

SPIS TREŚCI:

1. Informacje podstawowe.....	2
2. Epidemiologia.....	5
3. I obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa	11
4. II obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.....	25
5. III obszar tematyczny: wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.....	30
6. IV obszar tematyczny: współpraca międzynarodowa.....	55
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.....	70
9. Podsumowanie.....	71
10. Wykaz skrótów.....	77

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 całościowy dokument z realizacji 5-letniego Harmonogramu realizacji Programu do dnia 15 maja. Następnie, wyżej wymieniony dokument Minister Zdrowia przedkłada Radzie Ministrów.

W 2018 r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło między innymi następujące działania:

w I obszarze - zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

- kampanie - kampania społeczna o charakterze edukacyjno-profilaktycznym pod hasłem: „Mam czas rozmawiać”;
- obchody Światowego Dnia AIDS - XXV Konferencja *Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie*;
- szkolenia:
 - szkolenia dla pracowników medycznych oraz pracowników działów oświaty zdrowotnej Państwowej Inspekcji Zdrowia,
 - kursy szkoleniowe oferowane na portalu edukacyjnym Krajowego Centrum ds. AIDS - <http://www.hiv-aids.edu.pl>,
- opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjnych:
 - broszura pt. „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz”,
 - broszura pt. „Choroby przenoszone drogą płciową”,
- 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 lata 2015-2017;
- funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej;
- monitorowania 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 zamieszczonych danych na stronie internetowej ww. instytucji.

Dane skumulowane

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2018 r. zarejestrowano w Polsce:

- 23 931 przypadków zakażenia HIV,
- 3 667 przypadków zachorowania na AIDS,
- 1 411 chorych zmarło.

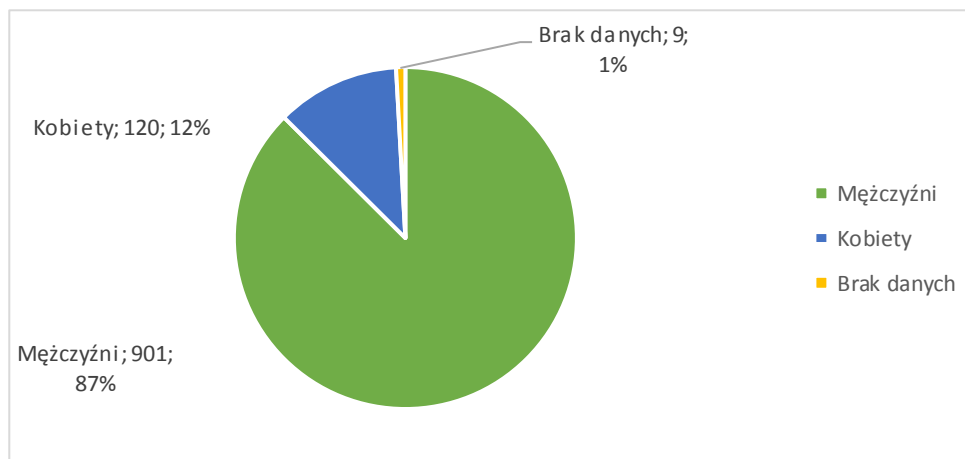
Dane za 2018 r.

Przedstawione poniżej dane dotyczą przypadków rozpoznanych w 2018 r. i należy traktować je jako wstępne:

- 1 030 – liczba nowych zakażeń HIV, w tym: mężczyzn – 901, kobiet – 120, brak danych – 9,
- 93 – liczba zachorowań na AIDS, w tym: mężczyzn – 72, kobiet – 21,
- 21 – liczba zgonów osób chorych na AIDS, w tym: mężczyzn – 14, kobiet – 7.

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

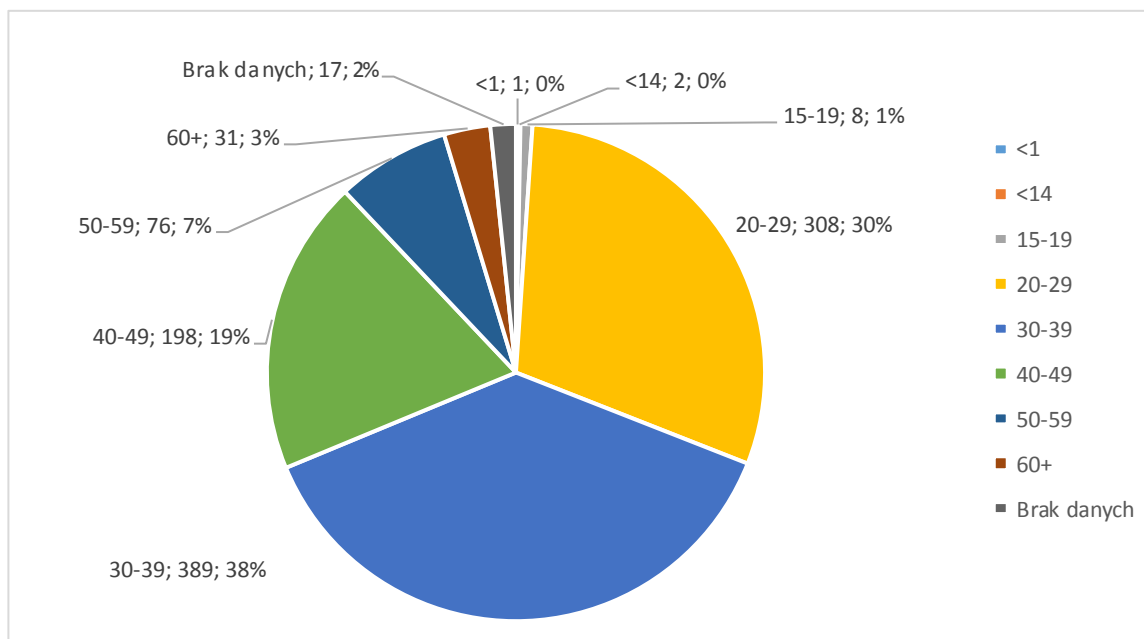
Wykres 1. Procentowy podział zakażeń HIV w 2018 r. wg płci.



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

W 2018 r., podobnie jak w latach poprzednich, wśród osób nowo zakażonych zdecydowanie dominują mężczyźni (87%), natomiast udział kobiet jest zdecydowanie mniejszy i wynosił 12%. Osoby, wśród których rozpoznano zakażenie HIV w 2018 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 30% (308 przypadków zakażenia HIV), a osoby w wieku 30–39 lat stanowiły około 38% (389 przypadków). Udział osób w wieku 40–49 to 19% (198 osoby).

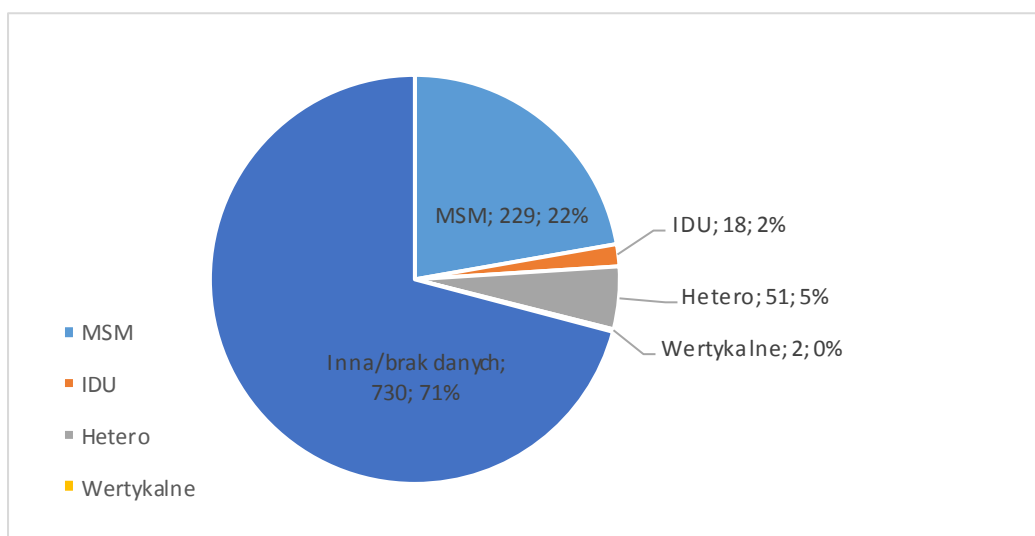
Wykres 2. Podział zakażeń HIV w 2018 r. wg wieku badanych w momencie rozpoznania zakażenia.



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

Z otrzymanych z NIZP-PZH danych wynika, że w 2018 r. w 229 przypadkach prawdopodobną drogą transmisji HIV były kontakty seksualne między mężczyznami (MSM), co stanowiło 22% wszystkich zgłoszonych przypadków. W 51 przypadkach zakażenia HIV (stanowiących około 5% zakażeń) jako prawdopodobną drogę zakażenia wskazano ryzykowne kontakty heteroseksualne, natomiast w 18 przypadkach – stosowanie środków odurzających w iniekcjach (IDU); było to 2%. Brak danych w zakresie prawdopodobnej drogi zakażenia dotyczy 730 przypadków (71% zgłoszeń).

Wykres 3. Prawdopodobna droga transmisji zakażenia HIV w 2018 r.

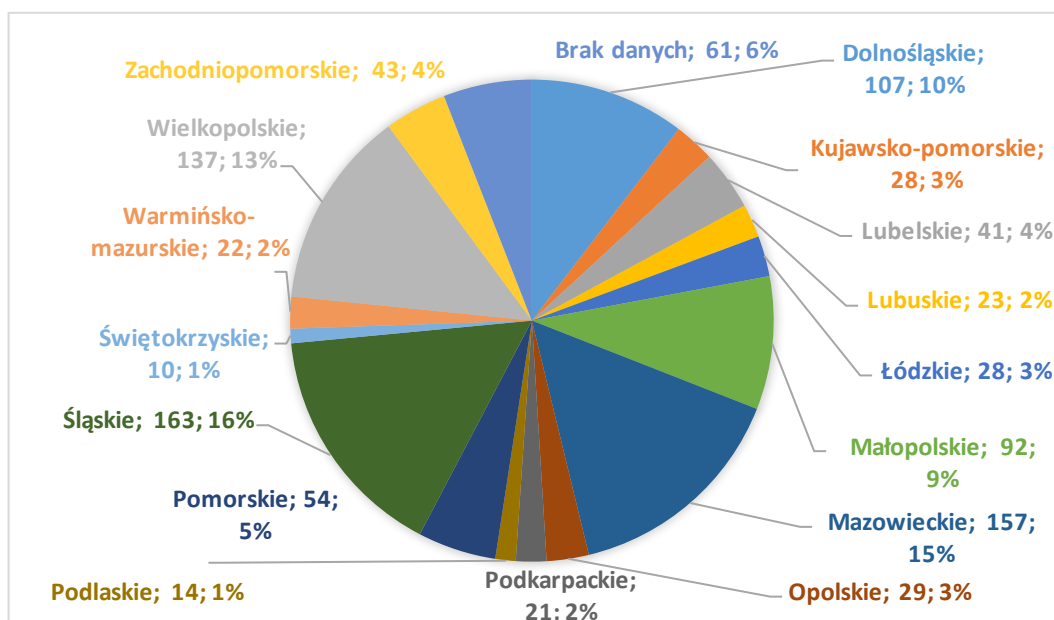


Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP-PZH

W 2018 r. odnotowano najwięcej nowych zakażeń HIV w województwie śląskim – 163 zgłoszenia (ok. 16%), w województwie mazowieckim (157 przypadków), co stanowiło około 15% wszystkich

zgłoszonych zakażeń, w województwie wielkopolskim – 137 zgłoszeń (13%) oraz województwie dolnośląskim (107 przypadków), gdzie udział wykrytych nowych zakażeń wynosił około 10%.

Wykres 4. Liczba przypadków HIV w 2018 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).
3. Nadzór sentinel (monitorowanie częstości zakażeń i częstości zachowań ryzykownych).

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

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 2018.

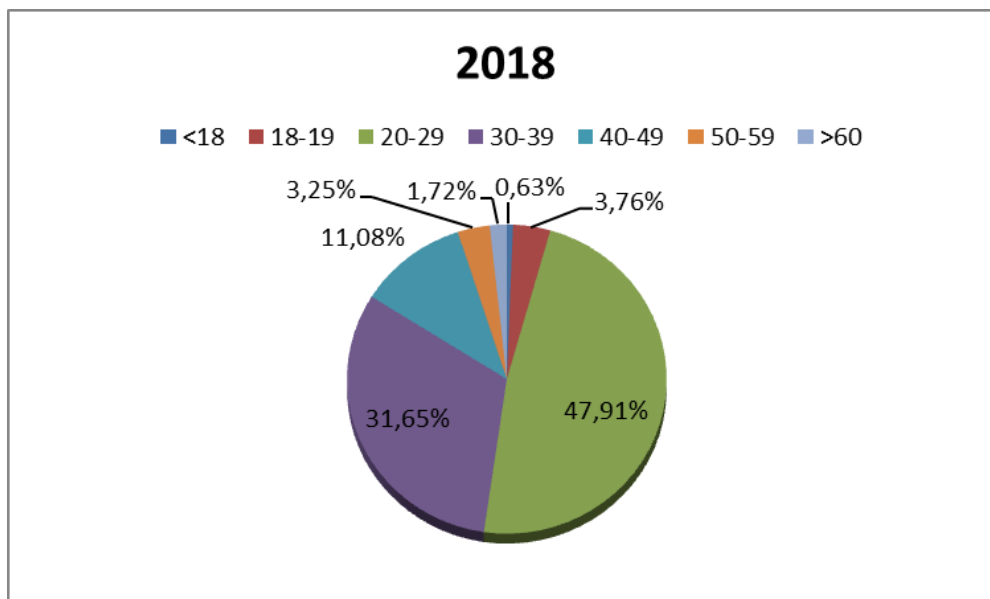
Liczba klientów	Liczba testów przesiewowych dodatnich	Liczba testów szybkich dodatnich	Liczba testów przesiewowych ujemnych	Liczba testów szybkich ujemnych	Liczba testów szybkich wątpliwych	Liczba porad bez testu	Ciąża jako powód wykonania testu	Wb potwierdzone	Wb niepotwierdzone	Wb wątpliwe
37 666	525	86	27 823	9324	9	332	997	405	86	26

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2018 roku punkty konsultacyjno-diagnostyczne w Polsce przyjęły 37 666 klientów (w tym 332 osoby nie zostały skierowane na test, otrzymały jedynie informację i poradę). Wykonano testy przesiewowe u 37 334 osób. Punkty w Warszawie, Jeleniej Górze, Rzeszowie, Olsztynie, Opolu, Płocku, Wrocławiu, Bydgoszczy i Toruniu wykonywały także szybkie testy przesiewowe,

których wynik znany był już po 30 minutach od momentu badania. Łącznie wykonano 9 419 takich testów.

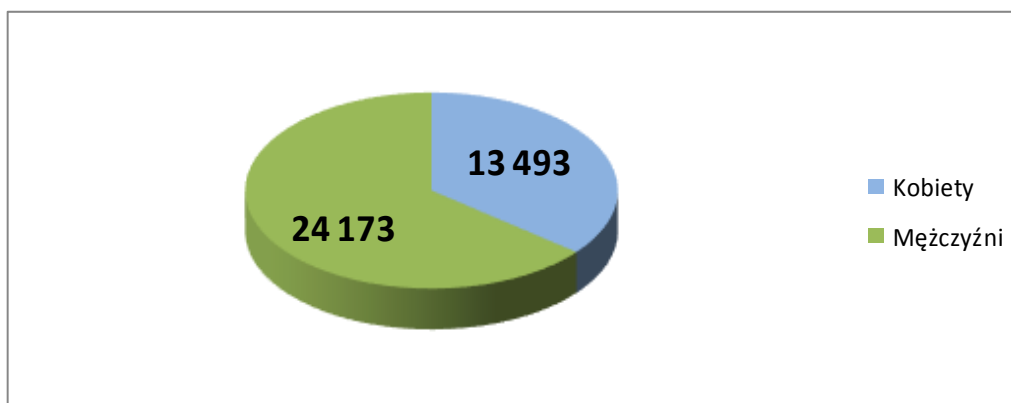
Wykres 5. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – wg wieku.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W PKD, testy w kierunku HIV zdecydowanie częściej wykonują osoby w przedziale wiekowym 20-29 lat (47,91%), następnie w przedziale 30-39 lat (31,65%), i częściej klientami są mężczyźni (64% mężczyźni, 36% kobiety).

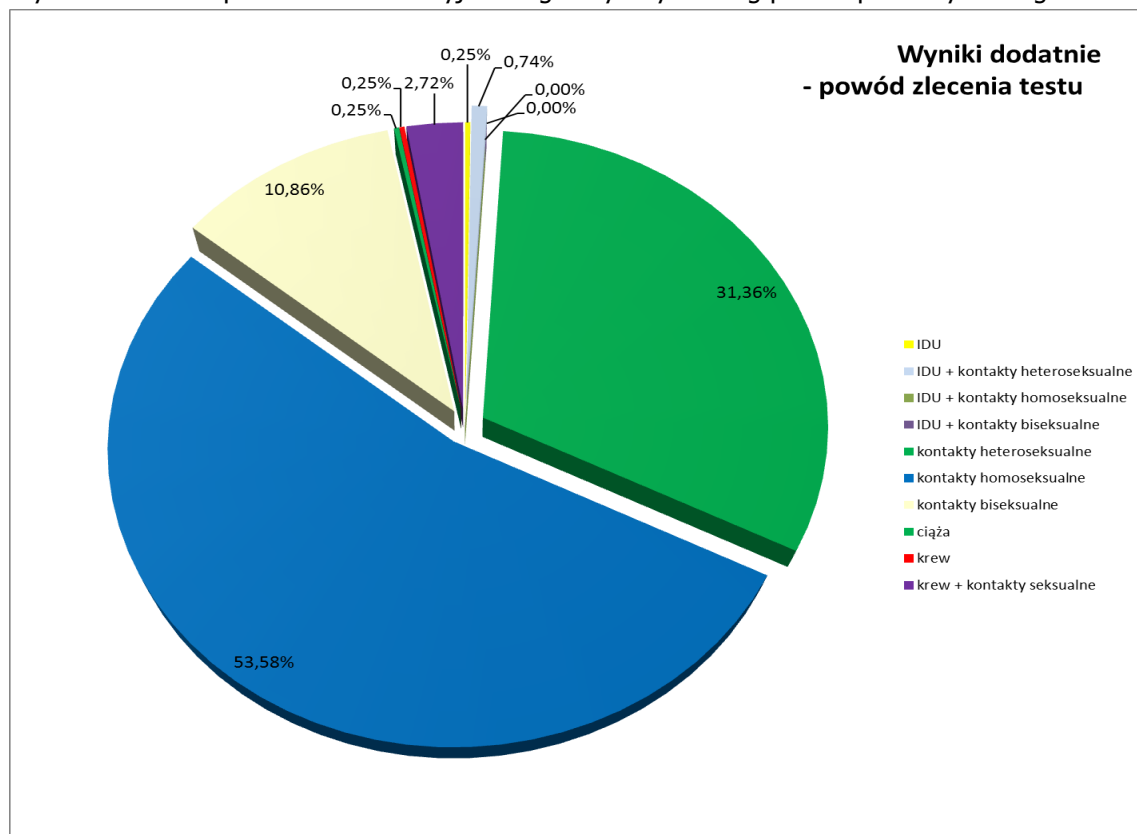
Wykres 6. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – wg płci.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2018 r. najczęściej zakażenia HIV wykrywano wśród osób podejmujących ryzykowne kontakty seksualne, w tym homoseksualne (53,58%), heteroseksualne (31,36%) oraz kontakty biseksualne (10,86%).

