

MINISTER ZDROWIA
KRAJOWE CENTRUM DO SPRAW AIDS

Harmonogram realizacji
Krajowego Programu Zapobiegania
Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS
opracowany na lata 2017–2021



Warszawa 2017

Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2017–2021

*na podstawie § 4 ust. 6 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r.
w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS
(Dz. U. Nr 44, poz. 227)*

Egzemplarz bezpłatny.

*Wydanie zostało sfinansowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS
ze środków Ministerstwa Zdrowia*



Krajowe Centrum ds. AIDS

ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa

tel. 22 331-77-77,

fax: 22 331-77-76

Krajowe Centrum ds. AIDS wyraża zgodę na wykorzystanie niniejszej publikacji w granicach określonych przepisami prawa autorskiego, tj. przez przytoczenie treści w niej zawartych w niezmienionej postaci, podanie wydawcy i tytułu publikacji wraz z wyraźnym oznaczeniem Krajowego Centrum ds. AIDS jako „źródła” i odesłaniem do portalu www.aids.gov.pl, gdzie można znaleźć ww. publikację.

ISBN: 978-83-87068-58-5

© Copyright by Krajowe Centrum ds. AIDS

Druk, skład i łamanie: Zapol Sobczyk Sp. j., www.zapol.com.pl

SPIS TREŚCI

UZASADNIENIE	6
I. WPROWADZENIE	7
II. EPIDEMIOLOGIA HIV W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	9
III. EPIDEMIOLOGIA HIV NA ŚWIECIE	21
IV. MODEL PROGRAMU	24
V. DIAGNOZA SPOŁECZNA	28
VI. FINANSOWANIE	31
VII. MONITORING I EWALUACJA	44
HARMONOGRAM ZADAŃ - ZAŁĄCZNIK	51
ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW	76
CELE OGÓLNE I CELE SZCZEGÓŁOWE	80
NOTATKI	82

UZASADNIENIE

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. poz. 227) Koordynator Programu, tj. Krajowe Centrum ds. AIDS, jednostka podległa i nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, we współpracy z podmiotami obowiązany do realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, zwanego dalej „Programem”, opracowuje harmonogram realizacji Programu oraz przedkłada go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, który zgodnie z § 4 ust. 6 ww. rozporządzenia przedkłada harmonogram do zatwierdzenia Radzie Ministrów.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866), Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, programy zapobiegania i zwalczania określonych zakażeń lub chorób zakaźnych oraz lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych, wynikające z sytuacji epidemiologicznej kraju lub z konieczności dostosowania do programów międzynarodowych, mając na względzie ich skuteczne wykonywanie oraz zapewnienie objęcia ochroną zdrowotną osób, których szczególne narażenie na zakażenie wynika z sytuacji epidemiologicznej. Polityka państwa wobec epidemii HIV i AIDS została określona w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Realizacją Programu kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, a koordynatorem realizacji Programu jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Podmiotami obowiązany do realizacji Programu są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki. W realizacji zadań Programu uczestniczą wszystkie podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz edukacji publicznej. W realizacji zadań Programu mogą również uczestniczyć podmioty, które prowadzą działalność umożliwiającą podejmowanie zadań wynikających z harmonogramu realizacji Programu lub prowadzenia akcji wspierających jego realizację.

Program 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.

Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2017–2021 obejmuje wszystkie ww. obszary. Poniżej przedstawiono szczegółowe uzasadnienie merytoryczne dla planowanych działań, zgodnie ze strukturą:

- I. Wprowadzenie
- II. Epidemiologia HIV w Rzeczypospolitej Polskiej
- III. Epidemiologia HIV na świecie
- IV. Model programu
- V. Diagnoza społeczna
- VI. Finansowanie
- VII. Monitoring i ewaluacja

• • •

I. WPROWADZENIE

Polityka Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie walki z epidemią HIV/AIDS została określona w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Wieloletnie doświadczenia i obserwacje, wiedza w dziedzinie zakażeń HIV/AIDS, prognozy dotyczące rozprzestrzeniania się epidemii w naszym regionie oraz polityka międzynarodowa uzasadniają inicjatywy legislacyjne, a także podejmowanie działań w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Opracowanie i wykonywanie Programu stanowi podstawę partnerstwa w realizacji programów zdrowia publicznego na arenie krajowej i międzynarodowej.

Krajowe Centrum ds. AIDS realizuje, w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia, zadania z zakresu zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS. Działania Krajowego Centrum ds. AIDS mają na celu: ograniczanie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV, poprawę jakości życia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich przez działania na rzecz:

1. profilaktyki zakażeń HIV i zapewnienia odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS;
2. poprawy jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich;
3. zapewnienia szerokiego dostępu do diagnostyki oraz leczenia antyretrowirusowego (ARV);
4. poprawy jakości i dostępu do diagnostyki i opieki medycznej nad ludźmi żyjącymi z HIV/AIDS oraz osobami narażonymi na zakażenie HIV;
5. ograniczenia zakażeń HIV wśród dzieci.

W szerokim zakresie Krajowe Centrum ds. AIDS realizuje również działania z zakresu współpracy międzynarodowej, biorąc m.in. aktywny udział w licznych międzynarodowych projektach. Doświadczenia i praktyki międzynarodowe przełożyły się na wdrażanie światowych standardów w profilaktyce, diagnostyce i terapii osób zakażonych w Rzeczypospolitej Polskiej.

Kolejne edycje Programu realizowane były w latach 1996–1998, 1999–2003, 2004–2006, 2007–2011, 2012–2016.

Obecnie podstawę prawną działań stanowi rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS.

Zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia, Koordynator Programu – we współpracy z podmiotami zobowiązanymi do realizacji Programu – opracowuje harmonogram realizacji Programu, zwany dalej „harmonogramem”, obejmujący w szczególności zadania, których realizacja przyczyni się do osiągnięcia celów określonych w załączniku do ww. rozporządzenia.

Harmonogram, ustalany na okres 5 lat, określa: rodzaj zadań, grupę docelową, podmioty odpowiedzialne za ich realizację, wskaźniki realizacji zadań, rok realizacji.

Koordynator sporządza i przedkłada harmonogram ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do 30 czerwca roku poprzedzającego rozpoczęcie realizacji zadań przewidzianych harmonogramem. Następnie minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada harmonogram do zatwierdzenia Radzie Ministrów.

Po zakończeniu pięcioletniej edycji harmonogramu, podmioty zobowiązane do realizacji Programu przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 kwietnia roku następnego, sprawozdanie z wykonania zadań objętych harmonogramem wraz z podsumowaniem tego okresu. Z kolei Koordynator Programu sporządza w formie zbiorczej sprawozdanie z wykonania zadań objętych harmonogramem wraz z podsumowaniem tego okresu i przedkłada je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 maja roku następnego. Przedmiotowe Sprawozdanie minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada do zatwierdzenia Radzie Ministrów.

Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany został na lata 2017–2021 (zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS). W opracowaniu harmonogramu uczestniczyli przedstawiciele urzędów administracji publicznej, środowisk medycznych oraz organizacji pozarządowych.

Inne dokumenty strategiczne

Przedkładany Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2017–2021 wpisuje się w krajowe oraz międzynarodowe dokumenty i deklaracje strategiczne, między innymi:

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020;
2. Strategię Rozwoju Kraju 2020;
3. Strategia UNAIDS zakończenia do roku 2030 epidemii AIDS jako zagrożenia dla zdrowia publicznego;
4. Strategia WHO dla sektora zdrowia na lata 2016–2021, dotycząca walki z HIV, wirusowym zapaleniem wątroby i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową: *2016–2021 Global Health Sector Strategies for HIV/Viral Hepatitis/Sexually Transmitted Infections* (dokument przyjęty przez 69. Światowe Zgromadzenie Zdrowia);
5. Strategia UNAIDS tzw. szybkiej ścieżki zakończenia epidemii AIDS na lata 2016–2021: *On the Fast Track to end AIDS*;

6. Strategia Partnerstwa Północnego Wymiaru: *NDPHS Strategy 2020*;
7. Deklaracja Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z 2016 roku dotycząca szybkiej ścieżki zakończenia epidemii AIDS w dobie zrównoważonego wzrostu: *On the Fast-Track to End AIDS in the age of Sustainable Development* (dokument w przygotowaniu);
8. Strategia Unii Europejskiej: Działania na rzecz podnoszenia poziomu jakości programów profilaktycznych HIV, *Quality Action 2016*;
9. *Action Plan on HIV/AIDS in the EU and neighbouring countries: 2014–2016*;
10. *WHO: Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector, 2015*;
11. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 20 listopada 2008 r. w sprawie wczesnego wykrywania i wczesnego leczenia HIV/AIDS;
12. Deklaracja Unii Europejskiej (2008);
13. Deklaracja z Bremy Odpowiedzialność i partnerstwo – razem przeciw HIV/AIDS, UE (2007);
14. Deklaracja Dublińska WHO, UE (2004);
15. Deklaracja Wileńska UE (2004);
16. Deklaracja Zobowiązań w sprawie HIV/AIDS przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne podczas Sesji Specjalnej ONZ poświęconej walce z epidemią HIV/AIDS (27 czerwca 2001);
17. Pekińska Deklaracja Działań (Pekin 1995) oraz późniejsze inicjatywy i działania mające na celu wdrażanie Deklaracji Pekińskiej i Platformy na Rzecz Działania przyjętych podczas 23. Sesji Specjalnej Zgromadzenia ONZ (czerwiec 2000);
18. Program Działań z Międzynarodowej Konferencji Ludności i Rozwoju (Kair 1994).

• • •

II. EPIDEMIOLOGIA HIV W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Sytuacja epidemiologiczna w 2015 r. – dane wstępne

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 marca 2016 r. stwierdzono:

- zakażenie HIV u 20 252 osób;
- odnotowano 3 363 zachorowania na AIDS;
- 1 335 chorych zmarło.

Poniższe dane statystyczne za 2015 r., należy traktować jako dane tymczasowe, które będą podlegać aktualizacjom w związku z zasadami funkcjonowania systemu nadzoru epidemiologicznego oraz statystyki publicznej w Rzeczypospolitej Polskiej.

Ogólne trendy epidemiologiczne w 2015 r. pozostają zbliżone do lat poprzednich. Nadal obserwuje się wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV wśród mężczyzn: w 2015 r. było ich o 13% więcej niż w 2014 r. (1050 vs 927) i stabilny trend liczby nowo wykrywanych zakażeń wśród kobiet. Dominującą grupą transmisji wśród mężczyzn pozostają MSM (78% zakażeń o znanej drodze zakażenia). Wśród kobiet zaś dominują zakażenia heteroseksualne (tabela 1). Dominującą grupą wieku jeśli chodzi o liczbę zakażeń wśród mężczyzn jest grupa 25–29 lat i 30–39 lat, a wśród kobiet 30–39 lat.

Tabela 1. Nowo wykryte zakażenia HIV rozpoznane w 2015 r. (stan na 29.02.2016 r.), według płci, wieku i drogi zakażenia.

	Mężczyźni						Kobiety					Płeć b.d.	Razem
Grupa wieku	MSM	PWID	MSW	MtCh	b.d	Razem	PWID	WSM	Mtch	b.d.	Razem		
<15				1	4	5			2	4	6		11
15–19	2	1	1		10	14				1	1		15
20–24	50	1	4		95	150	1	3		11	15	4	169
25–29	78	3	5		154	240	2	5		13	20	3	263
30–39	105	12	15		242	374	4	16		52	72	9	455
40–49	34	10	15		98	157	2	10		24	36	2	195
50+	14	2	9		56	81	1	5		11	17	1	99
b.d.	1	1			27	29				2	2	3	34
Razem	284	30	49	1	686	1050	10	39	2	118	169	22	1241

Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

MSM – mężczyźni utrzymujący stosunki seksualne z mężczyznami; PWID – osoby stosujące narkotyki we wstrzyknięciach; MSW – mężczyźni utrzymujący stosunki seksualne z kobietami; WSM – kobiety utrzymujące stosunki seksualne z mężczyznami; MtCh – zakażenia wertykalne

Tabela 2. Nowe zachorowania AIDS w 2015 r. (stan na 29.02.2016 r.), według płci, wieku i drogi zakażenia.

	Mężczyźni					Kobiety					Razem
Grupa wieku	MSM	PWID	MSW	b.d	Razem	PWID	WSM	MtCH	b.d.	Razem	
<15								1		1	1
15–19											
20–24	1				1		1	1		2	3
25–29	3	1			4		1			1	5
30–39	11	15	4	12	42	1	6		2	9	51
40–49	5	8	1	9	23	3	6		1	10	33
50+	3	2	4	4	13	1	4		2	7	20
Razem	23	26	9	25	83	5	18	2	5	30	113

Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

Liczba rozpoznanych AIDS w 2015 r. (113) jest niższa niż w latach poprzednich. Może być jednak niedoszacowana ze względu na większe niż w przypadku zakażeń HIV opóźnienia w rejestracji. Podsumowanie według płci, wieku i grup szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia przedstawia tabela 2.

Tabela 3. Zgony chorych na AIDS w 2015 r. (stan na 29.02.2016 r.), według płci, wieku i drogi zakażenia.

Grupa wieku	Mężczyźni					Kobiety					Razem
	MSM	PWID	MSW	b.d.	Razem	PWID	WSM	MtCH	b.d.	Razem	
25–29								1		1	1
30–34				1	1		1		1	2	3
35–39	1	2		3	6		1			1	7
40–49	1	6	1	3	11	1	2		1	4	15
50+	2	2	1	3	8				1	1	9
Razem	4	10	2	10	26	1	4	1	3	9	35

Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

Liczba zgonów utrzymuje się na porównywalnym poziomie, jak w latach ubiegłych (tabela 3). Może być ona jednak w znacznym stopniu niedoszacowana.

W tabeli 4 przedstawiono sytuację w województwach. Zwraca uwagę utrzymująca się wysoka liczba rozpoznań w województwie mazowieckim oraz szybki wzrost w województwie śląskim.

Tabela 4. Nowo rozpoznane zakażenia HIV, zachorowania AIDS i zgony chorych na AIDS w 2015 r. (stan na 29.02.2016 r.), według województwa zamieszkania.

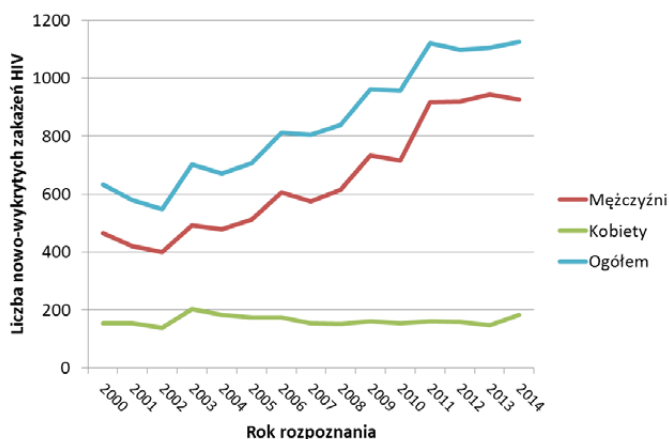
	Liczba:		
	Nowo wykrytych zakażeń HIV	rozpoznanych przypadków AIDS	zgonów
DOLNOŚLĄSKIE	127	25	10
KUJAWSKO-POMORSKIE	30	3	
LUBELSKIE	29	3	
LUBUSKIE	31	1	1
ŁÓDZKIE	88	13	2
MAŁOPOLSKIE	96	2	2
MAZOWIECKIE	253	9	1
OPOLSKIE	15	4	1
PODKARPACKIE	30	1	1
PODLASKIE	17	8	4
POMORSKIE	67	8	4
ŚLĄSKIE	173	14	3
ŚWIĘTOKRZYSKIE	10	0	
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	22	5	3
WIELKOPOLSKIE	121	8	2
ZACHODNIOPOMORSKIE	50	9	1
b.d.	82	0	0
RAZEM	1241	113	35

Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

Informacja ogólna dotycząca rozpoznanych zakażeń

Szczególna dynamika zakażeń miała miejsce w latach 2000–2014, kiedy to zarejestrowano 12 665 przypadków osób zakażonych. W tym okresie liczba nowo wykrywanych zakażeń wzrosła prawie dwukrotnie – od 548 w 2002 r. do 1 125 w 2014 r.

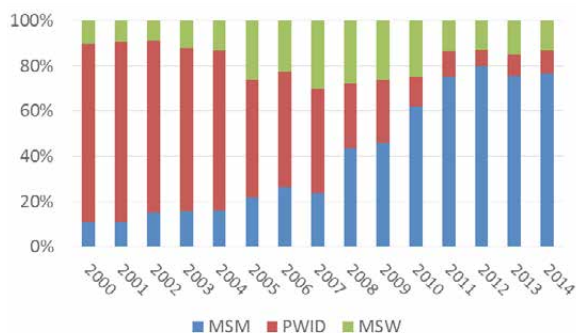
Wykres 1. Liczba nowo wykrytych zakażeń HIV wśród mężczyzn i kobiet w Polsce rozpoznanych w latach 2000–2014.



Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

Odnotowany wzrost liczby wykrywanych zakażeń wystąpił w zasadzie wyłącznie wśród mężczyzn. Wśród kobiet liczba nowo wykrywanych zakażeń pozostawała na tym samym poziomie, z niewielkim wzrostem w 2014 r.

Wykres 2. Rozkład procentowy głównych dróg transmisji wśród nowo rozpoznanych zakażeń HIV wśród mężczyzn w latach 2000–2014 (pominięto przypadki, dla których nie zgłoszono drogi zakażenia oraz przypadki zakażeń wertykalnych).



Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

Wśród 9724 mężczyzn, u których zakażenie HIV wykryto w latach 2000–2014, prawdopodobna droga zakażenia nie została podana dla 58,3% zgłoszeń. Wykres nr 2 pokazuje zmianę, która dokonała się w analizowanym okresie, dotyczącą prawdopodobnej drogi zakażenia (z pominięciem zakażeń wertykalnych i zakażeń, dla których nie podano drogi transmisji w zgłoszeniu). Na początku XXI wieku dominującą drogą pozostawało iniekcyjne używanie narkotyków (w latach 2000–2001 – 79%), co stopniowo ulegało zmianie z powodu trendu spadkowego zakażeń przypisywanych iniekcjom narkotyku (PWID – ang. *people who inject drugs*), a wzrostowi liczby zakażeń na drodze seksualnej. Patrząc na rozkład procentowy, spowodowało to wzrost odsetka zakażeń przypisywanych kontaktom homoseksualnym (MSM – ang. *men having sex with men*), jak i kontaktom heteroseksualnym (MSW – ang. *men having sex with women*) w połowie lat 2000 (w latach 2011–2014 około 75% wykrywanych zakażeń to zakażenia MSM).

Wykres 3. Rozkład procentowy głównych dróg transmisji wśród nowo rozpoznanych zakażeń HIV wśród kobiet w latach 2000–2014*.



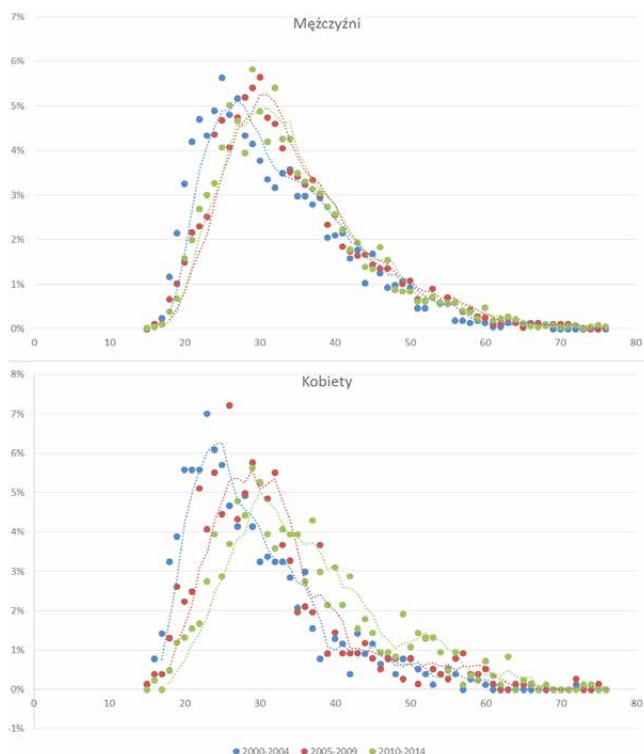
Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

* Pominięto przypadki, dla których nie zgłoszono drogi zakażenia oraz przypadki zakażeń wertykalnych. PWID – narkotyki w iniekcji; WSM – seks z mężczyzną.

