

MINISTER ZDROWIA

Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2012-2016

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

Opracowany przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS

Warszawa, 30 styczeń 2012 r.

SPIS TREŚCI:

I. Wprowadzenie	3
II. Horyzont czasowy	5
III. Ramy prawne i powiązania z innymi dokumentami strategicznymi	6
IV. Diagnoza sytuacji społeczno-gospodarczej	7
V. Obszary, cele główne i cele szczegółowe	15
VI. Finansowanie programu	19
VIa. Program Leczenia ARV finansowany z budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia	23
VIb. Działania profilaktyczne finansowane z budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia	26
VIc. Finansowanie zadań w ramach Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanego na lata 2012-2016 przez realizatorów Programu	28
VII. Podstawowe założenia systemu realizacji i monitorowania	28
VIII. Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2012-2016	31
IX. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS	62

I. WPROWADZENIE

Polityka Państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczania AIDS określona została w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Wieloletnie doświadczenia i obserwacje, wiedza w dziedzinie zakażeń HIV/AIDS i prognozy rozprzestrzeniania się epidemii w naszym regionie oraz polityka międzynarodowa uzasadniają inicjatywy legislacyjne oraz podejmowanie działań w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Stanowi to podstawę do bycia równoprawnym partnerem w realizacji programów zdrowia publicznego Unii Europejskiej.

Krajowe Centrum do Spraw AIDS realizuje zadania, w imieniu Ministra Zdrowia, z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS.

Działania Krajowego Centrum do Spraw AIDS mają na celu ograniczanie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV, poprawę jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich poprzez:

- a. profilaktykę zakażeń HIV i zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS,
- b. poprawę jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich,
- c. zapewnienie szerokiego dostępu do diagnostyki oraz leczenia ARV,
- d. poprawę jakości i dostępu do diagnostyki i opieki medycznej nad ludźmi żyjącymi z HIV/AIDS oraz osobami narażonymi na zakażenie HIV,
- e. ograniczenie zakażeń HIV wśród dzieci.

W szerokim zakresie, Krajowe Centrum do Spraw AIDS realizuje również działania z zakresu współpracy międzynarodowej.

Pierwszy Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Osobami Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS był realizowany w latach 1996-1998. Kolejne edycje Programu obejmowały lata 1999-2003 oraz 2004-2006.

Następnie podstawą prawną działań było m. in. *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV* (Dz. U. Nr 189, poz. 1590). Zadania realizowane były zgodnie z *Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS*

i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowanym na lata 2007-2011, zaakceptowanym przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 31 października 2006 r.

Obecnie podstawę prawną działań stanowi *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS* (Dz. U. Nr 44, poz. 227).

Zgodnie z § 4 wyżej wymienionego rozporządzenia Koordynator realizacji Programu (Krajowe Centrum do Spraw AIDS) we współpracy z podmiotami obowiązany do realizacji Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, zwanego dalej Programem, opracowuje harmonogram realizacji Programu, zwany dalej Harmonogramem, obejmujący w szczególności zadania, których realizacja przyczyni się do osiągnięcia celów określonych w załączniku do rozporządzenia.

W opracowaniu przedmiotowego Harmonogramu uczestniczyli przedstawiciele urzędów administracji publicznej, środowisk medycznych oraz organizacji pozarządowych.

II. HORYZONT CZASOWY

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS Koordynator realizacji Programu opracowuje Harmonogram obejmujący w szczególności zadania, których realizacja przyczyni się do osiągnięcia celów określonych w załączniku do rozporządzenia. Harmonogram ustala się na okres 5 lat.

W Harmonogramie określa się:

- a. rodzaj zadań, których realizacja przyczyni się do osiągnięcia określonych w Harmonogramie celów,
- b. grupę docelową,
- c. podmioty odpowiedzialne za ich realizację,
- d. wskaźniki realizacji zadań
- e. 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 obowiązane 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 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.

Niniejszy *Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS* opracowany został na lata 2012-2016 (zgodnie z § 4 ust. 4 wyżej wymienionego rozporządzenia).

III. RAMY PRAWNE I POWIĄZANIA Z INNYMI DOKUMENTAMI STRATEGICZNYMI

Przedkładany *Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2012-2016* jest zgodny z zaleceniami i zobowiązaniami zawartymi w międzynarodowych dokumentach i deklaracjach, między innymi takich jak:

- a. Program Działań z Międzynarodowej Konferencji Ludności i Rozwoju (Kair 1994),
- b. 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),
- c. Cele rozwoju zawarte w Deklaracji Milenijnej przyjętej przez ONZ podczas 55 Sesji ONZ (wrzesień 2000),
- d. Deklaracja Zobowiązań w sprawie HIV/AIDS przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne podczas Sesji Specjalnej ONZ poświęconej walce z epidemią HIV/AIDS (27 czerwiec 2001),
- e. Deklaracja Wileńska UE (2004),
- f. Deklaracja Dublińska WHO, UE (2004),
- g. Deklaracja z Bremy *Odpowiedzialność i partnerstwo – razem przeciw HIV/AIDS*, UE (2007),
- h. Deklaracja Unii Europejskiej (2008),
- i. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 20 listopada 2008 r. w sprawie wczesnego wykrywania i wczesnego leczenia HIV/AIDS,
- j. Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów *Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich w latach 2009-2013*,
- k. European Action Plan on HIV/AIDS in the WHO European Region, 2012-2015,
- l. WHO HIV/AIDS strategy 2011–2015.

Wpisuje się również w krajowe dokumenty strategiczne, między innymi:

- a. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015,
- b. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016,

c. Strategię Rozwoju Kraju 2007-2015.

IV. DIAGNOZA SYTUACJI SPOŁECZNO-GOSPODARCZEJ

Pierwsze lata XXI wieku nie przyniosły oczekiwanych odkryć naukowych dotyczących szczepionki zapobiegającej zakażeniu HIV.

Pomimo wielu wysiłków społeczności międzynarodowej w celu zapewnienia szerokiej dostępności leczenia antyretrowirusowego (ARV) dla osób zakażonych oraz objęciu działaniami prewencyjnymi, w tym edukacją, jak najszerzej grupy odbiorców, cały czas możemy, niestety, mówić o pandemii AIDS. Nadal najskuteczniejszym środkiem zapobiegania zakażeniom pozostaje efektywna, systematyczna profilaktyka, oparta na aktualnym stanie wiedzy, uwzględniająca zróżnicowane potrzeby społeczne, zachowania i profesje ludzi.

Założenia strategii przeciwdziałania HIV/AIDS, opracowane przez organizacje międzynarodowe, takie jak Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (UNAIDS) czy Światową Organizację Zdrowia (WHO), opierają się na nienaruszalnej zasadzie poszanowania praw człowieka i godności ludzkiej (Międzynarodowe Wytyczne w zakresie HIV/AIDS i Praw Człowieka, Wytyczna nr 6 - *Dostęp do prewencji, leczenia, opieki i wsparcia*). Podkreślają one także konieczność udziału w procesie tworzenia i realizacji strategii narodowych, osób skupionych wokół organizacji pozarządowych, w tym szczególnie ludzi żyjących z HIV. Ich aktywny udział w programach profilaktycznych jest gwarancją efektywności tych programów. Jednak działania tych środowisk na rzecz całego społeczeństwa, będą możliwe tylko wtedy, jeżeli zostanie zapewnione szeroko rozumiane wsparcie ze strony organów władzy publicznej.

Epidemiologia – świat (źródło: UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC 2010)

Według szacunków UNAIDS na świecie z HIV żyje około 33,3 miliona osób. Co 12 sekund na świecie ktoś zakaża się HIV, co 17 sekund inna osoba umiera na AIDS. Jednocześnie szacuje się, że zaledwie 40% seropozytywnych osób posiada wiedzę o swoim zakażeniu.

Według najnowszych informacji globalna sytuacja epidemiologiczna stabilizuje się. W ostatnich latach obserwuje się nieznaczny spadek liczby nowych zakażeń HIV.

Istnieje jednak kilka krajów, w których w latach 2001-2009 odnotowano wzrost liczby zakażeń aż o 25% (m.in. Ukraina).

Od 2001 roku umieralność z powodu AIDS na świecie spadła o 19%, co wiąże się przede wszystkim z rozszerzaniem dostępności leczenia antyretrowirusowego (ARV).

Szacunkowe dane epidemiologiczne HIV/AIDS na świecie (za 2009 rok)

Liczba osób żyjących z HIV – 33,3 mln [31,4 – 35,3]

- a. Dorośli – 30,8 mln [29,2 – 32,6]
- b. Kobiety – 15,9 mln (14,8 – 17,2]
- c. Dzieci (< 15. r.ż.) – 2,5 mln [1,6– 3.4]

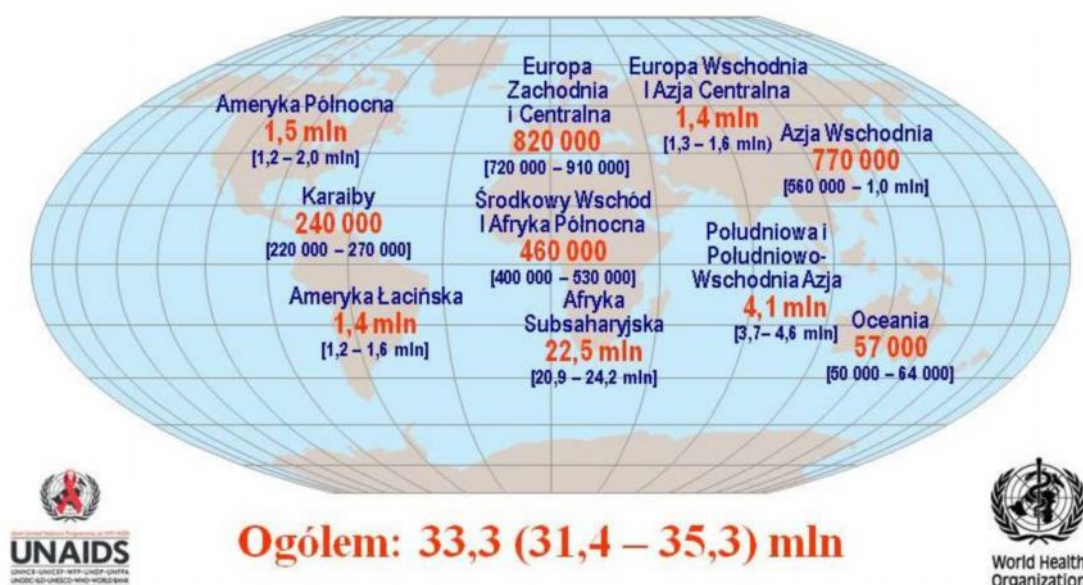
Liczba nowo wykrytych zakażeń HIV – 2,6 mln [2,3 –2,8]

- a. Dorośli – 2,2 mln [2,0 – 2,4]
- b. Dzieci – 370 000 [230 000 – 510 000]

Zgony z powodu AIDS – 1,8 mln [1,6 – 2,1]

- a. Dorośli – 1,6 mln [1,4 – 1,8]
- b. Dzieci – 260 000 [150 000 – 360 000]

Szacunkowa liczba osób żyjących z HIV w 2009 r.



Zakażenia wirusem HIV stanowią wciąż duże wyzwanie dla zdrowia publicznego w Europie. Wśród przyczyn tej sytuacji należy wymienić:

- a. wieloaspektowość problematyki związanej z epidemią (generuje wiele negatywnych implikacji dla innych dziedzin gospodarki, dlatego uznawana jest za problem ekonomiczny, polityczny, społeczny),
- b. brak szczepionki,
- c. feminizację epidemii,
- d. wysokie koszty leczenia ARV,
- e. współistnienie zakażenia HIV z HCV, HBV i gruźlicą,
- f. niedostateczną profilaktykę (w wielu krajach prowadzi się zbyt mało działań, mających na celu zapobieganie zakażeniom HIV),
- g. stygmatyzację i dyskryminację wobec populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia,
- h. migracje (problem dotyczy w szczególności krajów Europy Zachodniej).

Epidemia HIV w Europie ma charakter niejednorodny. W Europie Środkowej i Skandynawii sytuacja epidemiologiczna jest stabilna, a do nowych zakażeń dochodzi tam najczęściej już nie drogą iniekcji środków psychoaktywnych, ale poprzez kontakty seksualne.

