**MINISTER ZDROWIA**

**SPRAWOZDANIE  
Z REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV   
I ZWALCZANIA AIDS   
w latach 2012-2016**

opracowane przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS

Podstawa prawna: § 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. poz. 227).

Warszawa, maj 2017 r.

**SPIS TREŚCI:**

1. Wstęp…………………………………………………………………………………….…….…………………………….3
2. Epidemiologia………………………………………………………………………………………………………...…...4
3. Zadania realizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS. ……………………………………………….…10
4. Finansowanie…………………………………………………………………………………….…….…………………23
5. Podsumowanie…………………………………………………………………………..………………………………25
6. Załącznik – Tabele realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012-2016 przez podmioty………………………………………….………..34

**WSTĘP**

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

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

Działania w zakresie tematyki HIV/AIDS podejmowano na podstawie:

*–* *ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych   
u ludzi* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, z późn. zm.),

– *rozporządzenia Rady Ministrów* *z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom* *HIV i Zwalczania AIDS* (Dz. U. poz. 227),

– *Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012-2016*, przyjętego przez Radę Ministrów w dniu 3 kwietnia 2012 r.

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

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

Podmiotami zobowiązanymi do realizacji Programu są:

* ministrowie właściwi ze względu na cele Programu,
* Państwowa Inspekcja Sanitarna(WSSE i PSSE),
* urzędy wojewódzkie – terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki,
* urzędy marszałkowskie – administracja samorządowa (podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz edukacji publicznej).

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

Po zakończeniu 5-letniego okresu obowiązywania Harmonogramu realizacji Programu, podmioty realizujące zadania przedkładają Koordynatorowi sprawozdania z wykonania zadań (do dnia   
15 kwietnia roku następnego). Koordynator sporządza i przedkłada Ministrowi Zdrowia całościowy dokument z realizacji 5-letniego Harmonogramu realizacji Programu do dnia 15 maja. Następnie, Minister Zdrowia przedkłada Radzie Ministrów wyżej wymieniony dokument.

**EPIDEMIOLOGIA**

**Dane skumulowane**

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2016 r. zarejestrowano w Polsce:

* 21 148 przypadków zakażenia HIV,
* 3 441 przypadków zachorowania na AIDS,
* 1 360 chorych zmarło.

Od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. zarejestrowano w Polsce:

* 5 841 przypadków zakażenia HIV,
* 735 przypadków zachorowania na AIDS,
* 221 chorych zmarło.

Dane epidemiologiczne, które są dostępne na stronach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, odzwierciedlają analizę informacji na dzień   
31 grudnia roku poprzedniego.

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

Dane epidemiologiczne traktować można jako ilościowy, mierzalny efekt działania Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Analiza trendów, zmiany ich kierunku pozwalają na planowanie i wybór działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu.

Tabela nr 1. Liczba przypadków HIV zarejestrowanych w latach 2012-2016 wg wieku i płci   
(stan na dzień 31.12.2016 r.).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wiek | **2012** | | | **2013** | | | **2014** | | | **2015** | | | **2016** | | | razem |
| m | k | bd | m | k | bd | m | k | bd | m | k | bd | m | k | bd |
| niemowlęta | 2 | 1 |  | 3 |  |  |  |  |  | 1 | 4 |  | 0 | 0 | 0 | 11 |
| 1 – 14 | 1 | 3 |  | 1 | 2 |  |  | 2 |  | 4 | 3 |  | 2 | 1 | 0 | 19 |
| 15 – 19 | 13 | 3 |  | 9 | 3 |  | 12 | 3 |  | 16 | 3 |  | 14 | 2 | 0 | 78 |
| 20 – 29 | 288 | 44 | 4 | 377 | 59 | 7 | 308 | 32 | 4 | 376 | 44 | 4 | 384 | 33 | 7 | 1971 |
| 30 – 39 | 317 | 60 | 3 | 422 | 59 | 3 | 334 | 71 | 3 | 383 | 68 | 2 | 414 | 64 | 10 | 2213 |
| 40 – 49 | 146 | 27 | 2 | 174 | 22 | 1 | 149 | 35 | 2 | 167 | 40 | 3 | 165 | 29 | 4 | 966 |
| 50 – 59 | 44 | 12 |  | 60 | 12 |  | 55 | 17 |  | 53 | 9 | 1 | 68 | 13 | 2 | 346 |
| 60 + | 16 | 3 |  | 18 | 5 |  | 14 | 6 |  | 20 | 8 |  | 26 | 4 | 0 | 120 |
| brak danych | 13 | 2 | 12 | 5 |  | 6 | 9 | 2 | 2 | 26 | 2 | 2 | 33 | 0 | 3 | 117 |
| razem | **840** | **155** | **21** | **1069** | **162** | **17** | **881** | **168** | **11** | **1046** | **181** | **12** | **1106** | **146** | **26** | **5841** |
| razem | **1016** | | | **1248** | | | **1060** | | | **1239** | | | **1278** | | | **5841** |

*Oprac.: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH*

Wykres nr 1. Liczba przypadków HIV zarejestrowanych w Polsce w latach 2012-2016.

*Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH*

Tempo rozprzestrzeniania się wirusa HIV w Polsce rośnie. Liczbę wykrywanych zakażeń należy łączyć z liczbą wykonanych testów. Im więcej wykonywanych testów, tym większa jest liczba identyfikowanych zakażeń HIV. W sytuacji zwiększenia liczby badań uzyskuje się trend wzrostowy liczby nowo wykrywanych zakażeń, co paradoksalnie działa na korzyść zarówno tych, u których wykryto wirusa, jak i całej populacji.

Odnotowany wzrost liczby wykrywanych zakażeń wystąpił w zasadzie wyłącznie wśród mężczyzn. Wśród kobiet liczba nowo wykrywanych zakażeń pozostawała na podobnym poziomie,   
z niewielkim wzrostem w 2014 r. i 2015 r. (tabela nr 1 i wykres nr 1).

Wykres nr 2. Wiek osób zakażonych HIV zarejestrowanych w Polsce w latach 2012-2016.

*Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH*

Rozkład wieku w momencie rozpoznania przedstawia tabela nr 1 oraz wykres nr 2. Wśród mężczyzn zdecydowanie najwięcej nowo zakażonych odnotowuje się w przedziale wiekowym 20-29 (stanowi to około 35%) oraz 30-39 lat (powyżej 37%). Wśród kobiet w analogicznym wieku zarejestrowano średnio 26% zakażeń oraz prawie 40%.

Z uwagi na większą częstość zakażeń wykrywanych w starszym wieku, a także większą przeżywalność osób zakażonych, populacja osób z rozpoznanym zakażeniem HIV dość szybko   
się starzeje. Starzejąca się populacja osób żyjących z HIV stwarza dodatkowo wyzwanie dla polityki społecznej w zakresie profesjonalnej opieki socjalnej.

Tabela nr 2. Prawdopodobna droga transmisji zakażenia HIV (stan na dzień 31.12.2016 r.).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Droga transmisji** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **razem** |
| Kontakty homoseksualne (mężczyźni) | 295 | 359 | 306 | 332 | 359 | 1651 |
| Stosowanie narkotyków w iniekcjach | 58 | 52 | 52 | 54 | 39 | 255 |
| Kontakty heteroseksualne | 85 | 105 | 98 | 100 | 105 | 493 |
| Zakażenia wertykalne (matka-dziecko) | 7 | 4 | 2 | 8 | 2 | 23 |
| Zakażenia jatrogenne | - | - | 1 | 1 | 3 | 5 |
| Inna/brak danych | 571 | 728 | 601 | 744 | 770 | 3414 |
| **razem** | **1016** | **1248** | **1060** | **1239** | **1278** | **5841** |

*Oprac.: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH*

Prawdopodobna droga zakażenia nie została podana dla prawie 60% zgłoszeń. Na początku epidemii dominującą drogą pozostawało iniekcyjne używanie narkotyków, co stopniowo ulegało zmianie z powodu trendu spadkowego zakażeń przypisywanych iniekcjom narkotyku (PWID –   
ang. *people who inject drugs*), a wzrostowi liczby zakażeń na drodze kontaktów seksualnych (tabela nr 2). Patrząc na rozkład procentowy, spowodowało to wzrost odsetka zakażeń przypisywanych kontaktom homoseksualnym (MSM – ang. *men having sex with men*),   
jak i kontaktom heteroseksualnym (MSW – ang. *men having sex with women*).

Wykres nr 3. Prawdopodobne drogi zakażenia HIV w Polsce w latach 2012-2016.

*Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH*

Tabela nr 3. Liczba przypadków HIV w poszczególnych województwach (stan na dzień 31.12.2016 r.).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Województwo** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** |
| **POLSKA** | **1016** | **1248** | **1060** | **1239** | **1278** |
| Dolnośląskie | 106 | 139 | 120 | 132 | 138 |
| Kujawsko-pomorskie | 23 | 35 | 31 | 42 | 26 |
| Lubelskie | 50 | 43 | 38 | 9 | 50 |
| Lubuskie | 18 | 22 | 34 | 31 | 30 |
| Łódzkie | 43 | 38 | 59 | 92 | 73 |
| Małopolskie | 91 | 62 | 67 | 94 | 112 |
| Mazowieckie | 281 | 318 | 211 | 207 | 249 |
| Opolskie | 27 | 19 | 30 | 18 | 28 |
| Podkarpackie | 22 | 39 | 28 | 29 | 23 |
| Podlaskie | 17 | 20 | 22 | 20 | 16 |
| Pomorskie | 56 | 52 | 52 | 75 | 79 |
| Śląskie | 121 | 143 | 107 | 237 | 143 |
| Świętokrzyskie | 7 | 14 | 19 | 12 | 14 |
| Warmińsko-mazurskie | 27 | 42 | 16 | 22 | 25 |
| Wielkopolskie | 77 | 113 | 87 | 119 | 73 |
| Zachodniopomorskie | 48 | 44 | 36 | 50 | 60 |
| Brak danych | 2 | 105 | 103 | 50 | 139 |

*Oprac.: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH*

Problem HIV/AIDS jest również zróżnicowany w wymiarze terytorialnym. W ostatnich latach wskaźnik liczby nowo wykrytych zakażeń HIV w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców przekroczył średnią dla kraju w województwach dolnośląskim i mazowieckim. Poszczególne województwa wykazują również różne trendy nowo wykrywanych zakażeń. Trend wzrostowy odnotowano   
w województwach: lubuskim, łódzkim, małopolskim, pomorskim, wielkopolskim.

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

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

Testowanie w kierunku HIV –liczba badań wykonywanych rocznie w kierunku HIV w skali kraju pozostaje na dość niskim poziomie. Wyłączając badania dawców krwi, jest to około 5/100 tys. rocznie. Natomiast biorąc pod uwagę badania wykonywane wśród dawców krwi – 5% (badania dawców to w większości badania dawców wielokrotnych, dotyczące tych samych osób).