Podobne tendencje można zaobserwować wśród kobiet (wykres 3). Na początku XXI wieku nowo wykrywane zakażenia przypisywane były najczęściej drodze iniekcyjnego przyjmowania narkotyków (PWID – *People Who Inject Drugs*), podczas gdy w latach 2011–2014 75% zakażeń stanowiły zakażenia heteroseksualne (WSM, ang. *women having sex with men*). Zmiana ta jest wynikiem 9-krotnego spadku rocznej liczby zakażeń na drodze iniekcyjnego przyjmowania środków psychoaktywnych odnotowanych w tym okresie i czterokrotnego wzrostu liczby zakażeń WSM.

Wraz ze zmianą głównych dróg szerzenia się wirusa zmienia się również rozkład wieku w momencie rozpoznania.

Wykres 4. Rozkład wieku w momencie rozpoznania zakażenia HIV wśród mężczyzn i kobiet, u których zakażenia HIV rozpoznano w latach 2000–2004, 2005–2009, 2010–2014.



Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

W latach 2000–2004 szczyt wśród mężczyzn przypadał na 25–28 lat, a w późniejszym okresie około 30–32 lat. Wśród kobiet w latach 2000–2004 szczyt odnotowano dla wieku 22–25 lat i przesunął się on do wieku ok. 30 lat w latach 2005–2009 i 32 w latach 2010–2014 (wykres 7). Zwraca uwagę szczególnie duży procentowy udział wśród zakażeń HIV rozpoznanych wśród kobiet w latach 2010–2014 zakażeń rozpoznanych w wieku 40 lat i powyżej – 29%. Analogiczny wskaźnik wśród mężczyzn wyniósł 24%.

Z uwagi na większą częstość zakażeń wykrywanych w starszym wieku, a także większą przeżywalność osób zakażonych, populacja osób z rozpoznaniem zakażenia HIV dość szybko się starzeje. Można oszacować, że wśród żyjących z rozpoznaniem zakażenia HIV w 2014 r. 22% to osoby w wieku 50 lat i więcej, a 32% to osoby w grupie wieku 40–49 lat. Obecna średnia wieku osób żyjących z rozpoznaniem zakażenia HIV to 42 lata. Starzejąca się populacja osób żyjących z HIV stwarza dodatkowo wyzwanie dla polityki społecznej w zakresie profesjonalnej opieki socjalnej. Problem HIV/AIDS jest również zróżnicowany w wymiarze terytorialnym.

Tabela 5. Wykrywalność HIV w latach 2000–2014 i charakterystyka zakażeń rozpoznanych w latach 2010–2014 według województw.

Województwo	Liczba nowo wykrytych zakażeń i wskaźnik nowo wykrytych zakażeń na 100 tys. mieszkańców						Zakażenia rozpoznane w latach 2010–2014				
	2000–2004		2005–2009		2010–2014		%kobiet	%MSM	%PWID	%HET	trend
Dolnośląskie	575	3.9	576	3.3	597	4.1	19.3%	32.8%	31.1%	36.1%	+18.3%
Kujawsko-pomorskie	100	1.0	152	1.2	168	1.6	14.5%	77.8%	8.9%	13.3%	-1.2%
Lubelskie	73	0.7	69	0.5	186	1.7	15.8%	59.8%	5.7%	34.5%	+51.4%
Lubuskie	62	1.2	127	2.1	124	2.4	29.8%	30.8%	53.8%	15.4%	+17.5%
Łódzkie	245	1.9	241	1.6	253	2.0	21.3%	45.9%	14.8%	39.3%	+1.6%
Małopolskie	96	0.6	177	0.9	330	2.0	9.6%	74.2%	8.1%	17.7%	+62.9%
Mazowieckie	243	1.0	597	1.9	1295	4.9	12.4%	80.3%	5.4%	14.3%	-0.5%
Opolskie	53	1.0	69	1.1	122	2.4	20.5%	59.4%	18.8%	21.9%	+51.5%
Podkarpackie	58	0.5	61	0.5	117	1.1	17.1%	50.0%	14.6%	35.4%	+149.3%
Podlaskie	69	1.1	53	0.7	105	1.8	18.1%	40.6%	23.4%	35.9%	+16.5%
Pomorskie	196	1.8	176	1.3	275	2.4	11.1%	55.3%	8.8%	36.0%	-5.0%
Śląskie	301	1.3	251	0.9	611	2.6	14.2%	70.4%	18.4%	11.2%	-9.7%
Świętokrzyskie	24	0.4	40	0.5	63	1.0	3.3%	76.0%	0.0%	24.0%	+86.4%
Warmińsko-mazurskie	175	2.4	161	1.9	139	1.9	22.6%	45.0%	26.7%	28.3%	-43.8%
Wielkopolskie	96	0.6	209	1.0	435	2.5	9.8%	79.6%	7.0%	13.4%	+49.3%
Zachodniopomorskie	166	1.9	150	1.5	195	2.3	25.8%	43.8%	12.5%	43.8%	+19.1%
b.d.	602	-	1015	-	391	-	17.1%	54.9%	7.8%	37.3%	+9.7%
Razem	3134	1.6	4124	1.8	5406	2.8	15.4%	65.8%	11.3%	22.9%	+12.6%

Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

W latach 2010–2014 wskaźnik liczby nowo wykrytych zakażeń HIV w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców przekroczył średnią dla kraju w województwach dolnośląskim i mazowieckim. Poszczególne województwa wykazują również różne trendy nowo wykrywanych zakażeń. W latach 2010–2014 trend wzrostowy o 50% lub więcej odnotowano w województwach: lubelskim, małopolskim, opolskim, podkarpackim i świętokrzyskim. Są to głównie województwa Polski południowo-wschodniej, gdzie zakażeń dotąd wykrywano najmniej.

Powyższe dane nie odzwierciedlają w pełni skali problemu, ponieważ mają miejsce istotne ograniczenia danych pochodzących z rutynowej zgłaszalności, w tym znaczny stopień ich niekompletności oraz częste przypadki braku danych. Szacowany stopień niekompletności wskazuje, że rozpoznanych zakażeń mogło być znacznie więcej, nawet o ponad 40%¹⁾.

Równie istotnym problemem jest brak możliwości oceny, czy wzrost liczby nowo rozpoznanych zakażeń jest spowodowany zwiększającą się liczbą osób badanych w kierunku HIV, czy też zwiększającą się liczbą wykrywanych zakażeń. Najprawdopodobniej mamy do czynienia z obydwoma tymi procesami.

Mając na uwadze przedstawione powyżej ograniczenia, związane z dostępnością do miarodajnych danych, należy dostrzegać następujące kwestie:

1. obecnie głównym problemem, który wymaga intensyfikacji działań profilaktycznych w Rzeczypospolitej Polskiej, jest szerzenie się HIV wśród mężczyzn mających seks z mężczyznanami (MSM). W związku z dość liczną populacją MSM, którzy są biseksualni (20% w badaniach klientów MSM punktów konsultacyjno-diagnostycznych²⁾ deklaruje orientację bi- lub heteroseksualną, 39% respondentów EMIS miało co najmniej jedną partnerkę kobietę w życiu, a 9% w ciągu ostatniego roku³⁾ wzrost ten może bezpośrednio przełożyć się na wzrost liczby zakażeń kobiet. Z uwagi na faktycznie obserwowany wzrost takich zakażeń wśród kobiet wskazane byłoby przeprowadzenie dokładniejszych badań co do ich przyczyn;
2. drugą tendencją wartą podkreślenia jest duży udział zakażeń osób powyżej 40 r.ż. wśród nowo rozpoznanych zakażeń, zwłaszcza jeżeli chodzi o kobiety. Trendy te, wraz ze zwiększoną przeżywalnością powodują, że wśród osób żyjących w 2014 r. z zakażeniem HIV dominują osoby w średnim wieku i starsze (54% to osoby w wieku 40 lat i powyżej);
3. pomiędzy województwami występują znaczne różnice w rozwoju epidemii. W kilku województwach nastąpił wzrost w latach 2005–2009 (mazowieckie, dolnośląskie, śląskie, pomorskie, wielkopolskie), w których obecnie epidemia ustabilizowała się na wyższym poziomie. W latach 2010–2014 największą dynamikę wzrostu obserwowano w województwach, gdzie dotąd notowano najniższe wskaźniki, co może świadczyć o opóźnieniu drugiej fali epidemii (związanej z szerzeniem się epidemii w drodze kontaktów seksualnych, zwłaszcza wśród MSM) w stosunku do innych województw.

Populacje kluczowe

W Rzeczypospolitej Polskiej epidemię HIV można nadal określić jako epidemię skoncentrowaną w dwóch populacjach kluczowych: PWID i MSM. Częstość występowania zakażenia HIV poza nimi jest znacznie niższa. Przejawia się to zarówno liczbą rozpoznawanych zakażeń w poszczególnych populacjach, jak i w wynikach analiz osób testujących się w kierunku HIV.

W tabeli 6 przedstawiono dostępne wyniki badań dotyczące rozpowszechnienia zakażenia HIV w populacjach kluczowych.

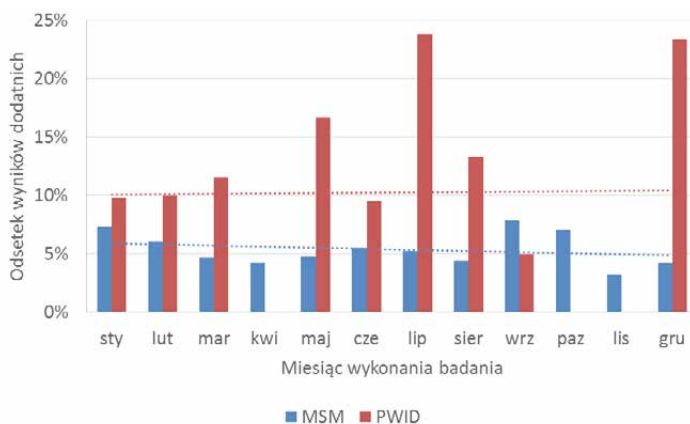
Tabela 6. Rozpowszechnienie zakażeń HIV w populacjach kluczowych w latach 2005–2014, według dostępnych badań.

Grupa docelowa	Metoda	Interpretacja badanego wskaźnika	Badany okres	Badany obszar	Wartość wskaźnika	Źródło
MSM						
	Deklarowany serostatus, badanie internetowe, próba dogodnościowa, N=2870	częstość rozpoznanych zakażeń w populacji MSM	2010	Polska (nadreprez. woj. maz.)	5,0%	Raport badania EMIS ⁴
	Serostatus klientów PKD, N=4726	częstość nierozpoznanych wcześniej zakażeń	2013	Polska	5,6%	Raport dotyczący klientów PKD ⁵
	Oszacowanie na podstawie wielu źródeł danych	częstość w populacji MSM	koniec 2009	Polska	2,3%	publikacja ⁶
	Serostatus w badaniu przekrojowym, N=408	częstość w populacji MSM	2013	Warszawa	7,2%	Raport z badania SIALON II ⁷
PWID						
	Serostatus klientów PKD, N=318	częstość nierozpoznanych wcześniej zakażeń	2013	Polska	11%	Raport dotyczący klientów PKD
	Serostatus w badaniu przekrojowym, N=776	częstość w populacji PWID	2004–2005	15 lokalizacji w 6 województwach	18% (Warszawa 16%)	publikacja ⁸
	Serostatus w badaniu przekrojowym, N=193	częstość w populacji PWID	2008–2009	Gdańsk i Kraków	10,3%	Raport z badania ⁹
	Serostatus w badaniu przekrojowym	częstość w populacji PWID	2013	Warszawa	14,7%	Raport z badania ¹⁰

Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

Różnice metodologiczne w monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej, także w wymiarze terytorialnym, oraz niewielka liczba badań przekrojowych wykonywanych w Rzeczypospolitej Polskiej, uniemożliwiają w zasadzie śledzenie trendów na przestrzeni czasu. Dostępne są jednak dane dotyczące osób testowanych w kierunku HIV. Częstość diagnozowanych zakażeń HIV wśród badanych odpowiada częstości niewykrytych wcześniej zakażeń i jeżeli wzrasta, oznacza to, że liczba nowych zakażeń jest wyższa niż liczba wykrywanych zakażeń i odwrotnie – jeżeli spada, to liczba nowych zakażeń jest mniejsza niż liczba rozpoznań. Trendy wykrywalności HIV w grupie MSM i PWID pokazuje wykres 8 (dane dla PWID i MSM pochodzą z analizy ankiet klientów PKD). Dla populacji MSM trend jest nieznacznie spadkowy, podczas gdy dla PWID wzrostowy. Oba są jednak nieistotne statystycznie, z zastrzeżeniem niewielkiej próby PWID (318 osób).

Wykres 5. Odsetek wyników dodatnich wśród klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych MSM i PWID w 2013 r.



Oprac.: NIZP- Państwowy Zakład Higieny

Umieralność z powodu AIDS

W nadzorze epidemiologicznym łącznie w latach 1985–2014 odnotowano 1295 zgonów osób zakażonych HIV. Trzeba jednak mieć na uwadze, że liczba zgonów rejestrowanych w nadzorze może być niepełna. Rejestrowane są zgony niezależnie od ich przyczyny, jednak można wyszczególnić te osoby, które zmarły z powodu choroby AIDS. Umożliwia to porównanie ze zgonami odnotowanymi przez Główny Urząd Statystyczny (tabela 7). W latach 2005–2014 w nadzorze zarejestrowano 458 zgonów z powodów związanych z zakażeniem HIV, podczas gdy ta liczba w GUS wyniosła 1219, tj. 2,7 razy więcej.

Tabela 7. Liczba zgonów osób zakażonych HIV według różnych źródeł danych.

Rok	Liczba zgonów z uwzględnieniem przyczyny			
	GUS: B20 – B24	Nadzór: B20-B24	Nadzór ogółem**	Wśród leczonych*
2005	121	44	65	66
2006	101	37	43	49
2007	123	56	61	76
2008	150	64	71	68
2009	94	36	46	46
2010	135	44	53	62
2011	130	57	68	97
2012	118	51	57	100
2013	123	38	46	107
2014	124	31	39	b.d.

*na podstawie Raportów z realizacji Programu leczenia ARV – powód przerwania leczenia „zgon”

** zgłoszone zgony osób zakażonych HIV, niezależnie od przyczyny

Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

Z kolei z europejskich badań wynika, że jedynie około 30% zgonów pacjentów będących pod opieką w latach 1999–2011, można przypisać AIDS¹¹. Można stąd wnioskować, że rejestracja zgonów z innych przyczyn jest mniej kompletna, a łączna liczba zgonów osób zakażonych HIV w Polsce może sięgać nawet 9700.

Zwraca także uwagę zwiększająca się liczba zgonów osób pozostających w programie leczenia antyretrowirusowego. Wynika ona ze zwiększającej się liczebności tej grupy. W przeliczeniu na 1000 osób pozostających w terapii umieralność spadła od 22,6 w 2007 r. do 15,0 w 2013 r. Z drugiej strony, zakładając, że ok. 30% zgonów stanowią zgony związane z AIDS i porównując do zgonów wykazanych przez GUS, można wywnioskować, że ok. 82% zgonów z powodu AIDS występuje wśród osób nieobjętych programem leczenia ARV.

Tabela 8. Zgony osób zakażonych HIV w latach 2005–2014 zarejestrowane w systemie nadzoru epidemiologicznego, w zależności od czasu rozpoznania HIV i leczenia antyretrowirusowego (ARV).

Rok	Liczba zgonów			
	W ciągu roku do rozpoznania HIV	>1 roku od rozpoznania HIV, nieleczeni	>1 roku od rozpoznania HIV, leczeni	Ogółem
2005	28	19	12	65
2006	20	19	2	43
2007	24	17	16	61
2008	41	17	8	71
2009	24	17	3	46
2010	31	13	8	53
2011	38	11	10	68
2012	28	16	9	57
2013	26	7	11	46
2014	22	8	7	39

Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

Testowanie w kierunku HIV

Liczba wykonywanych badań rocznie w kierunku HIV w skali kraju pozostaje na dość niskim poziomie. Wyłączając badania dawców krwi, jest to około 5/100 tys. rocznie. Natomiast biorąc pod uwagę badania wykonywane wśród dawców krwi – 5% (badania dawców to w większości badania dawców wielokrotnych, dotyczące tych samych osób). Liczba testów wykonywanych rocznie z wykluczeniem dawców krwi systematycznie rośnie (tabela 5). W dużej mierze dzieje się to dzięki objęciu testowaniem osób wcześniej niebadanych, co potwierdzają wyniki badań ankietowych, w których odsetek osób kiedykolwiek w życiu badanych w kierunku HIV rośnie, przy jednoczesnym wzroście odsetka osób, które taki test wykonały tylko raz w życiu. Oprócz zwiększania liczby testów wskazane byłoby określenie grup osób o zwiększonym ryzyku zakażenia, w których badania powinny być wykonywane cyklicznie. Wśród nich znajdują się populacje kłuczowe (PWID i MSM), które zgodnie z zaleceniami europejskimi powinny być badane co najmniej raz w roku^{12,13}. Według cytowanych wcześniej badań odsetki badających się w ciągu ostatnich 12 miesięcy wyniosły: dla PWID 35% (2004–2005) a dla MSM 30%–38% (2010). Ponadto testowanie w kierunku HIV jest zalecane u osób, u których zostanie zdiagnozowane inne zakażenie przenoszone drogą płciową. Badania wskazują jednak brak związku między wykonaniem testu w kierunku HIV i przebytym zakażeniem przenoszonym drogą płciową¹⁴. Wskazane jest przeprowadzenie dalszych badań, dotyczących barier częstszego testowania się w kierunku HIV osób o zwiększonym ryzyku zakażenia.

Tabela 9. Częstość testowania w kierunku HIV w populacji Rzeczypospolitej Polski na podstawie badań ewaluacyjnych kampanii społecznych i liczba wykonywanych badań sprawozdawanych przez laboratoria.

	2005	2007	2008	2009	2011	2012
Odsetek populacji kiedykolwiek badany w kierunku HIV ¹⁵	6,2%	10,8%	6%	10%	13%	14%
– Odsetek badanych, którzy byli badani tylko raz	-	~57%	66%	58%	66%	79%
– Odsetek badanych przy okazji oddawania krwi	29,6%	~37%	23%	26%	32%	22%
– Odsetek badanych przy okazji rutynowych badań lekarskich	26,90%	~25%	18%	13%	28%	24%
– Odsetek badanych z powodu wymogu sytuacji	23,60%	~15%	21%	33%	25%	23%
Liczba wykonanych testów poza krwiodawstwem ¹⁶	91 459	161 065	152 764	214 263	317 286	358 953
Liczba badań dawców krwi	1 006 639	1 025 746	1 102 177	1 201 545	1 204 003	1 225 720

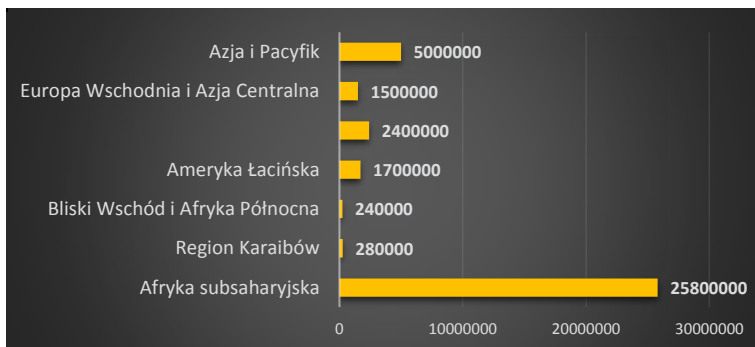
Oprac.: NIZP – Państwowy Zakład Higieny

• • •

III. EPIDEMIOLOGIA HIV NA ŚWIECIE

Epidemia HIV pozostaje poważnym problemem zdrowia publicznego na świecie. W jej wyniku zmarły ponad 34 miliony osób, a w samym 2014 roku z powodu AIDS zmarło pomiędzy 1,0–1,5 miliona. Na koniec 2014 roku na całym świecie żyło około 37 milionów osób z HIV. W tym samym roku, na świecie odnotowano 2 miliony [1,9–2,2] nowych przypadków zakażeń.

Wykres 6. Liczba osób żyjących z HIV w roku 2014 według regionów.



Źródło: UNAIDS

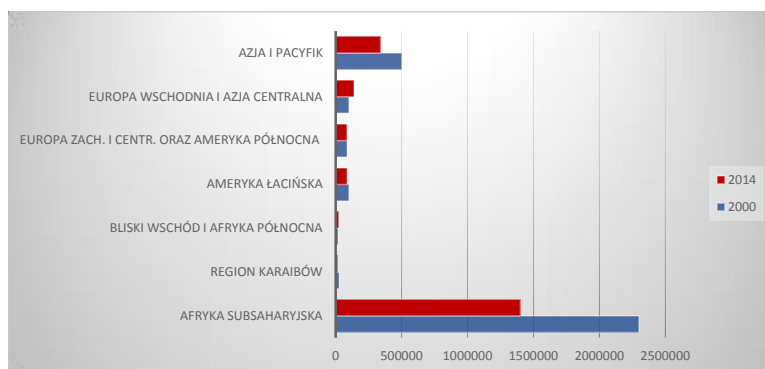
Jak widać z przytoczonych na wykresie danych, Afryka Subsaharyjska pozostaje regionem najbardziej dotkniętym epidemią. W 2014 roku żyło tam pomiędzy 24,0–28,7 miliona osób zakażonych HIV. Globalnie region ten odpowiada za prawie 70% nowych przypadków zakażeń.

