

MINISTER ZDROWIA

**SPRAWOZDANIE
Z REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU
ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV
I ZWALCZANIA AIDS
w 2019 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 Zwalczenia AIDS (Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227).

Warszawa, maj 2020 r.

SPIS TREŚCI:

1. Informacje podstawowe.....	3
2. Epidemiologia.....	6
3. I obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa	15
4. II obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.....	27
5. III obszar tematyczny: wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.....	32
6. IV obszar tematyczny: współpraca międzynarodowa.....	58
7. V obszar tematyczny: monitoring.....	65
8. Informacja o środkach finansowych będących w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS, przeznaczanych na zapobieganie i zwalczanie AIDS w 2018 roku.....	75
9. Podsumowanie.....	76
10. Wykaz skrótów.....	82

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 2012-2016.

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 całonocowy dokument z realizacji 5-letniego Harmonogramu realizacji Programu do dnia 15 maja. Następnie, wyżej wymieniony dokument Minister Zdrowia przedkłada 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 i 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 poziomem 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 Zwalczenia 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 2019 r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło, między innymi, następujące działania:

w I obszarze - zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

- kampanie - kampania społeczna #mamczasrozmawiac;
- obchody Światowego Dnia AIDS - XXVI Konferencja *Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie*;
- szkolenia:
 - szkolenie certyfikacyjne na doradców uprawniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS;
 - szkolenia mające na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych z zakresu HIV/AIDS dla:
 - pracowników wykonujących zawód medyczny takich jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień itp.;
 - psychologów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa oraz innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV;
 - portal edukacyjny <https://www.hiv-aids.edu.pl/>;
- opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjnych:

- broszura pt. „HIV/AIDS?! O co kaman?!“;
- broszura pt. „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie“;
- ulotka informacyjna PrEP;
- broszura edukacyjna „Minirozmówki rodzinne“;
- dostęp do informacji:
 - strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS (www.aids.gov.pl);
 - Telefon Zaufania HIV/AIDS;
 - Telefon Informacyjny;
 - Poradnia internetowa;
 - Kontra – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS;
 - e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS (www.ekontra.aids.gov.pl);
- przegląd i analiza obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS.

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

- działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD).

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

- realizacja programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”:
 - leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
 - profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych;
 - profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko);
 - leczenie antyretrowirusowe dzieci.

w IV obszarze - współpracy międzynarodowej

- polityka międzynarodowa:
 - kadencja członkowska Polski w PCB UNAIDS;
 - Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej;
 - Grupa Think Tank przy Komisji Europejskiej;
- udział w projektach międzynarodowych:
 - projekt JOINT ACTION HA-REACT;
 - projekt JOINT ACTION INTEGRATE;
- sprawozdawczość międzynarodowa: UNAIDS, ECDC, WHO;
- wizyty studyjne;
- inne działania np. udział w kongresach, konferencjach.

w V obszarze – monitoringu

- zbieranie danych epidemiologicznych z PKD - analiza ankiet z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – raport za 2018;
- funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej;
- monitorowanie gospodarki lekowej;
- monitoring prasy.

2. EPIDEMIOLOGIA

DANE KRAJOWE

Krajowe dane epidemiologiczne zostały opracowane na podstawie informacji przekazanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (zwany dalej NIZP-PZH) oraz danych zamieszczonych na stronie internetowej ww. instytucji.

Dane skumulowane HIV/AIDS

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 września 2019 r. zarejestrowano w Polsce:

- 25 020 przypadków zakażenia HIV,
- 3 741 przypadków zachorowania na AIDS,
- 1 424 chorych zmarło.

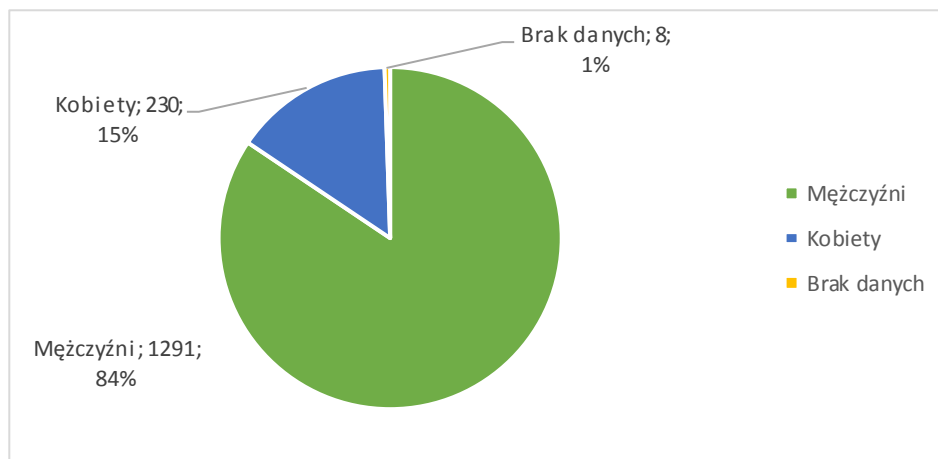
Dane za 2019 r.

Przedstawione poniżej dane dotyczą przypadków rozpoznanych w 2019 r. i należy traktować je jako wstępne:

- 1529 – liczba nowych zakażeń HIV, w tym: mężczyzn – 1291, kobiet – 230, brak danych – 8,
- 91 – liczba zachorowań na AIDS, w tym: mężczyzn – 73, kobiet – 18,
- 18 – liczba zgonów osób chorych na AIDS, w tym: mężczyzn – 13, kobiet – 5.

Z uwagi na opóźnienia w zgłaszalności należy przyjąć, że ostateczne dane będą od 10% do 25% wyższe.

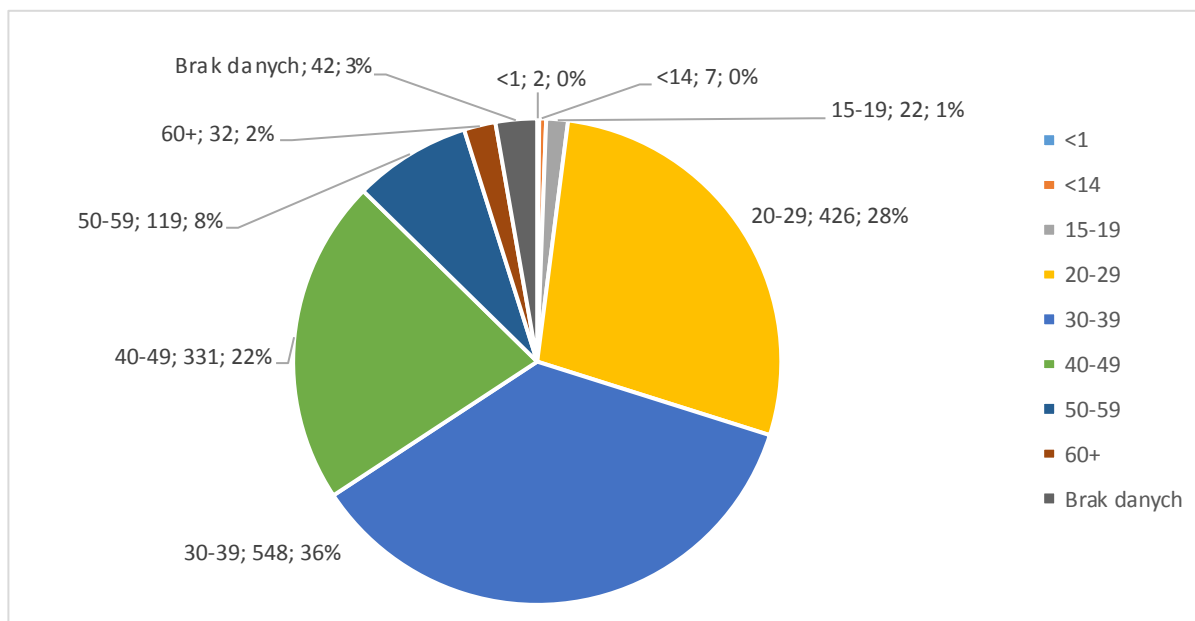
Wykres 1. Procentowy podział zakażeń HIV w 2019 r. wg płci.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP-PZH

W 2019 r., podobnie jak w latach poprzednich, wśród osób nowo zakażonych zdecydowanie dominują mężczyźni (84%), natomiast udział kobiet jest zdecydowanie mniejszy i wynosił 15%. Osoby, wśród których rozpoznano zakażenie HIV w 2019 r., to przede wszystkim osoby bardzo młode i młode (w przedziale wieku 20–29 oraz 30–39). Osoby, u których stwierdzono zakażenie HIV w przedziale wieku 20–29 lat stanowiły około 28% (426 przypadków zakażenia HIV), a osoby w wieku 30–39 lat stanowiły około 36% (548 przypadków). Udział osób w wieku 40–49 to 22% (331 osób).

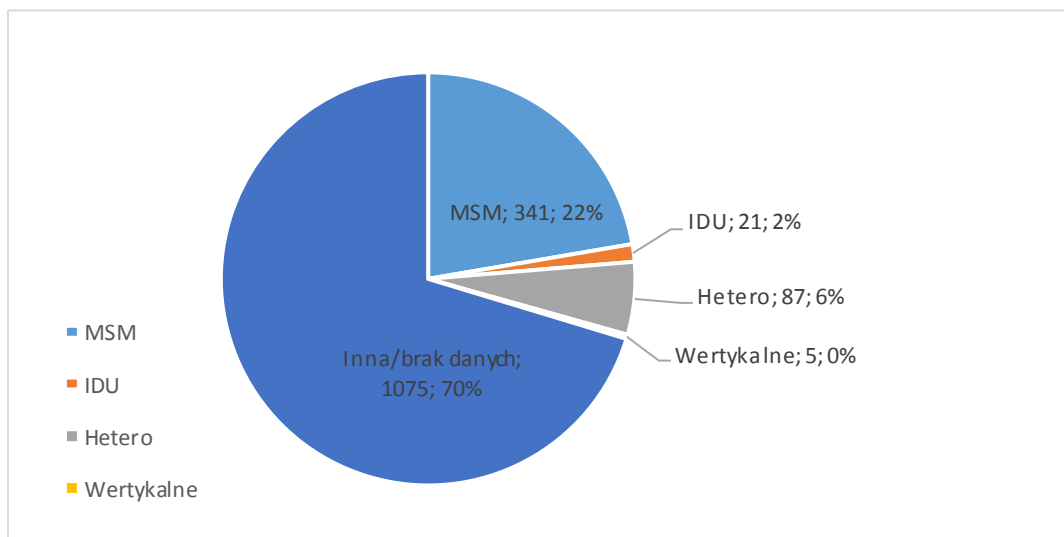
Wykres 2. Podział zakażeń HIV w 2019 r. wg wieku badanych w momencie rozpoznania zakażenia.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP-PZH

Z otrzymanych z NIZP-PZH danych wynika, że w 2019 r. w 341 przypadkach prawdopodobną drogą transmisji HIV były kontakty seksualne między mężczyznami (MSM), co stanowiło 22% wszystkich zgłoszonych przypadków. W 87 przypadkach zakażenia HIV (stanowiących około 6% zakażeń) jako prawdopodobną drogę zakażenia wskazano ryzykowne kontakty heteroseksualne, natomiast w 21 przypadkach – stosowanie środków odurzających w iniekcjach (IDU); było to 2%. Brak danych w zakresie prawdopodobnej drogi zakażenia dotyczy 1075 przypadków (70% zgłoszeń).

Wykres 3. Prawdopodobna droga transmisji zakażenia HIV w 2019 r.

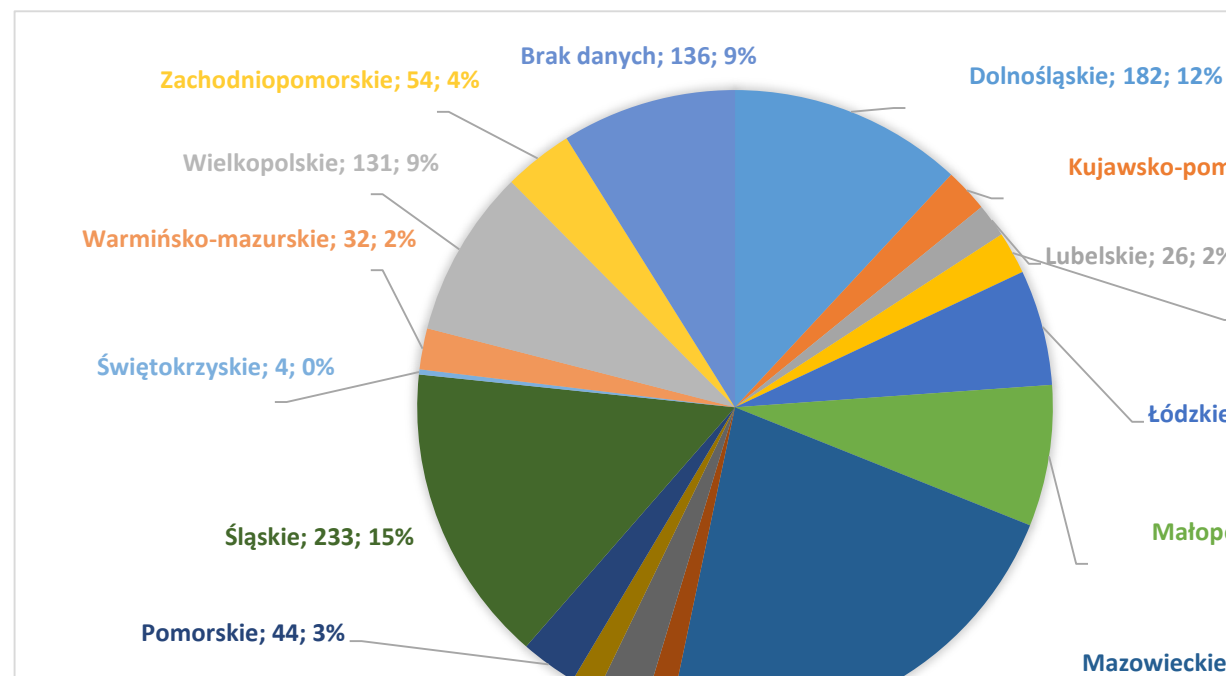


Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP-PZH

W 2019 r. odnotowano najwięcej nowych zakażeń HIV w województwie mazowieckim – 340 zgłoszenia (ok. 22%), w województwie śląskim 233 przypadki, co stanowiło około 16%

wszystkich zgłoszonych zakażeń, w województwie dolnośląskim – 182 zgłoszenia (12%) oraz województwie wielkopolskim 131 przypadków, gdzie udział wykrytych nowych zakażeń wynosił około 9%.

Wykres 4. Liczba przypadków HIV w 2019 r. w poszczególnych województwach.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP-PZH

Rejestracja przypadków zakażenia wirusem 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 tym 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 nowo wykrytych zakażeń. Z kolei przy niskiej liczbie badań będziemy obserwować małą liczbę zakażeń, co nie musi wcale świadczyć o dobrej sytuacji epidemiologicznej.

Zgodnie z wytycznymi WHO¹, 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).

¹ Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: Know your epidemic, WHO Genewa 2013

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.

W chwili obecnej wdrażana jest zgłaszalność zakażeń i zachorowań (z zastrzeżeniami, o których poniżej) oraz nadzór sentinelowy, jak w punkcie 3, przez monitorowanie populacji korzystającej z sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) 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 blot lub PCR) są zgłaszane do inspekcji sanitarnej (zgodnie z dotychczasową praktyką z reguły na poziom Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej - WSSE). W WSSE prowadzony jest rejestr, który umożliwia wykluczenie powtórnych zgłoszeń tej samej osoby. WSSE powinna również zadbać o uzupełnienie – na podstawie rozmowy z lekarzem prowadzącym/zlecającym badanie lub z inną osobą wyznaczoną w danej placówce medycznej – brakujących w zgłoszeniu danych. Następnie informacja (w formie papierowej) przesyłana jest do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH, 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 istotnych, z punktu widzenia oceny sytuacji, danych epidemiologicznych – 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.

Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych

Krajowe Centrum ds. AIDS w swoich działaniach opiera się również na danych epidemiologicznych dotyczących HIV/AIDS otrzymywanych z punktów konsultacyjno – diagnostycznych (Centrum finansuje działalność PKD wykonujących anonimowo i bezpłatnie badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym).

Tabela 1. Liczba klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych w roku 2019.

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	Ciąża jako powód wykonania testu	Wb potwierdzone	Wb niepotwierdzone	Wb wątpliwe
42 154	654	115	30 669	11 063	6	337	707	536	93	14

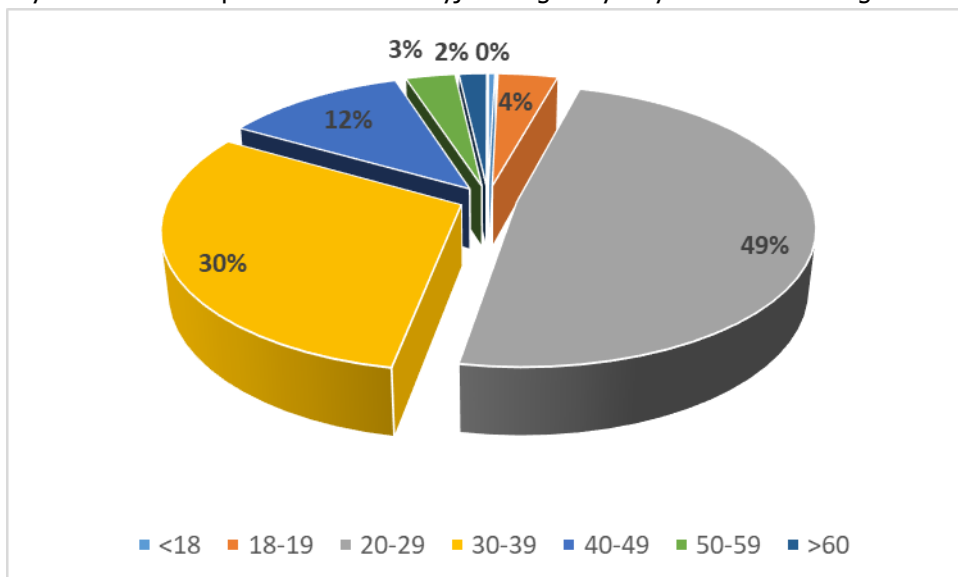
Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2019 roku punkty konsultacyjno-diagnostyczne w Polsce przyjęły 42 154 klientów (w tym 337 osób nie zostało skierowanych na test, otrzymały informację i poradę). Wykonano testy przesiewowe u 41 817 osób. Punkty w Warszawie, Jeleniej Górze, Rzeszowie, Olsztynie, Opolu, Płocku, Wrocławiu, Bydgoszczy, Toruniu, Gdańsku, Gdyni i Wałbrzychu wykonywały także szybkie

testy przesiewowe, których wynik znany był już po 30 minutach od momentu badania. Łącznie wykonano 11 190 takich testów.

W PKD testowane są osoby pełnoletnie. Ze względu na sytuację prawną, osobom między 16 a 18 rokiem życia, proponowane jest poradnictwo, natomiast test może zostać wykonany jedynie po uzyskaniu zgody opiekuna prawnego i osoby młodocianej.

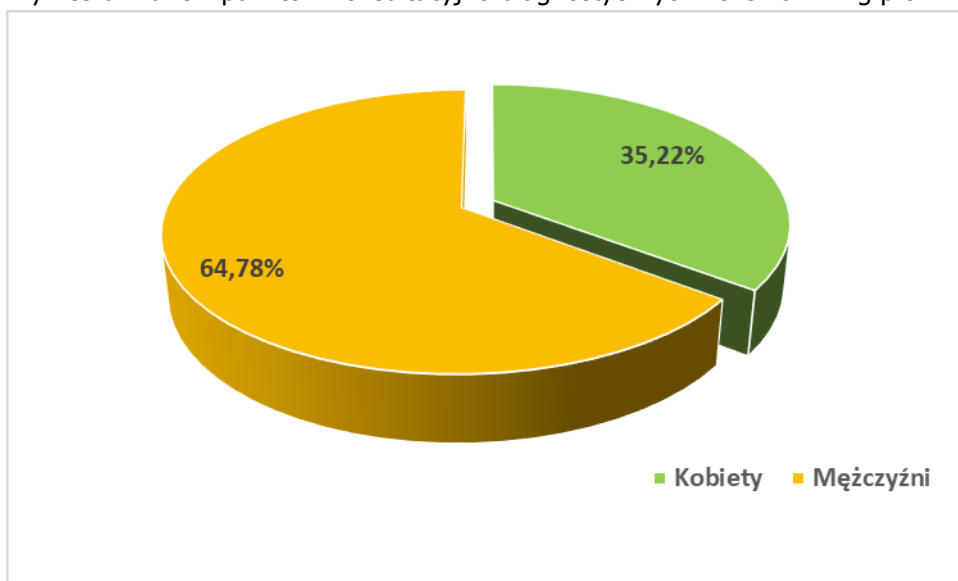
Wykres 5. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych 2019 rok – wg wieku.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W PKD testy w kierunku HIV zdecydowanie częściej wykonują osoby w przedziale wiekowym 20-29 lat (49%), następnie w przedziale 30-39 lat (30%), i częściej klientami są mężczyźni (64,78% mężczyźni; 35,22% kobiety).

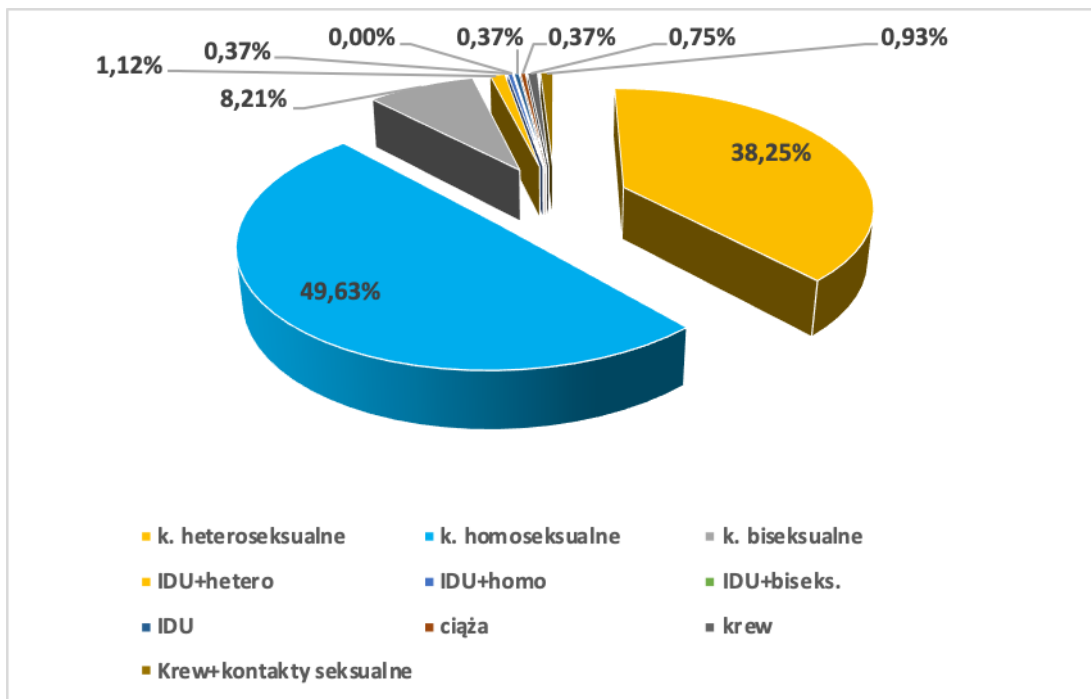
Wykres 6. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych 2019 rok – wg płci.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2019 r. najczęściej zakażenia HIV wykrywano wśród osób podejmujących ryzykowne kontakty seksualne, w tym homoseksualne (49,63%), heteroseksualne (38,25%) oraz kontakty biseksualne (8,21%).