Należy jednak zaznaczyć, że liczba testów wykonywanych rocznie (z wykluczeniem dawców krwi) systematycznie rośnie. Oprócz zwiększania liczby testów wskazane byłoby określenie grup osób   
o zwiększonym ryzyku zakażenia, w których badania powinny być wykonywane cyklicznie. Wśród nich znajdują się populacje kluczowe (PWID i MSM). Ponadto testowanie w kierunku HIV jest zalecane u osób, u których zostanie zdiagnozowane inne zakażenie przenoszone drogą płciową. Wskazane jest przeprowadzenie badań, dotyczących barier testowania się w kierunku HIV   
oraz częstszego testowania się w kierunku HIV osób o zwiększonym ryzyku zakażenia.

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

1. obecnie głównym problemem, który wymaga intensyfikacji działań profilaktycznych w Polsce, jest szerzenie się HIV wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM);
2. drugą tendencją wartą podkreślenia jest duży udział zakażeń osób powyżej 40 r.ż. wśród nowo rozpoznanych zakażeń, zwłaszcza jeżeli chodzi o kobiety. Trendy te, wraz ze zwiększoną przeżywalnością powodują, że wśród osób żyjących w 2014 r. z zakażeniem HIV dominują osoby w średnim wieku i starsze (powyżej 50% to osoby w wieku 40 lat i więcej);
3. pomiędzy województwami występują znaczne różnice w rozwoju epidemii. W kilku województwach nastąpił wzrost w latach 2005-2009 (mazowieckie, dolnośląskie, śląskie, pomorskie, wielkopolskie), w których obecnie epidemia ustabilizowała się na wyższym poziomie. W latach 2010-2014 największą dynamikę wzrostu obserwowano   
   w województwach, gdzie dotąd notowano najniższe wskaźniki, co może świadczyć   
   o opóźnieniu drugiej fali epidemii (związanej z szerzeniem się epidemii w drodze kontaktów seksualnych, zwłaszcza wśród MSM) w stosunku do innych województw.

W kontekście wzrastającej liczby wykrywanych zakażeń HIV działania Krajowego Programu można ocenić z następujących perspektyw:

* jako skuteczne, z uwagi na fakt wzrostu liczby osób testujących się na HIV,
* jako skuteczne w kontekście korzyści i ograniczenia kosztów społecznych – korzyść zarówno tych, u których wykryto wirusa, jak i całej populacji.

**Punkty konsultacyjno-diagnostyczne**

Krajowe Centrum ds. AIDS zawierało umowy na działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo i bezpłatnie badania w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym. Realizatorzy tych zadań wyłonieni zostali w drodze otwartego konkursu ofert (zgodnie z *ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego   
i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817, z późń. zm.).* Część umów obejmowała promocję punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz finansowanie i zaopatrzenie przez Krajowe Centrum ds. AIDS tych punktów w testy przesiewowe wykrywające zakażenie HIV oraz w testy potwierdzenia (PKD finansowane były głównie ze środków samorządowych). Wszystkie PKD zobowiązane były do działania zgodnie ze standardami Centrum.

Tabela nr 4. Liczba klientów w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2012-2016.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | Liczba PKD | Liczba klientów | Liczba testów | Liczba zakażonych HIV w grupie klientów PKD | Liczba porad bez zlecenia testu |
| **2012** | 31 | 31 092 | 30 085 | 359 | 1 007 |
| **2013** | 32 | 33 271 | 32 306 | 381 | 965 |
| **2014** | 31 | 32 197 | 31 047 | 378 | 1 150 |
| **2015** | 30 | 29 333 | 28 907 | 428 | 426 |
| **2016** | 29 | 30 832 | 27 005 testów przesiewowych standardowych IV generacji  3 837 testów przesiewowych szybkich III generacji | 444 | 394 |

*Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS*

W PKD klientami są częściej mężczyźni (61%) niż kobiety (39%). Wśród klientów PKD   
są zdecydowanie ludzie młodzi, w przedziale wieku 20-29 lat (stanowią oni około 48%) oraz 30-39 lat (około 34 % klientów PKD). Klienci PKD najczęściej jako powód wykonania testu w kierunku HIV podają ryzykowne kontakty seksualne (homoseksualne – 24 %, heteroseksualne – 56 %).

Podstawowym zadaniem realizowanym w PKD jest wykonywanie bezpłatnie i anonimowo testów na obecność HIV. Zgodnie z przyjętymi standardami międzynarodowymi i krajowymi prowadzone jest poradnictwo okołotestowe, podczas którego udzielane są porady w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i inne wynikające z sytuacji pacjenta. Dzięki poradnictwu możliwe jest uzyskanie niezbędnych informacji dotyczących statusu serologicznego, a także adresów instytucji i organizacji zajmujących się medyczną i socjalną pomocą osobom zakażonym. Informacje gromadzone w punktach anonimowego testowania pozwalają uzyskać dane statystyczne i epidemiologiczne, dotyczące m.in. dróg zakażenia oraz trendów ryzykownych zachowań. Pozwala to na podejmowanie działań profilaktycznych i właściwą alokację środków   
na tę działalność.

Każdy test poprzedzany jest rozmową z doradcą. Podczas rozmowy szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta. Jeżeli wynik testu okazuje się ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakazić się wirusem. Natomiast jeśli wynik jest dodatni, doradca rozmawia   
o możliwościach leczenia i pomocy.

**ZADANIA REALIZOWANE PRZEZ KRAJOWE CENTRUM DS. AIDS**

Krajowe Centrum ds. AIDS, w imieniu Ministra Zdrowia, realizuje zadania w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS. Centrum jest koordynatorem realizacji Krajowego Programu.

W **2012** r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło między innymi następujące działania:

w I obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

* kampanie medialne:
* „Fair play”,
* „Zrób test na HIV”,
* obchody Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS:
* projekt „Patchwork 4”,
* Memorial AIDS Day 2012,
* akcja „Bezpieczna Jazda”,
* obchody Światowego Dnia AIDS:
* konferencja prasowa,
* XIX Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”,
* Czerwona Kokardka,
* szkolenia:
* szkolenie pn. „Chcę wiedzieć”,
* szkolenie dla studentów, słuchaczy z zakresu profilaktyki i zwiększenia wiedzy   
  o HIV/AIDS,
* szkolenie młodzieżowych liderów,
* szkolenie certyfikacyjne na doradców pracujących w PKD,
* kurs dla doradców oferowany na platformie edukacyjnej,
* szkolenie dla pracowników medycznych,
* szkolenie dla osób które prowadzą szkolenia,
* programy profilaktyczne:
* „Getting to zero – dążymy do zera”,
* „Już wiem, nie ryzykuję”,
* „Profilaktyka HIV/AIDS młodzież 2012”,
* warsztaty profilaktyczne,
* Powiatowa Młodzieżowa Szkoła Liderów Młodzieżowych,
* konkurs na zakładkę,
* opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjnych:
* *„Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową. Edukacja młodzieży szkolnej”,*
* *„Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2012-2016”,*
* *„Kocham, chcę chronić siebie i innych”,*
* *„Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz”,*
* *„Informacja o HIV/AIDS. Zrób test na HIV”,*
* „Informator. Przepisy dotyczące prawa wjazdu i pobytu osób żyjących z HIV 2012/2013”,
* dostęp do informacji:
* strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl)),
* Telefon Zaufania HIV/AIDS,
* Telefon Informacyjny,
* Poradnia internetowa,
* Portal edukacyjny dla pacjentów ([www.edukacja-pacjentów.pl](http://www.edukacja-pacjentów.pl)),
* Mobilny Informator o HIV/AIDS ([www.mia.aids.gov.pl](http://www.mia.aids.gov.pl)),
* Broszura Online ([www.broszura-ids.pl](http://www.broszura-ids.pl)),
* Kontra – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS,
* e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.ekontra.aids.gov.pl](http://www.ekontra.aids.gov.pl)).

w II obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

* edukacja i programy z zakresu redukcji szkód:
* streetworking i partyworking Programu STACJA – działania skierowane do osób o zwiększonym poziomie ryzykownych zachowań,
* „Safe Fun” – działania środowiskowe wśród odbiorców masowych imprez muzycznych,
* streetworking i partyworking - skierowany do osób świadczących usługi seksualne i osób korzystających z tych usług,
* „Live, Love safer, Be! IV” – program zrealizowany podczas Mistrzostw Europy,
* „Miłość, młodość, odpowiedzialność” - akcja edukacyjno-profilaktyczna,
* „Świadoma w pracy - dbam o zdrowie” – program skierowany do osób o zwiększonym poziomie ryzykownych zachowań,
* partyworking – działania środowiskowe w klubach w aglomeracji śląskiej,
* działalność 31 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD),
* zbieranie danych epidemiologicznych z PKD,
* materiały informacyjne:
* „Prezerwatywa przedłuża przyjemność” – broszura skierowana do mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM),
* promocja szybkich testów:
* projekt COBATEST – testowanie w kierunku HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.

w III obszarze – wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

* wsparcie osób żyjących z HIV/AIDS:
* XVI Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS,
* program edukacyjny „Pozytywne warsztaty” ,
* spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich – edukacja osób zakażonych i ich bliskich, obalenie stereotypów dotyczących kontaktów z osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, propagowanie bezpiecznych zachowań seksualnych (organizowane przez *Stowarzyszenie SOLIDARNI PLUS* z Wandzina),
* grupy wsparcia dla matek seropozytywnych oraz nowozakażonych,
* program „Nic o Nas bez Nas”,
* opieka psychologiczna i psychiatryczna dla osób żyjących z HIV/AIDS,
* punkt informacyjno-wspierający,
* Ośrodek Wsparcia i Informacji dla Osób Żyjących z HIV/AIDS,
* program „Razem bezpieczniej”,
* realizacja programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących   
  z wirusem HIV w Polsce”:
* leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
* profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych – wypadkowych,
* profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych matka – dziecko,
* leczenie antyretrowirusowe dzieci.

w IV obszarze - współpracy międzynarodowej

* przewodnictwo Polski w PCB UNAIDS,
* XIX Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”,
* Northern Dimension Partnership In Public Health and Social Well-being-NDPHS,
* Grupa Think Tank przy Komisji Europejskiej,
* projekt DG SANCO: COBATEST,
* sprawozdawczość międzynarodowa: UNAIDS, ECDC, WHO,
* wizyty studyjne.

w V obszarze – monitoringu

* szkolenie dla realizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS,
* spotkanie przedstawicieli Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS,
* funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej,
* funkcjonowanie systemu Internetowej Bazy Leków,
* monitoring prasy.