Jednym z dwóch (obok Bliskiego Wschodu i Afryki Północnej) regionów świata, w których rośnie liczba zakażeń HIV, jest Europa Wschodnia i Azja Centralna. W latach 2000–2014 liczba nowych zakażeń HIV w tym regionie wzrosła o 30%. W państwach takich jak: Ukraina, Państwa Bałtyckie, Federacja Rosyjska, pozostałe państwa byłego Związku Radzieckiego, obserwujemy lawinowy wzrost liczby zakażeń HIV i umieralności na AIDS. W niektórych państwach: Estonia, Ukraina czy Federacja Rosyjska, prevalencja HIV wśród osób dorosłych przekracza 1%. W regionie Europy Wschodniej i Azji Centralnej, wskaźniki zakażeń HIV kształtują się na poziomie 31,7/100 000 ludności (głównie ze względu na bardzo wysoką liczbę zakażeń na Ukrainie i w Federacji Rosyjskiej), czyli 5-krotnie więcej niż w Europie Zachodniej (6,6/100 000) i ponad 20-krotnie więcej niż w Europie Centralnej (1,2/100 000). Głównym czynnikiem, który zadecydował o wybuchu i wysokiej dynamice epidemii HIV w Europie Wschodniej, jest bardzo duży odsetek osób stosujących narkotyki drogą dożylną. Szacuje się, że w samej Federacji Rosyjskiej i na Ukrainie osoby te stanowią 1–2% ogółu społeczeństwa, a w całym regionie ich liczba to około 3,7 miliona.

Kryzys na Ukrainie potęguje dramatyczną sytuację w zakresie szerzenia się infekcji przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS. Połowa zarejestrowanych osób zakażonych HIV, żyje w 3 z 24 obwodów, tj. dniepropietrowskim, donieckim, odeskim. Równocześnie 25% osób otrzymujących leczenie ARV żyje w obwodach donieckim i ługańskim, a więc na terenach objętych konfliktem zbrojnym.

Szacuje się, że na świecie tylko 51% osób zakażonych HIV zna swój status serologiczny. W 2014 roku, około 150 milionów dzieci i dorosłych w 129 państwach o niskim i średnim dochodzie miało możliwość wykonania testu w kierunku HIV. Łącznie 14,9 miliona osób żyjących z HIV było włączonych do terapii ARV, z tego 13,5 miliona w państwach o niskim i średnim dochodzie. Liczba 14,9 miliona osób leczonych ARV stanowi około 40% [37–45%] wszystkich osób zakażonych HIV wymagających leczenia.

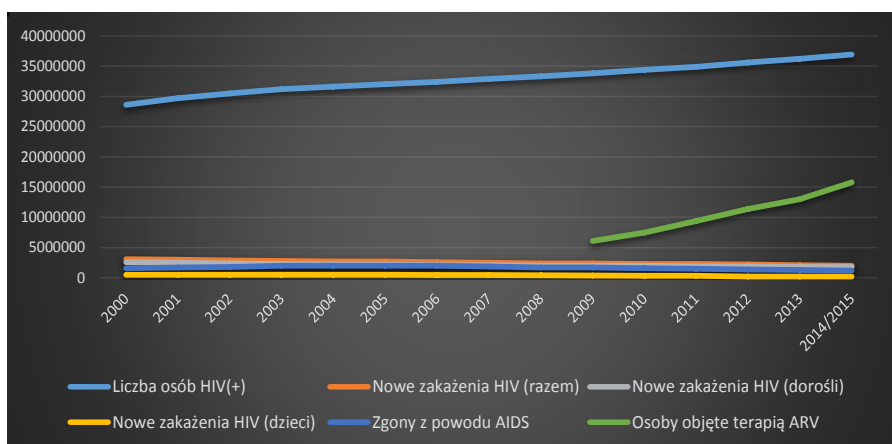
Wykres 7. Liczba nowych przypadków zakażeń HIV w latach 2000–2014 według regionów.



Źródło: UNAIDS

Na przestrzeni ostatnich 15 lat daje się zauważyć wyraźny spadek liczby nowych zakażeń HIV wśród osób dorosłych i dzieci. Odnotowuje się także wzrost liczby osób żyjących z HIV oraz spadek liczby zgonów z powodu AIDS, co wynika m.in. ze wzrostu dostępności do leczenia ARV. Obecnie z leczenia ARV korzysta prawie 16 milionów osób (dla porównania w 2009 roku było to 6,1 miliona).

Wykres 8. Światowe trendy epidemiologiczne HIV w latach 2000–2015.



Źródło: UNAIDS. Do roku 2008 włącznie brak danych dotyczących liczby osób włączonych w terapię ARV.

Powstrzymanie epidemii na świecie nie byłoby możliwe bez zapewnienia odpowiednich nakładów finansowych na walkę z HIV/AIDS, które od roku 2000 wzrosły ponad czterokrotnie, aby w latach 2014/2015 wynieść ponad 20 miliardów dolarów amerykańskich (USD). Zwiększającym się nakładom finansowym towarzyszy wdrażanie coraz bardziej skutecznych strategii, zmierzających do zakończenia epidemii AIDS.

Strategia UNAIDS Fast-Track

Przyspieszeniu walki z AIDS służy m.in. strategia UNAIDS (Fast-Track), która zakłada, że do 2020 roku: 90% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 90% wszystkich zdiagnozowanych będzie objętych leczeniem ARV, u 90% leczonych nastąpi supresja wirerii (tzw. strategia 90-90-90). Strategia zakłada ponadto, że do roku 2020 uda się zmniejszyć ogólną liczbę nowych zakażeń HIV o 75% oraz wyeliminować problem dyskryminacji osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

W kontekście Celów Zrównoważonego Rozwoju (SDGs – ang. *Sustainable Development Goals*), świat zobowiązał się do zakończenia epidemii AIDS do roku 2030. Strategia UNAIDS 2016–2021 jest jedną z pierwszych strategii przyjętych w ramach systemu Narodów Zjednoczonych, która nakreśla ramy globalnej polityki rozwojowej na następne 15 lat, włączając w nią kwestię zakończenia epidemii HIV/AIDS. Warunkiem zakończenia epidemii do roku 2030 jest realizacja strategii UNAIDS 90-90-90 przez m.in. zwiększenie dostępności i liczby wykonywanych testów w kierunku

HIV, co ma ochronić zdrowie ponad 21 milionów osób żyjących z HIV, które nie są objęte leczeniem ARV. Strategia UNAIDS na lata 2016–2021 zakłada ponadto:

1. niewystępowanie nowych zakażeń HIV wśród dzieci;
2. wyposażenie 90% młodych osób w odpowiednie umiejętności i wiedzę, pozwalające na zabezpieczenie się przed zakażeniem HIV;
3. zapewnienie 90% kobiet i mężczyzn (głównie młodym i żyjącym w miejscach o wysokiej prevalencji zakażeń HIV) dostępu do wieloelementowej profilaktyki HIV oraz do świadczeń zdrowotnych związanych ze zdrowiem prokreacyjnym i seksualnym;
4. obrzezanie (na zasadzie dobrowolności) 27 milionów mężczyzn żyjących w miejscach o wysokiej prevalencji HIV, będące częścią zintegrowanych świadczeń zdrowotnych, związanych ze zdrowiem prokreacyjnym i seksualnym mężczyzn;
5. zapewnienie 90% osób z tzw. populacji kluczowych, w tym: osobom świadczącym usługi seksualne, mężczyznom mającym seks z mężczyznami, osobom przyjmującym narkotyki w iniekcjach, osobom transgender, osadzonym w zakładach penitencjarnych, migrantom, dostępu do profilaktyki HIV;
6. zminimalizowanie zagrożenia HIV wśród kobiet, przez zapewnienie 90% kobiet i dziewcząt, możliwości życia wolnego od problemu nierówności płci oraz przemocy wobec kobiet;
7. zminimalizowanie problemu dyskryminacji w placówkach medycznych, szkołach i w miejscu pracy wśród 90% osób zakażonych HIV, narażonych na ryzyko zakażenia lub których dotyczy problem HIV;
8. osiągnięcie nakładów inwestycyjnych na walkę z AIDS w państwach o niskim i średnim dochodzie w wysokości co najmniej 30 miliardów dolarów amerykańskich przy równoczesnym wzroście nakładów na ten cel z budżetów krajowych;
9. zapewnienie 75% osób zakażonych HIV, narażonym na ryzyko zakażenia lub których dotyczy problem HIV, możliwości korzystania z ochrony socjalnej związanej z HIV.

• • •

IV. MODEL PROGRAMU

Wszechstronna i analityczna metoda planowania programów

Do opisu Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2017–2021, wykorzystano m.in. teoretyczny model wszechstronnego i analitycznego planowania programów.¹⁾ Zakłada on całościowe podejście do Programu, który obejmuje pięć głównych i strategicznych obszarów, takich jak: zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa, zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, wsparcie i opiekę zdrowotną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, współpracę międzynarodową oraz monitoring.

¹⁾ Wszechstronna i analityczna metoda planowania programów: *Comprehensive Analytical Program Planning (CAPP)*, LFA (*Logical Framework Approach*). Metoda ta, zakłada wielowymiarowość planowania i realizacji programów. Zakłada ona całościowe podejście do programu/projektu. Metoda wykorzystuje elementy planowania strategicznego, takie jak: identyfikacja głównych interesariuszy i beneficjentów programu, analiza otoczenia, identyfikacja i analiza problemu (drzewo problemów), identyfikacja, hierarchizacja i analiza celów (drzewo celów), struktura macierzowa. Metoda opracowana przez Kevi Consulting Pvt.Ltd. Finlandia.

Do każdego z obszarów przypisano cele ogólne i szczegółowe, zadania do realizacji, głównych interesariuszy i beneficjentów, wskaźniki oraz czas realizacji. Opracowanie harmonogramu wsparli merytorycznie eksperci i realizatorzy Programu z lat ubiegłych. Udało się w ten sposób zdefiniować i przeanalizować główne potrzeby rozwojowe związane z HIV/AIDS i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową w Rzeczypospolitej Polskiej, a następnie przełożyć je na cele i działania. W pracach nad nowym harmonogramem uwzględniono także wyniki ewaluacji poprzednich edycji Programu, wdrażanych w latach ubiegłych.

Program jako uporządkowany zbiór działań

Wykorzystanie wszechstronnej i analitycznej metody planowania programów (a także innych modeli zarządzania strategicznego) stanowi punkt wyjścia przy opracowywaniu długofalowych strategii działania, w tym strategii zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS w Rzeczypospolitej Polskiej. Metoda ta pozwala precyzyjnie określić cele kierunkowe na poziomie całego kraju oraz mierniki ich realizacji w określonym czasie. Pomaga także planować, wdrażać, kontrolować i poddawać ewaluacji działania na poziomie regionalnym. Wszechstronna i analityczna metoda planowania programów określa program jako serię działań, wdrażanych według określonego harmonogramu przy ograniczonych zasobach, z użyciem mechanizmów służących do osiągnięcia określonego celu. Jest to także narzędzie służące do ukierunkowania działań na rzecz zmiany i rozwoju.

Wszechstronna i analityczna metoda planowania programów, na poziomie operacyjnym, pomaga usystematyzować i podnieść efektywność działań przez:

1. przedstawienie programu jako uporządkowanego zbioru działań i procesów;
2. zapis hierarchii celów, założeń, zadań, działań i ich rezultatów, wskaźników oceny;
3. identyfikację głównych interesariuszy programu (*main stakeholders*);
4. określenie głównych beneficjentów (*main beneficiaries*);
5. identyfikację i analizę problemów i potrzeb rozwojowych, będących przedmiotem programu;
6. przełożenie problemów i potrzeb rozwojowych na cele i działania w ramach programu;
7. analizę otoczenia oraz kontekstu (możliwe scenariusze działań i ryzyko).

Beneficjenci programu

Jednym z kluczowych elementów decydujących o powodzeniu programu jest właściwy dobór głównych beneficjentów, tj. organizacji, grup osób (populacji), które mają otrzymać największe bezpośrednie korzyści z jego realizacji. Na nich skupiają się najważniejsze działania programowe, a wszelkie pojawiające się kwestie, problemy, ocena potrzeb oraz opracowywane cele (i ich hierarchia) analizowane są z perspektywy tej grupy.

Głównymi beneficjentami tego programu są: ogół społeczeństwa, osoby o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, osoby zakażone HIV i chore na AIDS oraz ich rodziny.

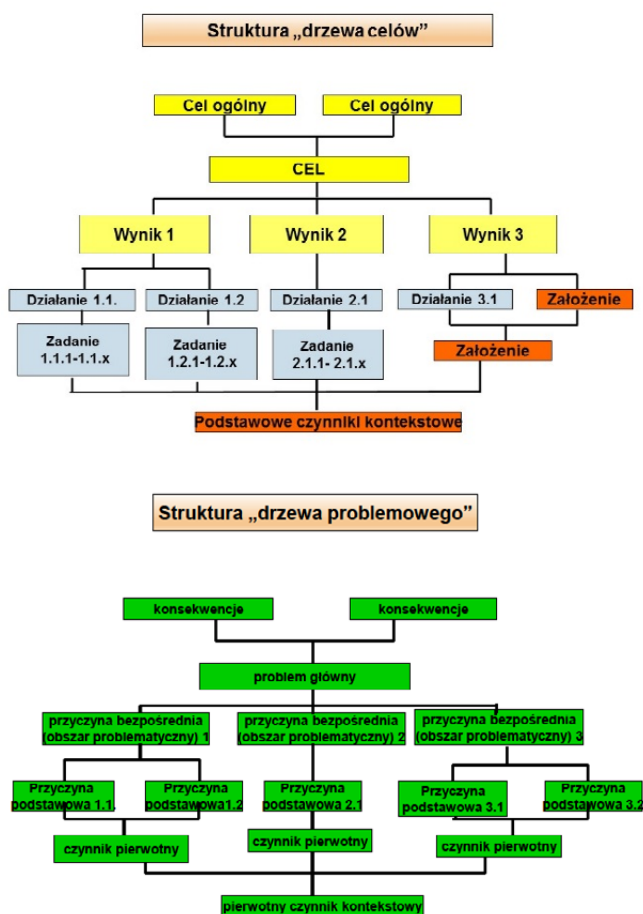
Zamiana problemów i potrzeb rozwojowych na cele i działania

Aby działania realizowane w ramach programu przyniosły pozytywne rezultaty, należy precyzyjnie określić cel (naszą odpowiedź na występujący problem), który chcemy zrealizować. Wykres 9 prezentuje strukturę oraz etapy zamiany drzewa problemowego na drzewo celów.

Etap pierwszy (drzewo problemowe): identyfikacja i analiza głównego problemu, np. wzrost liczby zakażeń HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową. Następnie identyfikacja i analiza przyczyn bezpośrednich problemu głównego (w tym: przyczyny podstawowe, czynniki pierwotne i kontekstowe) oraz możliwe konsekwencje wynikające z problemu głównego.

Etap drugi (drzewo celów): przełożenie i zamiana problemu głównego oraz jego przyczyn na konkretne cele, działania i zadania (z uwzględnieniem czynników kontekstowych) oraz opracowanie możliwych scenariuszy, np. wzrost dostępności aktualnych informacji/danych nt. potrzeb edukacyjnych osób dorosłych w zakresie HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową, wzrost poziomu wiedzy na temat ryzykownych zachowań seksualnych, zwiększona wrażliwość systemu ochrony zdrowia i edukacji na potrzeby osób, które poszukują informacji na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Wykres 9. Struktura drzewa problemowego i drzewa celów.



Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS

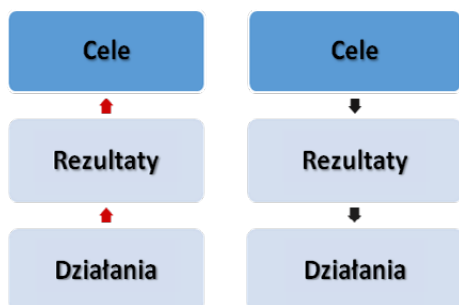
Dwie szkoły

Metodyka zarządzania programem (zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym), wymaga hierarchizacji celów oraz określenia szczegółowych sposobów ich realizacji. Wszechstronna i analityczna metoda planowania programów poddaje pod rozagę dwa różne podejścia do zarządzania programem:

1. przez działania i cele częściowe dochodzimy do celu głównego (z dołu do góry);
2. cel główny determinuje nasze cele częściowe i działania (z góry do dołu).

W pierwszym przypadku występuje zaangażowanie już na samym początku realizacji programu, możliwie dużej liczby ekspertów z organizacji/institucji, zajmujących się konkretną dziedziną, np. zapobieganiem HIV i przeciwdziałaniem AIDS. Ponieważ opieramy się na ich wiedzy i doświadczeniu, możemy precyzyjnie określić kluczowe problemy i potrzeby dotyczące problematyki HIV/AIDS, a następnie przełożyć je na konkretne cele i działania (mając na uwadze możliwe scenariusze i rezultaty przyszłych działań), które mają nas doprowadzić do celu głównego. Udział możliwie szerokiego spektrum podmiotów zainteresowanych pozwala na weryfikację, czy proces ustalania celu jest właściwy, czy są w niego zaangażowane odpowiednie podmioty oraz czy działania (zadania) są adekwatne do zdefiniowanych problemów (wykres 10 działanie z dołu do góry).

Wykres 10. Dwa podejścia do sposobu realizacji celów.



Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS

W drugim przypadku skupiamy się na z góry zdefiniowanym celu głównym (najważniejszym założeniu programowym), który determinuje cele i działania częściowe. Poszczególne elementy programu są zogniskowane na celu głównym, a pożądanym rezultatem jest systematyczne wdrażanie zaplanowanych działań. Podejście to pozwala na szybką realizację zaplanowanych celów (wykres 10 działanie z góry w dół).

W obowiązującym rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS zostały określone cele ogólne i szczegółowe oraz zakres merytoryczny harmonogramu realizacji Programu. Wobec powyższego przedmiotowy harmonogram określa m.in. zadania/działania, których realizacja przyczyni się do osiągnięcia celów. W pracach nad dokumentem brali udział eksperci zajmujący się tematyką HIV/AIDS oraz przedstawiciele podmiotów zobowiązanych do realizacji Programu.

V. DIAGNOZA SPOŁECZNA

Problem HIV/AIDS jest problemem wieloaspektowym, integralnie wiążącym się z wieloma zjawiskami życia społecznego. Dynamika zakażeń, jakość życia osób chorych na AIDS zależy od dominujących wartości, wzorów zachowań, postaw społecznych, poziomu edukacji, kondycji ekonomicznej państwa, ale też sytuacji politycznej w wymiarze międzynarodowym. Ostatnie lata charakteryzuje niezwykle dynamika zmian zachodzących w życiu społecznym. Pojawiają się nowe cechy jakościowe wielu zjawisk, także nowe, nierozpoznane problemy, mające w sposób bezpośredni lub pośredni wpływ na skalę i jakość problematyki HIV/AIDS. Przykładem takich problemów w ostatnich latach jest masowa migracja zarobkowa, przyczyniająca się do rozluźnienia więzi rodzinnych, a tym samym ograniczenia systemu kontroli zachowań.

Mając na uwadze kontekst społeczny HIV oraz zachodzące zmiany organizacyjne i instytucjonalne, a także zmiany w zakresie potrzeb, postaw społecznych wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS – kolejne edycje Programu poprzedzone były ewaluacją podejmowanych działań. Na bieżąco monitorowana jest sytuacja epidemiologiczna HIV nie tylko w Polsce, lecz także na świecie, z uwzględnieniem sytuacji w krajach za naszą wschodnią granicą. Dokonywana ewaluacja Programu oraz monitoring sytuacji epidemiologicznej przyczyniały się do rozpoznania obszarów problemowych oraz kumulacji wiedzy na temat aspektów HIV/AIDS. Ta wiedza przekładała się na modyfikowanie planowanych działań w kolejnych edycjach Programu, polegających na wykorzystaniu wniosków i rekomendacji z zakończonego Programu.

