

MINISTERSTWO ZDROWIA

**Krajowy Program
Zapobiegania Zakażeniom HIV,
Opieki nad Żyjącymi z HIV
i Chorymi na AIDS
na lata 1999-2003**

WARSZAWA 1999

Z serii inicjatyw wydawniczych
Krajowego Biura Koordynacyjnego ds. Zapobiegania AIDS

Copyright © by Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS,
Warszawa 1999

Wydawnictwo ELMA BOOKS, Warszawa 1999

ISBN 83-86884-23-1

Drukarnia „Plejada

Wydanie zostało zakupione przez
Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS
ze środków Ministerstwa Zdrowia w nakładzie 115 000 egz.

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	5
<i>CZĘŚĆ PIERWSZA</i>	
I. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV w świecie, Europie i Polsce	7
II. Stan organizacyjny zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.....	12
III. Ogólna ocena i wnioski z realizacji Krajowego na lata 1996-1998.....	14
<i>CZĘŚĆ DRUGA</i>	
I. Cele i kierunki działania na lata 1999-2003.....	17
II. Wykaz instytucji realizujących i wspierających Krajowy Program Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS na lata 1999-2003.....	18
III. Schemat działań organizacyjnych obowiązujących przy realizacji Krajowego Programu na lata 1999-2003	20
IV. Zadania Krajowego Programu na lata 1999-2003	24
Cel pierwszy - Ograniczenie rozprzestrzenienia zakażeń HIV	
A. Edukacja społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży.....	24
B. Działania profilaktyczne prowadzone w grupach osób o zwiększonym ryzyku zakażenia HIV.....	29
C. Badania w kierunku zakażenia HIV.....	32
D. Bieżąca kontrola standardów bezpieczeństwa krwi i środków krwipochodnych.....	33
E. Zapobieganie chorobom sprzyjającym przenoszeniu wirusa HIV.....	34
Cel drugi - Poprawa jakości i dostępności opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS	
A. Stałe uaktualnianie i wprowadzanie jednolitych standardów opieki nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS	35
B. Kształcenie pracowników medycznych, pracowników służb socjalnych i terapeutów w zakresie HIV/AIDS.....	38
<i>CZĘŚĆ TRZECIA</i>	
Monitorowanie i ewaluacja realizacji działań zawartych w Krajowym Programie na lata 1999-2003.....	39
<i>CZĘŚĆ CZWARTA</i>	
Zadania wspierające Krajowy Program na lata 1999-2003.....	40
<i>CZĘŚĆ PIĄTA</i>	
Finansowe zabezpieczenie realizacji Krajowego Programu na lata 1999-2003.....	42

WPROWADZENIE

Przedstawiony w niniejszym dokumencie całościowy program dotyczący zapobiegania zakażeniom HIV¹, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS² obejmuje lata 1999-2003. Pierwszy Krajowy Program był realizowany w latach 1996-1998. Dowodzi to, że władze Trzeciej Rzeczypospolitej przywiązują dużą wagę do tych zagadnień. Biologiczna natura zakażenia i jego specyficzne uwarunkowania psychologiczno-społeczne nakazują specjalne traktowanie tej choroby. Teza ta znajduje potwierdzenie w wieloletnich już doświadczeniach, zarówno naszych krajowych, jak również innych państw. Analiza sytuacji epidemiologicznej zakażeń HIV przekonuje, że problem stanowi wyzwanie dla nas wszystkich. Krajowy Program na lata 1999-2003 skonstruowano zgodnie z założeniem, że nie można zahamować epidemii bez wysiłku całego społeczeństwa.

Demokratyczna struktura naszego społeczeństwa gwarantuje współdziałanie władzy ustawodawczej, wykonawczej i samorządowej. Ważną rolę mogą odegrać również organizacje pozarządowe, których działalność jest jednym z licznych dowodów zdolności naszego społeczeństwa do samoorganizacji. Rzeczpospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli z konstytucyjnie zagwarantowaną wolnością tworzenia i działania ruchów obywatelskich i zrzeszeń. Odwołując się do Konstytucji, należy podkreślić, że przedstawiany tu dokument jest potwierdzeniem zasady nienaruszalności praw jednostki jako człowieka i obywatela, wynikającej z jej przyrodzonej i niezbywalnej godności. Ochrona tych dóbr należy do obowiązków władz publicznych. Artykuł 32, pkt. 2 Ustawy Zasadniczej mówi: "Nikt nie może być dyskryminowany (...) z jakiegokolwiek przyczyny", a w innym czytamy: "Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia". Autorzy Krajowego Programu rozumieją treść tych sformułowań także jako prawo każdego do ochrony przed zakażeniem i prawo zakażonego do wszechstronnej pomocy społecznej i medycznej, ale

¹ HIV (skrót ang. nazwy): ludzki wirus upośledzenia odporności.

² AIDS(skrót ang. nazwy): zespół nabytego upośledzenia odporności.

również jako istnienie obowiązków ze strony osób żyjących z wirusem.

Należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, że zadania zapisane w Krajowym Programie wymagają współpracy różnych struktur władzy istniejących w państwie, co potwierdzają zarówno dobrze udokumentowane źródła polskie i inne, jak też praktyczne doświadczenia środowisk zajmujących się problemami HIV/AIDS na całym świecie. Obciążanie wyłącznie służby zdrowia rozwiązywaniem tych problemów byłoby niewybaczalnym błędem. Kontynuowanie Krajowego Programu w kolejnych latach wymaga wyciągnięcia wniosków z jego realizacji w latach poprzednich. Niepokoi zwłaszcza nierównomierność zaangażowania poszczególnych wykonawców. Nowy Krajowy Program zwraca więc szczególną uwagę na konieczność zespolenia i koordynowania podejmowanych działań.

Nie można realizować żadnych zadań w dziedzinie ochrony zdrowia bez odpowiedniego zabezpieczenia środków finansowych - o tym także mówi prezentowany dokument. Należy jednak podkreślić, że środki finansowe nie mogą zastąpić ludzkiej aktywności i solidarności wobec zagrożeń dla jednostki i społeczeństwa. Autorzy mają nadzieję, że zachowali w tym względzie stosowne proporcje.

CZEŚĆ PIERWSZA

I. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA ZAKAŻEŃ HIV W ŚWIECIE, EUROPIE I POLSCE

Ludzki wirus upośledzenia odporności nadal szerzy się w świecie, przedostając się do społeczności pierwotnie nieznacznie dotkniętych przez epidemię i nasilając swoje oddziaływanie na obszarach, na których AIDS już jest jedną z głównych przyczyn zgonów w populacji dorosłych.

Według oszacowań UNAIDS³ i WHO⁴ pod koniec 1998 roku na świecie żyło z HIV i AIDS 33,4 mln osób, a od początku pandemii zmarło 13,9 mln. Jedna osoba dorosła na około 100 w wieku od 15 do 49 lat żyje z HIV, przy czym tylko niewielki odsetek wie o swoim zakażeniu. O ile nie będzie szerzej dostępne leczenie przedłużające życie, większość obecnie żyjących z HIV umrze w ciągu 10 lat. Ponieważ stale dochodzi do nowych zakażeń (ok. 16 000 na dobę), nie należy spodziewać się samoograniczenia infekcji.

Zakażenia HIV są skoncentrowane przede wszystkim w krajach rozwijających się: ponad 95% ludzi z HIV żyje w Afryce Subsaharyjskiej i w niektórych państwach Azji, osiągających łącznie mniej niż 10% produktu światowego. W latach 1994-1997 wzrost rozpowszechnienia zakażenia HIV był najgwałtowniejszy na dużych obszarach Azji, we wschodniej Europie i w południowej Afryce.

Od początku pandemii do połowy listopada 1998 roku zgłoszono do WHO ogółem 1 987 217 zachorowań na AIDS. Oznacza to przyrost o 10% w porównaniu do liczby zachorowań zgłoszonych do listopada 1997 roku. Szacuje się, że skumulowana liczba zgłoszonych zachorowań jest mniejsza o 15% od rzeczywistej liczby zachorowań. Obserwacja sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych regionach świata wskazuje na występowanie zmian i pewnych wyraźnych trendów: w przeciwieństwie do krajów rozwijających się, w krajach uprzemysłowionych odnotowuje się spadek liczby zachorowań.