Wykres 7. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych 2019 rok – wg prawdopodobnych dróg zakażenia.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Co roku przeprowadzana jest analiza statystyczna ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno–diagnostycznych, zarówno przez doradców, jak i klientów (więcej informacji na str. 65).

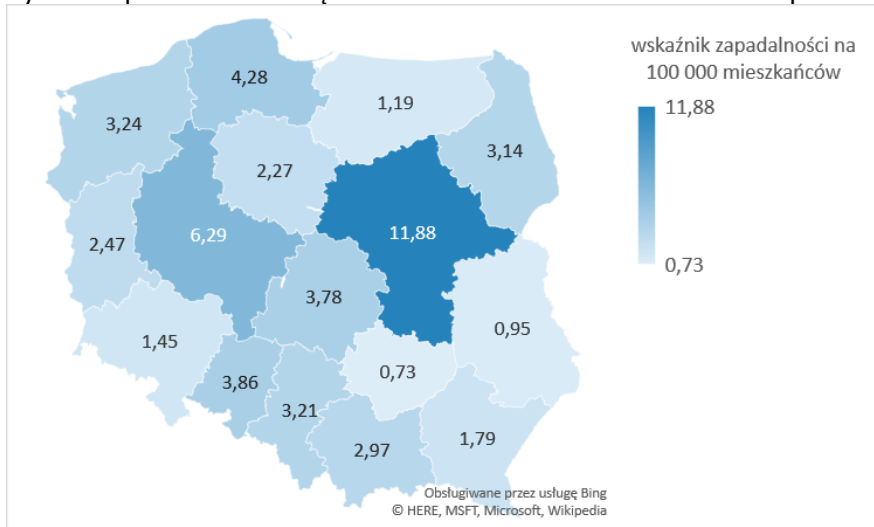
Zakażenia przenoszone drogą płciową w Polsce na podstawie danych nadzoru epidemiologicznego

Przedstawione poniżej informacje (przekazane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny) dotyczące liczby zachorowań na kiłę, rzeżączkę oraz inne choroby przenoszone drogą płciową, najczęściej wywoływane przez *Chlamydię*, są danymi wstępnymi. Zgłoszenia nowych zachorowań na choroby STI, zarejestrowane w 2019 r. są nadal weryfikowane i ostateczne wartości dotyczące liczby przypadków mogą ulec zmianie.

Zachorowania na kiłę w Polsce w 2019 r.

Zapadalność ogółem w Polsce wynosiła 4,25 przypadków na 100 000 mieszkańców.

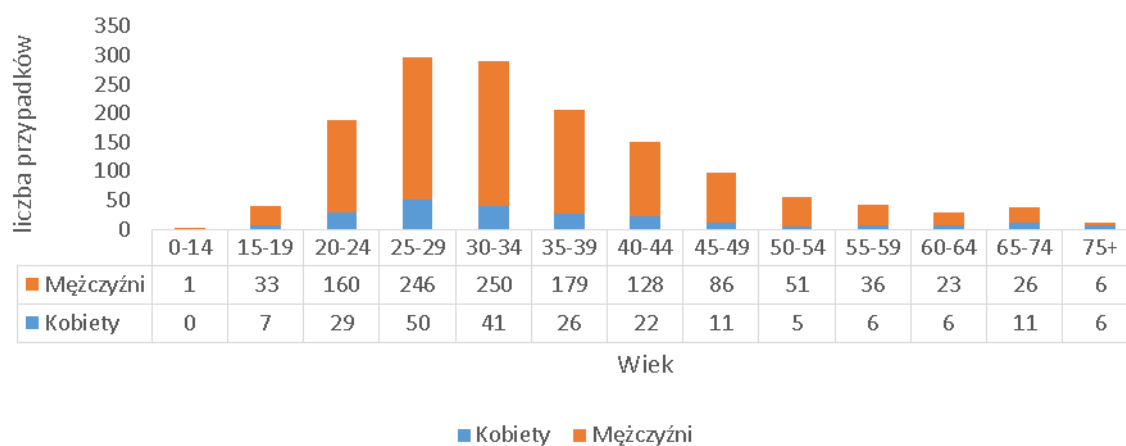
Rys. 1. Zapadalność na kiłę na 100 000 mieszkańców w 2019 r. w poszczególnych województwach.



Źródło: MZ-56

Opracowanie: NIZP-PZH

Wykres 8. Liczba zachorowań na kiłę wg wieku i płci osób zakażonych zgłoszonych w 2018 r.*



Źródło: MZ-56

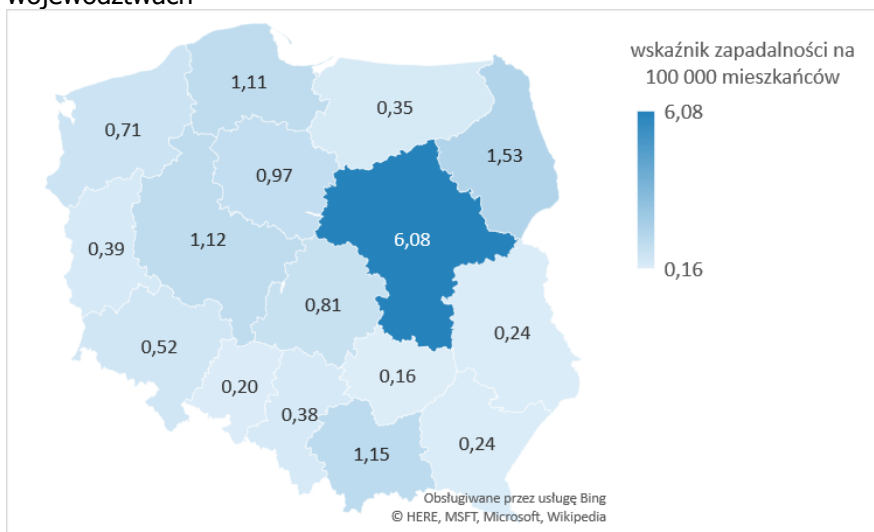
* dane z 2019 roku są weryfikowane

Opracowanie: NIZP-PZH

Zachorowania na rzeżączkę w Polsce w 2019 r.

Zapadalność ogółem w Polsce wynosiła 1,45 przypadków na 100 000 mieszkańców.

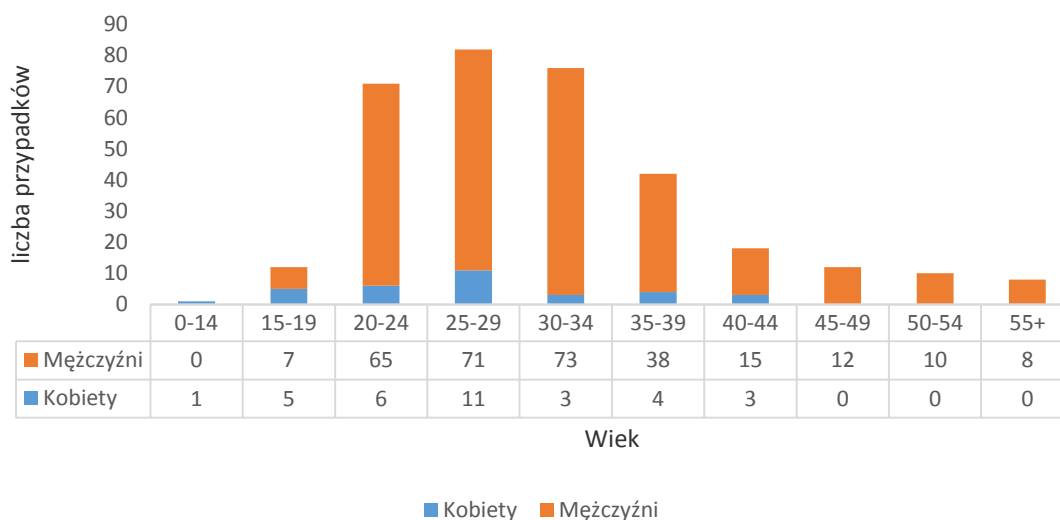
Rys. 2. Zapadalność na rzeżączkę na 100 000 mieszkańców w 2019 r. w poszczególnych województwach



Źródło: MZ-56

Opracowanie: NIZP-PZH

Wykres 9. Liczba zachorowań na rzeżączkę wg wieku i płci osób zakażonych zgłoszonych w 2018 r.*



Źródło: MZ-56

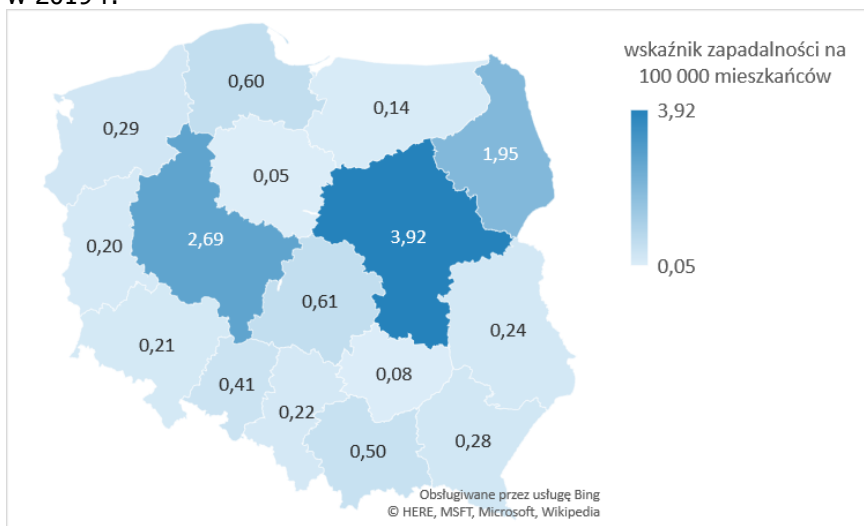
* dane z 2019 roku są weryfikowane

Opracowanie: NIZP-PZH

Zachorowania na nierzęczkowe zapalenia cewki moczowej, najczęściej wywoływane przez *Chlamydię trachomatis* w Polsce w 2019 r.

Zapadalność ogółem w Polsce wynosiła 1,09 przypadków na 100 000 mieszkańców.

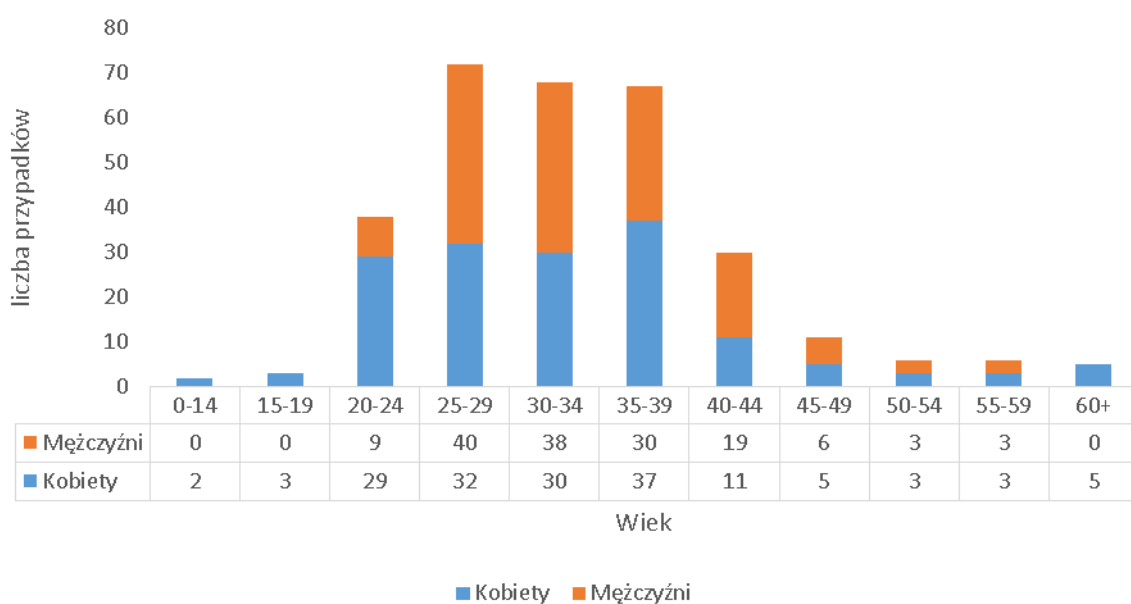
Rys. 3. Zapadalność na chlamydiozę na 100 000 mieszkańców w poszczególnych województwach w 2019 r.



Źródło: MZ-56

Opracowanie: NIZP-PZH

Wykres 10. Liczba zachorowań na chlamydiozę wg wieku i płci osób zakażonych zgłoszonych w 2018 r.*



Źródło: MZ-56

* dane z 2019 roku są weryfikowane

Opracowanie: NIZP-PZH

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 innych chorób przenoszonych 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

KAMPANIE

W 2019 roku w ramach działań informacyjnych i kampanijnych, będących kontynuacją kampanii społecznej #mamczasrozmawiac, prowadzonej w latach 2017 – 2018:

- 1) zrealizowano wysyłkę informacji prasowej do 950 tytułów prasowych na terenie kraju;
- 2) zamieszczono informację edukacyjną dotyczącą możliwości testowania w kierunku HIV:
 - w drukowanych wydaniach 22 gazet regionalnych na terenie całej Polski oraz w ich serwisach internetowych (w dniu 22.11.2019 r.),
 - w wydaniu bezpłatnej gazety Naszemiasto.pl. w 16 miastach (w dniu 21.11.2019 r.),
- 3) zamieszczono artykuł dotyczący profilaktyki HIV/AIDS/STI w serwisach internetowych 25 gazet regionalnych oraz w ponad 500 serwisach naszemiasto.pl (w dniach 18.11-01.12.2019 r.);

- 4) przeprowadzono emisję spotów video m. in. w TVP, metrze, sieci kin Helios oraz na dworcach PKP w całej Polsce, a także emisję spotu radiowego w Radiu Kolor;
- 5) zrealizowano działania w Internecie, w tym:
 - wpisy na Facebooku oraz Instagramie ambasadora tegorocznych działań Macieja Musiała – jednego z najbardziej rozpoznawalnych młodych aktorów,
 - kampanię bannerową typu pre-roll oraz typu display na internetowych portalach informacyjnych, takich jak: Wp.pl, Onet.pl oraz Interia.pl.
- 6) na stronach takich instytucji jak wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, urzędy marszałkowskie oraz urzędy wojewódzkie – współrealizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, zamieszczono informację o działaniach informacyjno-edukacyjnych wraz ze spotem tv lub bannerem graficznym, które zachęcały do sprawdzenia swojego statusu serologicznego oraz odsyłały na stronę z listą dostępnych punktów testowania <https://aids.gov.pl/pkd>.

PODNIESIENIE POZIOMU AKCEPTACJI SPOŁECZNEJ PRZEZ PODEJMOWANIE RÓŻNYCH INICJATYW

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

Z okazji Światowego Dnia AIDS w dniach 25 - 26 listopada 2019 r. po raz dwudziesty szósty 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 forum dyskusyjnym poświęconym zagadnieniom HIV i AIDS w naszym kraju. W obradach wzięło udział przeszło 350 osób. Były wśród nich zarówno osoby żyjące z HIV, jak również ci, którzy na ich rzecz pracują: lekarze, przedstawiciele instytucji centralnych, terenowych, władz samorządowych i organizacji pozarządowych, przedstawiciele świata nauki, artyści, dziennikarze i wiele innych osób, zainteresowanych tą problematyką. Liczną grupę stanowili pracownicy punktów konsultacyjno-diagnostycznych i sieci stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Konferencję otworzyła sesja plenarna przygotowana przez środowisko medyczne pt. „Kompozycja – impresja – abstrakcja. Terapia infekcji HIV/AIDS.”. Następna sesja poświęcona była przybliżeniu idei Fast Track Cities Network. Jest to inicjatywa łącząca w sieć współpracy miasta w całej Europie, mająca na celu międzynarodowe wsparcie i promocję lokalnych programów zapobiegania HIV i przeciwdziałania stygmatyzacji osób seropozytywnych.

Odbyła się też sesja poświęcona poradnictwu okołotestowemu oraz sesja promująca międzynarodowy projekt – archiwum społeczne aktywizmu HIV/AIDS. Odbyły się też sesje równoległe – problemowe:

- „Jak sobie radzić? Sesja dla praktyków”,
- „Osoba żyjąca z HIV – wyzwania i potrzeby pomagaczy”,
- „Rozmowy o profilaktyce HIV/AIDS”,
- „Nowe doniesienia dotyczące psychospołecznych zagadnień związanych z HIV/AIDS”,
- „Nadążając za zmianą... zagadnienia zdrowia psychicznego związane z HIV”.

W wieczornej uroczystej sesji „... PODZIEL SIĘ DOBREM...” oficjalne wystąpienia mieli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i Krajowy Konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych. Tradycyjnie odbyła się również ceremonia wręczenia „Czerwonych Kokardek” – symbolicznego wyróżnienia dla osób i instytucji szczególnie zaangażowanych w przeciwdziałanie epidemii HIV/AIDS. W gronie tegorocznych laureatów znalazło się 10 osób.

SZKOLENIA

Szkolenie certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS

W 2019 r. odbyło się szkolenie certyfikacyjne na doradców uprawniające do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS.

24 osoby, które pomyślnie ukończyły szkolenie, otrzymały certyfikat poświadczający zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych m.in. do pracy w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), w których wykonywane są anonimowo i nieodpłatnie testy w kierunku HIV oraz można otrzymać poradnictwo przed wykonaniem badania i po nim.

Program szkolenia podzielony był na etapy:

ETAP I

Wykłady teoretyczne za pośrednictwem platformy e-learning: www.hiv-aids.edu.pl, należącej do Zamawiającego, obejmujące następujące aspekty:

- a) HIV/AIDS – informacje podstawowe;
- b) diagnostyka i poradnictwo okołotestowe;
- c) profilaktyka medyczna;
- d) aspekty medyczne;
- e) zakażenia i choroby przenoszone drogą płciową;
- f) polityka państwa wobec HIV/AIDS.

ETAP II

Zajęcia teoretyczne (wykładowo-warsztatowe) w wymiarze nie mniejszym niż 40 godzin dydaktycznych. Zajęcia miały na celu ugruntowanie i poszerzenie wiedzy zdobytej w ramach e-learningu oraz dodatkowo obejmowały następującą tematykę:

- a) omówienie testu kwalifikującego na szkolenie (min. 1 godzina dydaktyczna);
- b) psychospołeczne aspekty epidemii HIV (min. 2 godziny dydaktyczne);
- c) epidemiologia HIV i STI w Polsce i na świecie (min. 2 godziny dydaktyczne);
- d) choroby przenoszone drogą płciową i krwiopochodną: charakterystyka poszczególnych chorób, diagnostyka, leczenie (min. 8 godzin dydaktycznych, w tym STI – 5 godzin dydaktycznych, wirusy hepatotropowe – 3 godziny dydaktyczne);
- e) problemy w diagnostyce HIV (min. 3 godziny dydaktyczne);
- f) profilaktyka przedekspozycyjna (min. 1 godzina dydaktyczna);
- g) wybrane aspekty interwencji kryzysowej (min. 5 godzin dydaktycznych);
- h) teoretyczne podstawy pomocy psychologicznej (min. 5 godzin dydaktycznych);
- i) elementy seksuologii (min. 5 godzin dydaktycznych);
- j) organizacja i funkcjonowanie PKD w Polsce oraz na świecie (min. 2 godziny dydaktyczne);
- k) wybrane zagadnienia dot. używania substancji psychoaktywnych i uzależnień (min. 4 godziny dydaktyczne);
- l) zapoznanie się z Kodeksem Etycznym doradcy prowadzącego poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS (min. 2 godziny dydaktyczne).

ETAP III

Zajęcia teoretyczne c.d. (wykładowo-warsztatowe) w wymiarze nie mniejszym niż 40 godzin dydaktycznych. Celem zajęć było nabycie praktycznych umiejętności, w szczególności takich jak:

- a) prowadzenie poradnictwa przed testem, ze szczególnym zwróceniem uwagi na: szacowanie ryzyka zakażenia, wyjaśnienie procedury testowania, okienko serologiczne/diagnostyczne, drogi zakażenia i sposoby zabezpieczania przed zakażeniem, świadomość konsekwencji wyniku testu, przygotowanie na ewentualny wynik dodatni (min. 15 godzin dydaktycznych);

- b) prowadzenie poradnictwa po teście, w zależności od wydawanego wyniku – ujemnego, wątpliwego i dodatniego (min. 10 godzin dydaktycznych);
- c) prowadzenie poradnictwa okołotestowego w wybranych grupach, ze szczególnym zwróceniem uwagi na: kobiety w ciąży, dzieci, młodzież, osoby w starszym wieku, MSM, WSW, osoby transpłciowe, osoby przyjmujące środki psychoaktywne, osoby świadczące usługi seksualne, osoby z AIDS fobią i innymi zaburzeniami psychicznymi, pary o mieszanym statusie serologicznym, osoby doznające przemocy seksualnej, bliskich osób u których stwierdza się zakażenie HIV (min. 15 godzin dydaktycznych).

ETAP IV

Staż w wymiarze 20 godzin zegarowych (z których 10 godzin zostało zrealizowane po ukończeniu etapu II szkolenia, a przed rozpoczęciem etapu III, a kolejne 10 godzin zostało zrealizowane po ukończeniu etapu III szkolenia, a przed rozpoczęciem etapu V), obejmował:

- a) obserwację uczestniczącą;
- b) samodzielne wykonanie następujących czynności z zakresu poradnictwa okołotestowego:
 - przeprowadzenie poradnictwa przed testem wraz ze wszystkimi elementami właściwymi dla tego typu rozmowy,
 - przeprowadzenie poradnictwa po teście i wydanie wyniku,
 - prowadzenie dokumentacji, w tym praca z „Elektronicznym systemem ankiet PKD”.

ETAP V

Superwizja w wymiarze nie mniejszym niż 8 godzin zegarowych, na którą składały się:

- a) analiza jakości poradnictwa okołotestowego;
- b) analiza nawiązywania kontaktu z klientem;
- c) analiza własnych trudności w pracy doradcy;
- d) zagadnienia etyki zawodowej.

ETAP VI

Egzamin certyfikacyjny.

Egzamin certyfikacyjny składał się z egzaminu pisemnego (test) i egzaminu ustnego. Za organizację egzaminu certyfikacyjnego odpowiedzialny był Wykonawca, we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS.

Szkolenia - podniesienie kwalifikacji zawodowych z zakresu HIV/AIDS dla:

- 1) pracowników wykonujących zawód medyczny takich jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień itp.;
- 2) psychologów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 3) pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa oraz innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV.

