

MINISTER ZDROWIA

**SPRAWOZDANIE
Z REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU
ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV
I ZWALCZANIA AIDS
w 2020 roku**

opracowane przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS

część I

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

Warszawa, maj 2021 r.

SPIS TREŚCI:

1. Informacje podstawowe.....	3
2. Epidemiologia.....	6
3. I obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa	16
4. II obszar tematyczny: zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.....	31
5. III obszar tematyczny: wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.....	36
6. IV obszar tematyczny: współpraca międzynarodowa.....	59
7. V obszar tematyczny: monitoring.....	64
8. Informacja o środkach finansowych będących w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS, przeznaczanych na zapobieganie i zwalczanie AIDS w 2020 roku.....	73
9. Podsumowanie.....	74
10. Wykaz skrótów.....	80

1. INFORMACJE PODSTAWOWE

Polityka Państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczania AIDS została określona w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (zwanym dalej Programem). Poprzednie edycje realizacji Programu obejmowały lata 1996-1998, 1999-2003, 2004-2006, 2007-2011 oraz 2012-2016.

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

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS zakłada podjęcie działań w pięciu obszarach:

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

Podmiotami zobowiązanymi do realizacji Programu są:

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

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

Do katalogowania zadań, które są planowane i realizowane w ramach *Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS* służy Elektroniczna Baza Monitoringu (EBM). W systemie gromadzone są dane dotyczące podmiotów sprawozdających, podmiotów realizujących zadania, podejmowanych działań, grup, do których te działania są skierowane, liczby odbiorców, finansowania, zasięgu terytorialnego, spójności tematycznej z innymi krajowymi programami/strategiami, itd.

Za pośrednictwem EBM podmioty, zobowiązane do realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, przekazują sprawozdania z realizacji Programu za poprzedni rok, jak również harmonogramy na kolejny rok.

Sprawozdania roczne są przekazywane Krajowemu Centrum ds. AIDS przez podmioty realizujące Program do dnia 15 kwietnia roku następnego. Centrum, w terminie do dnia 15 maja opracowuje i przedkłada je Ministrowi Zdrowia.

Po zakończeniu 5-letniego okresu obowiązywania Harmonogramu realizacji Programu, podmioty realizujące zadania przedkładają Koordynatorowi sprawozdania z wykonania zadań (do dnia

15 kwietnia roku następnego). Koordynator sporządza i przedkłada Ministrowi Zdrowia całonocowy dokument z realizacji 5-letniego Harmonogramu realizacji Programu do dnia 15 maja. Następnie Minister Zdrowia przedkłada wyżej wymieniony dokument Radzie Ministrów.

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

1) podejmowanie działań mających na celu ograniczanie zagrożeń i szkód zdrowotnych wynikających z epidemii HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, w szczególności:

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

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

W 2020 r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło, między innymi, następujące działania:

w I obszarze - zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

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

- opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjnych;
- dostęp do informacji:
 - o strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS (www.aids.gov.pl);
 - o Telefon Zaufania HIV/AIDS;
 - o Telefon Informacyjny;
 - o Poradnia internetowa;
 - o Kontra – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS;
 - o e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS (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”:
 - o leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
 - o profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych;
 - o profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko);
 - o leczenie antyretrowirusowe dzieci.

w IV obszarze - współpracy międzynarodowej

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

w V obszarze – monitoringu

- badania społeczne:
 - o Analiza ankiet z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – raport za 2019 r.;
 - o Diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs). Zachowania seksualne, 2020 r.;
- funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej;
- monitorowanie gospodarki lekowej;
- monitoring prasy.

2. EPIDEMIOLOGIA

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

Dane skumulowane HIV/AIDS

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2020 r. (przy uwzględnieniu korekt i uaktualnień danych, w tym eliminacji podwójnie zarejestrowanych przypadków) zarejestrowano w Polsce:

- 26 395 zakażeń HIV;
- 3 802 zachorowania na AIDS;
- 1 428 chorych zmarło (bez zgonów w 2020 roku).

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń przenoszonych drogą płciową w Polsce w 2020 roku* na podstawie danych nadzoru epidemiologicznego

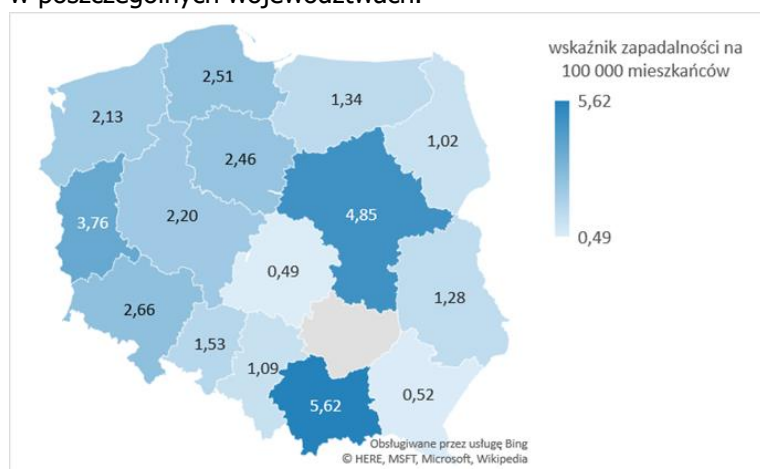
*Dane opracowane na podstawie zagregowanej liczby przypadków zgłoszonych do NIZP-PZH w ramach nadzoru epidemiologicznego w 2020 roku przez powiatowe i wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne przy wykorzystaniu rocznych meldunków dotyczących zapadalności na choroby zakaźne, zakażeń i zatruc w Polsce (druk MZ-56) oraz rocznych sprawozdań nt. zachorowań na wybrane choroby zakaźne wg wieku, płci, miejsca zamieszkania oraz ich sezonowości (druk MZ-57). Należy nadmienić, iż w związku z sytuacją epidemiologiczną i pandemią COVID-19 dane z nadzoru nad chorobami zakaźnymi w roku 2020 są niedoszacowane oraz pochodzą głównie z meldunków przesyłanych przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne do NIZP-PZH, a nie z wywiadów jednostkowych. Dlatego nie wszystkie dane są możliwe do przedstawienia w raporcie.

Dane jednostkowe dla chorób przenoszonych drogą płciową zarejestrowanych w 2020 roku są nadal weryfikowane. Po otrzymaniu aktualizacji danych i ich weryfikacji możliwa będzie aktualizacja sytuacji epidemiologicznej zakażeń STIs oraz HIV/AIDS.

Zakażenia HIV

Zapadalność ogółem w Polsce wynosiła 2,45 przypadków na 100 000 mieszkańców.

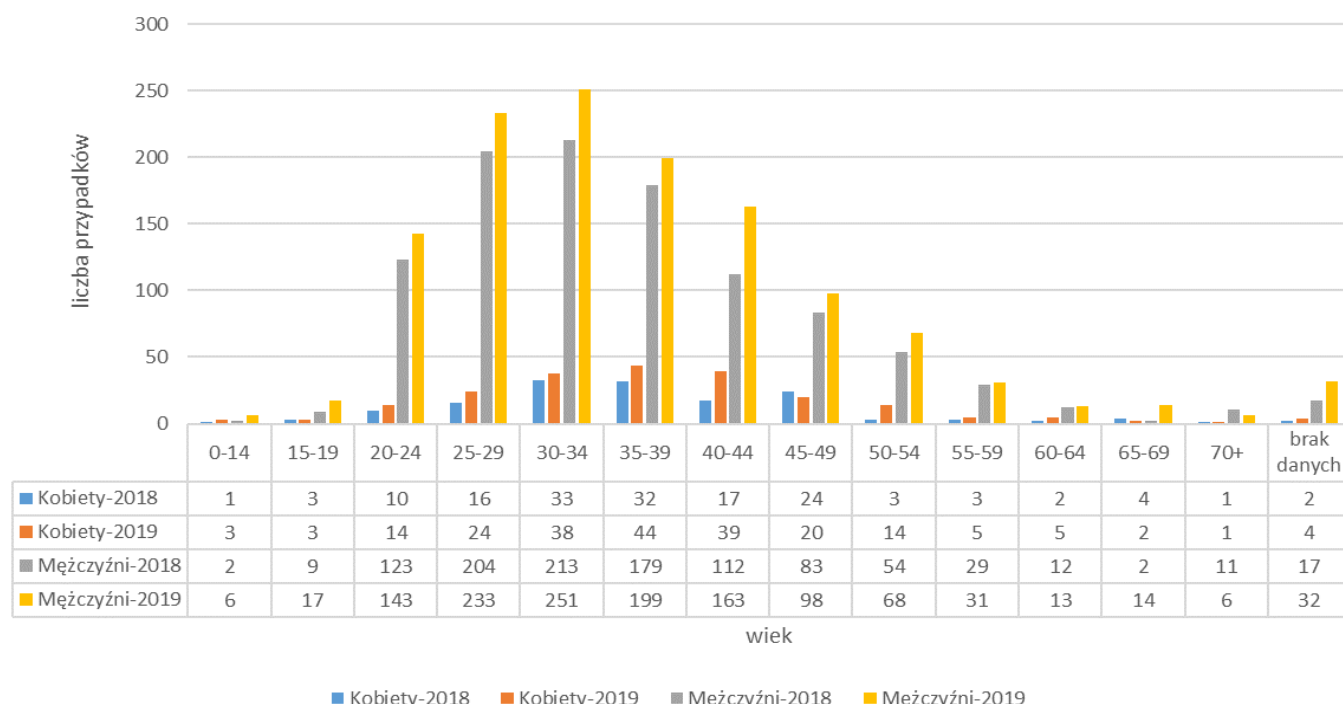
Rys. 1. Wskaźnik zapadalności na nowo wykryte zakażenia HIV na 100 000 mieszkańców w 2020 r. w poszczególnych województwach.



Opracowanie: NIZP-PZH

Trend zakażeń HIV wg wieku i płci osób zakażonych zgłoszonych w latach 2018-2019* (*dane z 2020 roku są nadal weryfikowane).

Wykres 1. Rozkład wieku i płci osób zakażonych HIV w latach 2018-2019



Opracowanie: NIZP-PZH

W ostatnich latach szczyt zakażeń wśród mężczyzn przypada na tę samą grupę wiekową, tj. 25–29 oraz 30–34 i 35–39 lat, natomiast wśród kobiet szczyt odnotowano, podobnie jak dla mężczyzn, dla wieku 30–34 i 35–39 lat oraz 40–44 lat.

Tabela 1. Trend zakażeń HIV według najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia wśród osób zgłoszonych w latach 2018–2019** dane z 2020 roku są nadal weryfikowane

DROGA TRANSMISJI	ROK	
	2018	2019
Kontakty seksualne między mężczyznami	312	323
Stosowanie narkotyków w iniekcjach	21	20
Kontakty heteroseksualne	71	88
Zakażenia wertykalne (matka-dziecko)	2	5
Kontakty seksualne (brak dokładnych danych jakie)	13	24
Inne/brak danych	791	1038
Razem	1210	1498

Opracowanie: NIZP-PZH

Dane dotyczące głównych dróg zakażeń HIV w 2020 są nadal w opracowaniu, jednak analizując dane z ostatnich lat można wnioskować, że nie ulega zmianie udział procentowy prawdopodobnej drogi zakażenia HIV w populacji (z pominięciem zakażeń wertykalnych i zakażeń, dla których nie podano drogi transmisji w zgłoszeniu). Nadal dominującą drogą zakażenia wśród mężczyzn są kontakty z mężczyznami (MSM) oraz kontakty heteroseksualne.

Tabela 2. Liczba nowo wykrytych zakażeń HIV i zapadalność na 100 000 mieszkańców wg województw w roku 2020.

WOJEWÓDZTWO	2020 R.	
	N - liczba zachorowań	Z - zapadalność na 100 000 mieszkańców
Dolnośląskie	77	2,66
Kujawsko-Pomorskie	51	2,46
Lubelskie	27	1,28
Lubuskie	38	3,76
Łódzkie	12	0,49
Małopolskie	192	5,62
Mazowieckie	263	4,85
Opolskie	15	1,53
Podkarpackie	11	0,52
Podlaskie	12	1,02
Pomorskie	59	2,51
Śląskie	49	1,09
Świętokrzyskie	0	-
Warmińsko-Mazurskie	19	1,34
Wielkopolskie	77	2,20
Zachodniopomorskie	36	2,13
Brak danych	-	-
POLSKA	938	2,45

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

Problem HIV/AIDS jest zróżnicowany w zależności od poszczególnych województw. W latach 2016–2019 wskaźnik liczby nowo wykrytych zakażeń HIV w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców przekroczył średnią dla kraju w województwach: dolnośląskim, mazowieckim, śląskim, wielkopolskim oraz w województwach: małopolskim i zachodniopomorskim w latach 2016–2017. Poszczególne województwa wykazują również różne trendy nowo wykrywanych zakażeń. W latach 2016–2019 trend wzrostowy odnotowano w województwach: lubelskim i lubuskim, natomiast spadek zachorowań odnotowano w województwach: pomorskim, zachodniopomorskim i świętokrzyskim.

Jednym z głównych działań profilaktycznych, które mogą ograniczyć liczbę nowych zakażeń, jest zwiększenie testowania w kierunku HIV, zarówno w populacjach trudno dostępnych, np. IDU i MSM, w których – zgodnie z zaleceniami europejskimi – testy w kierunku HIV powinny być wykonywane co najmniej raz w roku lub co 3 miesiące w zależności od większej liczby czynników ryzyka, jak i w populacji ogólnej bez określania czynników ryzyka czy wyłącznie w związku z podejrzeniem chorób związanych z zakażeniem HIV i zachorowaniem na AIDS.

Liczba badań w kierunku HIV wykonywanych rocznie w skali kraju pozostaje na dość niskim poziomie. Między rokiem 2016 a 2019 roczny wskaźnik testowania spadł z 3 do 1 na 100 000 mieszkańców, co odpowiada tylko około 1% populacji Polski badanej w kierunku HIV. Częstość wyników dodatnich utrzymuje się na poziomie 0,26-0,36 na 100 wykonanych testów w populacji ogólnej. Najwyższa częstość wyników dodatnich na poziomie 1,69-2,36 zgłaszana jest w populacji MSM, badanej w poradniach chorób przenoszonych drogą płciową. Potwierdzają to również

wyniki badań prowadzonych w punktach PKD, w których częstość wyników dodatnich jest średnio 7 razy wyższa wśród populacji o podwyższonym ryzyku zakażenia HIV niż w populacji generalnej. Nieznacznie wzrasta odsetek klientów, którzy prawdopodobnie wykonują badanie w kierunku HIV po raz pierwszy w życiu.

Rejestracja przypadków zakażenia HIV odbywa się według daty wpłynięcia zgłoszenia. Wszystkie zgłoszenia poddawane są następnie procedurze weryfikacji i ustaleniu spełnienia kryteriów definicji stosowanej do celów nadzoru epidemiologicznego. Pełna analiza sytuacji epidemiologicznej jest możliwa dopiero po uwzględnieniu zgłoszeń, które dotyczą przypadków rozpoznanych w danym roku, a zgłoszonych z opóźnieniem (czasem kilkuletnim).

Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej opiera się obecnie na zbieraniu danych dotyczących nowo rozpoznanych zakażeń HIV. Z uwagi na długotrwały bezobjawowy przebieg zakażenia 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 WHO, ukierunkowana prewencja zakażeń HIV wymaga bardziej szczegółowego systemu monitorowania. We wspomnianym dokumencie dla krajów o skoncentrowanej epidemii (takich jak Polska) zaleca się następujący zestaw działań w zakresie monitorowania sytuacji epidemiologicznej:

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

Wdrażana jest zgłaszalność zakażeń i zachorowań (z zastrzeżeniami, o których 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 Sanitarno-Epidemiologicznej - WSSE). W WSSE prowadzony jest rejestr, który umożliwia wykluczenie powtórnych zgłoszeń tej samej osoby. WSSE powinna również zadbać o uzupełnienie brakujących w zgłoszeniu danych – na podstawie rozmowy z lekarzem prowadzącym/zlecającym badanie lub z inną osobą wyznaczoną w danej placówce medycznej. Następnie informacja (w formie papierowej) przesyłana jest do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH, gdzie prowadzony jest centralny rejestr i gdzie prowadzona jest ponownie procedura wykluczenia powtórnych zgłoszeń na podstawie identyfikatora obejmującego inicjały, datę urodzenia i płeć.

Zarówno procedura wykluczania powtórnych zgłoszeń, jak i możliwość uzupełnienia danych epidemiologicznych istotnych z punktu widzenia oceny sytuacji (w tym domniemanej drogi transmisji) jest ograniczona przez uregulowania prawne. Ze względu na ochronę pacjentów ustawodawstwo dopuszcza możliwość zgłoszeń anonimowych, bez identyfikatora. W tej sytuacji nie ma możliwości uzupełnienia braków danych w zgłoszeniu.

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 testy w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym).

Tabela 3. Liczba klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych w roku 2020.

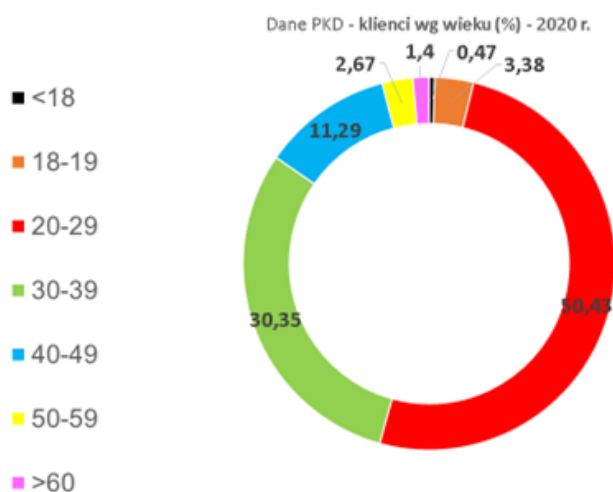
LICZBA KLIENTÓW	LICZBA TESTÓW PRZESIEWOWYCH DODATNICH	LICZBA TESTÓW SZYBKICH DODATNICH	LICZBA TESTÓW PRZESIEWOWYCH UJEMNYCH	LICZBA TESTÓW SZYBKICH UJEMNYCH	LICZBA TESTÓW SZYBKICH WĄTPLIWYCH	LICZBA PORAD BEZ TESTU	CIAŻA JAKO POWÓD WYKONANIA TESTU	WB POTWIERDZONE	WB NIEPOTWIERDZONE	WB WĄTPLIWY
23 276	367	81	15 068	8 118	4	186	236	308	51	5

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2020 r. punkty konsultacyjno-diagnostyczne w Polsce przyjęły 23 276 klientów (w tym 1 212 cudzoziemców). Wykonano testy przesiewowe u 23 090 osób. Punkty w Bydgoszczy, Gdańsku, Gdyni, Jeleniej Górze, Kielcach, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Toruniu, Wałbrzychu, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze wykonywały także szybkie testy przesiewowe, których wynik znany był już po 30 minutach od momentu badania. Łącznie wykonano 8 203 takich testów.

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

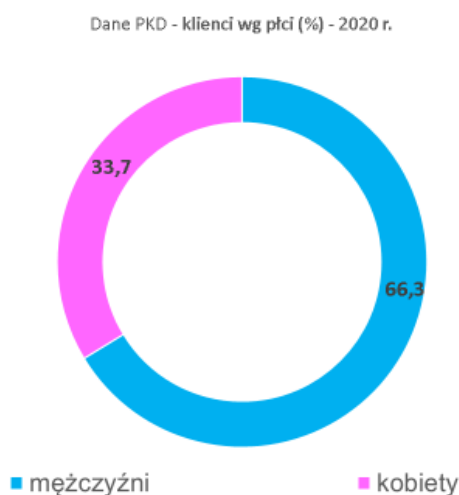
Wykres 2. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych 2020 rok – klienci wg wieku.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W PKD testy w kierunku HIV zdecydowanie częściej wykonują osoby w przedziale wiekowym 20–29 lat (50,43%), następnie w przedziale 30–39 lat (30,35%); częściej mężczyźni (66,3%) niż kobiety (33,7%).

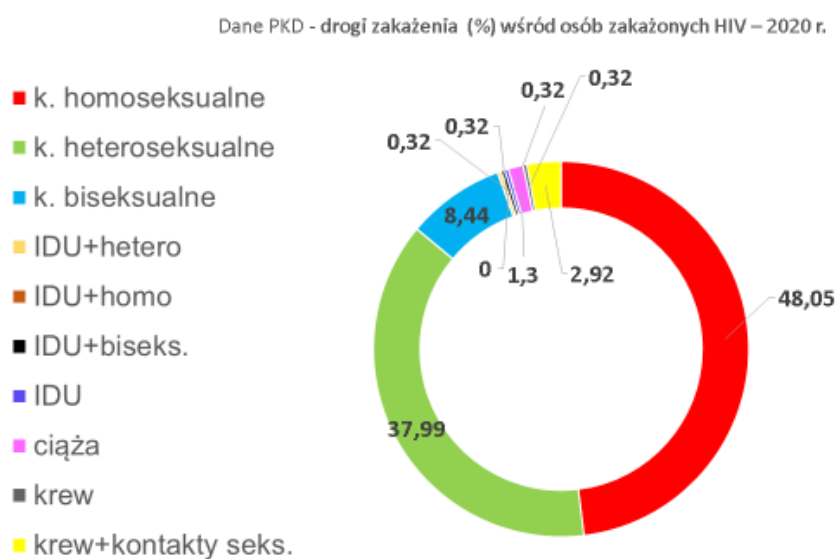
Wykres 3. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych 2020 rok – wg płci.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2020 r. wykryto łącznie 308 nowych zakażeń HIV (16% zakażeń zdiagnozowano wśród obcokrajowców). Najczęstszą przyczyną zakażenia było podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych. Stanowiły one aż 94% wszystkich przypadków (kontakty homoseksualne: 48,05%, heteroseksualne: 37,99%, biseksualne: 8,44%).

Wykres 4. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych 2020 rok – wg prawdopodobnych dróg zakażenia (wśród osób, u których wykryto zakażenie).