³ UNAIDS (skrót ang. nazwy): Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS

⁴ WHO (skrót ang. nazwy): Światowa Organizacja Zdrowia

W Europie liczba zachorowań na AIDS spadła po raz pierwszy od początku pandemii w 1996 roku i obniżała się nadal w roku 1997 (o 29%), osiągając poziom sprzed roku 1990. Wyraźny spadek odnotowano w trzech głównych grupach przenoszenia zakażenia: wśród mężczyzn homo- i biseksualnych (w 1996 roku o 22%, w 1997 roku o 37%); wśród osób stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach (w 1996 roku o 11%, w 1997 roku o 33%) i wśród osób zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych (w 1996 roku o 2%, w 1997 roku o 22%). Wewnątrz grup przenoszenia zakażenia spadek był w roku 1997 większy w populacji kobiet (w grupie stosującej środki odurzające we wstrzyknięciach o 33%, w grupie zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych o 27%) niż w populacji mężczyzn (odpowiednio: 30% i 17%). Mniejsza była także liczba zachorowań na AIDS nabytych drogą przenoszenia pionowego – z matki na dziecko (o 33% w 1996 roku i o 6% w 1997 roku). Należy jednak pamiętać, że na obraz epidemii w całej Europie ma decydujący wpływ sytuacja w Europie Zachodniej, skąd pochodzi 90% zachorowań na AIDS zgłaszanych w regionie europejskim WHO. W krajach tych powszechnie wdrożono programy profilaktyczne, a także leczenie antyretrowirusowe, znacząco opóźniające rozwój AIDS.

Natomiast w Europie Wschodniej od roku 1995 obserwuje się wzrost zakażeń HIV. W krajach byłego Związku Radzieckiego zakażenie HIV szerzy się gwałtownie wśród osób stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach. Dotyczy to zwłaszcza Ukrainy, Rosji i Białorusi. Wzrosła także liczba zachorowań na AIDS: w roku 1997 o 29% na Ukrainie i o 51% w Rosyjskiej Federacji.

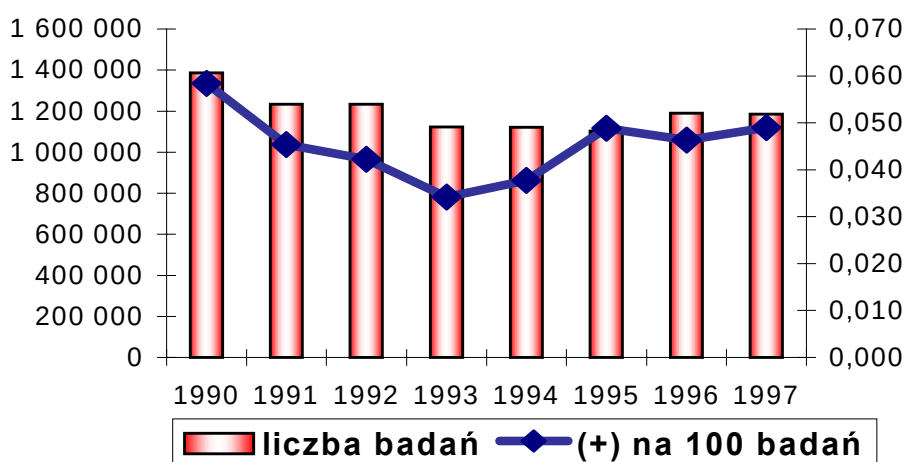
W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej, sytuacja jest względnie stabilna. Do końca stycznia 1999 roku odnotowano w naszym kraju ogółem 5 620 zakażeń HIV i 737 zachorowań na AIDS; 415 chorych zmarło. Liczbę osób żyjących z zakażeniem HIV Państwowy Zakład Higieny (PZH) szacuje na 12 000.

Nowo wykryte zakażenia HIV rejestrowane są przez PZH. Największą, jak dotychczas, liczbę nowo wykrytych zakażeń - 809 osób - odnotowano w roku 1990. W następnych latach liczba ta mieściła się w granicach od 384 (w 1993 roku) do 579 (w 1997 roku). W 1998 roku odnotowano 638 przypadków zakażeń.

Tabela 1. Badania w kierunku zakażenia HIV w latach 1990-1997 w poszczególnych grupach

Grupa badana	Badania ogółem		w tym seropozytywni	
	liczba	odsetek	liczba	odsetek
Homo- i biseksualiści	4 316	0,05%	242	5,6%
Stosujący dożylne środki odurzające	57 161	0,60%	2 826	65,3%
Osoby trudniące się prostytutką	6 150	0,06%	9	0,2%
Biorcy krwi	97 912	1,03%	7	0,2%
Chorzy na hemofilię	2 120	0,02%	1	0,0%
Osoby z ww.grup razem	167 659	1,77%	3 085	71,3%
Dawcy krwi, nasienia, tkanek i narządów	8 288 154	87,40%	163	3,8%
Inni	1 027 089	10,83%	1 079	24,9%
Obywatele polscy – ogółem	9 482 902	100,00%	4 327	100,0%
Obcokrajowcy	8 350	0,09%	40	0,9%
Razem	9 491 252	-	4 367	-

Wykres 1. Badania w kierunku zakażenia HIV w latach 1990-1997.



W ciągu ostatnich ośmiu lat wykonano około 9,5 mln testów w kierunku zakażenia HIV (Tabela 1.), wykrywając ponad 4300 zakażeń u obywateli polskich. Najwięcej badań (87%) wykonano w służbie krwi, jednak większość wyników dodatnich (ponad 70%) uzyskano badając osoby zgłaszające się z powodu ryzykownych zachowań. Od około 10% badanych osób ("Inni") nie uzyskano informacji na temat przyczyn, które skłoniły je do poddania się testowi, natomiast z grupy tej pochodziła jedna czwarta wyników dodatnich.

Liczba badań wykonywanych corocznie była zbliżona (Wykres 1.), natomiast odsetek dodatnich wyników spadał od roku 1990 do 1993, a następnie narastał do roku 1997. Tendencja narastająca utrzymywała się w roku 1998, w którym wykryto 638 zakażeń, tj. o ponad 10% więcej niż w roku 1997.

W latach 1985-1995 rosła rejestrowana rocznie liczba zachorowań na AIDS, jak również liczba zgonów. Największe liczby odnotowano w 1995 roku. Wynosiły one odpowiednio: 114 i 0,3 na 100 000 mieszkańców oraz 78 i 0,2 na 100 000 mieszkańców. Liczba zachorowań i zgonów z kolejnych lat 1996, 1997 i 1998 (odpowiednio: 109 i 114, 105 i 74, 60 i 46) może świadczyć o pewnej poprawie sytuacji, choć trudno wykluczyć tu wpływ opóźnionego i niepełnego zgłaszania.

Pierwszy okres epidemii HIV/AIDS w Polsce cechowały przede wszystkim nowo wykryte zakażenia HIV wśród mężczyzn homo- i biseksualnych (głównie zdiagnozowanych w Instytucie Wenerologii) oraz wśród chorych na hemofilię, a także pojedyncze zachorowania na AIDS. Przedostanie się HIV do grupy osób stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach, zaobserwowane w 1988 roku, wpłynęło na sytuację epidemiologiczną w następnych latach. Stosunkowo wcześniej wśród zakażonych HIV (w 1989 roku) i chorych na AIDS (w 1991 roku) odnotowano wzrost liczby osób stosujących środki psychoaktywne, a ponadto stwierdzono m.in.: zmiany stosunku liczby zakażonych kobiet do liczby zakażonych mężczyzn (z 1:20 na 1:10 w pierwszych latach epidemii oraz z 1:3 na 1:5 w latach po roku 1988); uformowanie się około sześćdziesięcioprocentowej grupy zakażonych w przedziale wieku od 20 do 29 lat oraz urodzenia dzieci, które miały przeciwciała anti-HIV od matek. Do końca stycznia 1999 roku urodziło się co najmniej 150 takich dzieci, spośród których u 40 potwierdzono zakażenie HIV. Obecnie znana liczba dzieci żyjących z HIV wynosi około 60. Zachorowania na AIDS wśród narkomanów to blisko połowa wszystkich zachorowań na AIDS odnotowanych w latach 1986-1997, a zgony narkomanów chorych na AIDS stanowią 42% wszystkich zgonów na AIDS. Zakażeni HIV w związku ze stosowaniem środków odurzających we wstrzyknięciach stanowili 66% ogółu zakażonych HIV w latach 1985-1998.