Nabór uczestników tych szkoleń był realizowany m.in. poprzez dotarcie z informacjami o zakresie szkolenia do publicznych i niepublicznych placówek działających w systemie ochrony zdrowia, izb lekarskich, izb pielęgniarek i położnych, organizacji zrzeszających ratowników medycznych, terapeutów uzależnień, psychologów oraz OPS-ów, DPS-ów, umieszczenie informacji na stronie internetowej realizatora szkoleń oraz stronie internetowej Centrum.

Szkolenia zostały przeprowadzone w kilku cyklach, w różnych terminach, a każdy z cykli trwał trzy dni. 20 godzin dydaktycznych podzielono na następujące bloki: zagadnienia etyczno-prawne, aspekty medyczne, aspekty psychospołeczne, aspekty dotyczące poradnictwa okołotestowego, warsztat „Jak rozmawiać z pacjentem”, wybrane zagadnienia z zakresu seksuologii i przeciwdziałania narkomanii, spotkanie z rzeczywistością. Dziesięciogodzinna część wykładowa

odbywała się w danym cyklu dla wszystkich uczestników razem, natomiast warsztaty zostały przeprowadzone w grupach każda po 20 osób. W sumie w szkoleniu wzięło udział 142 osoby.

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

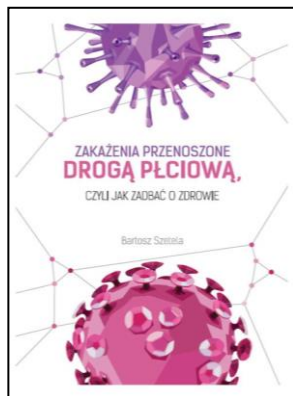
Podobnie jak w ubiegłych latach Centrum kontynuowało działalność szkoleniową prowadzoną z wykorzystaniem portalu edukacyjnego <https://www.hiv-aids.edu.pl/>.

Portal edukacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS przeznaczony jest dla pracowników wykonujących zawód medyczny, takich jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, pracownicy laboratoriów, punktów krwiodawstwa oraz innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV zainteresowanych problematyką HIV/AIDS, którzy chcą poszerzyć swoją wiedzę oraz dla doradców punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową. W 2019 r. strona <https://www.hiv-aids.edu.pl/> została zaktualizowana i zmodernizowana. Wprowadzono na Portalu zmiany mające na celu zwiększenie jego intuicyjności i użyteczności oraz poprawiające jego widoczność w sieci (w wyszukiwarce Google).



OPRACOWANIE, WYDAWANIE I DYSTRYBUCJA MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH

Broszura pt. „HIV/AIDS?! O co kaman?!”



HIV?! AIDS?! O co kaman?” wyjaśnia podstawowe pojęcia dotyczące HIV/AIDS, przekazuje informacje na temat dróg zakażenia. W broszurze znajdują się też istotne informacje dotyczące sposobów postępowania w razie wystąpienia ryzyka zakażenia. Treść publikacji, zakres pytań, grafika były opracowane w oparciu o przeprowadzone konsultacje z uczniami gimnazjum, we współpracy z pedagogami szkolnymi zajmującymi się edukacją w zakresie HIV/AIDS.

Nakład: 85 123 szt. wartość: 20 999,84 zł., dystrybucja w ramach umowy z Wykonawcą: 70 000 szt., dystrybucja z magazynu Centrum: 5 274 szt.

Broszura pt. „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie”.

Broszura autorstwa dr. Bartosza Szeziela skierowana jest do ogółu społeczeństwa i przekazuje podstawowe informacje na temat najczęściej występujących zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV. Podczas lektury odbiorca dowie się, jak się przenoszą poszczególne zakażenia, jakie powodują objawy, na temat diagnostyki i leczenia. Dzięki zwięzłej formie i atrakcyjnej grafice jest szczególnie polecana do wykorzystania podczas działań edukacyjno-informacyjnych prowadzonych wśród młodych odbiorców.

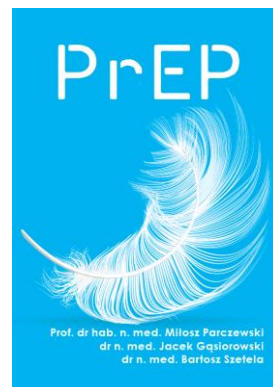
Nakład: 27 631 szt. wartość: 10 436,23 zł, dystrybucja z magazynu Centrum: 17 296 szt.



Ulotka informacyjna PrEP.

Ulotka przeznaczona do dystrybucji w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz ośrodkach będących realizatorami Programu polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. Ulotka zawiera informacje na temat profilaktyki przedekspozycyjnej PrEP (Pre-exposure Prophylaxis). Autorzy: prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski, dr n. med. Jacek Gąsiorowski oraz dr n. med. Bartosz Szetela.

Nakład: 44 943 szt., wartość: 3 199,94 zł, dystrybucja w ramach umowy z Wykonawcą: 36 500 szt., dystrybucja z magazynu Centrum: 5 278 szt.



Broszura edukacyjna „Minirozmówki rodzinne”



Poradnik skierowany do ogółu społeczeństwa. Został przygotowany z myślą, aby stać się inspiracją do dialogu międzypokoleniowego i zachęcić rodziny do podjęcia głównie tematyki HIV/AIDS, ale również innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Nakład: 70 000 szt., wartość: 15 400 zł.

Ponadto w ramach publikacji wydano:

- kalendarz trójdzielnny na rok 2020, promujący bezpłatny numer Telefonu Zaufania HIV/AIDS. Nakład: 4 700 szt., wartość: 43 126,26 zł., dystrybucja w ramach umowy z Wykonawcą: 2 285 szt., dystrybucja z magazynu Centrum: 1 368 szt.
- kalendarz książkowy z podstawowymi informacjami nt. HIV i AIDS. Nakład: 1 000 szt., wartość: 27 675 zł., dystrybucja z magazynu Centrum: 1 000 szt.
- teczki na dokumenty, format A4, z danymi adresowymi Krajowego Centrum ds. AIDS, numerem Telefonu Zaufania HIV/AIDS oraz adresem poradni internetowej. Nakład: 2009 szt., wartość: 7 647,87 zł.
- etykiety/numerki do oznaczania testów na HIV wykonywanych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w roku 2019, nakład: 48 000 szt., wartość: 1 168,50 zł.

DZIAŁANIA INFORMACYJNE

Strona internetowa

Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi wieloaspektową działalność profilaktyczną za pośrednictwem Internetu. Portal zawiera aktualną i kompleksową informację na temat działalności Krajowego Centrum ds. AIDS, epidemii HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) w Polsce.

Główne elementy i zawartość portalu:

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 zasad udzielania patronatów. Krajowe Centrum ds. AIDS udziela swojego patronatu przedsięwzięciom ważnym z punktu widzenia zapobiegania HIV/AIDS i pomocy osobom żyjącym z HIV i chorym na AIDS. W 2019 r. Centrum udzieliło patronatu siedmiu wydarzeniom.

Osoby chcące uzyskać bezpośrednią odpowiedź na pytania z zakresu HIV/AIDS korzystały z *Telefonu Zaufania HIV/AIDS* oraz *Poradni internetowej*, do której portal zapewnia dostęp. W 2019 roku został zmieniony numer Telefonu Zaufania HIV/AIDS na 800 888 448 (infolinia bezpłatna).

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. *Ekspozycja na HIV* zawiera adresy i 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. 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 informacje o zakresie działań Centrum tj. wydarzenia, projekty międzynarodowe, publikacje oraz przydatne linki.

Prezentacja aktualnie prowadzonych 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 informacje o konkursach na dofinansowanie zadań z zakresu profilaktyki HIV/AIDS (zintegrowane z BIP) oraz procedurach dotyczących konkursów; 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 i o prolongatę certyfikatu, upoważniający do prowadzenia poradnictwa w zakresie HIV/AIDS w punktach konsultacyjno – diagnostycznych (PKD)
- Działalność – jest to miejsce, w którym organizacje pozarządowe mogą podzielić się swoimi doświadczeniami.

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

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

Dział *Informacje* zawiera materiały dotyczące różnych aspektów HIV/AIDS ogólnych i dla środowisk medycznych. Również osoby żyjące z HIV dowiedzą się o aktualnych projektach pomocy i wsparcia, przekazywanych przez organizacje pozarządowe oraz o portalach skierowanych do tej grupy prowadzonych przez inne podmioty.

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

Telefon informacyjny

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

W 2019 r. zwracano się z prośbą o różnego typu informacje dotyczące HIV/AIDS (32 rozmowy z udzieleniem porad). Osoby, które podejmowały ryzykowne zachowania, były zachęcane do kontaktu ze specjalistami dyżurującymi w Telefonie Zaufania AIDS.

Inne działania informacyjne

Osoby zainteresowane tematyką HIV/AIDS mogą spotkać się bezpośrednio z pracownikiem Ośrodka Informacji, otrzymać aktualnie dostępne materiały edukacyjne oraz wszelkie potrzebne dane z zakresu HIV/AIDS. Z tej formy kontaktu korzystają przede wszystkim uczniowie i studenci, przygotowujący prace na temat profilaktyki HIV/AIDS.

W 2019 r. Ośrodek informacji przygotował stoiska z materiałami informacyjno-edukacyjnymi i zorganizował udział Centrum w:

- XIII Konferencji Top Medical Trends 2019 w Poznaniu (pod patronatem naukowym Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej),
- Miasteczku Zdrowia dla mieszkańców Płocka, zorganizowanym przez PKN Orlen,
- XXVI Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”, z okazji Światowego Dnia AIDS.

Ośrodek informacji przygotował również udział delegacji Centrum w obchodach 30-lecia Ośrodka readaptacji EKO Szkoła Życia w Wandzine, z którym owocnie współpracuje od wielu lat.

Przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS wziął ponadto czynny udział w debacie nt. "Profilaktyki uzależnień wśród młodzieży", która odbyła się w Parlamencie RP na zakończenie sesji Wyjazdowej XIV Edycji Powiatowej Młodzieżowej Szkoły Liderów - Młodzieżowych Animatorów Programów Profilaktycznych z Mikołowa.

Telefon Zaufania AIDS

Telefon Zaufania AIDS jest profilaktycznym programem ogólnopolskim, ukierunkowanym na populację generalną. Adresowany jest do wszystkich osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem osób podejmujących zachowania ryzykowne, sprzyjające zakażeniu wirusem. Z Telefonu Zaufania AIDS korzystają również osoby żyjące z HIV i ich bliscy. Odbiorcą jest indywidualny rozmówca, który poprzez poradę 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, numer uruchomiony od kwietnia 2019 roku).

Rok 2019 był dziesiątym rokiem, w którym z powodu ograniczenia dofinansowania programu, telefon zaufania był czynny w ograniczonym zakresie godzinowym (dyżury były prowadzone od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00-21.00). W związku z dodatkowym dofinansowaniem pracy Telefonu Zaufania, od listopada do końca grudnia dyżury odbywały się w systemie 24 godzinnym, również w dni wolne i weekendy.

Ogólna liczba połączeń w trakcie dyżurów wyniosła 8 524. Dyżurni telefonu zaufania udzielili ponad 15 tysięcy porad z zakresu problematyki HIV/AIDS. Prawie 4 razy częściej z porad w telefonie korzystali mężczyźni niż kobiety. Pytania rozmówców najczęściej dotyczyły testowania

i szacowania ryzyka zakażenia HIV w różnych sytuacjach, w przeważającej liczbie ryzyko było związane z kontaktami seksualnymi.

Poradnia internetowa

Poradnia internetowa HIV/AIDS jako działalność informacyjno-edukacyjna była realizowana bezpośrednio przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Wejście na stronę poradni możliwe jest ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS – www.aids.gov.pl, zakładka „poradnia internetowa”. Można także skontaktować się drogą elektroniczną bezpośrednio na adres poradni: poradnia@aids.gov.pl.



Korzystający ze strony poradni mogą znaleźć informacje o drogach zakażenia HIV, podstawowe informacje o HIV/AIDS, informacje na temat testów i testowania, a także odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

Specjaliści zatrudnieni w poradni odpowiadają na adres podany przez pytającego. Taka forma przekazywania informacji o HIV/AIDS okazała się bardzo korzystna dla osób, które nie są jeszcze gotowe do bezpośredniej rozmowy ze specjalistą. Klientami internetowej poradni 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 sieci internetowej.

Tematyka porad dotyczyła:

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



W 2019 r. opracowano 4 numery kwartalnika „Kontra” – biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS. Do wydań dodane były również artykuły specjalne – „Aspekty”. Artykuły dotyczyły m.in. społecznych i zdrowotnych skutków zakażenia HIV kobiet, profilaktyce HIV/AIDS skierowanej do populacji kluczowych, roli odpowiedzialnego testowania w kierunku HIV w stacjach krwiodawstwa oraz aspektom prawnym HIV/AIDS w odniesieniu do profilaktyki poekspozycyjnej (PEP) oraz nowym kierunkom w leczeniu HIV.

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

e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS

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

Tą drogą przekazywane są bieżące informacje z zakresu HIV i AIDS. Są to informacje o nadchodzących wydarzeniach, np. Światowym Dniu AIDS, Dniu Pamięci o Zmarłych na AIDS, konferencjach, szkoleniach i programach poświęconych tematyce HIV/AIDS, działalności Krajowego Centrum ds. AIDS i organizacji pozarządowych, a także informacje na temat danych epidemiologicznych w Polsce i na świecie. Redakcja e-Kontry śledzi również najważniejsze wydarzenia dotyczące kwestii HIV/AIDS na arenie międzynarodowej.

e-Kontra rozsyłana jest pocztą elektroniczną do osób, które zgłosiły potrzebę i wyraziły zgodę na otrzymywanie newslettera.

ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

W związku ze znowelizowaniem Statutu Krajowego Centrum ds. AIDS i rozszerzeniu zakresu zadań m.in. o profilaktykę zakażeń przenoszonych drogą płciową, podjęto – zarówno podczas spotkań organizowanych przez Centrum, jak i podczas konferencji, w których przedstawiciele Centrum byli uczestnikami – inicjatywę wytyczenia kierunków działania w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia zakażeń przenoszonych drogą płciową. Wybór takiego planu działań podyktowany został dużą liczbą przypadków kiły i rzeżączki rozpoznawanych przez specjalistów chorób zakaźnych w poradniach profilaktyczno-leczniczych HIV i w poradniach chorób zakaźnych. Statystyki wskazują, że placówki dedykowane diagnostyce (punkty konsultacyjno-diagnostyczne nadzorowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS i poradnie HIV) oraz leczeniu HIV (poradnie HIV) stanowią obecnie najważniejsze w systemie miejsca, gdzie wykrywa się i diagnozuje zakażenia przenoszone drogą płciową. Lekarze zakaźnicy zwykle podejmują to wyzwanie, jednak istnieje potrzeba uregulowania przez NFZ kontraktowania świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia zakażeń przenoszonych drogą płciową w poradniach profilaktyczno-leczniczych.

Krajowe Centrum ds. AIDS Centrum zaplanowało utworzenie platformy do dyskusji i zorganizowanie kolejnych spotkań roboczych z udziałem wszystkich zainteresowanych stron w celu przedyskutowania rozwiązań w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia, wzorem działającego przy Centrum w latach poprzednich Zespołu ds. Zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Poniżej zebrano zagadnienia wymagające działań w najbliższej przyszłości, w tym w szczególności wzmocnienia współpracy specjalistów z różnych dziedzin i/lub rozwiązań systemowych:

- Potrzeba wspólnego działania lekarzy zakaźników i dermatologów w diagnostyce i leczeniu zakażeń przenoszonych drogą płciową.
- Inicjatywa rozszerzenia zakresu świadczeń udzielanych przez poradnie profilaktyczno-lecznicze i poradnie chorób zakaźnych o diagnostykę i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową. Poradnie takie mogłyby funkcjonować w oparciu sprawnie działającą sieć poradni HIV i punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Należy zwrócić uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom z kiłą bezpłatnego leczenia, co wynika z zapisu art. 40 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a który to wymóg nie zawsze jest realizowany.
- Konieczność współpracy: szczególnie lekarzy POZ, ginekologów i lekarzy zakaźników z lekarzami wenerologami. Chodzi o przekaz informacji, rekomendacje, kwestie diagnostyki.
- Konieczność organizowania szkoleń dla lekarzy POZ, którzy najczęściej nie uwzględniają w prowadzonej w gabinetach profilaktyce i diagnostyce kwestii zakażeń przenoszonych drogą płciową.
- Potrzebę dyskusji na temat poprawy jakości danych oraz anonimizacji w zgłoszeniach dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową przekazywanych do stacji sanitarno-epidemiologicznych.
- Przypomnienie o ustawowym obowiązku leczenia kiły i rzeżączki wynikającym z zapisu art. 40 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
- Konieczność poprawy jakości danych oraz kierunku anonimizacji w zgłoszeniach dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową, przekazywanych do stacji sanitarno-epidemiologicznych.
- Potrzeba opracowania przejrzystych procedur i standardów postępowania dla pracowników różnych pionów stacji sanitarno-epidemiologicznych, w tym w szczególności ustalenia algorytmu postępowania w przypadku zgłoszenia, pozyskiwania brakujących danych (od lekarzy w placówkach leczniczych).

PRZEGLĄD I ANALIZA OBOWIĄZUJĄCEGO STANU PRAWNEGO W ZAKRESIE HIV/AIDS

Krajowe Centrum ds. AIDS, w ramach swoich kompetencji przeprowadziło następujące analizy prawne obowiązujących przepisów prawnych:

- analiza w zakresie wykonywania testów w kierunku HIV u osób małoletnich (poradnia),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie zgody na wykonanie testu w kierunku HIV u nieprzytomnego pacjenta po ekspozycji pracownika służby zdrowia na krew tego pacjenta (poradnia),
- analiza rozporządzeń obowiązujących funkcjonariuszy służb mundurowych w zakresie wykonywania badań wstępnych i kontrolnych, w kontekście HIV/AIDS (prośba z Instytutu Medycyny Pracy i. J. Nofera w Łodzi),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie zasad wykonywania testów w kierunku HIV u kobiet w ciąży oraz leczenia antyretrowirusowe (ARV) dla kobiet w ciąży - wskazanie zasad i możliwości korzystania w ramach obowiązujących przepisów prawnych (na potrzeby biuletynu Kontra),
- wskazanie podstaw prawnych nakazujących aptekom uzyskanie pokwitowania od pacjenta potwierdzającego wydawanie mu leku antyretrowirusowego (pytanie jednej z aptek),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie zasad finansowania leczenia poekspozycyjnego studenta przyjętego na praktyki w szpitalu (prośba indywidualna),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów dotyczących obrotu testami w kierunku HIV przez apteki i Internet (prośba dziennikarza),

- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie leczenia antyretrowirusowego (ARV) dla obywateli Ukrainy w Polsce (poradnia),
- analiza procedury wykonywania i wydawania szybkich testów płytkowych do wykrywania przeciwciał skierowanych przeciwko HIV (analiza prawna przed wdrożeniem procedury w PKD),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie wykonywania testów w kierunku HIV u dzieci umieszczonych w domu dziecka (pytanie z PKD i domu dziecka),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie leczenia antyretrowirusowego (ARV) dla obywateli polskich w Polsce – wskazanie zasad i możliwości korzystania w ramach obowiązujących przepisów prawnych (poradnia),
- aktualizacja przekrojowej analizy z 2018 r. dotyczącej przepisów obowiązujących w zakresie prawa do leczenia ARV w Polsce dla cudzoziemców państw trzecich (poza UE i EFTA), w tym Ukrainy – uprawnienia, warunki, dokumenty potwierdzające,
- analiza w zakresie zasad wykonywania testów na HIV w służbach mundurowych i możliwości służby dla osób żyjących z HIV – aktualna sytuacja prawna wybranych służb (na potrzeby Kontry),
- informacja prawna na temat możliwości zakupu leków ARV i leczenia ARV prywatnie (poradnia),
- analiza w zakresie aktualnie obowiązujących zasad wykonywania testów w kierunku HIV, leczenia antyretrowirusowego w tym leczenia poekspozycyjnego i terapii przedekspozycyjnej (pytanie/prośba indywidualna),
- analiza prawna w związku z interpelacją radnych Dzielnicy Ochota m.st. Warszawy w sprawie rozważenia wprowadzenia bezpłatnego dostępu do leków w ramach profilaktyki przedekspozycyjnej zakażenia HIV (PrEP) dla osób powyżej 16 roku, w tym także dorosłych, u których istnieje znaczne ryzyko infekcji (na prośbę Ministerstwa Zdrowia),
- analiza w zakresie zgód niezbędnych do wykonania testów na HIV oraz leczenia ARV u osób małoletnich (na potrzeby Kontry),
- informacja prawna na temat możliwości prawnych po narażeniu na zakażenie wirusem HIV oraz oskarżenia o fałszywe oskarżenie innej osoby (poradnia).

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

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 2019 roku funkcjonowało 30 punktów konsultacyjno–diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. Realizatorzy tych zadań wyłonieni zostali w drodze otwartego konkursu ofert składanych na podstawie przepisów ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 roku. Wszystkie PKD zobowiązane były do działania zgodnie ze standardami Centrum.

Rysunek 4. Punkty konsultacyjno-diagnostyczne na mapie Polski na koniec roku 2019



*Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny w Słupsku nie został zamieszczony na mapie, ponieważ działał tylko do dnia 31 maja 2019 r.

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 2. Wykaz punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD).

