

**SPRAWOZDANIE
Z WYKONANIA ZADAŃ OBJĘTYCH
HARMONOGRAMEM REALIZACJI
KRAJOWEGO PROGRAMU
ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV
I ZWALCZANIA AIDS
w 2021 roku**

opracowane przez Krajowe Centrum do spraw AIDS

część I

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

Warszawa, maj 2022 r.

SPIS TREŚCI:

1. Informacje podstawowe.....	3
2. Epidemiologia.....	6
3. I obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa	18
4. II obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.....	33
5. III obszar tematyczny: wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.....	39
6. IV obszar tematyczny: współpraca międzynarodowa.....	62
7. V obszar tematyczny: monitoring.....	67
8. Informacja o środkach finansowych będących w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS, przeznaczanych na zapobieganie i zwalczanie AIDS w 2020 roku.....	72
9. Podsumowanie.....	73
10. Wykaz skrótów.....	79

1. INFORMACJE PODSTAWOWE

Polityka państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczania AIDS została określona w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (zwanym dalej Programem). Poprzednie edycje realizacji Programu obejmowały lata 1996–1998, 1999–2003, 2004–2006, 2007–2011 oraz 2012–2017.

Podstawę działań stanowi *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS* (Dz. U. Nr 44, poz. 227) oraz „Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2017–2021” (zwany dalej Harmonogramem), przyjęty Uchwałą Nr 156/2016 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2016 r.

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS 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 Monitoringu (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 poprzedni rok, jak również harmonogramy na kolejny rok. 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. 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 związku z ogłoszeniem przez Ministra Zdrowia od 14 marca 2020 r. na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2020 r. poz. 433), a następnie od 20 marca 2020 r. stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 491) oraz, kierując się zapisami art. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (tekst jednolity obowiązujący od dnia 05 września 2020), zaplanowane na 2021 r. zadania były realizowane z uwzględnieniem aktualnej sytuacji epidemiologicznej. Podjęto również wiele inicjatyw, wynikających z bieżącej oceny sytuacji epidemiologicznej i społecznej, znacznie ograniczających wpływ epidemii na realizację strategii zapobiegania HIV/AIDS w naszym kraju.

W 2021 r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło, między innymi, następujące działania:

w I obszarze – zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

- kampania pod hasłem „Czy wiesz, że...”;
- obchody Światowego Dnia AIDS – XXVIII Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”;
- szkolenia;

- opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjnych;
- dostęp do informacji:
 - o strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS (aids.gov.pl);
 - o Telefon Zaufania HIV/AIDS;
 - o Telefon Informacyjny;
 - o Poradnia Internetowa;
 - o Kontra – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS;
 - o e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS (ekontra.aids.gov.pl).
- przegląd i analiza obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS.

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

- działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD).

w III obszarze – wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

- realizacja programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”:
 - o leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
 - o profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych;
 - o profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko);
 - o leczenie antyretrowirusowe dzieci.
- prace nad Rządowym Programem Polityki Zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026”.

w IV obszarze - współpraca międzynarodowa

- polityka międzynarodowa:
 - o kadencja członkowska Polski w PCB UNAIDS;
 - o Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej;
- udział w projektach międzynarodowych:
 - o projekt JOINT ACTION INTEGRATE;
 - o projekt IMPLEMENT (faza przygotowawcza);
 - o projekt JOINT ACTION SURVEILLANCE;
- sprawozdawczość międzynarodowa: UNAIDS, ECDC, WHO;
- inne działania, np. udział w kongresach, konferencjach.

w V obszarze – monitoring

- badania społeczne pt. „Ewaluacja realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2017–2021”;
- prace nad „Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2022–2026”;
- funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej;
- monitorowanie gospodarki lekowej;
- funkcjonowanie bazy PKD;
- monitoring prasy.

2. EPIDEMIOLOGIA

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

Rejestracja przypadków zakażenia HIV odbywa się według daty wpłynięcia zgłoszenia. 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 (czasem kilkuletnim).

Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej opiera się obecnie na zbieraniu danych dotyczących nowo rozpoznanych zakażeń HIV. Z uwagi na długotrwały bezobjawowy przebieg zakażenia wirusem, liczba nowo wykrytych zakażeń zależy w dużej mierze od liczby wykonywanych badań w kierunku HIV. W sytuacji zwiększenia liczby badań uzyskamy trend wzrostowy liczby wykrytych zakażeń. Z kolei przy niskiej liczbie badań będziemy obserwować małą liczbę zakażeń, co nie musi świadczyć o dobrej sytuacji epidemiologicznej.

Zgodnie z wytycznymi WHO, ukierunkowana prewencja zakażeń HIV wymaga bardziej szczegółowego systemu monitorowania. We wspomnianym dokumencie dla krajów o skoncentrowanej epidemii (takich jak Polska) zaleca się następujący zestaw działań w zakresie monitorowania sytuacji epidemiologicznej:

1. Identyfikacja populacji kluczowych (o zwiększonym ryzyku zakażenia) i oszacowanie ich wielkości na poziomie krajowym i regionalnym (co 2–3 lata).
2. Badania w populacjach kluczowych – ankieta dotycząca zachowań ryzykownych i badanie w kierunku HIV (co 2 lata w obszarach priorytetowych, co 3–5 lat w obszarach mniej priorytetowych).
3. Nadzór sentinel (monitorowanie częstości zakażeń i częstości zachowań ryzykownych).
4. Zgłaszanie nowo wykrytych zakażeń HIV z wyodrębnieniem tzw. późnych rozpoznań.
5. Zgłaszanie przypadków innych chorób przenoszonych drogą płciową.
6. Nadzór sentinelowy (częstość zakażeń HIV i kiły) wśród kobiet w ciąży lub funkcjonujący bieżący monitoring programu badań w ciąży.

Wdrażana jest zgłaszalność zakażeń i zachorowań (z zastrzeżeniami, o których jest mowa poniżej) oraz nadzór sentinelowy, jak w punkcie 3, przez monitorowanie populacji korzystającej z sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych (zwanymi dalej PKD) finansowanych i koordynowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Metodologia zbierania informacji na temat nowo wykrywanych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS polega na rutynowym i biernym nadzorze epidemiologicznym. Oznacza to, że przypadki HIV/AIDS rozpoznane przez lekarza oraz zakażenia HIV rozpoznane w laboratorium wykonującym testy potwierdzenia (Western blott lub PCR) są zgłaszane do inspekcji sanitarnej (zgodnie z dotychczasową praktyką z reguły na poziom Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych (zwanymi dalej WSSE)). W WSSE prowadzony jest rejestr, który umożliwia wykluczenie powtórnych zgłoszeń tej samej osoby. WSSE powinny również zadbać o uzupełnienie brakujących w zgłoszeniu danych – na podstawie rozmowy z lekarzem prowadzącym/zlecającym badanie lub z inną osobą wyznaczoną w danej placówce medycznej. Następnie informacja (w formie papierowej) przesyłana jest do Zakładu Epidemiologii NIZP PZH - PIB, gdzie prowadzony jest centralny rejestr i gdzie prowadzona jest ponownie

procedura wykluczenia powtórnych zgłoszeń na podstawie identyfikatora obejmującego inicjały, datę urodzenia i płeć.

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.

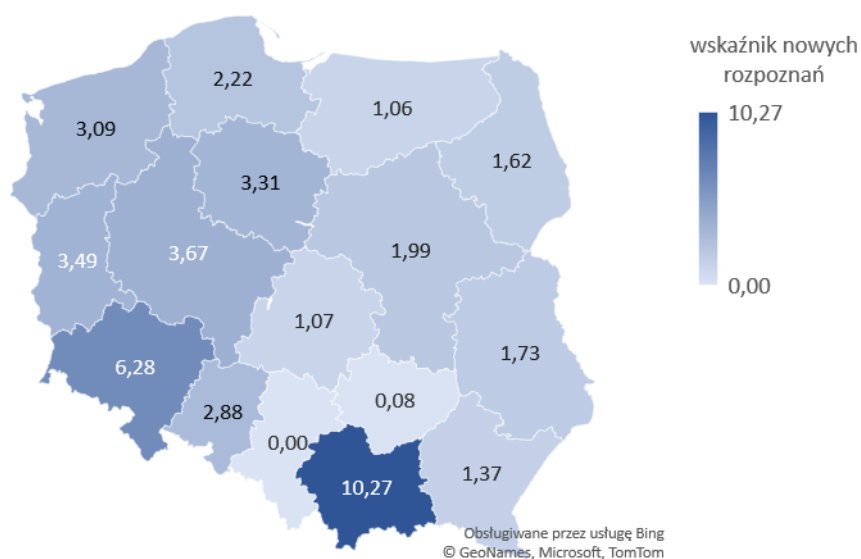
Sytuacja epidemiologiczna dotycząca nowo rozpoznanych zakażeń HIV, zachorowań na AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w Polsce w 2021* roku na podstawie danych nadzoru epidemiologicznego (dane jednostkowe).

*Dane z roku 2021 ze względu na okres pandemii COVID-19 nadal podlegają weryfikacji i mogą ulec zmianie.

Zakażenia HIV

W Polsce w 2021 r. rozpoznano 1 128 przypadków HIV. Wskaźnik nowych rozpoznań HIV ogółem wynosił 2,96 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 5,01 przypadków na 100 000 mężczyzn, natomiast dla kobiet 0,93 przypadków na 100 000 kobiet.

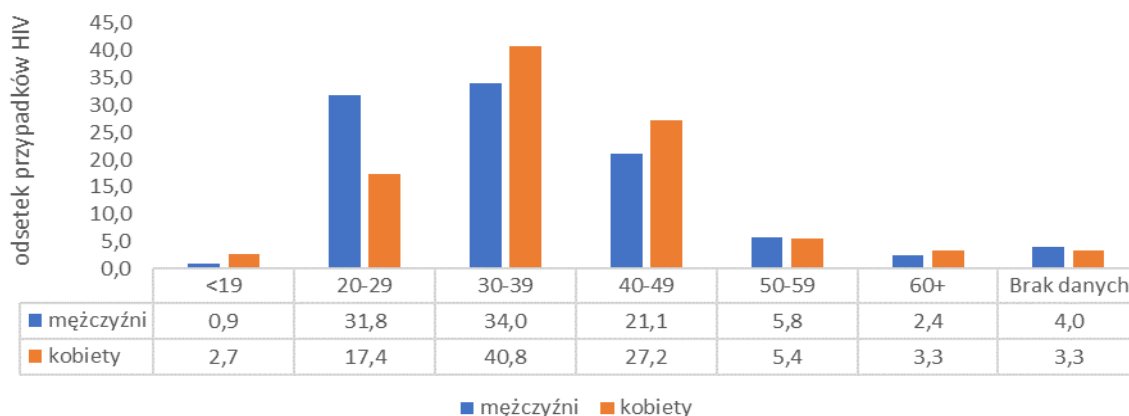
Wykres 1. Wskaźnik nowych rozpoznań HIV na 100 000 mieszkańców w poszczególnych województwach rozpoznanych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

Najwięcej przypadków w populacji mężczyzn rozpoznano w grupie wiekowej 30–39 lat – 34,0% (314 przypadków) oraz w grupie 20–29 latków – 31,8% (294 przypadków). W populacji kobiet dominowały zakażenia w grupie wiekowej 30–39 lat – 40,8% (75 przypadków). Natomiast liczba zakażeń wykrytych u osób powyżej 50 r.ż. plasowała się na podobnym poziomie zarówno w populacji kobiet, jak i w populacji mężczyzn – było to odpowiednio 8,2% u mężczyzn i 8,7% u kobiet.

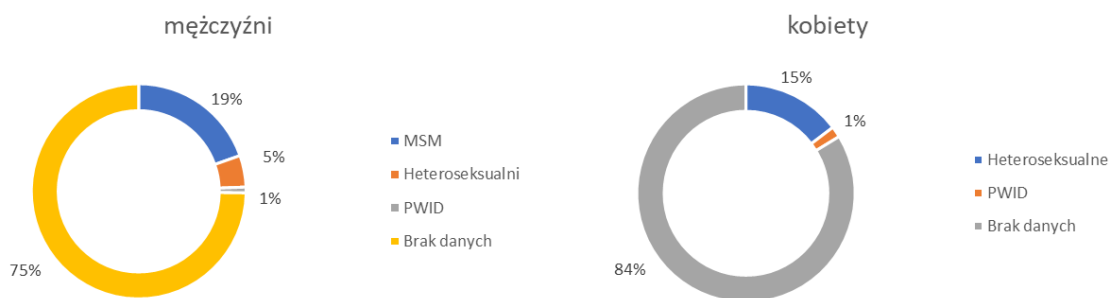
Wykres 2. Odsetek przypadków HIV w podziale na płeć i wiek osób zakażonych rozpoznanych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

W większości przypadków brakuje informacji dotyczącej prawdopodobnej drogi transmisji dla 74,7% mężczyzn i 83,7% kobiet (odpowiednio w liczbach: 690 i 154). W populacji mężczyzn przeważają zakażenia w populacji MSM – mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami – 19,6% (181 przypadków). Zakażenia wśród mężczyzn heteroseksualnych stanowią 4,8% (44 przypadki). Zakażenia wśród osób przyjmujących środki odurzające w drodze iniekcji (IDU) dotyczyły 0,9% (8 przypadków). W populacji kobiet przeważały zakażenia wśród kobiet heteroseksualnych – 14,7% (27 przypadków), natomiast zakażenia wśród osób przyjmujących środki odurzające w drodze iniekcji dotyczyły 1,6% (3 przypadki).

Wykres 3. Prawdopodobna droga zakażenia HIV w zależności od płci zakażonych osób rozpoznanych w roku 2021 (w tym 1 zakażenie wertykalne w grupie mężczyzn, nieuwjęte na wykresie).



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

Zachorowania na AIDS i zgony osób chorych na AIDS

W roku 2021 rozpoznano AIDS u 44 osób zakażonych HIV. Wskaźnik zachorowań na AIDS ogółem wynosił 0,12 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 0,18 przypadków na 100 000 mężczyzn, natomiast dla kobiet – 0,05 przypadków na 100 000 kobiet.

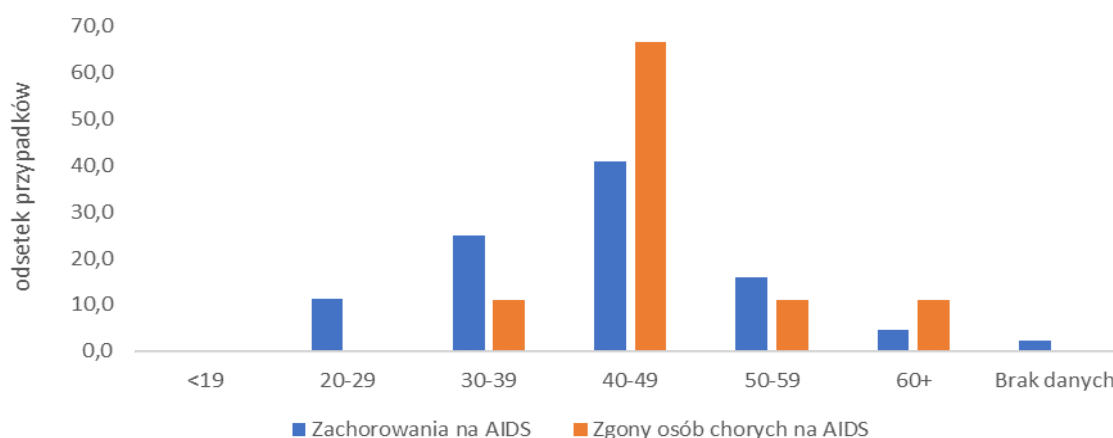
Tabela 1. Liczba zachorowań na AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w Polsce w 2021 oraz wskaźniki zachorowań i umieralności na 100 000 mieszkańców wg województw.

WOJEWÓDZTWO	ZACHOROWANIA AIDS		ZGONY OSÓB CHORYCH NA AIDS	
	liczba przypadków	wskaźnik zachorowań	liczba przypadków	wskaźnik umieralności
Dolnośląskie	6	0,21	2	0,07
Kujawsko-pomorskie	2	0,10	0	-
Lubelskie	3	0,14	0	-
Lubuskie	4	0,40	2	0,20
Łódzkie	1	0,04	0	-
Małopolskie	3	0,09	0	-
Mazowieckie	4	0,07	1	0,02
Opolskie	1	0,10	1	0,10
Podkarpackie	0	-	0	-
Podlaskie	1	0,09	0	-
Pomorskie	1	0,04	1	0,04
Śląskie	0	-	0	-
Świętokrzyskie	0	-	0	-
Warmińsko-mazurskie	1	0,07	0	-
Wielkopolskie	11	0,32	1	0,03
Zachodniopomorskie	6	0,36	1	0,06
Polska	44	0,12	9	0,02

Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

Najwyższą liczbę zachorowań na AIDS rozpoznano w grupie wiekowej 40–49 lat – 40,9% (18 przypadków) oraz w grupie 30–39 – 25,0% (11 przypadków). Natomiast zgony osób chorych na AIDS dotyczyły głównie osób w wieku 40–49 lat – 66,7% (6 przypadków). Nie zarejestrowano żadnego zgonu u osób poniżej 30 r.ż.

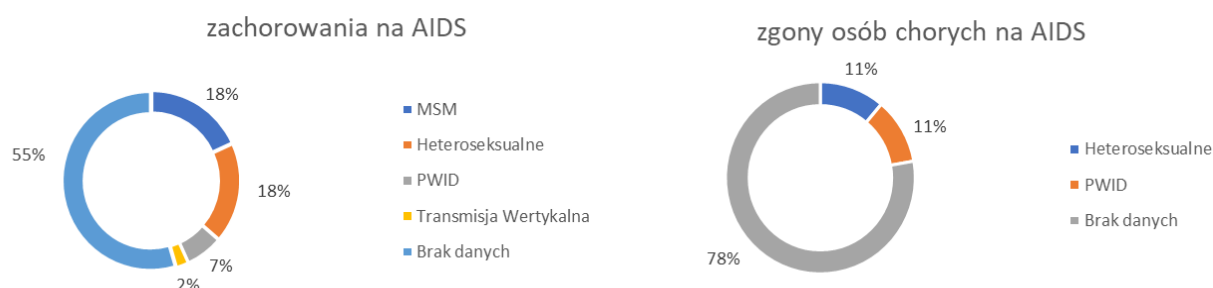
Wykres 4. Odsetek zachorowań na AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w podziale na wiek; wśród osób zakażonych zgłoszonych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

W ponad połowie przypadków zachorowań na AIDS nie wskazano prawdopodobnej drogi transmisji – 54,5% (24 przypadki). W populacji MSM i w grupie osób heteroseksualnych zarejestrowano taki sam poziom zakażeń – po 8 przypadków (18,2% wszystkich zachorowań). Zakażenia w populacji IDU dotyczyły 6,8% osób (3 przypadki). Rozpoznano również jedno zachorowanie u dziecka zakażonego wertykalnie. Dla zgłoszonych przypadków zgonów osób chorych na AIDS w większości brakuje danych na temat drogi zakażenia HIV – co stanowi 77,8% (7 przypadków). W populacji osób heteroseksualnych i w populacji osób przyjmujących środki odurzające drogą iniekcji zarejestrowano po jednym przypadku zgonu.

Wykres 5. Prawdopodobna droga zakażenia dla zachorowań na AIDS i zgonów osób chorych na AIDS rozpoznanych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

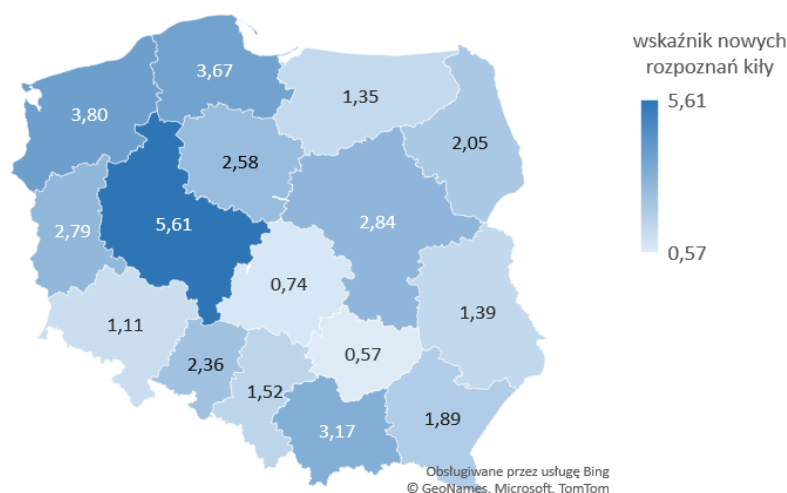
Sytuacja epidemiologiczna dotycząca zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) w Polsce w 2021* roku na podstawie danych z nadzoru epidemiologicznego (dane jednostkowe)

*Dane z 2021 ze względu na okres pandemii COVID-19 nadal podlegają weryfikacji i mogą ulec zmianie

Kiła

W Polsce w roku 2021 zarejestrowano 949 przypadków kiły. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły wynosił ogółem 2,49 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 2,98/100 000 mężczyzn, natomiast dla kobiet 1,09/100 000 kobiet.

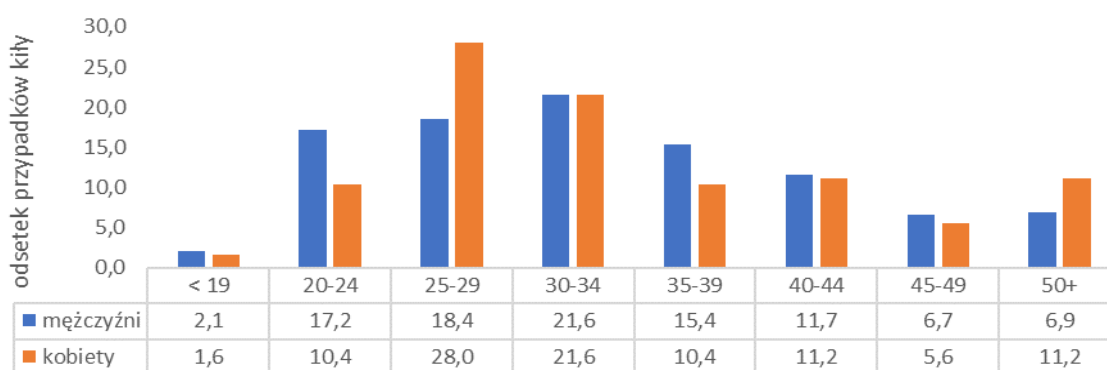
Wykres 6. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły na 100 000 mieszkańców w poszczególnych województwach zgłoszonych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

Najwięcej przypadków w populacji mężczyzn zarejestrowano w grupie wiekowej 30–34 lata – 21,6% (178 przypadków kiły) oraz w grupie wiekowej 20–24 i 25–29 latków, odpowiednio 17,2% i 18,4% (142 i 158 przypadków). Jeżeli chodzi o zakażenia u osób powyżej 50 r.ż. to stanowiły one większość w populacji kobiet w porównaniu z populacją mężczyzn, odpowiednio 11,2% i 6,9%.