Od początku problemu HIV/AIDS, priorytetem w podejmowanych działaniach było zapobieganie zakażeniom HIV, edukowanie społeczeństwa z zakresu medycznych i społecznych aspektów HIV, kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób zakażonych, zapewnienie zintegrowanej opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS. W kolejnych edycjach Programu cele te uzupełniono m.in. o konieczność współpracy międzyresortowej, międzyinstytucjonalnej, włączenia do poszczególnych działań organizacji pozarządowych, mediów, Kościoła katolickiego, związków wyznaniowych, zaangażowanie się samorządu terytorialnego, również w tworzenie i realizację lokalnych strategii w zakresie HIV/AIDS. Efektem tych zintegrowanych działań na przestrzeni lat jest wiele osiągnięć w zakresie profilaktyki, diagnostyki, opieki medycznej, wsparcia społecznego na rzecz osób żyjących z HIV/AIDS. Rzeczpospolita Polska należy do jednych z niewielu krajów, gdzie osoby zakażone HIV i chore na AIDS otrzymują kompleksową, bezpłatną opiekę medyczną, zgodnie z osiągnięciami medycyny. W systemie leczenia antyretrowirusowego nie ma kolejki oczekujących na wprowadzenie do terapii ARV, co należy odnotować jako sukces Rzeczypospolitej Polskiej w wymiarze krajowym i międzynarodowym.

Do sukcesów należy także zaliczyć systemowe rozwiązania w zakresie diagnostyki HIV. Rolę taką pełnią m.in. punkty konsultacyjno-diagnostyczne, w których test można wykonać w sposób anonimowy i bezpłatny, połączony z poradnictwem okołotestowym. Możliwość anonimowego te-

stowania w kierunku HIV, skorzystania z profesjonalnego poradnictwa przed testem i po teście, stanowi jedną z form profilaktyki i diagnostyki, od wielu lat rekomendowaną przez instytucje i organizacje międzynarodowe. Funkcjonowanie punktów konsultacyjno-diagnostycznych przyczynia się również w sposób istotny do diagnozowania zakażeń u osób, które nie są świadome swojego statusu serologicznego. Diagnoza zakażenia HIV w takich przypadkach jest szansą na podjęcie terapii, ale także szansą na ograniczenie ryzykownych zachowań, a tym samym rozprzestrzeniania zakażenia.

Z perspektywy czasu należy też pozytywnie ocenić inne podejmowane kierunki działań w zakresie profilaktyki przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się zakażenia HIV. Przykładem takich działań, które zasługują na szczególne podkreślenie, jest duża aktywność wielu organizacji pozarządowych. Organizacje te angażują się w działalność profilaktyczną HIV/AIDS, pomoc psychologiczną, socjalną, terapeutyczną; są ważnym partnerem w realizacji Programu z uwagi na podejmowane działania, jak też sposób ich realizacji.

Kolejnym pozytywnym kierunkiem działań w zakresie HIV/AIDS jest realizacja programów redukcji szkód, adresowanych głównie do osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, sprzedających usługi seksualne, mniejszości seksualnych. Osoby te należą do grup podejmujących często ryzykowne zachowania w kontekście HIV/AIDS.

Należy również wspomnieć o zaangażowaniu wielu środowisk i instytucji na rzecz przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się HIV. Są one odpowiedzialne za działania w obszarze oświaty, edukacji, kultury, ochrony zdrowia, służb mundurowych oraz mediów. Pomimo tych sukcesów w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii czy też ponoszonych nakładów finansowych – nie udaje się zahamować tempa rozprzestrzeniania się HIV w Polsce. Dynamika nowych, zarejestrowanych przypadków zakażenia HIV jest ciągle niepokojąca (do 31 marca 2016 r. stwierdzono zakażenie HIV u 20 252 osób), a epidemiolodzy szacują, że w Rzeczypospolitej Polskiej liczba osób zakażonych wynosi około 30 000. Jak z tego wynika, spora grupa osób jest nieświadoma swego statusu serologicznego.

Ciągle aktualnym problemem w Polsce jest ograniczona wiedza na temat HIV/AIDS, brak świadomości własnych, ryzykownych zachowań, jak również brak odniesienia ryzyka zakażenia HIV do własnej osoby. Nadal w powszechnym odbiorze problem HIV/AIDS to problem „grup ryzyka”. Mówią o tym wyniki przeprowadzanych badań, organizowanych kampanii nt. dyskryminacji społecznej osób z problemem HIV/AIDS.

Należy położyć nacisk na działania profilaktyczne, w tym edukację i profilaktykę w programach edukacyjnych, adresowanych do uczniów na wszystkich poziomach kształcenia, zwiększenie liczby ekspertów w zakresie profilaktyki, większe zaangażowanie mediów w rzetelny przekaz tematyki.

Efektem ograniczonej profilaktyki są m.in. ryzykowne zachowania seksualne, zarówno w grupie osób heteroseksualnych, jak i MSM. Ponadto zachowania seksualne charakteryzują się no-

wymi cechami jakościowymi. Są one konsekwencją zmian kulturowych, nowych wzorów zachowań seksualnych. Z badań prof. Zbigniewa Izdebskiego pt. „Seksualność Polaków 2011” wynikają następujące prawidłowości: średni wiek inicjacji seksualnej u mężczyzn wynosi 18,1, a wśród kobiet 18,7. Wiek inicjacji stopniowo się obniża. Współcześni mężczyźni i kobiety zmieniają częściej partnerów, średnia liczba partnerów seksualnych w życiu wynosi 4,28. Wzrasta liczba związków nieformalnych, 22% Polaków żyje w związkach niesformalizowanych. Polacy też nie są monogamiczni, seks poza stałym związkiem przynajmniej raz uprawiało 21% mężczyzn i 12% kobiet. Z płatnych usług seksualnych korzysta 14% mężczyzn. Realizowanie takich wzorów życia seksualnego ma wpływ na ryzykowne zachowania w kontekście HIV/AIDS. Dlatego tak istotna jest rzetelna edukacja seksualna. Edukacja ta jest szczególnie ważna w aktualnym procesie globalizacji kulturowej. Przenikające się wartości, wzory zachowań, style życia powodują zmiany w sferze kulturowej, takie jak: indywidualizm, samorealizacja, nastawienie na sukces osobisty. Przejmowanie tych wartości z jednej strony jest często nagradzane społecznie, z drugiej strony niesie ryzyko negatywnych skutków, takich jak odejście od tradycyjnych więzi społecznych, postaw, stylu życia prowadzących często bezpośrednio lub pośrednio do dużej liczby zagrożeń w wymiarze indywidualnym. Przykładem takich zagrożeń, będących skutkiem zmian cywilizacyjnych, są liczne problemy zdrowotne, np. choroby o podłożu psychicznym, choroby zakaźne – wśród których problem HIV/AIDS należy nadal do jednych z większych zagrożeń zdrowotnych, zagrożeń cywilizacyjnych.

Ryzyko rozprzestrzeniania się zakażenia HIV dotyczy również osób stosujących środki psychoaktywne. Z ostatnich badań ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*), przeprowadzonych w 2015 roku wynika, że najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży są napoje alkoholowe (88,5% 15-latków i 96,2% 17-latków chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło alkohol). Z innych środków psychoaktywnych należy wymienić przyjmowanie leków uspokajających lub nasennych (15,3% 15-latków i 15,2% 17-latków) oraz eksperymentowanie z marihuaną lub haszyszem (33,5% 15-latków oraz 50,4% 17-latków). Problem środków psychoaktywnych jest szczególnie niebezpieczny, zmieniły się bowiem postawy społeczne wobec osób je zażywających – w kierunku większej tolerancji, a być może „oswojenia się” z problemem. Przestał być problemem kryminogennym, w wielu środowiskach ma charakter stylu życia, aprobowanego wśród najbliższego otoczenia.

Problem zażywania środków psychoaktywnych w kontekście podejmowania ryzykownych zachowań dotyczy również ludzi dorosłych. Polska wciąż należy do krajów o wysokim wskaźniku rocznego spożywania alkoholu. Do niebezpiecznych nowych cech jakościowych w zakresie spożywania alkoholu należy zaliczyć wzrost liczby dziewcząt i kobiet nadużywających alkoholu oraz zmiana stylu picia. Skutkiem takich zachowań jest utrata kontroli nad swoim zachowaniem, a tym samym podejmowanie ryzykownych zachowań, w tym seksualnych, które nadal są główną przyczyną rozprzestrzeniania się HIV.

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

VI. FINANSOWANIE

Inwestowanie w profilaktykę HIV/AIDS

W dobie kryzysu ekonomicznego, przy malejących nakładach na profilaktykę i promocję zdrowia, bardzo istotne staje się efektywne wykorzystanie środków finansowych. W planowaniu działań i wydatków pomocna jest analiza, czy i które przedsięwzięcia są najbardziej uzasadnione z punktu widzenia kosztów i korzyści, czy warto przeznaczać środki, np. na kampanie multimedialne, mobilizację społeczną na poziomie lokalnym, doradztwo indywidualne czy kombinację tych działań. W jaki sposób najlepiej usprawnić te działania, np. przez poprawę szkolenia pracowników systemu ochrony zdrowia i doradców, zmiany w treści komunikatów lub trybie ich przekazywania tak, aby wywołać pożądaną reakcję i zmianę zachowań na prozdrowotne.

Przy ograniczonych nakładach finansowych na profilaktykę HIV/AIDS w Europie, decydenci ochrony zdrowia i osoby zarządzające programami profilaktycznymi, powinni już na etapie planowania dokładnie wyważyć koszty i korzyści poszczególnych działań, mając na uwadze ich końcowy efekt, tj. zapobieganie maksymalnie dużej liczbie zakażeń HIV. Analiza kosztów każdej opcji, a następnie pomiar skuteczności, np. przez badania populacji, statystyki klientów bądź usług, pozwalają na porównanie efektywności różnych opcji i wybór najbardziej optymalnych. Dysponowanie środkami publicznymi wiąże się z koniecznością uzasadnienia, czy działania te stanowią odpowiednie wykorzystanie zasobów finansowych w stosunku do rozwiązań alternatywnych, czy działania te są uzasadnione pod względem kosztów.²⁾

Wczesne wykrywanie i leczenie HIV/AIDS ma istotne znaczenie zarówno dla zdrowia poszczególnych osób, jak i ogółu społeczeństwa. Wysokość nakładów na zapobieganie i leczenie HIV/AIDS wpływa na skuteczność działań diagnostyczno-leczniczych, umożliwiających zarówno przedłużanie długości życia osób zakażonych HIV, jak i utrzymywanie jakości życia na odpowiednim poziomie. Według danych Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (UNAIDS), aby skutecznie przeciwdziałać HIV/AIDS należy w nadchodzących latach znacząco zwiększyć nakłady finansowe na ten cel z 20 mld USD w roku 2014 do ponad 31 mld USD w roku 2020. Zdaniem UNAIDS, 25% tej sumy powinna być inwestowana w działania profilaktyczne, co do których wiadomo, że są skuteczne i prowadzone w sposób efektywny.

Działania na poziomie społeczności lokalnych

Jednym z podstawowych sposobów profilaktyki HIV na poziomie społeczności lokalnych są działania nakierowane na zmianę ludzkich postaw i zachowań wobec HIV/AIDS. W zakresie profilaktyki HIV/AIDS zmiana zachowań może dotyczyć różnych grup zachowań: testów i badań przesiewowych, stosowania się do zaleceń lekarza dotyczących leczenia (adherencja), używania środków zapobiegających zakażeniu HIV (prezerwatywa), wymiany igieł i strzykawek (w przypadku osób stosujących narkotyki w iniekcjach), zachowań ryzykownych, czy umiejętności poszukiwania informacji nt. HIV/AIDS.

²⁾ Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną. Redakcja, Jacennik B, Hulewska A, Piasecka A. Vizja Press&IT. Warszawa 2012.

Choć szereg działań, których celem jest zmiana postaw i zachowań wobec HIV/AIDS, przeprowadzanych jest z sukcesem, wiele państw nie prowadzi w sposób systematyczny i całościowy ich oceny (w tym oceny ekonomicznej). Ocena taka jest bardzo ważna, aby dowiedzieć się w jakim stopniu podejmowane działania przekładają się na spadek liczby zakażeń HIV, czy i w jakim stopniu występuje zależność pomiędzy wysokością inwestycji w profilaktykę HIV, a liczbą rejestrowanych zakażeń. Monitorowanie i ocena działań pozwala także porównać liczbę rejestrowanych zakażeń HIV z liczbą zakażeń, które mogłyby mieć miejsce w sytuacji braku działań zapobiegawczych.

Wiedza, w jakim stopniu konkretne działania przekładają się na spadek liczby zakażeń HIV, wydaje się kluczowa z punktu widzenia efektywnej alokacji środków finansowych. Problemem pozostaje jednak to, że musi upłynąć sporo czasu pomiędzy inwestycją w profilaktykę HIV/AIDS a rzeczywistą redukcją liczby zakażeń. Należy także brać pod uwagę możliwość wystąpienia czynników nieprzewidzianych (ekonomicznych, prawnych, politycznych i społecznych), które mogą utrudniać prowadzenie skutecznej walki z HIV/AIDS.

Ocena ekonomiczna profilaktyki HIV/AIDS (przykłady)

Największą liczbę badań związanych z oceną ekonomiczną profilaktyki HIV/AIDS przeprowadza się w USA, Kanadzie i Australii. Badania nad efektywnością ekonomiczną profilaktyki HIV prowadzi m.in. amerykańskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (CDC), w którym opracowano metodologię i modele obliczania efektu ekonomicznego programów profilaktyki HIV. Modele te mają wspomagać proces decyzyjny związany z kierowaniem środków finansowych na profilaktykę HIV w USA. Za pomocą analizy korelacji wykazano występowanie zależności pomiędzy wysokością środków przeznaczanych na profilaktykę, a zmniejszaniem zapadalności na HIV w latach 1985–2006.³⁾ Inwestycje w profilaktykę HIV, które miały miejsce w USA w latach 1991–2006, pomogły zapobiec 361878 infekcjom HIV i zaoszczędziły dla systemu opieki zdrowotnej 130 mld USD⁴⁾. Rezultaty modelowego badania ewaluacyjnego wykazały oszczędności w przypadku większości działań wspomagających, nakierowanych na zmianę postaw i zachowań wobec HIV, zorganizowanych na poziomie społeczności lokalnych (community-based).⁵⁾

Według badań, optymalny dobór (portfolio) działań profilaktycznych, pozwoli w ciągu następnych 20 lat (tj. do 2033 roku) zmniejszyć o 34% liczbę nowych zakażeń HIV, co przełoży się na oszczędności finansowe wynoszące 5 mld USD.

³⁾ Holtgrave DR, Kates J. HIV incidence and CDC's HIV prevention budget: an exploratory correlational analysis. *Am J PrevMed.* 2007;32:63–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17184960>. Cited 15 Aug 2012

⁴⁾ Farnham PG, Holtgrave DR, Sansom SL, Hall HI. Medical costs averted by HIV prevention efforts in the United States, 1991–2006. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;54:565–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20647830>. Cited 14 Jan 2015

⁵⁾ Kessler J, Myers JE, Nuchifora KA, Mensah N, Kowalski A, Sweeney M, et al. Averting HIV infections in New York City: a modeling approach estimating the future impact of additional behavioral and biomedical HIV prevention strategies. *PLoS One.* 2013;8:e73269. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0073269>. Cited 6 Mar 2014.

Podobna ocena inwestycji w profilaktykę HIV na poziomie społeczności lokalnych została przeprowadzona w Kanadzie w prowincji Ontario⁶⁾. Ocenie poddano inwestycje przeprowadzone w latach 1987–2011 (z punktu widzenia płatnika). Wykazano, iż na przestrzeni badanych lat, inwestycje w profilaktykę HIV, pozwoliły zapobiec 70 279 zakażeniom HIV, co pozwoliło zaoszczędzić dla systemu opieki zdrowotnej sumę około 25,3 mld dolarów kanadyjskich (CAD). Od 2005 do 2011 roku, z 1 USD zainwestowanego w profilaktykę HIV, uzyskiwano 5 USD oszczędności. Przy szacowaniu liczby (70 279) zakażeń HIV, którym udało się zapobiec zarówno przy pomocy metod biomedycznych (związanych z ARV), jak i wspomagających (działania typu *community-based*, działania z zakresu zdrowia publicznego), wzięto pod uwagę różnicę pomiędzy wskaźnikiem zakażeń HIV w Ontario w okresie, gdy prowadzone były działania profilaktyczne, a okresem, gdy takich działań nie było lub prowadzono je na bardzo małą skalę. Wynik dotyczący oszczędności w systemie opieki zdrowotnej Ontario uzyskano, mnożąc liczbę zakażeń HIV, którym udało się zapobiec (przypisując to konkretnym działaniom profilaktycznym), przez koszt leczenia osoby zakażonej przez okres całego jej życia, zaś roczne koszty bezpośrednie leczenia, oszacowano na podstawie przeglądu literatury z lat 1986–2012 obejmującego koszty związane z chorobą (*cost-of-illness*). Analiza zwrotu z inwestycji (ROI) w profilaktykę HIV na poziomie społeczności lokalnej w latach 2005–2011 kształtowała się na poziomie 4,8 (oznacza to m.in., że 1 USD zainwestowany w programy typu *community-based*, daje oszczędność niecałych 5 USD w kosztach leczenia).

Skuteczna komunikacja nt. profilaktyki HIV/AIDS

W raporcie⁷⁾ Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC, 2009) wskazuje się na dwa istotne elementy wzmocnienia gotowości wobec zagrożenia chorobami zakaźnymi, w tym HIV/AIDS: współpraca pomiędzy instytucjami zdrowia publicznego oraz wspieranie rozwoju ośrodków informacyjnych dostarczających rzetelnej i opartej na badaniach wiedzy w zakresie komunikacji o zdrowiu. Podstawą funkcjonowania systemów zapobiegania zagrożeniom epidemiologicznym jest dostarczanie rzetelnej wiedzy naukowej.

Profilaktyka i wywołanie zmiany postaw i zachowań ludzkich (w tym wobec HIV/AIDS) wymaga skutecznego przekazu. Według danych amerykańskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (CDC), o efektywności działań związanych z komunikacją o zdrowiu decyduje szereg kryteriów: poziom kompetencji osób zajmujących się komunikacją, skuteczność przekazu, dogłębna wiedza na temat odbiorców docelowych, właściwy dobór technik i kanałów przekazu, identyfikacja liderów opinii z perspektywy grupy docelowej, rzetelność informacji, poziom zaufania społecznego do źródeł informacji o zdrowiu. Kryterium, które wpływa na wszystkie pozostałe, jest dostępność środków na finansowanie działań związanych z komunikacją i efektywność wykorzystania tych środków.

⁶⁾ Choi SKY, Holtgrave DR, Bacon J, Kennedy R, Lush J, McGee E, Tomlinson GA, Rourke SB. Economic Evaluation of Community-Based HIV Prevention Programs in Ontario: Evidence of Effectiveness in Reducing HIV Infections and Health Care Costs. Springerlink.com. AIDS Behav. DOI 10.1007/s10461-015-1109-8. 2015.

⁷⁾ ECDC (2009). Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases. Report.

Działania profilaktyczne

Epidemia HIV/AIDS jest problemem zdrowotnym, społecznym i psychologicznym. Dlatego też wskazane jest realizowanie programów ukierunkowanych na wielosektorowe wsparcie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Zaniechanie profilaktyki HIV/AIDS spowoduje wzrost rozprzestrzeniania się zakażeń HIV oraz znacznie większą liczbę nowych zakażeń, a w konsekwencji wzrost liczby osób, które będą wymagać leczenia ARV. W związku z powyższym wskazana jest kontynuacja działań, tj.:

1. programów edukacyjnych skierowanych do populacji generalnej, ze szczególnym uwzględnieniem osób młodych;
2. szkoleń skierowanych do wybranych grup zawodowych i społecznych;
3. działań, których odbiorcami będą różne grupy społeczne, uwzględniających specyficzne potrzeby każdej grupy;
4. działalności profilaktycznej, w tym kampanii, programów edukacyjnych, programów prowadzonych metodami aktywnymi, programów redukcji szkód skierowanych do kluczowych populacji, tj. szczególnie narażonych na zakażenie;
5. utrzymanie działalności punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowo i bezpłatnie badania diagnostyczne wykrywające zakażenia HIV, prowadzących profesjonalne poradnictwo, zbierających dane epidemiologiczne o drogach szerzenia się zakażeń HIV w Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie informacji uzyskanych od osób poddających się testowaniu.

Diagnoza problemu, czyli skierowanie działań prewencyjnych do konkretnych populacji, systematyczne prowadzenie badań behawioralnych i społecznych, które umożliwiłyby identyfikację zagrożeń i zjawisk, pozwoliły na podjęcie adekwatnych działań w tym zakresie i odpowiednią reakcją na trendy, wymagają nakładów finansowych.