Miasto	Nazwa organizacji	Liczba klientów w 2019 roku
BIAŁYSTOK	Stowarzyszenie FAROS ul. Pietkiewicza 1/1; 15 - 689 Białystok	602
BYDGOSZCZ	Fundacja Parasol ul. Piskorskiej 1a/14; 87-100 Toruń	687
CHORZÓW	Górnośląskie Stowarzyszenie WSPÓLNOTA ul. Zjednoczenia 10; 41 - 500 Chorzów	1 499
CZĘSTOCHOWA	Stowarzyszenie MONAR ul. Nowolipki 9B; 00 - 151 Warszawa	452
ELK	Stowarzyszenie Honorowych Dawców Krwi ul. Grodzieńska 10; 19-300 Elk	314
GDAŃSK	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Rzączyńskiego 1b/18; 80 - 041 Gdańsk	1 848
GDYNIA	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Rzączyńskiego 1b/18; 80 - 041 Gdańsk	209
GORZÓW WIELKOPOLSKI	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Mickiewicza 12b/66 - 400 Gorzów Wielkopolski	344

JELENIA GÓRA	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Kasprowicza 7; 58 - 500 Jelenia Góra	775
KIELCE	Stowarzyszenie NADZIEJA RODZINIE ul. Karczówkowska 36; 25 - 711 Kielce	568
KOSZALIN	Stowarzyszenie Profilaktyki i Terapii "Młodzi-Młodym" ul. Zwycięstwa 168; 75-612 Koszalin	218
KRAKÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia "Jeden Świat" ul. Ściegiennego 89/28; 30-809 Kraków	2 626
LUBLIN	Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym AGAPE ul. Bernardyńska 5; 20 - 109 Lublin	641
ŁÓDŹ	Międzynarodowe Stowarzyszenie Pomocy "Słyszę Serce" ul. Skarbowa 28; 91-473 Łódź	971
OLSZTYN	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Żołnierska 16; 10 - 561 Olsztyn	566
OPOLE	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13; 53-025 Wrocław	513
PŁOCK	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	388
POZNAŃ	Fundacja Simontonowski Instytut Zdrowia ul. Sekutowicza 3/9; 20-152 Lublin	2 416
RZESZÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS "Jeden Świat" ul. Ściegiennego 89/28; 30-809 Kraków	684
SŁUPSK	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Piotra Skargi 8; 76-200 Słupsk	260
SZCZECIN	Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU ul. Broniewskiego 12; 71-460 Szczecin	1280
TORUŃ	Fundacją Parasol ul. Piskorskiej 1a/14; 87-100 Toruń	579
WAŁBRZYCH	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13; 53-025 Wrocław	236
WARSZAWA Chmielna	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	11 074
WARSZAWA Jagiellońska	Zjednoczenie Na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS "Pozytywni w Tęczy" ul. Targowa 44 lok. 1/1A; 03-773 Warszawa	556
WARSZAWA Jana Pawła II	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynów 4/100; 00-331 Warszawa	4 271
WARSZAWA Nugat	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynów 4/100; 00-331 Warszawa	1 919
WROCŁAW	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Podwale 74 ofic. 23; 50 - 449 Wrocław	224
WROCŁAW	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13; 53-025 Wrocław	4 971
ZGORZELEC	Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy osobom Uzależnionym SUBSIDIUM ul. Warszawska 37a; 59-900 Zgorzelec	59

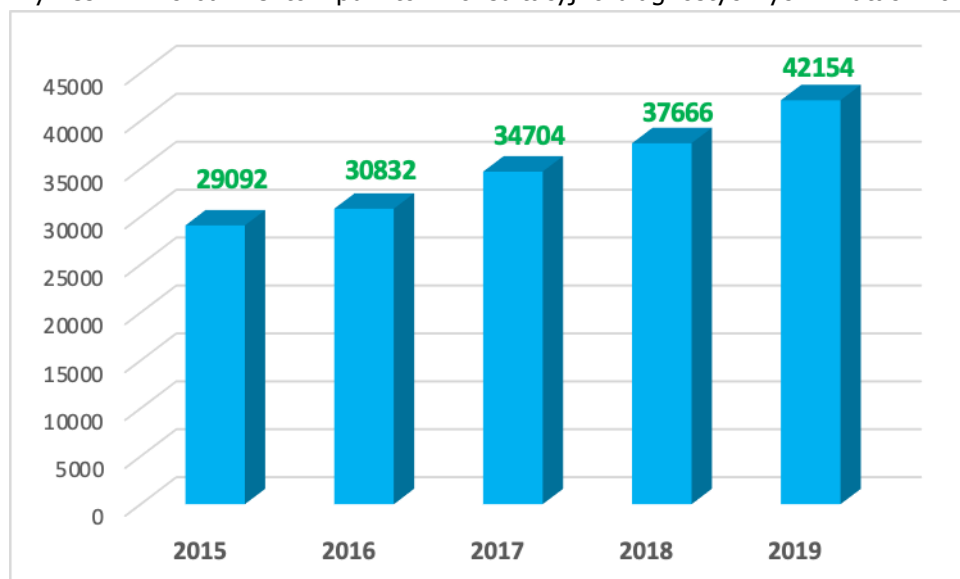
ZIELONA GÓRA	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Batorego 33/9; 65 - 735 Zielona Góra	404
	OGÓŁEM	42 154

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo 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 sytuacji pacjenta. Dzięki poradnictwu możliwe jest uzyskanie niezbędnych informacji dotyczących statusu serologicznego, a także adresów instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Informacje gromadzone w punktach anonimowego testowania pozwalają uzyskać dane statystyczne i epidemiologiczne, dotyczące m.in. dróg zakażenia oraz trendów ryzykownych zachowań.

Każde wykonanie testu poprzedzane jest rozmową z doradcą. Podczas rozmowy szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta. Jeżeli wynik testu okazuje się ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakażyć się wirusem. Natomiast jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i pomocy.

Wykres 11. Liczba klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2015-2019.

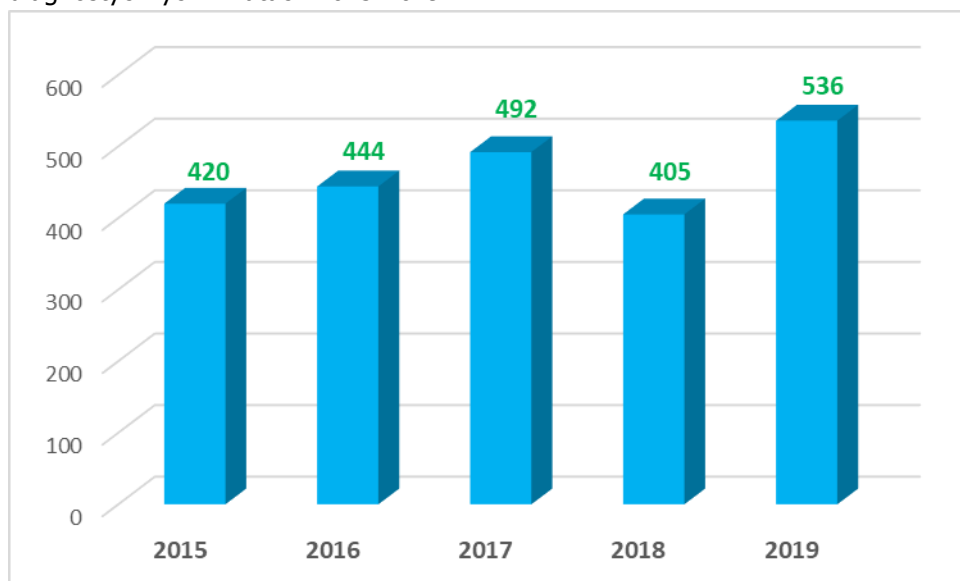


Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r. w PKD w Polsce wykonano 42 515 testów przesiewowych – w tym 11 190 stanowiła liczba testów szybkich. Wynik ujemne uzyskano w 30 670 testach przesiewowych i w 11 069 szybkich testach przesiewowych. W teście potwierdzenia Western blot uzyskano 536 wyników dodatnich, 93 wyników ujemnych oraz 14 wyników wątpliwych.

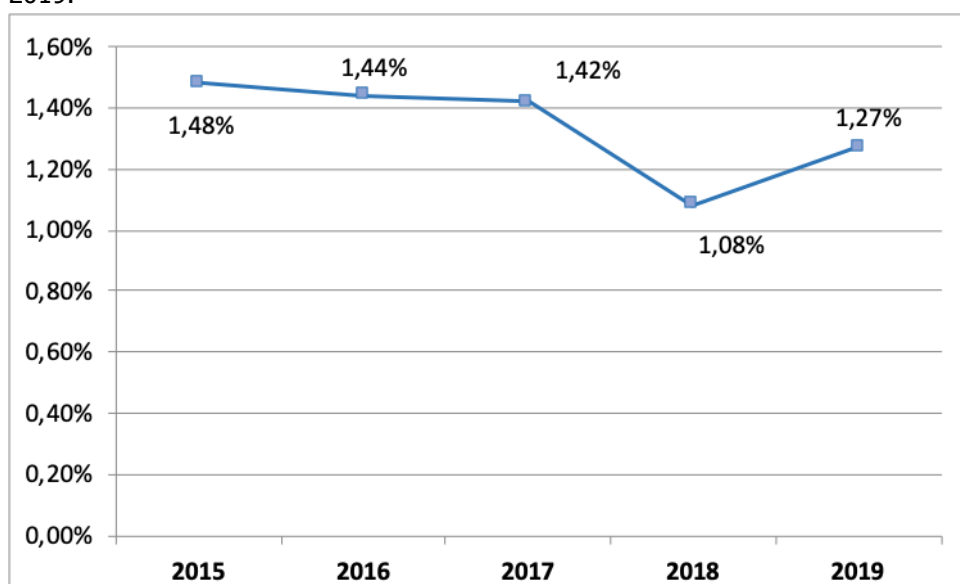
Testy potwierdzenia dla PKD wykonywano w Centralnym Laboratorium Analitycznym SP ZOZ przy Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie, Pracowni Badań Molekularnych Wielospecjalistycznej Przychodni Lekarskiej Fundacji Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz w Laboratorium Mikrobiologii przy SP ZOZ Szpitala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

Wykres nr 12. Liczba potwierdzonych wyników dodatnich wykrytych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2015-2019.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres nr 13. Odsetek wykrytych zakażeń HIV w odniesieniu do liczby klientów w PKD w latach 2015-2019.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

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 ANTYRETROWIRUSOWE

W strategii zwalczania epidemii HIV/AIDS celem leczenia ARV jest nie tylko poprawa stanu zdrowia osób żyjących z HIV, odbudowa ich systemu odpornościowego (odbudowy limfocytów T CD4) i zmniejszenie ryzyka rozwoju AIDS, ale również obniżenie poziomu zakaźności osoby zakażonej wirusem HIV, a tym samym zmniejszenie ryzyka transmisji zakażenia na osoby niezakażone i przerwanie transmisji w populacji.

Wprowadzenie do terapii nowej grupy leków poprawiło radykalnie rokowanie i przeżywalność pacjentów zakażonych HIV. Współczesne leki antyretrowirusowe (ARV) spowolniły rozwój AIDS. Niemniej jednak przy wykorzystaniu aktualnie używanych leków ARV terapia HAART 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 antyretrowirusowej dużym problemem stała się oporność na leki i wynikające z tego zmiany leczenia z powodu nieskuteczności

immunologicznej czy też wirusologicznej. Działania uboczne, a szczególnie te pojawiające się po kilkunastu miesiącach lub kilku latach terapii, wymagają monitorowania pacjenta i w miarę możliwości zapobiegania konsekwencjom.

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” (NPLA) jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS poprzez zapewnienie skutecznego leczenia antyretrowirusowego (ARV). Właściwie prowadzone leczenie ARV powoduje zmniejszenie zapadalności na HIV i śmiertelności z powodu AIDS oraz zmniejszenie zakaźności osób zakażonych HIV dla populacji osób zdrowych, a tym samym ograniczenie transmisji wirusa (*w tym szczepów lekoopornych*).

Cele szczegółowe:

- Getting to zero – WHO, „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 Polaków; zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS (skuteczne leczenie ARV),
- dążenie do osiągnięcia celu: 90 - 90 - 90 (UNAIDS) do roku 2021, 90% osób zakażonych będzie znało swój status serologiczny, 90% wszystkich osób z rozpoznany 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+; zakażenia wertykalne poniżej 1%,
- zapewnienie leków antyretrowirusowych na postępowanie poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe; zero zakażeń po ekspozycji na HIV.

Wszystkie aktualnie 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 antyretrowirusowego wymaga zachowania ciągłości. Leczenie ARV jest leczeniem wieloletnim, a terapia antyretrowirusowa raz rozpoczęta nie może być przerywana i powinna trwać przez całe życie pacjenta. Przerwy w dostawie i podawaniu leków antyretrowirusowych stanowią zagrożenie życia i zdrowia pacjentów HIV/AIDS i mogą być traktowane jako błąd w sztuce lekarskiej.

Poza leczeniem antyretrowirusowym (kontynuacja terapii z lat ubiegłych oraz włączenia nowych pacjentów do HAART w 2019 r.) 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, istotnym 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 (ARV) 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 leczenia antyretrowirusowego, opracowane zostały w formie Rekomendacji przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS (ostatnia aktualizacja czerwiec 2019 r.).

Tabela 3. Zalecenia rozpoczynania leczenia ARV w różnych fazach zakażenia HIV i AIDS (w oparciu o rekomendacje PTN AIDS)

Kategoria kliniczna	Liczba CD4 (kom/ul)	HIV RNA (kopii/ml)	Rekomendacje
Dzieci 0 -18 rok Ciąża 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/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 – realizatorów Programu leczenia ARV z całej Polski, w oparciu o rekomendacje europejskie (European AIDS Clinical Society – EACS). Również przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS bierze czynny udział w pracach grupy eksperckiej, która opracowuje polskie Rekomendacje.

Prowadzone leczenie antyretrowirusowe, poza działaniem terapeutycznym powoduje również wiele działań ubocznych i często wymaga zmian terapii. 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 między lekowe,
- ciąża.

Rok 2019 był dziewiętnastym rokiem realizacji Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia, koordynowanym przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

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

W przypadku ekspozycji zawodowych, zgodnie z Ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5.12.2008 r. Art. 41 Ust. 5 - 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 (w oparciu o aktualne rekomendacje) w sposób indywidualny, uwzględniając stan kliniczny pacjenta, wyniki laboratoryjne - liczbę limfocytów CD4 oraz poziom wirerii HIV RNA, a także współistniejące zakażenia i choroby. Leczenie antyretrowirusowe jest dobrowolne i 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, realizatora Programu na terenie całej Polski. Może również zmieniać ośrodek prowadzący 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 przed wszystkim u niemowląt i dzieci w pierwszych tygodniach leczenia ARV.
- Jeżeli pacjent trafia do systemu leczenia ambulatoryjnego, otrzymuje leki na ok. 1 do 2 miesięcy terapii - zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia.
- Parametry laboratoryjne do monitorowania terapii badane są 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 (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 2019 r. leczeniem ARV objętych było **12 471 pacjentów**, w tym **97 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 stan kliniczny, zwykle ze wskazań życiowych - a nie byli leczeni antyretrowirusowo w ubiegłych latach.

Realizatorzy Programu

Na podstawie art. 48 ust. 4 oraz ust. 5 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U.2015.581 z późn. zm.) Krajowe Centrum ds. AIDS na początku realizacji kolejnej edycji, po uzyskaniu upoważnienia od Ministra Zdrowia, ogłosiło konkurs ofert na wybór realizatorów Programu zdrowotnego 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 (ARV).

Zgodnie z założeniami Programu i 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 zdrowotny Ministra Zdrowia w 2019 r.:

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 w 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 lędźwiowa, punkcja opłucnowa, punkcja otrzewnowa, biopsja wątroby, biopsja węzłów chłonnych;
- f) dział diagnostyki radiologicznej.

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

- a) kompleksową terapię antyretrowirusową;
- b) profilaktykę i leczenie zakażeń oportunistycznych (również chemioterapia nowotworów);
- c) profilaktykę postępowania poekspozycyjnego na zakażenie HIV;
- d) współpracowały z psychologiem, pracownikiem socjalnym, pedagogiem, pielęgniarką środowiskową i osobami zajmującymi się leczeniem narkomanii.

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 (jeden nowy ośrodek leczenia ARV: w Łąncucie);
- 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 antyretrowirusowe 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 4. Ośrodki referencyjne prowadzące terapię osób żyjących z HIV i chorych na AIDS (według stanu na dzień 31 grudnia 2019 r.).

Lp.	Nazwa placówki Adres	Szpital 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 Wieku 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	Szpital 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. Śniadeckich 5, 31 – 531 Kraków	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	124-247-341, 124-247-356
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. Kniaziewiczza 1/5, 91 – 347 Łódź	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego ul. Kniaziewiczza 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, 896-460-689
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, 65 – 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.	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	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. Podróźnicza 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. Sw. 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, etc.),
 - zaawansowanie infekcji HIV (liczba komórek CD4, poziom wirerii, występujące obecnie lub w przeszłości schorzenia definiujące AIDS),
 - potencjalne działania uboczne leków,
 - współwystępowanie schorzeń takich jak gruźlica, choroby wątroby, depresja lub choroby psychiczne, schorzenia sercowo-naczyniowe lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
 - potencjalne interakcje leków antyretrowirusowych z innymi lekami.
4. Kryteria wykluczenia z leczenia lub niewprowadzenia do terapii ARV: osoby, które nie gwarantują ścisłej współpracy (np. osoby przychodzące nieregularnie na wizyty kontrolne i po odbiór leków, pod wpływem środków psychoaktywnych).

Tabela 5. Liczba pacjentów leczonych ARV wg sprawozdań realizatorów Programu leczenia ARV.

Rok	Liczba pacjentów leczonych ARV	Roczny 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%

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 wirusem 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, po narażeniu na zakażenie HIV, do którego doszło w konsekwencji np.: zdarzeń związanych z przemocą seksualną, po kontakcie z materiałem potencjalnie zakaźnym, po narażeniu na zakażenie HIV np. przy zakłuciu igłą nieznanego pochodzenia czy też po zachlapaniu śluzówek krwią lub materiałem potencjalnie zakaźnym zawierającym krew oraz po zachlapaniu miejsc zawierających świeże rany z naruszeniem ciągłości skóry.

W 2019 roku wdrożono leczenie antyretrowirusowe w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych wypadkowych u **264 pacjentów**.

Tabela 6. Liczba postępowań poekspozycyjnych pozazawodowych – wypadkowych w ośrodkach realizujących Program leczenia ARV w 2019 r.

Lp.	Szpital	Klinika/Oddział/Poradnia	Ekspozycje
1.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznica ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	112
	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	
	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.	6
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	30
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.	10
6.	Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych ul. Śniadeckich 5, 31 – 531 Kraków	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	10
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	8
8.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Centrum Medyczne w Łańcutie Sp. Z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	16
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	11
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 – Leczniczym 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	8
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	22
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	6
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	9
17.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróźnicza 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	3
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	1
Razem			264

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, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2018 r., poz. 1756) wszystkie kobiety w ciąży powinny mieć wykonane badanie w kierunku zakażenia HIV do 10 tygodnia ciąży oraz drugie badanie pomiędzy 33, a 37 tygodniem ciąży.

W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu i/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 i 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 mogą również 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, iż w opiece medycznej nad dziećmi najważniejsze jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i wczesne wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, bez względu na poziom CD4 i wirerii HIV. 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 nie objęte profilaktyką wertykalną (matki nie miały wykonanego testu w kierunku HIV i nie brały w ciąży leków ARV) u których zakażenie HIV zostało późno rozpoznane i dopiero wtedy włączono u nich leczenie ARV. W Polsce zdarzają się przypadki późnego rozpoznania nawet u kilkunastoletnich dzieci. Dzieci te mają 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 do starości.

W roku 2019, w ramach Programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostało objętych **91** kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odkryto się **66** porodów kobiet zakażonych HIV, a **25** kobiet jest nadal w ciąży (poród planowany w 2020 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymało **66** noworodków.

Wszystkie kobiety będące w ciąży, ze zdiagnozowanym zakażeniem HIV, zostały objęte w 2019 r. ujednoliconym systemem opieki medycznej i nowoczesną terapią HAART w ramach Programu Leczenia ARV. 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 2019 roku leczeniem ARV objętych było **97 dzieci** do 18 roku życia zakażonych HIV i chorych na AIDS. Dzieci zakażone wertykalnie HIV powinny otrzymać leczenie ARV przed ukończeniem 3 miesiąca, tzn. bezpośrednio po potwierdzeniu badaniami specjalistycznymi zakażenia HIV, ponieważ dynamika choroby, ryzyko rozwoju AIDS i zgonu w pierwszym roku życia przekracza 10%. Z tego powodu należy jak najszybciej zahamować replikację wirusa HIV. 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, na drodze ryzykownych kontaktów seksualnych, również z wczesną inicjacją seksualną, a także przy ryzykownych zachowaniach związanych z próbami i/lub stosowaniem środków psychoaktywnych.

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

Tabela 7. Rekomendacje włączenia do leczenia 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

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 wirerii może się zdarzyć u dziecka z bardzo wysoką wirerią przed leczeniem i ze znacznym zaawansowaniem choroby.

Terapia jest skuteczna, jeśli nadal stwierdza się obniżanie wirerii 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 wirerii 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 (w wieku 0 - 18 lat) 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 Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kalendarz szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępami wiedzy medycznej. Terminy szczepień są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego dane dziecko. W kalendarzu tym uwzględniono konieczność zastosowania zabitych (atenuowanych) szczepionek, które nie niosą ryzyka dodatkowych powikłań u osób z immunosupresją (zarówno dzieci lub/i ich opiekunów zakażonych HIV).

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.

Terminy szczepień ustalane są indywidualnie przez lekarza prowadzącego terapię antyretrowirusową. Dzieciom, u których rozpoznano zakażenie HIV na etapie AIDS lub/i z głębokim niedoborem odporności, należy odroczyć szczepienia do uzyskania stabilnej poprawy immunologicznej. Najlepiej odpowiadają dzieci z prawidłowymi (dla danej grupy wiekowej) wartościami CD4.

Szczepionki zabite (atenuowane) nie niosą ryzyka dodatkowych powikłań u osób z immunosupresją. Istnieją szczepionki żywe, których nie powinno się stosować ze względu na chorobę dziecka lub/i jego opiekunów (np. przeciwko gruźlicy czy też żywej szczepionki przeciwko poliomyelitis). Inne żywe preparaty (odra, świnka, różyczka, ospa wietrzna) mogą być podawane w zależności od stanu immunologicznego dziecka.

Powyższe zalecenia zostały umieszczone w rekomendacjach PTN AIDS (ptnaids.pl rozdział Program szczepień ochronnych).

Szczepionki żywe: przeciwko gruźlicy, odrze, śwince, różyczce, ospie wietrznej, rotawirusom, poliomyelitis (OPV). Szczepionki zabite (atenuowane): przeciwko zakażeniom HAV, HBV, błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis (IPV), zakażeniom *Haemophilus influenzae* typ B, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* C, grypie, HPV.

Finansowanie Programu

Zgodnie z ustawą – Prawo Zamówień Publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, z późn. zm.) Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia przeprowadził 37 postępowań przetargowych: 34 na zakup leków antyretrowirusowych (w tym unieważniono osiem postępowań) i 3 postępowania na zakup testów do diagnostyki molekularnej (w tym unieważniono jedno postępowanie). Zakupione produkty lecznicze i wyroby medyczne zabezpieczają ciągłość leczenia pacjentów objętych Programem w latach poprzednich oraz nowo zdiagnozowanych pacjentów wprowadzanych do terapii HAART.

Tabela 8. Wydatkowanie przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2019 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	WYDATKI W PLN
4230	318 741 756,15
4300	17 292,75
4170	40 000,00
RAZEM:	318 799 048,90

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 9. Ceny (brutto) leków antyretrowirusowych wykorzystywanych w Programie leczenia ARV – stan na 31 grudnia 2019 roku.

