o tym, że wiarygodny wynik testu można uzyskać dopiero po 6 tygodniach (dla testów IV generacji) lub 12 tygodniach (dla testów III generacji) od ostatniego ryzykownego zachowania/ekspozycji. Odpowiada na podstawowe pytania dotyczące zakażenia HIV, m.in. dotyczące tego, jak można

zapobiegać zakażeniu i co zwiększa ryzyko jego przeniesienia.

Materiały zostaną wydane w 2026 roku, kieszonkowy format (A7) ułatwi dystrybucję. Zanim to nastąpi, kody QR do obydwu broszur są promowane podczas akcyjnego testowania.

Dwie podkładki pod kubek z ważnymi informacjami



Krajowe Centrum ds. AIDS przygotowało i wydało dwa projekty interesujących materiałów profilaktycznych w formie podkładek pod kubek. Pierwszy projekt – chmura tagów – zachęca do testowania. W środku kształtu serca z dłoni umieszczono słowa kluczowe, hasła (tagi) związane z HIV, dzięki czemu łączą się i tworzą tzw. chmurę tagów.

Podkładka promuje nie tylko wykonanie testu w kierunku HIV, lecz także Telefon Zaufania i Poradnię Internetową.

Drugi projekt – nawiązuje do realizowanej w latach 2024-2025 kampanii #mójpierwszyraz – przekaz zachęca do wykonania testu w kierunku HIV po raz pierwszy w życiu, np. w punkcie

konsultacyjno-diagnostycznym (PKD), gdzie można wykonać badanie anonimowo, bezpłatnie, bez skierowania i bezpiecznie, a także promuje Telefon Zaufania i Poradnię Internetową.

Podkładki zostały wydrukowane i dostarczone do WSSE i magazynu Centrum.

Nakład: 42 000, wartość: 14 922,60 zł.

Etykiety (numery) i formularze do PKD na rok 2026

Krajowe Centrum ds. AIDS zamówiło usługę druku i dystrybucji etykiet (numerów) oraz formularzy „zalecenie wykonania badania” na rok 2026, wykorzystywanych do pracy w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, w których można wykonać test w kierunku HIV, kiły i HCV anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania, oraz podczas akcyjnego testowania. W celu zachowania anonimowości klient podaje hasło i otrzymuje indywidualny numer, który wykorzystywany jest w procesie konsultacji i badania.

Nakład: 400 000 etykiet (numerów) oraz 21 800 formularzy, wartość: 14 800,00.

Inne

Krajowe Centrum ds. AIDS zainicjowało opracowanie dwóch publikacji dotyczących osób żyjących z HIV, z nowo wykrytym zakażeniem, z dwóch perspektyw:

- osoby wydającej wynik/doradcy PKD/lekarza POZ/pracowników ochrony zdrowia, np. pielęgniarek oraz

- osoby, która dowiedziała się o zakażeniu/klienta PKD/pacjenta.

Materiały, po uzyskaniu akceptacji przez MZ, zostaną wydane. W roku 2026 będą dystrybuowane m.in. przez PKD oraz placówki ochrony zdrowia.

Ponadto w ramach publikacji przygotowanych przez Centrum wydrukowano i rozdystrybuowano do wszystkich WSSE, magazynu Centrum oraz przekazano uczestnikom XXXII Ogólnopolskiej Konferencji pn. „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”, zorganizowanej w Warszawie z okazji Światowego Dnia AIDS, kalendarze ścienne i książkowe na rok 2026, z informacjami na temat dostępności testów w kierunku HIV w POZ oraz zachęcających do testowania.:

- kalendarz trójdzielnny, nakład: 6 000 szt., wartość: 45 780 zł,
- kalendarz książkowy, nakład: 967 szt., wartość: 25 798,30 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 strony internetowej. Portal www.gov.pl/web/aids zawiera aktualną i kompleksową informację na temat działalności Centrum oraz epidemii HIV i innych STIs.

W 2025 r. portal został przeniesiony na oficjalną stronę rządową gov.pl. W ramach transferu:

- przeniesiono:
 - dane ze strony bip.aids.gov.pl;
 - dane ze strony aids.gov.pl;
- zarchiwizowano:
 - dane stron web: aids.gov.pl oraz bip.aids.gov.pl;
 - strony kampanii społecznych z ubiegłych lat;
- przygotowano nową stronę wpisując treści w strukturę serwisu RP. W dziale *O nas* znajdują się informacje na temat misji i wizji Centrum, dokumenty prawne, BIP i Księga znaku. Dział *Co robimy* zawiera informacje o działalności Centrum w zakresie profilaktyki i edukacji, aspektów medycznych dotyczących HIV/STIs i współpracy międzynarodowej.

Na czytelnych banerach zostały umieszczone najistotniejsze z punktu widzenia profilaktyki informacje, dotyczące:

- postępowania po ekspozycji na HIV, z adresami i telefonami do szpitali i klinik, w których można uzyskać całodobową pomoc. Informacja ta jest opatrzona uwagą o konieczności bezwzględnego, w przypadku długiego oczekiwania lub braku możliwości kontaktu telefonicznego, zgłoszenia się po ekspozycji bezpośrednio do wybranej przez siebie placówki medycznej z listy lub dowolnej kliniki chorób zakaźnych. Dokonano corocznej weryfikacji podanych numerów telefonicznych pod kątem ich dostępności dla osób po ekspozycji wypadkowej na HIV;
- punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), gdzie wykonywane są bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testy w kierunku HIV;
- Poradni Internetowej HIV/AIDS/STIs;
- bezpłatnego Telefonu Zaufania HIV/AIDS;
- portalu edukacyjnego Centrum: www.hiv-aids.edu.pl, z nowym modułem e-learningowym „Kompedium wiedzy dla lekarzy POZ”;
- zasady N=N – Niewykrywalny = Niezakażający (ang. U=U – Undetectable = Untransmittable) mówiącej o tym, że pacjenci, którzy przyjmują regularnie leki antyretrowirusowe i mają niewykrywalną wiramię przez okres dłuższy niż 6 miesięcy, nie są zakaźni drogą kontaktów seksualnych;
- chorób przenoszonych drogą płciową (STIs).

Analiza treści portalu pod kątem aktualności, funkcjonalności i przejrzystości prowadzona jest na bieżąco.

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: www.gov.pl/web/aids,

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

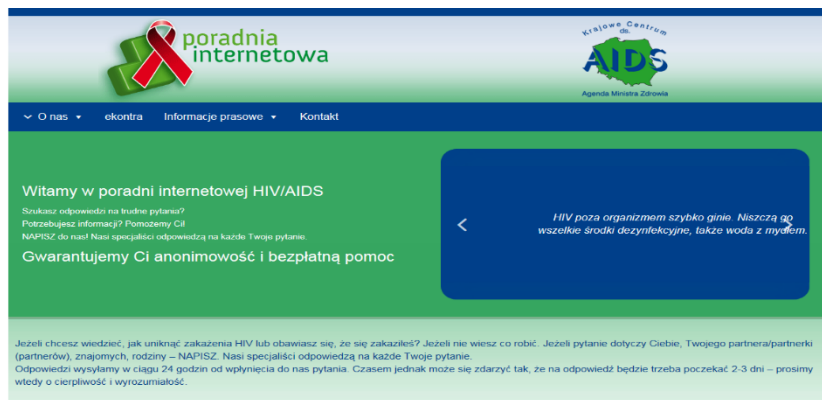
Telefon Zaufania AIDS

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 2025 roku pełniono dyżury w każdy dzień tygodnia w godzinach 9.00 - 21.00, łącznie 4 320 godzin oraz w okresie od 14 listopada do 21 grudnia dodatkowe 144 godziny jak dyżury nocne w godzinach 21.00 – 09.00 w piątki i soboty. Łącznie zanotowano 8 176 połączeń do telefonu zaufania, z których odebrano w godzinach dyżurów 5 246, pełną poradą zakończyło się 4 718 połączeń. System TELESTRADA zanotował także 1 981 połączeń nieodebranych w godzinach nocnych, w których telefon nie był czynny. Odnotowano również 949 połączeń w godzinach dyżurów konsultantów, które były rozłączone przez rozmówców w trakcie zapowiedzi lub trwającej rozmowy. Zanotowano połączenia z dużych i małych miejscowości z każdego z województw, przeważały połączenia z województwa mazowieckiego 1 712, a najmniej było z województwa podkarpackiego - 48. Mężczyźni dzwonili prawie trzykrotnie częściej niż kobiety. Na podstawie analizy wieku rozmówców telefonu zaufania w porównaniu do poprzednich okresów, daje się zauważyć tendencja wzrostu liczby rozmówców w starszych grupach wiekowych. Wcześniej rozmówcy byli najczęściej w przedziale 20-35 lat, teraz obserwuje się porównywalne liczby dla przedziału 35 – 44 lat oraz zwiększenie zainteresowania osób starszych, również powyżej 60 lat. Dzwonią też obywatele polscy przebywający w innych krajach, zanotowano 122 zagraniczne rozmowy, było także 143 rozmówców z Ukrainy, ale czasowo mieszkających w Polsce, większość poszukiwała możliwości kontynuacji leczenia ARV. W ciągu roku konsultanci telefonu zaufania udzielili odpowiedzi na 18 583 pytań z zakresu HIV/AIDS. Odnotowano wzrost liczby rozmów z osobami żyjącymi z HIV, fakt zakażenia zgłosiło 366 rozmówców, w tym osób chcących podjąć leczenie lub leczonych, zanotowano 1 164 pytania do dyżurnych i 120 pytań do lekarza konsultanta, z każdym rokiem pytania dotyczące leczenia są coraz bardziej szczegółowe i dotyczą wielu wątpliwości osób zakażonych w przebiegu leczenia. W 2025 roku zostały po raz pierwszy wprowadzone odrębne porady specjalistyczne, procedura była taka, że jeżeli dyżurny telefonu zaufania uznał pytanie rozmówcy za wymagające bardziej specjalistycznej odpowiedzi wtedy ustalał z osobą dzwoniącą w jaki sposób chciałaby uzyskać specjalistyczną poradę, czy zadzwoni ponownie czy zostanie umówiony ze specjalistą. Porady specjalistyczne były różnorodne, dotyczyły leczenia ARV i STI, możliwości uzyskania leczenia przez cudzoziemców, specyfiki leczenia w ciąży i dzieci. Niektóre pytania były kierowane do diagnosty laboratoryjnego. Wiele było pytań kierowanych do prawnika, często dotyczyły dyskryminacji osób HIV+. Prawnik nie tylko udzielał informacji, ale także pomagał sformułować pisma. Osoby z nowo wykrytym wynikiem dodatnim były wspierane przez terapeutę i psychologa.

Poradnia Internetowa

Poradnia Internetowa HIV/AIDS (www.aids.gov.pl/poradnia-internetowa/) prowadzi działalność informacyjno-edukacyjną realizowaną bezpośrednio przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Wejście na stronę Poradni jest możliwe poprzez stronę internetową Centrum: www.gov.pl/web/aids, zakładka Poradnia Internetowa.



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.

Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS

kontra

Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS

W 2025 r. opracowywano kolejne numery biuletynu „Kontra”, w których zamieszczono m.in. następujące artykuły:

- Sytuacja epidemiologiczna zakażeń przenoszonych drogą płciową: kiły, rzeżączki, chlamydie oraz HIV w Polsce po okresie COVID-19 i migracji osób z Ukrainy po konflikcie zbrojnym z Rosją,
- Redukcja szkód oraz kryzys opioidowy w Polsce, z uwzględnieniem kontekstu HIV/AIDS.

Biuletyn przesyłany jest odbiorcom przez newsletter e-Kontra. Numery „Kontry”, także archiwalne, są dostępne na stronie internetowej Centrum.

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).