Wykres 7. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – 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. 63).

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

Kampania „Mam czas rozmawiać” (#mamczasrozmawiac)

Krajowe Centrum ds. AIDS w ramach realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS kontynuowało realizację kampanii społecznej o charakterze edukacyjno-profilaktycznym pod hasłem: „Mam czas rozmawiać” (#mamczasrozmawiac), która została zainaugurowana w roku 2017. Jej ideą jest zachęcenie wszystkich do podejmowania rozmów z bliskimi na tematy związane ze zdrowiem, np. zakażeniami przenoszonymi drogą płciową. Przekazując rzetelną wiedzę o profilaktyce, możemy uchronić przed zakażeniem albo zachęcić do zrobienia testu i – w razie potrzeby – podjęcia leczenia. Rodzina ma wpływ na kształtowanie postaw prozdrowotnych.

Grupą docelową są osoby w różnym wieku i ich rodziny.

Celem kampanii jest przypomnienie po raz kolejny, że problem HIV/AIDS może dotyczyć każdego - bez względu na wiek, status społeczny, miejsce zamieszkania, przekonania, czy też płeć. Ważna jest rozmowa na trudne tematy z osobami, które darzymy zaufaniem.

Model kampanii w roku 2018, kładzie szczególny nacisk na promowanie dialogu międzypokoleniowego na temat konieczności testowania w kierunku HIV pomiędzy matkami a córkami. Komunikaty kierowane są do jak największej liczby odbiorców, z uwzględnieniem szczególnej roli kobiet, które są zwykle osobami decyzyjnymi i dbającymi o zdrowie rodziny.

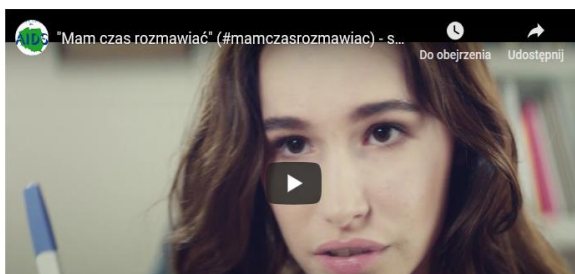
W roku 2018 działania kampanijne zrealizowano w dwóch częściach:

- w czerwcu 2018 r. (8-15.06.2018 r.);
- na przełomie listopada i grudnia 2018 r. (podczas Europejskiego Tygodnia Testowania, 23-30.11.2018 r. oraz Światowego Dnia AIDS, 1.12.2018 r.).

W ramach strategii kampanijnej przygotowano następujące działania:

- 1) wyprodukowano spot telewizyjny z udziałem aktorki Marii Seweryn

 Spot telewizyjny



oraz przeprowadzono jego emisję:

- a) na nośnikach w środkach komunikacji miejskiej w 15 województwach, w placówkach medycznych w co najmniej 12 województwach, na terenie dworców PKP zlokalizowanych w co najmniej 14 województwach, w sieci kin Helios w całej Polsce oraz na portalach informacyjnych w Internecie, takich jak Wp.pl, Gazeta.pl, Interia.pl;
 - b) na kanałach Telewizji Polskiej.
- 2) wydrukowano:
 - a) zaproszenie do wykonania testu w kierunku HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, które w dniu 14.09.2018 r. zostało dołączone w postaci insertu do gazet regionalnych (nakład 665 000 sztuk);

Przykłady działań w czerwcu 2018 roku:

Maria Seweryn, Facebook: post z 11 czerwca



Maria Seweryn
@MariaSewerynOfficial

Strona główna
Posty
Zdjęcia
Wydarzenia
Informacje

Mam dwie córki, jedna jest już dorosła, druga jest nastolatką. Nie mam recepty na mądre wychowywanie, ale jedno wiem: trzeba rozmawiać. Tylko w ten sposób nie tracimy kontaktu z naszymi dziećmi i dzięki temu kiedy będą tego potrzebować być może zwrócą się do nas.

Przyzwyczajaliśmy się do tego, że HIV jest. Ale to wciąż temat tabu i jesteśmy przekonani, że nas nie dotyczy. A liczba młodych kobiet zakażonych wzrasta. Nie lekceważmy tego i nie bójmy się rozmawiać o HIV z naszymi córkami i badajmy się. Może kiedyś będą w ciąży i muszą wiedzieć, że wtedy badanie jest konieczne! W ten sposób możemy uratować zdrowie, a może życie naszych córek, naszych wnuków, nasze rodziny. Na rozmowę matki z córką jest zawsze czas! Dlatego właśnie zaangażowałam się w kampanię Krajowego Centrum ds. AIDS #mamczasrozmawiac. Zapraszam na mamczasrozmawiac.aids.gov.pl

Mama Ginekolog, Facebook: post z 12 czerwca



Mamaginekolog
12 czerwca o 18:50

HIV a ciąża - Opowiadam historie z życia i przemycam wiedzę medyczną dla Kobiet

Myślisz sobie: to mnie nie dotyczy, przecież nie jestem osobą zakażoną HIV. Tak samo myślały kobiety w ciąży HIV(+), które osobiście poznałam. Na szczęście medycyna poczyniła krok milowy do przodu i mimo zakażenia mogą one urodzić zupełnie zdrowe dziecko, ale muszą się badać i muszą podjąć leczenie. O tym, że w ciąży trzeba badać się dwukrotnie w kierunku HIV i, że o HIV trzeba otwarcie rozmawiać jest mój nowy artykuł na blogu w ramach ogólnopolskiej akcji edukacyjnej #mamczasrozmawiac.

Zapraszam do przeczytania.
<https://mamaginekolog.pl/hiv-a-ciaza/>

Macademician Girl, Facebook: post z 13 czerwca

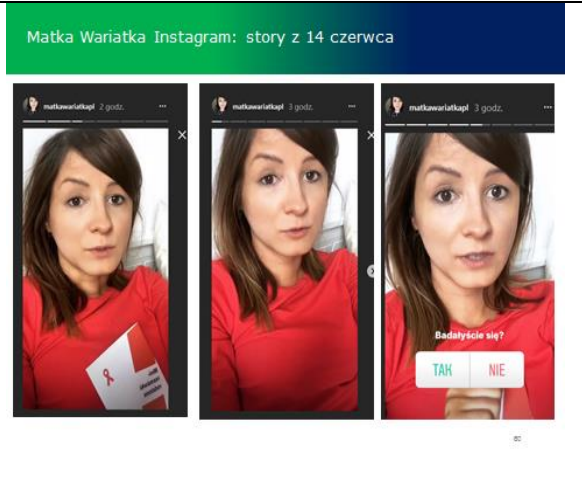


Macademician Girl
@MacademicianGirl

Strona główna
Posty
Filmy
Zdjęcia

Myślisz, że problem HIV Cię nie dotyczy? Znajdź czas, żeby o tym porozmawiać! Wirusem możesz zakażać się nie tylko podczas kontaktów intymnych, ale nawet w trakcie wykonywania tatuażu! Co więcej, żyjąca z HIV kobieta w ciąży, jeśli nie przyjmuje odpowiednich leków, może zakażać swoje dziecko! Ja #mamczasrozmawiac, bo rozmowa z najbliższymi może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka zakażenia. Tegoroczna odsłona kampanii Krajowego Centrum ds. AIDS (którą z całego serca popieram!), zachęca do międzypokoleniowego dialogu mam i córek na temat tego, jak unikać niebezpieczeństwa i do wykonywania testów w kierunku HIV. Bądźcie pewne, że nie Wam nie grozi i zadbajcie o swoich najbliższych. Więcej szczegółów znajdziecie na stronie <https://mamczasrozmawiac.aids.gov.pl>

Matka Wariatka Instagram: story z 14 czerwca



matkawariatkai 2 godz.

matkawariatkai 3 godz.

matkawariatkai 3 godz.

Badajcie się?
TAK NIE

Zapytaj Położną, blog: post z 15 czerwca



WspółczesnyGdyziny.pl

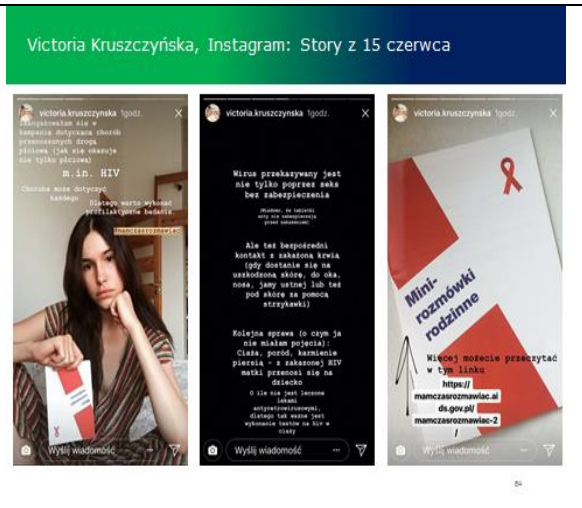
#mamczasrozmawiac, ale czy na pewno? – mój apel do przyszłych mam

WspółczesnyGdyziny.pl

Ogólny apel mamie przyszłości

Przepraszam, gdy na seminarzach w szpitalu brakuje mi waszej osoby! To odczuwam, gdy widzę, jak wiele mamie przyszłości nie udało się dowiedzieć. Wierzę, że jako przyszła matka, jeśli zostaniecie poinformowane o HIV, to będziecie wiedzieć, jak się zabezpieczyć. Jeśli zostaniecie poinformowane o HIV, to będziecie wiedzieć, jak się zabezpieczyć. Jeśli zostaniecie poinformowane o HIV, to będziecie wiedzieć, jak się zabezpieczyć.

Victoria Kruszczyńska, Instagram: Story z 15 czerwca



victoria.kruszczyńska 1 godz.

victoria.kruszczyńska 1 godz.

victoria.kruszczyńska 1 godz.

Wirus przekazywany jest nie tylko poprzez seks bez zabezpieczenia

Ala też bezpośredni kontakt z zakażoną krewią (przy dostawie nie na uszkodzoną skórę, do oka, nosa, zranienia) lub też pod skórę za pomocą strzykawki!

Kolejna sprawa (o czym ja nie miałam pojęcia): Cięża, poród, karmienie piersią - z zakażonej KRWI matki przenosi się na dziecko

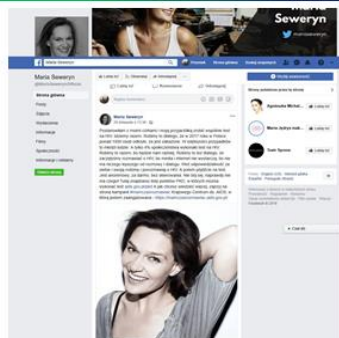
O ile nie jest bezwzględnie przeciwwskazaniem, dlatego tak ważne jest wykonanie testu na HIV w ciąży

Mini-rozmówki rodzinne

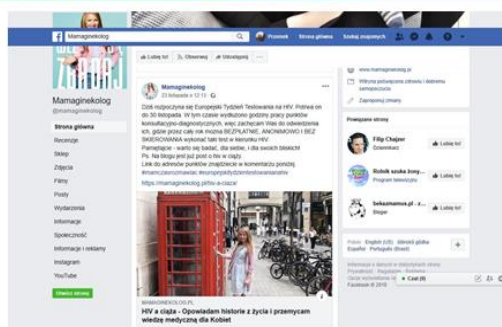
Więcej możecie przeczytać w tym linku <https://mamczasrozmawiac.aids.gov.pl/mamczasrozmawiac-2/>

Przykłady działań w listopadzie 2018 roku:

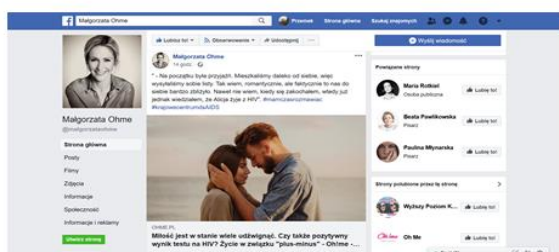
Maria Seweryn, Facebook: post 26.11.2018



Mama Ginekolog, przypomnienie materiału na blogu z czerwca 2018 (etap I), uzupełnienie go o link do listy PKD oraz post na Facebooku 23.11.2018



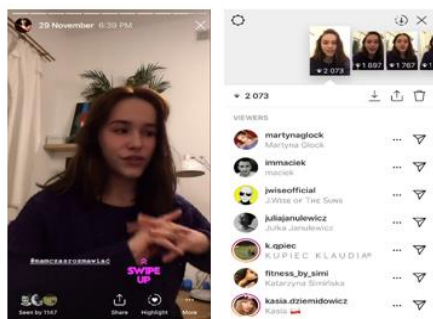
Małgorzata Ohme, Facebook: wpis 27.11.2018



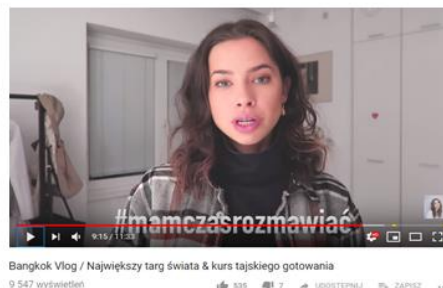
Mama i stetoskop, Instagram: post z 28 listopada 2018



Victoria Kruszczyńska, Instagram: Story z 29 listopada 2018



Karolina Sobańska: vlog, emisja 30 listopada 2018



- kolejny kanał informacji o działaniach promocyjnych, który wykorzystano do zamieszczenia informacji o kampanii wraz ze spotem tv lub bannerem linkującym do strony kampanii, to strony takich instytucji jak Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne, Urzędy Marszałkowskie oraz Urzędy Wojewódzkie;
- następnym kierunkiem komunikacji została aktywność organizacji pozarządowych i wykorzystanie ich stron internetowych lub stron na Facebooku do popularyzacji informacji o kampanii.

W celu promocji treści merytorycznych zawartych na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS: aids.gov.pl oraz czerwonej kokardki – symbolu solidarności z osobami żyjącymi z HIV/AIDS, wyprodukowano materiały informacyjno-promocyjne. Z okazji dnia 1 grudnia

w gazetach regionalnych oraz dziennikach opiniotwórczych zamieszczono symbol czerwonej kokardki wraz z napisem *1 Grudnia Światowy Dzień AIDS* oraz adresem strony aids.gov.pl.

PODNIESIENIE POZIOMU AKCEPTACJI SPOŁECZNEJ PRZEZ PODEJMOWANIE RÓŻNYCH INICJATYW

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

Z okazji Światowego Dnia AIDS w dniach 26-27 listopada 2018 r. po raz dwudziesty piąty 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 prawie 400 osób. Były wśród nich zarówno osoby żyjące z HIV/AIDS, jak również ci, którzy na ich rzecz pracują: środowisko medyczne, przedstawiciele instytucji centralnych, terenowych, władz samorządowych i organizacji pozarządowych, przedstawiciele świata nauki, artyści, dziennikarze i wiele innych osób, zainteresowanych tą problematyką. Liczną grupę stanowili nauczyciele i pedagodzy szkół warszawskich. Honorowy patronat nad tegorocznym spotkaniem objął Minister Adam Lipiński, Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania.

Jedna z sesji plenarnych „Od zawsze razem” poświęcona była realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, ze szczególnym naciskiem na współpracę pomiędzy Krajowym Centrum ds. AIDS a państwową inspekcją sanitarną. W spotkaniu tym uczestniczyli przedstawiciele stacji sanitarno-epidemiologicznych, urzędów wojewódzkich, urzędów marszałkowskich, a także innych realizatorów Krajowego Programu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wręczyła odznaki honorowe „Za zasługi dla ochrony zdrowia” trzem przedstawicielom Krajowego Centrum ds. AIDS.

Łącznie, w ciągu dwóch dni konferencji, miały miejsce cztery sesje plenarne oraz obradowało osiem zespołów problemowych.

Tradycyjnie odbyła się również ceremonia odznaczania „Czerwoną Kokardką” – symbolicznym wyróżnieniem osób i instytucji szczególnie zaangażowanych w przeciwdziałanie HIV/AIDS. W gronie tegorocznych odznaczonych znalazło się 12 laureatów.

SZKOLENIA

Szkolenia dla pracowników medycznych oraz dla osób prowadzących działania edukacyjne w kontekście problematyki HIV/AIDS

- 1) Pierwszy zakres tematyczny opracowano dla osób prowadzących działania edukacyjne w zakresie podstawowej wiedzy na temat HIV i AIDS.

Obejmował on 24 godziny dydaktyczne w następujących blokach: zagadnienia etyczno-prawne, aspekty medyczne, narkotyki, profilaktyka HIV/AIDS w Polsce, aspekty psychospołeczne, wybrane zagadnienia z seksuologii, spotkanie z rzeczywistością. Uczestnicy byli rekrutowani wśród pracowników Działów Oświaty Zdrowotnej Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych, kuratoriów oświaty, placówek szkolno-wychowawczych, struktur jednostek samorządowych i wojewódzkich. Szkolenie ukończyło 112 osób.

2) Drugi typ szkoleń był skierowany do wykonujących zawód medyczny, psychologów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

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, Działów Oświaty Zdrowotnej Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych. Szkolenie, które trwało 25 godzin dydaktycznych, podzielono na następujące bloki: zagadnienia etyczno-prawne, aspekty medyczne, narkotyki, aspekty psychospołeczne, jak rozmawiać z pacjentem, wybrane zagadnienia z zakresu seksuologii, spotkanie z rzeczywistością. Szkolenie ukończyły 104 osoby.

3) Trzeci rodzaj szkoleń w zakresie poradnictwa okołotestowego, zaadresowano do pracowników laboratoriów, punktów krwiodawstwa oraz innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV.

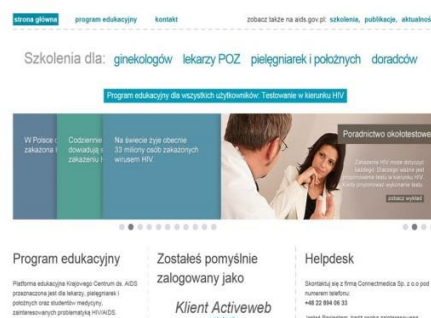
Szkolenie, które trwało 22 godziny dydaktyczne, podzielono na następujące bloki: zagadnienia etyczno-prawne aspekty medyczne, aspekty psychospołeczne w tym poradnictwo okołotestowe, badanie postaw wobec zagadnień HIV/AIDS – wybrane zagadnienia z zakresu seksuologii, narkotyki, spotkanie z rzeczywistością. Warsztaty z poradnictwa okołotestowego uwzględniały między innymi szacowanie ryzyka zakażenia, wyjaśnienie procedury testowania, okienko serologiczne/diagnostyczne, drogi zakażenia i sposoby zabezpieczenia przed zakażeniem, świadomość konsekwencji wyniku testu oraz przygotowanie na ewentualny wynik dodatni. Szkolenie ukończyły 72 osoby.