Prawie 31% zakażonych HIV z lat 1985-1998 mieszkało w trzech województwach: stołecznym warszawskim, gdańskim i katowickim, a 69% - w pozostałych województwach.

W latach 1985-1995 zachorowania na AIDS i zakażenia HIV lokalizowały się głównie w dużych aglomeracjach miejskich; we wczesnych latach dziewięćdziesiątych wskaźnik nowo wykrytych zakażeń (na 100.000 mieszkańców) był najwyższy w województwach południowo-zachodniej Polski. Najwyższy wskaźnik (prawie 15) odnotowano w woj. jeleniogórskim w 1990 roku, znacznie niższe w woj. lubelskim (3,2 w 1995 roku), w woj. piotrkowskim (3,7 w 1996), w woj. toruńskim (3,3 w 1997), w woj. wrocławskim (3,3 w 1998). [Województwa podane według dawnego podziału administracyjnego kraju.]

Chociaż w ostatnich latach liczba zachorowań na AIDS jest dość stała, a liczba nowo wykrytych zakażeń utrzymuje się na poziomie kilkuset rocznie, możliwy jest niekorzystny rozwój sytuacji epidemiologicznej. Liczba zachorowań na AIDS będzie zależała m.in. od dostępności i jakości opieki medyczno-socjalnej sprawowanej nad osobami zakażonymi HIV, a liczba nowych zakażeń – od częstości zachowań ryzykownych występujących w populacji i, pośrednio, od efektywności działań profilaktycznych realizowanych w różnych grupach społeczeństwa.

II. STAN ORGANIZACYJNY ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV, OPIEKI NAD ŻYJĄCYMI Z HIV I CHORYMI NA AIDS

Realizację zadań dotyczących zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS umożliwia istnienie w Polsce odpowiednich struktur organizacyjnych z określonymi zakresami kompetencji.

Ważnym osiągnięciem w zakresie działań dotyczących problematyki HIV i AIDS było przyjęcie w 1995 roku przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej pierwszego Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1996–1998. Główne zadania koordynacyjne i wykonawcze powierzono Ministrowi Zdrowia. Do realizacji Programu zostało również włączonych wiele innych instytucji. W strukturze rządowej były to następujące Ministerstwa: Edukacji Narodowej, Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych, Transportu i Gospodarki Morskiej, Pracy i Polityki Socjalnej, Sprawiedliwości.

Z ramienia Ministerstwa Zdrowia zadania te były i są realizowane między innymi przez:

- ☐ Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, nad którym nadzór sprawuje Doradca Ministra Zdrowia ds. AIDS i Narkomanii;
- ☐ Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne i w ich strukturze Działy Oświaty Zdrowotnej, przy czym Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni są koordynatorami Krajowego Programu na szczeblu wojewódzkim;
- ☐ Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS;
- ☐ placówki zajmujące się leczeniem osób żyjących z HIV i chorych na AIDS, utworzone na bazie klinik Akademii Medycznych i Szpitali Wojewódzkich;
- ☐ sieć placówek dermatologicznych nadzorowanych przez Instytut Wenerologii.

W ramach Rady Sanitarno-Epidemiologicznej działającej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym powołano Komitet ds. AIDS, który pełni rolę doradcą.

Istotną rolę w zapobieganiu HIV i AIDS oraz w zapewnianiu wsparcia osobom żyjącym z HIV i chorym na AIDS pełnią liczne organizacje pozarządowe działające na terenie kraju, finansowane z funduszy centralnych, wojewódzkich, samorządowych i własnych. Należy również podkreślić fakt nawiązania współpracy z Programem Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP). Współpraca ta zaowocowała podpisaniem dwóch umów międzynarodowych, których

realizacja miała ogromny wpływ na intensyfikację działań ukierunkowanych na poprawę sytuacji osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.

Schemat na str. 19 przedstawia instytucje zaangażowane w realizację Krajowego Programu na lata 1999-2003.

III. OGÓLNA OCENA I WNIOSKI Z REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU NA LATA 1996-1998

Ocena realizacji Krajowego Programu na lata 1996 – 1998 została dokonana na podstawie materiałów sprawozdawczych i ewaluacyjnych przedstawionych przez poszczególnych wykonawców i opracowanych w Krajowym Biurze Koordynacyjnym ds. Zapobiegania AIDS.

Przeanalizowano następujące dokumenty:

- ☐ sprawozdania wojewódzkich koordynatorów Programu, tzn. Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych i kierowników Działów Oświaty Zdrowotnej w Wojewódzkich Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych,
- ☐ sprawozdania z działalności Krajowego Biura Koordynacyjnego ds. Zapobiegania AIDS,
- ☐ sprawozdania resortów z wykonania przypisanych w Krajowym Programie zadań,
- ☐ wyniki i wnioski z prowadzonych badań socjologicznych dotyczących postaw i zachowań istotnych ze względu na przyjęte w Programie cele,
- ☐ dane epidemiologiczne.

Wzięto również pod uwagę opinie i wnioski organizacji pozarządowych oraz uznanych autorytetów w dziedzinie HIV/AIDS.

W ogólnej ocenie realizacji Krajowego Programu sformulowano następujące konkluzje:

- ☐ zdecydowana większość podjętych działań odpowiadała oczekiwaniom społecznym w tym zakresie;
- ☐ nie wszystkie instytucje zobowiązane w Programie do działania wywiązały się w pełni ze swych zadań;
- ☐ niektóre zadania sformulowano zbyt ogólnikowo i postulatycznie, a w efekcie trudno je było przełożyć na konkretną działalność;
- 0 rola ewaluacji i monitorowania prowadzonych działań została niedostatecznie wyeksponowana;
- ☐ program najpełniej i najskuteczniej realizowany był przez Ministerstwo Zdrowia wraz z podległymi mu placówkami oraz przez organizacje pozarządowe działające na rzecz osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.

W związku z powyższym w Krajowym Programie na lata 1999 – 2003 uwzględniono następujące postulaty i wnioski:

- ☐ szeroko pojmowane zdrowie publiczne, będące jedną z podstawowych wartości społecznych, wymaga kontynuowania działań mających na celu zapobieganie zakażeniom HIV, opiekę nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS;
- ☐ określenie celów, kierunków i zadań szczegółowych powinno mieć charakter konkretny, precyzyjny i praktyczny;
- ☐ wydatki na realizację zadań wynikających z Krajowego Programu na lata 1999-2003 powinny być zaplanowane przez podmioty realizujące program w ramach posiadanych środków finansowych;
- ☐ monitorowanie realizacji Programu, które jest niezbędne, powinno polegać na ciągłej ocenie metod i efektów wdrażania, by na bieżąco eliminować uchybienia i określać nowe zadania w warunkach stałej wymiany doświadczeń pomiędzy instytucjami realizującymi Program.

CZĘŚĆ DRUGA

I. CELE I KIERUNKI DZIAŁANIA NA LATA 1999-2003

W obecnym Krajowym Programie przyjęto dwa główne cele:

1. ograniczenie rozprzestrzeniania zakażenia HIV w Polsce,
2. poprawę jakości i dostępności opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.

Określono też zadania służące realizacji obydwu celów.

Cel pierwszy

OGRANICZENIE ROZPRZESTRZENIENIA ZAKAŻEŃ HIV W POLSCE

Zadania służące realizacji tego celu:

- A. edukacja społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży;
- B. działania profilaktyczne w grupach osób o zwiększonym ryzyku zakażenia HIV;
- C. badania w kierunku zakażenia HIV;
- D. bieżąca kontrola standardów bezpieczeństwa krwi i środków krwio pochodnych;
- E. zapobieganie chorobom sprzyjającym przenoszeniu wirusa HIV.

Cel drugi

POPRAWA JAKOŚCI I DOSTĘPNOŚCI OPIEKI NAD LUDŹMI ŻYJĄCYMI Z HIV I CHORYMI NA AIDS

Zadania służące realizacji tego celu:

- A. stałe uaktualnianie i wprowadzanie jednolitych standardów opieki nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS;
- B. kształcenie pracowników medycznych, pracowników służb socjalnych i terapeutów w zakresie wiedzy na temat HIV/AIDS.

