

Załącznik
do uchwały nr 188/2021
Rady Ministrów
z dnia 27 grudnia 2021 r.

HARMONOGRAM REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV I ZWALCZANIA AIDS

OPRACOWANY NA LATA 2022–2026

Uzasadnienie

W myśl przepisu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069 i 2120) Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, programy zapobiegania i zwalczania określonych zakażeń lub chorób zakaźnych oraz lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych wynikające z sytuacji epidemiologicznej kraju lub z konieczności dostosowania do programów międzynarodowych, mając na względzie ich skuteczne wykonywanie oraz zapewnienie objęcia ochroną zdrowotną osób, których szczególnie narażenie na zakażenie wynika z sytuacji epidemiologicznej.

Polityka państwa wobec epidemii HIV i AIDS została określona w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. poz. 227).

Realizacją Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (zwanego dalej: Programem) kieruje minister właściwy do spraw zdrowia (zwany dalej: ministrem właściwym ds. zdrowia lub Ministrem Zdrowia), a koordynatorem realizacji jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Podmiotami obowiązanymi do realizacji są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki. W realizacji zadań uczestniczą wszystkie podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz edukacji publicznej. W realizacji zadań mogą również uczestniczyć podmioty, które prowadzą działalność umożliwiającą podejmowanie zadań wynikających z harmonogramu realizacji Programu lub prowadzenie akcji wspierających jego realizację. Program zakłada podjęcie działań w pięciu obszarach:

- 1) zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa;
- 2) zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych;
- 3) wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
- 4) współpraca międzynarodowa;
- 5) monitoring.

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS Koordynator Programu, tj. Krajowe Centrum ds. AIDS, jednostka podlega i nadzorowana przez ministra właściwego ds. zdrowia, we współpracy z podmiotami obowiązanymi do realizacji Programu, opracowuje harmonogram realizacji Programu. Następnie przedkłada go ministrowi właściwemu ds. zdrowia, który zgodnie z § 4 ust. 6 ww. rozporządzenia przedkłada harmonogram do zatwierdzenia Radzie Ministrów.

Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2022–2026 obejmuje wszystkie ww. obszary.

DIAGNOZA SYTUACJI DOTYCZĄCA TEMATYKI HIV/AIDS I ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ (STIs)

Spis treści

I. Wprowadzenie.....	2
II. Epidemiologia HIV i innych STIs w Rzeczypospolitej Polskiej i Europie.....	7
III. Wybrane aspekty prawne w zakresie HIV/AIDS i STIs.....	24
IV. HIV/AIDS i STIs w kontekście zdrowia publicznego.....	31
V. Nowe trendy i wyzwania w profilaktyce HIV/AIDS i STIs.....	44
VI. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS – profilaktyka HIV/AIDS i STIs, leczenie ARV, współpraca międzynarodowa, monitoring.....	47
VII. Finansowanie.....	54
VIII. Ewaluacja.....	59
IX. Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2022–2026.....	63

I. WPROWADZENIE

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

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

Krajowe Centrum ds. AIDS realizuje, w imieniu ministra właściwego ds. zdrowia, zadania z zakresu zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. w sprawie Krajowego Centrum do Spraw AIDS (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 60) działania Krajowego Centrum ds. AIDS koncentrują się m.in. na:

- 1) podejmowaniu działań mających na celu ograniczenie zagrożeń i szkód zdrowotnych wynikających z epidemii HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, w szczególności:
 - a) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promowanie zdrowego trybu życia,
 - b) prowadzenie profilaktyki w zakresie HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród ogółu społeczeństwa oraz osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
 - c) wsparcie osób zakażonych drogą płciową, w tym zakażonych HIV i chorych na AIDS oraz ich bliskich, w zakresie przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji oraz zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej,
 - d) zbieranie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji epidemiologicznej i innowacyjnych działań profilaktycznych,
 - e) prowadzenie współpracy międzynarodowej,
 - f) prowadzenie elektronicznej bazy danych dotyczącej działań podejmowanych w zakresie HIV/AIDS przez inne podmioty na terenie kraju;
- 2) koordynowaniu i monitorowaniu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS;

3) koordynowaniu realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczącego leczenia antyretrowirusowego, ustalonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

Kolejne edycje Programu realizowane były w latach 1996–1998, 1999–2003, 2004–2006, 2007–2011, 2012–2016 oraz 2017–2021.

Obecnie podstawę prawną działań stanowi *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS*. Koordynator Programu, we współpracy z podmiotami zobowiązanymi do realizacji Programu, opracowuje harmonogram (zwany dalej: harmonogramem) obejmujący w szczególności zadania, których realizacja przyczyni się do osiągnięcia celów określonych w załączniku do rozporządzenia.

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

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

Po zakończeniu pięcioletniej edycji harmonogramu podmioty zobowiązane do realizacji Programu przedstawiają ministrowi właściwemu ds. zdrowia, w terminie do dnia 15 kwietnia roku następnego, sprawozdanie z wykonania zadań objętych harmonogramem wraz z podsumowaniem tego okresu.

Z kolei Koordynator Programu sporządza w formie zbiorczej sprawozdanie z wykonania zadań objętych harmonogramem wraz z podsumowaniem tego okresu i przedkłada je ministrowi właściwemu ds. zdrowia w terminie do dnia 15 maja roku następnego. Przedmiotowe sprawozdanie minister właściwy ds. zdrowia przedkłada do zatwierdzenia Radzie Ministrów.

Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany został na lata 2022–2026 (zgodnie z § 4 ust. 4 ww. rozporządzenia). W opracowaniu harmonogramu uczestniczyli przedstawiciele urzędów administracji publicznej, środowisk medycznych oraz organizacji pozarządowych.

Słowniczek terminów używanych w dokumencie

AIDS – zespół nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności.
ARV – leczenie antyretrowirusowe.
Chemsex – kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych.
ECDC – Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób w Sztokholmie.
HAART – skojarzone leczenie antyretrowirusowe, tzw. wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa.
HBV – wirus powodujący zapalenie wątroby typu B.
HCV – wirus powodujący zapalenie wątroby typu C.
HIV – ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności.
HIV (-) – wynik ujemny (negatywny) testu przesiewowego; oznacza, że w badanej krwi nie znaleziono przeciwciał przeciwko HIV.
HIV (+) – wynik dodatni (pozytywny) testu przesiewowego; oznacza, że w badanej krwi znaleziono przeciwciała przeciwko HIV.
IDU – osoby stosujące narkotyki drogą iniekcji.

Komórki CD4 (limfocyty CD4) – rodzaj krwinek białych, posiadających na swej powierzchni receptor powierzchniowy CD4, pomagających zwalczać infekcje; HIV atakuje komórki CD4, powodując zaburzenia ich funkcji lub ich zniszczenie.

MSM – populacja mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami.

MZ – Ministerstwo Zdrowia.

NDPHS – Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej.

NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych.

Osoba seropozytywna – osoba zakażona HIV.

PCB – Rada Koordynacyjna Programu UNAIDS.

PEP – profilaktyka poekspozycyjna.

PKD – punkty konsultacyjno-diagnostyczne.

Populacja kluczowe – w szczególności: mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, osoby stosujące środki psychoaktywne (obecnie lub w przeszłości), osoby pozbawione wolności, osoby świadczące usługi seksualne oraz osoby korzystające z tych usług, transgender.

PrEP – profilaktyka przedekspozycyjna.

PSSE – powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

PTN AIDS – Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS.

Ryzykowne zachowania – w szczególności: kontakty seksualne bez prezerwatywy, chemsex, dzielenie się sprzętem do przyjmowania narkotyków i wykonywania tatuażu oraz kontakty blon służowych lub otwartej rany z krwią i/lub wydzielinami narządów płciowych innej osoby.

STDs – choroby przenoszone drogą płciową.

STIs – zakażenia przenoszone drogą płciową.

UE – Unia Europejska.

UNAIDS – Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS.

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia.

WSSE – wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Uwarunkowania realizacji Programu

Na skuteczność realizacji działań podejmowanych w ramach Programu należy patrzeć przez pryzmat zagadnień tematycznych nim objętych. Projektując działanie, przekaz czy kanał komunikacji, należy uwzględnić uwarunkowania społeczne i medyczne, jakie mogą się pojawiać w trakcie wdrażania.

Na skuteczność mają wpływ również aspekty prawne. Powodzenie Programu w istotnym stopniu uzależnione jest od zrozumienia przez poszczególne realizatorów (podmioty) znaczenia problematyki HIV/AIDS i ich zaangażowania w realizację działań.

Efektywność analizowana jest na podstawie dotychczasowych doświadczeń. W pięciu obszarach, w których Program zakłada podjęcie działań, jego efekty możliwe będą do oceny dopiero z kilkuletniej perspektywy.

Zrealizowanie wszystkich założeń Programu jest możliwe, pod warunkiem że wszystkie podmioty w tym uczestniczące przeznaczą na jego realizację odpowiednie środki finansowe. Profilaktyka jest najważniejszym obszarem wymagającym wzmocnienia wysiłków w kolejnych latach. Edukacja ogółu społeczeństwa, w tym edukacja młodzieży, ukierunkowanie działań profilaktycznych mających na celu zmianę postaw/zachowań, przyjęcie odpowiedzialności za swoje zdrowie, to główne priorytety. Działania podejmowane w ramach Programu powinny być konstruowane na podstawie wiedzy

naukowej dotyczącej skuteczności i efektywności oddziaływań. Idealem w obszarze zdrowia publicznego powinien być system wspomagania podejmowania decyzji opierający się na faktach – *Evidence Based Medicine*.

Skuteczność i efektywność zależy m.in. od:

- zgodności z aktualnym stanem wiedzy,
- wykorzystywania tej wiedzy w sprawdzonych strategiach, formach i metodach oddziaływania,
- poziomu profesjonalizmu twórców i realizatorów,
- warunków, w jakich jest wdrażany.

Od 14 marca 2020 r. na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej został ogłoszony przez Ministra Zdrowia stan zagrożenia epidemicznego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433, z późn. zm.), a następnie od 20 marca 2020 r. stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491, z późn. zm.).

W związku z powyższym należy wziąć pod uwagę również wpływ wystąpienia epidemii COVID-19 na realizację zadań zapisanych w przedmiotowym harmonogramie i w konsekwencji zagrożenia i ograniczenia z tego wynikające.

Winnie Byanyima, Dyrektor Wykonawcza UNAIDS, we wstępie do raportu UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2020 stwierdziła, że istnieje poważna obawa co do tego, że pandemia COVID-19 może zniweczyć dokonania w obszarze zdrowia i medycyny, jakie udało się wypracować w ciągu ostatnich 20 lat w skali całego świata, co również zagraża osiągnięciom nauki dotyczącym walki z HIV i AIDS. Z przedstawionych w raporcie UNAIDS danych wynika, że cele wyznaczone do osiągnięcia na rok 2020 nie zostały wypełnione z uwagą na rozwój pandemii COVID-19.

Już teraz wiadomo, że pandemia blokuje płynność wdrażania działań z obszaru HIV i AIDS, a istnieje poważna obawa, że sytuacja ta może ulec dalszemu pogorszeniu. Zarówno globalna liczba nowych zakażeń HIV, jak i polskie dane epidemiologiczne wskazują, że w procesie walki z epidemią HIV/AIDS wciąż bardzo wiele jest do zrobienia.

Inne dokumenty strategiczne

Przedkładany Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2022–2026 wpisuje się w krajowe oraz międzynarodowe dokumenty i deklaracje strategiczne, m.in.:

- 1) Narodowy Program Zdrowia;
- 2) Długookresową Strategię Rozwoju Kraju Polska 2030;
- 3) Agendę na rzecz Zrównoważonego Rozwoju do 2030 r.: *the 2030 Agenda for Sustainable Development* (dokument przyjęty w 2015 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych);
- 4) Strategię szybkiej ścieżki UNAIDS zakończenia do roku 2030 epidemii AIDS, jako zagrożenia dla zdrowia publicznego: *Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030*;
- 5) Strategię częściową UNAIDS do roku 2020 (tzw. strategia 90–90–90) realizowaną w ramach strategii zakończenia epidemii AIDS do roku 2030;
- 6) Globalną strategię ONZ na rzecz likwidacji nierówności i zakończenia AIDS na lata 2021–2026: *The new Global AIDS Strategy 2021–2026, End Inequalities, End AIDS*;
- 7) Strategię WHO dla sektora zdrowia na lata 2016–2021, dotyczącą walki z HIV, wirusowym

zapaleniem wątroby i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową: 2016–2021 *Global Health Sector Strategies for HIV/Viral Hepatitis/Sexually Transmitted Infections* (dokument przyjęty przez 69. Światowe Zgromadzenie Zdrowia);

8) Deklarację Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z 2016 r. dotyczącą szybkiej ścieżki zakończenia epidemii AIDS w dobie zrównoważonego rozwoju: *On the Fast-Track to End AIDS in the age of Sustainable Development*;

9) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020; *third Programme for the Union's action in the field of health (2014-2020)*;

10) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia („Program UE dla zdrowia”) na lata 2021–2027: *Programme for the Union's action in the field of health (‘EU4Health Programme’) for the period 2021-2027*;

11) Strategię Partnerstwa Północnego Wymiaru: *NDPHS Strategy 2020*;

12) Rezolucję Parlamentu Europejskiego z dnia 20 listopada 2008 r. w sprawie wczesnego wykrywania i wczesnego leczenia HIV/AIDS;

13) Deklarację Unii Europejskiej (2008);

14) Deklarację z Bremy *Odowiedzialność i partnerstwo – razem przeciw HIV/AIDS, UE (2007)*;

15) Deklarację Dublińską (*Dublin Declaration*) w sprawie partnerstwa i wspólnej walki z HIV/AIDS w Europie i Azji Centralnej, WHO, UE (2004);

16) Deklarację Wileńską, UE (2004);

17) Deklarację Zobowiązań w sprawie HIV/AIDS przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne podczas Sesji Specjalnej ONZ poświęconej walce z epidemią HIV/AIDS (27 czerwca 2001).

II. EPIDEMIOLOGIA HIV I INNYCH STIS W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ I EUROPIE

Poniższe dane za 2020 r. należy traktować jako dane tymczasowe, które będą podlegały aktualizacjom w związku z zasadami funkcjonowania systemu nadzoru epidemiologicznego oraz statystyki publicznej w Polsce. Ponadto należy nadmienić, że w roku 2020 dane dotyczące nadzoru nad chorobami zakaźnymi są niedoszacowane w związku z sytuacją epidemiologiczną oraz pandemią COVID-19. Pochodzą głównie z meldunków o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce (MZ-56) przesyłanych przez stacje WSSE do NIZP-PZH, a nie z wywiadów jednostkowych, dlatego nie wszystkie dane są możliwe do przedstawienia w raporcie. Dane epidemiologiczne z Europy dla HIV są dostępne na rok 2019, natomiast dla STIs na rok 2018 r. (stan raportu na dzień 05.02.2021 r.).

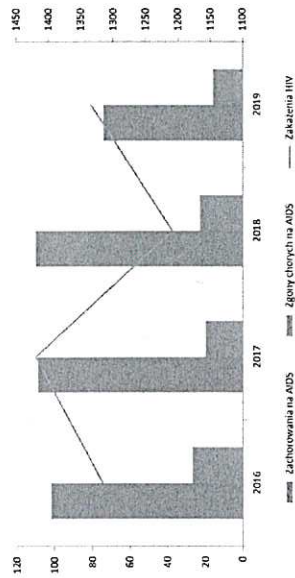
Epidemiologia HIV w Rzeczypospolitej Polskiej

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2020 r.:

- stwierdzono zakażenie HIV u 26 395 osób,
- odnotowano 3802 zachorowania na AIDS,
- 1428 chorych zmarło (bez zgonów w 2020 r.).

W latach 2016–2019 zarejestrowano prawie 5282 nowych przypadków, średnia zapadalność nowo rozpoznanych zakażeń wynosiła 3,44 przypadki na 100 tys. mieszkańców, w tym rocznie średnio rejestrowanych jest około 1300 nowych infekcji. W roku 2020 do dnia 31 grudnia zarejestrowano 938 nowych przypadków zakażenia HIV oraz 43 zachorowania na AIDS. Wykluczając rok 2020, zachorowania na AIDS utrzymują się na zbliżonym poziomie – jest to średnio około 100 przypadków na rok (w ciągu ostatnich pięciu lat). Liczba zgonów z powodu AIDS nie przekroczyła 30 przypadków w latach 2016–2019 (Wykres 1).

Wykres 1. Trend zakażeń HIV, zachorowań na AIDS oraz zgonów osób chorych na AIDS w latach 2016–2019

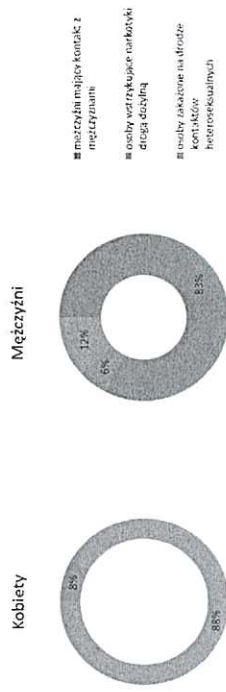


Zródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesyłanych przez PSSE (*wykluczono dane z 2020 r. z powodu niedoszacowania).

Spadek liczby zakażeń między latami 2017 a 2018 prawdopodobnie wynika z opóźnień zgłaszalności przypadków lub brakiem ich zgłaszania, a nie wynika ze zmniejszającej się liczby nowych zakażeń, o czym świadczy jej ponowny wzrost obserwowany w kolejnym roku (Wykres 1).

Wzrost zakażeń odnotowano zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, w tym w grupie kobiet w porównaniu z liczbą zakażeń zarejestrowaną w roku 2016 nastąpił nawet 38% wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń.

Wykres 2. Mediana procentowego rozkładu głównych dróg transmisji wśród nowo rozpoznanych zakażeń HIV w latach 2016–2019

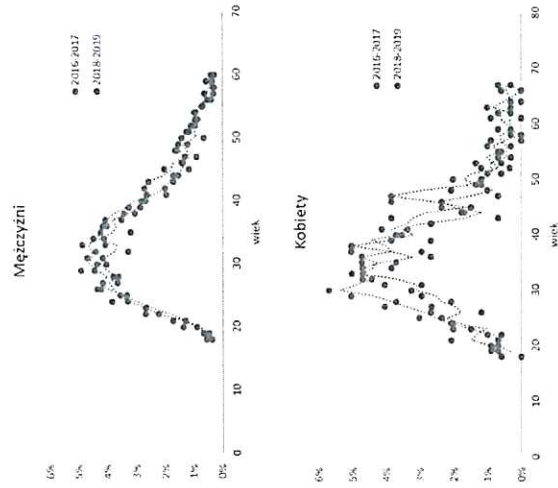


Zródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesyłanych przez PSSE (*wykluczono dane z 2020 r. z powodu niedoszacowania oraz pominięto przypadki, dla których nie zgłoszono drogi zakażenia oraz przypadku zakażeń wertykalnych).

Dane dotyczące głównych dróg zakażeń HIV w 2020 r. są nadal w opracowaniu, jednak – analizując dane z ostatnich lat – można wnioskować, że nie ulega zmianie udział procentowy prawdopodobnej drogi zakażenia HIV w populacji (z pominięciem zakażeń wertykalnych i zakażeń, dla których nie podano drogi transmisji w zgłoszeniu). Nadal dominującą drogą zakażenia wśród mężczyzn są kontakty z mężczyznami (MSM) oraz kontakty heteroseksualne. Wśród 4587 mężczyzn, u których zakażenie HIV wykryto w latach 2016–2019, prawdopodobna droga zakażenia nie została podana dla 64,3% zgłoszeń, u kobiet brak danych dotyczył prawie 75% zgłoszeń (na 648 przypadków). Zakażenia przypisywane iniekcijnemu używaniu narkotyków stanowią poniżej 10% przypadków zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn.

W latach 2016 i 2017 oraz 2018 i 2019 szczyt zakażeń wśród mężczyzn przypada na tę samą grupę wiekową, tj. 30–35 lat, natomiast wśród kobiet w latach 2016 i 2017 szczyt odnotowano podobnie jak wśród mężczyzn dla wieku 30–35 lat, ale w późniejszych latach przesunął się on do wieku ok. 33 lat (Wykres 3). Potwierdza to również procentowy wzrost zakażeń HIV rozpoznanych wśród kobiet w wieku 50 lat i powyżej – z 9% w roku 2016 do 11% w roku 2019. Wyraźny spadek liczby zakażeń można natomiast zaobserwować w grupie kobiet młodszej wiekowo (20–34 lata), z 47% w 2016 r. do 35% w 2019 r.

Wykres 3. Rozkład wieku w momencie rozpoznania zakażenia HIV wśród mężczyzn i kobiet, u których zakażenia HIV rozpoznano w latach 2016–2019



Źródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesłanych przez PSE (wykluczone dane z 2020 r. z powodu niedoszacowania).

Problem HIV/AIDS jest zróżnicowany w zależności od poszczególnych województw. W latach 2016–2019 wskaźnik liczby nowo wykrytych zakażeń HIV w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców przekroczył średnią dla kraju w województwach: dolnośląskim, śląskim, mazowieckim, wielkopolskim oraz w województwach małopolskim i zachodniopomorskim w latach 2016 i 2017. Poszczególne województwa wykazują również różne trendy nowo wykrywanych zakażeń. W latach 2016–2019 trend wzrostowy o 25% odnotowano w województwach: lubelskim i lubuskim, natomiast spadek o ¼ zachorowań lub więcej odnotowano w województwach: pomorskim, zachodniopomorskim i świętokrzyskim (Tabela 1).

W Polsce epidemię HIV można nadal określić jako epidemię skoncentrowaną głównie wśród populacji MSM. Częstość występowania zakażenia HIV w innych populacjach jest znacznie niższa. W niektórych województwach jednak odsetek zakażeń porównywalny do zakażeń wśród MSM zarejestrowano wśród osób podejmujących kontakty heteroseksualne, np. w województwie podlaskim (46,3%) oraz warmińsko-mazurskim (37,8%). Również w niektórych województwach zarejestrowano więcej zakażeń wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Województwa, w których odsetek ten był wyższy niż 10%, to województwa: zachodniopomorskie, lubuskie, opolskie i warmińsko-mazurskie (Tabela 1).

Tabela 1. Wykrywalność HIV w latach 2016–2020 i charakterystyka¹⁾ zakażeń rozpoznanych w latach 2016–2019 według województw

Województwo	Liczba nowo wykrytych zakażeń i wskaźnik nowo wykrytych zakażeń na 100 tys. mieszkańców		Zakażenia rozpoznane w latach 2016–2019 (wartości w procentach)		Kontakty heteroseksualne	trend					
	Mediana 2016 i 2017	Mediana 2018 i 2020*	kobiety	MSM			IDU				
dolnośląskie	139	4,77	144	4,95	77	2,66	13,7	75,1%	8,1%	16,8%	3,6%
kujawsko-pomorskie	25	1,18	31	1,49	51	2,46	16,2%	76,5%	0,0%	23,5%	26,5%
lubelskie	26	1,22	34	1,58	27	1,28	22,7%	66,7%	5,8%	27,8%	28,8%
lubuskie	33	3,20	28	2,71	38	3,76	16,7%	62,5%	12,5%	25,0%	-
łódzkie	68	2,72	59	2,39	12	0,49	19,4%	68,1%	8,4%	23,5%	15,4%
małopolskie	122	3,59	101	2,97	192	5,62	7,4%	84,4%	2,6%	13,0%	12,6%
mazowieckie	289	5,38	248	4,58	263	4,85	10,3%	81,4%	2,7%	15,9%	16,9%
opolskie	22	2,22	25	2,53	15	1,53	21,3%	58,6%	17,2%	24,1%	14,4%
podkarpackie	27	1,24	30	1,39	11	0,52	9,8%	68,3%	2,4%	29,3%	13,6%
podlaskie	18	1,52	18	1,48	12	1,02	15,5%	46,3%	7,3%	46,3%	11,3%
pomorskie	69	2,97	49	2,08	59	2,51	11,1%	77,9%	2,1%	20,0%	-2,8%
śląskie	173	3,80	198	4,36	49	1,09	12,8%	73,7%	7,3%	19,1%	29,7%
świętokrzyskie	15	1,20	7	0,56	0	0,00	9,1%	61,9%	4,8%	33,3%	14,2%
warmińsko-mazurskie	24	1,64	27	1,85	19	1,34	23,0%	40,5%	21,6%	37,8%	53,3%
wielkopolskie	138	3,94	134	3,84	77	2,20	7,6%	84,4%	7,0%	8,6%	12,8%
zachodniopomorskie	66	3,84	48	2,79	36	2,13	19,0%	59,8%	11,0%	29,3%	-2,5%
bd.	120		96		-	-	9,0%	68,8%	12,5%	18,8%	27,5%
Razem	1369	3,56	1272	3,31	938	2,45	12,3%	74,9%	5,8%	19,2%	19,7%

¹⁾ Pominięto brak danych dla drogi transmisyjnej

Źródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesłanych przez PSE (*dane z 2020 r. są niedoszacowane).

Jednym z głównych działań profilaktycznych, które mogą ograniczyć liczbę nowych zakażeń, jest zwiększenie testowania w kierunku HIV zarówno w populacjach trudno dostępnych, np. IDU i MSM, w których zgodnie z zaleceniami europejskimi testy w kierunku HIV powinny być wykonywane co najmniej raz w roku lub co 3 miesiące w zależności od większej liczby czynników ryzyka [1], jak i w populacji ogólnej bez określenia czynników ryzyka czy wyłączenie w związku z podejrzeniem chorób związanych z zakażeniem HIV i zachorowaniem na AIDS.

Roczna liczba badań wykonywanych w kierunku rozpoznania HIV w skali kraju pozostaje na niskim poziomie. Między latami 2016 a 2019 wskaźnik testowania spadł z 3 do 1 na 100 tys. mieszkańców rocznie, co odpowiada tylko około 1% populacji Rzeczypospolitej Polskiej badanej w kierunku HIV. Częstość wyników dodatknych utrzymuje się na poziomie 0,26–0,36 na 100 wykonanych testów w populacji ogólnej. Najwyższa częstość wyników dodatknych na poziomie 1,69–2,36 zgłaszana jest w populacji MSM, badanej w porównaniu chorób dodatknych na poziomie 1,69–2,36 zgłaszana jest w populacji MSM, badanej w porównaniu chorób dodatknych na poziomie 1,69–2,36 zgłaszana jest

Potwierdzają to również wyniki badań prowadzonych w punktach PKD, w których częstość dodatknych wyników jest średnio 7 razy wyższa wśród populacji o podwyższonym ryzyku zakażenia HIV

niż w populacji generalnej. Nieznacznie wzrasta odsetek klientów, którzy prawdopodobnie wykonują badanie w kierunku HIV po raz pierwszy w życiu.