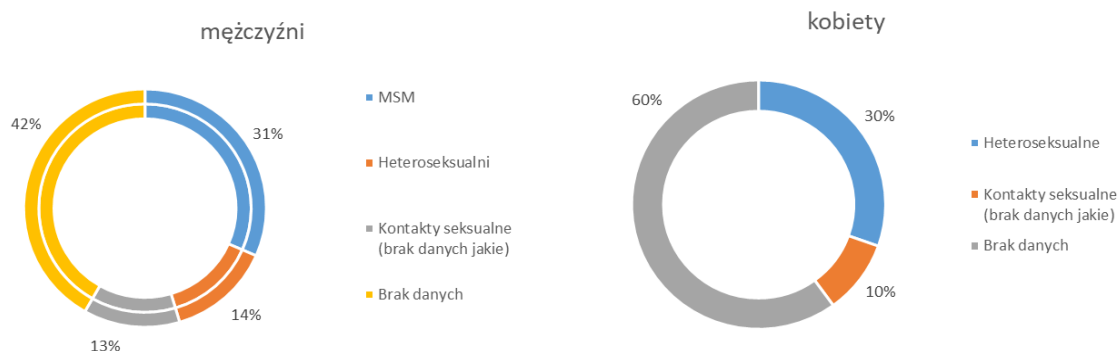
Wykres 7. Odsetek przypadków kiły w podziale na płeć i wiek osób zakażonych zgłoszonych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

W większości przypadków nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia dla 41,7% mężczyzn i 60,0% kobiet (odpowiednio 344 i 75 przypadków). W populacji mężczyzn przeważają zakażenia wśród MSM – 31,6% (260 przypadków). Natomiast na zbliżonym poziomie plasowała się liczba zakażeń odnotowanych wśród mężczyzn heteroseksualnych – 13,8% (114 przypadków) oraz mężczyzn, którzy wskazali kontakt seksualny jako drogę zakażenia, jednak nie uściłili jego typu – 12,9% (106 przypadków). W ogólnej populacji kobiet przeważała liczba zakażeń odnotowanych wśród kobiet heteroseksualnych – 30,4% (38 przypadków).

Wykres 8. Prawdopodobna droga zakażenia dla kiły w zależności od płci zakażonych osób zgłoszonych w roku 2021.

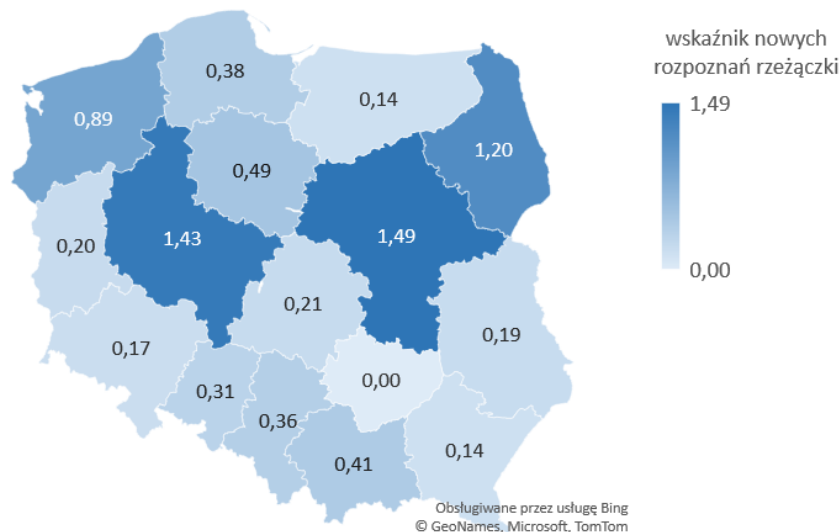


Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

Rzeżączka

W Polsce w roku 2021 zarejestrowano 233 przypadki rzeżączki. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki ogółem wynosił 0,61 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 1,17/100 000 mężczyzn, natomiast dla kobiet 0,09/100 000 kobiet.

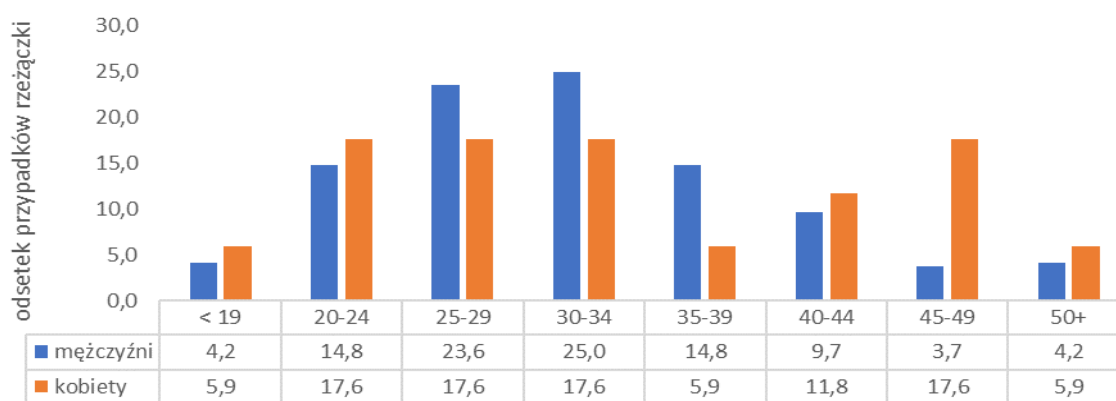
Wykres 9. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki na 100 000 mieszkańców w poszczególnych województwach zgłoszonych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

Najwięcej przypadków rzeżączki w populacji mężczyzn zarejestrowano wśród osób w wieku 30–34 lata – 25,0% (54 przypadki) oraz 25–29 lat – 23,6% (51 przypadków). Liczba zakażeń u osób powyżej 50 r.ż. stanowiła większość w populacji kobiet w porównaniu z populacją mężczyzn, odpowiednio 5,9% i 4,2%.

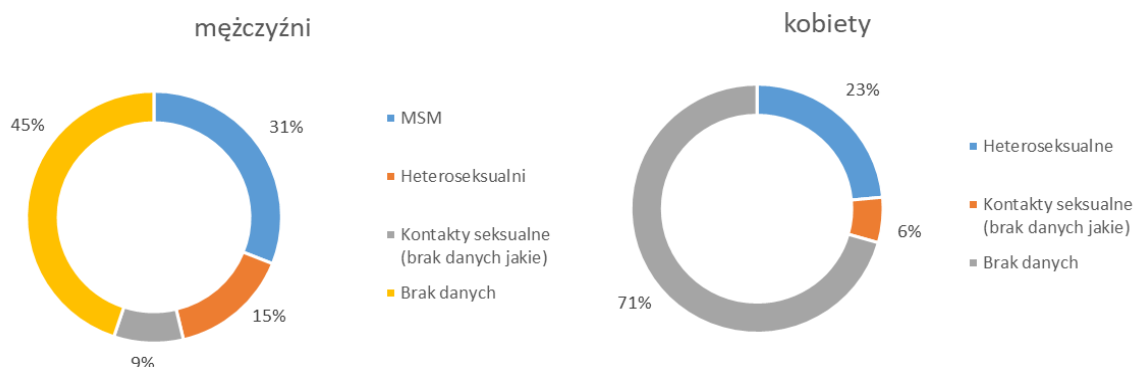
Wykres 10. Odsetek przypadków rzeżączki w podziale na płeć i wiek osób zakażonych zgłoszonych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

W większości przypadków nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia dla 44,9% mężczyzn i 70,6% kobiet (odpowiednio 97 i 12 przypadków). W populacji mężczyzn przeważają zakażenia wśród MSM — 31,0% (67 przypadków). W populacji mężczyzn heteroseksualnych – zarejestrowano 15,3% (33 przypadki), a wśród mężczyzn, którzy wskazali kontakt seksualny jako drogę transmisji, jednak nie uściślili jego typu zarejestrowano 8,8% (19 przypadków). W populacji kobiet przeważały zakażenia wśród kobiet heteroseksualnych – 23,5% (4 przypadki).

Wykres 11. Prawdopodobna droga zakażenia dla rzeżączki w zależności od płci zakażonych osób zgłoszonych w roku 2021.

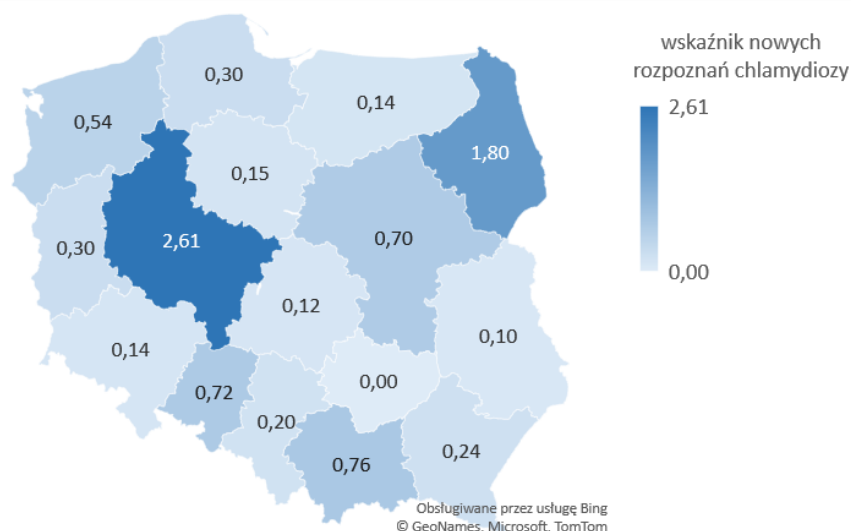


Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

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

W Polsce w roku 2021 zarejestrowano 230 przypadków chlamydiozy. Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydiozy wynosił ogółem 0,60 przypadków na 100 000 mieszkańców. Dla mężczyzn wskaźnik wynosił 0,67/100 000 mężczyzn, natomiast dla kobiet 0,48/100 000 kobiet.

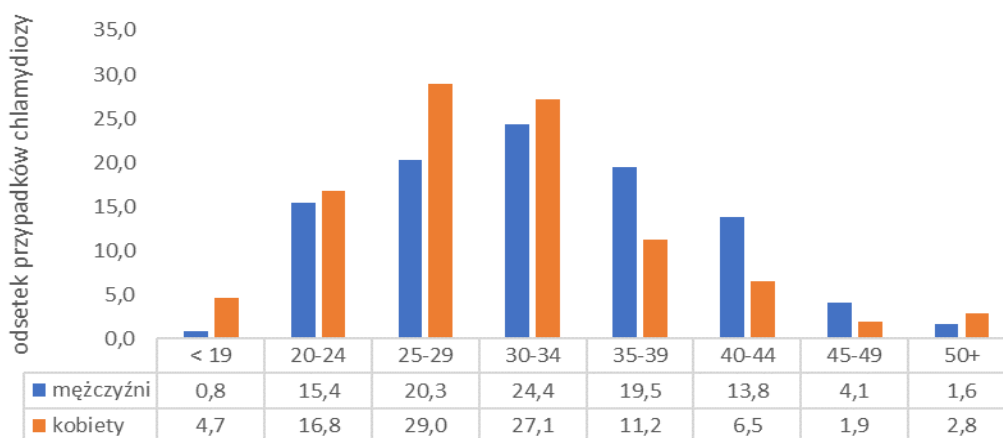
Wykres 12. Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydiozy na 100 000 mieszkańców w poszczególnych województwach zgłoszonych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

Najwięcej przypadków chlamydiozy w populacji mężczyzn zarejestrowano w grupie wiekowej 30–34 lata – 24,4% (30 przypadków) oraz w grupie 25–29 lat i 35–39 lat, odpowiednio 20,3% i 19,5% (25 i 24 przypadki). Liczba zakażeń u osób powyżej 50 r.ż. była większa w populacji kobiet w porównaniu z populacją mężczyzn i wynosiła odpowiednio 2,8% i 1,6%. Również liczba zakażeń odnotowana w grupie osób poniżej 25 r.ż. była wyższa w populacji kobiet i wynosiła 21,5%, a w populacji mężczyzn wynosiła 16,1% przypadków (23 przypadki vs 20 przypadków).

Wykres 13. Odsetek przypadków chlamydiozy w podziale na płeć i wiek osób zakażonych zgłoszonych w roku 2021.

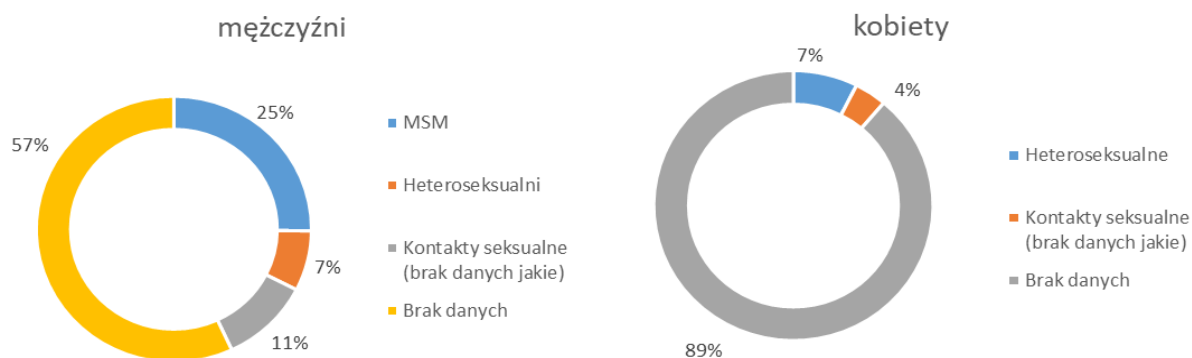


Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

W większości przypadków nie wskazano prawdopodobnej drogi zakażenia dla 56,9% mężczyzn i aż 88,8% kobiet (odpowiednio 70 i 95 przypadków). W populacji mężczyzn przeważają zakażenia wśród MSM — 25,2% (31 przypadków). Drugą dominującą grupą byli mężczyźni, którzy jako drogę zakażenia wskazali kontakt seksualny, jednak nie uściślili jego typu – 10,6%

(13 przypadków). Wśród mężczyzn heteroseksualnych zakażenie zarejestrowano u 7,3% (9 przypadków). W populacji kobiet przeważały zakażenia wśród kobiet heteroseksualnych – 7,5% (8 przypadków).

Wykres 14. Prawdopodobna droga zakażenia dla chlamydiozy w zależności od płci zakażonych osób zgłoszonych w roku 2021.



Źródło: opracowanie NIZP PZH – PIB na podstawie wywiadów zarejestrowanych w EpiBazie – dane jednostkowe z roku 2021.

Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD)

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

Tabela 2. Liczba klientów PKD w roku 2021.

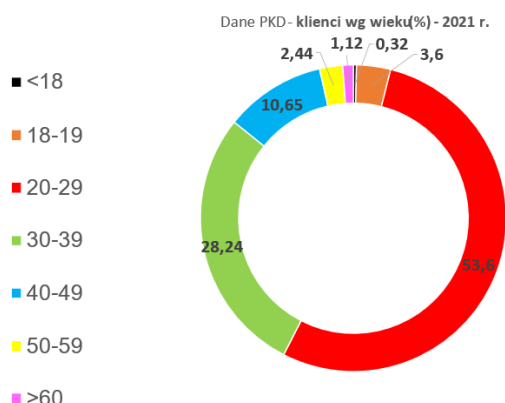
LICZBA KLIENTÓW	LICZBA TESTÓW PRZESIEWOWYCH DODATNICH	LICZBA TESTÓW SZYBKICH DODATNICH	LICZBA TESTÓW PRZESIEWOWYCH UJEMNYCH	LICZBA TESTÓW SZYBKICH UJEMNYCH	LICZBA TESTÓW SZYBKICH WĄTPLIWYCH	LICZBA PORAD BEZ TESTU	CIAŻA JAKO POWÓD WYKONANIA TESTU	WB POTWIERDZONE	WB NIEPOTWIERDZONE	WB WĄTPLIWE
28 646	538	116	19 447	9 063	10	223	160	448	70	14

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2021 r. punkty konsultacyjno-diagnostyczne przyjęły 28 646 klientów (w tym 1 790 cudzoziemców) na terenie całego kraju. U 28 423 osób wykonano testy przesiewowe. Punkty w Bydgoszczy, Chorzowie, Gdańsku, Gdyni, Jeleniej Górze, Kielcach, Łodzi, Nowym Sączu, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Toruniu, Wałbrzychu, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze wykonywały także szybkie testy przesiewowe, których wynik znany był już po 30 minutach. Łącznie wykonano 9 189 takich testów.

Co do zasady w PKD tylko osoby pełnoletnie mogą wykonać test w kierunku HIV. Ze względu na sytuację prawną, osobom między 16. a 18. rokiem życia jest proponowane poradnictwo, a test może zostać wykonany jedynie po uzyskaniu zgody opiekuna prawnego i samej osoby małoletniej.

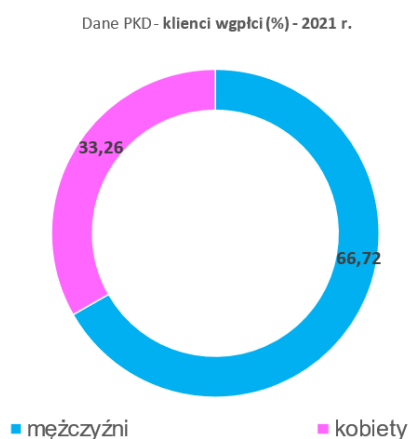
Wykres 15. Dane z PKD za rok 2021 – podział klientów wg grupy wiekowej.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W PKD testy w kierunku HIV zdecydowanie częściej wykonują osoby w przedziale wiekowym 20–29 lat (53,6%), następnie w przedziale 30–39 lat (28,24%); częściej mężczyźni (66,72%) niż kobiety (33,26%).

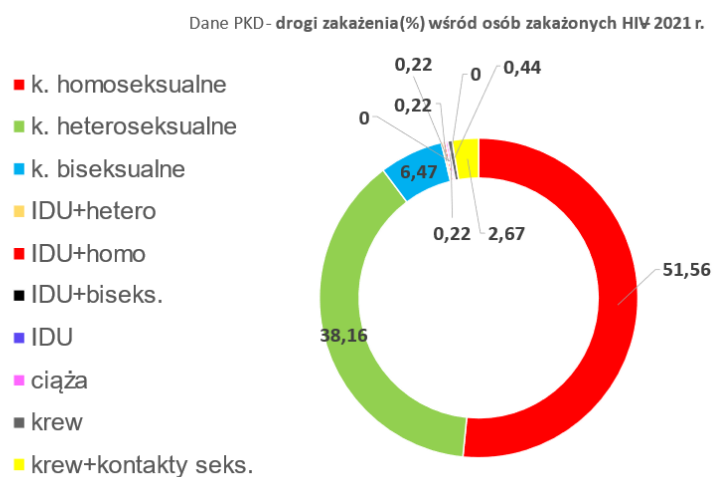
Wykres 16. Dane z PKD za rok 2021 rok – podział klientów wg płci.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W 2021 r. w PKD wykryto łącznie 448 nowych przypadków zakażeń HIV. Najczęstszą drogą transmisji było podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych. Stanowiły one nieco ponad 96% wszystkich przypadków (kontakty homoseksualne: 51,56%, heteroseksualne: 38,16%, biseksualne: 6,47%).

Wykres 17. Dane z PKD za 2021 rok – podział wg prawdopodobnych dróg zakażenia.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

3. I OBSZAR TEMATYCZNY:

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV WŚRÓD OGÓŁU SPOŁECZEŃSTWA

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cel szczegółowy

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

Cel ogólny

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

Cel szczegółowy

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

Cel ogólny

3. Aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS

Cel szczegółowy

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

KAMPANIA

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zrealizowano kolejną odsłonę kampanii pod hasłem „Czy wiesz, że...”. Celem kampanii było wzmocnienie już posiadanej wiedzy, obalenie mitów i podanie kolejnych faktów na temat HIV, choroby AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs). Grupą docelową kampanii był ogół społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem osób w podziale na wiek: 18–34 lata oraz 35–49 lat. Działania kampanijne zostały przeprowadzone w dwóch etapach.

Etap I zrealizowano w dniach 16–30.06.2021 r. Kampania była prowadzona w mediach społecznościowych (Facebook/Instagram) oraz poprzez ekspozycję plakatów kampanijnych (przedstawionych poniżej) na zewnętrznych tablicach informacyjnych, tzw. citylightach, umieszczonych głównie na przystankach komunikacji miejskiej oraz w uczęszczanych miejscach miast (np. pasażach handlowe czy deptaki). Przygotowano 500 nośników w 12 województwach,

z wyłączeniem województw: lubuskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego i warmińsko-mazurskiego.



Przyjmując wskaźnik CTR (stosunek kliknięcia/wyświetleń) dla wszystkich kreacji jednocześnie, najlepszy wynik wygenerowała reklama z motywem basenu (CTR 0,41%), zaś najniższy ta dotycząca zakażeń przenoszonych drogą płciową (CTR 0,30%). Biorąc pod uwagę grupy wiekowe, w przypadku młodszej grupy (18–34) najwyższy CTR osiągnęła linia z motywem basenu, najniższy – linia z motywem komara. W przypadku starszej grupy wiekowej (35–49), najwyższy wynik CTR – 0,41% – wygenerowała linia kreatywna dotycząca motywu kaszlu, natomiast najniższy – 0,25% – linia dotycząca zakażeń przenoszonych drogą płciową. Taki wybór kreacji wśród młodszych odbiorców może być ściśle powiązany z okresem wakacyjnym. Na wpływ popularności linii z motywem kaszlu wśród nieco starszych osób mogła mieć wpływ sytuacja epidemiologiczna w kraju, związana z pandemią COVID-19. Nie było znaczących różnic między poziomem zainteresowania reklamą w grupie mężczyzn i kobiet.

Etap II zrealizowano w dniach 18.11–08.12.2021 r. Dzięki temu wzmocniono przekaz związany z Europejskim Tygodniem Testowania (19–26.11.2021 r.) oraz z obchodami Światowego Dnia AIDS (1 grudnia).

W drugim etapie wzmocniono przekaz dotyczący zagadnień związanych z profilaktyką farmakologiczną HIV/AIDS:

- PrEP – profilaktyka przed narażeniem na zakażenie HIV,
- PEP – profilaktyka po narażeniu na zakażenie HIV,
- profilaktyka wertykalna – zapobieganie przeniesienia zakażenia HIV z zakażonej matki na dziecko w czasie ciąży, porodu i podczas karmienia piersią,
- leczenie antyretrowirusowe (ARV).

Zintegrowane działania informacyjno-edukacyjne prowadzone były w Internecie przy pomocy:

- systemu reklamowego *Google Ads*: reklamy *Google Display Network* oraz *Google Analytics*,



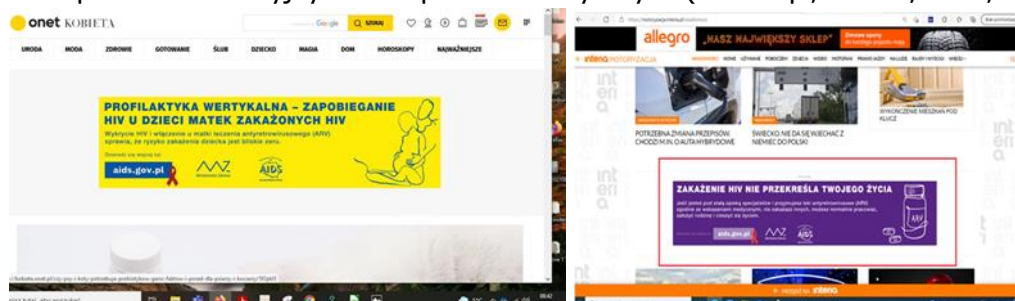
Reklamy kampanii Google Ads wygenerowały 20 276 858 wyświetleń oraz 23 244 kliknięć linku. Zostały wyświetlone przede wszystkim w grupie wiekowej: 18–44 lata, częściej przez kobiety (58%) niż przez mężczyzn (42%).

- mediów społecznościowych: Facebook i Instagram,



W mediach społecznościowych promowano zarówno posty graficzne, jak i posty wideo. Posty kampanijne były wyświetlane przede wszystkim przez grupę osób w wieku: 18–44 lata, w podziale na płeć: przez 53% mężczyzn i 46% kobiet. W sumie udało się uzyskać 2 932 513 wyświetleń postów, które wygenerowały 21 762 kliknięć linku oraz 129 113 aktywności wobec postów (liczba osób, które kliknęły post, polubiły go, skomentowały lub udostępniły).