Kursy szkoleniowe oferowane na portalu edukacyjnym Krajowego Centrum ds. AIDS - <http://www.hiv-aids.edu.pl>



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

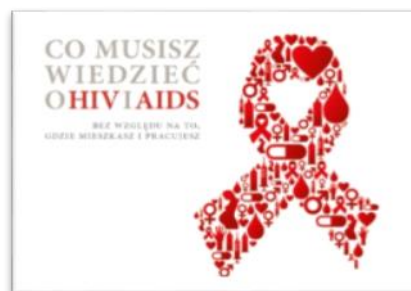
Portal oferuje kursy na temat wiedzy o HIV i AIDS lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologom, pielęgniarkom i położnym oraz doradcom pracującym w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), gdzie nieodpłatnie i anonimowo przeprowadzane są testy w kierunku HIV. Kurs składa się z szeregu videocastów, wykładów, prezentacji i artykułów opracowanych przez specjalistów zajmujących się HIV/AIDS od wielu lat.



OPRACOWANIE, WYDAWANIE I DYSTRYBUCJA MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH

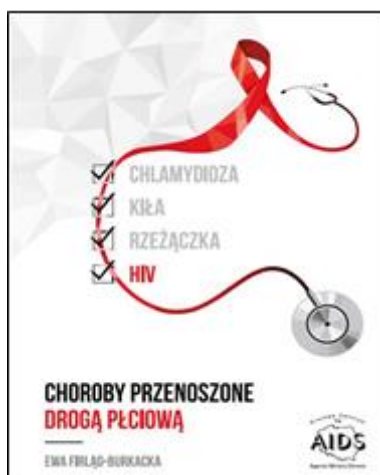
Broszura pt. „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to, gdzie mieszkasz czy pracujesz”

Broszura skierowana do ogółu społeczeństwa zawiera podstawowe informacje na temat HIV/AIDS: kiedy nasze zachowanie niesie ze sobą ryzyko, a w jakich sytuacjach nie dochodzi do zakażenia wirusem. Podkreśla również potrzebę zrozumienia problemów ludzi żyjących z HIV/AIDS oraz ich bliskich. Uświadamia jak ważna dla samopoczucia osób seropozytywnych jest możliwość kontynuowania nauki lub pracy.



Nakład: 53 138 szt., wartość: 34 539,70 zł., dystrybucja w ramach umowy z Wykonawcą: 44 200 szt., dystrybucja z magazynu Centrum: 1 300 szt.

Broszura pt. „Choroby przenoszone drogą płciową”



Choroby przenoszone drogą płciową” autorstwa dr Ewy Firłąg-Burkackiej to broszura skierowana do środowiska medycznego. Publikacja zawiera przydatne informacje nt. najpopularniejszych chorób przenoszonych drogą płciową przedstawione w sposób użyteczny w codziennej praktyce lekarskiej. Dużo miejsca poświęcono odpowiedzi na pytanie, kiedy możemy podejrzewać zakażenie danym czynnikiem oraz jakie badania diagnostyczne należy zlecić do wykonania przy podejrzeniu danego zakażenia. Redaktorem merytorycznym broszury jest prof. dr hab. Andrzej Kaszuba.

Nakład: 4 300 szt., wartość: 9 460,00 zł., dystrybucja z magazynu Centrum: 1 359 szt.

Ponadto w ramach publikacji wydano także:

- kalendarz trójdzielny na rok 2019, wykorzystujący projekt czerwonej kokardki, symbolu solidarności z osobami żyjącymi z HIV/AIDS. Nakład: 3 278 szt., wartość: 23 994,96 zł., dystrybucja w ramach umowy z Wykonawcą: 2 285 szt., dystrybucja z magazynu Centrum: 993 szt.;
- kalendarz książkowy z podstawowymi informacjami nt. HIV i AIDS. Nakład: 1 000 szt., wartość: 27 121,50 zł., dystrybucja z magazynu Centrum: 1 000 szt.

Zakres umów, zawieranych pomiędzy Centrum a Wykonawcą, dotyczący publikacji obejmuje m.in. następujące usługi: projekt, korektę, druk i dystrybucję do WSSE, PKD oraz Wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu. Inne podmioty lub osoby fizyczne, w celu otrzymania bezpłatnych materiałów promocyjno-edukacyjnych wydanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, wypełniają wniosek dostępny na stornie Centrum. Wysyłka materiałów realizowana jest na koszt odbiorcy (dostępna jest możliwość odbioru publikacji osobiście z magazynu Centrum).

DZIAŁANIA INFORMACYJNE

Strona internetowa

W 2018 roku, zgodnie z pismem Pełnomocnika Rządu do spraw Obchodów Stulecia Odzyskania Niepodległości Rzeczypospolitej Polskiej Ministra Jarosława Sellina, Krajowe Centrum ds. AIDS promowało logo PW "Niepodległa" przekazane przez Biuro Programu „Niepodległa” - narodową instytucję kultury odpowiedzialną za koordynację obchodów stulecia odzyskania niepodległości przez Polskę. Baner z logo został umieszczony na stronie internetowej i podlinkowany do portalu niepodlegla.gov.pl oraz zamieszczony na papierze firmowym Centrum.

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. Od 2018 roku portal działa w nowej szacie graficznej.

W 2018 roku na portalu zostały uwzględnione wytyczne ujęte w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.UE.L.2016.119.1 (RODO).

Główne elementy i zawartość portalu:

Biuletyn Informacji Publicznej (BIP) – podsystem, w ramach którego podmiot udostępnia informację publiczną dotyczącą funkcjonowania Centrum, wynikającą z obowiązującego prawa.

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 2018 r. Centrum udzieliło patronatu ośmiu 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 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 została zaktualizowana pod kątem całodobowego dostępu do informacji telefonicznej w szpitalach. Dodana została informacja 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 o 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 pytania z zakresu HIV/AIDS.

W 2018 r. zwracano się z prośbą o różnego typu informacje dotyczące HIV/AIDS (31 rozmów 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 2018 r. Krajowe Centrum ds. AIDS czynnie uczestniczyło w następujących wydarzeniach:

- XII Konferencji Top Medical Trends 2018 w Poznaniu (pod patronatem naukowym Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej). W czasie konferencji medycznej, goszczącej ok. 2500 lekarzy, prowadzona była m.in. dystrybucja materiałów dotyczących HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową. Lekarze otrzymywali też ulotki z informacją, kiedy należy proponować pacjentowi test w kierunku HIV. Promowane były punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD), wykonujące anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV wraz z poradnictwem okołotestowym.
- piknikach organizowanych pod patronatem Wojewody Mazowieckiego przez Wydział Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, w ramach Mazowieckich Dni Zdrowia 2018, w: Ostrołęce, Warszawie (Seniorada we współpracy ze Stowarzyszeniem ESPAR 50+ oraz studentami kinezygerontoprofilaktyki AWF Warszawa), Sochaczewie i Siedlcach (Dzień Krwiodawstwa we współpracy z PCK o/Siedlce) oraz Radzyminie.

- konferencji edukacyjnej na temat HIV/AIDS dla lekarzy o specjalności innej niż choroby zakaźne, zorganizowanej przez Centrum dzięki zaangażowaniu i pomocy Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia, finansowanej w ramach pisemnej informacji nr 1/WM-DUN/2018 ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego przeznaczonych na działalność upowszechniającą naukę”.

- Centrum było również obecne ze stoiskiem z materiałami dotyczącymi HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową adresowanych do różnych grup odbiorców, w czasie trwania XXV Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” w Warszawie.

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 XVIII 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 numer infolinii 801 888 448).

Rok 2018 był dziewiątym 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. W tych miesiącach liczba rozmów wyniosła średnio około 880 rozmów, co stanowi podwojenie średniej liczby rozmów w poprzednich miesiącach.

Ogólna liczba połączeń w trakcie dyżurów wyniosła 7 355. Dyżurni telefonu zaufania udzielili 11 891 porad z zakresu problematyki HIV/AIDS. Najliczniejszą grupą wiekową korzystającą z usług telefonu była grupa w wieku 25-34 lata. Mężczyźni prawie 4 razy częściej korzystali z porad w telefonie 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 napisać maila bezpośrednio na adres poradni: poradnia@aims.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;
- 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.

Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS



W 2018 r. opracowano 4 numery kwartalnika „Kontra” – biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS. Do wydań dodane były również artykuły specjalne – „Aspekty”, m.in. o testowaniu w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz artykuły omawiające wyniki badań społecznych dotyczących HIV/AIDS w ostatnich latach. Kwartalnik przesłany był odbiorcom przez newsletter e-Kontra wraz

z informacją RODO. 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, będące uzupełnieniem wiadomości zamieszczonych w biuletynie *Kontra*. 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 otrzymywania newslettera.

Zespoły do spraw realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

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

Celem funkcjonowania Zespołu jest zintegrowanie realizacji zadań określonych w *Harmonogramie realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanym na lata 2017-2021*.

Podstawą prawną funkcjonowania Zespołów są:

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

oraz:

- zarządzenia, uchwały, porozumienia.

W skład Zespołów zostali powołani przedstawiciele następujących instytucji:

- urzędów wojewódzkich,
- urzędów marszałkowskich,
- urzędów miast,
- Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- Narodowego Funduszu Zdrowia,
- konsultanci wojewódzcy,
- kuratoriów oświaty,
- policji,
- organizacji pozarządowych.

Ponadto w Zespołach są przedstawiciele:

- zakładów opieki zdrowotnej,
- Okręgowych Izb Lekarskich,
- Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych,
- Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS,

- straży granicznej,
- izb celnych,
- inni.

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

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 przepisów i wskazanie podstaw prawnych na podstawie których jednostki samorządu terytorialnego (urząd marszałkowski) powinny realizować zadania z zakresu HIV/AIDS (na potrzeby Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego w Rzeszowie),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie leczenia antyretrowirusowego (ARV) dla obywateli polskich w Polsce – wskazanie zasad i możliwości korzystania w ramach obowiązujących przepisów prawnych (na potrzeby Kontry),
- analiza przepisów prawa w zakresie zasad uzyskiwania zgody na wykonywanie testów na HIV w kontekście postępowania poekspozycyjnego (na prośbę Ministerstwa Zdrowia),
- analiza w zakresie wyrażenia zgody na test na HIV u dziecka przebywającego pod opieką rodziny zastępczej (na potrzeby jednego z PKD i ośrodka adopcyjnego),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie leczenia antyretrowirusowego (ARV) dla obywateli RP w Polsce – zasady i możliwości korzystania przez ubezpieczonych w państwach członkowskich UE/EFTA oraz ubezpieczonych w państwach trzecich (na potrzeby Kontry),
- analiza zasad finansowania profilaktyki poekspozycyjnej na wirusa HIV w kontekście wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych (na prośbę Ministerstwa Zdrowia),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie leczenia ARV dla obywateli polskich w krajach UE/EFTA - możliwości i zasady korzystania w przypadku osób ubezpieczonych w Polsce i osób ubezpieczonych w innych krajach UE/EFTA (na potrzeby Kontry),
- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie wykonywania testów w kierunku HIV u zawodników uczestniczących we współzawodnictwie sportowym organizowanym przez polski związek sportowy – kogo dotyczą, kiedy są wykonywane i jakie są ich podstawy prawne (na potrzeby Kontry).

Ponadto, Krajowe Centrum ds. AIDS przekazało szereg informacji prawnych w odpowiedzi na pytania przekazane w ramach Poradni Internetowej.

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 2018 r. Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało realizację 27 umów na działalność 30 punktów konsultacyjno – diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania 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. Dodatkowo trzy umowy obejmowały promocję punktów konsultacyjno - diagnostycznych oraz finansowanie i zaopatrzenie przez Krajowe Centrum ds. AIDS tych punktów w testy przesiewowe wykrywające zakażenie HIV oraz w testy potwierdzenia (PKD finansowane były głównie ze środków samorządowych). Wszystkie PKD zobowiązane były do działania zgodnie ze standardami Centrum.

Rysunek 1. Punkty konsultacyjno-diagnostyczne na mapie Polski na koniec roku 2018



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

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

Miasto	Nazwa organizacji	Liczba wykonanych testów
BIAŁYSTOK	Stowarzyszenie FAROS ul. Pietkiewicza 1/1; 15 - 689 Białystok	530
BYDGOSZCZ	Fundację Parasol ul. Piskorskiej 1a/14; 87-100 Toruń	467
BYDGOSZCZ*	Fundację Na Rzecz Zwalczania Chorób Zakaźnych ul. Rejtana 8/3-5; Bydgoszcz	131
CHORZÓW	Górnośląskie Stowarzyszenie WSPÓLNOTA ul. Zjednoczenia 10; 41 - 500 Chorzów	1 329
CZĘSTOCHOWA	Stowarzyszenie MONAR ul. Nowolipki 9B; 00 - 151 Warszawa	472
EŁK	Stowarzyszenie Honorowych Dawców Krwi ul. Grodzieńska 10; 19-300 Ełk	243
GDAŃSK	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Rzączyńskiego 1b/18; 80 - 041 Gdańsk	1700
GORZÓW WIELKOPOLSKI	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Mickiewicza 12b/66 - 400 Gorzów Wielkopolski	421
JELENIA GÓRA	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Kasprówicza 7; 58 - 500 Jelenia Góra	729
KIELCE	Stowarzyszenie NADZIEJA RODZINIE ul. Karczówkowska 36; 25 - 711 Kielce	603

KOSZALIN	Stowarzyszenie Profilaktyki i Terapii "Młodzi-Młodym" ul. Zwycięstwa 168; 75-612 Koszalin	201
KRAKÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS "Jeden Świat" ul. Ściegiennego 89/28; 30-809 Kraków	2 380
LUBLIN	Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym AGAPE ul. Bernardyńska 5; 20 - 109 Lublin	579
ŁÓDŹ	Międzynarodowe Stowarzyszenie Pomocy "Słyszę Serce" ul. Skarbowa 28; 91-473 Łódź	861
OLSZTYN	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Żołnierska 16; 10 - 561 Olsztyn	521
OPOLE	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13; 53-025 Wrocław	462
PŁOCK	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	341
POZNAŃ	Fundacja Simontonowski Instytut Zdrowia ul. Sekutowicza 3/9; 20-152 Lublin	2 027
RZESZÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS "Jeden Świat" ul. Ściegiennego 89/28; 30-809 Kraków	597
SŁUPSK	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Piotra Skargi 8; 76-200 Słupsk	648
SZCZECIN	Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU ul. Broniewskiego 12; 71-460 Szczecin	1 113
TORUŃ	Fundacją Parasol ul. Piskorskiej 1a/14; 87-100 Toruń	469
WAŁBRZYCH	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13; 53-025 Wrocław	224
WARSZAWA Chmielna	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	8 802
WARSZAWA Jagiellońska	Zjednoczenie Na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS "Pozytywni w Tęczy" ul. Targowa 44 lok. 1/1A; 03-773 Warszawa	375
WARSZAWA Jana Pawła II	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa	4 072
WARSZAWA Nugat	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa	2 131
WROCŁAW	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Podwale 74 ofic. 23; 50 - 449 Wrocław	310
WROCŁAW	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13; 53-025 Wrocław	4 200
ZGORZELEC	Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy osobom Uzależnionym SUBSIDIUM ul. Warszawska 37a; 59-900 Zgorzelec	71
ZIELONA GÓRA	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Batorego 33/9; 65 - 735 Zielona Góra	325
	OGÓŁEM	37 334

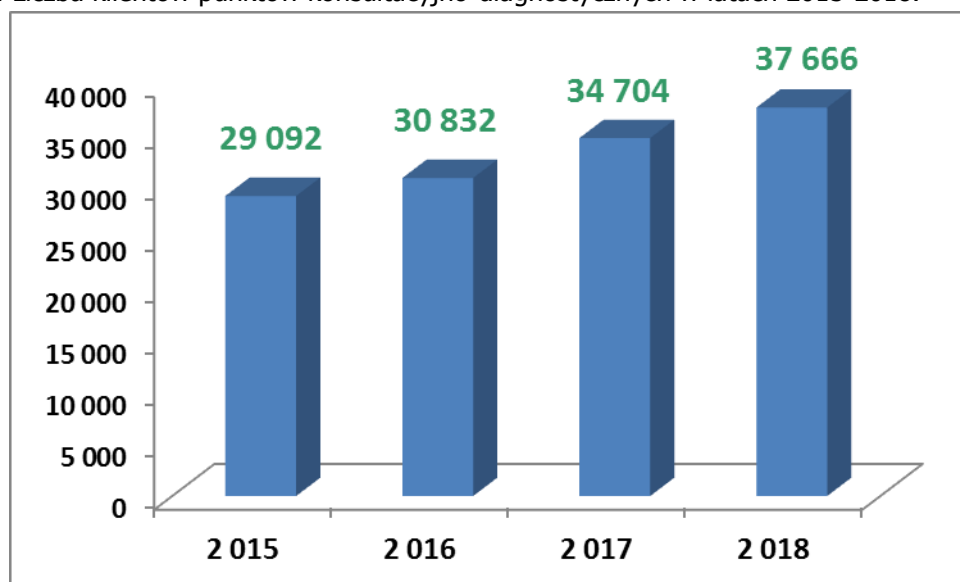
*umowa rozwiązana w trakcie roku 2018

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Podstawowym zadaniem realizowanym w PKD jest wykonywanie bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi i krajowymi prowadzone jest poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane są 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. Pozwala to na podejmowanie działań profilaktycznych i właściwą alokację środków na tę działalność.

Każdy test poprzedzany 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 zakazić się wirusem. Natomiast jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i pomocy.

Wykres 8. Liczba klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2015-2018.