Z kolei w Europie Wschodniej, głównie na terytorium Federacji Rosyjskiej, na Ukrainie (90% spośród wszystkich zakażeń w regionie), obserwuje się lawinowy wzrost zakażeń HIV i umieralności na AIDS. To jedyny region na świecie, gdzie prewalencja HIV wyraźnie rośnie, w latach 2001-2008 liczba zakażeń wzrosła o 66%. Populacją najbardziej dotkniętą przez epidemię w tym regionie są osoby stosujące środki psychoaktywne w iniekcjach. Przy tak poważnej sytuacji epidemiologicznej, w Europie Wschodniej i Azji Środkowej, gdzie liczba zakażeń od 2000 roku niemalże się potroiła, zaledwie 19% osób ma dostęp do leków ARV (w porównaniu ze średnią dla krajów o średnich i niskich dochodach – 42% i dla Afryki Subsaharyjskiej – 33%).

Epidemiologia – Polska

Dane od początku epidemii (1985) do 31 grudnia 2010 roku *

- a. 13 917 zakażonych ogółem
- b. 2 440 zachorowań na AIDS
- c. 1 053 zgonów

Dane za 2010 rok *

- a. 583 zakażeń HIV wykrytych w 2010 r. (spośród 1 207 przypadków zgłoszonych
w 2010 roku 583 przypadki były rozpoznane w 2010 r., natomiast pozostałe przypadki były rozpoznane w latach 1987, 1997, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009),
- b. 90 zachorowań na AIDS wykrytych w 2010 r. (na 127 przypadków zgłoszonych,
w 2010 r. 90 przypadków rozpoznano w 2010 r., natomiast pozostałe zgłoszenia dotyczyły osób, u których AIDS rozpoznano w latach wcześniejszych, tj.: 1993, 1994, 2006, 2007)
- c. 39 zgonów osób chorych na AIDS.

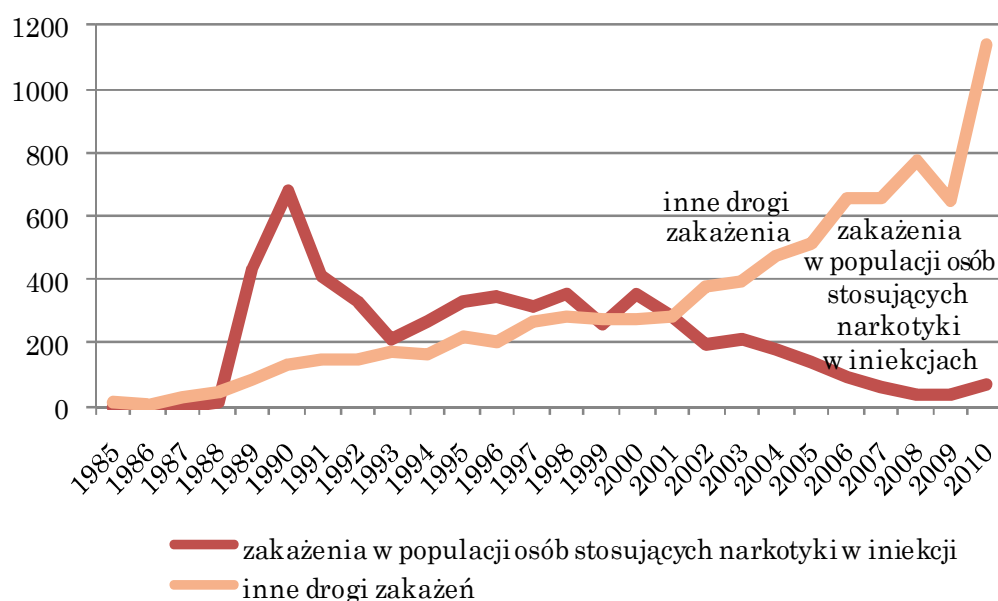
*źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Statystycznie każdego dnia dwie osoby dowiadują się w naszym kraju o fakcie zakażenia HIV. Są to zazwyczaj zakażenia, których można uniknąć, stosując odpowiednią profilaktykę.

Co czwarta zakażona HIV osoba w Polsce to kobieta. Na świecie natomiast kobiety stanowią już ponad połowę osób żyjących z HIV i odsetek ten rośnie.

Zakażeniu ulega coraz więcej osób o orientacji heteroseksualnej, bez narkomanii dożywłej w wywiadach. Obserwuje się także wzrost zakażeń w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami (MSM). Osoby te zakażają się poprzez ryzykowne kontakty seksualne, często połączone ze stosowaniem środków psychoaktywnych. Niezbędne jest zatem wzmocnienie działań skierowanych do populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia.

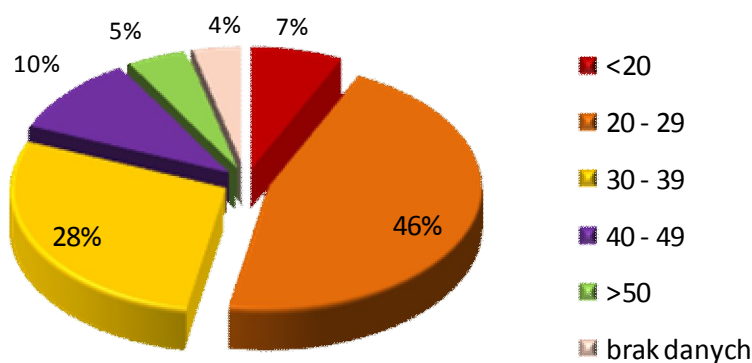
Prawdopodobne drogi zakażeń HIV (1985-2010)



Wspólną cechą epidemii na całym świecie jest fakt, że HIV dotyczy głównie osób młodych. Prawie 40% osób żyjących z HIV na świecie jest między 15. a 24. rokiem życia.

W Polsce jest podobnie: 7% wszystkich zakażeń wykryto u osób poniżej 20. roku życia, zaś 46% wszystkich zakażeń HIV dotknęło osoby między 20. a 29. rokiem życia. Dominującą grupę (84%) wśród zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20-49 lat).

Zakażenia HIV w latach 1985-2010 według wieku



Szacuje się, że w Polsce być może nawet 70% osób zakażonych HIV nie wie o swoim zakażeniu i osoby te nie są ujmowane w statystykach.

W pierwszych latach epidemii w Polsce główną drogę rozprzestrzeniania się zakażeń HIV stanowiło stosowanie dożylnych środków odurzających oraz kontakty homoseksualne pomiędzy mężczyznami. Od roku 2001 obserwuje się odwrócenie pewnych trendów epidemii. Zakażeniu ulega coraz więcej osób o orientacji heteroseksualnej, bez narkomanii dożylniej w wywiadach (dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych). Osoby te zakażają się poprzez ryzykowne kontakty seksualne, często połączone ze stosowaniem środków psychoaktywnych. Z informacji zebranych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych wynika również, że obecnie niepokojąco rośnie także liczba zakażeń w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami.

Przedstawione powyżej dane epidemiologiczne wskazują na relatywnie stabilną sytuację epidemiologiczną HIV/AIDS w Polsce. Jednak biorąc pod uwagę szybko wzrastającą liczbę zakażeń HIV w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, istnieje potencjalne ryzyko gwałtownego rozprzestrzeniania się epidemii w regionie, co może mieć bezpośrednie przełożenie także na sytuację w Polsce.

Aktualna sytuacja dotycząca epidemii HIV/AIDS:

1. W zakresie sytuacji epidemiologicznej:

- a. Obecnie w Polsce obserwuje się wzrost liczby zakażeń HIV drogą kontaktów seksualnych (homo/heteroseksualnych), szczególnie w populacji osób w wieku 20-49 lat.
- b. Niepokojący jest wzrost liczby zakażeń w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami (MSM).
- c. Problemem wśród Polaków pozostaje brak odniesienia ryzyka zakażeniem HIV do własnej osoby oraz zbyt mała świadomość konieczności poznania własnego statusu serologicznego (rozważenie wykonania testu w kierunku HIV).
- d. Pomimo względnie stabilnej sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce, kraj nasz stoi w obliczu zagrożenia epidemiologicznego ze strony państw Europy Wschodniej, przede wszystkim Federacji Rosyjskiej, Ukrainy i innych państw byłego Związku Radzieckiego. Z racji sytuacji geopolitycznej, można założyć zwiększoną liczbę przyjazdów do Polski

ludności z zachodniej granicy, wśród nich także osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

- e. Również systematycznie zwiększa się liczba przypadków zakażeń HIV w niektórych krajach Europy Zachodniej.

Zakażenia wirusem HIV stanowią wciąż duże wyzwanie dla zdrowia publicznego w Europie.

2. W zakresie opieki medycznej nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS:

- a. W Polsce występuje zapotrzebowanie na wczesną diagnostykę, w tym wzrost dostępności testowania w kierunku HIV m.in. poprzez rozbudowę ogólnopolskiej sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych (bezpłatnego i anonimowego testowania). Przyczyni się to do ograniczenia dalszego wzrostu późnych rozpoznań AIDS.
- b. Leczenie ARV ma decydujący wpływ na poprawę jakości życia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Zapewnienie dostępu do leczenia ARV oznacza stabilizację liczby zachorowań na AIDS i zauważalny spadek śmiertelności z powodu AIDS. Wydłuża się okres przeżycia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS (obecnie nawet do czasu naturalnej śmierci), co pomimo choroby pozwala na powrót do funkcji społecznych i rodzinnych.
- c. Kolejną korzyścią wynikającą z szerokiej dostępności leczenia ARV osób zakażonych HIV jest zmniejszenie zakaźności tych osób dla populacji osób zdrowych. Dodatkowym, pozytywnym efektem leczenia ARV jest zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, która u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS występuje jako zakażenie oportunistyczne, oraz poprawa wykrywalności HBV i HCV.
- d. Zastosowanie profilaktyki ARV w grupie noworodków urodzonych przez matki żyjące z HIV, spowodowało zmniejszenie odsetka zakażeń wertykalnych z 23% przed rokiem 1989 do poniżej 1% obecnie (źródło oprac. prof. Tomasz Niemiec).
- e. W najbliższych latach należy spodziewać się dalszego wzrostu liczby pacjentów wymagających diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego ze wskazań życiowych. Wynika to m.in. z sytuacji epidemiologicznej

HIV/AIDS w latach ubiegłych, kiedy to wykrywano najwięcej zakażeń HIV, obecnie przechodzących w fazę pełnoobjawowego AIDS. Zapewnienie dostępności leczenia oraz odzwierciedlenie tego faktu w strategiach narodowych wynika z zobowiązań podjętych przez Polskę na forum ONZ, między innymi w *Declaration of Commitment on HIV/AIDS* oraz *Political Declaration on HIV/AIDS*.

3. W zakresie działań profilaktycznych:

- a. W Polsce występuje zapotrzebowanie na profilaktykę, w tym na informację o HIV/AIDS. W dłuższej perspektywie zaniechanie profilaktyki HIV/AIDS spowoduje znaczący wzrost kosztów leczenia chorych - koszty bezpośrednie + koszty pośrednie (koszt utraconej produktywności osób zakażonych HIV i chorych na AIDS). Polska należy do państw Unii Europejskiej, które w przeliczeniu na głowę mieszkańca, przeznaczają najmniej tj. 0,05 Euro = ok. 20 gr. środków na profilaktykę w przeliczeniu na głowę mieszkańca (wg ECDC w 2006 r.).
- b. Niezależnie od zapewnienia możliwości leczenia ARV wszystkim pacjentom spełniającym kryteria medyczne, istnieje pilna potrzeba wzmocnienia i rozszerzenia działań prewencyjnych. Obecnie około 96 % wszystkich środków na HIV/AIDS z budżetu państwa przeznacza się na leczenie ARV, a jedynie 4% środków pozostaje na profilaktykę zakażeń HIV. Jest to bardzo niepokojące w aspekcie sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS za wschodnimi granicami Polski. Przykładem może być tutaj województwo warmińsko-mazurskie położone w bezpośrednim sąsiedztwie Regionu Kaliningradzkiego, mającego najwyższe w Europie wskaźniki zakażeń HIV. Od 4-5 lat obserwuje się systematyczny wzrost liczby zakażeń HIV w tym województwie.
- c. W celu przeprowadzenia lepszej diagnozy problemu i skierowania działań profilaktycznych do konkretnych populacji, konieczne jest systematyczne prowadzenie badań behawioralnych i epidemiologicznych.
- d. Istnieje konieczność dalszego prowadzenia wielopłaszczyznowych działań profilaktycznych skierowanych do różnych grup społecznych, uwzględniających specyficzne potrzeby każdej z nich.