W **2013** r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło między innymi następujące działania:

w I obszarze - zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

* kampanie:
* kampania skierowana do środowisk medycznych *Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV,*
* obchody Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS,
* obchody Światowego Dnia AIDS,
* XX Konferencja *Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie,*
* szkolenia:
* szkolenia dla pracowników medycznych, nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych w kontekście problematyki HIV/AIDS,
* szkolenia certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS,
* szkolenie na prolongatę certyfikatu uprawniającego doradcę do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS,
* szkolenie dla osób ubiegających się o prolongatę certyfikatu konsultanta HIV/AIDS upoważniającego do prowadzenia poradnictwa informacyjnego w telefonach zaufania, poradniach, punktach konsultacyjnych, itp.,
* kurs dla doradców oferowany na portalu edukacyjnym Krajowego Centrum ds. AIDS (http://www.hiv-aids.edu.pl),
* programy profilaktyczne:
* konkurs na kartkę walentynkową,
* opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjnych:
* ulotka *Kobieta, sex, zdrowie,*
* kolorowanka *Zawsze razem,*
* ulotka *Druga strona wakacji,*
* broszura *Co musisz wiedzieć HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz*
* ulotka *Informacja o HIV/AIDS. Zrób test na HIV,*
* broszura, ulotka, plakat w ramach kampanii *Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV,*
* plakat dotyczący postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV),
* ulotka z motywem walentynkowym (w formie podkładki pod kubek),
* dostęp do informacji:
* strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl)),
* Telefon Zaufania HIV/AIDS,
* Telefon Informacyjny,
* Poradnia internetowa,
* Portal edukacyjny dla pacjentów (www.edukacja-pacjentow.pl),
* Mobilny Informator o HIV/AIDS ([www.mia.aids.gov.pl](http://www.mia.aids.gov.pl)),
* Broszura Online (www.broszura-ids.pl),
* Kontra – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS,
* e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.ekontra.aids.gov.pl](http://www.ekontra.aids.gov.pl)),

w II obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

* działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD),
* zbieranie danych epidemiologicznych z PKD,

w III obszarze – wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

* wsparcie osób żyjących z HIV/AIDS:
* ośrodek wsparcia i informacji z zajęciami edukacyjnymi dla osób żyjących z HIV i ich bliskich – wsparcie grupowe i indywidualne,
* Nic o Nas bez Nas – wsparcie dla osób seropozytywnych,
* Centrum Edukacji i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS dla osób nowo zakażonych „Jeden świat”,
* opieka psychologiczna dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
* spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
* XVII Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS,
* Turnus rehabilitacyjno-terapeutyczny dla osób seropozytywnych i ich bliskich,
* realizacja programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących   
  z wirusem HIV w Polsce”:
* leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
* profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych,
* profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych matka – dziecko,
* leczenie antyretrowirusowe dzieci,

w IV obszarze – współpracy międzynarodowej

* polityka międzynarodowa:
* kadencja członkowska Polski w PCB UNAIDS,
* Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej,
* Grupa Think Tank przy Komisji Europejskiej,
* udział w projektach międzynarodowych:
* projekt HATBAI,
* projekt DG SANCO: JOINT ACTION,
* projekt DG SANCO: COBATEST,
* projekt *Szkolenie diagnostów ukraińskich w zakresie najnowszych technik laboratoryjnych HIV/AIDS w polskich laboratoriach referencyjnych – podwyższenie standardów opieki   
  nad osobami Żyjącymi z HIV/AIDS na Ukrainie,*
* sprawozdawczość międzynarodowa: UNAIDS, ECDC, WHO,
* wizyty studyjne,

w V obszarze – monitoringu

* szkolenie dla realizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS oraz spotkanie przedstawicieli Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS,
* funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej,
* funkcjonowanie systemu Internetowej Bazy Leków,
* monitoring prasy.

W **2014** r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło między innymi następujące działania:

w I obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

* kampanie:
* *Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV –* kampania skierowana   
  do środowisk medycznych – w szczególności do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek i położnych,
* *Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™ –* kampania skierowana do kobiet w wieku prokreacyjnym, a także do lekarzy ginekologów,
* *Mój Walenty jest the best, idzie ze mną zrobić test –* kampania skierowana do młodych, pełnoletnich Polaków,
* *Coś Was łączy? Zrób test na HIV* - kampania skierowana do młodych, pełnoletnich Polaków,
* obchody Światowego Dnia AIDS:
* XXI Konferencja *Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie,*
* szkolenia:
* szkolenia dla pracowników medycznych, nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych,
* **szkolenia certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS,**
* kursy szkoleniowe oferowane na portalu edukacyjnym Krajowego Centrum ds. AIDS - <http://www.hiv-aids.edu.pl>,
* opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjnych:
* broszura pt. *„Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz   
  czy pracujesz",*
* ulotka pt. *„Informacja o HIV/AIDS. Zrób test na HIV",*
* plakat dotyczący postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV),
* ulotki w formie kartki walentynkowej oraz w formie podkładki pod kubek z motywem walentynkowym,
* broszura pt. *„HIV/AIDS?! O co kaman?!”,*
* książka pt. *„Z doświadczeń wolontariuszki”,*
* książka pt. *„Zakażenia HIV i AIDS - poradnik dla lekarzy”,*
* broszura pt. *„Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie”,*
* broszura pt. *„Choroby przenoszone drogą płciową”,*
* ulotka pt. *„Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™”* – skierowana do kobiet w ciąży i planujących macierzyństwo,
* ulotka pt. *„Jeden test. Dwa życia™. Wykonanie testu w kierunki HIV u kobiet w ciąży   
  lub planujących macierzyństwo”* – skierowana do ginekologów,
* plakat-kalendarz *„Jeden test. Dwa życia™. Zanim zostaniesz mamą...”,*
* dostęp do informacji:
* strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl)),
* Telefon Zaufania HIV/AIDS,
* Telefon Informacyjny,
* Poradnia internetowa,
* Mobilny Informator o HIV/AIDS ([www.mia.aids.gov.pl](http://www.mia.aids.gov.pl)),
* Kontra – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS,
* e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.ekontra.aids.gov.pl](http://www.ekontra.aids.gov.pl)),
* promowanie testowania w kierunku HIV,

w II obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

* działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD),
* zbieranie danych epidemiologicznych z PKD:
* analiza ankiet z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – raport za 2013 r.,
* analiza ankiet z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – raport porównawczy   
  dla lat 2003-2013,
* oferta informacyjna i edukacyjna:
* opracowanie i wydanie innowacyjnych materiałów służących edukacji z zakresu HIV/AIDS i STI w grupie MSM,
* „Wiem i spoglądam w przyszłość” kreacja materiałów profilaktycznych z zakresu HIV/AIDS dla osób pozbawionych wolności,
* akcja edukacyjno-profilaktyczna „Miłość, młodość, odpowiedzialność” podczas Przystanku Woodstock 2014,

w III obszarze – wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

* wsparcie osób żyjących z HIV/AIDS:
* Interwencja kryzysowa dla pacjentów zakażonych HIV i ich bliskich,
* Warsztaty dla rodziców/opiekunów wychowujących dzieci żyjące z HIV/AIDS,
* Warsztaty z Małym Księciem,
* Życie na Plus! BIS,
* Ośrodek wsparcia i informacji z zajęciami edukacyjnymi dla osób żyjących z HIV   
  i ich bliskich,
* Opieka psychologiczna dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
* Nic o Nas bez Nas – wsparcie dla osób seropozytywnych,
* Spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
* Centrum Edukacji i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden świat”,
* Działania skierowane do osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
* realizacja programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących   
  z wirusem HIV w Polsce”:
* leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
* profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych,
* profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych matka – dziecko,
* leczenie antyretrowirusowe dzieci,

w IV obszarze – współpracy międzynarodowej

* polityka międzynarodowa:
* kadencja członkowska Polski w PCB UNAIDS,
* Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej,
* Grupa Think Tank przy Komisji Europejskiej,
* udział w projektach międzynarodowych:
* projekt HATBAI,
* projekt JOINT ACTION,
* projekt EURO HIV EDAT,
* sprawozdawczość międzynarodowa: UNAIDS, ECDC, WHO,
* wizyty studyjne,

w V obszarze – monitoringu

* Badania społeczne:
* Diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) oraz zachowania seksualne,
* Diagnoza dotycząca potrzeb edukacyjnych w zakresie HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP),
* szkolenie realizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS,
* spotkanie przedstawicieli Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS,
* Rekomendacje dotyczące zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS,
* funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej,
* funkcjonowanie systemu Internetowej Bazy Leków,
* monitoring prasy.

W **2015** r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło między innymi następujące działania:

w I obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

* kampanie:
* *Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™ -* kampania edukacyjna skierowana do kobiet w wieku prokreacyjnym, a także do lekarzy ginekologów,
* *Mój Walenty jest the best, idzie ze mną zrobić test –* kampania skierowana do młodych, pełnoletnich Polaków,
* *Coś Was łączy? Zrób test na HIV* - kampania skierowana do młodych, pełnoletnich Polaków,
* obchody Światowego Dnia AIDS:
* XXII Konferencja *Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie,*
* szkolenia:
* szkolenia dla pracowników medycznych, nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych,
* **szkolenia certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS,**
* kursy szkoleniowe oferowane na portalu edukacyjnym Krajowego Centrum ds. AIDS - <http://www.hiv-aids.edu.pl>,
* opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjnych:
* broszura pt. *„Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz   
  czy pracujesz",*
* broszura pt. *„HIV/AIDS?! O co kaman?!”,*
* książka pt. *„Z doświadczeń wolontariuszki”,*
* książka pt. *„Zakażenia HIV i AIDS - poradnik dla lekarzy”,*
* broszura pt. *„Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie”,*
* broszura pt. *„Choroby przenoszone drogą płciową”,*
* ulotka pt. *„Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™”* - skierowana do kobiet w ciąży i planujących macierzyństwo,
* ulotka pt. *„Jeden test. Dwa życia™. Wykonanie testu w kierunki HIV u kobiet w ciąży lub planujących macierzyństwo”* – skierowana do ginekologów,
* ulotka przeznaczona do dystrybucji w punktach konsultacyjno-diagnostycznych   
  pt. *„Dodatni wynik testu w kierunku HIV – co dalej?”,*
* ulotka przeznaczona do dystrybucji w punktach konsultacyjno-diagnostycznych   
  pt. *„Ujemny wynik testu w kierunku HIV – co dalej?”,*
* ulotka skierowana do krwiodawców pt. *„Oddając krew ratujesz życie. Oddawaj   
  ją odpowiedzialnie”,*
* dostęp do informacji:
* strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl)),
* Telefon Zaufania HIV/AIDS,
* Telefon Informacyjny,
* Poradnia internetowa,
* Kontra – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS,
* e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.ekontra.aids.gov.pl](http://www.ekontra.aids.gov.pl)),
* przegląd i analiza obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS,