- portali informacyjnych oraz portali tematycznych (Gazeta.pl, Interia, Onet, WP.pl).

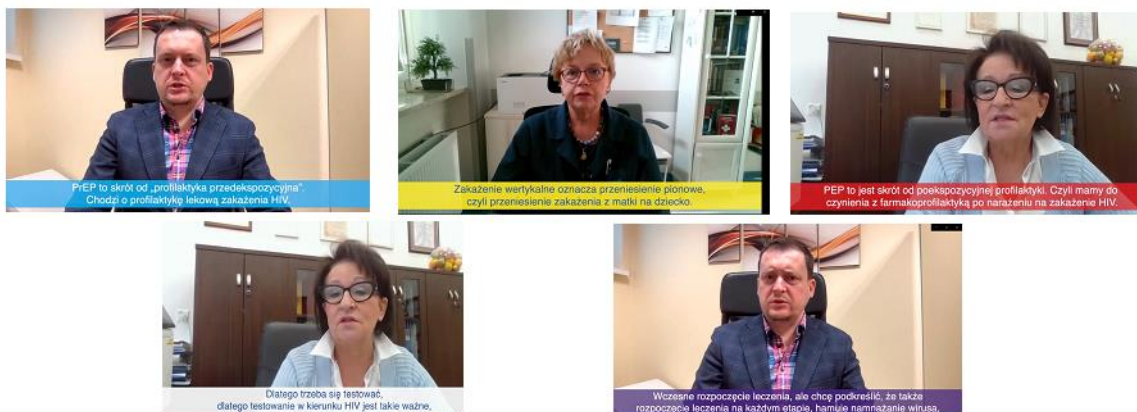


Bannery kampanii odsłonowej na horyzontalnych portalach internetowych zostały skorelowane z podstroną kampanii, dzięki czemu zwiększył się poziom aktywności internautów na stronie aids.gov.pl. Suma wygenerowanych wyświetleń: 5 348 376, zaś kliknięć w reklamę i przejść na podstronę kampanii: 7 916.

Do kampanii zaproszeni zostali eksperci zajmujący się tematyką HIV/AIDS. Wystąpili oni w pięciu edukacyjnych materiałach filmowych dotyczących najważniejszych kwestii poruszanych podczas drugiego etapu działań, tj.: profilaktyki wertykalnej HIV/AIDS, znaczenia wykonywania testów w kierunku HIV, profilaktyki PEP, profilaktyki PrEP oraz korzyści płynących z leczenia ARV.

Specjaliści chorób zakaźnych dla edukacji

Filmy z udziałem ekspertów dostępne były w mediach społecznościowych, w tym przede wszystkim na Fb, a także na podstronie kampanii przez cały czas jej trwania.



Ww. materiał był udostępniony w mediach społecznościowych, m.in. na podstronie kampanii <https://aids.gov.pl/czywiesz> oraz na Facebooku.

Nową formą przekazu kampanijnego były podcasty pt. *Spotkanie z rzeczywistością* – moderowane rozmowy z dwojgiem osób HIV+. Osoby te przedstawiały zarówno swój punkt widzenia, jak i – dzięki posiadanemu doświadczeniu pracy na rzecz organizacji pozarządowych – punkt widzenia innych osób żyjących z HIV. Podcasty były zamieszczone w mediach społecznościowych oraz na podstronie kampanii.



Ambasadorami kampanii zostali dr Luiza Napiórkowska oraz Romek Wrzosek.

Dr Napiórkowska jest znana w sieci jako „doktor Lu”, prowadząca blog „Okiem dr Luizy”. Specjalista chorób wewnętrznych, diabetolog i endokrynolog. W ramach kampanii „Czy wiesz, że...” we wpisach na blogu, Facebooku i Instagramie opowiedziała o profilaktyce wertykalnej zakażenia HIV.



Romek Wrzosek jest prezenterem telewizyjnym, osobowością medialną, znanym ze wspierania środowiska MSM. W swoich postach na Facebooku oraz Instagramie podkreślał znaczenie wykonywania testów w kierunku HIV.



W ramach drugiego etapu kampanii, w dziennikach regionalnych w całej Polsce, zamieszczono dwa plakaty informacyjno-edukacyjne, każdy w formacie *Junior Page* (174x229,3 mm). W wydaniu dzienników regionalnych w dniu 1.12.2021 r. – w Światowym Dniu AIDS – zamieszczono plakat dotyczący testowania w kierunku HIV, a w wydaniu dzienników regionalnych w dniu 3.12.2021 r. – plakat dotyczący profilaktyki wertykalnej.



Wybór czasu kampanii (18.11–08.12.2021r.) oraz zaplanowane aktywności przełożyły się na dużą liczbę wyświetleń – łącznie 29 809 580.

Głównym zadaniem kampanii było przede wszystkim budowanie świadomości i promowanie całościowego podejścia do profilaktyki zakażeń.

PODNIESIENIE POZIOMU AKCEPTACJI SPOŁECZNEJ PRZEZ PODEJMOWANIE RÓŻNYCH INICJATYW

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

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”, jest od lat największym polskim forum dyskusyjnym poświęconym zagadnieniom HIV i AIDS.

Program konferencji:

Sesja plenarna I – Co nam zostało z tych lat – przegląd stosowanych terapii na przestrzeni lat;

Sesja plenarna II – HIV i koinfekcje;

Sesja plenarna III – Okiem badacza – Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS w wymiarze krajowym i międzynarodowym;

Sesja z okazji Światowego Dnia AIDS – Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie, podczas której m.in.:

- dokonano prezentacji nagrodzonych prac nadesłanych na konkurs na komiks dotyczący tematyki HIV/AIDS oraz wręczono dyplomy zwycięzcom,
- wręczono statuetki „Pozytywnie Otwarci” zwycięzcom konkursu na najciekawsze projekty działań profilaktycznych i pomocowych,
- odbyła się gala Czerwonej Kokardki – międzynarodowego symbolu walki z HIV i AIDS. „Czerwona Kokardka” przyznawana jest z okazji Światowego Dnia AIDS przez Kapitułę działającą przy Krajowym Centrum ds. AIDS, na podstawie wniosków nadesłanych od podmiotów realizujących zadania związane z ograniczaniem rozprzestrzeniania się HIV/AIDS w Polsce. Otrzymują ją 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.

Inne tematy sesji konferencji:

- Testowanie jako element zróżnicowanej profilaktyki.
- Co było, co jest – a co nas czeka? Profilaktyka z perspektywy dwóch pokoleń.
- Społeczna odpowiedzialność biznesu a współpraca z organizacjami pozarządowymi.
- Różne twarze wsparcia.
- Żyjemy razem, czyli o akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS.
- HIV u dzieci – stale aktualny problem.

Odbiorcami konferencji były zarówno osoby HIV+, jak i te, które na co dzień ich wspierają: lekarze, pracownicy instytucji centralnych terenowych, władz samorządowych i organizacji pozarządowych, przedstawiciele świata nauki, artyści, dziennikarze oraz pasjonaci tej tematyki. Liczną grupę uczestników konferencji stanowili także pracownicy punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Ze względu na pandemię COVID-19 i związane z nią ograniczenia sanitarne konferencja odbyła się w trybie hybrydowym. Transmisja konferencji była realizowana na kanale YouTube Fundacji Res Humanae. Na potrzeby konferencji utworzono specjalną stronę, zawierającą wszystkie ważne informacje, program oraz linki do obrad.

Do udziału w konferencji w trybie on-line zapisało się 192 uczestników, 125 było obecnych na konferencji stacjonarnie. Materiał z konferencji, zamieszczony na YouTube do 8 grudnia ub.r. uzyskał 488 wyświetleń.

Konkurs na komiks dotyczący problematyki HIV/AIDS.

Celem konkursu na komiks z zakresu profilaktyki HIV i AIDS było zwiększenie świadomości ogółu społeczeństwa na ten temat. Uczestnicy zostali zachęcani, aby treści przez nich prezentowane zawierały informacje związane między innymi z:

- drogami zakażenia HIV,
- sposobami zapobiegania HIV,
- prawami i obowiązkami osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
- upowszechnieniem informacji o możliwości wykonania testu w kierunku HIV anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania w punktach konsultacyjno-diagnostycznych,
- upowszechnieniem informacji na temat leczenia antyretrowirusowego (ARV),
- postępowaniem poekspozycyjnym,
- adresami i numerami kontaktowymi do organizacji czy instytucji pomocowych, np. Telefon Zaufania AIDS 800 888 448, strona Krajowego Centrum ds. AIDS <https://aids.gov.pl/>.

Spośród nadesłanych 36 prac wybrano troje laureatów, dodatkowo wyróżniono 8 prac. Laureaci konkursu otrzymali nagrody w postaci materiałów informacyjno-promocyjnych wydanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

SZKOLENIA

Szkolenia – podniesienie kwalifikacji zawodowych z zakresu HIV/AIDS

W celu realizacji zadania podnoszenia kwalifikacji różnych grup zawodowych, we współpracy z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji, przygotowano postępowanie na realizację usługi kompleksowej organizacji szkoleń w formie webinarium, mających na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych z zakresu HIV/AIDS dla pracowników służb interwencyjnych: Policji, Straży Pożarnej i Straży Granicznej.

Szkolenia zostały przeprowadzone w 11 cyklach. Każdy z nich trwał 5 godzin dydaktycznych i był podzielony na następujące bloki tematyczne: podstawowe informacje i aspekty medyczne na temat HIV/AIDS i innych STIs, aspekty dotyczące testowania i poradnictwa okołotestowego, ekspozycje zawodowe na materiał potencjalnie zakaźny, aspekty psychologiczne i prawne.

Łącznie w szkoleniach wzięło udział 600 osób.

Szkolenie certyfikacyjne dla przyszłych doradców punktów konsultacyjno-diagnostycznych

We współpracy ze Stowarzyszeniem Profilaktyki Zdrowotnej „JEDEN ŚWIAT”, przeprowadzono szkolenie certyfikacyjne na doradców, upoważniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Przeprowadzono także szkolenie dla doradców, którzy wcześniej uzyskali certyfikaty terminowe (tzw. prolongata certyfikatu). W 2021 roku, ze względu na pandemię, po raz pierwszy szkolenie dla doradców odbyło się zdalnie, za pośrednictwem platformy ZOOM.

Szkolenie rozpoczęło się 6 sierpnia testem kwalifikacyjnym, a zakończyło 5 grudnia egzaminem. Równoległe zjazdy dwóch grup odbywały się w następujących terminach: 3–5 września, 17–19 września i 2–3 października. Częścią szkolenia były też: staż w wybranym PKD, warsztaty i superwizja oraz – w szkoleniu na prolongatę certyfikatu – studium przypadku.

Na szkolenie certyfikacyjne przyjęto 30 osób, do egzaminu zostało dopuszczonych 29 osób. Ostatecznie certyfikat doradcy uzyskały 24 osoby (1 osoba nie zdała egzaminu pisemnego, 4 osoby nie zdały egzaminu ustnego).

W szkoleniu na prolongatę wzięły udział 4 osoby, 2 z nich zrezygnowały, w ich miejsce przyjęto 2 kolejne z listy rezerwowej. Wszyscy uczestnicy pomyślnie zdali egzamin.

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



Portal edukacyjny jest przeznaczony dla pracowników 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 oraz osób zainteresowanych tematyką HIV/AIDS, które chcą poszerzyć swoją wiedzę. Co kwartał, na portalu w zakładce *Aktualności*, umieszczane są bieżące

informacje dotyczące wydarzeń związanych z tematem HIV/AIDS, a także aktualne numery kwartalnika „Kontra”.

OPRACOWANIE, WYDAWANIE I DYSTRYBUCJA MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH

Plakat dotyczący postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV)

Plakat zawiera informacje o tym, kiedy może dojść do zakażenia w czasie ekspozycji zawodowej oraz jak należy postępować przy podejrzeniu zakażenia HBV, HCV i HIV.

Nakład: 10 000 szt., wartość: 40 590,00 zł.



Ulotka dotycząca postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV)

Ulotka zawiera informacje o zasadach bezpiecznej pracy oraz o tym, kiedy może dojść do zakażenia w czasie ekspozycji zawodowej, a także jak należy postępować przy podejrzeniu zakażenia HBV, HCV i HIV. Umieszczono w niej także wykaz ośrodków specjalistycznych, w których można znaleźć pomoc w razie ekspozycji zawodowej i informacje dla osób

zakwalifikowanych do profilaktyki zakażenia HIV.

Nakład: 125 000 szt., wartość: 20 000,00 zł.



Broszura pt. „Pilnie potrzebuję pomocy”

Krajowe Centrum ds. AIDS, we współpracy z autorkami – mgr Joanną Gałaj, doradczynią i konsultantką ds. HIV/AIDS oraz dr n. med. Dorotą Rogowską-Szadkowską – przygotowało nową pozycję wydawniczą pt. „Pilnie potrzebuję pomocy”. Broszura ta była inspirowana pytaniami nadsyłanymi do Poradni Internetowej prowadzonej przez Krajowe Centrum ds. AIDS i zawiera odpowiedzi na najciekawsze i najczęściej zadawane pytania. Najlicniejszą grupą osób korzystających z Poradni, a także z Telefonu Zaufania HIV/AIDS stanowią osoby zwracające się z wątpliwościami dotyczącymi ryzykownych zachowań. Wśród użytkowników Poradni i Telefonu można również zaobserwować grupę osób cierpiących na AIDS-fobię, zmagających się z problemami natury zdrowia psychicznego i potrzebujących rzetelnych informacji. Broszura zostanie wydana w formie papierowej w roku 2022.

Opracowanie treści 9 ulotek nt. chorób przenoszonych drogą płciową

Autorami ulotek są dr n. med. Bartosz Szetela i dr n. farm., mgr psychologii Łukasz Łapiński. Konsultacji merytorycznej podjęła się prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt.

Treść ulotek opracowano według następującego schematu: wprowadzenie, objawy, diagnostyka, leczenie i profilaktyka. Tematyka ulotek dotyczyła: HIV, kiły, HCV i HBV, świerzb, wszawicy, rzęsistka pochwowego, rzeżączki, mycoplasmy i chlamydzioz; ziarniniaka wenerycznego pachwin, lambliozy, *Salmonelli/Shigelli*, HAV i innych zakażeń przewodu pokarmowego przenoszonych drogą płciową. Najważniejszą grupą docelową odbiorców ulotek będą klienci punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w których można bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania wykonać badanie w kierunku HIV. Każda jednostka chorobowa uzyska odpowiednie opracowanie graficznie i zostanie wydrukowana na pojedynczej ulotce w roku 2022.

Ponadto w ramach publikacji przygotowanych przez Centrum wydano także:

1. kalendarz trójdzielnny na rok 2022, promujący wykonanie testu w kierunku HIV jako jedynej metody rozpoznania zakażenia. Kalendarz popularyzuje bezpłatny numer Telefonu Zaufania HIV/AIDS, tj. 800 888 448 oraz adres Poradni Internetowej: poradnia@aims.gov.pl.
Nakład: 5 000 szt., wartość: 30 300,00 zł.
2. kalendarz książkowy promujący stronę internetową aims.gov.pl, na której znajdują się adresy punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), Poradnię Internetową, bezpłatny Telefon Zaufania HIV/AIDS, dzień Pamięci o zmarłych na AIDS (przypadający w trzecią niedzielę maja) oraz Światowy Dzień AIDS (obchodzony 1 grudnia).
Nakład: 1 000 szt., wartość: 31 734,00 zł.
3. etykiety/numerki do oznaczania testów na HIV wykonywanych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz zalecenia wykonania testu na rok 2022.
Nakład: 248 000 szt. etykiet oraz 15 500 szt. formularzy zaleceń wykonania testu, wartość: 6 568,20 zł.

Zakres umów dotyczący publikacji, zawieranych pomiędzy Centrum a Wykonawcą, obejmuje m.in. następujące usługi: projekt, korektę, druk, dystrybucję do magazynu Zamawiającego, WSSE, PKD oraz do Wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu. Inne podmioty lub osoby fizyczne, w celu otrzymania bezpłatnych materiałów promocyjno-edukacyjnych wydanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, powinny wypełnić wniosek dostępny na stronie

Centrum. Wysyłka materiałów realizowana jest na koszt odbiorcy (dostępna jest możliwość odbioru publikacji z magazynu Centrum). Wszystkie publikacje są również dostępne w wersji elektronicznej na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS.

DZIAŁANIA INFORMACYJNE

Strona internetowa

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

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

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

W zakładce *Anonimowe bezpłatne testy na HIV* można wybrać najbardziej dogodną lokalizację punktu konsultacyjno-diagnostycznego (PKD), gdzie wykonywane są bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testy w kierunku HIV. W związku z koniecznością wprowadzenia zmian w działalności PKD spowodowanych pandemią COVID-19, informacje o tym były na bieżąco umieszczane na stronie internetowej. W celu umożliwienia pracy PKD w warunkach pandemicznych, ukazały się zalecenia dla klientów tych punktów. Wytyczne były aktualizowane, w zależności od potrzeb i zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej.

Ekspozycja na HIV zawiera adresy i dostępne całodobowo telefony do szpitali i klinik, w których można uzyskać pomoc w sytuacjach nagłych – ekspozycji pozazawodowej wypadkowej. Informacja ta jest opatrzona uwagą o konieczności bezzwłocznego zgłoszenia się po ekspozycji do wybranej przez siebie placówki medycznej z listy lub dowolnej kliniki chorób zakaźnych w przypadku długiego oczekiwania lub braku możliwości kontaktu telefonicznego. Mając na uwadze zmianę statusu tych placówek medycznych na szpitale jednoimienne, co było spowodowane pandemią COVID-19, dokonano weryfikacji podanych numerów telefonicznych pod kątem ich dostępności dla osób po ekspozycji wypadkowej na HIV.

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

Wykaz materiałów edukacyjnych wraz z zasadami udostępniania znajduje się w dziale *Publikacje*.

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

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

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

- Konkursy – zamieszczane są tam informacje o konkursach na dofinansowanie zadań z zakresu profilaktyki HIV/AIDS (zintegrowane z BIP) oraz procedurach dotyczących konkursów; w tym miejscu można pobrać dokumenty potrzebne do złożenia aplikacji,
- PKD – zamieszczone są tam procedury i zasady organizacji szkoleń i egzaminów certyfikacyjnych dla osób ubiegających się o tytuł doradcy, upoważniających do prowadzenia poradnictwa w zakresie HIV/AIDS w punktach konsultacyjno-diagnostycznych,

- **Działalność** – jest to miejsce, w którym organizacje pozarządowe (NGOs) mogą podzielić się swoimi doświadczeniami dotyczącymi walki z HIV i AIDS.

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

W dziale *Zamówienia publiczne* (zintegrowanym z BIP) zamieszczane są ogłoszenia o przetargach.

Dział *Informacje* zawiera materiały dotyczące różnych aspektów HIV/AIDS.

Na stronie Centrum znajdują się też informacje o innych zakażeniach przenoszonych drogą płciową.

W związku z pandemią COVID-19 strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS była aktualizowana: zamieszczano tam informacje dotyczące pracy Centrum, ważne z punktu widzenia osób żyjących z HIV, rekomendacje dla klientów PKD opracowane przez Centrum (aktualizowane w zależności od sytuacji). Na stronie Centrum ukazywały się również informacje dotyczące epidemii COVID-19 przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Telefon informacyjny

W ramach poszerzenia oferty przy Ośrodku Informacji HIV/AIDS działa *Telefon informacyjny* 22 331 77 66. Jest on czynny od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Krajowego Centrum ds. AIDS, co pozwala osobom kontaktującym się z Centrum na szybkie uzyskanie odpowiedzi na podstawowe pytania z zakresu HIV/AIDS.

W 2021 r. przez Telefon Informacyjny odbyło się 87 rozmów, w czasie których udzielono poszerzonej informacji. Poruszano głównie takie problemy, jak: interpretacja wyniku testu przesiewowego, ocena ryzyka narażenia na zakażenie HIV, diagnostyka HIV. Wiele pytań dotyczyło zagadnień związanych z pandemią COVID-19. Pytano np. o możliwość uzyskania czasowego dostępu do terapii ARV osób zakażonych HIV, które z powodu zamknięcia granic nie mogły wrócić do swoich krajów, czy też o zasady wydawania leków antyretrowirusowych osobom HIV+. Dowiadywano się o możliwość wykonania testu w kierunku HIV w sytuacji pandemii oraz o szacowaniu ryzyka zakażenia HIV.

Inne działania informacyjne

W czasie pandemii COVID-19 Krajowe Centrum ds. AIDS pracowało w systemie pracy zdalnej z dyżurami pracowniczymi. W celu optymalizacji komunikacji i zapewnienia dostępu do informacji, Centrum zakupiło platformę ZOOM, poprzez którą prowadzone były spotkania z pracownikami Centrum, ekspertami i innymi osobami współpracującymi w dziedzinie HIV/AIDS/STIs oraz szkolenia dotyczące profilaktyki HIV/AIDS dla różnych grup zawodowych.

Kontynuowane było wsparcie dla osób żyjących z HIV poprzez Ośrodek informacji HIV/AIDS, Telefon Zaufania HIV/AIDS i Poradnię Internetową. Każda osoba, która zgłaszała problem związany z kontynuacją leczenia, otrzymywała informację i pomoc.

Aktualizowano na bieżąco wirtualne pakiety materiałów przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia, zawierające ważne informacje dotyczące walki z epidemią. Były one rozpowszechniane poprzez zamieszczenie na profilu Krajowego Centrum ds. AIDS na Facebooku oraz przesyłane newsletterem e-Kontra.

W uwagi na pandemię i w konsekwencji organizowania konferencji i innych wydarzeń profilaktycznych *on-line*, Krajowe Centrum ds. AIDS nie przygotowywało stoisk z materiałami profilaktycznymi dotyczącymi HIV/AIDS. Materiały były przekazywane instytucjom, organizacjom i innym podmiotom, zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym drogą elektroniczną.

W czasie pandemii problemem, z którym należało się zmierzyć po okresie pierwszego *lockdownu*, było zapewnienie szybkiego dostępu do profilaktyki poekspozycyjnej (PEP) w sytuacjach pozazawodowego wypadkowego narażenia na zakażenie HIV, takich jak gwałt, zakłucie igłą niewiadomego pochodzenia lub innego typu niebezpiecznych zdarzeń. Do tej pory osoby po takiej ekspozycji mogły skorzystać z listy 20 placówek medycznych. Na czas pandemii większość tych placówek została przekształconych w szpitale jednoimienne, co uniemożliwiało przyjmowanie pacjentów z innymi zakażeniami niż SARS-CoV-2. Nawet jednak w takim przypadku zapewniono osobom po ekspozycji stosowną pomoc.

Telefon Zaufania AIDS

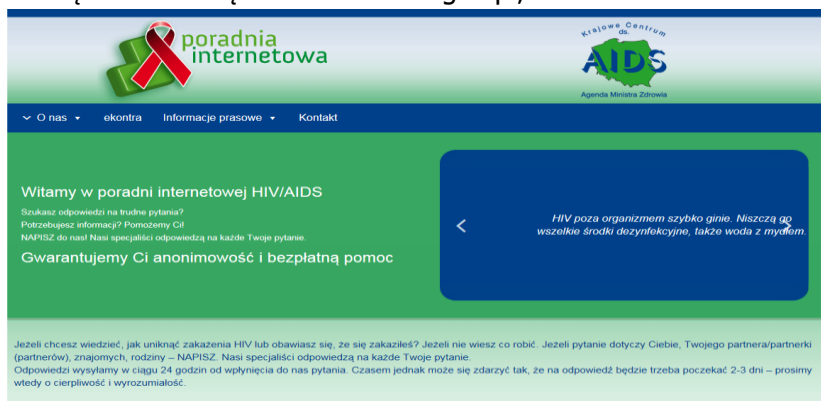
Telefon Zaufania AIDS jest programem ogólnopolskim, ukierunkowanym na populację generalną. Adresowany jest do wszystkich osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem osób podejmujących zachowania ryzykowne, sprzyjające zakażeniu. Z Telefonu Zaufania AIDS korzystają również 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 punktu testowania.