II. WYKAZ INSTYTUCJI⁵ REALIZUJĄCYCH I WSPIERAJĄCYCH KRAJOWY PROGRAM ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV, OPIEKI NAD ŻYJĄCYMI Z HIV I CHORYMI NA AIDS NA LATA 1999-2003

1. Instytucje realizujące Program

Instytucje realizujące politykę Państwa, zobowiązane do działań w Krajowym Programie:

- ☐ Ministerstwo Zdrowia (MZ),
- ☐ Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN),
- ☐ Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA),
- ☐ Ministerstwo Obrony Narodowej (MON),
- ☐ Ministerstwo Sprawiedliwości (MS),
- ☐ Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej (MPiPS),
- ☐ Ministerstwo Transportu i Gospodarki Morskiej (MTiGM),
- ☐ Wojewodowie,
- ☐ Kasy Chorych,
- ☐ Samorządy wojewódzkie, powiatowe i gminne.

2. Instytucje wspierające Program

Instytucje, organizacje rządowe i pozarządowe, których włączenie się w realizację wybranych zadań Krajowego Programu jest pożądane:

- ☐ Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny,
- ☐ Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich,
- ☐ Kościół Katolicki i Związki Wyznaniowe,
- ☐ Organizacje pozarządowe (stowarzyszenia, fundacje, towarzystwa naukowe, organizacje młodzieżowe, kobiece i inne),
- ☐ Komitet Badań Naukowych (KBN),
- ☐ Telewizja Polska S.A. (TVP),
- ☐ Polskie Radio S.A. (PR).

⁵ Termin *instytucja* w dalszym tekście używany jest zamiennie z terminem *podmiot*.

III. SCHEMAT DZIAŁAŃ ORGANIZACYJNYCH OBOWIĄZUJĄCYCH PRZY REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU NA LATA 1999-2003

Analizując i podsumowując realizację zadań pierwszego Krajowego Programu na lata 1996-1998 wielokrotnie zwracano uwagę na fakt, że określenie celów, kierunków i zadań szczegółowych oraz ich akceptacja przez instytucje zobowiązane do realizacji nie są jednoznaczne z ich rzeczywistym wdrożeniem. W związku z tym konieczne staje się przyjęcie schematu działań organizacyjnych gwarantujących realizację programu. Są one równie ważne jak wyznaczone cele i kierunki działania.

- ☐ **Krajowy Program na lata 1999–2003** jest głównym dokumentem określającym strategię Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.
- ☐ **Koordynatorem Krajowego Programu jest Minister Zdrowia**, upoważniony do nadzorowania i oceny szczegółowych programów realizowanych przez poszczególne podmioty.
- ☐ **Szczegółowe Programy**, przygotowywane na okres jednego roku przez poszczególne instytucje realizujące Krajowy Program według przypisanych im zadań, stanowią będą aneksy do Krajowego Programu.

Przyjęto następujący schemat działań organizacyjnych związanych z realizacją Krajowego Programu:

1. Rok 1999 jest fazą wstępną programu składającą się z dwóch etapów:

- ☐ etap przygotowania dokumentu głównego **Krajowego Programu**, konsultacji wewnątrzresortowych, międzyresortowych oraz przedstawienia ostatecznego dokumentu w Sejmie;
- ☐ etap przygotowania pierwszego **szczegółowego programu** na rok 2000 przez każdą z instytucji realizujących i złożenia go Koordynatorowi Krajowego Programu do końca czerwca 1999 roku.

2. Na podstawie **Krajowego Programu** każdy z podmiotów realizujących jest zobowiązany do:

- ☐ zapoznania się z całością przypisanych mu zadań w **Krajowym Programie**;
- ☐ opracowania strategii działań na lata 2000-2003, biorąc pod uwagę własne priorytety, potrzeby i możliwości, pod warunkiem że żadne z zadań określonych w **Krajowym Programie** nie będzie pominięte;
- ☐ rozpisania zadań planowanych do realizacji na poszczególne lata;
- ☐ przygotowania w 1999 roku **szczegółowego programu** na rok 2000.

3 Każdy **szczegółowy program** powinien zawierać:

- ☐ wykaz zadań, których realizatorem lub współrealizatorem jest dany podmiot;
- ☐ sprecyzowanie zadań poprzez określenie
 - metod realizacji,
 - grup odbiorców,
 - wykonawców,
 - sposobów oceny efektywności podjętych działań,
 - jednostek odpowiedzialnych,
 - całorocznego harmonogramu,
- ☐ wykaz środków finansowych przeznaczonych na poszczególne zadania.

4. Coroczne szczegółowe programy na następne lata należy składać do końca maja kolejnego roku, tak aby mogły być włączone do projektu planu budżetowego danego podmiotu.

5. Każdy z podmiotów jest zobowiązany do zagwarantowania środków finansowych w budżecie własnym na realizację szczegółowych programów - konieczne jest też, aby środki te były wyodrębnione jako osobny rozdział.

6. Realizatorzy szczegółowych programów zobligowani są do przedstawienia całorocznego sprawozdania do końca lutego następnego roku; oznacza to, że najbliższe sprawozdanie roczne za rok 2000 ma być przedłożone do końca lutego 2001.

7. Sprawozdania roczne z realizacji szczegółowych programów będą częścią składową sprawozdania rocznego z realizacji Krajowego Programu.

8. „Sprawozdanie roczne z realizacji Krajowego Programu opracowane przez Ministra Zdrowia będzie przedstawione Radzie Ministrów do końca kwietnia kolejnego roku.

9. W 2003 roku będą prowadzone prace nad oceną realizacji Krajowego Programu na lata 1999–2003 oraz rozpocznie się wstępny etap opracowania kolejnego Programu.

10. W 2004 roku należy przygotować następujące sprawozdania:

- ☐ coroczne sprawozdania poszczególnych podmiotów z realizacji szczegółowych programów;
- ☐ czteroletnie - całościowe sprawozdania poszczególnych podmiotów z realizacji szczegółowych programów wraz z oceną realizacji zadań ;
- ☐ czteroletnie - całościowe sprawozdanie **Koordynatora Krajowego Programu** opracowane na podstawie czteroletnich sprawozdań z wykonania szczegółowych programów do przedstawienia Radzie Ministrów.

Na stronie 21 przedstawiono graficznie harmonogram działań organizacyjnych związanych z realizacją Krajowego Programu.

ZADANIA KRAJOWEGO PROGRAMU NA LATA 1999-2003.

Realizacja celu pierwszego

OGRANICZENIE ROZPRZESTRZENIANIA ZAKAŻENIA HIV W POLSCE.

A. Edukacja społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży.

Prowadzenie edukacji w zakresie HIV/AIDS jest zdecydowanie korzystniejsze niż ponoszenie kosztów społecznych i ekonomicznych wynikających z leczenia osób zakażonych i chorych na AIDS, opieki nad nimi, udzielania pomocy im i ich rodzinom.

Niezbędne jest kontynuowanie działań edukacyjnych w wybranych grupach odbiorców z uwzględnieniem różnorodnych potrzeb i form oddziaływania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS.

System szkoleń w zakresie HIV/AIDS ma charakter kaskadowy. Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej organizują szkolenia edukatorów kończące się uzyskaniem certyfikatów uprawniających do prowadzenia szkoleń niższego szczebla (wg poniższego schematu). MZ i MEN odpowiadają za opracowanie materiałów edukacyjnych i pomocy dydaktycznych do szkoleń.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1. Działania edukacyjne z rozróżnieniem grup i środowisk 1.1. Społeczeństwo jako całość, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w wieku prokreacyjnym i rodziców posiadających dzieci w okresie dojrzewania. 1.1.1. Działania promocyjno-edukacyjne mające na celu kształtowanie postaw odpowiedzialności za własne zdrowie, unikanie sytuacji sprzyjających zakażeniu i zapobieganie zakażeniu. 1.1.2. Promowanie postaw akceptacji wobec żyjących z HIV i chorych na AIDS.	• MZ • MPiPS • TVP • PR • Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny • Organizacje pozarządowe •
1.2. Młodzież ucząca się (ósme klasy dotychczasowych ośmioletnich szkół podstawowych, gimnazja, szkoły ponadpodstawowe i wyższe) oraz kadra odpowiedzialna za ich edukację. 1.2.1. Ustawiczne i kaskadowe szkolenie kadry odpowiedzialnej za edukację młodzieży. ☐ uwzględnienie problematyki HIV/AIDS i STD⁶ w standardach szkoleń dla nauczycieli w ramach studiów pedagogicznych, kursów kwalifikacyjnych, studiów podyplomowych, ☐ kontynuowanie programów szkolenia edukatorów profilaktyki HIV/AIDS, ☐ wdrożenie szkoleń niższego szczebla.	• MEN • MZ • Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny • TVP • PR