Zakładanymi efektami realizacji proponowanych działań i zadań są:

1. Na poziomie epidemiologicznym:

- a. utrzymanie stabilności sytuacji epidemiologicznej zakażeń HIV, mimo dynamicznego wzrostu zakażeń w państwach ościennych,
- b. utrzymanie spadku liczby zakażeń drogą wertykalną u dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV,
- c. utrzymanie braku zakażeń drogą ekspozycji zawodowej i pozazawodowej – dostępność postępowania po ekspozycji na zakażenie HIV (dostęp do leków antyretrowirusowych).

2. Na poziomie wsparcia i opieki zdrowotnej nad osobami żyjącymi z HIV, chorych na AIDS:

- a. spadek śmiertelności na AIDS,
- b. poprawa jakości życia osób zakażonych HIV.

3. Na poziomie zapobiegania i profilaktyki HIV:

- a. wzrost liczby osób testujących się poprzez zwiększenie dostępności do anonimowych i bezpłatnych badań w kierunku HIV, gwarantujących wysoką jakość świadczeń w tej dziedzinie,
- b. zwiększenie liczby edukatorów w dziedzinie HIV i AIDS, specjalizujących się w pracy z wybranymi środowiskami (np. szkoły, więzienia),
- c. zapewnienie efektywności kampanii medialnych dotyczących profilaktyki HIV/AIDS,
- d. kontynuacja programów redukcji szkód.

V. OBSZARY, CELE GŁÓWNE I CELE SZCZEGÓŁOWE

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS zakłada działania 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.

Każdy z tych obszarów ma cele ogólne, do których z kolei przypisane są cele szczegółowe.

OBSZAR I - Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa)

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cele szczegółowe

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

Cel ogólny

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

Cele szczegółowe

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

Cel ogólny

3. Aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS

Cele szczegółowe

- 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.

OBSZAR II - Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa)

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cele szczegółowe

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

Cel ogólny

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

Cele szczegółowe

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

Cel ogólny

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

Cele szczegółowe

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

OBSZAR III - Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa)

Cel ogólny

1. Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich

Cele szczegółowe

- a) poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich,
- b) zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich .

Cel ogólny

2. Poprawa, jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV

Cele szczegółowe

- a) poprawa istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS,
- b) usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV.

Cel ogólny

3. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym

Cele szczegółowe

- a) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży, i kobiet karmiących piersią,
- b) usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV.

OBSZAR IV - Współpraca międzynarodowa

Cel ogólny

Rozwój współpracy międzynarodowej

Cele szczegółowe

- 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.

OBSZAR V - Monitoring

Cel ogólny

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

Cele szczegółowe

- 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.

VI. FINANSOWANIE PROGRAMU

Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. Nr 234, poz.1570, z późn. zm.) koszty realizacji zadań objętych programami są finansowane z budżetu państwa odpowiednio z części, których dysponentami są właściwi ministrowie realizujący te programy. Natomiast art. 4 ust. 3 przywołanej ustawy stanowi, że zadania objęte programami są realizowane przez podmioty wskazane w tych programach, na podstawie umów zawieranych przez ministrów, o których mowa w ust. 2, z tymi podmiotami, chyba że obowiązek ich realizacji wynika z odrębnych przepisów.

Zadania wynikające z Harmonogramu są finansowane przez podmioty, o których mowa w § 5 przywoływanego rozporządzenia, ze środków finansowych będących w dyspozycji tych podmiotów.

Realizacja zadań finansowana jest z budżetu państwa odpowiednio z części, których dysponentami są właściwi ministrowie realizujący te programy, a także przez inne podmioty wskazane w tych programach, w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Należy podkreślić, iż w ostatnich latach zostały ograniczone wydatki budżetowe przeznaczane na profilaktykę HIV/AIDS w Polsce, co skutkuje ograniczeniem (a w wielu przypadkach rezygnacją) z określonych działań w tym obszarze.

Krajowe Centrum do Spraw AIDS, w imieniu Ministra Zdrowia, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zleca organizacjom pozarządowym realizację zadań w ramach działalności profilaktycznej.

Dotacje są przyznawane dla podmiotów, które poza spełnieniem wymogów formalnych ukierunkują działania w następujących typach działalności - ze względu na grupę odbiorców (adresatów programów):

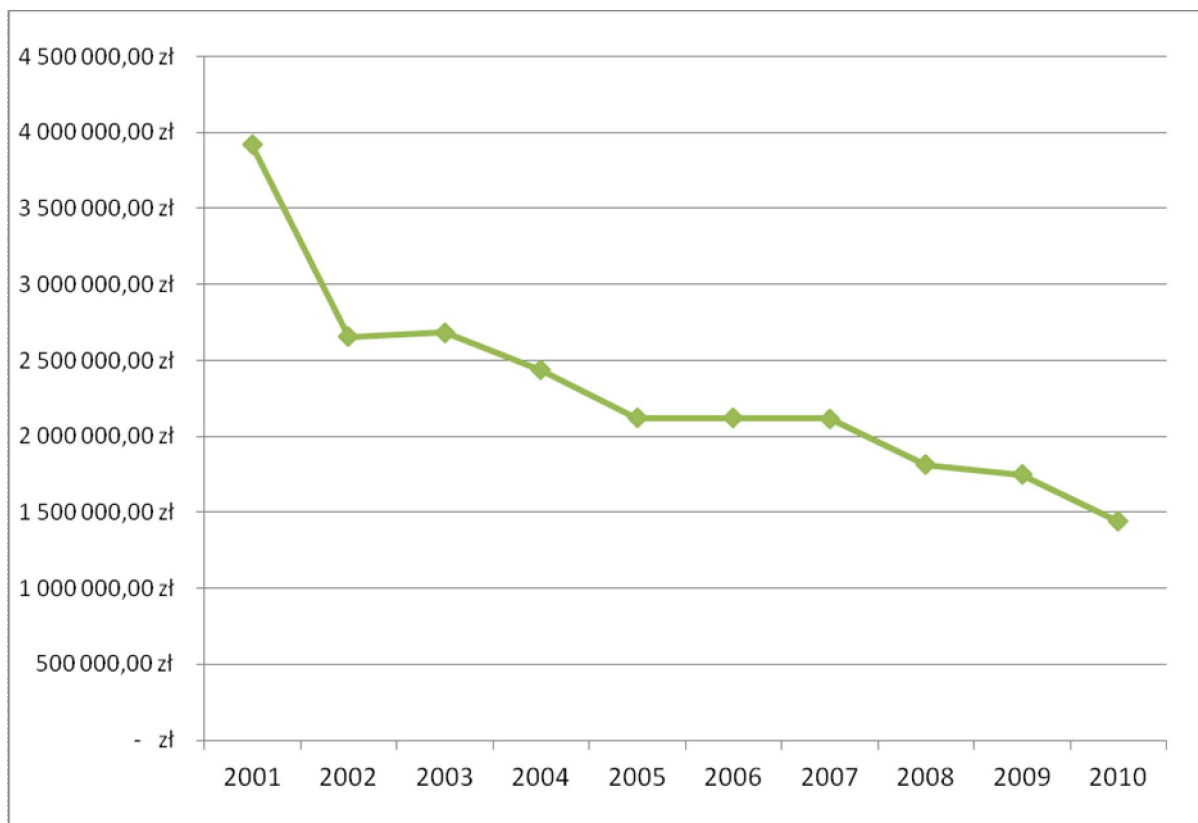
- a. Skierowane do populacji generalnej.
- b. Skierowane do określonych grup społecznych lub zawodowych.
- c. Skierowane do populacji o zwiększonym poziomie ryzykownych zachowań.

d. Skierowane do osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich.

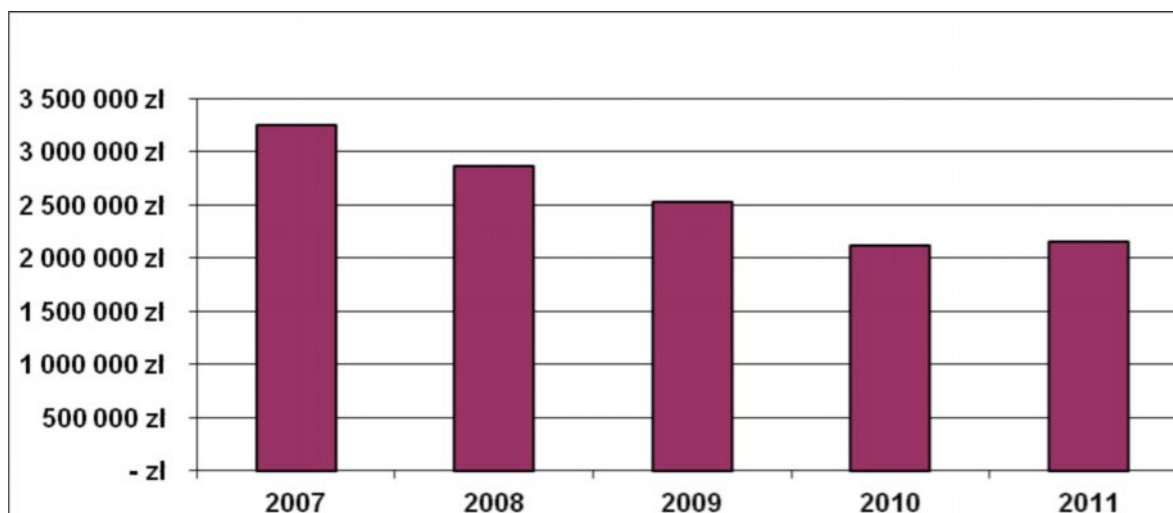
W ramach realizacji ostatniej edycji *Harmonogramu realizacji zadań Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowanego na lata 2007-2011*, z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, przeznaczono na dotacje odpowiednio w poszczególnych latach:

- a. w 2007 roku – 2 116 357,00 zł,
- b. w 2008 roku – 1 814 000,00 zł,
- c. w 2009 roku – 1 746 000,00 zł,
- d. w 2010 roku – 1 441 000,00 zł.

Wykres nr 1: Dotowanie przez Ministra Zdrowia działalności prowadzonej przez organizacje pozarządowe działające w obszarze profilaktyki HIV/AIDS w ostatnich latach.

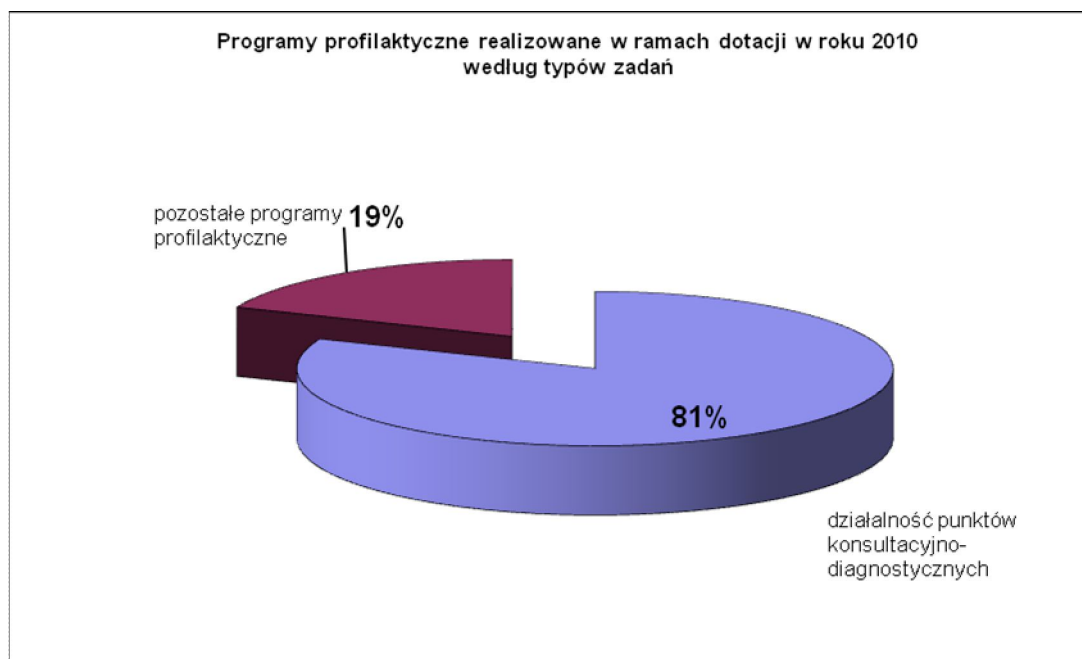


Wykres nr 2: Środki finansowe przeznaczone z budżetu Ministra Zdrowia na programy profilaktyki HIV/AIDS (promocja i programy) w latach 2007-2011.