LP.	NAZWA HANDLOWA LEKU	CENA
1	ATRIPLA/ Efavirenz/Emtricitabine/Tenpfovir Disoproxil/Zentiva 600/200/245mg tabletka 30	2 320,55
2	CELOSENTRI 150mg tabletka 60	2 193,17
3	CELOSENTRI 300mg tabletka 60	2 261,00
4	COMBIVIR, LAZIVIR, LAMIWUDYNA/ZYDOWUDYNA MYLAN 150/300mg tabletka 60	140,40
5	DESCOVY 200/10mg tabletka 30	1 364,30
6	DESCOVY 200/10mg tabletka 30	1 364,30
7	DOVATO 50/300mg tabletka 30	2 014,62
8	EDURANT 25mg tabletka 30	983,24
9	EMTRIVA 200mg kapsułka 30	746,55
10	EPIVIR 240ml syrop 1	190,00
11	EPIVIR, LAMIVUDINE MYLAN 150mg tabletka 60	137,97
12	EPIVIR 300mg tabletka 30	176,23
13	EVIPLERA 200/25/245mg tabletka 30	2 279,66
14	EVOTAZ 300mg/150mg kapsułka 30	1 616,76
15	FUZEON 108mg fiołka 60	5 762,34
16	GENVOYA 150/150/200/10mg tabletka 30	2 457,85
17	INTELENCE 200mg tabletka 60	1 183,92
18	INVIRASE 500mg tabletka 120	3 132,00
19	ISENRESS 100mg saszetka 60	1 080,00
20	ISENRESS 400mg tabletka 60	1 522,23
21	ISENRESS 600mg tabletka 60	1 522,23
22	KALETRA 100/25mg tabletka 60	781,22
23	KALETRA 200/50mg tabletka 120	331,34
24	KALETRA 60ml syrop 5	1 235,00
25	KIVEXA, ABACAVIR+LAMIVUDINE, IVIVERZ 300/600mg tabletka 30	234,34
26	NORVIR/ RITONAVIR MYLAN ACCORD 100mg tabletka 30	77,67
27	NORVIR 100mg proszek 30	259,20
28	ODEVSEY 200/25/25mg tabletka 30	2 256,15
29	PREZISTA 150mg tabletka 240	2 646,00
30	PREZISTA, DARUNAVIR MYLAN, SANDOZ, ZENTIVA 600mg tabletka 60	372,65
31	PREZISTA, DARUNAVIR MYLAN, SANDOZ, ZENTIVA 800mg tabletka 30	118,80
32	RETROVIR 100mg kapsułka 100	361,00
33	RETROVIR 200ml syrop 1	95,00
34	RETROVIR 20ml ampułka 5	235,00
35	RETROVIR 250mg kapsułka 40	361,00
36	REYATAZ 300mg kapsułka 30	680,40
37	REZOLSTA 800mg/150mg tabletka 30	1 268,84
38	STOCRIN 600mg tabletka 30	514,08
39	STRIBILD 150/150/200/245mg tabletka 30	2 483,44
40	SYMITUZA 800/150/200/10 tabletka 30	2 401,92

41	TIVICAY 10mg tabletka 30	652,32
42	TIVICAY 25mg tabletka 30	1 630,80
43	TIVICAY 50mg tabletka 30	1 838,40
44	TRIUMEQ 50/600/300mg tabletka 30	2 150,00
45	TRIZIVIR 300/150/300mg tabletka 60	2 350,00
46	TRUVADA, EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL 200/245mg tabletka 30	325,73
47	VIRAMUNE 240ml zawiesina 1	231,12
48	VIRAMUNE, NEVIRAPINE ACCORD tabletka 400mg 30	132,54
49	VIREAD 204mg tabletka 30	1 836,00
50	VIREAD, TENOFOVIR ACCORD, ZENTIVA, MYLAN 245mg tabletka 30	61,24
51	ZIAGEN 240ml syrop 1	290,00
52	ZIAGEN 300mg tabletka 60	590,22

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 10. Wartość (w zł) i asortyment leków ARV, szczepionek i testów zakupionych w 2019 r.

LEK	CENA JEDNOSTKOWA	LICZBA OP.	WARTOŚĆ
ABACAVIR/LAMIVUDINE ACCORD tabletka 600/300mg 30	235,80	700	165 060,00
ABACAVIR/LAMIVUDINE ACCORD tabletka 600/300mg 30	235,81	786	185 346,66
ABACAVIR/LAMIVUDINE ACCORD tabletka 600/300mg 30	237,60	1000	237 600,00
ATAZANAVIR ZENTIVA kapsułka 300mg 30	680,40	600	408 240,00
ATRIPLA tabletka 600/200/245 30	3 013,69	310	934 243,90
ATRIPLA tabletka 600/200/245 30	3 013,74	1	3 013,74
ATRIPLA tabletka 600/200/245 30	3 013,70	7	21 095,90
ATRIPLA tabletka 600/200/245 30	3 013,67	81	244 107,27
ATRIPLA tabletka 600/200/245 30	3 013,59	1	3 013,59
ATRIPLA tabletka 600/200/245 30	2 320,71	1	2 320,71
ATRIPLA tabletka 600/200/245 30	2 320,57	1	2 320,57
ATRIPLA tabletka 600/200/245 30	2 320,53	419	972 302,07
CELSENTRI tabletka 150mg 60	2 193,17	35	76 760,95
CELSENTRI tabletka 300mg 60	3 230,00	100	323 000,00
CELSENTRI tabletka 300mg 60	1,00	18	18,00
CELSENTRI tabletka 300mg 60	2 260,99	100	226 099,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 600mg 60	396,00	0	0,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 600mg 60	372,65	509	189 678,85
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 600mg 60	372,67	211	78 633,37
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 600mg 60	372,60	150	55 890,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 600mg 60	400,46	80	32 036,80
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 800mg 30	133,01	20	2 660,20
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 800mg 30	133,49	1000	133 490,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 800mg 30	133,38	1710	228 079,80
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 800mg 30	133,00	270	35 910,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 800mg 30	233,59	4973	1 161 643,07
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 800mg 30	233,60	3056	713 881,60

DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	233,61	1171	273 557,31
DARUNAVIR ZENTIVA tabletki 800mg 30	118,80	1300	154 440,00
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 364,30	128	174 630,40
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 771,81	2500	4 429 525,00
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 364,28	4433	6 047 853,24
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 361,35	1	1 361,35
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 364,29	8733	11 914 344,57
DESCOVY tabletki 200/25mg 30	1 364,29	16306	22 246 112,74
DESCOVY tabletki 200/25mg 30	1 364,28	651	888 146,28
DESCOVY tabletki 200/25mg 30	1 771,82	2500	4 429 550,00
DESCOVY tabletki 200/25mg 30	1 360,29	1	1 360,29
DESCOVY tabletki 200/25mg 30	1 364,47	1	1 364,47
DESCOVY tabletki 200/25mg 30	1 364,30	3001	4 094 264,30
DOVATO tabletki 50/300mg 30	2 014,62	190	382 777,80
EDURANT tabletki 25mg 30	983,24	136	133 720,64
EDURANT tabletki 25mg 30	983,15	1	983,15
EDURANT tabletki 25mg 30	983,23	776	762 986,48
EDURANT tabletki 25mg 30	983,37	1	983,37
EDURANT tabletki 25mg 30	1 013,64	200	202 728,00
EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL ZENTIVA tabletki 600/200/245 30	1 814,40	100	181 440,00
EMTRICITABINE + TENOFOVIR DISOPROXIL ACCORD tabletki 200/245mg 30	288,90	220	63 558,00
EMTRICITABINE + TENOFOVIR DISOPROXIL ACCORD tabletki 200/245mg 30	194,40	746	145 022,40
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL tabletki 200/245mg 30	384,98	4074	1 568 408,52
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL tabletki 200/245mg 30	384,97	1920	739 142,40
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL tabletki 200/245mg 30	325,73	2999	976 864,27
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL tabletki 200/245mg 30	319,73	1	319,73
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 200/245mg 30	162,00	2000	324 000,00
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 200/245mg 30	53,38	-3802	0,00
EMTRIVA kapsułki 200mg 30	746,56	30	22 396,80
EMTRIVA kapsułki 200mg 30	969,55	20	19 391,00
EMTRIVA kapsułki 200mg 30	746,00	4	2 984,00
EMTRIVA kapsułki 200mg 30	746,55	26	19 410,30
EPIVIR syrop 240ml 1	190,00	30	5 700,00
EPIVIR syrop 240ml 1	1,00	150	150,00
EPIVIR syrop 240ml 1	189,99	400	75 996,00
EPIVIR tabletki 150mg 60	176,23	150	26 434,50
EPIVIR tabletki 300mg 30	176,23	440	77 541,20
EPIVIR tabletki 300mg 30	176,22	1540	271 378,80
EPIVIR tabletki 300mg 30	176,21	120	21 145,20

EVIPLERA tabletka 200/25/245 30	2 280,12	1	2 280,12
EVIPLERA tabletka 200/25/245 30	2 279,65	154	351 066,10
EVIPLERA tabletka 200/25/245 30	2 279,64	474	1 080 549,36
EVIPLERA tabletka 200/25/245 30	2 279,43	1	2 279,43
EVOTAZ tabletka 150/300mg 30	1 616,76	100	161 676,00
FUZEON fiolka 108mg 60	5 762,34	4	23 049,36
GENVOYA tabletka 150/150/200/10 30	3 192,00	1715	5 474 280,00
GENVOYA tabletka 150/150/200/10 30	2 434,32	1	2 434,32
GENVOYA tabletka 150/150/200/10 30	3 191,99	1685	5 378 503,15
GENVOYA tabletka 150/150/200/10 30	2 439,36	1	2 439,36
GENVOYA tabletka 150/150/200/10 30	2 457,83	21506	52 858 091,98
GENVOYA tabletka 150/150/200/10 30	2 457,84	6380	15 681 019,20
INTELENCE tabletka 200mg 60	1 479,89	50	73 994,50
INTELENCE tabletka 200mg 60	1 183,92	295	349 256,40
INTELENCE tabletka 200mg 60	1 361,50	24	32 676,00
INTELENCE tabletka 200mg 60	1 183,91	95	112 471,45
INVIRASE tabletka 500mg 120	3 132,00	6	18 792,00
ISENTRESS proszek 100mg 60	1 080,00	6	6 480,00
ISENTRESS tabletka 400mg 60	1 522,23	3385	5 152 748,55
ISENTRESS tabletka 400mg 60	1 521,27	1	1 521,27
ISENTRESS tabletka 400mg 60	1 522,22	264	401 866,08
ISENTRESS tabletka 400mg 60	1 520,07	1	1 520,07
ISENTRESS tabletka 400mg 60	1 739,69	468	814 174,92
ISENTRESS tabletka 400mg 60	1 739,70	832	1 447 430,40
ISENTRESS tabletka 600mg 60	1 523,00	1	1 523,00
ISENTRESS tabletka 600mg 60	1,08	150	162,00
ISENTRESS tabletka 600mg 60	1 522,23	2222	3 382 395,06
ISENTRESS tabletka 600mg 60	1 522,22	1199	1 825 141,78
IVIVERZ tabletka 600/300mg 30	234,33	146	34 212,18
IVIVERZ tabletka 600/300mg 30	235,81	1014	239 111,34
IVIVERZ tabletka 600/300mg 30	234,34	766	179 504,44
KALETRA syrop 60ml 5	1 235,00	12	14 820,00
KALETRA syrop 60ml 5	1 234,99	70	86 449,30
KALETRA syrop 60ml 5	370,50	1	370,50
KALETRA tabletka 100/25mg 60	776,21	100	77 621,00
KALETRA tabletka 100/25mg 60	781,22	0	0,00
KALETRA tabletka 200/50mg 120	681,35	2000	1 362 700,00
KALETRA tabletka 200/50mg 120	506,30	1000	506 300,00
KALETRA tabletka 200/50mg 120	1 059,96	800	847 968,00
KALETRA tabletka 200/50mg 120	1 514,33	0	0,00
LAMIVUDINE MYLAN tabletka 150mg 60	137,73	149	20 521,77
LAMIVUDINE MYLAN tabletka 150mg 60	137,99	32	4 415,68
LAMIVUDINE MYLAN tabletka 150mg 60	137,98	368	50 776,64

LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	173,73	1	173,73
LAZIVIR tabletki 150/300mg 60	135,00	300	40 500,00
LAZIVIR tabletki 150/300mg 60	135,86	100	13 586,00
LOPINAVIR+RITONAVIR ACCORD tabletki 200/50mg 120	331,35	320	106 032,00
LOPINAVIR+RITONAVIR ACCORD tabletki 200/50mg 120	331,34	480	159 043,20
NEVIRAPINE ACCORD tabletki 400mg 30	157,57	72	11 345,04
NEVIRAPINE ACCORD tabletki 400mg 30	157,56	528	83 191,68
NEVIRAPINE ACCORD tabletki 400mg 30	132,54	304	40 292,16
NEVIRAPINE ACCORD tabletki 400mg 30	132,53	96	12 722,88
NEVIRAPINE ACCORD tabletki 400mg 30	223,16	149	33 250,84
NEVIRAPINE ACCORD tabletki 400mg 30	221,60	1	221,60
NORVIR proszek 100mg 30	259,20	3	777,60
NORVIR proszek 100mg 30	259,21	6	1 555,26
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 258,28	1	2 258,28
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 258,05	1	2 258,05
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 256,14	2549	5 750 900,86
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 256,13	19757	44 574 360,41
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 930,05	2400	7 032 120,00
RETROVIR ampułki 20ml 5	235,00	80	18 800,00
RETROVIR kapsułki 100mg 100	361,00	0	0,00
RETROVIR kapsułki 250mg 40	361,00	150	54 150,00
RETROVIR kapsułki 250mg 40	1,00	150	150,00
RETROVIR syrop 200ml 1	1,00	120	120,00
RETROVIR syrop 200ml 1	95,00	434	41 230,00
RETROVIR syrop 200ml 1	94,99	27	2 564,73
REYATAZ kapsułki 300mg 30	1 062,72	480	510 105,60
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 268,84	4000	5 075 360,00
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 566,46	1240	1 942 410,40
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 488,14	250	372 035,00
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 566,47	1160	1 817 105,20
RITONAVIR ACCORD tabletki 100mg 30	73,13	2103	153 792,39
RITONAVIR ACCORD tabletki 100mg 30	45,10	1	45,10
RITONAVIR ACCORD tabletki 100mg 30	74,52	866	64 534,32
RITONAVIR ACCORD tabletki 100mg 30	77,66	5040	391 406,40
RITONAVIR ACCORD tabletki 100mg 30	77,67	1960	152 233,20
RITONAVIR ACCORD tabletki 100mg 30	73,12	1782	130 299,84
RITONAVIR ACCORD tabletki 100mg 30	73,11	1114	81 444,54
RITONAVIR MYLAN tabletki 100mg 30	64,58	640	41 331,20
RITONAVIR MYLAN tabletki 100mg 30	64,57	1360	87 815,20
STOCRIN tabletki 200mg 90	1 110,38	-10	0,00
STOCRIN tabletki 600mg 30	514,08	818	420 517,44
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 482,95	1	2 482,95
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 483,40	499	1 239 216,60

STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 483,41	1	2 483,41
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 483,43	247	613 407,21
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 483,44	316	784 767,04
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	3 225,25	480	1 548 120,00
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 483,38	86	213 570,68
SYMTUZA tabletki 800/150/200/10 30	2 617,41	346	905 623,86
SYMTUZA tabletki 800/150/200/10 30	2 401,91	763	1 832 657,33
SYMTUZA tabletki 800/150/200/10 30	2 401,92	9822	23 591 658,24
SYMTUZA tabletki 800/150/200/10 30	2 617,40	1814	4 747 963,60
SYMTUZA tabletki 800/150/200/10 30	2 643,84	1545	4 084 732,80
SYMTUZA tabletki 800/150/200/10 30	5,40	67	361,80
SYMTUZA tabletki 800/150/200/10 30	5,00	393	1 965,00
TELZIR tabletki 700mg 60	1 400,00	-27	-37 800,00
TENOFOVIR DISOPROXIL ACCORD tabletki 245mg 30	66,91	199	13 315,09
TENOFOVIR DISOPROXIL ACCORD tabletki 245mg 30	66,43	1	66,43
TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 245mg 30	61,23	180	11 021,40
TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 245mg 30	61,24	110	6 736,40
TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 245mg 30	37,24	200	7 448,00
TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 245mg 30	61,22	10	612,20
TENOFOVIR DISOPROXIL ZENTIVA tabletki 245mg 30	54,00	100	5 400,00
TIVICAY tabletki 10mg 30	652,32	30	19 569,60
TIVICAY tabletki 25mg 30	1 630,80	200	326 160,00
TIVICAY tabletki 50mg 30	1 838,40	12710	23 366 064,00
TIVICAY tabletki 50mg 30	1 838,39	1390	2 555 362,10
TIVICAY tabletki 50mg 30	1 935,15	13001	25 158 885,15
TIVICAY tabletki 50mg 30	1 922,30	1	1 922,30
TRIUMEQ tabletki 50/600/300mg 30	2 886,14	2400	6 926 736,00
TRIUMEQ tabletki 50/600/300mg 30	2 150,00	16099	34 612 850,00
TRIUMEQ tabletki 50/600/300mg 30	2 122,42	1	2 122,42
TRIZIVIR tabletki 300/150/300mg 60	2 350,00	0	0,00
TRUVADA tabletki 200/245mg 30	1 909,63	2150	4 105 704,50
VIRAMUNE zawiesina 240ml 1	231,12	490	113 248,80
VIRAMUNE tabletki 400mg 30	214,92	800	171 936,00
VIRAMUNE tabletki 400mg 30	255,96	600	153 576,00
VIREAD tabletki 204mg 30	1 836,00	6	11 016,00
ZIAGEN syrop 240ml 1	289,99	73	21 169,27
ZIAGEN syrop 240ml 1	1,00	54	54,00
ZIAGEN syrop 240ml 1	290,00	127	36 830,00
ZIAGEN tabletki 300mg 60	843,17	50	42 158,50
ZIAGEN tabletki 300mg 60	590,22	500	295 110,00
Odchylenia VAT-owskie			0,06
Razem			371 901 336,16

TESTY	CENA JEDNOSTKOWA	LICZBA OP.	WARTOŚĆ
4J7110 1ML PIPETTE TIPS	540,00	44	23 760,00
4J7117 200UL PIPE TIPS	432,00	7	3 024,00
4J7130 96 DEEP WELL PLATES	378,00	16	6 048,00
4J7170 96 WELL OPTICAL REACTION PLATE	378,00	13	4 914,00
B23535 AQUIOS IMMUNO-TROL CELLS	1 695,60	8	13 564,80
B25700 AQUIOS IMMUNO-TROL LOW CELLS	1 695,60	8	13 564,80
B23538 AQUIOS LYSING REAGENT KIT	1 891,81	1	1 891,81
B23538 AQUIOS LYSING REAGENT KIT	1 891,83	1	1 891,83
B23538 AQUIOS LYSING REAGENT KIT	1 891,84	10	18 918,40
B23533 AQUIOS TETRA-1	2 322,00	19	44 118,00
4J7145 ASPS BIOHAZARD BAGS 50X	162,00	3	486,00
4J7145 ASPS BIOHAZARD BAGS 50X	162,05	1	162,05
4J7145 ASPS BIOHAZARD BAGS 50X	270,00	2	540,00
A07749 CD3-PC5 100T CE	2 160,00	4	8 640,00
A07749 CD3-PC5 100T CE	2 295,00	18	41 310,00
A07750 CD4-FITC 100T CE	1 512,00	4	6 048,00
A07750 CD4-FITC 100T CE	1 755,00	18	31 590,00
A07757 CD8-RPE 100T CE	1 566,00	4	6 264,00
A07757 CD8-RPE 100T CE	1 701,00	18	30 618,00
4J9473 CLEAN UP KIT	1 434,50	7	10 041,50
4J9473 CLEAN UP KIT	1 722,00	8	13 776,00
4J9473 CLEAN UP KIT	1 722,01	5	8 610,05
7547053 COULTER FLOW COUNT 20ML, IVD	2 381,40	11	26 195,40
7547053 COULTER FLOW COUNT 20ML, IVD	2 382,28	1	2 382,28
7547053 COULTER FLOW COUNT 20ML, IVD	2 382,29	1	2 382,29
7547053 COULTER FLOW COUNT 20ML, IVD	2 382,30	7	16 676,10
340166 FACSCOUNT CONTROL KIT	1 291,88	19	24 545,72
340166 FACSCOUNT CONTROL KIT	1 291,89	21	27 129,69
340166 FACSCOUNT CONTROL KIT	1 291,95	-66	-85 268,70
340167 FACSCOUNT REAGENT KIT	2 700,00	26	70 200,00
342003 FACSFLOW	248,40	40	9 936,00
A63493 FP FLOW CHECK PRO IVD 3 X 10 ML. KIT	2 340,31	1	2 340,31
05390095190 HIV COMBI PT ELECSYS COBAS E	827,99	1	827,99
05390095190 HIV COMBI PT ELECSYS COBAS E	828,00	1	828,00
101.572-12 HLA B*5701 -SSP Z TAQ, 12 TESTÓW	1 122,27	2	2 244,54
315501653000 HLA B5701 STRIP 16 T	2 928,90	1	2 928,90
315504853000 HLA B5701 STRIP 48 T	8 785,74	3	26 357,22
002062032 HLA READY GENE B57 LOW 32 T + POLIMERAZA GX 090254	1 791,86	1	1 791,86
002062032 HLA READY GENE B57 LOW 32 T + POLIMERAZA GX 090254	1 791,93	6	10 751,58
002062032 HLA READY GENE B57 LOW 32 T + POLIMERAZA GX 090254	1 791,94	27	48 382,38

6607098 IMMUNOTROL LOW CELL KIT	1 287,90	1	1 287,90
6607098 IMMUNOTROL LOW CELL KIT	1 296,00	1	1 296,00
6607098 IMMUNOTROL LOW CELL KIT	1 836,00	25	45 900,00
05212294190 KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD	4 509,00	-32	-144 288,00
05212294190+A KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + AKCESORIA	4 653,66	1	4 653,66
05212294190+A KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + AKCESORIA	4 653,75	123	572 411,25
05212294190+A KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + AKCESORIA	4 653,76	14	65 152,64
05212294190+A KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + AKCESORIA	4 654,03	1	4 654,03
06979599190+A KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + AKCESORIA	12 023,96	1	12 023,96
06979599190+A KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + AKCESORIA	12 024,00	11	132 264,00
06979599190+A KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + AKCESORIA	13 180,45	1	13 180,45
06979599190+A KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + AKCESORIA	13 180,56	1	13 180,56
06979599190+A KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + AKCESORIA	13 180,67	72	949 008,24
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	323,99	1	323,99
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	324,00	2	648,00
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	324,10	1	324,10
4J7180 MASTER MIX TUBES	378,00	4	1 512,00
4J7175 OPTICAL ADHESIVE COVER	378,00	4	1 512,00
51304 QIAAMP DNA MINI KIT 50	1 074,87	4	4 299,48
4J7120 REACTION VESSELS	378,00	7	2 646,00
4J7160 REAGENT TROUGHS	37,29	2	74,58
4J7160 REAGENT TROUGHS	37,30	1	37,30
4J7160 REAGENT TROUGHS	378,00	12	4 536,00
2G3170 REALTIME HIV CALIBRATORS	853,19	4	3 412,76
2G3170 REALTIME HIV CALIBRATORS	853,20	4	3 412,80
2G3180 REALTIME HIV CONTROLS	853,19	20	17 063,80
2G3180 REALTIME HIV CONTROLS	853,20	11	9 385,20
4J7024 RNA SAMPLE PREPARATION RTG.	885,60	117	103 615,20
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	6 247,76	79	493 573,04
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	8 273,66	38	314 399,08
6607053 TRICHROME 8/4/3	2 808,00	41	115 128,00
342445 TRITEST CD4/CD8/CD3 W/TRUCOUNT TUBES	2 599,12	1	2 599,12
342445 TRITEST CD4/CD8/CD3 W/TRUCOUNT TUBES	2 608,20	369	962 425,80
A09777 VERSALYSE 100T CE	1 040,04	21	21 840,84
30447 VIDAS HIV DUO QUICK	793,80	15	11 907,00
4J9493 VIROSEQ HIV-1 GENOTYPING KIT	33 246,34	1	33 246,34
4J9493 VIROSEQ HIV-1 GENOTYPING KIT	33 246,35	8	265 970,80
4J9493 VIROSEQ HIV-1 GENOTYPING KIT	33 246,36	13	432 202,68
4J9493 VIROSEQ HIV-1 GENOTYPING KIT	33 246,38	1	33 246,38

4J9493 VIROSEQ HIV-1 GENOTYPING KIT	34 469,59	1	34 469,59
4J9493 VIROSEQ HIV-1 GENOTYPING KIT	34 469,60	13	448 104,80
4J9493 VIROSEQ HIV-1 GENOTYPING KIT	34 469,62	1	34 469,62
4J9492 VIROSEQ SEQUENCING CONSUMABLES PACK	2 460,00	20	49 200,00
RAZEM			5 556 723,79

SZCZEPIONKA	CENA JEDNOSTKOWA	LICZBA OP.	WARTOŚĆ
21.20 Varilrix inj	81,00	7	567,00
21.20 Boostrix Polio 1 amp.-strz. x 0,5ml.	83,03	3	249,09
21.20 Neisvac-C inj. 0,5ml	97,16	30	2 914,80
21.20 Havrix 720 junior 0,5	100,54	66	6 635,64
21.20 Infanrix IPV HIB 0,5	124,55	141	17 561,55
21.20 Nimenrix 0,5ml	148,80	25	3 720,00
21.20 Infanrix Hexa 0,5	182,00	10	1 820,00
21.20 Prevenar inj. 0,5 ml	223,19	32	7 142,08
21.20 Infanrix Hexa 0,5	237,60	15	3 564,00
21.20 Rotarix	280,64	50	14 032,00
21.20 Gardasil	305,64	15	4 584,60
21.20 Bexsero 0,5ml	313,96	48	15 070,08
21.20 Vaxigrip Tetra 10 amp.-strz. x 0,5ml.	396,00	10	3 960,00
21.20 Vaxigrip Tetra 10 amp.-strz. x 0,5ml.	396,01	5	1 980,05
21.20 Engerix B 20mcg	529,60	1	529,60
21.20 Gardasil 9	550,80	6	3 304,80
Razem			87 635,29

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Powyższa tabela zawiera również zakupy leków ze środków niewygasających (budżet z 2018 r.), operacje związane z wymianami leków oraz testów, a także leki otrzymane w ramach umów darowizny.