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

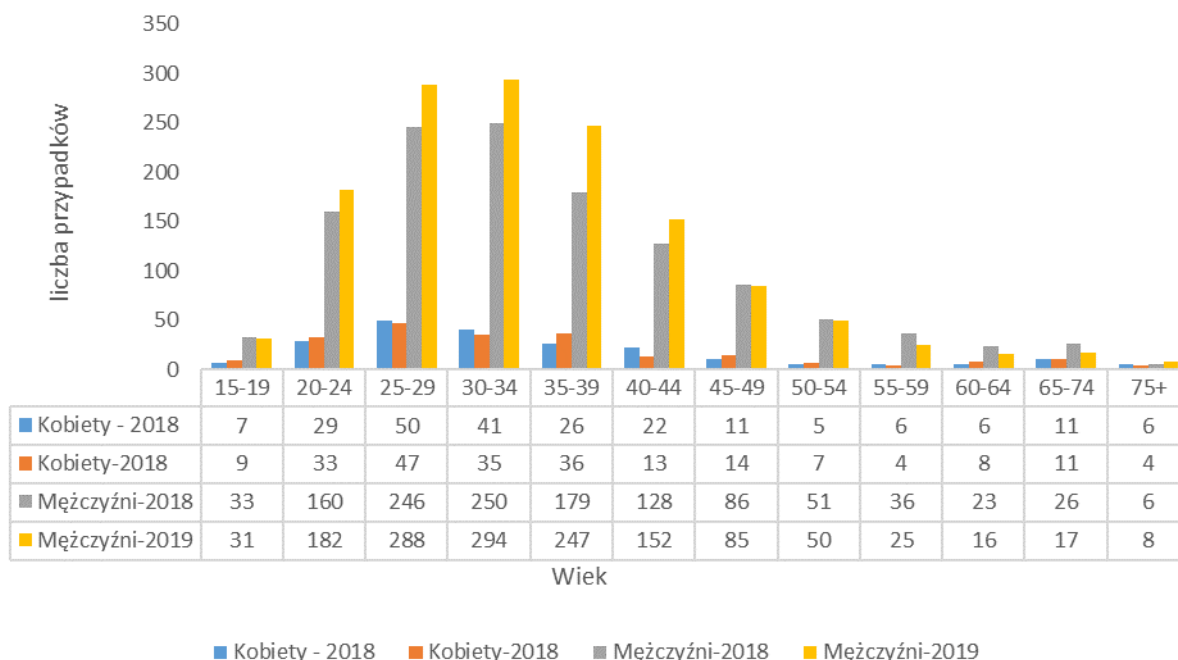
Co roku przeprowadzana jest analiza statystyczna ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno–diagnostycznych, zarówno przez doradców, jak i klientów (więcej informacji na str. 65).

Zakażenia przenoszone drogą płciową (STIs) w Polsce na podstawie danych nadzoru epidemiologicznego

Przedstawione poniżej informacje, przekazane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, dotyczące liczby zachorowań na kiłę, rzeżączkę oraz inne choroby przenoszone drogą płciową, najczęściej wywoływane przez *Chlamydię*, są danymi wstępnymi. Zgłoszenia nowych zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową, zarejestrowane w 2020 r. są nadal weryfikowane i ostateczne wartości dotyczące liczby przypadków mogą ulec zmianie.

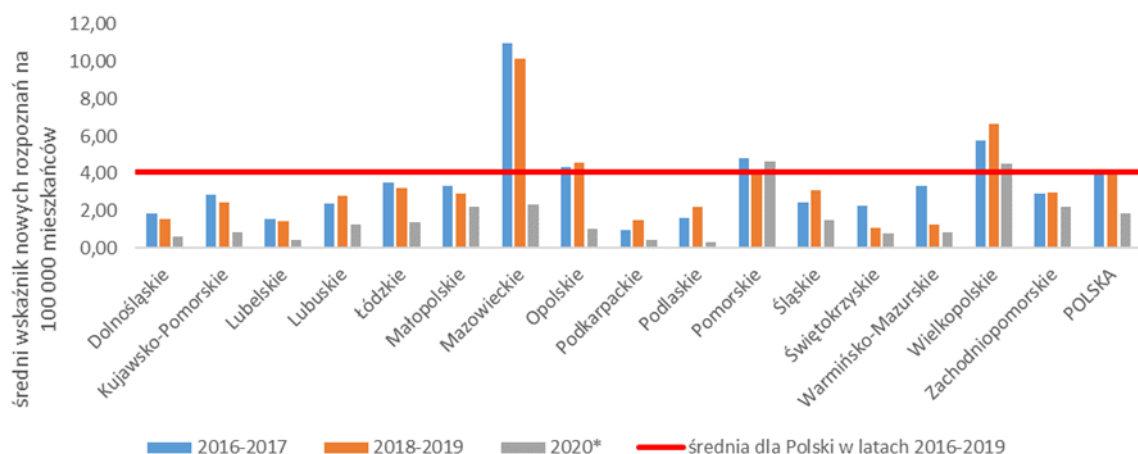
W nadzorze nad zakażeniami STIs, w latach 2016-2020 (roku 2020 nie uwzględniono z powodu wysokiego niedoszacowania), w Polsce zarejestrowano 1 854 przypadki rzeżączki, wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki w latach 2016-2019 wynosił 1,02 na 100 000 mieszkańców. W tym samym okresie zarejestrowano 6 973 przypadki kiły, wskaźnik nowych rozpoznań w latach 2016-2019 wynosił 4,07 na 100 000 mieszkańców. Zarejestrowano również 1 382 przypadki zakażeń *Chlamydia trachomatis*, wskaźnik nowych rozpoznań wynosił 0,79 na 100 000 mieszkańców w latach 2016-2019.

Wykres 5. Trend zachorowań na kiłę wg wieku i płci osób zakażonych zgłoszonych w latach 2018-2019* (*dane z 2020 roku są nadal weryfikowane).



Opracowanie: NIZP-PZH

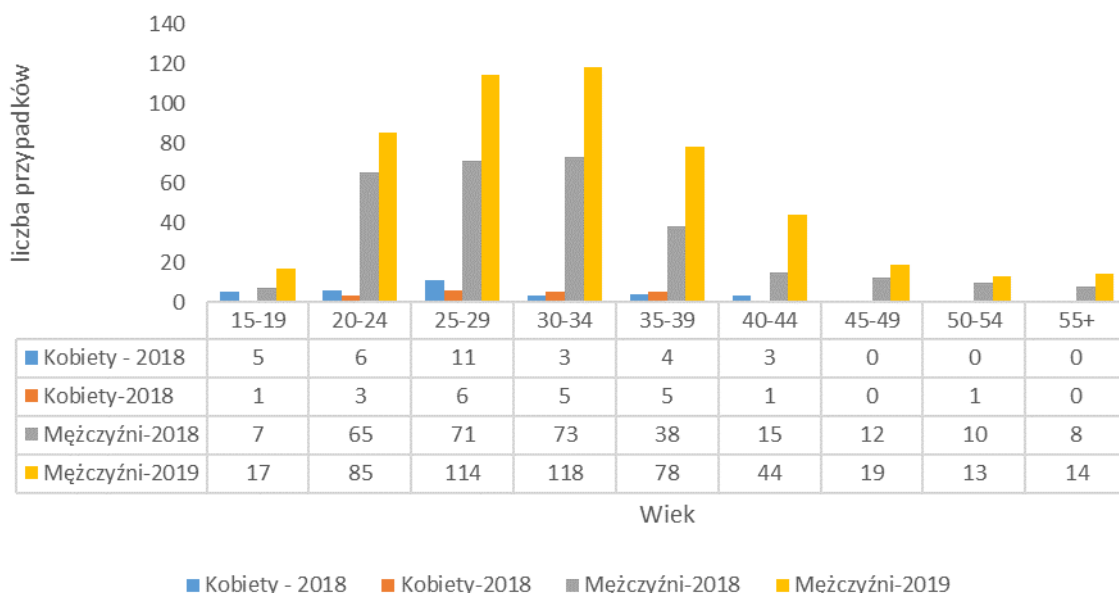
Wykres 6. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły na 100 000 mieszkańców dla Polski oraz wg województw w latach 2016-2020* (*dane z 2020 są niedoszacowane).



Opracowanie: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesyłanych przez PSSE

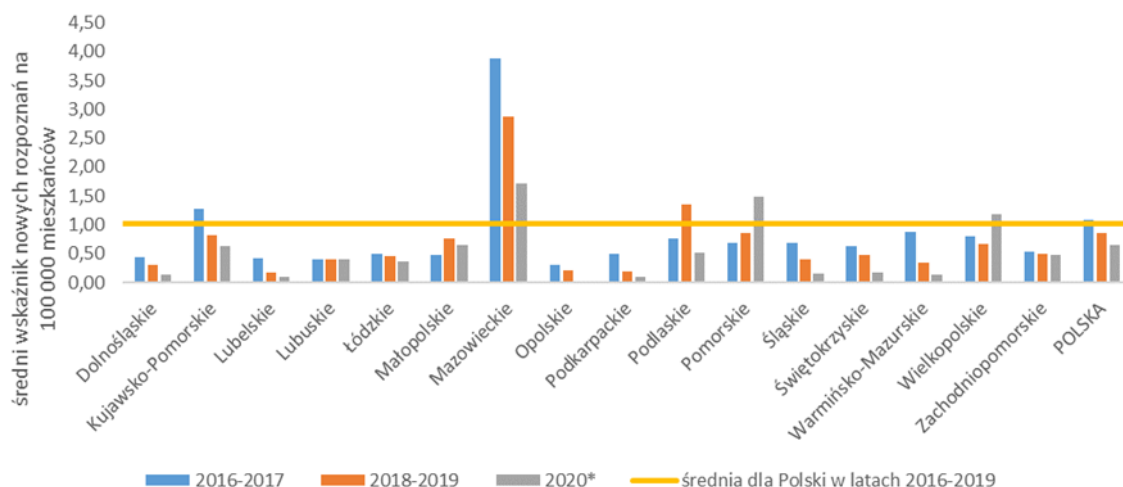
Średnie wskaźniki nowych rozpoznań kiły w latach 2016-2017, 2018-2019 oraz w 2020 r. wynosiły odpowiednio 4,14; 4,01 oraz 1,87 na 100 000 mieszkańców. Wyższe wskaźniki w porównaniu z ogólnym wskaźnikiem dla Polski, zarejestrowano w województwach: mazowieckim (lata 2016-2019), opolskim (lata 2016-2019), pomorskim (lata 2016-2020) oraz wielkopolskim (lata 2016-2020). Stały wzrost wskaźnika, w latach 2016-2019 zarejestrowano w województwach: lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, śląskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Natomiast stały spadek tego wskaźnika zarejestrowano w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

Wykres 7. Trend zachorowań na rzeżączkę wg wieku i płci osób zakażonych zgłoszonych w latach 2018-2019* (*dane z 2020 roku są nadal weryfikowane).



Opracowanie: NIZP-PZH

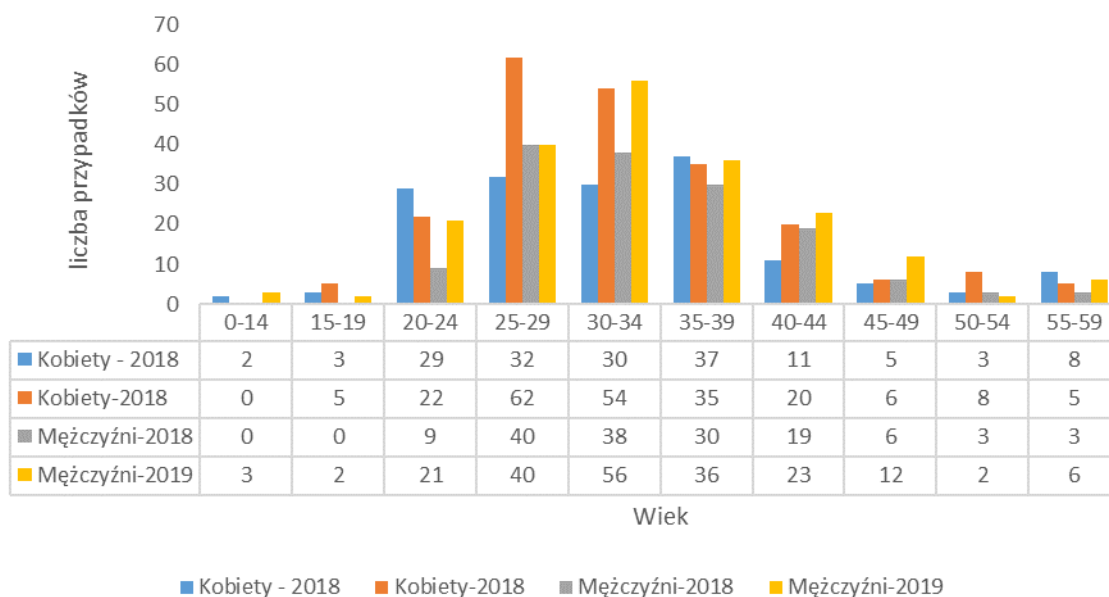
Wykres 8. Średnie wskaźniki nowych rozpoznania rzeżączki na 100 000 mieszkańców dla Polski oraz według województw w latach 2016-2020*(*dane z 2020 są niedoszacowane).



Opracowanie: NIZP – PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesyłanych przez PSSE

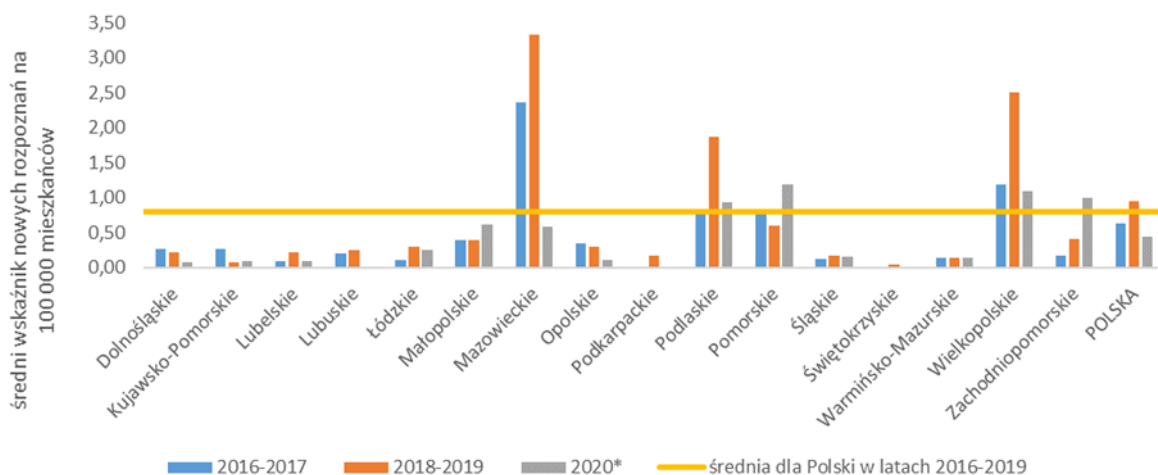
Średni wskaźnik nowych rozpoznania rzeżączki w latach 2016-2017, 2018-2019 oraz w 2020 r. wynosił odpowiednio 1,09; 0,85 oraz 0,65 na 100 000 mieszkańców. Wyższe wskaźniki w porównaniu z ogólnym wskaźnikiem dla Polski, zarejestrowano w województwach: kujawsko-pomorskim (lata 2016-2017), podlaskim (lata 2018-2019), pomorskim i wielkopolskim (rok 2020) oraz mazowieckim (lata 2016-2020). Stały wzrost wskaźnika w latach 2016-2019 zarejestrowano w województwie małopolskim, podlaskim i pomorskim. Natomiast stały spadek wskaźnika nowych rozpoznania zarejestrowano w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

Wykres 9. Trend zachorowań na chłamydiozę wg wieku i płci osób zakażonych zgłoszonych w latach 2018-2019* (*dane z 2020 roku są nadal weryfikowane).



Opracowanie: NIZP-PZH

Wykres 10. Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydiozy na 100 000 mieszkańców dla Polski oraz według województw w latach 2016-2020* (*dane z 2020 są niedoszacowane).



Opracowanie: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesłanych przez PSSE

Wskaźniki nowych rozpoznań chlamydiozy w latach 2016-2017, 2018-2019 oraz 2020 wynosiły odpowiednio 0,64; 0,95 oraz 0,44 na 100 000 mieszkańców. Najwyższe wskaźniki w porównaniu z ogólnym wskaźnikiem dla Polski zarejestrowano w województwach: mazowieckim (prawie 5 razy wyższy niż średnia dla Polski w latach 2018-2019) oraz wielkopolskim (3 razy większy) i podlaskim (2 razy większy). W roku 2020 wyższy wskaźnik nowych rozpoznań w porównaniu ze średnim wskaźnikiem z poprzednich lat zarejestrowano w województwie m.in. podlaskim, pomorskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Stały wzrost wskaźnika nowych rozpoznań w latach 2016-2019 zarejestrowano w województwach: łódzkim, mazowieckim, podlaskim, śląskim, wielkopolskim oraz zachodniopomorskim. Natomiast stały spadek tego wskaźnika zarejestrowano w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, opolskim.

3. I OBSZAR TEMATYCZNY:

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV WŚRÓD OGÓŁU SPOŁECZEŃSTWA

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cel szczegółowy

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

Cel ogólny

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

Cel szczegółowy

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

Cel ogólny

3. Aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS

Cel szczegółowy

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

KAMPANIA

W roku 2020, w ramach działań informacyjno-edukacyjnych zrealizowano pierwszą odsłonę kampanii pod hasłem „Czy wiesz, że...”, zaplanowanej do przeprowadzenia w latach 2020-2021.

Grupa docelowa: ogół społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem osób, które traktują temat HIV/AIDS jako problem abstrakcyjny, nie dotyczący ich bezpośrednio, twierdząc, że „z pewnością nie jestem zakażona/zakażony, bo nigdy nie było w moim życiu sytuacji, abym mogła/mógł się zakażyć HIV”.

Przekaz kampanii: wzmocnienie podstawowej wiedzy nt. HIV/AIDS.

Grafika:





Główne cele komunikacyjne:

- 1) Odczarowanie mitów i przybliżenie faktów na temat wirusa HIV, choroby AIDS oraz innych STIs, takich jak:
 - *zakażenia lub jego braku nie da się rozpoznać po wyglądzie* – tylko test w kierunku HIV daje wiarygodną odpowiedź na to pytanie;
 - *w czasie ciąży, porodu lub podczas karmienia piersią, matka zakażona HIV, która nie wie o swoim zakażeniu, może zakażać swoje dziecko* – wykrycie HIV i włączenie leczenia antyretrowirusowego (ARV) u matki sprawia, że ryzyko zakażenia dziecka jest bliskie zeru;
 - *nie można zakażać się HIV od psów, kotów czy innych zwierząt* – wirus przenosi się wyłącznie z człowieka na człowieka;
 - *można uniknąć zakażenia HIV drogą płciową, wybierając abstynencję seksualną lub wzajemnie wierny związek lub zmniejszyć to ryzyko, stosując prezerwatywę*.
- 2) Zwiększenie świadomości, że istnieje możliwość szybkiej diagnostyki:
 - wykonanie testu jest jedyną metodą rozpoznania zakażenia HIV;
 - test na HIV – bezpłatnie, bez skierowania i anonimowo można zrobić w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), adresy i godziny otwarcia dostępne są na stronie: <https://aids.gov.pl/pkd/>.
- 3) Wzmocnienie wiedzy, że osiągnięcia współczesnej medycyny pozwalają obecnie na skuteczne leczenie osób zakażonych i prowadzenie przez nich normalnego życia. Nowoczesna, bezpłatna dla pacjenta terapia antyretrowirusowa (ARV) sprawia, że z HIV można żyć wiele lat.
- 4) Upowszechnienie informacji o stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS: aids.gov.pl, w tym o możliwości skorzystania z poradni internetowej oraz o bezpłatnym telefonie zaufania HIV/AIDS: 800 888 448.

Działania kampanijne:

- 1) Usługa wynajmu zewnętrznych tablic informacyjnych, tzw. Citylightów (umieszczonych głównie na przystankach komunikacji miejskiej, ale też w najbardziej uczęszczanych miejscach miast, takich jak pasáže handlowe, deptaki, dworce kolejowe) wraz z wydrukiem,

montażem, ekspozycją i demontażem oraz utylizacją pięciu plakatów kampanijnych. Łącznie 500 nośników w 13 województwach.



Lublin



Wrocław



Opole

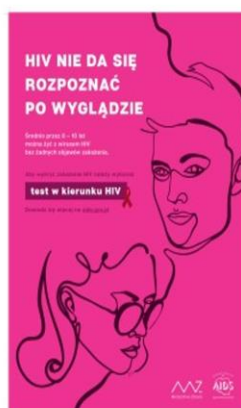


Kraków



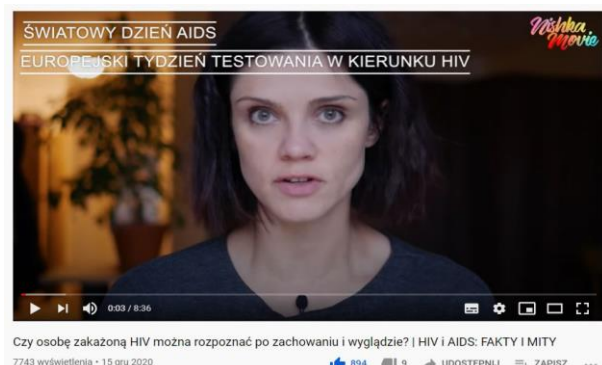
Warszawa

- 2) Usługa przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych pn. „Czy wiesz, że...” z wykorzystaniem gazet regionalnych: zamieszczenie plakatu kampanijnego (z informacją, że HIV nie można rozpoznać po wyglądzie) w drukowanych wydaniach gazet regionalnych na terenie całej Polski oraz artykułu dotyczącego profilaktyki HIV/AIDS/STIs w serwisach internetowych tych gazet.



- 3) Usługa przeprowadzenia zintegrowanych działań informacyjno-edukacyjnych pn. „Czy wiesz, że...”, z wykorzystaniem sieci internet:

- o social media (Facebook, Instagram) - przy współpracy z ambasadorkami działań: Natalią Tur (blog <https://www.nishka.pl/>), Wiołą Wołoszyn - Matka Wariatka (blog <https://wiolawoloszyn.pl/>);



Ambasadorzy – Matka Wariatka



3. Badanie w kierunku HIV powinny robić tylko niektóre ciężarne

Testowanie w kierunku HIV powinno być częścią rutynowego badania przed ciążą. Wskazuje na to liczne badania naukowe, które dowodzą, że wczesne wykrycie zakażenia HIV pozwala na rozpoczęcie leczenia, które może zapobiec przeniesieniu wirusa na dziecko. Testowanie w kierunku HIV jest bezpłatne i anonimowe. Możesz się dowiedzieć więcej o testowaniu w kierunku HIV na stronie www.aids.gov.pl/.

5. Jeżeli matka jest zakażona HIV, to dziecko urodzi się zakażone



- o sieć reklamowa Google Display Network (GDN) – wyświetlanie reklam banerowych i displayowych na stronach internetowych i w aplikacjach, które należą do sieci reklamowej lub są dla niej partnerami;
- o szeroko zasięgowe portale informacyjne, takie jak: Wp.pl, Onet.pl. Na stronach głównych ww. portali wyświetlały się graficzne bannery odsyłające na stronę KC ds. AIDS: <https://aids.gov.pl/>.



PODNIESIENIE POZIOMU AKCEPTACJI SPOŁECZNEJ PRZEZ PODEJMOWANIE RÓŻNYCH INICJATYW

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

Z okazji Światowego Dnia AIDS po raz dwudziesty siódmy 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.

Ze względu na epidemię COVID-19 i ograniczenia sanitarne konferencja odbyła się w trybie on-line. Transmisja konferencji była realizowana na kanale YouTube Fundacji Res Humanae. Na potrzeby konferencji utworzono specjalną stronę, zawierającą wszystkie ważne informacje, program oraz linki do obrad. Sesje prowadzone były naprzemiennie ze studium konferencyjnym, gdzie w przerwach można było obejrzeć materiały filmowe i wysłuchać wywiadów

ze specjalistami. Konferencja odbywała się na żywo w godzinach popołudniowych, natomiast w godzinach porannych retransmitowane były obrady z dnia poprzedniego.