Tabela 2. Częstość testowania w kierunku HIV w populacji ogólnej | trudno dostępne na podstawie danych z PKD oraz liczby badań wykonywanych w innych laboratoriach

Badania anty-HIV	2016		2017		2018		2019		2020*	
	Liczba lub częst. %	Liczba lub częst. %	Liczba lub częst. %	Liczba lub częst. %	Liczba lub częst. %	Liczba lub częst. %	Liczba lub częst. %	Liczba lub częst. %	Liczba lub częst. %	
PKD	27 005	1,64	29 353	1,68	28 348	1,43	31 325	1,71	11 741	1,94
Odsetek klientów badanych po raz pierwszy	57,4	1,16	56,3	1,22	58,6	0,91	59,8	1,13	55,5	1,49
Odsetek kobiet w ciąży	2,8	0,003	3,8	0,02	7,0	0,01	3,2	0,0	-	-
Odsetek badanych przy okazji rutynowych badań lekarskich w POZ, poradni chorób zakaźnych oraz szpitalach	6,5	0,28	24,8	0,29	24,3	0,16	18,1	0,67	-	-
Odsetek badanych z poradni chorób STI (w tym MSM)	0,2 (15,1% z 1.823)	2,36 (11,23)	0,3 (15,5% z 1.377)	2,03 (9,81)	0,5 (12,1% z 1.832)	1,69 (11,76)	0,1 (brak danych)	0,0	-	-
Liczba testów w populacji ogólnej	1 159 627	0,29	430 266	0,36	385 173	0,26	420 805	0,27	-	-
Liczba badań dawców krwi	1 298 745	0,002	1 305 998	0,002	1 293 424	0,003	1 335 519	0,002	-	-

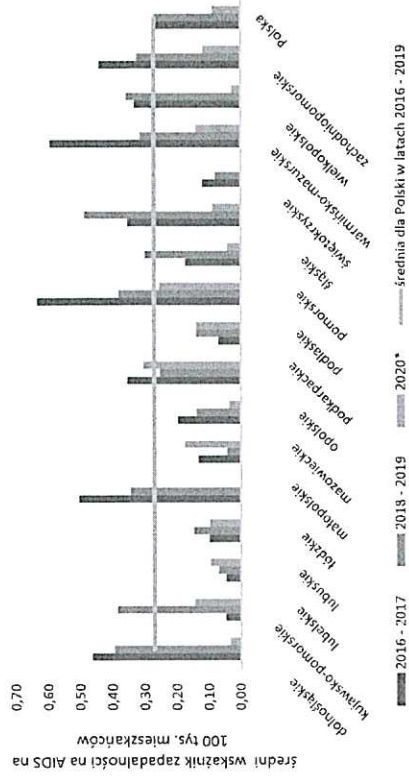
L – liczba testów; C – częstość potwierdzeń liczba dodatkich testów potwierdzenie w stosunku do liczby wykonanych testów przesiewowych w przeliczeniu na 100 badań przesiewowych).

* dane niepełne oraz pomniejszone w wyniku czasowego zamknięcia punktów PKD związanego z pandemią COVID-19 (dane na koniec 30.09.2020 r.).

Źródło: NIZP-PZH na podstawie rocznych sprawozdań z laboratoriów wykonujących badania przesiewowe w kierunku HIV (dane niepełne) oraz danych z punktów anonimowego testowania w kierunku HIV (dane z Krajowego Centrum ds. AIDS).

W latach 2016–2020 zarejestrowano 437 zachorowań na AIDS, a średni wskaźnik zapadalności na AIDS wyniósł w tym okresie 0,23 przypadków na 100 tys. mieszkańców, w tym po wykluczeniu roku 2020 średnia wartość wzrosła do 0,26 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Wyższe wskaźniki, w porównaniu ze średnim wskaźnikiem dla kraju w latach 2016–2019, zarejestrowano w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, pomorskim, śląskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim (Wykres 4). Spadek wskaźnika zapadalności na AIDS zarejestrowano w województwach: dolnośląskim, łódzkim, mazowieckim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.

Wykres 4. Średni wskaźnik zapadalności na AIDS na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w latach 2016–2020



Źródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wyników przesłanych przez PISSE (*dane z 2020 r. są niedostępowe).

W nadzorze epidemiologicznym łącznie w latach 2016–2019 odnotowano 106 zgonów osób zakażonych HIV, w tym 85 zgonów osób chorych na AIDS. Średnia umieralność osób chorych na AIDS wynosiła w tym okresie 0,22 zgonów na 100 tys. mieszkańców, w tym po uwzględnieniu zgonów również u osób zakażonych, które nie zachorowały na AIDS, wskaźnik umieralności wzrósł do 0,28 na 100 tys. mieszkańców. Trzeba jednak pamiętać, że liczba zgonów rejestrowanych w nadzorze jest niepełna i nie obejmuje w całości zgonów osób zakażonych HIV, u których nie rozpoznano zakażenia AIDS, lub zgonów, które w ogóle nie zostały zgłoszone do Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W nadzorze zarówno wśród osób chorych na AIDS, jak i zakażonych HIV można wyszczególnić te osoby, które zmarły z powodu chorób związanych z HIV/AIDS, co pozwala na ich porównanie ze zgonami rejestrowanymi przez Główny Urząd Statystyczny (Tabela 3). W latach 2016–2019 w nadzorze zarejestrowano 62 zgony, w których jako jedną z przyczyn zgonu wskazano powiązanie z HIV/AIDS, podczas gdy ta liczba w GUS wyniosła 358 zgonów, tj. 5,8 razy więcej, co oznacza, że do nadzoru zgłoszono niecałe 18% zgonów z powodu HIV/AIDS.

Tabela 3. Liczba zachorowań na AIDS i zgonów z powodu AIDS w zależności od czasu rozpoznania zakażenia HIV

Rok	Zachorowania na AIDS ogółem	Zachorowania na AIDS w ciągu 3 miesięcy od rozpoznania HIV	Zgony u osób zakażonych HIV: Nadzór (ogółem*)	Zgony u osób chorych na AIDS: Nadzór (ogółem**)	Zgony z powodu HIV/AIDS ogółem i chorych na AIDS: Nadzór (B20-B24)	Zgony z powodu HIV/AIDS ogółem z powodu zakażonych HIV i chorych na AIDS: Nadzór (B20-B24)	Zgony z powodu HIV/AIDS w ciągu roku od rozpoznania HIV
2016	102	69	13	27	21 (5/16)	102	13
2017	109	87	2	20	16 (2/14)	89	13

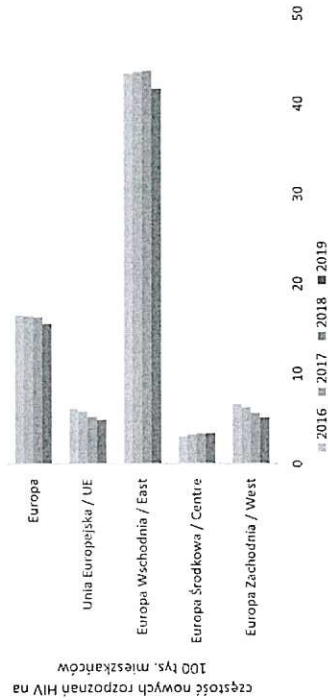
2018	110	82	3	23	13 (1/12)	98	15
2019	74	59	3	15	12 (2/10)	97	13

* zgłoszone zgony osób zakażonych, niezależnie od przyczyny; ** zgłoszone zgony osób chorych na AIDS, niezależnie od przyczyny.
Źródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesłanych przez PSSE (* danych z 2020 r. nie ujęto z powodu niedostarczenia) oraz danych z GUS [2].

Epidemiologia HIV w Europie

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV w Europie utrzymuje się w ostatnich latach na podobnym poziomie, jednak, oceniając trend wskaźnika nowych rozpoznanych na przestrzeni lat 2016–2019, wyraźnie widać, że ciągły wzrost liczby nowych zakażeń jest problemem w krajach Europy Środkowej (wzrost wskaźnika częstości wykrywania nowych zakażeń prawie o 10%). W 2018 r. po raz pierwszy zareportowano dane z Rosji, z uaktualnieniem danych do roku 2009, w zakresie liczby kobiet i mężczyzn zakażonych HIV, co spowodowało średni roczny wzrost wskaźnika nowych rozpoznanych na terenie Europy Wschodniej do około 43,1 na 100 tys. mieszkańców, jednak w ostatnich latach utrzymywał się on na zbliżonym poziomie 41,7–43,7 na 100 tys. mieszkańców [3]. Jedynie w krajach Europy Zachodniej odnotowano spadek nowych rozpoznanych HIV o prawie 22% w latach 2016–2019 (Wykres 5).

Wykres 5. Częstość nowych rozpoznanych HIV na 100 tys. mieszkańców w Europie oraz z podziałem na regiony Europy



Oprac. NIZP-PZH, Źródło: ECDC [3]

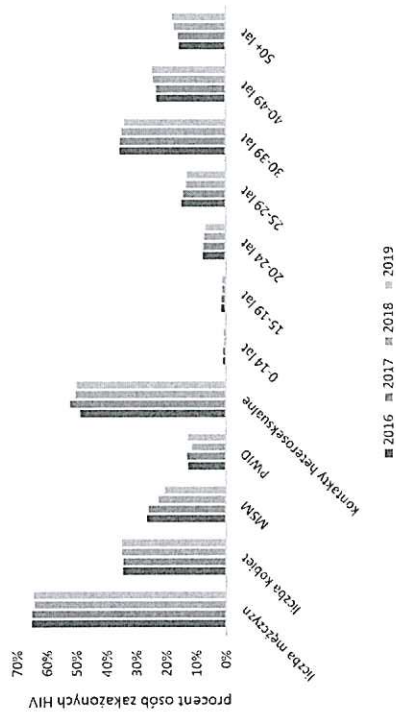
Mimo tendencji spadkowej w Europie Zachodniej w wielu krajach notuje się jednak wysokie wskaźniki nowych rozpoznanych w porównaniu ze wskaźnikiem dla Unii Europejskiej (4,9 na 100 tys. mieszkańców w roku 2019). Wskaźnik nowych rozpoznanych na Malcie wynosił 16,2 na 100 tys. mieszkańców (80 zakażeń HIV), na Łotwie 15,2 przypadków na 100 tys. mieszkańców (295 zakażeń HIV), w Estonii 13,4 na 100 tys. mieszkańców (178 zakażeń HIV), na Cyprze – 11,4 (100 zakażeń HIV) oraz w Irlandii – 10,9 (533 zakażeń HIV).

Wyższy odsetek zarejestrowanych zakażeń HIV w Europie obserwuje się w grupie mężczyzn: 65% przypadków wśród mężczyzn, 35% przypadków wśród kobiet w latach 2016–2019 [4] (Wykres 6). Średni wskaźnik rozpoznawania nowych przypadków w grupie mężczyzn jest prawie dwa razy wyższy niż w populacji kobiet. Wskaźnik ten zmniejszył się dla mężczyzn nieznacznie z 22,4 na 100 tys.

mężczyzn w roku 2016 do 20,8 na 100 tys. mężczyzn w roku 2019, natomiast dla kobiet utrzymywał się na zbliżonym poziomie – odpowiednio 10,6 do 11,2 na 100 tys. kobiet. Dominującą grupą wiekową w Europie, w której odnotowuje się najwięcej zakażeń, są osoby w wieku 30–39 lat (stanowią od 34–36% populacji zakażonej w latach 2016–2019).

Kolejną najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 40–49 lat (23–25% populacji zakażonej w latach 2016–2019) oraz osoby powyżej 50 r.ż. (16–19% populacji zakażonej w latach 2016–2019) (Wykres 6).

Wykres 6. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV w Europie – charakterystyka populacji zakażonej HIV w latach 2016–2019



Oprac. NIZP-PZH, Źródło: ECDC [3,4]

Dominującą drogą zakażenia w Europie są kontakty heteroseksualne – stanowią one ponad połowę zakażeń. W grupie mężczyzn utrzymujących kontakty z mężczyznami nastąpił nawet spadek liczby nowych zakażeń z 27% do 21% w 2019 r. w porównaniu z rokiem 2016 (Wykres 6). W całej Europie jednak występują różnice w zależności od prawdopodobnej drogi zakażenia (Wykres 7). W Europie Zachodniej dominującą drogą transmisji wirusa są kontakty homoseksualne (stanowią ponad 42% wszystkich zakażeń), podczas gdy zakażenia w grupie osób heteroseksualnych stanowią około 35%.

W Europie Wschodniej dominującym czynnikiem ryzyka są kontakty heteroseksualne (ponad 68%) oraz iniekcyjne przyjmowanie narkotyków, które w porównaniu z innymi regionami jest w Europie Wschodniej najwyższe – ponad 24% wszystkich zakażeń. Zakażenia w populacji MSM stanowią niecałe 4% wszystkich zakażeń. W Europie Środkowej odsetek zakażeń na drodze kontaktów seksualnych jest porównywalny zarówno wśród MSM, jak i osób heteroseksualnych, stanowiąc 27–29% zakażeń. Jednocześnie odsetek braków danych na temat prawdopodobnej drogi zakażenia jest w tej części Europy najwyższy – brak jest informacji o transmisji zakażenia w ponad 40% wszystkich zgłoszeń (Wykres 7).

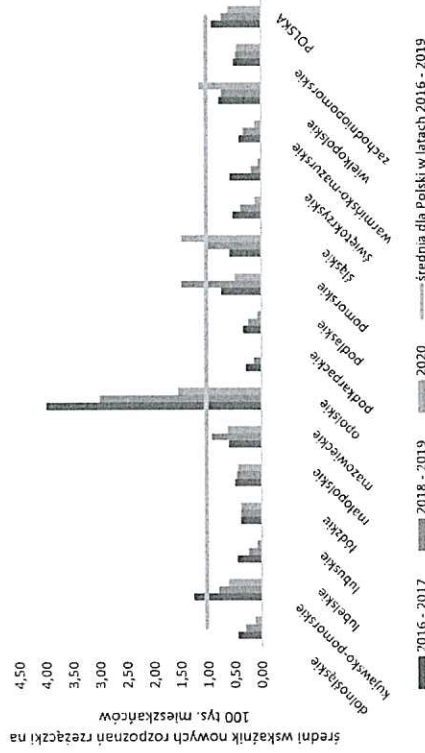
Wykres 7. Prawdopodobna droga transmisji zakażenia HIV w poszczególnych regionach Europy w latach 2016–2019



Oprac. NIZP-PZH, Źródło: ECDC [3, 4]
 Uwaga: całkowicie wykluczone dane zgłoszone z Rosji (zgłoszone jako aktualizacja danych), w których brak jest informacji o drożce transmisji, co prowadziło do wzrostu odsetka braków danych i zaburzało ocenę epidemiologiczną dostępnych danych.

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń drógą płciową w Rzeczypospolitej Polskiej
 W latach 2016–2020 w nadzorze nad STIs w Polsce zarejestrowano 1854 przypadki trzeźczki. Wskaźnik nowych rozpoznanych trzeźczki w latach 2016–2019 wyniósł 1,02 na 100 tys. mieszkańców (roku 2020 nie uwzględniono z powodu wysokiego niedozacowania). W tym samym okresie zarejestrowano 6973 przypadki kiły, wskaźnik nowych rozpoznanych w latach 2016–2019 wyniósł 4,07 na 100 tys. mieszkańców. Zarejestrowano również 1382 przypadki zakażeń *Chlamydia trachomatis*, a wskaźnik nowych rozpoznanych wyniósł 0,79 na 100 tys. mieszkańców w latach 2016–2019 [5].

Wykres 8. Średnie wskaźniki nowych rozpoznanych trzeźczki na 100 tys. mieszkańców w latach 2016–2020

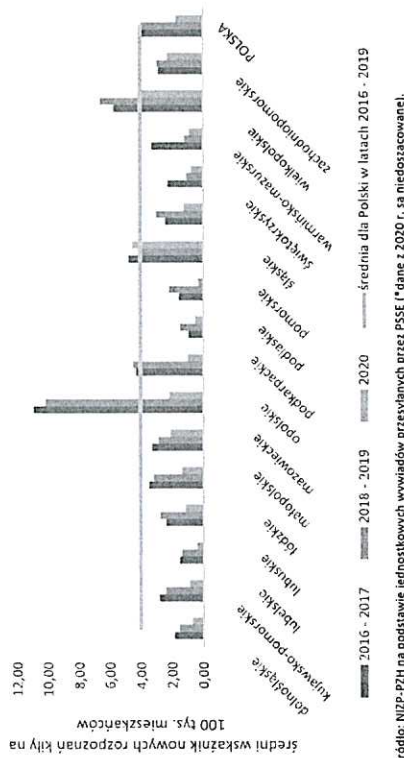


Źródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesłanych przez PSE (* dane z 2020 r. są niedozacowane).

Średni wskaźnik nowych rozpoznanych trzeźczki w latach 2016 i 2017, 2018 i 2019 oraz w 2020 r. wyniósł odpowiednio 1,09; 0,85 oraz 0,65 na 100 tys. mieszkańców. Wyższe wskaźniki w porównaniu z ogólnym wskaźnikiem dla kraju zarejestrowano w województwach: kujawsko-pomorskim (2016 i 2017), podlaskim (2018 i 2019), pomorskim i wielkopolskim (2020) oraz mazowieckim (2016–2020). Stały wzrost wskaźnika w latach 2016–2019 zarejestrowano w województwie małopolskim, podlaskim i pomorskim. Stały spadek wskaźnika nowych rozpoznanych zarejestrowano w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim (Wykres 8).

Średnie wskaźniki nowych rozpoznanych kiły w latach 2016 i 2017, 2018 i 2019 oraz w 2020 r. wyniósł odpowiednio 4,14, 4,01 oraz 1,87 na 100 tys. mieszkańców. Wyższe wskaźniki w porównaniu z ogólnym wskaźnikiem dla kraju zarejestrowano w województwach: mazowieckim (2016–2019), opolskim (2016–2019), pomorskim (2016–2020) oraz wielkopolskim (2016–2020). Stały wzrost wskaźników w latach 2016–2019 zarejestrowano w województwach: lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, śląskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Stały spadek wskaźnika zarejestrowano w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (Wykres 9).

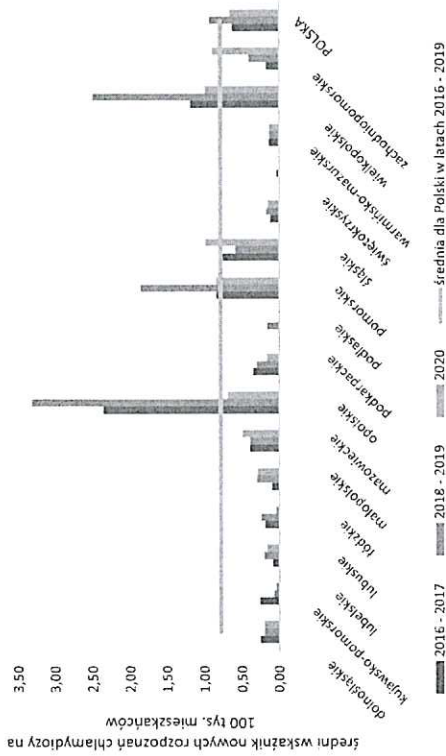
Wykres 9. Wskaźnik nowych rozpoznań kły na 100 tys. mieszkańców w latach 2016–2020



Zródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesyłanych przez PSSE (* dane z 2020 r. są niedozacowane).

Wskaźniki nowych rozpoznań chlamydiozy w latach 2016 i 2017, 2018 i 2019 oraz 2020 wynosily odpowiednio 0,64, 0,95 oraz 0,44 na 100 tys. mieszkańców. Najwyższe wskaźniki w porównaniu z ogólnym wskaźnikiem dla kraju zarejestrowano w województwach: mazowieckim (prawie 5 razy wyższy niż średnia w latach 2018 i 2019), wielkopolskim (3 razy większy) i podlaskim (2 razy większy). W roku 2020 wyższy wskaźnik nowych rozpoznań w porównaniu ze średnim wskaźnikiem z poprzednich lat zarejestrowano w województwach: podlaskim, pomorskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Stały wzrost wskaźnika nowych rozpoznań w latach 2016–2019 zarejestrowano w województwach: łódzkim, mazowieckim, podlaskim, śląskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Stały spadek tego wskaźnika zarejestrowano w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i opolskim (Wykres 10).

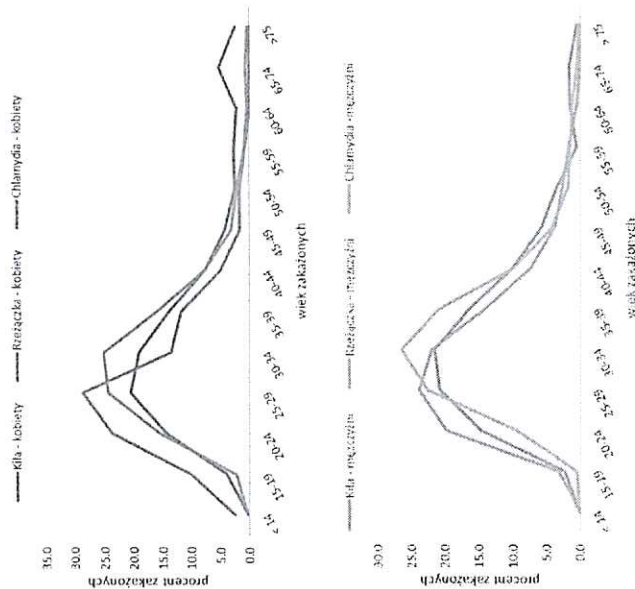
Wykres 10. Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydiozy na 100 tys. mieszkańców w latach 2016–2020



Zródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesyłanych przez PSSE (* dane z 2020 r. są niedozacowane).

Między latami 2016 a 2019 zarejestrowano 118 przypadków rzeżączki wśród kobiet (7,3% wszystkich przypadków) oraz 1486 zakażeń wśród mężczyzn (92,6%). Stosunek zakażonych mężczyzn do kobiet wyniósł niemal 13:1. Najwięcej przypadków rzeżączki w populacji mężczyzn zarejestrowano w wieku 25–29 lat (23,9% zakażeń) oraz u ponad 28% kobiet w tej samej grupie wiekowej. Odsetek zakażonych kobiet w wieku 15–19 lat wyniósł 10,2% przypadków (Wykres 11). W tym samym okresie zarejestrowano 958 przypadków kły wśród kobiet (15,6% wszystkich przypadków) oraz 5200 zakażeń wśród mężczyzn (84,4%). Stosunek zakażonych mężczyzn do kobiet wyniósł ponad 5:1. Najwięcej osób zakażonych kłą w latach 2016–2019, prawie 42%, zarejestrowano w populacji mężczyzn: w grupie wiekowej 30–34 lata (21,6%) oraz w grupie 25–29 lat (20,9%). W populacji kobiet proporcje były odwrotne, tj. najwięcej zakażeń zarejestrowano w grupie wiekowej 25–29 lat (20,7%) oraz w grupie wiekowej 30–34 lata (19,2%). Odsetek osób zakażonych w młodszej grupie, tj. 20–24 lata, oraz u osób w wieku 35–39 lat był zbliżony zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn (Wykres 11). Wśród zakażeń bakterią *Chlamydia trachomatis* natomiast przeważały kobiety, w latach 2016–2019 stanowiąc 52,4% wszystkich zakażeń (634 przypadki); zakażenia wśród mężczyzn stanowiły 47,6%. Stosunek zakażeń kobiet do mężczyzn wyniósł 1,1:1. Podobnie jak w przypadku pozostałych chorób przenoszonych drogą płciową rozkład zakażeń w poszczególnych grupach wiekowych był zbliżony. Wśród zakażonych kobiet najwięcej zakażeń zarejestrowano w grupie wiekowej 30–34 lata (25,2%) oraz 25–29 lat (24,4%), a zakażenia w tych grupach wiekowych wśród mężczyzn stanowiły odpowiednio 26,5% oraz 22,7% (Wykres 11).

Wykres 11. Procentowy rozkład wieku w zależności od płci zakażonych osób w momencie rozpoznania kłty, rzeżączki lub chłamydiozy w latach 2016–2019



Źródło: NIZP-PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesłanych przez PSE (wykluczono dane z 2020 r. z powodu niedoszacowania).

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń przenoszonych drogą płciową w Europie

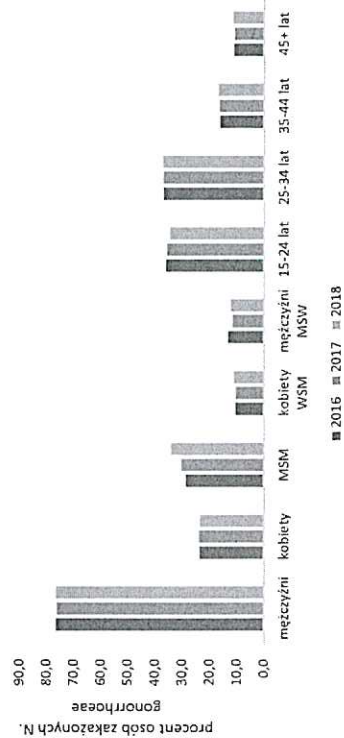
W latach 2016–2018 w całej Europie zgłoszono 266 237 przypadków rzeżączki, średni wskaźnik nowych rozpoznanych wynosił w tym okresie 22,07 na 100 tys. mieszkańców. Wskaźnik ten wzrósł o 45% z 18,22 na 100 tys. mieszkańców w 2016 r. do 26,42 na 100 tys. W 2018 r. w tym samym okresie zgłoszono 97 692 przypadki kłty. Wskaźnik nowych rozpoznanych utrzymywał się w przedziale 6,08–7,03 na 100 tys. jednak zakażenie *Chlamydia trachomatis*. Występuje nawet 4 razy częściej niż zakażenie bakterią dwoinki rzeżączki czy 11 razy częściej niż zakażenie krętkiem białym. W ostatnich 5 latach zarejestrowano około 1 223 180 przypadków chłamydii, średni wskaźnik nowych rozpoznanych wynosił około 142 na 100 tys. mieszkańców (wzrost ze 140,98 na 100 tys. mieszkańców w 2016 r. do 145,89 na 100 tys. mieszkańców w 2018 r.). Zróżnicowanie wskaźników nowych rozpoznanych STIs w Europie jest bardzo duże. Wskaźnik zakażeń *Neisseria gonorrhoeae* wahał się w tym okresie średnio między 0,11–93,21 na 100 tys. mieszkańców, w tym od 5 lat najwyższy wskaźnik nowych rozpoznanych rejestrowany jest w Wielkiej Brytanii jako wynik dużej liczby badań przesiewowych prowadzonych w tym kraju, również w odniesieniu do innych chorób przenoszonych drogą płciową. Wysokie wskaźniki

odnotowano również w Irlandii (średnio 46,05), Danii (35,49), Islandii (29,17), Norwegii (26,32) i Szwecji (23,38). Najniższe wskaźniki (poniżej 1 przypadku na 100 tys. mieszkańców) w latach 2016–2018 rejestrowano w takich krajach, jak Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Rzeczpospolita Polska i Rumunia. Wskaźniki nowych rozpoznanych *Treponema pallidum* utrzymywały się na poziomie 0,64–9,95 na 100 tys. mieszkańców w 2016 r. oraz na poziomie 0,85–17,86 na 100 tys. mieszkańców w 2018 r., co stanowiło prawie 80% wzrost wskaźnika nowych rozpoznanych w tym okresie. O ile najwyższy wskaźnik nowych rozpoznanych kłty w 2016 r., podobnie jak w przypadku rzeżączki, odnotowano w Wielkiej Brytanii (9,95), to jednak już w kolejnych latach najwyższe wskaźniki zarejestrowano na Malcie (13,47) i Islandii (15,37) w roku 2017 oraz w Luxemburgu (17,11) i na Malcie (17,87) w roku 2018.