⁶ STD (skrót .ang. nazwy) choroby przenoszone drogą płciową.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1.2.2. Wdrożenie programów profilaktyki HIV/AIDS w klasach ósmych dotychczasowych ośmioletnich szkół podstawowych; w zreformowanej szkole na poziomie gimnazjów; we wszystkich typach szkół ponadpodstawowych w ramach zajęć edukacyjnych “Wychowanie do życia w rodzinie”. 1.2.3. Prowadzenie w ramach prewencji uzależnień kampanii przeciwnarkotykowej w kontekście zakażenia HIV i AIDS. 1.2.4. Profilaktyka ryzykownych zachowań w miejscach spotkań młodzieży (puby, dyskoteki, festiwale).	
1.3. Pracownicy służby zdrowia: 1.3.1. Szkolenie z zakresu najnowszych doniesień o problemach HIV/AIDS, nowoczesnych metod i form pracy z osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, w następujących grupach: ☐ pracownicy naukowci uczelni medycznych oraz nauczyciele szkół medycznych i szkół pracowników socjalnych, ☐ stażyści, ☐ lekarze, ☐ lekarze stomatolodzy, ☐ lekarze specjalizujący się, ☐ kierownicza kadra placówek medycznych, ☐ personel wyższy (zwłaszcza lekarze podstawowej opieki zdrowotnej) oraz personel średni, ☐ personel pomocniczy, ☐ pracownicy socjalni, terapeuci, ☐ pracownicy Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych - Działów Oświaty Zdrowotnej i Epidemiologii.	• MZ • • MON • MSWiA • MEN • MPiPS

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1.4. Służby interwencyjno-ratownicze (policja, straż miejska, straż pożarna, pogotowie ratownicze) 1.4.1. Kształtowanie właściwych nawyków pracy (tzn. traktowanie każdej osoby jako potencjalnie zakażonej) zapewniających bezpieczeństwo w sytuacjach ekstremalnych np. ratowanie życia, mienia itp. 1.5. Wojsko (rekruci, żołnierze zawodowi, kadra oraz żołnierze uczestniczący w międzynarodowych misjach pokojowych poza granicami kraju). 1.5.1. Szkolenie społeczności wojskowej, z uwzględnieniem specyficznej sytuacji związanej ze skoszarowaniem i częściowym odizolowaniem od rodziny i bliskich.	• MZ • MSWiA • MON • MSWiA
1.6. Kadra zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich oraz ich wychowankowie. 1.6.1. Szkolenie pracowników zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich w zakresie HIV/AIDS. 1.6.2. Edukacja nieletnich. 1.6.3. Realizacja programów edukacyjnych w zakresie zapobiegania HIV/AIDS w oddziałach terapeutycznych i w leczniczych zakładach poprawczych.	• MS • MEN
1.7. Dziennikarze 1.7.1. Organizowanie konferencji prasowych, mających na celu rzetelne informowanie o problematyce HIV/AIDS. 1.7.2. Zachęcanie środowisk dziennikarskich do promowania szeroko rozumianej profilaktyki środkami masowego przekazu.	• MZ • TVP • PR
1.8. Fryzjerzy, kosmetyczki oraz osoby zatrudnione w pracowniach tatuażu.	• MZ • MEN

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1.8.1. Wprowadzenie treści obejmujących profilaktykę HIV/AIDS do programów szkół przygotowujących do zawodu. 1.8.2. Kontynuowanie i rozszerzenie działań edukacyjnych z uwzględnieniem specyfiki zawodu.	
1.9. Osoby wyjeżdżające za granicę. 1.9.1. Przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych promujących odpowiedzialne zachowania. 1.9.2. Dystrybucja tych materiałów w biurach podróży, na przejściach granicznych.	• MZ • MSWiA • MON • MTiGM
1.10. Studenci wyższych seminariów duchownych i nauczyciele religii.	• MEN • Kościół Katolicki i Związki Wyznaniowe • Organizacje pozarządowe
1.11. Imigranci i uchodźcy. 1.11.1. Opracowanie - w danych językach ojczystych i z uwzględnieniem danej specyfiki kulturowo-obyczajowej - materiałów informacyjno-edukacyjnych na temat zapobiegania HIV/AIDS i innym chorobom przenoszonym drogą płciową oraz dystrybucja tych materiałów.	• MSWiA • MZ • MTiGM
1.12. Organizacje pozarządowe oraz wolontariusze. 1.12.1. Włączenie do sieci edukacyjnej w zakresie problematyki HIV/AIDS działających już organizacji pozarządowych: młodzieżowych, religijnych, kobiecych, osób homo- i biseksualnych, organizacji zajmujących się środowiskami osób uzależnionych i innych.	• MZ • MEN • Organizacje pozarządowe

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1.13. Osoby żyjące z HIV i chore na AIDS. 1.13.1. Stała edukacja w zakresie kształtowania postaw odpowiedzialności (w tym wynikającej z regulacji prawnych obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej) za swoje zachowania i działania, mogące doprowadzić do zakażenia innych osób wirusem HIV. 1.13.2. Kształcenie środowisk żyjących z HIV i chorych na AIDS w zakresie dostępności i przestrzeganie reżimu terapii lekowej, profilaktyki chorób oportunistycznych, zasad funkcjonowania ośrodków opieki społecznej, prawa, bezpiecznych zachowań.	• MZ • Organizacje pozarządowe

	Instytucje realizujące i wspierające Program
2. Systemowa edukacja seksualna społeczeństwa.	
2.1. Opracowanie adresowanych do rodziców programów edukacyjnych, pomagających w prowadzeniu wychowania seksualnego w rodzinie.	• MEN • MZ • Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny
2.2. Kontynuacja ustawicznego doskonalenia w problematyce HIV i AIDS tych nauczycieli i wykładowców, którzy - posiadając udokumentowane kwalifikacje - przekazują wiedzę z zakresu wychowania seksualnego.	• MZ • MEN
2.3. Prowadzenie poradnictwa w zakresie planowania rodziny zawierającego elementy profilaktyki HIV/AIDS i STD.	• MZ • Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny • Kościół Katolicki i Związki Wyznaniowe
2.4. Prewencja przemocy seksualnej oraz komercji seksualnej z wykorzystaniem dzieci i młodzieży.	• MEN • MSWiA • Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny • TVP • PR
2.5. Wdrażanie programów edukacji seksualnej w środowiskach osób uzależnionych od środków psychoaktywnych oraz osób świadczących usługi seksualne.	• MZ • MSWiA • MEN
2.6. Szkolenie terapeutów, pracujących z osobami uzależnionymi, w niezbędnym zakresie wiedzy z dziedziny seksuologii.	• MZ • MEN
2.7. Systematyczne szkolenie osób z organizacji pozarządowych koordynujących lokalne programy profilaktyki ryzykownych zachowań.	• MZ • Organizacje pozarządowe

B. Działania profilaktyczne prowadzone w grupach osób o zwiększonym ryzyku zakażenia HIV.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1. Osoby o wysokim poziomie zachowań ryzykownych. 1.1. Homoseksualiści (kobiety i mężczyźni) i biseksualiści: 1.1.1. Opracowanie materiałów edukacyjno-informacyjnych ukierunkowanych na działania profilaktyczne w środowiskach homo- i biseksualnych. 1.1.2. Promowanie bezpieczniejszych zachowań seksualnych w środowiskach homo- i biseksualnych.	• MZ • Organizacje pozarządowe
1.2. Osoby świadczące usługi seksualne. 1.2.1. Systematyczna edukacja na temat profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową z uwzględnieniem metody streetworking⁷.	• MZ • Organizacje pozarządowe
1.2.2. Wykorzystanie środków masowego przekazu do: ❑ informowania o programach pomocy i edukacji dla osób świadczących usługi seksualne, ❑ zmiany postaw społecznych wobec działań profilaktycznych w tym środowisku.	• MZ • Organizacje pozarządowe • TVP • PR
1.2.3. Opracowanie i wydanie materiałów edukacyjno-informacyjnych na temat: ❑ bezpieczniejszych zachowań seksualnych w kontekście profilaktyki HIV/AIDS i STD, ❑ programów pomocy dla tego środowiska .	• MZ • Organizacje pozarządowe