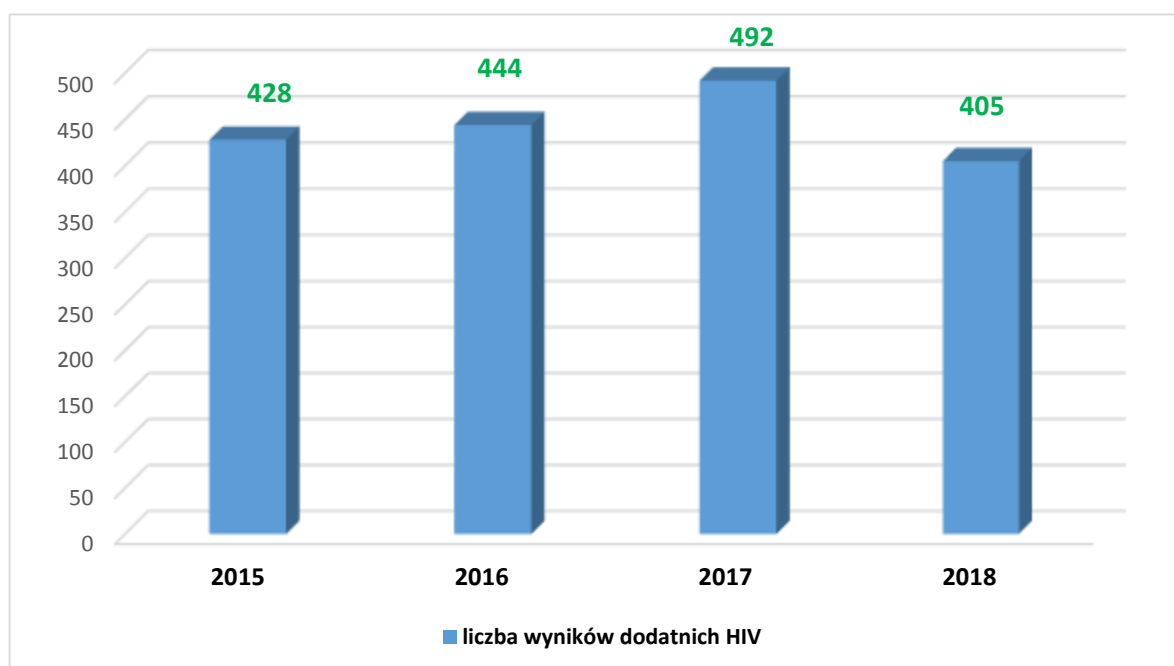


Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r. w PKD w Polsce wykonano 37 767 testów przesiewowych – w tym 9 419 stanowiła liczba testów szybkich. Z wynikiem ujemnym uzyskano 27 823 testy przesiewowe i 9 324 szybkie testy przesiewowe. W teście potwierdzenia Western blot uzyskano 405 wyników dodatnich, 86 wyników ujemnych oraz 26 wyników wątpliwych.

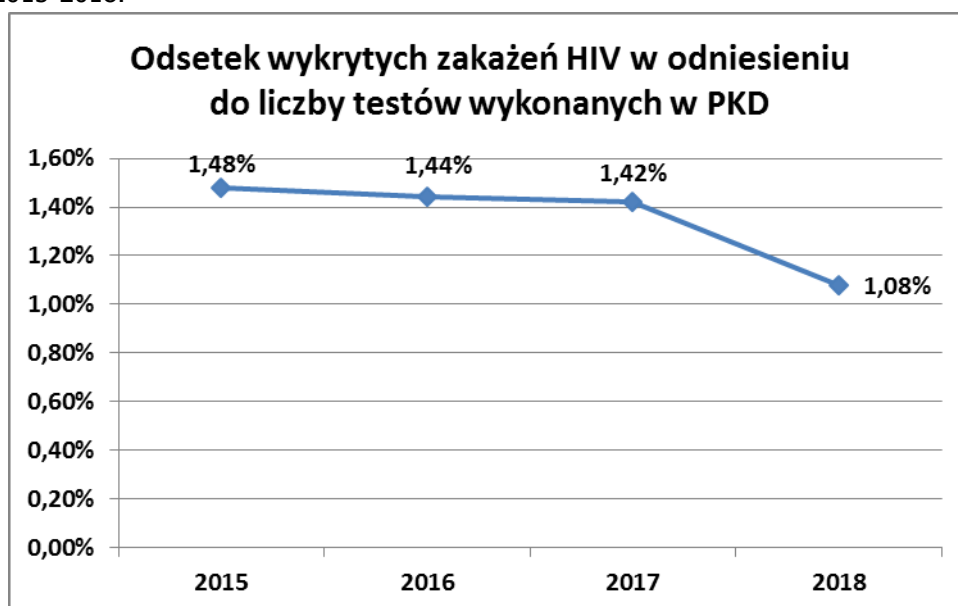
Testy potwierdzenia dla PKD wykonywano w Centralnym Laboratorium Analitycznym SP ZOZ przy Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie, Pracowni Badań Molekularnych Wielospecjalistycznej Przychodni Lekarskiej Fundacji Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz w Laboratorium Mikrobiologii przy SP ZOZ Szpitala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

Wykres nr 9. Liczba wyników dodatnich wykrytych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2015-2018.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres nr 10. Odsetek wykrytych zakażeń HIV w odniesieniu do liczby testów wykonanych w PKD w latach 2015-2018.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Zakażenie HIV wykryto u 405 osób (77% wyników dodatnich w testach przesiewowych została potwierdzona w testach potwierdzenia, 16% się nie potwierdziła, a 5% wyników przesiewowych dodatnich skierowanych zostało do dalszej diagnostyki z wynikami wątpliwymi w testach potwierdzenia).

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.

W 1987 r. wprowadzono do leczenia zakażonych HIV pierwszy lek antyretrowirusowy (ARV) ze wskazaniami dla pacjentów znajdujących się w zaawansowanym stadium choroby. Lekiem tym była Zidovudine (AZT, ZDV, Retrovir). Rzeczywistym przełomem było dopiero wprowadzenie w 1996 r. skojarzonej terapii antyretrowirusowej tzw. HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), która zawierała w zestawie leków inhibitory proteazy (saquinawiru - grudzień 1995 r., indinawiru - marzec 1996r. i ritonawiru - marzec 1996r.).

Wprowadzenie do terapii nowej grupy leków poprawiło radykalnie rokowanie i przeżywalność pacjentów zakażonych HIV. Współczesne leki antyretrowirusowe (ARV) poprawiły znacznie rokowanie osób z zakażeniem HIV i spowolniły rozwój AIDS. Niemniej jednak 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”

Głównym Celem Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS poprzez zapewnienie dostępu do 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 w Polsce.

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 rozpoznanym zakażeniem HIV rozpocznie terapię antyretrowirusową, 90% wszystkich osób przyjmujących leki antyretrowirusowe osiągnie supresję wirusa HIV < 50 kopii/ml.
- zwiększenie dostępności do leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV w Polsce,
- zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+; zakażenia wertykalne poniżej 1% :
- zapewnienie leków antyretrowirusowych na postępowanie poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe; zero zakażeń po ekspozycji na HIV.

Poza leczeniem antyretrowirusowym (kontynuacja leczenia z lat ubiegłych oraz włączenia nowych pacjentów do terapii HAART w 2018 r.) nieodłącznym elementem Programu była prowadzona diagnostyka specjalistyczna, niezbędna dla właściwego monitorowania prowadzonej terapii ARV. 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.

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 genetyczna zakażeń HIV zawiera min.:

- 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 (ostatnia aktualizacja czerwiec 2018 r.) przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS.

Tabela 3. Zalecenia rozpoczynania leczenia ARV w różnych fazach zakażenia HIV i AIDS (w oparciu o rekomendacje PTN AIDS, czerwiec 2018 r.).

Kategoria kliniczna	Liczba CD4 (kom/ul)	HIV RNA (kopii/ml)	Rekomendacje
Dzieci 0 -18 rok Cięża po 14 tyg.	Każda wartość	Każda wartość	Leczyć
AIDS	Każda wartość	Każda wartość	Leczyć
Niezależnie od kategorii klinicznej	CD4 < 200	Każda wartość	Leczyć
Bez objawów	CD4 201 - 350	Każda wartość	Leczyć
Bez objawów	CD4 350 - 500	Każda wartość	Leczyć
Bez objawów: - Planowana ciąża - Pierwotne zakażenie retrowirusowe - Zwiększone ryzyko sercowo – naczyniowe - Nefropatia związana z HIV - Koinfekcje: HBV, HCV - Cukrzyca - Wiek powyżej 50 lat - Choroby nowotworowe - Upośledzenie funkcji poznawczych związanych z HIV	CD4 > 500	Każda wartość	Leczyć
Bez objawów. Zdrowy partner seksualny.	CD4 > 500	< 100 000 kopii/ml	Leczyć
Bez objawów	CD4 > 500	< 100 000 kopii/ml	Monitorować Decyzja indywidualna lekarza – 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 w Polsce, 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 terapeutycznych. Zmiany mogą dotyczyć nawet około 50% pacjentów w ciągu pierwszego roku terapii HAART.

Do najczęstszych powodów zmiany terapii antyretrowirusowej należą:

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

Rok 2018 był osiemnastym rokiem realizacji Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia, koordynowanym przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Programem leczenia antyretrowirusowego (ARV) objęte są 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, pod warunkiem posiadania miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV oraz osoby, które wymagają zastosowania leków antyretrowirusowych w ramach postępowania poekspozycyjnego po narażeniu na zakażenie HIV – ekspozycje pozazawodowe wypadkowe.

W przypadku ekspozycji zawodowych zgodnie z 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 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 związane z ich życiem osobistym i zawodowym).
- 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. Praktyką jest natomiast hospitalizacja dzieci w pierwszych tygodniach leczenia.
- 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.
- 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 rokuje kontynuacji leczenia z przyczyn psychospołecznych (decyzję wykluczenia lub niewprowadzenia podejmuje lekarz prowadzący).

Na dzień 31 grudnia 2018 r. objętych leczeniem ARV było **11 063 pacjentów**, w tym **101 dzieci** (do 18 roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS (według sprawozdań z ośrodków leczących). 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 pt. „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 2018 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 łądźwiowa, 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.

W 2018 roku 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 17 szpitalach/placówkach medycznych Program ARV jest realizowany w pełnym zakresie (dwa nowe ośrodki leczenia: Lublin i Ostróda);
- 3 szpitale realizują Program ARV w zakresie postępowania poekspozycyjnego wypadkowego pozazawodowego (Lublin - dzieci, Toruń, Łańcut);
- 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 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 nowych pacjentów wymagających włączenia do terapii HAART 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 2018 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	(22) 33-58-102, 33-58-101
	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	(22) 33-55-292, 33-55-258
	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	(22) 33-55-222; 33-55-294
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.	(85) 741-69-21, 74-09-439
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	(52) 32-55-605, 32-55-600

4.	Poradnia Diagnostyki i Terapii AIDS ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	Szpital Specjalistyczny ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	(32) 34-63-641, 34-63-650
5.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza 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.	(58) 341-40-41 wew. 330 i 331
6.	Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych ul. Śniadeckich 5, 31 – 531 Kraków	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	(12) 42-47-341, 42-47-356
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	(81) 532-39-35, 532-50-43
8.	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	(42) 251-61-24, 251-60-50
9.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	Szpital Wojewódzki w Opolu ul. Kośnego 53, 45-372 Opole sp. z o.o.	(77) 44-33-100, 44-33-044
10.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	(89) 646-06-01, 646-06-89
11.	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	(61) 87-39-000, 873-93-76
12.	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 65 – 572 Poznań	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 65 – 572 Poznań	(61) 849-13-62, 847-29-60
13.	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	(91) 431-62-42, 81-39-000
14.	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	(71) 39-57-548, 39-57-501
15.	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 Tylko administracja.	(71) 770-31-51, 770-31-58
16.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ ul. Podróźnicza 26/28, 53-208 Wrocław Tylko administracja.	(71) 356-07-80, 356-07-83
17.	Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych ul. Żyty 26, 65-046 Zielona Góra	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. ul. Żyty 26, 65-046 Zielona Góra	(68) 329-64-78, 32-96-201
18.	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	(81) 740-20-39, 740-20-41, 740-86-14f Tylko ekspozycje + ciężarne

19.	Oddział Obserwacyjno - Zakaźny ul. Krasińskiego 4/4a, 87-100 Toruń	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera ul. Sw. Józefa 53-59, 87-100 Toruń	(56) 679-55-60, 65-44-054 Tylko ekspozycje
20.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Centrum Medyczne w Łańcutie Sp. Z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	(17) 224-02-56, 224-01-00 225-23-02, Tylko ekspozycje
21.	Klinika Położnictwa i Ginekologii ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	Instytut Matki i Dziecka ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	(22) 32-77-044, 32-77-111 Tylko ciążarne
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	(22) 58-30-301, 58-30-302 Tylko ciążarne

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,
 - 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%

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

Tabela 6. Zestawienie liczbowe pacjentów objętych Programem, w tym profilaktyka wertykalna.

Ośrodek referencyjny	Ogółem liczba pacjentów leczonych ARV	W tym dzieci zakażone HIV - leczone ARV	Liczba cięż	Liczba noworodków	Liczba poronień lub martwo urodzone
CZSW	255	0	0	0	0
Białystok	259	0	3	2	0
Bydgoszcz	418	5	0	0	0
Chorzów	1257	0	4	3	0
Gdańsk	696	6	5	3	0
Kraków	991	0	0	0	0
Lublin	136	0	2	0	0
Łódź	517	7	11	5	3
Opole	81	0	1	0	0
Ostróda	66	0	0	0	0
Poznań dzieci	6	6	0	0	0
Poznań	535	0	3	0	0
Szczecin	525	1	4	2	1
Warszawa	3620	50	21	15	2
Wrocław	430	0	0	3	0
Wrocław dzieci	30	26	0	0	0
WCZ	1057	0	0	1	0
Zielona Góra	184	0	0	0	0
Razem:	11063	101	54	34	6

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

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 „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z 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, 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 2018 roku wdrożono leczenie antyretrowirusowe w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych wypadkowych u **309 pacjentów**.

Tabela 7. Liczba postępowań poekspozycyjnych pozazawodowych – wypadkowych w ośrodkach realizujących Program leczenia ARV w 2018 r.

Lp.	Szpital	Klinika/Oddział/Poradnia	Ekspozycje
1.	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	- Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza - Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego WUM	97
2.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. M. C. Skłodowskiej 24a, 15-276 Białystok	Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Żurawia 14, 15 – 540 Białystok	7
3.	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM im. Ludwika Rydygiera ul. Św. Floriana 12, 85 – 030 Bydgoszcz	1
4.	Szpital Specjalistyczny ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	Poradnia Diagnostyki i Terapii AIDS ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	31
5.	Szpital Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia	Klinika Chorób Zakaźnych GUM ul. Smoluchowskiego 18, 80-214 Gdańsk	8
6.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych ul. Śniadeckich 5, 31 – 531 Kraków	19
7.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	Klinika Chorób Zakaźnych UM ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	1
8.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	1
9.	Szpital Wojewódzki w Opolu ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	4
10.	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	0
11.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym SPZOZ ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	Klinika Chorób Zakaźnych UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	6
12.	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 65 – 572 Poznań	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 65 – 572 Poznań	2
13.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	22
14.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego ul. Koszarowa 5, 51 – 149 Wrocław	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM ul. Koszarowa 5, 51- 149 Wrocław	91
15.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu ul. Borowska 213, 50 – 556 Wrocław	Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM ul. Chałubińskiego 2-2a, 50 – 368 Wrocław	8
16.	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ ul. Podróźnicza 26/28, 53-208 Wrocław	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	0
17.	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp.z o.o. ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	2
18.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	Oddział Chorób Zakaźnych Dziecięcych ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	0

19.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera ul. Św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń	Oddział Obserwacyjno - Zakaźny ul. Krasińskiego 4/4a, 87-100 Toruń	4
20.	Centrum Medyczne w Łańcutie Sp. Z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	4
21.	Instytut Matki i Dziecka ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	Klinika Położnictwa i Ginekologii 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, 02-521 Warszawa, ul. Rakowiecka 37a	1
Razem			309

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko)

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r., poz. 1132) wszystkie kobiety w ciąży powinny mieć wykonane badanie w kierunku zakażenia HIV do 10. tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33, a 37 tygodniem ciąży.

Według analizy przeprowadzonej przez Panią prof. dr hab. n. med. Magdalenę Marczyńską procent wykonywanych badań w kierunku zakażenia HIV w trakcie ciąży u matek dzieci objętych opieką i leczeniem, w kierowanym przez nią ośrodku, wynosił tylko około 30 - 33 %. W Unii Europejskiej badania te są wykonywane średnio u 60% kobiet, a w niektórych państwach, takich jak: Anglia, Holandia, Francja nawet u 98%. Od roku 1985 w Polsce zarejestrowano ok. 200 zakażeń wertykalnych. Na HIV/AIDS zmarło do tej pory 15 dzieci (wg danych prof. Marczyńskiej). Wymienione fakty są przesłankami oferowania testu w kierunku HIV każdej kobiecie w ciąży.

W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu i 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 profilaktycznie leków antyretrowirusowych. Dotyczy to również kobiet, które uległy zakażeniu bezpośrednio przed ciążą lub w czasie ciąży. Sposób prowadzenia porodu, stosowanie inwazyjnych procedur i inne czynniki mogą również zwiększać ryzyko zakażenia. Ryzyko transmisji wertykalnej HIV (w grupie kobiet niepoddających się profilaktyce) na terenie Europy wynosi 15 – 30%. Ryzyko transmisji wertykalnej HIV jest większe w przypadku matek z wysoką wiremią, podczas porodu drogami natury, u dzieci karmionych piersią i kobiet, które nie były pod specjalistyczną opieką podczas ciąży i porodu oraz nie otrzymywały profilaktycznie leków antyretrowirusowych. 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 wiremii 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 daje szansę na szybkie opanowanie replikacji wirusa oraz chroni układ immunologiczny 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.

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

Skutecznie prowadzona terapia antyretrowirusowa, także u dzieci, ograniczyła częstość występowania zakażeń oportunistycznych i co za tym idzie obniżyła koszty całkowite związane z kompleksowym leczeniem. 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 2018, w ramach Programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostały objęte 54 kobiety ciężarne zakażone HIV. Odbyły się 34 porody kobiet zakażonych HIV, doszło do sześciu poronień, a 20 kobiet jest nadal w ciąży (poród planowany w 2019 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymały 34 noworodki.

Leczenie antyretrowirusowe dzieci

W ramach Programu, na dzień 31 grudnia 2018 roku leczeniem ARV objętych było 101 dzieci 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 młodzieży i dzieci starszych do zakażenia HIV może dojść tak jak u dorosłych, najczęściej przez zanieczyszczone krwią igły i strzykawki przy stosowaniu środków psychoaktywnych w iniekcjach, narzędzia wielokrotnie używane do przerywania ciągłości tkanek. Wykorzystywanie seksualne dzieci, pedofilia, wczesna inicjacja seksualna może mieć wpływ na poziom incydencji zakażeń HIV w tej grupie.

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 0 - 18 roku życia są inne niż u dorosłych:

Tabela 8. 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 (zalecenia zostały umieszczone w rekomendacjach PTN AIDS – ptnaids.pl rozdział Program szczepień ochronnych) 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. Kalendarz szczepień dla dzieci HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępem wiedzy medycznej i zmianami sytuacji epidemiologicznej.

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.

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

Wydatkowanie przyznanych środków:

Zgodnie z *ustawą* – Prawo Zamówień Publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1986) zostało przeprowadzonych przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia trzydzieści siedem postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup leków antyretrowirusowych, w tym pięć postępowań zostało unieważnionych, a trzydzieści dwa postępowania zostały zakończone podpisaniem umów. Trzy postępowania na zakup testów diagnostycznych do monitorowania terapii ARV oraz dwa postępowania na zakup szczepionek przeprowadziło Krajowe Centrum ds. AIDS.

Zakupione produkty lecznicze i wyroby medyczne zabezpieczają ciągłość leczenia pacjentów objętych Programem w latach poprzednich oraz nowo zdiagnozowanych pacjentów wprowadzanych do terapii HAART.