Wskaźnik nowych rozpoznanych chłamydiozy wahał się między 0,04 a 661,60 przypadków na 100 tys. mieszkańców (lata 2016–2018). Najwyższe średnie wskaźniki, przekraczające wskaźnik nowych rozpoznanych w Unii Europejskiej co roku rejestrowano m.in. w Irlandii (154,62), Finlandii (264,31), Szwecji (337,68), Wielkiej Brytanii (356,44), Norwegii (493,47), Danii (581,56) oraz Islandii (612,51). Najniższe wskaźniki, poniżej 10 przypadków na 100 tys. mieszkańców, rejestrowano m.in. w Słowacji, Litwie, Węgrzech i Cyprze, a także w Luxemburgu, Chorwacji, Portugalii, Bułgarii, Rzeczypospolitej Polskiej, Grecji i Rumunii.

Zakażenia *Neisseria gonorrhoeae* częściej rejestrowane są w populacji mężczyzn – rocznie w ponad 76% wszystkich przypadków (średni wskaźnik nowych zakażeń wśród mężczyzn wynosił około 34,59 przypadków na 100 tys. mężczyzn w latach 2016–2018). Nastąpił wyraźny wzrost tego wskaźnika w grupie mężczyzn – o ponad 40% między rokiem 2016 a 2018 (Wykres 12). Stosunek zakażeń w grupie mężczyzn do zakażeń w grupie kobiet w latach 2016–2018 r. utrzymywał się na poziomie 4–5:1 (tzn. na 4–5 zakażonych mężczyzn przypada 1 zakażona kobieta). Mimo że w większości państw stosunek liczby zakażonych mężczyzn był niższy lub zbliżony do średniej w skali Europy, to jednak w takich państwach jak np. Słowenia, Portugalia, Rzeczpospolita Polska, Rumunia, Malta czy Chorwacja różnice między liczbą zakażonych mężczyzn a liczbą zakażonych kobiet przekraczały 10:1. Żadnych przypadków zakażenia wśród kobiet w latach 2016–2018 nie zarejestrowano na Cyprze, a także w Grecji w 2018 oraz Hiszpanii w latach 2016 i 2017 [4].

Wykres 12. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń *Neisseria gonorrhoeae* w Europie – charakterystyka populacji zakażonej w latach 2016–2018



Źródło: NIZP-PZH, Źródło: ECDC [4].

Wśród wszystkich przypadków kłó zgłoszonych w Europie zakażenie dotyczyło głównie mężczyzn – rocznie prawie 90% przypadków w latach 2016–2018. Średni wskaźnik nowych rozpoznanych dla mężczyzn znacznie przekraczał wskaźnik nowych rozpoznanych wśród kobiet, tj. aż 11 razy więcej zakażeń rejestrowano w populacji mężczyzn (średnio wskaźnik nowych rozpoznanych w grupie mężczyzn wyniósł 11,51 przypadków na 100 tys. mężczyzn, natomiast dla kobiet utrzymywał się średnio na poziomie 1,41 nowych rozpoznanych na 100 tys. kobiet) (Wykres 13).

W przypadku nowych rozpoznanych kłó stosunek zakażonych mężczyzn do zakażonych kobiet wyniósł średnio 8:1 w latach 2016–2018. Najmniejsze różnice między liczbą mężczyzn a liczbą kobiet zarejestrowano m.in. w Rumuni, Estonii, na Litwie i Łotwie. Najwyższy współczynnik między liczbą zakażonych mężczyzn a liczbą zakażonych kobiet, tj. powyżej 20 przypadków zakażonych mężczyzn w stosunku do liczby kobiet, zarejestrowano m.in. w Holandii, Irlandii, Norwegii oraz Chorwacji [4].

Wykres 13. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń *Treponema pallidum* w Europie – charakterystyka populacji zakażonej w latach 2016–2018

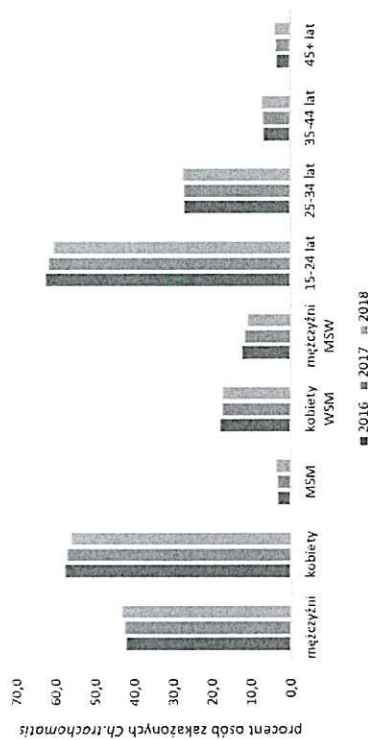


Oprac. NIZP-PZH, Źródło: ECDC [4].

Odwrotną sytuację epidemiologiczną obserwuje się w przypadku zakażeń wywołanych przez *Chlamydię trachomatis*, które częściej dotyczą kobiet. W latach 2016–2018 r. odsetek zakażonych kobiet utrzymywał się na stałym poziomie 56,6–57,8%. Stosunek zakażeń kobiet do mężczyzn wyniósł 1,3:1, natomiast średni wskaźnik rozpoznawalności dla kobiet w latach 2016–2018 wyniósł 159,03 przypadków na 100 tys. kobiet, a dla mężczyzn 123,39 przypadki na 100 tys. mężczyzn.

W latach 2016–2018 w większości państw liczba zakażeń wśród kobiet utrzymywała się jednak na podobnym poziomie, co w grupie mężczyzn. Jedynie w niektórych państwach liczba kobiet była znacznie wyższa, np. w Estonii na 1 mężczyznę przypadało 15 zakażonych kobiet w 2016 r., natomiast w latach 2017 i 2018 już tylko 7; na Słowacji stosunek zakażonych kobiet do mężczyzn wyniósł 3:1 w latach 2016 i 2017, a w 2018 r. 2:1; w Chorwacji w początkowych latach wyniósł 4:1 (2016 i 2017), w kolejnym roku zmniejszył się jednak do 2:1 [4].

Wykres 14. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń *Chlamydia trachomatis* w Europie – charakterystyka populacji zakażonej w latach 2016–2018



Oprac. NIZP-PZH, Źródło: ECDC [4].

Najczęściej zachorowania na rzeżączkę w latach 2016–2018 występowały wśród osób młodych w wieku 25–34 lata (ponad 36% wszystkich przypadków rocznie) oraz w grupie nastolatków 15–24 lata (około 35% przypadków rocznie). W pozostałych grupach wiekowych, tj. 35–44 lata oraz u osób powyżej 45 r.ż., rozkład zakażeń kształtował się co roku na poziomie odpowiednio 16% oraz 11%.

Nieco inny rozkład liczby nowych rozpoznanych w zależności od wieku zakażonych osób obserwowany był w przypadku zachorowań na kłó, gdzie większość zakażeń wykryto w starszych grupach wiekowych. Ponad 31% zarejestrowano w populacji po 45 r.ż. oraz podobnie wśród osób w wieku 25–34 lata. Zakażenia wśród osób w wieku 35–44 lat stanowiły co roku około 25% wszystkich zakażeń, w najmłodszej grupie wiekowej 15–24 lata odsetek zakażonych kształtował się na poziomie około 13%. Odmienne rozkład zakażeń w zależności od wieku zakażonych osób można zaobserwować w przypadku zakażeń *Chlamydia trachomatis*, gdzie prawie co roku ponad 60% wszystkich zakażeń rejestrowanych jest wśród osób młodych w wieku 15–24 lat. Drugą co do wielkości grup zakażonych stanowią osoby w wieku 25–34 lata (odsetek zakażonych przypadków utrzymywał się na poziomie 27% w latach 2016–2018). Wśród osób między 35 a 44 r.ż. rejestrowano około 7% przypadków, a zakażenia w najstarszej grupie wiekowej stanowiły mniej niż 4% populacji zakażonej w latach 2016–2018.

Mimo że w przypadku zachorowań na kłó i rzeżączkę dominującą drogą zakażenia są kontakty seksualne między mężczyznami (MSM), to jednak liczba zakażeń wśród osób podejmujących ryzykowne kontakty heteroseksualne często kształtowała się na zbliżonym poziomie, zwłaszcza w przypadku zakażeń *Neisseria gonorrhoeae* (Wykres 12). W latach 2016–2018 odsetek osób zakażonych wśród osób heteroseksualnych był porównywalny z zakażeniami wśród MSM i dotyczył odpowiednio 11,7–13,2% heteroseksualnych mężczyzn i 10,4–11,3% kobiet zarejestrowanych w latach 2016–2018, podczas gdy w grupie MSM rejestrowano 28,6–34,2% przypadków rocznie. Dla prawie połowy zgłoszeń co roku odnotowuje się brak prawdopodobnej drogi zakażenia. Podobnie wśród zgłoszonych zachorowań na kłó najliczniejszą grupę stanowił mężczyźni utrzymujący kontakty

z mężczyznanami (37,7%) oraz heteroseksualni mężczyźni – 8,6%. Dla prawie połowy przypadków jednak zgłoszono brak danych na temat drogi zakażenia (Wykres 14).

W odróżnieniu od kłty i rzeźączki zakażenia bakterią chlamydii najczęściej rejestrowane są wśród heteroseksualnych kobiet – 17,7% przypadków oraz heteroseksualnych mężczyzn – 11,7%, a zakażenia wśród MSM w latach 2016–2018 r. stanowiły średnio tylko 3,5% przypadków rocznie. Podobnie jak w przypadku kłty jednak aż w ponad 66% zakażeń *Chlamydia trachomatis* nie wskazano prawdopodobnej drogi transmisji (Wykres 14).

Podsumowanie

Powysze dane nie odzwierciedlają w pełni skali problemu, ponieważ mają miejsce istotne ograniczenia w rutynowej zgłaszalności, w tym częste przypadki braku danych, co ogranicza ocenę sytuacji epidemiologicznej zakażeń HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz jej porównanie ze wskaźnikami europejskimi.

Można zaobserwować na przestrzeni czterech lat (2016–2020) pewne niezmiennie tendencje zarówno w zakresie HIV, jak i STIs:

- Obecnie głównym problemem, który wymaga działań profilaktycznych, jest rozprzestrzenianie się zakażeń HIV wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami. Podobnie sytuacja wygląda ze wzrostem liczby zakażeń kłty i rzeźączki, choć dane z nadzoru są w tym zakresie ograniczone.
- Obserwowany jest rosnący udział zakażeń osób powyżej 40 r.ż. wśród nowo rozpoznanych zakażeń zarówno HIV, jak i innych STIs.
- Między województwami występują znaczne różnice w zakresie liczby zgłaszanych zakażeń, co może wskazywać na konieczność podjęcia działań związanych z poprawą dostępu do diagnostyki i zgłaszania nowo rozpoznanych przypadków do nadzoru.

Bibliografia

1. European Centre for Disease Prevention and Control. *Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA – An integrated approach*. Stockholm: ECDC 2018. [Data pobrania 18.01.2021 r.] https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-hep-testing-guidance_0.pdf
2. Główny Urząd Statystyczny. *Bazy danych – Demografia – Wyniki badań biologicznych – Ruch naturalny ludności – Zgony: Tablica LN14A – Zgony według przyczyn i województw rejestracji*. [Data pobrania 18.01.2021 r.] <https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/Tables.aspx>
3. ECDC, WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 – 2019 data*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2020. [Data pobrania 18.01.2021 r.] <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2020.pdf>
4. ECDC. *Surveillance ECDC. Surveillance Atlas for Infectious Diseases*. [Data pobrania 18.01.2021 r.] <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>
5. NIZP-PZH. *Biuletyn Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016, 2017, 2018, 2019 roku; oraz sprawozdania o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach MZ-56 (meldunki dwutygodniowe, kwartalne, roczne) dla 2020 r.* [Data pobrania 18.01.2021 r.] http://www.wld.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html

III. WYBRANE ASPEKTY PRAWNE W ZAKRESIE HIV/AIDS I STIs

Aktualna sytuacja dotycząca praw i obowiązków osób zakażonych, zasady odpowiedzialności karnej i wyzwań prawnych.

Prawo pacjenta żyjącego z HIV/AIDS

Pacjent ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na wykonanie testu w kierunku HIV. Obowiązujące przepisy nie wprowadzają specjalnych zasad uzyskiwania zgody na wykonywanie testów w kierunku HIV. Stosuje się więc ogólne przepisy dotyczące zgody pacjenta na wykonanie świadczeń zdrowotnych, w myśl których, co do zasady, konieczna jest świadoma, tzw. poinformowana, zgoda pacjenta na wykonanie u niego świadczenia medycznego czy interwencji medycznej¹.

W przypadku pacjentów małoletnich do ukończenia 16 r.ż., całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody, osoba, która musi wyrazić zgodę na wykonanie badania lub innego świadczenia zdrowotnego, w tym także badania wykrywającego HIV, a w razie potrzeby zgodę na rozpoczęcie terapii antyretrowirusowej, jest przedstawiciel ustawowy (w przypadku dziecka najczęściej jest to rodzic). W razie braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny. Jeżeli jest to niemożliwe, konieczne jest zezwolenie sądu opiekuńczego².

W przypadku pacjentów, którzy ukończyli 16 lat i dysponują dostatecznym rozeznaniam, niezbędna jest podwójna zgoda, tj. zarówno przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (najczęściej jednego z rodziców), jak i samego pacjenta³. Jednocześnie pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniam, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, mimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego⁴.

Pacjent, u którego wykryto zakażenie HIV, ma prawo do zastrzeżenia swoich danych osobowych. Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (w tym też z powodu HIV/AIDS), jest obowiązany do niezwłocznego, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu⁵. Osoba zakażona HIV lub chora na AIDS może natomiast zastrzec dane umożliwiające jej identyfikację, a lekarz powinien ją o takiej możliwości poinformować⁶.

Pacjent ma prawo do informacji o stanie zdrowia, w tym o wyniku testu w kierunku HIV. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami⁷. Wyłączenie pacjent (ew. pacjent i/lub przedstawiciel ustawowy) powinien zostać poinformowany o wyniku badania, chyba że pacjent (lub jego ustawowy przedstawiciel) wyraził zgodę na udzielenie informacji innym osobom⁸. Jednocześnie pacjent ma prawo do bycia niepoinformowanym o wyniku testu⁹. W takim przypadku obowiązkiem pracownika służby zdrowia jest uszanowanie woli pacjenta.

Pacjent ma prawo do udziału w podejmowaniu decyzji lekarskich dotyczących jego leczenia.

Na powyższe składają się m.in. prawo pacjenta do informacji oraz prawo pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego (w tym wykonanie testu na HIV czy rozpoczęcie terapii ARV)¹⁰. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta¹¹. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez świadomej zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo, w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób¹².

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy informacji jego dotyczących.

Na powyższe składają się prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych oraz – w przypadku osób, u których wykryto zakażenie HIV – prawo do zastrzeżenia danych osobowych (możliwe tylko przy zgłoszeniu zakażenia, nie ma możliwości anonimowego leczenia ARV). Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych (w szczególności dotyczących stanu zdrowia pacjenta), a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Co istotne, osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta¹³, choć od 2019 r. prawo do dokumentacji medycznej, a tym samym prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta, ma po jego śmierci osoba bliska, nawet gdy nie została uprzednio upoważniona, chyba że sprzeciwił się temu inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia¹⁴.

Jednocześnie ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dopuszcza ujawnienie tajemnicy m.in. w sytuacji gdy jej zachowanie może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia innych osób (w tym partnera seksualnego pacjenta) oraz gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń¹⁵.

Pacjent ma prawo do pomocy medycznej w przypadku zagrożenia życia i zdrowia.

Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia¹⁶. Lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwiłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia¹⁷. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. Jednocześnie w przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej danego pacjenta¹⁸.

Prawa osoby żyjącej z HIV w środowisku pracy

Osoba żyjąca z HIV ma prawo do nieujawniania informacji o zakażeniu w środowisku pracy i prawo do pracy. Co do zasady (istnieją prawnie usankcjonowane wyjątki, o których poniżej) pracodawca nie może żądać wykonania przez pracownika (zarówno przyszłego, jak i obecnego) testu na HIV, a pracownik nie musi informować pracodawcy o swoim zakażeniu. „Zgodnie z międzynarodowymi rekomendacjami, problem HIV/AIDS w środowisku pracy winien być traktowany podobnie jak inne problemy zdrowotne. Osoby żyjące z HIV powinny mieć możliwość prowadzenia aktywnego życia zawodowego tak długo, jak pozwala im na to ich stan zdrowia”¹⁹. W przypadku zdecydowanej większości zawodów nie wykonuje się testów na HIV ani w ramach badań wstępnych do pracy, ani też badań kontrolnych.

Na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów osoby żyjące z HIV mogą pracować w zawodach medycznych, w tym w zawodzie lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, fizjoterapeuty czy masażyisty. Obecnie jednak, po zmianie rozporządzenia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, która weszła w życie z dniem 16 grudnia 2020 r., przy przeprowadzaniu badań profilaktycznych pracowników (badań wstępnych, okresowych i kontrolnych) w przypadku występowania na danym stanowisku pracy czynnika niebezpiecznego, szkodliwego lub uciążliwego, jakim jest wirus HIV, przeprowadza się „badanie lekarskie, przeciwciała anty-HIV, a po przypadkowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny badania serologiczne zależne od aktualnych wytycznych postępowania poekspozycyjnego”. Jeżeli chodzi o częstotliwość badań profilaktycznych, wg rozporządzenia jest to „co 2-4 lata, przeciwciała anty-HIV w badaniu wstępnym, a następnie w zależności od wskazań”²⁰. W związku z powyższym w przypadku badania wstępnego, jeżeli w ocenie zagrożeni na danym stanowisku pracy wśród czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych znajduje się wirus HIV, lekarz przeprowadzający badanie ma nie tylko prawo, ale także obowiązek skierowania kandydata do pracy na test w kierunku HIV. W przypadku odmowy wykonania testu lekarz może odmówić wydania orzeczenia o zdolności do pracy. Jest to istotna zmiana, w stosunku do wcześniejszej obowiązującej przepisów, gdyż wprowadza obowiązek zlecenia testu w kierunku HIV w każdym badaniu wstępnym, jeżeli na danym stanowisku pracy wśród występujących czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych znajduje się wirus HIV (dotyczy to przede wszystkim pracowników medycznych, choć nie tylko). Jednak wykonanie testu w kierunku HIV zasadniczo zawsze wymaga uzyskania zgody badanego, poinformowanego uprzednio o celu, sposobie wykonania i ewentualnych skutkach badania²¹. Testy na HIV w ramach badań profilaktycznych nie są przymusowe, choć mogą być obowiązkowe, jak w przypadku badania wstępnego, jeżeli w ocenie zagrożeni na danym stanowisku pracy wśród czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych znajduje się wirus HIV. Jednak, niezależnie od ewentualnych ograniczenia w wykonywaniu zawodów medycznych nie mają bezpośredniego związku z stwierdzeniem niezdolności do pracy w zawodzie medycznym.

Wyjątkiem jest cała grupa zawodów związanych ze służbami mundurowymi, gdzie testy na HIV są lub mogą być wykonywane w ramach badań podstawowych, zarówno wstępnych, jak i kontrolnych. Obecnie komisje lekarskie zasadniczo wszystkich służb mundurowych mogą przeprowadzać badania na HIV u kandydatów do służby, u funkcjonariuszy i żołnierzy. Taką możliwość, w różnym zakresie i z różnymi skutkami, dają wszystkie aktualnie obowiązujące rozporządzenia wykonawcze. W ramach badań kontrolnych i okresowych test na HIV nie jest przymusowy, tzn. nie można go wykonać pod przymusem, bez wiedzy i zgody osoby badanej, jednakże badania te, jeżeli zostały zlecone, co do zasady są obowiązkowe – tzn. że kandydat lub funkcjonariusz nie ma możliwości odmowy wykonania testu na HIV i jednocześnie pozytywnego ukończenia procesu kwalifikacyjnego. Podkreślić jednak należy, że obecnie, m.in. dzięki przełomowemu wyrokowi Trybunału Konstytucyjnego sprzed dziesięciu lat, w wielu sytuacjach wykrycie zakażenia HIV u funkcjonariusza nie powoduje automatycznej konieczności stwierdzenia niezdolności do służby, co miało miejsce wcześniej.

Obowiązki osób żyjących z HIV/AIDS

Najważniejszym obowiązkiem osoby zakażonej HIV jest poinformowanie partnera lub partnerów seksualnych o zakażeniu. Obowiązek ten ma bezpośredni związek z art. 161 § 1 Kodeksu karnego

penalizującym bezpośrednio narażenie na zakażenie HIV²². Należy jednak pamiętać, że pacjent, u którego badanie krwi wykaze zakażenie HIV, powinien być przez lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną pouczony o obowiązku poinformowania partnera seksualnego (partnerów seksualnych) o swoim zakażeniu, o konieczności zgłoszenia się ich do lekarza, o konieczności ewentualnej modyfikacji swojego życia seksualnego na takie, które nie stwarzałyby zagrożenia dla innych, oraz o tym, że nie może być dawcą krwi, narządów, tkanek i nasienia. Powinien być także poinformowany o możliwościach dalszego leczenia i opieki, a także o prawie do zastrzeżenia danych osobowych umożliwiających identyfikację pacjenta (w związku z obowiązkiem zgłoszenia zakażenia do stacji sanitarno-epidemiologicznej). Informację o powiadomieniu zakażonego wpisuje się do dokumentacji medycznej i potwierdza podpisem zakażonego²³.

Kolejny obowiązek, który spoczywa na osobie zakażonej, również związany z art. 161 § 1 Kodeksu karnego, dotyczy sytuacji, w których dochodzi do ekspozycji osób trzecich na krew zakażonego (w tym ekspozycji przypadkowej/wypadkowej). Taką osobą, wiedząc o swoim zakażeniu, powinna poinformować o tym osobę zagrożoną (lub personel medyczny, w zależności od sytuacji), co umożliwi jej szybkie poddanie się leczeniu poekspozycyjnemu i uniknięcie zakażenia.

Zasady odpowiedzialności karnej

Obowiązująca ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny zawiera dwa przepisy, które bezpośrednio wiążą się z zakażeniem HIV. Pierwszy z nich to przepięstwo świadomego narażenia drugiej osoby na zakażenie HIV, drugi to przepięstwo spowodowania zagrożenia epidemiologicznego lub rozpowszechniania się choroby zakaźnej.

W myśl art. 161 § 1 Kodeksu karnego, „[...] kto, wiedząc, że jest zakażony wirusem HIV (świadomość zakażenia jest niezbędna), naraża bezpośrednio inną osobę na takie zakażenie (narażenie musi mieć charakter bezpośredni), podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”²⁴. Z dniem 31 marca 2020 r., na podstawie art. 13 ust. 1 i art. 101 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, zagrożenie karą za przepięstwo z art. 161 § 1 Kodeksu karnego zostało podniesione z dotychczasowych 3 do 8 lat pozbawienia wolności²⁵. Jest to przepięstwo ścigane z oskarżenia publicznego, na wniosek osoby pokrzywdzonej (organy ścigania nie mogą działać z urzędu)²⁶. Zgodnie z art. 101 § 1 pkt 2a Kodeksu karnego przepięstwo z art. 161 § 1 Kodeksu karnego ulega przedawnieniu po 15 latach od jego popełnienia²⁷. W związku z podniesieniem granicy karalności do lat 8 termin przedawnienia uległ wydłużeniu z dotychczasowych 5 do 15 lat. Należy podkreślić, że lekarz powinien poinformować pacjenta z HIV nie tylko o prawach i obowiązkach pacjenta, lecz także o ciążącej na nim odpowiedzialności karnej za narażenie innych na zakażenie. Kolejny przepis, który może bezpośrednio wiązać się z zakażeniem HIV, to art. 165 § 1 pkt 1 Kodeksu karnego. Na jego podstawie ten, kto spowodował niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach, powodując zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. W komentarzach do Kodeksu karnego podkreśla się, że przy zagrożeniu epidemiologicznym dla penalizacji danego czynu nie jest wymagane spowodowanie stanu epidemii określonej choroby zakaźnej, ale wystarcza tu fakt stworzenia realnej możliwości jej wybuchu. Jeżeli sprawca tego przepięstwa działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3²⁸. Jeżeli jednak następstwem czynu jest śmierć człowieka lub ciężki uszczerbek na zdrowiu wielu osób, zagrożenie karą wzrasta zarówno w przypadku czynu nieumyślnego²⁹, jak i umyślnego³⁰. Przepięstwo ścigane jest z oskarżenia publicznego, z urzędu.

Należy podkreślić, że zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania karnego każdy, dowiedziawszy się o popełnieniu przepięstwa ściganego z urzędu, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję³¹. Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przepięstwa ściganego z urzędu, także są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję³².

Kodeks karny penalizuje łamanie przez personel medyczny dwóch podstawowych praw pacjenta i jednocześnie zasad prawa medycznego, tj. prawa pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych oraz prawa pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie mu świadczenia medycznego.

Na podstawie art. 266 § 1 Kodeksu karnego ten, kto wbrew przepisom ustawy (m.in. ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty, ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej), ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją czy wykonywaną pracą, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2³³. Jest to przepięstwo umyślne, a pojęcie zabieg leczniczy może być traktowane szeroko, z włączeniem świadczeń diagnostycznych.

Ponadto ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wprowadza karę grzywny dla personelu medycznego za naruszenie nałożonych na niego przepisów o obowiązkach informacyjnych zarówno w stosunku do pacjenta, osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą maletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego pacjenta (w tym obowiązku pouczenia pacjenta), jak też obowiązku zgłoszenia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu choroby zakaźnej lub ich podejrzenia³⁴.

Wyzwania systemowe na kolejne lata

Zgodnie z aktualnie obowiązującą ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zarówno diagnostyka, jak i leczenie związane z zakażeniem kiłą i rzeżączką są obowiązkowe i bezpłatne bez względu na to, czy pacjent posiada ubezpieczenie³⁵. Ustawa nie określa szczególnych warunków diagnostyki i leczenia innych STIs (choć istnieje obowiązek zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia)³⁷, a leczenie HIV/AIDS zasadniczo uzależnione jest od ubezpieczenia pacjenta lub posiadania przez niego prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych³⁸.

Wyzwania na kolejne lata, w tym wyzwania edukacyjne, organizacyjne, finansowe i prawne, dotyczą i związane są z generalną koniecznością znacznego zwiększenia liczby testów i jednoczesnej dostępności do leczenia, zarówno w grupach szczególnie narażonych na zakażenie, jak i w całej populacji, w celu lepszej identyfikacji ukrytej epidemii.

W tym celu coraz powszechniej specjaliści rekomendują obniżenie wieku testowania bez zgody rodzica lub opiekuna prawnego z obecnych 18 lat do lat 16. Wymagaloby to nie tylko zmian aktualnie obowiązującego prawa, lecz także z całą pewnością niezbędnego porozumienia społecznego.

Kolejna rekomendacja wymagająca zmian prawnych, organizacyjnych i jednocześnie odpowiednio większych nakładów finansowych, której realizacja w znacznym stopniu mogłaby upowszechnić

diagnostykę i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową, to wprowadzenie możliwości anonimowego wykonywania testów w kierunku innych STIs wraz z jednoczesną integracją danych na poziomie krajowym. Aktualnie anonimowo można wykonać jedynie test w kierunku HIV. Anonimowe testy w kierunku innych STIs, zgodnie z obowiązującym prawem, nie są w Polsce możliwe, choć wiele osób wykonujących anonimowo test na HIV mogłoby jednocześnie przebadać się w kierunku innych chorób przenoszonych drogą płciową i w razie potrzeby rozpocząć niezbędne leczenie.