Ponadto podkreślenia wymaga fakt, iż wobec nieprzyjęcia do realizacji przez Ministerstwo Zdrowia *Programu testowania w kierunku HIV* w roku 2010, osiemdziesiąt jeden procent środków z dotacji przeznaczono na działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), wykrywających bezpłatnie i anonimowo zakażenie HIV, co i tak nie zabezpieczyło wszystkich potrzeb. Pozostałe dziewiętnaście procent środków przeznaczono na realizację programów profilaktycznych.

Wykres 3: Podział środków finansowych w 2010 roku na działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz pozostałe programy profilaktyczne.



W planach pozostają m.in.:

- stworzenie platformy informacyjnej (komputerowego systemu tematycznych paneli będących odpowiedziami na pytania klientów oraz całodobowa obsługa Telefonu Zaufania AIDS co najmniej przez dwóch konsultantów równolegle),
- wojewódzkie obchody Światowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS,
- programy skierowane do młodzieży prowadzone aktywnymi i nowatorskimi metodami,
- szkolenia dla konsultantów, partyworkerów, streetworkerów,
- szkolenie superwizyjne dla pracowników PKD oraz konsultantów Telefonu Zaufania i Poradni Internetowej,
- wysokospecjalistyczne szkolenie specjalistów ds. profilaktyki HIV dla absolwentów wyższych uczelni z kierunków związanych z ochroną zdrowia,
- poszerzenie liczby PKD oraz zapewnienie finansowania na poziomie zapewniającym przyjęcie wszystkich zainteresowanych klientów (bez wprowadzania limitów),
- spoty telewizyjne kampanii profilaktycznych skierowanych do ogółu społeczeństwa,

- i. rozszerzenie programu celowych dotacji finansowych Ministra Zdrowia dla organizacji pozarządowych na działania w obszarze profilaktyki HIV/AIDS,
- j. badania odnoszące się do problemu HIV/AIDS – np. badania na temat wiedzy, postaw społecznych wobec HIV/AIDS,
- k. badanie ryzykownych zachowań w populacji *mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami*,
- l. wkładka na CD do gazety lekarskiej pt. *Postępowanie Zapobiegawcze i Diagnostyczne w przypadku Zakażenia HIV i Zachorowania na AIDS*.

Epidemia HIV/AIDS w Polsce przybiera charakter uogólniony (nie ogranicza się tylko do populacji szczególnie podatnych na ryzyko zakażenia HIV, ale dotyczy ogółu młodych dorosłych), co wskazuje na konieczność wzmożenia działalności profilaktyczno-edukacyjnej, jak również aktywne włączanie się w działania pozostałych realizatorów Programu.

Vla. Program Leczenia ARV finansowany z budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia

W budżecie Ministra Zdrowia na rok 2012 (część 46 – Zdrowie, rozdział 85149 – Programy polityki zdrowotnej) na program zdrowotny pn. *„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce w latach 2012-2016”* została zaplanowana kwota w wysokości 191 000 000 zł.

Należy jednak zaznaczyć, że kwota 191 mln zł wystarczy na roczne leczenie ARV 4.547 pacjentów. Wg stanu na koniec listopada 2011 terapią ARV objętych jest już 5.540 pacjentów.

Na kolejne lata realizacji Programu do oszacowania liczby pacjentów (wymagających objęcia leczeniem ARV) należy wykorzystać analizę z ostatnich dziesięciu lat realizacji programu leczenia ARV (2001 – 2010) oraz liczbę pacjentów aktualnie objętych leczeniem. Roczny wzrost liczby pacjentów wynosił w latach 2001-2010 pomiędzy 7% a 29,1%, średnio 16,7%. Natomiast w ostatnich pięciu latach roczny współczynnik wzrostu liczby pacjentów wyniósł średnio 13%. Wartość tę przyjęto do wyliczeń szacunkowych liczby pacjentów. Zakładając na koniec 2011 roku liczbę pacjentów w wielkości 5.600, uwzględniając przyrost 13% rocznie, w 2012 roku należy założyć objęcie leczeniem ok. 6.300 osób. W kolejnych latach konieczne jest

szacowanie odpowiednio w: 2013 r. – ok. 7100 pacjentów; 2014 r. – ok. 8.000 pacjentów, w 2015 r. – ok. 9.000 pacjentów, natomiast w 2016 r. – ok. 10.200.

Należy wziąć pod uwagę, że wprowadzeniu terapii znacznie spadła śmiertelność z powodu AIDS, jak i zapadalność na zakażenia oportunistyczne, nowotwory definiujące AIDS, a okres wolny od choroby uległ wydłużeniu porównywalnemu ze średnią przewidywalną naturalną długością życia. Dzięki tej terapii pacjenci żyją dłużej, poprawie uległa też jakość ich życia. Zgodnie z prowadzonymi badaniami i z obserwacji pacjentów leczonych ARV wynika, że życie pacjentów zostaje wydłużone nawet do wieku naturalnej śmierci.

Od początku *Programu leczenia ARV* obserwujemy tendencję wzrostu liczby pacjentów wymagających włączenia do leczenia antyretrowirusowego ze wskazań życiowych. Związane jest to z tzw. starzeniem się pacjentów (zakażonych HIV kilka lub kilkanaście lat temu), wzrostem liczby późno wykrytych zakażeń HIV – natychmiastowe wskazanie do leczenia ARV i inne, indywidualne wskazania do rozpoczęcia terapii, w tym również procentowa liczba zakażeń HIV u pacjentów powyżej 50 roku życia - często ze względu na współistniejące schorzenia - wymagające pilnego włączenia terapii HAART

Wzrastają koszty leczenia tzw. „starych pacjentów” - długo leczonych ARV, które są znacznie wyższe niż nowych pacjentów dopiero rozpoczynających terapię ARV. Wymagają oni większej liczby leków ARV w terapii HAART - leków drogich z najnowszej generacji (takich jak inhibitory fuzji, inhibitory integrazy itd.).

Po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2010, Nr 187, poz. 1259), zawierającego również badania w kierunku HIV (wykonywane do 10 tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33 a 37 tygodniem ciąży) wzrosła liczba pacjentek objętych profilaktyką zakażeń wertykalnych HIV. W chwili obecnej nie jest możliwe wskazanie liczby kobiet w ciąży i noworodków wymagających włączenia profilaktyki zakażeń wertykalnych, a także liczby dzieci, które już wcześniej uległy zakażeniu HIV i wymagają lub będą wymagać leczenia HAART w najbliższych latach.

Należy spodziewać się także pojawiania się na rynku nowych, wysoce innowacyjnych leków ARV, które nie tylko będą miały lepszą efektywność w walce z zakażeniem, będą przyjaźniejsze dla pacjentów w stosowaniu, ale jednocześnie będą droższe od dotychczas obecnych na rynku.

W ramach programu leczenia ARV leki otrzymują również pacjenci, którzy ulegli wypadkowi (np. takiemu jak gwałt, ekspozycja na krew w trakcie napaści) – ekspozycja na zakażenie HIV. Zgodnie z *Programem postępowania poekspozycyjnego* pacjenci bezpłatnie otrzymują leki antyretrowirusowe przez okres 28 dni. Nie można przewidzieć dokładnej liczby pacjentów, którzy ulegną ekspozycji i wymagać będą podania leków ARV.

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. Stale aktualizowane są także rekomendacje kliniczne w zakresie wskazań do terapii ARV. Przewidujemy m.in. że w przyszłości do schematów profilaktyki przedekspozycyjnej może wejść na stałe stosowanie leków ARV, może to powodować konieczność wyasygnowania na realizację programu leczenia środków wyższych, niż ma to miejsce dotychczas.

Należy przy tym zaznaczyć, że zakładamy utrzymanie stałego kosztu leczenia jednego pacjenta na poziomie około 3,5 tys. zł/miesięcznie. Zgodnie z informacjami przekazywanymi przez potencjalnych producentów lub dystrybutorów leków ARV, należy spodziewać się cyklicznego wprowadzania na Polski rynek kolejnych leków generycznych dla oryginalnych leków antyretrowirusowych. Krajowe Centrum do Spraw AIDS nie posiada dokładnych danych na temat trwających lub rozpoczynających się procesów rejestracyjnych nowych genetyków. Przewidywane na lata 2013 – 2014 wprowadzenie na Polski rynek kolejnych generyków leków antyretrowirusowych – zgodnie z wygasającymi patentami na leki oryginalne, może wpłynąć na nieco niższe koszty leczenia ARV – dotyczyć to będzie jednak głównie pacjentów nowo-włączanych do Programu. Należy jednak uwzględnić, fakt, że generyki de facto są starymi lekami (długo używanymi w terapii ARV tzn. powyżej 10 lat – okres obowiązywania patentów na lek oryginalny) i doświadczeni – długo leczeni ARV pacjenci wytworzyli zazwyczaj oporność na „stare leki”, dlatego też możliwość zastosowania u tych pacjentów leku generycznego będzie ograniczona (zgodnie z obowiązującymi aktualnymi rekomendacjami PTN AIDS w indywidualnie dobranej

terapii HAART powinny być stosowane tylko skuteczne leki ARV, na które pacjent nie wytworzył jeszcze oporności). Natomiast pojawienie się na rynku nowych, innowacyjnych leków ARV tych leków zniesie niejako pozytywny efekt spowodowany obecnością na rynku leków odtwórczych (generyków). Jednak szacuje się, że sumując efekty dwóch opisanych wcześniej zjawisk uda się utrzymać średni miesięczny koszt leczenia i monitorowania jednego pacjenta na dotychczasowym poziomie 3,5 tys. zł.

VIb. Działania profilaktyczne finansowane z budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia

W budżecie Ministra Zdrowia została zaplanowana kwota w wysokości 2. 785.000 zł na rok 2012 (część 46 – Zdrowie, rozdział 85152 – zapobieganie i zwalczanie AIDS). Należy podkreślić, iż ograniczenia budżetowe w ostatnich latach spowodowały zmniejszenie środków finansowych przeznaczanych na profilaktykę HIV/AIDS, szczególnie realizowanych w ramach dotacji. Dla prawidłowej realizacji działań profilaktycznych na poziomie ogólnopolskim niezbędne jest wspieranie działań profilaktycznych w zakresie HIV/AIDS zarówno wojewódzkich, jak i samorządowych.

W ramach promocji zdrowia oraz dotacji prowadzone są działania informacyjno-edukacyjne, szkolenia skierowane zarówno do ogółu społeczeństwa, jak i do wybranych grup społecznych, czy zawodowych oraz działania w zakresie wsparcia osób żyjących z HIV/AIDS. Działania te polegają m.in. na:

1. organizowaniu ogólnopolskich społecznych kampanii multimedialnych:
 - a. przy wykorzystaniu narzędzi marketingu społecznego, przekazujemy rzetelne informacje, inicjujemy działania mające na celu zmianę niewłaściwych postaw i zachowań społeczeństwa w odniesieniu do HIV/AIDS. Realizacja tych celów jest możliwa dzięki multimedialnym kampaniom społecznym, które są skutecznym narzędziem wywierania wpływu na ludzi.
2. działalności wydawniczej:
 - a. 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.
3. organizacji szkoleń:

- a. 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.
4. utworzeniu, modernizowaniu, nadzorze merytorycznym oraz finansowaniu portalu edukacyjnego dla lekarzy ginekologów, lekarzy POZ, pielęgniarek i położnych oraz studentów medycyny zainteresowanych problematyką HIV/AIDS,
5. zlecaniu badań naukowo-społecznych:
 - a. 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,
6. inne działania profilaktyczne m.in.:
 - a. cykliczne ogłaszanie konkursów na najlepsze projekty z zakresu HIV/AIDS wśród młodzieży,
 - b. cykliczne wywieszanie symbolu czerwonej kokardki na elewacji PKiN,
 - c. angażowanie mediów w działania profilaktyczne z zakresu HIV/AIDS,
 - d. współpraca z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA-Poland,
 - e. organizacja Światowego Dnia AIDS,
 - f. organizacja Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS,
 - g. organizowanie kampanii informacyjnych skierowanych do różnych grup docelowych,
 - h. finansowanie ogólnopolskiego całodobowego telefonu zaufania AIDS,
 - i. finansowanie internetowej poradni HIV/AIDS,
 - j. finansowanie punktów konsultacyjno-diagnostycznych, wykonujących anonimowo i bezpłatnie badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem przed i po teście,
7. finansowaniu programów pomocowych w zakresie poprawy jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS,
8. wspieraniu działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych.