w II obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

* działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD),
* zbieranie danych epidemiologicznych z PKD:
* analiza ankiet z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – raport za 2014 r,

w III obszarze – wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

* wsparcie osób żyjących z HIV/AIDS:
* Wakacje z Małym Księciem,
* Ośrodek wsparcia i informacji z zajęciami edukacyjnymi dla osób żyjących z HIV   
  i ich bliskich,
* Opieka psychologiczna dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
* Spotkania dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
* Centrum Edukacji i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden świat”,
* realizacja programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących   
  z wirusem HIV w Polsce”:
* leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
* profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych,
* profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych matka – dziecko,
* leczenie antyretrowirusowe dzieci,

w IV obszarze – współpracy międzynarodowej

* polityka międzynarodowa:
* kadencja członkowska Polski w PCB UNAIDS,
* Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej,
* Grupa Think Tank przy Komisji Europejskiej,
* udział w projektach międzynarodowych (projekt JOINT ACTION),
* sprawozdawczość międzynarodowa: UNAIDS, ECDC, WHO,
* wizyty studyjne,

w V obszarze – monitoringu

* Badania społeczne:
* Badania społeczne: Postawy i potrzeby informacyjno-edukacyjne osób w wieku 50+   
  w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), w tym HIV/AIDS,
  + Badania społeczne: Postawy i potrzeby informacyjno-edukacyjne osób w wieku 18-65 lat, mieszkańców wsi i małych miast w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), w tym HIV/AIDS,
* Konferencja dla realizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV   
  i Zwalczania AIDS,
* funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej,
* funkcjonowanie systemu Internetowej Bazy Leków,
* monitoring prasy.

W **2016** r. Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło między innymi następujące działania:

w I obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

* kampanie:
* *Coś Was łączy? Zrób test na HIV* - kampania skierowana do młodych, pełnoletnich Polaków,
* obchody Światowego Dnia AIDS:
* XXIII Konferencja *Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie,*
* szkolenia:
* szkolenia dla pracowników medycznych, nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych,
* **szkolenia certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS,**
* kursy szkoleniowe oferowane na portalu edukacyjnym Krajowego Centrum ds. AIDS - <http://www.hiv-aids.edu.pl>,
* opracowanie, druk i dystrybucja materiałów informacyjnych:
* plakat i zakładka wydane w ramach realizacji kampanii społecznej *„Coś Was łączy? Zrób test na HIV”,*
* kolorowanka dla dzieci *„Zawsze razem”,*
* broszura pt. *„Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz   
  czy pracujesz",*
* broszura pt. *„HIV/AIDS?! O co kaman?!”,*
* broszura pt. *„To warto wiedzieć o HIV i AIDS”,*
* plakat i ulotka dotyczące postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV),
* broszura pt*. „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie”,*
* broszura pt. *„Choroby przenoszone drogą płciową”,*
* ulotka i plakat skierowane do krwiodawców pt. *„Oddając krew ratujesz życie. Oddawaj   
  ją odpowiedzialnie”,*
* dostęp do informacji:
* strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl)),
* Telefon Zaufania HIV/AIDS,
* Telefon Informacyjny,
* Poradnia internetowa,
* Kontra – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS,
* e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS ([www.ekontra.aids.gov.pl](http://www.ekontra.aids.gov.pl)),
* przegląd i analiza obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS.

w II obszarze – zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

* programy:
* Peer-edukatorski projekt profilaktyczny HIV/STI skierowany do osób świadczących usługi seksualne,
* Safer party,
* działalność punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD),
* zbieranie danych epidemiologicznych z PKD:
* analiza ankiet z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – raport za 2015 r,

w III obszarze – wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

* wsparcie osób żyjących z HIV/AIDS:
* Wakacje z Małym Księciem,
* Akademia Pozytywnego Życia 2016,
* Nic o Nas bez Nas – wsparcie dla osób seropozytywnych. Edycja 2016,
* Ośrodek wsparcia i informacji z zajęciami edukacyjnymi dla osób żyjących z HIV   
  i ich bliskich,
* Pozytywny Świat Kobiet,
* Program wsparcia psychologicznego dla osób żyjących z HIV, ich bliskich i rodzin,
* Wsparcie osób ze świeżo zdiagnozowanym zakażeniem HIV oraz ich bliskich – pilotaż,
* Opieka psychologiczna dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
* realizacja programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących   
  z wirusem HIV w Polsce”:
* leczenie ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
* profilaktyka zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych,
* profilaktyka ARV zakażeń wertykalnych (matka – dziecko),
* leczenie antyretrowirusowe dzieci,

w IV obszarze – współpracy międzynarodowej

* polityka międzynarodowa:
* Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej,
* Grupa Think Tank przy Komisji Europejskiej,
* udział w projektach międzynarodowych (projekt JOINT ACTION),
* sprawozdawczość międzynarodowa: UNAIDS, ECDC, WHO,
* wizyty studyjne,

w V obszarze – monitoringu

* Badania społeczne:
* Badania społeczne: Ewaluacja realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012–2016,
* Badania społeczne: Zachowania seksualne osób świadczących usługi seksualne (badanie pilotażowe przeprowadzone w warszawskich agencjach towarzyskich),
* Badania społeczne: Analiza danych zbieranych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) w latach 2006-2015. Przygotowanie Raportu zbiorczego,
* funkcjonowanie systemu Elektronicznej Bazy Monitoringowej,
* funkcjonowanie systemu Internetowej Bazy Leków,
* monitoring prasy.

**Program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce**

W latach 2012 - 2013, zgodnie z obowiązującymi przepisami, był realizowany program zdrowotny Ministerstwa Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”, natomiast w kolejnych latach realizowano program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” (zwany dalej „Programem leczenia ARV”).

Nadrzędnym celem Programu leczenia ARV jest zapewnienie jednolitego systemu dostępu   
do terapii antyretrowirusowej dla wszystkich pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS   
w Polsce. Terapia antyretrowirusowa w przypadku niektórych chorób definiujących AIDS jest jedyną metodą leczenia, a odpowiednio wcześnie zastosowana staje się profilaktyką tych chorób.

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

Skojarzone leczenie antyretrowirusowe radykalnie poprawiło rokowanie osób żyjących z HIV, sprawiło, iż infekcja HIV stała się zakażeniem przewlekłym, dającym się kontrolować. Dzięki tej terapii pacjenci żyją dłużej, poprawie uległa też jakość ich życia.

Celem głównym Programu leczenia ARV, koordynowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS, jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS przez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego. Właściwie prowadzone leczenie ARV powoduje zmniejszenie zapadalności na HIV i śmiertelności   
z powodu AIDS oraz zmniejszenie zakaźności osób zakażonych HIV dla populacji osób zdrowych   
w Polsce.

Programem leczenia ARV objęte są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, zgodnie z przepisami *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.),   
w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV, noworodki urodzone przez matki zakażone HIV oraz osoby, które wymagają zastosowania leków antyretrowirusowych w ramach postępowania poekspozycyjnego po narażeniu na zakażenie HIV – ekspozycje pozazawodowe wypadkowe.   
W przypadku ekspozycji zawodowych zgodnie z art. 41 ust. 5 *ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r.   
o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* to pracodawca lub zlecający pracę pokrywa koszty profilaktyki poekspozycyjnej, w tym koszty leków antyretrowirusowych.

Tabela nr 5. Liczba pacjentów objętych programem polityki zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** |
| Liczba pacjentów | 6 297 | 7 110 | 7 881 | 8 606 | 9 537 |
| Wzrost liczby pacjentów | +691 | +813 | +771 | +725 | +931 |
| % roczny przyrost pacjentów względem roku poprzedniego | 12,33 % | 12,91% | 10,84% | 9,20% | 10,82% |
| Liczba placówek | 21 | 21 | 21 | 22 | 22 |
| Liczba przerwanych terapii ARV | 410 | 622 | 626 | 587 | 526 |
| Liczba przerwanych terapii ARV w wyniku zgonu | 100 | 107 | 123 | 98 | 84 |
| Liczba pacjentów w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych | 282 | 273 | 242 | 232 | 159 |
| Liczba kobiet - profilaktyka zakażeń wertykalnych | 78 | 69 | 57 | 55 | 52 |
| Liczba porodów | 52 | 49 | 47 | 38 | 41 |
| Liczba noworodków | 52 | 49 | 47 | 38 | 41 |
| Liczba dzieci | 118 | 113 | 112 | 113 | 111 |

*Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS*

**Efekty realizacji programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce**

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

**Finansowanie**

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

Wydatkowanie środków następuje zgodnie z zasadami wykonywania budżetu: przepisy *ustawy   
z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, z późn. zm.)* oraz   
w zakresie i na zasadach określonych w *rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 7 grudnia   
2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia gospodarki finansowej jednostek budżetowych   
i samorządowych zakładów budżetowych (Dz. U z 2015 r. poz. 1542)* Zadania zlecane realizowane były zgodnie z *ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.)*, a w przypadku przekazywania środków w formie dotacji, zgodnie z *ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.*

Tabela nr 6. Środki finansowe Krajowego Centrum ds. AIDS (w zł).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 85152 –  Biuro | § 6060 –  wydatki  majątkowe | Inne | 85152 –  zadania  zlecane | 85149 –  Leczenie ARV osób żyjących z HIV w Polsce |
| **2012** | 2.932.561,97 | 64.349,79 | projekt PCB:  228.983,03 | 2.780.741,74 | 265.368.413,52 |
| **2013** | 2.924.380,86 | 7.687,50 | projekt ukraiński:  149.980,00 | 2.886.796,01 | 280.076.743,74 |
| **2014** | 2.956.088,02 | 29.003,40 |  | 2.809.864,55 | 272.780.910,57 |
| **2015** | 2.966.516,61 | 59.000,00 |  | 2.804.061,51 | 289.785.060,90 |
| **2016** | 3 109 017,42 | 16 971,54 |  | 3 173 333,07 | 437 227 620,45 |

*Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS*

**FINANSOWANIE**

Poniższa tabela przedstawia podmioty biorące udział w realizacji Programu oraz środki finansowe wydatkowane w latach 2012-2016 przez poszczególne instytucje. Część instytucji realizowała zadania bezkosztowo, tzn. przez pracownika w ramach etatu/realizacja działań statutowych, nie przeznaczając bezpośrednio części budżetu na projekty/programy w zakresie HIV/AIDS. Z uwagi na specyfikę tematu oraz wysokość ponoszonych kosztów realizacja niektórych zadań była łączona z problematyką innych programów zdrowotnych/profilaktycznych.