Ponadto ostatnie lata i znaczny wzrost migracji – zwłaszcza z Ukrainy i Białorusi – pokazały, że liczba cudzoziemców żyjących z HIV i jednocześnie wymagających leczenia ARV, choć czasowo spadła w czasie pandemii SARS-CoV-2, to długofalowo będzie stale wzrastać. W tym obszarze dużym problemem jest cała „szara strefa”, osoby pracujące nieobjęte ubezpieczeniem NFZ, a tym samym – zgodnie z obowiązującym stanem prawnym – niemogące skutecznie ubiegać się o leczenie ARV w Polsce.

Stan prawny na dzień 2 sierpnia 2021 r.

Bibliografia

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849), dalej: UPPRPO, art. 15–18.
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.), dalej: UZLiLD, art. 32 ust. 2, UPPRPO, art. 17 ust. 2.
3. UZLiLD, art. 32 ust. 5 oraz UPPRPO, art. 17 ust. 1 i 2.
4. UZLiLD, art. 17 ust. 3.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.), dalej: UZZZiCZ, art. 27 ust. 1.
6. UZZZiCZ, art. 41 ust. 1.
7. UPPRPO, art. 9 ust. 1 i 2.
8. UPPRPO, art. 9 ust. 3 oraz UZLiLD, art. 31 ust. 2.
9. UPPRPO, art. 9 ust. 4.
10. Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 15 ust. 3 oraz UZLiLD, art. 32 ust. 1.
11. UZLiLD, art. 32 ust. 1.
12. Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 15 ust. 3.
13. UPPRPO, art. 13 i 14.
14. UPPRPO, art. 26 ust. 2.
15. UPPRPO, art. 13 i 14.
16. UPPRPO, art. 7.
17. UZLiLD, art. 30.
18. UZLiLD, art. 38 ust. 2, 3 i 4.
19. I. Glowaczewska, Trochę prawa i etyki, W: A. Cybula, I. Glowaczewska, G. Koniczny, D. Latarska, A. Marzec-Bogusławska, Najważniejsze pytania o HIV/AIDS, Poznań: Wydawnictwo Poznańskie 2007, s. 122.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067, z późn. zm.), załącznik nr 1.
21. UZLiLD, art. 31 i art. 32 oraz UPPRPO, art. 9 i 11b.
22. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2021 r. poz. 2345), dalej: KK, art. 161 § 1.
23. UZZZiCZ, art. 26 ust. 1–3.
24. KK, art. 161 § 1 i 3.
25. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 568, z późn. zm.), art. 13 ust. 1 i art. 101.
26. KK, art. 161 § 4.
27. KK, art. 101 § 1 pkt 2a.
28. KK, art. 165 § 2.
29. KK, art. 165 § 4.

30. KK, art. 165 § 3.
31. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 534, z późn. zm.), dalej: KPK, art. 304 § 1.
32. KPK, art. 304 § 2.
33. KK, art. 266 § 1.
34. KK, art. 266 § 3.
35. UZZZiCZ, art. 52.
36. UZZZiCZ, art. 40 ust. 1, 4–5.
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznania zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (Dz. U. z 2020 r. poz. 2430) wydane na podstawie art. 27 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.).
38. UZZZiCZ, art. 41 ust. 3–5.

IV. HIV/AIDS I STIS W KONTEKŚCIE ZDROWIA PUBLICZNEGO

Fundamentem realizacji efektywnych działań w obszarze zdrowia publicznego¹ odnoszących się do problemów HIV/AIDS i STIs, wynikających z założeń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), są dwa wymiary diagnozy: epidemiologiczna oraz społeczna. W wymiarze społecznym głównym celem jest poznanie aktualnych postaw społecznych wobec różnych aspektów związanych z HIV/AIDS i STIs. Diagnoza postaw społecznych powinna uwzględniać zarówno podejmowane zachowania, jak i aktualny poziom wiedzy oraz przekonania, które determinują angażowanie się we wszelką aktywność.

Przebieg badań społecznych z ostatniego dwudziestolecia obejmujących tematykę HIV/AIDS pokazuje, że coraz rzadziej realizuje się projekty badawcze podejmujące problematykę zakażeń HIV oraz jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS. Sporadycznie również prowadzi się badania podnoszące temat postaw społecznych wobec infekcji przenoszonych drogą płciową. Wydaje się, że wbrew rzeczywistej potrzebie stalego diagnozowania tej materii wynikającej z wiedzy o aktualnej, wciąż niezadawalającej sytuacji epidemiologicznej w Polsce, problematyka ta została przesunięta na dalszy plan.

Ma to zapewne związek z faktem, że w świadomości społecznej Polaków HIV/AIDS i STIs stanowią już aktualnie niewielkie zagrożenie. Z reprezentatywnych, cyklicznych badań Z. Izdebskiego zrealizowanych w latach 2011 i 2017 wynika, że kolejno 20% i 13% Polaków jest przekonanych, że „wzylko zakażenia HIV jest tak małe, że właściwie nie ma się czego bać” [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020].

Testy w kierunku HIV/STIs

Z danych zgromadzonych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych wynika, że w ostatniej dekadzie wzrosła znacząco liczba wykonywanych tam testów w kierunku zakażeń HIV. Dane pokazały, że nastąpił wzrost liczby testów od około 160 tys. w połowie 2000 r. do ponad 300 tys. w latach 2013–2015 i ponad 400 tys. w 2016 r. [Wojszyński i in., 2018].

Informacje uzyskane podczas badań społecznych nie są jednak tak optymistyczne. Na podstawie istniejących danych można stwierdzić zarówno niski poziom testowania się Polaków w zakresie zakażeń HIV, jak i niski odsetek osób gotowych zrobić test w przyszłości.

- Wskaźnik liczby wykonanych testów w populacji ogólnopolskiej od końca ubiegłego wieku stale się wzrasta, jednakże nie przekracza 10%.
- Analizy pozwalają stwierdzić, że od 2011 r. kobiety testują się znacznie częściej niż mężczyźni (do tego czasu notowano tendencję odwrotną) [Izdebski, 2000a, 2006, 2012; Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020], od 1997 r. procent kobiet testujących się wzrósł z 3% do 13% w 2017 r.
- Istotnie częściej statystycznie testują się mieszkańcy dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców); osoby z wykształceniem licencjackim i wyższym; osoby młode (25–39 lat) [Izdebski, 2006; Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020].
- Wyższy wskaźnik testowania dotyczy wybranych grup społecznych, np.: studentów – 12% [Łukaszek, 2019a, 2020], mężczyzn podejmujących aktywność homoseksualną – MSM – 57% [Izdebski, 2012], kobiet świadczących usługi seksualne – 70% [Izdebski, 2000b] i (64%) [Izdebski, 2012].

1 Jak podaje PZH, w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przyjęto, że zdrowie publiczne to „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa”, www.pzh.gov.pl/zdrowie-publiczne/.

- Niski wskaźnik testowań – na poziomie 5% – notuje się wśród mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności (mimo że jest to grupa o wysokim odsetku podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych) [Łukaszek, 2019b].

- Niski i nadal malejący odsetek osób, które rozważają wykonanie testu w kierunku zakażeń HIV: w ogólnopolskich badaniach Izdebskiego z 2011 r. było to 21%, w 2017 r. – 16% [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020]; wśród studentów odsetek rozważających wykonanie testu stanowił 18% [Łukaszek, 2019a].

- Niski odsetek osób wykonujących testy w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową, szczególnie w kontekście deklarowanych wskaźników zachorowań na STIs. Z ogólnopolskich badań Z. Izdebskiego przeprowadzonych w 2017 r. (18–49 lat) wynika, że 12,4% ankietowanych (10,1% mężczyzn i 14,7% kobiet) przynajmniej raz w życiu wykonało test w kierunku STIs; stwierdzono także prawidłowość, że odsetek osób testujących zwiększał się wraz z wiekiem (od 4% w grupie wiekowej 18–19 do 16% w grupie 40–49 lat) [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020].

- Niskie wskaźniki testowań w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową w zestawieniu z wysokim procentem Polaków, którzy potwierdzili fakt infekcji przenoszonej drogą płciową:

- o w czasie badań 5,2% respondentów (5,8% mężczyzn i 4,6% kobiet) zadeklarowało, że przynajmniej raz w życiu miało infekcję związaną z STIs [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020];

- o spośród mężczyzn podejmujących kontakty seksualne z mężczyznami (2005 r.) 17,1% zadeklarowało, że cierpieli na choroby przenoszone drogą płciową [Izdebski, 2012].

Zachowania seksualne

Zakażenia HIV i inne infekcje przenoszone drogą płciową w populacji wiążą się ściśle z istniejącym modelem obyczajowości seksualnej rozumianym szeroko jako „zbiór uznanych społecznie norm i wzorów (modeli) postępowania odnoszących się do zachowań seksualnych (manifestacji i realizacji potrzeb seksualnych)” [Waż, 2010, 2011].

Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat nastąpiły w Polsce ogromne zmiany w obyczajowości seksualnej Polaków, które w szczególności dotyczą osób młodych: nastolatków i „młodych dorosłych”². Konsekwencje tych zmian są widoczne także w strukturze klientów zgłaszających się do punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Od 2007 r. notuje się bowiem znaczny wzrost odsetka osób mających doświadczenia seksualne z licznymi partnerami – np. w 2013 r. 6 i więcej partnerów zadeklarowało 41% [Krajowe Centrum ds. AIDS, 2014] przy średniej krajowej nieprzekraczającej 5 partnerów. Dodatkowo w latach 2010–2013 [Krajowe Centrum ds. AIDS & IBC GROUP, 2010] zanotowano drastyczny wzrost procentowy osób, które nigdy podczas aktywności seksualnej z partnerami innymi niż stały nie stosują prezerwatyw (z 10% do 46%). Podobna tendencja dotyczy całkowitej rezygnacji z używania prezerwatyw w kontaktach ze stałym partnerem (wzrost z 10% do 48%).

Analiza badań społecznych odnoszących się do modelu seksualności współczesnych Polaków pozwala dostrzec następujące tendencje:

- Wzrost liczby partnerów seksualnych, zwłaszcza w grupie kobiet:
 - o z cyklicznych badań Z. Izdebskiego wynika, że średnia liczba partnerów w latach 1997, 2005, 2011, 2017 wynosiła kolejno 4,5 [Izdebski, 2000]; 4,49; 4,6; 5,0 [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020];

² Jako „młodych dorosłych” określa się zazwyczaj osoby w wieku od 18 do 29–35 lat.

- o od 2005 r. stwierdza się znaczny wzrost liczby partnerów seksualnych w grupie kobiet – od 2 do 3,8; porównując – wskaźnik dla mężczyzn utrzymuje się w tym okresie na poziomie 6,2–6,37 [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020];
- o obniża się odsetek osób, które miały doświadczenia seksualne tylko z jednym partnerem seksualnym w życiu, wzrasta natomiast procent osób z doświadczeniami aktywności seksualnej z wieloma partnerami [Izdebski, 2012].
- Wysoki, choć malejący odsetek mężczyzn i kobiet podejmujących kontakty seksualne poza stałym związkiem:
 - o w 1997 r. deklarację podejmowania aktywności seksualnej poza stałym związkiem sformułowało 28% mężczyzn i 16% kobiet z próby ogólnopolskiej [Izdebski, 2000a]; w 2005 r. kolejno 26% i 15% [Izdebski, 2012]; w 2011 r. – 21% i 12% [Izdebski, 2012], w 2017 r. – 19,2% i 13,2% [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020];
 - o osoby obce lub słabo znane były partnerami inicjacji seksualnej dla 11% współczesnych „młodych dorosłych”, dodatkowo 33% respondentów w wieku 18–19 lat poinformowało, że poznało swojego partnera nie wcześniej niż miesiąc przed inicjacją; wśród studentów (19–20 lat) odsetek wyniósł 36% [Komorowska-Pudło, 2013];
 - o w czasie badań zanotowano znaczący odsetek osób (7% mężczyzn i 5% kobiet) podejmujących kontakty seksualne w rzeczywistości z przypadkowymi partnerami poznanymi w internecie [Izdebski, 2017].
- Wzrost otwartości Polaków na różne formy aktywności seksualnej, m.in.:
 - o kilkakrotnie wzrost odsetka Polaków (w szczególności kobiet, osób młodych – 25–39 lat, posiadających wyższe wykształcenie) podejmujących kontakty oralne: w 1997 r. takie doświadczenia miało 12% kobiet i 18% mężczyzn [Izdebski, 2000a]; w 2005 r. kolejno 43% i 55%, w 2011 r. – 50% i 54% [Izdebski, 2012], zaś w 2017 r. – 65% i 63% [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020]. W kontekście ryzyka zakażenia HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową ważne jest, że połowa podejmowanych zachowań to kontakty z wytrykiem do ust;
 - o trzykrotny wzrost odsetka Polaków podejmujących stosunki analne – w 1997 r. deklarowało je 7% kobiet i 9% mężczyzn, w 2005 r. kolejno 16% i 20%, w 2011 r. – 13% i 17%, w 2017 r. – 21% i 20% [Izdebski, 2000a; Izdebski, 2012; Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020].
- Niski odsetek osób stosujących prezerwatywy, zwłaszcza podczas najbardziej ryzykownych kontaktów seksualnych:
 - o stwierdzono, że w grupie Polaków aktywnych seksualnie nigdy w ciągu ostatniego roku nie zastosowało prezerwatywy w 2011 r.: 44% kobiet i 29% mężczyzn [Izdebski, 2012], zaś w 2017 r.: podczas stosunku waginalnego 46,3% kobiet i 35,3% mężczyzn, a podczas kontaktów analnych 73,5% kobiet i 51,1% mężczyzn [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020];
 - o w czasie ostatniego kontaktu seksualnego z osobą, która nie była stałym partnerem, prezerwatywy użyło zaledwie 31% mężczyzn i 21% kobiet [badania 2005 – Izdebski, 2012];
 - o nastolatki i „młodzi dorośli” stosują prezerwatywy nieregularnie, często rezygnując z nich podczas ryzykownych kontaktów seksualnych.
- Wysoki odsetek osób (do ponad 50% w różnych grupach) z doświadczeniami kontaktów seksualnych bez użycia prezerwatywy w stanie odrzucenia środków przeciwdziałania HIV/STIs

Nieseksualne ryzykowne zachowania mogące pośrednio generować zakażenia HIV/STIs

Analizując zagrożenie HIV i innymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową, konieczne jest wskazanie zachowań, które mogą stanowić okoliczność sprzyjającą sytuacji ryzyka. Najczęściej z nich to używanie i nadużywanie środków psychoaktywnych, szczególnie niebezpieczne dla nastolatków i „młodych dorosłych”, którzy z racji wieku mają trudności dokonywania adekwatnej oceny ryzyka, np. związanego z podjęciem aktywności seksualnej [Bancroft i in., 2019]. Na podstawie dostępnych raportów można stwierdzić, że problem używania i nadużywania środków psychoaktywnych przez Polaków jest duży, w szczególności zaś dotyczy ludzi młodych:

- dane zgromadzone podczas reprezentatywnych badań CBOS (2010) pokazały, że deklaracje upijania się przynajmniej raz w roku złożyło 48% pijących alkohol mężczyzn i 12% kobiet; dodatkowo w teście przesiewowym CAGE 19% mężczyzn oraz 2% kobiet uzyskało wynik sugerujący występowanie u nich problemu alkoholizmu [CBOS, 2010];
 - badania stanu zdrowia ludności NIZP-PZH [Wojtyński i in., 2018] ujawniły, że 21,4% mężczyzn i 6,1% kobiet ma poczucie nadmiernego spożywania alkoholu lub spotyka się z krytyką rodziny odnośnie do własnego stylu życia bądź też ma wyrzuty sumienia wynikające z nadużywania alkoholu;
 - z raportu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Kantar Polska z 2018 r. wynika, że 7,8% badanych w wieku 15–34 używa marihuany, a w populacji generalnej (15–64 lata) 16,4% mężczyzn i 7,7% kobiet; do używania amfetaminy w ciągu ostatniego roku przynależą się 1,4% badanych (15–34 lata) [Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 2019].
- W kontekście zakażeń HIV i STIs szczególnie niebezpieczne wydaje się używanie i nadużywanie środków psychoaktywnych w towarzystwie. Jest to bowiem okoliczność sprzyjająca sytuacji podejmowania przypadkowych, niezabezpieczonych kontaktów seksualnych oraz bagatelizowania konieczności użycia prezerwatywy:
- z badań wynika, że około 30–36% 15-latków w latach 2004–2008 uczestniczyło w spotkaniach towarzyskich, gdzie używano marihuany lub haszyszu, zaś 24% badanych zarówno w 2004 r., jak i 2008 r. upijało się z rówieśnikami [Ostaszewski, 2009];
 - 52% studentów przyznało, że brało udział w spotkaniu, imprezie towarzyskiej, będąc w stanie upojenia alkoholowego, a 20% w stanie po użyciu narkotyków [Łukaszek, 2019a].

Poziom wiedzy Polaków o HIV/STIs

Informacje zebrane podczas realizacji projektów obejmujących duże populacje sugerują obniżający się poziom wiedzy o HIV – analiza wskaźników WHO/UNAIDS do oceny wiedzy o HIV/AIDS pokazała (Tabela 4), że od 2005 r. odsetek osób, które udzieliły poprawnych odpowiedzi, uległ zmniejszeniu³.

³ Licząc średnią wyników dla poszczególnych trzech wskaźników w badaniach po 2005 r.

Niski poziom wiedzy Polaków wiąże się po części z brakiem wiedzy o rzeczywistym udziale poszczególnych czynników ryzyka w strukturze nowo wykrytych zakażeń – wynikający z faktu, że dostępne i publikowane informacje pochodzą z danych zgromadzonych w punktach testowania (NIZP-PZH) i zostały opracowane na podstawie informacji uzyskanych średnio od 35% osób z diagnozą zakażenia (na podstawie danych NIZP-PZH z lat 2014–2018). Brak natomiast danych dotyczących reszty Polaków żyjących z HIV.

Na podstawie badań społecznych stwierdza się bardzo niski poziom wiedzy młodzieży i „młodych dorosłych”. Deficyt informacji odnosi się szczególnie do rozpoznawania ryzyka zakażeń w sytuacjach codziennych, diagnozowania HIV i leczenia.

- Z badań TNS OBOP (2007) wynika, że 79% uczniów gimnazjów zna skrót HIV, a 73% skrót AIDS. Odsetek poprawnych odpowiedzi udzielonych przez respondentów na pytania dotyczące dróg zakażeń wynosił kolejno: odnośnie do zagrożenia wynikającego ze wspólnego używania strzykawek i igieł – 90%, kontaktów seksualnych z wieloma partnerami – 89%, ugrzyżenia przez komara lub inne owady i zwierzęta – 33%, podania ręki, tulenia i całowania innej osoby – 34%, korzystania ze wspólnej toalety – 28%, korzystania z tych samych naczyń – 35%, jazdy tymi samymi środkami lokomocji – 48%, uczęszczania do tej samej szkoły – 51%.
- Podczas badań zrealizowanych w 2015 r. stwierdzono, że większość młodzieży ma wiedzę ogólną o HIV (choć tylko 81,3% wie, że zakażony HIV może zakażać przez całe życie); 80–90% badanych ma wiedzę, że można zakażać się podczas niezabezpieczonych prezerwatywą stosunków seksualnych, ale znacznie niższy jest odsetek prawidłowych odpowiedzi dotyczących zakażeń w sytuacjach dnia codziennego (np. korzystania z tych samych naczyń, choć umytych wcześniej – 75% i zakażeń przez ukąszenia owadów – prawidłowej odpowiedzi udzieliło 1/3 badanych); ujawniono niski poziom wiedzy o diagnozowaniu HIV – tylko 23% respondentów wie, w jakim czasie od ekspozycji można wykryć wirusa, 57% ma wiedzę, gdzie można zrobić test diagnostyczny, niski jest też poziom wiedzy o możliwości leczenia (69% wie, że osoba zakażona HIV może się leczyć) [Pikala i in., 2015].
- Wiedza studentów dotycząca możliwości diagnozowania HIV jest znacznie niższa niż ta, która dotyczy znajomości dróg zakażenia, 25% studentów udzieliło mniej niż 50% poprawnych odpowiedzi, tylko 5,9% zaś powyżej 84,6% poprawnych odpowiedzi na pytania o drogi zakażenia; jeżeli chodzi o problemy diagnozowania HIV, tylko 1,9% studentów odpowiedziało poprawnie na więcej niż 85,7% pytań, ponad 60,5% badanych nie przekroczyło 42,9% poprawnych odpowiedzi [Łukaszek, 2020].
- Stwierdzono niski poziom wiedzy „młodych dorosłych” – jako zadowalającą oceniono znajomość skrótów HIV i AIDS (odpowiednio 88% oraz 81% poprawnych odpowiedzi), tylko 37% badanych potrafiło jednak poprawnie wskazać wszystkie trzy podstawowe drogi infekcji; 46% ankietowanych miało świadomość, że zakażenie HIV nie jest tożsame z chorobą AIDS; jedynie 38% osób wskazało poprawnie temperaturę powyżej 56°C oraz deterenty jako czynniki, które unicestwiają wirusa [Janiszewska i in., 2019].
- Ponad 97% studentów zgłasza potrzebę zdobywania wiedzy o HIV/AIDS [Komońska & Małkowska-Szkućnik, 2008].

Mimo wysokiego wskaźnika zakażeń przenoszonych drogą płciową w populacji polskiej niewiele jest do tej pory projektów diagnozujących wiedzę społeczeństwa na ten temat. Na podstawie badań studentów uczelni lubelskich stwierdzono, że 34,7% badanych posiada niski poziom wiedzy, 32,7% średni, a 32,7% wysoki poziom wiedzy na temat infekcji przenoszonych drogą płciową [Wdowiak i in., 2011]. Podczas badań uczniów stwierdzono, że jako główne źródło wiedzy o problemie STIs

Tabela 4. Wskaźniki WHO/UNAIDS do określania poziomu wiedzy o HIV/AIDS

Wskaźniki WHO/UNAIDS do określania poziomu wiedzy o HIV/AIDS (WHO PI 1)	Odsetek poprawnych odpowiedzi				
	Z. Izdebski 1997 N=2702	Z. Izdebski 2001 N=3200	Z. Izdebski 2005 N=3154	Z. Izdebski 2011 N=2467	M. Łukaszek 2019 N=2764
można ograniczyć ryzyko zakażenia HIV/AIDS, pod warunkiem używania prezerwatyw podczas stosunków płciowych	75,2%	70,9%	94,7%	88,9%	69,7%
można uniknąć zakażenia, współyżając z jednym wiernym partnerem	86,7%	79,7%	85,6%	82,7%	57,2%
można uniknąć zakażenia, jeśli do każdego zaszytku użyje się sterylnej igły	87,9%	82,5%	93,1%	89,4%	80,4%
				89%	
				86%	
				88%	
				92%	
				77%	

Źródło za: Łukaszek [Łukaszek, 2020c].

Niezadawalający jest w szczególności poziom wiedzy Polaków dotyczący dróg zakażeń w sytuacjach dnia codziennego (np. wspólne posiłki, korzystanie ze wspólnej toalety, ukąszenie komara) – jest on znacznie niższy niż dotyczący ryzyka zakażenia związanego z aktywnością seksualną (Tabela 5).

Tabela 5. Ocena ryzyka zakażenia HIV w sytuacjach codziennych

Ocena ryzyka zakażenia HIV w sytuacjach codziennych	Odsetek poprawnych odpowiedzi							
	CBOS 1992 N=1124	Z. Izdebski 1997 N=2702	CBOS 1996 N=1097	Z. Izdebski 2001 N=3200	CBOS 2001 N=968	Z. Izdebski 2005 N=3154	Z. Izdebski 2011 N=2467	M. Łukaszek 2019 N=2764
Korzystanie z publicznych toalet	61%	45%	55%	43%	61%	54%	51%	32%
Spożywanie posiłków wspólnie z żyjącymi z HIV (korzystanie z tych samych naczyń, sztućców itp.)	64%	71%	62%	70%	67%	81%	75%	65%
Ukąszenie przez komary i inne owady	46%	50%	54%	51%	51%	61%	59%	32%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [CBOS, 1992, 1996, 2001; Izdebski, 2000a, 2006, 2012; Łukaszek, 2019a].

2019	N=2764	M. Łukaszek	11%
------	--------	-------------	-----

Źródło: opracowanie własne na podstawie [CBOS, 1992, 1996, 2001; Kmieciak-Baran, 1995; Krajowe Centrum ds. AIDS, 2000; Łukaszek, 2019a; Wojciechowska, 2011].

- o osoby zakażone HIV postrzegane są jako niemoralne, ponieważ zakażenia są kojarzone z podejmowaniem zachowań wiążących się z łamaniem zasad moralnych (ryzykowne kontakty seksualne, narkotyki). Stwierdzono, że w opiniach studentów o tym, do jakich grup należą osoby zakażone HIV, dominowały te, że zakażenia to narkomani (34,5% odpowiedzi), homoseksualiści (18,7%), pracownicy służby zdrowia (15,9%), prostytutki (12,4%) oraz osoby współżyjące z przypadkowymi partnerami (7,1%) [Łukaszek, 2019a].
- przekonani wiązanych ze stosowaniem prezerwatyw:
 - o opinie, że stosowanie prezerwatywy w stałym związku wówczas, gdy nie ma obawy o zjście w ciąży, jest wyrazem braku zaufania do partnera, podzieliło w 1997 r. 56% Polaków [Izdebski, 2000a], w 2005 r. – ponad 20% [Izdebski, 2012];
 - o 71% Polaków jest przekonanych (1997), że współżycie przy użyciu prezerwatywy rzutuje negatywnie na jego spontaniczność [Izdebski, 2000a];
 - o zaledwie 28% Polaków (1997) myśli, że prezerwatywa zmniejsza ryzyko zakażenia HIV [Izdebski, 2000a];
 - o z badań TNS OBOP [TNS OBOP, 2007] wynika, że 11% gimnazjalistów jest przekonanych, że prezerwatywa nie obniża ryzyka zakażenia, zaś 22% nie ma zdania na ten temat; w 1996 r. osób, które miały takie przekonania, było znacznie mniej – kolejno 9% i 6%;
 - o 76% Polaków wyraziłoby zgodę na użycie prezerwatywy podczas pierwszego kontaktu seksualnego z partnerem, gdyby propozycja wyszła od niego, a 70% mogłoby zaproponować użycie tego środka [Izdebski, 2006];
 - o 16,8% zawodowych żołnierzy zupełnie wątpi w skuteczność prezerwatywy jako środka ograniczającego możliwość zakażenia HIV [Niedźwiedka i in., 2010].
- przekonania o pozytywnym wpływie używania alkoholu na seks – w 2005 r. 31% mężczyzn i 20% kobiet podzieliło tę opinię [Izdebski, 2012].

Stygmatyzacja i dyskryminacja osób żyjących z HIV

Zgodnie ze stanowiskiem UNAIDS, „stygmat i dyskryminacja związane z HIV/AIDS, jako łamanie praw człowieka, stanowią jedną z największych barier w prewencji nowych zakażeń, zapewnienia opieki, wsparcia i leczenia” [UNAIDS, 2002].

