



EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA

NEMZETI
PROGRAM

HIV/AIDS

SZAKPOLITIKAI

2014-2017

2.0 verzió

TARTALOM

Rövidítések jegyzéke	5
Vezetői összefoglaló	6
1. Bevezetés.....	8
1.1. Háttér	8
1.1.1. A HIV-fertőzés és az AIDS megjelenése Magyarországon	8
1.1.2. A HIV/AIDS-kérdés nemzetközi szakmai környezete: az Egészségügyi Világszervezet célkitűzései	8
1.1.3. A HIV/AIDS-szel kapcsolatos problémák és feladatok megjelenése magyar állami tervezési dokumentumokban.....	9
1.1.4. Felhatalmazás a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) elkészítésére	11
1.2. A tervezési folyamat bemutatása: alapelvek, módszerek	13
1.2.1. Alapelvek	13
1.2.2. Alkalmazott módszerek.....	13
1.3. A HIV és az AIDS epidemiológiája – járványügyi helyzetértékelés.....	15
1.3.1. A HIV/AIDS globális epidemiológiája.....	15
1.3.2. A HIV/AIDS epidemiológiája Kelet-Európában és Közép-Ázsiában	16
1.3.3. A HIV/AIDS epidemiológiája Észak-Amerikában, Nyugat- és Közép-Európában.....	16
1.3.4. A HIV/AIDS helyzet Magyarországon	17
1.4. Kihívások Magyarországon	19
2. SWOT analízis	21
3. Elsődleges célkitűzések a 2014 és 2017 közötti időszakra vonatkozóan	22
4. I. cél: Az új HIV-fertőzések számának csökkentése	23
4.1. Háttér	23
4.2. Helyzetértékelés - Mi az, amit már elértünk?.....	25
4.3. Kihívások az elkövetkező időszakban.....	27
4.4. Mit kell még tennünk? – Cselekvési irányok.....	29
4.5. Elérendő célok, jövőkép 2017 végéig és az alkalmazandó indikátorok	29
4.6. Cselekvési terv	29
4.6.1. A HIV-prevenációs tevékenységek intenzitásának növelése azokban a közösségekben, amelyekben a HIV-fertőzések koncentráltan jelennek meg.....	29
4.6.2. A célzott prevenációs tevékenységek eredményességének javítása hatékony, bizonyítékokon alapuló módszerek kombinált alkalmazásával	31

4.6.3. A surveillance fejlesztése annak érdekében, hogy széles körű, megbízható adatok álljanak rendelkezésre a HIV-járvány epidemiológiai értékeléséhez	35
4.6.4. Intenzívebb és hatékonyabb ismeretterjesztő és felvilágosító munka a HIV-fertőzés terjedéséről és a megelőzés módozatairól a teljes népességben	36
5. II. cél: Javuló hozzáférés a szűréshez, a HIV-fertőzöttek további egészségügyi ellátásához, valamint a HIV-fertőzöttek egészségi állapotának, egészség-kimenetelének javítása	40
5.1. Háttér	40
5.2. Helyzetértékelés - Mi az, amit már elértünk?	43
5.3. Kihívások az elkövetkező időszakban.....	45
5.4. Mit kell tennünk? – Cselekvési irányok.....	46
5.5. Elérendő célok, jövőkép 2017 végéig és az alkalmazandó indikátorok	47
5.6. Cselekvési terv	47
5.6.1. A szűrővizsgálatok számának növelése, különös tekintettel a kockázatos magatartásformákat folytató csoportokra, és a szolgáltatás minőségének fejlesztése	47
5.6.2. A HIV-fertőzötteknek a kiszűrésüket követő azonnali összekapcsolása folyamatos, jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval	48
5.6.3. Javítani kell a HIV-fertőzöttek hozzáférését a szükségleteiknek megfelelő, jó minőségű egészségügyi szolgáltatások széles köréhez.....	50
5.6.4. Oktatni, képezni kell az egészségügyi dolgozókat a HIV-vel élők egészségügyi ellátására, az általános infekciókontroll ismeretekre és a HIV/AIDS-megelőzésre.....	53
6. III. cél: A HIV-fertőzöttséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek csökkentése	56
6.1. Háttér	56
6.2. Helyzetértékelés - Mi az, amit már elértünk?	56
6.3. Kihívások az elkövetkező időszakban.....	57
6.4. Mit kell még tennünk? – Cselekvési irányok.....	58
6.5. Elérendő célok, jövőkép 2017 végéig és az alkalmazandó indikátorok	58
6.6. Cselekvési terv	59
6.6.1. A HIV-vel összefüggő mortalitás csökkentése a magas kockázatú népességben	59
6.6.2. Az új HIV-fertőzések magas kockázatú csoportok körében való előfordulásának csökkentése a helyi közösségek és a társas támogatások erősítésével, szintereken megvalósuló programok segítségével.....	60
6.6.3. A HIV-vel élőkkel szembeni stigmatizáció és diszkrimináció csökkentése	62
7. IV. cél: A nemzeti koordináció javítása a HIV/AIDS megelőzésére, kezelésére irányuló tevékenységek, intézkedések tekintetében	64
7.1. Háttér	64

7.2. Helyzetértékelés – Mi az, amit már elértünk?	64
7.3. Kihívások az elkövetkező időszakban.....	65
7.4. Mit kell tennünk – Cselekvési irányok	66
7.5. Elérendő célok, jövőkép 2017 végéig és az alkalmazandó indikátorok.....	66
7.6. Cselekvési terv	66
7.6.1. Javítani kell a koordinációt a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) végrehajtása során.....	66
8. Cél-eszköz mátrix.....	69
9. Monitorozás és értékelés	75
9.1. Alapelvek.....	75
9.2. Célok.....	75
9.3. Az értékelés menete	76
9.4. Jelentési rendszerek.....	77
9.5. Indikátorok	78
10. Együttműködés, intézményrendszerek	82
10.1. Hazai együttműködés, intézményrendszerek.....	82
10.1.1. Háttér	82
10.1.2. Államigazgatási szervek, szervezetek.....	82
10.1.3. Az egészségügyi tervezésért és ellátás-szervezésért felelős intézmények	82
10.1.4. Egészségügyi ellátórendszer.....	82
10.1.5. Egészségügyi szakmai szervezetek	83
10.1.6. Civil szervezetek	83
10.1.7. Kábítószerügy	83
10.1.8. Piaci szereplők, társadalmi felelősségvállalás	84
10.1.9. Média	85
10.2. Nemzetközi kapcsolatok	85
11. Határidők, felelősök.....	86

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome, vagyis szerzett immunhiányos tünetegyüttes
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
EU	Európai Unió
EVSZ	Egészségügyi Világszervezet, World Health Organization
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy, vagyis nagy hatékonyságú antiretrovirális terápia
HBV	Hepatitis B vírus
HCV	Hepatitis C vírus
HIV	Human Immunodeficiency Virus, azaz emberi immunhiányt okozó vírus
MSM	male who have sex with male, vagyis férfiak, akik férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot
NAS	Nemzeti AIDS Stratégia
OEK	Országos Epidemiológiai Központ
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
STD	sexually transmitted disease, vagyis szexuális úton terjedő betegség
TESZK	térségi egészségszervezési központ

Magyarország jelenleg a világ legkedvezőbb HIV/AIDS járványügyi helyzetű országai közé tartozik. Ha azonban az újonnan bekövetkező HIV-fertőzések jelenleg emelkedő számának további növekedését nem sikerül megfékezni, akkor a HIV/AIDS-járvány új szakaszába léphet az ország.

A HIV-vel élők növekvő száma, és kezelésük költsége folyamatosan növekvő egészségügyi, társadalmi és gazdasági terhet jelent Magyarország számára. A HIV-fertőzés megelőzhető, és ma már a HIV-fertőzöttek élettartama és életminősége is jelentősen növelhető. A rendelkezésre álló epidemiológiai és orvos-szakmai ismeretek és eszközök birtokában, az erőforrások hatékonyabb felhasználásával a jövőben sokkal eredményesebben kell fellépni a HIV/AIDS terjedésének visszaszorítása érdekében.

A jelen dokumentum típusa szerint szakpolitikai program. Hatóköre Magyarország egész területére kiterjed. Elsősorban az egészségügyre, azon belül is a HIV-fertőzések megelőzésére, az egészségfejlesztésre, valamint a HIV-fertőzöttek és AIDS-betegek egészségügyi ellátására összpontosít, ám ezeken kívül érinti az oktatásügy területét is az iskolai ismeretterjesztés, egészségfejlesztés témaköre kapcsán, valamint az ifjúságügyet, ezen belül különös hangsúllyal a kábítószer-fogyasztás megelőzését, a drogkoordináció szakmai irányítását és a családi életre nevelést, valamint érinti a társadalmi felzárkózás folyamatait. E dokumentum egyértelmű célkitűzésekkel igyekszik elősegíteni a különböző szereplők együttműködését.

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) tükrözi mindazokat az erőfeszítéseket, amelyek a HIV/AIDS-járvány leküzdése során eddig történtek, és azt a szándékot, amely szerint további lépéseket kell tenni a járványügyi biztonság megerősítése érdekében. A célok meghatározása során a program megalkotói a minél jobb eredmények elérése érdekében igyekeztek szem előtt tartani a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb felhasználásának szükségességét.

Az egészségügyi kormányzat alapvető célja a magyar lakosság egészségének védelme, egészségi állapotának javítása. Ezen átfogó cél elérésének egyik eszköze a HIV-fertőzés megelőzésére és az AIDS-betegség kezelésére, káros egészségügyi, társadalmi és gazdasági következményeinek mérséklésére irányuló tevékenységek központi tervezése, irányítása és koordinációja. Ennek kereteit tartalmazza a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017), amely négy fő elrendő célt fogalmaz meg, amelyekhez cselekvési tervet rendel.

A négy fő cél és az ezekhez rendelt intézkedés-csomagok a következők:

1. Az új HIV-fertőzések számának csökkentése

- A HIV-prevenációs tevékenységek intenzitásának növelése azokban a közösségekben, amelyekben a HIV-fertőzések koncentráltan jelennek meg.
- A célzott prevenációs tevékenységek eredményességének javítása hatékony, bizonyítékokon alapuló módszerek kombinált alkalmazásával.
- A surveillance fejlesztése annak érdekében, hogy széles körű, megbízható adatok álljanak rendelkezésre a HIV-járvány epidemiológiai értékeléséhez.
- Intenzívebb és hatékonyabb ismeretterjesztő és felvilágosító munka a HIV-fertőzés terjedéséről és a megelőzés módozatairól a teljes népesség körében.

2. Javuló hozzáférés a szűréshez, a HIV-fertőzöttek további egészségügyi ellátásához, valamint a HIV-fertőzöttek egészségi állapotának, egészség-kimenetelének javítása

- A szűrővizsgálatok számának növelése, különös tekintettel a kockázatos magatartásformákat folytató csoportok szűrésére, és a szolgáltatás minőségének fejlesztése.
- A HIV-fertőzötteknek a kiszűrésüket követő azonnali összekapcsolása folyamatos, jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval.
- Javítani kell a HIV-fertőzöttek hozzáférését a szükségleteiknek megfelelő, jó minőségű egészségügyi szolgáltatások széles köréhez.
- Oktatni, képezni kell az egészségügyi dolgozókat a HIV-vel élők egészségügyi ellátására, az általános infekciókontroll ismeretekre és a HIV/AIDS-megelőzésre.

3. A HIV-fertőzöttséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek csökkentése

- A HIV-vel összefüggő mortalitás csökkentése a magas kockázatú népességben.
- Az új HIV-fertőzések magas kockázatú csoportok körében való előfordulásának csökkentése a helyi közösségek és a társas támogatási formák erősítésével, színtereken megvalósuló programok segítségével.
- A HIV-vel élőkkel szembeni stigmatizáció és diszkrimináció csökkentése.

4. A nemzeti koordináció javítása a HIV/AIDS megelőzésére, kezelésére irányuló tevékenységek, intézkedések tekintetében

- Javítani kell a koordinációt a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) végrehajtása során.

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) által kitűzött célok megvalósításának folyamatos monitorozása és rendszeres értékelése tervezett módon történik. A teljesítményértékelés során alkalmazandó 21 indikátor kiválasztása többféle elvárás mentén történt: az indikátoroknak informatívnak kell lenniük a döntéshozók, az adott szolgáltató vagy intézmény menedzsmentje és minden egyéb releváns érdekelt fél (pl. partner intézmények) számára, és végső soron a közvélemény számára is. A szakpolitikai program végrehajtásáról és eredményeiről évente jelentés készül.

Széleskörű kormányzati támogatással, elkötelezett szereplőkkel és intézményekkel, valamint a lakosság, azon belül pedig a kockázati csoportok elérésével és bevonásával Magyarország képes megfékezni a HIV és az AIDS terjedését és biztosítani a fertőzéssel, illetve a betegséggel élők egészségügyi ellátását az egészségesebb, hosszabb élet elérése érdekében.

1.1. HÁTTÉR

1.1.1. A HIV-fertőzés és az AIDS megjelenése Magyarországon

Több mint 30 év telt el azóta, hogy a szerzett immunhiányos tünetegyüttest (angol nevén Acquired Immune Deficiency Syndrome, a továbbiakban: AIDS) a világon először diagnosztizálták az Egyesült Államokban, és több mint negyed évszázad azóta, hogy Magyarországon az első emberi immunhiányt okozó vírusfertőzést, azaz HIV-fertőzést azonosították. A HIV-járvány azóta széles körben elterjedt a világon: emberek milliói fertőződtek meg, és közülük sokan fiatalon meghaltak. A HIV/AIDS világjárványt az általa okozott társadalmi és gazdasági károk miatt a 21. század első évtizedeiben is az egyik legnagyobb kihívást jelentő fertőző betegségnek tekintik világszerte.

Orvosi kezelés nélkül a vírus fokozatosan legyengíti a szervezet védekezési rendszerét, utat engedve egyéb fertőzéseknek és más kóros állapotoknak, amelyek végül a beteg halálához vezetnek. Ma már a korszerű orvosi ellátás eredményeképpen a HIV-rel élők hosszabb és produktívabb életet élhetnek, mint a világjárvány kezdetén, azonban a betegség meggyógyítására még ma sincsen lehetőség.

Az 1980-as évek második felétől kezdődően egyre többen gondolták úgy, hogy a HIV/AIDS az egyik legfontosabb megoldandó egészségügyi probléma Magyarországon. Mára a HIV/AIDS kérdésre irányuló figyelem és a prevencióra tett erőfeszítések csökkennek. Mindeközben Magyarországon a 2011. év végén egymillió lakosra mintegy 174 életben lévő, regisztrált HIV-fertőzött jutott, és azóta átlagosan minden másnap ismertté válik egy-egy újonnan diagnosztizált HIV-fertőzés. Válaszút elé értünk: amennyiben nem teszünk határozott lépéseket, az ország a HIV/AIDS-járvány új szakaszába léphet, amelyet egyre több új fertőzés, és az egészségügyi ellátórendszerre háruló növekvő teher fog jellemezni.

1.1.2. A HIV/AIDS-kérdés nemzetközi szakmai környezete: az Egészségügyi Világszervezet célkitűzései

Az elsődleges cél Magyarország számára a HIV-fertőzés terjedésének, a fertőzés átvitelének a csökkentése, továbbá az AIDS tünetegyüttes kialakulásának megelőzése, illetve késleltetése. A másodlagos cél a HIV-fertőzött emberek munkaképességének megőrzése és életminőségük javítása.

A hazai HIV/AIDS helyzetet nemzetközi kontextusban kell kezelni, ezért a szakpolitikai program kialakításakor egyaránt figyelembe kellett venni a nemzetközi trendeket és az Egészségügyi Világszervezet (a továbbiakban: EVSZ), valamint az Európai Unió (a továbbiakban: EU) programjaiban való részvételt.

Az EVSZ széleskörű konzultáció keretében kialakított stratégiája arra irányul, hogy a világ mentes legyen új HIV-fertőzésektől, és a HIV-fertőzött emberek hosszú és – a helyzetükhöz mértén –

produktív életre számíthassanak. Ennek megvalósítása érdekében az EVSZ által meghatározott, 2015-ig elérendő négy fő globális célkitűzés a következő:¹

- az új fertőzések számának csökkentése: 50 százalékkal csökkenteni kell a 15-24 évesek körében bekövetkező új fertőzéseket (a 2009-es sinthez képest);
- a gyermekek körében bekövetkező új fertőzések eliminálása: a gyermekek körében bekövetkező új fertőzések 90 százalékkal történő csökkentése (a 2009-es sinthez képest);
- a HIV-vel összefüggő halálozás csökkentése: a HIV-vel összefüggő halálozás 25 százalékkal való csökkentése (a 2009-es sinthez képest);
- a tuberkulózissal összefüggő halálozás csökkentése: a tbc-halálozás 50 százalékkal való csökkentése (a 2004-es sinthez képest).

Az EVSZ által kitűzött fenti célok megvalósítását szolgáló négy fő – egymást kölcsönösen erősítő – stratégiai irányvonal a következő:

- a HIV-megelőzés, a diagnosztizálás, a kezelés és a gondozás eredményeinek optimalizálása;
- minél teljesebb körben kihasználni a HIV-járvány megfékezése érdekében megtett intézkedéseknek a tágabb értelemben vett egészségre gyakorolt kedvező hatásait;
- erős és fenntartható rendszerek kiépítése;
- a kiszolgáltatottság csökkentése és az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés strukturális akadályainak megszüntetése.

Amellett, hogy a fenti célok és stratégiai irányvonalak meghatározzák a kereteket a globális HIV-programok számára, az EVSZ-stratégiának az is célja, hogy a lehető legteljesebb mértékben kihasználja a HIV- és egyéb programok közötti szinergiákat. Ennek megfelelően az EVSZ-stratégia szorosan összefügg egyéb globális stratégiákkal és programokkal, így például a tuberkulózissal, a reprodukív egészséggel, a szexuális úton terjedő betegségekkel (angol nevén sexually transmitted disease, a továbbiakban: STD), az anya-, csecsemő- és gyermekegészséggel és az innovációval kapcsolatos programokkal. Hozzájárul továbbá a tágabb értelemben vett népegészségügyi és fejlesztési prioritások megvalósításához, beleértve az egészségügyi rendszerek megerősítését és az egészségi állapotot meghatározó társadalmi tényezők kedvező irányban történő befolyásolását is. A globális HIV/AIDS járványügyi helyzet kezelésében az utóbbi időben bekövetkezett előrelépés azt mutatja, hogy világszerte megvalósítható a prevencióhoz és az egészségügyi ellátásokhoz való univerzális hozzáférés biztosítása. Éppen ezért az EVSZ leszögezi, hogy folytatni kell a célok megvalósítása érdekében eddig megtett erőfeszítéseket, és az egészségügyi szektornak központi szerepet kell vállalnia a HIV-járványra adott globális válaszok sikere érdekében.

1.1.3. A HIV/AIDS-szel kapcsolatos problémák és feladatok megjelenése magyar állami tervezési dokumentumokban

Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat (a továbbiakban: Népegészségügyi Program) az AIDS megelőzése érdekében megvalósítandó terveket is felvett céljai közé. Az e célok eléréséhez szükséges lépéseket bontotta ki az **I. Nemzeti HIV/AIDS Stratégia** (a továbbiakban: I. NAS) a 2004-től 2010-ig terjedő időszak tekintetében, s

¹ WHO Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-15. http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/en/

átfogó célokat tűzött ki azért, hogy a HIV/AIDS robbanásszerű terjedése megelőzhető legyen Magyarországon. A Stratégia a kockázatok felderítésére és kialakulásuk okaira összpontosított, kiindulópontjaként az ENSZ Közgyűlése által 2001-ben elfogadott HIV/AIDS Kötelezettségvállalási Nyilatkozat, az Európai Unió hatályos Népegészségügyi Akcióterve, valamint a 2004-ben elfogadott Dublini Deklaráció szolgált.

A jelen Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) előzményét az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja és az I. Nemzeti HIV/AIDS Stratégia képezi, ám az ezek által átfogott időtáv letelt. Az egészségügyért felelős tárca 2013 januárjában kezdeményezte, hogy az Országgyűlés 2013. december 31. napjáig helyezze hatályon kívül a Népegészségügyi Programot tartalmazó 46/2003. (IV. 16.) OGY határozatot, így e dokumentum már nem szolgálhatott alapul jelen Szakpolitikai Program céljainak meghatározása során.

Több ponton kapcsolódik a hátrányos helyzetű lakosság egészségfejlesztéséhez, ezáltal pedig a jelen HIV/AIDS Szakpolitikai Programhoz a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia egészségügyi helyzetértékelése és cselekvési terve.

A jelen Szakpolitikai Program, összhangban a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról (2013-2020) szóló 80/2013. (X. 16.) OGY határozatban foglaltakkal, kiemeli a kábítószer-fogyasztás megelőzésére irányuló és ártalomcsökkentő programok fontosságát, mivel azok jelentősen hozzájárulnak a HIV-fertőzések megelőzéséhez is.

A Szakpolitikai Program nem terjed ki a teljes Népegészségügyi Program és az I. NAS végrehajtásának értékelésére. Az elvégzett helyzetelemzés alapján azonban megállapítható, hogy az évente felismerésre kerülő új HIV-fertőzések, és a HIV-vel élők száma oly mértékben emelkedő tendenciát mutat, amely – a HIV/AIDS-járvány elleni küzdelem eredményességének elősegítése érdekében – szükségessé teszi egy új stratégiai tervdokumentum kidolgozását és elfogadását.

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) ezért további, részben új célokat tűz ki a 2014 és 2017 közötti időszakra vonatkozóan. A fő célok az új fertőzések számának csökkentése, a HIV-fertőzöttek széleskörű egészségügyi ellátásának biztosítása, az egyenlőtlenségek csökkentése és az egészségügyi prevenciók programok koordinációjának javítása. Összességében kijelenthető, hogy nem feltétlenül az eddigi célokat kell felülírni, hanem ennél sokkal fontosabb az, hogy a HIV/AIDS-járvány megfékezése érdekében tett lépéseket ezentúl koordináltabb módon folytassuk, és növeljük a HIV/AIDS-járvány kezelésére irányuló nemzeti összefogást.

A kormányzati stratégiai irányítás formai és tartalmi követelményeire vonatkozó szabályokat a *kormányzati stratégiai irányításról szóló 38/2012. (III. 12.) kormányrendelet* tartalmazza. Ennek értelmében szakpolitikai program előkészítése és elfogadása nem kötelező, arra az egészségügyért felelős miniszter döntése alapján van lehetőség. A szakpolitikai program rövid távú stratégiai tervezési dokumentum, amely a szakpolitikai stratégia gyakorlati megvalósítására fókuszál – vagyis feltételezi egy szakpolitikai stratégia létét. Jelenleg nem létezik sem ilyen, sem pedig egyéb, a HIV/AIDS kérdéskörével átfogóan foglalkozó stratégiai tervezési dokumentum (azaz nemzeti középtávú stratégia, szakpolitikai stratégia vagy miniszteri program). A kormányrendelet ugyanakkor ezek hiányában is lehetőséget ad a kormányzat számára arra, hogy egy-egy kiemelt jelentőséggel bíró szakpolitikai területtel kapcsolatos céljait, terveit – hangsúlyozva azok fontosságát és megteremtve a számonkérhetőség formai keretét – stratégiai tervezési dokumentumban foglalja össze és hozza az állampolgárok és szervezeteik, valamint az állami szervek tudomására.

A 38/2012. (III. 12.) kormányrendelet egységes szempont- és mérési rendszerek használatát teszi kötelezővé valamennyi stratégiai tervezési dokumentum tervezése és kidolgozása, és a benne foglalt intézkedések monitorozása és értékelése során. A jelen szakpolitikai program az e kormányrendeletben foglaltak figyelembevételével készült az alábbiak szerint.

A szakpolitikai program előkészítéséről, majd elfogadásáról az egészségügyért felelős miniszter döntött, a tervezetről elfogadása előtt előzetes értékelést kellett készíteni [36. § (2), 7. § 8]. A tervezetet csak akkor lehetett a miniszter elé terjeszteni, amikor már tartalmazott finanszírozási tervet és bemutatta, hogy a megvalósítás első évéhez szükséges pénzügyi erőforrások rendelkezésre állnak [12. § (2)].

A szakpolitikai program kidolgozásakor támaszkodni kell a nem állami szereplőknél felhalmozódott tudásra és tapasztalatra [6. § (8)], a dokumentum tervezetét társadalmi véleményezésre kell bocsátani [36. § (2)]. Kidolgozása során érvényesíteni kell a területi és területi felzárkózási szempontokat [6. § (6)]. A programmal kapcsolatos közérdekű adatokat közzé kell tenni [25. § (1)].

A szakpolitikai program kötelező tartalmi elemei:

- a) a vonatkozó stratégiákban kijelölt, mérhető célok,
- b) az ezek eléréséhez szükséges beavatkozások (részletesen),
- c) a teljesítéshez szükséges személyi, tárgyi, szakmai, anyagi és szervezeti feltételek bemutatása,
- d) a feladatok megvalósítására megállapított határidők és felelősök,
- e) a nyomon követés és az értékelés alapelvei és részletes terve.

A HIV/AIDS kérdéskörre vonatkozó, elfogadott szakpolitikai stratégia hiányában a jelen szakpolitikai program a fentiekén túl helyzetelemzést és mérhető célokat is tartalmaz [36. § (1)].

A szakpolitikai programnak összhangban kell állnia a HIV/AIDS-hez kapcsolódó kormányzati célokkal és intézkedésekkel, és az egyéb stratégiai tervezési dokumentumokkal, és illeszkednie kell az összkormányzati célkitűzésekhez [6. § (1), (4); 6. § (9) d)], valamint figyelemmel kell lennie az európai uniós és a nemzetközi összefüggésekre is [6. § (9) d)].

A szakpolitikai program eredményeinek fenntarthatónak kell lenniük [6. § (9) c)], ezért már a dokumentum előkészítéséről szóló döntésben meg kell határozni a program előkészítése és megvalósítása során alkalmazandó értékelés módját, tartalmát [21. § (1)], majd pedig a program elfogadását követően gondoskodni kell a nyomon követésről [20. § (1)], illetve a megvalósítást követően fél éven belül utólagos értékelést kell készíteni [36. § (2)]. Szükség esetén a szakpolitikai programot a megvalósítás folyamán is felül kell vizsgálni és módosítani kell [23. § (1)].

1.1.4. Felhatalmazás a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) elkészítésére

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) című stratégiai tervdokumentum elfogadásáról az egészségügyért felelős miniszter döntött. A szövegtervezet szakmai tartalmát az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (a továbbiakban: OTH) – az Emberi Erőforrások Minisztériumának (a továbbiakban: EMMI) Egészségügyért Felelős Államtitkársága által kiírt pályázatán nyertes – munkatársai állították össze, a költségtervet pedig az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága készítette. A tervezet véleményezésében részt vett az Emberi Erőforrások Minisztériumának valamennyi ágazata és főosztálya, a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, a Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport, az Országos Egészségfejlesztési Intézet (a továbbiakban: OEFI), az Országos Epidemiológiai Központ (a továbbiakban: OEK), az Országos Vérellátó Szolgálat, az

Egészségügyi Szakmai Kollégium Megelőző orvostan és népegészségtan, kórházhigiéne tagozata, a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, valamint az érintett civil szervezetek.

MUNKANYAG

1.2. A TERVEZÉSI FOLYAMAT BEMUTATÁSA: ALAPELVEK, MÓDSZEREK

1.2.1. Alapelvek

A szakpolitikai program megalkotása az alábbi főbb alapelvek mentén történt.

- A járványügyi biztonság fenntartása érdekében szükséges intézményrendszer és programok működtetése az állam felelősségi körébe tartozik, azonban az egészségért, az egészség védelméért és a HIV/AIDS megelőzéséért a nem állami szervezeteknek, és végső soron az egyéneknek is tenniük kell;
- Kulcsfontosságú szerepe van a partnerség kialakításának és megerősítésének mindazon szereplők között, akik hozzájárulhatnak a HIV/AIDS-járvány megelőzéséhez, megfékezéséhez, így a népesség egészségi állapotának javításához.
- A források mindig szűkösen állnak rendelkezésre, így leghatékonyabb és legmértányosabb felhasználásuk érdekében folyamatosan nehéz döntéseket kell meghozni. Éppen ezért a forrásallokáció során mindig a legfrissebb epidemiológiai adatokból, tényekből kell kiindulni, és törekedni kell arra, hogy a programok elsősorban a leginkább érintett csoportokat célozzák meg.
- A HIV-vel élők számára a fertőzés ténye számtalan olyan helyzetet teremt, amellyel nehéz megbirkózni, ezért a programalkotás során folyamatosan szem előtt kell tartani az ő speciális helyzetükből adódó szükségleteiket.
- Elkötelezettnek kell lenni a bevált módszerek, jó gyakorlatok folytatása mellett, ugyanakkor fel kell ismerni az innovatív módszerek jelentőségét is, hogy a járvány terjedésével sikerrel fel lehessen venni a harcot.

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) egységes rendszerben kezeli a megelőzést és az egészségügyi ellátást, és egyaránt törekszik a hatékony és eredményes elsődleges megelőzési módszerek preferálására és a szűrési-gondozási rendszernek az orvostudomány legkorszerűbb eredményei alapján történő fejlesztésére. A program figyelembe veszi a HIV/AIDS-járványt meghatározó társadalmi-gazdasági tényezőket, különös figyelmet fordítva a társadalmilag hátrányos helyzetű csoportokra és azon kockázatos magatartásformákra, amelyek közvetlenül összefüggenek a fertőzés terjedésével. A szakpolitikai program sikeres végrehajtásához szükség van az összes érintett partner – így az egészségügyi ellátórendszer és a nevelés-oktatás intézményei mellett a kormányhivatalok, a helyi önkormányzatok, a nemzetiségi önkormányzatok, a civil szervezetek, a gazdálkodó szervezetek és a média – együttműködésére, az egyes tárcák, ágazatok közös munkájára.

A szakpolitikai programban kiemelt hangsúlyt kap a HIV/AIDS-járványra vonatkozó adatok nemzetközi normák szerint történő gyűjtése és integrált értékelési rendszerek megteremtése. Fontos törekvése továbbá a programnak az egészségügyi dolgozók HIV/AIDS-szel kapcsolatos ismereteinek folyamatos bővítése.

Mindezek végrehajtásához elengedhetetlen az intézményi feltételek, valamint az emberi és anyagi erőforrások folyamatos, fenntartható biztosítása és fejlesztése.

1.2.2. Alkalmazott módszerek

A tervezés során az alábbiak vizsgálatára került sor:

- az I. NAS végrehajtását követő helyzetértékelés;
- a hazai és nemzetközi orvosi, epidemiológiai szakirodalomban fellelhető adatok és evidenciák;
- hazai és nemzetközi szakmai útmutatók, protokollok, módszertani levelek;
- a rendelkezésre álló humán, pénzügyi és szervezeti-infrastrukturális erőforrások.

Az alkalmazandó módszerek kiválasztásánál figyelemmel kellett lenni mind a 38/2012. (III. 12.) kormányrendelet előírásaira, mind a járványügyi elemzések és programok készítésének szakmai szabályaira. A helyzetelemzés a szakirodalomban fellelhető legfrissebb epidemiológiai adatok alapján történt: az OEK, az OTH, a Nemzeti Drog Fókuszpont, az OEFI, valamint az EVSZ és az UNAIDS (az Egyesült Nemzetek Szervezete HIV elleni stratégiát összefoglaló programja: Joint United Nations Programme on HIV and AIDS) és az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (angol nevén European Centre for Disease Prevention and Control, a továbbiakban: ECDC) által publikált adatok alapján. Ezen kívül kiindulási pontnak tekintettük a korábbi stratégiai dokumentumokban (a Népegészségügyi Programban és az I. NAS-ban) bemutatott helyzetelemzéseket. A helyzetelemzésből kiindulva kerültek meghatározásra az elkövetkező időszak legfontosabb kihívásai és a szükséges beavatkozási pontok.

A program célkitűzései egy alapvetően támogató környezetben kerülnek meghirdetésre, ellenérdekelte szereplőket nem azonosítottunk – lévén, hogy a szóban forgó fertőző betegség megelőzése nem csupán az érintettek érdekeit szolgálja, hanem a társadalom valamennyi tagját és csoportját is. Az egyedüli korlátozó tényezőt a pénzeszközök és egyéb erőforrások szűkössége jelenti. Lehetőségeink és korlátaink, erősségeink és gyengeségeink felmérése érdekében SWOT analízist végeztünk, a célok és az eszközök egymáshoz rendeléséhez pedig cél-eszköz mátrixot készítettünk.

A HIV/AIDS elsődleges és másodlagos megelőzésének, valamint a kezelésnek és a gondozásnak kiterjedt orvosi, epidemiológiai szakirodalma van. A tudomány mai állása szerint a HIV-fertőzés elméletileg 100 %-ban megelőzhető. A megfelelő kezeléshez és gondozáshoz elérhetőek a hatásos és eredményes módszereket tartalmazó szakmai protokollok. Az evidenciákra alapuló legjobb módszerek tehát többnyire rendelkezésre állnak, vagyis elsősorban nem az a kérdés, hogy mit kell tenni, hanem az, hogy milyen módon lehet a célok elérése érdekében a rendelkezésre álló eszközöket a legeredményesebben alkalmazni. Az intézkedési terv kialakítása során elsősorban a tudományos bizonyítékokra alapuló hatásos módszerek, illetve azokon belül is a megvalósítható intézkedések kerültek kiválasztásra. Ez azonban nem elegendő: a legnagyobb nehézséget ugyanis mind a mai napig a kockázati csoportok elérése jelenti. A szakpolitikai programban ezért kiemelt hangsúlyt kap az esélyegyenlőség javítása, valamint a szolgáltatások elérhetőségének növelése a kockázati csoportokhoz tartozók, illetve kockázatos magatartást folytatók körében.

1.3. A HIV ÉS AZ AIDS EPIDEMIOLÓGIÁJA – JÁRVÁNYÜGYI HELYZETÉRTÉKELÉS

1.3.1. A HIV/AIDS globális epidemiológiája

A HIV/AIDS világjárvány leküzdése érdekében az elmúlt időszakban tett erőfeszítések eredményei már megmutatkoznak a globális járványügyi helyzetet jellemző epidemiológiai mutatók kedvező irányú változásában.

2011-ben 2,5 millió ember fertőződött meg a világon HIV-vel, mintegy 200 000-rel kevesebb, mint az előző évben, és 700 000-rel kevesebb, mint 10 éve. Az évente bekövetkező új HIV-fertőzések száma több mint 25 %-kal csökkent 1997 (a világjárvány csúcsa) és 2011 között. Az új HIV-fertőzöttek között 2011-ben mintegy 330 000 14 éven aluli gyermek volt. Az újszülöttek körében észlelt új HIV-fertőzések száma a világon az elmúlt két évben megfeleződött.²

A világjárvány alatt 2011-ig összesen 36 millió ember halt meg AIDS következtében. Az AIDS okozta halálozások száma a világon 2011-ben mintegy 1,7 millió volt, ami jelentős csökkenést jelent a 2000-es évek közepén tapasztalt évi 2,2 millió halálesethez képest.

A UNAIDS becslése szerint 1995 óta az alacsony és a közepes jövedelmű országokban mintegy 2,5 millió halálesetet sikerült elkerülni az antiretrovirális kezelés révén. Az elmúlt két év során pedig mintegy 63 %-kal nőtt az antiretrovirális kezelésben részesülő fertőzöttek száma.

A kedvező tendenciák ellenére még mindig magas az évente bekövetkező új HIV-fertőzések száma, és a járvány továbbra is aránytalanul nagymértékben érinti azokat a férfiakat, akik férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot, a szexmunkásokat, valamint az intravénás kábítószer-használókat. Az újonnan felderített esetek, valamint a mind szélesebb körben elérhető antivirális kezelés hatására összességében növekszik a HIV-fertőzéssel élő személyek és az AIDS-betegek száma a világon, ami mára mintegy 34 millió HIV-fertőzött embert jelent. A világjárvány továbbra is a Szaharától délre fekvő afrikai országokat sújtja leginkább: 2012-ben az új HIV-fertőzések 69 %-a ebben a régióban fordult elő, és itt átlagosan minden 20 felnőttből egy HIV-fertőzött (4,9 %).³

A legnagyobb problémák közé tartozik, hogy a világon ma élő HIV-fertőzöttek közül átlagosan minden második személy nem tudja magáról, hogy fertőzött, és 6,8 millió főre becsülik azoknak a számát, akik nem férnek hozzá a kezeléshez.

Az elmúlt évtized során számos ország HIV járványügyi helyzete drámai változásokon ment keresztül. 2001 és 2011 között 39 országban több mint 25 %-kal csökkent az új HIV-fertőzések előfordulása a felnőttek körében, ebből 23 ország a szubszaharai Afrikában található. Vannak azonban olyan országok is a Földön, ahol a járványügyi helyzet változatlan képet mutat, és legalább kilenc olyan ország ismert, ahol 2011-ben legalább 25 %-kal magasabb volt a HIV-fertőzések incidenciája, mint 2001-ben (Bangladesh, Grúzia, Guinea-Bissau, Indonézia, Kazahsztán, Kirgizisztán, Fülöp-szigetek, Moldovai Köztársaság, Sri Lanka).⁴

² WHO Data and Statistics. <http://www.who.int/hiv/data/en/>

³ UNAIDS Report on the Global AIDS epidemic 2012.

http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/20121120_globalreport2012/globalreport/

⁴ UNAIDS Report on the Global AIDS epidemic 2012.

http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/20121120_globalreport2012/globalreport/

TÉNYEK

A HIV/AIDS a világon az egyik vezető fertőző halálok.

2011-ben mintegy 34,2 millió HIV-fertőzött ember élt a Földön, 60 százalékuk a szubszaharai Afrikában.

Az évente bekövetkező új HIV-fertőzések száma csökken a világban.

Az antiretrovirális kezelés hatására a HIV-fertőzöttek életkilátásai jelentősen javultak. Ezért összességében növekszik a HIV-vel élők száma a Földön.

A HIV-fertőzés gyógyítására egyelőre nem áll rendelkezésre hatásos terápia, azonban az időben elkezdett antiretrovirális kezeléssel a vírus kontrollálható, és a fertőzött személy hosszú, produktív életet élhet.

1.3.2. A HIV/AIDS epidemiológiája Kelet-Európában és Közép-Ázsiában

Kelet-Európában és Közép-Ázsiában a HIV-fertőzöttek száma 2001-2010 között mintegy 2,5-szeresére nőtt. A régióban bekövetkezett robbanásszerű terjedésért 90 %-ban Oroszország és Ukrajna HIV/AIDS járványügyi helyzete volt a felelős. Továbbra is az intravénás droghasználat a HIV-fertőzések vezető kockázati tényezője ebben a régióban, ehhez azonban hozzáadódnak az intravénás kábítószer-használók szexuális partnerei körében bekövetkező új fertőzések is. Összességében az új HIV-fertőzések és az AIDS halálozás egyaránt növekszik ebben a régióban.

A HIV-járvány tehát egyelőre nem stabilizálódik ebben a régióban, sőt 2008 óta ismét gyorsul a terjedése. 2011-ben az újonnan regisztrált HIV-fertőzések 37,6 %-a intravénás kábítószer-használók köréből került ki. Heteroszexuális úton való terjedést az új esetek 56,7 %-ban regisztráltak.⁵ A heteroszexuális úton történő terjedés részaránya növekvő tendenciát mutat, amelynek hátterében az intravénás droghasználók szexuális partnerei körében tapasztalt növekvő gyakoriságú fertőzések állnak.

Az új esetek között viszonylag alacsony az MSM populáció (male who have sex with male, vagyis férfiak, akik férfakkal létesítenek szexuális kapcsolatot) részaránya, azonban ebben az alacsony jelentési hajlandóság is közrejátszhat.

1.3.3. A HIV/AIDS epidemiológiája Észak-Amerikában, Nyugat- és Közép-Európában

A HIV-járvány állandó szinten stabilizálódott Észak-Amerikában, valamint Nyugat- és Közép-Európában annak ellenére, hogy biztosított a kezeléshez való széleskörű hozzáférés és rendelkezésre állnak különböző, a HIV/AIDS megelőzését célzó felvilágosító programok. Mindezek mellett sem volt tapasztalható jelentős csökkenés a HIV-incidenciában 2004 óta.

A HIV fő terjedési módja földrajzi területenként változó, azonban a HIV-járvány a mai napig mindenütt fokozottan érinti a szociálisan marginalizált (pl. migráns, szexmunkás), a társadalmilag stigmatizált (pl. MSM) vagy illegális tevékenységet folytató (pl. intravénás droghasználó) csoportokat. Nyugat- és Közép-Európában 2011-ben mintegy 900 000 HIV-fertőzött élt, körülbelül

⁵ World Health Organization, Regional Office for Europe. HIV/AIDS Facts and figures.

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/facts-and-figures>

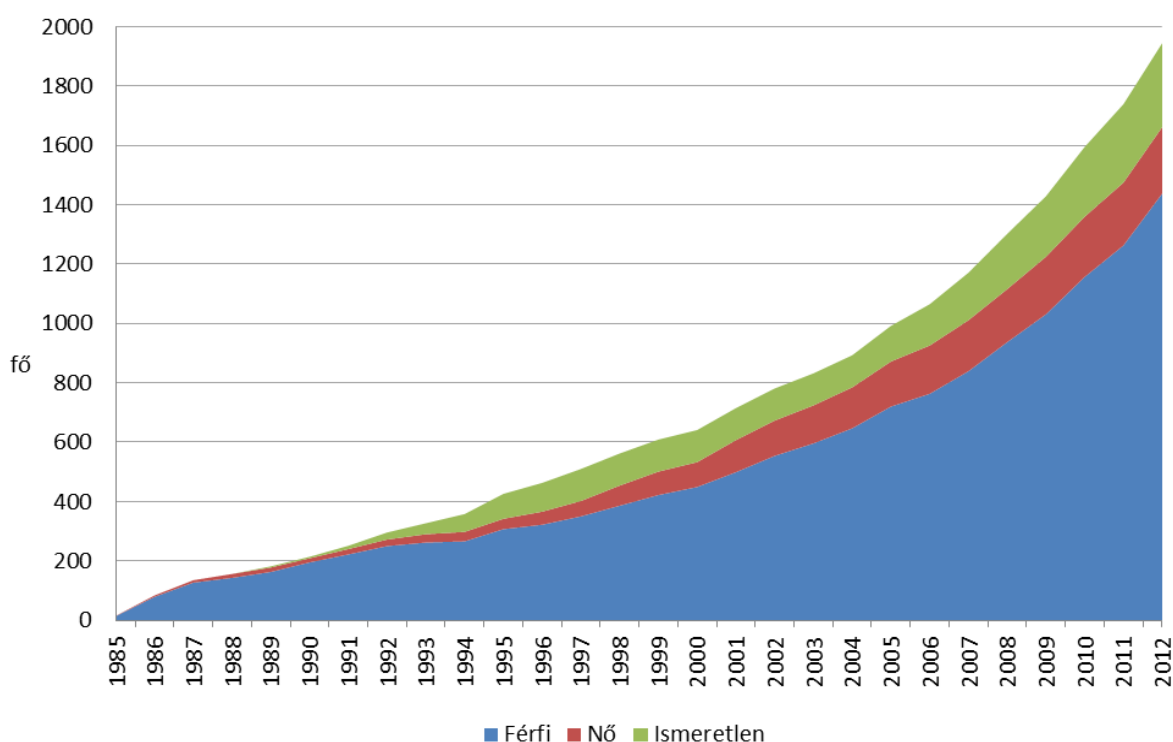
egyharmadnyival több, mint 2001-ben. A HIV-vel élők növekvő száma a széles körben elérhető antiretrovirális kezelésnek köszönhető, melynek következtében jelentősen csökkent az AIDS-szel összefüggő halálozás.

Közép-Európában 2011-ben átlagosan 10 újonnan diagnosztizált eset jutott 1 millió lakosra. A régió belül azonban különböző trendek figyelhetők meg. A diagnosztizált HIV-fertőzések száma 2000 és 2009 között megduplázódott Bulgáriában, Csehországban, Magyarországon, Litvániában, Szlovákiában és Szlovéniában, és több mint 50 %-kal nőtt az Egyesült Királyságban. Másfelől az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések száma több mint 20 %-kal csökkent pl. Lettországon és Portugáliában.⁶

1.3.4. A HIV/AIDS helyzet Magyarországon

Magyarország a világ azon országai közé tartozik, amelyek körében viszonylag kedvező a HIV/AIDS járványügyi helyzet.

2007 és 2011 között az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzöttek évi átlagos száma 150 volt, 119 és 182 között változott, 2012-ben 219 fő volt. 2010-11-ben az újonnan felderített HIV-fertőzöttek évi száma meghaladta a 2000-2006 közötti időszakra jellemző átlagos évi megbetegedési szám kétszeresét, és 2012-ben megközelítette annak háromszorosát. 2012 végén egymillió lakosra 195 életben lévő, regisztrált HIV-fertőzött jutott (1. ábra).



1. ábra: Az életben lévő regisztrált HIV-fertőzöttek kumulatív száma Magyarországon nemek szerint és a verifikálás éve szerint, 1985 és 2012 között⁷

⁶ UNAIDS World AIDS Day Report 2011, <http://www.unaids.org/en/resources/publications/2011/name,63525,en.asp>

⁷ Forrás: Országos Epidemiológiai Központ

Magyarországon az utóbbi öt évben (2008-2012) azonosító kóddal regisztrált HIV-pozitív személyek között a férfiak részaránya a legnagyobb (92,3 %). A 2012. év végéig bejelentett kumulatív adatok alapján az azonosító kóddal rendelkező (tehát akiknél a terjedési út ismertté vált) regisztrált HIV-pozitívak legnagyobb arányban (73,8 %) MSM kapcsolat révén fertőződött.⁸

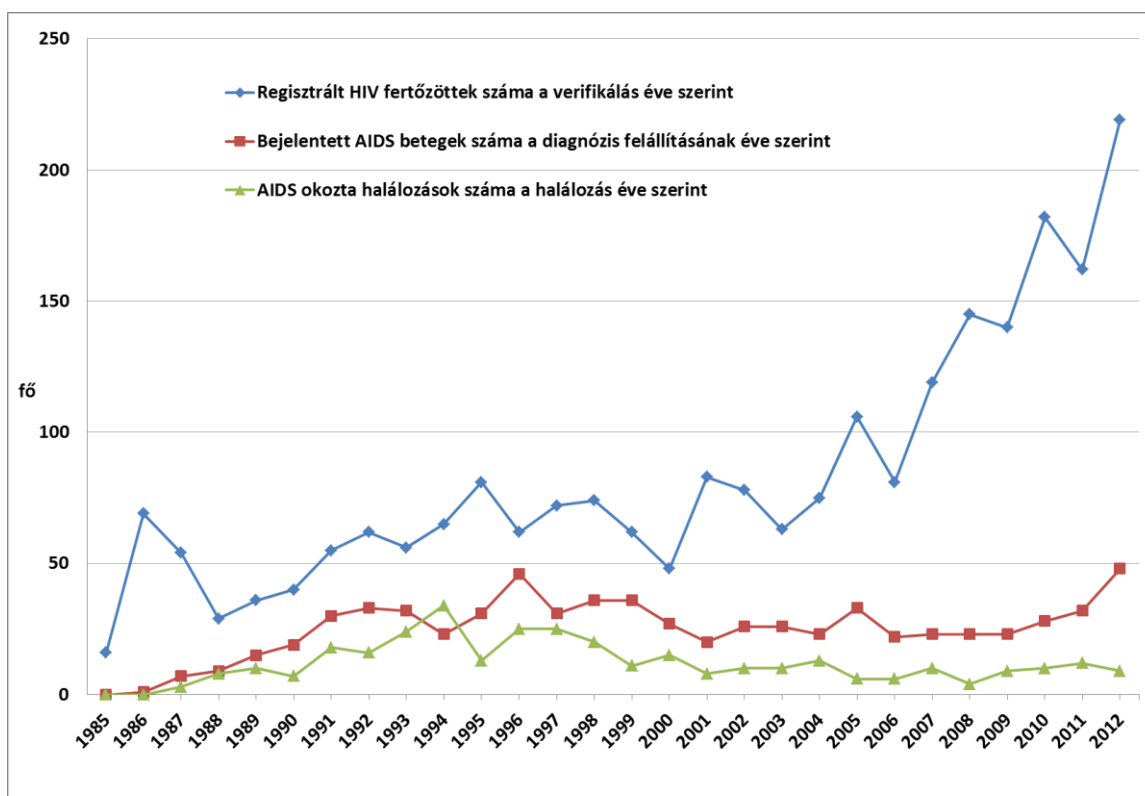
A hazánkban eddig felderített HIV-fertőzött személyek mintegy egynegyede nem magyar állampolgár volt. Az elmúlt években a Magyarországon diagnosztizált HIV-pozitív személyek között fokozatosan csökkent azoknak a külföldiek az aránya, akik más országokban fertőződtek meg és növekedett azoknak az aránya, akik hazánkban fertőződtek meg. Míg 2005-ben az újonnan felfedezett HIV-pozitív személyek 20 %-a, addig 2009-ben csupán 11 %-a volt külföldi állampolgár.

A fertőzés diagnosztizálásának idején a HIV-pozitív személyek több mint háromnegyede a 20-39 éves korcsoportba tartozott. A nyilvántartott HIV-pozitív magyar és külföldi személyek 70 %-a budapesti, illetve Pest megyei lakóhelyet nevezett meg a HIV-pozitivitás ismertté válásakor.

1985 és 2012 között összesen 703 személynél diagnosztizáltak AIDS betegséget, közülük 336-an haltak meg (30 nő, 306 férfi). 2008 és 2012 között évente átlagosan 31 HIV-pozitív személynél diagnosztizáltak AIDS megbetegedést (23 és 48 között), és évente átlagosan 9 AIDS halálozás fordult elő – lényegesen kevesebb, mint 1994 és 2007 között, amikor a halálozások évi átlagos száma 15 volt. A halálozások számában tapasztalt csökkenés azzal magyarázható, hogy az eredményes terápia következtében az AIDS-betegek egyre tovább élnek. Az új AIDS esetek évi átlagos száma azonban – az évenkénti ingadozások ellenére – nem mutat lényegesen csökkenő tendenciát (2. ábra).

Az 1986 és 2000 között regisztrált új HIV-fertőzöttek mintegy egyharmada nem tudott HIV-pozitivitásáról az AIDS-diagnózis felállítása előtt. 2001-től ez az arány nőtt: az AIDS-betegek több mint fele számára az AIDS kórismézését megelőzően nem volt ismert a HIV-pozitivitása.

⁸ Forrás: Országos Epidemiológiai Központ



2. ábra: Az újonnan regisztrált HIV fertőzöttek száma a verifikálás éve szerint, a bejelentett AIDS betegek száma a diagnózis felállításának éve szerint, az AIDS okozta halálozások a halálozás éve szerint Magyarországon évenként, 1985 és 2012 között⁹

1.4. KIHÍVÁSOK MAGYARORSZÁGON

- A 2000-es évektől kezdődően növekvő tendenciát mutat az adott évben újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek száma.
- A HIV-fertőzöttek mintegy fele nem tud fertőzöttségéről az AIDS diagnózis felállítása előtt, ezáltal nagyobb a kockázata annak, hogy másokat is megfertőznek.
- Az eddig diagnosztizált AIDS-betegek közel 90 %-a férfi volt, és ezeknek a férfiaknak a háromnegyede azok közül került ki, akik férfiakkal létesítettek szexuális kapcsolatot.
- Nő az előrehaladt AIDS stádiumban diagnosztizált HIV-fertőzöttek száma, akik az időben megkezdett HIV-kezelés egészségi állapotra és várható élettartamra gyakorolt kedvező hatásait nem tudják maximálisan kihasználni.
- Az időben elkezdett, megfelelő kezelésben részesülő HIV-pozitív személyek várható életkilátása 35-40 évvel is megnövekedhet, amelynek során nő a munkaképes, jobb életminőségű életévek száma is. A kombinált antiretrovirális kezelésben részesülők száma évről évre növekszik Magyarországon. A kezelés a fertőzés korai stádiumában kezdődik, és az életkilátások növekedésével egyre hosszabb ideig tart. Az új HIV-fertőzések esetleges robbanásszerű emelkedésének következtében ezért belátható időn belül jelentősen megnövekedhet az egészségügyi ellátórendszerre nehezedő teher.

⁹ Forrás: Országos Epidemiológiai Központ

- A megnövekedett élettartam következtében számolni kell a HIV-vel élő népesség idősödésével. Az egészségügyi ellátórendszernek készen kell állni az előrehaladott kor miatti akut és krónikus egészségügyi problémák kezelésére és gondozására, valamint a hosszan tartó antiretrovirális terápia mellékhatásainak gondozására.

MUNKANYAG

2. SWOT ANALÍZIS

Erősségek	Gyengeségek
- Magyarország jelenleg a világ legkedvezőbb HIV/AIDS járványügyi helyzetű országai közé tartozik. - A HIV-szűrések elvégzésére alkalmas egészségügyi szolgáltatói rendszer – beleértve a szükséges laboratóriumi háttérrel is – rendelkezésre áll. - A vérek és vérkészítmények szűrése 1986 óta megtörténik. - Az ismertté vált HIV-fertőzött várandós anyák antiretrovirális kezelése minden esetben megtörténik. - Az intravénás kábítószer-használók között alacsony a regisztrált HIV-fertőzések előfordulása. - Működnek az intravénás kábítószer-használókat célzó megelőző és ártalomcsökkentő programok (túcsere program). - A korszerű antiretrovirális kezelés széles körben hozzáférhető.	- A 2000-es évektől kezdődően növekszik az adott évben újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek száma. - Magyarországon a HIV-szűrések száma még mindig alacsony. - A HIV-fertőzöttek mintegy fele nem tud fertőzöttségéről az AIDS diagnózis felállítása előtt, ezáltal nagyobb a kockázata annak, hogy másokat is megfertőzzen. - Nő az előrehaladt AIDS stádiumban diagnosztizált HIV-fertőzöttek száma, akik az időben megkezdett HIV-kezelés egészségi állapotra és várható élettartamra gyakorolt kedvező hatásait nem tudják maximálisan kihasználni. - Korlátozott a HIV-prevencióhoz való hozzáférés a lakosság körében. Az egészségtudatos magatartásra ösztönző programok nem jutnak el elég széles körben a lakossághoz, valamint a kiemelten veszélyeztetett csoportokhoz. - Javítani kell a HIV/AIDS megelőzése érdekében végzett tevékenységek tervezésén és központi koordinációján. - Bővíteni kell az egészségügyi dolgozók infekciókontrollal kapcsolatos ismereteit.
Lehetőségek	Veszélyek
- Az évente bekövetkező új HIV-fertőzések száma csökken a világban. - A nagy hatékonyságú antiretrovirális terápia elérhető minden társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkező HIV-fertőzött számára. - Az időben elkezdett antiretrovirális kezeléssel kontrollálható a vírus szaporodása és jelentősen javulnak a HIV-fertőzöttek életkilátásai. - Sokféle hazai és nemzetközi „jó gyakorlat”, tapasztalat áll rendelkezésre a HIV/AIDS megelőzésére. - A HIV/AIDS-megelőzés terén a civil szervezetek aktívak, kezdeményezők. Segítségükkel a kockázati csoportokba tartozók könnyebben elérhetővé válhatnak.	- Csökken a közérdeklődés a HIV/AIDS iránt, a téma egyre kevesebb figyelmet kap a médiában. Sokan gondolják úgy – tévesen –, hogy a HIV/AIDS-járvány megfékezése már nem tartozik a népegészségügyi prioritások közé. - Az új HIV-fertőzések emelkedéséből és a HIV-vel élők növekvő élettartamából következően az egészségügyi ellátórendszerre nehezedő teher belátható időn belül jelentősen megnövekedhet. - A megnövekedett élettartam következtében számolni kell a HIV-vel élő népesség idősödésével, és az abból adódó, nem a HIV-vel összefüggő egészségügyi ellátások iránti szükséglet növekedésével. - Nagy problémát jelent a humán erőforrás-krízis a magyar egészségügyben.

3. ELSŐDLEGES CÉLKITÚZÉSEK A 2014 ÉS 2017 KÖZÖTTI IDŐSZAKRA VONATKOZÓAN

1. Az új HIV-fertőzések számának csökkentése

Ez a célkitűzés a megelőzés hatékonyságának és eredményességének javítására irányul, célcsoportját elsősorban a nem HIV-fertőzött, e tekintetben egészséges népesség képezi.

2. Javuló hozzáférés a szűréshez, a HIV-fertőzöttek további egészségügyi ellátásához, valamint a HIV-fertőzöttek egészségi állapotának, egészség-kimenetelének javítása

Ez a célkitűzés a HIV-vel élők egészségügyi ellátásával foglalkozik. Logikáját tekintve a HIV-vel élők lehetséges betegútjait követi, amely a HIV-fertőzés felismerésével kezdődik, majd a kezeléssel, gondozással folytatódik. Kitér továbbá a HIV-pozitív személyek nem HIV-fertőzéssel összefüggő egészségügyi ellátására is.

3. A HIV-fertőzöttséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek csökkentése

A HIV-fertőzés előfordulása és az AIDS halálozás jelentős egyenlőtlenségeket mutat a különböző társadalmi csoportok között, ami indokolja azt, hogy ez a témakör külön célkitűzésként kerüljön meghatározásra a szakpolitikai programban.

4. A nemzeti koordináció javítása a HIV/AIDS megelőzésére, kezelésére irányuló tevékenységek, intézkedések tekintetében

Ez a célkitűzés elsősorban az intézményrendszer belső tartalékainak feltárására, a rendelkezésre álló erőforrások jobb kihasználására, a hatékonyság növelésére és a minőség emelésére irányul.

4.1. HÁTTÉR

Az új HIV-fertőzések előfordulásának mérőszáma az incidencia, amely az adott évben adott népességben bekövetkezett új fertőzések számát jelenti. A diagnosztizált/regisztrált HIV-fertőzöttek fogalmába pedig mindazok beletartoznak, akiknek a HIV-fertőzöttségét egy adott időpontban felderítik/bejelentik, függetlenül a betegség stádiumától, vagy a megfertőződés idejétől. A HIV-prevalencia az adott népességben egy adott időpontban vagy időintervallumban ismert összes életben lévő HIV-fertőzött személyek számát jelenti, függetlenül attól, hogy az egyes személyek mikor (a vizsgált időszakban, vagy korábban) fertőződtek meg.

Az OEK adatai szerint Magyarországon 1985 és 2012 között összesen 2334 HIV-fertőzött személy került nyilvántartásbavételre.¹⁰ 2010-11-ben az újonnan felderített HIV-fertőzöttek évi száma meghaladta a 2000-2006 közötti időszakra jellemző átlagos évi megbetegedési szám kétszeresét, és 2012-ben megközelítette annak háromszorosát. Az utóbbi öt évben az azonosító kóddal regisztrált HIV-pozitív személyek 92,3 %-a férfi volt.

A 2012. év végéig bejelentett kumulatív adatok alapján azon HIV-fertőzött személyek közül, akiknél ismertté vált a fertőződés módja (tehát az azonosító kóddal rendelkező regisztrált HIV-pozitívok) 73,8 %-a MSM kapcsolat révén fertőződött (1. táblázat). Az e kockázati csoportba tartozó HIV-pozitív személyek száma nőtt az elmúlt öt évben. Az OEK által koordinált HIV prevalencia-vizsgálatok 2009-ben 2,6 %-os, 2010-ben 3,5 %-os prevalencia értéket mutattak a vizsgált MSM populációban.¹¹

1985 óta összesen tíz olyan HIV-pozitív eset került felderítésre, ahol az újszülött maternális úton (azaz édesanyjától) szerezte fertőzését. Közülük két-két újszülött 2007-ben és 2009-ben, egy fő 2012-ben született.

Magyarországon 2004-ig az intravénás kábítószer-használat révén fertőződött regisztrált HIV/AIDS esetek között csak külföldi állampolgárok és külföldön fertőződött magyar állampolgárok voltak. 2005-ben regisztrálták az első olyan magyar állampolgárt, aki bizonyítottan hazánkban fertőződött intravénás kábítószer-használat révén. Az elmúlt 25 év kumulatív adatai alapján az azonosító kóddal rendelkező, hazánkban regisztrált HIV-fertőzötteknek csupán 1,23 %-a volt intravénás szerhasználó. A HIV/AIDS surveillance-ből származó, az intravénás szerhasználókra vonatkozó adatok azonban óvatosan kezelendők, mivel valószínűsíthető, hogy az érintetteknek csak néhány százaléka jut el szűrővizsgálatra és kerül bejelentésre. 2006 és 2011 között az OEK által koordinált, intravénás szerhasználókat célzó HIV prevalencia-vizsgálatok során nem találtak HIV-fertőzött személyt, így nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a hazai intravénás kábítószer-használók populációjában a korábbi évekhez hasonlóan igen kevés lehet a HIV-pozitív személyek száma.

¹⁰ Országos Epidemiológiai Központ. *AIDS világnap, 2012. december 1., Epiinfo 2012; 46:533-539.*

¹¹ Országos Epidemiológiai Központ; nem publikált kézirat

Év	Rizikócsoporthat/fertőzödési módok								
	MSM/ biszexuális	heteroszexuális	homofiliás	transzfúziós recipiens	intravénás kábitószert használó	nosocomiális fertőzödési mód	maternális fertőzödési mód	ismeretlen fertőzödési mód /rizikócsoporthat	összesen
1985-2005	657	234	32**	22**	17**	15*	5	304	1286
2006	39	14	0	0	0	0	0	28	81
2007	63	15	0	1*	3*	1*	2	34	119
2008	93	17	0	0	2	0	0	33	145
2009	87	23	0	0	0	0	2	28	140
2010	125	18	0	0	0	0	0	39	182
2011	106	18	0	2*	0	0	0	36	162
2012	146	23	0	1*	0	0	1	48	219
Összesen	1316	362	32**	26**	22**	16*	10	550	2334

* importált esetek; ** importált esetekkel együtt

1. táblázat: Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek száma rizikócsoporthat/fertőzödési módok szerint Magyarországon, 1985 és 2012 között ¹²

A HIV-fertőzések előfordulása és a fertőzések átvitelének jellemző módja az EVSZ Európai Régióján belül jelentősen különbözik az egyes kisebb földrajzi egységek között. 2010-ben a régió 53 országából 51 jelentett adatokat, ennek alapján 118 335 diagnosztizált és bejelentett új fertőzés került regisztrálásra. A regisztrált új fertőzések (amelyek esetén a kor és a nem ismertté vált) 12 %-a 15-24 éveseknél, 38 %-a nőknél fordult elő. A fertőzés átvitelének módja Kelet-Európában jellemzően a heteroszexuális kapcsolat, és közel azonos jelentőségű az intravénás kábitószert-használattal való terjedés. Közép- és Nyugat-Európában – azon esetekben, amikor a terjedési mód ismertté vált – a legtöbb új fertőzés azok között a férfiak között kerül diagnosztizálásra, akik férfikkal létesítettek szexuális kapcsolatot (2. táblázat).

	EVSZ Európai Régiója*	Nyugat*	Közép	Kelet
Új HIV-fertőzések száma	118 335	25 659	2478	90 198
100 000 lakosra számított előfordulás	13,7	6,6	1,3	31,7
Százalékos megoszlás**				
15-24 évesek	12 %	10 %	17 %	13 %
Nők	38 %	27 %	19 %	42 %
A fertőzés átvitelének módja				
Heteroszexuális	43 %	24 %***	24 %	48 %
Férfiak, akik férfikkal létesítenek szexuális kapcsolatot	20 %	39 %	29 %	0,7 %
Intravénás droghasználók	23 %	4 %	4 %	43 %
Ismeretlen	13 %	16 %	41 %	6 %

* Liechtenstein, Ausztria és Monaco nem szolgáltatott adatot

** Azokban az országokban, amelyek szolgáltattak adatot

¹² Forrás: Országos Epidemiológiai Központ

2. táblázat: Az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzések száma, megoszlása és a fertőzés átvitelének módja az EVSZ Európai Régiójában, és azon belül Nyugat-, Közép- és Kelet-Európában 2010-ben¹³

4.2. HELYZETÉRTÉKELÉS - MI AZ, AMIT MÁR ELÉRTÜNK?

Magyarország jelenleg is a világ legkedvezőbb HIV/AIDS járványügyi helyzetű országai közé tartozik. Az új fertőzések számának robbanásszerű emelkedését eddig ugyanis sikerült megelőzni. A HIV/AIDS-járvány kezdetétől számos intézkedés és eredményes együttműködés játszott közre a kedvező járványügyi helyzet megőrzésében.

HIV-SZŰRÉSEK, BELEÉRTVE A SZÜKSÉGES LABORATÓRIUMI HÁTTÉR BIZTOSÍTÁSÁT: HIV-szűrés segítségével a fertőzöttek megismerik a HIV státuszukat, így lehetőség nyílik arra, hogy a saját egészségük védelmében kezelésben, gondozásban részesüljenek, valamint hogy a megfelelő megelőzési szabályok betartásával másokat is megóvjanak a fertőzéstől. Az adatok azonban azt mutatják, hogy Magyarországon nem nő a HIV-szűrővizsgálatok száma: az elmúlt években mintegy 80 000 és 90 000 között stagnált.

A szűrővizsgálat céljából történő vérvétel, valamint az ahhoz kapcsolódó tanácsadási tevékenység egészségügyi szolgáltatásnak minősül, működési engedély birtokában végezhető. Térítésmentes, önkéntes HIV szűrővizsgálatot országszerte több helyen is végeznek: az OEK-ben, egyes kormányhivatalok megyei népegészségügyi szerveinél, a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában, a bőr- és nemibeteg-gondozó intézetekben, az Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálatnál, valamint Budapesten a Szent Sebestyén 97 Kft. rendelőjében. A kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szerveinek járványügyi tevékenységéről készített 2011. évi jelentések szerint összesen 17 helyen (15 megyében és a fővárosban) működtetnek a kormányhivatalok HIV/AIDS tanácsadót. 2011-ben a tanácsadóknál összesen 1 713 anonim és 1 239 nevesített HIV szűrővizsgálat történt.

VÉR ÉS VÉRKÉSZÍTMÉNYEK SZŰRÉSE: Magyarországon az első HIV-fertőzést 1985-ben diagnosztizálták egy hemofíliás, vérkészítménnyel történő kezelésben részesült személynél. A járvány kezdetén többen is megfertőződtek HIV-vel transzfúzió következtében. 1986. július 1-jétől azonban szűrik Magyarországon a véradáskor levett vért, így a vérek és vérkészítmények ma már biztonságosnak tekinthetők.

A 2012-ig regisztrált HIV-fertőzöttek mintegy 1,4 %-a volt hemofíliás (32 fő), döntő többségüknél 1985-1986-ban verifikálták a fertőzés tényét. 1986 óta a hemofíliások között nem történt új hazai fertőződés. A HIV-pozitív személyek mintegy 1,1 %-a (26 személy) transzfúziós recipiensként akvirálta a vírust, közülük csupán nyolc fő fertőződött Magyarországon. 2007 óta összesen négy esetben regisztráltak transzfúziós recipiensként fertőződött HIV-pozitív személyt, ők valamennyien külföldi állampolgárok voltak és a fertőződés is külföldön történt.

¹³ European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2010. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2011, p.1

HIV-FERTŐZÖTT VÁRANDÓS ANYÁK ANTIRETROVIRÁLIS KEZELÉSE: Az antivirális kezelés eredményes módszer a HIV-fertőzés anyáról magzatra, illetve újszülöttre történő terjedésének megelőzésére. Vertikális terjedés 2008 óta három esetben került regisztrálásra Magyarországon.

INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓK KÖZÖTTI MEGELŐZŐ ÉS ÁRTALOMCSÖKKENTŐ PROGRAMOK: Ma már átfogó, és bizonyítékokon alapuló kábítószer-megelőzési és ártalomcsökkentő programok állnak rendelkezésre, amelyek jelentősen hozzájárulnak a HIV-fertőzések megelőzéséhez. Ezeknek a programoknak, valamint egyéb tényezőknek is betudhatóan Magyarországon az intravénás kábítószer-használók között alacsony a regisztrált HIV-fertőzések előfordulása.

ÁTTÖRÉS A HIV-FERTŐZÉS KEZELÉSÉBEN - A NAGY HATÉKONYSÁGÚ ANTIRETROVIRÁLIS TERÁPIA (angol nevén highly active antiretroviral therapy, a továbbiakban: HAART) ELÉRHETŐSÉGE: Az időben megkezdett kezelés nemcsak, hogy megnöveli az élettartamot és a minőségi életévek számát, hanem a kezelés eredményeként a fertőzöttek szervezetében csökken a vírusszaporodás és a szabad vírusszám, ami csökkenti a fertőzőképességet is.

AZ I. NEMZETI AIDS STRATÉGIA (2004-2010)

Az I. NAS-ban a HIV-prevenció tekintetében megfogalmazott várható eredmények az alábbiak voltak:

- a HIV-fertőzöttek számának csökkentése/stabilizálása;
- a szexuális úton és a vér útján terjedő fertőző betegségek számának stabilizálása, illetve 30 %-os csökkentése.

Az I. NAS végrehajtása:

- Bevezetésre került az ÁNTSZ hálózatában a HIV-szűrés és -tanácsadás, és fejlesztették az anonim, tanácsadással egybekötött HIV szűrővizsgálatok intézményrendszerét.
- Magyarországon minden évben több mint 400 000 adag donorvér HIV szűrővizsgálatára kerül sor az Országos Vérellátó Szolgálat keretein belül. Ezen felül 2007-2010 között évente átlagosan mintegy 82 762 szűrővizsgálat elvégzésére is sor került (3. táblázat).

Naptári év	HIV szűrővizsgálatok száma*
2007	67 284
2008	83 408
2009	91 181
2010	89 173

* A Laboratórium Kft., a kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szerveinek laboratóriumai, az OEK, az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika és a Magyar Honvédség adatai alapján. Az adatok nem tartalmazzák az Országos Vérellátó Szolgálat által kezelt donációk vizsgálatának számát.