Infolinia umożliwiła połączenia z całego kraju (stacjonarny numer 22 692 82 26 oraz 800 888 448 – połączenie bezpłatne dla dzwoniącego).

Ogólna liczba połączeń w trakcie dyżurów wyniosła 5 750. Dyżurni Telefonu Zaufania udzielili ponad 12 tysięcy porad z zakresu problematyki HIV/AIDS. Prawie 3 razy częściej z porad telefonicznych korzystali mężczyźni niż kobiety. Pytania najczęściej dotyczyły testowania i szacowania ryzyka zakażenia HIV w różnych sytuacjach, w przeważającej liczbie ryzyko było związane z kontaktami seksualnymi. Pojawiło się wiele pytań dotyczących SARS-CoV-2. Przez wiele lat w Telefonie Zaufania przeważały telefony od osób obawiających się zakażenia, bez realnie istniejącej sytuacji powodującej ryzyko zakażenia. Obecnie nadal stanowią oni największą grupę dzwoniących, ale też wzrasta liczba połączeń od osób zakażonych HIV, potrzebujących ważnych dla siebie informacji o leczeniu, lekach oraz świadczeniach pomocowych. Z uwagi na duże zapotrzebowanie na tego rodzaju pomoc, w listopadzie i grudniu 2021 r. wydłużono godziny pracy *Telefonu Zaufania HIV/AIDS* o dyżury w soboty i niedziele.

Poradnia Internetowa

Poradnia Internetowa HIV/AIDS to działalność informacyjno-edukacyjna realizowana bezpośrednio przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Wejście na stronę Poradni jest możliwe poprzez stronę internetową Centrum – aids.gov.pl, zakładka *Poradnia Internetowa*.



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

Specjaliści zatrudnieni w Poradni udzielają odpowiedzi na adres podany przez pytającego. Klientami Poradni Internetowej były osoby mające potrzebę uzyskania informacji na temat ryzyka zakażenia HIV, jak również oczekujące jednoznacznych odpowiedzi dotyczących HIV – w związku z natłokiem informacji nieprawdziwych i nierzetelnych pojawiających się w internecie.

Tematyka porad dotyczyła:

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

Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS



W 2021 r. opracowano 4 numery kwartalnika „Kontra” – biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS, w których zamieszczono:

- Raporty UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2020, 40. lecia HIV na świecie, Spotkania wysokiego szczebla UNAIDS;
- „Czy wiesz, że...” – kampanię profilaktyczną HIV/AIDS realizowaną w 2020 i 2021 r.;
- Narażenie na zakażenie HIV; badania pracownicze – zmiana prawa i jej skutki;
- pierwszy z cyklu artykułów poświęconych chorobom przenoszonym drogą płciową;
- Aspekty: Pandemia COVID-19 a pomoc osobom uzależnionym; UNAIDS o HIV w zakładach penitencjarnych oraz wśród populacji kluczowych w dobie COVID-19, raport UNAIDS opublikowany przed 1 grudnia – Światowym Dniem AIDS.

Kwartalnik przesłany został odbiorcom przez newsletter e-Kontra. Wszystkie numery „Kontry”, także archiwalne, są dostępne na stronie internetowej Centrum aids.gov.pl.

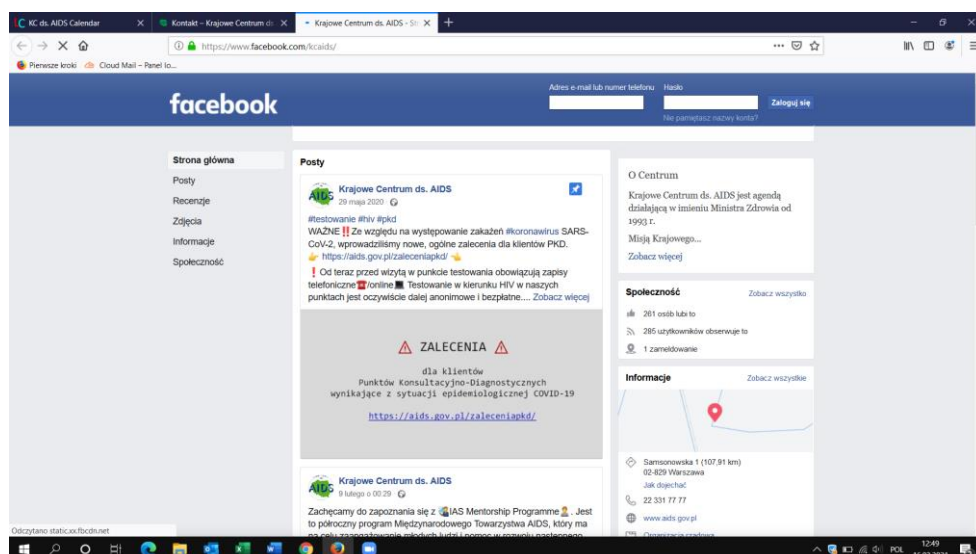
e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS

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

Przesyłane informacje dotyczą m.in.: nadchodzących wydarzeń (np. Światowy Dzień AIDS, Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS), konferencji, szkoleń i projektów poświęconych tematyce HIV/AIDS, działalności Krajowego Centrum ds. AIDS oraz NGOs, dane epidemiologiczne. Przekazywano również materiały informacyjne związane z pandemią przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Fanpage Krajowego Centrum ds. AIDS na portalu społecznościowym Facebook

Zgodnie z rekomendacjami instytucji współpracujących z Centrum, jak i NGOs, Krajowe Centrum ds. AIDS, jako instytucja ekspercka zajmująca się profilaktyką HIV/AIDS oraz STIs, rozpoczęła w 2020 r. swoją aktywność w mediach społecznościowych (Facebook)



Na portalu umieszczane są posty dotyczące bieżącej działalności KC ds. AIDS, komunikaty związane z pracą punktów konsultacyjno-diagnostycznych, doniesienia z międzynarodowych i krajowych konferencji na temat HIV/AIDS oraz wszelkiego rodzaju informacje umożliwiające budowanie świadomości i promowanie kompleksowego podejścia do profilaktyki zakażeń HIV. Za pośrednictwem Facebooka przekazywane były również informacje związane z pandemią, przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia.

PRZEGLĄD I ANALIZA OBOWIĄZUJĄCEGO STANU PRAWNEGO W ZAKRESIE HIV/AIDS

Krajowe Centrum ds. AIDS, w ramach swoich kompetencji, przeprowadziło następujące analizy prawne w zakresie:

- możliwości leczenia ARV cudzoziemców w Polsce, w zależności od kraju ich pochodzenia i w kontekście posiadania/nieposiadania przez nich ubezpieczenia,
- obowiązujących przepisów dotyczących odpowiedzialności karnej za narażenie na zakażenie HIV,
- odpowiedzialności personelu medycznego za naruszenie tajemnicy lekarskiej,
- narażenia na zakażenie HIV – zmiana prawa i jej skutki, zasady odpowiedzialności karnej,
- obowiązujących zasad finansowania profilaktyki poekspozycyjnej (PEP) HIV w Polsce,
- możliwości leczenia ARV obywatelki Ukrainy, w okresie połogu, z dzieckiem, którego ojcem jest Polak,
- aktualnego prawa dotyczącego możliwości wykonywania testów w kierunku HIV w przypadku zawodów medycznych w ramach badań profilaktycznych medycyny pracy,
- zasad wykonywania testów w kierunku HIV u zawodników uczestniczących w zawodach sportowych organizowanych przez polski związek sportowy – kiedy są wykonywane, kogo dotyczą, czy są obowiązkowe i jakie są ich podstawy prawne,
- możliwości wykorzystywania/dystrybuowania za pośrednictwem PKD szybkich testów w kierunku HIV do użytku domowego,

- badań profilaktycznych pracowników (wstępne, okresowe, kontrolne) w przypadku, gdy na danym stanowisku pracy wśród czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych występuje ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV) – zmiany w przepisach,
- obowiązującego prawa do leczenia ARV w Polsce dla cudzoziemców państw trzecich (poza UE i EFTA), w tym Ukrainy,
- obowiązku pouczenia osoby zakażonej o prawach i obowiązkach,
- zmian w art. 161 § 1 kodeksu karnego (narażenie człowieka na zarażenie),
- zasad zgłaszania dodatniego wyniku testu w kierunku HIV właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu,
- wybranych aspektów prawnych w zakresie HIV/AIDS i STIs, w tym praw pacjenta, praw i obowiązków osób żyjących z HIV oraz kwestii dotyczących odpowiedzialności karnej,
- aktualnie obowiązujących zasad finansowania profilaktyki poekspozycyjnej (PEP) po narażeniu na zakażenie HIV,
- możliwości nieosobistego odbioru wyników badań w kierunku HIV wykonanych w PKD,
- możliwości adopcji dziecka przez osobę żyjącą z HIV.

Poza wyżej wymienionymi, przygotowano szereg informacji, opinii i analiz prawnych w odpowiedzi na pytania przekazane w ramach Poradni Internetowej, a także indywidualne pytania skierowane bezpośrednio do Centrum.

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

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cel szczegółowy

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

Cel ogólny

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

Cel szczegółowy

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

Cel ogólny

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

Cel szczegółowy

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

PUNKTY KONSULTACYJNO-DIAGNOSTYCZNE (PKD)

W 2021 roku na terenie całego kraju funkcjonowało 28 punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. 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.

W związku z ogłoszeniem przez Ministra Zdrowia od 14 marca 2020 roku na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2020 r. poz. 433), a następnie od 20 marca 2020 r. stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 491) na bieżąco podejmowano wiele działań zaradczych, minimalizujących utrudnienia dostępu do testowania. O tym, gdzie można wykonać test, Centrum informowało za pośrednictwem Telefonu Zaufania HIV/AIDS, Poradni Internetowej i Ośrodka informacji oraz bezpośrednio przez komunikację internetową.

W związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z pandemią COVID-19, Krajowe Centrum ds. AIDS wprowadziło zalecenia dla klientów PKD (dostępne na stronie <https://aids.gov.pl/zaleceniapkd>).

Wykres 18. Punkty konsultacyjno-diagnostyczne na mapie Polski.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 3. Wykaz punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD).

MIASTO	NAZWA ORGANIZACJI	LICZBA KLIENTÓW W 2021 ROKU
BIAŁYSTOK	Stowarzyszenie FAROS ul. Andrukiewicza 6/29; 15-204 Białystok	376
BYDGOSZCZ	Fundacja Parasol Ul. Konopnickiej 13; 87-100 Toruń	465
CHORZÓW	Górnośląskie Stowarzyszenie WSPÓLNOTA ul. Zjednoczenia 10; 41-500 Chorzów	776
CZĘSTOCHOWA	Stowarzyszenie MONAR ul. Ogrodowa 66; 42-202 Częstochowa	238
GDAŃSK	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. –Grunwaldzka 108 (skr. poczt. 220); 80-206 Gdańsk	974
GDYNIA	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. –Grunwaldzka 108 (skr. poczt. 220); 80-206 Gdańsk	626
JELEŃ GÓRA	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Kasprowicza 17; 58-500 Jelenia Góra	571
KIELCE	Stowarzyszenie NADZIEJA RODZINIE ul. Mielczarskiego 45; 25-709 Kielce	369
KOSZALIN	Stowarzyszenie Profilaktyki i Terapii "Młodzi-Młodym" ul. Zwycięstwa 168; 75-612 Koszalin	101

KRAKÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Miłkowskiego 5/30; 30-349 Kraków	2 423
LUBLIN	Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym AGAPE ul. Bernardyńska 5; 20-109 Lublin	413
ŁÓDŹ	Fundacja Edukacji Zdrowotnej „Lepsze jutro” ul. 6 Sierpnia 42/22; 90-637 Łódź	758
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	97
OPOLE	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Wszystkich Świętych 2; 50-136 Wrocław	360
PŁOCK	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	210
POZNAŃ	Fundacja Simontonowski Instytut Zdrowia ul. Sekutowicza 3/9; 20-152 Lublin	1 524
RZESZÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Miłkowskiego 5/30; 30-349 Kraków	363
SZCZECIN	Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU ul. Arkońska 4; 71-455 Szczecin	781
TORUŃ	Fundacja Parasol Ul. Konopnickiej 13; 87-100 Toruń	456
WAŁBRZYCH	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Wszystkich Świętych 2; 50-136 Wrocław	112
WARSZAWA ul. Chmielna	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	8 138
WARSZAWA ul. Jagiellońska	Zjednoczenie Na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS "Pozytywni w Tęczy" ul. Majowa 5/57; 03-395 Warszawa	612
WARSZAWA ul. Jana Pawła II	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa	2 830
WARSZAWA ul. Nugat	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa	1 515
WROCŁAW	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Wszystkich Świętych 2; 50-136 Wrocław	3 227
ZGORZELEC	Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy osobom Uzależnionym SUBSIDIUM ul. Warszawska 37a; 59-900 Zgorzelec	27
ZIELONA GÓRA	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Batorego 33/9; 65-735 Zielona Góra	223
	OGÓŁEM	28 645

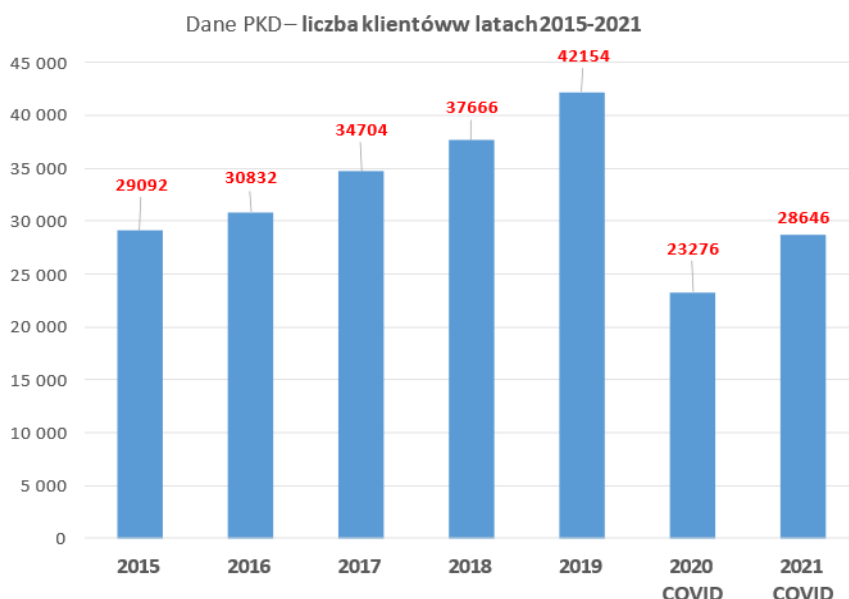
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Podstawowym zadaniem realizowanym w PKD jest wykonywanie bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzono poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane były porady w zakresie

bezpieczniejszych zachowań seksualnych i inne wynikające z osobistej sytuacji pacjenta. Dzięki 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 zakażyć się wirusem. Jeśli wynik testu w kierunku HIV jest dodatni, doradca przekazuje informacje nt. możliwości leczenia i świadczeń pomocowych.

Analiza danych epidemiologicznych zbieranych anonimowo w punktach testowania pozwala uzyskać informacje dotyczące m.in. dróg zakażenia oraz trendów ryzykownych zachowań.

Wykres 19. Liczba klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2015-2021.



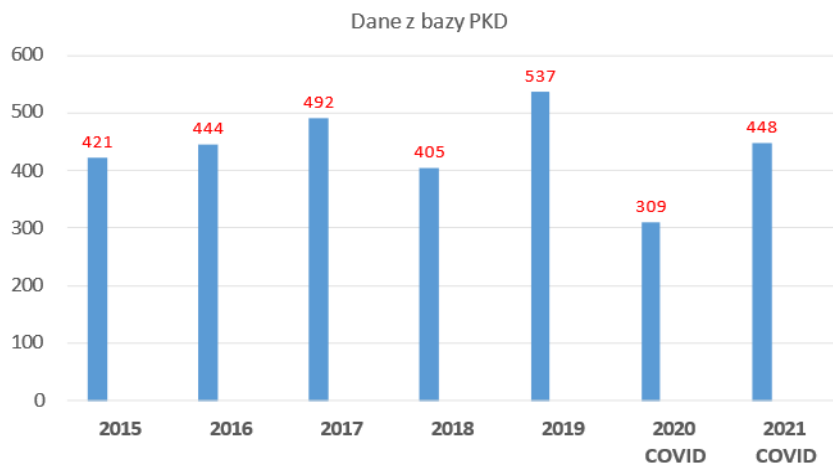
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2021 r. w PKD w Polsce wykonano 28 423 testów przesiewowych – w tym 32,3% testów szybkich. Wyniki ujemne uzyskano w 19 447 testach przesiewowych i w 9 063 szybkich testach przesiewowych. W testach potwierdzenia Western Blot uzyskano 448 wyników dodatnich, 70 wyników ujemnych oraz 14 wyników wątpliwych.

Testy potwierdzenia dla PKD wykonywano w Centralnym Laboratorium Analitycznym przy Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie, Pracowni Badań Molekularnych Wielospecjalistycznej Przychodni Lekarskiej Fundacji Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz w Laboratorium Mikrobiologii przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

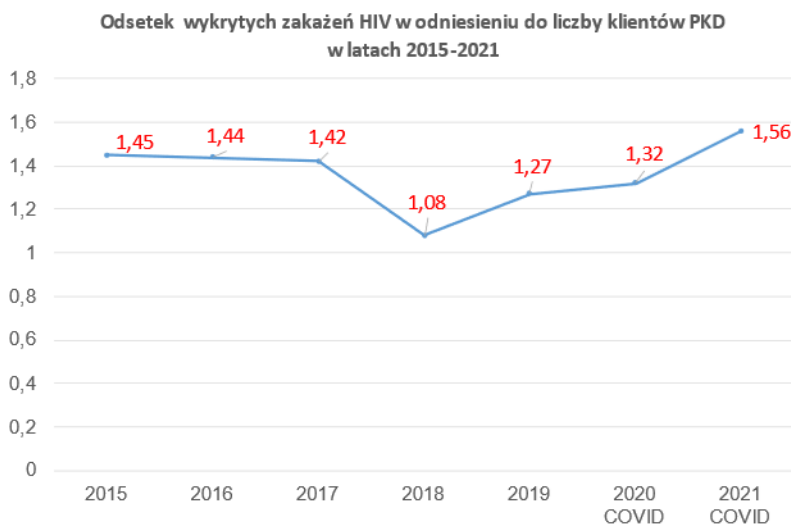
Wykres 20. Liczba potwierdzonych wyników dodatnich wykrytych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2015-2021.

Liczba potwierdzonych wyników dodatnich wykrytych w PKD w latach 2015-2021



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Wykres 21. Odsetek wykrytych zakażeń HIV w odniesieniu do liczby klientów w PKD w latach 2015-2021.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W roku 2021, zgodnie z sugestiami koordynatorów punktów konsultacyjno-diagnostycznych, zaktualizowano formularz ankiety PKD (narzędzia, z którego doradcy korzystają podczas prowadzenia poradnictwa przed wykonaniem testu) obowiązujący od 2014 r. W pracach brali udział przedstawiciele organizacji pozarządowych. Proces modyfikacji i uaktualniania ankiety

na poziomie technicznym zakończył się pod koniec grudnia 2021, tak aby nowa wersja ankiety mogła zacząć obowiązywać od początku 2022 roku.

W dniu 14 lipca 2021 r. odbyło się spotkanie dotyczące zmiany treści ankiety obowiązującej w PKD. Ankieta wypełniana w PKD, oprócz pomocy doradcy w przeprowadzeniu rozmowy z klientem, jest w chwili obecnej jednym z nielicznych źródeł rzetelnej wiedzy w zakresie epidemiologii HIV w Polsce, w odniesieniu do określonych populacji. Materiał opracowany na podstawie wyników ankiet jest podstawą planowania działań profilaktycznych w następnych latach. Uwagi oraz nowe propozycje rozwiązań, zgłoszone przez koordynatorów PKD, zostały wykorzystane do aktualizacji tego narzędzia.

Podczas spotkania podjęto rozmowy dotyczące szkolenia dla koordynatorów, które zaplanowano na jesień 2021 r., i przedstawiono wstępne propozycje tematów. Przedstawiciele PKD poruszyli kwestię niewystarczających środków budżetowych przeznaczanych na dotacje PKD. Przedstawicielki Krajowego Centrum ds. AIDS poruszyły kwestię jakości komunikacji z koordynatorami PKD: terminowość przysyłania protokołów zdawczo-odbiorczych z laboratoriów, comiesięcznych zestawień zbiorczych z bazy PKD, odpowiadania na wiadomości e-mail, przysyłania wszelkich próśb z odpowiednim wyprzedzeniem. Szczególna prośba przedstawicieli Centrum dotyczyła dokonywania zwrotów niewykorzystanych środków finansowych w czasie pozwalającym na przesunięcie ich do innych PKD. Poinformowano uczestników spotkania, że w ramach najbliższego zakupu szybkich testów kasetowych w trzech wybranych punktach konsultacyjno-diagnostycznych zostanie wdrożony program zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości testów HIV.

Omówiono również planowane szkolenie certyfikacyjne na doradców oraz konkursy ofert (umowy trzyletnie).

W październiku 2021 r. w trybie zdalnym, za pośrednictwem platformy ZOOM, odbyło się spotkanie merytoryczne oraz superwizja dla koordynatorów i doradców pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych. Spotkanie miało na celu poruszenie spraw bieżących, a przede wszystkim poszerzenie wiedzy doradców z tematów ściśle związanych z poradnictwem okołotestowym. Plan spotkania uwzględniał następujące tematy:

- I. Konkurs ofert – umowy trzyletnie
- II. Kontrola dotacji – główne błędy pojawiające się w rozliczaniu pozyskanych środków
- III. Omówienie ostatecznego kształtu ankiety PKD
- IV. Aspekty seksuologiczne: transpłciowość. Specyfika testowania i zindywidualizowane poradnictwo w PKD – wykład
- V. Profilaktyka przedekspozycyjna – nowe możliwości. Aktualizacja wiedzy – wykład
- VI. Zakażenia przenoszone drogą płciową inne niż HIV – diagnostyka i praktyka – porady dla doradców PKD – wykład.

W listopadzie 2021 roku Krajowe Centrum ds. AIDS ogłosiło, używając platformy witkac.pl, otwarte konkursy ofert na realizację zadań zleczanych w latach 2022–2024. Przedmiotem konkursów było prowadzenie punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz Telefonu Zaufania.

5. 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

LECZENIE ANTRETROWIRUSOWE (ARV)

W strategii zwalczania epidemii HIV/AIDS celem leczenia antyretrowirusowego (ARV) jest nie tylko poprawa stanu zdrowia osób żyjących z HIV, odbudowa ich systemu odpornościowego i zmniejszenie ryzyka rozwoju AIDS, lecz także obniżenie poziomu zakaźności osoby HIV+, a tym samym zmniejszenie ryzyka transmisji wirusa na osoby zdrowe i przerwanie łańcucha transmisji.