⁷ metoda pracy ulicznej w środowisku.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1.2.4. Propagowanie bezpieczniejszych zachowań seksualnych.	• MZ • Organizacje pozarządowe
1.2.5. Wspieranie programów organizacji pozarządowych prowadzących bezpłatne, anonimowe poradnictwo: ☐ medyczne, ☐ psychologiczne, ☐ socjalne.	• MPiPS • MZ
1.2.6. Propagowanie programów pracy ulicznej w tym środowisku.	
1.3. Osoby uzależnione od środków psychoaktywnych	• MPiPS • MZ • Organizacje pozarządowe
1.3.1. Edukacja osób używających narkotyków w zakresie unikania zachowań ryzykownych.	
1.3.2. Ułatwianie uzależnionym dostępu do opieki medycznej i socjalnej.	
1.3.3. Nawiązywanie kontaktów ze środowiskiem osób uzależnionych. ☐ propagowanie programów pracy ulicznej w środowisku, ☐ organizacja opieki socjalnej dla osób uzależnionych, ☐ zapewnienie opieki medycznej uzależnionym nie objętym ubezpieczeniem społecznym, ☐ współpraca i wspieranie programów pozarządowych ukierunkowanych na osoby uzależnione, ☐ poszerzenie dotychczas istniejącej bazy ośrodków detoksykacyjnych i resocjalizacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób nieletnich.	• MPiPS • MZ • Organizacje pozarządowe

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1.3.4. Działania w zakresie zmiany postaw społecznych wobec osób uzależnionych w kierunku: ☐ właściwego rozumienia istoty uzależnienia, ☐ akceptacji społecznej dla programów redukcji szkód⁸ związanych z uzależnieniami.	• MZ • MEN • TVP • PR
1.3.5. Prowadzenie programów redukcji szkód w środowisku osób głęboko uzależnionych: ☐ nieodpłatna wymiana igieł i strzykawek, ☐ informacja o zasadach bezpieczniejszego zażywania narkotyków, ☐ wspieranie istniejących i organizowanie nowych programów leczenia substytucyjnego metadonem.	• MZ • MPiPS • Organizacje pozarządowe • Wojewodowie
2. Pracownicy służby zdrowia Warunkiem bezpieczeństwa postępowania medycznego i laboratoryjnego jest ścisłe przestrzeganie procedur medycznych związanych z pracą z materiałem zakaźnym. Działania te wchodzą w zakres kontroli zakażeń szpitalnych i mają również zasadnicze znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa chorym i personelowi. W Krajowym Programie przewiduje się:	
2.1. Uaktualnienie i ewentualne poszerzenie szczegółowych procedur medycznych i laboratoryjnych.	• MZ

⁸ Programy mające na celu dobro społeczeństwa i pomoc osobom uzależnionym, obejmujące zarówno terapię uzależnień, jak i wspieranie osób niezdolnych do wyjścia z nałogu.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
2.2. Powszechne wdrożenie tych procedur w jednostkach służby zdrowia. 2.3. Nadzór i egzekwowanie przestrzegania przez pracowników służby zdrowia opracowanych procedur. 2.4. Stałe szkolenie personelu medycznego i kadry kierowniczej placówek medycznych obejmujące następujące tematy: 2.4.1. Przestrzeganie ogólnych zasad ostrożności przez wszystkich pracowników służby zdrowia 2.4.2. Zasady higieny ogólnej, zasady odkażania i wyjaławiania sprzętu, przestrzeganie warunków jałowości, sposoby niszczenia zakaźnych odpadów. 2.4.3. Postępowanie po ekspozycji zawodowej na zakażenie. . 2.5. W przypadku narażenia na zakażenie, wdrożenie odpowiedniego postępowania zapobiegającego rozwojowi infekcji HIV: nieswoistego-rutynowego oraz swoistego, czyli zastosowanie leków antyretrowirusowych za zgodą ofiary narażenia. 2.5.1. Niezbędne jest zorganizowanie jednolitego systemu postępowania poekspozycyjnego we wszystkich zakładach pracy.	• MZ • MSWiA • MON • MTiGM • Samorządy wojewódzkie i gminne

C. Badania w kierunku zakażenia HIV

Należy zapewnić wszystkim zainteresowanym możliwość badania w kierunku zakażenia HIV. Każde badanie musi być połączone z poradnictwem przed i po teście. Badania te identyfikują osoby zakażone, umożliwiają ocenę sytuacji epidemiologicznej w kraju oraz są doskonałą okazją do uzupełnienia działań edukacyjnych. Ze względu na stygmatyzację osób zakażonych HIV, wszystkim zainteresowanym powinna być zapewniona możliwość wykonywania badań anonimowych.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1. Utworzenie w każdym województwie przynajmniej jednego punktu anonimowych badań w kierunku zakażenia HIV.	• MZ • Wojewodowie • Organizacje pozarządowe
2. Rutynowe proponowanie wykonywania badań:	• MZ
2.1. ciężarnym.	
2.2. pacjentom zgłaszającym się do poradni skórno-wenerologicznych.	
2.3. aresztowanym i osadzonym w zakładach penitencjarnych oraz nieletnim umieszczonym w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich.	• MS
2.4. poborowym.	• MSWiA
3. Powszechne wdrażanie wzorcowych zasad postępowania przy badaniu w kierunku HIV.	• MZ
3.1. Kontynuowanie szkoleń osób biorących udział w diagnostyce zakażenia HIV.	
3.2. Szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.	
3.3. Przygotowanie informacji dla pacjenta przekazywanej przed wykonaniem testu.	
4. Stały monitoring istniejącego systemu poradnictwa przed- i po teście i wykonywania testów poprzez:	• MZ • Wojewodowie • Kasy Chorych
4.1. Ustalenie listy placówek prowadzących poradnictwo przed- i po teście oraz laboratoriów wykonujących badania przesiewowe.	
4.2. Określenie liczby przeprowadzanych porad i testów.	
4.3. Ocena przygotowania merytorycznego placówek.	
4.4. Okresowa ocena pracowni wykonujących testy, dotycząca jakości świadczonych usług medycznych oraz poradnictwa; nadzór fachowy nad tymi pracownikami.	

	Instytucje realizujące i wspierające Program
4.5. Nadzór nad stosowaniem w laboratoriach testów zaakceptowanych przez PZH i znajdujących się na liście publikowanej i uaktualnianej przez Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS.	
D. Bieżąca kontrola standardów bezpieczeństwa krwi i środków krwiopochodnych	
1. Krwiodawstwo i transfuzjologia	
W Polsce obowiązuje badanie krwiodawcy przez lekarza przed każdym oddaniem krwi. Obowiązuje również każdorazowe badanie krwi oddanej przez krwiodawcę. W tej dziedzinie należy utrzymać dotychczasowy system nadzoru nad bezpieczeństwem krwi i preparatów krwiopochodnych, uzupełniając go o działania wynikające z osiągnięć nauki światowej i polskiej. Krwiodawstwo, transfuzjologia, transplantologia	Instytucje realizujące i wspierające Program
1.1. Utrzymanie istniejącego systemu nadzoru. 1.1.1. Wobec krwiodawców bezwzględne przestrzeganie kryteriów zdrowotnych opracowanych i rozpowszechnianych przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii. 1.1.2. Stworzenie systemu skutecznego informowania krwiodawców o zakażeniu HIV, wykrytym przy okazji oddawania krwi. 1.1.3. Wprowadzanie nowych technik diagnostyki serologicznej.	• MZ
2. Prowadzenie rejestru osób zgłaszających się do punktów krwiodawstwa w celu oddania krwi, które samoistnie, bądź w wyniku rozmowy zostały zdyskwalifikowane.	• MZ

3. Transplantologia.

- 3.1. Ośrodki transplantacyjne i sztucznego zapłodnienia są zobowiązane we wszystkich przypadkach do przeprowadzenia wywiadu i badania przedmiotowego dawców tkanek, narządów i nasienia, pod kątem ewentualnego zakażenia HIV według zasad zawartych w zbiorze aktualnych przepisów wydanych przez MZ i Instytut Hematologii i Transfuzjologii.