Tabela 11. Średni miesięczny koszt realizacji Programu (w zł.) w ośrodkach w przeliczeniu na jednego dorosłego pacjenta (tzn. > 18 roku życia) w 2019 roku (stan na 31.12.2019 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	265	25 950,81	2 162,57
2	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	457	28 153,56	2 346,13
3	Szpital Specjalistyczny, ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	1413	28 024,95	2 335,41
4	Centralny Zarząd Służby Więziennej	254	30 410,63	2 534,22

5	Szpital Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia	805	27 217,34	2 268,11
6	Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	1111	29 946,79	2 495,57
7	Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	161	28 647,41	2 387,28
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, im. Wł. Biegańskiego, ul. Kniaziewiczza 1/5, 91 – 347 Łódź	605	25 510,98	2 125,92
9	Szpital Wojewódzki w Opolu, ul. Kośnego, 45-372 Opole	104	26 655,59	2 221,30
10	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	82	24 428,60	2 035,72
11	Wielospecjalistyczny Szpital Miejskim. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Lecznym SPZOZ, ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	611	27 439,75	2 286,65
12	Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	567	26 701,81	2 225,15
13	Wojewódzki Szpital Zakaźny, ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	3975	26 930,17	2 244,18
14	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróznicza 26/28, 53-208 Wrocław	1417	29 129,46	2 427,45
15	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, ul. Koszarowa 5, 51 – 149 Wrocław	394	25 845,13	2 153,76
16	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. ul. Żyty 26, 65-046 Zielona Góra	215	24 753,97	2062,83
Średnia realna wartość realizacji Programu ARV na 1 pacjenta (18+)		12471	27 545,19	2 295,43

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2019 r. średni miesięczny koszt zużytych do terapii leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na 1 miesiąc na jednego pacjenta według aktualnych cen (wyliczenie z 15 schematów –łącznie z produktami leczniczymi wieloskładnikowymi tzw. jednotabletkowymi) wyniósł **2 154,13 zł**. Liczba pacjentów na 15 najczęściej stosowanych schematach w terapii HAART wynosi 9696 tj. 77,75% wszystkich aktualnie leczonych antyretrowirusowo w ramach Programu polityki zdrowotnej MZ).

W ramach powyższych środków w realizacji Programu uwzględniono również:

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

- 40 pacjentów x 3200,00 PLN (uśredniony koszt leków ARV dla jednego pacjenta w pierwszym kwartale 2019 r.) = 128 000,00 zł
- 224 pacjentów x 2250,00 PLN (uśredniony koszt leków ARV dla jednego pacjenta obowiązując od 1 kwietnia 2019 r.) = 504 000,00 zł

Łącznie wydatkowano na PEP wypadkowy pozazawodowy: 632 000,00 zł

b) Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych:

Na koszt profilaktyki zakażeń wertykalnych (porody) składają się następujące części:

1A. Szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży pierwszym kwartale 2019 r.:

- Ciąże zakończone porodem 3 mies. x 3200,00 zł x 26 kobiet = 249 600,00 zł

1B. Szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży od 1 kwietnia 2019 r.:

- Ciąże zakończone porodem 9 mies. x 2250,00 zł x 40 kobiet = 810 000,00 zł
- Pozostałe ciążę średnio 5 mies. x 2250,00 zł x 25 kobiet = 281 250,00 zł

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 66 porodów = 15 510,00 zł

3. Leki dla dzieci urodzonych przez matki HIV+: 1752,00 zł x 66 dzieci = 115 632,00 zł

Łącznie na profilaktykę wertykalną wydatkowano: 1 471 992,00 zł.

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

Przybliżony koszt leczenia ARV 97 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS wyniósł: 2 189 763,36 zł (średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko – wyniósł 22 574,88 zł). Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV.

Koszt leków antyretrowirusowych zużywanych przez dzieci jest uzależniony od masy ciała dziecka liczonej w kilogramach oraz powierzchni ciała dziecka liczonej w m².

Diagnostyka prowadzona u dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS jest droższa, ponieważ dziecko musi mieć częściej wykonywane badania monitorujące leczenie ARV oraz należy szczegółowo monitorować u dziecka skutki uboczne działania leków. Dotyczy to badań uwzględnionych w Programie (wiremia HIV RNA, poziom CD4/CD8, badanie oporności na leki ARV, CCR5, HLA B*5701) ale również innych badań finansowanych dotychczas w ramach kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podsumowanie

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

Zapobieganie, leczenie, opieka i wsparcie są elementami wzajemnie się uzupełniającymi i wzmacniającymi oraz stanowią kontynuację efektywnej reakcji na epidemię HIV/AIDS. Prowadzone od wielu lat działania profilaktyczne dotyczące problematyki HIV/AIDS spowodowały wzrost świadomości na temat dróg zakażeń, ryzykownych zachowań seksualnych. W konsekwencji kompleksowych działań profilaktycznych więcej osób decyduje się na wykonanie testu w kierunku zakażenia HIV. Powoduje to wzrost liczby wykrywanych zakażeń HIV. Często jednak, równocześnie z wykrytym HIV, jest rozpoznawany pełnoobjawowy zespół AIDS. Skojarzone leczenie antyretrowirusowe radykalnie poprawiło rokowanie osób żyjących z HIV, sprawiło, iż infekcja HIV stała się zakażeniem przewlekłym, dającym się kontrolować.

W odniesieniu do realizacji Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” należy zauważyć, że aktualne stany magazynowe na 31 grudnia 2019 roku zapewniały ciągłość leczenia ARV zaledwie na około pierwsze dwa – trzy miesiące 2020 roku. Od 2017 roku procedura prowadzenia postępowań przetargowych, zgodnie z dyspozycją Ministerstwa Zdrowia, została przekazana do Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia.

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 NZ 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), 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 i od samego początku 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 członek Rady.

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).



Northern Dimension
Partnership in Public Health
and Social Well-being
www.ndphs.org

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 osób młodych, szczególnie podatnych 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. Spotkania odbywają się dwa razy w roku. Grupa składa się z ekspertów reprezentujących wszystkich partnerów, a jej pracami od początku 2011 r. kieruje przewodniczący (dr Ali Arsalo z Finlandii), zaś funkcję wiceprzewodniczącego pełni dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS.

Grupa ekspercka Think Tank przy Komisji Europejskiej

EUROPEAN COMMISSION

HEALTH & CONSUMERS DIRECTORATE-GENERAL

Directorate C - Public Health and Risk Assessment



Grupa – the EU HIV/AIDS, viral hepatitis and tuberculosis Think Tank, powstała z inicjatywy rządowej poszczególnych państw i składa się z osób delegowanych przez resorty zdrowia wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej. Jej zadaniem było opracowywanie efektywnych strategii walki z epidemią HIV/AIDS w krajach członkowskich i sąsiadujących z UE. Spotkania grupy odbywały się dwa razy w roku. Polskę reprezentowała dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS. Do udziału w spotkaniach grupy zapraszano gości spoza UE, np. ze Szwajcarii czy Ukrainy, przedstawicieli najważniejszych instytucji, tj. UNAIDS, WHO/Europe, a także reprezentantów organizacji społeczeństwa obywatelskiego. Spotkania Think Tank były forum wymiany doświadczeń między uczestnikami, dającymi możliwość dzielenia się najlepszymi praktykami. Było to także miejsce, w którym ustanawiano rekomendacje dotyczące HIV/AIDS, sposobów na walkę z dyskryminacją i stygmatyzacją, wyznaczano cele działania w zakresie profilaktyki i leczenia. We wrześniu 2019 roku, decyzją Komisji Europejskiej, grupa przestała działać w dotychczasowym kształcie, a tematykę omawianą przez ekspertów włączono do prac Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia UE.

Projekt Joint Action HA-REACT w ramach Trzeciego Programu Działań w Dziedzinie Zdrowia UE na lata 2014-2020

W dniu 1 października 2015 r. został uruchomiony program wspólnych działań Unii Europejskiej na rzecz zapobiegania HIV i ko-infekcjom oraz redukcji szkód (EU Joint Action on HIV and co-infection prevention and harm reduction HA-REACT). Program został formalnie zakończony 31 stycznia 2019 roku, jednak niektóre działania były prowadzone do końca I kwartału 2019.

Działania podejmowane i realizowane w ramach HA-REACT miały na celu ograniczenie występowania liczby nowych przypadków HIV, gruźlicy oraz wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób stosujących środki odurzające w iniekcjach poprzez podniesienie poziomu profilaktyki oraz wdrażanie działań redukcji szkód na terenie Unii Europejskiej. Cel ten jest zgodny z przedmiotowymi planami działań strategicznych Unii Europejskiej, Światowej Organizacji Zdrowia, UNAIDS oraz Biura Narodów Zjednoczonych do spraw Narkotyków i Przestępczości.

Celami częściowymi projektu były:



- Pomoc tym państwom UE, w których występują ograniczenia w prowadzeniu skutecznych, opartych na dowodach naukowych działań profilaktycznych, kierowanych przede wszystkim do osób przyjmujących środki odurzające drogą iniekcji, ale także mężczyzn podejmujących kontakty seksualne z mężczyznami oraz osób świadczących usługi seksualne.
- Zachęcanie wszystkich państw członkowskich UE do realizowania kompleksowych, dobrze opracowanych programów redukcji szkód, będących istotnym elementem strategii poprawy profilaktyki i leczenia HIV, gruźlicy oraz wirusowego zapalenia wątroby.

Krajowe Centrum ds. AIDS uczestniczyło w projekcie jako partner w dwóch pakietach roboczych:

1. WP6 - wzrost dostępu do programów redukcji szkód i kontynuacji leczenia osób stosujących środki odurzające w iniekcjach (w tym zakażonych HIV) i przebywających w zakładach karnych;
2. WP8 - wzmocnienie i zapewnienie zrównoważonej walki z HIV na poziomie krajowym w zakresie dostępności i jakości usług medycznych dla osób stosujących środki odurzające w iniekcjach.

W ramach WP6, w I kwartale 2019 roku przeprowadzono w Krajowym Centrum ds. AIDS trzy szkolenia na temat terapii substytucyjnej (OST) w jednostkach penitencjarnych, w tym dwa dla pracowników pionu penitencyjnego (8-9 stycznia; 10-11 stycznia) i jedno dla pionu medycznego (16 stycznia). Ponadto w dniu 24 stycznia 2019 r., przedstawiciele Centralnego Zarządu Służby Więziennej i przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS wzięli udział w międzynarodowym spotkaniu „Condom summit” we Frankfurcie.

W dniu 21 marca 2019, Krajowe Centrum przekazało do koordynatora projektu HA-REACT końcowy raport finansowy. Wydatki z tytułu finansowania programu HA-REACT wyniosły 71 998,53 zł. W dniu 11 grudnia partnerzy projektu HA-REACT otrzymali od koordynatora (Finnish Institute for Health and Welfare – THL) informację na temat ostatecznego rozliczenia projektu przez Komisję Europejską. Należne kwoty wpłyną na konto koordynatora z Finlandii na przełomie 2019/2020 roku, a następnie zostaną wypłacone poszczególnym beneficjentom, jako tzw. ostatnie transze.

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

W dniu 1 września 2017 w ramach Trzeciego Programu Działań UE w Dziedzinie Zdrowia na lata 2014-2020 rozpoczął się projekt INTEGRATE.



Głównym celem projektu INTEGRATE jest 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 jest dokonanie oceny pracy narzędzi stosowanych przy 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 uczestniczy 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). Działania w ramach programu zostały zaplanowane na lata 2017-2020.

Krajowe Centrum ds. AIDS uczestniczy jako partner wiodący w trzech pakietach roboczych programu, w tym w pakiecie WP8, jako jego wice-lider:

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

W ramach pakietów WP5 i WP6, Krajowe Centrum ds. AIDS, wspólnie z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – PZH i organizacjami pozarządowymi uczestniczy w działaniach pilotażowych, wspierających zintegrowane podejście i wczesną diagnostykę HIV, WZW, gruźlicy i zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz wzrost wykorzystania narzędzi służących testowaniu, a następnie utrzymaniu pacjenta w leczeniu przez placówki świadczące usługi medyczne. Zakres prowadzonych działań obejmuje diagnostykę/testy w kierunku HIV, kiły i WZW C w populacji osób o zwiększonym ryzyku zakażenia, analizę wskaźników monitorowania i możliwości dostosowania ich do istniejących narzędzi gromadzenia danych. Ponadto, ocenę możliwości i barier integracji danych na temat testowania pochodzących z różnych źródeł, m.in. z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych z krajowym i europejskim systemem nadzoru nad chorobami zakaźnymi oraz analizę prawną dotyczącą zintegrowanego testowania w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową m.in. WZW C i kiły, w Polsce.

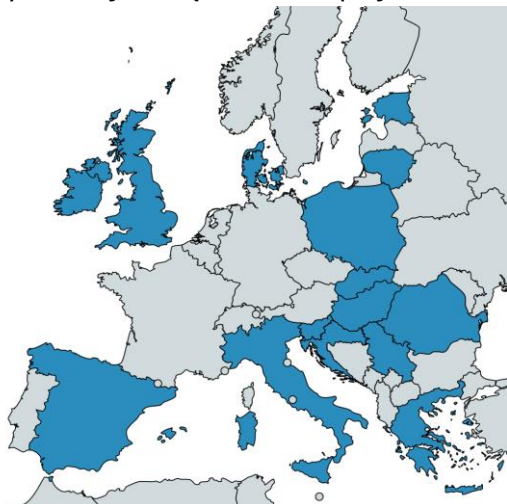
W ramach pakietu WP8, zaplanowano trzy międzynarodowe spotkania z udziałem partnerów programu INTEGRATE oraz narodowych ekspertów zdrowia: w Polsce, we Włoszech i w Estonii. Pierwsze z nich: *Testing in Community and in Healthcare Settings. Understanding needs and barriers for testing and linkage to care for people living with HIV, hepatitis and/or TB*, odbyło się w Warszawie w dniach 17-18 czerwca i dotyczyło możliwości integrowania diagnostyki w kierunku HIV, WZW i gruźlicy w Europie, w tym w Polsce. Omawiano bariery prawne, finansowe i organizacyjne z tym związane. Odwoływano się m.in. do regulacji międzynarodowych w tym Deklaracji Dublińskiej oraz najnowszych wytycznych Unii Europejskiej (Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, ECDC).

Drugie spotkanie miało miejsce w Rzymie w dniach 13-15 listopada. Podsumowano na nim dotychczasowe działania w ramach ośmiu pakietów roboczych oraz zaprezentowano ich ocenę w kontekście założeń projektowych. Omawiano m.in. działania pilotażowe dotyczące testowania w kierunku HIV, wirusowego zapalenia wątroby, gruźlicy i chorób przenoszonych drogą płciową w poszczególnych krajach (w tym: testowanie w placówkach ochrony zdrowia i testy wykonywane samodzielnie w domu). Zaprezentowano wytyczne WHO dotyczące samodzielnego testowania w kierunku HIV – *WHO HIVST Recommendation*. Omawiano tematykę testowania pacjentów w kierunku HIV na podstawie występowania u nich chorób współistniejących z HIV.

Trzecie z zaplanowanych spotkań partnerów projektu INTEGRATE odbędzie się w Estonii w dniach 26-27 maja 2020 r.

Warunkiem uczestnictwa w programie Joint Action jest posiadanie środków finansowych na wkład własny. 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).

Rys 5. Kraje biorące udział w projekcie 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 o 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/TB 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 w podczas Europejskiego Tygodnia Testowania.
- 6) Monitoring testowania w kierunku HIV, WZW oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) oraz 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).

Łączny budżet projektu to 2,4 miliony Euro, w tym przyznany na działania realizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS w ramach Programu INTEGRATE wynosi 69 089,90 EUR, co stanowi równowartość około 290 000 złotych PLN, po przeliczeniu według kursu (1 EUR=4,2 PLN).

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 INTEGRATE dąży do włączania w swe działania nowych państw oraz nowych partnerów w celu zapewnienia synergii oraz długofalowości rezultatów.

W 2019 r. ramach realizacji powierzonych działań, Krajowe Centrum ds. AIDS zrealizowało następujące działania:

- w dniach 17-18 czerwca 2019 roku, we współpracy z europejskimi partnerami programu INTEGRATE zorganizowało w Warszawie międzynarodowe warsztaty regionalne na temat zintegrowanego podejścia do testowania w kierunku HIV, WZW (HCV, HBV), gruźlicy i zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) na poziomie placówek ochrony zdrowia oraz wśród członków społeczności lokalnych (Regional workshop on testing in community and in healthcare settings). Warsztaty były częścią pakietu roboczego WP 8 (Capacity building) programu INTEGRATE, którego Krajowe Centrum jest wiceliderem. Stanowiły one okazję do przyjrzenia się, na jakim etapie procesu integracji działań w ww. obszarach znajdują się obecnie państwa członkowskie Unii Europejskiej (UE) i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) i do jakiego stopnia ich działania pozostają w zgodzie z międzynarodowymi standardami, m.in. z Deklaracją Dublińską oraz europejskimi wytycznymi dotyczącymi testowania w kierunku HIV oraz wzw B i C.

Cele warsztatów:

- Weryfikacja istniejących barier (prawnych, organizacyjnych oraz systemowych) na poziomie instytucji państwowych, placówek ochrony zdrowia oraz społeczności lokalnych (community-based), utrudniających prowadzenie diagnostyki. (testowania).
 - Przyjrzenie się praktykom wdrażanym na poziomie krajowym w zarządzaniu i implementacji zintegrowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz zaproponowanie rozwiązań/działań umożliwiających zintegrowane testowanie na poziomie placówek ochrony zdrowia i na poziomie społeczności lokalnych.
 - Wzmocnienie zdolności państw (w tym Polski) we wdrażaniu zintegrowanych usług dotyczących testowania, włączania i utrzymywania w leczeniu osób nowo zakażonych i żyjących z HIV, WZW, gruźlicą, w tym osób z populacji kluczowych.
- przeprowadzenie pilotażowego testowania w kierunku HIV/HCV/KIŁY stu jeden osób przyjmujących środki odurzające drogą iniekcji przy pomocy kampera będącego własnością Fundacji Edukacji Społecznej (partnera tego działania). Pilotaż prowadzony był w dniach 22-30 listopada 2019 i oprócz testowania przewidywał przeprowadzenie ankiety wśród klientów nt. stosowania przez nich środków odurzających. Raport z przeprowadzonego działania pilotażowego jest dostępny w języku polskim oraz angielskim. To działanie pilotażowe stanowiło część pakietu 5 (WP5): Integrating testing and linkage to care of STIs/HIV/HCV/TB.
 - przeprowadzenie pilotażowego działania mającego na celu mapowanie barier i wyzwań dotyczących integracji zbierania danych epidemiologicznych dot. HIV/HCV/KIŁY. Raport dostępny w języku polskim i angielskim został przygotowany przez partnera tego działania

Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. To działanie pilotażowe stanowiło część pakietu 6 (WP6): Monitoring of HIV, STIs and viral hepatitis testing and linkage to care.

W 2019 roku przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS zaangażowani w prowadzenie działań projektowych uczestniczyli w spotkaniach Komitetu Sterującego projektu, w szczególności dedykowanych opracowaniu dodatkowych wskaźników monitorowania stopnia integracji danych epidemiologicznych. W grudniu 2019 decyzją ECDC nowe wskaźniki wypracowane w ramach działań projektowych zostały włączone do nowej edycji monitorowania realizacji założeń Deklaracji Dublińskiej.

Sprawozdawczość międzynarodowa oraz współpraca z UNAIDS, ECDC, WHO



Eksperci Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczą w pracach łączonych grup eksperckich zajmujących się HIV oraz infekcjami powiązanych z HIV, w tym gruźlicą, działających przy Biurze Regionalnym WHO na Europę oraz przy 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. Eksperci 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 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.

Inne działania

Eksperci Krajowego Centrum ds. AIDS przy współudziale organizacji pozarządowych, uczestniczą w procesie budowania wiedzy na temat walki z HIV/AIDS i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (STI) w Polsce wśród studentów uczestniczących w międzynarodowych/europejskich programach zdrowia publicznego.

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 (PKD)

W 2019 r. została przeprowadzona analiza statystyczna ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno–diagnostycznych, zarówno przez doradców jak i klientów, w roku 2018. Zadanie zrealizowane zostało przez firmę EU-CONSULT sp. z o.o.

Do realizacji zamówienia wykorzystano bazę danych za rok 2018, która zawierała łącznie 37 666 ankiet. Szczegółowej analizie zostały poddane następujące grupy interesantów PKD:

1. Klienci PKD, mężczyźni, którzy zadeklarowali podejmowanie kontaktów seksualnych z mężczyznami (grupa MSM);
2. Klienci PKD, którzy zadeklarowali przyjmowanie środków psychoaktywnych drogą iniekcji (grupa IDU);
3. Klienci PKD, którzy zadeklarowali podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem środków psychoaktywnych;
4. Klienci PKD w wieku poniżej 18 roku życia;
5. Klienci PKD w wieku 18-25 roku życia;
6. Klienci PKD w wieku co najmniej 50 lat;
7. Klienci PKD, kobiety w ciąży;
8. Klienci PKD, którzy otrzymali dodatni wynik w teście potwierdzenia.