Nie jest realne przypisanie do poszczególnego roku konkretnych zadań do realizacji, gdyż jest to uwarunkowane wysokością finansowania tych zadań. Zgodnie

z obowiązującymi przepisami prawa realizator (w tym również Krajowe Centrum do Spraw AIDS) opracowuje i przedkłada, na podstawie Harmonogramu na lata 2012-2016, szczegółowy harmonogram roczny realizacji zadań, w którym umieszcza informacje o planowanych do realizacji w następnym roku zadaniach oraz o planowanej wysokości środków finansowych.

Vlc. Finansowanie zadań w ramach Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanego na lata 2012-2016 przez realizatorów Programu

Należy podkreślić, że środki finansowe przeznaczane w kolejnych latach realizacji Harmonogramu uzależnione będą od faktycznej wielkości budżetu danego podmiotu i kwoty przeznaczanej na ochronę zdrowia, edukację czy profilaktykę w danym roku budżetowym.

Każdy podmiot, opracowuje i przedkłada, na podstawie Harmonogramu na lata 2012 - 2016, szczegółowy harmonogram roczny realizacji zadań, w którym umieszcza informacje o planowanych, do realizacji w następnym roku, zadaniach oraz o planowanej wysokości środków finansowych w budżecie jednostki, przeznaczonych na działania w ramach Harmonogramu. Szczegółowy harmonogram roczny będzie przedkładany ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Zadania wynikające z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS winny być finansowane ze środków będących w dyspozycji podmiotów biorących udział w Programie. Ostateczna ich wysokość w latach 2012-2016 uzależniona będzie od budżetów poszczególnych podmiotów w danym roku.

Każdy podmiot indywidualnie wskazuje zadania do realizacji w danym roku - planując szczegółowe harmonogramy roczne, jak również określa wysokość środków finansowych przeznaczanych na HIV/AIDS w swoim budżecie.

Dla pełnej realizacji Harmonogramu wskazane jest włączenie się poszczególnych podmiotów w działania w zakresie HIV/AIDS. Każde zadanie umieszczone w przedmiotowym Harmonogramie jest ważne z punktu widzenia walki z epidemią HIV/AIDS.

VII. PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA SYSTEMU REALIZACJI I MONITOROWANIA

Realizacją Programu kieruje Minister Zdrowia. Koordynacja działań oraz prowadzenie systemu monitorowania realizacji Programu powierzone zostało Krajowemu Centrum do Spraw AIDS, będącemu jednostką nadzorowaną przez Ministra Zdrowia, utworzoną w celu realizacji zadań z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV i AIDS.

Zakłada się utworzenie, na terenie każdego województwa, zespołów do spraw realizacji Programu, do zadań których należałoby w szczególności koordynowanie i zintegrowanie działań w obrębie województwa, w tym działań jednostek podległych bądź nadzorowanych, biorących udział w realizacji zadań wynikających z harmonogramów rocznych oraz współpraca w tym zakresie z Koordynatorem.

Harmonogram realizacji Programu (obejmuje 5-letni okres działań) opracowywany jest przez Koordynatora we współpracy z podmiotami obowiązanyymi 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 Zdrowia w terminie do 30 czerwca roku poprzedzającego rozpoczęcie działań (2011 r.) przewidzianych w Harmonogramie. Następnie Minister Zdrowia przedkłada dokument Radzie Ministrów. Po zakończeniu 5-letniego okresu obowiązywania Harmonogramu realizacji Programu, podmioty realizujące zadania przedkładają sprawozdania z wykonania zadań Koordynatorowi, do dnia 15 kwietnia roku następnego (2017 r.). Koordynator sporządza i przedkłada Ministrowi Zdrowia całościowy dokument z realizacji 5-letniego Harmonogramu realizacji Programu do dnia 15 maja (2017 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 Zdrowia, w terminie do dnia 15 listopada roku poprzedzającego rozpoczęcie działań.

Sprawozdania, z kolejnych 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 Zdrowia.

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

- a. podmiotów obowiązanych za realizację Programu oraz uczestniczących w jego realizacji,
- b. realizowanych zadań (zakresie finansowania, terminie realizacji oraz ich zasięgu),
- c. grup odbiorców realizowanych zadań,
- d. spójności podejmowanych działań z innymi ustawowymi programami.

Podmioty biorące udział w realizacji Programu będą wprowadzały do systemu monitorowania harmonogramy roczne, sprawozdania roczne i pięcioletnie na podstawie § 10 ust. 3 *rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS*, po udostępnieniu hasła przez Koordynatora.

VIII. Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS
opracowany na lata 2012-2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI*
I	Z A P O B I E G A N I E Z A K A Ż E N I O M H I V	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 medialnych, skierowanych do odpowiednio wybranych grup docelowych, zgodnie z potrzebami i oceną aktualnej sytuacji epidemiologicznej	- ogół społeczeństwa - osoby podejmujące aktywność seksualną (kobiety i mężczyźni, osoby hetero-, homo- i biseksualne) - osoby przed inicjacją seksualną - pracownicy mediów - środowiska opiniotwórcze	- liczba kampanii - liczba podmiotów realizujących zadanie	- ministrowie właściwi ze względu na cele Programu - Krajowe Centrum ds. AIDS - Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii - Państwowa Inspekcja Sanitarna	2012 2013 2014 2015 2016
				2) podniesienie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich poprzez inicjatywy mające na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich promujące postawy wolne od uprzedzeń i lęków	- ogół społeczeństwa - pracownicy ochrony zdrowia - pracownicy oświaty - śłużby mundurowe - pracownicy socjalni - śłużby ratunkowe - pracownicy administracji rządowej i samorządowej - organizacje pracodawców - organizacje pozarządowe - kościóły i związki wyznaniowe - środowiska	- liczba programów oraz inicjatyw - liczba podmiotów realizujących zadanie	- terenowe organy administracji rządowej - jednostki samorządu terytorialnego - organizacje pozarządowe - inne	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI*
	W Ś R Ó D O G Ó Ł U S P O Ł E C Z E Ń S T W A				opiniotwórcze – pracownicy mediów – inni			
				3) kontynuacja i rozwój modułów szkoleniowych (edukacyjno-profilaktycznych) ukierunkowanych na grupy docelowe, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży, kobiet, oraz zgodnie z potrzebami i oceną aktualnej sytuacji epidemiologicznej, w tym konferencje, seminaria, fora, wykłady	– osoby przed inicjacją seksualną – osoby podejmujące aktywność seksualną (kobiety i mężczyźni, osoby hetero-, homo- i biseksualne) – młodzież poniżej 15 r.ż. – młodzież powyżej 15 r.ż. – osoby powyżej 50 r.ż.	– liczba szkoleń/działań – liczba odbiorców – liczba podmiotów realizujących zadanie		2012 2013 2014 2015 2016
				4) promocja i wdrażanie nowatorskich programów profilaktycznych prowadzonych metodami aktywnymi, skierowanych do odpowiednio wybranych grup docelowych, zgodnie z potrzebami i oceną aktualnej sytuacji epidemiologicznej		– liczba szkoleń/działań – liczba odbiorców – liczba podmiotów realizujących zadanie		2012 2013 2014 2015 2016
			b) rozwój i wzmocnienie bazy szkoleniowo-edukacyjnej, skierowanej do różnych grup społecznych i zawodowych	1) konsultacje i nadzór merytoryczny nad systemem szkoleń i certyfikacji specjalistów	– instytucje lub/i organizacje tworzące i realizujące system szkoleń i certyfikacji	– liczba konsultacji – liczba instytucji realizujących zadanie	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – PTN AIDS – towarzystwa naukowe	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI*
				2) wzmocnienie systemu szkoleń i certyfikacji specjalistów (np. konsultantów, doradców, edukatorów)	pracownicy ochrony zdrowia – psycholodzy – terapeuci – pracownicy oświaty – służby mundurowe – pracownicy socjalni – służby ratunkowe kościoły i związki wyznaniowe organizacje pozarządowe – inni	– liczba szkoleń – liczba odbiorców	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałani a Narkomanii – organizacje pozarządowe	2012 2013 2014 2015 2016
				3) opracowanie, wydawanie, i dystrybucja adresowanych do grup docelowych różnorodnych materiałów informacyjnych, publikacji zaakceptowanych merytorycznie przez uprawnione jednostki		– liczba tytułów – nakład	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałani a Narkomanii – Państwowa Inspekcja Sanitarna – PTN AIDS – towarzystwa naukowe – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI*
							terytorialnego – organizacje pozarządowe – inne	
		2. zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	a) poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy	1) zwiększenie dostępności (promowanie, wspieranie, tworzenie) do systemu informacyjnego wykorzystującego wszystkie środki przekazu, wśród ogółu społeczeństwa, m. in. poprzez: - strony internetowe, - telefony zaufania, - telefony informacyjne - internetowe poradnie, - biuletyny informacyjne, - portale społecznościowe i komunikatory, - materiały informacyjno – edukacyjne	– ogół społeczeństwa – osoby przed inicjacją seksualną – osoby podejmujące aktywność seksualną (kobiety i mężczyźni, osoby hetero-, homo- i biseksualne) – młodzież poniżej 15 r.ż. – młodzież powyżej 15 r.ż. – osoby powyżej 50 r.ż.	– liczba odbiorców – nakład – statystyki odwiedzin stron internetowych – liczba konsultacji	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałani a Narkomanii – Państwowa Inspekcja Sanitarna – PTN AIDS – towarzystwa naukowe – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe – inne	2012 2013 2014 2015 2016 2012 2013 2014 2015 2016
				2) opracowanie, wydawanie i dystrybucja adresowanych do grup docelowych (społecznych i zawodowych) różnorodnych materiałów informacyjnych, publikacji zaakceptowanych merytorycznie przez uprawnione jednostki	– ogół społeczeństwa	– liczba tytułów – nakład		