W sesji inauguracyjnej obrady z okazji Światowego Dnia AIDS wystąpili: Pani Anna Marzec-Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, Pan prof. dr hab. n. med. Andrzej Horban, Krajowy Konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych, Pan prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski, Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS.

W czasie drugiej sesji nastąpiło wręczenie honorowych odznaczeń – „Czerwonych Kokardek” – przyznanych osobom zaangażowanym w działania profilaktyczne w obszarze HIV/AIDS. „Czerwona Kokardka” przyznawana jest co roku z okazji Światowego Dnia AIDS przez Kapitułę działającą przy Krajowym Centrum ds. AIDS, na podstawie wniosków od podmiotów realizujących zadania związane z ograniczaniem rozprzestrzeniania się HIV/AIDS w Polsce. Otrzymują ją osoby, organizacje i instytucje, które w szczególny sposób przyczyniły się do poprawy jakości życia osób żyjących z HIV, chorych na AIDS, bądź też wniosły wkład w działania profilaktyczne w dziedzinie HIV/AIDS w Polsce. Wirtualnego przekazania dokonała przewodnicząca Kapituły Pani prof. dr hab. Alicja Wiercińska-Drapało. W podobnym trybie odbyło się wręczenie statuetek „Pozytywnie Otwarci” zwycięzcom konkursu na najciekawsze projekty działań profilaktycznych i pomocowych.

Kolejne sesje dotyczyły tematów, których wspólną cechą było odnalezienie się realizatorów i beneficjentów zadań określonych w Krajowym Programie zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS w czasie pandemii:

- HIV i COVID-19 – dwa wirusy, jeden problem;
- Problematyka dzieci i młodzieży żyjącej z HIV w aktualnej rzeczywistości;
- Jakość życia pacjentów korzystających z pomocy psychologicznej w czasie pandemii;
- Działania organizacji pozarządowych i sytuacje, z jakim przyszło im się zmierzyć w obliczu nowej pandemii i lockdownu;
- COVID'owa rzeczywistość, czyli konsekwencje epidemii oraz skuteczność alternatywnych form pomocy psychologicznej u pacjentów HIV/AIDS;
- Praktyka psychoterapeutyczna w czasie pandemii COVID-19;
- Psychoterapia uzależnień – sytuacja i możliwości pracy on-line z pacjentami używającymi chemsex w czasie epidemii COVID-19
- Testowanie w kierunku HIV i STI przed, w trakcie i po COVID.

Przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS zaprezentowali niektóre aspekty realizacji Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021” w czasie epidemii COVID-19, oraz Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, w szczególności:

- Realizację zadań zleczanych przez organizacje pozarządowe;
- Działania informacyjno-edukacyjne 2020 - Kampania "Czy wiesz, że..."
- Ośrodek Informacji HIV/AIDS w czasie lockdownu;
- Wspólne Działania (Joint Action) na rzecz zintegrowanego podejścia do profilaktyki, testowania i leczenia osób zakażonych HIV, zapalenia wątroby, gruźlicy, STIs w Europie w ramach programu INTEGRATE.

Odbiorcami konferencji były zarówno osoby żyjące z HIV, jak również ci, którzy na ich rzecz pracują: lekarze, przedstawiciele instytucji centralnych, terenowych, władz samorządowych i organizacji pozarządowych, przedstawiciele świata nauki, artyści, dziennikarze i wiele innych

osób, zainteresowanych tą problematyką. Liczną grupę stanowili pracownicy punktów konsultacyjno-diagnostycznych i sieci stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Do udziału w konferencji poprzez stronę internetową zapisało się 306 uczestników, obrady śledziło 289 unikatowych odbiorców. Film z konferencji, zamieszczony na YouTube od 30 listopada do 7 grudnia ub.r. uzyskał 836 wyświetleń.

SZKOLENIA

Szkolenia - podniesienie kwalifikacji zawodowych z zakresu HIV/AIDS

W związku z zaistniałą sytuacją epidemiologiczną spowodowaną rozprzestrzenianiem się zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 oraz w wyniku ogłoszenia od 14 marca 2020 roku do odwołania, na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, niemożliwa do wykonania okazała się realizacja usługi kompleksowej organizacji szkoleń stacjonarnych, mających na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych z zakresu HIV/AIDS:

- 1) pracowników wykonujących zawód medyczny, takich jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, pracownicy laboratoriów, punktów krwiodawstwa itp.;
- 2) pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych itp.;
- 3) psychologów, specjalistów, instruktorów terapii uzależnień itp.
- 4) studentów kierunków medycznych, kierunku: zdrowie publiczne i pokrewnych.

Postępowanie na szkolenie stacjonarne zostało unieważnione.

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

Szkolenia zostały przeprowadzone w 6 cyklach, w różnych terminach. Każdy z cykli trwał 5 godzin dydaktycznych podzielonych na następujące bloki tematyczne: podstawowe informacje i aspekty medyczne na temat HIV/AIDS i innych STIs, aspekty dotyczące testowania i poradnictwa okołotestowego, ekspozycje zawodowe na materiał potencjalnie zakaźny, aspekty psychologiczne i prawne.

Łącznie w szkoleniach wzięło udział 600 osób: 241 funkcjonariuszy Policji, 177 przedstawicieli Państwowej Straży Pożarnej oraz 182 pracowników Służby Granicznej.

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



Centrum kontynuowało działalność szkoleniową prowadzoną z wykorzystaniem portalu edukacyjnego. Portal edukacyjny przeznaczony jest dla pracowników wykonujących zawód medyczny, takich jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, pracownicy laboratoriów, punktów krwiodawstwa oraz innych placówek wykonujących testy w kierunku HIV zainteresowanych tematyką HIV/AIDS, którzy chcą poszerzyć swoją wiedzę oraz dla doradców

punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych. Co kwartał, w zakładce Aktualności,

umieszczane są na portalu bieżące informacje, dotyczące różnych wydarzeń związanych z tematem HIV/AIDS, a także aktualne numery kwartalnika „Kontra” w formacie .pdf.

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: jaka jest różnica między wirusem HIV a chorobą AIDS; kiedy nasze zachowanie niesie ze sobą ryzyko, a w jakich sytuacjach nie dochodzi do zakażenia wirusem; gdzie można wykonać test w kierunku HIV i jak interpretować jego wynik. Podkreśla 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: 79 365 szt., wartość: 39 999,96 zł., dystrybucja w ramach umowy z Wykonawcą: 61 500 szt., dystrybucja z magazynu Centrum: 17 865 szt.

Ponadto w ramach publikacji wydano także:

1. kalendarz trójdzielny na rok 2021, promujący znak czerwonej kokardki - symbolu solidarności z osobami żyjącymi z HIV/AIDS, popularyzujący bezpłatny numer Telefonu Zaufania HIV/AIDS tj. 800 888 448, adres poradni internetowej: poradnia@ aids.gov.pl.
Nakład: 6 521 szt., wartość: 59 993,20 zł., dystrybucja w ramach umowy z Wykonawcą: 4 400 szt., dystrybucja z magazynu Centrum: 2 121 szt.;
2. kalendarz książkowy popularyzujący stronę internetową aids.gov.pl, na której znajdują się adresy punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), gdzie można anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania wykonać test w kierunku HIV, poradnię internetową, bezpłatny Telefon Zaufania HIV/AIDS, dzień Pamięci o zmarłych na AIDS przypadający w trzecią niedzielę maja oraz Światowy Dzień AIDS obchodzony 1 grudnia.
Nakład: 1 506 szt., wartość: 39 594,55 zł., dystrybucja z magazynu Centrum: 1 506 szt.
3. etykiety/numerki do oznaczania testów na HIV wykonywanych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w roku 2021.
Nakład: 280 000 szt. oraz formularze zaleceń wykonania testu, nakład: 17 000 szt., wartość: 5 669,50 zł.

Zakres umów dotyczący publikacji, zawieranych pomiędzy Centrum a Wykonawcą, 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 stronie Centrum. Wysyłka materiałów realizowana jest na koszt odbiorcy (dostępna jest możliwość odbioru publikacji z magazynu Centrum).

DZIAŁANIA INFORMACYJNE

Strona internetowa

Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi wieloaspektową działalność profilaktyczną za pośrednictwem internetu. Portal zawiera aktualną i kompleksową informację na temat działalności Krajowego

Centrum ds. AIDS, epidemii HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) w Polsce.

Główne elementy i zawartość portalu:

Biuletyn Informacji Publicznej (BIP) – podsystem, w ramach którego podmiot udostępnia informację publiczną dotyczącą funkcjonowania Centrum, wynikającą z obowiązującego prawa - Krajowe Centrum ds. AIDS działa na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. w sprawie Krajowego Centrum do Spraw AIDS (Dz. Urz. MZ poz. 60 z dnia 16 sierpnia 2019 r.). Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych, w czwartym kwartale 2020 r. Krajowe Centrum ds. AIDS zapewniło dostępność swojej strony internetowej bip.aids.gov.pl.

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 2020 r. Centrum udzieliło patronatu trzem wydarzeniom.

Osoby chcące uzyskać bezpośrednią odpowiedź na pytania z zakresu HIV/AIDS korzystały z *Telefonu Zaufania HIV/AIDS* (infolinia bezpłatna - 800 888 448) oraz *Poradni internetowej*. Wychodząc naprzeciw potrzebom, w drugim półroczu 2020 r. wydłużono godziny pracy *Telefonu Zaufania HIV/AIDS* o dyżury w weekendy, o czym informował portal.

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

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

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

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

Dział *Współpraca międzynarodowa* zawiera 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, upoważniających do prowadzenia poradnictwa w zakresie HIV/AIDS w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD),
- Działalność – jest to miejsce, w którym organizacje pozarządowe mogą podzielić się swoimi doświadczeniami.

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

W dziale *Zamówienia publiczne* (zintegrowanym z Biuletynem Informacji Publicznej) zamieszczane są ogłoszenia o przetargach.

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

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

W związku z epidemią COVID-19 strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS była na bieżąco aktualizowana: zamieszczano informacje dotyczące pracy Centrum, przekazywano kwestie ważne z punktu widzenia pacjentów żyjących z HIV i klientów PKD, w których można wykonać anonimowo i bezpłatnie test w kierunku HIV, rekomendacje dla klientów PKD opracowane przez Centrum (aktualizowane w zależności od sytuacji). Na stronie Centrum ukazywały się również informacje dotyczące walki z epidemią, przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Telefon informacyjny

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

W 2020 r. odbyło się 87 rozmów z udzieleniem poszerzonej informacji. Poruszano głównie takie problemy, jak: interpretacja wyniku testu przesiewowego, ocena ryzyka narażenia na zakażenie HIV, diagnostyka HIV. Wiele pytań dotyczyło zagadnień związanych z pandemią koronawirusa. Pytano np. o możliwość uzyskania czasowego dostępu do terapii ARV osób zakażonych HIV, które z powodu zamknięcia granic nie mogły wrócić do swoich krajów czy też o zasady wydawania leków antyretrowirusowych osobom zakażonym HIV. Wiele osób dowiadywało się o możliwość wykonania testu w kierunku HIV w sytuacji pandemii oraz prosiło o oszacowanie ryzyka zakażenia HIV po sytuacji ryzykownej. Rozmówcy sygnalizowali również brak możliwości uzyskania informacji na temat HIV/AIDS w weekendy. Dlatego od połowy roku Centrum podjęło decyzję o zleceniu pracy Telefonu Zaufania HIV/AIDS również w weekendy.

Inne działania informacyjne

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

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

Przypominano osobom zgłaszającym się i współpracującym z Centrum o stosowaniu zasady DDM (dystans, dezynfekcja, maseczka) w kontaktach społecznych, jako najbardziej skutecznego zabezpieczenia przed zakażeniem koronawirusem do czasu powszechnego dostępu do szczepionki.

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

W związku z wieloma pytaniami dotyczącymi szczepienia osób zakażonych HIV przeciwko COVID-19 przygotowano i przekazywano informację o braku przeciwwskazań do tego typu szczepienia. Osoby zainteresowane otrzymywały informację, że o kwalifikacji decyduje lekarz prowadzący leczenie antyretrowirusowe ARV. Podstawowym kryterium jest przynależność do poszczególnych grup wiekowych i dodatkowych uprawnień w związku z chorobami współistniejącymi.

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

W czasie pandemii problemem, z którym należało się zmierzyć po okresie pierwszego lockdownu, było zapewnienie szybkiego dostępu do profilaktyki poekspozycyjnej (PEP) w sytuacjach pozazawodowego wypadkowego narażenia na zakażenie HIV, takich jak gwałt, zakłucie igłą niewiadomego pochodzenia lub inne zdarzenia. Do tej pory osoby po takiej ekspozycji mogły skorzystać z listy 20 placówek medycznych (wraz z czynnymi całodobowo telefonami), w których można uzyskać pomoc i informację, zamieszczonej na portalu Centrum aids.gov.pl w zakładce *Ekspozycja na HIV – postępowanie w nagłych przypadkach*. Na czas pandemii większość tych placówek zostało jednak przekształconych w szpitale jednoimienne, co uniemożliwiało przyjmowanie pacjentów z innymi zakażeniami niż SARS-CoV-2. Nawet jednak w takim przypadku zapewniono osobom po ekspozycji stosowną pomoc.

Telefon Zaufania AIDS

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

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

Ogólna liczba połączeń w trakcie dyżurów wyniosła 6 082. Dyżurni telefonu zaufania udzielili ponad 11 tysięcy porad z zakresu problematyki HIV/AIDS. Prawie 3 razy częściej z porad telefonicznych korzystali mężczyźni niż kobiety. Pytania rozmówców najczęściej dotyczyły testowania i szacowania ryzyka zakażenia HIV w różnych sytuacjach, w przeważającej liczbie ryzyko było związane z kontaktami seksualnymi. Dodatkowo było wiele pytań dotyczących koronawirusa SARS-CoV-2. Przez wiele lat w Telefonie Zaufania znacząco przeważały telefony od osób, określanych jako „aidsfobicy”, czyli obawiających się zakażenia, bez realnie istniejącej sytuacji powodującej ryzyko zakażenia, nadal stanowią oni największą grupę, ale stale wzrasta

liczba połączeń od osób zakażonych HIV, potrzebujących ważnych dla siebie informacji o leczeniu, lekach oraz serwisach pomocy.

Poradnia internetowa

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



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

Specjaliści zatrudnieni w poradni odpowiadają na adres podany przez pytającego. Taka forma przekazywania informacji o HIV/AIDS okazała się bardzo korzystna dla osób, które nie są jeszcze gotowe do bezpośredniej rozmowy ze specjalistą. Klientami internetowej poradni były osoby mające potrzebę uzyskania informacji na temat ryzyka zakażenia HIV, jak również oczekujące jednoznacznych odpowiedzi dotyczących HIV - w związku z natłokiem informacji nieprawdziwych i nierzetelnych pojawiających się w sieci internetowej.

Tematyka porad dotyczyła:

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

Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W 2020 r. opracowano 4 numery kwartalnika „Kontra” – biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS. Do wydań dodane były również artykuły specjalne – „Aspekty”. Artykuły dotyczyły m.in.: podsumowania sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS na świecie i w Polsce w 2019 roku, omówienia badania społecznego przeprowadzonego wśród osób żyjących z HIV i chorych na AIDS oraz wśród studentów podkarpackich uczelni wyższych, aspektów prawnych dotyczących sytuacji narażenia drugiej osoby na zakażenie HIV, aspektów prawnych w odniesieniu do dzieci i HIV oraz aspektów prawnych w kontekście zwodów medycznych. Mając na uwadze pandemię COVID-19, w numerach „Kontry” zamieszczono artykuły związane z tym tematem. W IV numerze zamieszczono obszerny materiał pt. „Jak pacjenci żyjący z HIV radzą sobie w czasach pandemii?”. Kwartalnik przesłany był odbiorcom przez newsletter e-Kontra. Wszystkie numery „Kontry”, także archiwalne, są dostępne na stronie internetowej Centrum aids.gov.pl.

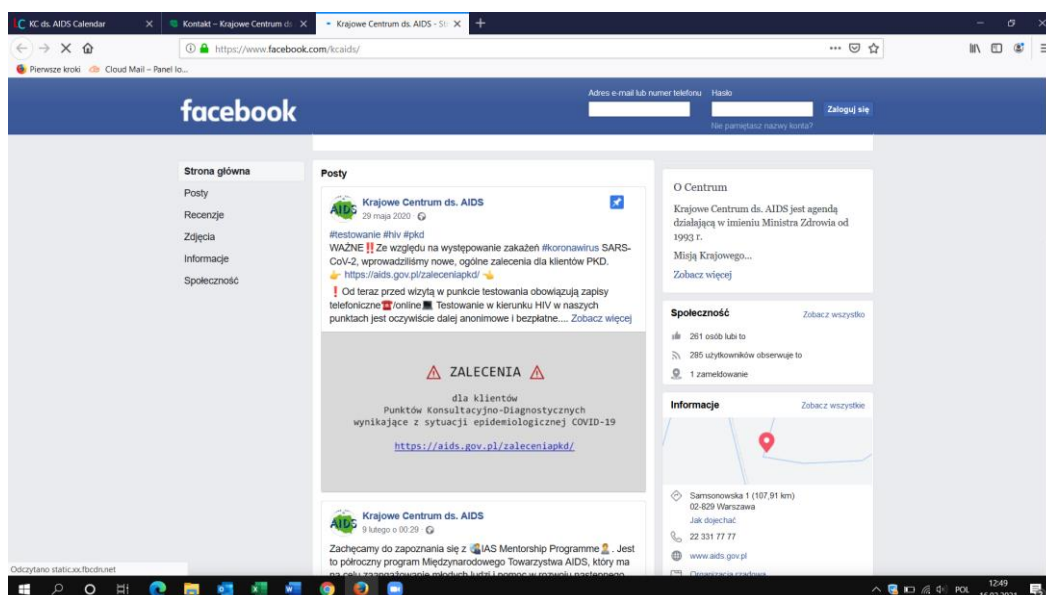
e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS

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

Tą drogą przekazywane są bieżące informacje z zakresu HIV i AIDS. Są to informacje o nadchodzących wydarzeniach, np. Światowym Dniu AIDS, Dniu Pamięci o Zmarłych na AIDS, konferencjach, szkoleniach i programach poświęconych tematyce HIV/AIDS, działalności Krajowego Centrum ds. AIDS i organizacji pozarządowych, a także informacje na temat danych epidemiologicznych w Polsce i na świecie. Dodatkowo w 2020 r. przekazywano tą drogą pakiety materiałów informacyjnych związanych z pandemią, przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia. e-Kontra rozsyłana jest pocztą elektroniczną do osób, które zgłosiły chęć i wyraziły zgodę na otrzymywanie newslettera.

Fanpage Krajowego Centrum ds. AIDS na portalu społecznościowym Facebook

Zgodnie z rekomendacjami instytucji współpracujących z Centrum, jak i organizacji pozarządowych, Krajowe Centrum ds. AIDS, jako instytucja ekspercka zajmująca się profilaktyką HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową, w ramach upowszechniania działań edukacyjno-informacyjnych, rozpoczęła w 2020 r. stosowanie jako nośnika informacji, kanału komunikacji w ramach mediów społecznościowych jakim jest Facebook (FB).



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

ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

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

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

- Potrzeba wspólnego działania lekarzy zakaźników i dermatologów w diagnostyce i leczeniu zakażeń przenoszonych drogą płciową.
- Inicjatywa rozszerzenia zakresu świadczeń udzielanych przez poradnie profilaktyczno-lecznicze i poradnie chorób zakaźnych o diagnostykę i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową. Poradnie takie mogłyby funkcjonować dzięki sprawnie działającej sieci poradni HIV i punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Należy zwrócić uwagę na konieczność

zapewnienia pacjentom z kiłą bezpłatnego leczenia, co wynika z zapisu art. 40 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wymóg ten nie zawsze jest realizowany.

- o Konieczność współpracy: szczególnie lekarzy POZ, ginekologów i lekarzy zakaźników z lekarzami wenerologami. Chodzi o przekaz informacji, rekomendacje, kwestie diagnostyki.
- o Konieczność organizowania szkoleń dla lekarzy POZ, którzy najczęściej nie uwzględniają w prowadzonej w gabinetach profilaktyce i diagnostyce kwestii zakażeń przenoszonych drogą płciową.
- o Potrzebę dyskusji na temat poprawy jakości danych oraz anonimizacji w zgłoszeniach dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową przekazywanych do stacji sanitarno-epidemiologicznych.
- o Przypomnienie o ustawowym obowiązku leczenia kiły i rzeżączki wynikającym z zapisu art. 40 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
- o Konieczność poprawy jakości danych oraz podjęcia działań w kierunku anonimizacji w zgłoszeniach dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową, przekazywanych do stacji sanitarno-epidemiologicznych.
- o Potrzeba opracowania przejrzystych procedur i standardów postępowania dla pracowników różnych pionów stacji sanitarno-epidemiologicznych, w tym w szczególności ustalenia algorytmu postępowania w przypadku zgłoszenia, pozyskiwania brakujących danych (od lekarzy w placówkach leczniczych).

W lutym 2020 r., jeszcze przed ogłoszeniem stanu epidemii COVID-19, w Krajowym Centrum ds. AIDS odbyły się dwa spotkania zespołów tematycznych działających przy Centrum. Pierwsze dotyczyło omówienia działań dotyczących profilaktyki skierowanej do populacji kluczowych. W czasie drugiego spotkania grupa robocza ds. zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs), obradowała nad rozwiązaniami prowadzącymi do ograniczenia wzrostu liczby tych zakażeń w naszym kraju.