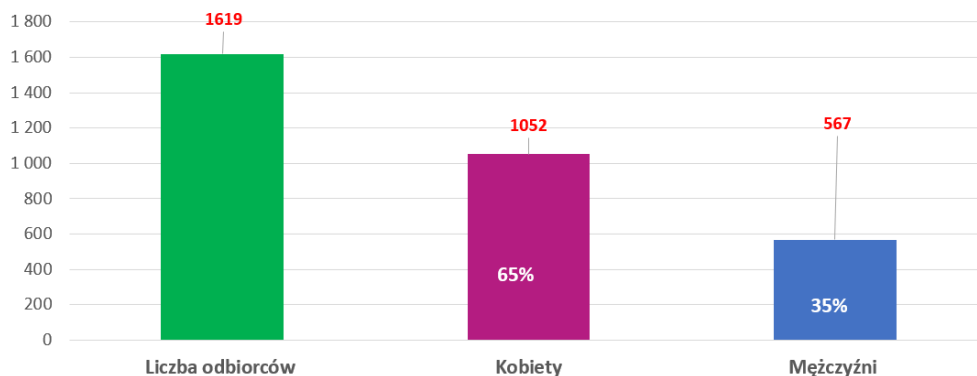


Na portalu umieszczane są posty dotyczące bieżącej działalności Krajowego Centrum ds. AIDS, komunikaty związane z pracą PKD, najnowsze doniesienia na temat HIV/AIDS pochodzące z międzynarodowych i krajowych konferencji oraz wszelkiego rodzaju informacje umożliwiające budowanie świadomości i promowanie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

Aktualna struktura użytkowników obejmuje 1 619 osób z czego 98,5% są to odbiorcy z terenu Polski (65% stanowią kobiety a 35% mężczyźni).

Wykres 15. Odbiorcy informacji zamieszczanych na FB.

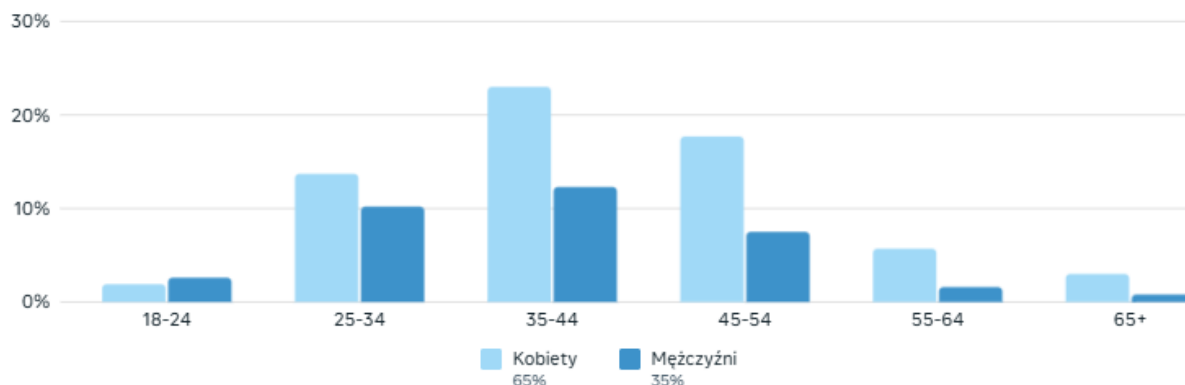
Odbiorcy działań informacyjno-edukacyjnych na Facebooku Krajowego Centrum ds. AIDS



Źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 16. Wiek odbiorców informacji zamieszczanych na FB.



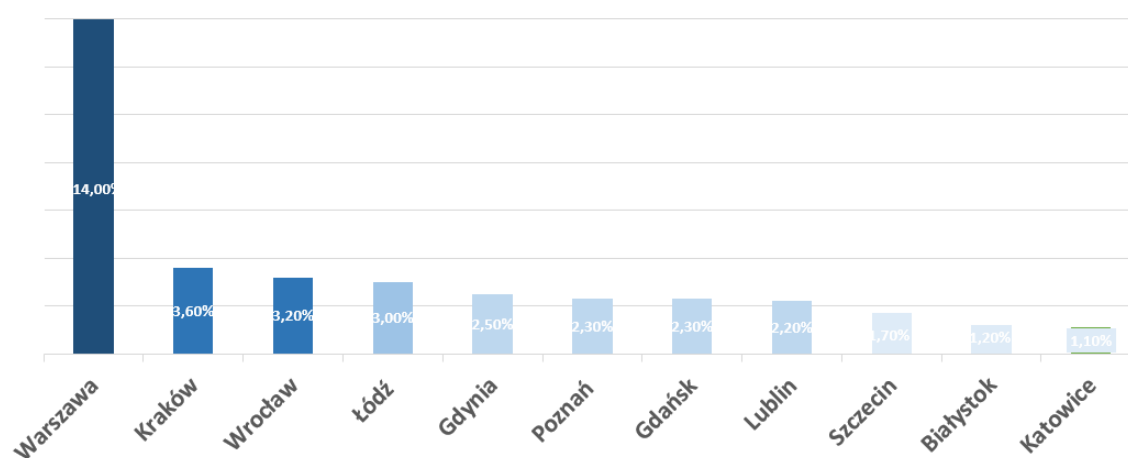
Opracowanie: Krajowego Centrum ds. AIDS

W 2025 roku utworzono i udostępniono 93 posty, dzięki czemu organicznie wygenerowało to 488 tyś. wyświetleń, a ponad 27 000 osób odwiedziło stronę profilu. Pozyskano również 393 nowych obserwatorów.

Wykres 17. Miejsce zamieszkania odbiorców działań.

Obszar wykresu

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 2025 r. w Telefonie Informacyjnym poruszano głównie takie problemy, jak: interpretacja wyniku testu przesiewowego, ocena ryzyka narażenia na zakażenie HIV, diagnostyka HIV, możliwość uzyskania profilaktyki przedekspozycyjnej PrEP.

Inne działania informacyjne

Pełnomocnik ds. kontaktu z organizacjami pozarządowymi kontaktował się i spotkał się z przedstawicielami organizacji współpracującymi z Krajowym Centrum ds. AIDS. Spotkania miały charakter roboczy i dotyczyły bieżącej działalności organizacji, a także służyły do podtrzymania komunikacji pomiędzy Centrum a organizacjami.

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.

PRZEGLĄD I ANALIZA OBOWIĄZUJĄCEGO STANU PRAWNEGO W ZAKRESIE HIV/AIDS

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

- praktyki szpitali polegającej na uniemożliwianiu odbycia praktyk studentom studiów pielęgniarskich, mających pozytywny wynik testu na HIV (w związku z indywidualnym zgłoszeniem

oraz w odpowiedzi na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich);

- zasad leczenia ARV dla osób z Białorusi (na potrzeby Poradni Internetowej);
- możliwości uzyskania pomocy w związku z potencjalnymi naruszeniami praw pacjenta żyjącego z wirusem HIV (na potrzeby Poradni Internetowej);
- zasad finansowania leczenia osób chorych na kiłę, rzeżączkę i gruźlicę płuc (w odpowiedzi na pytanie skierowane do Centrum);
- zasad zachowania w tajemnicy informacji o zakażeniu HIV przez osobę prywatną (na potrzeby Poradni Internetowej);
- konieczności szkolenia BHP dla osób pracujących w PKD (na potrzeby Centrum);
- zasad leczenia ARV dla osoby posiadającej Kartę Polaka (na potrzeby Poradni Internetowej);
- możliwości zlecenia testu na HIV w ramach badań wstępnych i okresowych w stosunku do lekarzy dentyistów prowadzących działalność gospodarczą (w odpowiedzi na pytanie skierowane do Centrum);
- aktów prawnych regulujących dostęp do zawodowej służby wojskowej w stosunku do osób zakażonych wirusem HIV (na potrzeby Poradni Internetowej);
- reklamy prezerwatyw jako formy profilaktyki STI (w odpowiedzi na pismo skierowane do Centrum);
- zasad wykonywania szybkich testów i nakłucia palca w celu pobrania krwi włóścinkowej w trakcie akcyjnego testowania (na potrzeby Centrum oraz w odpowiedzi na pytania skierowane do Centrum);
- wybranych aspektów prawnych w zakresie HIV/AIDS i STIs - aktualna sytuacja dotycząca praw i obowiązków osób zakażonych HIV, zasady odpowiedzialności karnej, wyzwania (na potrzeby Centrum).

Ponadto dokonano analizy dot. aktów prawnych lub projektów aktów prawnych, w tym:

- możliwości nowelizacji art. 161 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.);
- ustawy z dnia 12 września 2025 r. o zmianie niektórych ustaw w celu weryfikacji prawa do świadczeń na rzecz rodziny dla cudzoziemców oraz o warunkach pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 1301);
- projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznania zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu;
- projektu rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025;
- projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw;
- projektu przepisów w zakresie profilaktyki HIV i STI, w związku z planowaną zmianą dot. Narodowego Programu Zdrowia.

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.

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

KRAJOWA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM PRZENOSZONYM DROGĄ PŁCIOWĄ

Krajowe Centrum ds. AIDS, na podstawie zgody udzielonej przez nadzorującego Sekretarza Stanu, we współpracy z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), the European AIDS Clinical Society (EACS) i Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections (CHIP) zainicjowało proces opracowania nowej strategii przeciwdziałania zakażeniom przenoszonym drogą płciową (STIs).

Ostateczna treść i zakres nowej strategii pn.: *Krajowa Strategia Zapobiegania Zakażeniom Przenoszonym Drogą Płciową na lata 2027-2031*, została zaakceptowana przez Ministerstwo Zdrowia. Strategia ta została włączona jako integralna część do planowanego Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Jednocześnie, Krajowe Centrum ds. AIDS zainicjowało proces powołania multidyscyplinarnego zespołu ekspertów w dziedzinie STIs, którego zadaniem będzie wypracowanie zasad i sposobów wdrożenia Krajowej Strategii STIs w Polsce.

Krajowa Strategia STIs ma na celu wyznaczenie kierunków działań odpowiadających za rosnącą liczbę STIs w Polsce oraz poprawę dostępu do skuteczniejszej formy profilaktyki, nowoczesnej diagnostyki i efektywnej formy leczenia.

Krajowa Strategia STIs zakłada realizację do roku 2031 pięciu celów strategicznych:

1. Powołanie krajowej struktury koordynacyjnej oraz integracja niskoprogowych świadczeń z obszaru STIs w celu zapewnienia spójnego, wielosektorowego i ukierunkowanego na potrzeby pacjentów systemu przeciwdziałania STIs.
2. Wzmocnienie działań profilaktycznych oraz podniesienie poziomu wiedzy na temat zdrowia i świadomości społecznej w celu ograniczenia transmisji STIs, eliminowania stygmatyzacji oraz promowania świadomej i proaktywnej postawy w zakresie dbania o zdrowie.
3. Zapewnienie terminowego i równego dostępu do testowania i leczenia STIs zarówno dla pacjentów objawowych, jak i bezobjawowych, poprzez rozbudowę i modernizację udzielania świadczeń klinicznych i laboratoryjnych.
4. Wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego nad STIs, monitorowanie oporności patogenów na środki antymikrobowe oraz gotowość do zwalczania ognisk epidemicznych – co ma na celu wspieranie podejmowania decyzji opartych na dowodach naukowych oraz budowanie efektywnego i silnego systemu ochrony zdrowia.
5. Wzmacnianie stabilnego systemu ochrony zdrowia oraz rozwój wykwalifikowanej kadry medycznej, udzielającej wysokiej jakości, niskoprogowych i dostosowanych do zróżnicowanych potrzeb pacjentów świadczeń z zakresu STIs – w ramach całej struktury systemu.

Dokument został opracowany z myślą o dostosowaniu krajowych działań do zaleceń europejskich i międzynarodowych, zgodnie ze strategicznymi kierunkami polityki zdrowotnej Polski i zobowiązaniami na arenie międzynarodowej.

Powołano Zespołu ds. wdrażania „Krajowej Strategii Zapobiegania Zakażeniom Przenoszonym Drogą Płciową na lata 2027–2031”, zaakceptowany przez Ministra Zdrowia, który działa przy Krajowym Centrum ds. AIDS.

PUNKTY KONSULTACYJNO-DIAGNOSTYCZNE (PKD)

W 2025 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 18. Punkty konsultacyjno-diagnostyczne na mapie Polski.



29 PKD

w 2025 r.