E. Zapobieganie chorobom sprzyjającym przenoszeniu wirusa HIV

Badania naukowe i obserwacje kliniczne wykazały, że wszystkie zmiany zapalne, występujące w obrębie narządów płciowych, sprzyjają przenoszeniu zakażeń HIV. Zapobieganie szerzeniu się chorób przenoszonych drogą płciową (STD), w tym także HIV, wymaga stałej współpracy pionów: dermatologicznego, ginekologicznego i urologicznego. W celu realizacji działań profilaktycznych, zapobiegających szerzeniu się HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową, w Krajowym Programie wytyczono odpowiednie zadania.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1. Podjęcie działań zmierzających do utrzymania istniejącej sieci poradni skórno-wenerologicznych, wraz z nadzorem epidemiologicznym.	• MZ • Samorządy wojewódzkie i gminne
2. Upowszechnienie w społeczeństwie (w ramach oświaty zdrowotnej) informacji o wzajemnych związkach szerzenia się zakażeń HIV i STD.	• MZ
3. Doprowadzenie do ścisłej współpracy poradni skórno-wenerologicznych ze stacjami sanitarno--epidemiologicznymi przy opracowywaniu i wdrażaniu programów profilaktyki HIV i STD.	• MZ • MSWiA
4. Doprowadzenie do ścisłej współpracy poradni skórno-wenerologicznych z poradniami uzależnień przy opracowywaniu i wdrażaniu programów profilaktyki HIV i STD w środowisku osób uzależnionych.	• MZ
5. Opracowanie i wdrożenie programów szkolenia dla lekarzy - przede wszystkim lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej - w dziedzinie chorób przenoszonych drogą płciową, tak by zwracali szczególną uwagę na wzajemny związek szerzenia się zakażeń HIV i STD.	• MZ
6. Propagowanie stosowania prezerwatyw oraz ułatwianie do nich dostępu osobom podejmującym ryzykowne zachowania.	• MZ

Realizacja celu drugiego

POPRAWA JAKOŚCI I DOSTĘPNOŚCI OPIEKI NAD LUDŹMI ŻYJĄCYMI Z HIV I CHORYMI NA AIDS.

A. Stałe uaktualnianie i wprowadzanie jednolitych standardów opieki nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1. Doskonalenie istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS 1.1. Zapewnienie równorzędnego dostępu wszystkim żyjącym z HIV i chorym na AIDS do zgodnych z obowiązującymi zaleceniami metod profilaktyki AIDS i leczenia antyretrowirusowego oraz leczenia zakażeń oportunistycznych, nowotworów i innych chorób związanych z zakażeniem HIV. 1.1.1. Problem ten wymaga szczegółowego uregulowania w stosunku do niektórych grup osób, np. aresztowanych i osadzonych w zakładach karnych oraz nieletnich umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. 1.2. Doprowadzenie do wyrównania standardów opieki w ośrodkach referencyjnych wskazanych przez Ministra Zdrowia. 1.3. Rozszerzenie dostępu do programów metadonowych dla osób uzależnionych od opiatów, zakażonych HIV, celem ich kompleksowego leczenia.	• MZ • MS • MSWiA • Wojewodowie • Organizacje pozarządowe • Kasy Chorych
	Instytucje realizujące i wspierające Program

2. Usprawnienie systemu opieki nad kobietami żyjącymi z HIV.

W celu zmniejszenia częstości zakażeń odmatczynych HIV oraz zmniejszenie częstości występowania dysplazji i raka szyjki macicy u kobiet zakażonych HIV planuje się szereg działań.

- 2.1. Opracowanie i rozpowszechnianie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej zaleceń dla pracowników medycznych w zakresie:
 - 2.1.1. opieki i leczenia ciężarnej zakażonej HIV,
 - 2.1.2. zapobiegania zakażeniu odmatczynemu HIV,
 - 2.1.3. rozpoznawania i leczenia zakażenia HIV u dzieci,
 - 2.1.4. rozpoznawania i leczenia dysplazji i raka szyjki macicy,
 - 2.1.5. rozpoznawania i leczenia zakażenia HPV⁹.
- 2.2. Rutynowe oferowanie badania w kierunku zakażenia HIV, wraz z poradnictwem, wszystkim kobietom ciężarnym lub planującym ciążę.
- 2.3. Zapewnienie dostępu do specjalistycznej opieki położniczo-ginekologicznej kobietom żyjącym z HIV.
- 2.4. Stosowanie standardów zapobiegania zakażeniu odmatczynemu HIV.
- 2.5. Stworzenie kompleksowego systemu diagnostyki i leczenia dysplazji i raka szyjki macicy u kobiet zakażonych HIV.

- MZ
- Organizacje pozarządowe
- Kasy Chorych

⁹ HPV z j.ang. oznacza wirusa brodawczaka ludzkiego.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
2.6. Rutynowe wykonywanie badania cytologicznego u wszystkich kobiet zakażonych HIV wg krajowych rekomendacji. ⁹ HPV (skrót ang. nazwy): wirus brodawczaka ludzkiego.	
3. Zapewnienie osobom żyjącym z HIV i chorym na AIDS wsparcia psychicznego i socjalnego. Osoby żyjące z HIV i ich bliscy potrzebują kompleksowego i ciągłego wsparcia w sferach psychologicznej i socjalnej. Zapewnienie dobrego funkcjonowania na obu wyżej wymienionych płaszczyznach spowoduje pełniejsze uczestnictwo osób zakażonych i ich rodzin w życiu społecznym. W tym celu zaplanowano niezbędne działania. 3.1. Zapewnienie żyjącym z HIV opieki psychologicznej. 3.1.1. Kompleksowa opieka przed i po teście na HIV. 3.1.2. Wsparcie psychologiczne dla osób zakażonych i ich bliskich (np. wsparcie dla osób hospitalizowanych, możliwość uczestnictwa w terapii indywidualnej, grupowej, małżeńskiej, rodzinnej, grupach wsparcia). *skierowanie szczególnej uwagi na dzieci zakażone i żyjące w rodzinach z problemem HIV/AIDS. 3.1.3. Pomoc psychologiczna dla rodzin i bliskich po śmierci osoby zakażonej 3.2. Zapewnienie osobom żyjącym z HIV opieki socjalnej.	• MPiPS • MZ • Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny • Organizacje pozarządowe • Kościół i związki wyznaniowe

	Instytucje realizujące i wspierające Program
4. Poprawa w sposobie traktowania osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. 4.1. Propagowanie postaw tolerancji i akceptacji, sprzyjających przeciwdziałaniu izolacji społecznej osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.	• MZ • MEN • Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny • Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich • Organizacje pozarządowe
5. Respektowanie praw człowieka w odniesieniu do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.	Instytucje realizujące i wspierające Program

Prawa człowieka i podstawowe wolności osób żyjących z HIV lub chorych na AIDS są takie same jak ogółu społeczeństwa. Ze względu na obserwowane przypadki nietolerancji należy zwrócić szczególną uwagę na przestrzeganie prawa do zachowania prywatności, prawa do wyrażania świadomej zgody oraz na ochronę tych osób przed dyskryminacją.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
5.1. Informowanie osób żyjących z HIV i chorych na AIDS o możliwości zgłaszania przypadków łamania praw człowieka.	• MZ • MSWiA • MPiPS • MS • Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich • Organizacje pozarządowe • Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny

B. Kształcenie pracowników medycznych, pracowników służb socjalnych i terapeutów w zakresie HIV/AIDS.

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1. Opracowanie lub uaktualnienie zaleceń programowych i wdrożenie lub kontynuowanie szkoleń z zakresu HIV/AIDS dla studentów wyższych szkół medycznych oraz słuchaczy medycznych studiów zawodowych, szkół pracowników socjalnych, studentów psychologii i socjologii.	• MZ • MEN
2. Opracowanie lub uaktualnienie programów szkoleń w zakresie kształcenia podyplomowego dla pracowników medycznych, pracowników socjalnych i psychologów.	• MZ • MEN

CZĘŚĆ III

MONITOROWANIE I EWALUACJA REALIZACJI DZIAŁAŃ ZAWARTYCH W KRAJOWYM PROGRAMIE NA LATA 1999-2003.

Każdy z podmiotów realizujących Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003 jest zobowiązany do monitorowania i ewaluacji podjętych zadań oraz składania rocznych sprawozdań do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, które jest zobowiązane do przedstawienia całościowego sprawozdania Radzie Ministrów.

EWALUACJA KRAJOWEGO PROGRAMU W ZAKRESIE OGRANICZENIA ROZPRZESTRZENIENIA ZAKAŻENIA HIV OPIERA SIĘ NA ANALIZIE WYMIENIONYCH NIŻEJ ELEMENTÓW.