PRZEGLĄD I ANALIZA OBOWIĄZUJĄCEGO STANU PRAWNEGO W ZAKRESIE HIV/AIDS

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

- analiza aktualnie obowiązujących przepisów w zakresie możliwości leczenia antyretrowirusowego (ARV) w Polsce dla obywateli Ukrainy (na potrzeby Poradni internetowej),
- analiza prawna w zakresie narażenia na zakażenie wirusem HIV i zasad odpowiedzialności karnej (na potrzeby Kontry),
- analiza prawna w zakresie zasad leczenia ARV, rejonizacji i poufności związanych z terapią ARV (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analiza prawna w zakresie obowiązujących przepisów prawnych związanych z wykonywaniem zawodów medycznych przez osoby żyjące z HIV (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analiza prawna w zakresie możliwości leczenia ARV dla obywatela Ukrainy przebywającego na przymusowej kwarantannie (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analiza prawna w zakresie możliwości leczenia ARV w przypadku obywatela Polski, który spodziewał się utraty ubezpieczenia zdrowotnego (na potrzeby Poradni Internetowej),
- informacja dla cudzoziemca, który wystąpił z pytaniem o zasady polskiego prawa migracyjnego związane z HIV/AIDS (oficjalne pytanie od osoby fizycznej, które wpłynęło do Centrum),

- analiza prawna na temat: dziecko a HIV – dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, zgoda pacjenta małoletniego, testy na HIV, leczenie, informowanie o zakażeniu (na potrzeby Kontry),
- analiza prawna w temacie narażenia na zakażenie wirusem HIV i zasad odpowiedzialności z art. 161 § 1 kodeksu karnego (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analiza w zakresie legalności w Polsce sprzedawania i wykonywania testów na HIV do użytku domowego (w odpowiedzi na oficjalne zapytanie ze strony organizacji pozarządowej),
- analiza prawna w zakresie zasad wykonywania pracy przez lekarza żyjącego z HIV (pytanie od dziennikarza),
- informacja na temat testów na HIV w kontekście wjazdu do Polski z wizą zezwalającą na pracę (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analiza prawna w zakresie prawa do leczenia ARV w Polsce dla cudzoziemców państw trzecich (poza UE i EFTA), w tym Ukrainy – uprawnienia, warunki, dokumenty potwierdzające (w odpowiedzi na oficjalne zapytanie ze strony Polskiego Forum Migracyjnego),
- opinia prawna w zakresie możliwości leczenia antyretrowirusowego (ARV) w Polsce dla obywatela RP ubezpieczonego w UK (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analizy prawne w temacie aspektów prawnych związanych z wykonywaniem zawodów medycznych a HIV/AIDS (na potrzeby Kontry),
- analiza prawna w zakresie możliwości leczenia ARV dla obywatela Białorusi posiadającego Kartę Polaka (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analiza prawna w zakresie możliwości/ograniczeń w studiowaniu kierunków medycznych przez osoby żyjące z HIV (na potrzeby Poradni Internetowej),
- opinia prawna w zakresie możliwości leczenia antyretrowirusowego (ARV) w Polsce dla obywatela Polski nieposiadającego ubezpieczenia NFZ (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analiza prawna pod kątem możliwości eksmisji osoby żyjącej z HIV w trakcie trwania epidemii COVID-19 (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analiza prawna w związku ze zgłoszeniem do Centrum przypadku naruszenia praw pacjenta (głównie prawa do zachowania w tajemnicy przez personel medyczny informacji związanych z pacjentem) przez personel szpitala (zgłoszenie do Centrum przez osobę prywatną),
- analiza prawna w zakresie możliwości leczenia ARV w Polsce dla cudzoziemca państwa trzeciego (poza UE i EFTA), bez ubezpieczenia, oczekującego na kartę pobytu, w tym kwestie anonimowości terapii ARV (na potrzeby Poradni Internetowej),
- analiza prawna wybranych aspektów prawnych w zakresie HIV/AIDS/STIs – aktualna sytuacja w zakresie praw i obowiązków osób zakażonych, zasady odpowiedzialności karnej, wyzwania prawne na kolejne lata (na potrzeby Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania HIV i Zwalczania AIDS na lata 2022-2026).

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

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

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cel szczegółowy

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

Cel ogólny

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

Cel szczegółowy

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

Cel ogólny

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

Cel szczegółowy

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

PUNKTY KONSULTACYJNO-DIAGNOSTYCZNE (PKD)

W 2020 roku funkcjonowało 29 punktów konsultacyjno–diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. Realizatorów tych zadań wyłoniono w drodze otwartego konkursu ofert składanych na podstawie przepisów ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 roku. PKD zobowiązane były do działania zgodnie ze standardami Krajowego Centrum ds. AIDS.

W związku z ogłoszeniem przez Ministra Zdrowia od 14 marca 2020 roku na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2020 r. poz. 433), a następnie od 20 marca 2020 r. stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 491) wyniknęła konieczność zawieszenia pracy PKD. Odbiór wyników testów był wówczas możliwy po skontaktowaniu się z punktem.

Od początku pandemii na bieżąco podejmowano wiele działań zaradczych, minimalizujących utrudnienia dostępu do testowania. O tym, gdzie można wykonać test, Centrum informowało za pośrednictwem Telefonu zaufania HIV/AIDS, Poradni internetowej i Ośrodka informacji oraz bezpośrednio przez komunikację internetową PKD. Podczas wiosennego lockdownu

oraz w niektórych przypadkach w okresie późniejszym nie pozostawiono bez opieki osób pragnących uzyskać poradę lub wykonać test. W PKD uruchomiono porady telefoniczne, w niektórych miejscach także internetowe, nie wykonywano tylko testów.

PKD zaczęły wracać do pełnej działalności już od kwietnia 2020 r. W związku z sytuacją epidemiologiczną, w celu wznowienia pracy PKD, Krajowe Centrum ds. AIDS wprowadziło zalecenia dla klientów PKD (dostępne na stronie <https://aids.gov.pl/zaleceniapkd>). Ponieważ zasady w poszczególnych Punktach różnią się, klienci powinni upewnić się, jakie procedury obowiązują w PKD, do którego się wybierają.

Rys. 2. Punkty konsultacyjno-diagnostyczne na mapie Polski na koniec roku 2020



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 4. Wykaz punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD).

MIASTO	NAZWA ORGANIZACJI	LICZBA KLIENTÓW W 2020 ROKU
BIAŁYSTOK	Stowarzyszenie FAROS ul. Pietkiewicza 1/1; 15-689 Białystok	279
BYDGOSZCZ	Fundacja Parasol ul. Piskorskiej 1a/14; 87-100 Toruń	337
CHORZÓW	Górnośląskie Stowarzyszenie WSPÓLNOTA ul. Zjednoczenia 10; 41-500 Chorzów	774
CZĘSTOCHOWA	Stowarzyszenie MONAR ul. Nowolipki 9B; 00-151 Warszawa	244
EŁK	Stowarzyszenie Honorowych Dawców Krwi ul. Grodzieńska 10; 19-300 Ełk	148
GDAŃSK	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Rzączyńskiego 1b/18; 80 - 041 Gdańsk	911
GDYNIA	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Rzączyńskiego 1b/18; 80-041 Gdańsk	375
JELENIA GÓRA	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Kasprowicza 7; 58-500 Jelenia Góra	467

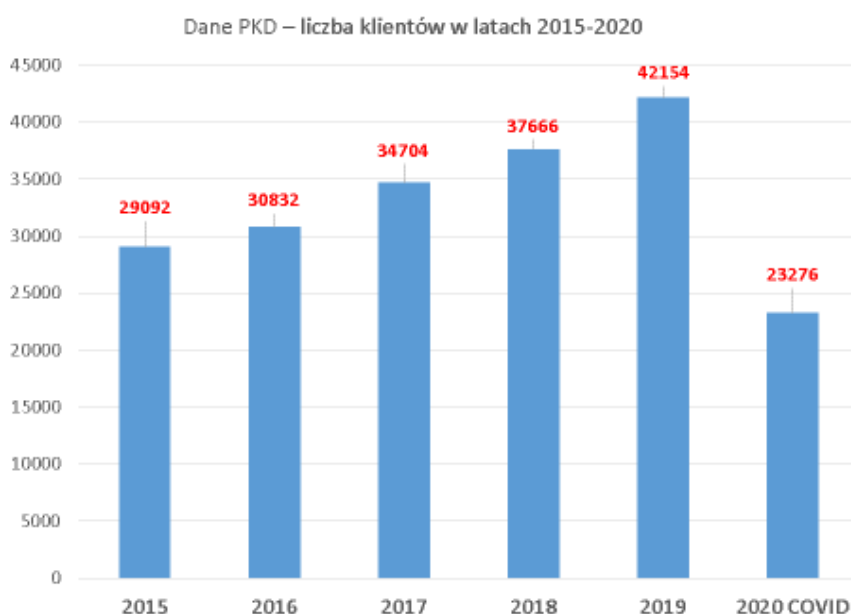
KIELCE	Stowarzyszenie NADZIEJA RODZINIE ul. Karczówkowska 36; 25-711 Kielce	341
KOSZALIN	Stowarzyszenie Profilaktyki i Terapii "Młodzi-Młodym" ul. Zwycięstwa 168; 75-612 Koszalin	98
KRAKÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Ściegiennego 89/28; 30-809 Kraków	1 254
LUBLIN	Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym AGAPE ul. Bernardyńska 5; 20-109 Lublin	383
ŁÓDŹ	Międzynarodowe Stowarzyszenie Pomocy "Słyszę Serce" ul. Skarbowa 28; 91-473 Łódź	465
OLSZTYN	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Żołnierska 16; 10-561 Olsztyn	213
OPOLE	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13; 53-025 Wrocław	249
PŁOCK	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	173
POZNAŃ	Fundacja Simontonowski Instytut Zdrowia ul. Sekutowicza 3/9; 20-152 Lublin	1 194
RZESZÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Ściegiennego 89/28; 30-809 Kraków	198
SZCZECIN	Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU ul. Broniewskiego 12; 71-460 Szczecin	440
TORUŃ	Fundacja Parasol ul. Piskorskiej 1a/14; 87-100 Toruń	390
WAŁBRZYCH	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13; 53-025 Wrocław	143
WARSZAWA ul. Chmielna	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11; 00-020 Warszawa	7 264
WARSZAWA ul. Jagiellońska	Zjednoczenie Na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS "Pozytywni w Tęczy" ul. Targowa 44 lok. 1/1A; 03-773 Warszawa	350
WARSZAWA ul. Jana Pawła II	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa	2 333
WARSZAWA ul. Nugat	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100; 00-331 Warszawa	1 130
WROCŁAW	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Podwale 74 ofic. 23; 50-449 Wrocław	130
WROCŁAW	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13; 53-025 Wrocław	2 767
ZGORZELEC	Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy osobom Uzależnionym SUBSIDIUM ul. Warszawska 37a; 59-900 Zgorzelec	20
ZIELONA GÓRA	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Batorego 33/9; 65 - 735 Zielona Góra	206
	OGÓŁEM	23 276

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Podstawowym zadaniem realizowanym w punktach jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi prowadzono poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane były porady w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i inne wynikające z sytuacji pacjenta. Dzięki poradnictwu klient otrzymuje informacje dotyczące statusu serologicznego, adresów instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Każde wykonanie testu poprzedzane jest rozmową z doradcą, podczas której szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innych STIs w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta. Jeżeli wynik testu jest ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakażyć się wirusem. Jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia o możliwościach leczenia i pomocy.

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

Wykres 11. Liczba klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2015-2020.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2020 r. w PKD w Polsce wykonano 23 090 testów przesiewowych – w tym 35,5% stanowiła liczba testów szybkich. Wyniki ujemne uzyskano w 15 068 testach przesiewowych i w 8 118 szybkich testach przesiewowych. W teście potwierdzenia Western blot uzyskano 308 wyników dodatnich, 51 wyników ujemnych oraz 5 wyników wątpliwych.

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

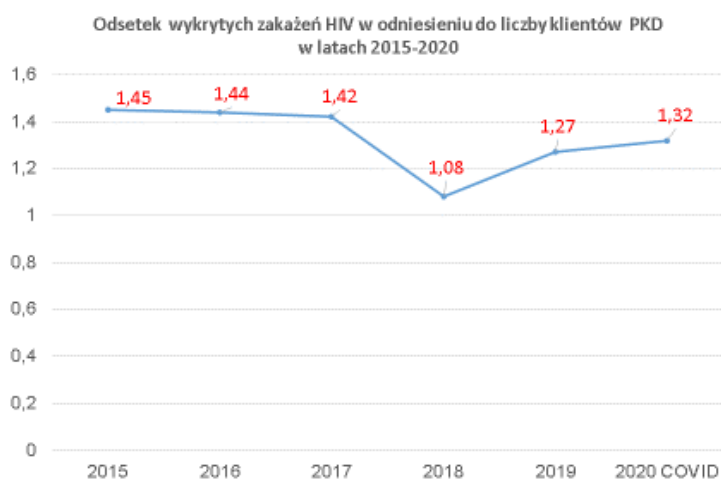
Wykres 12. Liczba potwierdzonych wyników dodatnich wykrytych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2015-2020.

Liczba potwierdzonych wyników dodatnich wykrytych w PKD w latach 2015-2020



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 13. Odsetek wykrytych zakażeń HIV w odniesieniu do liczby klientów w PKD w latach 2015-2020.



Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W listopadzie 2020 roku Krajowe Centrum ds. AIDS ogłosiło – po raz pierwszy z użyciem platformy witkac.pl – otwarte konkursy ofert na realizację zadań zleczanych w roku 2021. Przedmiotem konkursów były punkty konsultacyjno-diagnostyczne oraz Telefon Zaufania. Platforma <https://witkac.pl/strona> to kompleksowy system informatyczny usprawniający współpracę urzędu z organizacjami pozarządowymi poprzez między innymi: możliwość ogłaszania konkursów ofert, naboru i oceny wniosków dotacyjnych, tworzenia umów oraz składania i weryfikacji sprawozdań.

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, lecz także obniżenie poziomu zakaźności osoby zakażonej HIV, a tym samym zmniejszenie ryzyka transmisji zakażenia na osoby niezakażone i przerwanie transmisji w populacji.

Wprowadzenie do terapii nowej grupy leków poprawiło radykalnie rokowanie i przeżywalność pacjentów zakażonych HIV. Współczesne leki antyretrowirusowe (ARV) spowolniły rozwój AIDS. Jednak przy wykorzystaniu aktualnie używanych leków ARV terapia HAART musi być stosowana codziennie, od momentu rozpoczęcia leczenia do końca życia. Ze względu na potencjalne działania niepożądane wymaga ona stałego monitorowania.

Od czasu wprowadzenia skojarzonej terapii ARV dużym problemem stała się oporność na leki i wynikające z tego zmiany leczenia z powodu nieskuteczności immunologicznej czy też wirusologicznej. Działania uboczne, a szczególnie te pojawiające się po kilkunastu

miesiącach lub kilku latach terapii, wymagają monitorowania pacjenta i w miarę możliwości zapobiegania konsekwencjom.

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

Celem Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021” jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS poprzez zapewnienie skutecznego leczenia antyretrowirusowego (ARV). Właściwie prowadzone leczenie ARV powoduje zmniejszenie zapadalności na zakażenie HIV i śmiertelności z powodu AIDS oraz zmniejszenie zakaźności osób zakażonych HIV dla populacji osób zdrowych, a tym samym ograniczenie transmisji wirusa (w tym szczepów lekoopornych).

Cele szczegółowe:

- *Getting to zero* – 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.

Wszystkie aktualnie zarejestrowane leki antyretrowirusowe dają możliwości prowadzenia terapii ARV zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Program leczenia ARV jest programem terapii ambulatoryjnej, o ile nie zaistnieją inne wskazania medyczne do hospitalizacji, które nie zawsze są bezpośrednio związane z zakażeniem HIV.

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

Poza leczeniem antyretrowirusowym (kontynuacja terapii z lat ubiegłych oraz włączenia nowych pacjentów do HAART w 2020 r.) nieodłącznym elementem Programu była prowadzona diagnostyka specjalistyczna, niezbędna dla właściwego monitorowania prowadzonej terapii ARV.

Diagnostyka specjalistyczna

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

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

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

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

W Polsce zasady opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV, w tym leczenia antyretrowirusowego, opracowane zostały w formie Rekomendacji przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS (ostatnia aktualizacja czerwiec 2020 r.).

Tabela 5. Zalecenia rozpoczynania leczenia ARV w różnych fazach zakażenia HIV i AIDS (na podstawie rekomendacji PTN AIDS)

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

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Rekomendacje są opracowywane przez grupę ekspertów z różnych ośrodków referencyjnych realizatorów Programu leczenia ARV z całej Polski – na podstawie rekomendacji europejskich (European AIDS Clinical Society – EACS). Również przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS bierze czynny udział w pracach grupy eksperckiej, która opracowuje polskie Rekomendacje.

Prowadzone leczenie antyretrowirusowe, poza działaniem terapeutycznym, powoduje również wiele działań ubocznych i często wymaga zmian terapii. Zmiany mogą dotyczyć nawet około 50% pacjentów w ciągu pierwszego roku terapii HAART.

Do najczęstszych powodów zmiany terapii antyretrowirusowej należą:

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

Rok 2020 był dwudziestym rokiem realizacji Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia, koordynowanym przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

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

W przypadku ekspozycji zawodowych, zgodnie z Ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5.12.2008 r. Art. 41 Ust. 5 - Dz.U.2008 Nr 234, poz. 1570 z późn. zm., to pracodawca lub zlecający pracę pokrywa koszty profilaktyki poekspozycyjnej, w tym koszty leków antyretrowirusowych.

Procedura włączania pacjenta do Programu leczenia ARV

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

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

Na dzień 31 grudnia 2020 r. leczeniem ARV objętych było **13 475 pacjentów**, w tym **94 dzieci** (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS (według sprawozdań z ośrodków realizujących Program). Liczba ta obejmuje również nowych pacjentów, którzy wymagali pilnego wprowadzenia do leczenia ze względu na pogarszający się stan kliniczny, zwykle ze wskazań życiowych - a nie byli wcześniej leczeni antyretrowirusowo.

Dodatkowo ze względu na obecną sytuację epidemiologiczną, w szczególności w związku z czasowym zamknięciem granic i wynikającym z tego faktu brakiem możliwości korzystania z połączeń komunikacyjnych w celu powrotu do kraju macierzystego, na terytorium Polski znalazły się osoby objęte leczeniem ARV w macierzystych krajach.

W celu uniknięcia przerwania terapii HAART, co stanowiłoby bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia, a ponadto mogłoby wiązać się ze wzrostem zakaźności tych osób i tym samym powodować zagrożenie dla zdrowia publicznego w Polsce, Krajowe Centrum ds. AIDS w odpowiedzi na zapytania Realizatorów Programu, w uzasadnionych i udokumentowanych przypadkach prośb ze strony pacjentów obcokrajowców, kierując się zapisem art. 41 ust. 3 *ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, dopuściło możliwość zabezpieczenia przez 1 m-c ciągłości terapii pacjenta - obcokrajowca niemogącego wrócić do własnego kraju.

W związku z trwającą epidemią COVID-19 i brakiem możliwości wyjazdu z Polski doraźne leczenie antyretrowirusowe na jeden miesiąc terapii ARV od początku epidemii do 31 grudnia 2020 r. otrzymało **123 obcokrajowców zakażonych HIV**.

We wszystkich tych przypadkach szczegółowa analiza wykazała konieczność kontynuacji terapii ARV ze wskazań epidemiologicznych, medycznych i życiowych.

Realizatorzy Programu

Na podstawie art. 48 ust. 4 oraz ust. 5 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U.2015.581 z późn. zm.) Krajowe Centrum ds. AIDS na początku realizacji kolejnej edycji, po uzyskaniu upoważnienia od Ministra Zdrowia, ogłosiło konkurs ofert na wybór realizatorów Programu zdrowotnego Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021”. Z wyłonionymi w konkursie jednostkami ochrony zdrowia – tzw. bezpośrednimi realizatorami Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS zawarło stosowne umowy na prowadzenie terapii antyretrowirusowej (ARV).

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

Ośrodki referencyjne realizujące Program zdrowotny Ministra Zdrowia w 2020 r.:

1. Warunki, które spełniały ośrodki prowadzące leczenie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS:
 - a) oddział pobytu dziennego (ambulatorium) - przychodnia wzbogacona o dział zabiegowy (możliwość pobierania krwi, pozajelitowego podawania leków, opracowania materiału biologicznego, wykonywania drobnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych);
 - b) możliwość umieszczenia w oddziale pobytu stacjonarnego (sale z pełnym węzłem sanitarnym);
 - c) dział diagnostyki laboratoryjnej z możliwością badań serologicznych, bakteriologicznych, mikologicznych, parazytologicznych i histopatologicznych;
 - d) dział diagnostyki endoskopowej - gastroduodenoskopia, bronchofiberoskopia, sigmoidoskopia z możliwością histopatologicznego i mikrobiologicznego opracowania materiału;
 - e) możliwość wykonania diagnostyki inwazyjnej: punkcja szpiku, punkcja lędźwiowa, punkcja opłucnowa, punkcja otrzewnowa, biopsja wątroby, biopsja węzłów chłonnych;
 - f) dział diagnostyki radiologicznej.
2. Ośrodki referencyjne świadczyły następujące usługi diagnostyczne i terapeutyczne::
 - a) prowadzenie kompleksowej terapii antyretrowirusowej;
 - b) prowadzenie profilaktyki i leczenia zakażeń oportunistycznych (również chemioterapii nowotworów);
 - c) prowadzenie profilaktyki postępowania poekspozycyjnego na zakażenie HIV;
 - d) współpraca z psychologiem, pracownikiem socjalnym, pedagogiem, pielęgniarką środowiskową i osobami zajmującymi się leczeniem narkomanii.

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

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

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

Tabela 6. Ośrodki referencyjne prowadzące terapię osób żyjących z HIV i chorych na AIDS (według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.).

LP.	NAZWA PLACÓWKI ADRES	SZPITALA NA BAZIE KTÓRYCH DZIAŁAJĄ OŚRODKI REFERENCYJNE	TELEFON KLINIKI/PORADNI
1.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	223-358-102, 223-358-101
	Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego WUM w Warszawie 01 – 201 Warszawa, ul. Wolska 37	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	223-355-292, 223 355-258
	Klinika Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych WUM w Warszawie 01 – 201 Warszawa, ul. Wolska 37	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	223-355-222; 223-355-294
2.	Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Żurawia 14, 15 – 540 Białystok	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. M. C. Skłodowskiej 24a 15-276 Białystok Tylko administracja.	857-416-921, 857-409-439
3.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM im. Ludwika Rydygiera ul. Św. Floriana 12, 85 – 030 Bydgoszcz	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	523-255-605, 523-255-600
4.	Poradnia Diagnostyki i Terapii AIDS ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	Szpital Specjalistyczny ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	323-463-641, 323-463-650
5.	Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy ul. Smoluchowskiego 18, 80-214 Gdańsk	Szpital Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia Tylko administracja.	583-414-041 wew. 330
6.	Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych ul. M. Jakubowskiego 2, 30 – 688 Kraków	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	124-002-000, 124-248-911
7.	Klinika Chorób Zakaźnych UM ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	815-323-935, 815-325-043
8.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Centrum Medyczne w Łańcut Sp. Z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	172-240-256, 172-240-100 172-252-302,
9.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Kniaziewicz 1/5, 91 – 347 Łódź	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego ul. Kniaziewicz 1/5, 91 – 347 Łódź	422-516-124, 422-516-050
10.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o. ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	774-433-100, 774-433-044
11.	Oddział Chorób Zakaźnych Szpital w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	Szpital w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	896-460-601, 896-460-660
12.	Klinika Chorób Zakaźnych UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym SPZOZ ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	618-739-000, 618-739-376

13.	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 60 – 572 Poznań	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 65 – 572 Poznań	618-491-362, 618-472-960
14.	Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	914-316-242, 918-139-000
15.	Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza Niedoborów Odporności ul. Koszarowa 5, 51- 149 Wrocław	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego ul. Koszarowa 5, 51 – 149 Wrocław	713-957-548, 713-957-501
16.	Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM ul. Chałubińskiego 2-2a, 50 – 368 Wrocław	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu ul. Borowska 213, 50 – 556 Wrocław	717-703-151, 717-703-158
17.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław Tylko administracja.	713-560-780, 713-560-783
18.	Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych ul. 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	683-296-478, 683-296-201
19.	Oddział Chorób Zakaźnych Dziecięcych ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	817-402-039, 817-402-041, 817-408-614f Tylko ekspozycje + ciężarne
20.	Oddział Obserwacyjno - Zakaźny ul. Krasieńskiego 4/4a, 87-100 Toruń	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera ul. Św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń	566-795-528, 566-795-527, 566-793-100 Tylko ekspozycje
21.	Klinika Położnictwa i Ginekologii ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	Instytut Matki i Dziecka ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	223-277-044, 223-277-111 Tylko ciężarne
22.	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa	225-830-301, 225-830-302 Tylko ciężarne

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Zasady kwalifikacji pacjentów do leczenia ARV

1. Kryteria medyczne - oparte na standardach międzynarodowych dotyczących leczenia antyretrowirusowego: oznaczony poziom wirerii HIV-RNA, liczba limfocytów CD4, kryteria kliniczne i epidemiologiczne.
2. Kryteria formalno-prawne.
3. Przed rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej u nieleczzonego wcześniej pacjenta, spełniającego kryteria immunologiczne, kliniczne i wirusologiczne dla jej wdrożenia, należy rozważyć:
 - gotowość i przygotowanie pacjenta do rozpoczęcia terapii – leczenie dobrowolne,
 - możliwości stosowania się pacjenta do zaleceń,
 - tryb życia pacjenta (aktywność zawodowa, itp.),
 - zaawansowanie infekcji HIV (liczba komórek CD4, poziom wirerii, występujące obecnie lub w przeszłości schorzenia definiujące AIDS),
 - potencjalne działania uboczne leków,

- współwystępowanie schorzeń, takich jak: gruźlica, choroby wątroby, depresja lub choroby psychiczne, schorzenia sercowo-naczyniowe lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
 - potencjalne interakcje leków antyretrowirusowych z innymi lekami.
4. Kryteria wykluczenia z leczenia lub niewprowadzenia do terapii ARV:
osoby, które nie gwarantują ścisłej współpracy (np. osoby przychodzące nieregularnie na wizyty kontrolne i po odbiór leków, pod wpływem środków psychoaktywnych).