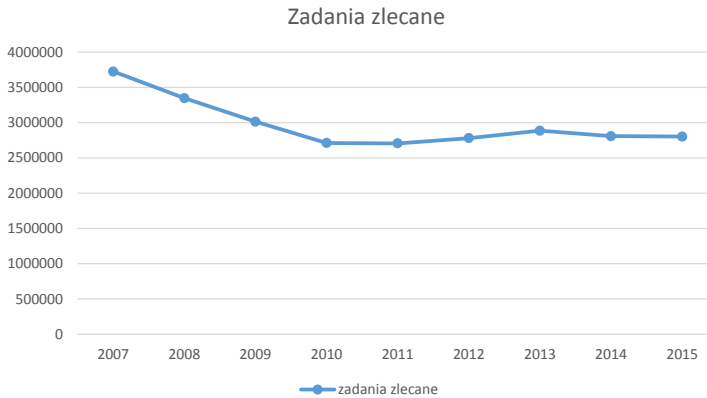
Kolejnym wyzwaniem są działania profilaktyczne w zakresie zakażeń przenoszonych drogą płciową – Polacy nie mają podstawowej wiedzy w tym zakresie, nie znają dróg zakażenia, objawów chorób, nie wykonują badań w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), nie stosują profilaktyki.

Na forum międzynarodowym Rzeczpospolita Polska, dzięki swojej aktywności w zakresie HIV/AIDS, jest postrzegana jako równorzędny i znaczący partner. Działania i doświadczenia Rzeczypospolitej Polskiej 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.

Niezbędne jest prowadzenie dalszych działań mających na celu zwiększenie zaangażowania, w tym także pod względem finansowym, innych realizatorów Programu, poza Ministerstwem Zdrowia.

Poniższy wykres przedstawia wysokość środków finansowych przeznaczanych w latach 2007–2015 na zadania zlecane z budżetu Krajowego Centrum ds. AIDS. Środki te, w skali kraju, są niewystarczające na kontynuowanie i prowadzenie działań profilaktycznych.

Wykres 11. Środki finansowe (w zł) w rozdziale 85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS, będące w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS w latach 2007–2015.



Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS

Wzrost finansów na działania w ramach promocji zdrowia oraz dotacji jest konieczny. Wsparcia wymagają m.in. działania polegające na:

- organizowaniu ogólnopolskich społecznych kampanii multimedialnych: przy wykorzystaniu narzędzi marketingu społecznego inicjowane są działania oraz przekazywane rzetelne informacje mające na celu zmianę niewłaściwych postaw i zachowań społeczeństwa w odniesieniu do HIV/AIDS;
- działalności wydawniczej: we współpracy ze specjalistami z zakresu medycyny, nauk społecznych i prawa prowadzona jest działalność wydawnicza: wydawane są różnego typu publikacje, od niewielkich ulotek z podstawowymi informacjami o HIV/AIDS po podręczniki dla lekarzy i inne specjalistyczne pozycje;
- organizowaniu szkoleń: szkolenia podwyższające kwalifikacje wybranych grup, szkolenia osób pracujących lub planujących podjąć pracę w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, w których można anonimowo i bezpłatnie wykonać test w kierunku HIV;
- utworzeniu, modernizowaniu, nadzorze merytorycznym oraz finansowaniu portalu edukacyjnego dla lekarzy ginekologów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), pielęgniarek i położnych oraz studentów medycyny zainteresowanych problematyką HIV/AIDS;
- zlecaniu badań naukowo-społecznych: badania przekrojowe są uznanym narzędziem służącym monitorowaniu epidemii HIV/AIDS. Celem badań jest rozpoznanie różnych aspektów postaw społeczeństwa w odniesieniu do problemów związanych z profilaktyką HIV/AIDS oraz poziomu wiedzy na temat profilaktyki zakażeń HIV/AIDS;

- innych działaniach profilaktycznych m.in.:
 - cyklicznie ogłaszanych konkursów na najlepsze projekty z zakresu HIV/AIDS wśród młodzieży,
 - angażowaniu mediów w działania profilaktyczne z zakresu HIV/AIDS,
 - współpracy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA-Poland,
 - organizacji Światowego Dnia AIDS,
 - organizacji Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS,
 - organizowaniu kampanii informacyjnych skierowanych do różnych grup docelowych,
 - finansowaniu ogólnopolskiego całodobowego telefonu zaufania AIDS,
 - finansowaniu internetowej poradni HIV/AIDS,
 - finansowaniu punktów konsultacyjno-diagnostycznych, wykonujących anonimowo i bezpłatnie badania w kierunku HIV, połączonych z poradnictwem przed testem i po nim;
- finansowaniu programów pomocowych w zakresie poprawy jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS;
- wspieraniu działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych.

Poniższa tabela przedstawia propozycję budżetu Krajowego Centrum ds. AIDS w latach 2017–2021 w wysokości umożliwiającej realizowanie wyżej wymienionych zadań. Zgodnie z założeniami makroekonomicznymi na lata 2015–2019 oraz wytycznymi na lata 2020–2025, opracowanymi przez Ministerstwo Finansów, przy szacowaniu skutków finansowych uwzględniono dynamikę średnioroczną na poziomie 2,5%.

Tabela 10. Proponowane środki finansowe w ramach działań profilaktycznych realizowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS (wysokość proponowanych środków może ulec zmianie, mając na względzie postanowienia ustawy budżetowej na 2017 r. oraz ustaw budżetowych na kolejne lata).

	2017	2018	2019	2020	2021
Promocja	1 700 000	1 742 500	1 786 100	1 830 715	1 876 500
Programy/dotacje	2 200 000	2 255 000	2 311 500	2 370 000	2 429 000
Razem	3 900 000	3 997 500	4 097 600	4 200 715	4 305 500

Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS

Program leczenia ARV

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w III obszar realizacji Programu: wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, wpisuje się m.in. program polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia pn: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” finansowany z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, będącego w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS (rozdział 85149 – Programy polityki zdrowotnej). Niniejszy program leczenia ARV stanowi integralną część Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Celem programu polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, przez zapewnienie dostępu do leczenia antyretrowirusowego i diagnostyki specjalistycznej. Właściwie prowadzone leczenie ARV powoduje zmniejszenie zapadalności na HIV i śmiertelności z powodu AIDS oraz zmniejszenie zakaźności dla populacji osób zdrowych w Rzeczypospolitej Polskiej. Zasady opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV w Rzeczypospolitej Polskiej, w tym leczenia antyretrowirusowego, opracowane są w formie Rekomendacji (ostatnia aktualizacja: 2016 r.) przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Rekomendacje są opracowywane przez grupę ekspertów z różnych ośrodków prowadzących terapię ARV w Polsce na podstawie rekomendacji europejskich (*European AIDS Clinical Society* – EACS).

Terapia antyretrowirusowa (HAART) wraz z diagnostyką specjalistyczną monitorującą przebieg zakażenia HIV, opieką ogólnomedyczną i psychospołeczną są elementami wzajemnie się uzupełniającymi i stanowią kontynuację efektywnej odpowiedzi na epidemię HIV/AIDS. Muszą one być ze sobą zintegrowane w odpowiednich rozwiązaniach systemowych.

Programem leczenia ARV są objęte wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, które są obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej oraz inne osoby, pod warunkiem że podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce albo ubezpieczają się dobrowolnie (w Narodowym Funduszu Zdrowia, na podstawie pisemnego wniosku, pod warunkiem posiadania miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.). Leczeniem objęci są również pacjenci przebywający w zakładach penitencjarnych (umowa z Centralnym Zarządem Służby Więziennej). Poza leczeniem ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, programem leczenia ARV objęte są osoby, które wymagają zastosowania leków ARV w ramach postępowania poekspozycyjnego po narażeniu na zakażenie HIV – ekspozycje pozazawodowe wypadkowe. W przypadku ekspozycji zawodowych zgodnie z art. 41 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866) pracodawca lub zlecający pracę pokrywa koszty profilaktyki poekspozycyjnej, w tym koszty leków ARV.

Tabela 11. Dane opracowane na podstawie Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Liczba pacjentów	3 358	3 822	4 434	4 897	5 606	6 297	7 110	7881	8606
Wzrost liczby pacjentów	-	+464	+612	+463	+709	+691	+813	+771	+725
% roczny przyrost pacjentów względem roku poprzedniego	9,35%	13,82%	16,01%	10,44%	14,47%	12,33%	12,91%	9,78%	9,19%
Liczba placówek	18	18	20	20	20	21	21	21	21
Liczba przerwanych terapii ARV	388	605	401	485	373	410	622	626	587
Liczba przerwanych terapii ARV w wyniku zgonu	76	68	46	62	97	100	107	123	98
Liczba pacjentów w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych	1737 razem	1771 razem	460	247	282	282	273	242	226
	1328 zawodowa	1378 zawodowa							
	409 poza-zawodowa	393 poza-zawodowa							
Liczba kobiet - profilaktyka zakażeń wertykalnych	73	70	81	67	45	78	69	57	52
Liczba noworodków	54	69	69	54	34	52	49	47	38
Liczba dzieci	123	117	134	130	130	118	113	112	113

Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS

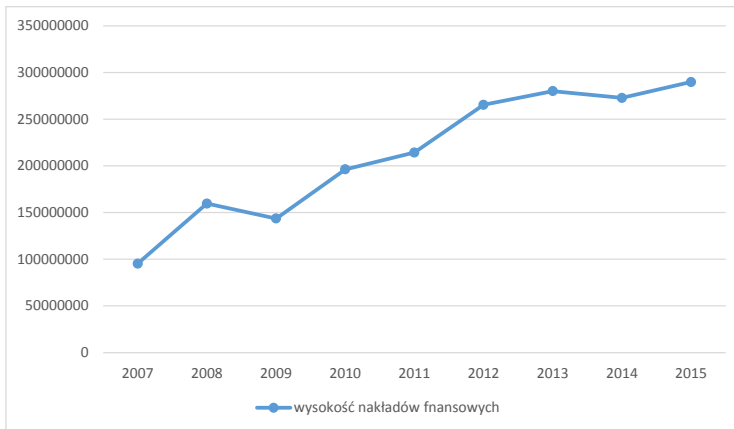
Należy podkreślić, że zgodnie z najnowszymi światowymi rekomendacjami leczenie antyretrowirusowe jest również bardzo ważnym elementem profilaktyki zakażeń HIV w populacji ogółu społeczeństwa – pacjent leczony antyretrowirusowo jest mniej zakaźny. Kontynuacja realizacji programu leczenia ARV stanowi niezwykle ważny czynnik walki z epidemią HIV/AIDS – dzięki szerokiej dostępności bezpłatnej dla pacjentów terapii ARV znacząco spadła śmiertelność z przyczyn związanych z AIDS. Skojarzone, skutecznie działające leczenie antyretrowirusowe znacząco poprawiło rokowanie osób żyjących z HIV. Zakażenie HIV stało się chorobą przewlekłą, dającą się kontrolować. Dzięki tej terapii pacjenci żyją dłużej, a jakość ich życia się poprawia.

Od początku Programu leczenia ARV obserwowana jest tendencja wzrostu liczby pacjentów wymagających włączenia do leczenia antyretrowirusowego ze wskazań życiowych (średni roczny przyrost to ok. 13%). Koszty leczenia tzw. doświadczonych pacjentów (długo leczonych ARV) są znacznie wyższe niż pacjentów dopiero rozpoczynających terapię ARV. Terapia pacjentów długo leczonych często wymaga podawania leków najnowszej generacji (np. inhibitory fuzji, inhibitory integrazy), co znacząco wpływa na wzrost kosztów terapii ARV.

Właściwie prowadzona profilaktyka wertykalna (opieka interdyscyplinarna oraz leczenie ARV) nad kobietami w ciąży i noworodkami żyjącymi z HIV spowodowała, że odsetek zakażeń wertykalnych spadł z ok. 23% do około 1%.

Przy zastosowaniu leków antyretrowirusowych w profilaktyce poekspozycyjnej (bezpłatnej dla pacjentów, którzy ulegli wypadkowi, w trakcie którego doszło do ekspozycji na zakażenie HIV) prowadzonej w ramach programu leczenia ARV, dotychczas nie odnotowano żadnego przypadku zakażenia HIV.

Wykres 12. Środki finansowe (w zł) w rozdziale 85149 – Programy polityki zdrowotnej, będące w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS w latach 2007–2015.



Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS

W ostatnich latach systematycznie wzrasta poziom finansowania programu polityki zdrowotnej 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 szeroki dostęp do najnowszych metod diagnostycznych oraz korzystają – bez oczekiwania w kolejce – z diagnostyki oraz bezpłatnej, wysokospecjalistycznej terapii ARV, finansowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Należy podkreślić, że leczenie ARV nie może być przerwane – rozpoczęta terapia powinna być prowadzona do końca życia pacjenta.

Tabela 12. Szacowana wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce, oparta na analizie wzrostu liczby pacjentów w poprzednich latach i dotychczasowych kosztów leczenia (Wysokość proponowanych środków może ulec zmianie, mając na względzie postanowienia ustawy budżetowej na 2017 r. oraz ustaw budżetowych na lata kolejne)

Rok	Prognozowana liczba pacjentów	Wartość
2017	10 800 pacjentów x 3500,00 x 12 m-cy	343 279 000,00
2018	11 900 pacjentów x 3500,00 x 12 m-cy	499 800 000,00
2019	13 100 pacjentów x 3500,00 x 12 m-cy	550 200 000,00
2020	14 400 pacjentów x 3500,00 x 12 m-cy	604 800 000,00
2021	15 850 pacjentów x 3500,00 x 12 m-cy	665 700 000,00

Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS

Przedstawione w tabeli kwoty są niezbędne do zapewnienia leczenia wszystkim szacowanym pacjentom, którzy ze wskazań medycznych powinni zostać objęci terapią ARV w kolejnych latach. Na koniec 2015 r. liczba osób zakażonych HIV wynosiła 19 915 osób, a liczba pacjentów leczonych ARV wynosiła 8606. W 2015 r. zarejestrowano 1055 nowych zakażeń HIV. Każda osoba zakażona wirusem HIV to potencjalny pacjent w programie leczenia ARV.

Finansowanie zadań w ramach Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2017–2021

Brak dostatecznego wsparcia finansowego przez instytucje odpowiedzialne za realizację Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS przyczynia się do niewykorzystania potencjału merytorycznego i organizacyjnego, którym dysponują te podmioty. Na problem ten zwróciła uwagę Najwyższa Izba Kontroli, która w informacji o wynikach kontroli realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012–2013 stwierdza m.in.: „(...) Kontrola NIK ujawniła daleko idące zaniedbania w zakresie finansowania działań profilaktycznych zmierzających do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa HIV w Rzeczypospolitej Polskiej. Skutkuje to ciągłym wzrostem kosztów zakupu leków ponoszonych przez budżet Państwa (...)”. NIK dalej rozwija powyższą uwagę: „(...) W ocenie NIK, utrzymywanie się opisanej tendencji corocznego zmniejszania udziału wydatków Krajowego Centrum na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Krajowego Programu w latach 2007–2013 (2% budżetu będącego w gestii Krajowego Centrum) wpływa negatywnie na długoterminową skuteczność i efektywność całego Programu, gdyż w dłuższej perspektywie czasowej może grozić niebezpiecznym marginalizowaniem działań profilaktycznych, które nie przynoszą przecież skutku natychmiastowego, a których rezultaty są widoczne dopiero po pewnym czasie (...)”. Według NIK, to właśnie zmiana świadomości obywateli w zakresie zjawiska HIV/AIDS jest najskuteczniejszym środkiem dla

realizacji najważniejszego celu, którym jest zapobieganie zakażeniom i przez to niedopuszczenie do późniejszych zachorowań. Ograniczenie finansowe jest jedną z najpoważniejszych barier w realizacji programów profilaktyki inicjowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Problem ten potęguje również ograniczone angażowanie środków finansowych, będących w gestii terenowej administracji rządowej oraz jednostek samorządów terytorialnych, na profilaktykę HIV.

Realizacja zadań finansowana jest z budżetu państwa odpowiednio z części, których dysponentami są właściwi ministrowie realizujący te programy (zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi), a także przez inne podmioty wskazane w tych programach, w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Kwoty podane poniżej są szacunkowe i ostateczna wysokość środków finansowych w latach 2017–2021 uzależniona będzie od budżetów poszczególnych podmiotów.

W przypadku finansowania zadań przez urzędy centralne jest to proponowana wysokość budżetów (z uwagi na zbyt duże rozpiętości nie brano tylko i wyłącznie pod uwagę wysokości środków finansowych z poprzedniej edycji harmonogramu, lecz także potrzeby i oczekiwania włączenia się w realizację profilaktyki HIV/AIDS). Natomiast w przypadku zadań realizowanych przez urzędy wojewódzkie i marszałkowskie, za podstawę wyliczeń przyjęto kwotę co najmniej 1 gr. na rok na mieszkańca w danym województwie (na podstawie danych z Głównego Urzędu Statystycznego, stan na dzień 30.06.2015 r.). Zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez resort finansów przyjęto dynamikę na poziomie 101,8% dla 2018 r., 102,2% dla 2019 r. oraz 102,5% dla lat następnych.

Przedstawiona powyżej propozycja odnosi się do środków finansowych wydatkowanych bezpośrednio na realizację działań w zakresie tematyki HIV/AIDS.

Tabela 13. Proponowane środki finansowe w latach 2017–2021 w ramach realizacji działań poszczególnych realizatorów Programów (wysokość proponowanych środków może ulec zmianie, mając na względzie postanowienia m.in. ustawy budżetowej na 2017 r. oraz ustaw budżetowych na lata kolejne, a także wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw. W latach 2017–2019 wskaźnik ten powinien wynosić odpowiednio 101,3%, 101,8% i 102,2%, a od roku 2020 i w latach następnych 102,5%).

Podmiot	2017	2018	2019	2020	2021
Minister właściwy ds. kultury fizycznej, sportu i turystyki	0	0	0	0	0
Minister właściwy ds. nauki i szkolnictwa ⁸⁾	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000

⁸⁾ Dalsze prowadzenie badań naukowych w zakresie HIV/AIDS przy wsparciu agencji finansujących, Narodowego Centrum Nauki (NCN) i Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR) zależy od: wyznaczenia priorytetowych obszarów badań w danym roku, przyjęciu przez rady powyższych instytucji stosownych uchwał, wysokości przeznaczonych środków finansowych oraz od warunków konkursów i tematyki projektów, o których decydują wnioskodawcy. Trudno zatem na tym etapie przewidzieć jaka tematyka będzie przedmiotem przyszłych wniosków, w tym także tych zakwalifikowanych do finansowania.

Minister Obrony Narodowej	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Minister właściwy ds. oświaty i wychowania	0	0	0	0	0
Minister właściwy ds. rodziny, pracy, zabezpieczenia społecznego	0	0	0	0	0
Minister właściwy ds. sprawiedliwości	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Minister właściwy ds. wewnętrznych	45 000-55 000	45 000-55 000	45 000-55 000	45 000-55 000	45 000-55 000
Państwowa Inspekcja Sanitarna	384 000	384 000	384 000	384 000	384 000
Dolnośląski Urząd Wojewódzki	29 000	29 000	29 000	29 000	29 000
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki	21 000	21 000	21 000	21 000	21 000
Lubelski Urząd Wojewódzki	21 000	21 000	21 000	21 000	21 000
Lubuski Urząd Wojewódzki	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Łódzki Urząd Wojewódzki	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000
Małopolski Urząd Wojewódzki	34 000	34 000	34 000	34 000	34 000
Mazowiecki Urząd Wojewódzki	53 000	53 000	53 000	53 000	53 000
Opolski Urząd Wojewódzki	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Podkarpacki Urząd Wojewódzki	21 000	21 000	21 000	21 000	21 000
Podlaski Urząd Wojewódzki	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000
Pomorski Urząd Wojewódzki	23 000	23 000	23 000	23 000	23 000
Śląski Urząd Wojewódzki	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000
Świętokrzyski Urząd Wojewódzki	13 000	13 000	13 000	13 000	13 000

Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
Wielkopolski Urząd Wojewódzki	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000
Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego	29 000	29 000	29 000	29 000	29 000
Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	21 000	21 000	21 000	21 000	21 000
Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego	21 000	21 000	21 000	21 000	21 000
Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000
Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	34 000	34 000	34 000	34 000	34 000
Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	53 000	53 000	53 000	53 000	53 000
Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	21 000	21 000	21 000	21 000	21 000
Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000
Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	23 000	23 000	23 000	23 000	23 000
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000
Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	13 000	13 000	13 000	13 000	13 000
Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000
Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000

Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS

Każdy podmiot indywidualnie opracowuje, na podstawie harmonogramu na lata 2017–2021, szczegółowy harmonogram roczny realizacji zadań, w którym zamieszcza informacje o planowanych do realizacji, w roku następnym, zadaniach oraz o planowanej wysokości środków finansowych, przeznaczonych w budżecie jednostki na działania w zakresie HIV/AIDS. Szczegółowy harmonogram roczny będzie przedkładany ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Zadania wynikające z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS powinny być finansowane ze środków będących w dyspozycji podmiotów biorących udział w Programie. Ostateczna ich wysokość w latach 2017–2021 uzależniona będzie od budżetów poszczególnych podmiotów w danym roku. Dla pełnej realizacji harmonogramu wskazane jest włączenie się poszczególnych podmiotów w działania w zakresie HIV/AIDS (oprócz ministerstw, także właściwych merytorycznie w zakresie zdrowia i pomocy społecznej urzędów marszałkowskich, Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej, urzędów wojewódzkich, urzędów miast oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej). Każde zadanie określone w przedmiotowym harmonogramie jest ważne z punktu widzenia walki z epidemią HIV/AIDS.