Jak wynika z badań, sytuacja życiowa osób po zdiagnozowaniu zakażenia HIV ulega zasadniczym zmianom. Dotyczy one w szczególności kontaktów społecznych. Stwierdzono, że 21% osób ze względu na zakażenie było zmuszonych do zmiany grona dotychczasowych znajomych, 11% przeżyło z tego powodu rozpad związku intymnego, 11% straciło przyjaciół, 10% kontakt z rodziną, a 7% utraciło możliwość wykonywania pracy zawodowej [Ankiersztejn-Bartczak, 2013].

Wiadomo, że subiektywne poczucie obniżenia się jakości życia przez osoby żyjące z HIV/AIDS wiąże się ściśle z doświadczaną przez nich stygmatyzacją społeczną, marginalizacją [Peltzer & Ramlagan, 2011], a przede wszystkim z brakiem wsparcia emocjonalnego [Bejunirwe i in., 2009]. Udowodniono natomiast, że otrzymane wsparcie powoduje obniżenie poziomu objawów traumy związanej z faktem zakażenia HIV [Oniszczenko i in., 2018].

W kontekście wiedzy o tym, że 12,1% Polaków żyjących z HIV miało zarówno myśli, jak i próbę samobójczą, a dodatkowe 21,3% – myśli samobójcze [Ankiersztejn-Bartczak, 2013], zasadne wydaje się

wskazywali oni środowisko szkolne (głównie rówieśników) oraz internet. 29% badanych oceniło poziom swojej wiedzy o infekcjach przenoszonych drogą płciową jako dobry i bardzo dobry [Olejniczak i in., 2012].

Przekonania Polaków

Mimo ciągłej (od 1996 r.) realizacji Programu stereotypowe, czyli uproszczone i wartościujące zabarwione, przekonania odnoszące się do różnych sfer wiążących się z problemami HIV/AIDS i STIs wciąż funkcjonują w świadomości społecznej. Jest to, z jednej strony, efekt przeciwywania nieaktualnych już informacji z przeszłości, z drugiej – zmniejszania się liczby osób umierających z powodu AIDS, co jest możliwe dzięki aktualnym możliwościom leczenia [Wojciechowska, 2011] i, co za tym idzie, większa szansa na znajomość osoby żyjącej z HIV. Na podstawie dostępnych badań można stwierdzić, że przekonania te odnoszą się w szczególności do:

- poczucia własnego bezpieczeństwa:
 - o stwierdzono, że maleje odsetek Polaków, którzy obawiają się AIDS (w 1996 r. było to 41%, w 1999 r. 35%, w 2005 r. – 30%, w 2008 r. – 29%); odsetek Polaków deklarujących lęk przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową jest marginalny [CBOS, 2008a];
 - o spony odsetek Polaków jest przekonany, że nigdy nie zakazi się HIV – 30,3%, lub ocenia prawdopodobieństwo zakażenia wirusem jako małe – 49,6% [Izdebski, 2006]; w 2011 r. 20% Polaków było przekonanych, że ogólne ryzyko zakażenia HIV jest tak małe, że nie ma się czego bać, a w 2017 r. – 13% [Izdebski & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2020];
 - o 55% badanych studentów kierunków medycznych wyraziło przekonanie, że najsukuteczniejszą obroną przed zakażeniem HIV jest unikanie wszelkich kontaktów z zakażonymi [Cybulski & Pawłowska, 2012].
- ocen osób zakażonych:
 - o studenci wyrażają przekonanie, że większość ludzi zakażonych HIV umrze z powodu choroby AIDS oraz że większość ludzi zakażonych HIV zachoruje na AIDS (kolejno 39% i 54%) [Komosńska & Malkowska-Szutnik, 2008];
 - o 38,2% studentów jest zdania, że osoby, które zakaziły się HIV przez kontakt seksualny lub używanie narkotyków dożyłnie, mają to, na co zasłużyły [Wojciechowska, 2011];
 - o wysoki odsetek respondentów (tabela poniżej) jest przekonanych, że osoby żyjące z HIV same są winne zakażenia;

Tabela 6. Odsetek popierających przekonanie, że zakażeni sami są winni zakażenia/są odpowiedzialni za swoją chorobę

Rok badania	Liczoność próby	Autor badania	Odsetek popierających przekonanie, że zakażeni sami są winni zakażenia/są odpowiedzialni za swoją chorobę
1992	N=1124	CBOS	47%
1995	N=627	K. Kmieciak-Baran	28%
1996	N=1097	CBOS	49%
2000	N=1266	Firma RUN dla Krajowego Centrum ds. AIDS	32%
2001	N=968	CBOS	37%
2007	N=1272	J. Wojciechowska	56,6%

- przyjrzenie się, czy postawy Polaków są przyjazne, wspierające zakażonych, czy wręcz przeciwnie – świadczą o skłonności do dyskryminacji, stygmatyzacji i marginalizacji tej grupy. Analizy dostępnych badań dowodzą, że mimo prowadzenia od wielu lat działalności profilaktycznej dotyczącej HIV/AIDS, sytuacja Polaków żyjących z HIV jest nadal bardzo trudna. Spośród 545 osób żyjących z HIV 46% doświadczyło w swoim życiu dyskryminacji ze względu na zakażenie, a 20% stwierdziło, że zdarzyło się to również w ciągu roku poprzedzającego badanie [Ankiersztajn-Bartczak, 2013].
- Dyskryminacji, bez względu na okres, jaki upłynął od uzyskania wiedzy o zakażeniu, w wyższym odsetku doznają kobiety (kobiety 56,1% i mężczyźni 41%).
 - Osoby, które zakaziły się w wyniku narkotyzowania się, były dyskryminowane w dwukrotnie wyższym odsetku niż osoby zakażone przez kontakty seksualne.
 - W najwyższym odsetku czują się dyskryminowane osoby heteroseksualne (20%) w porównaniu do homoseksualnych (16%) i biseksualnych (11%).
 - Osoby wskazywane jako dyskryminujące to głównie: pracownicy służby zdrowia (28%), znajomi (11%), pracownicy służby więziennej (7%), dalsza rodzina (7%), własna „najbliższa” rodzina (6%), pracodawcy (5%), rodzeństwo (4%).
 - W ostatnim roku, ze względu na fakt zakażenia, 5% ankietowanych utraciło miejsce swojego zatrudnienia.
 - 20% respondentów w ciągu jednego roku spotkało się w związku z HIV z odmową udzielenia świadczeń lekarskich.

Prawa osób żyjących z HIV w opiniach społecznych

Analiza projektów badawczych realizowanych na reprezentatywnych lub bardzo licznych próbach badawczych sugeruje ponowny wzrost (po 2000 r.) wskaźnika dyskryminacji osób żyjących z HIV (zgodnie z czteroczynnikowym modelem wskaźników opracowanym przez WHO/UNAIDS).

W raportach stwierdzono, że prawo do opieki nad zakażonym członkiem rodziny popierało 49–80% Polaków, prawo do zachowania w tajemnicy swojego zakażenia 36–53%, prawo do kontynuowania pracy zawodowej od 19% (w zawodach medycznych) do 84%, zaś prawo do korzystania z opieki medycznej od 59% (zabiegi medyczne) do 86% [Izdebski, 2011, 2012; Krajowe Centrum ds. AIDS, 2014; Łukaszek, 2020; Wojciechowska, 2011].

Stwierdzono, że nasilenie dyskryminujących postaw Polaków uzależnione jest od drogi zakażenia HIV; najmniej napiętnowane są osoby, które uległy zakażeniu podczas iniekcji narkotykowych, kontaktów homoseksualnych, seksu z przypadkowymi partnerami oraz seksu komercyjnego [Łukaszek, 2019; Wojciechowska, 2011].

Na podstawie dostępnych badań zauważa się obniżenie odsetka osób respektujących prawo osoby żyjącej z HIV do opieki ze strony członków rodziny:

- odsetek Polaków, którzy skłonni byłiby sprawować opiekę nad zakażonym członkiem rodziny, wyniósł 80,2% w badaniach Z. Izdebskiego z 2005 r. [Izdebski, 2012] oraz 73% z 2011 r. [Izdebski, 2011];
- w badaniach Niezależnego Instytutu Badań Rynkowych IPSOS dla Krajowego Centrum ds. AIDS (2014) chęć opieki nad członkiem rodziny, który zachorował na AIDS, wyraziło 49% osób [Krajowe Centrum ds. AIDS, 2014];
- w 2019 r. 73,2% studentów Podkarpacia wyraziło pogląd, że rodzina powinna objąć opieką krewnego, który zakaził się w sytuacji pozaseksualnej, a 68,9% – gdy zakaził się podczas kontaktów

seksualnych; 70,5% zadeklarowało gotowość do opieki nad najbliższym krewnym w takiej sytuacji [Łukaszek, 2019a].

Ponad połowa Polaków kwestionuje prawo osób zakażonych do utrzymania faktu swojego zakażenia w tajemnicy:

- w badaniach Z. Izdebskiego prawo do poinformowania społeczności, w której żyją osoby zakażone, poparło 52,5% (2005) [Izdebski, 2012] i 37,2% [Izdebski, 2011];
- w 2014 r. stwierdzono, że 57% Polaków jest przekonanych, że zakażeni powinni ujawnić swój stan osobom obcym, z którymi mają kontakt, 48% zaś wyraziło pogląd, że zakażeni powinni ujawniać swój stan zdrowia, ale tylko rodzinie i bliskim [Krajowe Centrum ds. AIDS, 2014];
- 49% studentów akceptuje prawo do utrzymania w tajemnicy informacji o zakażeniu przed osobami spoza rodziny, ale tylko 36% – przed członkami rodziny [Łukaszek, 2019a].

Respektowanie prawa osób zakażonych HIV do kontynuowania pracy zawodowej:

- w badaniach Z. Izdebskiego odsetek osób dających prawo do kontynuowania pracy w zawodzie, gdzie do zadań należy kontakt z ludźmi, wyniósł 83,9% (2005) [Izdebski, 2012] i 71,5% [Izdebski, 2011];
- w badaniach Niezależnego Instytutu Badań Rynkowych IPSOS dla Krajowego Centrum ds. AIDS (2014) prawo osób żyjących z HIV do pracy w zawodzie akceptuje 67% Polaków [Krajowe Centrum ds. AIDS, 2014];
- stwierdzono, że 54,5% studentów akceptuje kontynuowanie przez osoby żyjące z HIV pracy zawodowej wymagającej kontaktu z ludźmi, tyle samo respondentów wyraża zgodę na pracę w służbach mundurowych, natomiast na stanowiskach, gdzie istnieje prawdopodobieństwo kontaktu z płynami ustrojowymi człowieka (lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny) – 18,9% [Łukaszek, 2019a].

Można zauważyć zmniejszający się odsetek osób respektujących prawo osób zakażonych do korzystania z opieki medycznej:

- z badań Z. Izdebskiego (2005) wynika, że procent osób, które wyrażają pogląd, że zakażeni mają prawo korzystać z opieki medycznej w takim samym lub większym stopniu jak osoby zdrowe, wyniósł 85,6% [Izdebski, 2012];
- w badaniach zrealizowanych przez Niezależny Instytut Badań Rynkowych IPSOS dla Krajowego Centrum ds. AIDS odsetek osób, które zgodziły się ze stwierdzeniem, że „osoby zakażone HIV/chore na AIDS powinny mieć taki sam dostęp do opieki medycznej jak osoby chore na inne choroby przewlekłe/zakaźne”, wyniósł 74% [Krajowe Centrum ds. AIDS, 2014];
- odsetek studentów, którzy respektują korzystanie przez żyjących z HIV z porad lekarskich na takich samych zasadach jak osoby zdrowe, wyniósł 84,1%, natomiast w odniesieniu do zabiegów medycznych stanowił tylko 58,9% [Łukaszek, 2019a].

Ponad 50% ankietowanych studentów kierunków medycznych opowiedziało się za stworzeniem imiennych rejestrów osób zakażonych [Krajowe Centrum ds. AIDS, 2000]; 10,7% studentów uczelni gdańskich popiera tezę, że powinno się ujawniać nazwiska osób żyjących z HIV [Wojciechowska, 2011].

Blisko 46% lekarzy stomatologów wyraża opinię, że osoby żyjące z HIV powinny być leczone w specjalnych gabinetach, a tylko 36% zgadza się ze stwierdzeniem, że osobom żyjącym z HIV służanie przysługuje prawo do utrzymania stanu swojego zdrowia w tajemnicy [Biała i in., 2016].

23. Izdebski Z., & Waż K. Aktywność seksualna młodzieży 15-letniej. W: J. Mazur & A. Malkowska-Szkutnik (Red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC* (2018).
24. Izdebski Z., & Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. *Zdrowie i życie seksualne Polak i Polaków w wieku 18-49 lat w 2017 roku. Studium badawcze na tle przemian od 1997 roku.* Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego (2020).
25. Janiszewska E., Pluta D. & Dobosz T. Ocena stanu wiedzy młodych ludzi na temat HIV/AIDS. *Alergia Astma Immunologia*, 24 (1), (2019).
26. Janiszewski M. *Raport – Zohierze 2001. Świat-Problemy*, 11 (2002).
27. Kmieciak-Baran K. *HIV/AIDS alienacja oraz wsparcie i odrzucenie społeczne* (Wyd. 1). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego (1995).
28. Komorowska-Pudło M. *Seksualność młodzieży przełomu XX i XXI wieku.* (2013).
29. Komosińska K. & Malkowska-Szkutnik A. *Wiedza i przekonania związane z HIV/AIDS oraz zachowania seksualne studentów Uniwersytetu Warszawskiego.* (2008).
30. Kowalska A. *Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany.* W: J. Mazur (Red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC* (2015).
31. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019 roku.* Krajowe Centrum ds. AIDS. *Postawy studentów akademii medycznych wobec HIV/AIDS* (2000 r.).
32. Krajowe Centrum ds. AIDS. *Postawy studentów akademii medycznych wobec HIV/AIDS* (2000 r.).
33. Krajowe Centrum ds. AIDS. *Raport 2: Diagnostyka dotycząca potrzeb edukacyjnych w zakresie HIV/AIDS oraz działań prewencyjnych drogą płciową (STIs)* (2014).
34. Krajowe Centrum ds. AIDS. *Raport końcowy z badania. Analiza danych uzyskanych z ankiet przeprowadzonych w PKD w 2010 roku.*
35. Lukaszek M. *Cechy obyczajowości seksualnej mężczyzn niedostosowanych społecznie.* W: I. Mudrecka (Red.), *Resocjalizacja, readaptacja i reintegracja społeczna – Problemy, programy i perspektywy rozwoju komunikacji, Pedagogia Wyższa Szkoła Nauk Społecznych* (2017a).
36. Lukaszek M. *HIV/AIDS – the problem in Polish prisons.* *HIV & AIDS Review*, 18(3), (2019b). <https://doi.org/10.5114/hivar.2019.88195>
37. Lukaszek M. *Obyczajowość seksualna mężczyzn niedostosowanych.* W: K. Wąż (Red.), *Obyczajowość seksualna Polaków: Perspektywa interdyscyplinarna.* Oficyna Wydawnicza Impuls, (2019c).
38. Lukaszek M. *Postawy studentów uczelni podkarpackich wobec HIV/AIDS.* *Krajowe Centrum ds. AIDS* (2019a). https://aids.gov.pl/badania_socjalne/postawystudentow/
39. Lukaszek M. *Prisoners with regard to female life and sex partners. Teoretyczna i dydaktyczna filologia* (2017b).
40. Lukaszek M. *Wiedza studentów podkarpackich uczelni na temat HIV/AIDS.* *Kontra*, Vol. 84, nr 2, (2020).
41. Lukaszek M. *Szorstka młodzież: Socjalizacyjne wyznaczniki zachowań seksualnych młodzieży (na podstawie badań wychowanków Ochotniczego Hufca Pracy)* (Wydanie I). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego (2013).
42. Lukaszek M. *Socially maladjusted men and their sexual scripts in the context of psychoactive substance use.* *Alcoholism and Drug Addiction*, 31(3), (2018). <https://doi.org/10.5114/ain.2018.80852>
43. Lukaszek M. *Students' behaviors in the context of the risk of HIV infection.* *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 19(3), (2020). <https://doi.org/10.1080/15381501.2020.1806165>
44. Niedzwiedka M., Nowacka E. & Grybowski A. *Ryzykowne zachowania żołnierzy służby zasadniczej sprzyjające zakażeniu HIV.* *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(2), (2010).
45. Olejniczak D., Wodzyńska K. & Religiotti U. *Wiedza uczniów klas maturalnych na temat chorób przenoszonych drogą płciową.* *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 20(3), (2012).
46. Omiszczko W., Rzesutek M., Zebrowska M. & Friga-Burkacka E. *Wiek a nasilenie objawów traumy i wsparcie społeczne u osób zakażonych wirusem HIV.* W: A. Pluta, E. Lojek & A. Harban (Red.), *Życie i starzenie się z wirusem HIV. Podejście interdyscyplinarne* (s. 209–222). Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego (2018).
47. Ostaszewski K. *Raport techniczny z realizacji projektu badawczego p. n. Monitorowanie zachowań ryzykownych młodzieży: Badania molekularne.* Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009).
48. Parker R. & Aggleton P. *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action.* *Social Science & Medicine*, 57(1), (2003). [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
49. Peltzer K. & Ramlogan S. *Perceived stigma among patients receiving antiretroviral therapy: A prospective study in KwaZulu-Natal, South Africa.* *AIDS Care*, 23(1), (2011). <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.498864>
50. Piętko M. *Zachowania ryzykowne żołnierzy służby zasadniczej jako czynniki ryzyka zakażenia wirusem HIV.* 11(14), (2001).
51. Plaha M., Ostewac D. & Maniacka-Bryla I. *Ocena wiedzy uczniów szkół średnich na temat zakażeń wirusem. Problemy Higieny i Epidemiologii*, 96(1), (2015).
52. Szełtowski J. *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną.* *Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Europejski Program Badań Ankieta w szkołach ESPAD.* (2015).
53. TNS OBOP. *Raport z pomiaru poziomu wiedzy i postaw uczniów szkół gimnazjalnych odnośnie HIV/AIDS.* *Porównanie wyników do badania „Ocena wiedzy i postaw młodzieży szkół podstawowych na temat zakażenia i zapobiegania HIV/AIDS”* (2007).
54. UNAIDS. *HIV-related stigma and discrimination—the epidemic continues.* Geneva, UNAIDS November (2002).
55. Waszyńska K. *Biografia uwarunkowania życia seksualnego* (Wyd. 1). Wydawn. Naukowe UAM (2010).
56. Waż K. *Znaczenie kultury popularnej w (re)konstruowaniu obyczajowości seksualnej.* W: D. Hejwosż & W. Jakubowski (Red.), *Kultura popularna – Tożsamość – Edukacja* (2010).

Deklarowane zachowania Polaków wobec osób żyjących z HIV

W kontekście przekonań Polaków na temat osób żyjących z HIV nie dziwi, że 40,4% studentów (umiarkowanie lub bardzo) obawia się osób zakażonych HIV, a 14,6% czuje wobec nich odrazę [Wojciechowska, 2011]. Te lęki i obawy uwidaczniają się w deklaracjach działań, które składają respondenci.

Stwierdzono, że 70% respondentów nie poszłoby do stomatologa, który leczy osoby zakażone HIV [Komosińska & Malkowska-Szkutnik, 2008]. Spośród studentów badanych w 2007 r. 11,5% przyznosiło swoje dziecko do szkoły, w której uczy się inny uczeń żyjący z HIV, 44,3% zrezygnowałoby z kupowania w sklepie, którego właściciel choruje na AIDS; 6,5% osób, pracując w biurze, unikałoby kontaktów ze współpracownikami chorymi na AIDS, a 6,3% nalegałoby, aby przeniesi się on do innej pracy [Wojciechowska, 2011].

Aż 41,7% studentów nie zamieszkałoby w tym samym pokoju ze współlokatorem zakażonym HIV; 40,7% nie umieściłoby swojego dziecka w szkole, do której uczęszcza uczeń żyjący z HIV; 38,5% nie skorzystałoby z usług dentysty, który przyjmuje seropozytywnych pacjentów; a 25,5% nie pojechałoby na obóz turystyczny wraz z parą studentów zakażonych HIV [Lukaszek, 2019a].

Bibliografia

1. Ankerstein-Bartczak M. *Psychospołeczna sytuacja osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce* (Praca doktorska).
2. Uniwersytet Warszawski Instytut Stosowanych Nauk Społecznych (2013).
3. Bajunirwe F., Tisch D. J., King C. H., Arts E. J., Debanne S. M. & Sethi A. K. *Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda.* *AIDS Care*, 21(13), 2711–2719 (2009). <https://doi.org/10.1080/09540120802241863>
4. Bancroft J., Lew-Starowicz Z., Robacha A., Śmietana R. & Edira Urban & Partner. *Seksualność człowieka = Human sexuality and its problems.* Edira Urban & Partner (2019).
5. Biata W., Bielonek E., Inglot M. & Krysz B. *Assessment of denims' general attitude towards HIV-infected patients.* *Forum Zakaza*, 7(1), 9–12 (2016). <https://doi.org/10.15374/FZ2015065>
6. CBOS. *Społeczeństwo wobec problemów dotyczących AIDS.* (1992).
7. CBOS. *Społeczeństwo wobec problemów dotyczących AIDS* (1996).
8. CBOS. *Społeczeństwo wobec chorób na AIDS* (2001).
9. CBOS. *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego.* Komunikat z badań (2008a).
10. CBOS. *Postawy i zachowania seksualne młodych Polaków.* Raport z badania ilościowego (2008b).
11. CBOS. *Postawy wobec alkoholu* (2010).
12. CBOS. *Młodzież 2016.* Raport z badania (2016). https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_113_17.PDF
13. CBOS. *Mada na ratu. Komunikat z badań* (Nr 113, 2017). https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_113_17.PDF
14. Czubski M., & Pawłowska M. *Wiedza na temat zakażeń wirusem HIV oraz postawy wobec osób z HIV/AIDS wśród studentów kierunku Zdrowie Publiczne Uniwersytetu Warszawskiego w Białymsku.* *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 3, 618–622 (2012).
15. Dzieńska A. *Picie alkoholu.* Wyniki badań HBSC. W: J. Mazur (Red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych* (2015).
16. Flatau E. *Zdrowie seksualne: Analiza porównawcza wybranych aspektów seksualności studentów w Polsce i we Francji.* Wydawnictwa Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa (2013).
17. Gawron-Skarbek A., Nowacka E., Kaszek M. & Szatko F. *Negatywne wzorce zachowań studentów. Część IV. Zachowania seksualne sprzyjające zakażeniom.* *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(3) (2011).
18. Izdebski Z. *Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim: Zachowania seksualne.* Wydawnictwo Naukowe PWN (2000a).
19. Izdebski Z. *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyzn homoseksualistów i osób uzależnionych od narkotyków.* Organon: UNDP (2000b).
20. Izdebski Z. *Ryzykowna dekada: Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS: studium porównawcze 1997-2001-2005.* Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego (2006).
21. Izdebski Z. *Seksualność Polaków 2011.* TSN OBOP (2011).
22. Izdebski Z. *Seksualność Polaków na początku XXI wieku: Studium badawcze* (Wyd. 1). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego (2012).
23. Izdebski Z. *Seksualność Polaków 2017.* IX Ogólnopolska Debatą o zdrowiu seksualnym 8 lutego 2017, Warszawa.

57. Wąż K. *Socjalizacja seksualna i przemiany w obydwójności seksualnej młodzieży*. W: Z. Izdebski, T. Niemiec, K. Wąż. (Red.), *Zbyt młodzi rodzice*. Wydawnictwo TRIO (2011).
58. Wdowiak A., Bąk M., Bakalczuk G., Lewicka M. & Bakalczuk S. *Analiza poziomu wiedzy studentów odnośnie chorób przenoszonych drogą płciową*, 27, (2011).
59. Wojciechowska J. *Przyczyny dyskryminacji osób żyjących z HIV: Nowe ujęcie teoretyczne i jego implikacje dla edukacji zdrowotnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego (2011).
60. Wołyński B., Goryński P. & Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (2018)*.
61. Woyanarowska B. *Używanie marihuany/haszyszu przez młodzież 15-letnią*. W: J. Mazur (Red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjogeograficznych*. Wyniki badań HBSC. (2015).

V. NOWE TRENDY WIZYWANIA W PROFILAKTYCE HIV/AIDS I STIS

Stosowane od wielu lat metody profilaktyki w połączeniu z coraz skuteczniejszą terapią antyretrowirusową (ARV), której towarzyszą coraz mniej liczne działania niepożądane, doprowadziły do zauważalnego w skali świata zmniejszenia zapadalności na HIV [3]. Z drugiej strony, wciąż istnieją rejon, w których nie udało się zahamować tempa rozprzestrzeniania się epidemii i obserwowany jest przyrost liczby nowych zakażeń HIV (m.in. Rosja i Ukraina dla zakazeń wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków – IDU i mężczyzn mających seks z mężczyznami – MSM, jak też Europa Wschodnia i Środkowa wśród MSM [3,7]). Jednocześnie praktycznie w żadnym kraju nie udało się opanować epidemii kiły, rzeżączki czy chłamydliozy [4, 5, 6].

W przypadku Reczypospolitej Polskiej epidemia HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) jest skoncentrowana na populacjach kluczowych i wymaga rozwiązań zróżnicowanych i adresowanych do osób podejmujących ryzykowne zachowania.

Skuteczna walka z epidemią HIV/AIDS i innymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową opiera się m.in. na [8]:

- nieodpłatnym i anonimowym testowaniu połączonym z szybkim wdrażaniem terapii w przypadku wykrycia zakażenia,
- zapewnieniu dostępu do profilaktyki przedekspozycyjnej i poekspozycyjnej,
- edukacji wyjaśniającej znaczenie poszczególnych działań profilaktycznych i redukującą stygmatyzację.

Nieodpłatne i anonimowe testowanie

System punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) umożliwił anonimową i bezpłatną diagnostykę w kierunku zakażenia HIV, natomiast powszechny dostęp do testów diagnostycznych w kierunku STIs (takich jak kiła, rzeżączka czy chłamydlioza) jest utrudniony [7]. Dane epidemiologiczne i praktyka wskazują, że zainteresowanie pacjentów diagnostyką w tym kierunku jest duże, a odsetek zakażeń, również bezobjawowych – znaczny [patrz: opracowanie *Zakażenia przenoszone drogą płciową w dobie PrEP*. Polska, Europa – dr B. Szećela, Prępare]. Diagnostyka i terapia większości przypadków kiły, rzeżączki czy chłamydliozy skutecznie przerywa transmisję zakażeń.

Poniżej zostały przedstawione rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS [8, 9] dotyczące wdrożenia testowania:

- mobilnego (regularnie/akcyjnie),
- w klubach,
- samodzielnego (testy do wykonania w domu lub wysłanie próbek do laboratorium – wraz z systemem wsparcia w postaci np. infolinii),

których celem jest m.in. ułatwienie wykonania badań osobom wykluczonym społecznie.

Obecnie istnieje możliwość wykonywania testów w kierunku HIV anonimowo, bezpłatnie, bez skierowania i z poradnictwem okolestwowym prowadzonym przez certyfikowanych doradców w PKD, w ramach umów podpisanych z organizacjami pozarządowymi ze środków Krajowego Centrum ds. AIDS. W PKD, niezależnie, jaki wynik testu otrzyma pacjent, prowadzona jest bezpośrednia rozmowa z konsultantem, która pozwala na wyeliminowanie m.in. okienka serologicznego czy ryzyka związanego z błędną interpretacją wyniku testu. Tego typu poradnictwo stanowi znaczące wsparcie psychologiczne i merytoryczne w procesie poznania swojego statusu serologicznego. Osoby, które otrzymały dodatni wynik testu w kierunku HIV, są motywowane do dalszej opieki medycznej.