- Punkt wykonywał tylko testy na HIV
- Pozostałe PKD wykonywały testy w kierunku HIV, kiły i HCV



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

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 2. Wykaz punktów konsultacyjno-diagnostycznych działających w 2025 r.

| MIASTO | NAZWA ORGANIZACJI | LICZBA KLIENTÓW |
|--------------------|---|-----------------|
| BIAŁYSTOK | Stowarzyszenie FAROS ul. Generała Józefa Bema 2/lok. 011; 15-369 Białystok | 712 |
| BYDGOSZCZ | Fundacja Parasol Ul. Konopnickiej 13; 87-100 Toruń | 632 |
| CHORZÓW | Górnośląskie Stowarzyszenie WSPÓLNOTA ul. Zjednoczenia 10; 41-500 Chorzów | 999 |
| CZĘSTOCHOWA | Stowarzyszenie MONAR ul. Ogrodowa 66; 42-202 Częstochowa | 359 |
| GDĄSK | Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Grunwaldzka 108 (UP 6; skr. poczt. 220); 80-206 Gdańsk | 1 795 |
| GDYNIA | Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Grunwaldzka 108 (UP 6; skr. poczt. 220); 80-206 Gdańsk | 975 |
| KATOWICE | Fundacja na Rzecz Zdrowia i Włączenia Społecznego "Trzy Końce" ul. W. Sławka 5/16, 40-833 Katowice | 1 285 |
| KIELCE | Stowarzyszenie NADZIEJA RODZINIE ul. Mielczarskiego 45; 25-709 Kielce | 368 |
| KOSZALIN | Stowarzyszenie Profilaktyki i Terapii "Młodzi-Młodym" ul. Zwycięstwa 168; 75-612 Koszalin | 155 |
| KRAKÓW | Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Miłkowskiego 5/30; 30-349 Kraków | 2 753 |
| LUBLIN | Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym AGAPE ul. Bernardyńska 5; 20-109 Lublin | 790 |
| ŁÓDŹ | Fundacja Edukacji Zdrowotnej „Lepsze jutro” ul. 6 Sierpnia 42/22; 90-637 Łódź | 1 705 |
| NOWY SĄCZ | Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Miłkowskiego 5/30; 30-349 Kraków | 80 |
| OLSZTYN | Warmińsko-Mazurskie Stowarzyszenie Higieny i Zdrowia Publicznego w Olsztynie ul. Żołnierska 16; 10-561 Olsztyn | 450 |
| OPOLE | Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Cyprysowa 10 A, 55-093 Kielczów | 502 |

| | | |
|---|---|---------------|
| PŁOCK | Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa | 548 |
| POZNAŃ | Stowarzyszenie Stonewall Poznań | 2 415 |
| RZESZÓW | Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Ceglana; 30-349 Kraków | 494 |
| SOPOT | Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Grunwaldzka 108 (UP 6; skr. poczt. 220); 80-206 Gdańsk | 303 |
| SZCZECIN | Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU ul. Arkońska 4; 71-455 Szczecin | 1 368 |
| TORUŃ | Fundacja Parasol ul. Konopnickiej 13; 87-100 Toruń | 514 |
| WAŁBRZYCH | Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Cyprysowa 10 A, 55-093 Kielczów | 187 |
| WARSZAWA ul. Chmielna | Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa | 11 683 |
| WARSZAWA ul. Jagiellońska | Zjednoczenie Na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS "Pozytywni w Tęczy" ul. Majowa 5/57; 03-395 Warszawa | 847 |
| WARSZAWA ul. Marszałkowska | Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa | 2 942 |
| WARSZAWA ul. Nugat | Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa | 2 048 |
| WROCŁAW | Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Cyprysowa 10 A, 55-093 Kielczów | 5 633 |
| ZGORZELEC | Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy osobom Uzależnionym SUBSIDIUM ul. Warszawska 37a; 59-900 Zgorzelec | 18 |
| ZIELONA GÓRA | Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Generała Jarosława Dąbrowskiego 35/1; 65-021 Zielona Góra | 434 |
| | OGÓLEM | 42 994 |

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).

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

Analiza tych danych pozwala uzyskać informacje dotyczące m.in. wieku i płci klientów, kraju pochodzenia, powodów wykonania testu oraz trendów ryzykownych zachowań.

DANE Z PUNKTÓW KONSULTACYJNO-DIAGNOSTYCZNYCH (PKD)

Tabela 3. Dane dotyczące HIV z PKD za 2025 r.

| LICZBA KLIENTÓW | LICZBA TESTÓW LABORATORYJNYCH REAKTYWNYCH | LICZBA TESTÓW SZYBKICH REAKTYWNYCH | LICZBA TESTÓW LABORATORYJNYCH NIEREAKTYWNYCH | LICZBA TESTÓW SZYBKICH NIEREAKTYWNYCH | LICZBA TESTÓW SZYBKICH NIEOKREŚLONYCH | LICZBA PORAD BEZ TESTU | CIĄŻA JAKO POWÓD WYKONANIA TESTU | LICZBA REAKTYWNYCH TESTÓW POTWIERDZENIA | LICZBA NIEREAKTYWNYCH TESTÓW POTWIERDZENIA | LICZBA NIEOKREŚLONYCH TESTÓW POTWIERDZENIA |
|-----------------|---|------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|----------------------------------|---|--|--|
| 42 994 | 612 | 201 | 25 366 | 18 762 | 10 | 420 | 56 | 491 | 78 | 0 |

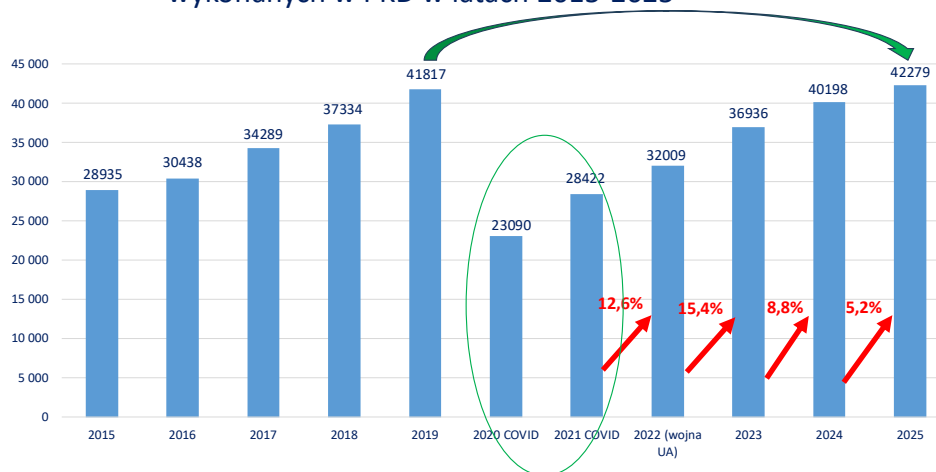
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2025 r. działało 29 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (w każdym województwie był przynajmniej jeden punkt), które przyjęły 42 994 klientów, w tym 4 896 cudzoziemców. Wykonano 25 978 testów przesiewowych laboratoryjnych w kierunku HIV, otrzymano 612 wyników dodatnich. Zakażenie stwierdzono u 491 osób (liczba reaktywnych testów potwierdzenia).

Wykres 19. Liczba testów w kierunku HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.



Dane PKD - Liczba testów w kierunku HIV wykonanych w PKD w latach 2015-2025



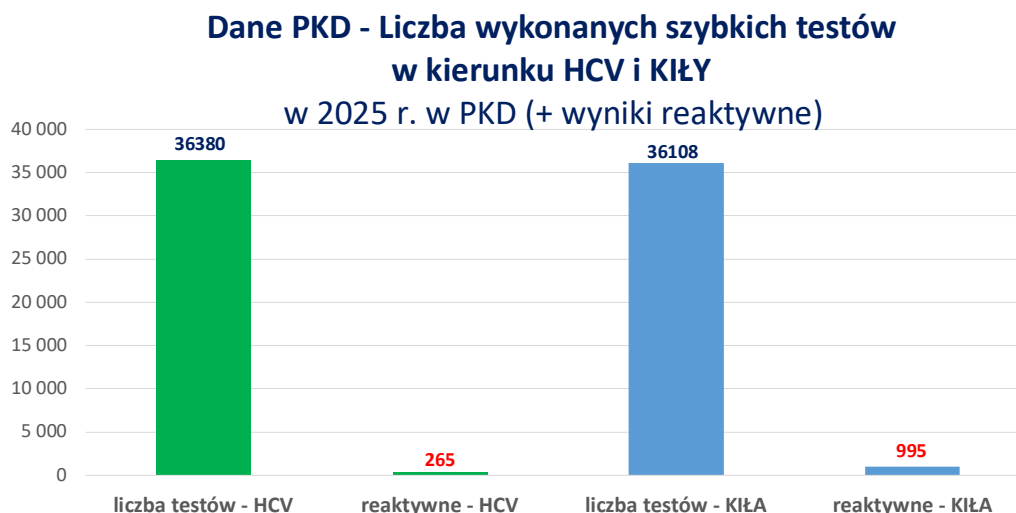
8

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Prawie wszystkie PKD wykonywały szybkie testy przesiewowe w kierunku HIV (III lub IV generacji), których wynik znany był tego samego dnia, nawet już po 20 minutach. Łącznie wykonano 18 973 takich testów.

Ponadto w roku 2025 wykonano 36 380 testów w kierunku HCV i 36 108 na kiłę, wśród których było 265 wyników reaktywnych testów przesiewowych HCV i 995 reaktywnych wyników w kierunku kiły.

Wykres 20. Liczba osób, które wykonały test w kierunku HCV i Kiły w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w 2025 r. (+ wyniki reaktywne).



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W maju 2025 r. zmieniono Rekomendacje PKD dotyczące szybkich testów – wskazane jest zastępowanie szybkich testów immunochromatograficznych III generacji testami IV generacji, za pomocą których można jednocześnie wykryć antygen p 24 oraz przeciwciała anty-HIV1 i/lub anty-HIV2, co wpływa na poprawę czułości oraz powoduje skrócenie okienka diagnostycznego. W razie wykrycia szybkim testem w badanej próbce krwi obecności antygenu p 24, przeciwciał anty-HIV1 i/lub anty-HIV2, lub jednocześnie antygenu p 24 i przeciwciał anty-HIV1 i/lub anty-HIV2 wykonuje się dalszą, pełną diagnostykę laboratoryjną zgodnie ze standardami obowiązującymi w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.

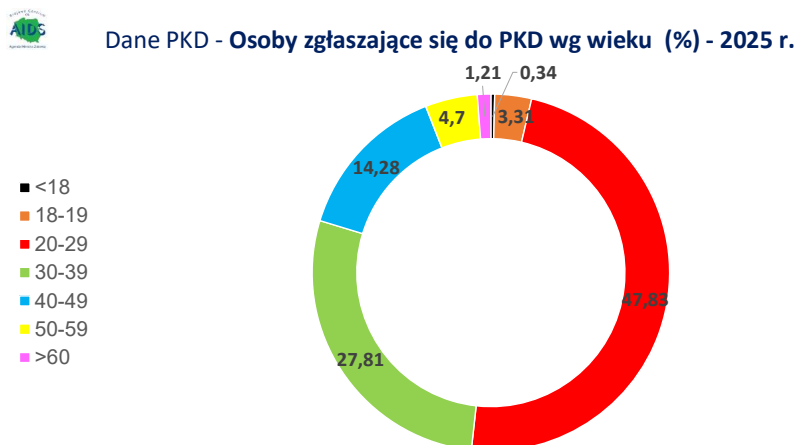
Co do zasady w PKD tylko osoby pełnoletnie mogą wykonać test w kierunku HIV. Ze względu na sytuację prawną, osobom między 16. a 18. rokiem życia jest proponowane poradnictwo, a test może zostać wykonany jedynie po uzyskaniu zgody opiekuna prawnego i samej osoby małoletniej. W przypadku pacjentów niepełnoletnich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

Od 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.

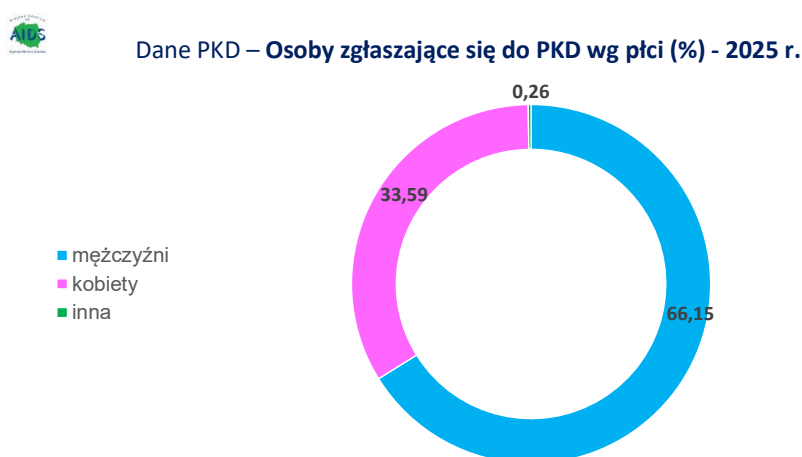
Wykres 21. Dane z PKD za 2025 r. – podział klientów wg grupy wiekowej.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W PKD testy w kierunku HIV zdecydowanie częściej wykonywały osoby w przedziale wiekowym 20–29 lat (47,83%), następnie w przedziale 30–39 lat (27,81%); częściej mężczyźni (66,15%), niż kobiety (33,59%).