Tabela nr 7. Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu w latach 2012-2016, na podstawie danych   
z Elektronicznej Bazy Monitoringowej.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot sprawozdający** | **Środki finansowe** (w zł.) | | | | |
| **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** |
| 1. | Ministerstwo Zdrowia – Krajowe Centrum ds. AIDS | 271.375.050,05 | 286.045.588,11 | 278.575.866,54 | 295.614.639,02 | 443.526.942,48 |
| 2. | Ministerstwo Zdrowia – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.199.422,04 |
| 3. | Ministerstwo Zdrowia – Główny Inspektorat Sanitarny | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 4. | WSSE Białystok | 1.800,00 | 320,00 | 1.450,00 | 1.920,00 | 3.845,00 |
| 5. | WSSE Bydgoszcz | 5.600,00 | 900,00 | 7.750,00 | 0,00 | 0,00 |
| 6. | WSSE Gdańsk | 102.748,00 | 63.576,00 | 45.755,00 | 40.593,00 | 41.846,38 |
| 7. | WSSE Gorzów Wlkp. | 52.510,00 | 30.830,00 | 0,00 | 30,00 | 507,44 |
| 8. | WSSE Katowice | 5.629,25 | 300,00 | 45,00 | 896,00 | 73,18 |
| 9. | WSSE Kielce | 2.900,00 | 0,00 | 143,90 | 183,50 | 396,20 |
| 10. | WSSE Kraków | 3.742,00 | 55.641,00 | 7.000,00 | 5.000,00 | 3.455,00 |
| 11. | WSSE Lublin | 751,00 | 3.380,00 | 5.211,00 | 4.741,06 | 0,00 |
| 12. | WSSE Łódź | 6.186,00 | 856,41 | 3.755,71 | 3.936,85 | 3.634,80 |
| 13. | WSSE Olsztyn | 4.997,20 | 7.599,75 | 4.945,00 | 1.050,00 | 0,00 |
| 14. | WSSE Opole | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 15. | WSSE Poznań | 50.375,00 | 48.871,65 | 37.805,00 | 36.964,00 | 50.705,74 |
| 16. | WSSE Rzeszów | 3.172,00 | 2.193,00 | 2.557,25 | 3.286,12 | 1.353,34 |
| 17. | WSSE Szczecin | 8.574,33 | 9.162,69 | 297,23 | 2.419,58 | 33,94 |
| 18. | WSSE Warszawa | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 300,00 | 250,00 |
| 19. | WSSE Wrocław | 13.805,00 | 3.900,00 | 34.119,00 | 17.100,00 | 6.200,00 |
| 20. | Ministerstwo Edukacji Narodowej | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.212.405,38 |
| 21. | Ministerstwo Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej |  |  |  |  | 0,00 |
| 22. | Ministerstwo Infrastruktury i Budownictwa | 0,00 | 0,00 | - | 0,00 | 0,00 |
| 23. | Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego | 1.419.950,00 | 1.245.362,58 | 703.780,00 | 267.349,00 | 646.198,00 |
| 24. | Ministerstwo Obrony Narodowej | 155.251,00 | 117.700,00 | 90.705,00 | 38.805,00 | 40.000,00 |
| 25. | Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej | 209.136,00 | 15.100,00 | 155.088,40 | 0,00 | 0,00 |
| 26. | Ministerstwo Sportu i Turystyki | 6.500,00 | 14.000,00 | 3.000,00 | 13.000,00 | 3.000,00 |
| 27. | Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji | 72.016,94 | 46.262,90 | 56.929,00 | 50.107,67 | 43.924,28 |
| 28. | Ministerstwo Sprawiedliwości | 229.139,00 | 333.700,00 | 646.859,00 | 752.072,32 | 644.341,39 |
| 29. | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH | 0,00 | 28.414,34 | 28.469,09 | 16.898,88 | 0,00 |
| 30. | Urząd Miasta St. Warszawy | 566.956,38 | 856.697,00 | 748.326,11 | 922.200,00 | 1.040.190,00 |
| 31. | Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego | 35.000,00 | 90.000,00 | 60.000,00 | 61.000,00 | 61.000,00 |
| 32. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | 38.450,00 | 47.960,00 | 58.619,00 | 47.370,00 | 53.200,00 |
| 33. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | 20.620,00 | 104.904,45 | 58.693,96 | 50.173,00 | 53.295,00 |
| 34. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego | 20.415,00 | 10.000,00 | 10.000,00 | 16.060,00 | 10.128,80 |
| 35. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | 200.000,00 | 127 021,41 | 108.282,09 | 109.835,12 | 101.487,32 |
| 36. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego | 31.195,82 | 179.365,00 | 206.757,00 | 350.743,00 | 456.512,00 |
| 37. | Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego | 30.000,00 | 0,00 | 4.060,00 | 3.505,50 | 5.000,00 |
| 38. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | 3.000,00 | 5.400,00 | 8.400,00 | 8.740,00 | 5.240,00 |
| 39. | Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego | 43.740,00 | 16.740,00 | 9.628,80 | 4.906,00 | 5.342,00 |
| 40. | Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego | 33.554,44 | 29.784,11 | 21.661,22 | 12.381,61 | 1.287,00 |
| 41. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | 61.500,00 | 81.810,00 | 44.597,00 | 59.467,99 | 53.396,00 |
| 42. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | 27.980,00 | 69.980,00 | 40.000,00 | 60.000,00 | 58.000,00 |
| 43. | Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego | 35.000,00 | 7.000,00 | 5.000,00 | 10.000,00 | 15.000,00 |
| 44. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | 8.000,00 | 31.000,00 | 16.000,00 | 9.600,00 | 21.400,00 |
| 45. | Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego | 52.592,61 | 52.331,82 | 40.147,38 | 38.773,46 | 42.736,76 |
| 46. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | 52.000,00 | 54.900,00 | 51.147,48 | 83.930,00 | 77.252,95 |
| 47. | [Dolnośląski Urząd Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1731) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 48. | Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki | 9.000,00 | 50.000,00 | 30.000,00 | 30.000,00 | 20.000,00 |
| 49. | Lubelski Urząd Wojewódzki | 41.000,00 | 41.000,00 | 39.000,00 | 24.450,00 | 41.000,00 |
| 50. | Lubuski Urząd Wojewódzki | 18.600,00 | 0,00 | 7.570,00 | 0,00 | 0,00 |
| 51. | Łódzki Urząd Wojewódzki | 61.722,00 | 57.180,00 | 72.512,00 | 83.152,00 | 54.795,00 |
| 52. | Małopolski Urząd Wojewódzki | 164,00 | 103,20 | 57,30 | 371,60 | 86,60 |
| 53. | Mazowiecki Urząd Wojewódzki | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 20.706,00 | 700,00 |
| 54. | Opolski Urząd Wojewódzki | 10.076,98 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5.500,00 |
| 55. | Podkarpacki Urząd Wojewódzki | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 56. | Podlaski Urząd Wojewódzki | 0,00 | 0,00 | 10.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 57. | Pomorski Urząd Wojewódzki | 324.741,24 | 30.993,76 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 58. | Śląski Urząd Wojewódzki | 8.128,32 | 4.229,44 | 2.057,04 | 2.476,05 | 2.173,23 |
| 59. | Świętokrzyski Urząd Wojewódzki | 0,00 | 1.100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 60. | Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki | 4.905,00 | 4.700,00 | 8.400,00 | 10.600,00 | 8.510,00 |
| 61. | Wielkopolski Urząd Wojewódzki | 28.341,00 | 12.405,29 | 9.940,65 | 9.993,72 | 9.759,50 |
| 62. | Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki | 61.628,77 | 70.173,00 | 57.992,49 | 52.251,00 | 77.882,00 |

**PODSUMOWANIE**

**Kontrola Najwyższej Izby Kontroli**

Kontrola realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS   
w latach 2012-2013, podjęta z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli, została wprowadzona przez Kolegium NIK do „Rocznego planu pracy NIK na rok 2014”, w ramach priorytetowego obszaru badań: *Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej.* Najwyższa Izba Kontroli przedłożyła Ministrowi Zdrowia dokument pt. Informacja o wynikach kontroli „Realizacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012-2013” (LKA-4101-024/2014, nr ewid. 10/2015/P/14/076/LKA).

Celem głównym kontroli była ocena efektów osiągniętych przez podmioty odpowiedzialne   
za przygotowanie i wdrażanie zadań Krajowego Programu w latach 2012-2013. Kontrolą objęto pięć następujących obszarów problemowych:

- opracowanie Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012-2016 i koordynacja działań w jego ramach przez Krajowe Centrum,

- zapobieganie zakażeniom HIV,

- wsparcie i opiekę zdrowotną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,

- współpracę międzynarodową,

- monitoring Krajowego Programu.

Kontrolę przeprowadzono w Krajowym Centrum, pięciu placówkach medycznych prowadzących ośrodki referencyjne oraz sześciu organizacjach pozarządowych prowadzących PKD. Kontrolą objęto działalność ww. jednostek związaną z realizacją Krajowego Programu w latach 2012-2013, jak również działania i zdarzenia zaistniałe we wcześniejszym okresie, a także dotyczące stanu aktualnego dla czasu przeprowadzania czynności kontrolnych, w przypadkach gdy miały one bezpośredni związek z przedmiotem kontroli.