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI*
				3) wspieranie działalności stacjonarnych i niestacjonarnych punktów informacyjno-konsultacyjnych		– liczba punktów – liczba odbiorców – liczba porad/interwencji	– jednostki samorządu terytorialnego	2012 2013 2014 2015 2016
			b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży	1) promowanie wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologów i położnych wiedzy o możliwości wykonania testu w kierunku zakażenia HIV kobietom planującym ciążę, w ciąży i partnerom seksualnym tych kobiet 2) promowanie wśród lekarzy prowadzących ciążę obowiązku proponowania wszystkim kobietom ciężarnym dobrowolnego wykonania testu w kierunku zakażenia HIV 3) szkolenia dla lekarzy ginekologów położników w zakresie specjalistycznej opieki podczas ciąży, porodu i porodu nad kobietą ciężarną, w zakresie psychospołecznych i medycznych aspektów epidemii HIV/AIDS, oraz poradnictwa okołotestowego, prowadzone także z wykorzystaniem tradycyjnych i nowych mediów	– lekarze podstawowej opieki zdrowotnej – lekarze ginekolodzy/położnicy – położne	– liczba odbiorców – nakład	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Narodowy Fundusz Zdrowia – Krajowe Centrum ds. AIDS	2012 2013 2014 2015 2016
						– liczba odbiorców – nakład	– Izba Lekarska – Izba Pielęgniarska – Państwowa Inspekcja Sanitarna – konsultanci krajowi i wojewódzcy	2012 2013 2014 2015 2016
						– liczba szkoleń – liczba przeszkolonych lekarzy	– PTN AIDS – towarzystwa naukowe, ze szczególnym uwzględnieniem PTG – terenowe organy administracji rządowej – jednostki	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI*
							samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe – inne	
				4) promowanie wśród kobiet w wieku prokreacyjnym i w ciąży oraz wśród ich partnerów informacji o możliwości wykonania testu w kierunku zakażenia HIV	– kobiety w wieku prokreacyjnym – kobiety planujące zajście w ciążę – kobiety w ciąży – ich partnerzy	– liczba odbiorców		2012 2013 2014 2015 2016
				5) opracowanie i dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących zagadnień HIV/AIDS, przeznaczonych dla kobiet i ich partnerów		– liczba tytułów – nakład		2012 2013 2014 2015 2016
			c) zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV	1) zwiększenie dostępności do testowania w kierunku HIV w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	– ogół społeczeństwa – lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	– liczba zakładów opieki zdrowotnej – liczba laboratoriów – liczba odbiorców	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Narodowy Fundusz Zdrowia – Krajowe Centrum ds. AIDS – konsultanci krajowi i wojewódzcy – inne	2012 2013 2014 2015 2016
				2) promowanie anonimowego testowania i poradnictwa okoloctestowego w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej		– liczba zakładów opieki zdrowotnej – liczba odbiorców – nakład		2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI*
				3) działania mające na celu promocję punktów prowadzących anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku HIV, połączone z profesjonalnym poradnictwem okolo-testowym	– ogół społeczeństwa	– liczba podjętych działań/inicjatyw	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Państwowa Inspekcja Sanitarna – konsultanci krajowi i wojewódzcy – PTN AIDS – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe – inne	2012 2013 2014 2015 2016
			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 podstawy programowej na wszystkich poziomach kształcenia	– autorzy i realizatorzy programów edukacyjno-profilaktycznych	– liczba podjętych działań/inicjatyw – liczba podmiotów podejmujących działania	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Narodowy Fundusz Zdrowia – Krajowe Centrum ds.	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI*
				2) działania edukacyjne w zakresie ochrony przed zakażeniami przenoszonymi drogą płciową, ze szczególnym uwzględnieniem HIV/AIDS, w tym działania promujące abstynencję seksualną, wzajemną wierność, stosowanie prezerwatyw	- osoby przed inicjacją seksualną - osoby podejmujące aktywność seksualną (kobiety i mężczyźni, osoby hetero-, homo- i biseksualne) - młodzież poniżej 15 r.ż. - młodzież powyżej 15 r.ż. - osoby powyżej 50 r.ż.	- liczba podjętych działań/inicjatyw - liczba podmiotów podejmujących działania - liczba odbiorców	AIDS - Izba Lekarska - Izba Pielęgniarska - Państwowa Inspekcja Sanitarna - konsultanci krajowi i wojewódzcy - towarzystwa naukowe - organizacje pozarządowe - inne	2012 2013 2014 2015 2016
		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	1) przegląd i analiza obowiązującego stanu prawnego	- pracownicy administracji publicznej - konsultanci krajowi i wojewódzcy - niezależni eksperci - organizacje pozarządowe - organizacje pacjenckie - ogół społeczeństwa	– liczba analiz	- ministrowie właściwi ze względu na cele Programu - Narodowy Fundusz Zdrowia - Krajowe Centrum ds. AIDS - konsultanci krajowi i wojewódzcy - towarzystwa naukowe - organizacje pozarządowe - inne	2012 2013 2014 2015 2016
				2) inicjatywy legislacyjne w zakresie HIV/AIDS wynikające ze zobowiązań międzynarodowych i wspólnotowych		- liczba inicjatyw/działań - liczba aktów prawnych		2012 2013 2014 2015 2016
			b) podejmowanie inicjatyw legislacyjnych zmierzających do stworzenia lub uaktualnienia przepisów prawnych	1) przegląd i analiza obowiązującego stanu prawnego		– liczba analiz		2012 2013 2014 2015 2016
				2) inicjatywy legislacyjne w		– liczba		2012

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI*
			w zakresie HIV/AIDS	zakresie HIV/AIDS		inicjatyw/działań – liczba aktów prawnych		2013 2014 2015 2016
				3) inicjatywa legislacyjna dotycząca utworzenia specjalizacji w zakresie diagnostyki i terapii HIV/AIDS		– podjęcie inicjatywy – liczba osób które uzyskały specjalizację/umiejętności		2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
II	Z A P O B I E G A N I	1. ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych	1) promocja filozofii i działań praktycznych w zakresie redukcji szkód, z uwzględnieniem działań edukacyjnych prowadzonych w środowisku osób o wysokim poziomie zachowań ryzykownych.	– osoby aktywne seksualnie – osoby podejmujące ryzykowne zachowania – osoby pozbawione wolności – osoby z zaburzeniami psychicznymi – osoby o nieuregulowanej sytuacji socjalno –	– liczba zrealizowanych projektów – liczba odbiorców projektu – liczba rozdyskrebowanych materiałów edukacyjno – informacyjnych	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
	E Z A K A Ż E N I O M H I V W Ś R Ó D O			2) edukacja w zakresie ochrony przed zakażeniami przenoszonymi drogą płciową i/lub drogą krwi (w tym spowodowanymi przyjmowaniem substancji psychoaktywnych drogą iniekcji) ze szczególnym uwzględnieniem HIV.	prawnej (osoby nieubezpieczone, bezdomni, migranci), – osoby mające kontakty seksualne bez prezerwatywy – osoby mające wielu partnerów seksualnych – pracownicy ochrony zdrowia – pracownicy oświaty – służby mundurowe, – pracownicy socjalni – służby ratunkowe – pracownicy administracji rządowej i samorządowej – organizacje pracodawców – organizacje pozarządowe – kościoły i związki wyznaniowe – środowiska opiniotwórcze – pracownicy mediów – inni	– liczba zrealizowanych projektów – liczba odbiorców projektu – liczba rozdyskrebowanych materiałów edukacyjno – informacyjnych	– Państwowa Inspekcja Sanitarna – towarzystwa naukowe – jednostki badawczo – rozwojowe – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe – organizacje pracodawców – sektor prywatny – inne	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
	S Ó B O Z W I Ę K S Z O N Y M P O Z I O M I E Z A C H O W A	2. rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne 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 około testowym, wg obowiązujących standardów Krajowego Centrum ds. AIDS	– osoby aktywne seksualnie – osoby podejmujące ryzykowne zachowania – osoby narażone na zakażenie HIV – klienci PKD ich rodziny i bliscy – pracownicy PKD	– liczba PKD – liczba klientów PKD – liczba konsultacji – liczba wykonanych testów – liczba wykrytych zakażeń HIV – liczba wykrytych innych zakażeń	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Państwowa Inspekcja Sanitarna – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe	2012 2013 2014 2015 2016
				2) poszerzenie oferty diagnostycznej PKD o inne zakażenia przenoszone drogą płciową i krwiopochodną		– liczba PKD oferująca diagnostykę w kierunku STI		2012 2013 2014 2015 2016
				4) rozwój poradnictwa specjalistycznego przy PKD, z uwzględnieniem usług: - psychologa, - psychiatry, - seksuologa, - ginekologa, - wenerologa, - prawnika, - pracownika socjalnego	– klienci PKD ich rodziny i bliscy	– liczba PKD oferująca katalog poszerzonych usług/konsultacji	– zakłady opieki zdrowotnej – inne	2012 2013 2014 2015 2016
			b) usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych	1) analiza ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno – diagnostycznych (wg obowiązującego wzoru Krajowego Centrum ds. AIDS)	– Krajowe Centrum ds. AIDS – ośrodki badawcze	– liczba ankiet – raport z analizy ankiet	– Krajowe Centrum ds. AIDS	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
	N R Y Z Y K O W N Y C H			2) druk i dystrybucja dokumentacji obowiązującej w punktach konsultacyjno – diagnostycznych (wg wzoru Krajowego Centrum ds. AIDS)	– Krajowe Centrum ds. AIDS	– Nakład – liczba PKD biorących udział w zbieraniu danych		2012 2013 2014 2015 2016
		3) zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	a) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy	1) zwiększenie dostępności (promowanie, wspieranie, tworzenie) do systemu informacyjnego wykorzystującego wszystkie środki przekazu, wśród osób o zwiększonym poziomie ryzykownych zachowań, poprzez: - strony internetowe, - telefony zaufania, Telefony informacyjne - internetowe poradnie, - biuletyny informacyjne, - portale społecznościowe i komunikatory, - materiały informacyjno – edukacyjne - inne	– osoby pozbawione wolności – osoby z zaburzeniami psychicznymi – osoby o nieuregulowanej sytuacji socjalno – prawnej (osoby nieubezpieczone, bezdomni, migranci) – osoby mające kontakty seksualne bez prezerwatywy – osoby mające wielu partnerów seksualnych – pary o różnym statusie serologicznym – osoby stosujące środki psychoaktywne	– liczba wejść na stronę – liczba porad – nakład – liczba odbiorców tytułów materiałów informacyjno – edukacyjnych – liczba rozdyskrebowanych materiałów informacyjno – edukacyjnych	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii – Państwowa Inspekcja Sanitarna – towarzystwa naukowe – terenowe organy administracji rządowej	2012 2013 2014 2015 2016
			b) wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych	1) rozwój programów o charakterze ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych ze szczególnym uwzględnieniem: - programów wymiany igieł i strzykawek, - programów readaptacji społecznej, - programów wsparcia	– osoby świadczące usługi seksualne – mężczyźni mający seks z mężczyznami – ofiary gwałtów – dzieci ulicy – żołnierze wyjeżdżający na misje	– liczba programów – liczba odbiorców programu – liczba wydanych igieł i strzykawek – liczba wydanych prezerwatyw męskich, żeńskich, chusteczek lateksowych i	– jednostki samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe – inne	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
				psychologicznego, - programów leczenia substytucyjnego - programów, których elementem jest dystrybucja prezerwatyw, - programów rówieśniczych (peer action), - programów typu outreach (streetworking, partyworking itp)		lubrykantów – liczba wydanych paraferalia – liczba wydanych i rozdyskrebowanych materiałów informacyjno – edukacyjnych – liczba osób, które zrealizowały cele programów readaptacyjnych		
				2) promowanie szybkich testów (rapid testy) w diagnostyce zakażeń HIV		– liczba wykonanych rapid testów – liczba wyników dodatnich – liczba wyników ujemnych		2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
III	WSPARCIE	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 – ich rodziny i bliscy	– liczba szkoleń – liczba akcji/informacji – liczba uczestników szkoleń	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS	2012 2013 2014 2015 2016
				2) kontynuacja i poszerzanie oferty programowej dla osób zakażonych HIV w zakresie kształtowania postaw samoakceptacji, zrozumienia		– liczba kontynuowanych programów – liczba nowych programów	– Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii – terenowe	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
	O P I E K A Z D R O W O T N A D L A O S Ó B Z A K			oraz akceptacji w środowisku osób najbliższych		– liczba inicjatyw – liczba podmiotów realizujących – liczba odbiorców	organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe – organizacje pracodawców – inne	
				3) realizacja programów wspierających aktywizację zawodową		– liczba programów/inicjatyw – liczba podmiotów realizujących – liczba odbiorców		2012 2013 2014 2015 2016
				4) działania zmierzające do podniesienia poziomu wiedzy w zakresie HIV/AIDS przydatne do pracy w kontakcie z osobami zakażonymi HIV, chorymi na AIDS, ich rodzinami i bliskimi	– pracownicy ochrony zdrowia – pracownicy oświaty – służby mundurowe – pracownicy socjalni – służby ratunkowe – pracownicy administracji rządowej i samorządowej – organizacje pracodawców – organizacje pozarządowe – kościoły i związki wyznaniowe – środowiska opiniotwórcze – pracownicy mediów – inni	– liczba szkoleń – liczba akcji/informacji – liczba uczestników szkoleń		2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
	A Ż O N Y C H H I V I C H O R Y C H N A A I			5) wspieranie procesu powstawania nowych i rozwoju już istniejących organizacji pozarządowych zrzeszających osoby zakażone z HIV i chore na AIDS, ich rodziny i bliskich działających na rzecz grupy docelowej oraz działających na rzecz tej grupy	– osoby zakażone HIV – ich rodziny i bliscy	– liczba koordynatorów – liczba organizacji		2012 2013 2014 2015 2016
				6) opracowanie, wydawanie, dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących problematyki HIV/AIDS z wykorzystaniem wszystkich dostępnych mediów, skierowanych do osób zakażonych HIV, ich rodzin i bliskich		– liczba tytułów – nakład		2012 2013 2014 2015 2016
			b) zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich	1) przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich poprzez realizację programów promujących postawy wolne od uprzedzeń i lęków	– osoby zakażone HIV – ich rodziny i bliscy – pracownicy ochrony zdrowia – pracownicy oświaty – służby mundurowe – pracownicy socjalni – służby ratunkowe – pracownicy administracji	– liczba programów – liczba inicjatyw – liczba podmiotów realizujących	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałani	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
	D S			2) współdziałanie, rzecznictwo i pomoc w przestrzeganiu praw osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich przez instytucje rządowe, samorządowe oraz media	– rządowej i samorządowej – organizacje pracodawców – organizacje pozarządowe – kościoły i związki wyznaniowe	– liczba akcji/informacji – liczba interwencji	– a Narkomanii – Rzecznik Praw Dziecka – Rzecznik Praw Obywatelskich – Rzecznik Praw Pacjenta	2012 2013 2014 2015 2016
				3) wspieranie innych działań, i programów na rzecz osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich	– środowiska opiniotwórcze – pracownicy mediów – inni	– liczba udzielonych dotacji – liczba organizacji, którym udzielono wsparcie	– Pełnomocnik ds. Równego Traktowania – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe – organizacje pracodawców – inne	2012 2013 2014 2015 2016
		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	1) zapewnienie osobom zakażonym HIV dostępu do leczenia antyretrowirusowego (ARV) oraz jego ciągłości zgodnie z międzynarodowymi standardami	– osoby zakażone HIV – ich rodziny i bliscy – pracownicy ochrony zdrowia – pracownicy naukowcy	– liczba placówek prowadzących leczenie ARV – liczba osób objętych leczeniem ARV	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Narodowy Fundusz Zdrowia – Krajowe Centrum ds. AIDS	2012 2013 2014 2015 2016
				2) okresowa aktualizacja standardów terapii ARV		– liczba przeprowadzonych aktualizacji	– konsultanci krajowi i wojewódzcy	2012 2013 2014 2015 2016
				3) działania na rzecz zapewnienia dostępu do		– liczba wprowadzonych	– PTN AIDS – towarzystwa	2012 2013