Wprowadzenie do terapii ARV nowej grupy leków radykalnie wpłynęło na poprawę rokowania oraz przeżywalność pacjentów zakażonych HIV. Współczesne leki antyretrowirusowe spowolniły rozwój AIDS. Jednak przy wykorzystaniu aktualnie używanych leków ARV terapia HAART (skojarzone leczenie antyretrowirusowe, tzw. wysoce aktywna terapia ARV) musi być stosowana codziennie, od momentu rozpoczęcia leczenia do końca życia. Ze względu na potencjalne działania niepożądane wymaga ona stałego monitorowania. Od czasu wprowadzenia skojarzonej terapii ARV problemem stała się oporność na leki i wynikające z tego zmiany leczenia z uwagi na nieskuteczność immunologiczną czy wirusologiczną. Działania uboczne, szczególnie te pojawiające się po kilkunastu miesiącach lub kilku latach terapii, wymagają monitorowania

stanu zdrowia pacjenta oraz podjęcia działań im zapobiegających, oczywiście w miarę możliwości terapeutycznych.

Program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”

Celem Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021” jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS poprzez zapewnienie skutecznego leczenia antyretrowirusowego. Właściwie prowadzone leczenie 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).

Cele szczegółowe:

- *Getting to zero* - „Dążymy do zera. Zero nowych zakażeń HIV. Zero dyskryminacji. Zero zgonów z powodu AIDS”,
- zmniejszenie śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV w Polsce,
- zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji osób mieszkających w Polsce; zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS (skuteczne leczenie ARV),
- dążenie do osiągnięcia celu UNAIDS: 90–90–90 - 90% osób zakażonych będzie znało swój status serologiczny, 90% wszystkich osób z rozpoznanym zakażeniem HIV rozpocznie terapię antyretrowirusową, 90% 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+; poziom zakażeń wertykalnych poniżej 1%,
- zapewnienie leków antyretrowirusowych na postępowanie poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe; zero zakażeń po ekspozycji na HIV.

Wszystkie zarejestrowane leki antyretrowirusowe dają możliwości prowadzenia terapii ARV zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. 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.

Specyfika leczenia ARV wymaga zachowania ciągłości, jest to leczenie wieloletnie, a terapia antyretrowirusowa raz rozpoczęta nie może być przerwana i powinna trwać przez całe życie pacjenta. Przerwy w dostawie i podawaniu leków stanowią zagrożenie życia i zdrowia pacjentów HIV/AIDS i mogą być traktowane jako błąd w sztuce lekarskiej.

Poza leczeniem antyretrowirusowym (kontynuacja terapii z lat ubiegłych oraz włączenia nowych pacjentów) nieodłącznym elementem Programu była prowadzona diagnostyka specjalistyczna, niezbędna dla właściwego monitorowania prowadzonej terapii ARV.

Diagnostyka specjalistyczna

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTN AIDS), dotyczącymi opieki nad pacjentami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS, istotne jest zapewnienie w ramach Programu, poza lekami antyretrowirusowymi, również diagnostyki specjalistycznej monitorującej przebieg zakażenia HIV i efektywność terapii ARV. Związane jest to z rozwojem diagnostyki genetycznej

i wprowadzeniem do HAART nowych grup leków ARV, a co za tym idzie nowych metod laboratoryjnych.

Zalecana aktualnie diagnostyka specjalistyczna monitorująca pacjentów zakażonych HIV i leczonych antyretrowirusowo zawiera m.in.:

- ocenę jakościową RNA HIV-1,
- ocenę ilościową wirerii HIV RNA,
- oznaczanie lekooporności na leki antyretrowirusowe z oznaczaniem subtypu wirusa HIV,
- oznaczanie tropizmu CCR5,
- oznaczanie alleli układu HLA B*57.

W Polsce zasady opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV, w tym prowadzenia leczenia antyretrowirusowego, opracowane zostały w formie Rekomendacji przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS (ostatnia aktualizacja: czerwiec 2021 r.).

Tabela 4. Zalecenia dotyczące rozpoczynania terapii ARV w różnych fazach zakażenia HIV i AIDS (na podstawie rekomendacji PTN AIDS).

KATEGORIA KLINICZNA	LICZBA CD4 (KOM/UL)	HIV RNA (KOPII/ML)	REKOMENDACJE
Dzieci 0–18 rok Cięża po 14 tyg.	Każda wartość	Każda wartość	Leczyć
AIDS	Każda wartość	Każda wartość	Leczyć
Niezależnie od kategorii klinicznej	CD4 < 200	Każda wartość	Leczyć
Bez objawów	CD4 201 - 350	Każda wartość	Leczyć
Bez objawów	CD4 350 - 500	Każda wartość	Leczyć
Bez objawów: - Planowana ciąża - Pierwotne zakażenie retrowirusowe - Zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe - Nefropatia związana z HIV - Koinfekcje: HBV, HCV - Cukrzyca - Wiek powyżej 50 lat - Choroby nowotworowe - Upośledzenie funkcji poznawczych związanych z HIV	CD4 > 500	Każda wartość	Leczyć
Bez objawów. Zdrowy partner seksualny.	CD4 > 500	< 100 000 kopii/ml	Leczyć
Bez objawów	CD4 > 500	< 100 000 kopii/ml	Leczyć lub monitorować Decyzja indywidualna lekarza i pacjenta – leczenie ARV powinno być rozpoczynane przy szybkich spadkach CD4 (100 kom/na mm ³ /rok)

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Rekomendacje są opracowywane przez grupę ekspertów z różnych ośrodków referencyjnych, będących jednocześnie realizatorami Programu leczenia ARV z całej Polski – na podstawie rekomendacji europejskich (*European AIDS Clinical Society* – EACS). Przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczył w pracach grupy eksperckiej, która opracowała polskie Rekomendacje.

Leczenie antyretrowirusowe, poza działaniem terapeutycznym, wywołuje wiele działań ubocznych, co często wymaga wprowadzania zmian w terapii. Tego typu zmiany mogą dotyczyć nawet około 50% pacjentów w ciągu pierwszego roku terapii HAART.

Do najczęstszych powodów zmiany terapii antyretrowirusowej należą:

- ostre działania niepożądane,
- działania niepożądane lub zapobieganie ich wystąpieniu,
- niepowodzenie wirusologiczne leczenia ARV,
- interakcje międzylekowe,
- ciąża.

Rok 2021 był dwudziestym pierwszym rokiem realizacji Programu leczenia ARV, koordynowanym przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Ww. programem objęte były wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, posiadające obywatelstwo Rzeczypospolitej Polskiej oraz inne osoby pod warunkiem, że podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce albo ubezpieczają się dobrowolnie (w Narodowym Funduszu Zdrowia, na podstawie pisemnego wniosku, pod warunkiem posiadania miejsca zamieszkania na terytorium RP), w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV oraz osoby, które wymagają zastosowania leków antyretrowirusowych w ramach postępowania poekspozycyjnego po narażeniu na zakażenie HIV – ekspozycje pozazawodowe wypadkowe.

W przypadku ekspozycji zawodowych, zgodnie z art. 41 ust. 5 *Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U.2008 Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.), to pracodawca lub zlecający pracę pokrywa koszty profilaktyki poekspozycyjnej, w tym koszty leków antyretrowirusowych.

Procedura włączania pacjenta do Programu leczenia ARV

- Decyzję o rozpoczęciu leczenia antyretrowirusowego podejmuje lekarz klinicysta (opierając się na aktualnych rekomendacjach) w sposób indywidualny, uwzględniając stan kliniczny pacjenta, wyniki laboratoryjne – liczbę limfocytów CD4 oraz poziom wirerii HIV RNA, a także współistniejące zakażenia i choroby. Leczenie ARV jest dobrowolne – nie ma ustawowego obowiązku leczenia.
- Leczenie jest rozpoczynane po uzyskaniu świadomej, pisemnej zgody pacjenta (w imieniu osoby do 16. roku życia zgodę podpisują rodzice lub opiekunowie prawni, w przypadku pacjentów w wieku 16–18 lat niezbędna jest podwójna zgoda, tj. rodziców lub opiekunów prawnych i pacjenta).
- Zgodnie z założeniami Programu leczenia ARV pacjent ma prawo wyboru ośrodka/placówki medycznej (bezpośredniego realizatora Programu) na terenie całej Polski. Może również zmieniać ośrodek w trakcie trwania terapii ARV na inny (migracje pacjentów).

- Na etapie planowania włączenia do terapii (HAART lub zmian schematów) określonych leków (zawierających jako substancje czynną abacavir lub raltegravir) klinicysta zleca jako badania warunkujące także badanie nadwrażliwości w systemie HLA B*5701 oraz tropizm CCR5.
- W przypadku nowych pacjentów, a przede wszystkim dzieci, kobiet w ciąży oraz w przypadku braku efektu terapeutycznego, zlecane jest wykonanie genotypowania (w celu zdiagnozowania ewentualnej oporności na leki ARV).
- Jeżeli zachodzi taka konieczność, pacjent włączany do terapii ARV jest hospitalizowany. Hospitalizacja jest stosowana przede wszystkim u niemowląt i dzieci w pierwszych tygodniach leczenia ARV.
- Jeżeli pacjent trafia do systemu leczenia ambulatoryjnego, otrzymuje leki – zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, na około 1 do 2 miesięcy terapii.
- Parametry laboratoryjne do monitorowania terapii są badane w zależności od wskazań klinicznych, zwykle nie rzadziej niż 2 razy w roku. Wyjątkiem są kobiety w ciąży i dzieci do 18. roku życia, które są testowane w innych schematach.
- Pacjent (lub jego opiekun prawny) odbiera leki w poradni/ośrodku referencyjnym, kwitując ten fakt własnoręcznym podpisem.
- Kryteria wykluczenia lub niewprowadzenia do terapii ARV stosuje się wobec osób, które nie gwarantują ścisłej współpracy, nie rokują kontynuacji leczenia z przyczyn psychospołecznych (decyzję wykluczenia lub niewprowadzenia podejmuje lekarz prowadzący).

Na dzień 31 grudnia 2021 r. leczeniem ARV było objętych **14 489 pacjentów**, w tym **92 dzieci** (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS (według sprawozdań z ośrodków realizujących Program). Liczba ta obejmuje również nowych pacjentów, którzy wymagali pilnego wprowadzenia do leczenia ze względu na pogarszający się ich stan kliniczny, zwykle ze wskazań życiowych, i którzy nie byli wcześniej leczeni antyretrowirusowo.

W związku z trwającą pandemią COVID-19 doraźne leczenie antyretrowirusowe na 1–3 miesiące terapii ARV roku otrzymało 17 obcokrajowców.

Realizatorzy Programu

Na podstawie art. 48 ust. 1 oraz ust. 5 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2021 r. poz.1285 z późn. zm.) Krajowe Centrum ds. AIDS na początku realizacji edycji Programu, po uzyskaniu upoważnienia od Ministra Zdrowia, ogłosiło konkurs ofert na wybór realizatorów Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021”. Z wyłonionymi w konkursie jednostkami ochrony zdrowia – tzw. bezpośrednimi realizatorami Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS zawarło stosowne umowy na prowadzenie terapii antyretrowirusowej.

Zgodnie z założeniami Programu leczenia ARV, w ramach zawartych umów, Centrum przekazuje do bezpośrednich realizatorów: leki antyretrowirusowe, testy diagnostyczne do wykrywania zakażenia HIV i specjalistyczne testy do monitorowania terapii ARV oraz szczepionki dla dzieci urodzonych przez matki HIV.

Ośrodki referencyjne realizujące Program leczenia ARV:

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

- a) oddział pobytu dziennego (ambulatorium) – przychodnia wzbogacona o dział zabiegowy (możliwość pobierania krwi, pozajelitowego podawania leków, opracowania materiału biologicznego, wykonywania drobnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych);
 - b) możliwość umieszczenia na oddziale pobytu stacjonarnego (sale z pełnym węzłem sanitarnym);
 - c) dział diagnostyki laboratoryjnej z możliwością badań serologicznych, bakteriologicznych, mikologicznych, 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.
2. Ośrodki referencyjne świadczyły następujące usługi diagnostyczne i terapeutyczne:
- a) prowadzenie kompleksowej terapii antyretrowirusowej;
 - b) prowadzenie profilaktyki i leczenia zakażeń oportunistycznych (również chemioterapii nowotworów);
 - c) prowadzenie profilaktyki postępowania poekspozycyjnego na zakażenie HIV;
 - d) współpraca z psychologiem, pracownikiem socjalnym, pedagogiem, pielęgniarką środowiskową i osobami zajmującymi się leczeniem narkomanii.

Program był realizowany w 22 szpitalach/placówkach medycznych, na bazie których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce (umowy z realizatorami na lata 2017–2021):

- w 18 szpitalach/placówkach medycznych Program ARV jest realizowany w pełnym zakresie
- 2 szpitale realizują Program ARV w zakresie postępowania poekspozycyjnego wypadkowego pozazawodowego (Lublin – dzieci, Toruń);
- Instytut Matki i Dziecka w Warszawie oraz Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. prowadziły badania przesiewowe w kierunku zakażenia HIV u kobiet ciężarnych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych HIV – podawania leków antyretrowirusowych kobiecie zakażonej HIV w trakcie porodu i noworodkowi.

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

Tabela 5. Ośrodki referencyjne prowadzące terapię osób żyjących z HIV i chorych na AIDS (według stanu na dzień 31 grudnia 2021 r.).

LP.	NAZWA PLACÓWKI ADRES	SZPITALA NA BAZIE KTÓRYCH DZIAŁAJĄ OŚRODKI REFERENCYJNE	TELEFON KLINIKI/PORADNI
1.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	223-358-102, 223-358-101

	Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego WUM w Warszawie 01 – 201 Warszawa, ul. Wolska 37	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	223-355-292, 223 355-258
	Klinika Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych WUM w Warszawie 01 – 201 Warszawa, ul. Wolska 37	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	223-355-222; 223-355-294
2.	Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Żurawia 14, 15 – 540 Białystok	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. M. C. Skłodowskiej 24a 15-276 Białystok Tylko administracja.	857-416-921, 857-409-439
3.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM im. Ludwika Rydygiera ul. Św. Floriana 12, 85 – 030 Bydgoszcz	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	523-255-605, 523-255-600
4.	Poradnia Diagnostyki i Terapii AIDS ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	Szpital Specjalistyczny ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	323-463-641, 323-463-650
5.	Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy ul. Smoluchowskiego 18, 80-214 Gdańsk	Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia Tylko administracja.	583-414-041 wew. 330
6.	Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych ul. M. Jakubowskiego 2, 30 – 688 Kraków	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	124-002-000, 124-248-911
7.	Klinika Chorób Zakaźnych UM ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	815-323-935, 815-325-043
8.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Centrum Medyczne w Łańcut Sp. Z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	172-240-256, 172-240-100 172-252-302,
9.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	422-516-124, 422-516-050
10.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o. ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	774-433-100, 774-433-044
11.	Oddział Chorób Zakaźnych Szpital w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	Szpital w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	896-460-601, 896-460-660
12.	Klinika Chorób Zakaźnych UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym SPZOZ ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	618-739-000, 618-739-376
13.	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 60 – 572 Poznań	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 60 – 572 Poznań	618-491-362, 618-472-960
14.	Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	914-316-242, 918-139-000
15.	Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza Niedoborów Odporności ul. Koszarowa 5, 51- 149 Wrocław	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego ul. Koszarowa 5, 51 – 149 Wrocław	713-957-548, 713-957-501
16.	Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM ul. Chałubińskiego 2-2a, 50 – 368 Wrocław	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu ul. Borowska 213, 50 – 556 Wrocław	717-703-151, 717-703-158
17.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław Tylko administracja.	713-560-780, 713-560-783

18.	Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	683-296-478, 683-296-201
19.	Oddział Chorób Zakaźnych Dziecięcych ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	817-402-039, 817-402-041, 817-408-614f Tylko ekspozycje + ciężarne
20.	Oddział Obserwacyjno - Zakaźny ul. Krasieńskiego 4/4a, 87-100 Toruń	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera ul. Św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń	566-795-528, 566-795-527, 566-793-100 Tylko ekspozycje
21.	Klinika Położnictwa i Ginekologii ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	Instytut Matki i Dziecka ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	223-277-044, 223-277-111 Tylko ciężarne
22.	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa	225-830-301, 225-830-302 Tylko ciężarne

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Zasady kwalifikacji pacjentów do leczenia ARV

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

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

ROK	LICZBA PACJENTÓW LECZONYCH ARV	WZROST LICZBY PACJENTÓW LECZONYCH ARV, W STOSUNKU DO ROKU POPRZEDZAJĄCEGO (W %)
2008	3822	-
2009	4434	16,01%
2010	4897	10,44%
2011	5606	14,47%

2012	6297	12,33%
2013	7110	12,91%
2014	7881	10,84%
2015	8606	9,20%
2016	9537	10,82%
2017	10496	10,05%
2018	11063	5,41%
2019	12471	12,73%
2020	13475	8,05%
2021	14489	7,53%

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

Profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych – wypadkowych

Ekspozycja pozazawodowa jest to narażenie na zakażenie HIV, niezwiązane z wykonywaniem obowiązków służbowych.

Zgodnie z obowiązującym Programem polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021”, Krajowe Centrum ds. AIDS przekazywało tylko leki antyretrowirusowe na zabezpieczenie terapii w postępowaniu poekspozycyjnym pozazawodowym – wypadkowym. Do narażenia na zakażenie HIV może dojść np. po sytuacjach związanych z przemocą seksualną, po kontakcie z materiałem potencjalnie zakaźnym, po zakłuciu igłą nieznanego pochodzenia czy też po zachlapaniu śluzówek lub uszkodzonej skóry krwią lub materiałem potencjalnie zakaźnym zawierającym krew.

W 2021 roku wdrożono leczenie antyretrowirusowe w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych – wypadkowych u **189 pacjentów**.

Tabela 7. Liczba postępowań poekspozycyjnych pozazawodowych – wypadkowych w ośrodkach realizujących Program leczenia ARV.

Lp.	Szpital	Klinika/Oddział/Poradnia	Ekspozycje
1.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	63
	Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego WUM w Warszawie 01 – 201 Warszawa, ul. Wolska 37	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	
	Klinika Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych WUM w Warszawie 01 – 201 Warszawa, ul. Wolska 37	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	
2.	Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Żurawia 14, 15 – 540 Białystok	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. M. C. Skłodowskiej 24a 15-276 Białystok Tylko administracja.	9
3.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM im. Ludwika Rydygiera ul. Św. Floriana 12, 85 – 030 Bydgoszcz	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	0
4.	Poradnia Diagnostyki i Terapii AIDS ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	Szpital Specjalistyczny ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	14
5.	Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy ul. Smoluchowskiego 18, 80–214 Gdańsk	Szpital Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia Tylko administracja.	4

6.	Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych ul. Śniadeckich 5, 31 – 531 Kraków	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	11
7.	Klinika Chorób Zakaźnych UM ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	3
8.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Centrum Medyczne w Łańcutie Sp. Z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	8
9.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	20
10.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o. ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	1
11.	Oddział Chorób Zakaźnych Szpital w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	Szpital w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	0
12.	Klinika Chorób Zakaźnych UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Lecznictwem SPZOZ ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	6
13.	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 60 – 572 Poznań	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 65 – 572 Poznań	4
14.	Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	10
15.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM ul. Koszarowa 5, 51- 149 Wrocław	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego ul. Koszarowa 5, 51 – 149 Wrocław	25
16.	Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM ul. Chałubińskiego 2-2a, 50 – 368 Wrocław	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50 – 556 Wrocław	5
17.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław Tylko administracja.	5
18.	Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	1
19.	Oddział Chorób Zakaźnych Dziecięcych ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie, ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	0
20.	Oddział Obserwacyjno - Zakaźny ul. Krasieńskiego 4/4a, 87-100 Toruń	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera ul. Św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń	0
21.	Klinika Położnictwa i Ginekologii ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	Instytut Matki i Dziecka ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	0
22.	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa	0

23.	Centralny Zarząd Służby Więziennej, 02-521 Warszawa, ul. Rakowiecka 37a	Centralny Zarząd Służby Więziennej, ul. Rakowiecka 37a, 02-521 Warszawa	0
Razem			189

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko)

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. w sprawie standardów postępowania medycznego oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2018 r., poz. 1756) wszystkie kobiety w ciąży powinny mieć wykonane badanie w kierunku zakażenia HIV dwukrotnie – do 10. tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży.

W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu lub karmienia piersią. Ryzyko zakażenia HIV jest większe w przypadku dzieci urodzonych przez kobiety z zaawansowanym klinicznie i immunologicznie zakażeniem HIV, również podczas porodu drogami natury, u dzieci karmionych piersią przez kobiety, które nie były pod specjalistyczną opieką podczas ciąży i porodu oraz nie otrzymywały w ciąży 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 również mogą zwiększać ryzyko zakażenia. Ryzyko transmisji wertykalnej HIV (w grupie kobiet niepoddających się profilaktyce wertykalnej) na terenie Europy wynosi około 15–30%.

Z informacji zebranych z ośrodków pediatrycznych prowadzących terapię ARV wynika jednak, że w opiece medycznej nad dziećmi najważniejsze jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i wczesne wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, bez względu na poziom CD4 i wirerii HIV.

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

Gorzej rokują dzieci nieobjęte 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. W Polsce zdarzają się przypadki późnego rozpoznania nawet u kilkunastoletnich dzieci. Mają one przeważnie głęboko uszkodzony układ immunologiczny, opóźniony rozwój fizyczny i bardzo trudno jest ograniczyć u nich replikację wirusa.

Skutecznie prowadzona terapia antyretrowirusowa, także u dzieci, ograniczyła częstość występowania zakażeń oportunistycznych i, co za tym idzie, obniżyła koszty całkowite związane z kompleksowym leczeniem pacjentów zakażonych HIV. Terapia HAART oraz związana z chorobą zasadniczą opieka specjalistyczna (w tym m.in. dodatkowe szczepienia) pozwala dzieciom bez większych ograniczeń funkcjonować w społeczeństwie i prawdopodobnie pozwoli im dożyć starości.

W roku 2021, w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych, **73** kobiety ciężarne zakażone HIV zostały objęte leczeniem ARV. Odbyły się **34** porody, a **39** kobiet było nadal w ciąży (poród planowany na 2022 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymało **34** noworodków.

Wszystkie kobiety w ciąży ze zdiagnozowanym zakażeniem HIV objęto ujednoliconym systemem opieki medycznej i nowoczesną terapią. Wczesne wykrycie zakażenia HIV oraz terapia ARV stanowią podstawowe narzędzia w walce z szerzeniem się zakażeń wertykalnych (dziecka od matki). Leczenie noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV (profilaktyka zakażeń wertykalnych u noworodków) było prowadzone zgodnie z rekomendacjami PTN AIDS oraz standardami międzynarodowymi.

W celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej, w tym profilaktyki zakażeń wertykalnych, należałoby zwiększyć liczbę testów w kierunku HIV zalecanych i wykonywanych w populacji kobiet planujących macierzyństwo i będących w ciąży. Profilaktyka zakażeń wertykalnych cechuje się wysoką efektywnością i w związku z tym powinna być kontynuowana.

Leczenie antyretrowirusowe dzieci

W ramach Programu, na dzień 31 grudnia 2021 roku, leczeniem ARV objętych było **92 dzieci** (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS. Dzieci zakażone HIV wertykalnie powinny otrzymać leczenie ARV przed ukończeniem 3. miesiąca, tzn. bezpośrednio po potwierdzeniu zakażenia specjalistycznymi badaniami, ponieważ dynamika choroby, ryzyko rozwoju AIDS i zgonu w pierwszym roku życia przekracza 10%. Z tego powodu należy jak najszybciej zahamować replikację wirusa. Warunkiem długotrwałej skuteczności terapii jest szybkie uzyskanie VL HIV poniżej poziomu wykrywalności (<50 kopii/ml).