Tabela 9. Wydatkowanie przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2018 roku środków finansowych w dziale 851 – Ochrona Zdrowia, w rozdziale 85149 - Programy polityki zdrowotnej na realizację Programu zdrowotnego Ministra Zdrowia pt.: „*Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021*” z podziałem na paragrafy.

PARAGRAF	PLAN	WYDATKI W PLN
4230	257 776 818,00	203 076 818,92
4300	72 570,72	72 570,72
RAZEM:	257 849 389,64	203 149 389,64

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W trakcie 2018 roku decyzjami Ministra Zdrowia został zmniejszony plan finansowy wydatków i ostatecznie plan finansowy wydatków Krajowego Centrum ds. AIDS w rozdziale 85149 na koniec 2018 roku wyniósł 257 849 389,64 zł (wraz z wydatkami niewygasającymi w kwocie 54 700 000,00 zł).

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2017 roku w sprawie wydatków budżetu państwa, które nie wygasają z upływem roku budżetowego (Dz.U. z 2017 r. poz. 2426)), Krajowe Centrum ds. AIDS otrzymało kwotę 19 762 322,00 zł z przeznaczeniem na realizację Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „*Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących*

z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021". Powyższe środki zostały wydatkowane w I kwartale 2018 roku w kwocie 19 761 695,33 zł.

Tabela 10. Ceny (brutto) leków wykorzystywanych w Programie leczenia ARV – stan na 31 grudnia 2018 roku.

Lp.	Nazwa handlowa leku ARV	Cena (zł)
1	ATRIPLA 600/200/245mg tabletki 30	3 013,69
2	CELSENTRI 150mg tabletki 60	3 133,10
3	CELSENTRI 300mg tabletki 60	3 230,00
4	COMBIVIR, LAZIVIR, LAMIWUDYNA/ZYDOWUDYNA MYLAN 150/300mg tabletki 60	140,40
5	DESCOVY 10/200mg tabletki 30	1 771,82
6	DESCOVY 25/200mg tabletki 30	1 771,82
7	EDURANT 25mg tabletki 30	1 013,65
8	EMTRIVA 200mg kapsułka 30	969,55
9	EPIVIR 240ml syrop 1	190,00
10	EPIVIR, LAMIVUDINE TEVA, LAMIVUDINE MYLAN 150mg tabletki 60	137,98
11	EPIVIR 300mg tabletki 30	176,23
12	EVIPLERA 200/25/245mg tabletki 30	2 960,59
13	EVOTAZ 300mg/150mg kapsułka 30	1 616,76
14	FUZEON 108mg fiolka 60	6 660,00
15	GENVOYA 150/150/200/10mg tabletki 30	3 192,00
16	INTELENCE 200mg tabletki 60	1 479,89
17	INVIRASE 500mg tabletki 120	2 690,00
18	ISENTRESS 100mg tabletki 60	993,60
19	ISENTRESS 100mg saszetka 60	1 026,00
20	ISENTRESS 400mg tabletki 60	1 739,70
21	KALETRA 100/25mg tabletki 60	781,22
22	KALETRA 200/50mg tabletki 120	1 059,96
23	KALETRA 60ml syrop 5	1 235,00
24	KIVEXA, ABACAVIR+LAMIVUDINE TEVA 300/600mg tabletki 30	237,60
25	NORVIR 100mg tabletki 30	64,58
26	NORVIR 100mg proszek 30	259,20
27	ODEVSEY 200/25/25mg tabletki 30	2 930,05
28	PREZISTA 75mg tabletki 480	5 432,40
29	PREZISTA 150mg tabletki 240	2 646,00
30	PREZISTA, DARUNAVIR MYLAN, SANDOZ, TEVA 600mg tabletki 60	400,46
31	PREZISTA, DARUNAVIR MYLAN, SANDOZ, TEVA 800mg tabletki 30	153,51
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 200mg kapsułka 60	1 342,44
37	REYATAZ 300mg kapsułka 30	1 062,72

38	REZOLSTA 800mg/150mg tabletki 30	1 566,47
39	STOCRIN 600mg tabletki 30	571,32
40	STRIBILD 150/150/200/245mg tabletki 30	3 225,25
41	TELZIR 700mg tabletki 60	1 400,00
42	TIVICAY 10mg tabletki 30	652,32
43	TIVICAY 25mg tabletki 30	1 630,80
44	TIVICAY 50mg tabletki 30	1 935,15
45	TRIUMEQ 50/600/300mg tabletki 30	2 886,14
46	TRIZIVIR 300/150/300mg tabletki 60	2 350,00
47	TRUVADA, EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN 245/200mg tabletki 30	53,38
48	VIDEX 2g proszek 1	486,00
49	VIRAMUNE 240ml zawiesina 1	231,12
50	VIRAMUNE, NEVIRAPINE ACCORD tabletki 400mg 30	255,96
51	VIREAD 204mg tabletki 30	1 836,00
52	VIREAD, TENOFOVIR ACCORD, TEVA 245mg tabletki 30	37,24
53	ZIAGEN 240ml syrop 1	290,00
54	ZIAGEN 300mg tabletki 60	843,17

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 11. Wartość i asortyment leków ARV, szczepionek i testów zakupionych w 2018 r.

Lek	Cena jednostkowa	Ilość	Wartość (w zł)
ABACAVIR/LAMIVUDINE ACCORD tabletki 600/300mg 30	116,59	1	116,59
ABACAVIR/LAMIVUDINE ACCORD tabletki 600/300mg 30	116,78	512	59 791,36
ABACAVIR+LAMIVUDINE SANDOZ tabletki 600/300mg 30	257,28	1	257,28
ABACAVIR+LAMIVUDINE SANDOZ tabletki 600/300mg 30	255,84	1199	306 752,16
ATRIPLA tabletki 600/200/245 30	3 013,59	1	3 013,59
ATRIPLA tabletki 600/200/245 30	3 012,73	1	3 012,73
ATRIPLA tabletki 600/200/245 30	3 013,69	287	864 929,03
ATRIPLA tabletki 600/200/245 30	3 013,60	1	3 013,60
CELSENTRI tabletki 150mg 60	3 133,10	5	15 665,50
CELSENTRI tabletki 300mg 60	3 230,00	20	64 600,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 600mg 60	500,58	100	50 058,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 600mg 60	396,00	299	118 404,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 600mg 60	393,84	1	393,84
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	374,04	1	374,04
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	198,00	999	197 802,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	194,40	1	194,40
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	153,58	15	2 303,70
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	374,88	703	263 540,64
DARUNAVIR SANDOZ tabletki 800mg 30	153,50	2985	458 197,50
DARUNAVIR TEVA tabletki 800mg 30	378,22	359	135 780,98
DARUNAVIR TEVA tabletki 800mg 30	243,86	1	243,86

DARUNAVIR TEVA tabletki 800mg 30	376,78	1	376,78
DARUNAVIR TEVA tabletki 800mg 30	250,77	1439	360 858,03
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 771,81	8197	14 523 526,57
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 770,92	6	10 625,52
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 771,82	8196	14 521 836,72
DESCOVY tabletki 200/10mg 30	1 771,55	1	1 771,55
DESCOVY tabletki 200/25mg 30	1 771,82	10940	19 383 710,80
EDURANT tabletki 25mg 30	1 013,64	96	97 309,44
EMTRIVA kapsułki 200mg 30	969,55	24	23 269,20
EPIVIR syrop 240ml 1	190,00	265	50 350,00
EPIVIR tabletki 300mg 30	176,23	30	5 286,90
EVOTAZ tabletki 150/300mg 30	1 616,76	3188	5 154 230,88
FUZEON fiolki 108mg 60	6 659,99	1	6 659,99
FUZEON fiolki 108mg 60	6 660,00	1	6 660,00
GENVOYA tabletki 150/150/200/10 30	3 123,65	1	3 123,65
GENVOYA tabletki 150/150/200/10 30	3 191,99	6322	20 179 760,78
GENVOYA tabletki 150/150/200/10 30	3 192,00	8137	25 973 304,00
INVIRASE tabletki 500mg 120	2 690,00	6	16 140,00
INVIRASE tabletki 500mg 120	1 177,61	-49	-57 702,89
ISENTRESS proszek 100mg 60	1 026,00	3	3 078,00
ISENTRESS tabletki 100mg 60	993,60	3	2 980,80
ISENTRESS tabletki 400mg 60	1 739,13	1	1 739,13
ISENTRESS tabletki 400mg 60	1 739,70	2179	3 790 806,30
ISENTRESS tabletki 400mg 60	1 739,38	1	1 739,38
ISENTRESS tabletki 400mg 60	1 739,69	2718	4 728 477,42
ISENTRESS tabletki 400mg 60	1 750,13	1	1 750,13
IVIVERZ tabletki 600/300mg 30	116,78	486	56 755,08
IVIVERZ tabletki 600/300mg 30	116,89	799	93 395,11
IVIVERZ tabletki 600/300mg 30	118,00	700	82 600,00
IVIVERZ tabletki 600/300mg 30	115,61	1	115,61
IVIVERZ tabletki 600/300mg 30	116,97	1	116,97
KALETRA syrop 60ml 5	1 234,99	5	6 174,95
KALETRA tabletki 100/25mg 60	781,22	80	62 497,60
KALETRA tabletki 200/50mg 120	1 514,33	1540	2 332 068,20
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	176,23	250	44 057,50
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	61,41	3	184,23
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	129,25	150	19 387,50
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	61,40	316	19 402,40
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	171,44	164	28 116,16
LAMIWUDYNA/ZYDOWUDYNA MYLAN tabletki 150/300mg 60	61,41	-3	-184,23
LAMIWUDYNA/ZYDOWUDYNA MYLAN tabletki 150/300mg 60	61,40	-766	-47 032,40
LAZIVIR tabletki 150/300mg 60	61,40	450	27 630,00
LAZIVIR tabletki 150/300mg 60	140,40	240	33 696,00

LAZIVIR tabletki 150/300mg 60	129,60	300	38 880,00
LAZIVIR tabletki 150/300mg 60	86,37	190	16 410,30
NORVIR proszek 100mg 30	259,20	12	3 110,40
NORVIR tabletki 100mg 30	161,11	2200	354 442,00
NORVIR tabletki 100mg 30	167,48	20	3 349,60
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 930,05	8239	24 140 681,95
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 930,06	2200	6 446 132,00
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 926,56	1	2 926,56
PREZISTA tabletki 150mg 240	2 646,00	11	29 106,00
RETROVIR kapsułki 100mg 100	361,00	122	44 042,00
RETROVIR kapsułki 250mg 40	361,00	280	101 080,00
RETROVIR syrop 200ml 1	95,00	100	9 500,00
REYATAZ kapsułki 200mg 60	1 342,44	98	131 559,12
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 560,31	1	1 560,31
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 566,46	2214	3 468 142,44
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 548,74	1	1 548,74
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 566,47	6086	9 533 536,42
RITONAVIR MYLAN tabletki 100mg 30	117,99	1999	235 862,01
RITONAVIR MYLAN tabletki 100mg 30	117,86	1	117,86
STOCRIN tabletki 600mg 30	571,32	200	114 264,00
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	3 225,25	728	2 347 982,00
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	3 225,20	1	3 225,20
TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 245mg 30	42,92	200	8 584,00
TENOFOVIR DISOPROXIL TEVA tabletki 245mg 30	68,97	258	17 794,26
TENOFOVIR DISOPROXIL TEVA tabletki 245mg 30	68,81	2	137,62
TIVICAY tabletki 50mg 30	1 935,15	10600	20 512 590,00
TRIUMEQ tabletki 50/600/300mg 30	2 886,14	6600	19 048 524,00
VIRAMUNE zawiesina 240ml 1	231,12	200	46 224,00
VIRAMUNE XR tabletki 400mg 30	205,20	210	43 092,00
VIRAMUNE XR tabletki 400mg 30	255,96	224	57 335,04
VIREAD tabletki 204mg 30	1 836,00	5	9 180,00
VIREAD tabletki 204mg 30	1 547,64	3	4 642,92
ZIAGEN syrop 240ml 1	290,00	70	20 300,00
ZIAGEN tabletki 300mg 60	843,17	450	379 426,50
RAZEM			201 274 383,81

Szczepionka	Cena jednostkowa	Ilość	Wartość (w zł)
21,20 VAXIGRIP TETRA 1 AMP,-STRZ, X 0,5ML,	39,90	56	2 234,40
21,20 Vaxigrip Tetra 1 amp,-strz, x 0,5ml,	39,91	84	3 352,44
21,20 Boostrix Polio 1 amp,-strz, x 0,5ml,	83,03	5	415,15
21,20 Havrix 720 junior 0,5	100,54	10	1 005,40

21,20 Neisvac-C inj, 0,5ml	108,00	24	2 592,00
21,20 Infanrix IPV HIB 0,5	124,55	44	5 480,20
21,20 Nimenrix 0,5ml	160,00	6	960,00
21,20 Nimenrix 0,5ml	160,01	1	160,01
21,20 Silgard 0,5ml/amp,strykawka	200,00	3	600,00
21,20 Silgard 0,5ml/amp,strykawka	200,01	3	600,03
21,20 Varilrix inj	202,55	5	1 012,75
21,20 Prevenar inj, 0,5 ml	260,00	4	1 040,00
21,20 Rotarix	295,41	30	8862,30
21,20 Bexsero 0,5ml	313,96	52	16 325,92
21,20 Gardasil 9	344,99	3	1 034,97
21,20 Gardasil 9	345,00	3	1 035,00
RAZEM			46 710,57

Test diagnostyczny	Cena jednostkowa	Ilość	Wartość (w zł)
4J7110 1ml Pipette Tips	520,94	17	8 855,98
4J7110 1ml Pipette Tips	540,00	6	3 240,00
4J7110 1ml Pipette Tips	540,00	10	5 400,00
4J7110 1ml Pipette Tips	518,40	16	8 294,40
4J7117 200ul Pipe Tips	432,00	3	1 296,00
4J7117 200ul Pipe Tips	432,00	4	1 728,00
4J7130 96 Deep Well Plates	378,00	18	6 804,00
4J7170 96 Well Optical Reaction Plate	378,00	15	5 670,00
4J7145 ASPS Biohazard Bags 50X	162,00	5	810,00
4J7145 ASPS Biohazard Bags 50X	172,80	2	345,60
4J9473 Clean up Kit	1 722,00	18	30 996,00
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	324,00	1	324,00
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	162,00	1	162,00
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	161,93	1	161,93
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	323,98	1	323,98
4J7180 Master mix Tubes	378,00	4	1 512,00
4J7175 Optical Adhesive Cover	378,00	4	1 512,00
4J7120 Reaction Vessels	378,00	12	4 536,00
4J7160 Reagent Troughs	378,00	10	3 780,00
4J7160 Reagent Troughs	377,99	5	1 889,95
2G3170 RealTime HIV Calibrators	853,20	4	3 412,80
2G3170 RealTime HIV Calibrators	853,20	4	3 412,80
2G3180 RealTime HIV Controls	853,20	18	15 357,60
2G3180 RealTime HIV Controls	853,20	10	8 532,00
2G3180 RealTime HIV Controls	853,20	6	5 119,20
4J7024 RNA Sample Preparation Rtg,	885,60	16	14 169,60

4J7024 RNA Sample Preparation Rtg,	885,60	40	35 424,00
4J7024 RNA Sample Preparation Rtg,	885,60	66	58 449,60
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	8 042,30	25	201 057,50
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	6 284,10	24	150 818,40
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	8 042,30	16	128 676,80
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	6 284,08	1	6 284,08
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	6 284,10	15	94 261,50
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	8 042,19	1	8 042,19
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	6 284,10	40	251 364,00
4J9493 ViroSeq HIV-1 Genotyping Kit	33 723,17	16	539 570,72
4J9493 ViroSeq HIV-1 Genotyping Kit	33 723,22	1	33 723,22
4J9493 ViroSeq HIV-1 Genotyping Kit	34 202,36	16	547 237,76
4J9493 ViroSeq HIV-1 Genotyping Kit	34 202,33	1	34 202,33
4J9492 ViroSeq Sequencing Consumables Pack	2 460,00	18	44 280,00
72329 Geenius controls HIV	199,80	2	399,60
72460 Geenius HIV1/2 Confirm Assay 20t	1 490,40	30	44 712,00
30447 VIDAS HIV Duo Quick	793,80	9	7 144,20
30447 VIDAS HIV Duo Quick	793,80	3	2 381,40
315501653000 HLA B5701 Strip 16 t	2 266,55	0	0,00
315501653000 HLA B5701 Strip 16 t	2 266,56	0	0,00
315501653000 HLA B5701 Strip 16 t	1 896,40	1	1 896,40
315501653000 HLA B5701 Strip 16 t	1 896,39	1	1 896,39
315504853000 HLA B5701 Strip 48 t	6 799,68	10	67 996,80
80540 INNO-LIA HIV I/II Score 20 Tests	2 430,00	6	14 580,00
51304 QIAamp DNA Mini Kit 50	1 290,27	11	14 192,97
002 062 032 HLA Ready Gene B57 low 32 t	1 791,88	1	1 791,88
002 062 032 HLA Ready Gene B57 low 32 t	1 791,94	39	69 885,66
002 062 032 HLA Ready Gene B57 low 32 t	1 119,86	1	1 119,86
345766 Anti-Leu-4 (CD3) PerCP (347344) PL	1 760,00	-15	-26400,00
B23535 AQUIOS IMMUNO-TROL Cells	1 512,00	8	12 096,00
B25700 AQUIOS IMMUNO-TROL Low Cells	1 512,00	8	12 096,00
B23538 AQUIOS Lysing Reagent Kit	1 837,08	10	18 370,80
B23533 AQUIOS Tetra-1	2 160,00	14	30 240,00
A07749 CD3-PC5 100t CE	2 160,00	7	15 120,00
A07750 CD4-FITC 100t CE	1 512,00	7	10 584,00
A07757 CD8-RPE 100t CE	1 566,00	7	10 962,00
7547053 COULTER FLOW COUNT 20ML, IVD	2 381,40	4	9 525,60
340166 FACSCCount Control Kit	1 407,92	1	1 407,92
340166 FACSCCount Control Kit	1 531,60	5	7 658,00
340166 FACSCCount Control Kit	1 291,95	80	103 356,00
340167 FACSCCount Reagent Kit	2 700,00	58	156 600,00
340167 FACSCCount Reagent Kit	2 685,66	1	2 685,66
340167 FACSCCount Reagent Kit	2 688,50	20	53 770,00

340167 FACSCoCount Reagent Kit	2 670,33	1	2 670,33
340167 FACSCoCount Reagent Kit	2 685,71	14	37 599,94
342003 FACSCoFlow	248,40	10	2 484,00
342003 FACSCoFlow	240,83	21	5 057,43
342003 FACSCoFlow	240,84	9	2 167,56
345815 IgG1 Control FITC PLN (349041)	1 026,00	-8	-8 208,00
345816 IgG1 Control PE PLN (347344)	1 026,00	-8	-8 208,00
342445 TriTEST CD4/CD8/CD3 w/TruCount Tubes	2 611,00	-15	-39 165,00
342445 TriTEST CD4/CD8/CD3 w/TruCount Tubes	2 608,20	300	782 460,00
342414 TriTEST CD4/CD8/CD3, PL	2 094,99	-16	-33 519,84
101,572-12 HLA B*5701 -SSP z Taq, 12 testów	1 370,13	1	1 370,13
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2,0 EXPT-IVD + akcesoria	4 653,75	119	553 796,25
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2,0 EXPT-IVD + akcesoria	4 654,04	1	4 654,04
06979599190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + akcesoria	13 081,45	36	470 932,20
06979599190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + akcesoria	13 799,99	4	55 199,96
06979599190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + akcesoria	13 081,30	1	13 081,30
06979599190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + akcesoria	13 800,00	1	13 800,00
RAZEM			4 773 279,38

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Powyższa tabela zawiera również operacje związane z wymianami leków ARV oraz testów diagnostycznych.