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
				diagnostyki i leczenia zakażeń oportunistycznych, zgodnie z międzynarodowymi standardami		procedur	naukowe – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	2014 2015 2016
				4) stworzenie systemu certyfikowania laboratoriów diagnostyki specjalistycznej		– liczba certyfikowanych laboratoriów	– terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego	2012 2013 2014 2015 2016
				5) zapewnienie ujednoliconej diagnostyki specjalistycznej wykonywanej przez certyfikowane laboratoria monitorujące zakażenia HIV, prowadzoną terapię ARV i diagnostykę chorób współistniejących		– liczba wykonanych badań	– organizacje pracodawców – sektor prywatny	2012 2013 2014 2015 2016
				6) poprawa dostępu do opieki paliatywnej i długoterminowej opieki medycznej		– liczba placówek zapewniających opiekę – liczba pacjentów objętych opieką		2012 2013 2014 2015 2016
				7) 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		2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *		
				8) promowanie/powołanie koordynatorów (case manager) działań w zakresie poprawy jakości życia osób zakażonych HIV		– liczba koordynatorów		2012 2013 2014 2015 2016		
				9) prowadzenie badań naukowych i klinicznych w zakresie HIV/AIDS		– liczba przeprowadzonych badań naukowych		2012 2013 2014 2015 2016		
			b) usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV	1) opracowanie, wdrożenie i informacja dotycząca ujednoliconej procedury postępowania związanego z ekspozycją na zakażenie HIV	– pracownicy ochrony zdrowia – służby mundurowe – pracownicy socjalni – służby ratunkowe – organizacje pracodawców – organizacje pozarządowe – inni	– opracowanie procedury – liczba placówek – liczba ekspozycji – liczba szkoleń – liczba przeszkolonych osób		2012 2013 2014 2015 2016		
				2) kontynuacja szkoleń w zakresie postępowania poekspozycyjnego dla pracowników ochrony zdrowia i innych grup zawodowych				2012 2013 2014 2015 2016		
			3. zapobieganie zakażeniom wertykalnym	a) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży, i kobiet karmiących piersią	1) aktualizacja standardów postępowania z kobietami ciężarnymi żyjącymi z HIV/AIDS	– kobiety w wieku prokreacyjnym – kobiety planujące zajście w ciążę – kobiety w ciąży – pracownicy ochrony zdrowia		– liczba przeprowadzonych aktualizacji – liczba kobiet ciężarnych żyjących z HIV/AIDS – liczba placówek	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Narodowy Fundusz Zdrowia – Krajowe Centrum ds. AIDS – konsultanci krajowi i	2012 2013 2014 2015 2016
					2) wdrożenie standardów postępowania w przypadku kobiet ciężarnych żyjących z HIV/AIDS					2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
							wojewódzcy – towarzystwa naukowe – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego	
			b) usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV	1) doskonalenie specjalistycznej opieki nad dziećmi zakażonymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV, w szczególności poprzez diagnostykę w kierunku HIV, realizację indywidualnego programu szczepień ochronnych	– dzieci urodzone przez matki żyjące z HIV – dzieci zakażone HIV	– liczba dzieci urodzonych przez matki z HIV – liczba dzieci zakażonych wertykalnie – liczba dzieci objętych opieką – liczba placówek prowadzących opiekę specjalistyczną dla dzieci zakażonych HIV oraz urodzonych przez matki zakażone z HIV	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Narodowy Fundusz Zdrowia – konsultanci krajowi i wojewódzcy – towarzystwa naukowe – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego	2012 2013 2014 2015 2016
				2) promowanie/utworzenie systemu opieki specjalistycznej dla osób wchodzących w dorosłość	– osoby zakażone HIV wchodzące w dorosłość	– liczba placówek prowadzących opiekę specjalistyczną dla osób wchodzących w dorosłość	– zakłady opieki zdrowotnej	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOTY	ROK REALIZACJI *
IV	WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA	1. rozwój współpracy międzynarodowej	a) poszerzenie współpracy międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS	1) podejmowanie inicjatyw międzynarodowych mających na celu wymianę doświadczeń w zakresie najlepszych praktyk w obszarze HIV/AIDS w oparciu o istniejącą wiedzę	– pracownicy ochrony zdrowia – pracownicy oświaty – służby mundurowe – pracownicy socjalni – służby ratunkowe – pracownicy administracji rządowej i samorządowej – organizacje pracodawców – organizacje pozarządowe – kościoły i związki wyznaniowe – środowiska opiniotwórcze – pracownicy mediów – inni	– liczba inicjatyw z udziałem Polski – liczba wydanych rekomendacji	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Państwowa Inspekcja Sanitarna – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe – niezależni eksperci	2012 2013 2014 2015 2016
				2) udział w tworzeniu i realizacji projektów międzynarodowych uwzględniających między innymi działania profilaktyczne, edukacyjne, badawcze w obszarze HIV/AIDS (w tym badań naukowych) oraz wymianę specjalistów	– ogół społeczeństwa – młodzież – kobiety w wieku prokreacyjnym – osoby używające substancje psychoaktywne – osoby świadczące usługi seksualne oraz korzystające z tych usług – mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami	– liczba projektów z udziałem Polski – liczba międzynarodowych działań operacyjnych z udziałem Polski – liczba odbiorców projektów i działań operacyjnych – liczba publikacji związanych z realizacją	– partnerzy zagraniczni – sektor prywatny – inne	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOTY	ROK REALIZACJI *
					– osoby pozbawione wolności	projektów		
			3) współpraca bilateralna i transgraniczna mająca na celu ograniczenie rozprzestrzenia się zakażeń HIV	– dzieci ulicy ¹ – migranci – osoby żyjące z HIV/AIDS – przygraniczne społeczności lokalne	– liczba bilateralnych projektów/inicjatyw w – liczba partnerów zagranicznych			2012 2013 2014 2015 2016
			4) inicjowanie i udział w realizacji wspólnych działań w regionie Europy Środkowej i Wschodniej, z wykorzystaniem m. in. mechanizmów Partnerstwa Wschodniego	– pracownicy ochrony zdrowia – pracownicy oświaty – służby mundurowe – pracownicy socjalni – służby ratunkowe – pracownicy administracji rządowej i samorządowej	– liczba inicjatyw – liczba działań podjętych w ramach regionu Europy Środkowej i Wschodniej			2012 2013 2014 2015 2016
			5) udział w programach pomocy rozwojowej	– organizacje pracodawców – organizacje pozarządowe	– liczba programów realizowanych przez Polskę			2012 2013 2014 2015 2016
			6) udział Polski w międzynarodowych wydarzeniach naukowych, społecznych i medialnych	– kościoły i związki wyznaniowe – środowiska opiniotwórcze – pracownicy mediów – inni	– liczba wydarzeń naukowych – społecznych i medialnych – liczba polskich przedstawicieli – liczba publikacji pokonferencyjnych			2012 2013 2014 2015 2016
		b) aktywizacja udziału Polski w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki	1) udział w tworzeniu polityki regionalnej i międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS	– pracownicy administracji rządowej i samorządowej	– liczba inicjatyw w zakresie polityki regionalnej i międzynarodowej	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu		2012 2013 2014 2015

¹ *dzieci ulicy* – termin socjologiczny służący do opisanego procesu wykluczenia społecznego niepełnoletnich, nie zawsze związany z rzeczywistą bezdomnością lub sieroctwem. Często jednak dzieci te wychowują się na ulicy, jednocześnie bawiąc się tam, kradnąc, pracując czy żebrząc, a przy tym mając domy i rodziny.

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOTY	ROK REALIZACJI *
			międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS		– organizacje pozarządowe – organizacje pacjenckie – osoby żyjące z HIV	wych – liczba organizacji uczestniczących w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS	– Krajowe Centrum ds. AIDS – Państwowa Inspekcja Sanitarna – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – towarzystwa naukowe – organizacje pozarządowe – niezależni eksperci – partnerzy zagraniczni – inne	2016
				2) udział przedstawicieli organizacji pozarządowych i eksperckich, ze szczególnym uwzględnieniem organizacji zrzeszających osoby żyjące z HIV, w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS		– liczba inicjatyw z udziałem organizacji pozarządowych		2012 2013 2014 2015 2016
				3) implementacja międzynarodowych zaleceń i wytycznych w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz poprawy jakości życia osób żyjących z HIV i świadczeń medycznych	– ogół społeczeństwa – młodzież – kobiety w wieku prokreacyjnym – osoby używające substancje psychoaktywne – osoby świadczące usługi seksualne oraz korzystające z tych usług – mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami – osoby pozbawione wolności	– liczba wdrożonych rekomendacji		2012 2013 2014 2015 2016
				4) podejmowanie inicjatyw w zakresie HIV/AIDS na forum Unii Europejskiej i innych struktur międzynarodowych		– liczba podjętych inicjatyw		2012 2013 2014 2015 2016
				5) udział w tworzeniu aktów prawnych Unii Europejskiej		– liczba aktów prawnych		2012 2013