Wykres 22. Dane z PKD za rok 2025 r. – podział klientów wg płci



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

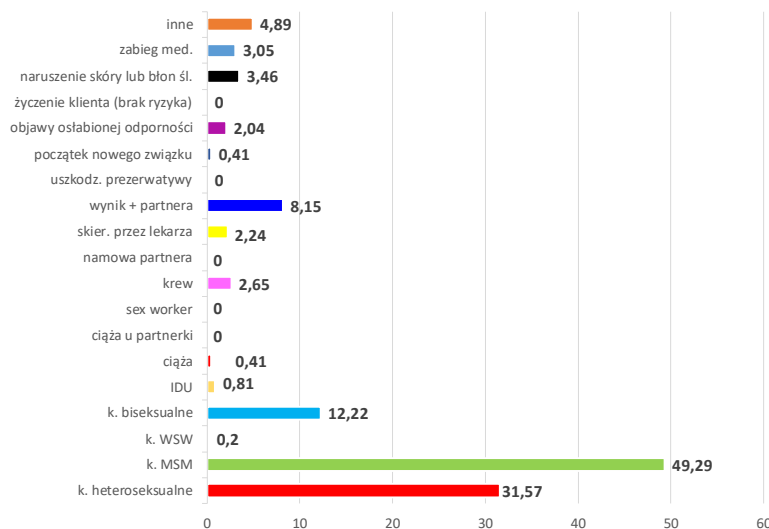
W 2025 r. w PKD wykryto łącznie 491 nowych przypadków zakażeń HIV. Zauważalny jest nieznaczny wzrost liczby wykrytych zakażeń w stosunku do roku poprzedniego (471 potwierdzonych nowych przypadków HIV), co może być konsekwencją wzrostu liczby osób zgłaszających się do PKD w roku 2025 (42 994) w porównaniu z rokiem 2024 (40 723).

Najczęstszym powodem wykonania testu było podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych. Kontakty te stanowiły nieco ponad 93% wszystkich przypadków (kontakty MSM – mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami – 49,29%, kontakty WSW – kobiety utrzymujące kontakty seksualne z kobietami – 0,2%, heteroseksualne: 31,57%, biseksualne: 12,22%). Nastąpił nieznaczny wzrost (o niecałe 2 p.p.) w przypadku kontaktów heteroseksualnych (29,94% w 2024 r.) i spadek o 4 p.p. odpowiedzi dotyczących kontaktów MSM (53,08 w 2024 r.).

Wykres 23. Dane z PKD za 2025 r. – powody wykonania badania (wśród osób, u których wykryto zakażenie)



Dane PKD – powody wykonania testu (%) wśród 491 osób z potwierdzonym reaktywnym wynikiem HIV – 2025 r.



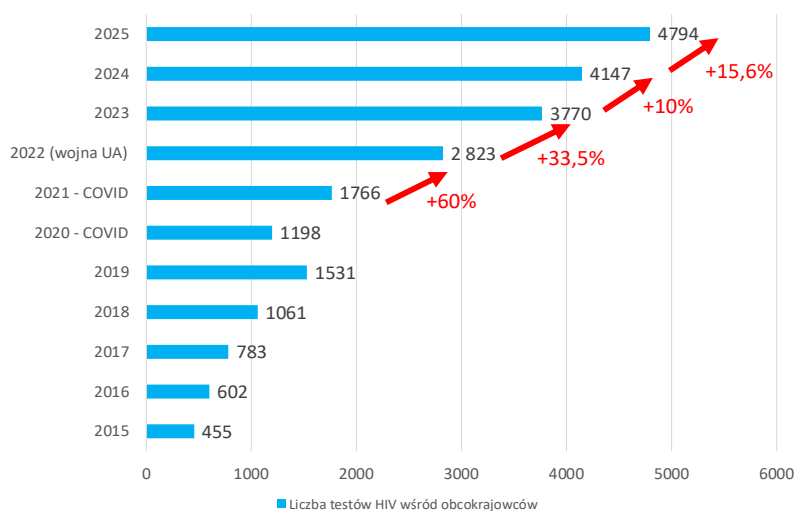
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

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 2023-2025 tendencja wzrostowa się utrzymywała, ale była niższa niż w pierwszym roku trwania wojny. W roku 2025 test w kierunku HIV wykonało w PKD 4 794 obcokrajowców (wzrost o 15,6% w stosunku do 2024 r.), w tym 2 034 osoby z Ukrainy. Wzrosła też liczba zakażeń wykrytych w PKD wśród osób narodowości innej niż polska – ze 118 w 2024 r. do 140 w roku 2025.

Wykres 24. Dane z PKD – liczba wykonanych testów w kierunku HIV wśród obcokrajowców



Dane PKD - Liczba testów HIV wykonanych w PKD wśród obcokrajowców w latach 2015 -2025

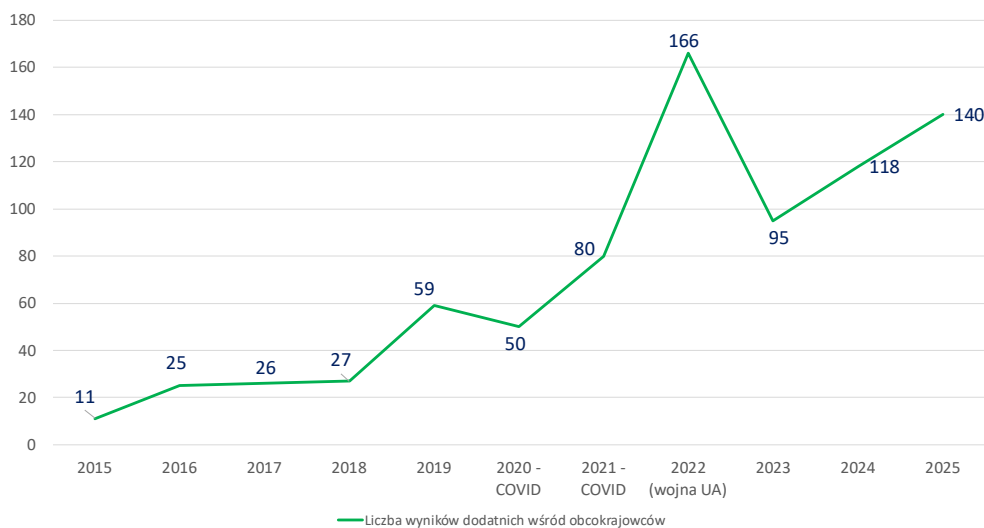


Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 25. Dane z PKD – liczba wykrytych zakażeń HIV wśród obcokrajowców



Dane PKD- Liczba zakażeń HIV wykrytych w PKD wśród obcokrajowców w latach 2015- 2025



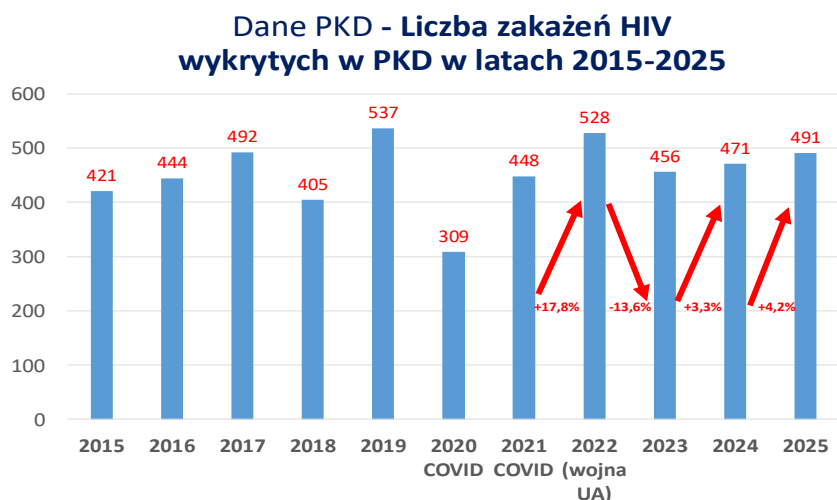
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Jak wspomniano wyżej w roku 2025 r. w PKD w Polsce wykonano ogółem 42 279 testów w kierunku HIV – w tym 18 973 testów szybkich. W testach potwierdzenia uzyskano 491 wyników dodatnich, 78 wyników ujemnych.

Umowy na wykonywanie testów potwierdzenia dla wszystkich PKD podpisano z Centralnym Laboratorium Analitycznym Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, we Wrocławiu oraz w Laboratorium Mikrobiologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala

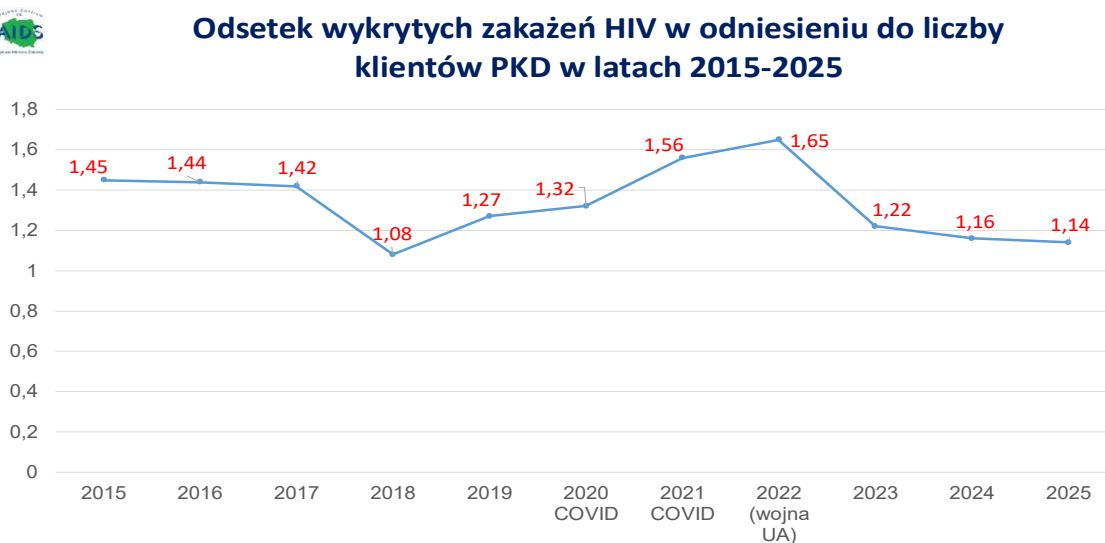
Uniwersyteckiego w Krakowie. Dodatkowo Medis-Express sp. z o.o. Poradnia Specjalistyczna „Chmielna Express” wykonuje testy potwierdzenia tylko dla klientów PKD Chmielna Express.