W diagnostyce zakażenia HIV istnieje wiele indywidualnych warunkowań, które należy uwzględnić w procesie wykonywania testu. Badanie może się wiązać z otrzymaniem wyniku fałszywie dodatniego lub fałszywie ujemnego. Mogą też wystąpić inne przyczyny uzyskiwania wyników nieważnych, np. nieprawidłowa procedura postępowania, zbyt mała objętość próbki itp.

Dostęp do profilaktyki przedekspozycyjnej i poekspozycyjnej

Profilaktyka behawioralna oparta jedynie na edukacji oraz działaniach mających na celu zmianę postaw/zachowań na mniej ryzykowne lub redukcję ich liczby nigdzie na świecie nie doprowadziła do zmiany trendu epidemii HIV i innych STIs. Trendy spadkowe w populacjach kluczowych udało się uzyskać dopiero po wprowadzeniu również metod biomedycznych, tj. przede wszystkim farmakologicznej profilaktyki przedekspozycyjnej, leczenia wszystkich zakażonych HIV bezpośrednio po postawieniu rozpoznania, a także powszechnej i regularnej diagnostyki zakażenia HIV i innych STIs z niezwłocznym włączeniem do terapii wszystkich osób zakażonych.

W Rzeczypospolitej Polskiej od października 2017 r. istnieje możliwość stosowania profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP), z której obecnie korzysta ponad 3 tys. osób. Program powstał na podstawie wytycznych Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS oraz rekomendacji międzynarodowych, a jego celem jest udostępnienie PrEP osobom szczególnie narażonym na zakażenie HIV. Program ten jest pełnopłatny i dostępny obecnie w dużych miastach, gdzie powstały niepubliczne poradnie PrEP.

Wskazano jest kontynuacja realizacji programu polityki zdrowotnej pn. *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce*, który zapewnia, poza leczeniem ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, również profilaktykę poekspozycyjną po narażeniu na zakażenie HIV po ekspozycjach pozazawodowych wypadkowych.

Programy holistyczne powinny uwzględniać profilaktykę, diagnostykę i terapię zakażeń HIV/STIs. W programie takim, poza wymienionymi już aspektami (holistyczne podejście, bezpłatność, łatwa dostępność), do rozważenia pozostaje zmiana przepisów prawa i np. możliwość zgłaszania danych epidemiologicznych w sposób ograniczony – tak, jak ma to miejsce w przypadku zakażenia HIV.

Edukacja

Ważnym elementem jest zbadanie potrzeb odbiorców kampanii edukacyjnych i odpowiednio dopasowanie przekazu. Należy uwzględnić sposób dotarcia do odbiorców, ich wiek, miejsce przebywania czy zainteresowania. Wykorzystywane są nowe techniki, trendy oraz kanały komunikacji, aby wywołać zainteresowanie tematem. Działania nieuwzględniające specyfiki trybu życia osób podejmujących ryzykowne zachowania, zwłaszcza z populacji kluczowych, i ich podłoża psychologicznego nie są skuteczne – są bowiem postrzegane jako obce i narzucone. Pragmatyczne podejście uwzględniające w swoim założeniu redukcję szkód to szansa na zmniejszenie liczby zakażeń HIV i innych STIs. Celem działań edukacyjnych w populacjach kluczowych powinna zatem być również szeroko pojęta redukcja szkód.

Działania łączące wszystkie aspekty profilaktyki i terapii, uwzględniające różne i zmienne na przestrzeni lat potrzeby osób narażonych na zakażenie HIV i innymi STIs, a także osób już znajdujących się w systemie opieki, to możliwość na odwrócenie niekorzystnego trendu zakażeń. Wczesna diagnostyka, szybkie włączenie osób zakażonych HIV do leczenia ARV, działania w dziedzinie integracji świadczeń dotyczących profilaktyki HIV i STIs dopiero realizowane łącznie mogą przynieść oczekiwany skutek. Wskazana jest dalsza, pogłębiona analiza w tym kierunku, aby opierać działania na wynikach badań. Pragmatyczne podejście do rzetelności wymaga działań edukacyjnych i informacyjnych na szeroką skalę, z uwzględnieniem destygmatyzacji samych zakażeń.

Bibliografia

1. Grinstejn. AIDS 2020. Abstr. OACLB01
2. Baeten. AIDS 2019. Abstr. TUACD203.
3. UNAIDS Data 2020
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2020.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2020.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2020.
7. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data. Stockholm: ECDC; 2019.
8. Prevention and control of sexually transmitted infections (STIs) in the era of oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV. Geneva: World Health Organization; 2019
9. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV, zalecenia PTN AIDS 2019
10. Szetela et al. Making HIV clinic appointments for clients with positive HIV results at testing sites can improve referral rates. *Adv.Clin.Exp.Med.* 2019 Vol.28 no.1 s.121-124.
11. Ankerstein-Bartczak et al. Factors responsible for incomplete linkage to care after HIV diagnosis: preliminary results from the Test and Keep in Care (TAK) project. *HIV Med.* 2015;16(2):88-94.
12. Parczewski et al. Meeting the WHO 90% target: antiretroviral treatment efficacy in Poland is associated with baseline clinical patient characteristics. *J Int AIDS Soc.* 2017 Jul 17;20(1):1-11.
13. Prevention and control of sexually transmitted infections (STIs) in the era of oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV. Geneva: World Health Organization; 2019
14. Smith DK, et al. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64:1291-1295.

VI. KRAJOWY PROGRAM ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV I ZWALCZANIA AIDS – PROFILAKTYKA HIV/AIDS, STIS, LECZENIE ARV, WSPÓŁPRACA MIĘDZYSEKTOROWA, MONITORING

Profilaktyka HIV/AIDS i STIS

Profilaktyka zachowań ryzykownych prowadzona jest na trzech poziomach:

- Profilaktyka pierwszorzędowa – adresowana jest do grupy niskiego ryzyka. Działaniami zapobiegawczymi obejmują się szerokie populacje i jej podgrupy. Celem profilaktyki pierwszorzędowej jest promocja zdrowego stylu życia, redukcja czynników ryzyka oraz zmniejszenie zasięgu zachowań ryzykownych (ograniczenie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych i zapobieganie nowym przypadkom). Główne działania to dostarczenie wiedzy i uczenie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych niezbędnych do zapobiegania problemom.
- Profilaktyka drugorzędowa – kierowana jest do grupy zwiększonego ryzyka. Celem działań jest ograniczenie podejmowania zachowań ryzykownych. Główne działania, podobne do działań w profilaktyce uniwersalnej, lecz uwzględniające specyfikę potrzeb i problemów danej podgrupy.
- Profilaktyka trzeciorzędowa – odnosi się do grupy wysokiego ryzyka. Ma ona na celu przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego oraz umożliwienie powrotu do życia w społeczeństwie. Polega głównie na leczeniu/rehabilitacji.

W profilaktyce ważne jest zachowanie kolejności działań. Działania profilaktyczne powinny być poprzedzone rzetelną diagnozą. Działania podejmowane w tych trzech kategoriach (poziomach) profilaktyki różnią się intensywnością i czasem trwania. Im głębszy poziom profilaktyki, tym działania są dłuższe i bardziej intensywne. Równocześnie, im głębszy poziom profilaktyki, tym mniejsza jest liczba odbiorców.

W profilaktyce prowadzonej na różnych poziomach wykorzystywane są następujące strategie:

- Strategie informacyjne – działania, których celem jest dostarczenie adekwatnych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i tym samym umożliwienie dokonywania racjonalnego wyboru. U podstaw tych strategii leży przekonanie, że ludzie zachowują się ryzykownie, ponieważ zbyt mało wiedzą o mechanizmach i następstwach takich zachowań. Zakłada się, że dostarczenie informacji o skutkach palenia tytoniu, picia alkoholu, odurzania się narkotykami czy aktywności seksualnej spowoduje zmianę postaw, a w rezultacie wpłynie na zmianę zachowań.
- Strategie edukacyjne – celem jest pomoc w rozwijaniu umiejętności psychologicznych i społecznych (umiejętności nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, asertywności itp.). U podstaw tych strategii leży przekonanie, że ludzie, nawet dysponujący odpowiednią wiedzą, podejmują zachowania ryzykowne z braku wielu umiejętności niezbędnych w życiu społecznym. Deficyt w zakresie kompetencji społecznych uniemożliwia im budowanie głębszych, satysfakcjonujących związków z ludźmi, powoduje frustrację, uniemożliwia odniesienie sukcesów, np. zawodowych. Szukają więc chemicznych lub innych podporań. Zakłada się, że rozwój takich umiejętności umożliwi ludziom zaspokajanie najważniejszych potrzeb w sposób akceptowany społecznie.
- Strategie alternatywne – mają na celu pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb (np. sukcesu, przynależności) oraz osiągnięcie satysfakcji życiowej przez stwarzanie możliwości zaangażowania się w działalność pozytywną, np. artystyczną, społeczną, sportową. U podstaw tych strategii leży założenie, że wielu ludzi nie ma możliwości zrealizowania swojej potrzeby aktywności,

podniesienia samooceny przez osiągnięcie sukcesów czy też rozwoju zainteresowań. Działania alternatywne polegają na stwarzaniu alternatyw dla zachowań ryzykownych.

- Strategie interwencyjne – celem działań w zakresie tych strategii jest pomoc osobom mającym trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu swoich problemów oraz wspieranie w sytuacjach kryzysowych. Strategie informacyjne, edukacyjne i alternatywne stosuje się na wszystkich trzech poziomach profilaktyki; strategie interwencyjne, jako działania głębsze i bardziej zindywidualizowane, w zasadzie dotyczą poziomu drugiego i trzeciego.
- Strategie zmniejszania szkód (*harm reduction*) – adresatami działań są grupy podejmujące ryzykowne zachowania, osoby, które z różnych względów nie mogą lub nie chcą wycofać się z ryzykownych zachowań. Podstawowe elementy strategii zmniejszania szkód to m.in.: dotarcie z opieką medyczną, leczenie substytucyjne (terapia metadonem), wymiana igieł i strzykawek, dystrybucja prezerwatyw, pomoc socjalna. Przykładem takich działań w niektórych krajach Europy są „Ambulatoria na kółkach”, w których oferowane są: bezpłatna pomoc medyczna, igły, strzykawki, prezerwatywy, czasem metadon. W przypadku strategii zmniejszania/redukcji szkód ich uzasadnieniem jest założenie, że wiele osób nie zrezygnuje z ryzykownych zachowań, należy więc zmniejszyć samo zagrożenie.

W odniesieniu do tematyki HIV/AIDS i STIS wskazana jest szeroka edukacja (w tym dotycząca zdrowia seksualnego), długofalowa profilaktyka, adresowana zarówno do ogółu społeczeństwa, jak i do konkretnych grup/populacji. Działania powinny mieć charakter ciągły, nie tylko akcyjny. Konieczne jest także docieranie do osób/populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia HIV oraz STIS, podejmujących ryzykowne zachowania. Ze względu na dyskryminację osób HIV+ należy prowadzić kampanie antydyskryminacyjne. Konieczny jest większy udział tematyki HIV/AIDS w lokalnych mediach, kampaniach edukacyjnych/zdrowotnych i regionalnych wydarzeniach prozdrowotnych.

Leczenie ARV

Celem Programu polityki zdrowotnej pn. *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce* jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS przez zapewnienie skutecznego leczenia antyretrowirusowego, wraz z monitorowaniem jego skuteczności u pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS. Terapia ARV powoduje zmniejszenie zapadalności i śmiertelności⁴ z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV oraz zmniejszenie ich zakaźności dla populacji osób zdrowych i tym samym ograniczenie transmisji wirusa (w tym szczepów lekoopornych).

Specyfika leczenia antyretrowirusowego, a także wszystkie aktualnie dopuszczone do obrotu leki antyretrowirusowe, dają możliwości leczenia ARV zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Zgodnie z aktualnym stanem zdrowia pacjenci są leczeni ambulatoryjnie i w razie potrzeby, okresowo, szpitalnie. Pacjenci mają prawo wyboru ośrodka leczącego, mogą go w ciągu roku zmienić.

Program leczenia ARV jest programem terapii ambulatoryjnej, jeżeli nie zaistnieją inne wskazania medyczne do hospitalizacji – nie zawsze związane bezpośrednio z zakażeniem HIV.

Programem polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego objęte są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS, o ile nie pozostaje to w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, tj. z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

⁴ Liczba pacjentów umierających w określonej jednostce czasu z powodu danej jednostki chorobowej, wyrażona najczęściej w liczbach względnych, w których odniesieniem jest liczba chorych pacjentów z populacji. Śmiertelność jest podawana w procentach.

Dzięki zastosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej w grupie noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV zmniejszył się znacząco odsetek zakażeń wertykalnych w tej grupie (z 23% przed 1989 r. do poniżej 1% zakażonych HIV noworodków od momentu wprowadzenia profilaktyki ARV zakażeń wertykalnych).

Od 2001 r. dzięki zastosowaniu w ramach przedmiotowego Programu leków ARV w postępowaniu poekspozycyjnym (od 2009 r. pozazawodowym – wypadkowym) nie zarejestrowano żadnego przypadku zakażenia HIV w populacji osób objętych tą formą profilaktyki. 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). Obecnie leczeniem szpitalnym jest objętych okresowo ok. 1% pacjentów zakwalifikowanych do programu, a leczeniem ambulatoryjnym ok. 99%. Leczenie antyretrowirusowe posiada istotny wpływ na zmniejszenie przeniesienia zakażenia na partnera seksualnego. Efektu takiego można także oczekiwać przy narażeniu na zakażenie w ekspozycjach zawodowych i pozazawodowych. Przez realizację koncepcji zwiększenia nadzoru farmakoeconomicznego, tj. wprowadzenie kosztu w przeliczeniu na jednego pacjenta na jeden miesiąc, możliwe stało się ograniczenie całonocnych kosztów realizacji Programu leczenia ARV, przy jednoczesnym utrzymaniu indywidualizacji doboru terapii ARV.

Współpraca międzynarodowa

HIV/AIDS nadal stanowi jedno z głównych zagrożeń dla zdrowia publicznego na świecie, a jego eliminacja do 2030 r.⁵ wymaga wielostronnej i skoordynowanej współpracy państw. Znaczenie HIV/AIDS znalazło swój wyraz w licznych dokumentach Organizacji Narodów Zjednoczonych i jej agend, w szczególności dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia⁶ i Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS⁷, a także w dokumentach Komisji Europejskiej (DG SANTE)⁸ i Parlamentu Europejskiego. W 2021 r. rozpoczęła się realizacja nowej, wieloletniej strategii UNAIDS na lata 2021–2026. Główny nacisk kładzie się w niej na walkę z HIV/AIDS w populacjach marginalizowanych, konieczność wzmocnienia profilaktyki (w tym nowych metod profilaktyki) oraz na przeciwdziałanie barierom prawnym, społecznym i strukturalnym, które hamują postęp w eliminowaniu HIV/AIDS.

Poparciu dla wczesnej diagnostyki, testowania i leczenia HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) odzwierciedlają wspólne działania Unii Europejskiej w tym zakresie realizowane przez

⁵ Zgodnie z Celami Zrównoważonego Rozwoju, a w szczególności z Celem 3 (SDG 3) dotyczącym zapewnienia wszystkim bez względu na wiek życia w zdrowiu oraz promowanie dobrostanu (ang. *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*) do roku 2030 na świecie ma zostać wyeliminowany HIV oraz wirusowe zapalenie wątroby (w szczególności HBV i HCV) jako zagrożenia dla zdrowia publicznego. Istotne postępy powinny także być poczynione w eliminowaniu zakażeń przenoszonych drogą płciową, takich jak kila i rzeżączka czy *Chlamydia trachomatis*.

⁶ M.in. strategia WHO dla sektora zdrowia na lata 2016–2021, dotycząca walki z HIV, wirusowym zapaleniem wątroby i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową: 2016–2021 *Global Health Sector Strategies for HIV/Viral Hepatitis/Sexually Transmitted Infections* (dokument przyjęty przez 69. Światowe Zgromadzenie Zdrowia).

⁷ UNAIDS Fast-Track: ending the AIDS epidemics by 2030.

⁸ M.in. w dokumencie KE dotyczącym zwalczania HIV/AIDS, wirusowego zapalenia wątroby i gruźlicy w państwach Unii Europejskiej i państwach sąsiadujących: *Commission Staff Working Document on combating HIV/AIDS, viral hepatitis and tuberculosis in the European Union and neighbouring countries-store of play, instruments and good practices*. Podkreśla się w nim kluczowe znaczenie profilaktyki ww. zakażeń będącej najskuteczniejszym sposobem ich eliminacji w perspektywie dziesięciolecia (tj. do 2030 r.).

publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami (*Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zapobiegania perinatalnej transmisji HIV z 2008 r. oraz Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS z 2019 r.*). Poza leczeniem ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, finansowanym w ramach Programu leczenia ARV, wykorzystanie leków antyretrowirusowych odbywa się również w ramach profilaktyki poekspozycyjnej po narażeniu na zakażenie HIV po ekspozycjach pozazawodowych wypadkowych (np. gwałt, pobicie). Jest to leczenie antyretrowirusowe osób potencjalnie zakażonych HIV. Ze środków finansowych ww. Programu na leczenie osób potencjalnie zakażonych HIV, w ramach profilaktyki poekspozycyjnej pozazawodowej wypadkowej, finansowany jest zakup leków do terapii trwającej maksymalnie 4 tygodnie. Jest to terapia (leczenie) wstępna. W zależności od wyników badań laboratoryjnych terapia jest na tym etapie kończona lub kontynuowana.

Ze środków Programu leczenia ARV nie jest pokrywany zakup leków ARV związanych z realizacją:

- profilaktyki przedekspozycyjnej (leki ARV są przepisywane indywidualnie przez lekarza na receptę 100%), która prowadzona jest na koszt pacjenta;
- profilaktyki poekspozycyjnej po narażeniu na zakażenie HIV po ekspozycjach zawodowych wypadkowych związanych z wykonywaniem pracy, gdzie finansowanie odbywa się zgodnie z *ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – leczenie profilaktyczne zakażenia HIV jest finansowane przez pracodawcę lub zlecającego pracę i ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 oraz z 2021 r. poz. 1162) – pracodawca ponosi ponadto inne koszty profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami; niezbędne z uwagi na warunki pracy.

Opierając się na analizie dynamiki wzrostu zakażeń HIV oraz sytuacji epidemiologicznej AIDS w Polsce, a także dotychczasowej dynamice wzrostu liczby osób chorych włączonych do terapii ARV, w programie przyjmujemy się wzrost liczby pacjentów o minimum 10% rocznie. W terapii ARV pacjent przyjmuje zestaw terapeutyczny składający się średnio z trzech lub więcej leków. Zazwyczaj pacjent jest osobą o wielu problemach zdrowotnych, takich jak: narkomania lub okazyjne przyjmowanie różnych substancji psychoaktywnych, choroby wskaźnikowe, w tym zdarzająca się jeszcze gruźlica. U pacjentów można zaobserwować też inne problemy kliniczne oraz wiek nastoletni czy proces starzenia się. Sytuacja ta wymusza dostosowanie zestawu terapeutycznego do aktualnego stanu zdrowia pacjenta.

Najważniejsze korzyści płynące z zapewnienia dostępu do leczenia ARV to: wydłużenie okresu przeżycia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS pozwalające na powrót do funkcji społecznych i rodzinnych, zmniejszenie zakaźności tych osób dla populacji osób zdrowych (co stanowi ważny aspekt epidemiologiczny pozwalający na ograniczenie liczby nowych zakażeń), spadek liczby zachorowań na AIDS oraz śmiertelności z powodu AIDS, a także zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, która u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS występuje jako zakażenie oportunistyczne, oraz na inne choroby wskaźnikowe AIDS.

Skutecznie leczony pacjent nie generuje dodatkowych kosztów medycznych czy też obciążeń wynikających z absencji chorobowej. Dzięki prowadzonej terapii antyretrowirusowej pacjenci rzadziej zapadają na zakażenia oportunistyczne, a co za tym idzie, nie wymagają leczenia tych zakażeń. Leczenie ARV wpływa korzystnie na spadek śmiertelności, w tym także na choroby nowotworowe. Posiada istotny, potwierdzony naukowo efekt profilaktyczny, gdyż powodując obniżenie poziomu wiremii HIV RNA, skutkuje zmniejszeniem zakaźności, co jest niezwykle istotne dla zdrowia całej populacji, a w szczególności dla pracowników służby zdrowia.

wieloletnie programy zdrowia (*EU Joint Action*). Poparcie dla walki z HIV i STIs znajduje wyraz w licznych inicjatywach, projektach i rekomendacjach najważniejszych organizacji powołanych do ochrony zdrowia ludności w Europie, m.in. Europejskiego Biura WHO i Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Skuteczną realizację i sukces tych inicjatyw zapewnia współodpowiedzialność i skoordynowana współpraca rządów państw, władz miast, narodowych instytucji ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych, w tym organizacji zrzeszających osoby zakażone HIV i STIs.

Krajowe Centrum ds. AIDS odgrywa aktywną rolę w międzynarodowych inicjatywach na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV/AIDS. Działania Centrum nakierowane są m.in. na rozwój i poszerzenie współpracy międzynarodowej w zakresie wczesnej diagnostyki i leczenia ARV, jak również na aktywizację udziału Rzeczypospolitej Polskiej w budowaniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej dotyczącej HIV/AIDS oraz udziału w pracach instytucji i organizacji międzynarodowych, tj.: UNAIDS, WHO, ECDC, Partnerstwa Wymiaru Północnego w dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej, grup eksperckich przy Komisji Europejskiej.

Rzeczpospolita Polska była jednym ze współzałożycieli Rady Koordynacyjnej UNAIDS (UNAIDS PCB) i od samego początku odgrywała aktywną rolę w procesie rozwoju i adaptacji strategii Wspólnego Programu na lata 2016–2021. Nasz kraj pełnił rolę przewodniczącego Rady Koordynacyjnej Programu UNAIDS (2012), a następnie członka Rady PCB.

Od 2010 r. Krajowe Centrum ds. AIDS uczestniczy z dużym sukcesem w programach na rzecz zdrowia współfinansowanych i nadzorowanych przez Komisję Europejską, w tym jako partner programu COBATEST (2010–2014) promującego wczesną diagnostykę HIV w Europie. Ponadto jako partner i wicelider pakietów roboczych realizowanych w ramach Wspólnych Działań Unii Europejskiej na rzecz Zdrowia (*Joint Actions*) w latach 2014–2020, w szczególności w programach HA-REACT, *HIV and coinfection prevention and harm reduction* (2015–2019) oraz *INTEGRATE, Integrating prevention, testing and link to care strategies across HIV, viral hepatitis, TB and STIs in Europe* (2017–2021). W ramach współpracy międzynarodowej przekazywana jest sprawozdawczość do UNAIDS, ECDC, WHO.

Mimo ogólnego spadku liczby nowych zakażeń, jedna trzecia państw Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG) odnotowuje u siebie rosnącą liczbę zakażeń HIV. W 2019 r. w europejskim regionie WHO wykryto ponad 136 tys. (136 449) nowych zakażeń HIV (15,6/100 tys.), z czego ponad połowa (53%) została wykryta bardzo późno. Zjawisku temu towarzyszy wysoki odsetek osób, które nie są świadome swojego statusu serologicznego. Do największej liczby nowych zakażeń HIV dochodzi w centralnej i wschodniej części europejskiego regionu WHO. Europa Wschodnia i Azja Centralna są obszarem, na którym w ostatnich latach wzrosła liczba zakażeń HIV, co jest trendem przeciwnym do światowego (ogólny spadek liczby nowych zakażeń HIV).

Chcąc wyeliminować HIV/AIDS do 2030 r., państwa powinny zintensyfikować współpracę w obszarze wczesnej diagnostyki i szybkiego włączania osób zakażonych HIV do leczenia antyretrowirusowego, a także w dziedzinie integracji świadczeń dotyczących profilaktyki HIV i STIs. Konieczna jest współpraca ekspertów i korzystanie z najlepszych europejskich i światowych rozwiązań w tym zakresie. Platformę wymiany doświadczeń i najlepszych praktyk stanowią programy współfinansowane i koordynowane przez Komisję Europejską.

Ważne jest utrzymywanie ścisłej współpracy i korzystanie z wypracowanych na poziomie UE/EOG skutecznych metod przeciwdziałania zakażeniom HIV i STIs. Europejskie instytucje zdrowia publicznego dysponują wiedzą, dobrymi praktykami i narzędziami – włączając w to nowe media – do prowadzenia skutecznej walki nie tylko z HIV, lecz także z innymi STIs. W Europie zgromadzono duże

zasoby wiedzy i dobrych praktyk będących dorobkiem europejskich programów na rzecz zapobiegania i leczenia HIV/AIDS, które mogą być wykorzystane na poziomie poszczególnych państw, także w przypadku innych STIs. Dla wielu państw korzystanie z już istniejących rozwiązań jest szczególnie ważne obecnie, gdy w Europie i na świecie znacząco spadają nakłady finansowe na profilaktykę i brakuje specjalistów.

Rzeczpospolita Polska od lat działa na arenie międzynarodowej i jest partnerem wielu instytucji i organizacji zajmujących się tematyką HIV/AIDS i STIs. Dzięki swojej aktywności oraz skutecznie działającym rozwiązaniom systemowym nasz kraj (w tym Krajowe Centrum ds. AIDS) jest postregany jako ważny partner w budowaniu strategii przeciwdziałania HIV/AIDS w regionie Europy Wschodniej i Centralnej. Nabiera to szczególnego znaczenia w momencie uruchamiania i realizowania nowej, wieloletniej strategii walki z HIV/AIDS (2021–2026), której celem nadrzędnym jest eliminacja HIV/AIDS do 2030 r.

Monitoring

Minister właściwy ds. zdrowia sprawuje nadzór nad realizacją Programu. Koordynacja działań oraz prowadzenie systemu monitorowania powierzono zostało Krajowemu Centrum ds. AIDS – agencji Ministra Zdrowia – utworzonemu w celu realizacji zadań z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV i AIDS.

Zgodnie z *§ 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS* podmioty obowiązane do realizacji Programu powołują, na czas obowiązywania harmonogramu, Zespoły ds. realizacji Programu. Zespoły koordynują na terenie województwa działania wynikające z harmonogramów rocznych oraz współpracują w tym zakresie z Koordynatorem Programu. Celem funkcjonowania Zespołu jest zintegrowanie realizacji zadań określonych w harmonogramie.

W poprzedniej edycji Programu, obowiązującej w latach 2017–2021, w województwach zostały powołane Zespoły ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. W skład Zespołów byli powołani przedstawiciele instytucji działających na terenie danego województwa, m.in.:

- 1) urzędów wojewódzkich;
- 2) urzędów marszałkowskich;
- 3) urzędów miast;
- 4) Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- 5) Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) konsultanci wojewódzcy;
- 7) kuratorów oświaty;
- 8) Policji;
- 9) organizacji pozarządowych.

Ponadto w Zespołach byli przedstawiciele podmiotów leczniczych, okręgowych izb lekarskich, okręgowych izb pielęgniarzek i położnych, Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, Straży Granicznej, izb celnych, innych podmiotów.