Tabela 12. Wartość finansowa (brutto) wysyłanych leków ARV, testów i szczepionek (w zł) przekazanych do poszczególnych ośrodków w dniach od 01. 01.2018 r. do 31.12. 2018 r.

Ośrodek	Wartość leków	Wartość testów	Wartość szczepionek	Wartość finansowa (łącznie)
Białystok	6 868 102,06	109 870,08		6 977 972,14
Bydgoszcz	13 518 478,50	322 291,63	269,68	13 841 039,81
Chorzów	38 139 980,09	577 210,95		38 717 191,04
CZSW	8 669 127,90	36 146,51		8 705 274,41
Gdańsk	22 303 623,98	318 317,63	6 007,69	22 627 949,30
IMiDz		1 587,60		1 587,60
Kraków*		11 442,60		11 442,60
Kraków	34 449 353,76	543 515,98	12 961,09	35 005 830,83
Lublin dorośli	4 588 697,90	10 925,68		4 599 623,58
Lublin dzieci	877,12	7 938,00		8 815,12
Łańcut	3 151,26			3 151,26
Łódź	15 245 447,45	147 252,65	1 599,09	15 394 299,19
Opole	2 575 936,20	63 329,36		2 639 265,56
Ostróda	1 887 898,57			1 887 898,57
Poznań dorośli	14 509 153,95	132 973,50		14 642 127,45
Poznań dzieci	179 639,40		399,06	180 038,46
Szczecin	17 852 524,62	346 881,53		18 199 406,15

Toruń	4 703,13			4 703,13
UCZKiN	3 990,33			3 990,33
Warszawa	112 639 285,48	1 894 004,49	21 593,04	114 554 883,01
Wrocław Zalews *		6 865,56		6 865,56
Wrocławskie Centrum Zdrowia	55 742 197,52	554 059,86		56 296 257,38
Wrocław	10 239 966,39	84 539,16		10 324 505,55
Wrocław dzieci	585 174,42		3 880,92	589 055,34
Warszawa Paproc *		16 673,04		16 673,04
Zielona Góra	5 450 929,70	126 260,41		5 577 190,11
Razem	365 458 239,73	5 312 086,22	46 710,57	370 817 036,52

* testy potwierdzenia Western blot

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 13. Średni miesięczny koszt realizacji Programu (w zł) w poszczególnych ośrodkach w przeliczeniu na jednego dorosłego pacjenta (tzn. > 18 roku życia) w 2018 roku.

Lp.	Nazwa ośrodka	Liczba dorosłych pacjentów (18+) objętych programem, na 31.12.2018 r.	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	259	26 517,77	2 209,81
2	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	413	32 732,39	2 727,70
3	Szpital Specjalistyczny, ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	1 257	30 342,07	2 528,51
4	Centralny Zarząd Służby Więziennej	255	33 996,58	2 833,05
5	Szpital Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia	690	32 324,09	2 693,67
6	Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	991	34 762,21	2 896,85
7	Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	136	33 740,43	2 811,70
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, im. Wł. Biegańskiego, ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	510	29 893,03	2 491,09
9	Szpital Wojewódzki w Opolu, ul. Kośnego, 45-372 Opole	81	31 801,68	2 650,14
10	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	66	28 604,52	2 383,71
11	Wielospecjalistyczny Szpital Miejskim. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym SPZOZ, ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	535	27 119,91	2 259,99
12	Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	524	34 069,70	2 839,14

13	Wojewódzki Szpital Zakaźny, ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	3 570	31 551,62	2 629,30
14	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróźnicza 26/28, 53-208 Wrocław	1 057	52 736,23	4 394,69
15	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, ul. Koszarowa 5, 51 – 149 Wrocław	430	23 813,88	1 984,49
16	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. ul. Żyty 26, 65-046 Zielona Góra	184	29 624,62	2 468,72
	Średnia realna wartość realizacji Programu ARV na 1 pacjenta (18+)	10 958	33 279,86	2 773,32

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 14. Liczba osób leczonych ARV na najczęściej stosowanych schematach terapeutycznych (stan na dzień 31.12.2018 r.).

Lp.	Schemat terapeutyczny ARV	Liczba pacjentów na danym schemacie ARV	Miesięczny koszt terapii ARV (w zł)
1	GENVOYA	1921	3 192,00
2	ODEFSEY	1365	2 930,05
3	TRIUMEQ	1104	2 886,14
4	DESCOVY TIVICAY	1039	3 706,97
5	DESCOVY REZOLSTA	979	3 338,29
6	DESCOVY NORVIR PREZISTA	403	1 989,91
7	DESCOVY ISENTRESS	309	3 511,52
8	DESCOVY KALETRA	237	2 831,78
9	DESCOVY EVOTAZ	154	3 388,58
10	STRIBILD	141	3 225,25
11	ATRIPLA	122	3 013,69
12	TIVICAY TRUVADA	121	1 988,53
13	NORVIR PREZISTA TRUVADA	118	271,47
14	DESCOVY VIRAMUNE XR	114	2 027,78
15	EVIPLERA	110	2 960,59

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2018 r. średni miesięczny koszt zużytych do terapii leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na 1 miesiąc na jednego pacjenta według aktualnych cen (wyliczenie z 15 schematów – w tym również produkty lecznicze wieloskładnikowe tzw. jednotabletkowe) wyniósł 2 750,84 zł. Liczba pacjentów na 15 najczęściej stosowanych schematach w terapii HAART – 8 237 osób (74,46 % 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:

- 309 (pacjentów) x 3200,00 PLN (uśredniony koszt leków ARV dla jednego pacjenta) = 988 800,00 PLN

b) Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych:

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

1. Szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży:

- Ciąże zakończone porodem 9 mies. x 3200,00 zł x 34 kobiet = 979 200,00 zł
- Pozostałe ciążę średnio 5 mies. x 3200,00 zł x 20 kobiet = 320 000,00 zł

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 34 porodów = 7990,00 zł

3. Leki dla dzieci urodzonych przez matki HIV+: 1752,00 zł x 34 dzieci = 59 568,00 zł

W sumie na profilaktykę wertykalną w 2018 r. wydatkowano: 1 366 758,00 zł.

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

Przybliżony koszt leczenia ARV 101 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS w 2018 r. wyniósł: 198 119,59 PLN (średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko – wyniósł 1 961,58 PLN). 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 NFZ.

Podsumowanie

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 istotne dla zdrowia całej populacji.

3. Pacjenci ze zdiagnozowanym zakażeniem HIV objęci terapią HAART nie zakażają świadomie innych (wyższa świadomość i wiedza o przebiegu zakażenia HIV u pacjentów objętych Programem).

4. Dzięki prowadzonej terapii antyretrowirusowej pacjenci rzadziej zapadają na zakażenia oportunistyczne, a co za tym idzie nie wymagają leczenia tych zakażeń i nie generują dodatkowych kosztów wynikających z ich hospitalizacji. Aktualnie leczeniem szpitalnym objętych jest okresowo tylko ok. 1% pacjentów, a leczeniem ambulatoryjnym ok. 99%.

5. Terapia HAART wpływa na systematyczną poprawę stanu klinicznego pacjentów, a także ich jakości życia. Wpływa również na wydłużenie życia pacjentów, być może nawet do późnej starości.

6. Prowadzenie profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV (podawanie leków antyretrowirusowych matce i noworodkowi) spowodowało spadek odsetka zakażeń w grupie noworodków z 23% przed rokiem 1989, do poniżej 1,0% zakażeń wśród noworodków objętych profilaktyką.

7. W Polsce dzięki zastosowaniu leków ARV w postępowaniu poekspozycyjnym pozazawodowym – wypadkowym, od 2001 roku (początek Programu) nie zarejestrowano żadnego przypadku zakażenia HIV w populacji osób objętych profilaktyką – podaniem leków antyretrowirusowych.
8. Leczenie antyretrowirusowe wpływa korzystnie na spadek śmiertelności i zapadalności na choroby oportunistyczne, w tym także na choroby nowotworowe.
9. Dzięki ogólnopolskiemu systemowi gospodarki lekowej nie doszło do przeterminowania żadnych leków antyretrowirusowych zakupionych w ramach Programu.

W odniesieniu do realizacji Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce” należy zauważyć, że aktualne stany magazynowe na 31 grudnia 2018 roku zapewniają ciągłość leczenia ARV zaledwie na około pierwsze dwa miesiące 2019 roku. Od 2017 roku procedura prowadzenia postępowań przetargowych, zgodnie z dyspozycją Ministerstwa Zdrowia, została przekazana do Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia. Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia wprowadzono zmiany w dotychczasowym systemie zakupu, magazynowania i dystrybuowania leków ARV oraz skrócono czas (do dwóch miesięcy) na jaki jest planowany zakup leków antyretrowirusowych. W związku ze zmianą systemu zakupu cały proces pozyskania produktów leczniczych i innych wyrobów medycznych uległ wydłużeniu, a okres na jaki kupowane były leki ARV uległ skróceniu do dwóch miesięcy. Powyższe stanowi zagrożenie dla właściwej realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce”.

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.

W dniach 26-28 czerwca 2018 r. przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS oraz Ministerstwa Zdrowia wzięli udział w 42. posiedzeniu Rady Koordynacyjnej Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (PCB UNAIDS), podczas którego zwrócono uwagę na możliwość powrotu epidemii HIV na dużą skalę, o ile na walkę z nią nie zostaną zapewnione odpowiednie zasoby finansowe i ludzkie. Omawiano także kwestie dostępności i cen leków antyretrowirusowych. Ryzyko powrotu epidemii oznacza konieczność zmiany modelu zarządzania na bardziej efektywny i dopasowany do zmian sytuacji epidemiologicznej, ekonomicznej i politycznej. Prezentowano także informacje aktualizujące

status wspólnego programu oraz zmiany. W dniach 11-13 grudnia 2018 przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS wzięli udział w 43. posiedzeniu Rady Koordynacyjnej Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (PCB UNAIDS). Podczas sesji, nawiązano do strategii 90-90-90 i planowanego zakończenia epidemii AIDS do 2030 roku. Realizacja strategii nie będzie możliwa w sytuacji, gdy w Europie Wschodniej i Azji Centralnej rośnie liczba zakażonych HIV i innymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (STI), a znaczący odsetek spośród zakażonych nie ma dostępu do leczenia ARV. Zwrócono także uwagę na konieczność poszerzenia działań w zakresie wczesnej diagnostyki HIV m.in. poprzez zwiększenie dostępności testów szybkich i przeznaczonych do samodzielnego testowania.

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



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

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

Głównym celem Partnerstwa jest poprawa standardów zdrowotnych, szczególnie w odniesieniu do młodych pokoleń. Problemy takie jak: narkomania, alkoholizm, nikotynizm, a także wzrost liczby zakażeń HIV, dotyczą zwłaszcza 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.

W dniach 12-13 kwietnia 2018 r. w Warszawie odbyło się szóste posiedzenie Grupy Eksperckiej ds. HIV, Gruźlicy i Infekcji Powiązanych i Grupy Ekseprckiej ds. Zdrowia w Zakładach Penitencjarnych. Tematem wiodącym spotkania było zdrowie osób osadzonych i choroby zakaźne w zakładach penitencjarnych w wybranych państwach Unii Europejskiej, w tym w Niemczech, na Łotwie, w Polsce i w Norwegii. Omawiano także tematykę programów redukcji szkód i leczenia substytucyjnego, odnosząc się przy tym do realizowanego obecnie Trzeciego Programu Działań Unii Europejskiej w Dziedzinie Zdrowia 2014-2020, w szczególności programu HA-REACT. Podczas spotkania poruszono także kwestie profilaktyki HIV i gruźlicy wśród osób szczególnie narażonych na zakażenie oraz do wczesnej diagnostyki i do utrzymywania pacjentów w leczeniu. Prezentowano doświadczenia Polski w ww. obszarze. Dokonano także przeglądu aktualnych i przyszłych działań mających na celu przeciwdziałanie zakażeniom HIV i gruźlicy oraz infekcjom powiązanym na terenie UE.

W dniach 8-9 listopada 2018 r. przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS wzięła udział w siódmym posiedzeniu Grupy Eksperckiej ds. HIV, Gruźlicy i Infekcji Powiązanych w Rydze podczas którego omawiano prace w ramach projektów EMIS 2017/ECHOES oraz projektu ESTICOM. Podczas spotkania uaktualniono informacje na temat działań w ramach europejskiego programu HA-REACT, omówiono współpracę państw w ramach projektu Barents, przekazano informacje Rady Ministrów Państw Nordyckich na temat działań w obszarze promocji zdrowia

i profilaktyki wzw w północno zachodniej Rosji. Omówiono tematykę profilaktyki, diagnostyki i leczenia wzv oraz zintegrowanie działań w tym zakresie z HIV i gruźlicą. Zaprezentowano program działań Grupy Eksperckiej na 2019 rok.

Grupa ekspercka Think Tank przy Komisji Europejskiej

EUROPEAN COMMISSION

HEALTH & CONSUMERS DIRECTORATE-GENERAL

Directorate C - Public Health and Risk Assessment



Grupa powstała z inicjatywy rządowej poszczególnych państw i składa się z osób delegowanych przez resorty zdrowia wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej. Jej zadaniem jest opracowywanie efektywnych strategii walki z epidemią HIV/AIDS w krajach członkowskich i sąsiadujących z UE. Grupa spotyka się dwa razy w roku. Polskę reprezentuje dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS. Zapraszani są także goście spoza UE, np. ze Szwajcarii czy Ukrainy, przedstawiciele najważniejszych instytucji, tj. UNAIDS, WHO/Europe, a także reprezentanci społeczeństwa obywatelskiego. Spotkania Think Tank są forum wymiany doświadczeń między uczestnikami i stwarzają możliwość dzielenia się najlepszymi praktykami. Jest to także miejsce, w którym ustanawiane są rekomendacje w kwestiach dotyczących HIV/AIDS, sposoby na walkę z dyskryminacją i stygmatyzacją, wyznaczane są cele działania w zakresie profilaktyki i leczenia.

W dniach 7-8 listopada 2018 r. w Brukseli miało miejsce pierwsze spotkanie Think Tank dotyczące HIV/AIDS, wirusowego zapalenia wątroby oraz gruźlicy. Podczas spotkania omawiano kwestie integracji świadczeń zdrowotnych dla populacji kluczowych, w szczególności wczesnej diagnostyki HIV, HCV/HBV i gruźlicy. Dyskutowano działania poszczególnych państw w kontekście zapisów deklaracji politycznych w tym Celów Zrównoważonego Rozwoju. Zaprezentowano wyzwania oraz plany zmodyfikowanych działań w oparciu o oczekiwania zgłaszane przez Komisję Europejską. Nawiązano do tematu profilaktyki przed ekspozycyjnej (PrEP) oraz do przykładu Portugalii w zakresie opracowania wspólnych strategii nt. dostępu do leczenia, diagnostyki i profilaktyki gruźlicy. Podczas spotkania omówiono także dokument, przygotowywany przez Komisję Europejską pt. *Combating HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmittable diseases and tuberculosis in the EU and neighboring counties*.

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). Jego głównym celem była poprawa profilaktyki HIV

i infekcji powiązanych, zwłaszcza gruźlicy (TB) i wirusowego zapalenia wątroby, wśród osób przyjmujących środki odurzające w iniekcjach (PWID). HA-REACT realizowało dwudziestu trzech partnerów z osiemnastu państw członkowskich UE, których wspomagali partnerzy współpracujący, wśród nich: Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Program wdrażany był głównie w trzech państwach: na Litwie, Łotwie i na Węgrzech (tzw. państwa priorytetowe – *focus countries*). W ramach realizacji działań projektowych w 2018 roku, Krajowe Centrum



ds. AIDS zorganizowało dla Centralnego Zarządu Służby Więziennej trzy międzynarodowe szkolenia na temat terapii substytucyjnej (OST) w zakładach penitencjarnych, adresowane do pracowników pionów penitencjarnych i pionu medycznego. Ponadto opracowano i przygotowano do druku polską wersję przewodnika pt. Leczenie substytucyjne w warunkach izolacji penitencjarnej. Publikacja została uzupełniona o ankiety i prace plastyczne, wykonane przez osadzonych. Krajowe Centrum przygotowało także broszurę dla osób osadzonych na temat chorób zakaźnych oraz materiały informacyjne dotyczące leczenia substytucyjnego i redukcji szkód. Zorganizowano także wizytę studyjną przedstawicieli Centralnego Zarządu Służby Więziennej w zakładzie karnym w Luksemburgu. W 2018 r. w ramach realizacji powierzonych działań, przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczyli w następujących spotkaniach:

- 22-24 lipca spotkanie realizatorów programu HA-REACT w Amsterdamie podczas którego zaprezentowano dotychczasowe wyniki projektu HA-REACT m.in. wyniki badania kwestionariuszowego dot. barier w dostępie do działań redukcji szkód dla osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji, w przygotowanie którego zaangażowane było Krajowe Centrum ds. AIDS w ramach pakietu roboczego WP8. Krajowe Centrum ds. AIDS przygotowało badanie kwestionariuszowe pt. *Availability, accessibility, acceptability, and sustainability of prevention services as well as linkage to care related to HIV, HCV, and TB among people who inject drugs*, po to, aby możliwa była identyfikacja głównych barier w skutecznym przeciwdziałaniu HIV, HCV i gruźlicy (TB) na jakie napotykają osoby stosujące środki odurzające w iniekcji. Ponadto, określenie potrzeb w tym zakresie w państwach priorytetowych programu HA-REACT (Litwa, Łotwa, Węgry), a także w pozostałych państwach UE. Podczas spotkania koordynatorów zaprezentowano także „Przewodnik – zapobieganie oraz monitorowanie zakażeń krwiopochodnych w jednostkach penitencjarnych”. Kolejny punkt programu stanowiła dyskusja panelowa pt. „Integracja świadczeń dla osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji”.
- 21-23 listopada spotkanie w Bukareszcie, kończące program Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction, HA-REACT (wspólne działania na rzecz zapobiegania HIV i koinfekcjom HIV oraz redukcji szkód) połączone z czwartą międzynarodową konferencją poświęconą redukcji szkód pt. 4th European Harm Reduction Conference (EHRC). Przedstawiciel Polski zaprezentował dokonania Polski w kończącym się programie HA-REACT, w szczególności w ramach pakietu roboczego WP6 - redukcja szkód i kontynuacja leczenia w zakładach karnych (harm reduction and continuity of care in prisons). Prezentacja pt. *Scaling up harm reduction in Polish prisons*.