• • •

VII. MONITORING I EWALUACJA

Realizacją Programu kieruje minister właściwy do spraw zdrowia. Koordynacja działań oraz prowadzenie systemu monitorowania realizacji Programu powierzone zostało Krajowemu Centrum ds. AIDS, będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, utworzoną w celu realizacji zadań z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV i AIDS.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS podmioty obowiązane do realizacji Programu powołują, na czas obowiązywania harmonogramu, Zespoły do spraw realizacji Programu. Zespoły koordynują, na terenie województwa, działania wynikające z harmonogramów rocznych oraz współpracują w tym zakresie z Koordynatorem Programu. Celem funkcjonowania Zespołu jest zintegrowanie realizacji zadań określonych w harmonogramie realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

W poprzedniej edycji Programu, obowiązującym na lata 2012–2016, we wszystkich województwach zostały powołane Zespoły ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. W skład Zespołów zostali powołani przedstawiciele następujących instytucji, działających na terenie danego województwa:

1. urzędów wojewódzkich;
2. urzędów marszałkowskich;
3. urzędów miast;
4. Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
5. Narodowego Funduszu Zdrowia;

6. konsultanci wojewódzcy;
7. kuratoriów oświaty;
8. Policji;
9. organizacji pozarządowych.

Ponadto w Zespołach byli przedstawiciele:

1. podmiotów leczniczych;
2. Okręgowych Izb Lekarskich;
3. Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych;
4. Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS;
5. uniwersytetów (np. Uniwersytetu Zielonogórskiego, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie);
6. jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi;
7. Straży Granicznej;
8. izb celnych;
9. innych podmiotów.

Obsługę administracyjną prac Zespołów prowadził z reguły urząd, który powołał Zespół (wydział lub departament właściwy ze względu na cele działania Zespołu).

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS harmonogram realizacji Programu (obejmuje 5-letni okres działań) jest opracowywany przez Koordynatora we współpracy z podmiotami obowiązany do realizacji Programu. Harmonogram określa między innymi: zadania (przypisane do poszczególnych obszarów, celów ogólnych i celów szczegółowych), wskaźniki (przypisane do każdego zadania), podmioty realizujące zadanie w obszarze swoich kompetencji merytorycznych i terytorialnych, termin realizacji. Przedkładany jest on przez Koordynatora ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego rozpoczęcie działań przewidzianych w harmonogramie. Następnie minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada dokument Radzie Ministrów. Po 5 latach obowiązywania harmonogramu realizacji Programu, podmioty realizujące zadania przedkładają sprawozdania z wykonania zadań Koordynatorowi, do dnia 15 kwietnia roku następnego. Koordynator sporządza i przedkłada ministrowi właściwemu do spraw zdrowia całościowy dokument z realizacji 5-letniego harmonogramu realizacji Programu do dnia 15 maja (2022 r.), który następnie przekazany zostaje, zgodnie z procedurą, Radzie Ministrów.

Ponadto podmioty zobowiązane do realizacji Programu opracowują, na podstawie harmonogramu realizacji Programu, szczegółowe harmonogramy roczne realizacji Programu, zwane dalej „harmonogramami rocznymi”, w terminie do dnia 15 października roku poprzedzającego rozpoczęcie działań i przekazują je do Koordynatora. Koordynator, w formie zbiorczej, przedkłada je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 listopada roku poprzedzającego rozpoczęcie działań.

Sprawozdania, z poszczególnych lat, z realizacji zadań ujętych w szczegółowych harmonogramach rocznych przedkładane są Koordynatorowi do dnia 15 kwietnia roku następnego, który w terminie do dnia 15 maja opracowuje całościowe roczne sprawozdanie i przesyła je do ministra właściwego do spraw zdrowia.

W celu monitorowania realizacji Programu został utworzony system zbierania danych od podmiotów realizujących Program, dotyczących w szczególności:

1. podmiotów obowiązanych do realizacji Programu oraz uczestniczących w jego realizacji;
2. realizowanych zadań (zakresie finansowania, terminie realizacji oraz ich zasięgu);
3. grup odbiorców realizowanych zadań;
4. spójności podejmowanych działań z innymi ustawowymi programami.

Na podstawie § 10 ust. 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS podmioty biorące udział w realizacji Programu wprowadzają do systemu monitorowania harmonogramy i sprawozdania roczne, po udostępnieniu hasła przez Koordynatora.

Elektroniczna Baza Monitoringowa służy do katalogowania i przeglądania zadań, które są planowane i realizowane w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS. Za pośrednictwem Elektronicznej Bazy Monitoringowej podmioty zobowiązane do realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS przekazują Sprawozdania z realizacji Programu za rok poprzedni, jak również harmonogramy na kolejny rok.

Dostęp do systemu możliwy jest bezpośrednio ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS:
www.aids.gov.pl

Ogólna ocena i wnioski z realizacji Programu

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli

Realizacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS była przedmiotem kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli („Realizacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS w latach 2012–2013”, nr ewid. 10/2015/P/14/076/LKA, www.nik.gov.pl/plik/id,8675,vp,10792.pdf).

Celem kontroli była ocena efektów osiągniętych przez podmioty odpowiedzialne za przygotowanie i wdrażanie zadań Programu w latach 2012–2013.

W opinii NIK powodzenie Programu w istotnym stopniu uzależnione jest od zrozumienia przez poszczególnych realizatorów wagi i znaczenia problematyki HIV/AIDS. Wiedza o zagrożeniach związanych z tym zagadnieniem powinna przełożyć się na aktywność – przede wszystkim – w obszarze szeroko rozumianej profilaktyki.

NIK zwróciła uwagę na coraz mniejszy zakres finansowania działań profilaktycznych zmierzających do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa HIV. W ocenie NIK, utrzymywanie się tendencji zmniejszania udziału wydatków Krajowego Centrum na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Programu w latach 2007–2013 wpływa negatywnie na długoterminową skuteczność i efektywność całego Programu, gdyż w dłuższej perspektywie czasowej może grozić niebezpiecznym marginalizowaniem działań profilaktycznych, które nie przynoszą przecież skutku natychmiastowego, a których rezultaty są widoczne dopiero po pewnym czasie.

Ustalenia kontroli uzasadniają, zdaniem NIK, podjęcie przez Krajowe Centrum ds. AIDS, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, działań mających na celu zwiększenie w kolejnych latach udziału środków przeznaczanych na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków ponoszonych na zadania Programu.

Wnioski Najwyższej Izby Kontroli:

(www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-zapobieganiu-hiv-i-zwalczaniu-aids.html)

- Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia koordynowanie przez Krajowe Centrum ds. AIDS realizacji w latach 2012–2013 Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, a także wsparcie i opiekę zdrowotną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS w granicach przyznanych środków i możliwości. Jednocześnie NIK zwraca uwagę, że skuteczne zapobieganie zakażeniom HIV będzie możliwe wyłącznie w przypadku zapewnienia odpowiedniego finansowania szeroko rozumianej profilaktyki.
- NIK podkreśla odpowiednią dbałość o poprawę jakości życia i funkcjonowania osób z HIV/AIDS oraz ich rodzin i bliskich we wszystkich skontrolowanych ośrodkach (ośrodki prowadzące leczenie ARV oraz PKD). Na pozytywną ocenę zasługuje również zapewnienie przez Krajowe Centrum ds. AIDS dostępu do leków i testów w kierunku HIV.
- Ustalenia kontroli wskazują, że konieczne jest zwiększenie środków na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków przeznaczanych na Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS oraz wypracowanie i wdrożenie metod umożliwiających także jakościowy pomiar efektów działań podejmowanych w ramach Programu.
- NIK podkreśla także, że ważne jest sprawdzenie w skali kraju wywiązywania się przez lekarzy z obowiązków dotyczących zgłaszania zakażeń wirusem HIV.

Badanie ewaluacyjne

Krajowe Centrum ds. AIDS przeprowadzało badanie ewaluacyjne Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Celem badania była ewaluacja w zakresie ograniczenia rozprzestrzeniania zakażenia HIV oraz w zakresie poprawy jakości oraz dostępności opieki dla ludzi żyjących z HIV i chorych na AIDS.

Mocne strony i czynniki wzmacniające realizację Programu to:

- Krajowe Centrum ds. AIDS jako jednostka koordynująca,
- zaangażowanie organizacji pozarządowych,
- zaangażowanie autorytetów w realizację Programu,
- wsparcie wynikające z ustaleń decydentów na poziomie parlamentarnym, rządowym, ministerialnym,
- utrzymanie ciągłości i dostępności terapii ARV,
- realizowanie działań z zakresu profilaktyki i leczenia oraz ich dopasowanie do potrzeb i sytuacji epidemiologicznej w Rzeczypospolitej Polskiej,
- objęcie działaniami profilaktyczno-edukacyjnymi szerokiej grupy odbiorców,
- wsparcie ze strony instytucji samorządowych i lokalnych,
- wsparcia ze strony instytucji międzynarodowych.

Jako słabą stronę realizacji Programu wskazano:

- brak aktywnej współpracy ze strony wszystkich resortów,
- ograniczenia działań informacyjnych i edukacyjnych, które wynikały z niewielkiego zainteresowania mediów oraz zwiększających się kosztów działań profilaktycznych (głównie kampanie społeczne),
- zmniejszanie nakładów finansowych na działania profilaktyczne,
- brak programu społecznego skierowanego do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS, który umożliwiłby im powrót do aktywności zawodowej i społecznej,
- niedoskonałości monitoringu Programu.

Wnioski, które zostały przedstawione po badaniach:

- w swoich założeniach Program obejmuje kompleksowo zagadnienia związane z HIV/AIDS i stanowi wytyczne dla kontynuowania działań mających na celu zapobieganie zakażeniom HIV, opiekę nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS,
- cele i kierunki działań zostały w kolejnych Programach określone w sposób jasny i konkretny. Dla każdego z nich zostały przyporządkowane działania skierowane do określonych grup społeczeństwa, a każde z działań zostało skonkretyzowane, dla każdego z zadań postulowanych przez Program wskazano instytucje zaangażowane w jego realizację,
- w trakcie realizacji kolejnych edycji Programu wprowadzono pewne rozwiązania, które pozwalały dokonać ewaluacji metod i efektów wdrażania rozwiązań,
- większość podjętych działań odpowiadała oczekiwaniom społecznym w tym zakresie,
- nie wszystkie instytucje zobowiązane w Programie do działania wywiązały się w pełni ze swoich zadań,
- program najpełniej i najskuteczniej był realizowany przez Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami nadzorowanymi oraz przez organizacje pozarządowe działające na rzecz osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.

Rekomendacje i wyzwania na najbliższe lata:

- sytuacja epidemiologiczna HIV w Rzeczypospolitej Polskiej wymaga dalszego monitorowania, biorąc pod uwagę szerzenie się wirusa przez kontakty seksualne, szczególnie w populacji MSM, jak również wzmocnienie działań edukacyjno-profilaktycznych dostosowanych do potrzeb danych populacji. Profilaktyka HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) pozostaje kluczem do zmniejszenia skali epidemii HIV/AIDS,
- zwiększenie liczby osób testujących się w kierunku HIV i innych ZPDP, m.in. przez propagowanie idei testowania, projekty informacyjno-edukacyjne i kampanie zachęcające do wykonywania badań,
- wiedza wśród ogółu społeczeństwa nt. HIV/AIDS, a także innych zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz edukacja prozdrowotna w tym zakresie wymaga ciągłego podnoszenia,
- poprawa systemu świadczeń medycznych oraz obniżenie kosztów diagnostyki HIV oraz kosztów leków,
- w związku z dynamiką sytuacji epidemiologicznej należy liczyć się z istotnym przyrostem populacji wymagającej leczenia antyretrowirusowego, a starzenie się populacji osób zakażonych stanowi nowe wyzwanie dla systemu opieki społecznej,
- rozwój współpracy wielosektorowej oraz podejmowanie działań (popartych danymi epidemiologicznymi) adresowanych do poszczególnych społeczności i populacji na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym (dostępne krajowe źródła danych nie pozwalają na pozyskanie istotnych informacji epidemiologicznych i powinny zostać uzupełnione cyklicznie wykonywanymi badaniami o wystandaryzowanej metodologii),
- wspieranie państw sąsiadujących z Unią Europejską w walce z HIV/AIDS i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową,
- konieczność bardziej skutecznego pozyskiwania danych z poszczególnych państw i regionów. Potrzeba także więcej informacji nt. populacji kluczowych.

Należy położyć nacisk na kontynuowanie i intensyfikowanie podejmowanych działań w zakresie:

- analizy epidemiologicznej w aspekcie przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS,
- profilaktyki zakażeń HIV,
- pomocy i wsparcia dla osób żyjących z HIV, chorych na AIDS i ich bliskich,
- dostępu do metod diagnostycznych,
- leczenia ARV zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej,
- realizowania szerokiej edukacji społecznej, zmieniającej zachowania na mniej ryzykowne oraz postawy społeczne w kierunku tolerancji, akceptacji osób zakażonych HIV, chorych na AIDS.

Podejmowane działania powinny mieć charakter interdyscyplinarnej współpracy międzyresortowej oraz instytucjonalnej w wymiarze krajowym i lokalnym.

Przypisy do części „II. EPIDEMIOLOGIA HIV W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ”

1. Zielicka-Hardy A., Wojtyniak B., Niedźwiedzka-Stadnik M., Rosińska M. Estimating sensitivity of HIV reporting in Poland 1986-2010: the importance of completeness. ESCAIDE 2012, 24-26 października 2012, Edinburgh, Scotland, UK. ESCAIDE Abstract Book: 93.
2. Ipsos Polska. Analiza ankiet z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych z 2013 r. Raport przygotowany dla: Krajowego Centrum ds. AIDS. Warszawa, 2014.
3. Openchowska M, Kuźma K. Badanie dotyczące wiedzy i zachowań mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami w oparciu o ankiety zebrane w projekcie EMIS. Raport przygotowany przez TNS OBOP na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS. KC ds. AIDS, Warszawa, 2011.
4. Patrz przypis 3
5. Patrz przypis 2.
6. Rosinska M, Gwiazda P, DeAngelis D, Presanis A. Bayesian evidence synthesis to estimate HIV prevalence among men who have sex with men in Poland at the end of 2009. *Epidemiol Infect.* 2015. DOI: 10.1017/S0950268815002538.
7. www.sialon.eu.
8. Rosińska M, Sierosławski J, Wiessing L. High regional variability of HIV, HCV and injecting risks among people who inject drugs in Poland: comparing a cross-sectional bio-behavioural study with case-based surveillance. *BMC Infect Dis.* 2015;15:83. DOI: 10.1186/s12879-015-0828-.
9. Rosińska M. Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie, 2009 [Internet]. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2010 s. 1–69. Pobrano z: www.cinn.gov.pl/portal?id=166349.
10. Kwiatkowska A. HIV i HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. *Serwis Informacyjny NARKOMANIA* nr 4 (68) 2014: 34-37.
11. Smith CJ et al. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): a multicohort collaboration. *Lancet.* 2014 Jul 19;384(9939):241-8.
12. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. (2010). HIV testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
13. Wiessing, L., & Blystad, H. (2010). EMCDDA publishes guidelines on testing for HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users. *Euro Surveillance*, 15, 19735.
14. Simmons R, Marzec-Bogusławska A, Janiec J, Porter K for CASCADE Collaboration in EuroCoord. Relating HIV testing patterns in Poland to risky and protective behaviours. *AIDS Care.* 2015. DOI: 10.1080/09540121.2015.1100702.
15. Badania ewaluacyjne efektywności kampanii społecznych. Krajowe Centrum ds. AIDS http://www.aids.gov.pl/badania_spoleczne/.
16. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce. Biuletyny roczne Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH i Głównego Inspektoratu Sanitarnego. http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html.

*Załącznik
do uchwały nr 156/2016
Rady Ministrów
z dnia 13 grudnia 2016 r.*

**Harmonogram zadań realizowanych w ramach
Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom
HIV i Zwalczenia AIDS
opracowany na lata 2017–2021**

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
I	ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV WŚRÓD OGÓŁU SPOŁECZEŃSTWA	1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiany postaw, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za własne zdrowie i życie	1) Organizacja kampanii dotyczących HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową skierowanych do wybranych grup docelowych, zgodnie z potrzebami i oceną aktualnej sytuacji epidemiologicznej, m.in.: – opracowanie projektu kampanii wraz z jej elementami, – opracowanie i wydawanie różnorodnych materiałów informacyjnych, publikacji, – upowszechnianie przekazu kampanijnego w mediach (telewizja, radio, prasa, internet) i w mediach branżowych, – organizowanie i udział w konferencjach tematycznych związanych z kampanią, – promocja i wdrażanie aktywizujących i nowatorskich form profilaktycznych w ramach kampanii, np. konkursów, – organizowanie stoisk informacyjnych połączonych z rozdawnictwem materiałów edukacyjnych, – dystrybucja materiałów kampanijnych, – inne działania związane z kampanią.	– ogół społeczeństwa, – osoby podejmujące aktywność seksualną (kobiety i mężczyźni, osoby hetero-, homo- i biseksualne, mężczyźni mający seks z mężczyznami), – osoby przed inicjacją seksualną, – młodzież poniżej 15 r.ż., – młodzież powyżej 15 r.ż., – osoby powyżej 50 r.ż., – uczniowie szkół podstawowych, – uczniowie szkół gimnazjalnych, – uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, – lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, – pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, – lekarze ginekologów/położnicy, – położne, – kobiety w wieku prokreacyjnym, – kobiety planujące ciążę, – kobiety w ciąży, – partnerzy kobiet planujących ciążę lub w ciąży, – pracownicy ochrony zdrowia, – pracownicy oświaty,	– liczba kampanii, – liczba kreacji, – liczba tytułów publikacji, – liczba konferencji, – liczba stoisk informacyjnych, – liczba imprez, – nakład, – liczba rozdyskrebowanych materiałów, – liczba nowatorskich form profilaktyki.	– ministerstwo właściwe ze względu na cele Programu, – Krajowe Centrum ds. AIDS, – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, – Państwowa Inspekcja Sanitarna, – terenowe organy administracji rządowej, – jednostki samorządu terytorialnego, – Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS (PTNAIDS), – Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, – towarzystwa naukowe, – Narodowy Fundusz Zdrowia, – Naczelna Izba Lekarska oraz Okręgowe Izby Lekarskie, – Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych,	2017–2021

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
I				2) Działania związane z obchodami Światowego Dnia AIDS, m.in.: – upowszechnianie informacji w mediach (telewizja, radio, prasa, internet), – organizowanie i udział w konferencjach tematycznych związanych z kampanią, – promocja i wdrażanie aktywizujących i nowatorskich form profilaktycznych, np. konkursów, – organizowanie stoisk z materiałami edukacyjnymi, – dystrybucja materiałów edukacyjnych, – inne działania. 3) Działania edukacyjne podczas imprez masowych dostępnych dla ogółu społeczeństwa, w tym organizowanie stoisk informacyjnych połączonych z rozdawnictwem materiałów edukacyjnych. 4) Podniesienie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich przez inicjatywy mające na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji, promujące postawy wolne od uprzedzeń i lęków (w tym przydatne do pracy w kontakcie z osobami	– pracownicy socjalni, – pracownicy służb mundurowych, – pracownicy służb ratunkowych, – pracownicy administracji rządowej i samorządowej, – pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, – konsultanci krajowi i wojewódzcy, – przedstawiciele towarzystw naukowych, – przedstawiciele uczelni, – specjaliści/eksperti, – przedstawiciele mediów, – przedstawiciele środowisk opiniotwórczych, – przedstawiciele organizacji pracodawców, – przedstawiciele organizacji pozarządowych, – przedstawiciele organizacji pacjenckich, – przedstawiciele kościołów i związków wyznaniowych, – przedstawiciele instytucji lub organizacji tworzących i realizujących system szkoleń i certyfikacji, – psychologów, – terapeutów, – autorzy i realizatorzy programów edukacyjno-	– liczba inicjatyw, – poziom akceptacji społecznej.	– konsultanci krajowi z różnych dziedzin medycyny, – konsultanci wojewódzcy z różnych dziedzin medycyny, – organizacje pozarządowe, – inne.	