Charakterystyka odwiedzających PKD

Klientami PKD są przede wszystkim mężczyźni (64,18%). Większość spośród klientów PKD w 2018 roku to osoby w wieku pomiędzy 20 a 39 rokiem życia., przy czym blisko połowa to osoby w wieku 20-29 lat. Osoby nieletnie stanowią znikomy odsetek klientów PKD, co związane może być z koniecznością udania się do PKD wraz z opiekunem prawnym.

Uwzględniając narodowość, PKD odwiedzają w przeważającej większości Polacy (odsetek osób innej narodowości wyniósł niespełna 3% (2,86%). W podziale na miejsce zamieszkania większość odwiedzających PKD to osoby zamieszkujące obszary miejskie. Osoby z obszarów wiejskich w 2018 r. stanowiły 23,22% ogółu klientów Punktów.

Klienci PKD, niezależnie od płci, zadeklarowali posiadanie przede wszystkim partnerów heteroseksualnych oraz utrzymujących kontakty seksualne z wieloma osobami. Partnerów heteroseksualnych częściej deklarowały kobiety, zaś partnerów homoseksualnych – mężczyźni. Z usług osób oferujących usługi seksualne w zamian za pieniądze korzystali w większości mężczyźni.

Osoby odwiedzające PKD posiadały zróżnicowaną liczbę partnerów seksualnych w ciągu życia. Ponad połowa klientów zadeklarowała posiadanie 2-5 partnerów, przy czym odsetek ten był znacznie mniejszy wśród kobiet, niż wśród mężczyzn. W przypadku partnerów stałych w przeciągu roku poprzedzającego wizytę w PKD deklarowano przede wszystkim posiadanie jednego partnera (ok. 88% - brak zróżnicowania ze względu na płeć). W przypadku partnerów niestałych w roku poprzedzającym wizytę w PKD deklarowano od 1 do 5 partnerów niestałych (przygodnych), przy czym posiadanie większej liczby partnerów niestałych zadeklarowali mężczyźni, niż kobiety. Odnosząc się do stosowania prezerwatyw przez klientów PKD należy zaznaczyć, że są one stosowane przede wszystkim podczas kontaktów waginalnych. Nieco rzadziej odnotowano stosowanie prezerwatyw w trakcie stosunków oralnych. Wykorzystanie tego środka zabezpieczającego jest dużo niższe w przypadku kontaktów analnych.

Spośród ogółu klientów PKD 42,64% osób wskazało, że w przeszłości wykonywało test w kierunku HIV. W większości test ten wykonywały osoby powyżej 20 roku życia. Wśród osób z młodszych grup wiekowych odsetek ten był znikomy. Większość spośród osób, które potwierdziły wykonywanie testów w przeszłości wskazała, że test wykonywała jednokrotnie. Wśród osób, które wykonywały test więcej, niż 6 razy, dominowali mężczyźni. Osoby wykonujące w przeszłości test wskazywały, że czyniły to przede wszystkim w PKD (trzech na czterech klientów Punktów). Wśród głównych powodów wykonywania testów wskazano podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych oraz skierowanie przez lekarza. Pozostałe powody posiadały dużo mniejszy odsetek wskazań. Deklaracje klientów PKD dotyczące powodów wykonania testu pokrywają się z powodami wskazywanymi przez doradców pracujących w PKD.

Mężczyźni deklarujący kontakty seksualne z mężczyznami

Mężczyźni zaliczani do grupy MSM stanowią 26,76% ogółu klientów PKD. Ich odsetek spadł względem lat 2015-2017. Największy ich odsetek znajduje się w grupie wiekowej 20-29 lat, a następnie 30-39 lat (odpowiednio 47,97% i 31,69%). Podobnie, jak w ogólnej liczbie klientów PKD, największy odsetek MSM zamieszkuje obszary miejskie i posiada narodowość polską. Mężczyźni ci wykonywali badania przede wszystkim w największych PKD w kraju (w pierwszej piątce PKD, które odwiedzili MSM znajdują się trzy PKD z Warszawy, jeden z Krakowa oraz jeden z Wrocławia).

Mężczyźni ci przede wszystkim podejmują kontakty analne i oralne – częstość podejmowania tego typu stosunków jest większa, niż w przypadku ogółu mężczyzn oraz ogółu klientów PKD. Mężczyźni z grupy MSM, częściej niż ogół mężczyzn zgłaszających się do PKD oraz częściej, niż ogół klientów PKD deklarują stosowanie prezerwatyw.

Wśród partnerów seksualnych tej grupy mężczyzn znajdują się przede wszystkim osoby homoseksualne oraz utrzymujące kontakty seksualne z wieloma partnerami (odpowiednio 42,94% oraz 23,15%).

Mężczyźni z tej grupy posiadali w ciągu życia większą liczbę partnerów niż mężczyźni ogółem oraz klienci PKD ogółem. Deklarowana liczba partnerów seksualnych rosła wraz z wiekiem klientów PKD z tej grupy. W ciągu roku poprzedzającego wizytę w Punkcie mężczyźni z grupy MSM zadeklarowali posiadanie 1 partnera seksualnego (86,95%). Liczba posiadanych partnerów niestałych w grupie MSM w ciągu roku poprzedzającego jest wyższa niż w przypadku partnerów

stałych. Mężczyźni ci deklarowali posiadanie 2-5 partnerów (53,86%). Co trzeci mężczyzna z tej grupy (28,26%) zadeklarował zaś posiadanie większej liczby partnerów, niż pięciu.

Mężczyźni z tej grupy w większości wskazali, że w przeszłości wykonywali test w kierunku HIV jednokrotnie. Należy wskazać, że na tle ogółu klientów PKD z 2018 roku zakażenie HIV w grupie MSM jest wyższe i wynosi 3,73%. Podobnie jak w przypadku ogółu klientów PKD głównym powodem wykonania testów wśród tej grupy było podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych. Mężczyźni z tej grupy wykonywali również testy, jako powód wskazując ciekawość. Wizyta w PKD w odniesieniu do tej grupy nastąpiła w okresie 3-12 miesięcy od wystąpienia ryzykownej sytuacji sprzyjającej zakażeniu, co pokrywa się z czasem wizyty ogółu klientów PKD. Mężczyźni z grupy MSM częściej niż ogół klientów PKD podejmowali kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych stosowanych w iniekcjach.

Osoby, które zadeklarowały przyjmowanie środków psychoaktywnych drogą iniekcji (grupa IDU)

Osoby zażywające narkotyki drogą iniekcji stanowią 1,22% ogółu klientów PKD, częściej są to mężczyźni niż kobiety. Odsetek osób deklarujących to spadł względem lat 2015-2017. Blisko 40% osób, które zadeklarowały przyjmowanie substancji drogą iniekcji, zadeklarowały również podejmowanie pod ich wpływem kontaktów seksualnych. Częściej w tej grupie występowały mężczyźni niż kobiety. W podziale na grupy wiekowe największy odsetek takich osób znajdował się wśród klientów mających od 20 do 29 lat. Podobnie, jak w przypadku ogólnej liczby klientów PKD, większość osób z tej grupy stanowiły osoby z terenów miejskich, posiadające narodowość polską.

Przyjmowanie substancji psychoaktywnych inną drogą niż poprzez iniekcje zadeklarowało 15,79% klientów PKD; w większości byli to mężczyźni (71,81%), najczęściej w wieku 20-29 lat. Wśród tej grupy osób najpopularniejszymi substancjami psychoaktywnymi były marihuana/haszysz, amfetamina i kokaina. Preferowany przez te osoby sposób przyjmowania substancji to wciąganie. Biorąc pod uwagę rodzaj przyjmowanych substancji należy wskazać, że substancje psychoaktywne poprzez iniekcje oraz inne substancje (np. leki przyjmowane w celu odurzenia się) stosuje więcej mężczyzn niż kobiet. Środki psychoaktywne przyjmowane są częściej przez osoby młode (do 20 roku życia), zaś inne substancje przez osoby powyżej 20 roku życia.

Używanie wspólnych igieł oraz strzykawek w celu dokonywania iniekcji zadeklarowały przede wszystkim osoby w wieku 20-29 lat oraz 30-39 lat. Współdzielenie sprzętu do dokonywania iniekcji z innymi osobami deklarowali częściej mężczyźni niż kobiety.

Osoby z grupy IDU to przede wszystkim osoby o orientacji heteroseksualnej; znajduje to odzwierciedlenie w rodzajach podejmowanych przez tę grupę stosunków seksualnych – przede wszystkim (67,61%) są to stosunki waginalne. W grupie tej stosunki analne cieszą się niewielkim powodzeniem. Osoby z tej grupy częściej niż ogół klientów PKD stosują prezerwatywy – niezależnie od rodzaju podejmowanych stosunków seksualnych. Podobnie, jak w przypadku ogółu klientów PKD, osoby z grupy IDU zadeklarowały, że ich partnerzy to przede wszystkim osoby heteroseksualne oraz utrzymujące kontakty seksualne z wieloma partnerami. Osoby te deklarowały większą liczbę partnerów seksualnych zarówno w ciągu trwania życia, jak też w roku poprzedzającym wizytę w Punkcie, niż ogół klientów PKD – dotyczy to zarówno partnerów stałych, jak i przegodnych.

Osoby z grupy IDU deklarowały wykonanie testu na obecność wirusa HIV w przeszłości przede wszystkim jednokrotnie. Deklarowane przez nich wartości dotyczące liczby przeprowadzonych w przeszłości testów na HIV są zbliżone do deklaracji ogółu klientów PKD. Testy były w przeszłości wykonywane przede wszystkim w PKD. Jednocześnie, dużo częściej niż w przypadku ogółu klientów testy takie wykonywane były w szpitalu lub przychodni NFZ.

Podobnie, jak w przypadku ogółu klientów PKD, powodem wykonania testów były ryzykowne kontakty seksualne. Osoby z tej grupy dużo częściej niż ogół klientów PKD podejmują kontakty seksualne pod wpływem środków psychoaktywnych, zarówno stosowanych w iniekcjach, jak też w innych formach (brak różnic pomiędzy odsetkiem deklaracji kobiet i mężczyzn). Podejmowanie kontaktów pod wpływem alkoholu również w przypadku tej grupy jest częstsze niż w przypadku ogółu klientów PKD. Większą częstotliwość zadeklarowali mężczyźni niż kobiety. Największy odsetek osób, które podejmują ryzykowne kontakty seksualne pod wpływem alkoholu, to osoby poniżej 18 roku życia.

Warto również wskazać, że wśród osób z grupy IDU obserwowana jest większa częstotliwość zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową – wśród ogółu klientów PKD wartość ta wynosi 7,38%, zaś w grupie IDU – 10,00%.

Osoby, które zadeklarowały podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem środków psychoaktywnych

W grupie osób, które zadeklarowały podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem środków psychoaktywnych, dominują mężczyźni – jedynie jedna na cztery osoby, które to zadeklarowały, to kobieta. Największy odsetek takich osób znajduje się w grupie wiekowej 20-29 lat (41,81%). Podobnie, jak większość klientów PKD, osoby te zamieszkują przede wszystkim obszary miejskie oraz posiadają narodowość polską. W przypadku tej grupy osób kontakt z PKD następuje najczęściej w okresie 3-12 miesięcy od wystąpienia ryzykownej sytuacji sprzyjającej zakażeniu.

Kobiety z tej grupy deklarują się przede wszystkim jako hetero- i biseksualistki, zaś mężczyźni – zarówno jako homo- jak i heteroseksualiści. Z uwagi na duże zróżnicowanie orientacji seksualnej osób z tej grupy zróżnicowane są również rodzaje podejmowanych kontaktów seksualnych. Klienci PKD, którzy zadeklarowali podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem środków psychoaktywnych w większości, niezależnie od rodzaju podejmowanego stosunku seksualnego, zadeklarowali stosowanie prezerwatyw, jednak nie wskazali tego jako elementu niezbędnego do podjęcia kontaktu seksualnego.

W grupie tej zauważa się duże zróżnicowanie partnerów seksualnych – przede wszystkim są to osoby heteroseksualne, posiadające wielu partnerów, homoseksualne, biseksualne bądź obcokrajowcy.

Odnosząc się do liczby partnerów seksualnych osób z tej grupy wskazać należy, że osoby deklarujące podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem środków psychoaktywnych częściej, niż ogół klientów PKD deklarowały posiadanie w ciągu życia większej niż 10 liczby partnerów. Większą liczbę partnerów deklarowali zazwyczaj mężczyźni. Większość osób z tej grupy zadeklarowała posiadanie partnera seksualnego w przeciągu roku poprzedzającego wizytę w PKD (odpowiednio 61,86% - partner stały oraz 70,95% - partner przygodny). Najczęściej deklarowano posiadanie 1 partnera stałego oraz 2-5 partnerów przygodnych w roku poprzedzającym wypełnienie ankiety.

Osoby, które zadeklarowały wykonanie w przeszłości testu w kierunku HIV wskazywały na zróżnicowaną liczbę wykonanych testów – najczęściej wskazywano na 1 test, jednak znaczny odsetek wskazał również na większą liczbę przeprowadzanych w przeszłości badań. Testy najczęściej były wykonywane, podobnie, jak w przypadku ogółu klientów, w PKD. Wyjątek stanowi grupa osób nieletnich, które testy wykonywały przede wszystkim w przychodni/szpitalu NFZ. Jako powody wykonania testu wskazano przede wszystkim podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych, co znalazło potwierdzenie w opinii doradców pracujących w PKD.

Deklaracje te nie odbiegają od powodów wykonania testów wśród ogółu klientów odwiedzających Punkty w 2018 r.

W badanej grupie osób kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych występowały częściej w przypadku mężczyzn niż kobiet (74,02% wobec 25,98%).

Zachorowalność na choroby przenoszone drogą płciową w tej grupie osób była wyższa, niż w przypadku ogółu klientów PKD (16,95% wobec 7,38%). Odnotowano nieco wyższy odsetek zachorowalności wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

Osoby w wieku poniżej 18 roku życia (niepełnoletnie)

Osoby w wieku poniżej 18 roku życia stanowiły znikomy odsetek osób, które odwiedziły PKD w 2018 roku. Niski odsetek osób nieletnich wśród ogółu klientów obserwuje się również w poprzednich latach. Podobnie, jak wśród ogółu klientów PKD, wśród osób nieletnich dominowały osoby narodowości polskiej, zamieszkujące obszary miejskie. Osoby nieletnie, podobnie, jak ogół klientów PKD, zgłaszały się do PKD w okresie 3-12 miesięcy od wystąpienia ryzykownej sytuacji, sprzyjającej zakażeniu (brak różnicowania pomiędzy odsetkiem deklaracji kobiet i mężczyzn).

Osoby nieletnie zadeklarowały, że w ich życiu występowały sytuacje sprzyjające zakażeniu. Wskazywano przede wszystkim na przyjmowanie środków psychoaktywnych w formie innej niż poprzez iniekcje (35,8%, wartość wyższa wśród mężczyzn, niż wśród kobiet), podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem narkotyków (18,52%, wartość wyższa wśród kobiet, niż wśród mężczyzn) oraz pod wpływem alkoholu (17,28%, wartość wyższa wśród kobiet, niż wśród mężczyzn).

Osoby nieletnie deklarowały się przede wszystkim jako heteroseksualiści. Deklaracje takie były składane częściej przez kobiety niż przez mężczyzn. Jednocześnie, co piąty mężczyzna z tej grupy zadeklarował się jako homoseksualista.

Osoby nieletnie podejmowały przede wszystkim kontakty seksualne waginalne oraz oralne. 100% osób z tej grupy zadeklarowało niestosowanie prezerwatyw podczas stosunków oralnych, zaś ponad 40% wskazało, że nie stosuje prezerwatyw w trakcie kontaktów waginalnych. Osoby nieletnie wskazały, że wśród ich partnerów seksualnych znajdują się przede wszystkim osoby heteroseksualne, jak też homoseksualne i posiadające wielu partnerów. Osoby nieletnie mają mniejszą liczbę partnerów seksualnych niż ogół klientów PKD, co jest wynikiem ich młodego wieku. Młode kobiety częściej niż młodzi mężczyźni posiadały w przeszłości tylko jednego partnera seksualnego, co stanowi większy odsetek niż w latach 2015-2017.

Wśród osób nieletnich zanotowano niższy niż w przypadku ogółu klientów PKD odsetek osób deklarujących wykonywanie w przeszłości testów na obecność wirusa HIV. Wykonanie testów w przeszłości zadeklarowała co dziesiąta osoba poniżej 18 r.ż. (11,29%). Żadna z osób z tej grupy nie wykonała testu więcej niż 3 razy. Osoby nieletnie wykonywały w przeszłości testy przede wszystkim w PKD oraz przychodni/szpitalu NFZ.

Jako powód wykonania testu osoby nieletnie wskazywały przede wszystkim podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych, ciekawość oraz kontakt z krwią. W przypadku 7,23% nieletnich powodem była ciąża.

Analizując ryzykowne sytuacje, z jakimi kontakt miały osoby poniżej 18 r.ż. wskazać należy na podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem substancji psychoaktywnych w innej formie niż iniekcje (wartość o blisko 4 punkty procentowe wyższa niż w przypadku ogółu klientów PKD). Odsetek osób nieletnich, które zadeklarowały podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem substancji psychoaktywnych stosowanych w iniekcjach oraz pod wpływem alkoholu jest niemal taki sam, jak dla ogółu klientów PKD. Na ryzykowne sytuacje częściej narażają się nieletni

mężczyźni niż nieletnie kobiety. Odsetek osób, które mają choroby przenoszone drogą płciową jest niższy, niż wartość dla ogółu populacji klientów PKD (2,53% wobec 7,38%).

Osoby w wieku 18-25 roku życia

Osoby z grupy wiekowej 18-25 lat stanowią 31,54% całej badanej populacji. Osoby w tym wieku, podobnie, jak ogół badanej populacji, zamieszkują głównie w miastach oraz posiadają narodowość polską. Kontakt z PKD w celu wykonania testu nastąpił w okresie 3-12 miesięcy od wystąpienia ryzykownej sytuacji sprzyjającej zakażeniu wirusem.

W grupie tej występują przede wszystkim stosunki waginalne oraz oralne. Stosunki waginalne częściej deklarowały kobiety. W przypadku stosunków oralnych odsetek mężczyzn i kobiet deklarujących te stosunki jest zbliżony. W grupie tej w znacznej większości zaprzeczono stosowaniu prezerwatyw. Prezerwatywy stosowane są jedynie w odniesieniu do stosunków analnych i wykorzystywane są sporadycznie. Osoby należące do tej grupy wiekowej wykazały, że w ciągu życia posiadały najczęściej 2-5 partnerów seksualnych – częstość wskazywania tej odpowiedzi była wyższa w przypadku kobiet niż mężczyzn. Mężczyźni wskazywali średnio większą liczbę partnerów niż kobiety.

Wśród osób w wieku 18-25 lat dominowali partnerzy seksualni o orientacji heteroseksualnej, posiadający wielu partnerów seksualnych oraz osoby homoseksualne. W tej grupie wiekowej jedynie 31,88% osób wykonywało w przeszłości test w kierunku HIV. Wśród osób, które wykonywały testy, największy odsetek zadeklarował jednokrotne wykonanie badania w przeszłości. Wykonanie badania deklarowano przede wszystkim w PKD oraz punkcie krwiodawstwa. Wśród osób w wieku 18-25 lat zachorowalność na STI jest niższa niż dla ogółu populacji klientów PKD (6,64% wobec 7,38% wśród ogółu klientów PKD).

Osoby w wieku co najmniej 50 lat

Osoby w wieku co najmniej 50 lat stanowią 4,97% populacji klientów PKD. Podobnie, jak w całej populacji, również w tej grupie większość osób stanowią mężczyźni. Podobnie również, jak w przypadku ogółu klientów PKD, większość spośród osób w wieku co najmniej 50 lat stanowią osoby narodowości polskiej, zamieszkujące w miastach. W przypadku osób z grupy 50+ pomiędzy ryzykowną sytuacją a zgłoszeniem się do PKD mijało zazwyczaj 3-12 miesięcy. Zauważa się niewielkie różnice w podziale na płeć. W przypadku mężczyzn od wystąpienia ryzykownej sytuacji, do czasu zgłoszenia się do PKD mija nieco krótszy okres niż w przypadku kobiet.

Osoby w wieku co najmniej 50 lat częściej, niż ogół klientów PKD deklarowali podejmowanie zróżnicowanych form stosunków seksualnych. W przypadku kontaktów waginalnych oraz analnych (zarówno aktywnych, jak i pasywnych) osoby w wieku 50+ częściej, niż ogół klientów PKD deklarowali stosowanie prezerwatyw. W przypadku kontaktów analnych zaobserwowano jednak rzadsze stosowanie prezerwatyw. Dominująca większość osób z grupy 50+ deklarowała posiadanie w ciągu życia partnera seksualnego o orientacji heteroseksualnej. Blisko 40% badanych wskazało również, że utrzymywało kontakty z osobami mającymi wielu partnerów. Mniejszy odsetek osób zadeklarował posiadanie partnerów homoseksualnych, obcokrajowców, biseksualistów, osób oferujących usługi seksualne za pieniądze bądź osób z populacji HIV+. Znikomy odsetek osób w wieku 50+ zadeklarował posiadanie partnerów seksualnych przyjmujących IDU. Podobnie, jak w przypadku ogółu klientów PKD, większość osób zadeklarowała posiadanie w ciągu życia 2-5 partnerów seksualnych.

35,60% osób z grupy 50+ zadeklarowało wykonywanie w przeszłości testu na obecność wirusa HIV. Zazwyczaj deklarowano wykonanie w przeszłości jednego testu na obecność wirusa HIV.

Wartości odnotowane w grupie osób 50+ były zbliżone do tych zaobserwowanych wśród ogółu klientów PKD. Testy, podobnie, jak w przypadku ogółu klientów PKD osoby 50+ wykonywały przede wszystkim w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, zaś jako powód wskazywało podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych. Warto nadmienić, że w grupie osób 50+ rzadziej, niż w przypadku ogółu klientów PKD odnotowywano pozytywny wynik testu (0,33% w grupie osób z grupy 50+ wobec 0,47% wśród ogółu klientów PKD).

Kobiety w ciąży

Kobiety w ciąży stanowią 4,39% ogółu klientów PKD oraz 12,26% wszystkich zgłaszających się do PKD kobiet. Kobiety w ciąży pochodzą przede wszystkim z grup wiekowych 20-29 oraz 30-39 lat. Niewielki odsetek kobiet w ciąży stanowią osoby nieletnie oraz 18-19-letnie, a także co najmniej 40-letnie. W przypadku kobiet w ciąży okres od wystąpienia ryzykownej sytuacji sprzyjającej zakażeniu do czasu zgłoszenia się do PKD w większości przypadków wynosił 3-12 miesięcy (podobnie, jak w przypadku ogółu klientów PKD). W poszczególnych grupach wiekowych okres ten był zróżnicowany. Osoby do 19 roku życia zgłaszały się do PKD również w przeciągu tygodnia od wystąpienia takiej sytuacji. W grupie wiekowej 20-29 oraz 30-39 lat odnotowano zróżnicowany czas od wystąpienia ryzykownej sytuacji do czasu zgłoszenia się do Punktu.