1. Przyrost wiedzy na temat HIV/AIDS i zmiana postaw wśród grup wymienionych w programie.
 - 1.1 Opracowanie wskaźników oceny i narzędzi badawczych.
 - 1.2 Ewaluacja prowadzonych szkoleń prowadzonych centralnie i na niższych szczeblach.
2. Dostęp do różnych form poradnictwa ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży.
3. Zmiana dynamiki zakażeń HIV w wybranych grupach o wysokim poziomie zachowań ryzykownych.

EWALUACJA KRAJOWEGO PROGRAMU W ZAKRESIE POPRAWY JAKOŚCI ORAZ DOSTĘPNOŚCI OPIEKI DLA LUDZI ŻYJĄCYCH Z HIV I CHORYCH NA AIDS OPIERA SIĘ NA ANALIZIE WYMIENIONYCH NIŻEJ ELEMENTÓW.

1. Charakterystyka zapadalności na AIDS wśród osób żyjących z HIV.
2. Jakość życia osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.
3. Jakość usług medycznych i socjalnych.
4. Przestrzeganie praw osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.

CZĘŚĆ IV

ZADANIA WSPIERAJĄCE PROGRAM

	Instytucje realizujące i wspierające Program
1. Organizacja i finansowanie badań epidemiologicznych dotyczących: 1.1. częstości występowania zakażeń HIV, zachorowań i zgonów na AIDS populacji oraz charakterystyki zapadalności na AIDS, 1.2. częstości występowania chorób przenoszonych drogą płciową, 1.3. dynamiki częstości zakażeń HIV w grupach o wysokim poziomie zachowań ryzykownych.	• MZ • KBN
2. Koordynacja działań i współpraca w ramach istniejących programów zdrowotnych, takich jak: 2.1. Narodowy Program Zdrowia, 2.2. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, 2.3. Akcja Przeciwweneryczna, 2.4. Program Zwalczania Zakażeń Szpitalnych, 2.5. inne.	• MZ
3. Wzmocnienie roli Krajowego Biura Koordynacyjnego ds. Zapobiegania AIDS jako głównego wykonawcy i koordynatora działań w zakresie realizacji Krajowego Programu. 3.1. Zmiana struktury organizacyjnej Krajowego Biura. 3.2. Utworzenie przy Krajowym Biurze Ogólnopolskiego Centrum Informacyjno-Szkoleniowego HIV i AIDS, do którego zadań będzie należało: 3.2.1. zbieranie, analiza i rozpowszechnianie bieżących informacji na temat HIV/AIDS. 3.2.2. utworzenie centralnej biblioteki multimedialnej. 3.2.3. wydawanie biuletynu informacyjnego. 3.3. Stała współpraca ze środkami masowego przekazu. 3.4. Współpraca międzynarodowa z podobnymi placówkami na świecie.	• MZ

	Instytucje realizujące i wspierające Program
4. Instytucje realizujące Krajowy Program są zobowiązane do wyznaczenia przedstawiciela swojego resortu ds. Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS.	• MZ • MSWiA • MON • MS • MPiPS • MEN • MTiGM
5. Włączenie zespołu koordynatorów resortowych odpowiedzialnych za realizację Programu do pracy w Komitecie ds. AIDS, który działa w ramach Rady Sanitarno-Epidemiologicznej MZ.	• MZ
6. Utworzenie przy poradniach psychologiczno-pedagogicznych młodzieżowych ośrodków zajmujących się: poradnictwem w zakresie problemów wieku dorastania, planowania rodziny, profilaktyki uzależnień, oraz profilaktyki HIV/AIDS i STD.	• MEN
7. Powołanie Wojewódzkich Koordynatorów ds. AIDS i Narkomanii, w uzgodnieniu z Wojewodami i Marszałkami Sejmiku Wojewódzkiego.	• MZ
8. Współpraca międzynarodowa z organizacjami rządowymi i pozarządowymi.	• MSWiA • MON • MS • MPiPS • MEN • MZ • MTiGM • Komitet Badań Naukowych • Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich • TVP • PR • Kościół i Związki Wyznaniowe • Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny • Organizacje pozarządowe • Wojewodowie

CZĘŚĆ V

FINANSOWE ZABEZPIECZENIE REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU NA LATA 1999-2003.

Warunkiem realizacji Krajowego Programu jest zabezpieczenie środków finansowych na ten cel przez wszystkie podmioty biorące udział w jego realizacji.

W ostatnich latach 90% środków budżetowych z rozdziału 8534 – zapobieganie i zwalczanie HIV/AIDS - których dysponentem jest Minister Zdrowia, kierowano na działania profilaktyczne. Równocześnie ośrodki zajmujące się diagnostyką potwierdzającą, leczeniem, a także opieką nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS sygnalizowały znaczne braki w finansowaniu swojej działalności. Celowym jest dalsze utrzymanie priorytetu finansowego z rozdziału 8534, dotyczącego działań profilaktycznych, z uwzględnieniem jednocześnie możliwości doraźnego finansowania ośrodków prowadzących badania referencyjne i ośrodków leczących chorych.

Sytuacja epidemiologiczna i kliniczna pozwala przewidywać, że w najbliższych pięciu latach liczba chorych na AIDS wyniesie 1.500 – 2.000 osób. Przeciętny miesięczny koszt leczenia osoby zakażonej HIV wymagającej terapii zamyka się między 4.000 a 5.000 złotych. Wydatki na realizację zadań na lata 1999-2003 powinny być zaplanowane przez podmioty realizujące Krajowy Program w ramach posiadanych środków finansowych.

Tabela 2. przedstawia szacunkowe koszty realizacji Programu przez MZ, przy czym:

- zaplanowane środki finansowe na rok 1999 wynikają z ustawy budżetowej na 1999 rok;
- zaplanowane środki finansowe na lata 2000-2003 są to szacunkowe kwoty, które mogą ulec zmianie w momencie opracowywania szczegółowych rocznych programów na kolejne lata;
- od 2000 roku planuje się uruchomienie Centrum Informacyjno-Szkoleniowego HIV/AIDS;
- w 2000 roku planuje się uruchomienie pięciu punktów anonimowego testowania, a w trakcie realizacji programu docelowo 16;
- centralny zakup leków znajduje się w wykazie procedur wysokospecjalistycznych.

**Tabela 2. SZACUNKOWE KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU PRZEZ MZ
W LATACH 1999-2003 W ZŁOTYCH PLN.**

Główne zadania	1999	2000	2001	2002	2003
Zakup centralny leków	30.000.000	37.000.000	47.000.000	50.000.000	50.000.000
Programy realizowane przez WSSE	3.000.000	3.500.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000
Dofinansowanie programów profilaktyczno-terapeutycznych	2.720.000	3.300.000	3.700.000	4.000.000	4.000.000
Edukacja	1.500.000	2.000.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000
Publikacje	1.223.279	2.000.000	2.500.000	3.000.000	3.000.000
Finansowanie anonimowych punktów testowania	0	1.000.000	2.000.000	3.000.000	3.500.000
Finansowanie zadań wspierających	659.000	800.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Finansowanie CDiTA i KBK ds. AIDS	4.883.721	6.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000
RAZEM	43.986.000	55.600.000	67.700.000	71.500.000	72.000.000

Tabela 3. SZACUNKOWE KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU W ROZBICIU NA POSZCZEGÓLNE RESORTY

Lp.	Odpowiedzialny	Łączne koszty w poszczególnych latach: (w złotych)				
		1999	2000	2001	2002	2003
1	2	3	4	5	6	7
1.	Ministerstwo Zdrowia	43.986.000	55.600.000	67.700.000	71.500.000	72.000.000
2.	Ministerstwo Edukacji Narodowej	94.000	240.000	260.000	280.000	300.000
3.	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji	0	3.000.00 0	3.400.00 0	3.600.00 0	3.700.00 0
4.	Ministerstwo Obrony Narodowej	1.605.00 0	2.720.00 0	2.915.00 0	4.495.00 0	4.595.00 0
5.	Ministerstwo Sprawiedliwości	210.000	250.000	300.000	3.500.00 0	350.000
6.	Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej	1.487.57 6	917.986	918.886	919.886	920.976
7.	Ministerstwo Transportu i Gospodarki Morskiej	0	60.000	60.000	60.000	60.000