Ogólna ocena

1. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia koordynowanie przez Krajowe Centrum ds. AIDS realizacji w latach 2012-2013 Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV   
   i Zwalczania AIDS, a także wsparcie i opiekę zdrowotną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS w granicach przyznanych środków i możliwości. Jednocześnie NIK zwraca uwagę, że skuteczne zapobieganie zakażeniom HIV będzie możliwe wyłącznie w przypadku zapewnienia odpowiedniego finansowania szeroko rozumianej profilaktyki.
2. NIK podkreśla odpowiednią dbałość o poprawę jakości życia i funkcjonowania osób   
   z HIV/AIDS oraz ich rodzin i bliskich we wszystkich skontrolowanych ośrodkach.   
   Na pozytywną ocenę zasługuje również zapewnienie przez Krajowe Centrum ds. AIDS dostępu do leków i testów na HIV.
3. Bez działań zapobiegających zakażeniom, bez odpowiedniej edukacji i akcji podnoszących świadomość obywateli na temat HIV/AIDS liczba zakażonych i chorych może rosnąć z roku   
   na rok. Co za tym idzie - ich leczenie będzie pochłaniało coraz więcej funduszy.
4. Ustalenia kontroli wskazują, że konieczne jest zwiększenie środków na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków przeznaczanych na Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV   
   i Zwalczania AIDS oraz wypracowanie i wdrożenie metod umożliwiających także jakościowy pomiar efektów działań podejmowanych w ramach Programu.
5. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie współpracę międzynarodową. Dokonując powyższej oceny NIK uwzględniła zarówno skalę działań podjętych przez Krajowe Centrum   
   na forum międzynarodowym (udział w 26 konferencjach/sympozjach, 19 posiedzeniach grup eksperckich, 6 szkoleniach/warsztatach, 8 wizytach studyjnych, realizacji 3 projektów międzynarodowych), jak również ich rangę (udział w inicjatywach regionalnych oraz ponadregionalnych). Na podkreślenie zasługuje fakt, że w kontrolowanym okresie Krajowe Centrum podejmowało działania polegające na wsparciu specjalistów zajmujących się problematyką HIV/AIDS u naszych wschodnich sąsiadów (szkolenia z zakresu diagnostyki   
   i leczenia dla przedstawicieli Ukrainy, spotkanie informacyjne dla przedstawicieli Białorusi),   
   co jest ważne w kontekście występującego tam wzrostu zakażeń. Ponadto w 2013 r. Krajowe Centrum realizowało obowiązki wynikające z powierzenia Polsce funkcji Przewodniczącego Rady Koordynacyjnej PCB UNAIDS. Zdaniem NIK, opisane działania przysłużyły się pozyskaniu wiedzy o osiągnięciach i rozwoju metod leczenia w wiodących placówkach zagranicznych, budowaniu oraz umacnianiu autorytetu Polski w oczach zagranicznych partnerów, a uwzględniając skalę ruchu granicznego na wschodnich granicach Polski także pośrednio oddziaływały na stan zjawiska HIV/AIDS w naszym kraju.
6. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie monitoring Krajowego Programu. Formułując powyższą ocenę NIK uwzględniła całość działań związanych z monitoringiem Programu podjętych przez Krajowe Centrum, które obejmowały: przyjęcie skutecznego systemu kontroli zarządczej w samym Krajowym Centrum, prowadzenie Elektronicznej Bazy Monitoringowej, prowadzenie Internetowej Bazy Leków, prowadzenie monitoringu prasy,   
   a także szkoleń dla pracowników podmiotów zobowiązanych do realizacji Krajowego Programu. W ocenie NIK, Krajowe Centrum – będące koordynatorem realizacji Krajowego Programu – dzięki wypracowanemu systemowi monitorowania posiadało wystarczającą wiedzę do bieżącej oceny stopnia realizacji poszczególnych celów i zadań przez wszystkie podmioty uczestniczące w Krajowym Programie.

**Realizacja Krajowego Programu**

Na skuteczność realizacji działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu należy patrzeć przez pryzmat specyfiki obszaru jaki jest w tym Programie podejmowany. Temat ten jest postrzegany jako trudny do dyskusji dla części społeczeństwa. Projektując każde działanie, przekaz czy kanał komunikacji należy uwzględniać i szacować także bariery mentalne   
i ideologiczne jakie mogą się pojawiać w trakcie wdrażania działań.

Na skuteczność realizacji Krajowego Programu wpływ mają aspekty organizacyjno-prawne. Powodzenie Krajowego Programu w istotnym stopniu uzależnione jest od zrozumienia przez poszczególnych realizatorów (podmioty) wagi i znaczenia problematyki HIV/AIDS.

Założenia Krajowego Programu udało się zrealizować na miarę posiadanych sił i środków.

Na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS zostało wykonane badanie pt.*Ewaluacja realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012-2016.* W ramach niniejszego projektu badawczego wykorzystane zostały zarówno analizy danych zastanych (desk research), metody o charakterze ilościowym oraz jakościowym. Dzięki zastosowaniu różnorodnych metod i technik badawczych uzyskany został efekt kumulowania się   
i wzajemnego uzupełnienia danych pochodzących z różnych źródeł, czyli tzw. triangulacja źródeł danych. Podczas badania wykorzystano:

- indywidualne wywiady pogłębione (IDI - metoda badań jakościowych, polegającą   
na szczegółowej rozmowie z informatorem/respondentem) - zrealizowano 6 wywiadów IDI   
z kluczowymi ekspertami Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS 2012-2016: konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, przedstawiciel Zakładu Epidemiologii NIZP PZH, przedstawiciel Wydziału Profilaktyki Uzależnień w Urzędzie   
m. st. Warszawy, przedstawiciel Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS), przedstawiciel kierownictwa Krajowego Centrum ds. AIDS, wojewódzki koordynator ds. AIDS z terenu województwa zachodniopomorskiego;

- diady/triady (metoda badań jakościowych polegająca na realizacji wywiadu, który prowadzony jest jednocześnie z dwojgiem/trojgiem uczestników) - w ramach ewaluacji zrealizowane zostały diady/triady z przedstawicielami dwóch grup respondentów. W przypadku pierwszej   
z nich byli to przedstawiciele organizacji pozarządowych (Fundacja Edukacji Społecznej, Zjednoczenie na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS "Pozytywni w Tęczy"”, Centrum Profilaktyki   
i Edukacji Społecznej PARASOL, Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem”, Stowarzyszenie wolontariuszy wspierające osoby żyjące z HIV i chore na AIDS “Da Du”), z którymi zrealizowano 5 wywiadów.   
W przypadku drugiej grupy było to 5 wywiadów z przedstawicielami podmiotów mających bezpośrednie kontakty z pacjentami i realizujących przynajmniej część swoich działań   
w kontakcie z osobami zakażonymi i potencjalnie zakażonymi HIV. Zrealizowano je   
z przedstawicielami wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych – 4 wywiady (Gorzów Wielkopolski, Poznań, Katowice, Szczecin) oraz z przedstawicielem powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej – 1 wywiad (Wrocław);

- zogniskowane wywiady grupowe (tzw. grupy fokusowe; FGI - ustrukturyzowana dyskusja, prowadzona przez moderatora) - zrealizowano 5 wywiadów FGI z przedstawicielami instytucji wchodzących w skład Wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS; województwo mazowieckie, śląskie, wielkopolskie (regiony z największą liczbą nowo wykrywanych zakażeń HIV); łódzkie (region   
o wysokim wskaźniku zapadalności na AIDS); świętokrzyskie (region o najniższej liczbie zakażeń HIV i najniższej średniej zapadalności na AIDS;

- ankietę przeprowadzaną techniką internetową (CAWI – *Computer-Assisted Web Interview*) - zrealizowanych zostało 138 wywiadów CAWI z podmiotami zaangażowanymi w realizację Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012-2016. Kwestionariusz wypełnili przedstawiciele wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (10), powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (81), granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych (2), terenowych organów administracji rządowej (urzędy wojewódzkie) (10), jednostek samorządu terytorialnego (urzędy marszałkowskie - 12), organizacje pozarządowe działające w obszarze HIV/AIDS (20), punkty konsultacyjno-diagnostyczne (10). Część z ww. podmiotów należała również do Wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (17);

- analiza danych zastanych (desk research) – sprawozdania z w realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012-2016.

Poniżej podstawowe wnioski i rekomendacje opracowane na podstawie przedmiotowego badania.

Wnioski ogólne

* Wybór celów ogólnych i celów szczegółowych Krajowego Programu był trafny. Cele   
  dobrano optymalne i były zbieżne z rekomendacjami międzynarodowymi. Jest to jeden   
  z kluczowych czynników wpływających pozytywnie na realizację Programu. Zaproponowane   
  w dokumencie cele są również adekwatne do tych realizowanych w innych państwach,   
  a także zapisanych w strategiach międzynarodowych.
* Działania skierowane do przedstawicieli grupy MSM realizowane w ramach Krajowego Programu uznać należy za dość skuteczne. Jednak biorąc pod uwagę przyrost wykrywanych przypadków zakażeń w tej grupie (dane dotyczące sytuacji epidemiologicznej) zdecydowanie więcej działań Krajowego Programu powinno być ukierunkowanych na ww. populację.
* Krajowe Centrum ds. AIDS dzięki utworzonemu systemowi monitorowania posiadało wystarczająco duży zasób danych i informacji niezbędnych do wyznaczenia obszarów, celów ogólnych oraz celów szczegółowych Krajowego Programu. Narzędzia ta pozwoliły także   
  na bieżącą ocenę stopnia realizacji poszczególnych celów i zadań przez wszystkie podmioty uczestniczące w Krajowym Programie.
* Do dokonania oceny ważne było uwzględnienie przepisów rozporządzenia Rady Ministrów   
  z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV   
  i Zwalczania AIDS. Ww. rozporządzenie wskazuje bowiem podmioty zobowiązane do udziału w realizacji Programu, ale tylko Centrum określono zakres zadań, a zatem   
  i odpowiedzialności. Oznacza to, że powodzenie Krajowego Programu w istotnym stopniu uzależnione jest od zrozumienia przez poszczególnych realizatorów wagi i znaczenia problematyki HIV/AIDS.
* Pomimo występowania niesprzyjających czynników zewnętrznych (problemy kulturowe, społeczne i ideologiczne, niedostateczne zrozumienie działań, budżet) należy podkreślić,   
  że osiągnięto przyjęte na lata 2012-2016 wskaźniki wykonania zadań w każdym z pięciu obszarów Krajowego Programu.
* Wszystkie wskaźniki założone w ramach Krajowego Programu udało się zrealizować na miarę posiadanych sił i środków. Bezsprzecznie i obiektywnie udało się zrealizować cele związane   
  z poprawą życia osób chorych, objętych leczeniem antyretrowirusowym oraz dostępnością leczenia. Biorąc pod uwagę wysokość budżetu na działania profilaktyczne stwierdzić należy,   
  iż zrobiono maksymalnie dużo w stosunku do posiadanych zasobów finansowych.   
  Jednak profilaktyka jest obszarem niedoszacowanym i wymaga wzmożonych wysiłków   
  w kolejnych latach. Dużo jest do zrobienia w kwestiach edukacji społeczeństwa, młodzieży, czy też zmian postaw i świadomości społecznej, jeśli chodzi o nowe kategorie zachowań ryzykownych, które ujawniły się w ostatnich latach, a których rozwój grozi zwiększeniem tempa rozprzestrzeniania się wirusa HIV.
* Generalnie, realizację Krajowego Programu ocenić można pozytywnie. Jednocześnie należy podkreślić konieczność jego kontynuowania. To nie jest etap, w którym można by zaprzestać realizacji programu i nie prowadzić dalszej działalności profilaktycznej.
* Dokonanie rzetelnej oceny efektów realizacji Krajowego Programu wymaga uwzględnienia uwarunkowań medycznych i społecznych oraz finansowych jego realizacji. Uwzględnienie tych warunków upoważnia do sformułowania opinii, iż podjęte działania były optymalne   
  do warunków, w jakich program był realizowany.