Tabela 7. Liczba pacjentów leczonych ARV wg sprawozdań realizatorów Programu leczenia ARV.

ROK	LICZBA PACJENTÓW LECZONYCH ARV	WZROST LICZBY PACJENTÓW LECZONYCH ARV, W STOSUNKU DO ROKU POPRZEDZAJĄCEGO (W %)
2008	3822	-
2009	4434	16,01%
2010	4897	10,44%
2011	5606	14,47%
2012	6297	12,33%
2013	7110	12,91%
2014	7881	10,84%
2015	8606	9,20%
2016	9537	10,82%
2017	10496	10,05%
2018	11063	5,41%
2019	12471	12,73%
2020	13475	8,05%

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

Profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych - wypadkowych

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

Zgodnie z obowiązującym Programem polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021”, Krajowe Centrum ds. AIDS przekazywało tylko leki antyretrowirusowe na zabezpieczenie terapii w postępowaniu poekspozycyjnym pozazawodowym wypadkowym, po narażeniu na zakażenie HIV, do którego doszło w konsekwencji np.: zdarzeń związanych z przemocą seksualną, po kontakcie z materiałem potencjalnie zakaźnym, po narażeniu na zakażenie HIV, np. przy zakłuciu igłą nieznanego pochodzenia czy też po zachłapaniu śluzówek krwią lub materiałem potencjalnie zakaźnym zawierającym krew oraz po zachłapaniu miejsc zawierających świeże rany z naruszeniem ciągłości skóry.

W 2020 roku wdrożono leczenie antyretrowirusowe w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych wypadkowych u **108 pacjentów**.

Tabela 8. Liczba postępowań poekspozycyjnych pozazawodowych – wypadkowych w ośrodkach realizujących Program leczenia ARV w 2020 r.

LP.	SZPITAL	KLINIKA/ODDZIAŁ/PORADNIA	EKSPOZYCJE
1.	Poradnia Profilaktyczna – Lecznica ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	

	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	45
	Klinika Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych WUM w Warszawie 01 – 201 Warszawa, ul. Wolska 37	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	
2.	Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Żurawia 14, 15 – 540 Białystok	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. M. C. Skłodowskiej 24a 15-276 Białystok Tylko administracja.	2
3.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM im. Ludwika Rydygiera ul. Św. Floriana 12, 85 – 030 Bydgoszcz	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	0
4.	Poradnia Diagnostyki i Terapii AIDS ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	Szpital Specjalistyczny ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	8
5.	Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy ul. Smoluchowskiego 18, 80–214 Gdańsk	Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia Tylko administracja.	6
6.	Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych ul. Śniadeckich 5, 31 – 531 Kraków	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	5
7.	Klinika Chorób Zakaźnych UM ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	3
8.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Centrum Medyczne w Łańcutcie Sp. Z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	2
9.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	0
10.	Oddział Chorób Zakaźnych ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o. ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	1
11.	Oddział Chorób Zakaźnych Szpital w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	Szpital w Ostródzie SA ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	0
12.	Klinika Chorób Zakaźnych UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym SPZOZ ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	3
13.	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 60 – 572 Poznań	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27 /33, 65 – 572 Poznań	5
14.	Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	12
15.	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM ul. Koszarowa 5, 51- 149 Wrocław	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego ul. Koszarowa 5, 51 – 149 Wrocław	0

16.	Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM ul. Chałubińskiego 2-2a, 50 – 368 Wrocław	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50 – 556 Wrocław	2
17.	Poradnia Profilaktyczno – Lecznicza ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław Tylko administracja.	11
18.	Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	1
19.	Oddział Chorób Zakaźnych Dziecięcych ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie, ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	0
20.	Oddział Obserwacyjno - Zakaźny ul. Krasieńskiego 4/4a, 87-100 Toruń	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera ul. Sw. Józefa 53-59, 87-100 Toruń	0
21.	Klinika Położnictwa i Ginekologii ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	Instytut Matki i Dziecka ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa	0
22.	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. Plac Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa	0
23.	Centralny Zarząd Służby Więziennej, 02-521 Warszawa, ul. Rakowiecka 37a	Centralny Zarząd Służby Więziennej, ul. Rakowiecka 37a, 02-521 Warszawa	2
Razem			108

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko)

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

W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu i/lub karmienia piersią. Ryzyko zakażenia HIV jest większe w przypadku dzieci urodzonych przez kobiety z zaawansowanym klinicznie i immunologicznie zakażeniem HIV, również podczas porodu drogami natury, u dzieci karmionych piersią i przez kobiety, które nie były pod specjalistyczną opieką podczas ciąży i porodu oraz nie otrzymywały w ciąży leków antyretrowirusowych. Dotyczy to również kobiet, które uległy zakażeniu bezpośrednio przed ciążą lub w czasie ciąży. Sposób prowadzenia porodu, stosowanie inwazyjnych procedur i inne czynniki mogą również zwiększać ryzyko zakażenia. Ryzyko transmisji wertykalnej HIV (w grupie kobiet niepoddających się profilaktyce wertykalnej) na terenie Europy wynosi około 15–30%.

Z informacji zebranych z ośrodków pediatrycznych prowadzących terapię ARV wynika jednak, iż w opiece medycznej nad dziećmi najważniejsze jest wczesne rozpoznanie zakażenia HIV i wczesne wdrożenie leczenia antyretrowirusowego, bez względu na poziom CD4 i wirerii HIV. Rokowania co do dalszego rozwoju dziecka, jego stanu klinicznego i dalszej przyszłości są ściśle związane z kompleksową opieką nad matką w ciąży, odpowiednio przeprowadzonym porodem i dalszą opieką medyczną nad noworodkiem, a później niemowlakiem. Po czterech tygodniach podawania noworodkowi leków ARV (w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych) istotne jest wczesne wykluczenie lub potwierdzenie zakażenia HIV, a jeśli do niego doszło – pilne rozpoczęcie terapii HAART, najlepiej jeszcze przed upływem 3. miesiąca życia dziecka. Wczesne zastosowanie leczenia ARV daje szansę na szybkie opanowanie replikacji wirusa oraz chroni układ immunologiczny dziecka przed uszkodzeniami.

Gorzej rokują dzieci nieobjęte profilaktyką wertykalną (matki nie miały wykonanego testu w kierunku HIV i nie brały w ciąży leków ARV), u których zakażenie HIV zostało późno rozpoznane i dopiero wtedy włączono u nich leczenie ARV. W Polsce zdarzają się przypadki późnego rozpoznania nawet u kilkunastoletnich dzieci. Dzieci te mają przeważnie głęboko uszkodzony układ immunologiczny, opóźniony rozwój fizyczny i bardzo trudno jest ograniczyć u nich replikację wirusa.

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

W roku 2020, w ramach Programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostało objętych **58** kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odkryto się **41** porodów kobiet zakażonych HIV, a **17** kobiet jest nadal w ciąży (poród planowany w 2021 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymało **41** noworodków.

Wszystkie kobiety będące w ciąży, ze zdiagnozowanym zakażeniem HIV, zostały objęte w 2020 r. ujednoliconym systemem opieki medycznej i nowoczesną terapią HAART w ramach Programu Leczenia ARV. Wczesne wykrycie zakażenia HIV oraz terapia ARV stanowią podstawowe narzędzia w walce z szerzeniem się zakażeń wertykalnych (dziecka od matki). Leczenie noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV (profilaktyka zakażeń wertykalnych u noworodków) było prowadzone zgodnie z rekomendacjami PTN AIDS oraz standardami międzynarodowymi.

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

Leczenie antyretrowirusowe dzieci

W ramach Programu, na dzień 31 grudnia 2020 roku, leczeniem ARV objętych było **94** dzieci do 18. roku życia zakażonych HIV i chorych na AIDS. Dzieci zakażone wertykalnie HIV powinny otrzymać leczenie ARV przed ukończeniem 3. miesiąca, tzn. bezpośrednio po potwierdzeniu badaniami specjalistycznymi zakażenia HIV, ponieważ dynamika choroby, ryzyko rozwoju AIDS i zgonu w pierwszym roku życia przekracza 10%. Z tego powodu należy jak najszybciej

zahamować replikację wirusa HIV. Warunkiem długotrwałej skuteczności terapii jest szybkie uzyskanie VL HIV poniżej poziomu wykrywalności (<50 kopii/ml).

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

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

Tabela 9. Rekomendacje włączenia do leczenia dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS.

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

B* i C* - kliniczny stopień zaawansowania zakażenia HIV według międzynarodowej klasyfikacji CDC
- Centers for Disease Control (Centrum Kontroli Chorób)

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

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

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

Poza lekami antyretrowirusowymi wszystkie dzieci urodzone przez matki zakażone HIV (w wieku 0–18 lat) otrzymują bezpłatnie szczepionki według specjalnego kalendarza szczepień opracowanego indywidualnie dla każdego z dzieci przez ośrodek referencyjny leczenia dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS znajdujący się przy Klinice Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kalendarz szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV(+) jest stale modyfikowany, zgodnie z postępami wiedzy medycznej. Terminy szczepień są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego dane dziecko. W kalendarzu tym uwzględniono konieczność zastosowania zabitych (atenuowanych) szczepionek, które nie niosą ryzyka dodatkowych powikłań u osób z immunosupresją (zarówno dzieci lub/i ich opiekunów zakażonych HIV).

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

Terminy szczepień ustalane są indywidualnie przez lekarza prowadzącego terapię ARV. 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.

Zalecenia zostały umieszczone w rekomendacjach PTN AIDS (ptnaids.pl rozdział *Program szczepień ochronnych*).

Finansowanie Programu

W 2020 r. Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, zgodnie z ustawą – Prawo Zamówień Publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, z późn. zm.), przeprowadził 28 postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup leków antyretrowirusowych oraz 3 postępowania na zakup wyrobów medycznych do diagnostyki molekularnej (w tym unieważniono jedno postępowanie). Zakupione produkty lecznicze i wyroby medyczne zabezpieczają ciągłość leczenia i diagnostyki specjalistycznej pacjentów objętych Programem w latach poprzednich oraz nowo zdiagnozowanych wprowadzanych w 2020 r. do terapii HAART.

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

Na początku epidemii COVID–19 pojawiły się problemy z zakupem leków ARV – zamknięte granice w Europie i na świecie, ograniczenia w dostawie niektórych produktów leczniczych wynikające z wstrzymanej lub zmniejszonej produkcji substancji czynnych, a co za tym idzie leków ARV oraz problemy z brakami i dostępnością do pojedynczych produktów leczniczych.

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

Warto jednak podkreślić, że dzięki szybkim reakcjom Krajowego Centrum ds. AIDS i uzyskanej akceptacji dla tych działań nadzorującego Sekretarza Stanu, oraz dobrej współpracy z Zakładem Zamówień Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia, udało się w ramach budżetu 2020 dokonać zakupów niezbędnych dla ciągłości realizacji Programu Leczenia ARV produktów leczniczych i dzięki temu uniknąć większych problemów, które stały się udziałem innych krajów.

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

Tabela 10. Wydatkowanie przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 roku środków finansowych w dziale 851 – Ochrona Zdrowia, w rozdziale 85149 - Programy polityki zdrowotnej na realizację Programu zdrowotnego Ministra Zdrowia pt.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021” z podziałem na paragrafy.

PARAGRAF	WYDATKI W PLN
4230	347 939 571,71
4300	16 327,21
4170	40 000,00
RAZEM:	347 995 898,92

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 11. Ceny (brutto) leków antyretrowirusowych wykorzystywanych w Programie leczenia ARV – stan na 31 grudnia 2020 roku.

LP.	NAZWA HANDLOWA LEKU	CENA
1	BIKTARVY 50/200/25mg tabletka 30	2 150,00
2	CELOSENTRI 150mg tabletka 60	2 083,52
3	CELOSENTRI 300mg tabletka 60	2 147,95
4	COMBIVIR, LAZIVIR, LAMIWUDYNA/ZYDOWUDYNA MYLAN 150/300mg tabletka 60	140,40
5	DELSTRIGO 100/300/245mg tabletka 30	1 846,37
6	DESCOVY 10/200mg tabletka 30	1 364,29
7	DESCOVY 25/200mg tabletka 30	1 364,29
8	DOVATO 50/300mg tabletka 30	2 014,62
9	EDURANT 25mg tabletka 30	983,23
10	EMTRIVA 200mg kapsułka 30	746,55
11	EPIVIR 240ml syrop 1	190,00
12	EPIVIR, LAMIVUDINE TEVA, LAMIVUDINE MYLAN 150mg tabletka 60	113,94
13	EPIVIR/300mg/tabletka/30	176,23
14	EVIPLERA 200/25/245mg tabletka 30	2 279,65
15	GENVOYA 150/150/200/10mg tabletka 30	2 457,85
16	INTELENCE 200mg tabletka 60	1 183,92
17	ISENRESS 400mg tabletka 60	1 522,23
18	ISENRESS 600mg tabletka 60	1 522,23
19	KALETRA 100/25mg tabletka 60	810,00
20	KALETRA 200/50mg tabletka 120	1 054,62
21	KALETRA 60ml syrop 5	1 283,04
22	KIVEXA, ABACAVIR+LAMIVUDINE TEVA 300/600mg tabletka 30	340,20
23	NORVIR 100mg tabletka 30	161,87
24	ODEVSEY 200/25/25mg tabletka 30	2 256,14
25	PIFELTRO 100mg tabletka 30	1 107,83
26	PREZISTA, DARUNAVIR MYLAN, SANDOZ, TEVA 600mg tabletka 60	433,84
27	PREZISTA, DARUNAVIR MYLAN, SANDOZ, TEVA 800mg tabletka 30	192,78
28	RETROVIR 100mg kapsułka 100	361,00
29	RETROVIR 200ml syrop 1	95,00
30	RETROVIR 20ml ampułka 5	235,00

31	RETROVIR 250mg kapsułka 40	361,00
32	REYATAZ 300mg kapsułka 30	396,90
33	REZOLSTA 800mg/150mg tabletka 30	1 268,84
34	STOCRIN 600mg tabletka 30	442,26
35	STRIBILD 150/150/200/245mg tabletka 30	2 483,43
36	SYMTUZA/800/150/200/10/tabletka/30	2 401,92
37	TIVICAY 10mg tabletka 30	652,32
38	TIVICAY 25mg tabletka 30	1 630,80
39	TIVICAY 50mg tabletka 30	1 838,40
40	TRIUMEQ 50/600/300mg tabletka 30	2 150,00
41	TRUVADA, EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN 245/200mg tabletka 30	453,60
42	VIRAMUNE 240ml zawiesina 1	231,12
43	VIRAMUNE, NEVIRAPINE ACCORD tabletka 400mg 30	123,12
44	VIREAD, TENOFOVIR ACCORD 245mg tabletka 30	210,60
45	ZIAGEN 240ml syrop 1	290,00
46	ZIAGEN 300mg tabletka 60	590,22

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Tabela 12. Wartość (w zł) i asortyment leków ARV, szczepionek i testów zakupionych w 2020 r.

LEK	CENA JEDNOSTKOWA	LICZBA OPAKOWAŃ	WARTOŚĆ
ABACAVIR/LAMIVUDINE ACCORD tabletka 600/300mg 30	235,80	-123	-29 003,40
ABALAM tabletka 600/300mg 30	340,20	3300	1 122 660,00
ABALAM tabletka 600/300mg 30	351,54	500	175 770,00
ATAZANAVIR MYLAN kapsułka 300mg 30	396,90	200	79 380,00
ATAZANAVIR MYLAN kapsułka 300mg 30	569,70	400	227 880,00
BIKTARVY tabletka 50/200/25mg 30	2 148,85	1	2 148,85
BIKTARVY tabletka 50/200/25mg 30	2 150,03	1	2 150,03
BIKTARVY tabletka 50/200/25mg 30	2 150,00	13729	29 517 350,00
BIKTARVY tabletka 50/200/25mg 30	2 149,99	537	1 154 544,63
CELSENTRI tabletka 150mg 60	2 083,53	30	62 505,90
CELSENTRI tabletka 150mg 60	2 083,52	30	62 505,60
CELSENTRI tabletka 300mg 60	2 260,99	0	0,00
CELSENTRI tabletka 300mg 60	2 147,95	190	408 110,50
COMBIVIR tabletka 150/300mg 60	1,00	30	30,00
DARUNAVIR MYLAN tabletka 800mg 30	192,78	1000	192 780,00
DARUNAVIR MYLAN tabletka 800mg 30	210,60	1300	273 780,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 600mg 60	444,96	240	106 790,40
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 600mg 60	433,83	80	34 706,40
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 600mg 60	433,84	120	52 060,80
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 800mg 30	200,22	700	140 154,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 800mg 30	200,24	700	140 168,00
DARUNAVIR SANDOZ tabletka 800mg 30	200,23	6100	1 221 403,00
DELSTRIGO tabletka 100/300/245 30	1 846,37	1877	3 465 636,49
DELSTRIGO tabletka 100/300/245 30	1 846,36	517	954 568,12

DELSTRIGO tabletka 100/300/245 30	1 845,66	1	1 845,66
DELSTRIGO tabletka 100/300/245 30	1 846,54	1	1 846,54
DESCOVY tabletka 200/10mg 30	1 364,29	1046	1 427 047,34
DESCOVY tabletka 200/10mg 30	1 771,82	0	0,00
DESCOVY tabletka 200/10mg 30	1 364,28	0	0,00
DESCOVY tabletka 200/25mg 30	1 364,28	5580	7 612 682,40
DESCOVY tabletka 200/25mg 30	1 364,29	12820	17 490 197,80
DOVATO tabletka 50/300mg 30	2 014,62	7962	16 040 404,44
EDURANT tabletka 25mg 30	983,23	807	793 466,61
EFAVIRENZ (Dr. Reddy's) tabletka 600mg 30	429,84	27	11 605,68
EFAVIRENZ (Dr. Reddy's) tabletka 600mg 30	421,03	299	125 887,97
EFAVIRENZ (Dr. Reddy's) tabletka 600mg 30	420,19	1	420,19
EMPETUS tabletka 100mg 30	170,10	6000	1 020 600,00
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL (Glenmark) tabletka 200/245mg 30	268,76	2396	643 948,96
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL (Glenmark) tabletka 200/245mg 30	268,75	599	160 981,25
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletka 200/245mg 30	453,60	8000	3 628 800,00
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletka 200/245mg 30	264,54	800	211 632,00
EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletka 200/245mg 30	264,55	1200	317 460,00
EMTRIVA kapsułka 200mg 30	746,55	40	29 862,00
EPIVIR syrop 240ml 1	190,00	320	60 800,00
EPIVIR syrop 240ml 1	189,99	10	1 899,90
EPIVIR tabletka 300mg 30	176,23	850	149 795,50
EVIPLERA tabletka 200/25/245 30	2 278,05	1	2 278,05
EVIPLERA tabletka 200/25/245 30	2 279,65	364	829 792,60
EVIPLERA tabletka 200/25/245 30	2 279,66	100	227 966,00
EVIPLERA tabletka 200/25/245 30	2 279,64	546	1 244 683,44
GENVOYA tabletka 150/150/200/10 30	2 457,83	19060	46 846 239,80
GENVOYA tabletka 150/150/200/10 30	2 457,84	5440	13 370 649,60
ISENTRESS proszek 100mg 60	1 080,00	6	6 480,00
ISENTRESS tabletka 400mg 60	1 522,22	1694	2 578 640,68
ISENTRESS tabletka 400mg 60	1 522,23	1491	2 269 644,93
ISENTRESS tabletka 600mg 60	1 522,23	5267	8 017 585,41
ISENTRESS tabletka 600mg 60	1 522,20	1	1 522,20
ISENTRESS tabletka 600mg 60	1,08	350	378,00
ISENTRESS tabletka 600mg 60	1 522,22	1107	1 685 097,54
IVIVERZ tabletka 600/300mg 30	235,77	5	1 178,85
IVIVERZ tabletka 600/300mg 30	235,81	68	16 035,08
KALETRA syrop 60ml 5	1 283,04	50	64 152,00
KALETRA syrop 60ml 5	1 233,92	50	61 696,00
KALETRA tabletka 100/25mg 60	776,22	30	23 286,60
KALETRA tabletka 100/25mg 60	776,20	100	77 620,00
KALETRA tabletka 100/25mg 60	810,00	50	40 500,00

LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	135,93	1	135,93
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	136,73	399	54 555,27
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	114,48	300	34 344,00
LAMIVUDINE MYLAN tabletki 150mg 60	113,94	100	11 394,00
LAZIVIR tabletki 150/300mg 60	140,40	420	58 968,00
LOPINAVIR/RITONAVIR (Hetero Labs) tabletki 200/50mg 120	1 054,62	1040	1 096 804,80
LOPINAVIR/RITONAVIR MYLAN tabletki 200/50mg 120	324,00	1398	452 952,00
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 256,12	196	442 199,52
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 256,15	657	1 482 290,55
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 256,14	2438	5 500 469,32
ODEFSEY tabletki 200/25/25 30	2 256,13	13259	29 914 027,67
PIFELTRO tabletki 100mg 30	1 107,83	896	992 615,68
PIFELTRO tabletki 100mg 30	1 107,82	214	237 073,48
RETROVIR ampułki 20ml 5	235,00	50	11 750,00
RETROVIR kapsułki 100mg 100	361,00	116	41 876,00
RETROVIR kapsułki 250mg 40	361,00	120	43 320,00
RETROVIR syrop 200ml 1	1,00	96	96,00
RETROVIR syrop 200ml 1	95,00	200	19 000,00
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 268,83	500	634 415,00
REZOLSTA tabletki 800mg/150mg 30	1 268,84	2475	3 140 379,00
RITONAVIR (Globea) tabletki 100mg 30	161,87	3000	485 610,00
RITONAVIR MYLAN tabletki 100mg 30	87,11	3000	261 330,00
STOCRIN tabletki 600mg 30	442,26	200	88 452,00
STOCRIN tabletki 600mg 30	461,70	280	129 276,00
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 483,43	1711	4 249 148,73
STRIBILD tabletki 150/150/200/245 30	2 483,42	239	593 537,38
SYMTUZA tabletki 800/150/200/10 30	2 401,92	20999	50 437 918,08
SYMTUZA tabletki 800/150/200/10 30	2 401,44	1	2 401,44
TENOFOVIR DISOPROXIL ACCORD tabletki 245mg 30	170,10	250	42 525,00
TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN tabletki 245mg 30	210,60	300	63 180,00
TIVICAY tabletki 10mg 30	652,32	100	65 232,00
TIVICAY tabletki 25mg 30	1 630,80	10	16 308,00
TIVICAY tabletki 50mg 30	1 838,40	24675	45 362 520,00
TRIUMEQ tabletki 50/600/300mg 30	2 150,00	14875	31 981 250,00
VIRAMUNE tabletki 400mg 30	129,27	1	129,27
VIRAMUNE tabletki 400mg 30	129,59	399	51 706,41
VIRAMUNE tabletki 400mg 30	123,12	850	104 652,00
VIRAMUNE zawiesina 240ml 1	231,12	240	55 468,80
ZIAGEN syrop 240ml 1	290,00	90	26 100,00
ZIAGEN tabletki 300mg 60	1,00	80	80,00
ZIAGEN tabletki 300mg 60	843,17	0	0,00
ZIAGEN tabletki 300mg 60	590,22	650	383 643,00
Razem			345 033 824,67

TESTY	CENA JEDNOSTKOWA	LICZBA OPAKOWAŃ	WARTOŚĆ
4J7110 1ml Pipette Tips	540,00	37	19 980,00
4J7117 200ul Pipe Tips	432,00	6	2 592,00
4J7130 96 Deep Well Plates	378,00	14	5 292,00
4J7170 96 Well Optical Reaction Plate	378,00	11	4 158,00
B23535 AQUIOS IMMUNO-TROL Cells	1 620,00	2	3 240,00
B25700 AQUIOS IMMUNO-TROL Low Cells	1 636,39	1	1 636,39
B25700 AQUIOS IMMUNO-TROL Low Cells	1 636,40	1	1 636,40
B23538 AQUIOS Lysing Reagent Kit	1 987,20	4	7 948,80
B23533 AQUIOS Tetra-1	2 332,80	8	18 662,40
4J7145 ASPS Biohazard Bags 50X	162,00	4	648,00
A07749 CD3-PC5 100t CE	2 295,00	3	6 885,00
A07749 CD3-PC5 100t CE	2 332,80	19	44 323,20
A07750 CD4-FITC 100t CE	1 632,96	19	31 026,24
A07750 CD4-FITC 100t CE	1 755,00	3	5 265,00
A07757 CD8-RPE 100t CE	1 695,60	19	32 216,40
A07757 CD8-RPE 100t CE	1 701,00	3	5 103,00
4J9473 Clean up Kit	1 722,01	0	0,00
7547053 COULTER FLOW COUNT 20ML, IVD	2 381,40	10	23 814,00
7547053 COULTER FLOW COUNT 20ML, IVD	2 569,01	10	25 690,10
340166 FACSCCount Control Kit	1 291,88	-3	-3 875,64
340166 FACSCCount Control Kit	1 291,89	-5	-6 459,45
340167 FACSCCount Reagent Kit	2 700,00	-6	-16 200,00
342003 FACSCFlow	238,89	1	238,89
342003 FACSCFlow	248,40	4	993,60
A63493 FP Flow Check Pro IVD 3 x 10 ml. KIT	2 335,37	1	2 335,37
A63493 FP Flow Check Pro IVD 3 x 10 ml. KIT	2 340,30	2	4 680,60
A63493 FP Flow Check Pro IVD 3 x 10 ml. KIT	2 340,31	2	4 680,62
05390095190 HIV combi PT Elecsys cobas e	820,99	5	4 104,95
05390095190 HIV combi PT Elecsys cobas e	821,00	3	2 463,00
05390095190 HIV combi PT Elecsys cobas e	827,99	1	827,99
05390095190 HIV combi PT Elecsys cobas e	828,00	1	828,00
101.572-12 HLA B*5701 -SSP z Taq, 12 testów	1 197,09	1	1 197,09
101.572-12 HLA B*5701 -SSP z Taq, 12 testów	1 197,10	1	1 197,10
315504853000 HLA B5701 Strip 48 t	8 625,96	3	25 877,88
315504853000 HLA B5701 Strip 48 t	8 786,88	6	52 721,28
002062032 HLA Ready Gene B57 low 32 t + polimeraza GX 090254	1 791,82	1	1 791,82
002062032 HLA Ready Gene B57 low 32 t + polimeraza GX 090254	1 791,94	29	51 966,26
6607098 Immunotrol Low Cell Kit	1 836,00	4	7 344,00
6607098 Immunotrol Low Cell Kit	1 836,01	3	5 508,03
6607098 Immunotrol Low Cell Kit	1 836,02	1	1 836,02
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + akcesoria	4 653,75	-12	-55 845,00
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD +	5 196,45	38	197 465,10

akcesoria			
05212294190+a KIT CAP-G/CTM HIV-1 V2.0 EXPT-IVD + akcesoria	5 196,54	1	5 196,54
06979599190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 120T CE-IVD + akcesoria	11 169,00	5	55 845,00
08792992190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 QT-QL 120T CE-IVD + akcesoria	13 913,25	44	612 183,00
08792992190+a KIT COBAS 4800 HIV-1 QT-QL 120T CE-IVD + akcesoria	13 913,30	1	13 913,30
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	539,98	2	1 079,96
4J7193 M2K OPT CAL KIT 58-2	540,01	2	1 080,02
4J7180 Master mix Tubes	378,00	2	756,00
4J7175 Optical Adhesive Cover	378,00	3	1 134,00
51304 QIAamp DNA Mini Kit 50	1 298,88	6	7 793,28
4J7120 Reaction Vessels	378,00	6	2 268,00
4J7160 Reagent Troughs	378,00	12	4 536,00
2G3170 RealTime HIV Calibrators	853,20	14	11 944,80
2G3180 RealTime HIV Controls	853,20	8	6 825,60
2G3180 RealTime HIV Controls	853,21	19	16 210,99
4J7024 RNA Sample Preparation Rtg.	885,60	102	90 331,20
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	7 152,73	76	543 607,48
2G3110 RT HIV-1 AMP KIT 96T DBS	8 361,11	26	217 388,86
6607053 TRICHROME 8/4/3	2 808,00	40	112 320,00
342445 TriTEST CD4/CD8/CD3 w/TruCount Tubes	2 607,99	114	297 310,86
342445 TriTEST CD4/CD8/CD3 w/TruCount Tubes	2 608,00	106	276 448,00
A09777 VersaLyse 100t CE	1 033,61	1	1 033,61
A09777 VersaLyse 100t CE	1 042,07	20	20 841,40
30447 VIDAS HIV Duo Quick	793,80	6	4 762,80
Razem			2 830 605,14

SZCZEPIONKA	CENA JEDNOSTKOWA	LICZBA OPAKOWAŃ	WARTOŚĆ
21.20 Vaxigrip Tetra 1 amp.-strz. x 0,5ml.	39,96	10	399,60
21.20 Boostrix Polio 1 amp.-strz. x 0,5ml.	83,03	15	1 245,45
21.20 Havrix 720 junior 0,5	100,54	16	1 608,64
21.20 Infanrix IPV HIB 0,5	124,55	66	8 220,30
21.20 Nimenrix 0,5ml	166,42	30	4 992,60
21.20 Nimenrix 0,5ml	183,60	26	4 773,60
21.20 Infanrix Hexa 0,5	193,62	30	5 808,60
21.20 Varilrix inj	202,55	20	4 051,00
21.20 Rotarix	283,60	20	5 672,00
21.20 Bexsero 0,5ml	313,96	50	15 698,00
21.20 Bexsero 0,5ml	362,62	30	10 878,60
21.20 Vaxigrip Tetra 10 amp.-strz. x 0,5ml. op. zbiorcze	399,60	15	5 994,00
21.20 Gardasil 9	561,57	9	5 054,13
21.20 Gardasil 9	561,59	1	561,59
Razem			74 958,11

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

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

Tabela 13. Średni miesięczny koszt realizacji Programu (w zł) w ośrodkach w przeliczeniu na jednego dorosłego pacjenta (tnz. > 18 roku życia) w 2020 roku (stan na 31.12.2020 r.).

LP.	NAZWA OŚRODKA	LICZBA DOROSŁYCH PACJENTÓW (18+) OBJĘTYCH PROGRAMEM	ROCZNA WARTOŚĆ LEKÓW ARV PRZEKAZANYCH DLA 1 PACJENTA	MIESIĘCZNA WARTOŚĆ LEKÓW ARV DLA 1 PACJENTA
1	Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. M. C. Skłodowskiej 24a, 15-276 Białystok	275	7 048 864,46	2 136,02
2	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza, ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	509	13 561 703,55	2 220,32
3	Szpital Specjalistyczny, ul. Zjednoczenia 10, 41 – 500 Chorzów	1 537	38 789 624,29	2 103,10
4	Centralny Zarząd Służby Więziennej	229	5 386 618,68	1 960,20
5	Szpital Pomorskie Sp. z o.o. ul. Powstania Styczniowego 1, 81- 519 Gdynia	858	22 217 804,29	2 157,91
6	Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31 – 501 Kraków	1 236	35 433 137,32	2 388,97
7	Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	176	4 712 958,74	2 231,51
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, im. Wł. Biegańskiego, ul. Kniaziewicza 1/5, 91 – 347 Łódź	646	15 120 952,65	1 950,59
9	Szpital Wojewódzki w Opolu, ul. Kośnego, 45-372 Opole	113	2 712 747,82	2 000,55
10	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	102	2 282 094,65	1 864,46
11	Wielospecjalistyczny Szpital Miejskim. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym SPZOZ, ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	721	17 901 372,82	2 069,04
12	Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Arkońska 4, 71 – 455 Szczecin	601	15 330 585,22	2 125,71
13	Wojewódzki Szpital Zakaźny, ul. Wolska 37, 01 – 201 Warszawa	4 145	102 078 613,59	2 052,24
14	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław	1 613	39 396 380,39	2 035,36
15	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, ul. Koszarowa 5, 51 – 149 Wrocław	387	10 491 778,23	2 259,21
16	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra	231	5 516 386,05	1 990,04
Średnia realna wartość realizacji Programu ARV na 1 pacjenta (18+)		13 379	25 262,10 zł	2 105,17 zł

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

W 2020 r. średni miesięczny koszt zużytych do terapii leków antyretrowirusowych w przeliczeniu na 1 miesiąc na jednego pacjenta według aktualnych cen wyniósł **2 105,17 zł**.

W ramach powyższych środków w realizacji Programu uwzględniono również:

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

- 108 pacjentów x 2 150,00 PLN (uśredniony koszt leków ARV dla jednego pacjenta obowiązujący w 2020 r.) = 232 200,00 zł

Łącznie wydatkowano na PEP wypadkowy pozazawodowy: **232 200,00 zł**

b) Wartość profilaktyki zakażeń wertykalnych:

Na koszt leków ARV w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych (porody) z podziałem na części:

Szacunkowy koszt leczenia antyretrowirusowego kobiety w ciąży w 2020 r.:

- Ciąże zakończone porodem w 2020 roku, tj. leczenie ARV w ciągu 9 mies. x 2 150,00 zł x 41 kobiet = 793 350,00 zł
- Pozostałe ciąży na 2021 r. średnio 5 mies. x 2 150,00 zł x 17 kobiet = 182 750,00 zł

2. Zestaw leków dożylnych do porodu: 235,00 zł x 41 porodów = 9 635,00 zł

3. Leki dla noworodków urodzonych przez matki HIV+: 1800,00 zł x 41 dzieci = 73 800,00 zł

Łącznie na profilaktykę wertykalną wydatkowano: **1 059 535,00 zł**.

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

Przybliżony koszt leczenia antyretrowirusowego 94 dzieci żyjących z HIV i chorych na AIDS wyniósł: **2 229 210,00 zł** (średni koszt leków antyretrowirusowych na dwanaście miesięcy terapii, w przeliczeniu na jedno dziecko – wyniósł **23 715,00 zł**). Wszystkie wymienione koszty leczenia dzieci nie zawierają wcześniej rozliczonego kosztu profilaktyki wertykalnej u noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV.

Koszt leków ARV 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), a także innych badań finansowanych dotychczas w ramach kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Program w czasie pandemii

Warto podkreślić, że w czasie COVID-19, pomimo konieczności dostosowania systemu ochrony zdrowia do stanu pandemii, Program leczenia ARV był realizowany bez zakłóceń - zapewniona została ciągłość leczenia. Nowi pacjenci zakażeni HIV (nowo wykryte zakażenia, powrót do leczenia po powrocie z zagranicy), w tym również ubezpieczeni w NFZ obcokrajowcy,

byli na bieżąco wprowadzani do leczenia ARV w ramach Programu. Wszystkie placówki medyczne realizujące Program Leczenia ARV były na bieżąco zaopatrywane w leki antyretrowirusowe zgodnie ze złożonymi zamówieniami i prowadziły ich dystrybucję do pacjentów. Zabezpieczone zostały dostawy leków ARV, mimo że substancje czynne używane w ich produkcji pochodziły z państw najbardziej dotkniętych pandemią pod względem społecznym i gospodarczym.

Proces zakupu produktów leczniczych do terapii ARV odbywał się w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego. Dostawcy leków wywiązali się ze swoich zobowiązań w terminie. Podjęto również skuteczne działania zapobiegające nieuzasadnionemu wzrostowi cen produktów leczniczych, głównie odtwórczych, zgodnie z polityką obniżania średniej ceny jednej terapii ARV.

Dokonano również przeglądu pod kątem zaopatrzenia wyznaczonych placówek medycznych w specjalne zestawy do porodów dla kobiet zakażonych HIV. Również w tym przypadku szpitale były przygotowane i gotowe na przyjęcie zakażonych HIV pacjentek.

Wskaźnikiem, który pokazuje, że w Polsce system organizacji opieki nad zakażonymi HIV i chorymi na AIDS - także w obecnej sytuacji - zdaje egzamin, jest liczba nowych pacjentów włączonych do programu leczenia ARV.

Podsumowanie

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

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

W odniesieniu do realizacji Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” należy zauważyć, że aktualne stany magazynowe na 31 grudnia 2020 roku zapewniały ciągłość leczenia ARV zaledwie na około pierwsze dwa – trzy miesiące 2021 roku. Od 2017 roku procedura prowadzenia postępowań przetargowych, zgodnie z dyspozycją Ministerstwa Zdrowia, została przekazana do Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia.

6. IV OBSZAR TEMATYCZNY: WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Cel ogólny

Rozwój współpracy międzynarodowej

Cel szczegółowy

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

Polska w UNAIDS



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

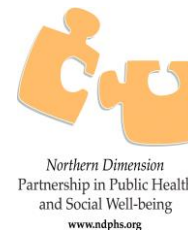
- koordynowanie procesu tworzenia globalnej strategii walki z epidemią HIV/AIDS oraz wydawanie stosownych rekomendacji pomocnych w tworzeniu programów na poziomie regionów i poszczególnych państw;
- koordynacja realizacji strategii UNAIDS przez 11 podmiotów wyspecjalizowanych ONZ współtworzących Program;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

Polska była jednym ze współzałożycieli Rady Koordynacyjnej 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 jako członek Rady.

Przed Światowym Dniem AIDS, 26 listopada 2020 roku, UNAIDS opublikował nowy raport pt. Najważniejsi są ludzie - kontrola nad epidemiami poprzez ukierunkowanie działań na potrzeby społeczne. W raporcie podkreślono, że w sytuacji, gdy pandemia COVID-19 odsuwa walkę z HIV/AIDS na dalsze tory, jasno widać, że nie będzie możliwe spełnienie celów wyznaczonych na rok 2020. Dlatego też, UNAIDS wzywa kraje świata do wyciągania wniosków i dofinansowania obszaru zdrowia, jak również zachęca do szybszego wdrażania odpowiednich działań w celu zakończenia epidemii HIV/AIDS. UNAIDS nawołuje do zwiększenia inwestycji na rzecz walki

z pandemią HIV/AIDS oraz do przyjęcia nowych, śmiałych, ambitnych, ale zarazem możliwych do realizacji celów. Jeżeli te nowo postawione założenia uda się wypełnić to możliwe stanie się zakończenie epidemii AIDS jako zagrożenia dla zdrowia publicznego do roku 2030.

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



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

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

Jedną z grup eksperckich działających w ramach Partnerstwa jest Grupa Ekspertka ds. HIV, Gruźlicy i Infekcji Powiązanych. Grupa składa się z ekspertów reprezentujących wszystkich partnerów. Jej pracami kieruje Tuuli Heinikari z Finnish Lung Health Association FILHA, która zastąpiła na tym stanowisku dr Ali Arsalo z Finlandii, zaś funkcję wiceprzewodniczącego pełni dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS. Spotkania odbywają się dwa razy w roku.

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

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



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

W ramach programu Krajowe Centrum ds. AIDS, wraz z 33 instytucjami i organizacjami z 18 państw UE, uczestniczy we wspólnych działaniach na rzecz zintegrowania działań w zakresie zapobiegania, testowania i opieki nad osobami zakażonymi HIV, wirusowym zapaleniem wątroby, gruźlicą i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (ang. *Joint Action on integrating prevention, testing and link to care strategies across HIV, viral hepatitis, TB and STIs in Europe* - INTEGRATE). Działania w ramach programu zostały zaplanowane na lata 2017-2020.

Pakiety robocze:

1) Koordynacja – RegionH/CHIP (Dania).

- 2) Promowanie wyników projektu (dissemination) – CERTH (Grecja) – platforma wiedzy oraz konferencja HepHIV 2019 w Rumunii w ramach prezydencji tego kraju w UE.
- 3) Monitoring i ewaluacja – IPMN (Rumunia), PHE (Wielka Brytania).
- 4) Rozwój długofalowej i zrównoważonej strategii – ARCIGAY (Włochy), TAI (Estonia) – kwestionariusz dotyczący doświadczeń pacjentów, przegląd rekomendacji na szczeblu krajowym, włączenie ich do innych dokumentów przewodnich. Opracowanie planu zrównoważonego rozwoju dla projektu oraz umożliwienie integracji jego pochodnych do programów krajowych oraz planów działania poprzez opracowanie przewodników dla poszczególnych krajów oraz na rzecz działań prowadzonych przez interesariuszy na poziomie krajowym.
- 5) Integracja testowania oraz włączania zdiagnozowanych pacjentów STIs/HIV/HCV do systemu ochrony zdrowia - RegionH/CHIP (Dania), PHE (Wielka Brytania) – rozbudowa narzędzi pomocnych przy prowadzeniu zintegrowanego testowania na bazie wyników projektu OptTEST przy wykorzystaniu działań prowadzonych podczas Europejskiego Tygodnia Testowania.
- 6) Monitoring testowania w kierunku HIV, WZW oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) oraz włączanie zdiagnozowanych pacjentów do systemu ochrony zdrowia — ICO (Hiszpania), NIJZ (Słowenia) – podniesienie poziomu systemów monitoringu, łączenie ich z systemami nadzoru (ECDC, WHO, poziomy krajowe). Prowadzenie działań w porozumieniu z pakietem 5 oraz na bazie wyników projektów EuroHIVEDat oraz OptTEST.
- 7) Podniesienie poziomu stosowania narzędzi ICT oraz zwiększenie częstotliwości powiadomień partnera w ramach wdrażania profilaktyki skojarzonej – UCD (Irlandia), LILA MILANO (Włochy) – testowanie połączone z profilaktyką oraz powiadamianiem partnera, udział ekspertów z WHO. Podniesienie poziomu komunikacji dot. profilaktyki skojarzonej (połączenie działań z pakietem roboczym 5 dot. testowania), jak również powiadomienia partnera. Bliska współpraca z WHO w celu zapewnienia synergii ze strategią WHO.
- 8) Budowanie kompetencji – FVM (Włochy), NAC (Polska) – kwestionariusz dotyczący potrzeb szkoleniowych – tak jak pakiet roboczy 4 jest pakietem przekrojowym projektu – identyfikacja potrzeb szkoleniowych – trzy warsztaty regionalne (Polska, Włochy oraz Estonia w połączeniu z konferencją HepHIV podczas prezydencji tego kraju).

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

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

W ramach pakietów WP5 i WP6, Krajowe Centrum ds. AIDS, wspólnie z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – PZH i organizacjami pozarządowymi uczestniczy w działaniach pilotażowych, wspierających zintegrowane podejście i wczesną diagnostykę HIV, WZW, gruźlicy i zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz wzrost wykorzystania narzędzi służących testowaniu, a następnie utrzymaniu pacjenta w leczeniu przez placówki świadczące usługi medyczne.

Zakres prowadzonych działań obejmuje:

- diagnostykę/testy w kierunku HIV, kiły i WZW C w populacji osób o zwiększonym ryzyku zakażenia, analizę wskaźników monitorowania i możliwości dostosowania ich do istniejących narzędzi gromadzenia danych,
- ocenę możliwości i barier integracji danych na temat testowania pochodzących z różnych źródeł, m.in. z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych z krajowym i europejskim systemem nadzoru nad chorobami zakaźnymi,

- analizę prawną dotyczącą zintegrowanego testowania w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową m.in. WZW C i kiły, w Polsce.

W ramach pakietu WP8, zrealizowano trzy międzynarodowe spotkania z udziałem partnerów programu INTEGRATE oraz narodowych ekspertów zdrowia: w Polsce, we Włoszech i w Estonii (spotkanie wirtualne ze względu na pandemię COVID-19). Pierwsze z nich: *Testing in Community and in Healthcare Settings. Understanding needs and barriers for testing and linkage to care for people living with HIV, hepatitis and/or TB*, odbyło się w Warszawie w dniach 17-18 czerwca 2019 r. i dotyczyło możliwości integrowania diagnostyki w kierunku HIV, WZW i gruźlicy w Europie, w tym w Polsce. Omawiano bariery prawne, finansowe i organizacyjne z tym związane. Odwoływano się m.in. do regulacji międzynarodowych w tym Deklaracji Dublińskiej oraz najnowszych wytycznych Unii Europejskiej (Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, ECDC).

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

Trzecie z zaplanowanych spotkań partnerów projektu INTEGRATE odbyło się w trybie wirtualnym w dniach 26-27 maja 2020 r. Omawiano na nim rezultaty działań pilotażowych, przeprowadzonych w wybranych państwach w następujących obszarach:

- zintegrowane testowanie w kierunku HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) na poziomie społeczności lokalnych i w grupach o zwiększonym ryzyku zakażeń;
- zintegrowane testowanie w placówkach ochrony zdrowia;
- testowanie pacjentów w kierunku HIV na podstawie występowania chorób współistniejących;
- samodzielne wykonywanie testu oraz samodzielne pobieranie materiału do badania;
- informowanie partnera seksualnego o możliwości zakażenia HIV;
- wykorzystanie nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych do przeciwdziałania HIV i STIs;
- monitoring zakażeń;
- poprawa jakości życia osób zakażonych HIV i STIs.