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 wykonanie oceny pracy narzędzi stosowanych przy diagnostyce jednej jednostki chorobowej (HIV) oraz włączaniu pacjentów HIV+ do systemu ochrony zdrowia. Narzędzia i strategie te mogą sprawdzić się także w przypadku pozostałych jednostek chorobowych (WZW, TB oraz STI).

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.

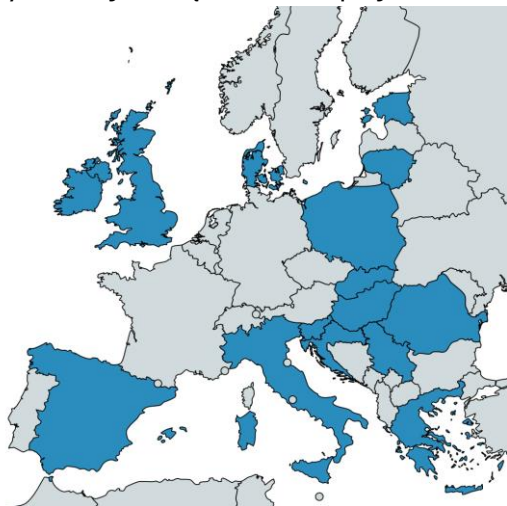
Krajowe Centrum ds. AIDS uczestniczy jako partner wiodący w trzech pakietach roboczych programu, w tym w pakiecie WP8, jako jego wicelider:

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

W ramach pakietów WP5 i WP6, planowany jest udział Krajowego Centrum ds. AIDS (wspólnie z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – PZH, Centralnym Zarządem Służby Więziennej, organizacjami pozarządowymi) w działaniach pilotażowych, wspierających działania nad wykrywalnością (testy) HIV, WZW, gruźlicy i zakażeń przenoszonych drogą płciową (w ramach Europejskiego Tygodnia Testowania) oraz podjęcia kroków prowadzących do ewentualnej integracji zbierania danych epidemiologicznych. Ponadto, Centrum planuje wzięcie udziału w działaniach mających na celu zwiększenie wykorzystania narzędzi służących testowaniu, a następnie utrzymaniu pacjenta w leczeniu przez placówki świadczące usługi medyczne. W ramach pakietu WP 8 planowane jest zorganizowanie trzech szkoleń: w Polsce, Włoszech i Estonii, wykorzystujących narzędzia i tematy wypracowane w ramach pozostałych pakietów roboczych programu INTEGRATE.

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. 2 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 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 2018 r. w ramach realizacji powierzonych działań, przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczył w spotkaniu realizatorów projektu INTEGRATE, które odbyło się w Zagrzebiu w dniach 2-4 maja 2018 r. W czasie spotkania omówiono wstępne przygotowania realizatorów projektu do Europejskiego Tygodnia Testowania na HIV i HCV (listopad 2018). Omawiano także możliwość przeprowadzenia działań pilotażowych w ramach poszczególnych pakietów INTEGRATE, wykorzystując do tego celu wypracowane narzędzia i doświadczenia programów UE Opt TEST i Euro HIV EDAT.

Sprawozdawczość międzynarodowa oraz współpraca z UNAIDS, ECDC, WHO



Zespół Krajowego Centrum ds. AIDS przesłał do ECDC raport roczny obejmujący dane za 2017 r. Za pomocą tego raportu, na podstawie uzyskanych od państw informacji nt. przeciwdziałania epidemii HIV, analizowany jest na poziomie europejskim stopień wywiązywania się poszczególnych krajów z realizacji zapisów deklaracji dublińskiej.

W dniach 23-25 kwietnia przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS wziął udział w spotkaniu ekspertów pt. *HIV w Europie i Azji Centralnej w dobie Celów Zrównoważonego Rozwoju, operacjonalizacja celów i osiągnięcie celów*. Spotkanie to zostało zorganizowane w Berlinie przez Europejskie biuro regionalne WHO oraz Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Podczas spotkania podkreślono, że obecnie region Europy ma problemy z realizacją strategii Fast-Track, w tak szybkim tempie, jak założyło UNAIDS. Głównie ze względu na rosnącą liczbę zakażeń HIV w Europie Wschodniej i Azji Centralnej. Konieczne są efektywnie/skuteczne i pilne działania w zakresie poprawy wykrywalności HIV (zwiększenie liczby wykonywanych testów oraz szybkie włączanie osoby zakażonej do leczenia ARV). Ponadto wspomaganie działań profilaktycznych za pomocą profilaktyki przed ekspozycyjnej – PrEP. Nawiązano także do inicjatywy *Fast-Track cities*, której zadaniem jest przeciwdziałanie HIV/AIDS w dużych miastach. Obecnie żyje w nich ponad 50% wszystkich osób zakażonych na świecie. Program umożliwia monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w dużych miastach, korzystanie z najlepszych praktyk i zasobów w zakresie skutecznej prewencji HIV w populacjach kluczowych. Pozwala też precyzyjnie określać, monitorować i realizować cele w zakresie walki z HIV/AIDS.

W dniach 1-2 października przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS wzięła udział w spotkaniu eksperckim nt. rozwoju strategii krajowych dot. profilaktyki i kontroli zakażeń przenoszonych drogą płciową. Organizatorem spotkania było Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Spotkanie to miało charakter regionalny. W marcu 2018 roku ECDC rozpoczęło wdrażanie projektu pt. „Rozwój strategii krajowych dot. profilaktyki i kontroli zakażeń przenoszonych drogą płciową w państwach UE i EOG”.

W 2018 roku, Krajowe Centrum przekazało dane (za 2016 rok) do raportu GARPR 2017 - *Global AIDS Response Progress Report*, który przygotowuje UNAIDS. Na podstawie danych i informacji nt. przeciwdziałania epidemii HIV, analizuje się stopień w jakim poszczególne państwa wywiązują się z realizacji zapisów deklaracji politycznych przyjętych na forum ONZ.

Wizyty studyjne

Wykłady, spotkania i wizyty studyjne, które odbywają się przy udziale pracowników Krajowego Centrum ds. AIDS, stanowią stały ważny element współpracy międzynarodowej. Celem tych działań była wymiana doświadczeń i najlepszych praktyk z krajami sąsiadującymi z Polską, krajami europejskimi, światowymi liderami w zakresie walki z epidemią, a także krajami rozwijającymi się. Spotkania są bardzo dobrym sposobem poznania sytuacji, sposobów zwalczania epidemii HIV/AIDS oraz rozwiązań prawnych innych krajów. W dniu 21 lutego w siedzibie Krajowego Centrum miało miejsce spotkanie z 30 osobową grupą studentów z Danii, reprezentujących międzynarodową sieć na rzecz pomocy humanitarnej (NOHA), którzy przyjechali w ramach wymiany organizowanej przez Uniwersytet Warszawski. Studenci zapoznali się z tematami dotyczącymi profilaktyki i leczenia HIV/AIDS w Polsce, w tym z tematem testowania w kierunku HIV/AIDS oraz kampaniami na rzecz wczesnej diagnostyki i zapobiegania HIV/AIDS.

Inne działania

XX Międzynarodowe Sympozjum Medycyny (HIVNAT)

W dniach 17-19 stycznia przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS wziął udział w sympozjum zorganizowanym w Bangkoku, którego tematyka dotyczyła najnowszych zagadnień medycznych i społecznych dotyczących przeciwdziałania HIV i zakażeniom współistniejącym z HIV, takim jak WZW C i gruźlica.

XVIII Międzynarodowy Kongres Chorób Zakaźnych

W dniach 1-4 marca miał miejsce kongres w Buenos Aires poświęcony chorobom zakaźnym. Omawiano na nim czynniki, które sprzyjały w ciągu ostatnich 20 lat wzrostowi liczby zachorowań na tzw. choroby nowo występujące (emerging diseases), wśród których jest m.in. HIV/AIDS czy lekooporna postać gruźlicy. Zwrócono uwagę na zagrożenia związane z lekoopornością oraz na konieczność odpowiedniego przygotowania się na nowe sytuacje, związane z wirusowymi chorobami tropikalnymi m.in. dengą, chikungunią, wirusem Zika, które wraz z przemieszczaniem się coraz większej liczby osób i towarów, stanowią jedno z nowych zagrożeń epidemiologicznych dla Europy.

VI Międzynarodowa Konferencja poświęcona HIV/AIDS w Europie Wschodniej i Azji Centralnej

Przedstawiciel Centrum wziął udział w konferencji w Moskwie (18-20 kwietnia), poświęconej sytuacji epidemiologicznej HIV, WZW, ZPDP i gruźlicy. Według danych WHO i Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), liczba nowych zakażeń HIV w Europie Wschodniej i Azji Centralnej rośnie (80% nowych zakażeń miało miejsce w Rosji, a 10% na Ukrainie; oba państwa graniczą z Polską). Liczba nowych infekcji w Rosji oraz Azji Środkowej wzrosła od 2010 do 2016 roku o 60%, osiągając poziom 190 tysięcy przypadków. Nowo zdiagnozowane zakażenia HIV w Federacji Rosyjskiej, stanowiły w 2015 roku 81% wszystkich zakażeń w Regionie Wschodnim WHO EURO.

Europejska konferencja Euroscicon, STD-AIDS and Infectious Diseases

W dniach 18-20 kwietnia przedstawiciele Centrum wzięli udział w konferencji w Rzymie, której tematem był globalny rozwój w leczeniu i profilaktyce AIDS i chorób zakaźnych. EuroSciCon jest międzynarodową platformą dyskusyjną na temat obecnych i przyszłych wyzwań dotyczących chorób zakaźnych m.in. zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS.

Warsztaty eksperckie ESTICOM

W dniach 26-27 kwietnia miały miejsce warsztaty eksperckie w Berlinie, poświęconych wynikom europejskich badań internetowych: EMIS oraz ECHOES opracowanych w ramach ESTICOM (*European Surveys and Trainings to Improve MSM Community Health*). Koordynatorem ww. badań w Polsce było Krajowe Centrum ds. AIDS, zaś jego partnerami organizacje takie jak: Społeczny Komitet ds. AIDS, Lambda Warszawa, Zjednoczenie na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy”, Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć+” i Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami” jak również doradcy pracujący w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.

Spotkanie realizatorów projektu COBATEST

W dniach 13-15 maja odbyło się spotkanie realizatorów programu COBATEST. Projekt ten wychodzi naprzeciw potrzebie poprawy diagnostyki HIV w populacjach szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia HIV. W ramach programu zdrowia publicznego UE, Agencja Wykonawcza

ds. Zdrowia i Konsumentów DG SANCO w latach 2010-2013 zdecydowała o współfinansowaniu projektu COBATEST, który dotyczył testowania w kierunku HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, skierowanego do wybranych społeczności na terenie Europy (*HIV community-based testing practices in Europe – COBATEST*).

2018 IUSTI STI/AIDS World & European Congress

W dniach 27-30 czerwca przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS wzięli udział w Światowej Konferencji poświęconej HIV i ZPDP w Dublinie. Podczas konferencji przedstawiono m.in. najnowsze światowe trendy dotyczące profilaktyki i leczenia HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz badania efektywności podejmowanych działań.

Zakażenia przenoszone drogą kontaktów seksualnych łączy z HIV nie tylko drogą zakażenia, ale również to, że wystąpienie jednej z nich może oznaczać współwystępowanie innego zakażenia np. WZW C i B, czy kiły.

22nd International AIDS Conference 2018

Konferencja (23-27 lipca) poświęcona była HIV/AIDS oraz infekcjom powiązanym. Jej organizatorem było International AIDS Society (IAS). Zakres tematyczny konferencji AIDS 2018 objął całokształt problematyki medycznej i społecznej związanej z epidemią HIV/AIDS. Celem konferencji było połączenie doświadczeń naukowców działających w ramach HIV and Youth Programmes AIDS z działalnością praktyków w zakresie leczenia ARV i profilaktyki.

Międzynarodową Konferencję STD-AIDS oraz chorób zakaźnych- STD – AIDS 2018

W dniach 3-4 września odbyła się konferencja w Bangkoku dotycząca nowoczesnych metod profilaktyki HIV. Konferencja adresowana była do lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, psychologów, badaczy behawioralnych, pracowników służby zdrowia, epidemiologów, pracowników socjalnych, studentów, pracowników akademickich i specjalistów pracujących na rzecz leczenia HIV oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową: chlamydzioz, rzeżączki, wirusa brodawczaka ludzkiego, kiły, WZW.

Spotkanie wysokiego szczebla na temat komunikacji ryzyka chorób zakaźnych

W dniach 10-11 października przedstawiciel Krajowego Centrum wziął udział w międzynarodowych warsztatach w Paryżu poświęconych komunikacji ryzyka chorób zakaźnych (risk communication) w sytuacjach kryzysowych i nadzwyczajnych, w tym komunikacji adresowanej do populacji migrujących i mniejszości etnicznych. Informowanie o zagrożeniach epidemiologicznych odgrywa znaczącą rolę w komunikacji o zdrowiu i staje się coraz ważniejsze w ochronie zdrowia ludności. Jest to złożony, interdyscyplinarny proces, który wymaga zaangażowania różnych osób: decydentów różnych szczebli i specjalistów w zakresie zdrowia publicznego i badań społecznych. Nowe zagrożenia epidemiologiczne, związane z nowymi drobnoustrojami chorobotwórczymi i wzrostem oporności bakterii na antybiotyki wywołały zmiany w polityce zdrowotnej, wśród nich, zwiększenie nacisku na zapobieganie chorobom zakaźnym i wzrost znaczenia komunikacji o zdrowiu, jako ważnego elementu zdrowia publicznego. W przypadku nieuleczalnych i przewlekłych chorób zakaźnych, na przykład AIDS, właściwie przygotowana i rozpowszechniona informacja może stanowić jeden z głównych środków zapobiegania i przeciwdziałania zagrożeniu chorobą.

VI Międzynarodowa Konferencja HIV/AIDS/STDs and STIs 2018

W dniach 29-30 października przedstawiciele Centrum uczestniczyli w konferencji w San Francisco na temat podnoszenia poziomu świadomości społecznej nt. ZPDP i AIDS i walki ze stygmatyzacją osób zakażonych (*Raising Global Awareness on STD/AIDS and Fighting the Stigma Surrounding the Disease*). Z uwagi na fakt, że HIV / AIDS stanowi problem o zasięgu globalnym, tematy konferencji STD AIDS 2018 koncentrowały się głównie na takich kwestiach jak: pierwotna infekcja HIV, transmisja i eradykacja wirusa oraz zakażenia współistniejące (koinfekcje).

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 2018 r. została przeprowadzona analiza statystyczna ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno–diagnostycznych, zarówno przez doradców jak i klientów, w latach 2015-2017 r. Zadanie zrealizowane zostało przez firmę KANTAR MILLWARD BROWN.

Zasadniczym celem raportu była analiza porównawcza wyników ankiet realizowanych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) w latach 2015-2017.

Szczegółowe cele obejmowały następujące obszary tematyczne:

1. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób zgłaszających się do PKD.
2. Charakterystyka klientów PKD z uwzględnieniem powodu badania, jego wyniku oraz czynników składających się na zachowania ryzykowne takich, jak:
 - a. liczba partnerów seksualnych
 - b. kontakty seksualne z osobami tej samej płci
 - c. kontakty seksualne bez zabezpieczenia
 - d. kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych
 - e. kontakty seksualne z osobami HIV+
 - f. stosowanie narkotyków w iniekcjach
3. Dodatkowe charakterystyki społeczno-demograficzne oraz analizy zachowań sprzyjających zakażeniu HIV zostały wykonane dla następujących grup klientów PKD:
 - a. mężczyźni deklarujący kontakty seksualne z mężczyznami (grupa MSM)
 - b. osoby deklarujące przyjmowanie środków psychoaktywnych drogą iniekcji (grupa IDU)
 - c. osoby deklaruujące podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem substancji psychoaktywnych
 - d. osoby nieletnie - poniżej 18 roku życia
 - e. osoby w wieku 18 lat
 - f. osoby w wieku 19 lat
 - g. osoby w wieku 18-25 lat

- h. osoby w wieku powyżej 50 roku życia
- i. kobiety w ciąży
- j. osoby, które otrzymały wynik dodatni w teście potwierdzenia

Podsumowanie badania:

Odwiedzający PKD są głównie mężczyznami, w wieku 20-39 lat. W latach 2015-2017 rośnie ich udział wśród klientów PKD stanowiąc 64% wszystkich przychodzących do punktów konsultacyjno-diagnostycznych.

Odsetek mężczyzn o orientacji heteroseksualnej w latach 2015-2017 maleje (spadek z 38% do 35% w 2017), jednocześnie zwiększa się liczba mężczyzn MSM, czyli deklarujących kontakty seksualne z innymi mężczyznami (wzrost z 22% do 27% w 2017).

Zdecydowana przewaga mężczyzn w porównaniu do ogółu klientów PKD występuje wśród klientów z grupy IDU (osób przyjmujących substancje psychoaktywne drogą iniekcji), uprawiających seks pod wpływem środków psychoaktywnych oraz zakażonych wirusem HIV. Wśród osób nieletnich natomiast więcej jest dziewcząt niż chłopców w zestawieniu z ogółem klientów PKD. Osoby nieletnie stanowią marginalny odsetek wśród ogółu odwiedzających PKD (zaledwie 0,4%). Liczba ta nie zmienia się w latach 2015-2017. Tak niski udział osób poniżej 18 roku życia wynika najprawdopodobniej z aktualnie obowiązujących aktów prawnych, według których nieletni mają obowiązek przyścia do PKD wraz z opiekunem prawnym. Zniesienie tego nakazu lub przesunięcie dolnej granicy na przykład do lat 16, mogłoby wpłynąć na zwiększenie liczby osób nieletnich, przychodzących do punktów konsultacyjno-diagnostycznych w celu wykonania testów na obecność wirusa HIV.

Klienci PKD, niezależnie od zmiennych demograficznych czy wyników ankiety w przeważającej części są Polakami i zamieszkują miasta. Jedyną grupą, która częściej niż pozostali klienci PKD pochodzi ze wsi - są kobiety deklarujące ciążę jako powód wykonania testu.

Wśród wszystkich odwiedzających PKD dominuje orientacja heteroseksualna. Analizując płeć klientów PKD, wśród kobiet przeważa orientacja heteroseksualna (93%), podczas gdy u mężczyzn deklarowana jest częściej orientacja homo i biseksualna.

W grupach: IDU, osób mających kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych oraz u osób 50+ bez względu na płeć przeważa orientacja heteroseksualna.

Wśród nieletnich i osób w wieku 18-25 lat zachowany jest trend spójny z ogółem odwiedzających PKD, czyli zwiększenie liczby mężczyzn odwiedzających PKD deklarujących orientację homo i biseksualną.