Wnioski szczegółowe

* Obszar I – zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa
* Zapobieganie zakażeniom wśród ogółu społeczeństwa jest postrzegane jako kluczowe zadanie, w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.
* Oferta działań mająca na celu poszerzanie wiedzy na temat HIV/AIDS miała realne przełożenie na ograniczenie zakażeń HIV.
* Młodzież i młodzi dorośli (15-29 lat) byli ważnym segmentem w obszarze działań profilaktycznych. W realizacji Krajowego Programu znaczenie tej populacji wydaje się być jednak niedostatecznie akcentowane. Dotyczy to zwłaszcza liczby działań w ramach profilaktyki pierwszorzędowej.
* Koniecznością wydaje się opracowanie adekwatnych, dostosowanych do poziomu mentalnego i percepcyjnego młodzieży, ale i akceptowanych przez rodziców, treści programowych do przekazywania wiedzy na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP).
* Krajowy Program w swoich założeniach był dobrze ukierunkowany i osadzony na tle otoczenia i sytuacji epidemiologicznej, w której powstawał i był realizowany.
* Dobrze oceniana była współpraca pomiędzy podmiotami realizującymi działania Krajowego Programu.
* Proporcje działań profilaktycznych, zmierzających do ograniczenia rozprzestrzeniania   
  się wirusa HIV w Polsce, w strukturze wydatków na realizację Programu wynoszą mniej   
  niż 2%, do ponad 98% przeznaczanych na prowadzenie leczenia ARV. Skutkuje to ciągłym wzrostem liczby przypadków nowych zakażeń i następnie wzrostem kosztów zakupu leków ponoszonych przez budżet Państwa.
* Ograniczenia dotyczące działalności profilaktycznej w zakresie HIV/AIDS spowodują wzrost rozprzestrzeniania się zakażeń HIV oraz znacznie większą liczbę nowych zakażeń,   
  a w konsekwencji wzrost liczby osób, które będą wymagać leczenia antyretrowirusowego.
* Obszar II – zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych
* Analiza danych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych pozwalała na identyfikację grup, w których ryzykowne zachowania są częstsze i znacznie częściej dochodzi do zakażeń, np. MSM. Zatem trafne i uprawnione, w kontekście tła epidemiologicznego było wskazanie   
  w Krajowym Programie wybranych grup o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.
* Wyodrębnienie innych narzędzi i metod oddziaływania na grupy charakteryzujące się większym ryzykiem zachowań uznać należy za trafne. Analiza zachowań osób zgłaszających się do PKD pozwala wyodrębnić potencjalne drogi zakażenia tych osób   
  i tym samym wskazać na kategorie zachowań ryzykownych. Warto podkreślić, że ciągu ostatnich lat zmieniły się znacząco kategorie, które powodują zdecydowanie większe ryzyko zakażenia: kontakty homoseksualne, brak systematycznego stosowania prezerwatyw, kontakty z seropozytywnymi partnerami seksualnymi, więcej kontaktów przygodnych bądź większa liczba partnerów, brak lub zminimalizowane obawy przed zakażeniem HIV, seks pod wpływem substancji psychoaktywnych, chemseks (specyficzna forma przyjmowania substancji zmieniających świadomość w celu zwiększenia doznań seksualnych).
* W ciągu kilku ostatnich lat obserwujemy zmianę postaw i zachowań społecznych w sferze AIDS. Zachowanie to, paradoksalnie, jest efektem skutecznej i dobrze realizowanej polityki leczenia antyretrowirusowego. Zmieniło się nastawienie ludzi - przestają się bać AIDS. AIDS nie jest już w opinii części społeczeństwa chorobą śmiertelną.
* Stosowanie prezerwatyw jakoś środka zabezpieczającego przez zakażeniem zdecydowanie zmalało w ostatnich latach.
* Funkcjonowanie sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym było działaniem efektywnym w przypadku grup o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.
* Wciąż na niezadowalającym poziomie była liczba osób testujących się na HIV.
* Analiza danych w PKD wskazuje na wzrost liczby testów dodatnich (udział testów dodatnich w ogólnej liczbie testów wykonanych w PKD). Zjawisko to może być zapowiedzią wzrostu zakażeń HIV. Ważne jest więc monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w tym względzie.
* Realizacja programów profilaktycznych, w szczególności działań informacyjno-edukacyjnych dla osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych napotykała   
  na szereg problemów natury kulturowej, społecznej i ideologicznej. Mamy tu zatem dysonans pomiędzy wiedzą i kreatywnością ekspertów od profilaktyki zdrowotnej a tym   
  co jest akceptowane społecznie w Polsce.
* Efektem Krajowego Programu jest powolna pozytywna zmiana postaw wobec osób zakażonych HIV czy chorych na AIDS.
* Obszar III – wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS
* Wysoko należy ocenić skuteczność działań Krajowego Centrum ds. AIDS w obszarze leczenia już zdiagnozowanych przypadków HIV/AIDS. Opieka medyczna i leczenie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS można traktować jako największy sukces Krajowego Programu.
* Bardzo wysoko należy ocenić skuteczność realizacji opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS. Pacjenci zakażeni HIV i chorzy na AIDS, wymagający ze wskazań klinicznych objęcia leczeniem antyretrowirusowym, mieli zapewniony dostęp do ogólnopolskiego ujednoliconego systemu opieki medycznej, w szczególności nowoczesnej terapii HAART z pełną dostępnością leków ARV (zgodnie z *Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS oraz WHO i ECDC*). Pacjenci korzystają – bez oczekiwania w kolejce – z diagnostyki oraz bezpłatnej, wysokospecjalistycznej terapii ARV, finansowanej przez Ministra Zdrowia.
* Na pozytywną ocenę zasługuje również zapewnienie przez Krajowe Centrum dostępu   
  do leków ARV i testów na HIV.
* Dzięki szerokiej dostępności bezpłatnej dla pacjentów terapii ARV znacząco spadła śmiertelność z przyczyn związanych z AIDS. Przebieg zakażenia HIV stał się porównywalny do choroby przewlekłej, poddającej się kontroli w przebiegu terapii. Dzięki leczeniu pacjenci żyją dłużej, a jakość ich życia uległa znaczącej poprawie.
* Pomimo aktywności Krajowego Centrum ds. AIDS i innych ekspertów w zakresie zapobiegania zakażeniom wertykalnym, kobiety w ciąży rutynowo nie wykonywały testów na obecność wirusa HIV.
* Bardzo wysoką skutecznością i efektywnością wykazało się prowadzenie profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV. Spowodowało to spadek odsetka zakażeń w grupie noworodków z 23% przed rokiem 1989, do niemal 0% zakażeń wśród noworodków urodzonych przez matki objęte profilaktyką.
* Brak zakażeń wśród noworodków to jednocześnie oszczędność dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, a także ograniczenie kosztów społecznych występowania tego zjawiska.
* Rośnie skala wydatków ponoszonych ze środków publicznych na działania związane   
  z leczeniem ARV.
* Obszar IV – współpraca międzynarodowa
* Polska zajmuje znaczące miejsce na arenie międzynarodowej i jest partnerem dla wielu organizacji europejskich i światowych. Współpraca międzynarodowa odbywa się na dwóch płaszczyznach: profilaktycznej i medycznej.
* Wysoko należy ocenić aktywność Krajowego Centrum ds. AIDS na forum międzynarodowym (udział w sympozjach, konferencjach, szkoleniach, grupach eksperckich, projektach badawczych).
* Na forum międzynarodowym Polska (w tym Krajowe Centrum ds. AIDS), dzięki swojej aktywności w zakresie HIV/AIDS, było postrzegane jako równorzędny i znaczący partner. Działania i doświadczenia Polski w kontekście zapobiegania HIV/AIDS (m.in. działanie punktów konsultacyjno-diagnostycznych, leczenie ARV) stanowiły podstawę do wymiany najlepszych praktyk z partnerami międzynarodowymi. Polska miała znaczący udział i wkład merytoryczny w projekty międzynarodowe.
* Pozytywnie należy ocenić zaangażowanie Polski za pośrednictwem Krajowego Centrum   
  ds. AIDS we współpracę i pomoc na terenie państw Europy Wschodniej (Ukraina). Działanie to ocenić należy jako działanie o charakterze profilaktycznym korzystne dla społeczeństwa polskiego. Związane było to ze stałą obecnością kilkuset tysięcy Ukraińców (jako stałych lub cyrkulacyjnych imigrantów) w Polsce.
* Obszar V – monitoring
* Procedura wykluczania powtórnych zgłoszeń jak i możliwość uzupełnienia istotnych   
  z punktu widzenia oceny sytuacji danych epidemiologicznych – w tym domniemanej drogi transmisji – nadal pozostawała ograniczona.
* Badania prowadzone corocznie w PKD oraz prowadzona identyfikacja charakterystyk osób decydujących się na badania, analiza dróg zakażenia była działaniem trafnym   
  i przyczyniała się do zwiększania skuteczności i efektywności działań profilaktycznych, zarówno w przypadku profilaktyki pierwszorzędowej, jak i drugorzędowej. Obecnie badania te stanowią bardzo ważny, wręcz niezastąpiony zasób informacji.
* Krajowe Centrum ds. AIDS dzięki funkcjonowaniu systemu monitorowania posiadało wystarczająco duży zasób danych i informacji niezbędnych do wyznaczenia obszarów, celów ogólnych oraz celów szczegółowych Krajowego Programu oraz do bieżącej oceny stopnia realizacji poszczególnych celów i zadań przez wszystkie podmioty uczestniczące   
  w Krajowym Programie.
* Monitorowanie gospodarki lekowej odbywało się za pośrednictwem narzędzia, jakim jest Internetowa Baza Leków (IBL). Baza została utworzona w celu usprawnienia kontroli systemu dystrybucji leków i stanów magazynowych. Głównym celem powstania internetowej bazy lekowej było bieżące monitorowanie gospodarki lekami ARV, testami   
  i szczepionkami poprzez analizę, bieżącą kontrolę, nadzór nad rozliczaniem ilościowym   
  i wartościowym leków ARV, testów diagnostycznych i szczepionek przez ośrodki prowadzące terapię ARV w ramach realizacji Programu oraz zebranie podstawowych danych statystycznych na temat leczenia, analiz merytorycznych i finansowych.
* Wysoką skutecznością i efektywnością wykazał się system monitorowania gospodarki lekowej. Dzięki systemowi nie doszło do przeterminowania żadnych leków antyretrowirusowych zakupionych w ramach Programu. Zapewniony został optymalny system zakupu leków, ich sprawna redystrybucja pomiędzy ośrodkami oraz stałe, bieżące monitorowanie i nadzór ich zużycia.