Rezultaty działań, w ramach poszczególnych pakietów roboczych INTEGRATE, zostały przełożone na narzędzia służące budowaniu wiedzy i skutecznej walce z HIV/AIDS i STIs na poziomie poszczególnych państw biorących udział w projekcie.

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

Warunkiem uczestnictwa w programie Joint Action było posiadanie środków finansowych, tzw. wkładu własnego. Państwa UE, w których dochód na głowę mieszkańca wynosi poniżej 90% średniej unijnej (np. Polska) mają prawo do dofinansowania działań z Komisji Europejskiej w wysokości do 80% (kryterium: *exceptional utility*).

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

Ze względu na trwającą pandemię COVID-19, decyzją Komisji Europejskiej i Koordynatora INTEGRATE, działania w ramach projektu przedłużono do dnia 31 maja 2021 r.

Sprawozdawczość międzynarodowa oraz współpraca z UNAIDS, ECDC, WHO



Eksperci Krajowego Centrum ds. AIDS uczestniczą w pracach łączonych grup eksperckich zajmujących się HIV oraz infekcjami powiązanych z HIV, w tym gruźlicą, działających przy Biurze Regionalnym WHO na Europę oraz przy Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Krajowe Centrum ds. AIDS za pośrednictwem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny, przekazuje do ECDC

dane dotyczące sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce w ramach monitoringu wdrażania postanowień Deklaracji Dublińskiej (*Dublin Declaration on HIV/AIDS*).

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

Wizyty studyjne

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

Inne działania

Eksperci Krajowego Centrum ds. AIDS przy współudziale organizacji pozarządowych, uczestniczą w procesie budowania wiedzy na temat walki z HIV/AIDS i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (STIs) w Polsce wśród studentów uczestniczących w międzynarodowych/europejskich programach zdrowia publicznego. W lutym 2020 w siedzibie Fundacji Edukacji Społecznej w ten sposób zostało przeszkolonych ok. 30 przyszłych specjalistów z obszaru zdrowia publicznego z Danii.

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 2020 r. została przeprowadzona analiza statystyczna ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno–diagnostycznych zarówno przez doradców, jak i klientów. Zadanie zrealizowane zostało przez firmę EU-CONSULT Sp. z o.o.

Łącznie do PKD zgłosiło się 42 154 osób, jednak nie wszyscy zgodzili się na wypełnienie formularza otrzymanego podczas wizyty. Do realizacji zamówienia wykorzystano bazę danych za rok 2019, która zawierała 37 311 wypełnionych ankiet.

Osoby odwiedzające PKD w celu wykonania testu na HIV w trakcie rozmowy z doradcą były proszone o udzielenie odpowiedzi na pytania anonimowej ankiety. Szczegółowej analizie zostały poddane następujące populacje klientów PKD:

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

Ogólna charakterystyka odwiedzających PKD

Punkty konsultacyjno-diagnostyczne notujące wizyty największej liczby klientów w 2019 r. to PKD Warszawa ul. Chmielna (28,61%), PKD Warszawa al. Jana Pawła II (11,42%), PKD Kraków (6,19%), PKD Wrocław ul. Podwale 7 (5,58%) oraz PKD Poznań II (5,30%).

Mężczyźni stanowili większość (64,29%) klientów odwiedzających punkty konsultacyjno-diagnostyczne, zaś kobiety stanowiły 35,71%. Blisko połowa klientów znajdowała się między

20. a 29. rokiem życia (48,58%). Klientami PKD były przede wszystkim (niezależnie od płci) osoby narodowości polskiej (96,51%), pochodzące najczęściej z obszarów miejskich (97,09%).

Mężczyźni, znacznie częściej niż kobiety, zadeklarowali podejmowanie kontaktów seksualnych z osobami tej samej płci, bowiem 53,5% mężczyzn deklaroowało orientację heteroseksualną, w stosunku do 92,35% w przypadku kobiet. Bez względu na płeć ok. 42% odwiedzających klientów PKD współżyło z partnerem mającym wielu partnerów seksualnych.

Osoby odwiedzające PKD w 2019 r. najczęściej wskazywały, że w ciągu całego życia posiadały od 2 do 5 partnerów seksualnych. Mężczyźni deklarowali posiadanie większej liczby partnerów seksualnych w ciągu całego życia. W ciągu roku poprzedzającego badanie 87,42% klientów PKD posiadało partnerów stałych.

Podczas stosunków waginalnych 28,53% ogółu klientów nigdy nie używało prezerwatyw. Stosowanie prezerwatyw podczas stosunków analnych deklaroowało ok. 30% ogółu klientów PKD. Stosunki seksualne pod wpływem alkoholu wskazało 17,78% wszystkich klientów, natomiast wśród osób deklaruujących iniekcje, osoby uprawiające seks pod wpływem narkotyków stanowiły 30,96%. Odsetek osób odwiedzających PKD, przyjmujących środki psychoaktywne drogą iniekcji wynosił 1,17%, przy czym mężczyźni stanowili 65,83% z nich. W grupie IDU blisko co trzecia osoba (29,36%) używała wspólnych igieł i strzykawek.

Biorąc pod uwagę rodzaj przyjmowanej substancji wśród klientów PKD przyjmujących narkotyki inne niż przyjmowane drogą iniekcji, można wnioskować, że marihuana/haszysz był najpopularniejszym narkotykiem wśród badanej populacji (73%), a na kolejnych miejscach znalazła się amfetamina (29%) i kokaina (24%). Powyższe substancje rzutowały na formy ich przyjmowania - do najczęstszych należało palenie (68%) oraz wciąganie (43%).

Niespełna połowa klientów PKD nie wykonała nigdy wcześniej testów w kierunku HIV (46,48%). Test został wykonany najczęściej tylko raz (42,54%). Kobiety zazwyczaj wykonywały mniej testów od mężczyzn. Zdecydowana większość testów HIV przeprowadzonych w przeszłości okazała się negatywna. Najczęstszym miejscem wykonywania testu po oknie serologicznym był punkt konsultacyjno-diagnostyczny, rzadziej prywatne laboratorium lub szpital i przychodnia mająca kontrakt z NFZ.

Większość odwiedzających PKD przyznała, że do wykonania szybkiego testu przesiewowego pobrano krew pełną (61,59%), a częściej niż u co trzeciej osoby pobrano krew z palca (38,39%). Powodem wykonania takiego testu według deklaracji klientów PKD były ryzykowne kontakty seksualne (72,42%). Również według doradców PKD najczęstszym powodem wykonania testów były kontakty seksualne (69,02%) oraz kontakty homoseksualne (21,67%).

Mężczyźni deklaruujący kontakty seksualne z mężczyznami (MSM)

Mężczyźni zaliczani do populacji MSM stanowią 30,48% ogółu klientów PKD. Odsetek ten jest wyższy w porównaniu do 2018 roku o ok. 4 punkty procentowe. Najwięcej mężczyzn w grupie MSM było w wieku 20-29 lat (52,77%). Mężczyźni ci przede wszystkim podejmują kontakty analne i oralne – częstość podejmowania tego typu stosunków jest większa, niż w przypadku ogółu mężczyzn oraz ogółu klientów PKD.

Partnerami seksualnymi tych mężczyzn były przede wszystkim osoby homoseksualne (83,99%) oraz utrzymujące kontakty seksualne z wieloma partnerami (43,78%). Mężczyźni (z populacji MSM) deklarowali posiadanie większej liczby partnerów seksualnych w ciągu całego życia, niż ogół mężczyzn oraz ogół klientów PKD.

Osoby te najczęściej deklarowały wykonywanie testu w przeszłości od 2 do 3 razy, wraz z wiekiem rośnie częstotliwość wykonywania testów na HIV. Podobnie jak w przypadku ogółu

klientów PKD głównym powodem wykonania testów wśród MSM było podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych.

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

Wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne drogą iniekcji można zaobserwować, że częściej to mężczyźni przyjmowali narkotyki w iniekcjach.

Osoby te to przede wszystkim osoby o orientacji heteroseksualnej. Znajduje to odzwierciedlenie w rodzajach podejmowanych przez tę grupę stosunków seksualnych – przede wszystkim są to stosunki waginalne (69,27%). Osoby te deklarowały większą liczbę partnerów seksualnych zarówno w ciągu trwania życia, jak i w roku poprzedzającym wizytę w PKD, niż ogół klientów PKD – dotyczy to zarówno partnerów stałych, jak i przygodnych.

Osoby przyjmujące substancje psychoaktywne drogą iniekcji częściej niż pozostali klienci PKD wykonywali w przeszłości test na HIV, najczęściej deklarowały wykonanie testu w przeszłości jednokrotnie. Podobnie jak w przypadku ogółu klientów PKD, powodem wykonania testów były ryzykowne kontakty seksualne.

W tej grupie mężczyźni nieco częściej niż kobiety podejmowali kontakty seksualne pod wpływem narkotyków stosowanych w innej formie niż iniekcje. Wśród użytkowników iniekcyjnych obserwowana jest większa częstotliwość zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową – wśród ogółu klientów PKD wartość ta wynosiła 8,94%, zaś w grupie IDU – 13,30%.

Osoby deklarujące podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem środków psychoaktywnych

Osoby deklarujące podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem środków psychoaktywnych stanowią 1,63% wszystkich klientów PKD. Klienci PKD przyjmujący substancje psychoaktywne to przede wszystkim osoby w wieku od 20 do 29 lat.

Klienci PKD podejmujący kontakty seksualne pod wpływem środków odurzających częściej aniżeli ogół klientów PKD deklarowali orientację homoseksualną oraz biseksualną, zaś najczęstszą formą były stosunki oralne.

Osoby podejmujące stosunki seksualne pod wpływem narkotyków znacznie częściej niż ogół klientów PKD deklarowały posiadanie partnerów będących obcokrajowcami, partnerów biseksualnych, a także partnerów mających wielu partnerów seksualnych. Najczęściej jednak wskazywano partnerów heteroseksualnych – odnosi się to zarówno do ogółu klientów PKD, jak i do osób podejmujących kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych. Osoby w tej grupie posiadały w ciągu całego życia przeważnie więcej partnerów seksualnych niż ogół klientów PKD. Ponadto osoby zażywające środki psychoaktywne również częściej niż ogół klientów PKD deklarowały posiadanie przygodnego partnera w ciągu roku poprzedzającego wizytę w PKD.

Nieco ponad połowa (51,97%) spośród osób deklarujących podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem środków psychoaktywnych wykonywała w przeszłości testy na HIV.

Wśród opisywanej populacji obserwowany jest znacznie wyższy odsetek osób, które podejmują kontakty seksualne pod wpływem alkoholu. Wśród osób deklarujących podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem substancji psychoaktywnych zauważa się prawie dwukrotnie wyższy odsetek zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową niż wśród ogółu klientów PKD.

Osoby w wieku poniżej 18 roku życia (niepełnoletnie)

Osoby w wieku poniżej 18. roku życia stanowiły znikomy odsetek osób, które odwiedziły PKD w 2019 roku. Osoby nieletnie zadeklarowały, że w ich życiu występowały sytuacje sprzyjające

zakażeniu. Wskazywano przede wszystkim na podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych (52%) oraz kontakt z krwią (21,33%). Osoby nieletnie określały swoją orientację przede wszystkim jako heteroseksualną.

Osoby nieletnie podejmowały przede wszystkim kontakty seksualne waginalne oraz oralne. Aż 93,62% osób z tej grupy zadeklarowało niestosowanie prezerwatyw podczas stosunków oralnych, zaś 39,22% wskazało, że nie stosuje prezerwatyw w trakcie kontaktów waginalnych. Młodzi wskazywali, że ich partnerzy seksualni to przede wszystkim osoby heteroseksualne oraz osoby posiadające wielu partnerów. Osoby nieletnie rzadziej niż ogół klientów PKD wykonywały w przeszłości test na HIV.

Analizując ryzykowne sytuacje, jakie zadeklarowały osoby poniżej 18 r.ż., należy wskazać na podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem substancji psychoaktywnych (zarówno w iniekcjach – 57,14%, jak i w innych formach – 40%) oraz na stosowanie wspólnych igieł i strzykawek (42,86%).

Osoby w wieku 18-25 lat

Osoby w wieku 18-25 lat, podobnie jak ogół badanej populacji, zamieszkują głównie w miastach oraz posiadają narodowość polską. Skontaktowali się oni z PKD w celu wykonania testu w okresie 3-12 miesięcy od wystąpienia ryzykownej sytuacji sprzyjającej zakażeniu wirusem. Grupa ta najczęściej deklaruje stosunki oralne oraz waginalne.

Osoby należące do grupy wiekowej 18-25 lat deklarowały, że w ciągu życia miały najczęściej 2-5 partnerów seksualnych – częstość wskazywania tej odpowiedzi była wyższa w przypadku kobiet, niż mężczyzn. Mężczyźni wskazywali średnio większą liczbę partnerów niż kobiety. Dodatkowo kobiety częściej deklarowały posiadanie partnerów stałych niż mężczyźni. W tej grupie wiekowej dominowali partnerzy seksualni o orientacji heteroseksualnej, posiadający wielu partnerów seksualnych oraz osoby z HIV.

Osobom w wieku 18-25 lat zdarzały się ryzykowne kontakty sprzyjające zakażeniu. Najczęściej wskazywanymi powodami odwiedzenia PKD były ryzykowne kontakty seksualne, ciekawość, rutynowe badania oraz kontakt z krwią. Wśród osób w wieku 18-25 lat tylko 34,34% wykonywało w przeszłości test w kierunku HIV.

Osoby w wieku 50+

Podobnie jak w całej populacji PKD, w grupie osób 50+ większy udział stanowią mężczyźni. Osoby w wieku powyżej 50 lat najczęściej deklarują podejmowanie stosunków waginalnych oraz oralnych (zarówno aktywnych, jak i pasywnych). Osoby w wieku 50+ zdecydowanie rzadziej niż ogół klientów PKD deklarują używanie prezerwatyw, zwłaszcza podczas stosunków waginalnych. Większość deklarowała posiadanie w ciągu życia partnera seksualnego o orientacji heteroseksualnej. Blisko 40% klientów PKD wskazało również, że utrzymywało kontakty z osobami z populacji HIV+. 41,12% osób 50+ zadeklarowało wykonywanie w przeszłości testu na HIV. Zazwyczaj deklarowano wykonanie w przeszłości jednego testu. Jako powód wykonywania testów najczęściej wskazywano podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych.

Kobiety w ciąży

Kobiety w ciąży stanowiły 3,39% ogółu klientów zgłaszających się do PKD. Kobiety deklarujące stosowanie narkotyków (IDU) stanowiły 0,4% wszystkich kobiet w ciąży, natomiast przyjmowanie narkotyków (niestosowanych w iniekcjach) wskazało 4,35% wszystkich kobiet w ciąży.

Prawie wszystkie kobiety w ciąży były orientacji heteroseksualnej, natomiast kobiety w ciąży o orientacji biseksualnej stanowiły 4,30%. Wszystkie kobiety w ciąży podejmowały stosunki waginalne, a 78,35% z nich nigdy nie używało w tym celu prezerwatyw. Partnerami seksualnymi kobiet w ciąży byli w większości partnerzy heteroseksualni (92,78%).

Kobiety w ciąży deklarowały posiadanie partnera stałego (98,47%) – był to zazwyczaj 1 partner seksualny w roku poprzedzającym wizytę w PKD (98,20%).

Ponad połowa kobiet w ciąży (51,15%) wykonywała test HIV w przeszłości – najczęściej 1 raz (35,49%), rzadziej od 2 do 3 testów (13,52%). Najczęstszym powodem wykonania testu przez kobiety w ciąży była ciąża, natomiast drugim wskazywanym powodem były ryzykowne kontakty seksualne.

Seks pod wpływem alkoholu podejmowało 3,24% kobiet w ciąży, a seks pod wpływem narkotyków (niestosowanych w iniekcjach) – 1,43%.

Populacja HIV +

Osoby, które otrzymały dodatni wynik testu (dalej: osoby HIV+) stanowiły 1,63% wszystkich klientów PKD w 2019 roku. Wśród tych osób znaczny odsetek stanowią mężczyźni - 85,86%, natomiast kobiety – 14,14%. Blisko 40% osób HIV+ należy do grupy wiekowej od 20 do 29 r.ż. Osoby HIV+ częściej niż ogół klientów PKD przyjmowały substancje drogą iniekcji oraz substancje psychoaktywne (nie w iniekcjach).

W grupie HIV+ dostrzega się wyższy udział osób o orientacji homoseksualnej w porównaniu do ogółu klientów PKD. Przeciwnie do ogółu klientów PKD, osoby HIV+ najrzadziej deklarowały podejmowanie stosunków waginalnych, z kolei najczęściej – stosunków oralnych. Osoby HIV+ dwukrotnie częściej niż ogół klientów, podejmowały kontakty waginalne oraz analne przy użyciu prezerwatyw.

Niemal 60% osób HIV+ podejmowało kontakty seksualne z partnerami homoseksualnymi. Osoby w tej grupie często podejmowały kontakty seksualne z partnerami heteroseksualnymi (42,7%), a także z partnerami mającymi wielu partnerów seksualnych (42,1%). Osoby HIV+ częściej niż osoby HIV- deklarowały posiadanie powyżej 5 partnerów.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza pozwoliła na obserwację szeregu zjawisk, które wpływają na zakażenie HIV. Tak jak w poprzednich latach, większą część ogółu klientów PKD stanowią mężczyźni. Osoby odwiedzające PKD są najczęściej w wieku 20-29 lat, pochodzą z terenów miejskich i są narodowości polskiej. Występuje znaczna dysproporcja pomiędzy deklarowaną orientacją seksualną, bowiem odnotowano zdecydowanie wyższy odsetek mężczyzn podejmujących kontakty seksualne z partnerami tej samej płci aniżeli w przypadku kobiet. Przeprowadzone analizy dowiodły, że mężczyźni deklarujący kontakty seksualne z mężczyznami są grupą bardziej narażoną na zakażenie HIV niż mężczyźni deklarujący kontakty seksualne tylko z kobietami.

Wśród osób deklarujących przyjmowanie środków psychoaktywnych drogą iniekcji (grupa IDU) częściej niż w ogóle klientów towarzyszy podejmowanie kontaktów seksualnych bez stosowania zabezpieczeń. Z kolei w grupie MSM obserwowano częstsze podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem narkotyków stosowanych w iniekcjach, a także w innej formie niż iniekcje. Osoby podejmujące kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych często używają wspólnych igieł i strzykawek, a liczba partnerów seksualnych bywa wyższa w porównaniu do ogółu klientów PKD. Przekłada się to na wyższy odsetek pozytywnych testów na HIV. Dlatego należy podjąć wszelkie kroki w celu uświadomienia tych osób zagrożeniom

związanymi ze stosowaniem wspólnego sprzętu oraz uwrażliwić ich na konieczność stosowania prezerwatyw.

Mimo, że osoby niepełnoletnie stanowiły niewielki odsetek ogółu klientów to nie oznacza, że nie podejmują one ryzykowanych kontaktów seksualnych. W związku z tym ważne jest budowanie świadomości na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym HIV. Obecnie wykonanie testu osobie do 16. roku życia odbywa się za zgodą rodziców lub opiekunów prawnych. Między 16. a 18. rokiem życia zgodę wyrażają zarówno badana osoba, jak i rodzice lub opiekunowie prawni. W obydwu przypadkach, dorośli powinni zgłosić się do PKD razem z osobą niepełnoletnią. Dopiero po ukończeniu 18. roku życia można wykonać test samodzielnie. W związku z tym wielu młodych ludzi nie odwiedza PKD.

Niewątpliwie istotną kwestią jest podejmowanie działań edukacyjno-informacyjnych skierowanych zwłaszcza do najliczniejszej grupy osób do 30. roku życia, ponieważ wśród niej występuje wysoki odsetek osób podejmujących ryzykowne kontakty seksualne, w tym kontakty homoseksualne, stosunki pod wpływem alkoholu bądź substancji odurzających.

Profilaktyka przedekspozycyjna zakażenia HIV, czyli stosowanie leków antyretrowirusowych u osób niezakażonych HIV w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia, może okazać się ważnym czynnikiem, ponieważ w 2019 r. co jedenasta osoba deklarująca kontakty seksualne z osobą HIV+ nie stosowała prezerwatywy podczas stosunków waginalnych, natomiast korzystanie z PrEP wskazało 4,46% osób współżyjących z partnerem HIV+.

Diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs). Zachowania seksualne, 2020 r.

Zadanie zrealizowane zostało przez firmę przez ARC Rynek i Opinia na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS. W badaniu wzięły udział osoby dorosłe zamieszkujące terytorium Polski, w wieku 18-65 lat. Na etapie analiz poza cechami takimi jak płeć, wiek wzięty został pod uwagę rodzaj wykształcenia oraz wielkość miejscowości zamieszkania. Badanie zostało przeprowadzone metodą CAWI (ang. Computer-Assisted Web Interviewing – wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony WWW), czyli wywiadów w formie ankiety elektronicznej wypełnianej przez respondentów internetowo. Zrealizowano 1000 wywiadów.

Podstawowymi celami badania było dokonanie diagnozy stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs), w tym sposobów zakażenia oraz testowania w kierunku tych chorób, zbadanie postaw względem osób zakażonych HIV. Kluczowe wnioski z badania przedstawiono w obszarze trzech problemów badawczych.

Poziom stanu wiedzy Polaków na temat sposobów zakażenia HIV i STIs oraz wiedzy w zakresie testowania w kierunku HIV/AIDS i STIs (kognitywny element postawy).

1. Pojęcia takie jak HIV, AIDS oraz choroby przenoszone drogą płciową są powszechnie znane Polakom. Prawie wszyscy badani słyszeli o HIV, AIDS oraz chorobach przenoszonych drogą płciową. Większość z nich deklaruje również, że wie, co kryje się pod tymi nazwami (po 89% wskazań dla HIV i AIDS oraz 84% wskazań dla innych STIs).
2. Ponad 2/3 badanych deklaruje, że podejmuje świadome działania w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia HIV lub twierdzi, że podejmowane przez nich działania lub czynności nie niosą za sobą ryzyka zakażenia.
3. Mimo że respondenci rozpoznają możliwe drogi, jakimi może dojść do zakażenia HIV, to wiedza ta dalej nie jest wystarczająca. Nieco ponad 40% badanych wskazało na możliwość zakażenia w trakcie porodu, karmienia piersią lub ciąży. W przypadku kilku wymienionych w pytaniu potencjalnych dróg zakażenia respondenci nie są jednomyślni (np. w stosunku

do zabiegu w szpitalu). Podanie ręki lub pocałunek w policzek osoby zakażonej stanowi zagrożenie według 10% badanych. Zachowania ryzykowne oraz materiał zakaźny (wydzieliny oraz płyny ustrojowe) w odniesieniu do HIV są przeważnie trafnie rozpoznawane i wskazywane.