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
I				zakażonymi HIV, chorzy na AIDS, ich rodzinami i bliskimi)	-profilaktycznych, – inni.			
				5) Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób zakażonych HIV, chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich przez realizację programów promujących postawy wolne od uprzedzeń.				
				1) Szkolenia w zakresie HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową, m.in.: – konsultacje merytoryczne dotyczące systemu szkoleń specjalistów, – prowadzenie szkoleń zakończonych uzyskaniem dyplomu/certyfikatu/zaświadczenia np. konsultanta, doradcy PKD, edukatora, – udział ekspertów w wykładach, seminariach, zjazdach naukowych, konferencjach, – opracowanie, wydawanie i dystrybucja adresowanych do grup docelowych materiałów informacyjno-educacyjnych.		– liczba szkoleń, – liczba odbiorców, – liczba konsultacji, – liczba wydanych certyfikatów, – liczba wykładów eksperckich, – liczba tytułów publikacji, – liczba rozdyskrebowanych materiałów.		
	2. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie	a) poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy		1) Kontynuacja i rozwój działań edukacyjno-profilaktycznych skierowanych do grup docelowych zgodnie z potrzebami i oceną		– liczba działań edukacyjnych, – liczba odbiorców, – poziom wiedzy.		

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ	
I		profilaktyki HIV/AIDS		aktualnej sytuacji epidemiologicznej, m.in.: – działania o charakterze informacyjnym, takie jak np.: warsztaty, prelekcje, pogadanki, konferencje, seminaria, fora, wykłady, – działania o charakterze akcyjnym, takie jak np.: olimpiady, przeglądy teatralne, inscenizacje, imprezy prozdrowotne, – promocja i wdrażanie nowatorskich projektów profilaktycznych. 2) Zwiększenie dostępności informacji z zakresu problematyki HIV i AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową z wykorzystaniem wybranych środków przekazu m.in. przez: – promocję, tworzenie i aktualizację stron internetowych, – prowadzenie telefonu zaufania, – poszerzenie oferty tematycznej telefonów informacyjnych, – prowadzenie internetowych poradni, – opracowanie i dystrybucja biuletynów informacyjnych, – wykorzystanie portali społecznościowych, komunikatorów, aplikacji mobilnych itp.,			– poziom dostępności do informacji, – liczba stron/liczba odsłon, – liczba prowadzonych telefonów/liczba rozmów, – liczba obszarów tematycznych, – liczba tytułów publikacji, – liczba rozdyskrebowanych materiałów, – liczba użytych mediów społecznościowych.		

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAZNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
I			b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży	– inne środki przekazu, – opracowanie, wydawanie i dystrybucja adresowanych do grup docelowych (społecznych i zawodowych) różnorodnych materiałów informacyjnych, publikacji.				
				3) Wspieranie i organizacja stacjonarnych i niestacjonarnych punktów informacyjno-informacyjnych.		– liczba punktów informacyjno-konsultacyjnych, – liczba odbiorców, – liczba porad.		
				1) Promowanie wśród lekarzy ginekologów oraz położnych informacji o obowiązku zaproponowania wykonania testu w kierunku zakażenia HIV kobietom w ciąży.		– liczba odbiorców, – liczba inicjatyw, – poziom dotarcia.		
				2) Szkolenia dla lekarzy ginekologów położników i położnych w zakresie specjalistycznej opieki podczas ciąży, porodu i pójogu nad kobietą ciężarną HIV (+).		– liczba szkoleń, – liczba odbiorców, – poziom wiedzy.		
				3) Promowanie wśród kobiet w wieku prokreacyjnym i w ciąży oraz wśród ich partnerów informacji o możliwości wykonania testu w kierunku zakażenia HIV oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową.		– liczba odbiorców, – liczba inicjatyw, – liczba wykonanych testów w PKD, – liczba wykonanych testów finansowanych ze środków publicznych - NFZ		

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
I				4) Opracowanie i dystrybucja materiałów informacyjno- -edukacyjnych dotyczących zagadnień HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową przeznaczonych dla kobiet i ich partnerów.		– liczba tytułów publikacji, – liczba rozdyskrybuowanych materiałów.		
				5) Monitorowanie przez uprawnione podmioty realizowania obowiązku proponowania wykonania testu w kierunku zakażenia HIV przez lekarzy ginekologów, w tym zbieranie i analiza informacji dotyczących liczby wykonanych testów przez kobiety w ciąży w placówkach medycznych.		– liczba wykonanych testów finansowanych ze środków publicznych (NFZ), – liczba skontrolowanych podmiotów.		
		c) zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV		1) Rozbudowa sieci punktów anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV oraz poszerzenie oferty diagnostycznej w kierunku innych chorób przenoszonych drogą płciową.		– liczba PKD, – liczba klientów PKD, – liczba wykonanych testów.		
				2) Promowanie anonimowego i bezpłatnego testowania wraz z poradnictwem okołotestowym.				
		d) zwiększenie i integracja działań mających na celu zapobieganie HIV i innym chorobom przenoszonym drogą płciową		1) Wzmocnienie realizacji działań w zakresie profilaktyki HIV/AIDS, chorób przenoszonych drogą płciową i edukacji seksualnej w ramach		– liczba działań/inicjatyw, – liczba odbiorców.		

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
I				podstawy programowej i na wszystkich poziomach kształcenia.		– liczba zespołów, – liczba podmiotów reprezentowanych na poziomie województwa przez członków Zespołu, – liczba raportów/analiz, poziom potrzeb, – liczba inicjatyw Zespołu, – liczba spotkań poszczególnych Zespołów.		
				2) Działania edukacyjne promujące zachowania prozdrowotne w szczególności abstynencję seksualną, wzajemną wierność, bezpieczniejsze techniki seksualne, w tym stosowanie prezerwatyw i lubrykantów.				
				3) Promocja i wdrażanie aktywizujących i nowatorskich form profilaktyki.				
				4) Kreowanie polityki na poziomie województwa przez: – powołanie wojewódzkich zespołów ds. realizacji programów, – opracowanie i upowszechnienie informacji dotyczących działalności zespołów wojewódzkich w celu poprawy współpracy podmiotów realizujących Program, – analizę prowadzonych działań na terenie województwa w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej, opracowanie wniosków i rekomendacji do realizacji Programu (tj. diagnoza potrzeb i zasobów).				

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
I				– sporządzanie przez wojewódzkie zespoły szczegółowych harmonogramów rocznych i sprawozdań z realizacji zadań.		– liczba powołanych Zespołów, – liczba członków, – liczba rekomendacji/zaleceń wypracowanych przez Zespoły, – liczba inicjatyw, – liczba spotkań.		
				5) Powoływanie oraz wspieranie już istniejących zespołów eksperckich/doradczych działających w obszarze HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową, w tym m.in.: – w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV w populacji MSM – zespołu doradczego funkcjonującego przy Krajowym Centrum ds. AIDS, – w zakresie zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową – zespołu doradczego funkcjonującego przy Krajowym Centrum ds. AIDS.				
				1) Przegląd i analiza obowiązującego stanu prawnego.				
				2) Inicjatywy legislacyjne w zakresie HIV/AIDS podyktowane sytuacją epidemiologiczną oraz rekomendacjami organizacji międzynarodowych (WHO, UNAIDS, ECDC i innych).				
		3. Aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS	a) dostosowanie aktualnie obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS do przyjętych przez Polskę zobowiązań wspólnotowych i międzynarodowych			– liczba analiz, – liczba inicjatyw/działań, – liczba aktów prawnych, – liczba nowelizacji.		

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
I			b) podejmowanie inicjatyw legislacyjnych zmierzających do stworzenia lub uaktualnienia przepisów prawnych w zakresie HIV/AIDS	1) Przegląd i analiza obowiązującego stanu prawnego. 2) Inicjatywy legislacyjne w zakresie HIV/AIDS. 3) Dostosowanie regulacji prawnych do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej.				
Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
II	ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV WŚRÓD OSÓB O ZWIĘKSZONYM POZIOMIE ZACHOWAN RYZYKOWNYCH	1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych	1) Edukacja w zakresie ochrony przed chorobami przenoszonymi drogą płciową lub drogą krwi (w tym spowodowanymi przyjmowaniem substancji psychoaktywnych drogą iniekcji), ze szczególnym uwzględnieniem HIV.	– osoby podejmujące ryzykowne zachowania*, uwzględnieniem: • mężczyzn mających seks z mężczyznami, • osób stosujących środki psychoaktywne (obecnie lub w przeszłości), • osób świadczących usługi seksualne oraz korzystające z tych usług, • osób, które przebyły inne choroby przenoszone drogą płciową, • partnerów osób zakażonych, – osoby mające kontakty seksualne pod wpływem środków psychoaktywnych, – osoby pozbawione wolności,	– wykorzystanie innowacyjnych metod edukacyjnych, – liczba projektów, – liczba odbiorców, – wzrost poziomu wiedzy potwierdzony w drodze ewaluacji, – liczba rozdanych burowanych materiałów,	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu i jednostki im podległe, – Krajowe Centrum ds. AIDS, – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, – Państwowa Inspekcja Sanitarna, – jednostki samorządu terytorialnego, – terenowe organy administracji rządowej, – organizacje pozarządowe, – podmioty lecznicze, – towarzystwa naukowe, – instytuty badawcze, – organizacje pracodawców,	2017–2021
		2. Rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym	a) poprawa jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV	1) Wspieranie finansowe i pozafinansowe) sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym, według obowiązujących standardów Krajowego Centrum ds. AIDS.		– liczba PKD, – liczba klientów PKD, – liczba konsultacji, – liczba wykonanych testów, – poziom satysfakcji klientów PKD, – czas oczekiwania na poradę i wynik testu,		

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
II				2) Poszerzenie oferty diagnostycznej PKD o inne choroby przenoszone drogą płciową i krwiopochodną.	- ofiary gwałtów, - osoby mające wielu partnerów seksualnych, - populacje kluczowe, - migranci, - osoby z zaburzeniami psychicznymi, - osoby o nieuregulowanej sytuacji społeczno-prawnej (osoby nieubezpieczone, bezdomni), - klienci PKD, ich rodziny i bliscy, - pracownicy PKD, - pracownicy socjalni, - pracownicy systemu wspierania rodziny - pielęgniarki zastępczej, - asystenci rodziny, - koordynatorzy rodzinnej	- liczba PKD oferująca diagnostykę w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, - różnorodność oferty diagnostycznej. - liczba PKD oferująca katalog poszerzonych usług/konsultacji, - różnorodność oferty.	- sektor prywatny, - inne.	
				3) Rozwój poradnictwa specjalistycznego przy PKD, z uwzględnieniem usług m.in.: - wenerologa, - ginekologa, - psychologa, - seksuologa, - psychiatrę, - pracownika socjalnego, - prawnika.				
			b) usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych	1) Rozszerzenie informacji istotnych z punktu widzenia epidemiologicznego o czynniki zwiększające ryzyko zakażenia HIV, ze szczególnym uwzględnieniem chorób przenoszonych drogą płciową i krwiopochodną.	- pielęgniarki zastępczej, - osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą, - pracownicy instytucji opieki nad dziećmi do lat 3, - pracownicy służb ratunkowych, - pracownicy ochrony zdrowia, - pracownicy służb mundurowych, - pracownicy administracji rządowej i samorządowej, - pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, - przedstawiciele	liczba nowych czynników potwierdzonych danymi epidemiologicznymi.		
				a) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy	- liczba kanałów udostępniania, - liczba wejść na stronę, - liczba porad, - nakład, - liczba odbiorców, - liczba wydanych			
	3. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS							

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
II				-edukacyjne.	towarzystw naukowych, – przedstawiciele instytucji/ośrodków badawczych, – inni.	tytułów, – liczba rozdyskutowanych materiałów, – liczba kampanii, – liczba wydanych prezerwatów, chusteczek lateksowych i lubrykantów, – poziom efektywności kampanii, – satysfakcja z kampanii potwierdzona ewaluacją, – liczba projektów/programów, – poziom efektywności podjętych działań.		
				2) Kampanie edukacyjno-informacyjne skierowane do grupy docelowej, których elementem jest m.in. dystrybucja prezerwatów i lubrykantów. 3) Działania środowiskowe ukierunkowane na grupę docelową, których elementem jest m.in. dystrybucja prezerwatów i lubrykantów.				
			b) wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych	1) Rozwój programów o charakterze ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych ze szczególnym uwzględnieniem: – programów, których elementem jest dystrybucja prezerwatów i lubrykantów, – programów wymiany igieł i strzykawek, – programów leczenia substytucyjnego, – programów typu outreach (streetworking, partyworking itp.), – programów wsparcia psychologicznego,		– liczba programów, – liczba odbiorców, – liczba wydanych prezerwatów męskich, żeńskich, chusteczek lateksowych i lubrykantów, – liczba wydanych akcesoriów do przyjmowania środków psychoaktywnych – liczba osób włączonych do leczenia substytucyjnego,		

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
II				– programów rówieśniczych (<i>peer action</i>), – programów readaptacji społecznej.		– liczba dostępnych leków w ramach programów substytucyjnych, – liczba wydanych i rozdyskrybowanych materiałów informacyjno-edukacyjnych, – kompleksowość programów redukcji szkód, – innowacyjność programów, – liczba osób, które zrealizowały cele programów readaptacyjnych, – zmiana stylu życia w kontekście podejmowania zachowań ryzykownych.		
				2) Tworzenie, wspieranie i promowanie testowania w kierunku HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową w miejscach przebywania grupy docelowej.		– liczba punktów testowania, – liczba klientów, – rodzaj pobieranego materiału, – poziom satysfakcji klienta, – przestrzeganie zaleceń PTNAIDS i Krajowego Centrum ds. AIDS.		
				3) Promowanie szybkich testów posiadających właściwe certyfikaty (rapid testy) w diagnostyce		– liczba wykonanych szybkich testów, – liczba chorób		

LP.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
II				zakażeń HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową.		wykrywanych szybkimi testami, – przestrzeganie zaleceń PTNAIDS i Krajowego Centrum ds. AIDS, – przestrzeganie zasad diagnostyki laboratoryjnej, – liczba miejsc, gdzie wykonać można szybkie testy, – liczba kampanii promujących szybkie testy.		
				4) Edukacja na temat profilaktyki przedekspozycyjnej.		– liczba porad, – liczba ośrodków oferujących profilaktykę przedekspozycyj- ną, – liczba kampanii/ informacji.		

* ryzykowne zachowania: kontakty seksualne bez prezerwatywy, dzielenie się sprzętem do przyjmowania narkotyków i wykonywania tatuażu oraz kontakty błon śluzowych lub otwartej rany z krwią lub wydzielinami narządów płciowych innej osoby

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAZNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADANIA
III	WSPARCIE I OPIEKA ZDROWOTNA DLA OSÓB ZAKAŻONYCH HIV I CHORYCH NA AIDS	1. Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich	a) poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich	1) Działania zmierzające do podniesienia poziomu wiedzy w zakresie HIV/AIDS skierowane do osób zakażonych HIV, chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich.	- osoby zakażone HIV, rodziny i bliscy osób zakażonych HIV, - populacje kluczowe, - osoby podejmujące ryzykowne zachowania, ze szczególnym uwzględnieniem: • mężczyzn mających seks z mężczyznami, • osób stosujących środki psychoaktywne (obecnie lub w przeszłości), • osób świadczących usługi seksualne oraz korzystające z tych usług, - osób, które przebyły inne choroby przenoszone drogą płciową, • partnerów osób zakażonych, ofiary gwałtów, - migranci, - osoby o nieuregulowanym statusie prawnym, - kobiety w wieku prokreacyjnym, - kobiety planujące ciążę, - kobiety w ciąży, - dzieci urodzone przez matki żyjące z HIV, - dzieci do 18. roku życia zakażone HIV,	- liczba szkoleń, - liczba akcji/informacji, - liczba odbiorców, - ocena poziomu wiedzy uczestników szkoleń, - liczba programów/inicjatyw, - liczba podmiotów realizujących, - liczba odbiorców, - ocena wzrostu samoakceptacji - liczba programów/inicjatyw, - liczba podmiotów realizujących, - liczba odbiorców, - wzrost aspiracji osobistych i zawodowych, - wydłużenie aktywności zawodowej. - liczba nowo powstałych organizacji, - liczba działających organizacji.	- ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, - Krajowe Centrum ds. AIDS, - Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, - Rzecznik Praw Dziecka, - Rzecznik Praw Obywatelskich, - Rzecznik Praw Pacjenta, - Pełnomocnik Rządu ds. Społeczeństwa Obywatelskiego i Równego Traktowania, - Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, - terenowe organy administracji rządowej, - jednostki samorządu terytorialnego, - Naczelna Izba Lekarska oraz Okręgowe Izby Lekarskie, - Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych,	2017–2021

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
III				5) Podnoszenie świadomości prawnej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin, bliskich i opiekunów prawnych.	osoby leczone antyretrowirusowo (ARV), osoby zakażone HIV wchodzące w dorosłość, opiekunowie prawni, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy oświaty, pracownicy socjalni, pracownicy systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej, asystenci rodziny, koordynatorzy rodzinnej pieczy zastępczej, osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą, pracownicy instytucji opieki nad dziećmi do lat 3,	liczba akcji/informacji, liczba interwencji, liczba szkoleń, liczba odbiorców, wzrost poziomu wiedzy.	– konsultanci krajowi z różnych dziedzin medycznych, – konsultanci wojewódzcy z różnych dziedzin medycznych, – podmioty lecznicze, towarzystwa naukowe, – organizacje pozarządowe, – organizacje pacjenckie, – organizacje pracodawców, – inne.	
				6) Współdziałanie, rzecznictwo i pomoc w przestrzeganiu praw osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich przez instytucje rządowe, samorządowe oraz media.				
				7) Wspieranie innych działań i programów na rzecz osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich.		liczba programów/ inicjatyw, liczba odbiorców.		
				8) Opracowanie, wydawanie, dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących problematyki HIV/AIDS z wykorzystaniem wszystkich dostępnych mediów, skierowanych do osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich.	pracownicy służb mundurowych, pracownicy służb ratunkowych, pracownicy administracji rządowej i samorządowej, pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przedstawiciele organizacji pracodawców, przedstawiciele organizacji pozarządowych, przedstawiciele towarzystw naukowych, konsultanci krajowi i wojewódzcy, przedstawiciele instytutów badawczych, przedstawiciele mediów,	liczba tytułów, nakład, liczba wejść na strony internetowe.		
		b) zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich		1) Wspieranie działań i programów na rzecz osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich.		liczba programów/ inicjatyw, liczba odbiorców.		
		a) poprawa jakości istniejącego systemu opieki medycznej nad		1) Zapewnienie osobom zakażonym HIV dostępu do leczenia antyretrowirusowego (ARV)		liczba placówek prowadzących leczenie antyretrowirusowe		
	2. Poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki							

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADANIA
III		zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV	osobami żyjącymi z HIV/AIDS	oraz jego ciągłości w dotychczas obowiązującym systemie zgodnie z międzynarodowymi standardami.	– przedstawiciele środowisk opiniotwórczych, przedstawiciele uczelni, inni.	(ARV), – liczba odbiorców, – wzrost satysfakcji pacjentów z systemu leczenia.		
				2) Zapewnienie leczenia antyretrowirusowego (ARV) imigrantom – osobom o nieregulowanym statusie prawnym.		– liczba odbiorców.		
				3) Okresowa aktualizacja standardów terapii leczenia antyretrowirusowego (ARV).		– liczba aktualizacji, – liczba procedur, – liczba rekomendacji.		
				4) Działania na rzecz zapewnienia dostępu do diagnostyki i leczenia zakażeń oportunistycznych, zgodnie z międzynarodowymi standardami.				
				5) Opracowanie rekomendacji dotyczących testowania w kierunku HIV oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową.				
				6) Zapewnienie ujednoliconej diagnostyki specjalistycznej wykonywanej przez laboratoria monitorujące zakażenie HIV, prowadzoną terapię leczenia antyretrowirusowego (ARV) i diagnostykę chorób współistniejących.		– liczba badań.		
				7) Poprawa dostępu do opieki paliatywnej i długoterminowej opieki medycznej.		– liczba odbiorców, – liczba podmiotów.		