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOTY	ROK REALIZACJI *
				dotyczących HIV/AIDS	– dzieci ulicy – migranci – osoby żyjące z HIV/AIDS – przygraniczne społeczności lokalne – pracownicy ochrony zdrowia – pracownicy oświaty – służby mundurowe – pracownicy socjalni – służby ratunkowe – pracownicy administracji rządowej i samorządowej – organizacje pracodawców – organizacje pozarządowe – kościoły i związki wyznaniowe – środowiska opiniotwórcze – pracownicy mediów – nni	– liczba inicjatyw legislacyjnych		2014 2015 2016
			c) aktywizacja udziału Polski w pracach instytucji i organizacji międzynarodowych	1) reprezentowanie Polski w strukturach, instytucjach i organizacjach międzynarodowych działających w zakresie HIV/AIDS, uwzględniając przedstawicieli organizacji pozarządowych i osoby żyjące z HIV	– pracownicy administracji rządowej i samorządowej – organizacje pacjenckie – organizacje pozarządowe – niezależni eksperci	– liczba spotkań. – liczba polskich uczestników, z wyszczególnieniem m przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego.	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Państwowa Inspekcja Sanitarna	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOTY	ROK REALIZACJI *
				2) sprawozdawczość na rzecz instytucji unijnych i międzynarodowych		– liczba raportów i publikacji międzynarodowych przygotowanych z udziałem Polski.	– terenowe organy administracji rządowej, – jednostki samorządu terytorialnego – organizacje pozarządowe – niezależni eksperci – inne	2012 2013 2014 2015 2016
			d) poszerzenie współpracy międzynarodowej na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich	1) udział w tworzeniu i realizacji projektów międzynarodowych mających na celu poprawę jakości życia i dostęp do świadczeń medycznych osób żyjących z HIV i ich bliskich	– ogół społeczeństwa – młodzież – kobiety w wieku prokreacyjnym – osoby używające substancje psychoaktywne – osoby świadczące usługi seksualne oraz korzystające z tych usług	– liczba projektów/inicjatyw z udziałem z Polski – liczba osób objętych projektami	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS – Rzecznik Praw Obywatelskich	2012 2013 2014 2015 2016
				2) podejmowanie inicjatyw międzynarodowych mających na celu wymianę doświadczeń na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV	– mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami – osoby pozbawione wolności	– liczba projektów/inicjatyw z udziałem z Polski	– Państwowa Inspekcja Sanitarna – terenowe organy administracji rządowej,	2012 2013 2014 2015 2016
				3) podejmowanie działań na poziomie międzynarodowym w zakresie promowania praw człowieka w kontekście HIV/AIDS, z uwzględnieniem światowych wytycznych w tym obszarze	– dzieci ulicy – migranci – osoby żyjące z HIV/AIDS – pracownicy ochrony zdrowia – pracownicy oświaty – służby mundurowe	– liczba działań w zakresie promowania praw człowieka. – liczba dokumentów/raportów na temat praw człowieka	– jednostki samorządu terytorialnego – towarzystwa naukowe – organizacje pozarządowe – organizacje	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOTY	ROK REALIZACJI *
					– pracownicy socjalni – służby ratunkowe – pracownicy administracji rządowej i samorządowej – organizacje pracodawców – organizacje pozarządowe – kościoły i związki wyznaniowe – środowiska opiniotwórcze – pracownicy mediów – inni		– pracodawców – niezależni eksperci – partnerzy zagraniczni – sektor prywatny – inne	
				4) współdziałanie z partnerami międzynarodowymi na rzecz dostępu do wysokiej jakości świadczeń na rzecz osób żyjących z HIV zgodnie z istniejącą wiedzą oraz unijnymi i międzynarodowymi zaleceniami	– pracownicy ochrony zdrowia – towarzystwa naukowe – osoby żyjące z HIV	– liczba dokumentów wynikających z międzynarodowych zaleceń – liczba spotkań – liczba projektów		2012 2013 2014 2015 2016
				5) udział Polski w międzynarodowych wydarzeniach naukowych, społecznych i medialnych skierowanych do osób żyjących z HIV i organizacji pacjenckich	– pracownicy ochrony zdrowia – pracownicy oświaty – służby mundurowe – pracownicy socjalni – służby ratunkowe – pracownicy całodobowych placówek dla dzieci i młodzieży	– liczba wydarzeń naukowych, społecznych i medialnych. – liczba polskich przedstawicieli. – liczba publikacji pokonferencyjnych		2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOTY	ROK REALIZACJI *
					– pracownicy mediów – pracownicy administracji rządowej i samorządowej – towarzystwa naukowe – organizacje pracodawców – organizacje pozarządowe – osoby żyjące z HIV – niezależni eksperci			

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
V	M O N I T O R I N G	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 oraz jego upowszechnienie poprzez: a. analizę istniejących systemów b. opracowanie rekomendacji do pracy placówek wykonujących badania określających standard usług c. opracowanie i dystrybucję materiałów informacyjnych na temat zbierania danych	– pracownicy PIS – pracownicy PKD – pracownicy laboratoriów – lekarze – personel medyczny	– liczba spotkań – opracowanie dokumentu – liczba odbiorców materiałów informacyjnych – liczba szkoleń – liczba placówek – uczestniczących w spotkaniach	– Krajowe Centrum ds. AIDS – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH – Państwowa Inspekcja Sanitarna – Instytut Wenerologii – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych – Krajowe Biuro ds. Przeciwdział	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
				epidemiologicznych d. szkolenie pracowników ochrony zdrowia wykonujących badania w kierunku HIV/AIDS			ania Narkomanii – konsultanci krajowi – towarzystwa Naukowe	
				2) wdrażanie rekomendacji/standardów służących poprawie jakości zbierania i raportowania danych epidemiologicznych oraz upowszechnianie wyników poprzez: a. promowanie placówek działających zgodnie ze standardami b. badanie jakości danych uzyskiwanych z placówek wykonujących badania w kierunku HIV/AIDS w zakresie ustawowym c. pozyskiwanie, gromadzenie i udostępnianie danych epidemiologicznych w zakresie HIV/AIDS d. wspieranie opracowań mających na celu ocenę szczegółowych problemów epidemii HIV/AIDS w Polsce	– ogół społeczeństwa – klienci placówek – placówki wykonujące badania – pracownicy PKD – towarzystwa naukowe – uczelnie – naukowcy – analitycy i badacze zjawisk społecznych – dziennikarze – liderzy opinii – studenci – inni	– liczba placówek wykonujących badania zgodnie ze standardami – odsetek braków danych w dostarczanych danych epidemiologicznych – odsetek zarejestrowanych zakażeń w relacji do szacunków – liczba osób wykonujących test w kierunku HIV – liczba osób, u których wykryto zakażenie HIV – liczba osób, u których rozpoznano AIDS – liczba osób zakażonych, które zmarły – liczba osób, u których wykryto zakażenie innymi chorobami		2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
						przenoszonymi drogą płciową – liczba opracowań		
				3) dostosowanie krajowych systemów zbierania danych do wymogów sprawozdawczości międzynarodowej	– organizacje międzynarodowe – Ministerstwo Zdrowia – Państwowa Inspekcja Sanitarna – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH	– liczba nowych wskaźników		2012 2013 2014 2015 2016
			b) usprawnienie nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS	1) opracowanie i upowszechnienie rekomendacji dotyczących struktury i działalności zespołów wojewódzkich ze względu na cele Programu	– terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – inni	– opracowanie dokumentu	– Krajowe Centrum ds. AIDS	2012 2013 2014 2015 2016
				2) poprawa współpracy podmiotów realizujących Program i koordynacja zadań na poziomie województwa poprzez: a. powołanie wojewódzkich zespołów do spraw realizacji Programu, b. sporządzanie przez wojewódzkie zespoły szczegółowych harmonogramów rocznych i sprawozdań z realizacji zadań, c. analizę prowadzonych	– zespoły wojewódzkie – realizatorzy Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS	– liczba formalnie powołanych zespołów – liczba podmiotów współpracujących w realizacji Programu – liczba opracowanych harmonogramów i sprawozdań – liczba opracowań wraz z rekomendacjami	– terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – Zespoły wojewódzkie	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
				działań na terenie województwa w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej, opracowanie wniosków i rekomendacji do realizacji Programu				
				3) rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich poprzez: a. szkolenie liderów wojewódzkich i konsultowanie ich pracy b. opracowanie i upowszechnienie metodologii monitoringów lokalnych c. opracowanie i wdrożenie narzędzi pomiaru wskaźników na poziomie województwa	– terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego – zespoły wojewódzkie	– liczba szkoleń/spotkań – liczba reprezentowanych województw – opracowany dokument – opracowany druk sprawozdawczy dla gmin i samorządów wojewódzkich	– Krajowe Centrum ds. AIDS	2012 2013 2014 2015 2016
				4) dostosowanie informatycznej bazy danych (służącej pozyskaniu danych od podmiotów realizujących Program) do potrzeb analiz wojewódzkich	– realizatorzy Programu – zespoły wojewódzkie	– zmodyfikowanie bazy		2012 2013 2014 2015 2016
			c) wsparcie informacyjne realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS	1) monitorowanie realizacji Programu, prowadzenie informatycznej bazy danych oraz udostępnianie informacji realizatorom Programu	– realizatorzy Programu – zespoły wojewódzkie	– liczba i rodzaj realizowanych programów	– ministrowie właściwi ze względu na cele Programu – Krajowe Centrum ds. AIDS	2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
				2) zbieranie i analizowanie informacji o działaniach gmin w zakresie ograniczania zakażeń HIV oraz udzielanej pomocy osobom żyjącym z HIV/AIDS	– podmioty realizujące Program na poziomie gmin	– liczba ankiet pozyskanych z gmin – liczba skatalogowanych raportów z realizacji Programu	– Państwowa Inspekcja Sanitarna – terenowe organy administracji rządowej – jednostki samorządu terytorialnego	2012 2013 2014 2015 2016
				3) pozyskiwanie, gromadzenie i udostępnianie informacji o zjawisku HIV/AIDS ze źródeł wtórnych (raporty własne instytucji naukowych, firm badawczych i innych)	– zespoły wojewódzkie – instytucje naukowe/badawcze – uczelnie – dziennikarze – liderzy opinii – inni	– liczba podmiotów zainteresowanych informacjami o HIV/AIDS – liczba udostępnionych materiałów	– organizacje pozarządowe – towarzystwa naukowe – jednostki naukowo-badawcze	2012 2013 2014 2015 2016
				4) monitoring prasy	– wydawnictwa – realizatorzy Programu – zespoły wojewódzkie	– liczba artykułów w prasie	– zespoły wojewódzkie – inne	2012 2013 2014 2015 2016
				5) ewaluacja realizacji Programu w wybranych grupach docelowych, w tym m.in.: a. badania wiedzy i postaw społecznych w zakresie HIV/AIDS, b. badania jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS, c. inne badania (w grupach celowych, kohortach)	– ogół społeczeństwa – osoby żyjące z HIV/AIDS	– liczba badań – analiza wskaźników wiedzy i postaw społecznych – analiza wskaźników jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS – analiza wskaźników		2012 2013 2014 2015 2016

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT	ROK REALIZACJI *
				wiekowych, itp. dostosowane do potrzeb w ramach realizacji Programu				
				6) prowadzenie innych badań własnych z zakresu problematyki HIV/AIDS	– realizatorzy Programu – zespoły wojewódzkie – instytucje naukowe/badawcze – uczelnie	– liczba badań		2012 2013 2014 2015 2016
			d) wsparcie informacyjne realizacji leczenia antyretrowirusowego	1) monitoring i ewaluacja funkcjonowania systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS poprzez prowadzenie informatycznej bazy danych w zakresie realizacji leczenia antyretrowirusowego	– Krajowe Centrum ds. AIDS – zakłady opieki zdrowotnej – osoby żyjące z HIV/AIDS	– sprawozdania roczne – liczba placówek prowadzących leczenie – liczba osób leczonych ARV – liczba zgonów – koszty leczenia – liczba placówek prowadzących opiekę/leczenie dla dzieci – liczba dzieci objętych opieką/leczeniem – liczba pacjentów objętych badaniem	– Krajowe Centrum ds. AIDS	2012 2013 2014 2015 2016

* Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. Nr 44, poz.227), realizatorzy opracowują i przedkładają, na podstawie przedmiotowego Harmonogramu, szczegółowe harmonogramy roczne realizacji zadań, w którym umieszczają informacje o planowanych do realizacji w roku następnym zadaniach oraz o planowanej wysokości środków finansowych. Realizacja zadań przedmiotowego Harmonogramu uzależniona będzie od wysokości środków finansowych będących w dyspozycji każdego z realizatorów.

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW**

z dnia 15 lutego 2011 r.

**w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania
AIDS**

(Dz. U. z dnia 1 marca 2011 r.)

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 obowiązаныmi do realizacji Programu są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu.

2. Podmiotami obowiązаныmi 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 z 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 Zwalczenia 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⁾

¹⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczenia 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).

ZAŁĄCZNIK

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	a) poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy
		profilaktyki HIV/AIDS	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
		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
II	Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa)	1. ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych
		2. rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i	a) poprawa jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV
		bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym	b) usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych

		3. zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie	a) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy
		profilaktyki HIV/AIDS	b) wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych
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	a) poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich
	(profilaktyka trzeciorzędowa)	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	a) poprawa istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS
		zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV	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	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	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