Kobiety w ciąży deklarowały przede wszystkim orientację heteroseksualną (99,15%). Znajduje to odzwierciedlenie wśród rodzajów podejmowanych kontaktów seksualnych – ta grupa kobiet podejmuje przede wszystkim stosunki waginalne. W tej grupie zanotowano również niewielką skłonność do stosowania prezerwatyw. Partnerzy seksualni kobiet w ciąży to głównie osoby heteroseksualne oraz mające wielu partnerów.

Większość kobiet w ciąży wskazywała, że w ciągu roku poprzedzającego wizytę w PKD posiadały przede wszystkim partnerów stałych. Kobiety te wskazywały głównie na posiadanie jednego partnera – posiadanie więcej niż jednego partnera w ciągu roku poprzedzającego wizytę w PKD potwierdziło jedynie 1,30% kobiet w ciąży. Posiadanie partnerów przygodnych potwierdziło jedynie 1,35% kobiet w ciąży.

Blisko 45% kobiet w ciąży w przeszłości nie wykonywało testów w kierunku HIV. Kobiety, które wykonywały w przeszłości testy na HIV wskazywały, że czyniły to jednokrotnie bądź 2-3 krotnie. Badanie w przeszłości wykonywały przede wszystkim w PKD.

Powodem wykonania testów przede wszystkim było – podobnie jak w przypadku większości osób odwiedzających PKD – podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych. Najwyższy odsetek deklaracji przyjmowania substancji psychoaktywnych zanotowano wśród kobiet w ciąży w wieku 20-29 lat. Należy jednak wskazać, że kobiety w ciąży relatywnie rzadko, na tle pozostałych badanych grup, narażały się na sytuacje, w których możliwe było zakażenie wirusem. Jedynie 1,69% kobiet w ciąży zadeklarowało wystąpienie ryzykownych sytuacji (kontakty seksualne pod wpływem środków psychoaktywnych w iniekcjach, substancji przyjmowanych w innych formach oraz alkoholu).

Osoby, które otrzymały dodatni wynik w teście potwierdzenia

Osoby, które otrzymały dodatni wynik testu (dalej: osoby HIV+) stanowią 1,08% wszystkich klientów PKD w 2018 roku. Znaczna większość osób, które otrzymały dodatni wynik testu, to mężczyźni (92,84%). Osoby z dodatnim wynikiem testu na HIV to przede wszystkim klienci PKD z grupy wiekowej 20-29 lat. Osoby z populacji HIV+ zamieszkują głównie w miastach oraz mają obywatelstwo polskie. Podobnie jak ogół populacji, osoby takie zgłaszają się do PKD

w przeciągu 3-12 miesięcy od zaistnienia sytuacji ryzykowej sprzyjającej zakażeniu (kontakt z PKD szybciej następuje w przypadku kobiet – 3-4 tygodnie).

W przypadku osób HIV+ odnotowano niższy niż w przypadku ogółu klientów PKD oraz populacji HIV- odsetek osób deklarujących współdzielenie sprzętu do dokonywania iniekcji. Odsetek osób deklarujących zażywanie substancji psychoaktywnych drogą iniekcji jest jednak wyższy niż w przypadku ogółu klientów PKD (niższy jest za to odsetek osób HIV+ przyjmujących substancje psychoaktywne inną drogą, niż poprzez iniekcje). Osoby, które otrzymały dodatni wynik w teście potwierdzenia częściej deklarowały występowanie sytuacji ryzykownych (seks pod wpływem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych).

Zachorowalność na choroby przenoszone drogą płciową w populacji osób HIV+ jest znacznie wyższa niż w przypadku ogółu klientów PKD (19,75% wobec 7,38%).

Osoby z populacji HIV+ deklarowały podejmowanie różnorodnych form kontaktów seksualnych. Deklarowały również sporadyczne używanie prezerwatyw. Z uwagi na zróżnicowanie tej grupy również partnerzy osób HIV+ są różnorodni (osoby homo-, bi- i heteroseksualne, mające wielu partnerów, osoby z grupy HIV+, obcokrajowcy, sex workers). Deklarowana przez osoby z grupy HIV+ liczba partnerów seksualnych w ciągu życia była zbliżona do liczby deklarowanej przez ogół klientów PKD. W przeciągu minionego roku zarówno kobiety, jak i mężczyźni deklarowali przede wszystkim posiadanie stałych partnerów seksualnych. Kobiety z grupy HIV+ zadeklarowały posiadanie 1 partnera stałego (100% wskazań), mężczyźni w ponad 90% także zadeklarowali posiadanie jednego partnera. Wśród populacji HIV+ zauważalna jest również większa częstotliwość wykonywania w przeszłości testów w kierunku HIV (przede wszystkim w grupie mężczyzn). Osoby z grupy HIV+ częściej wykonywały po oknie serologicznym test w przychodniach, szpitalach lub prywatnych laboratoriach, niż ogół klientów PKD. Rzadziej wykonywały test w PKD.

Mężczyźni z grupy MSM, którzy otrzymali dodatni wynik testu w kierunku HIV częściej niż ogół klientów PKD deklarowali posiadanie stałego partnera seksualnego w przeciągu roku poprzedzającego badanie (ponad 90% mężczyzn wskazało na posiadanie jednego partnera). Liczba partnerów w ciągu życia w wielu przypadkach była jednak wyższa niż wartość deklarowana przez ogół klientów PKD.

Prognozy zachorowalności

Prognozy wskazują na spadek odsetka osób zakażonych HIV ogółem w perspektywie do 2021 roku, jednak zarówno wśród kobiet ogółem, jak i wśród mężczyzn ogółem wartość ta nie ulegnie zmianie. Stagnacja nastąpi również w odniesieniu do klientów PKD z grupy IDU. Należy jednak wskazać, że analiza danych z lat 2015-2018 pozwala na stwierdzenie, że zachorowalność wśród kobiet w ciąży ulegnie zmniejszeniu. Wzrost zachorowalności będzie zaś dotyczył osób z grupy MSM.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza pozwoliła na zauważenie szeregu zjawisk, które wpływają na zachorowalność na HIV. W większości klientami PKD są mężczyźni, głównie są to osoby zamieszkujące obszary miejskie, posiadające narodowość polską. W przeważającej większości są to osoby w wieku 20-39 lat. Osoby nieletnie stanowią niewielki odsetek wszystkich klientów PKD. Liczba osób odwiedzających PKD skokowo wzrasta po osiągnięciu przez potencjalnych klientów pełnoletności. Obserwuje się wyższą zachorowalność wśród mężczyzn, zwłaszcza wśród mężczyzn z grupy MSM. Należy również zauważyć, że zakażeniu HIV często towarzyszy występowanie chorób przenoszonych drogą płciową. Jednocześnie obserwuje się niewielki poziom

wiedzy, przede wszystkim wśród młodszej grupy wiekowej, w zakresie świadomości zapobiegania ryzyku zakażenia HIV. W grupie tej zaś występuje więcej ryzykownych kontaktów seksualnych, często bez stosowania zabezpieczeń.

Zaobserwowane tendencje mogą stanowić pole do przyszłych działań Krajowego Centrum ds. AIDS w zakresie, w którym obserwuje się takie zapotrzebowanie. W wyniku analizy rekomenduje się, co zostało podniesione już we wcześniejszych raportach, wprowadzenie zmian legislacyjnych umożliwiających wizyty w PKD osób niepełnoletnich – obecnie wymagane jest zgłoszenie się do Punktu wraz z opiekunem, co powoduje, że odsetek osób niepełnoletnich zgłaszających się na badanie jest niewielki, co niekoniecznie świadczy o niewielkim stopniu zachorowalności.

Zaleca się także dalsze propagowanie przez PKD działań edukacyjno-informacyjnych, które mogą zwiększyć świadomość o samym wirusie HIV, ale przede wszystkim o unikaniu zagrożeń. Obserwowany jest niewielki odsetek osób stosujących prezerwatywy, przede wszystkim w najmłodszej grupie wiekowej. Działania z zakresu przeciwdziałania zakażeniom HIV powinny być skierowane przede wszystkim (lecz nie tylko) do osób w wieku poniżej 30 roku życia – w tej grupie obserwowany jest bowiem największy odsetek osób deklarujących podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych, np. kontaktów z osobami tej samej płci bez zabezpieczenia, kontaktów pod wpływem alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych.

Działania skoncentrować należy na działaniach zmierzających do zmniejszenia ryzyka w sytuacjach sprzyjających zakażeniu wirusem HIV. Nie należy spodziewać się, że osoby młode przestaną podejmować próby kontaktów seksualnych pod wpływem środków psychoaktywnych bądź z osobami tej samej płci, jednak można wpłynąć na stosowanie przez te osoby odpowiednich zabezpieczeń – np. używanie prezerwatyw bądź stosowanie jednorazowych igieł i strzykawek do iniekcji. Biorąc pod uwagę takie cele możliwe będzie zmniejszenie odsetka osób zakażonych HIV w przyszłości.

Przeprowadzone analizy wskazują na kilka zasadniczych kierunków działania, jakie należy podjąć. Koncentrują się one wokół następujących działań:

- Prowadzenie dalszych działań informacyjno-edukacyjnych, uświadamiających osobom nieletnim niebezpieczeństwa wynikające z ryzykownych kontaktów seksualnych oraz braku stosowania prezerwatyw.
- Kontynuowanie działań informacyjno-edukacyjnych, uświadamiających osobom przyjmującym substancje psychoaktywne ryzyko wiążące się ze współdzieleniem sprzętu (np. igieł, strzykawek) z innymi osobami.
- Zwiększenie zakresu działań zmierzających do wprowadzenia zmian legislacyjnych polegających na obniżeniu wieku, w którym możliwe jest wykonanie testu w kierunku HIV bez obecności opiekuna prawnego.
- Pomimo wysokiej świadomości mężczyzn z grupy MSM na temat konieczności podejmowania działań profilaktycznych, zmniejszających ryzyko zakażenia HIV należy w dalszym ciągu inicjować akcje promujące i uświadamiające, przede wszystkim wśród młodszych grup wiekowych.

Należy przy tym wskazać, że nie jest to jednak wyczerpujący katalog działań, a jedynie propozycja kierunków działań.

Monitoring prasy

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

W 2019 r. na łamach prasy i w Internecie ukazały się 19 832 publikacje, które w sposób bezpośredni lub pośredni poruszały tematykę HIV/AIDS, innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz zakażeń związanych z wirusowym zapaleniem wątroby. Monitoringiem objęte były 803 tytuły prasowe. HIV/AIDS dotyczyło 244 artykuły prasowe.

Elektroniczna Baza Monitoringowa

Elektroniczna Baza Monitoringowa (EBM) służy do katalogowania i przeglądania zadań, które są planowane i realizowane w ramach *Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS*.

W systemie gromadzone są dane dotyczące 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, 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.

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 (IBL). Została ona utworzona w celu usprawnienia kontroli systemu dystrybucji leków i 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 rozliczaniem ilościowym i wartościowym leków ARV, testów diagnostycznych i szczepionek przez ośrodki prowadzące terapię ARV w ramach realizacji Programu oraz zebranie podstawowych danych statystycznych na temat leczenia, analiz merytorycznych i finansowych.

IBL 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.

8. INFORMACJE O ŚRODKACH FINANSOWYCH BĘDĄCYCH W DYSPOZYCJI KRAJOWEGO CENTRUM DS. AIDS, PRZEZNACZANYCH NA ZAPOBIEGANIE I ZWALCZANIE AIDS W 2019 R.

Działania były realizowane, przez Krajowe Centrum ds. AIDS, zgodnie z *Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanym na lata 2017–2021*.

Tabela 12. Środki finansowe wydatkowane w 2019 r.

85152 - zadania bieżące (utrzymanie i funkcjonowanie biura)	3 257 711,91 zł
85152 – zadania zlecane	3 109 301,22 zł
Projekt HA-REACT (finansowanie)	71 998,53 zł
Projekt INTEGRATE (współfinansowanie i finansowanie)	125 741,21 zł
85149 – Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce	318 799 048,90 zł
85149 – Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce	54 698 234,59 zł*

* środki przeznaczone na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021”, zgłoszone do wydatków niewygasających z końcem 2018 r. z terminem realizacji do 31 marca 2019 r. Ww. środki zostały wydatkowane w I kwartale 2019 r.

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Działalność Krajowego Centrum ds. AIDS w 2019 r. finansowana była 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 zlecane 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 2019 r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło realizację Krajowego Programu we wszystkich pięciu obszarach. Wybór konkretnych działań w danym roku budżetowym uzależniony jest 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 do spraw AIDS.

I obszar – zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa:

- Podejmowano działania służące wzrostowi poziomu wiedzy nt. HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (kampanie).
- Przeprowadzono szkolenia skierowane do różnych grup zawodowych.
- Opracowano, opublikowano i rozdystrybuowano materiały informacyjno-edukacyjne dostosowane do potrzeb indywidualnego odbiorcy.
- Zapewniono ofertę informacyjną dotyczącą tematyki 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 27 punktów konsultacyjno-diagnostycznych.
- Od kilku lat liczba klientów PKD wzrasta: w roku 2019 liczba klientów wyniosła 42 154, w tym liczba wykrytych zakażeń HIV - 536, w porównaniu do roku 2016 (liczba klientów: 30 832, liczba wykrytych zakażeń: 444), do 2017 r. (liczba klientów: 34 704, w tym liczba wykrytych zakażeń: 492) oraz do 2018 r. (liczba klientów: 37 663, w tym liczba wykrytych zakażeń HIV: 404).

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 antyretrowirusowa w przypadku niektórych chorób definiujących AIDS jest jedyną metodą leczenia, a odpowiednio wcześnie zastosowana staje się profilaktyką tych chorób.
- Liczba pacjentów objętych leczeniem ARV zwiększa się w kolejnych latach (średnio powyżej 9% rocznie). W 2019 r. liczba pacjentów wyniosła 12 471, w tym liczba dzieci – 97, 91 kobiety ciężarne zostały objęte programem. Odkryto 66 porodów.
- Programem objęto wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria formalno-medyczne.
- Wszystkie dzieci zakażone HIV lub chore na AIDS objęto leczeniem ARV, zgodnie z Programem.
- 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 stawiają nasz kraj na pozycji równorzędnego i znaczącego partnera 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 dot. 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;
 - coroczne badania klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych - przeprowadzono analizę ankiet wypełnianych w PKD, co umożliwiło ocenę epidemii HIAIDS oraz przeprowadzenie działań ukierunkowanych na populacje podejmujące ryzykowne zachowania;
 - 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;
- Funkcjonują Zespoły ds. Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, powołane w celu zintegrowania realizacji zadań określonych w harmonogramie oraz kreowania polityki w zakresie HIV/AIDS na terenie województwa.

WNIOSKI

Ogólne:

1. Sytuacja epidemiologiczna państw Europy Wschodniej oraz innych krajów Europy Zachodniej ma wpływ i znaczenie także w kontekście sytuacji w Polsce. Dotyczy to nie tylko HIV/AIDS, ale także innych infekcji powiązanych m.in. HBV, HCV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.
2. Ważnym kierunkiem działań na najbliższą przyszłość jest integracja świadczeń w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia HIV, zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz wirusowych zapaleń wątroby
3. Problemem pozostaje brak odniesienia ryzyka zakażenia HIV do własnej osoby, a co za tym idzie zbyt mała świadomość konieczności poznania własnego statusu serologicznego (rozważenia wykonania testu w kierunku HIV).
4. Problem epidemii HIV/AIDS jest m.in. problemem zdrowotnym, społecznym, psychologicznym i ekonomicznym. Wskazane jest realizowanie programów ukierunkowanych na wielotorowe wsparcie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.
5. Ważnym elementem walki z HIV oraz chorobami współistniejącymi jest integracja systemu świadczeń medycznych. Zgodnie z jej zasadami należy dążyć do możliwości prowadzenia terapii schorzeń współistniejących (np. kiły i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz WZW typu B i C) w jednym podmiocie leczniczym. Umożliwia to system realizacji programu prowadzony przez ośrodki chorób zakaźnych, wybrane jako realizatorzy Programu leczenia ARV.

6. Na forum międzynarodowym Polska, dzięki swojej aktywności w zakresie HIV/AIDS, jest postrzegana jako równorzędny i znaczący partner. 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 znaczący 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 prowadzenie dalszych działań mających na celu zwiększenie zaangażowania, w tym także pod względem finansowym, innych realizatorów Programu, poza Ministerstwem Zdrowia.
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. Projektując każde działanie, przekaz czy kanał komunikacji należy uwzględniać, szacować bariery mentalne i ideologiczne jakie mogą się pojawiać w trakcie wdrażania.

Epidemiologia:

1. Liczba nowo wykrytych zakażeń oraz koncentracja 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. Im więcej wykonywanych testów, tym większe prawdopodobieństwo liczby zidentyfikowanych zakażeń HIV. W sytuacji zwiększenia liczby badań uzyskuje się trend wzrostowy liczby nowo wykrywanych zakażeń, co paradoksalnie 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. Punkty konsultacyjno-diagnostyczne przyczyniają się do zmniejszenia rozprzestrzeniania się HIV. Jednakże nie można być zadowolonym z efektów diagnostyki przesiewowej HIV, w tym obszarze jest jeszcze wiele do zrobienia. Dotyczy to nie tylko zwiększania dostępności do punktów, ale przede wszystkim podniesienia świadomości społeczeństwa na temat testowania się w kierunku HIV, a także innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.
5. Liczba osób testujących się (poza systemem krwiodawstwa) pozostaje na dość niskim poziomie, ok. 5 na 1 000 rocznie, co przekłada się na wciąż niezadowalający odsetek osób, które kiedykolwiek w życiu testowały się w kierunku HIV.
6. Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi anonimowe badania klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Analiza wyników tych badań pozwala na pogłębienie wiedzy odnośnie dróg zakażeń, a także charakterystyki osób i ich zachowań ryzykownych, co przekłada się na lepsze dostosowanie programów profilaktycznych.
7. Badania prowadzone w PKD i identyfikacja charakterystyk osób decydujących się na badania oraz analiza dróg zakażenia jest działaniem, które może przyczynić się do zwiększania skuteczności i efektywności działań profilaktycznych, zarówno w przypadku profilaktyki pierwszorzędowej, jak i drugorzędowej.

8. Z uwagi na braki danych w meldunkach epidemiologicznych 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 dodatnich wyników badań w kierunku HIV,
- rzetelne i dokładane wypełnianie obowiązujących formularzy zgłoszeń, szczególnie informacji o drodze zakażenia.

Profilaktyka:

1. Zapobieganie zakażeniom wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa) powinno być kluczowym zadaniem, 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 w zakresie HIV/AIDS stanowią zagrożenie dla względnie stabilnej dotychczas sytuacji epidemiologicznej i mogą skutkować wzrostem rozprzestrzeniania się zakażeń HIV oraz znacznie większą liczbę nowych zakażeń. W konsekwencji większa liczba osób będzie wymagać leczenia antyretrowirusowego (ARV). W związku z powyższym wskazana jest kontynuacja działań tj.:
 - kampanii medialnych,
 - programów edukacyjnych skierowanych do populacji generalnej,
 - szkoleń skierowanych do wybranych grup zawodowych i społecznych,
 - działań, których odbiorcami będą różne grupy społeczne, uwzględniających specyficzne potrzeby każdej grupy,
 - działalności profilaktycznej, w tym kampanii, programów edukacyjnych, programów prowadzonych metodami aktywnymi, programów redukcji szkód skierowanych do kluczowych populacji szczególnie narażonych na zakażenie,
 - utrzymanie działalności punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania diagnostyczne wykrywające zakażenia HIV, prowadzących profesjonalne poradnictwo, zbierających dane epidemiologiczne o drogach szerzenia się zakażeń HIV w Polsce, na podstawie informacji uzyskanych od osób poddających się testowaniu.
3. Realizacja programów profilaktycznych, w szczególności działań informacyjno-edukacyjnych dla osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych napotyka w naszym kraju na szereg problemów natury mentalnej i ideologicznej. Jest zatem dysonans pomiędzy wiedzą i kreatywnością ekspertów od profilaktyki zdrowotnej, a tym co jest akceptowane społecznie.
4. 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.
5. Profilaktyka zakażeń przenoszonych drogą płciową stanowi kolejne wyzwanie - Polacy nie mają podstawowej wiedzy w tym zakresie, nie znają dróg zakażenia, objawów choroby, nie wykonują badań w kierunku ZPDP, nie stosują technik zmniejszających ryzyko zakażeń.
6. 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.

7. 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.
8. 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 objęcia leczeniem antyretrowirusowym ze wskazań klinicznych mieli 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 zdrowotnego) 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 nie doszło do przeterminowania żadnych leków antyretrowirusowych zakupionych w ramach Programu.

Finansowanie:

1. Dzięki odpowiedniemu poziomowi 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), pacjenci zakażeni HIV i chorzy na AIDS mają dostęp do najnowszych metod diagnostycznych oraz korzystają – bez oczekiwania w kolejce – z diagnostyki oraz bezpłatnej, wysokospecjalistycznej terapii ARV.

2. Nakłady na leczenie ARV nie powinny przesłonić zbyt niskich nakładów na działania profilaktyczne.
3. Tendencja zmniejszania udziału 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 spowodują wzrost rozprzestrzeniania się zakażeń HIV oraz znacznie większą liczbę nowych zakażeń, a w konsekwencji wzrost liczby osób, które będą wymagać leczenia ARV.
5. Aktualna pozostaje opinia Najwyższej Izby Kontroli zawarta w *Wystąpieniu pokontrolnym* przekazanym Krajowemu Centrum ds. AIDS (2014 r.), jak również w *Informacji o wynikach kontroli „Realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012-2013”* przekazanej Ministerstwu Zdrowia (2015 r.), która uznała „...utrzymującą się tendencję corocznego zmniejszania się wydatków na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Krajowego Programu (...) za szczególnie niepokojącą i skutkującą niebezpiecznym marginalizowaniem działań mających na celu zapobieganie zakażeniom i późniejszym zachorowaniom...”.
6. Efektywność, czyli stosunek poniesionych nakładów w stosunku do uzyskiwanych rezultatów, traktować należy jako wskaźnik trudny do osiągnięcia w przypadku działań profilaktycznych w obszarze zdrowia publicznego. Działania profilaktyczne czy diagnostyczne wymagają określonych nakładów, a ich efektywność oceniać należy 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

ECDC – Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób w Sztokholmie

ECOSOC – Rada Społeczno-Gospodarcza

HAART – skojarzone leczenie antyretrowirusowe, tzw. wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa

HCV – wirus powodujący zapalenie wątroby typu C

HBV – wirus powodujący zapalenie wątroby typu B

HIV – ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności

IDU – populacja osób stosujących narkotyki 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 mających kontakty seksualne z mężczyznami

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NDPHS – Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej

NGO – organizacje pozarządowe

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych

PCB – Rada Koordynacyjna Programu UNAIDS

PEP – procedura postępowania poekspozycyjnego

PKD – punkty konsultacyjno-diagnostyczne

PTN AIDS - Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS

UE – Unia Europejska

UNAIDS – Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

WSSE – wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne

ZPDP (STI)– zakażenia przenoszone drogą płciową