Wykres 26. Liczba potwierdzonych wyników dodatnich HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 27. Odsetek wykrytych zakażeń HIV w odniesieniu do liczby testów w punktach konsultacyjno-diagnostycznych



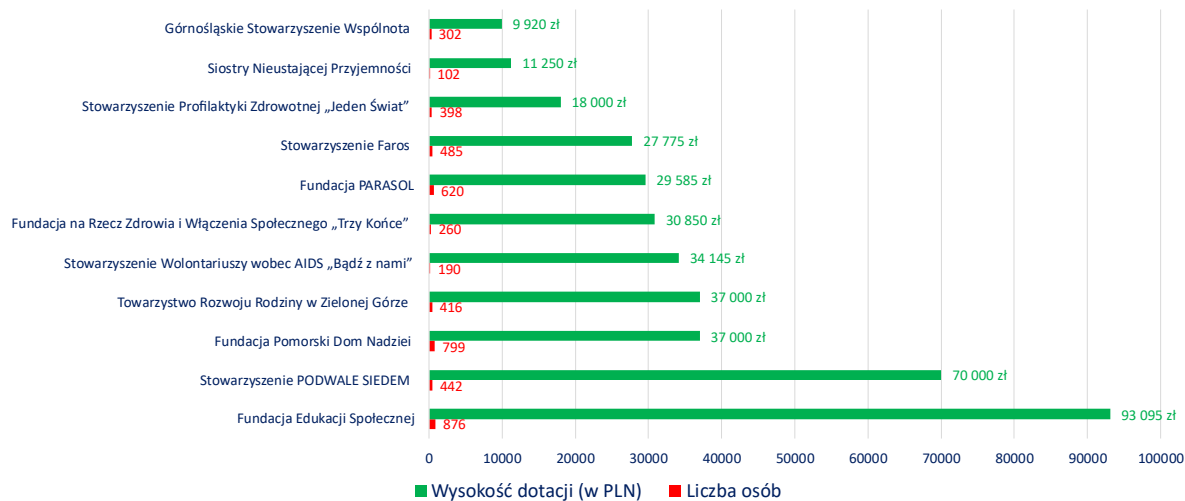
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Dzięki dodatkowym środkom przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia na dotacje w roku 2025, po raz pierwszy możliwe było ogłoszenie konkursu ofert na akcyjne testowanie w kierunku HIV, kiły i HCV poza placówkami medycznymi. Organizacja testowania przesiewowego była możliwa w ogólnodostępnych miejscach, jak np.: konferencje, targi, festiwale, pikniki zdrowia, koncerty, juwenalia, uczelnie wyższe, przychodnie, mobilne kampery, kluby, centra handlowe itp. Od początku sierpnia 2025 roku jednaście organizacji prowadziło działania w tym zakresie w ramach umów dotacyjnych.

Wykres 28. Dane dotyczące testowania akcyjnego

W 2025 roku **4 890** osób wzięło udział we wszystkich **akcjach testowania** organizowanych, w ramach konkursu z dotacji ze środków KC ds. AIDS, przez **11** organizacji pozarządowych.

Łącznie podczas wszystkich akcji wykonano **4 848** testy w kierunku **HIV** (13 wyników dodatnich), **4 774** testów w kierunku **kiły** (40 wyników dodatnich) i **4 867** testy w kierunku **HCV** (23 wyników dodatnich).



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

WSPÓŁPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI

W ramach zadań pełnomocnika odbywał się spotkani regularny kontakt z organizacjami pozarządowymi współpracującymi z Krajowym Centrum ds. AIDS dotyczące przede wszystkim spraw bieżących.

W dniu 6.05.2025 r. Krajowe Centrum ds. AIDS zorganizowało spotkanie online, na które zostały zaproszone organizacje. Celem spotkania było omówienie funkcjonowania PKD w związku z przyznaniem w grudniu 2024 roku przez Ministerstwo Zdrowia dodatkowych 3 mln zł na testowanie. Organizacje zostały poproszone o uzupełnienie i przesłanie formularza analizy efektywności ekonomicznej działalności PKD zawierającego informacje dotyczące liczby wykonania testów w kierunku HIV, kiły i HCV, liczby godzin pracy doradców oraz liczby dni otwarcia PKD w 2025 roku.

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

Wspornik – Ośrodek wsparcia dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z nami” z siedzibą w Warszawie.

Projekt Ośrodka skierowany był do osób żyjących z HIV/AIDS z terenu całej Polski. Umożliwiono różnorodny, stały kontakt ze specjalistami (wykłady, konsultacje, wsparcie indywidualne) w wymiarze 125 godzin dyżurów bezpośrednich, 120 godzin dyżurów online, 32 godzin dyżurów w ramach pracy środowiskowej w Poradni Profilaktyczno-Leczniczej w Warszawie oraz poprzez grupy wsparcia samopomocowego i wsparcia dedykowanego konkretnym grupom np. kobiet HIV +. Umożliwiono odbycie konsultacji ze specjalistami (terapeutka uzależnień, coach zdrowia, pedagogka, terapeuta TSR oraz pracownik socjalny) w wymiarze 125 godzin. Konsultacje miały charakter doraźnego i wspierającego poradnictwa z możliwością kontynuacji w przypadku złożonych problemów. 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. Łącznie wsparciem objęto 148 osób. Część uczestników korzystała wielokrotnie z różnych form oddziaływań oferowanych

w ramach projektu takich jak wsparcie indywidualne, konsultacje specjalistyczne, wsparcie grupowe oraz zajęcia edukacyjne.

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 17 dyżurów, w trakcie których udzielono 42 porady. Największe zapotrzebowanie było na konsultacje psychoterapeuty oraz prawnika.
- obóz rehabilitacyjno-integracyjny dla pacjentów z HIV – w obozie uczestniczyły 23 osoby.
- dwudniowe szkolenie dla osób seropozytywnych i ich rodzin z udziałem psychologa, psychoterapeuty, specjalisty psychoterapii uzależnień oraz lekarza specjalisty chorób zakaźnych – w szkoleniu uczestniczyły 23 osoby.

Łącznie w trakcie realizacji projektu z oferty skorzystało 88 osób.

Warszawska Grupa Wsparcia "Czwartki na Plus" - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Zjednoczenie Pozytywni w Tęczy z siedzibą w Warszawie.

W ramach zadania zrealizowano 31 spotkań odbywających się w cyklu cotygodniowym. Każde spotkanie składało się z dwóch części: informacyjno-medycznej prowadzonej przez lekarzy chorób zakaźnych oraz części psychoedukacyjnej prowadzonej przez psychologów i wykwalifikowanych trenerów. Przeprowadzono również jednodniowe szkolenie dla edukatorów środowiskowych zaangażowanych w realizację zadania oraz zapewniono udział uczestnikom warszawskiej grup wsparcia w Ogólnopolskim Spotkaniu Osób Żyjących z HIV/AIDS. Wsparciem objęto 100 odbiorców bezpośrednich oraz 20 odbiorców pośrednich.

Dobrze Zaopiekowani - wsparcie dla osób seropozytywnych i ich rodzin - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Fundację PARASOL z siedzibą w Toruniu. W ramach projektu 42 osoby skorzystały z porad psychologa, psychiatry, specjalisty terapii uzależnień lub psychoterapeuty. Zorganizowano wyjazd szkoleniowo-terapeutyczny z którego skorzystało 20 osób żyjących z HIV z rodzinami. Udzielono bezpośredniej pomocy dla osób u których wykryto zakażenie HIV. Opieka mentora polegała na wyjaśnianiu i planowaniu działań związanych z procesem diagnostycznym, podjęciem leczenia, zadbaniem o dobrostan psychiczny.

Wsparcie osób z województwa podlaskiego, które niedawno dowiedziały się o swoim zakażeniu HIV - zadanie publiczne zrealizowane w ramach umowy dotacyjnej przez Stowarzyszenie FAROS z siedzibą w Białymstoku. W ramach projektu powstała broszura informacyjno-wsparciowa dla osób zakażonych, która została rozdystrybuowana w województwie podlaskim, między innymi do Ośrodka Diagnostyczno-Badawczego Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Białymstoku, Szpitala Zakaźnego w Białymstoku i laboratoriów przyszpitalnych i prywatnych. Powstała również zakładka "Wsparcie" na stronie internetowej stowarzyszenia FAROS dedykowana odbiorcom projektu. Udzielono wsparcia 19 osobom, w tym wsparcia doradców ds. HIV/AIDS oraz psychologicznego.

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. 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 część usług była świadczona online.

W ramach projektu były prowadzone:

- indywidualne konsultacje psychologiczne/wsparcie psychologiczne. Tygodniowo odbywało się średnio po 10 godzin indywidualnych konsultacji psychologicznych. Wsparcia online udzielono 120 osobom, a stacjonarnie w Poradni 278 osobom.
- indywidualne konsultacje psychiatryczne. Łącznie były one prowadzone przez 20 godzin. Wzięło w nich udział 43 osoby.
- indywidualne konsultacje pracownika socjalnego. Łącznie skorzystało z nich 63 osoby (zapotrzebowanie było około 2 razy większe, pozostałe osoby zostały przekierowane do specjalistycznych placówek).
- indywidualne konsultacje dietetyczne. Łącznie skorzystało z nich 50 osób (zapotrzebowanie było około 2 razy większe, kolejne osoby zostały przekierowane do specjalistycznych placówek).
- indywidualne konsultacje farmaceutyczne – łącznie skorzystały 62 osoby.
- indywidualne konsultacje psychologiczne/wsparcie psychologiczne dla dzieci i młodzieży. Łącznie wzięło w nich udział 21 osób.
- indywidualne konsultacje/wsparcie psychologiczne dla rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży żyjącej z HIV – łącznie wzięło w nich udział 15 osób.
- wsparcie dla osób żyjących z HIV zmieniających poradnię z pediatrycznej na poradnię dla osób dorosłych. Podczas trwania projektu 7 osób zmieniło poradnię, odbyło się 12 wizyt.
- szkolenie dla rodziców i opiekunów prawnych w tym opiekunów w pieczy zastępczej dzieci i młodzieży żyjącej z HIV. W ramach projektu odbyły się dwie edycje szkolenia. Łącznie wzięło w nich udział 24 osoby.
- 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 62 osoby. W spotkaniach dla osób z wieloletnim zakażeniem doświadczających kryzysu wzięło udział łącznie 18 osób.

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 wzięły udział 22 osoby.

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 wirerii 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 ANTYRETROWIRUSOWE (ARV)

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.

Rok 2025 był czwartym rokiem realizacji obecnej edycji Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej (RPPZ) oraz stanowił kontynuację leczenia antyretrowirusowego edycji z lat ubiegłych (programy leczenia ARV realizowane są od 2001 r. – to już dwudziesty piąty rok realizacji Programu leczenia ARV biorąc pod uwagę wszystkie edycje). Program wpisował się w założenia strategii End Inequalities, End AIDS, opracowanej przez UNAIDS, mającej na celu redukcję liczby nowych zakażeń HIV do 2026 r. i osiągnięcie wskaźników 95 - 95 - 95. Oznacza to, że z ogółu osób zakażonych HIV 95% powinno znać swój status serologiczny, z tej grupy 95% powinno otrzymywać leczenie antyretrowirusowe, a z osób leczonych 95% mieć niewykrywaną wiramię HIV (poniżej 50 kopii HIV RNA na 1 ml krwi).

Głównym celem Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „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 wirerii 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 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.

Program 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 wyrażające chęć leczenia ARV, przebywające na terytorium RP, niezależnie od posiadanego obywatelstwa oraz statusu ubezpieczeniowego, a także noworodki urodzone przez matki zakażone HIV (tzw. profilaktyka okołoporodowa) 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.

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 badań laboratoryjnych - 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 często są 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) lekarz klinicysta zleca badanie nadwrażliwości w systemie HLA B*5701 oraz tropizm CCR5.
- W przypadku nowych pacjentów, a przede wszystkich dzieci, kobiet w ciąży oraz w przypadku braku efektu terapeutycznego zlecane jest wykonanie badania lekooporności metodą genotypowania (w celu zdiagnozowania ewentualnej oporności na leki ARV).
- Jeżeli zachodzi taka konieczność, pacjent włączany do terapii ARV jest hospitalizowany. Zwykle praktykuje się natomiast hospitalizacje dzieci w pierwszych tygodniach leczenia.
- Jeżeli pacjent trafia do leczenia ambulatoryjnego, otrzymuje leki na ok. 1 do 3 miesięcy terapii.
- 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 lub w aptece szpitalnej, kwitując ten fakt własnoręcznym podpisem.

Na dzień 31 grudnia 2025 r. leczeniem ARV objętych było **21 904** pacjentów, w tym **129** dzieci (do 18 roku życia, według sprawozdań z ośrodków/realizatorów Programu). Liczba ta obejmuje również nowych pacjentów, którzy dotychczas nie byli leczeni antyretrowirusowo oraz uchodźców wojennych z Ukrainy.