Rekomendacje

1. Kontynuowanie Krajowego Programu – obecny stan, w miarę zadawalający, związany   
   m.in. z sytuacją epidemiologiczną w Polsce, leczeniem ARV, jest wynikiem wieloletnich działań. Problematyka HIV/AIDS wydaje się być marginalizowana ze względu na opanowanie i ustabilizowanie sytuacji. Jednakże zmieniające się zachowania społeczne   
   w sferze seksualnej i pojawiające się, także w populacji młodzieży, nowe realne ryzyka   
   w krótkim czasie mogą spowodować wzrost liczby zakażeń.
2. Realne ograniczenie występowania i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych może nastąpić dopiero w przypadku wynalezienia szczepionki. Dopóki to nie nastąpi konieczne jest kontynuowanie realizacji Krajowego Programu, gdyż jego działania przyczyniają się   
   do ograniczania występowania zakażeń HIV i zachorowań na AIDS oraz leczenia osób chorych na AIDS.
3. Kontynuowanie i doskonalenie działań z zakresu profilaktyki HIV/AIDS, w szczególności:
   * działań edukacyjnych skierowanych do młodzieży;
   * działań informacyjno-edukacyjnych i kampanii medialnych adresowanych   
     do wyselekcjonowanych grup docelowych;
   * działań informacyjnych w celu zwiększenia liczby klientów PKD.
4. Większe ukierunkowanie podejmowanych działań w obszarze profilaktyki pierwszorzędowej i drugorzędowej na kluczowe grupy docelowe np. młodzież czy mężczyzn mających seks z mężczyznami, zgodnie z zasadami marketingu, w tym marketingu społecznego. Jednocześnie jednak trzeba mieć świadomość, iż takie działania będą bardziej skuteczne, ale niekoniecznie efektywne w krótkim okresie. Ich oddziaływanie i efekty obserwowane będę dopiero w dłuższej perspektywie czasowej   
   i dopiero wówczas okażą się zdecydowanie korzystniejsze.
5. Położenie większego nacisku na ilość, jakość, zasięg i finansowanie działań, skierowanych   
   do młodzieży, np. poprzez uwzględnienie tej tematyki w ramach podstaw programowych.
6. Realizacja działań związanych z opracowaniem programów szkoleniowych dla młodzieży   
   w różnym wieku budujących świadomość i podnoszących poziom wiedzy na temat HIV/AIDS. Z uwagi na grupę docelową – młodzież i młodzi dorośli (15-29 lat), oraz zróżnicowane podejście rodziców do spraw edukacji seksualnej ich dzieci, opracowanie takich programów powinno być poddane szczególnym wymogom jakościowym   
   i powstawać w ramach szerokich konsultacji eksperckich. Poza opracowaniem programów istotnym celem powinno być szkolenie nauczycieli/edukatorów.
7. Rekomenduje się szersze wykorzystywanie nowych technologii w promocji korzystnych postaw wobec zdrowia oraz w ramach edukacji społecznej. Warto zastanowić się nad formami takimi, które są dostosowane do dzisiejszych kanałów komunikacji w tym   
   z wykorzystaniem nowoczesnych technologii. Takie formy będą zdecydowanie bardziej skuteczne w dotarciu do takich grup, jak: młodzież, kobiety w wieku prokreacyjnym, czy MSM.
8. Konieczne jest wypracowanie koncepcji zapobiegania rozprzestrzenianiu się nowym, niekorzystnym, ryzykownym zachowaniom jakie pojawiły się w społeczeństwie   
   w ostatnich latach.
9. Stosowanie w ramach działań profilaktycznych takich działań, które oceniane są przez ekspertów jako bardziej skuteczne i mające znacznie większy efekt dyfuzji. W opinii ekspertów, instrumentami komunikacji przykuwającymi uwagę odbiorcy są:
   * materiały promujące tematykę/profilaktykę HIV/AIDS,
   * szkolenia,
   * filmy edukacyjne (zwłaszcza w internecie),
   * reklamy w kinach przed seansem,
   * reklamy na biletach do kina.
10. Rozwój sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), a w szczególności zapewnienie równomiernego pokrycia Polski siecią takich punktów w przypadku dużych ośrodków miejskich, które ich jeszcze nie posiadają – powyżej 200.000 mieszkańców oraz 100.000 mieszkańców. Istotne jest również wydłużenie bardzo ograniczonych godzin pracy w już istniejących PKD zwłaszcza w dużych miastach, jak również rozszerzenie   
    ich działalności o możliwość wykonania innych testów, np. w kierunku WZW, kiły, chlamydioz. Nie rekomenduje się natomiast tworzenia PKD w małych miastach, które nie zapewniają anonimowości korzystania z PKD.
11. Rekomenduje się rozważenie wprowadzenia takich metod działania, form przekazu   
    i kanałów komunikacji skierowanych do populacji mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, które wykażą się największą skutecznością. Wskazane jest wypracowanie kompleksowej strategii komunikacji z tą grupą oraz adekwatnego przekazu profilaktycznego nt. HIV/AIDS.
12. W trakcie projektowania działań profilaktycznych, treści przekazów i kanałów komunikacji uwzględniać należy wytypowane na podstawie badań populacje, w których mamy   
    do czynienia ze zdecydowanie większym ryzykiem. Odbiór przekazu zależy od takich charakterystyk jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, itd. Osoby z grup ryzyka to jednostki o odmiennej percepcji, jeśli chodzi o odbiór przekazów. Często towarzyszyć temu powinny inne kanały komunikacji docierania do różnych grup.
13. Rekomenduje się wprowadzenie bardziej skutecznych działań promujących wykonywanie badań na obecność wirusa HIV u kobiet ciężarnych. Będzie to wymagało włączenia działań informacyjnych i edukacyjnych kierowanych bezpośrednio do pracowników ochrony zdrowia.
14. Z uwagi na fakt pojawienia się nowych ryzykownych zachowań społecznych wskazana jest dalsza diagnoza problemu, systematyczne prowadzenie badań społecznych, które umożliwiłyby identyfikację zagrożeń i zjawisk, oraz pozwoliłoby na podjęcie adekwatnych działań w tym zakresie i odpowiednią reakcję na trendy.
15. Dalsze sprawne realizowanie leczenia ARV. Poza wszelkimi korzyściami dla osób objętych tym leczeniem należy uwzględnić również fakt, iż leczenie antyretrowirusowe traktować również należy jako ważny element profilaktyki zakażeń HIV w populacji ogółu społeczeństwa – zakaźność pacjentów leczonych antyretrowirusowo znacząco się zmniejsza.
16. Rekomenduje się kontynuowanie i rozwój działań w obszarze współpracy międzynarodowej.
17. Rekomenduje się, aby Krajowe Centrum ds. AIDS bazując na swoich dokonaniach na arenie międzynarodowej i eksperckości wzorem lat ubiegłych angażowało się w projekty dla krajów Europy Wschodniej, w tym Ukrainy (z uwagi na fakt wysokich wskaźników zakażeń HIV i sytuacji epidemiologicznej w tych krajach, coraz intensywniejszego przepływu obywateli). Zaangażowanie to może przyczynić się do minimalizowania zagrożeń w Polsce.
18. Rekomenduje się, usprawnienie systemu raportowania, gromadzenia i przetwarzania danych epidemiologicznych na poziomie krajowym.
19. Dążeniem w obszarze zdrowia publicznego powinno być planowanie i programowanie celów i działań profilaktycznych w oparciu o system wspomagania podejmowania decyzji oparty o fakty – Evidence Based Medicine. Rekomenduje się położenie nacisku na doskonalenie systemów baz danych tak, aby stanowiły one skutecznie działające źródło informacji do podejmowania decyzji. Profilaktyka powinna być oparta na dowodach   
    i faktach.
20. Rekomenduje się usprawnienie funkcjonalności Elektronicznej Bazy Monitoringowej (EBM) w celu usprawnienia pomiaru skuteczności osiąganych rezultatów, czy efektywności poszczególnych działań.
21. Usprawnienie systemu monitorowania przez wprowadzenie stosownych rozwiązań systemowych w tym zakresie. Celem takiego działania jest realizacja badań z zakresu problematyki HIV/AIDS przez różne instytucje.
22. Do działań profilaktycznych powinni aktywnie włączać się wszyscy realizatorzy Programu.

**ZAŁĄCZNIK:**

**Tabele realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV   
i Zwalczania AIDS w latach 2012-2016 przez podmioty:**

1. Sprawozdanie Ministerstwa Zdrowia – Krajowe Centrum ds. AIDS
2. Sprawozdanie Ministerstwa Zdrowia – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
3. Sprawozdanie Ministerstwa Zdrowia – Główny Inspektorat Sanitarny
4. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku
5. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy
6. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku
7. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.
8. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach
9. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kielcach
10. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie
11. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie
12. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi
13. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie
14. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu
15. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu
16. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie
17. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie
18. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie
19. Sprawozdanie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu
20. Sprawozdanie Ministerstwa Edukacji Narodowej
21. Sprawozdanie Ministerstwa Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej
22. Sprawozdanie Ministerstwa Infrastruktury i Budownictwa
23. Sprawozdanie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego
24. Sprawozdanie Ministerstwa Obrony Narodowej
25. Sprawozdanie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
26. Sprawozdanie Ministerstwa Sportu i Turystyki
27. Sprawozdanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
28. Sprawozdanie Ministerstwa Sprawiedliwości
29. Sprawozdanie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH
30. Sprawozdanie Urzędu Miasta St. Warszawy
31. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego
32. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego
33. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego
34. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego
35. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego
36. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego
37. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego
38. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego
39. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego
40. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego
41. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego
42. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego
43. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego
44. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego
45. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego
46. Sprawozdanie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego
47. Sprawozdanie [Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1732)ego
48. Sprawozdanie [Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1732)ego
49. Sprawozdanie [Lubelskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1733)ego
50. Sprawozdanie [Lubuskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1734)ego
51. Sprawozdanie [Łódzkiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1735)ego
52. Sprawozdanie [Małopolskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1735)ego
53. Sprawozdanie [Mazowieckiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1737)ego
54. Sprawozdanie [Opolskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1738)ego
55. Sprawozdanie [Podkarpackiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1739)ego
56. Sprawozdanie [Podlaskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1739)ego
57. Sprawozdanie [Pomorskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1741)ego
58. Sprawozdanie [Śląskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1742)ego
59. Sprawozdanie [Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1739)ego
60. Sprawozdanie [Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1744)ego
61. Sprawozdanie [Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1745)ego
62. Sprawozdanie [Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzki](http://www.kprm.gov.pl/s.php?woj=1746)ego