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

Zgodnie z przywołanym powyżej rozporządzeniem harmonogram realizacji Programu (obejmujący 5-letni okres działań) jest opracowywany przez Koordynatora we współpracy z podmiotami obowiązującymi do realizacji Programu. Harmonogram określa m.in.: zadania (przypisane

VII. FINANSOWANIE

Zapobieganie zakażeniom HIV i leczenie osób chorych na AIDS jest zagadnieniem, które rozpatrywać należy zarówno na gruncie szeroko pojętych korzyści społecznych – całego społeczeństwa, węższym grup społecznych, rodzin i bliskich osób zakażonych HIV / chorych na AIDS – jak i w najwęższym wymiarze – na gruncie każdej osoby zakażonej czy chorej. Tematykę zapobiegania zakażeniom HIV i leczenia osób chorych na AIDS należy rozpatrywać również w aspekcie kosztów społecznych, a więc ochrony zdrowych członków społeczeństwa przed zakażeniem nie tylko przez działania profilaktyczne, lecz także przez leczenie osób chorych, u których podczas podjęcia leczenia znacząco zmniejsza się możliwość rozprzestrzeniania zakażeń.

Działalność Krajowego Centrum ds. AIDS finansowana jest z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS (realizacja zadań zleczanych) oraz z części 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85149 – Programy polityki zdrowotnej (realizacja programu polityki zdrowotnej pn. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce). Wydatkowanie środków następuje zgodnie z zasadami wykonywania budżetu: przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305, 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 2019 r. poz. 1718). Zadania zlecone realizowane są zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, z późn. zm.), a w przypadku przekazywania środków w formie dotacji – zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956).

Działania profilaktyczne

W obszarze profilaktyki i promocji zdrowia istotne jest efektywne wykorzystanie środków finansowych. W planowaniu działań i wydatków pomocą służy analiza, czy i które przedsięwzięcia są najbardziej uzasadnione z punktu widzenia kosztów i korzyści oraz w jaki sposób najlepiej usprawnić te działania, tak aby wywołać pożądaną reakcję i zmianę zachowań na prozdrowotne. Przy ograniczonych nakładach finansowych na profilaktykę HIV/AIDS i STIs decydenci ochrony zdrowia i osoby zarządzające programami profilaktycznymi powinni już na etapie planowania dokładnie wyważyć koszty i korzyści poszczególnych działań, mając na uwadze ich końcowy efekt, tj. zapobieganie maksymalnie dużej liczbie zakażeń. Analiza kosztów każdej opcji, a następnie pomiar skuteczności, np. przez badania populacji, statystyki klientów bądź usług, pozwalają na porównanie efektywności różnych opcji i wybór optymalnych. Dysponowanie środkami publicznymi wiąże się z koniecznością uzasadnienia, czy działania te stanowią odpowiednie wykorzystanie zasobów finansowych w stosunku do rozwiązań alternatywnych oraz czy są uzasadnione pod względem kosztów.

Wczesne wykrywanie i leczenie HIV/AIDS i STIs ma istotne znaczenie zarówno dla zdrowia poszczególnych osób, jak i ogółu społeczeństwa. Wysokość nakładów na zapobieganie i leczenie HIV/AIDS wpływa na skuteczność działań diagnostyczno-leczniczych umożliwiających zarówno przedłużanie życia osób zakażonych HIV, jak i utrzymywanie jego jakości. Jednym z podstawowych sposobów profilaktyki HIV są działania nakierowane na zmiany postaw i zachowań wobec HIV/AIDS. W zakresie profilaktyki HIV/AIDS zmiana może dotyczyć różnych grup i zachowań: wykonywania testów i badań przesiewowych, stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia (adherencja), używania środków zapobiegających lub zmniejszających ryzyko zakażenia HIV,

do poszczególnych obszarów, celów ogólnych i szczegółowych), wskaźniki, podmioty realizujące zadanie w obszarze swoich kompetencji merytorycznych i terytorialnych, termin realizacji. Przedkładany jest on przez Koordynatora ministrowi właściwemu ds. zdrowia w terminie do 30 czerwca roku poprzedzającego rozpoczęcie działań przewidzianych w harmonogramie. Następnie minister właściwy ds. zdrowia przedkłada dokument Radzie Ministrów. Po 5 latach obowiązywania harmonogramu podmioty realizujące zadania przedkładają sprawozdania z wykonania zadań Koordynatorowi do dnia 15 kwietnia roku następnego. Koordynator sporządza i przedkłada ministrowi właściwemu ds. zdrowia całościowy dokument z realizacji 5-letniego harmonogramu realizacji Programu do dnia 15 maja (2027 r.), który następnie przekazany zostaje zgodnie z procedurą Radzie Ministrów.

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

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

W celu monitorowania realizacji Programu utworzono system zbierania danych dotyczący w szczególności:

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

Na podstawie § 10 ust. 3 ww. rozporządzenia podmioty biorące udział w realizacji Programu wprowadzają do systemu monitorowania, po udostępnieniu hasła przez Koordynatora, harmonogramy i sprawozdania roczne.

Elektroniczna Baza Monitorująca służy do katalogowania i przeglądania zadań planowanych i realizowanych w ramach Programu. Za pośrednictwem Elektronicznej Bazy Monitorującej podmioty zobowiązane do realizacji Programu przekazują sprawozdania z realizacji Programu za rok poprzedni, jak również harmonogramy na kolejny rok.

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

z powyższym należy rozważyć znaczące zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne.

Program leczenia ARV

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

Tabela 8. Dane opracowane na podstawie Programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”

	2017	2018	2019	2020
Liczba pacjentów	10 496	11 063	12 471	13 475
Wzrost liczby pacjentów	+959	+567	+1 408	+1 004
% roczny przyrost pacjentów względem roku poprzedniego	10,05%	5,41%	12,73%	8,05%
Liczba placówek	22	22	22	22
Liczba przewanych terapii ARV	591	723	533	466
Liczba pacjentów w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych	105	101	76	87
Liczba kobiet – profilaktyka zakażeń wertykalnych	181	309	264	108
Liczba kobiet – profilaktyka zakażeń wertykalnych	46	54	91	58
Liczba porodów	35	34	66	41
Liczba noworodków	35	34	66	41
Liczba dzieci	108	101	97	94

Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS.

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

Dzięki tej terapii pacjenci żyją dłużej, a jakość ich życia się poprawia.

Od początku programu leczenia ARV obserwowana jest tendencja wzrostu liczby pacjentów wymagających włączenia do leczenia antyretrowirusowego ze wskazań życiowych. Koszty leczenia tzw. doświadczonych pacjentów (długo leczonych ARV) są wyższe niż pacjentów rozpoczynających terapię ARV. Terapia pacjentów długo leczonych często wymaga podawania leków najnowszej generacji, co wpływa na wzrost kosztów terapii ARV.

wymiany igieł i strzykawek (w przypadku osób stosujących narkotyki w iniekcjach), zachowań ryzykownych czy umiejętności poszukiwania informacji nt. HIV/AIDS i STIs.

Wiele państw nie prowadzi w sposób systematyczny i całościowy oceny (w tym oceny ekonomicznej), w jakim stopniu podejmowane działania przekładają się na spadek liczby zakażeń HIV, czy i w jakim stopniu występuje zależność między wysokością inwestycji przeznaczonych na profilaktykę HIV a liczbą rejestrowanych zakażeń. A jest to istotne, bowiem monitorowanie i ocena działań pozwala także porównać liczbę rejestrowanych zakażeń HIV z liczbą zakażeń, które mogłyby mieć miejsce w sytuacji braku działań zapobiegawczych. Z punktu widzenia efektywnej alokacji środków finansowych wiedza dotyczy przekładania się konkretnych działań na spadek liczby zakażeń HIV wydaje się kluczowa.

Dotyczy to także czasu między inwestycją w profilaktykę zakażeń a rzeczywistą redukcją ich liczby. Należy również brać pod uwagę możliwość wystąpienia czynników nieprzewidywanych (ekonomicznych, prawnych, politycznych i społecznych), które mogą utrudniać prowadzenie skutecznej walki z epidemią HIV/AIDS i innymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową.

Epidemia HIV/AIDS jest problemem zdrowotnym, społecznym i psychologicznym. Dłatego wskazane jest realizowanie programów ukierunkowanych na wielosektorowe wsparcie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Zaniechanie profilaktyki HIV/AIDS niesie ryzyko wzrostu rozprzestrzeniania się zakażeń HIV, znacznie większą ich liczbę, a w konsekwencji wzrost liczby osób, które będą wymagać leczenia ARV. W związku z powyższym wskazana jest kontynuacja działań.

Pogłębiona diagnoza, dzięki której możliwe jest kierowanie działań prewencyjnych do konkretnych populacji, systematyczne prowadzenie badań behawioralnych i społecznych, które umożliwiają identyfikację zagrożeń i zachodzących zjawisk, pozwoliłoby na podjęcie adekwatnych działań w tym zakresie i odpowiednią reakcją na zmieniające się trendy. Wymaga to zwiększenia, w skali kraju, nakładów finansowych.

Kolejnym wyzwaniem są działania profilaktyczne dotyczące zakażeń drogą płciową. Polscy nie mają wystarczającej wiedzy w tym zakresie, nie znają dróg zakażenia, objawów chorób, nie wykonują badań w kierunku STIs, nie stosują profilaktyki.

Poniższa tabela i wykres przedstawiają wysokość środków finansowych przeznaczanych w latach 2017–2020 oraz zaplanowanych na rok 2021 na zadania zlecane z budżetu Krajowego Centrum ds. AIDS.

Tabela 7. Środki finansowe (w zł) w rozdziale 85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS, przeznaczane na zadania zlecane z budżetu będącego w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS, w latach 2017–2021

Rok	2017	2018	2019	2020	2021
85152 – zadania zlecane	3 098 993	3 131 386	3 109 301	2 995 659	3 114 000

Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Aktualna wciąż pozostaje opinia Najwyższej Izby Kontroli zawarta w Wystąpieniu pokontrolnym przekazanym Krajowemu Centrum ds. AIDS, jak również w informacji o wynikach kontroli Realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012–2013 przekazanej Ministerstwu Zdrowia, która uznała „[...] utrzymującą się tendencję corocznego zmniejszania się wydatków na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Krajowego Programu [...] za szczególnie niepokojącą i skutkującą niebezpiecznym marginalizowaniem działań mających na celu zapobieganie zakażeniom i późniejszym zachorowaniem [...]”. W związku

Tabela 9. Środki finansowe (w zł) w rozdziale 85149 – Programy polityki zdrowotnej, przeznaczane na Program leczenia ARV w Polsce z budżetu będącego w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS w latach 2017–2021

Rok	2017	2018	2019	2020	2021
85149 – leczenie ARV	359 637 281	222 911 084	373 497 283	347 995 898	390 000 000

Oprac.: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Należy mieć na uwadze to, że w ramach przyznaných środków finansowych w danym roku, w celu zapewnienia możliwości kontynuowania leczenia po zakończeniu roku budżetowego, finansowany jest zakup leków na zapewnienie leczenia przez co najmniej I kwartał roku kolejnego. Jednocześnie liczba pacjentów objętych leczeniem ARV w ramach programu leczenia ARV wzrasta, co przekłada się na wysokość kosztów ponoszonych przez budżet państwa na realizację Programu. Na zmianę liczby pacjentów kwalifikowanych w ciągu roku do ww. programu leczenia ARV mogą mieć wpływ np. wytyczne, a mianowicie wskazanie do rozpoczęcia leczenia oparte na zdiagnozowaniu zakażenia HIV, a nie na liczbie limfocytów T CD4, jak to było w poprzednich latach. Dodatkowo szacunki UNAIDS dla Rzeczypospolitej Polskiej wskazują, że liczba osób żyjących z HIV nieświadomych swojego zakażenia może być nawet trzykrotnie większa niż liczba zarejestrowanych zakażeń HIV. Oznacza to, że przy dalszej poprawie wykrywalności zakażeń HIV prawdopodobnie będzie obserwowany większy niż dotychczas przyrost liczby osób, które zgodnie z rekomendacjami PTN AIDS oraz EACS będą wymagały wprowadzenia do leczenia ARV.

W ostatnich latach poziom finansowania programu polityki zdrowotnej pn. Leczenie onytrawirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce (część 46 – Zdrowie, dział 851 – Ochrona zdrowia, rozdział 85149 – Programy polityki zdrowotnej) jest stabilny. Pacjenci zakażeni HIV i chorzy na AIDS mają szeroki dostęp do najnowszych metod diagnostycznych oraz korzystają z diagnostyki oraz bezpłatnej, wysokospecjalistycznej terapii ARV finansowanej przez ministra właściwego ds. zdrowia.

Finansowanie zadań w ramach Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanego na lata 2022–2026 przez realizatorów Programu

Realizacja Programu w istotnym stopniu zależy od zrozumienia przez poszczególnych realizatorów znaczenia problematyki HIV/AIDS, w tym również finansowego partnerstwa. Brak dostatecznego wsparcia finansowego przez instytucje odpowiedzialne za realizację Programu przyczynia się do niewykorzystania potencjału merytorycznego i organizacyjnego, którym dysponują te podmioty.

Należy zwrócić uwagę na poziom finansowania profilaktyki HIV/AIDS. Zbyt małe nakłady finansowe na profilaktykę mogą wpływać na jakość i liczbę zadań i w konsekwencji skutkować wzrostem liczby przypadków nowych zakażeń HIV, a następnie wzrostem kosztów zakupu leków ARV ponoszonych przez budżet państwa. Dalsze utrzymywanie się tej tendencji, z uwagi na wskaźniki epidemiologiczne, może w ciągu kolejnych lat skutkować zaprzestaniem dotychczasowych osiągnięć.

Ważne jest, aby w tworzeniu i realizacji Programu brały udział różne instytucje i środowiska zajmujące się daną tematyką zdrowotną, aby podejmowane działania przynosiły założony skutek oraz były prowadzone na wielu szczeblach przez współpracujące między sobą podmioty.

W realizacji działań profilaktycznych powinni aktywnie włączyć się wszyscy realizatorzy Programu, dbając o zwiększenie liczby, jakości, zasięgu/dotarcia i poziomu finansowania działań dotyczących HIV/AIDS i STIs.

Należy podkreślić, że każdy podmiot zobowiązany do realizacji Programu indywidualnie opracowuje, na podstawie harmonogramu na lata 2022–2026, szczegółowy harmonogram roczny realizacji zadań, w którym zamieszcza informacje o zadaniach planowanych do realizacji w roku następnym oraz o planowanej wysokości środków finansowych przeznaczonych w budżecie jednostki na działania w zakresie HIV/AIDS. Szczegółowy harmonogram roczny będzie przedkładał ministrowi właściwemu ds. zdrowia. Zadania wynikające z harmonogramu realizacji Programu powinny być finansowane ze środków będących w dyspozycji podmiotów biorących udział w Programie. Ostateczna ich wysokość w latach 2022–2026 uzależniona będzie od budżetów poszczególnych podmiotów w danym roku. Dla pełnej realizacji harmonogramu wskazane jest włączenie się poszczególnych podmiotów w działania w zakresie HIV/AIDS (oprócz ministerstw, także właściwych merytorycznie w zakresie zdrowia i pomocy społecznej) urzędów marszałkowskich, regionalnych ośrodków polityki społecznej, urzędów wojewódzkich, urzędów miast oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej). Każde zadanie określone w przedmiotowym harmonogramie jest ważne z punktu widzenia walki z epidemią HIV/AIDS.

Zadania będą sfinansowane ze środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego ds. zdrowia, a także środków pozostających w dyspozycji pozostałych realizatorów, tj. ze środków własnych podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań.

Skutki finansowe, które będą ponoszone w ramach katalogu wydatków określonego w art. 131c ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, będą ponoszone w ramach wysokości wydatków określonych na kolejne lata w art. 131c ust. 1.

VIII. EWALUACJA PROGRAMU

Badanie ewaluacyjne

Krajowe Centrum ds. AIDS przeprowadzało badanie ewaluacyjne poprzedniej edycji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS realizowanej w latach 2012–2016. Przedmiotem badania były efekty i rezultaty realizowania zadań określonych w Programie, a podmiotem badania były instytucje i organizacje uczestniczące w jego realizacji.

Wnioski ogólne

- Wskaźniki założone w ramach Programu udało się zrealizować na miarę posiadanych sił i środków. Zrealizowano cele związane z poprawą życia osób chorych objętych leczeniem antyretrowirusowym oraz dostępnością leczenia.
 - Biorąc pod uwagę ograniczony budżet na działania profilaktyczne, należy stwierdzić, że zrobiono maksymalnie dużo w stosunku do posiadanych zasobów finansowych. Profilaktyka jest jednak obszarem niedoszacowanym i niedofinansowanym, wymagającym wzmocnionych wysiłków w kolejnych latach (edukacji społeczeństwa, młodzieży, zmiany postaw i świadomości społecznej).
 - Dokonanie oceny efektów realizacji Programu wymaga uwzględnienia uwarunkowań medialnych, społecznych oraz przede wszystkim – finansowych. Uwzględniając wymienione uwarunkowania, można stwierdzić, że podjęte działania były optymalne do warunków, w jakich realizowano Program.
 - Na skuteczność czy oddziaływanie/dyfuzyję efektów realizacji działań podejmowanych w ramach Programu należy patrzeć przez pryzmat specyfiki obszaru, jaki był podejmowany. Wszystkie kwestie, które dotyczą seksualności człowieka, są tematami delikatnymi i trudnymi do dyskusji dla części społeczeństwa. Podejmując działania służące dotarciu do poszczególnych grup społecznych (formy przekazu, kanały komunikacji), należy brać pod uwagę bariery mentalne i ideologiczne, jakie mogły pojawiać się w trakcie ich realizacji.
 - W planowaniu kolejnych działań profilaktycznych Programu powinny być wzmocnione działania skierowane do populacji MSM.
 - Należy podkreślić, że zawsze powodzenie Programu uzależnione jest i będzie od zrozumienia przez poszczególnych realizatorów wagi i znaczenia problematyki HIV/AIDS.
- Z przeprowadzonego badania ewaluacyjnego poprzedniej edycji Programu wynikały następujące wnioski w podziale na poszczególne obszary tematyczne.

OBSZAR I – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa

- Zapobieganie zakażeniom wśród ogółu społeczeństwa było postrzegane jako kluczowe zadanie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.
- Realizowane cele Programu należy przede wszystkim oceniać przez pryzmat środków finansowych przeznaczonych na ich realizację. Z uwagi na niedofinansowanie nie były prowadzone długofalowe i szeroko zakrojone działania.
- Młodzież (15–19 lat) jest bardzo ważnym segmentem w obszarze działań profilaktycznych. Konieczne wydaje się opracowanie przez ekspertów treści programowych na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową w sposób adekwatny, dostosowany do poziomu mentalnego i percepcyjnego młodzieży, a także szkolenie edukatorów.

59

- Skuteczna realizacja działań służących zapobieganiu zakażeniom HIV będzie możliwa w przypadku zapewnienia finansowania na odpowiednim poziomie wydatków na szeroko rozumianą profilaktykę.

OBSZAR II – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

- Wyniki danych epidemiologicznych wskazują na wzrost osób zakażonych HIV w grupie MSM, co może świadczyć o niedostatecznej skali i intensywności prowadzonych działań.
- Nastąpiła istotna transformacja kategorii zachowań ryzykownych (coraz rzadsze stosowanie prezerwatyw, ignorowanie problemu, jakim jest HIV, czy brak obaw przed zakażeniem).
- Szczególnego znaczenia nabiera zidentyfikowanie zachowań ryzykownych. Realizacja programów profilaktycznych, w szczególności działań informacyjno-edukacyjnych dla osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, napotykała na bariery natury kulturowej i ideologicznej.
- Kluczowe znaczenie ma także dofinansowanie tego obszaru działań.

OBSZAR III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

- Wysoko oceniono skuteczność działań z zakresu leczenia już zdiagnozowanych przypadków HIV/AIDS. Zapewniono ciągłość finansowania leczenia bazującego na rzeczywistych potrzebach. Opieka medyczna i leczenie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS są traktowane jako największy sukces Programu.
- Należy wysoko ocenić skuteczność opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS; pacjenci korzystają z diagnostyki oraz wysokospecjalistycznej terapii ARV finansowanej przez Ministra Zdrowia. Zapewniony jest dostęp do leków ARV i testów w kierunku HIV.
- Dzięki szerokiej dostępności terapii ARV, bezpłatnej dla pacjentów, znacząco spadła śmiertelność z przyczyn związanych z AIDS. Przebieg zakażenia HIV stał się porównywalny do choroby przewlekłej. Dzięki leczeniu pacjenci żyją dłużej, a jakość ich życia ulega znaczącej poprawie.
- Mimo aktywności Krajowego Centrum ds. AIDS w zakresie zapobiegania zakażeniom wertykalnym odsetek kobiet w ciąży wykonujących testy na obecność HIV utrzymuje się na poziomie ok. 30–33%. Liczba kobiet w ciąży, które wykonują testy w PKD, może świadczyć, z jednej strony, o tym, że kobiety zgodnie z przepisami kierowane są na badania przez ginekologów, ale z drugiej strony, że w ogóle takich badań nie wykonują.
- Wysoką skutecznością i efektywnością wykazało się prowadzenie profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV (odsetek poniżej 1% zakażeń wśród noworodków objętych profilaktyką).

OBSZAR IV – Współpraca międzynarodowa

- Wysoko oceniono aktywność Krajowego Centrum ds. AIDS na forum międzynarodowym (udział w sympozjach, konferencjach, szkoleniach, grupach eksperckich, projektach badawczych).
- Na forum międzynarodowym Rzeczpospolita Polska, dzięki swojej aktywności w zakresie HIV/AIDS, jest postrzegana jako równorzędny i znaczący partner. Ma udział i wkład merytoryczny oraz finansowy w projekty międzynarodowe.

60

OBSZAR V – Monitoring

- Usprawnienia wymaga monitoring oraz metodologia zbierania informacji na temat nowo wykrywanych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS. Zarówno procedura wykluczania powtórnych zgłoszeń, jak i możliwość uzupełnienia istotnych z punktu widzenia oceny sytuacji danych epidemiologicznych – w tym domniemanej drogi transmisji – nadal pozostaje ograniczona. Wpływ na to mają uregulowania prawne.
- System monitorowania zakażeń działa na tyle mało skutecznie, że utrudnia odróżnienie, czy wzrost nowo rozpoznanych zakażeń jest spowodowany zwiększającą się liczbą osób badanych w kierunku HIV, czy też większą liczbą nowo wykrytych zakażeń.
- Prowadzona corocznie analiza ankiet wypełnianych w PKD jest działaniem mogącym przyczynić się do zwiększenia skuteczności i efektywności działań profilaktycznych zarówno w przypadku profilaktyki pierwszorzędowej, jak i drugorzędowej. Powinna być kontynuowana. Obecnie badania te stanowią niezastąpiony zasób informacji.
- System monitorowania gospodarki lekowej prowadzonej przez Krajowe Centrum ds. AIDS to narzędzie o bardzo wysokiej skuteczności i efektywności. Dzięki na bieżąco monitorowanej gospodarce lekowej nie doszło do przeterminowania leków ARV zakupionych w ramach Programu, zapewniono sprawną redystrybucję leków między ośrodkami oraz było możliwe stałe bieżące monitorowanie ich zużycia.

Rekomendacje

- 1) Mimo względnie ustabilizowanej sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce kontynuowanie Programu jest wskazane. Zmieniające się zachowania społeczne w sferze seksualnej i pojawiające się nowe realne ryzyka mogą przyczynić się do wzrostu liczby zakażeń HIV oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.
- 2) Zdecydowane ukierunkowanie podejmowanych działań w obszarze profilaktyki na populację kluczowe i inne grupy docelowe zgodnie z zasadami marketingu, w tym marketingu społecznego. Wykorzystywanie nowych technologii / kanałów komunikacji w ramach promocji zachowań prozdrowotnych i edukacji społecznej. Odbiór przekazu zależy m.in. od takich cech jak: płeć, wiek, orientacja seksualna, wykształcenie, miejsce zamieszkania itd. Kanały komunikacji należy dostosować do różnych grup docelowych.
- 3) Wypracowanie koncepcji zapobiegania rozprzestrzenianiu się nowych, niekorzystnych, ryzykownych zachowań, jakie pojawiły się w społeczeństwie w ostatnich latach, np. *chemsex*.
- 4) Wskazana jest dalsza, pogłębiona diagnoza problemu; systematyczne prowadzenie badań społecznych, które umożliwiłyby identyfikację zagrożeń i zjawisk oraz pozwoliłyby na podjęcie adekwatnych działań i odpowiednią reakcją na trendy; skierowanie działań prewencyjnych do konkretnych populacji; opracowanie skutecznych przekazów; wybór odpowiednich kanałów komunikacji.
- 5) Dalszy rozwój sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych, zapewnienie równomiernego pokrycia kraju siecią punktów w przypadku dużych ośrodków miejskich, które ich jeszcze nie posiadają, wydłużenie godzin pracy PKD. Podjęcie dalszych działań związanych z prowadzeniem bezpłatnego testowania w kierunku HIV.
- 6) Działania promujące wykonywanie badań w kierunku HIV u kobiet ciężarnych.
- 7) Kontynuacja realizacji Programu leczenia ARV, które należy traktować również jako ważny element profilaktyki zakażeń HIV w populacji ogółu społeczeństwa – zakażność pacjentów leczonych ARV znacząco się zmniejsza.

- 8) Kontynuowanie i rozwój działań w obszarze współpracy międzynarodowej.
- 9) Usprawnienie systemu raportowania, gromadzenia oraz przetwarzania danych epidemiologicznych na poziomie krajowym.
- 10) Dążenie w obszarze zdrowia publicznego do planowania i celów oraz działań profilaktycznych bazujących na systemie wspomagania podejmowania decyzji opartego na faktach i dowodach naukowych – *Evidence Based Medicine*. Dostarczenie systemów ewidencji i baz danych, tak aby stanowiły one skutecznie działające źródło informacji do podejmowania decyzji.
- 11) Zwiększanie w kolejnych latach udziału nakładów finansowych na działania profilaktyczne.

OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAZNIKI	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	
			<p>2) Zwiększenie dostępu do informacji z zakresu przenoszonych drogą płciową (STI) z wykorzystaniem wybranych środków przekazu, m.in. przez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promocję, tworzenie i aktualizację stron internetowych; - prowadzenie telefonu zaufania; - poszerzenie oferty tematycznej telefonów informacyjnych; - prowadzenie internetowych poradni; - opracowanie i dystrybucja broszurek; - wykorzystanie portali społecznościowych, komunikatorów, aplikacji mobilnych itp.; - współpracę z mediami; - inne środki przekazu. 		<ul style="list-style-type: none"> - liczba stron / liczba odsłon; - liczba prowadzonych telefonów / liczba rozmów; - liczba obszarów tematycznych; - liczba użytych mediów społecznościowych. 		
			<p>1) Promowanie wśród personelu medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem ginekologów oraz położnych/pielęgniarek, informacji o obowiązku proponowania kobietom w ciąży wykonania testu w kierunku zakażenia HIV i innych (STI).</p> <p>2) Szkolenia dla lekarzy ginekologów położników oraz położnych/pielęgniarek w zakresie specjalistycznej opieki podczas ciąży, porodu i porogu nad kobietą ciężarną HIV (+)***.</p> <p>3) Szkolenia/seminaria dla pracownikówoch ochrony zdrowia w podmiotach leczniczych zajmujących się opieką i leczeniem par, w których co najmniej jedna z osób jest seropoztywna****.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - liczba szkoleń; - liczba odbiorców; - liczba inicjatyw; - poziom dotarcia. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba odbiorców; - liczba inicjatyw; - poziom dotarcia. 	
			<p>b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - liczba odbiorców; - liczba inicjatyw; - poziom dotarcia. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba odbiorców; - liczba inicjatyw; - poziom dotarcia. 	

OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAZNIKI	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	
			<p>1) Kontynuacja i rozwój działań skierowanych do grup docelowych zgodnie z potrzebami i oceną aktualnej sytuacji epidemiologicznej, m.in.: diagnoza zapotrzebowania na określone formy profilaktyki; działania o charakterze informacyjnym, m.in.: warsztaty, prelekcje, pogadanki, konferencje, seminaria, fora, wykłady;</p> <p>2) Szkolenia wysposposobieniowe w zakresie HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI), m.in. studia dyplomowe, kursy, szkolenia dla lekarzy rodzinnych.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - liczba działan; - wyznawionych przedstawicieli; - liczba odbiorców; - zmiana poziomu wiedzy (ankiety); - zmiana postaw. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba działan; - wyznawionych przedstawicieli; - liczba odbiorców; - zmiana poziomu wiedzy (ankiety); - zmiana postaw. 	
			<p>2) Zapewnienie dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie HIV/AIDS</p> <p>a) poszerzenie informacji o dostępności do informacji, edukacji i usług w zakresie HIV/AIDS</p> <p>b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży</p>		<ul style="list-style-type: none"> - liczba działan; - wyznawionych przedstawicieli; - liczba odbiorców; - zmiana poziomu wiedzy (ankiety); - zmiana postaw. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba działan; - wyznawionych przedstawicieli; - liczba odbiorców; - zmiana poziomu wiedzy (ankiety); - zmiana postaw. 	
			<p>1) Kontynuacja i rozwój działań skierowanych do grup docelowych zgodnie z potrzebami i oceną aktualnej sytuacji epidemiologicznej, m.in.: diagnoza zapotrzebowania na określone formy profilaktyki; działania o charakterze informacyjnym, m.in.: warsztaty, prelekcje, pogadanki, konferencje, seminaria, fora, wykłady;</p> <p>2) Szkolenia wysposposobieniowe w zakresie HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI), m.in. studia dyplomowe, kursy, szkolenia dla lekarzy rodzinnych.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - liczba działan; - wyznawionych przedstawicieli; - liczba odbiorców; - zmiana poziomu wiedzy (ankiety); - zmiana postaw. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba działan; - wyznawionych przedstawicieli; - liczba odbiorców; - zmiana poziomu wiedzy (ankiety); - zmiana postaw. 	

OBZARY	CELE OGólNE				
	CELE	SZCZEGóLWE	CELE i innym chorobom przenosnym drogą płciową.		
ZADANIE					
GRUPA DOCELOWA					
WSKAZNIKI					
PDMOIT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA					

OBZARY	CELE OGólNE				
	CELE	SZCZEGóLWE			
ZADANIE					
GRUPA DOCELOWA					
WSKAZNIKI					
PDMOIT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA					

***STIs (z ang. *sexually transmitted infections*) – zakażenia przenoszone drogą płciową:
 **PKD – punkty konsultacyjno-diagnostyczne wykonujące anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołozestępowym.
 *** HIV (+) – wynik dodatni (pozytywny) testu przesiewowego; oznacza, że w badanej krwi znaleziono przeciwciała przeciwko HIV.
 **** Osoba seropoztywna – osoba zakażona HIV.
 ***** Populacje kluczowe – w szczególności: mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, osoby stosujące środki psychoaktywne (obecnie lub w przeszłości), osoby pozabawione wolności, osoby świadczące usługi seksualne oraz osoby korzystające z tych usług, transgender.
 *****PEP (z ang. *Post-exposure Prophylaxis*) – poekspozycyjna profilaktyka zakażenia HIV (polega na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych, w sytuacji gdy dojdzie do kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym, np. seks bez prezerwatywy, pęknięcie prezerwatywy, kontakt z krwią, nasieniem, śluzem pochwowym, pre ejakulatem, zakłucie lub zacięcie ostrym narzędziem, na którym mogła być krew).
 *****PrEP (z ang. *Pre-exposure Prophylaxis*) – profilaktyka przedekspozycyjna (polega na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych, które mogą uchronić przed zakażeniem HIV).
 *****ARV – leczenie antyretrowirusowe.

OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA	PODMIOT
			5) Powołanie, wspieranie oraz rozwijanie ekspertych/doradczych działających w obszarze HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym m.in.: - zespół doradczego funkcjonującego przy Krajowym Centrum ds. AIDS w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV w populacjach kluczowych; - zespół doradczego funkcjonującego przy Krajowym Centrum ds. AIDS w zakresie zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową.		- liczba powołanych zespołów; - liczba członków; - liczba rekomendacji/zaleceń wypracowanych przez zespoły; - liczba inicjatyw; - liczba spotkań.		
	3. Aktualizacja stanu prawnego obowiązującego aktualnie	a) dostosowanie	1) Przebieg i analiza obowiązującego stanu	1) Przebieg i analiza obowiązującego stanu	- liczba analiz;		
	HIV/AIDS	HIV/AIDS do aktualnie obowiązującego stanu prawnego	2) Inicjatywy legislacyjne w zakresie HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) podjętowane sytuacją epidemiologiczną oraz rekomendacjami organizacji międzynarodowych (WHO, UNAIDS, ECDC i in.).	2) Inicjatywy legislacyjne w zakresie HIV/AIDS i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) w celu dostosowania regulacji prawnych do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej.	- liczba inicjatyw; - liczba aktów prawnych; - liczba nowelizacji.		
		b) podejmowanie inicjatyw zmierzających do stworzenia lub uaktualnienia					
		przebiegów i międzynarodowych					
		populacji					

71

OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	ODPOWIEDZIALNY PODMIOT ZADANIA
Zapobieganie zakażeniu HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa)	1. Ograniczenie wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych. 2. Rozbudowa sieci punktów konsultacyjnych- diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV. I bezpłatne testy w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okolicestwowym	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych. b) poprawa jakości punktów konsultacyjno-diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV. I. opracowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Okolicestwowym, wg obowiązujących standardów w kierunku HIV połączone z poradnictwem wykonujących anonimowe i bezpłatne testy diagnostyki zakażeń HIV, ze szczególnym uwzględnieniem HIV.	1] Edukacja w zakresie zapobiegania zakażeniom przeroszonym drogą płciową (STIS*) /lub drogą krwi, ze szczególnym uwzględnieniem HIV. 2] Wspieranie finansowe i pozafinansowe sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowe i bezpłatne testy diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV. I. opracowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Okolicestwowym, wg obowiązujących standardów w kierunku HIV połączone z poradnictwem wykonujących anonimowe i bezpłatne testy diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV. 3] Rozszerzenie ostry PKD w zakresie współpracy i krwiopochodną. zakażenia przeroszone drogą płciową 2] Rozszerzenie ostry diagnostycznej PKD o inne zakażenia fizycznej przemoc 3] Rozszerzenie ostry PKD w zakresie współpracy z takimi specjalistami jak: wenerolog, zakaźnik, prokolog, ginekolog, seksuolog, psychiatria, psycholog, psychoterapeuta; specjalista uzależnień;	- osoby podejmujące zachowania** zwyższą z populacji i młodzi dorośli; - osoby powyżej 50 r.; - partnerzy seksualni osób zakażonych; - osoby, u których zdiagnozowano inne choroby przenoszone drogą płciową; - osoby, które doświadczyły przemoc fizycznej na tle seksualnym; - osoby z zaburzeniami psychicznymi; - osoby o nieuregulowanej sytuacji społeczno-prawnej (np. osoby nieubezpieczone, bezdomne); - klienci PKD, ich rodziny i bliscy;	- liczba projektów; - ocena badań; - liczba odbiorców; - liczba osób HIV+ zdiagnozowanych w populacji; - liczba PKD***; - liczba konsultacji; - liczba wykonanych testów w PKD; - poziom satysfakcji klientów PKD. - liczba PKD oferująca diagnostykę w kierunku STIS. - liczba PKD oferująca diagnostykę w kierunku STIS. - liczba PKD oferująca usługi/konsultacji; - liczba szkoleń; - liczba przeszkolonych doradców.	- ministrowie władści ze względu na cele Programu i jednostki i podległe; - Krajowe Centrum ds. AIDS; - Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; - Państwowa Inspekcja Sanitarna; - jednostki samorządu terytorialnego; - terenowe organy administracji rządowej; - organizacje pozarządowe; - podmioty lecznicze; - towarystwa naukowe; - instytuty badawcze; - organizacje pracodawców; - sektor prywatny;

72

OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	ODPOWIEDZIALNY PODMIOT ZADANIA
	1. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do edukacji, informacji, porad; 2. Zwiększenie dostępu do informacji i edukacji dostosowanych do potrzeb grupy docelowej m.in. poprzez: - media elektroniczne; - telefony zauralni, telefony informacyjne; - przeznaczone tematycznie materiały informacyjne- edukacyjne w formie elektronicznej, kodów QR, 3] Przeważenie kampanii edukacyjnych- informacyjnych skierowanych do grupy docelowej, których elementem jest m.in. dystrybucja prezerywaty i lubrykantów.	a) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy. b) usprawnienie zbierania danych; epidemiologicznych o drogach szczenia zakażenia HIV, ryzykownych.	1] Pozyskanie i usprawnienie (udoskonalanie, aktualizacja) sposobu pozyskiwania informacji istoty z punktu widzenia epidemiologicznego dotyczących czynników zwiększających ryzyko zakażeń HIV, ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń przeroszonych drogą płciową i krwiopochodną. 2] Usprawnienie systemu zbierania danych dotyczących testowania i rozpozczania leczenia. 3] Usprawnienie systemu zbierania danych z doradcami PKD. 4] Podnoszenie kwalifikacji pracowników PKD. 5] Podjęcie działań o charakterze konsultacyjno-doradczym dla pracowników ochrony zdrowia opartym na współpracy z doradcami PKD.	- pracownicy społeczni; - pracownicy systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej; - pracownicy systemu opieki społecznej; - pracownicy socjalni; - pracownicy systemu pomocy społecznej; - pracownicy szpitali; - pracownicy służby zdrowia; - pracownicy służby mundurowych; - pracownicy administracji rządowej i samorządowej; - pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej; - przedstawiciele towarzystw naukowych; - przedstawiciele instytucji/środów badawczych; - osoby z potwierdzonym zakażeniem HIV; - osoby z rodziny i bliscy; - klienci PKD, ich rodziny i bliscy;	- liczba kanałów udostępniających na stronie internetowej; - liczba porad udzielonych w ramach projektów; - liczba odbiorców; - liczba wydaných tytułów;	- inne.

OBZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA
			<p>2) Tworzenie, wspieranie i promowanie testowania w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) w miejscach przebywania grupy docelowej.</p> <p>3) Uprawaszcznianie w diagnostyce zakażeń HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową wykonywania szybkich testów posiadających certyfikaty.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - liczba wydzianów akcesoriów do przyjmowania środków psychoaktywnych; - liczba osób wiązanych do leczenia; - liczba dostępnych leków w ramach programów substytucyjnych; - liczba wydzianów i rozdysponowanych materiałów informacyjnych edukacyjnych; - liczba osób, które zrealizowały cele programów readapcyjnych. - liczba niestacjonarnych/akcyjnych punktów testowania; - liczba klientów; - poziom satysfakcji klienta. - liczba wykonanych testów do samodzielnego wykonania; 	

OBZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA
		<p>b) Wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych.</p>	<p>3) Prowadzenie działań środowiskowych ukierunkowanych na grupę docelową, których elementem jest m.in. dystrybucja prezerwatyw i lubrykantów.</p> <p>4) Rozszerzenie oferty szkoleniowo-edukacyjnej dla specjalistów pracujących w systemie ochrony zdrowia w zakresie poradnictwa okołotestowego.</p> <p>5) Przygotowanie oferty informacyjnej dla osób pracujących poza systemem PKD w zakresie poradnictwa okołotestowego.</p> <p>6) Rozszerzenie kompetencji doradczych osób wydających wyniki testów w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową pracujących poza systemem PKD.</p> <p>7) Rozwój programów o charakterze ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych, szczególnie: zwiększające narażenie na zakażenia w związku z podejmowaniem ryzykownych kontaktów seksualnych pod wpływem substancji psychoaktywnych;</p> <p>8) Programów, których elementem jest dystrybucja prezerwatyw i lubrykantów;</p>	<p>HIV; inni;</p> <p>wynikiem dodatnim</p>	<ul style="list-style-type: none"> - liczba pobranych materiałów edukacyjnych z portali; - liczba pobranych materiałów edukacyjnych z portali; kodów QR; - liczba rozdysponowanych materiałów; - liczba kampanii; - liczba wydzianów prezerwatyw, chusteczek i lubrykantów; - liczba reakcji (pobliżeń) i udostępnień w ramach poszczególnych projektów/kampanii; - liczba otrzymanych projektów/kampanii w ramach poszczególnych projektów/kampanii; - liczba wydzianów prezerwatyw, chusteczek i lubrykantów; - liczba kampanii; - liczba wydzianów prezerwatyw, chusteczek i lubrykantów; - liczba pobranych materiałów; - liczba rozdysponowanych projektów/kampanii; - liczba wydzianów prezerwatyw, chusteczek i lubrykantów; - liczba odbiorców; - liczba wydzianów prezerwatyw w miejscach, chusteczek i lubrykantów; 	

*STIS (z ang. *sexually transmitted infection*) – zakażenia przenoszone drogą płciową.
 **HIV (+) – wynik dodatni (pozytywny) testu przesiewowego, co oznacza, że w badanej krwi znaleziono przeciwciała przeciwko HIV; HIV (-) – wynik ujemny (negatywny) testu przesiewowego, co oznacza, że w badanej krwi nie znaleziono przeciwciała przeciwko HIV.
 **PTN AIDS – Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS.
 ***ARV – leczenie antyretrowirusowe.
 ****Osoba seropozytywna – osoba zakażona HIV.
 *****PEP (z ang. *Post-exposure Prophylaxis*) – poekspozycyjna profilaktyka zakażenia HIV (polega na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych w sytuacji, gdy dojdzie do kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym, np. seks bez prezerwatywy, pęknięcie prezerwatywy, kontakt z krwią, nasieniem, śluzem pochwowym, prejąkiem, zakłucie lub zacięcie ostrym narzędziem, na którym mogła być krew).
 *****PrEP (z ang. *Pre-exposure Prophylaxis*) – profilaktyka przedekspozycyjna (polega na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych, które mogą uchronić przed zakażeniem HIV).

OBZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA
			urodzeni przez matki żyjące z HIV. - realizacja indywidualnego programu szczepień ochronnych dla osób do 18 r.ż.		- liczba dzieci zakażonych HIV; - liczba dzieci objętych opieką; - liczba placówek/podmiotów.	

OBZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA	WSKAŹNIKI	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA
	zakażeniom wartościowym.					
	3. Zapobieganie	a) usprawnienie opieki nad kobietami w ciąży i kobietami w wieku reprodukcyjnym, karmiących piersią.	1) Promowanie testowania w kierunku zakażenia HIV wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym planujących macierzyństwo i będących w ciąży oraz wśród ich partnerów. 2) Aktualizacja standardów postępowania z kobietami zakażonymi HIV planującymi ciążę i ich partnerami. 3) Aktualizacja standardów profilaktyki zakażenia HIV u dzieci matek HIV(+).		- liczba kobiet objętych profilaktyką; - liczba odbiorców; - liczba kobiet w ciąży; - liczba kobiet objętych antyretrowirusowego leczenia w zakresie opieki nad kobietą aktualizacji; - liczba działań. - liczba dzieci urodzonych przez matki z HIV;	
	osobami, które uległy zakażeniu HIV.	ekspozycji na zakażenie HIV.	2) Realizacja szkoleń w zakresie postępowania ochrony zdrowia i innych grup zawodowych. 3) Uposażenie informacji na temat profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP) zakażenia HIV oraz zwiększenie dostępu do profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP).		- liczba placówek; - liczba szkoleń; - liczba ekspozycji; - liczba odbiorców. - liczba platform informacyjnych; - liczba odbiorców; - liczba wystawionych recept.	

OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA/ BENEFICJENT	WSKAZNIKI	ODPOWIEDZIALNY ZADANIA
Monitoring	Usprawnienie monitorowania epidemologicznej sytuacji w zakresie HIV/AIDS.	Usprawnienie monitorowania nadzoru nad wykrywalnością HIV/AIDS oraz działań i zadań w zakresie HIV/AIDS.	<p>1) Opracowanie systemu podniesienia jakości zbierania i raportowania danych epidemologicznych nad HIV/AIDS/STIS* oraz jego ulepszenie i aktualizacja przez m.in.: współpracę dotyczącą zbierania i raportowania danych epidemologicznych; analizę istniejących systemów oraz możliwości integracji zrodła danych; opracowanie ogólnopolskiego systemu (UNIQUE IDENTIFIER); dotychczasowego unikalnego kodu identyfikacji (UNIQUE IDENTIFIER); utrzymanie i modyfikację oraz rozbudowę zaletnie od potrzeb systemu elektronicznego raportowania zakażeń HIV, zachorowań na AIDS i inne STIS w celu umożliwienia dokonywania analizy sytuacji epidemologicznej i udostępniania wyników; opracowanie dokumentu dotyczącego systemu nadzoru epidemologicznego zgodne z europejskimi i światowymi zaleceniami; zbieranie danych do wymogów sprawozdawczych (międzynarodowej).</p> <p>2) Nadzór epidemiologiczny nad HIV/AIDS/STIS operujący się na rutynowej zgłaszalności przypadków, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pozyskiwanie, gromadzenie i udostępnianie danych epidemiologicznych; - wdrażanie zaleceń/standardów służących poprawie jakości zbierania i raportowania danych epidemologicznych, w tym szkolenia pracowników 	<ul style="list-style-type: none"> - ogół społeczeństwa; - osoby żyjące z HIV/AIDS; - osoby podejmujące zachowania „ryzykowne”, zwiększa z populacji klinicznych**; - pracownicy ochrony zdrowia; - pracownicy laboratoryjnych; - pracownicy wykonujących badania; pracownicy PKD; - przedstawiciele zespółów wojewódzkich; realizatorzy Programu; przedstawiciele towarzystw naukowych; - przedstawiciele międzynarodowej. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba opracowanych dokumentów/zaleceń; właściwe względu na cele Programu; jednego lub nadzorowane jednostki podległe przez m.in. Centrum ds. AIDS; Krajowe Biuro ds. Przewidywania Przewidywania; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy; Insytut Państwowej Inspekcji Sanitarnej; Wenerologii; Krajowa Izba Diagnostyczna Laboratorijnych; konsultanci krajowi i wojewódzcy; towarzystwa naukowe; 	<p>Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania</p>
			<p>1) Opracowanie systemu podniesienia jakości zbierania i raportowania danych epidemologicznych nad HIV/AIDS/STIS* oraz jego ulepszenie i aktualizacja przez m.in.: współpracę dotyczącą zbierania i raportowania danych epidemologicznych; analizę istniejących systemów oraz możliwości integracji zrodła danych; opracowanie ogólnopolskiego systemu (UNIQUE IDENTIFIER); dotychczasowego unikalnego kodu identyfikacji (UNIQUE IDENTIFIER); utrzymanie i modyfikację oraz rozbudowę zaletnie od potrzeb systemu elektronicznego raportowania zakażeń HIV, zachorowań na AIDS i inne STIS w celu umożliwienia dokonywania analizy sytuacji epidemologicznej i udostępniania wyników; opracowanie dokumentu dotyczącego systemu nadzoru epidemologicznego zgodne z europejskimi i światowymi zaleceniami; zbieranie danych do wymogów sprawozdawczych (międzynarodowej).</p> <p>2) Nadzór epidemiologiczny nad HIV/AIDS/STIS operujący się na rutynowej zgłaszalności przypadków, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pozyskiwanie, gromadzenie i udostępnianie danych epidemiologicznych; - wdrażanie zaleceń/standardów służących poprawie jakości zbierania i raportowania danych epidemologicznych, w tym szkolenia pracowników 	<ul style="list-style-type: none"> - przedstawiciele międzynarodowej; przedstawiciele uczelni publicznych i prywatnych; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy; Krajowe Centrum ds. AIDS; Państwowa Inspekcja Sanitarna; Instytut Wenerologii; Krajowa Izba Diagnostyczna Laboratorijnych; konsultanci krajowi i wojewódzcy; towarzystwa naukowe; 	<p>Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania</p>	
			<p>3) Monitorowanie danych pozyskanych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w tym: prowadzenie i modernizacja/aktualizacja elektronicznej anonimowej bazy danych; analiza danych z ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz udostępnianie wyników.</p> <p>4) Monitorowanie realizacji Programu, prowadzenie informatycznej, anonimowej bazy danych nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - przedstawiciele samorządowa. - administracja rządowa 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba osób, u których wykryto zakażeń HIV; zakażeń HIV; liczba osób/klientów, u których wykryto zakażeń HIV; liczba osób/klientów, u których wykryto zakażeń HIV; liczba wykonanych testów w kierunku HIV; liczba wykonanych testów w kierunku AIDS; analiza działań; dokumentów; liczba raportów/województwie; organizacje; zespół; jednostki samorządowe; jednostki administracyjne; terenowe organy 	<p>Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania</p>

OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA/ BENEFICJENT	WSKAZNIKI	ODPOWIEDZIALNY ZADANIA
			<p>1) Monitorowanie realizacji Programu, prowadzenie informatycznej, anonimowej bazy danych nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS.</p> <p>2) Monitorowanie danych pozyskanych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w tym: prowadzenie i modernizacja/aktualizacja elektronicznej anonimowej bazy danych; analiza danych z ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz udostępnianie wyników.</p> <p>3) Monitorowanie realizacji Programu, prowadzenie informatycznej, anonimowej bazy danych nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - przedstawiciele samorządowa. - administracja rządowa 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba osób, u których wykryto zakażeń HIV; zakażeń HIV; liczba osób/klientów, u których wykryto zakażeń HIV; liczba osób/klientów, u których wykryto zakażeń HIV; liczba wykonanych testów w kierunku HIV; liczba wykonanych testów w kierunku AIDS; analiza działań; dokumentów; liczba raportów/województwie; organizacje; zespół; jednostki samorządowe; jednostki administracyjne; terenowe organy 	<p>Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania</p>
			<p>1) Monitorowanie realizacji Programu, prowadzenie informatycznej, anonimowej bazy danych nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS.</p> <p>2) Monitorowanie danych pozyskanych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w tym: prowadzenie i modernizacja/aktualizacja elektronicznej anonimowej bazy danych; analiza danych z ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz udostępnianie wyników.</p> <p>3) Monitorowanie realizacji Programu, prowadzenie informatycznej, anonimowej bazy danych nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - przedstawiciele samorządowa. - administracja rządowa 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba osób, u których wykryto zakażeń HIV; zakażeń HIV; liczba osób/klientów, u których wykryto zakażeń HIV; liczba osób/klientów, u których wykryto zakażeń HIV; liczba wykonanych testów w kierunku HIV; liczba wykonanych testów w kierunku AIDS; analiza działań; dokumentów; liczba raportów/województwie; organizacje; zespół; jednostki samorządowe; jednostki administracyjne; terenowe organy 	<p>Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania</p>
			<p>1) Monitorowanie realizacji Programu, prowadzenie informatycznej, anonimowej bazy danych nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS.</p> <p>2) Monitorowanie danych pozyskanych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w tym: prowadzenie i modernizacja/aktualizacja elektronicznej anonimowej bazy danych; analiza danych z ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych oraz udostępnianie wyników.</p> <p>3) Monitorowanie realizacji Programu, prowadzenie informatycznej, anonimowej bazy danych nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - przedstawiciele samorządowa. - administracja rządowa 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba osób, u których wykryto zakażeń HIV; zakażeń HIV; liczba osób/klientów, u których wykryto zakażeń HIV; liczba osób/klientów, u których wykryto zakażeń HIV; liczba wykonanych testów w kierunku HIV; liczba wykonanych testów w kierunku AIDS; analiza działań; dokumentów; liczba raportów/województwie; organizacje; zespół; jednostki samorządowe; jednostki administracyjne; terenowe organy 	<p>Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania</p>

** STIS (z ang. *sexually transmitted infection*) – zakażenia przenoszone drogą płciową:
 ** Ryzykowne zachowania – kontakty seksualne bez prezerwatywy, *chemsex*, dzielenie się sprzętem do przyjmowania narkotyków i wykonywania tatużu oraz kontakty blon
 służących lub otwartej rany z krawią i/lub wydzielinami narządów płciowych innej osoby.
 *** Populacje kluczowe – w szczególności: mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, osoby stosujące środki psychoaktywne (obecnie lub w przeszłości), osoby
 pozabawione wolności, osoby świadczące usługi seksualne oraz osoby korzystające z tych usług, transgender.
 **** ARV – leczenie antyretrowirusowe.

OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA/ BENEFICJENT	WSKAZNIKI	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA
			- inne badania (w populacjach kluczowych, kohortach wiekowych, itp.) dostosowane do potrzeb w ramach realizacji Programu. 3) Monitoring mediów. 1) Prowadzenie informacyjnej zanonimizowanej bazy danych w zakresie realizacji programu leczenia antyretrowirusowego.		- liczba publikacji/artykówów; - liczba osób z niewykrywalną wirusią; - liczba dzieci objętych leczeniem ARV; - liczba kobiet ciężarnych żyjących z HIV/AIDS; - liczba dzieci urodzonych przez matki z HIV; - liczba dzieci zakażonych wertykalnie; - liczba ekspozycji; - liczba dostępnych terapii.	

OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓLNE	ZADANIE	GRUPA DOCELOWA/ BENEFICJENT	WSKAZNIKI	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ ZADANIA
			2) Analiza działań prowadzonych na terenie województwa w zakresie ograniczania zakażeń HIV, wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób żyjących z HIV/AIDS/STIs. 3) Rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich przez m.in.: - konsultacje i szkolenia dla reprezentantów wojewódzkich; - opracowanie i upowszechnienie monitoringów lokalnych; - opracowanie i wdrożenie wskaźników na poziomie województwa. 4) Dostosowanie informacyjnej bazy danych (służącej pozyskaniu danych od podmiotów realizujących Program) do potrzeb analiz wojewódzkich. 1) Pozyskiwanie, gromadzenie i udostępnianie informacji o HIV/AIDS/STIs, m.in. raporty, opracowania, analizy, badania społeczne, naukowe, medyczne (własne, jednostek naukowo-badawczych, firm badawczych i in.). 2) Prowadzenie badań w wybranych grupach docelowych, m.in.: - badania wiedzy i postaw społecznych w zakresie HIV/AIDS/STIs; - badania behawioralne w zakresie HIV/AIDS/STIs; - badania jakości życia (w tym życia seksualnego) osób żyjących z HIV/AIDS.		- wykaz działań prowadzonych na terenie województwa; - liczba analiz; - dostępność do / zakres profilaktyki skojarzonej; - liczba szkoleń/spokkań; - liczba reprezentowanych województw; - liczba opracowań na poziomie województwa; - liczba odbiorców informacji z bazy monitoringowej; - liczba modyfikacji;	