Tabela 4. Liczba pacjentów leczonych ARV na dzień 31 grudnia 2025 r. z podziałem na płeć według sprawozdań ośrodków/realizatorów Programu

| OŚRODEK | KOBIET | MĘŻCZYZN | DZIECI | DOROSŁYCH | OGÓŁEM |
|-------------------|---------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|
| Białystok | 112 | 269 | 0 | 381 | 381 |
| Bydgoszcz | 205 | 584 | 7 | 782 | 789 |
| Chorzów | 515 | 1 825 | 1 | 2 339 | 2 340 |
| CZSW | 10 | 215 | 0 | 225 | 225 |
| Gdańsk | 346 | 1 028 | 0 | 1 374 | 1 374 |
| Gdańsk dzieci | 6 | 5 | 11 | 0 | 11 |
| Gdynia | 34 | 93 | 0 | 127 | 127 |
| Kraków | 319 | 1 715 | 1 | 2 033 | 2 034 |
| Kraków dzieci | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lublin | 82 | 266 | 0 | 348 | 348 |
| Łańcut | 45 | 139 | 0 | 184 | 184 |
| Łódź | 302 | 879 | 12 | 1 169 | 1 181 |
| Opole | 85 | 131 | 0 | 216 | 216 |
| Ostróda | 54 | 133 | 0 | 187 | 187 |
| Poznań dorośli | 292 | 1 121 | 0 | 1 413 | 1 413 |
| Poznań dzieci | 9 | 9 | 15 | 3 | 18 |
| Szczecin | 342 | 756 | 1 | 1 097 | 1 098 |

| | | | | | |
|-----------------------------|--------------|---------------|------------|---------------|---------------|
| Warszawa | 1 026 | 4 940 | 40 | 5 926 | 5 966 |
| Wrocławskie Centrum Zdrowia | 711 | 2 021 | 3 | 2 729 | 2 732 |
| Wrocław | 298 | 449 | 1 | 746 | 747 |
| Wrocław dzieci | 13 | 23 | 36 | 0 | 36 |
| Zielona Góra | 162 | 335 | 1 | 496 | 497 |
| Razem | 4 968 | 16 936 | 129 | 21 775 | 21 904 |

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 lipcu 2025 roku ogłosiło uzupełniający konkurs ofert, w wyniku którego wyłoniono nowego realizatora Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej, z którymi podpisano umowę w listopadzie 2025 r. w pełnym zakresie leczenia antyretrowirusowego (Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach). Placówka ta nie rozpoczęła jednak w 2025 roku leczenia pacjentów zakażonych HIV z powodu braku kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na prowadzenie poradni HIV/AIDS.

Ośrodki referencyjne realizujące Program leczenia ARV.

I. Warunki, które spełniały ośrodki prowadzące leczenie osób zakażonych HIV:

- 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 łądźwiowa, 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 2025 roku Program realizowany był w 24 szpitalach/placówkach medycznych (umowy z realizatorami na lata 2022 – 2026):

- w 21 szpitalach/placówkach medycznych Program ARV był 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 profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV – podawania leków ARV kobiecie zakażonej HIV i noworodkowi.

Leczenie antyretrowirusowe było również prowadzone w zakładach penitencjarnych na podstawie umowy z Centralnym Zarządem Służby Więziennej (CZSW), jako kontynuacja leczenia pacjentów rozpoczętego 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 (wg stanu na dzień 31 grudnia 2025 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 Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności ul. Zjednoczenia 10, 41–500 Chorzów | Szpital Specjalistyczny w Chorzowie |
| 5. | Poradnia Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności Centrum Medyczne Smoluchowskiego 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 Lecznicy Sp. z o.o. w Gdańsku |
| 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 | 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 ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut | „Centrum Medyczne w Łańcutie” sp. z o.o. |
| 12. | Poradnia Nabytych Zaburzeń Odporności ul. Kniaziewiczza 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 – Lecznym SPZOZ w Poznaniu |
| 16. | Poradnia Chorób Zakaźnych. 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-Lecznicy 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. 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.

Zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi oraz krajowymi (rekomenacje PTN AIDS) do terapii antyretrowirusowej kwalifikowani są wszyscy pacjenci zakażeni wirusem HIV.

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% |
| 2025 | 21 904 | 6,11% |

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 2025 roku wdrożono leczenie antyretrowirusowe w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych wypadkowych u **328 pacjentów**.

Tabela 7. Liczba postępowań poekspozycyjnych pozazawodowych w ośrodkach referencyjnych

| LP. | OSRODEK REFERENCYJNY | LICZBA EKSPOZYCJI |
|-----|--|-------------------|
| 1. | Centralny Zarząd Służby Więziennej | 0 |
| 2. | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku | 8 |
| 3. | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy | 0 |
| 4. | Szpital Specjalistyczny w Chorzowie | 31 |
| 5. | Szpital Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni | 19 |
| 6. | Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku | 4 |
| 7. | Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni | 0 |
| 8. | SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie | 22 |
| 9. | Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie | 0 |
| 10. | SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie | 7 |
| 11. | Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o. | 12 |
| 12. | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Wł. Biegańskiego w Łodzi | 38 |
| 13. | Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o. | 7 |
| 14. | Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie SA Ostróda | 2 |
| 15. | Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Poznaniu | 7 |
| 16. | Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego | 1 |
| 17. | SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie | 27 |
| 18. | SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie | 112 |
| 19. | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu | 14 |
| 20. | Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu | 4 |
| 21. | Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ Wrocław | 3 |

| | | |
|-----|--|------------|
| 22. | Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o. | 9 |
| 23. | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie | 0 |
| 24. | Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera | 1 |
| 25. | Instytut Matki i Dziecka w Warszawie | 0 |
| | Razem | 328 |

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko)

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 ponad 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 wirerii 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 2025, w ramach Programu leczenia ARV farmakologiczną profilaktyką zakażeń wertykalnych, zostało objętych **78 kobiet ciężarnych** zakażonych HIV. Odbyło się **67 porodów** kobiet zakażonych HIV. Leki antyretrowirusowe otrzymało **67 noworodków**.

Leczenie antyretrowirusowe dzieci

W ramach Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej, na dzień 31 grudnia 2025 roku, leczeniem ARV objętych było **129 dzieci** (do 18. roku życia) zakażonych HIV.

Poza lekami ARV wszystkie dzieci urodzone przez matki zakażone HIV 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) 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

Z końcem 2021 roku do pięcioletniego RPPZ został opracowany moduł pn.: „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, wychodząc 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.

Leczeniem 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.

Koszty Programu DAA

Poniższa tabela przedstawia środki finansowe wydatkowane w ramach budżetu państwa na realizację Programu w roku 2025.

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 | 14 362 800,00 | 5 065 200,00 |
| RAZEM: | 14 362 800,00 | 5 065 200,00 |

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 2025 roku cały czas obserwowaliśmy wzrost liczby uchodźców wojennych z Ukrainy leczonych antyretrowirusowo. 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 29% pacjentów z Ukrainy wprowadzonych do leczenia w latach 2022-2025 zrezygnowało z leczenia ARV w Polsce.

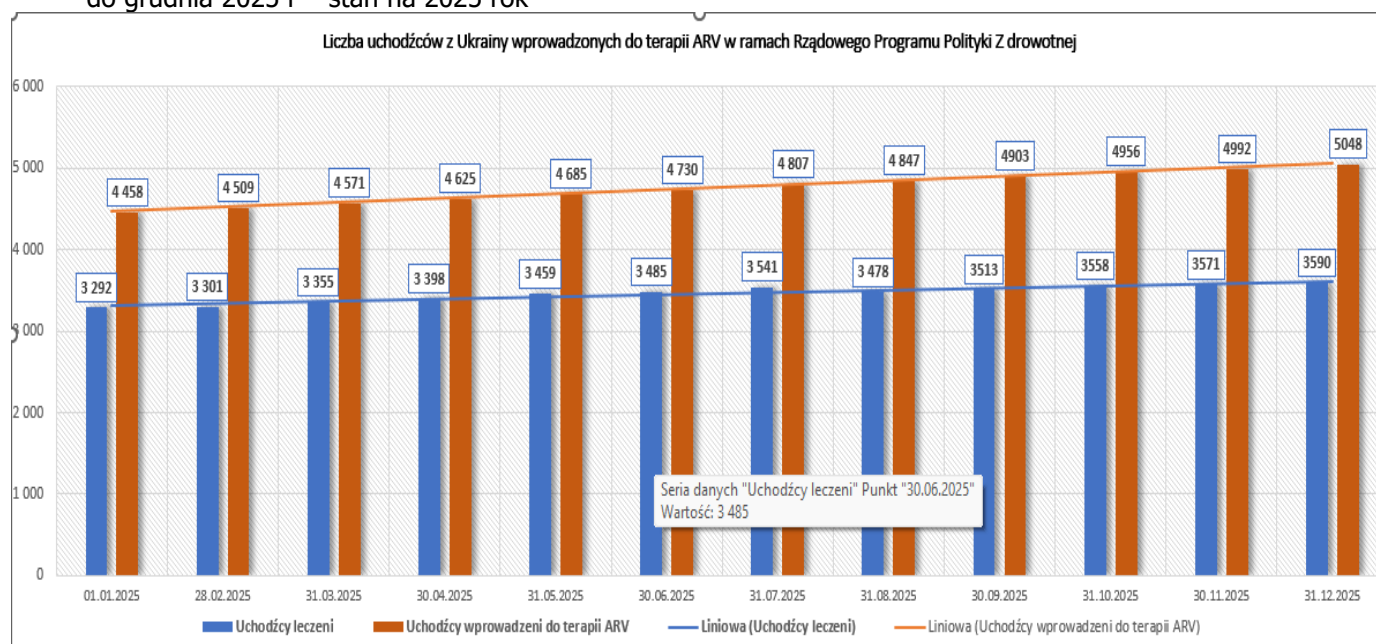
W 2025 roku realizatorzy Programu włączyli do terapii antyretrowirusowej kolejnych 660 uchodźców z Ukrainy. Łącznie od 1 stycznia 2022 roku do 31 grudnia 2025 roku wprowadzono do leczenia ARV 5 048 uchodźców wojennych z Ukrainy. Dzięki finansowemu wsparciu z Funduszu Pomocy Ukrainie nie przewiduje się zagrożenia ciągłości terapii ARV dla tej grupy pacjentów.

Tabela 9. Obywatele Ukrainy w terapii antyretrowirusowej w Polsce na dzień 31 grudnia 2025 roku

| OBCOKRAJOWCY W TERAPII ARV W POLSCE | 31.12.2025 |
|--|-------------------|
| Obcokrajowcy leczeni ARV ogółem | 5 132 |
| W tym: leczeni wszyscy obywatele Ukrainy | 4 162 |
| Leczeni uchodźcy wojenni z Ukrainy | 3 590 |
| Uchodźcy wojenni z Ukrainy wprowadzeni do terapii ARV od wybuchu wojny | 5 048 |
| Uchodźcy wojenni z Ukrainy, którzy przerwali leczenie (np. wyjechali z Polski) | 1 458 |

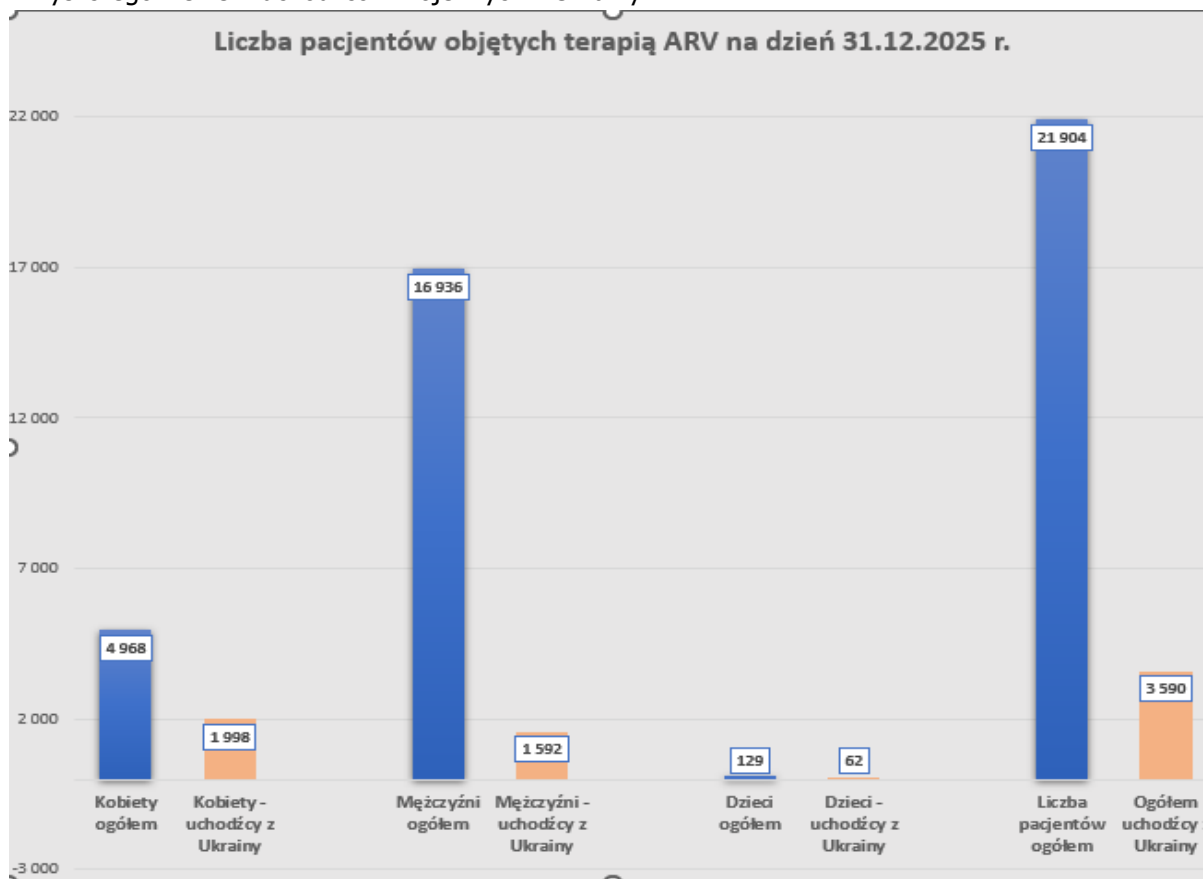
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 29. Liczba uchodźców z Ukrainy, wprowadzonych do terapii ARV w okresie od stycznia 2022 do grudnia 2025 r – stan na 2025 rok