W gronie odwiedzających PKD, a także u klientów z grup: MSM, IDU, uprawiających seks pod wpływem substancji psychoaktywnych i u osób 50+ w latach 2015-2017 systematycznie wzrasta udział deklarujących posiadanie partnerów homoseksualnych i spadek kontaktów heteroseksualnych.

Wśród klientów PKD prezerwatywą zawsze zabezpiecza się przy stosunkach waginalnych jedynie 19%, a przy analnych 33%. Jedyną grupą, która częściej niż ogół odwiedzających PKD stosuje prezerwatywy przy tych rodzajach kontaktów są mężczyźni MSM.

Zdecydowanie rzadziej prezerwatywę jako środek zabezpieczający przed chorobami stosują osoby z grup: IDU, nieletni, kobiety w ciąży i klienci powyżej 50 lat. Wśród dwóch ostatnich grup to zachowanie wyjaśnia duży odsetek stałych związków i brak obawy przed niechcianą ciążą. Pozostałe osoby stosują prezerwatywy z podobną częstością jak wszyscy klienci PKD. Dotyczy to także osób HIV+ - zawsze prezerwatywy stosuje przy stosunkach waginalnych 19% osób HIV+ vs 19% ogółu klientów PKD, przy stosunkach analnych 26% osób HIV+ vs 33% wszystkich odwiedzających PKD.

Ryzykowne kontakty seksualne podawane są jako najczęstszy powód wykonania testu na HIV wśród wszystkich grup klientów odwiedzających punkty konsultacyjno-diagnostyczne. Wyjątkiem są kobiety wskazujące jako powód wykonania testu na HIV ciążę.

W ramach analizowanych podgrup, obok ryzykownych kontaktów seksualnych podawano inne przyczyny skłaniające do wykonania testu (częściej niż u ogółu klientów PKD):

- u grupy MSM był to wynik dodatni testu na HIV u partnera,
- u osób z grupy IDU i uprawiających seks pod wpływem środków psychoaktywnych - kontakt z innymi osobami przyjmującymi środki psychoaktywne drogą iniekcji oraz kontakt z krwią,
- u nieletnich kontakt z krwią,
- u osób 50+ - ciekawość, osłabienie i skierowanie przez lekarza.

Liczba partnerów seksualnych w ciągu całego życia koreluje z wiekiem oraz płcią. Więcej partnerów seksualnych mają mężczyźni niż kobiety. Ich liczba rośnie wraz z wiekiem odwiedzających PKD. Zależności te dotyczą wszystkich analizowanych grup klientów.

Podobne powiązanie widać dla liczby partnerów seksualnych stałych i przypadkowych (określanych w ankiecie „innymi”) posiadanych w czasie ostatniego roku. Kobiety częściej w czasie poprzedniego roku miały stałych partnerów, podczas gdy u mężczyzn dominują kontakty z przypadkowymi partnerami seksualnymi. Liczba posiadanych w czasie ostatniego roku partnerów wzrasta wraz z wiekiem.

Kontakty seksualne pod wpływem środków psychoaktywnych najczęściej podejmowane są przez osoby nieletnie i młode (w wieku 18 i 19 lat), a także osoby z grup: MSM, IDU, HIV+. Wyraźnie rzadziej sytuacje takie są spotykane w grupie kobiet w ciąży oraz u osób w wieku powyżej 50 lat. Wśród nieletnich i osób w wieku 18 i 19 lat, spotykamy podwyższone ryzyko zakażenia wirusem HIV związane ze stosowaniem wspólnego sprzętu w przypadku zażywania substancji psychoaktywnych drogą iniekcji.

Poważnym problemem wśród klientów PKD jest duży udział osób nieletnich i młodych (w wieku 18 i 19 lat) przyjmujących substancje psychoaktywne podane w inny sposób niż poprzez iniekcję. Liczba testów na obecność wirusa HIV koresponduje z wiekiem i płcią klientów PKD. Najmniej testów w swoim życiu przeprowadziły kobiety i osoby najmłodsze. Wraz z wiekiem przybywa osób, które wykonały już to badanie. Grupami które szczególnie często przeprowadzały w przeszłości test na HIV są osoby z grup: MSM, IDU oraz HIV+.

Wyniki testów dla ogółu klientów PKD są negatywne (99%). 1% z nich ma potwierdzony wynik pozytywny. Wśród badanych nieletnich brak jest wyników potwierdzających obecność wirusa HIV. Grupy u których wykrywalność wirusa HIV jest większa niż wśród ogółu klientów PKD są przede wszystkim osoby z grup: MSM i IDU. W roku 2015 i 2016 wynik pozytywny miało 3% osób z grupy IDU. Niepokojący jest wzrost liczby potwierdzonych testów wśród przedstawicieli tej grupy w roku 2017 do 7%. Częściej niż w poprzednich latach pozytywne wyniki testów na HIV mają mężczyźni 50+ i 18 latkowie (2%).

Na ponowne testy po oknie serologicznym wracają prawie wszyscy klienci PKD (99%). Tylko nieletni rzadziej wykonują ponowne badanie po odczekaniu tego wymaganego okresu (95%).

Miejszem w którym głównie wykonywane są kolejne badania na obecność wirusa HIV są najczęściej punkty konsultacyjno-diagnostyczne. Częściej niż ogół klientów w PKD powtórny testom poddają się mężczyźni z grupy MSM.

Rzadziej niż wszyscy odwiedzający, ponowne testy w PKD przeprowadzają osoby z grup: IDU, HIV+, nieletni, 50+, kobiety w ciąży. Zamiast PKD wybierają oni głównie placówki NFZ (grupy: IDU, nieletni, 50+, kobiety w ciąży, HIV+) lub prywatne laboratoria (kobiety w ciąży oraz klienci HIV+).

Wnioski z analizy działania PKD (spełnianie założeń):

Analiza danych pochodzących z punktów konsultacyjno-diagnostycznych z lat 2015-2017 wskazuje na kilka możliwych kierunków działania.

Zaczynając od grupy nieletnich (poniżej 18 roku życia) czyli tych osób, które dopiero rozpoczynają kontakty seksualne - wprowadzenie zmian legislacyjnych w zakresie obowiązku przeprowadzania procedury testowania przy obecności opiekunów prawnych, prawdopodobnie wpłynęłoby na zwiększenie udziału nieletnich wśród ogółu odwiedzających PKD, w konsekwencji przyczyniłoby się także do wzrostu liczby klientów w wieku 18 i 19 lat.

Osoby w wieku 18 i 19 lat na tle ogółu klientów PKD stanowią grupę o podwyższonym ryzyku zakażenia wirusem HIV ze względu na podejmowanie częściej ryzykownych zachowań: niestosowanie prezerwatyw, wśród młodych mężczyzn kontakty seksualne z licznymi - przypadkowymi partnerami, stosowanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie kontaktów seksualnych pod ich wpływem).

Uwidacznia się konieczność rozpoczęcia/poszerzenia działań edukacyjnych prowadzonych wśród młodzieży – gdyż jak wynika z analizy, na przykład dwukrotnie częściej niż pozostali klienci PKD nieletni nie stosują w ogóle prezerwatyw podczas stosunków waginalnych czy analnych. Rozpoczęcie działań edukacyjnych u jak najmłodszych osób mogłoby przynieść pozytywny efekt w postaci zmniejszenia ryzykownych zachowań, a także miałoby bezpośredni wpływ na zachowania tej grupy w przyszłości - przenosząc się w czasie na kolejne grupy wiekowe.

Kolejną grupą do której powinny zostać szczególnie skierowane działania edukacyjne i prewencyjne są osoby deklarujące przyjmowanie substancji psychoaktywnych drogą iniekcji (grupa IDU). Wśród nich odsetek wykrywanych pozytywnych wyników na HIV jest największy (w roku 2017 wzrósł do 7%). W tej grupie ryzyko zakażenia wirusem HIV jest bardzo wysokie z powodów podejmowania ryzykownych kontaktów seksualnych z innymi osobami z grupy IDU oraz kontaktów z krwią. Konieczne jest naświetlanie zagrożenia związanego ze stosowaniem wspólnego sprzętu oraz koniecznością stosowania prezerwatyw.

Grupą która jest bardziej uświadomiona w zakresie zagrożeń związanych z wszelkimi ryzykownymi zachowaniami jest grupa mężczyzn deklarujących odbywanie stosunków seksualnych z mężczyznami. Jest to grupa, która zdecydowanie częściej ponawia testy na obecność wirusa HIV i która stosuje prezerwatywy podczas odbywania stosunków seksualnych. Niemniej nie można zaniechać działań edukacyjno-profilaktycznych kierowanych do przedstawicieli tej grupy, gdyż osoby te podejmują więcej zachowań ryzykownych niż pozostali.

Osoby powyżej 50 lat w mniejszym stopniu niż inni odwiedzający PKD narażają się na ryzykowne sytuacje, w czasie których mogą zakażać się wirusem HIV. Prawidłowość ta dotyczy przede wszystkim kobiet. Jednocześnie u mężczyzn 50+ pojawia się więcej ryzykownych zachowań, takich jak podejmowanie kontaktów z osobami świadczącymi usługi seksualne za pieniądze, większa liczba przypadkowych partnerów czy rosnący udział kontaktów homoseksualnych. Działania prewencyjne powinny przypominać tej grupie między innymi, że prezerwatywy są czynnikiem chroniącym przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym także przed zakażeniem wirusem HIV, gdyż osoby 50+ bardzo rzadko je stosują.

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 2018 r. na łamach prasy i w Internecie ukazało się 12 567 publikacji, 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 288 artykułów prasowych.

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 rok poprzedni, 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 „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 - 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 2017 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 15. Środki finansowe wydatkowane w 2018 r.

85152 – zadania zlecane	3 131 386,40 zł
Projekt HA-REACT	56 172,24 zł
Projekt INTEGRATE	30 697,94 zł
85149 – Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce	203 149 389,64 zł
85149 – Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce	19 761 695,33 zł *

* Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2017 roku w sprawie wydatków budżetu państwa, które nie wygasają z upływem roku budżetowego (Dz.U. z 2017 r. poz. 2426)), Krajowe Centrum ds. AIDS otrzymało kwotę 19 762 322,00 zł z przeznaczeniem na realizację Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021”. Powyższe środki zostały wydatkowane w I kwartale 2018 roku w kwocie 19 761 695,33 zł.

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Działalność Krajowego Centrum ds. AIDS w 2018 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 (Dz. U. z 2013 r., poz. 885, z późn. zm.)* 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 (Dz. U. z 2015 r., poz. 1542)* Zadania zlecane realizowane były zgodnie z *ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164, z późn. zm.)*, a w przypadku przekazywania środków w formie dotacji, zgodnie z *ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 239, z późn. zm.)*.

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 2018 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 (kampanie).
- Przeprowadzono szkolenia skierowane do różnych grup zawodowych.
- Opracowano, opublikowano i rozdyskrebowano materiały informacyjno-edukacyjne dostosowane do potrzeb indywidualnego odbiorcy.
- Zapewniono ofertę informacyjną dotyczącą tematyki HIV/AIDS.

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 30 punktów konsultacyjno-diagnostycznych.
- Od kilku lat liczba klientów PKD wynosiła około 30 tysięcy rocznie. W roku 2018 liczba klientów wzrosła; 37 663, w tym liczba wykrytych zakażeń HIV wyniosła 404, w porównaniu do roku 2016 (liczba klientów: 30 832, liczba wykrytych zakażeń: 444) oraz do 2017 r. (liczba klientów: 34 704, w tym liczba wykrytych zakażeń: 492).

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

- Realizowano program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia „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 Polsce. Terapia antyretrowirusowa w przypadku niektórych chorób definiujących AIDS jest jedyną metodą leczenia, a odpowiednio wcześniej zastosowana staje się profilaktyką tych chorób.
- Liczba pacjentów objętych leczeniem ARV zwiększa się w kolejnych latach (średnio powyżej 9% rocznie). W 2018 r. liczba pacjentów wyniosła 11 063, w tym liczba dzieci – 101, 54 kobiety ciężarne zostały objęte programem. Miały miejsce 34 porody.
- Programem objęto wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria formalno-medyczne.
- Wszystkie dzieci zakażone HIV lub chore na AIDS objęto leczeniem ARV, zgodnie z Programem.
- Profilaktyka zakażeń HIV obejmowała profilaktykę zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych, czyli matka – dziecko.
- 22 placówki oferowały leczenie ARV.

IV obszar – współpraca międzynarodowa:

- Krajowe Centrum ds. AIDS było zaangażowane w działania instytucji międzynarodowych zajmujących się tematyką HIV/AIDS.
- Krajowe Centrum ds. AIDS brało aktywny udział w projektach międzynarodowych z zakresu HIV/AIDS.

- Podczas realizacji programów międzynarodowych miała miejsce wymiana doświadczeń oraz najlepszych praktyk pomiędzy partnerami.
- Działania i doświadczenia Polski w kontekście HIV/AIDS 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 - umożliwiająca 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. W kontekście sytuacji w Polsce nie bez znaczenia pozostaje sytuacja epidemiologiczna państw Europy Wschodniej oraz niektórych krajów Europy Zachodniej. Dotyczy to nie tylko HIV/AIDS, ale także innych infekcji powiązanych m.in. HBV, HCV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.
2. 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).
3. 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.
4. Ważnym elementem walki z epidemią 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 B i C) w jednym podmiocie leczniczym. Umożliwia to system realizacji programu prowadzony przez ośrodki chorób zakaźnych, wybrane jako realizatorzy Programu leczenia ARV.
5. Na forum międzynarodowym Polska, dzięki swojej aktywności w zakresie HIV/AIDS, jest postrzegana jako równorzędną 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.

6. Niezbędne jest prowadzenie dalszych działań mających na celu zwiększenie zaangażowania, w tym także pod względem finansowym, innych realizatorów Programu, poza Ministerstwem Zdrowia.
7. 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 trudnymi. Projektując każde działanie, przekaz czy kanał komunikacji należy uwzględniać, szacować bariery mentalne i ideologiczne jakie mogą się pojawiać w trakcie wdrażania.

Epidemiologia:

1. Dane epidemiologiczne ilościowe dotyczące HIV/AIDS w Polsce, w porównaniu do innych krajów, nawet krajów europejskich, świadczą o stosunkowo stabilnej sytuacji. Natomiast notowana liczba wykrytych zakażeń oraz koncentracja HIV w określonych populacjach może budzić niepokój. 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 na obecność wirusa HIV.
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 dokonać analizy dróg zakażeń, a także charakterystyki osób i ich zachowań ryzykownych.
7. Badania prowadzone w PKD i identyfikacja charakterystyk osób decydujących się na badania oraz analiza dróg zakażenia jest działaniem które przyczynia się do zwiększania skuteczności i efektywności działań profilaktycznych, zarówno w przypadku profilaktyki pierwszorzędowej, jak i drugorzędowej.
8. Z uwagi na 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 dodatknych 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 Polsce na szereg problemów natury mentalnej i ideologicznej. Jest zatem dysonans pomiędzy wiedzą i kreatywnością ekspertów od profilaktyki zdrowotnej a tym co jest akceptowane społecznie w Polsce.
4. Profilaktyka i 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 profilaktyki.
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 niebezpiecznym marginalizowaniem działań profilaktycznych, które nie przynoszą skutku natychmiastowego, a których rezultaty są widoczne dopiero po pewnym czasie.

Leczenie ARV:

1. Nadrzędnym celem Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” było ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, poprzez zapewnienie skutecznego leczenia antyretrowirusowego, wraz z monitorowaniem jego skuteczności u pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS.
2. 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.
3. Skojarzone leczenie antyretrowirusowe radykalnie poprawiło rokowanie osób żyjących z HIV, sprawiło, iż infekcja HIV stała się zakażeniem przewlekłym, dającym się kontrolować. Dzięki tej terapii pacjenci żyją dłużej, poprawie uległa też jakość ich życia.
4. Leczenie antyretrowirusowe jest terapią przewlekłą, prowadzoną do czasu zgonu pacjenta. Oznacza to, że raz rozpoczęte leczenie nie może być przerywane. Sprawdzone w ciągu 18 lat realizacji metodą zapewnienia pełnej ciągłości jest system terapii prowadzonej w ramach Programu.
5. Przerwanie realizacji programu leczenia ARV stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów.
6. Podstawowym elementem skutecznej walki z epidemią jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i szybkie podjęcie leczenia ARV. Koszty leczenia pacjentów z późnym rozpoznaniem zakażenia HIV (często w fazie pełnoobjawowego AIDS) oraz tzw. doświadczonych pacjentów (długo leczonych ARV) są znacznie wyższe, niż pacjentów zdiagnozowanych na wczesnym etapie zakażenia. Terapia pacjentów z późnym rozpoznaniem oraz długo leczonych ARV często wymaga podawania leków najnowszej generacji (np. inhibitory fuzji, inhibitory integrazy itd.), co znacząco wpływa na wzrost kosztów terapii ARV.
7. Wczesne wykrycie zakażenia HIV oraz terapia ARV stanowią podstawowe narzędzia w walce z zakażeniami wertykalnymi (dziecka od matki). Dzięki systematycznie prowadzonemu Programowi odsetek zakażeń wertykalnych spadł do poniżej 1%. Leczenie ARV dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także leczenie noworodków i niemowląt urodzonych przez matki zakażone HIV (profilaktyka zakażeń wertykalnych u noworodków) było prowadzone zgodnie z rekomendacjami PTN AIDS oraz standardami międzynarodowymi.
8. W związku z rozwojem badań nad nowymi lekami należy spodziewać się systematycznego pojawiania się na rynku nowych, wysoce innowacyjnych leków ARV, które nie tylko będą miały lepszą efektywność w walce z zakażeniem, ale będą mniej toksyczne, co ma znaczenie szczególnie dla populacji pacjentów leczonych przez wiele lat. Innowacyjność farmakokinetyczna może jednak powodować wyższy poziom cenowy.

9. Istotnym elementem profilaktyki HIV/AIDS jest farmakologiczna profilaktyka poekspozycyjna. Jest ona w ramach Programu bezpłatna dla pacjentów. W trakcie realizacji Programu leczenia ARV nie odnotowano od 2009 r. żadnego przypadku zakażenia HIV u osób, które uległy ekspozycji wypadkowej pozazawodowej.
10. Dzięki koncepcji zwiększenia nadzoru farmakoekonomicznego poprzez wprowadzenie kosztu realizacji programu w przeliczeniu na jednego pacjenta na jeden miesiąc, możliwe stało się ograniczenie całłościowych kosztów realizacji Programu leczenia ARV, przy jednoczesnym utrzymaniu indywidualizacji doboru terapii ARV.
11. Zapobieganie, leczenie ARV, opieka i wsparcie są elementami wzajemnie się uzupełniającymi i wzmacniającymi oraz stanowią kontynuację efektywnej reakcji na epidemię HIV/AIDS.

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 znaczenia działań profilaktycznych, których poziom finansowania powinien ulec wzmocnieniu.
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

EACS – organizacja skupiająca wielu europejskich lekarzy klinicystów i naukowców zajmujących się tematyką HIV/AIDS

EAHC – Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów

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 dożylną

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 – zakażenia przenoszone drogą płciową