U dzieci starszych i młodzieży do zakażenia HIV może dojść (tak jak u dorosłych) w wyniku ryzykownych kontaktów seksualnych (wczesna inicjacja seksualna), a ryzykownych zachowaniach związanych z próbami zażywania lub stosowaniem środków psychoaktywnych.

Leczenie antyretrowirusowe dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, leczenie noworodków i niemowląt urodzonych przez matki zakażone HIV (profilaktyka zakażenia wertykalnego u noworodka) jest prowadzone według wskazań klinicznych, bez ograniczeń, które mają zastosowanie u osób dorosłych. Wskazania do leczenia dzieci w wieku 0–18 lat są inne niż u dorosłych:

Tabela 8. Rekomendacje dotyczące rozpoczęcia leczenia u dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS.

WIEK	REKOMENDACJE
0–12 mies.	Leczyć wszystkie dzieci bez względu na wyniki, zaawansowanie zakażenia i CD4
1 rok < 6 lat	B*, C* lub A* przy poziomie CD4 < 1000/mm
≥ 6 lat	B, C lub A* przy poziomie CD4 < 500/mm

A*, B* i C* - kliniczny stopień zaawansowania zakażenia HIV według międzynarodowej klasyfikacji CDC

— Centers for Disease Control (Centrum Kontroli Chorób).

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Leczenie dzieci rozpoczynane jest zawsze w warunkach szpitalnych. Po czterech tygodniach wykonywane jest pierwsze badanie kontrolne VL HIV (ilościowe) i CD4. Dziecko jest wypisywane po uzyskaniu spadku wirerii i wzrostu odsetka limfocytów CD4. Drugie badanie należy wykonać po czterech tygodniach i jeśli nadal stwierdza się istotny spadek wirerii, to dziecko kontynuuje leczenie w domu. Trzecie badanie kontrolne wykonuje się po 4 tygodniach (tj. 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia antyretrowirusowego). Jeśli uzyskano spadek VL HIV < 50 kopii/ml to kolejne wizyty powinny być planowane co 6 tygodni, z oceną wirerii i CD4 co 12 tygodni.

Utrzymywanie się oznaczalnej wiremii może się zdarzyć u dziecka z bardzo wysoką wiremią przed podjęciem leczenia i w znacznym stadium zaawansowania choroby.

Terapia jest skuteczna, jeśli nadal stwierdza się obniżanie wiremii o co najmniej 1 logarytm dziesiętny w ciągu 3 miesięcy. Czas do uzyskania wyniku <50 kopii/ml nie powinien być dłuższy niż 6–12 miesięcy. Utrzymywanie się wiremii HIV najczęściej wynika z nieprawidłowego podawania leków przez opiekunów dziecka i jest wskazaniem do leczenia nadzorowanego, w warunkach szpitalnych.

Poza lekami antyretrowirusowymi wszystkie dzieci urodzone przez matki zakażone HIV otrzymują bezpłatnie szczepionki według specjalnego kalendarza szczepień opracowanego indywidualnie dla każdego z dzieci przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, znajdujący się przy Klinice Chorób Zakaźnych Wiek Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kalendarz szczepień jest stale modyfikowany, zgodnie z postępami wiedzy medycznej. Terminy szczepień ustalane są indywidualnie przez lekarza prowadzącego terapię ARV.

Dzieciom zakażonym HIV wiele szczepionek podawanych jest w systemie wielokrotnych powtórzeń. Wynika to ze specyfiki samych szczepionek, a także przebiegu zakażenia HIV. Dzieci te gorzej odpowiadają na wakcynację i szybciej obniża się u nich poziom przeciwciał poszczepiennych. Dzieci otrzymujące skuteczne leczenie antyretrowirusowe zdecydowanie lepiej odpowiadają na szczepienia.

Zalecenia zostały umieszczone w rekomendacjach PTN AIDS.

Finansowanie Programu

W 2021 r. Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, zgodnie z *ustawą – Prawo Zamówień Publicznych* (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, z późn. zm.), przeprowadził 25 postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup leków antyretrowirusowych oraz 3 postępowania na zakup wyrobów medycznych do diagnostyki molekularnej (jedno postępowanie unieważniono). Zakupione produkty lecznicze i wyroby medyczne zabezpieczają ciągłość leczenia i diagnostyki specjalistycznej pacjentów objętych Programem leczenia ARV w latach poprzednich oraz nowo zdiagnozowanych wprowadzanych w 2021 r. do terapii HAART.

W związku z trwającą pandemią COVID-19 trudno było przewidzieć, ilu nowych pacjentów będzie wymagało wprowadzenia do leczenia ARV oraz zagwarantować wszystkim pacjentom objętym Programem stały dostęp do terapii HAART wszystkimi produktami leczniczymi – lekami antyretrowirusowymi zarejestrowanymi w Polsce i Unii Europejskiej.

Na początku pandemii COVID-19 pojawiły się problemy z zakupem leków ARV spowodowane przez zamknięte granice w Europie i na świecie, ograniczenia w dostawie niektórych produktów leczniczych wynikające z wstrzymanej lub zmniejszonej produkcji substancji czynnych, a co za tym idzie leków ARV. Trzeba też było brać pod uwagę utrudnienia związane z brakami i dostępnością do pojedynczych produktów leczniczych.

W wyniku stanu epidemicznego wielu dostawców zaoferowało, produkty lecznicze po bardzo zawyżonych cenach (wzrost ceny leku ARV nawet o kilkaset procent w stosunku do ostatniej ceny zakupu), niemożliwych do zaakceptowania przez Zamawiającego. Zwyżki cen produktów leczniczych spowodowały konieczność wprowadzenia korekt w ilościach kupowanych opakowań.

Warto podkreślić, że dzięki szybkim reakcjom Krajowego Centrum ds. AIDS i uzyskanej akceptacji dla tych działań nadzorującego Sekretarza Stanu oraz dobrej współpracy z Zakładem Zamówień

Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia, udało się w ramach budżetu 2021 dokonać zakupów niezbędnych dla ciągłości realizacji Programu Leczenia ARV produktów leczniczych i dzięki temu uniknąć większych problemów, które stały się udziałem innych krajów.

Ciągle jednak obecne ryzyko i zagrożenie asortymentowo-cenowe wynika z aktualnej sytuacji na rynku produktów leczniczych i braku udziału w postępowaniach przetargowych wielu dotychczasowych dostawców leków antyretrowirusowych, których przystąpienie do planowanych postępowań stoi pod znakiem zapytania.

Tabela 9. Wydatkowanie przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2021 roku środków finansowych w dziale 851 – Ochrona Zdrowia, w rozdziale 85149 – Programy polityki zdrowotnej na realizację Programu zdrowotnego Ministra Zdrowia pt.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021” z podziałem na paragrafy.

PARAGRAF	PLAN (W ZŁ)	PLAN PO ZMIANACH (W ZŁ)	ŚRODKI NIEWYGASAJĄCE W 2021 R. DO WYDATKOWANIA W 2022 R. (W ZŁ)	ŚRODKI DO WYDATKOWANIA W 2021 ROKU (W ZŁ)	WYDATKI (W ZŁ)
4230	389 940 000,00	453 940 000,00	71 264 831,00	382 675 169,00	382 675 011,94
4300	20 000,00	20.000,00		20 000,00	17 317,48
4170	40 000,00	40.000,00		40 000,00	40 000,00
RAZEM:	390 000 000,00	454 000 000,00	71 264 831,00	382 735 169,00	382 732 329,42

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Decyzją nr MF/FS1.4143.3.118.2021.MF.4333 z dnia 15.10.2021 r. przyznano dodatkowe środki pochodzące z rezerwy celowej przeznaczone dla Krajowego Centrum ds. AIDS na realizację Programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021” w wysokości 64 mln zł.

Na wniosek Krajowego Centrum ds. AIDS z dnia 23.11.2021 r. w celu lepszego dostosowania struktury zakupu leków antyretrowirusowych do rzeczywistych, zmieniających się potrzeb oraz zapewnienie kontynuacji terapii ARV w pierwszych tygodniach 2022 roku dokonano przesunięcia środków finansowych w wysokości 71.264.831,00 zł. na środki niewygasające z terminem realizacji do dnia 30 listopada 2022 r.

Tabela 10. Ceny (brutto) leków antyretrowirusowych wykorzystywanych w Programie leczenia ARV – stan na 31 grudnia 2021 roku.

LP.	NAZWA HANDLOWA LEKU	CENA (W ZŁ)
1	BIKTARVY 50/200/25mg tabletki 30	2 150,00
2	CELSENTRI 150mg tabletki 60	2 083,52
3	CELSENTRI 300mg tabletki 60	2 147,95
4	COMBIVIR 150/300mg tabletki 60	140,40
5	DELSTRIGO 100/300/245 tabletki 30	1 846,37
6	DESCOVY 200/10mg tabletki 30	1 364,29
7	DESCOVY 200/25mg tabletki 30	1 364,29

8	DOVATO 50/300mg tabletki 30	2 014,62
9	EDURANT 25mg tabletki 30	983,23
10	EMTRIVA 200mg kapsułka 30	746,55
11	EPIVIR 150mg tabletki 60	176,23
12	EPIVIR 240ml syrop 1	190,00
13	EPIVIR 300mg tabletki 30	176,23
14	EVIPLERA 200/25/245 tabletki 30	2 279,65
15	GENVOYA 150/150/200/10 tabletki 30	2 457,85
16	INTELENCE 200mg tabletki 60	1 183,92
17	ISENTRESS 400mg tabletki 60	1 522,23
18	ISENTRESS 600mg tabletki 60	1 522,23
19	KALETRA 100/25mg tabletki 60	864,00
20	KALETRA 200/50mg tabletki 120	1 052,98
21	KALETRA 60ml syrop 5	1 296,00
22	KIVEXA 600/300mg tabletki 30	324,00
23	NORVIR 100mg tabletki 30	162,00
24	ODEFSEY 200/25/25 tabletki 30	2 256,14
25	PIFELTRO 100mg tabletki 30	1 107,83
26	PREZISTA 600mg tabletki 60	428,27
27	PREZISTA 800mg tabletki 30	185,77
28	RETROVIR 100mg kapsułka 100	361,00
29	RETROVIR 200ml syrop 1	95,00
30	RETROVIR 20ml ampułka 5	235,00
31	RETROVIR 250mg kapsułka 40	361,00
32	REYATAZ 300mg kapsułka 30	421,20
33	REZOLSTA 800mg/150mg tabletki 30	1 268,84
34	STOCRIN 600mg tabletki 30	399,60
35	STRIBILD 150/150/200/245 tabletki 30	2 483,43
36	SYMTUZA 800/150/200/10 tabletki 30	2 401,92
37	TIVICAY 5mg tabletki 60	652,32
38	TIVICAY 10mg tabletki 30	652,32
39	TIVICAY 25mg tabletki 30	1 630,80
40	TIVICAY 50mg tabletki 30	1 838,40
41	TRIUMEQ 50/600/300mg tabletki 30	2 150,00
42	TRUVADA 200/245mg tabletki 30	453,58
43	VIRAMUNE 240ml zawiesina 1	231,12
44	VIRAMUNE 400mg tabletki 30	81,00
45	VIREAD 245mg tabletki 30	210,60
46	ZIAGEN 240ml syrop 1	290,00
47	ZIAGEN 300mg tabletki 60	590,22

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 11. Wartość (w zł) i asortyment leków ARV, szczepionek i testów zakupionych w 2021 r.

LEK	CENA JEDNOSTKOWA (W ZŁ)	LICZBA OPAKOWAŃ	WARTOŚĆ (W ZŁ)
ABACAVIR+LAMIVUDINE ACCORD tabletki 600/300mg 30	289,31	800	231 448,00
ABACAVIR+LAMIVUDINE ACCORD tabletki 600/300mg 30	332,64	300	99 792,00
ATAZANAVIR MYLAN kapsułka 300mg 30	393,10	126	49 530,60
ATAZANAVIR MYLAN kapsułka 300mg 30	393,09	24	9 434,16
BIKTARVY tabletki 50/200/25mg 30	2 149,99	424	911 595,76
BIKTARVY tabletki 50/200/25mg 30	2 150,00	30875	66 381 250,00
BIKTARVY tabletki 50/200/25mg 30	2 146,42	1	2 146,42
CELSENTRI tabletki 150mg 60	2 083,52	50	104 176,00
CELSENTRI tabletki 300mg 60	2 147,95	55	118 137,25
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 600mg 60	428,27	200	85 654,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 600mg 60	433,83	0	0,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 600mg 60	433,82	0	0,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	185,77	2840	527 586,80
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	185,78	80	14 862,40
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	185,76	80	14 860,80
DELSTRIGO tabletki 100/300/245 30	1 846,37	3184	5 878 842,08
DELSTRIGO tabletki 100/300/245 30	1 846,36	916	1 691 265,76
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 364,28	816	1 113 252,48
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 364,29	3184	4 343 899,36
DESCOVY tabletki 200/25mg 30	1 364,29	9716	13 255 441,64
DESCOVY tabletki 200/25mg 30	1 364,28	4084	5 571 719,52
DOVATO tabletki 50/300mg 30	2 014,62	13000	26 190 060,00
EDURANT tabletki 25mg 30	983,23	730	717 757,90
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 200/245mg 30	453,58	3500	1 587 530,00
EMTRIVA kapsułka 200mg 30	969,55	0	0,00
EMTRIVA kapsułka 200mg 30	746,55	0	0,00
EPIVIR syrop 240ml 1	189,99	0	0,00
EPIVIR syrop 240ml 1	190,00	210	39 900,00
EPIVIR tabletki 300mg 30	176,23	300	52 869,00
EVIPLERA tabletki 200/25/245 30	2 279,65	750	1 709 737,50
GENVOYA tabletki 150/150/200/10 30	2 457,85	7862	19 323 616,70
GENVOYA tabletki 150/150/200/10 30	2 457,84	15638	38 435 701,92
INTELENCE tabletki 200mg 60	1 183,92	0	0,00
ISENTRESS tabletki 400mg 60	1 522,23	1430	2 176 788,90
ISENTRESS tabletki 400mg 60	1 522,22	470	715 443,40
ISENTRESS tabletki 600mg 60	1 522,23	3990	6 073 697,70
ISENTRESS tabletki 600mg 60	1 522,22	509	774 809,98
ISENTRESS tabletki 600mg 60	1 517,62	1	1 517,62

KALETRA tabletki 100/25mg 60	864,00	90	77 760,00
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	113,94	100	11 394,00
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	148,71	60	8 922,60
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	148,72	90	13 384,80
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	149,04	50	7 452,00
LAZIVIR tabletki 150/300mg 60	01,08,2022	120	129,60
LAZIVIR tabletki 150/300mg 60	01,01,1962	11	17,82
LOPINAVIR/RITONAVIR MYLAN tabletki 200/50mg 120	1 052,98	500	526 490,00
LOPINAVIR/RITONAVIR MYLAN tabletki 200/50mg 120	1 053,00	600	631 800,00
LOPINAVIR+RITONAVIR ACCORD tabletki 200/50mg 120	594,00	50	29 700,00
NEVIRAPINE ACCORD tabletki 400mg 30	117,72	150	17 658,00
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 256,13	17312	39 058 122,56
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 256,14	3187	7 190 318,18
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 216,07	1	2 216,07
RETROVIR ampułki 20ml 5	235,00	20	4 700,00
RETROVIR kapsułki 100mg 100	361,00	120	43 320,00
RETROVIR kapsułki 250mg 40	361,00	150	54 150,00
RETROVIR syrop 200ml 1	95,00	310	29 450,00
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 268,84	2378	3 017 301,52
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 268,83	472	598 887,76
RITONAVIR ACCORD tabletki 100mg 30	140,40	3500	491 400,00
STOCRIN tabletki 600mg 30	399,60	100	39 960,00
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 483,43	380	943 703,40
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 483,42	120	298 010,40
SYMITUZA tabletki 800/150/200/10 30	2 401,91	98	235 387,18
SYMITUZA tabletki 800/150/200/10 30	2 401,92	23902	57 410 691,84
TENOFOVIR DISOPROXIL ACCORD tabletki 245mg 30	210,47	70	14 732,90
TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 245mg 30	198,45	120	23 814,00
TIVICAY tabletki 10mg 30	652,32	0	0,00
TIVICAY tabletki 25mg 30	1 630,80	10	16 308,00
TIVICAY tabletki 50mg 30	1 838,40	20800	38 238 720,00
TIVICAY tabletki 5mg 60	652,32	15	9 784,80
TRIUMEQ tabletki 50/600/300mg 30	2 150,00	14050	30 207 500,00
VIRAMUNE tabletki 400mg 30	81,00	400	32 400,00
VIRAMUNE zawiesina 240ml 1	231,12	100	23 112,00
ZIAGEN syrop 240ml 1	290,00	70	20 300,00
ZIAGEN tabletki 300mg 60	590,22	260	153 457,20
Razem			377 686 782,28

TESTY	CENA JEDNOSTKOWA (W ZŁ)	LICZBA OPAKOWAŃ	WARTOŚĆ (W ZŁ)
4J7110 1ml Pipette Tips	540,00	66	35 640,00
4J7117 200ul Pipe Tips	432,00	8	3 456,00

4J7130 96 Deep Well Plates	378,00	43	16 254,00
4J7170 96 Well Optical Reaction Plate	378,00	34	12 852,00
B23535 AQUIOS IMMUNO-TROL Cells	1 620,00	1	1 620,00
B23535 AQUIOS IMMUNO-TROL Cells	1 622,38	6	9 734,28
B23535 AQUIOS IMMUNO-TROL Cells	1 695,60	-4	-6 782,40
B25700 AQUIOS IMMUNO-TROL Low Cells	1 620,20	5	8 101,00
B25700 AQUIOS IMMUNO-TROL Low Cells	1 620,21	1	1 620,21
B25700 AQUIOS IMMUNO-TROL Low Cells	1 636,40	-1	-1 636,40
B25700 AQUIOS IMMUNO-TROL Low Cells	1 695,60	-4	-6 782,40
B23538 AQUIOS Lysing Reagent Kit	1 891,84	0	0,00
B23538 AQUIOS Lysing Reagent Kit	1 998,54	11	21 983,94
B25697 AQUIOS Sheath Solution	199,80	3	599,40
B23533 AQUIOS Tetra-1	2 332,80	10	23 328,00
B23533 AQUIOS Tetra-1	2 592,54	14	36 295,56
4J7145 ASPS Biohazard Bags 50X	162,00	15	2 430,00
A07749 CD3-PC5 100t CE	2 332,80	3	6 998,40
A07749 CD3-PC5 100t CE	2 484,00	19	47 196,00
A07750 CD4-FITC 100t CE	1 632,96	3	4 898,88
A07750 CD4-FITC 100t CE	1 890,00	19	35 910,00
A07757 CD8-RPE 100t CE	1 695,60	3	5 086,80
A07757 CD8-RPE 100t CE	1 782,00	19	33 858,00
7547053 COULTER FLOW COUNT 20ML, IVD	2 376,32	17	40 397,44
7547053 COULTER FLOW COUNT 20ML, IVD	2 381,40	23	54 772,20
340166 FACSCount Control Kit	1 291,88	-16	-20 670,08
340166 FACSCount Control Kit	1 291,89	-16	-20 670,24
340167 FACSCount Reagent Kit	2 700,00	-14	-37 800,00
342003 FACSFlow	264,10	3	792,30
342003 FACSFlow	282,90	2	565,80
A63493 FP Flow Check Pro IVD 3 x 10 ml. KIT	1 838,15	4	7 352,60
A63493 FP Flow Check Pro IVD 3 x 10 ml. KIT	1 838,26	4	7 353,04
05390095190 HIV combi PT Elecsys cobas e	788,40	10	7 884,00
05390095190 HIV combi PT Elecsys cobas e	810,00	2	1 620,00
101.572-12 HLA B*5701 -SSP z Taq, 12 testów	1 239,57	3	3 718,71
315504853000 HLA B5701 Strip 48 t	7 454,98	7	52 184,86
002062032 HLA Ready Gene B57 low 32 t + polimeraza GX 090254	1 855,87	26	48 252,62
002062032 HLA Ready Gene B57 low 32 t + polimeraza GX 090254	1 855,89	1	1 855,89
002062032 HLA Ready Gene B57 low 32 t + polimeraza GX 090254	1 855,91	1	1 855,91
6607077 Immuno-Trol Cells, W/B Control	1 836,04	6	11 016,24
6607077 Immuno-Trol Cells, W/B Control	1 841,29	6	11 047,74
6607098 Immunotrol Low Cell Kit	1 836,00	-19	-34 884,00
6607098 Immunotrol Low Cell Kit	1 837,12	6	11 022,72
6607098 Immunotrol Low Cell Kit	1 841,40	6	11 048,40

05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + akcesoria	4 653,75	0	0,00
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + akcesoria	5 196,41	56	290 998,96
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + akcesoria	5 196,45	12	62 357,40
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + akcesoria	5 196,46	1	5 196,46
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + akcesoria	5 196,47	1	5 196,47
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + akcesoria	5 196,63	1	5 196,63
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + akcesoria	5 198,65	1	5 198,65
06979599190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + akcesoria	13 913,25	1	13 913,25
08792992190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 QT-QL 120T CE-IVD + akcesoria	13 910,26	1	13 910,26
08792992190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 QT-QL 120T CE-IVD + akcesoria	13 912,50	91	1 266 037,50
08792992190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 QT-QL 120T CE-IVD + akcesoria	13 913,25	0	0,00
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	540,00	5	2 700,00
MGB400-03 MagCore Genomic DNA Whole Blood Kit (200/400ul)	887,03	6	5 322,18
4J7180 Master mix Tubes	378,00	6	2 268,00
4J7175 Optical Adhesive Cover	378,00	8	3 024,00
51304 QIAamp DNA Mini Kit 50	1 357,92	3	4 073,76
4J7120 Reaction Vessels	378,00	9	3 402,00
4J7160 Reagent Troughs	378,00	38	14 364,00
2G3170 RealTime HIV Calibrators	853,20	4	3 412,80
2G3180 RealTime HIV Controls	853,20	84	71 668,80
4J7024 RNA Sample Preparation Rtg.	885,60	168	148 780,80
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	5 880,60	114	670 388,40
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	7 036,20	54	379 954,80
6607053 TRICHROME 8/4/3	2 808,00	77	216 216,00
342445 TriTEST CD4/CD8/CD3 w/TruCount Tubes	2 608,19	2	5 216,38
342445 TriTEST CD4/CD8/CD3 w/TruCount Tubes	2 849,66	1	2 849,66
342445 TriTEST CD4/CD8/CD3 w/TruCount Tubes	2 850,50	419	1 194 359,50
A09777 VersaLyse 100t CE	979,24	1	979,24
A09777 VersaLyse 100t CE	1 040,64	1	1 040,64
A09777 VersaLyse 100t CE	1 042,07	4	4 168,28
A09777 VersaLyse 100t CE	1 404,44	34	47 750,96
30447 VIDAS HIV Duo Quick	800,28	12	9 603,36
Razem			4 910 926,56

SZCZEPIONKA	CENA JEDNOSTKOWA (W ZŁ)	LICZBA OPAKOWAŃ	WARTOŚĆ (W ZŁ)
21.20 Havrix 720 junior 0,5	103,55	10	1 035,50
21.20 FSME - Immun junior	114,21	1	114,21
21.20 FSME - Immun junior	114,23	29	3 312,67

21.20 Infanrix IPV HIB 0,5	127,04	102	12 958,08
21.20 Havrix 720 junior 0,5	140,40	2	280,80
21.20 Nimenrix 0,5ml	163,30	21	3 429,30
21.20 Nimenrix 0,5ml	170,00	30	5 100,00
21.20 Infanrix Hexa 0,5	197,50	27	5 332,50
21.20 Nimenrix 0,5ml	216,00	8	1 728,00
21.20 Prevenar inj. 0,5 ml	272,86	10	2 728,60
21.20 Varilrix inj	280,80	2	561,60
21.20 Bexsero 0,5ml	326,53	30	9 795,90
21.20 Bexsero 0,5ml	327,14	46	15 048,44
21.20 Bexsero 0,5ml	333,19	10	3 331,90
21.20 Gardasil 9	410,00	10	4 100,00
21.20 Bexsero 0,5ml	410,40	4	1 641,60
21.20 Vaxigrip Tetra 10 amp.-strz. x 0,5ml. op. zbiorcze	486,00	14	6 804,00
Razem			77 303,10

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Powyższe tabele zawierają również operacje związane z wymianami leków oraz testów.