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 30. Liczba pacjentów objętych terapią ARV na dzień 31 grudnia 2025 roku w podziale na płeć z wyszczególnieniem uchodźców wojennych z Ukrainy



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Z przedstawionych powyżej danych wynika, iż kobiety - uchodźcy z Ukrainy stanowią ponad 40,2% ogółu kobiet objętych terapią ARV. Natomiast mężczyźni – uchodźcy z Ukrainy to odsetek około 9,4% ogółu mężczyzn. Wśród wszystkich zakażonych dzieci objętych terapią ARV (do 18 r. ż.), dzieci - uchodźcy z Ukrainy stanowią około 48,1%. Ogółem pacjenci – uchodźcy z Ukrainy stanowią około 16,4% z 21 904 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 1.01–31.12.2025 r. przeprowadzono dwadzieścia pięć postępowań na zakup leków antyretrowirusowych ze środków finansowych Narodowego Fundusz 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 2025 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 Krajowemu Centrum ds. AIDS udało się w ramach budżetu na rok 2025 dokonać zakupów niezbędnych dla realizacji Programu produktów leczniczych i zapewnić ciągłość terapii ARV.

Poniższa tabela przedstawia wydatkowanie przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2025 roku środków finansowych w dziale 851 – Ochrona Zdrowia, w rozdziale 85149 – Programy polityki zdrowotnej na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „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 2025 roku środków finansowych z podziałem na paragrafy (w zł)

| PARAGRAF | PLAN | WYDATKI |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 4170 | 79 000,00 | 79 000,00 |
| 4300 | 309 000,00 | 28 246,73 |
| 4280 | | 232 214,30 |
| RAZEM: | 388 000,00 | 339 461,03 |

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 pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” wydatkowano 444 543 157,76 zł; na moduł „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” wydatkowano 5 065 200,00 zł (stan na dzień 31.12.2025 r.).

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

| WYDATKOWANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH Z NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA | PLAN | PLAN PO ZMIANACH | WYDATKI |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Program leczenia ARV | 564 156 000 ,00 | 448 452 800,00ł | 444 543 157,76 |
| Program leczenia DAA | 14 362 800,00 | 5 065 200,00ł | 5 065 200,00 |
| RAZEM: | 578 518 000,00 | 453 518 000,00 | 449 608 357,76 |

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W związku z działaniami wojennymi na Ukrainie, a co za tym idzie zwiększającą się liczbą uchodźców wojennych w terapii ARV, w 2025 roku zostały przekazane Krajowemu Centrum ds. AIDS środki finansowe w wysokości 20 000 000,00 zł z Funduszu Pomocy Ukrainie (FPU)

na zakup leków antyretrowirusowych dla uchodźców. W ramach przyznanych środków finansowych z FPU wydatkowano kwotę 19 999 951,18 zł.

W 2025 r. średni miesięczny koszt leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na jednego dorosłego pacjenta według aktualnych cen wyniósł 2 051,57 zł.

W ramach powyższych środków uwzględniono również:

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

- 328 pacjentów x 2 150,00 zł (uśredniony koszt leków ARV dla jednego pacjenta obowiązujący w 2025 r.) = 705 200,00 zł.

b) Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych:

W 2025 roku koszt leków ARV w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych (porody) obejmował:

1. koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży:

- Cięższe zakończone porodem w 2025 roku, tj. leczenie ARV w ciągu 9 miesięcy:
 $9 \times 2\,150,00 \text{ zł} \times 67 \text{ kobiet} = 1\,296\,450,00 \text{ zł}$.

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: $235,00 \text{ zł} \times 67 \text{ porodów} = 15\,745,00 \text{ zł}$.

3. Wartość terapii dla noworodków urodzonych przez kobiety zakażone HIV: Retrovir syrop, Epivir syrop, Viramune zawiesina:

- $1\,344,27 \text{ zł} \times 67 \text{ dzieci urodzonych w okresie} = 90\,066,09 \text{ zł}$.

Łącznie na profilaktykę okołoporodową wydatkowano: **1 402 261,09 zł**.

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

W roku 2025 uśredniony koszt rocznej terapii antyretrowirusowej, w przeliczeniu na jedno dziecko wyniósł 25 563,72 zł. Koszt leczenia antyretrowirusowego średnio 140 dzieci (151 dzieci na dzień 01.01.2025 oraz 129 dzieci na dzień 31.12.2025) zakażonych HIV wyniósł **298 243,40 zł**. Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez kobiety HIV+.

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 2025 roku przeprowadzono wizytacje ośrodków w Poznaniu, Ostródzie, Szczecinie oraz Bydgoszczy.

W związku z wojną w Ukrainie w roku 2025 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 pn.: „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 efektywność, a w szczególności zapewnienie

skutecznego leczenia antyretrowirusowego wraz z monitorowaniem jego skuteczności u pacjentów zakażonych HIV.

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 wiramię przez okres dłuższy niż 6 miesięcy, nie mogą zakazić 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.

Najważniejsze korzyści płynące z zapewnienia dostępności leczenia ARV:

- wydłużenie okresu przeżycia pacjentów zakażonych HIV, 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 występuje jako zakażenie oportunistyczne oraz zmniejszenie zapadalności 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 jest jednym ze współzałożycieli Rady PCB. Była jej członkiem w latach 1998–2000, 2010–2012 i 2013–2015, zaś w 2011 r. pełniła funkcję Wiceprzewodniczącego, a w 2012 r. – Przewodniczącego Rady. Eksperti z Polski aktywnie uczestniczyli w procesie opracowywania wieloletnich globalnych strategii walki z HIV/AIDS, w tym na lata 2021–2026: *End Inequalities, End AIDS*, oraz na lata 2026-2031: *United towards ending AIDS* oraz w pracach grup eksperckich w ramach UNAIDS.

W kwietniu 2024 roku decyzją ECOSOC Polska została ponownie wybrana do Rady Koordynacyjnej UNAIDS na lata 2025-2027. Za koordynację prac związanych z członkostwem Polski w UNAIDS PCB w latach 2025-2027 jest odpowiedzialne Krajowe Centrum ds. AIDS.

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.

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.

Podczas 57 posiedzenia Rady Koordynacyjnej UNAIDS, Polska poparła projekt nowej Globalnej Strategii walki z AIDS na lata 2026-2031 oraz opracowany przez UNAIDS dokument dotyczący działań dostosowawczych Wspólnego Programu w sytuacji wycofania się rządu USA i innych państw z finansowania programów koordynowanych przez UNAIDS, w tym w ramach prezydenckiego planu ratunkowego na rzecz walki z AIDS (PEPFAR).

Wycofanie w 2025 roku pomocy finansowej rządu USA oraz równoległe wprowadzana reforma systemu NZ (UN80), wymusi zmianę funkcjonowania Wspólnego Programu UNAIDS, co w praktyce doprowadzi do wchłonięcia UNAIDS przez inne agencje ONZ, takie jak WHO, UNDP i UNFPA. Zmiany te mają zwiększyć efektywność działań i ograniczyć dublowanie kompetencji w systemie ONZ, jednak budzą poważne obawy wśród państw członkowskich, ekspertów i organizacji społecznych.

Ponadto, zgodnie z decyzją podjętą podczas 57 sesji Rady Koordynacyjnej Wspólnego Programu walki z AIDS, została powołana specjalna grupa robocza: *Working Group to develop a plan on the further transition and integration of UNAIDS into the UN system and beyond, in coherence with the UN80 Initiative*, w której pracach bierze udział przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS. Zadaniem grupy jest zaplanowanie działań związanych z transformacją UNAIDS, zgodnie z inicjatywą UN80 oraz rekomendacjami PCB. Grupa wypracuje rekomendacje dotyczące prowadzenia globalnych/regionalnych programów HIV/AIDS w latach następnych, które zostaną zaprezentowane na spotkaniu wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego ONZ. Grupa sporządzi także raport cząstkowy, zawierający plan i harmonogram transformacji i integracji UNAIDS z systemem NZ i poza nim, zgodnie z Inicjatywą UN80. Raport zostanie zaprezentowany Radzie PCB na jej 58 posiedzeniu w czerwcu 2026 r.

Przewodnictwo Polski w Radzie Unii Europejskiej

W dniu 1 stycznia 2025 roku Polska objęła prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. W ramach 18-miesięcznej rotacji grupy trzech państw (Polska-Dania-Cypr) nasz kraj uczestniczył 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 styczniu 2025 r. przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS wzięli udział w konferencji rozpoczynającej polską prezydencję w Radzie UE - Razem dla zdrowia Europy, strategiczne kierunki i działania na rzecz zdrowia publicznego. Ponadto, w kwietniu 2025 roku, przedstawiciele Centrum uczestniczyli w konferencji zorganizowanej przez Ministerstwo Zdrowia RP i ECDC, której tematem wiodącym była realizacja Celów Zrównoważonego Rozwoju (SDGs) w zdrowiu. Podczas konferencji Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS zaprezentowała działania Centrum, związane z integracją świadczeń HIV/STI w oparciu o standardy i rekomendacje krajowe i międzynarodowe.

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

Wobec nowych i nasilających się zagrożeń zdrowotnych, Krajowe Centrum ds. AIDS, działające w imieniu Ministra Zdrowia, opracowało w 2025 roku we współpracy z ECDC, EACS oraz CHIP Strategię przeciwdziałania zakażeniom przenoszonym drogą płciową (STIs) w Polsce.

Dokument jest pierwszą w Polsce całościową strategią krajową dotyczącą STI, odzwierciedla nowoczesne podejście do zdrowia publicznego, oparte na integracji działań w zakresie HIV i STI, dowodach naukowych i szerokiej współpracy międzysektorowej. Jest odpowiedzią na obserwowany w całej Europie – również w Polsce – wzrost zachorowań na STI, szczególnie wśród osób młodych i w populacjach kluczowych o zwiększonym ryzyku zakażeń oraz na wyzwania wynikające z mobilności ludności i migracji związanych z konfliktami zbrojnymi.

W 2025 roku *Krajowa Strategia Zapobiegania Zakażeniom Przenoszonym Drogą Płciową (STIs) na lata 2027–2031* została zaakceptowana przez Ministra Zdrowia.

Sprawozdawczość międzynarodowa oraz współpraca z UNAIDS, ECDC, WHO

Eksperti Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczą w pracach łączonych grup eksperckich zajmujących się HIV oraz infekcjami powiązаныmi z HIV, w tym gruźlicą, działających przy Biurze Regionalnym WHO na Europę oraz przy ECDC. Krajowe Centrum ds. AIDS, za pośrednictwem NIZP-PIB-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 członkiem Rady Koordynacyjnej Programu UNAIDS. Eksperti Centrum dwa razy w roku (czerwiec, grudzień) uczestniczą w posiedzeniach Rady w Genewie. Równocześnie, zgodnie z decyzją Rady Koordynacyjnej Wspólnego Programu UNAIDS z grudnia 2025 roku w sprawie utworzenia grupy roboczej: Working Group to develop a plan on the further transition and integration of UNAIDS into the UN system and beyond, in coherence with the UN80 Initiative, w jej pracach uczestniczy przedstawiciel KC ds. AIDS.

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. W jego skład wszedł ekspert Krajowego Centrum ds. AIDS.

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.

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 ujednoczenie 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 Zwalczenia 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 Zwalczenia AIDS przekazują Sprawozdania z realizacji Programu za poprzedni rok, jak również Harmonogramy na kolejny rok. Wejście do systemu jest możliwe ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS: www.gov.pl/web/aids lub kp.centrumaids.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 pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” wraz z modułem pn. „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 umożliwiające 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 60 813 razy poruszano tematykę HIV/AIDS, innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz zakażeń związanych z wirusowym zapaleniem wątroby. Monitoringiem objęto 803 tytuły prasowe, 1 763 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 2025 r.

| | |
|---|----------------------|
| 85152 – zadania bieżące (utrzymanie i funkcjonowanie biura) | 5 107 358,27 |
| 85152 – zadania merytoryczne | 7 592 463,32 |
| Razem | 12 699 821,59 |
| 85149 – Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce | 339 461,03 |
| RAZEM | 13 039 282,62 |

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykonanie na dzień 31.12.2025 r. z tytułu zadań bieżących wyniosło **12 699 821,59** zł, w tym:

- funkcjonowanie i utrzymanie biura 5 107 358,27 zł,
- merytoryczna/statutowa działalność biura 7 592 463,32 zł.

Na dzień 31.12.2025 r. wydatkowano **7 592 463,32** zł, w tym na:

- dotacje przekazane dla fundacji 1 658 676,70 zł,
- dotacje przekazane dla stowarzyszeń 3 896 818,40 zł,
- dotacje przekazane jednostkom niezaliczonym do sektora finansów publicznych 82 080,00 zł,
- wynagrodzenia bezosobowe 170 000,00 zł,
- zakup testów diagnostycznych 693 016,24 zł,
- zakup usług pozostałych 1 091 871,98 zł.

Na dzień 31.12.2025 r. z tytułu realizacji Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej wydatki Krajowego Centrum ds. AIDS wyniosły **339 461,03** zł, w tym:

- umowy cywilnoprawne (biegli/eksperti) 79 000,00 zł,
- zakup usług - koszty redystrybucji leków ARV i testów, funkcjonowanie elektronicznej bazy monitorującej gospodarkę leków 28 246,73 zł,
- badania diagnostyczne w ramach realizacji modułu leczenia DAA 232 214,30 zł.

Na dzień 31.12.2025 r., w ramach kontynuacji Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej, ze środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia wydatkowano **449 608 357,76** zł na zakup leków ARV, testów diagnostycznych, szczepionek oraz leków na potrzeby terapii DAA. Dokumenty dotyczące zakupu poszczególnych produktów leczniczych i wyrobów medycznych przesyłane są sukcesywnie do NFZ.

Działalność Krajowego Centrum ds. AIDS w 2025 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 zlecane 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 2025 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.

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

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

Poniższa tabela przedstawia podmioty biorące udział w realizacji Programu oraz środki finansowe wydatkowane w 2025 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 (w zł) przeznaczone na realizację Programu w 2025 r., na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej

| L.P. | PODMIOT SPRAWOZDAJĄCY | ŚRODKI FINANSOWE |
|------|---|------------------|
| 1. | Ministerstwo Zdrowia – Krajowe Centrum ds. AIDS | 13 039 282,62 |
| 2. | Ministerstwo Zdrowia – Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom | 1 770 532,00 |
| 3. | Ministerstwo Zdrowia – Główny Inspektorat Sanitarny | 0,00 |
| 4. | WSSE Białystok | 29 208,57 |
| 5. | WSSE Bydgoszcz | 0,00 |
| 6. | WSSE Gdańsk | 0,00 |
| 7. | WSSE Gorzów Wlkp. | 0,00 |
| 8. | WSSE Katowice | 0,00 |
| 9. | WSSE Kielce | 0,00 |
| 10. | WSSE Kraków | 2 880,00 |
| 11. | WSSE Lublin | 0,00 |
| 12. | WSSE Łódź | 0,00 |
| 13. | WSSE Olsztyn | 0,00 |
| 14. | WSSE Opole | 0,00 |
| 15. | WSSE Poznań | 2 377,96 |
| 16. | WSSE Rzeszów | 8 043,69 |
| 17. | WSSE Szczecin | 0,00 |
| 18. | WSSE Warszawa | 540,00 |
| 19. | WSSE Wrocław | 0,00 |
| 20. | Ministerstwo Edukacji Narodowej | 6 772 585,26 |
| 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 | 147 515,60 |
| 26. | Ministerstwo Sprawiedliwości | 1 254 024,86 |
| 27. | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny | - |
| 28. | Urząd Miasta St. Warszawy | 3 900,00 |
| 29. | Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego | 78 235,00 |
| 30. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | 52 500,00 |
| 31. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | 40 060,00 |
| 32. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego | 5 000,00 |
| 33. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | 248 493,06 |
| 34. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego | 90 891,65 |
| 35. | Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego | 89 128,32 |
| 36. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | 6 888,00 |
| 37. | Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego | 8 668,04 |
| 38. | Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego | 25 260,00 |
| 39. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | 202 000,00 |
| 40. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | 40 000,00 |
| 41. | Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego | 32 000,00 |
| 42. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | 0,00 |
| 43. | Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego | 43 051,50 |
| 44. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | 48 086,00 |
| 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 | 57 500,00 |
| 50. | Małopolski Urząd Wojewódzki | 2 320,00 |
| 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 | 8 790,38 |
| 57. | Świętokrzyski Urząd Wojewódzki | 0,00 |
| 58. | Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki | 1 393,65 |
| 59. | Wielkopolski Urząd Wojewódzki | 43 474,00 |
| 60. | Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki | 77 037,75 |

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

6. PODSUMOWANIE

„Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2022–2026” zawiera zbiór zadań zaproponowanych do realizacji w okresie obowiązywania Harmonogramu. 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 kampanie społeczną,
 - przeprowadzono szkolenia skierowane do pracowników i funkcjonariuszy Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej. Zrealizowano superwizje doradców w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz konsultantów Telefonu Zaufania,
 - zrealizowano specjalistyczny materiał edukacyjny pn. „Kompendium wiedzy dla lekarzy POZ” - nowy moduł e-learningowy na portalu edukacyjnym Centrum: www.hiv-aids.edu.pl.
- Opracowano, opublikowano i dystrybuowano 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:

- Podjęto działania dotyczące strategii przeciwdziałania STIs:
 - przygotowano dokument, który został zaakceptowany przez Ministerstwo Zdrowia,
 - strategia została włączona jako integralna część projektowanego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2027-2036,
 - zainicjowano proces powołania zespołu ekspertów w dziedzinie STIs.
- 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 2025 zaobserwowano kolejny wzrost liczby klientów PKD (42 994), a także nieznaczny wzrost liczby potwierdzonych zakażeń – 491 (w stosunku do 2023 i 2024 roku, w których wykryto odpowiednio: 456 zakażeń wśród 37 485 klientów PKD oraz 471 wyników HIV+ wśród 40 723 klientów).

Okresowy spadek wykonywania testów w kierunku HIV w poprzednich latach był spowodowany sytuacją epidemiczną związaną z pandemią COVID-19 i wprowadzonymi obostrzeniami. 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). Dane z kolejnych 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 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 21 904, w tym liczba dzieci – 129. Liczba ta obejmuje również nowych pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni antyretrowirusowo oraz 3 590 uchodźców wojennych z Ukrainy.
- Farmakologiczną profilaktyką zakażeń wertykalnych w ramach Programu objęto 78 kobiet ciężarnych. Odbyło się 67 porodów.
- Programem objęto wszystkie osoby zakażone HIV, które wyraziły zgodę na leczenie ARV.
- 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 lub profilaktyki.

W ramach obszaru III zadaniem kluczowym było zapewnienie osobom zakażonym HIV dostępności leczenia antyretrowirusowego. Liczba osób objętych leczeniem ARV sukcesywnie wzrasta. W 2022 r. nastąpił ponad 25% wzrost (o 3 710 pacjentów) co było spowodowane m.in. napływem uchodźców z Ukrainy wymagających włączenia do terapii antyretrowirusowej. W 2023 r. zarejestrowano 1 448 pacjentów więcej, w 2024 r. kolejnych 836 pacjentów a w 2025 r. dodatkowych 1 261.

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 Zwalczania AIDS.

IV obszar – współpraca międzynarodowa:

- Krajowe Centrum ds. AIDS było zaangażowane w działania instytucji międzynarodowych zajmujących się tematyką HIV/AIDS i zakażeniami powiązаныmi 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 - PIB. 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 dodatknych wyników badań w kierunku HIV,

- rzetelne i dokładne wypełnianie obowiązujących formularzy zgłoszeń, szczególnie nt. informacji o drodze zakażenia.
4. Rosnąca liczba nowo wykrytych zakażeń HIV i innych STIs wymaga wzmocnienia działań profilaktycznych.
 5. Biorąc pod uwagę wzrost liczby przypadków STIs i HIV po okresie pandemii COVID-19 oraz napływie osób z Ukrainy, należy spodziewać się dalszego zwiększania liczby osób z tymi chorobami w Polsce, co jest wynikiem zarówno rozpoznawania nowych zakażeń, jak i diagnozowania oraz rejestrowania osób do tej pory nieświadomych swojego zakażenia. 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.
 6. Istotnym ograniczeniem jest brak możliwości oceny czy wzrost liczby nowo rozpoznanych zakażeń jest spowodowany zwiększającą się liczbą wykonywanych badań w kierunku HIV, czy też pogorszeniem sytuacji epidemiologicznej. Wskazane jest poszerzenie rutynowego monitorowania epidemii HIV w Polsce.
 7. 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.
 8. Należy wzmocnić działania w kierunku podniesienia świadomości społeczeństwa nt. potrzeby wykonania testu w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, obecnie dostępnych poza placówkami medycznymi w punktach PKD oraz podczas akcyjnego testowania przesiewowego w kierunku HIV, kiły i HCV, skierowanego zarówno do ogółu społeczeństwa, jak i do poszczególnych populacji, np. młodych dorosłych, populacji kluczowych.
 9. 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.
 10. Zwiększeniu liczby wykonanych testów w kierunku HIV sprzyja dostęp do diagnostyki przesiewowej HIV w placówkach POZ realizowany w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków budżetu powierzonego Ministerstwa Zdrowia.
 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 - pierwotna) 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,
 - wspierania akcyjnego testowania przesiewowego w kierunku HIV, kiły i HCV.
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. Istnieje potrzeba powołania i funkcjonowania Zespołu ds. wdrażania „Krajowej Strategii Zapobiegania Zakażeniom Przenoszonym Drogą Płciową na lata 2027–2031”. Nowa strategia odzwierciedla nowoczesne podejście do zdrowia publicznego, oparte na integracji działań w zakresie HIV i STI, dowodach naukowych i szerokiej współpracy międzysektorowej. Jest odpowiedzią na obserwowany w całej Europie – również w Polsce – wzrost zachorowań na STI, szczególnie wśród osób młodych i w populacjach kluczowych o zwiększonym ryzyku zakażeń oraz na wyzwania wynikające z mobilności ludności i migracji związanych z konfliktami zbrojnymi.
8. 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.
9. 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.

10. Na arenie międzynarodowej w ramach organizacji i grup eksperckich systemu ONZ (UNAIDS, WHO) oraz Unii Europejskiej (ECDC, Komisja Europejska), Polska promuje rozwiązania systemowe dotyczące zwalczania HIV/AIDS oraz opracowuje wkłady merytoryczne. 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 wymagający leczenia ARV ze wskazań klinicznych mają zapewniony dostęp do ujednoczonego 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. Terapie 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 termin przydatności leków ARV jest na bieżąco kontrolowany.
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 żyjące z HIV.

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. Niewielki udział 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, przebywającym na terytorium kraju dostęp do najnowszych metod diagnostycznych oraz korzystania z bezpłatnej, wysokospecjalistycznej 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
NPZ - Narodowy Program Zdrowia
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 pn.: „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