4. Co trzeci badany uważa, że ryzyko zakażenia dotyczy każdego. Jednak większość osób dystansuje się od problemu, twierdząc, że nie byli nigdy narażeni na zakażenie HIV, a 60% osób, które nigdy nie wykonały testu na HIV uzasadnia to tym, że problem ten ich nie dotyczy.

5. Testy w kierunku HIV przynajmniej raz w życiu wykonała co piąta badana osoba. Choć 82% respondentów wie, że w celu wykrycia wirusa należy przeprowadzić badanie krwi w kierunku zakażenia HIV, to pozostała wiedza dotycząca testowania wypada różnie. Badani nie są pewni, od jakiego wieku można wykonać samodzielnie taki test ani ile czasu powinno minąć od zakażenia, aby otrzymany wynik mógł zostać uznany za wiarygodny. Nieco ponad połowa utrzymuje, że wie, gdzie powinna się udać osoba, która chciałaby wykonać test w kierunku HIV.

Identyfikacja innych potencjalnie ryzykownych zachowań, związanych z HIV/AIDS oraz STIs (behavioralny element postawy)

1. Zdecydowana większość badanych ma orientację heteroseksualną, co dodatkowo potwierdzają wyniki pytania o utrzymywanie kontaktów seksualnych z osobami tej samej płci.

2. Deklaratywnie badane osoby są aktywne seksualnie w różnym stopniu (zazwyczaj nie rzadziej niż kilka razy w miesiącu), a w większości współżyli z jednym partnerem lub partnerką. Zjawiska takie jak: częste zmiany partnerów, seks z osobą, z którą nie tworzy się stałego związku czy wyjazdy turystyczne, których głównym celem jest aktywność seksualna nie należą do powszechnych. Podobnie znikomy odsetek badanych deklaruje podejmowanie współżycia w celu uzyskania korzyści materialnych lub utrzymywania kontaktów seksualnych z takimi osobami. Częstsze natomiast są takie zachowania, jak: podejmowanie stosunków seksualnych z osobami, o których zdrowiu seksualnym nie ma się informacji (jednocześnie bez użycia prezerwatywy), zdrady czy seks pod wpływem alkoholu bądź innych środków psychoaktywnych.

3. Niski jest odsetek osób korzystających z nieprofesjonalnych salonów tatuażu i piercingu. W porównaniu do tych grup liczna z kolei jest grupa osób, które nadużywały alkoholu w taki sposób, że doprowadziło to do utraty świadomości (nieco ponad 1/3 badanych).

4. Większość Polaków (nieco ponad 2/3) można zaliczyć do populacji o niskim ryzyku narażenia na zakażenie wirusami HIV i STIs (jeden na ośmiu badanych podejmuje ryzykowne zachowania).

5. Nie wszyscy podejmują rozmowy z partnerami na temat swojej przeszłości seksualnej (robi to 57%), a wśród osób, które to robią, główną motywacją jest ciekawość i chęć porównania doświadczeń, a nie upewnienie się czy partner jest zdrowy – opiera się to najczęściej na zaufaniu (ale pewną rolę ma również krępujący charakter pytania o przeszłość seksualną partnera). Przy tym, jeśli już to pytanie o doświadczenia i zdrowie seksualne padło, nie spotykało się ono zwykle z negatywną reakcją partnerów/partnerek.

6. Poziom ryzyka, określony na podstawie liczby i częstości podejmowanych zachowań, znajduje potwierdzenie w subiektywnym poczuciu zagrożenia zakażeniem HIV – 2/3 badanych określa to ryzyko jako niskie albo bardzo niskie, a 1/10 jako wysokie bądź bardzo wysokie. Przy niskim odsetku osób, które odnoszą ryzyko zakażenia do siebie nie dziwi zatem, że jedynie 16% badanych wykonało kiedykolwiek test na obecność STIs, a 1/5 w kierunku zakażenia wirusem HIV. Warto przy tym zwrócić uwagę, że na decyzję o wykonaniu testu w kierunku HIV najczęściej wpływały czynniki zewnętrzne (pobył w szpitalu, test w stacji krwiodawstwa, ciąża – 36% kobiet będących w ciąży wykonało taki test) niż świadomość podjęcia zachowań ryzykownych.

Stosunek do osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS (afektywny element postawy)

1. Nieznaczna grupa badanych (mniej niż 1/20) zadeklarowała, że zna osobiście osobę zakażoną HIV/chorą na AIDS. Znaczny odsetek osób, stwierdził, że nie są pewne czy znają taką osobę, czy też nie.
2. Osoby zakażone HIV/chore na AIDS są akceptowane przez większość społeczeństwa – nie budzą oporu kontakty z takimi osobami na gruncie towarzyskim. Przy każdej przytoczonej sytuacji kontaktów za każdym razem ok. $\frac{3}{4}$ badanych i więcej wskazywało, że nie miałyby nic przeciwko kontaktom z osobą zakażoną HIV/AIDS. Wyjątkiem jest sytuacja, w której z osobą zakażoną HIV miałyby uczyć się w szkole dziecko badanych – taka sytuacja budzi opór około 1/3 badanych.
3. O ile kontakty na poziomie towarzyskim czy życia codziennego z osobą zakażoną HIV/chorą na AIDS nie budzą zazwyczaj większego sprzeciwu, to zmienia się to w sytuacji, gdy mówimy o wejściu w bliższą relację z taką osobą. 4/5 osób nie dopuściłoby do sytuacji, aby taka osoba była ich partnerem życiowym, a nieco mniejszy, choć zbliżony odsetek, zaakceptowałby ją jako partnera/partnerkę dziecka.
4. Powyższe wnioski potwierdza deklaracja o gotowości utrzymywania kontaktów towarzyskich ze znajomym, który zakaził się HIV – deklaruje to ok. $\frac{3}{4}$ badanych (im młodsza osoba, tym ta otwartość jest większa).
5. Czynniki, które mogłyby wpływać pozytywnie na zmianę nastawienia do osób zakażonych HIV/chorych na AIDS są przekazy ekspertów oraz (w nieco mniejszym stopniu) samych zakażonych, przedstawione w możliwie neutralny sposób, bez nadmiernego szokowania odbiorcy.
6. Czynnikiem wpływającym na niepodejmowanie zachowań ryzykownych, zwłaszcza wśród osób w grupie niskiego ryzyka, jest przede wszystkim stosunek do religii i jej praktykowanie.

Monitoring prasy

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

W 2020 r. na łamach prasy i w internecie 36 130 razy poruszano tematykę HIV/AIDS, innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz zakażeń związanych z wirusowym zapaleniem wątroby. Monitoringiem objęte były 803 tytuły prasowe. HIV/AIDS dotyczyło 198 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 poprzedni rok, jak również Harmonogramy na kolejny rok.

Wejście do systemu jest możliwe bezpośrednio ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS: www.aids.gov.pl. Dostęp do danego konta ma tylko jeden użytkownik reprezentujący dany podmiot sprawozdający (po uzyskaniu od administratora loginu i hasła) oraz administrator

systemu. Sprawozdanie (wydruk z EBM z działalności wszystkich podmiotów) jest udostępniane na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS.

Monitorowanie gospodarki lekowej

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

Głównym celem powstania bazy jest bieżące monitorowanie gospodarki lekami ARV, testami i szczepionkami poprzez analizę, bieżącą kontrolę, nadzór nad rozliczaniem ilościowym i wartościowym leków ARV, testów diagnostycznych i szczepionek przez ośrodki prowadzące terapię ARV w ramach realizacji Programu oraz zebranie podstawowych danych statystycznych na temat leczenia, analiz merytorycznych i finansowych.

IBL składa się z trzech podstawowych paneli przeznaczonych dla różnych grup użytkowników: administratora, lekarza/pracownika medycznego - przedstawiciela realizatora Programu oraz pracowników działu medycznego Krajowego Centrum ds. AIDS. W swoich założeniach pozwala na nadzorowanie każdego etapu procesu, od podpisania umowy przez Centrum z dystrybutorem leków lub testów, poprzez magazynowanie i dystrybucję do poszczególnych ośrodków leczących, aż do przepisania ich pacjentowi.

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

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

Tabela 14. Środki finansowe wydatkowane w 2020 r.

85152 - zadania bieżące (utrzymanie i funkcjonowanie biura)	3 179 585,37 zł
85152 – zadania zlecane	2 995 659,55 zł
Projekt INTEGRATE (współfinansowanie i finansowanie)	104 019,00 zł
85149 – Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce	347 995 898,92 zł

Opracowanie: Krajowe Centrum ds. AIDS

Działalność Krajowego Centrum ds. AIDS w 2020 r. finansowana była z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS (finansowanie dotyczy utrzymania biura oraz realizację zadań zleczanych z zakresu zapobiegania oraz zwalczania AIDS) oraz z części 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85149 – Programy polityki zdrowotnej (finansowanie dotyczy zakupu leków antyretrowirusowych, monitorowania i koordynacji ich wykorzystania w ośrodkach leczniczych na terenie kraju oraz prowadzenia informatycznej bazy danych).

Wydatkowanie środków następuje zgodnie z zasadami wykonywania budżetu: przepisy *ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity, Dz. U. z 2019 r. poz. 869)* oraz w zakresie i na zasadach określonych w *rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 7 grudnia 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia gospodarki finansowej jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych (tekst jednolity, Dz. U. z 2019 r. poz. 1718)*. Zadania zlecane realizowane były zgodnie z *ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843)*, a w przypadku przekazywania środków w formie dotacji, zgodnie z *ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 2365)*.

9. PODSUMOWANIE

Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2017–2021 zawiera zbiór zadań zaproponowanych do realizacji w okresie obowiązywania Harmonogramu. W 2020 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 ds. AIDS.

I obszar – zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa:

- Podejmowano działania służące wzrostowi poziomu wiedzy nt. HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (kampania).
- Przeprowadzono szkolenia skierowane do pracowników służb interwencyjnych.
- Opracowano, opublikowano i rozdystrybuowano materiały informacyjno-edukacyjne dostosowane do potrzeb indywidualnego odbiorcy.
- Zapewniono ofertę informacyjną dotyczącą tematyki HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową.

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

- Zadania z zakresu anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV połączonego z poradnictwem okołotestowym realizowało 29 punktów konsultacyjno-diagnostycznych.
- W minionych latach obserwowano tendencję wzrostową liczby klientów PKD. W roku 2017 (liczba klientów: 34 704, w tym liczba wykrytych zakażeń: 492), w 2018 r. (liczba klientów: 37 663, w tym liczba wykrytych zakażeń HIV: 404), w roku 2019 liczba klientów wyniosła 42 154, w tym liczba wykrytych zakażeń HIV – 536. W roku 2020 zaobserwowano wyraźny spadek liczby osób zgłaszających się do punktów anonimowego i bezpłatnego testowania (było to 23 276 osób, w tym 308 wykrytych zakażeń). Spowodowane jest to szczególną sytuacją epidemiczną związaną z pandemią COVID-19 i wprowadzonymi obostrzeniami, które skutkowały okresowym zamknięciem punktów, skróceniem czasu ich pracy, a także niechęcią i obawami ludzi do korzystania z nich w dobie pandemii.

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

- Realizowano program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”, którego celem jest zapewnienie jednolitego dostępu do terapii antyretrowirusowej dla wszystkich pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS w naszym kraju. Terapia 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. W 2020 r. liczba pacjentów wyniosła 13 475, w tym liczba dzieci – 94. 58 kobiet ciężarnych zostało objętych programem leczenia. Odbyło się 41 porodów.
- Programem objęto wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria formalno-medyczne.
- Wszystkie dzieci zakażone HIV lub chore na AIDS objęto leczeniem ARV, zgodnie z Programem.

- Profilaktyka zakażeń HIV obejmowała profilaktykę zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych, czyli matka – dziecko.
- 22 placówki oferowały leczenie ARV.

IV obszar – współpraca międzynarodowa:

- Krajowe Centrum ds. AIDS było zaangażowane w działania instytucji międzynarodowych zajmujących się tematyką HIV/AIDS.
- Krajowe Centrum ds. AIDS brało aktywny udział w projektach międzynarodowych z zakresu HIV/AIDS.
- Podczas realizacji programów międzynarodowych miała miejsce wymiana doświadczeń oraz najlepszych praktyk pomiędzy partnerami.
- Działania i doświadczenia Polski w kontekście HIV/AIDS stawiają nasz kraj na pozycji równorzędnego i znaczącego partnera na forum międzynarodowym.

V obszar – monitoring:

- Na system monitorowania realizacji Krajowego Programu składają się:
 - Elektroniczna Baza Monitoringowa - katalogowanie i przegląd zadań planowanych i realizowanych w ramach Krajowego Programu;
 - Elektroniczna baza monitorująca gospodarkę lekową w zakresie programu polityki zdrowotnej dot. leczenia ARV - 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 HIV oraz podjęcie 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.

WNIOSKI

Ogólne:

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

programu prowadzony przez podmioty lecznicze, wybrane jako realizatorzy Programu leczenia ARV.

6. Polska, dzięki swojej aktywności w zakresie HIV/AIDS, jest postrzegana na forum międzynarodowym jako równorzędny i znaczący partner. Działania i doświadczenia Polski w kontekście zapobiegania HIV/AIDS (m.in. działanie punktów konsultacyjno-diagnostycznych, leczenie ARV) stanowią podstawę do wymiany najlepszych praktyk z partnerami międzynarodowymi. Polska ma znaczący udział i wkład merytoryczny w projekty międzynarodowe. Wskazana jest stała wymiana doświadczeń oraz aktywny udział w projektach zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Współpraca międzynarodowa odbywa się na dwóch płaszczyznach: profilaktycznej i medycznej.
7. Niezbędne jest prowadzenie dalszych działań edukacyjnych mających na celu zwiększenie zaangażowania, w tym także pod względem finansowym, innych niż Ministerstwo Zdrowia realizatorów Programu.
8. Na realizację działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu należy patrzeć przez pryzmat specyfiki obszaru, jaki jest w tym programie podejmowany. Kwestie, które dotyczą zdrowia seksualnego człowieka, są kwestiami wrażliwymi. Podejmując działania służące dotarciu do poszczególnych grup społecznych (formy przekazu, kanały komunikacji), należy brać pod uwagę bariery mentalne i ideologiczne, jakie mogą się pojawiać w trakcie ich realizacji.

Epidemiologia:

1. Liczba nowo wykrytych zakażeń oraz koncentracja HIV w określonych populacjach może budzić zaniepokojenie. Zdecydowana większość zakażeń HIV odnotowywana jest wśród mężczyzn, szczególnie mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM).
2. Liczbę wykrywanych zakażeń należy łączyć z liczbą wykonanych testów. Im więcej wykonywanych testów, tym większe prawdopodobieństwo większej 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. W tym obszarze należy wzmocnić działania, nie tylko w kierunku zwiększania dostępności do punktów, lecz także podniesienia świadomości społeczeństwa na temat testowania się w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.
5. Liczba osób testujących się (poza systemem krwiodawstwa) pozostaje na niskim poziomie, co przekłada się na wciąż niezadowalający odsetek osób, które kiedykolwiek w życiu testowały się w kierunku HIV.
6. Analiza wyników uzyskanych z PKD pozwala na pogłębienie wiedzy nt. dróg zakażeń, a także charakterystyki osób i ich zachowań ryzykownych, co przekłada się na lepsze dostosowanie programów profilaktycznych.
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 pochodzących z NIZP-PZH zasadne jest usprawnienie systemu raportowania danych epidemiologicznych:
- istotne z tego punktu widzenia jest przestrzeganie przez lekarzy oraz kierowników laboratoriów obowiązków wynikających z art. 27 oraz art. 29 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tj. zgłaszanie zakażeń HIV i zachorowań na AIDS oraz dodatnich wyników badań w kierunku HIV,
 - rzetelne i dokładne wypełnianie obowiązujących formularzy zgłoszeń, szczególnie nt. informacji o drodze zakażenia.

Profilaktyka:

1. Zapobieganie zakażeniom wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa) powinna 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 liczbą nowych zakażeń. W konsekwencji większa liczba osób będzie wymagać leczenia antyretrowirusowego (ARV). W związku z powyższym wskazana jest kontynuacja podjętych działań z zakresu:
 - kampanii medialnych,
 - programów edukacyjnych skierowanych do populacji generalnej,
 - szkoleń skierowanych do wybranych grup zawodowych i społecznych,
 - działań, których odbiorcami będą różne grupy społeczne, uwzględniających specyficzne potrzeby każdej z nich,
 - działalności profilaktycznej, w tym kampanii, programów edukacyjnych, programów prowadzonych metodami aktywnymi, programów redukcji szkód skierowanych do kluczowych populacji szczególnie narażonych na zakażenie,
 - działalności punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania badania diagnostyczne wykrywające zakażenia HIV, prowadzących profesjonalne poradnictwo, zbierających dane epidemiologiczne o drogach szerzenia się zakażeń HIV w Polsce, na podstawie informacji uzyskanych od osób poddających się testowaniu.
3. Realizacja programów profilaktycznych, w szczególności działań informacyjno-edukacyjnych dla osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych napotyka w naszym kraju na szereg problemów natury mentalnej i ideologicznej. Pojawia się zatem dysonans pomiędzy wiedzą i kreatywnością ekspertów od profilaktyki zdrowotnej, a tym co jest akceptowane społecznie.
4. Profilaktyka i dążenie do zmiany postaw i zachowań ludzkich (w tym wobec HIV/AIDS) wymaga skutecznego przekazu. Wskazana jest dalsza diagnoza problemu (w celu skierowania działań prewencyjnych do konkretnych populacji), systematyczne prowadzenie badań behawioralnych i społecznych, które umożliwiłyby identyfikację zagrożeń i zjawisk, co pozwoliłoby na podjęcie adekwatnych działań w tym zakresie i odpowiednią reakcję na trendy.
5. Profilaktyka zakażeń przenoszonych drogą płciową stanowi kolejne wyzwanie. Jak wykazały badania, Polacy nie mają wystarczającej wiedzy w tym zakresie, nie znają dróg zakażenia, objawów poszczególnych chorób, nie wykonują badań w kierunku STIs, nie stosują technik zmniejszających ryzyko zakażeń.

6. Ważnymi partnerami Krajowego Programu są podmioty zobowiązane do realizacji zadań z zakresu HIV/AIDS *rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. Nr 44, poz. 227)*. Wskazana jest kontynuacja współpracy, wymiany doświadczeń między podmiotami realizującymi zadania z zakresu HIV/AIDS – poszerzenie oferty programowej w zakresie profilaktyki HIV/AIDS oraz wsparcia psychospołecznego.
7. Rekomendowane jest prowadzenie dalszych działań mających na celu aktywizowanie podmiotów włączonych w realizację Krajowego Programu – konieczność większego zaangażowania, także finansowego, innych realizatorów Krajowego Programu, poza Ministerstwem Zdrowia.
8. Zmniejszanie udziału wydatków na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Krajowego Programu wpływa negatywnie na długoterminową skuteczność i efektywność całego Programu. W dłuższej perspektywie czasowej może grozić marginalizowaniem działań profilaktycznych, które nie przynoszą skutku natychmiastowego, a których rezultaty są widoczne dopiero po pewnym czasie.

Leczenie ARV:

1. Wszyscy pacjenci zakażeni HIV i chorzy na AIDS wymagający objęcia leczeniem antyretrowirusowym ze wskazań klinicznych mieli zapewniony dostęp do ujednoliconego systemu opieki medycznej i nowoczesnej terapii HAART, a przede wszystkim stały dostęp do leków ARV (zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS).
2. Leczenie antyretrowirusowe jest również działaniem profilaktycznym, gdyż leki ARV powodują obniżenie poziomu wiremii HIV RNA, w związku z czym osoby objęte terapią są mniej zakaźne, co jest niezwykle istotne dla zdrowia całej populacji.
3. Pacjenci ze zdiagnozowanym zakażeniem HIV objęci terapią HAART posiadają wyższą świadomość i wiedzę o przebiegu zakażenia HIV.
4. Dzięki prowadzonej terapii antyretrowirusowej pacjenci rzadziej zapadają na zakażenia oportunistyczne, a co za tym idzie nie wymagają leczenia tych zakażeń i nie generują dodatkowych kosztów wynikających z ich hospitalizacji. Aktualnie leczeniem szpitalnym objętych jest okresowo tylko ok. 1% pacjentów, a leczeniem ambulatoryjnym ok. 99%.
5. Terapia HAART wpływa na systematyczną poprawę stanu klinicznego pacjentów, a także ich jakość życia. Wpływa również na wydłużenie życia pacjentów, być może nawet do późnej starości.
6. Prowadzenie profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV (podawanie leków antyretrowirusowych matce i noworodkowi) spowodowało spadek odsetka zakażeń w grupie noworodków z 23% przed rokiem 1989, do poniżej 1,0% zakażeń wśród noworodków objętych profilaktyką.
7. W Polsce dzięki zastosowaniu leków ARV w postępowaniu poekspozycyjnym pozazawodowym – wypadkowym od 2001 roku (początek Programu zdrowotnego) nie zarejestrowano żadnego przypadku zakażenia HIV w populacji osób objętych profilaktyką – podaniem leków antyretrowirusowych.
8. Leczenie antyretrowirusowe wpływa korzystnie na spadek śmiertelności i zapadalności na choroby oportunistyczne, w tym także na choroby nowotworowe.
9. Dzięki ogólnopolskiemu systemowi gospodarki lekowej nie doszło do przeterminowania żadnych leków antyretrowirusowych zakupionych w ramach Programu.

Finansowanie:

1. Dzięki odpowiedniemu poziomowi finansowania programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia

pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” (część 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85149 – Programy polityki zdrowotnej), pacjenci zakażeni HIV i chorzy na AIDS mają dostęp do najnowszych metod diagnostycznych oraz korzystają z bezpłatnej, wysokospecjalistycznej terapii ARV.

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

10. WYKAZ SKRÓTÓW

AIDS – zespół nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności
ARV – leczenie antyretrowirusowe
CZSW – Centralny Zarząd Służby Więziennej
DDM (dystans, dezynfekcja, maseczka)
ECDC – Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (w Sztokholmie)
ECOSOC – Rada Społeczno-Gospodarcza
HAART – skojarzone leczenie antyretrowirusowe, tzw. wysoce aktywna terapia ARV
HCV – wirus powodujący zapalenie wątroby typu C
HBV – wirus powodujący zapalenie wątroby typu B
HIV – ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności
IDU – populacja osób stosujących narkotyki drogą iniekcji
Komórki CD4 (limfocyty CD4) – rodzaj krwinek białych, posiadających na swej powierzchni receptor powierzchniowy CD4, pomagających zwalczać infekcje; HIV atakuje komórki CD4, powodując zaburzenia ich funkcji lub ich zniszczenie
MSM – populacja mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami
MZ – Ministerstwo Zdrowia
NDPHS – Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej
NGO – organizacje pozarządowe
NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych
PCB – Rada Koordynacyjna Programu UNAIDS
PEP – procedura postępowania poekspozycyjnego
PKD – punkty konsultacyjno-diagnostyczne
PrEP -
PSSE – powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne
PTN AIDS – Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS
STIs – zakażenia przenoszone drogą płciową
UE – Unia Europejska
UNAIDS – Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
WSSE – wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne