

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia

w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

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

§ 1. 1. Ustala się Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, zwany dalej „Programem Zapobiegania HIV/AIDS”.

2. Program Zapobiegania HIV/AIDS realizowany jest w pięciu obszarach:

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

3. Zapobieganie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, polega w szczególności na:

- 1) promocji zdrowego stylu życia w zakresie przeciwdziałania zakażeniom HIV;
- 2) profilaktyce w zakresie HIV/AIDS;
- 3) promowaniu odpowiedzialnych zachowań oraz dbaniu o zdrowie własne i partnerów;
- 4) minimalizowaniu czynników ryzyka.

4. Zapobieganie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, polega w szczególności na:

- 1) promocji zdrowego stylu życia w zakresie przeciwdziałania zakażeniom HIV;
- 2) profilaktyce w zakresie HIV/AIDS;
- 3) zmianie postaw i wspieraniu odpowiedzialnych zachowań oraz dbania o zdrowie własne i partnerów;
- 4) minimalizowaniu czynników ryzyka.

5. Wsparcie i opieka zdrowotna, o których mowa w ust. 2 pkt 3, polegają w szczególności na:

- 1) podtrzymywaniu i rozwijaniu motywacji oraz umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia;
- 2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy, w tym ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji;
- 3) udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w przepisach o pomocy społecznej,
- 4) zapewnieniu powszechnego dostępu do diagnostyki w zakresie HIV/AIDS;
- 5) zapewnieniu powszechnego dostępu do leczenia antyretrowirusowego prowadzonego i finansowanego na podstawie programu zdrowotnego ustalanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 6) przeciwdziałaniu postępowi choroby;
 - 7) zapobieganiu skutkom choroby;
 - 8) zwiększeniu świadomości chorego w zakresie zdrowia i choroby.
6. Współpraca międzynarodowa, o której mowa w ust. 2 pkt 4, polega w szczególności na:
- 1) kształtowaniu polityki międzynarodowej w obszarze HIV/AIDS poprzez aktywny udział przedstawiciela Rzeczypospolitej Polskiej w działaniach organizacji międzynarodowych zajmujących się problematyką z zakresu HIV/AIDS;
 - 2) reprezentowaniu Rzeczypospolitej Polskiej w organizacjach międzynarodowych, które swoim działaniem obejmują HIV/AIDS;
 - 3) wymianie doświadczeń w zakresie najlepszych praktyk w oparciu o istniejącą wiedzę.
7. Monitoring, o którym mowa w ust. 2 pkt 5, polega w szczególności na:
- 1) systematycznym zbieraniu i analizowaniu informacji na temat HIV/AIDS;
 - 2) zbieraniu i analizowaniu informacji dotyczących planowanych oraz realizowanych działań i zadań w zakresie HIV/AIDS;
 - 3) prowadzeniu informatycznej bazy danych, w zakresie realizacji leczenia antyretrowirusowego, o którym mowa w ust. 5 pkt 5;
 - 4) prowadzeniu informatycznej bazy danych, o której mowa w § 11.

§ 2. Obszary, cele ogólne i cele szczegółowe Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS określa załącznik do rozporządzenia.

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

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

§ 5. 1. Podmioty zobowiązane do realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS opracowują, na podstawie Harmonogramu, szczegółowe harmonogramy roczne realizacji zadań Programu Zapobiegania HIV/AIDS, zwane dalej „szczegółowymi harmonogramami rocznymi”, na rok następny, które przekazują Koordynatorowi w terminie do dnia 15 października.

2. Koordynator sporządza w formie zbiorczej i przedkłada ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do zatwierdzenia, w terminie do 15 listopada, szczegółowe harmonogramy roczne.

§ 6. 1. Podmioty realizujące Program Zapobiegania HIV/AIDS przedstawiają Koordynatorowi, w terminie do dnia 15 kwietnia, roczne sprawozdanie z wykonania zadań objętych szczegółowymi harmonogramami rocznymi.

2. Koordynator realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS sporządza i przedkłada ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do zatwierdzenia, w terminie do dnia 15 maja, roczne sprawozdanie z realizacji zadań objętych szczegółowymi harmonogramami rocznymi.

§ 7. 1. Podmioty realizujące Program Zapobiegania HIV/AIDS przedstawiają Koordynatorowi, w terminie do dnia 15 kwietnia, sprawozdanie z wykonania zadań objętych Harmonogramem wraz z podsumowaniem tego okresu.

2. Koordynator sporządza i przedkłada ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 maja, sprawozdanie z wykonania zadań objętych Harmonogramem wraz z podsumowaniem tego okresu.

3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada do zatwierdzenia Radzie Ministrów.

§ 8. 1. Podmiotami realizującymi Program Zapobiegania HIV/AIDS są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu Zapobiegania HIV/AIDS.

2. Podmiotami realizującymi Program Zapobiegania HIV/AIDS są także terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki.

3. W realizacji zadań Programu Zapobiegania HIV/AIDS 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, edukacji publicznej.

4. W realizacji zadań Programu Zapobiegania HIV/AIDS mogą również uczestniczyć podmioty, które prowadzą działalność umożliwiającą podejmowanie zadań wynikających z harmonogramu realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS lub prowadzenia akcji wspierających realizację przedmiotowego programu.

§ 9. 1. Podmioty, o których mowa w § 8 ust. 2-4 powołują Zespoły do spraw realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS, zwane dalej: „Zespołami”, w celu zintegrowania realizacji zadań określonych w Harmonogramie.

2. Zespoły koordynują, na terenie województwa, działania wynikające ze szczegółowych harmonogramów rocznych oraz współpracują w tym zakresie z Koordynatorem.

3. Zespoły działają na podstawie porozumienia pomiędzy stronami, na czas obowiązywania Harmonogramu.

4. Zespoły powoływane są nie później niż na 3 miesiące przed opracowaniem pierwszych szczegółowych harmonogramów rocznych.

§ 10. Zadania wynikające z Harmonogramu są finansowane przez podmioty o których mowa w § 8 ust. 2 i 3, w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

§ 11. 1. System monitorowania realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS, zwany dalej „Elektroniczną Bazą Monitoringową”, służy do pozyskiwania danych od podmiotów realizujących Program Zapobiegania HIV/AIDS w zakresie obszarów określonych w § 1 ust. 2.

2. Elektroniczna Baza Monitoringowa, o której mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności informacje o:

- 1) podmiotach sprawozdających i realizujących Program Zapobiegania HIV/AIDS oraz uczestniczących w jego realizacji;
- 2) realizowanych zadaniach;
- 3) zakresie ich finansowania;
- 4) terminie realizacji;
- 5) grupie odbiorców;
- 6) zasięgu;
- 7) spójności z innymi ustawowymi programami.

3. Wszystkie podmioty biorące udział w realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS obowiązane są do wprowadzania danych do Elektronicznej Bazy Monitoringowej.

4. Podmioty biorące udział w realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS wprowadzają do Elektronicznej Bazy Monitoringowej:

- 1) szczegółowe harmonogramy roczne, których mowa w § 5 ust. 1;
- 2) sprawozdania, o których mowa w § 6 ust. 1.

5. Dostęp do Elektronicznej Bazy Monitoringowej następuje po otrzymaniu od Koordynatora indywidualnego hasła dostępu.

6. Elektroniczną Bazę Monitoringową prowadzi Koordynator.

§ 12. Zadania i sprawozdania wynikające z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowanego na lata 2007-2011, są sporządzane i przedkładane na podstawie dotychczasowych przepisów.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r. ¹⁾

PREZES

RADY MINISTRÓW

¹⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (Dz. U. Nr 189, poz. 1590), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, na podstawie art. 68 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Zdrowia Publicznego
Projekt z dnia 2 sierpnia 2010 r.

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Alina Budzyńska-Makulska

za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

**Obszary, cele ogólne i cele szczegółowe Krajowego Programu Zapobiegania
Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS**

Lp.	OBSZARY	CELE OGÓLNE	CELE SZCZEGÓŁOWE		
I	Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa)	1. ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiany postaw, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za własne zdrowie i życie b) rozwój bazy szkoleniowo-edukacyjnej, skierowanej do różnych grup społecznych i zawodowych		
		2. zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	a) poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży		
		3. aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS	a) dostosowanie aktualnie obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS do przyjętych przez Polskę zobowiązań wspólnotowych i międzynarodowych b) podejmowanie inicjatyw legislacyjnych zmierzających do stworzenia lub uaktualnienia przepisów prawnych w zakresie HIV/AIDS		
		II	Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa)	1. ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych
				2. rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych	a) poprawa jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV

		wykonywujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym	b) usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych
		3. zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	a) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy
III	Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa)	1. poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich	a) poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich
			b) podniesienie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich
		2. poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV	a) poprawa istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS
			b) usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV
		3. zapobieganie zakażeniom wertykalnym	a) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży
			b) usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV/AIDS oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV
IV	Współpraca międzynarodowa	rozwój współpracy międzynarodowej	a) poszerzenie współpracy międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS
			b) aktywizacja udziału Polski w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS
			c) aktywizacja udziału Polski

			w pracach instytucji i organizacji międzynarodowych
			d) poszerzenie współpracy międzynarodowej na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich
V	Monitoring	usprawnienie monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz działań i zadań w zakresie HIV/AIDS	<p>a) usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową</p> <p>b) usprawnienie nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS</p> <p>c) wsparcie informacyjne realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS</p> <p>d) wsparcie informacyjne realizacji leczenia antyretrowirusowego</p>

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 68 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych (wydanych na podstawie obowiązującej ustawy), nie dłużej jednak niż przez okres 2 lat. Tym samym rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (Dz. U. Nr 189, poz. 1590) przestanie obowiązywać z dniem 2 stycznia 2011 r.

Przedmiotowy projekt został przygotowany na podstawie upoważnienia zawartego w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, który stanowi, że Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, programy zapobiegania i zwalczania określonych zakażeń lub chorób zakaźnych oraz lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych, wynikające z sytuacji epidemiologicznej kraju lub z konieczności dostosowania do programów międzynarodowych, mając na względzie ich skuteczne wykonywanie oraz zapewnienie objęcia ochroną zdrowotną osób, których szczególne narażenie na zakażenie wynika z sytuacji epidemiologicznej.

Podstawą rozwoju społecznego jest zdrowie. Zapewnić je mogą jedynie właściwie skonstruowane i prowadzone programy profilaktyczne, lecznicze oraz rehabilitacyjne, adresowane do jak najszerszej liczby odbiorców oraz uwzględniające specyfikę zagrożeń i potrzeb różnych grup społecznych. Programy te wymagają precyzyjnego określenia i umiejscowienia w odpowiednich ramach prawnych.

Wieloaspektowość HIV/AIDS oraz rosnące zagrożenia związane z epidemią wymuszają szczególne potraktowanie tej problematyki, czego efektem jest przedkładany projekt rozporządzenia, wyznaczający priorytety działań gwarantujący ciągłość realizacji i ich finansowania przez wskazane podmioty.

Polityka państwa w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS od 1996 r. realizowana jest na podstawie Krajowych Programów ustalanych na kolejne lata.

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

W chwili obecnej podstawą prawną działań jest *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 roku w sprawie Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV*.

Zadania realizowane są zgodnie z *Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowanym na lata 2007-2011*, zaakceptowanym przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 31 października 2006 roku.

Pierwsze lata XXI wieku nie przyniosły oczekiwanych odkryć naukowych dotyczących szczepionki zapobiegającej zakażeniu HIV. Pomimo wielu wysiłków społeczności międzynarodowej w celu zapewnienia szerokiej dostępności leczenia antyretrowirusowego (ARV) dla osób zakażonych oraz objęcia działaniami prewencyjnymi, w tym edukacją, jak najszerszej grupy odbiorców, pandemia zatacza wciąż szersze kręgi. Nadal najskuteczniejszym środkiem zapobiegania zakażeniom pozostaje efektywna, systematyczna profilaktyka, oparta na aktualnym stanie wiedzy, uwzględniająca zróżnicowane potrzeby społeczne, zachowania i zawody ludzi.

Wieloletnie doświadczenia i obserwacje, wiedza w dziedzinie zakażeń HIV/AIDS i prognozy rozprzestrzeniania się epidemii w naszym regionie uzasadniają podjęcie działań legislacyjnych i przyjęcie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS w drodze aktu powszechnie obowiązującego, dającego podstawy do utrzymania stabilnej sytuacji epidemiologicznej i bycia równoprawnym partnerem w realizacji programów zdrowia publicznego Unii Europejskiej.

Założenia strategii przeciwdziałania HIV/AIDS, opracowane przez organizacje międzynarodowe, takie jak Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (UNAIDS) czy Światową Organizację Zdrowia (WHO), opierają się na nienaruszalnej zasadzie poszanowania praw człowieka i godności ludzkiej (Międzynarodowe Wytoczne w zakresie HIV/AIDS i Praw Człowieka, Wytoczna nr 6 - *Dostęp do prewencji, leczenia, opieki i wsparcia*). Podkreślają one także konieczność udziału w procesie tworzenia i realizacji strategii narodowych, osób skupionych wokół organizacji pozarządowych, w tym szczególnie ludzi żyjących z HIV. Ich aktywny

udział w programach profilaktycznych jest gwarancją efektywności tych programów. Jednak działania tych środowisk na rzecz całego społeczeństwa, będą możliwe tylko wtedy, jeżeli zostanie zapewnione szeroko rozumiane wsparcie ze strony organów władzy publicznej.

Projektowany Program Zapobiegania HIV/AIDS jest zgodny z zaleceniami i zobowiązaniami zawartymi w międzynarodowych dokumentach i deklaracjach, między innymi takich jak:

- Program Działań z Międzynarodowej Konferencji Ludności i Rozwoju (Kair 1994),
- Pekinśka Deklaracja Działań (Pekin 1995) oraz późniejsze inicjatywy i działania mające na celu wdrażanie Deklaracji Pekinśkiej i Platformy na Rzecz Działania przyjętych podczas 23 Sesji Specjalnej Zgromadzenia ONZ (czerwiec 2000),
- Celach rozwoju zawartych w Deklaracji Milenijnej przyjętej przez ONZ podczas 55 Sesji ONZ (wrzesień 2000),
- Deklaracja Zobowiązań w sprawie HIV/AIDS przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne podczas Sesji Specjalnej ONZ poświęconej walce z epidemią HIV/AIDS (27 czerwiec 2001),
- Deklaracja Wileńska UE (2004),
- Deklaracja Dublińska WHO, UE (2004),
- Deklaracja z Bremy *Odpowiedzialność i partnerstwo – razem przeciw HIV/AIDS*, UE (2007),
- Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów *Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich w latach 2009-2013*.

Pierwszy przypadek zakażenia HIV został wykryty w Polsce w 1985 r., natomiast pierwsze zachorowanie na AIDS zdiagnozowano rok później. Z danych Narodowego Instytutu zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wynika, że od początku epidemii HIV/AIDS w Polsce do końca 2008 r., łącznie stwierdzono zakażenia HIV u 12 068 obywateli polskich, odnotowano 2 189 zachorowań na AIDS, a 962 osoby zmarły z przyczyn związanych z AIDS.

W 2008 roku zgłoszono w Polsce 809 nowych zakażeń HIV, w tym 602 mężczyzn (74%) i 154 kobiet (19%). W przypadku 53 osób nie podano danych. Jednocześnie rozpoznano AIDS u 162 osób, w tym 127 mężczyzn (79%) i 34 kobiet (21%).

Od początku epidemii zachorowania na AIDS i zakażenia HIV rejestruje się najczęściej w dużych aglomeracjach miejskich. Najwięcej zakażeń odnotowuje się w województwach: dolnośląskim, warmińsko-mazurskim i mazowieckim.

Tak jak w większości krajów, w Polsce HIV dotyka często ludzi młodych. 55% osób, które uległy zakażeniu HIV nie ukończyło dwudziestego dziewiątego roku życia, w tym 8% w momencie zakażenia nie ukończyło dwudziestego roku życia. Najliczniejszą grupę (ok. 85%) wśród osób zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20-49 lat).

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

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

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

Aktualne problemy w walce z epidemią HIV/AIDS (w skrócie):

- Oдноśnie sytuacji epidemiologicznej:
 - obecnie w Polsce obserwuje się wzrost liczby zakażeń HIV drogą kontaktów seksualnych (homo/heteroseksualnych), szczególnie w populacji osób w wieku 18-49 lat,

- niepokojący jest wzrost liczby zakażeń w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM) oraz wzrost liczby zakażeń w populacji kobiet (feminizacja epidemii),
 - problemem wśród Polaków pozostaje brak odniesienia ryzyka zakażeniem HIV do własnej osoby oraz zbyt mała świadomość konieczności poznania własnego statusu serologicznego (rozważenie wykonania testu w kierunku HIV),
 - pomimo względnie stabilnej sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce, kraj nasz stoi w obliczu zagrożenia epidemiologicznego ze strony państw Europy Wschodniej, przede wszystkim Federacji Rosyjskiej (ok. 2 mln zakażonych HIV), Ukrainy (ok. 500 tys. zakażonych) i innych państw byłego Związku Radzieckiego. Tymczasem z racji sytuacji geopolitycznej, można założyć zwiększoną liczbę przyjazdów do Polski ludności z zachodniej granicy, wśród nich także osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
 - również systematycznie zwiększa się liczba przypadków zakażeń HIV w niektórych krajach Zachodniej Europy. Tak więc, zakażenia wirusem HIV stanowią wciąż duże wyzwanie dla zdrowia publicznego w Europie.
- *Odniesienie opieki medycznej nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS:*
 - w Polsce występuje duże zapotrzebowanie na wczesną diagnostykę, w tym wzrost dostępności testowania w kierunku HIV m.in. poprzez rozbudowę ogólnopolskiej sieci Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych (bezpłatnego i anonimowego testowania). Przyczyni się to do ograniczenia dalszego wzrostu późnych rozpoznań AIDS,
 - leczenie ARV ma decydujący wpływ na poprawę jakości życia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Zapewnienie dostępu do leczenia ARV oznacza stabilizację liczby zachorowań na AIDS i zauważalny spadek śmiertelności z powodu AIDS. Wydłuża się okres przeżycia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS (obecnie nawet do czasu naturalnej śmierci), co pomimo choroby pozwala na powrót do funkcji społecznych i rodzinnych,
 - kolejną korzyścią wynikającą z szerokiej dostępności leczenia ARV osób zakażonych HIV jest zmniejszenie zakaźności tych osób dla populacji osób zdrowych. Dodatkowym, pozytywnym efektem leczenia ARV jest zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, która u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

występuje jako zakażenie oportunistyczne oraz poprawa wykrywalności HBV i HCV,

- zastosowanie profilaktyki ARV w grupie noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV, spowodowało zmniejszenie odsetka zakażeń wertykalnych z 23% przed rokiem 1989 do poniżej 1% obecnie (źródło oprac. Prof. Tomasz Niemiec),
- w najbliższych latach należy spodziewać się dalszego wzrostu liczby pacjentów wymagających diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego ze wskazań życiowych. Wynika to m.in. z sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w latach ubiegłych, kiedy to wykrywano najwięcej zakażeń HIV, obecnie przechodzących w fazę pełnoobjawowego AIDS. Wiąże się to z koniecznością dalszego wzrostu nakładów na leczenie ARV. Zapewnienie dostępności leczenia i odzwierciedlenie tego faktu w strategiach narodowych wynika z zobowiązań podjętych przez Polskę na forum ONZ, między innymi w *Declaration of Commitment on HIV/AIDS* i *Political Declaration on HIV/AIDS*.
- W sferze działań profilaktycznych:
 - w Polsce występuje coraz większe zapotrzebowanie na profilaktykę, w tym na informację o HIV/AIDS. W dłuższej perspektywie zaniechanie profilaktyki HIV/AIDS spowoduje znaczący wzrost kosztów leczenia chorych - koszty bezpośrednie + koszty pośrednie (koszt utraconej produktywności osób zakażonych HIV i chorych na AIDS). Polska należy do państw Unii Europejskiej, które w przeliczeniu na głowę mieszkańca, przeznaczają najmniej - 0,05 Euro= ok. 20 gr. środków na profilaktykę w przeliczeniu na głowę mieszkańca (wg ECDC w 2006 r.). Odzwierciedla to stały spadek nakładów na profilaktykę w latach 2005-2010,
 - niezależnie od zapewnienia możliwości leczenia ARV wszystkim pacjentom spełniającym kryteria medyczne, istnieje pilna potrzeba wzmocnienia i rozszerzenia działań prewencyjnych. Obecnie ok. 96 % wszystkich środków na HIV/AIDS z budżetu państwa przeznacza się na leczenie ARV, a jedynie 4 % środków pozostaje na profilaktykę zakażeń HIV. Jest to bardzo niepokojące w aspekcie sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS za wschodnimi granicami Polski. Przykładem może być tutaj województwo Warmińsko-Mazurskie położone w bezpośrednim sąsiedztwie Regionu Kaliningradzkiego, mającego

najwyższe w Europie wskaźniki zakażeń HIV. Od 4-5 lat obserwuje się systematyczny wzrost liczby zakażeń HIV w tym województwie,

- ze względu na ograniczone środki finansowe pochodzące z budżetu Ministra Zdrowia, a także ograniczenia w pozyskiwaniu środków od prywatnych donatorów, istnieje konieczność większego zaangażowania, także finansowego, w działania profilaktyczne innych, poza Ministerstwem Zdrowia, ministerstw oraz władz lokalnych i samorządowych,
- w celu przeprowadzenia lepszej diagnozy problemu i skierowania działań profilaktycznych do konkretnych populacji, konieczne jest systematyczne prowadzenie badań behawioralnych i epidemiologicznych,
- istnieje konieczność dalszego prowadzenia wielopłaszczyznowych działań profilaktycznych skierowanych do różnych grup społecznych, uwzględniających specyficzne potrzeby każdej z nich.

Zakładanymi efektami realizacji proponowanych działań i zadań są:

- W płaszczyźnie epidemiologicznej:
 - utrzymanie stabilności sytuacji epidemiologicznej zakażeń HIV, mimo dynamicznego wzrostu zakażeń w państwach ościennych,
 - utrzymanie spadku liczby zakażeń drogą wertykalną u dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV,
 - utrzymanie braku zakażeń drogą ekspozycji zawodowej i pozazawodowej – dostępność postępowania po ekspozycji na zakażenie HIV (dostęp do leków antyretrowirusowych).
- W odniesieniu do osób żyjących z HIV, chorych na AIDS:
 - spadek śmiertelności na AIDS,
 - poprawa jakości życia osób zakażonych HIV.
- W zakresie zapobiegania i profilaktyki HIV:
 - wzrost liczby osób testujących się poprzez zwiększenie dostępności do anonimowych i bezpłatnych badań w kierunku HIV, gwarantujących wysoką jakość świadczeń w tej dziedzinie,
 - zwiększenie liczby certyfikowanych edukatorów w dziedzinie HIV i AIDS, specjalizujących się w pracy z wybranymi środowiskami (szkoły, więzienia),

- o zapewnienie efektywności kampanii medialnych dotyczących profilaktyki HIV/AIDS,
- o kontynuacja programów redukcji szkód.

Ustalenie proponowanego Programu Zapobiegania HIV/AIDS ma na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w społeczeństwie, poprawę jakości życia i dostępności opieki zdrowotnej dla ludzi żyjących z HIV, chorych na AIDS i ich bliskich.

Projekt rozporządzenia opiera się na rekomendacjach UNAIDS i Komisji Europejskiej „*Three Ones*”. Koncepcja ta zakłada, że w każdym kraju powinien istnieć:

- jeden uzgodniony zakres działań zapewniający podstawy współpracy wszystkich partnerów, czyli jedna strategia narodowa;
- jedna wskazana z nazwy organizacja, instytucja lub ciało koordynujące, posiadające mandat do inicjowania działań wielosektorowych;
- jeden wypracowany system monitorowania i oceny na poziomie narodowym.

Projektowany Program ma na celu przeciwdziałanie epidemii HIV/AIDS w pięciu obszarach:

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

Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa – profilaktyka ta obejmuje wszystkie działania podejmowane w celu zapobiegania chorobie i niepożądanym skutkom poprzez edukację zdrowotną. Są to działania uprzedzające. Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych – jej celem jest między innymi identyfikacja grup ryzyka i wczesne wykrycie objawów zakażenia/choroby.

Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS – profilaktyka ta adresowana jest do grupy wysokiego ryzyka. Ma ona na celu przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego oraz umożliwienie

funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym. Celem tej profilaktyki jest zapobieganie skutkom zakażenia. Dostęp do diagnostyki oraz leczenia antyretrowirusowego jest niezbędny. Proponowany zapis mówi o realizacji zadań Programu Zapobiegania HIV/AIDS z zakresu leczenia antyretrowirusowego, w celu zapewnienia równego dostępu wszystkim żyjącym z HIV i chorym na AIDS zgodnie ze standardami międzynarodowymi metod profilaktyki AIDS, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego. Leczenie prowadzone jest na podstawie programu zdrowotnego ustalanego 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. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Zadania wynikające z tego programu zdrowotnego finansowane są z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Rozwiązanie takie nie wymaga ustalania odrębnego trybu udzielania tych świadczeń oraz ich finansowania, a także gwarantuje równy dostęp do leczenia ARV.

Współpraca międzynarodowa – Polska będąc członkiem Unii Europejskiej ma zobowiązania międzynarodowe. Wynikają one między innymi z następujących dokumentów:

- Deklaracji Zobowiązań w sprawie HIV/AIDS przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne podczas Sesji Specjalnej ONZ poświęconej walce z epidemią HIV/AIDS,
- Deklaracji Wileńskiej UE,
- Deklaracji Dublińskiej WHO,

Ponadto problematyka HIV/AIDS to także aktywność Polski na arenie międzynarodowej.

Monitoring – zgodnie z zaleceniami organizacji międzynarodowych (UNAIDS, WHO) wskazany jest monitoring w zakresie HIV/AIDS.

Realizacją Programu Zapobiegania HIV/AIDS kieruje Minister Zdrowia, a koordynację działań oraz prowadzenie systemu monitorowania realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS powierza się Krajowemu Centrum do spraw AIDS, będącego jednostką nadzorowaną przez Ministra Zdrowia, utworzoną w celu realizacji zadań z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV i AIDS.

Z uwagi na szereg działań Krajowego Centrum ds. AIDS, w imieniu Ministra Zdrowia, na forum międzynarodowym, niezbędne jest podanie nazwy Centrum, jako Koordynatora. Przedmiotowy akt prawny będzie również tłumaczony na język angielski i prezentowany na różnego rodzaju spotkaniach międzynarodowych, gdzie

przedstawiana jest między innymi polityka państwa w zakresie HIV/AIDS i jej zgodności z zaleceniami przytoczonej już wcześniej strategii „*Three Ones*”.

Harmonogram realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS (obejmuje 5-cio letni okres działań) ustalany jest przez Koordynatora we współpracy z podmiotami zobowiązanymi do realizacji Programu. Przedkładany jest on przez Koordynatora Ministrowi Zdrowia w terminie do 30 czerwca roku poprzedzającego rozpoczęcie działań przewidzianych w Harmonogramie. Następnie Minister Zdrowia przedkłada dokument Radzie Ministrów. Program zapobiegania zakażeniom HIV/AIDS określa politykę państwa w tym zakresie. Z uwagi na udział w przedmiotowym Programie zarówno administracji rządowej, jak i samorządowej ważne jest aby Harmonogram, a następnie sprawozdanie, było przekazane Radzie Ministrów.

Po zakończeniu 5-cio letniego okresu obowiązywania Harmonogramu, podmioty realizujące zadania przedkładają sprawozdania z wykonania zadań Koordynatorowi, do dnia 15 kwietnia roku następnego. Koordynator sporządza i przedkłada Ministrowi Zdrowia całościowy dokument z realizacji 5-cio letniego Harmonogramu do dnia 15 maja, który następnie przekazany zostaje, zgodnie z procedurą, Radzie Ministrów.

Ponadto podmioty zobowiązane do realizacji Programu opracowują, na podstawie Harmonogramu, szczegółowe harmonogramy roczne realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS, zwane dalej „Harmonogramami rocznymi”, w terminie do 15 października roku poprzedzającego rozpoczęcie działań i przekazują je do koordynatora. Koordynator, w formie zbiorczej, przedkłada je do rozpatrzenia i akceptacji Ministrowi Zdrowia, w terminie do 15 listopada.

Sprawozdania z realizacji zadań ujętych w szczegółowych harmonogramach rocznych przedkładane są koordynatorowi do dnia 15 kwietnia, który w terminie do 15 maja opracowuje całościowe roczne sprawozdanie i przesyła je do Ministra Zdrowia.

Zgodnie z projektem podmiotami realizującymi Program Zapobiegania HIV/AIDS będą ministrowie właściwi ze względu na cele Programu Zapobiegania HIV/AIDS, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki. W jego realizacji będą uczestniczyli także 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, ochrony zdrowia, programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii, edukacji publicznej. Mowa tutaj o jednostkach samorządu terytorialnego i podległych im jednostkach. Ponadto w realizacji Programu będą mogły uczestniczyć podmioty, które prowadzą działalność umożliwiającą podejmowanie zadań wynikających ze szczegółowych harmonogramów rocznych lub prowadzenia akcji wspierających realizację przedmiotowego programu.

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

Zespoły planuje się powołać w I półroczu 2011 roku, aby było możliwe rozpoczęcie współpracy i przedstawienie pierwszych szczegółowych harmonogramów rocznych, zgodnie z zapisami projektowanego rozporządzenia, tj. do dnia 15 października.

Z uwagi na specyfikę HIV/AIDS, a także na koszty jakie corocznie ponosi Minister Zdrowia, konieczne jest włączenie, również finansowe, innych podmiotów w Program Zapobiegania HIV/AIDS. Realizacja zadań finansowana jest z budżetu państwa odpowiednio z części, których dysponentami są właściwi ministrowie realizujący te programy a także przez inne podmioty wskazane w tych programach w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Zadania wynikające z Harmonogramu realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS finansowane są ze środków będących w dyspozycji podmiotów biorących udział w programie.

W celu monitorowania realizacji Programu projekt przewiduje utworzenie systemu zbierania danych od podmiotów realizujących Program Zapobiegania HIV/AIDS (Elektroniczną Bazę Monitoringową), dotyczący w szczególności:

- podmiotów realizujących Program Zapobiegania HIV/AIDS oraz innych podmiotów uczestniczących w jego realizacji,
- realizowanych zadań,
- wysokości i sposobu finansowania zadań,
- terminu realizacji zadań,
- grupy odbiorców realizowanych zadań,

- zasięgu realizowanych zadań,
- spójności podejmowanych działań z innymi programami.

Podmioty biorące udział w realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS będą wprowadzały do Elektronicznej Bazy Monitoringowej szczegółowe harmonogramy roczne, sprawozdania roczne i pięcioletnie.

Proponuje się, aby sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowany na lata 2007-2011 zostały sporządzone oraz przedłożone przez podmioty realizujące Program na dotychczasowych zasadach. Na dotychczasowych zasadach ma być również przedłożone Radzie Ministrów sprawozdanie i stanowisko Ministra Zdrowia w zakresie realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowany na lata 2007-2011.

Zaproponowana w projekcie data wejścia rozporządzenia w życie – 1 styczeń 2011 r. – wynika z utraty mocy obowiązującej przez dotychczas obowiązujące rozporządzenie w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS.

Zawarte w projekcie regulacje nie stanowią przepisów technicznych w rozumieniu *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm aktów prawnych* (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597), dlatego też projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z *ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie umieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projektowana regulacja będzie miała wpływ na ogół społeczeństwa, osoby zakażone HIV, chore na AIDS, ich rodziny i bliskich.

Ponadto będzie oddziaływać na organy administracji rządowej, terenowe organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego oraz podległe im jednostki oraz inne podmioty prowadzące działalność w zakresie HIV/AIDS.

2. Zakres konsultacji społecznych

Projekt ustawy zostanie przekazany do konsultacji m. in. następującym podmiotom:

- 1) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie epidemiologii,
- 2) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie chorób zakaźnych,
- 3) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie ginekologii i położnictwa,
- 4) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej,
- 5) Narodowemu Instytutowi Zdrowia – Państwowemu Zakładowi Higieny,
- 6) Naczelnej Radzie Lekarskiej,
- 7) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych,
- 8) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych,
- 9) Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka,
- 10) Fundacji Batorego,
- 11) Stowarzyszeniu SOLIDARNI „PLUS”,
- 12) Zjednoczeniu na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy”,
- 13) Stowarzyszeniu Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami”,
- 14) Krakowskiemu Towarzystwu Pomocy Uzależnionym,
- 15) Społecznemu Komitetowi ds. AIDS.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz.1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt zostanie zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt rozporządzenia zostanie przesłany do konsultacji Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Wyniki konsultacji zostaną przedstawione w niniejszej Ocenie, po ich zakończeniu.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowana regulacja nie będzie miała dodatkowego wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na zwiększenie wydatków z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Realizacja zadań Programu Zapobiegania HIV/AIDS z zakresu leczenia antyretrowirusowego, w celu zapewnienia równego dostępu wszystkim żyjącym z HIV i chorym na AIDS zgodnie ze standardami międzynarodowymi metod profilaktyki AIDS, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, prowadzona będzie na podstawie programu zdrowotnego ustalanego 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. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Zadania wynikające z programu zdrowotnego finansowane są z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Zgodnie z brzmieniem art. 4 ust. 2 *ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* koszty realizacji zadań objętych programami są finansowane z budżetu państwa odpowiednio z części, których dysponentami są właściwi ministrowie realizujący te programy. Zadania wynikające z Harmonogramu realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS finansowane są ze środków będących w dyspozycji podmiotów biorących udział w programie.

Ponadto, zgodnie z przepisem art. 4 ust. 3 ww. ustawy, zadania objęte programami są realizowane przez podmioty wskazane w tych programach a obowiązek ich realizacji wynika z odrębnych przepisów (między innymi: samorząd województwa, samorząd powiatowy, samorząd gminny).

Realizacja zadań wynikających z projektowanego Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS powinna być finansowana na dotychczasowych zasadach, tj. ze środków będących w dyspozycji podmiotów realizujących Program.

Jednocześnie istnieje konieczność zapewnienia powszechnego dostępu do leczenia antyretrowirusowego prowadzonego i finansowanego na podstawie programu zdrowotnego ustalanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uwzględniającego 20% wzrost liczby pacjentów w skali roku.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacja zaproponowana w projekcie ustawy nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowana regulacja ma na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w społeczeństwie, poprawę jakości życia i dostępności opieki zdrowotnej dla ludzi żyjących z HIV, chorych na AIDS i ich bliskich.

Z uwagi na szacunkowe dane mówiące o 70% populacji osób zakażonych nie mających wiedzy o swojej chorobie istotne jest promowanie wykonania bezpłatnie i anonimowo testów na obecność wirusa HIV. Szczególnie w populacji osób młodych i kobiet planujących macierzyństwo bądź będących w ciąży.

Poprzez profilaktykę, edukację, dostęp do terapii ARV dajemy narzędzia do dbania o zdrowie własne i partnera.

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

W chwili obecnej podstawą prawną działań jest *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 roku w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV* a zadania realizowane są zgodnie z *Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowanym na lata 2007-2011*.

Trzy pierwsze edycje Krajowego Programu poddane były badaniu ewaluacyjnemu a wnioski i rekomendacje były wykorzystane przy konstruowaniu kolejnego

programu. Celem badań była ocena efektywności działań profilaktycznych oraz działań na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Specjaliści z zakresu problematyki HIV/AIDS wysoko ocenili stopień realizacji kolejnych edycji Krajowego Programu. Do silnych stron zaliczyli m.in. objęcie działaniami szerokiej grupy odbiorców. Dodatkowo podkreślali również istnienie organizacji mocno zaangażowanych w realizację Programu. Zdaniem ekspertów mocną stroną Programu był profesjonalizm, poświęcenie i zaangażowanie ludzi pracujących nad realizacją zadań. Doceniona została również rola Krajowego Centrum ds. AIDS, jako ośrodka koordynacyjnego, które jednocześnie integrowało środowisko zajmujące się działaniami wynikającymi z Programu. Za silną stroną Programu uznano także utrzymanie ciągłości i dostępności terapii ARV.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.