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ					
III			b) usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV	8) Zapewnienie dostępności świadczeń, dostosowanych do potrzeb osób żyjących z HIV, z uwzględnieniem wczesnej profilaktyki, diagnostyki i leczenia w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego.		– liczba placówek zapewniających opiekę, – liczba pacjentów objętych opieką.							
				9) Zwiększenie dostępu do świadczeń w zakresie zdrowia prokreacyjnego.		– liczba ciąż, – liczba urodzonych dzieci.							
				10) Prowadzenie badań naukowych w zakresie HIV/AIDS.		– liczba/wykaz badań, – wyniki badań.							
				1) Opracowanie, wdrożenie i informacja dotycząca ujednolitej procedury postępowania związanego z ekspozycją na zakażenie HIV.		– opracowanie procedury, – liczba placówek, – liczba ekspozycji, – liczba szkoleń, – liczba odbiorców.							
				2) Kontynuacja szkoleń w zakresie postępowania poekspozycyjnego dla pracowników ochrony zdrowia i innych grup zawodowych.									
				3) Opracowanie, wdrożenie informacji dotyczącej ujednolitej profilaktyki przedekspozycyjnej na zakażenie HIV.									
				1) Aktualizacja standardów postępowania z kobietami planującymi ciążę, mężczyznami w wieku prokreacyjnym i kobietami ciężarnymi żyjącymi z HIV/AIDS.					– liczba odbiorców, – liczba przeprowadzonych aktualizacji, – liczba kobiet ciężarnych żyjących z HIV/AIDS,				
				3. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym						a) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży i kobiet karmiących piersią			– liczba placówek realizujących

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
III			a) usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV b) Doskonalenie specjalistycznej opieki nad dziećmi zakażonymi HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV, w szczególności przez diagnostykę w kierunku HIV, realizację indywidualnego programu szczepień ochronnych. 2) Utworzenie i promowanie systemu opieki specjalistycznej dla nastolatków wchodzących w dorosłość.		program leczenia antyretrowirusowego w zakresie opieki nad kobietą w ciąży. – liczba dzieci urodzonych przez matki żyjące z HIV, – liczba dzieci zakażonych wertykalnie, – liczba dzieci objętych opieką, – liczba placówek/ podmiotów. – liczba odbiorców, – liczba placówek/ podmiotów.			
IV	WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA	1. Rozwój współpracy międzynarodowej	a) poszerzenie współpracy międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS 2) Realizacja projektów międzynarodowych w zakresie HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową, w tym realizacja działań w regionie Europy Środkowej i Wschodniej, w oparciu o istniejącą wiedzę i doświadczenie.	1) Podejmowanie inicjatyw międzynarodowych w zakresie HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową, w tym realizacja działań w regionie Europy Środkowej i Wschodniej, w oparciu o istniejącą wiedzę i doświadczenie. 2) Realizacja projektów międzynarodowych w zakresie HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową, w tym realizacja działań w regionie Europy	– ogół społeczeństwa, – osoby żyjące z HIV/AIDS, – populację kluczowe, – osoby podejmujące ryzykowne zachowania, ze szczególnym uwzględnieniem: • mężczyzn mających seks z mężczyznami, • osób stosujących środki psychoaktywne (obecnie lub kiedyś) • osób świadczących usługi seksualne oraz korzystające z tych	– liczba działań, – liczba inicjatyw. – liczba projektów/ działań, – liczba odbiorców, – liczba partnerów zagranicznych,	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, – jednostki podległe lub nadzorowane przez ministrów, – Krajowe Centrum ds. AIDS, – Państwowa Inspekcja Sanitarna, Rzecznik Praw Obywatelskich, – terenowe organy administracji rządowej, – jednostki samorządu	2017–2021

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
IV			a) aktywizacja udziału Polaków w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS b) aktywizacja udziału Polaków w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS	Środkowej i Wschodniej, w oparciu o istniejącą wiedzę i doświadczenie.	usług, • osób, które przebyły inne choroby przenoszone drogą płciową, • partnerów osób zakazonych, – ofiary gwałtów, – osoby pozbawione wolności, – migranci,	– liczba podmiotów krajowych, – liczba wydarzeń, w których uczestniczyli przedstawiciele Polski, – liczba uczestników z Polski.	– terytorialnego, – towarzystwa naukowe, – organizacje pozarządowe, – eksperci/specjaliści, – partnerzy zagraniczni, – inne.	
				3) Udział Polski w międzynarodowych wydarzeniach naukowych, społecznych i medialnych.				
				1) Opracowywanie i opiniowanie międzynarodowych aktów prawnych, zaleceń oraz innych dokumentów, w szczególności dotyczących praw człowieka, w zakresie HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową.	– przygraniczne społeczności lokalne, – pracownicy ochrony zdrowia, – pracownicy oświaty, – pracownicy służb mundurowych, – pracownicy socjalni, – pracownicy służb ratunkowych,	– liczba działań, – liczba inicjatyw, – liczba wydarzeń, w których uczestniczyli przedstawiciele Polski.		
			2) Wdrażanie międzynarodowych zaleceń w zakresie HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową, w tym dotyczących praw człowieka lub poprawy jakości życia osób żyjących z HIV. 3) Zapewnienie obecności Polaków w instytucjach lub organizacjach międzynarodowych działających w zakresie HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową.	– pracownicy administracji rządowej i samorządowej, – przedstawiciele organizacji pacjentskich, – przedstawiciele organizacji pozarządowych, – przedstawiciele towarzystw naukowych, – specjaliści/eksperti, – przedstawiciele mediów, – przedstawiciele środowisk opiniotwórczych, – przedstawiciele organizacji pracodawców, – przedstawiciele kościołów i związków wyznaniowych, – inni.	– liczba opublikowanych zaleceń w języku polskim, – liczba wdrożonych zaleceń.			
				1) Zapewnienie obecności Polaków w instytucjach lub organizacjach międzynarodowych działających w zakresie HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową.				
				c) aktywizacja udziału Polaków w pracach instytucji i organizacji międzynarodowych				

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
IV			d) poszerzenie współpracy międzynarodowej na rzecz poprawy jakości rzeczy osób zakażonych HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich	2) Prowadzenie sprawozdawczości na rzecz instytucji międzynarodowych oraz rozpowszechnianie danych. 1) Współpraca międzynarodowa polskich organizacji pozarządowych ze szczególnym uwzględnieniem organizacji zrzeszających osoby żyjące z HIV lub działających na ich rzecz, mająca na celu poprawę jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich.		– liczba sprawozdań, – liczba publikacji, – liczba instytucji lub organizacji. – liczba działań, – liczba inicjatyw, – liczba organizacji, – liczba odbiorców.		
Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
V	MONITORING	1. Usprawnienie monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz działań i zadań w zakresie HIV/AIDS	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	1) Opracowanie systemu podniesienia jakości zbierania i raportowania danych epidemiologicznych dotyczących HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz jego upowszechnienie przez m.in: – powołanie zespołu ds. opracowania systemu jakości zbierania i raportowania danych epidemiologicznych, analizę istniejących systemów oraz możliwości harmonizacji źródeł danych, – opracowanie dokumentu dot. systemu nadzoru epidemiologicznego zgodnie z wytycznymi	– ogół społeczeństwa, – osoby żyjące z HIV/AIDS, – populacje kluczowe, – pracownicy ochrony zdrowia, – przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, – przedstawiciele Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, – przedstawiciele Krajowego Centrum ds. AIDS, – pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, – pracownicy administracji rządowej i samorządowej, – pracownicy laboratoriów,	– liczba spotkań, – liczba dokumentów/rekomendacji, – liczba odbiorców, – liczba podmiotów/placówek	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, – jednostki podległe lub nadzorowane przez ministrów, – Krajowe Centrum ds. AIDS, – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, – Państwowa Inspekcja Sanitarna, – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych,	2017–2021

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAZNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
V				europejskimi i światowymi, – dostosowanie krajowych systemów zbierania danych do wymogów sprawozdawczości międzynarodowej. 2) Nadzór epidemiologiczny nad HIV/AIDS w oparciu o rutynową zgłaszalność przypadków, w tym: – pozyskiwanie, gromadzenie i udostępnianie danych epidemiologicznych, – wdrażanie rekomendacji/standardów służących poprawie jakości zbierania i raportowania danych epidemiologicznych w tym szkolenia pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w system nadzoru epidemiologicznego, – bieżąca ocena jakości danych, – tworzenie opracowań mających na celu ocenę szczegółowych problemów epidemii HIV/AIDS.	– pracownicy placówek wykonujących badania, – klienci placówek, – klienci PKD, ich rodziny i bliscy, – pracownicy PKD, – przedstawiciele zespołów wojewódzkich, – realizatorzy Programu, – przedstawiciele towarzystw naukowych, – przedstawiciele organizacji pozarządowych, – przedstawiciele uczelni, – przedstawiciele instytutów badawczych, – przedstawiciele towarzystw naukowych, – przedstawiciele mediów, – przedstawiciele środowisk opiniotwórczych, – przedstawiciele organizacji międzynarodowych, – inni.	– liczba wykonanych testów w kierunku HIV, – liczba osób, u których wykryto zakażenie HIV, – liczba osób, u których rozpoznano AIDS, – liczba osób zakażonych, które zmarły w wyniku AIDS, – liczba osób, u których wykryto zakażenie innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, – liczba szkoleń, – liczba odbiorców szkolenia, – liczba raportów/ dokumentów.	– konsultanci krajowi z różnych dziedzin medycyny, – towarzystwa naukowe, – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego, – Zespoły wojewódzkie, organizacje pozarządowe, – instytuty badawcze, – inne.	

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAŃ
V			b) usprawnienie nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS	3) Monitorowanie danych pozyskanych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w tym: – prowadzenie i modernizacja elektronicznej bazy danych, – analiza danych z ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz udostępnianie wyników.		– liczba osób wykonujących test w kierunku HIV w PKD,		
				– prowadzenie i modernizacja elektronicznej bazy danych,		– liczba osób, u których wykryto zakażenie HIV w PKD,		
				– analiza danych z ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz udostępnianie wyników.		– liczba ankiet,		
						– liczba raportów.		
			b) usprawnienie nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS	1) Monitorowanie realizacji Programu, prowadzenie informatycznej bazy danych oraz udostępnianie informacji realizatorom Programu.		– raport/informacja z bazy.		
				2) Zbieranie i analiza prowadzonych działań na terenie województwa w zakresie ograniczania zakażeń HIV, wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób żyjących z HIV/AIDS.		– wykaz działań prowadzonych na terenie województwa, liczba analiz		
				3) Rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich przez m.in.: – konsultacje i szkolenia dla reprezentantów wojewódzkich, – opracowanie i upowszechnienie monitoringów lokalnych, – opracowanie i wdrożenie wskaźników na poziomie województwa.		– liczba szkoleń/spotkań, liczba reprezentowanych województw, liczba dokumentów, liczba opracowań na poziomie wojewódzkim.		

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADANIA
V			c) wsparcie informacyjne realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS	4) Dostosowanie informatycznej bazy danych (służącej pozyskaniu danych od podmiotów realizujących Program) do potrzeb analiz wojewódzkich.		– liczba modyfikacji.		
				1) Pozyskiwanie, gromadzenie i udostępnianie informacji o zjawisku HIV/AIDS, m.in. raporty, opracowania, analizy, badania (własne, jednostek naukowo-badawczych, firm badawczych i innych).		– liczba publikacji.		
				2) Monitoring mediów.		– liczba publikacji/artykułów.		
				3) Ewaluacja kluczowych (wybranych) elementów realizacji Krajowego Programu.		– raport ewaluacyjny, – rekomendacje.		
				4) Prowadzenie badań w wybranych grupach docelowych, m.in.: – badania wiedzy i postaw społecznych i zachowań w zakresie HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową, – badania jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS, – inne badania (w populacjach kluczowych, kohortach wiekowych, itp.) dostosowane do potrzeb w ramach realizacji Programu.		– liczba badań, – liczba raportów, – wyniki badań, – rekomendacje /wnioski.		

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	RODZAJ ZADANIA	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADANIA	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	ROK REALIZACJI ZADAN
V			d) wsparcie informacyjne realizacji leczenia antyretrowirusowego	1) Monitoring funkcjonowania systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS przez prowadzenie informatycznej bazy danych w zakresie realizacji leczenia antyretrowirusowego.		– liczba osób objętych leczeniem antyretrowirusowym (ARV), – liczba ekspozycji, – liczba kobiet ciążarnych żyjących z HIV/AIDS, – liczba dzieci urodzonych przez matki żyjące z HIV, – liczba dzieci zakażonych wertykalnie, – liczba dzieci objętych leczeniem antyretrowirusowym (ARV), – liczba podmiotów/ placówek.		

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 15 lutego 2011 r.

w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

Na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723) zarządza się, co następuje:

§ 1

1. Ustala się Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, zwany dalej „Programem”.
2. Program jest realizowany w pięciu obszarach:
 - 1) zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa;
 - 2) zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych;
 - 3) wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
 - 4) współpraca międzynarodowa;
 - 5) monitoring.
3. Zapobieganie zakażeniom HIV, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, polega w szczególności na:
 - 1) promocji zdrowego stylu życia w zakresie przeciwdziałania zakażeniom HIV;
 - 2) profilaktyce w zakresie HIV/AIDS;
 - 3) promowaniu odpowiedzialnych zachowań oraz dbaniu o zdrowie własne i partnerów;
 - 4) propagowaniu rzetelnych i aktualnych informacji w zakresie problematyki HIV/AIDS;
 - 5) minimalizowaniu czynników ryzyka.
4. Zapobieganie zakażeniom HIV, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, polega w szczególności na:
 - 1) promocji zdrowego stylu życia w zakresie przeciwdziałania zakażeniom HIV;
 - 2) profilaktyce w zakresie HIV/AIDS;
 - 3) zmianie postaw i wspieraniu odpowiedzialnych zachowań oraz dbania o zdrowie własne i partnerów;
 - 4) minimalizowaniu czynników ryzyka.
5. Wsparcie i opieka zdrowotna, o których mowa w ust. 2 pkt 3, polegają w szczególności na:
 - 1) przeciwdziałaniu stygmatyzacji i dyskryminacji osób zakażonych HIV;
 - 2) podtrzymywaniu i rozwijaniu motywacji oraz umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia;
 - 3) organizowaniu w środowisku społecznym wsparcia, w tym ze strony organizacji pozarządowych i innych podmiotów;
 - 4) zapewnieniu powszechnego dostępu do diagnostyki w zakresie HIV/AIDS;
 - 5) zapewnieniu powszechnego dostępu do leczenia antyretrowirusowego prowadzonego i finansowanego na podstawie programu zdrowotnego ustalanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 6) przeciwdziałaniu postępowi choroby;
 - 7) zapobieganiu skutkom choroby;
 - 8) zwiększeniu świadomości chorego w zakresie zdrowia i choroby.
6. Współpraca międzynarodowa, o której mowa w ust. 2 pkt 4, polega w szczególności na:
 - 1) kształtowaniu polityki międzynarodowej w obszarze HIV/AIDS przez aktywny udział przedstawiciela Rzeczypospolitej Polskiej w działaniach organizacji międzynarodowych zajmujących się problematyką z zakresu HIV/AIDS;

- 2) reprezentowaniu Rzeczypospolitej Polskiej w organizacjach międzynarodowych, które swoim działaniem obejmują HIV/AIDS;
 - 3) wymianie doświadczeń w zakresie najlepszych praktyk w oparciu o istniejącą wiedzę.
7. Monitoring, o którym mowa w ust. 2 pkt 5, służy ocenie realizacji Programu i polega w szczególności na:
- 1) systematycznym zbieraniu i analizowaniu informacji na temat HIV/AIDS;
 - 2) zbieraniu i analizowaniu informacji dotyczących planowanych oraz realizowanych działań i zadań w zakresie HIV/AIDS;
 - 3) prowadzeniu informatycznej bazy danych, w zakresie realizacji leczenia antyretrowirusowego, o którym mowa w ust. 5 pkt 5;
 - 4) prowadzeniu informatycznej bazy danych, o której mowa w § 10.

§ 2

Cele ogólne i cele szczegółowe w ramach obszarów realizacji Programu określa załącznik do rozporządzenia.

§ 3

1. Realizacją Programu kieruje minister właściwy do spraw zdrowia.
2. Koordynatorem realizacji Programu jest Krajowe Centrum do Spraw AIDS, jednostka podległa i nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, właściwa w zakresie realizacji zadań dotyczących zapobiegania i zwalczania AIDS, zwana dalej „Koordynatorem”.

§ 4

1. Koordynator, we współpracy z podmiotami obowiązany do realizacji Programu, opracowuje harmonogram realizacji Programu, zwany dalej „Harmonogramem”.
2. Harmonogram obejmuje w szczególności zadania, których realizacja przyczyni się do osiągnięcia celów określonych w załączniku do rozporządzenia.
3. W Harmonogramie określa się: rodzaj zadań, podmioty odpowiedzialne za ich realizację, rok realizacji zadania oraz wskaźniki realizacji zadań.
4. Harmonogram ustala się na okres 5 lat.
5. Koordynator sporządza i przedkłada Harmonogram ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego rozpoczęcie realizacji zadań przewidzianych Harmonogramem.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada Harmonogram do zatwierdzenia Radzie Ministrów.

§ 5

1. Podmiotami obowiązany do realizacji Programu są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu.
2. Podmiotami obowiązany do realizacji Programu są także terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki.
3. W realizacji zadań Programu uczestniczą wszystkie podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz edukacji publicznej.
4. W realizacji zadań Programu mogą również uczestniczyć podmioty, które prowadzą działalność umożliwiającą podejmowanie zadań wynikających z Harmonogramu lub prowadzenia akcji wspierających realizację Programu.

§ 6

1. Podmioty obowiązane do realizacji Programu opracowują, na podstawie Harmonogramu, szczegółowe harmonogramy roczne realizacji zadań Programu, zwane dalej „harmonogramami rocznymi”, na rok następny, które przekazują Koordynatorowi w terminie do dnia 15 października.
2. Koordynator sporządza w formie zbiorczej harmonogramy roczne i przedkłada je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do zatwierdzenia, w terminie do dnia 15 listopada.

§ 7

1. Podmioty obowiązane do realizacji Programu przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 kwietnia, roczne sprawozdanie z wykonania zadań objętych harmonogramami rocznymi.
2. Koordynator sporządza w formie zbiorczej roczne sprawozdanie z realizacji zadań objętych harmonogramami rocznymi i przedkłada je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do zatwierdzenia, w terminie do dnia 15 maja.

§ 8

1. Podmioty obowiązane do realizacji Programu przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 kwietnia, sprawozdanie wykonania zadań objętych Harmonogramem wraz z podsumowaniem tego okresu.
2. Koordynator sporządza w formie zbiorczej sprawozdanie z wykonania zadań objętych Harmonogramem wraz z podsumowaniem tego okresu i przedkłada je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 maja.
3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada do zatwierdzenia Radzie Ministrów.

§ 9

1. Podmioty, o których mowa w § 5 ust. 2-4, powołują, na czas obowiązywania Harmonogramu, Zespoły do spraw realizacji Programu, zwane dalej „Zespołami”, w celu zintegrowania realizacji zadań określonych w Harmonogramie.
2. Zespoły koordynują, na terenie województwa, działania wynikające z harmonogramów rocznych oraz współpracują w tym zakresie z Koordynatorem.
3. Zespoły są powoływane nie później niż na 3 miesiące przed opracowaniem pierwszych harmonogramów rocznych.

§ 10

1. System monitorowania realizacji Programu służy do pozyskiwania danych od podmiotów realizujących Program w zakresie obszarów określonych w § 1 ust. 2.
2. System monitorowania, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności informacje o:
 - 1) podmiotach obowiązanych do realizacji Programu oraz uczestniczących w jego realizacji;
 - 2) realizowanych zadaniach (zakresie finansowania, terminie realizacji oraz ich zasięgu);
 - 3) działaniach skierowanych do określonej grupy odbiorców;
 - 4) spójności z innymi ustawowymi programami.
3. Wszystkie podmioty biorące udział w realizacji Programu są obowiązane do wprowadzania do systemu monitorowania informacji, o których mowa w ust. 2.

4. Podmioty biorące udział w realizacji Programu wprowadzają do systemu monitorowania:
 - 1) harmonogramy roczne, o których mowa w § 6 ust. 1;
 - 2) sprawozdania, o których mowa w § 7 ust. 1.
5. Dostęp do systemu monitorowania następuje po uzyskaniu od Koordynatora indywidualnego hasła dostępu.
6. System monitorowania prowadzi Koordynator.

§ 11

Na podstawie dotychczasowych przepisów są realizowane zadania wynikające z „Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowanego na lata 2007-2011” oraz sporządzane i przedkładane sprawozdania wynikające z tego Harmonogramu.

§ 12

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.¹⁾

Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (Dz. U. Nr 189, poz. 1590), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, na podstawie art. 68 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723).

CELE OGÓLNE I CELE SZCZEGÓŁOWE W RAMACH OBSZARÓW REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV I ZWALCZANIA AIDS

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE
1	2	3	4
I	Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa)	1. ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	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
		2. zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	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
II	Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa)	3. aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS	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
		1. ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych
			a) poprawa jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV
		2. rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym	b) usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych
			a) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy
		3. zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	b) wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych

III	Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa)	1. poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich	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
		2. poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV	a) poprawa istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS
			b) usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV
		3. zapobieganie zakażeniom wertykalnym	a) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży i kobiet karmiących piersią
			b) usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV/AIDS oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV
IV	Współpraca międzynarodowa	1. rozwój współpracy międzynarodowej	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
V	Monitoring	1. usprawnienie monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz działań i zadań w zakresie HIV/AIDS	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



Agenda Ministra Zdrowia

Telefon Zaufania HIV/AIDS:

801 888 448* 22 692 82 26

*płatne za pierwszą minutę połączenia

Poradnia internetowa HIV/AIDS:

poradnia@aids.gov.pl

www.aids.gov.pl



Egzemplarz bezpłatny