Tabela 12. Średni miesięczny koszt realizacji Programu (w zł) w ośrodkach w przeliczeniu na jednego dorosłego pacjenta (tn. > 18 roku życia) w 2021 roku (stan na 31.12.2021 r.).

LP.	NAZWA OŚRODKA	LICZBA DOROSŁYCH PACJENTÓW (18+) OBJĘTYCH PROGRAMEM	ROCZNA WARTOŚĆ LEKÓW ARV PRZEKAZANYCH DLA 1 PACJENTA	MIESIĘCZNA WARTOŚĆ LEKÓW ARV DLA 1 PACJENTA
1	Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. M. C. Skłodowskiej 24a, 15-276 Białystok	287	23 274,87	1 939,57
2	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	546	28 115,29	2 342,94
3	Szpital Specjalistyczny, ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	1 614	24 430,10	2 035,84
4	Centralny Zarząd Służby Więziennej	227	28 111,13	2 342,59
5	Szpital Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81- 519 Gdynia	939	24 212,21	2 017,68
6	Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	1 391	26 740,92	2 228,41
7	Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	187	25 059,41	2 088,28
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, im. Wł. Biegańskiego, ul. Kniaziewiczza 1/5, 91 – 347 Łódź	685	22 970,64	1 914,22
9	Szpital Wojewódzki w Opolu, ul. Końskiego, 45-372 Opole	128	23 840,95	1 986,75
10	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	113	21 192,37	1 766,03
11	Wielospecjalistyczny Szpital Miejskim. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym SPZOZ,	799	25 921,85	2 160,15

	ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań			
12	Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	665	23 353,92	1 946,16
13	Wojewódzki Szpital Zakaźny, ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	4 399	23 680,32	1 973,36
14	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróznicza 26/28, 53-208 Wrocław	1 775	22 544,33	1 878,69
15	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, ul. Koszarowa 5, 51 – 149 Wrocław	383	27 881,09	2 323,42
16	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. ul. Żyty 26, 65-046 Zielona Góra	256	18 488,67	1 540,72
Średnia realna wartość realizacji Programu ARV na 1 pacjenta (18+)		14 394	24 279,62 zł	2 023,30 zł

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS.

W 2021 r. średni miesięczny koszt zużytych do terapii leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na 1 miesiąc na jednego pacjenta według aktualnych cen wyniósł 2 023,30 zł.

W ramach powyższych środków w realizacji Programu uwzględniono również:

a) Szacunkową wartość leków antyretrowirusowych wykorzystanych do przeprowadzenia profilaktyki poekspozycyjnej pozazawodowej – wypadkowej PEP.

- 189 pacjentów x 2 150,00 PLN (uśredniony koszt leków ARV dla jednego pacjenta obowiązujący w 2021 r.) = 406 350,00 zł.

Łącznie wydatkowano na PEP wypadkowy – pozazawodowy: 406 350,00 zł.

b) Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych.

Koszt leków ARV w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych (porody):

1. Szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży w 2021 r.:

- Ciąże zakończone porodem w 2021 roku tj. leczenie ARV w ciągu 9 mies. x 2150,00 zł x 34 kobiet = 657 900,00 zł
- Pozostałe ciążę na 2022 r. średnio 5 mies. x 2150,00 zł x 39 kobiet = 419 250,00 zł

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 34 porodów = 7 990,00 zł

3. Leki dla noworodków urodzonych przez matki HIV+: 1799,16 zł x 34 dzieci = 61 171,44 zł

Łącznie na profilaktykę zakażeń wertykalnych wydatkowano: 1 146 311,44 zł.

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

Przybliżony koszt leczenia antyretrowirusowego 92 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS wyniósł: 2 393 980,00-zł (średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko – wyniósł 26 021,52 zł. Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV.

Program w czasie pandemii

Warto podkreślić, że w czasie pandemii COVID-19, pomimo konieczności dostosowania systemu ochrony zdrowia do stanu pandemii, Program leczenia ARV był realizowany bez zakłóceń – zapewniono ciągłość leczenia. Nowi pacjenci zakażeni HIV (nowo wykryte zakażenia, wznowienie leczenia po powrocie z zagranicy), w tym również ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) obcokrajowcy, byli na bieżąco wprowadzani do leczenia ARV. Wszystkie placówki medyczne realizujące Program były zaopatrywane w leki antyretrowirusowe zgodnie ze złożonymi zamówieniami i prowadziły ich dystrybucję do pacjentów. Zabezpieczone zostały dostawy leków ARV, mimo że substancje czynne używane w ich produkcji pochodziły z państw najbardziej dotkniętych pandemią COVID-19.

Proces zakupu produktów leczniczych do terapii ARV odbywał się w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego. Dostawcy leków wywiązali się ze swoich zobowiązań w terminie. Podjęto również skuteczne działania zapobiegające nieuzasadnionemu wzrostowi cen produktów leczniczych, głównie odtwórczych, zgodnie z polityką obniżania średniej ceny jednej terapii ARV. Dokonano również przeglądu zaopatrzenia wyznaczonych placówek medycznych w specjalne zestawy do porodów dla kobiet zakażonych HIV. Również w tym przypadku szpitale były przygotowane i gotowe na przyjęcie zakażonych pacjentek.

Wskaźnikiem, który pokazuje, że w Polsce system organizacji opieki nad zakażonymi HIV i chorymi na AIDS – także w sytuacji pandemii – funkcjonuje płynnie, jest liczba nowych pacjentów włączonych do programu leczenia ARV.

Podsumowanie

Nadrzędnym celem Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” było ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, poprzez zapewnienie skutecznego leczenia ARV, wraz z monitorowaniem jego skuteczności u pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS. Leczenie ARV powoduje zmniejszenie zapadalności i śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV oraz zmniejszenie ich zakaźności dla populacji osób zdrowych w Polsce i tym samym ograniczenie transmisji wirusa (w tym szczepów lekoopornych). Terapia antyretrowirusowa w przypadku niektórych chorób definiujących AIDS jest jedyną metodą leczenia, a odpowiednio wcześniej zastosowana staje się profilaktyką tych schorzeń. Leczenie ARV posiada również istotny wpływ na zmniejszenie ryzyka przeniesienia zakażenia HIV na partnera seksualnego.

Zapobieganie, leczenie, opieka i wsparcie są elementami wzajemnie się uzupełniającymi i wzmacniającymi oraz stanowią kontynuację efektywnej reakcji na epidemię HIV/AIDS.

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

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

Spotkania zespołu powołanego ds. opracowania Rządowego programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026”.

Prace nad Rządowym programem polityki zdrowotnej Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026” trwały od stycznia 2021 r.

Od 14 kwietnia 2021 r. odbywały się posiedzenia Zespołu powołanego ds. opracowania ww. Programu. Celem spotkań było m.in.: wstępne podsumowanie kończącej się edycji Programu Leczenia ARV oraz określenie zadań i sposobów ich realizacji w nowej edycji oraz omawianie tematówwymagających uwzględnienia w nowym Programie, takich jak: testy w kierunku HIV do samodzielnego wykonywania, bezpieczeństwo produktów leczniczych czy zapisy dotyczące profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP).

W spotkaniach wzięli udział eksperci – członkowie Zespołu: przedstawiciele środowiska medycznego, akademickiego, Ministerstwa Zdrowia oraz Krajowego Centrum ds. AIDS.

28 grudnia 2021 r. Rządowy program polityki zdrowotnej uzyskał akceptację z upoważnienia Ministra Zdrowia Podsekretarza Stanu Pana Macieja Miłkowskiego.

Pod koniec 2021 roku do ww. Programu został opracowany moduł pn.: „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”, który został przesłany do Departamentu Zdrowia Publicznego w celu dalszego procedowania.

6. 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 ONZ (kosponsorzy), a pracę wszystkich partnerów koordynuje Sekretariat UNAIDS z siedzibą w Genewie. Organem zarządzającym Programu UNAIDS jest jego Rada Koordynacyjna (*UNAIDS Programme Coordinating Board*), 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 regionów i poszczególnych państw;
- koordynacja realizacji strategii UNAIDS przez 11 podmiotów wyspecjalizowanych ONZ współtworzących Program;
- rzecznictwo w zakresie realizacji zobowiązań przyjętych na forum międzynarodowym przez poszczególne kraje;
- ekspertyzy epidemiologiczne i problemowe w szeroko pojętym kontekście przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS na świecie.

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

W marcu 2021 roku na posiedzeniu Rady Koordynacyjnej Programu UNAIDS, zaaprobowano nową strategię globalnej walki z HIV/AIDS na lata 2021–2026: *End Inequalities, End AIDS*. W tym samym miesiącu opublikowano raport Sekretarza Generalnego ONZ dotyczący likwidowania nierówności i powrotu do ścieżki eliminacji AIDS na świecie do 2030 roku. W czerwcu 2021 roku podczas spotkania wysokiego szczebla Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie AIDS dokonano przeglądu globalnych działań na rzecz przeciwdziałania HIV i postępów w tym zakresie oraz zaaprobowano nową Deklarację ONZ w sprawie zakończenia AIDS do 2030 r. Deklaracja polityczna wzywa państwa do zapewnienia dostępu do profilaktyki skojarzonej HIV 95% wszystkich osób narażonych na ryzyko zakażenia. Wzywa także do osiągnięcia stanu, w którym 95% osób żyjących z HIV będzie znało swój status serologiczny, 95% z nich będzie

leczonych ARV, a u 95% leczonych nastąpi zahamowanie namnażania się HIV w organizmie. Krajowe Centrum ds. AIDS brało udział we wszystkich wyżej wymienionych spotkaniach.

Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej/ *Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being – NDPHS*

Partnerstwo, zawiązane 27 października 2003 r. na spotkaniu ministerialnym w Oslo, działa zgodnie z zapisami zawartymi w Deklaracji dotyczącej jego ustanowienia (Deklaracja z Oslo). Jest to wspólne przedsięwzięcie dziesięciu rządów państw, Komisji Europejskiej oraz ośmiu organizacji międzynarodowych, podejmujących wyzwania w kwestiach zdrowotnych i społecznych na obszarze Wymiaru Północnego (WP).

Głównym celem Partnerstwa jest poprawa standardów zdrowotnych, szczególnie w odniesieniu do młodych pokoleń. Problemy takie jak: narkomania, alkoholizm, nikotynizm, a także wzrost liczby zakażeń HIV, dotyczą zwłaszcza osoby młode, szczególnie podatne na zachowania określone jako ryzykowne. Problematyka ta nie jest obca także społeczeństwu polskiemu, dlatego Polska aktywnie włącza się do prac międzynarodowych nad poprawą zdrowia publicznego.

Jedną z grup eksperckich działających w ramach Partnerstwa jest Grupa Ekspercka ds. HIV, Gruźlicy i Infekcji Powiązanych. Funkcję wiceprzewodniczącej pełni dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS. Grupa składa się z ekspertów reprezentujących wszystkich partnerów. Spotkania odbywają się dwa razy w roku. W roku 2021 głównym tematem spotkań był przegląd sytuacji epidemiologicznej na tle rozwijającej się pandemii COVID-19.

Projekt Joint Action INTEGRATE w ramach Trzeciego Programu Działań w Dziedzinie Zdrowia UE na lata 2014–2020

1 września 2017 r. w ramach Trzeciego Programu Działań UE w Dziedzinie Zdrowia na lata 2014–2020 rozpoczął się projekt INTEGRATE. Ze względu na trwającą pandemię COVID-19, decyzją Komisji Europejskiej i Koordynatora INTEGRATE, aktywności w ramach projektu przedłużono do 31 maja 2021 r.

Głównym celem projektu INTEGRATE było zwiększenie liczby wczesnych diagnoz HIV/WZW/gruźlicy/zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz objęcie pacjentów działaniami profilaktycznymi, leczniczymi i opiekuńczymi, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów wywodzących się z populacji kluczowych o utrudnionym dostępie do świadczeń ochrony zdrowia. Zadaniem projektu INTEGRATE było dokonanie oceny pracy narzędzi stosowanych w diagnostyce jednej jednostki chorobowej (HIV) oraz włączania pacjentów HIV+ do systemu ochrony zdrowia. Ocena ta jest ważna z punktu widzenia możliwości zastosowania narzędzi i sposobu podejścia do przeciwdziałania HIV do pozostałych jednostek chorobowych, takich jak: wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica oraz zakażenia przenoszone drogą płciową.

W ramach programu Krajowe Centrum ds. AIDS, wraz z 33 instytucjami i organizacjami z 18 państw UE, uczestniczyło we wspólnych działaniach na rzecz zintegrowania działań w zakresie zapobiegania, testowania i opieki nad osobami zakażonymi HIV, wirusowym zapaleniem wątroby, gruźlicą i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (ang. *Joint Action on integrating prevention, testing and link to care strategies across HIV, viral hepatitis, TB and STIs in Europe – INTEGRATE*).

Pakiety robocze:

- 1) Koordynacja – RegionH/CHIP (Dania).
- 2) Promowanie wyników projektu (*dissemination*) – CERTH (Grecja) – platforma wiedzy oraz konferencja HepHIV 2019 w Rumunii w ramach prezydencji tego kraju w UE.

- 3) Monitoring i ewaluacja – IPMN (Rumunia), PHE (Wielka Brytania).
- 4) Rozwój długofalowej i zrównoważonej strategii – ARCIGAY (Włochy), TAI (Estonia) – kwestionariusz dotyczący doświadczeń pacjentów, przegląd rekomendacji na szczeblu krajowym, włączenie ich do innych dokumentów przewodnich. Opracowanie planu zrównoważonego rozwoju dla projektu oraz umożliwienie integracji jego pochodnych do programów krajowych oraz planów działania poprzez opracowanie przewodników dla poszczególnych krajów oraz na rzecz działań prowadzonych przez interesariuszy na poziomie krajowym.
- 5) Integracja testowania oraz włączania zdiagnozowanych pacjentów STIs/HIV/HCV do systemu ochrony zdrowia – RegionH/CHIP (Dania), PHE (Wielka Brytania) – rozbudowa narzędzi pomocnych przy prowadzeniu zintegrowanego testowania na bazie wyników projektu OptTEST przy wykorzystaniu działań prowadzonych podczas Europejskiego Tygodnia Testowania.
- 6) Monitoring testowania w kierunku HIV, WZW oraz STIs, a także włączanie zdiagnozowanych pacjentów do systemu ochrony zdrowia – ICO (Hiszpania), NIJZ (Słowenia) – podniesienie poziomu systemów monitoringu, łączenie ich z systemami nadzoru (ECDC, WHO, poziomy krajowe). Prowadzenie działań w porozumieniu z pakietem 5 oraz na bazie wyników projektów EuroHIVEdat oraz OptTEST.
- 7) Podniesienie poziomu stosowania narzędzi ICT oraz zwiększenie częstotliwości powiadomień partnera w ramach wdrażania profilaktyki skojarzonej – UCD (Irlandia), LILA MILANO (Włochy) – testowanie połączone z profilaktyką oraz powiadamianiem partnera, udział ekspertów z WHO. Podniesienie poziomu komunikacji dot. profilaktyki skojarzonej (połączenie działań z pakietem roboczym 5 dot. testowania), jak również powiadomienia partnera. Bliska współpraca z WHO w celu zapewnienia synergii ze strategią WHO.
- 8) Budowanie kompetencji – FVM (Włochy), NAC (Polska) – kwestionariusz dotyczący potrzeb szkoleniowych – tak jak pakiet roboczy 4 jest pakietem przekrojowym projektu – identyfikacja potrzeb szkoleniowych – trzy warsztaty regionalne (Polska, Włochy oraz Estonia w połączeniu z konferencją HepHIV podczas prezydencji tego kraju).

Krajowe Centrum ds. AIDS uczestniczyło jako partner wiodący w trzech pakietach roboczych programu, w tym w pakiecie WP8, jako jego wicelider:

1. Pakiet 5 (WP5): *Integrating testing and linkage to care of STIs/HIV/HCV/TB*.
2. Pakiet 6 (WP6): *Monitoring of HIV, STIs and viral hepatitis testing and linkage to care*
3. Pakiet 8 (WP8): *Capacity building*

Z inicjatywy Centrum i Zespołu ds. profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs), w roku 2021 podjęto decyzję o opracowaniu, w ramach dodatkowych działań INTEGRATE, raportu nt. zakażeń przenoszonych drogą płciową Polsce. Jeden z rozdziałów ww. raportu, został poświęcony integracji świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz najlepszym praktykom państw europejskich w tym zakresie. W raporcie opublikowano także główne wnioski z analizy prawnej nt. barier dla prowadzenia zintegrowanego testowania w kierunku HIV, wirusowego zapalenia wątroby i zakażeń przenoszonych drogą płciową w Polsce, opracowanej w ramach pakietu WP6. Treść publikacji pt. „Zakażenia przenoszone drogą płciową w Polsce. Wybrane aspekty” jest dostępna na stronie internetowej: <https://aids.gov.pl/publikacje/203-2/>.

Eksperci Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczyli w opracowaniu modułu informacyjnego, poświęconego programowi INTEGRATE (w tym działań Polski w ramach programu), który został zaprezentowany na międzynarodowej konferencji poświęconej HIV i wirusowemu zapaleniu wątroby HepHIV w maju 2021 (konferencja wirtualna w Lizbonie).

Opracowano także końcowy raport finansowy projektu INTEGRATE dotyczący realizacji działań w Polsce i związanych z nimi wydatków.

W ramach pakietu WP2 (*Dissemination*) opublikowano w wydawnictwie BioMed Central (*BMC Infectious Diseases*) dodatek internetowy „INTEGRATE Joint Action. Obejmuje on serię 10 artykułów powstałych na bazie wyników działań projektu Joint Action INTEGRATE.

Współautorami niektórych z nich są eksperci Krajowego Centrum ds. AIDS. Artykuły dostępne są pod adresem <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-21-supplement-2>.

Łączny budżet projektu to 2,4 miliona Euro, w tym środki przyznane na działania realizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS w ramach Programu INTEGRATE wynoszą 69 089,90 EUR, co stanowi równowartość około 290 000 złotych (po przeliczeniu według kursu 1 EUR = 4,2 zł). Warunkiem uczestnictwa w programie Joint Action było posiadanie środków finansowych, tzw. wkładu własnego. Państwa UE, w których dochód na głowę mieszkańca wynosi poniżej 90% średniej unijnej (np. Polska), mają prawo do dofinansowania działań z Komisji Europejskiej w wysokości do 80% (kryterium: *exceptional utility*).

Projekt IMPLEMENT w ramach EU4Health Programme na lata 2021–2027

W 2021 r. przedstawiciele Uniwersytetu w Dublinie, Centrum Badań i Edukacji (University College Dublin, Catherine McAuley Education & Research Centre), zwrócili się do Krajowego Centrum ds. AIDS z propozycją współpracy w ramach trzyletniego projektu Unii Europejskiej o nazwie IMPLEMENT, którego łączny budżet wynosi 5 milionów EURO. Tematem projektu jest wzmocnienie działań promocyjnych, wdrażania wczesnych działań medycznych i profilaktyki, testowania i włączania osób zakażonych HIV, zakażeniami przenoszonymi drogą płciową, wirusowym zapaleniem wątroby i gruźlicą do systemu służby zdrowia. Projekt kładzie główny nacisk na prowadzenie działań na poziomie społeczności lokalnych ze szczególnym uwzględnieniem populacji o największym ryzyku zakażeń (np. osadzonych, młodzieży). Jednocześnie zakłada on wykorzystanie najlepszych praktyk, wniosków i rekomendacji, płynących z poprzednich projektów UE m.in. HepCare Europe, HA-REACT, INTEGRATE, Optimise. W niektórych z tych projektów Krajowe Centrum brało czynny udział.

Projekt Joint Action Surveillance

W 2021 r. Krajowe Centrum ds. AIDS zostało jako instytucja nominowane przez MZ do wzięcia udziału w projekcie UE *Joint Action on Union and national surveillance systems*. Projekt ten będzie wdrażany przez EUHealthsupport consortia, nadzorowany przez HaDEA, a udział w nim wezmą także eksperci z DG SANTE oraz ECDC. Projekt rozpocznie się w roku 2022.

Sprawozdawczość międzynarodowa oraz współpraca z UNAIDS, ECDC, WHO

Ekspert Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczą w pracach łączonych grup eksperckich zajmujących się HIV oraz infekcjami powiązanymi z HIV, w tym gruźlicą, działających przy Biurze Regionalnym WHO na Europę oraz przy Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Krajowe Centrum ds. AIDS, za pośrednictwem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, przekazuje do ECDC dane dotyczące sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce w ramach monitoringu wdrażania postanowień Deklaracji Dublińskiej (*Dublin Declaration on HIV/AIDS*).

Obecnie Polska jest obserwatorem przy Radzie Koordynacyjnej Programu UNAIDS. Ekspert Centrum dwa razy w roku (czerwiec, grudzień) uczestniczą w posiedzeniach Rady w Genewie.

Wizyty studyjne

Spotkania i wizyty studyjne z udziałem ekspertów Krajowego Centrum ds. AIDS stanowią stały i ważny element współpracy międzynarodowej. Celem tych działań jest wymiana doświadczeń i najlepszych praktyk z państwami sąsiadującymi z Polską, państwami członkowskimi UE i EOG, światowymi liderami walki z epidemią HIV/AIDS, a także państwami rozwijającymi się. Spotkania i wizyty studyjne są także okazją do zapoznania się z barierami prawnymi, społecznymi, finansowymi i organizacyjnymi, związanymi z przeciwdziałaniem HIV/AIDS oraz rozwiązaniami w tym zakresie na poziomie poszczególnych państw. W czasie pandemii tego rodzaju aktywności musiały zostać zawieszone, ale gdy tylko będzie to możliwe zostaną ponownie uruchomione.

7. V OBSZAR TEMATYCZNY: MONITORING

Cel ogólny

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

Cel szczegółowy

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

BADANIA SPOŁECZNE

Analiza ankiet z punktów konsultacyjno-diagnostycznych

W 2021 r., z przyczyn formalnych, nie można było przeprowadzić analizy statystycznej ankiet wypełnianych w PKD przez doradców w punktach konsultacyjno-diagnostycznych. W ramach corocznych zadań związanych z gromadzeniem danych epidemiologicznych wraz z ich analizą, zawarto umowę na usługę przeprowadzenia podsumowania i analizy ankiet z roku 2020, z konsorcjum firm: Infondo Sp. z o.o. (Lider konsorcjum) oraz Infondo Pracownia Badawcza Sp. z o.o. (Członek konsorcjum). Ze względu na realizację przez Wykonawcę Umowy w sposób wadliwy i sprzeczny z zapisami, Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie § 11 ust. 1 pkt 1 i 2 Umowy odstąpiło od realizacji tego zadania. W związku z tym, że umowa w roku 2021 została rozwiązana, badanie planowane jest na 2022 rok.

Ewaluacja realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2017–2021

Zadanie zrealizowane zostało przez firmę IBRIS (Instytut Badań Rynkowych i Społecznych) na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS.

Z uwagi na fakt, że badanie było wykonywane w 2021 r. nie wszystkie dane za ten rok były dostępne.

Głównym celem badania była ocena zgodności realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2017–2021 z założonymi celami programu oraz ocena efektywności i skuteczności jego realizacji we wszystkich pięciu obszarach tematycznych.

Ewaluacja Krajowego Programu została przeprowadzona z wykorzystaniem następujących metod badawczych:

- badanie ilościowe metodą *desk research* (analiza dokumentów i danych zastanych),
- badanie jakościowe z ekspertami w dziedzinie zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS, czyli osobami reprezentującymi podmioty odpowiedzialne za realizację zadań programu (np. przedstawicielami ministerstw, Krajowego Centrum ds. AIDS, urzędów wojewódzkich,

urzędów marszałkowskich, państwowej inspekcji sanitarnej, środowiska medycznego, organizacji pozarządowych, w tym pacjenckich).

Ocena realizacji Krajowego Programu w poszczególnych obszarach

Obszar I: Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

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

Podstawową platformą współpracy między zaangażowanymi podmiotami były wojewódzkie zespoły ds. AIDS. Koncepcja powołania takiego zespołu uznana została za wartościową – daje możliwość spotkania przedstawicieli różnych podmiotów, poznania innych perspektyw i potrzeb w kontekście profilaktyki HIV/AIDS.

Za kluczowe, z punktu widzenia profilaktyki, respondenci uznawali działania w ramach pierwszego obszaru i uważali, że warto na nie przeznaczać więcej środków finansowych (lepiej zapobiegać niż leczyć – im lepsza profilaktyka, tym mniejsza konieczność leczenia).

Zdaniem ekspertów poziom wiedzy na temat HIV/AIDS jest dość niski, dostrzegają spadek liczby prowadzonych działań edukacyjno-informacyjnych w społeczeństwie (m.in. na skutek pandemii czy też ze względu na ograniczone środki finansowe).

Obszar II: Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

Obszar ten był drugi pod względem liczby zaangażowanych podmiotów i podejmowanych inicjatyw. Działania w tym obszarze prowadzone były przede wszystkim przez punkty konsultacyjno-diagnostyczne oraz, w ramach własnej działalności, przez niektóre organizacje pozarządowe. Liczba PKD utrzymywała się na zbliżonym poziomie, 28-30 punktów w skali kraju. Do 2019 r. następował systematyczny wzrost liczby klientów PKD oraz liczby wykonywanych testów przesiewowych. W 2019 r. liczba wykonanych testów w PKD przekroczyła 40 tys. Dzięki działalności punktów, eksperci ocenili poziom dostępu do diagnostyki jako wysoki. Niemniej jednak zwracano uwagę na pojawiające się problemy z utrzymaniem ciągłości prac PKD wynikające z poziomu finansowania (np. skracanie godzin pracy punktu).

Problemem dla działalności PKD była również pandemia COVID-19. W czasie wiosennego lockdownu w 2020 r. (marzec–kwiecień) nie wykonywano testów w PKD, świadczone porady telefoniczne lub internetowe. Po ponownym otwarciu punktów zanotowano zmniejszenie liczby klientów. 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).

Obszar III: Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

W ramach obszaru III zadaniem kluczowym było zapewnienie osobom zakażonym HIV dostępu do leczenia antyretrowirusowego. Krajowe Centrum ds. AIDS koordynowało program „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce”. Liczba osób objętych leczeniem ARV w latach 2017–2021 sukcesywnie wzrastała – od 10,5 tys. w 2017 r. do 14,5 tys. w 2021 r. (wzrost o 38%). Program leczenia ARV był realizowany przez stałą liczbę 22 podmiotów leczniczych (szpitali/placówek medycznych). Leczenie antyretrowirusowe prowadzone było także w zakładach penitencjarnych w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności.

Przedstawiciele PKD, NGOs, środowiska medycznego bardzo dobrze oceniali poziom opieki medycznej nad chorymi na AIDS – był on realizowany nieprzerwanie także podczas pandemii COVID-19. Zdaniem ekspertów, w przypadku Programu leczenia ARV, finansowanie przekłada się na skuteczność działania. Organizacja leczenia osób z HIV/AIDS oceniana jest pozytywnie, gdyż obejmuje wszystkich potrzebujących i zapewnia im leczenie zgodne z międzynarodowymi standardami.

Obszar IV: Współpraca międzynarodowa

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

Obszar V: Monitoring

Krajowe Centrum ds. AIDS odpowiadało za cykliczne zadania, takie jak: analiza ankiet z punktów konsultacyjno-diagnostycznych, monitoring mediów, prowadzenie Elektronicznej Bazy Monitoringowej czy też monitorowanie gospodarki lekowej. Zmodyfikowano sposób raportowania danych przez PKD poprzez utworzenie bazy on-line. W analizowanym okresie na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS przeprowadzono siedem badań społecznych.

Poza Krajowym Centrum ds. AIDS działania z obszaru V prowadził NIZP PZH – PIB, który przeprowadzał i publikował analizy dotyczące epidemiologii HIV w Polsce, a także publikował dane dotyczące HIV/AIDS na stronie internetowej.

Widoczny jest natomiast trend zmniejszania się liczby artykułów prasowych poświęconych tylko tematyce HIV/AIDS. Najwięcej takich artykułów odnotowano podczas prowadzonego monitoringu w 2018 r. – 288 artykułów. W 2020 r. było to 198 artykułów, na co wpływ mogła mieć pandemia COVID-19, która zdominowała tematy prasowe w tym roku.

Prace nad *Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanym na lata 2022–2026*

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (§4) Krajowe Centrum ds. AIDS, we współpracy z podmiotami zobowiązanymi do realizacji Programu, opracowuje Harmonogram realizacji zadań w zakresie HIV/AIDS (ustalany na okres 5 lat).

W związku z powyższym Centrum podjęło prace dotyczące organizacji warsztatów mających na celu przygotowanie projektu pn. „Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2022–2026”. Z uwagi na sytuację epidemiologiczną warsztaty przeprowadzane były w formule on-line na platformie internetowej (Zoom). Przedstawiciele urzędów centralnych, urzędów marszałkowskich i wojewódzkich, państwowej inspekcji sanitarnej, środowiska medycznego oraz NGOs opracowali Harmonogram, w którym określili zadania, grupę docelową, wskaźniki i podmioty odpowiedzialne za realizację zadań, w podziale na pięć obszarów wskazanych w Krajowym Programie.

W dniu 25 maja 2021 r. Krajowe Centrum ds. AIDS przekazało przedmiotowy Harmonogram do Ministerstwa Zdrowia w celu uruchomienia procedury przedłożenia dokumentu pod obrady Rady Ministrów.

„Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2022–2026” został przyjęty przez Radę Ministrów uchwałą nr 188/2021 z dnia 27 grudnia 2021 r.

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 bezpośrednio ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS: www.aids.gov.pl. Dostęp do danego konta ma tylko 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

Narzędziem służącym do monitorowania gospodarki lekowej jest elektroniczna baza monitorująca gospodarkę lekową. Została ona utworzona w celu usprawnienia kontroli systemu dystrybucji leków i ich stanów magazynowych, w ramach programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”.

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

Baza składa się z trzech podstawowych paneli przeznaczonych dla różnych grup użytkowników: administratora, lekarza/pracownika medycznego – przedstawiciela realizatora Programu oraz pracowników działu medycznego Krajowego Centrum ds. AIDS. W swoich założeniach pozwala na nadzorowanie każdego etapu procesu, od podpisania 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, która jest wypełniana on-line przez certyfikowanego doradcę, podczas rozmowy z klientem, poprzedzającej dobrowolne wykonanie testu w kierunku HIV.

Ankieta wypełniana w PKD jest również jednym z nielicznych źródeł rzetelnej wiedzy w zakresie epidemiologii HIV w Polsce, w odniesieniu do m.in. populacji kluczowych.

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 22 113 razy poruszano tematykę HIV/AIDS, innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz zakażeń związanych z wirusowym zapaleniem wątroby. Monitoringiem objęto 803 tytuły prasowe. HIV/AIDS dotyczyło 199 artykułów prasowych.

8. INFORMACJE O ŚRODKACH FINANSOWYCH BĘDĄCYCH W DYSPOZYCJI KRAJOWEGO CENTRUM DS. AIDS, PRZEZNACZANYCH NA ZAPOBIEGANIE I ZWALCZANIE AIDS W 2020 R.

Krajowe Centrum ds. AIDS, prowadziło działania zgodnie z „Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanym na lata 2017–2021”.

Tabela 13. Środki finansowe wydatkowane w 2021 r.

85152 – zadania bieżące (utrzymanie i funkcjonowanie biura)	3 468 920,46 zł
85152 – zadania merytoryczne, w tym:	3 067 633,86 zł
dotacje przekazane dla fundacji i stowarzyszeń	1 592 811,96 zł
wynagrodzenia bezosobowe	170 000,00 zł
zakup testów diagnostycznych	286 181,13 zł
zakup usług pozostałych	1 018 640,77 zł
Projekt INTEGRATE (finansowanie)	27 377,62 zł
85149 – Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce	382 732 329,42 zł

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Działalność Krajowego Centrum ds. AIDS w 2021 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 następuje zgodnie z zasadami wykonywania budżetu: przepisy *ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity, Dz. U. z 2019 r. poz. 869)* oraz w zakresie i na zasadach określonych w *rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 7 grudnia 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia gospodarki finansowej jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych (tekst jednolity, Dz. U. z 2019 r. poz. 1718)*. Zadania zleczane realizowane były zgodnie z *ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843)*, 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)*.

9. PODSUMOWANIE

„Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2017–2021” zawiera zbiór zadań zaproponowanych do realizacji w okresie obowiązywania Harmonogramu. W 2021 r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło realizację Krajowego Programu we wszystkich pięciu obszarach. Wybór konkretnych działań w danym roku budżetowym jest uzależniony przede wszystkim od możliwości finansowych jednostki oraz priorytetów obranych w danym okresie. Ograniczenia finansowe są jedną z najpoważniejszych barier w realizacji programów profilaktyki inicjowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

I obszar – zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa:

- Podejmowano działania służące wzrostowi poziomu wiedzy nt. HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (kampania).
- Przeprowadzono szkolenia skierowane do pracowników służb interwencyjnych oraz przyszłych doradców punktów konsultacyjno-diagnostycznych.
- Opracowano, opublikowano i rozdystrybuowano materiały informacyjno-edukacyjne dostosowane do potrzeb indywidualnego odbiorcy.
- Zapewniono dostęp do informacji nt. HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową.

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

- Zadania z zakresu anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV połączonego z poradnictwem okołotestowym realizowało 28 punktów konsultacyjno-diagnostycznych.
- W latach 2020–2021 zaobserwowano wyraźny spadek liczby osób zgłaszających się do PKD (2020 r. było to 23 276 osób, w tym 308 wykrytych zakażeń, w 2021 r. – 28 423 klientów, w tym 448 osób z pozytywnym wynikiem). Spowodowane było to sytuacją epidemiczną związaną z pandemią COVID-19 i wprowadzonymi obostrzeniami, które skutkowały okresowym zamknięciem punktów, skróceniem czasu ich pracy, a także niechęcią i obawami ludzi do korzystania z nich w dobie pandemii.

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

- Realizowano program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”, którego celem jest zapewnienie jednolitego dostępu do terapii antyretrowirusowej dla wszystkich pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS w naszym kraju. Terapia ARV w przypadku niektórych chorób definiujących AIDS jest jedyną metodą leczenia, a odpowiednio wcześniej zastosowana staje się profilaktyką tych chorób.
- Liczba pacjentów objętych leczeniem ARV zwiększa się w kolejnych latach. W 2021 r. liczba pacjentów wyniosła 14 489, w tym liczba dzieci – 92. 73 kobiety ciężarne zostały objęte programem leczenia. Odbłyły się 34 porody.
- Programem objęto wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria formalno-medyczne.
- Wszystkie dzieci zakażone HIV lub chore na AIDS objęto leczeniem ARV, zgodnie z Programem.
- Profilaktyka zakażeń HIV obejmowała profilaktykę zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych, czyli matka – dziecko.
- 22 placówki oferowały leczenie ARV.

IV obszar – współpraca międzynarodowa:

- Krajowe Centrum ds. AIDS było zaangażowane w działania instytucji międzynarodowych zajmujących się tematyką HIV/AIDS.
- Krajowe Centrum ds. AIDS brało aktywny udział w projektach międzynarodowych z zakresu HIV/AIDS.
- Podczas realizacji programów międzynarodowych miała miejsce wymiana doświadczeń oraz najlepszych praktyk pomiędzy partnerami.
- Działania i doświadczenia Polski w kontekście HIV/AIDS sprawiają, że nasz kraj jest równorzędnym i znaczącym partnerem na forum międzynarodowym.

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;
 - Elektroniczna baza monitorująca gospodarkę lekową w zakresie programu polityki zdrowotnej dotyczącej leczenia ARV – umożliwiającą nadzór nad kolejnymi etapami procesu zakupu i dystrybucji leków ARV, od zawarcia umowy z dystrybutorem leku lub testu, poprzez ich magazynowanie i dystrybucję, aż do przepisania pacjentowi;
 - Baza PKD -
 - realizowanie badań społecznych;
 - monitorowanie prasy pod kątem występowania tematów związanych z HIV/AIDS – Krajowe Centrum ds. AIDS zbierało, analizowało i aktualizowało informacje na temat HIV/AIDS.

WNIOSKI

Ogólne:

1. 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.
2. Wskazane jest ukierunkowanie działań w najbliższej przyszłości na integrację świadczeń w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia HIV, zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz wirusowych zapaleń wątroby.
3. Problemem pozostaje mała świadomość konieczności poznania własnego statusu serologicznego (rozważenia wykonania testu w kierunku HIV).
4. Epidemia HIV/AIDS stanowi wyzwanie m.in. w kontekście zdrowotnym, społecznym, psychologicznym i ekonomicznym. Wskazane jest realizowanie programów, które realizują wielotorowe wsparcie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.
5. Ważnym 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. Umożliwia to system realizacji programu prowadzony przez podmioty lecznicze, które są realizatorami Programu leczenia ARV.
6. Na arenie międzynarodowej Polska wykazuje aktywność w zakresie HIV/AIDS. Działania i doświadczenia Polski w kontekście zapobiegania HIV/AIDS (m.in. działanie punktów konsultacyjno-diagnostycznych, leczenie ARV) stanowią podstawę do wymiany najlepszych praktyk z partnerami międzynarodowymi. Polska ma udział i wkład merytoryczny w projekty międzynarodowe. Wskazana jest stała wymiana doświadczeń oraz aktywny udział w projektach zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Współpraca międzynarodowa odbywa się na dwóch płaszczyznach: profilaktycznej i medycznej.

7. Niezbędne jest zwiększenie zaangażowania, w tym także finansowego, innych niż Ministerstwo Zdrowia realizatorów Programu
8. Na realizację działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu należy patrzeć przez pryzmat specyfiki obszaru, jaki jest w tym programie podejmowany. Kwestie, które dotyczą zdrowia seksualnego człowieka, są kwestiami wrażliwymi. Podejmując działania służące dotarciu do poszczególnych grup społecznych (formy przekazu, kanały komunikacji), należy brać pod uwagę bariery mentalne i ideologiczne, jakie mogą się pojawiać w trakcie ich realizacji.

Epidemiologia:

1. Liczba nowo wykrytych zakażeń oraz koncentracja zakażeń HIV w określonych populacjach może budzić zaniepokojenie. Zdecydowana większość zakażeń HIV odnotowywana jest wśród mężczyzn, szczególnie mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM).
2. 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.
3. Istotnym ograniczeniem jest brak możliwości oceny, czy wzrost nowo rozpoznanych zakażeń jest spowodowany zwiększającą się liczbą osób badanych w kierunku HIV, czy też większą liczbą nowo wykrytych zakażeń. Najprawdopodobniej mamy do czynienia z obydwooma procesami. Wskazane jest poszerzenie rutynowego monitorowania epidemii HIV w Polsce.
4. Należy wzmocnić działania punktów konsultacyjno-diagnostycznych, nie tylko w kierunku zwiększania dostępności do nich, lecz także podniesienia świadomości społeczeństwa na temat testowania się w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.
5. 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.
6. 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.
7. Badania prowadzone w PKD i identyfikacja charakterystyk osób decydujących się na wykonanie testu oraz analiza dróg zakażenia jest działaniem, które przyczynia się do zwiększania skuteczności i efektywności działań profilaktycznych, zarówno w przypadku profilaktyki pierwszorzędowej, jak i drugorzędowej.
8. Z uwagi na niepełne dane w meldunkach epidemiologicznych pochodzących z NIZP PZH – PIB zasadne jest usprawnienie systemu raportowania danych epidemiologicznych:
 - 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.

Profilaktyka:

1. Zapobieganie zakażeniom wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa) powinna być kluczowym zadaniem realizowanym w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS ma przełożenie na ograniczenie zakażeń HIV.

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). W związku z powyższym wskazana jest kontynuacja podjętych działań z zakresu:
- kampanii medialnych,
 - programów edukacyjnych skierowanych do populacji ogólnej,
 - szkoleń skierowanych do wybranych grup zawodowych i społecznych,
 - działań, których odbiorcami będą różne grupy społeczne, uwzględniających specyficzne potrzeby każdej z nich,
 - działalności profilaktycznej, w tym kampanii, programów edukacyjnych, programów prowadzonych metodami aktywnymi, programów redukcji szkód skierowanych do populacji kluczowych, szczególnie narażonych na zakażenie,
 - działalności punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania diagnostyczne wykrywające zakażenia HIV, prowadzących profesjonalne poradnictwo, zbierających dane epidemiologiczne o drogach rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w Polsce, na podstawie informacji uzyskanych od osób poddających się testowaniu.
3. Profilaktyka i dążenie do zmiany postaw i zachowań ludzkich (w tym wobec HIV/AIDS) wymaga skutecznego przekazu. Wskazana jest dalsza diagnoza problemu (w celu skierowania działań prewencyjnych do konkretnych populacji), systematyczne prowadzenie badań behawioralnych i społecznych, które umożliwiłyby identyfikację zagrożeń i zjawisk, co pozwoliłoby na podjęcie adekwatnych działań w tym zakresie i odpowiednią reakcję na trendy.
4. Profilaktyka zakażeń przenoszonych drogą płciową stanowi kolejne wyzwanie. Jak wykazały badania, Polacy nie mają wystarczającej wiedzy w tym zakresie, nie znają dróg zakażenia, objawów poszczególnych chorób, nie wykonują badań w kierunku STIs, nie stosują technik zmniejszających ryzyko zakażeń.
5. Ważnymi partnerami Krajowego Programu są podmioty zobowiązane do realizacji zadań z zakresu HIV/AIDS *rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. Nr 44, poz. 227)*. Wskazana jest kontynuacja współpracy, wymiany doświadczeń między podmiotami realizującymi zadania z zakresu HIV/AIDS – poszerzenie oferty programowej w zakresie profilaktyki HIV/AIDS oraz wsparcia psychospołecznego.
6. Rekomendowane jest prowadzenie dalszych działań mających na celu aktywizowanie podmiotów włączonych w realizację Krajowego Programu – konieczność większego zaangażowania, także finansowego, innych realizatorów Krajowego Programu, poza Ministerstwem Zdrowia.
7. Zmniejszanie udziału wydatków na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Krajowego Programu wpływa negatywnie na długoterminową skuteczność i efektywność całego Programu. W dłuższej perspektywie czasowej może grozić marginalizowaniem działań profilaktycznych, które nie przynoszą skutku natychmiastowego, a których rezultaty są widoczne dopiero po pewnym czasie.

Leczenie ARV:

1. Wszyscy pacjenci zakażeni HIV i chorzy na AIDS wymagający leczenia ARV ze wskazań klinicznych mają zapewniony dostęp do ujednoliconego systemu opieki medycznej i nowoczesnej terapii

HAART, a przede wszystkim stały dostęp do leków ARV (zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS).

2. Leczenie antyretrowirusowe jest również działaniem profilaktycznym, gdyż leki ARV powodują obniżenie poziomu wirerii HIV RNA, w związku z czym osoby objęte terapią są mniej zakaźne, co jest niezwykle istotne dla zdrowia całej populacji.
3. Pacjenci ze zdiagnozowanym zakażeniem HIV objęci terapią HAART nie zakażają świadomie innych (wyższa świadomość i wiedza o przebiegu zakażenia HIV u pacjentów objętych Programem).
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. Terapia HAART wpływa na systematyczną poprawę stanu klinicznego pacjentów, a także ich jakości życia. Wpływa również na wydłużenie życia pacjentów, być może nawet do późnej starości.
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. Leczenie antyretrowirusowe wpływa korzystnie na spadek śmiertelności i zapadalności na choroby oportunistyczne, w tym także na choroby nowotworowe.
9. Dzięki ogólnopolskiemu systemowi gospodarki lekowej ryzyko przeterminowania się leków zostaje znacząco ograniczone.

Finansowanie:

1. Odpowiedni poziom finansowania programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” (część 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85149 – Programy polityki zdrowotnej), umożliwia pacjentom zakażonym HIV i chorym na AIDS dostęp do najnowszych metod diagnostycznych oraz korzystania z bezpłatnej, wyskospecjalistycznej terapii ARV.
2. Nakłady na leczenie ARV nie powinny przesłonić ograniczonych nakładów na działania profilaktyczne.
3. Poziom wydatków Krajowego Centrum na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków Krajowego Programu wpływa negatywnie na długoterminową skuteczność i efektywność całego Programu.
4. Dalsze ograniczenia finansowania działalności profilaktycznej w zakresie HIV/AIDS niosą ryzyko wzrostu rozprzestrzeniania się zakażeń HIV oraz większej liczby nowych zakażeń, a w konsekwencji wzrost liczby osób, które będą wymagać leczenia ARV.
5. Efektywność, czyli stosunek poniesionych nakładów w stosunku do uzyskiwanych rezultatów, należy traktować jako wskaźnik trudny do osiągnięcia w przypadku działań profilaktycznych w obszarze zdrowia publicznego. Działania profilaktyczne czy diagnostyczne wymagają określonych nakładów, a ich efektywność należy oceniać w perspektywie długookresowej, kalkulując przyszłe – znacznie wyższe od nakładów na profilaktykę – koszty leczenia pacjentów.

10. WYKAZ SKRÓTÓW

AIDS – zespół nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności
ARV – leczenie antyretrowirusowe
CZSW – Centralny Zarząd Służby Więziennej
DDM – dystans, dezynfekcja, maseczka
ECDC – Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (w Sztokholmie)
ECOSOC – Rada Gospodarcza i Społeczna ONZ
HAART – skojarzone leczenie antyretrowirusowe, tzw. wysoce aktywna terapia ARV
HCV – wirus zapalenia wątroby typu C
HBV – wirus zapalenia wątroby typu B
HIV – ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności
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
NDPHS – Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej
NGOs – organizacje pozarządowe
NIZP PZH-PIB – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy
ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych
PCB UNAIDS – Rada Koordynacyjna Programu UNAIDS
PEP – profilaktyka poekspozycyjna/procedura postępowania poekspozycyjnego
PKD – punkty konsultacyjno-diagnostyczne
Populacje kluczowe – w szczególności: mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami, osoby stosujące środki psychoaktywne (obecnie lub w przeszłości), osoby pozbawione wolności, osoby świadczące usługi seksualne oraz osoby korzystające z tych usług, osoby transpłciowe.
PrEP – profilaktyka przedekspozycyjna
PSSE – powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne
PTN AIDS – Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS
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