3. táblázat: HIV szűrővizsgálatok száma Magyarországon 2007-2010 között

- Az I. NAS éveiben nőtt a kockázati csoportokban végzett célzott szűrővizsgálatok száma. A kockázati csoportokban végzett szűrésektől azt lehet várni, hogy magasabb felderítési aránnyal járnak.
- Az egészségtudatos magatartásra ösztönző programok a HIV-fertőzés, illetve az AIDS kialakulásához vezető fő kockázati tényezők megelőzésére helyezték a hangsúlyt. Az iskola egyik fontos színtere volt a fiatalok egészségmagatartása formálásának. Az iskolai

egészségnevelés a pedagógusok és az iskola-egészségügyi ellátás szakemberei (orvosok, védőnők) együttműködő tevékenységében valósult meg. Az ÁNTSZ megyei és kistérségi intézeteinek egészségfejlesztő munkatársai országsszerte több középiskolában, illetve nyitott klubok keretében (pl. csellengő fiataloknak) kortárs oktatókkal szerveztek beszélgetéseket, oktatásokat. Az iskolákban „Egészségfejlesztés a közoktatási intézményekben” címmel szexedukációs programok kerültek megszervezésre, civil szervezetek bevonásával. 2007-ben az Egészségesebb Iskoláért Hálózat Magyarországi Egyesülete programjában célként fogalmazta meg a biztonságos szexuális magatartás kialakításának elősegítését és a HIV/AIDS-megelőzéssel kapcsolatos ismeretek bővítését. A pedagógusok akkreditált képzésen vettek részt, melyek sikeres elvégzését követően komplex egészségfejlesztési program került bevezetésre a résztvevő iskolákban.

- Az Országos Egészségfejlesztési Intézet által végzett, Fiatalok szexuális magatartása című projekt¹⁴ elsődleges célkitűzése az ifjúság biztonságos szexuális életre nevelését célzó prevenciós program bevezetése volt. Ezt megalapozandó, a fiatalok szexuális magatartását vizsgáló felmérést végeztek a 8. évfolyamos általános iskolások és a 8., illetve 10. évfolyamos középiskolások körében. A vizsgálat eredményei szerint a fiatalok nagyon keveset beszélgetnek a szexről: nincs kivel megbeszélni, illetve kerülik is a témát. A gyerekek, fiatalok átlagos életkora az első szexuális élmény (közösülés) idején a fiúknál 13,56 év, a lányoknál 13,97 év volt. Ebben az életkorban a megkérdezetteknek a szexuális élet megkezdéséhez szükséges ismeretei nemtől, életkortól függetlenül elégtelenek voltak. A kutatási eredmények alapján a szakemberek megfelelő egészségfejlesztési tartalmakat állítottak össze a közoktatási intézményekben tanuló diákok részére.
- Megtörtént a HIV/AIDS-prevenció, és az ifjúság biztonságos szexuális életre nevelése terén működő modellprogramoknak, valamint az iskolai szexedukációs programoknak az értékelése.¹⁵ A Fókuszban az iskolai szexuális felvilágosítás című program keretében országosan HIV/AIDS-prevenciós, családi életre nevelést célzó és az ifjúság biztonságos szexuális életre nevelését szolgáló programok kerültek megvalósításra, különös tekintettel a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokra (pl. romák).

4.3. KIHÍVÁSOK AZ ELKÖVETKEZŐ IDŐSZAKBAN

- Az újonnan regisztrált HIV-fertőzések száma az elmúlt években növekedett Magyarországon. Amennyiben az újonnan bekövetkező HIV-fertőzések számát nem sikerül lényegesen csökkenteni, akkor a HIV-vel élők száma és kezelésük költségei is tovább fognak növekedni.
- A HIV-vel élők számának növekedésével nő azoknak az aránya a népességben, akik továbbadhatják a HIV-fertőzést. Szélesíteni kell a fertőzés megelőzésére irányuló programok körét és intenzitását annak érdekében, hogy vissza lehessen szorítani az új fertőzések

¹⁴ Országos Egészségfejlesztési Intézet: Iskola – egészségfejlesztés - szexedukáció. Veszélyeztetett korú diákok prevenciós igényei és szükségletei (tanulmány) 2010. www.oefi.hu/tanulmany_szex.pdf

¹⁵ Fábíán Róbert–Dr. Simich Rita: Meglévő és működő modellprogramok, valamint az iskolai szexedukációs események értékelése. HIV/AIDS-prevenció. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2006. www.oefi.hu/modszertan8.pdf

számának további növekedését. Tudatosítani kell, hogy a HIV/AIDS terjedésének megelőzése nagymértékben a szexuálisan aktív lakosság felelőssége.

- Magyarországon a HIV-szűrések száma még mindig alacsony: 2008-ban 8,3 HIV szűrővizsgálat jutott 1000 lakosra, ezzel az EVSZ Európai Régiójában sereghajtónak számítunk.
- Sok olyan HIV-fertőzött él közöttünk, aki nem tud a fertőzöttségéről. Epidemiológiai vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy azok, akik nem tudnak HIV-pozitivitásukról, nagyobb valószínűséggel folytatnak a HIV terjedése szempontjából kockázatos magatartásformákat.¹⁶
- Magyarországon a kiszűrtek jelentős hányada későn, már az AIDS stádiumában kerül felismerésre, ami azzal jár, hogy esetükben nem kezdődhet el optimális időben a kezelés, amely nemcsak az egyének egészségét és életkilátásait javítaná, hanem fertőzőképességüket is csökkentené.
- Csökken a közérdeklődés a HIV/AIDS iránt, és a HIV/AIDS kérdés egyre kevesebb figyelmet kap a médiában is. Mivel az országban a HIV/AIDS járványügyi helyzet az elmúlt években nem rosszabbodott látványosan, a HIV-fertőzöttek életkilátásai pedig a kezelés révén jelentősen javultak, egyre többen gondolják úgy – tévesen –, hogy a HIV/AIDS-járvány megfékezése már nem tartozik a népegészségügyi prioritások közé.
- Korlátozott a HIV-prevencióhoz való hozzáférés a lakosság körében. A lakosság általános alulinformáltsága arra enged következtetni, hogy bár az elmúlt években számos egészségtudatos magatartásra ösztönző program valósult meg ebben a témában, azok nem jutottak el elég széles körben a lakossághoz, valamint a kiemelten veszélyeztetett csoportokhoz, így valódi prevenció hatásuk nem volt megfelelő. A rendelkezésre álló erőforrások korlátozottak, ezért sokkal nagyobb hangsúlyt kell helyezni a programok értékelésére. A rendelkezésre álló erőforrásokat a bizonyítottan hatásos, hatékony és eredményes programokra kell allokálni a jövőben.
- A tizenévesek szexuális viselkedésének, szexuális szokásainak, szexuális élettel kapcsolatos ismereteinek elemzése megoldandó problémákat hozott felszínre. A mai oktatási rendszerben későn kezdődik a fiatalok felkészítése a felelősségteljes szexuális életre. Egyértelművé vált továbbá, hogy a fiatalok ismeretei e témákban hiányosak, illetve tévesek, továbbá hiányoznak azok az igazodási pontok, melyek problémás helyzetekben biztonságot nyújtanának számukra. Tudatosítani kell bennük, hogy a kockázatos szexuális magatartás nemcsak a homo- és biszexuális kapcsolatokra vonatkozik: 1985 óta ugyanis a HIV-pozitív személyek 15,5 %-a heteroszexuális kapcsolat révén fertőződött. A felvilágosítás során a HIV mellett kiemelt jelentőséget kell, hogy kapjanak az egyéb STD-kel kapcsolatos megelőzésére vonatkozó ismeretek is.
- Hatékonyabb kommunikációra van szükség annak érdekében, hogy a tények és a konkrét problémák ismertetése kerüljön előtérbe, ugyanakkor az üzenetek ne keltsenek fölösleges félelmet, szorongást, hanem segítsék a megelőzés szempontjából kívánatos viselkedésminták kialakulását.

¹⁶ Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006; 26:10:1447-50.

4.4. MIT KELL MÉG TENNÜNK? – CSELEKVÉSI IRÁNYOK

Annak érdekében, hogy az új HIV-fertőzöttek számát csökkenteni lehessen:

- Erősíteni kell a HIV/AIDS megelőzésére irányuló koordinált tevékenységeket, különösen azokban a közösségekben/csoportokban, amelyben a HIV-fertőzések előfordulása koncentráltan jelenik meg.
- Ki kell terjeszteni a megelőzésre irányuló tevékenységeket oly módon, hogy bizonyítékokon alapuló, hatékony módszerek kombinációit alkalmazzuk.
- A népesség minden tagjához el kell juttatni a HIV/AIDS-szel kapcsolatos legfontosabb üzeneteket, különös tekintettel a megelőzés lehetőségeire.
- Hatékony és folyamatos kommunikációs munkával tudatosítani kell azt a tényt, hogy:
 - a HIV-fertőzés és az AIDS veszélye jelenleg is fennáll a világon és Magyarországon,
 - a HIV-fertőzés megfelelő magatartással elkerülhető, ezért az egyén felelős viselkedése nagy súllyal esik latba a fertőzés megelőzésében,
 - a vírus bárkit megfertőzhet korra, nemre, szexuális orientációra való tekintet nélkül,
 - minél korábban kerül felismerésre a HIV-fertőzés, annál hosszabb ideig élhet a fertőzött egészséges életet, megfelelő gondozás és kezelés mellett.

4.5. ELÉRENDŐ CÉLOK, JÖVŐKÉP 2017 VÉGÉIG ÉS AZ ALKALMAZANDÓ INDIKÁTOROK

Alapvető cél, hogy legalább negyedével csökkenjen az újonnan regisztrált HIV-fertőzések száma – a szűréseken résztvevők számának és/vagy a kockázati csoportba tartozók körében végzett szűrések arányának változatlansága, vagy növekvő tendenciája mellett.

Részcélok:

- a HIV-fertőzés átvitelének legalább egynegyedével történő csökkentése;
- az újszülöttek, illetve a csecsemők körében előforduló HIV-fertőzések teljes mértékben történő megelőzése;
- a HIV-fertőzöttek csoportján belül a HIV-státuszukat ismerők arányának növelése, illetve a HIV-státuszukat az AIDS diagnózist megelőzően nem ismerők arányának csökkentése.

Indikátorok:

- I.1. újonnan diagnosztizált/regisztrált HIV-fertőzött személyek számának változása;
- I.2. a HIV-fertőzés átvitelének becsült valószínűsége;
- I.3. HIV-fertőzött anyától született HIV-fertőzött újszülöttek, illetve csecsemők száma;
- I.4. HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerők aránya.

4.6. CSELEKVÉSI TERV

4.6.1. A HIV-prevenációs tevékenységek intenzitásának növelése azokban a közösségekben, amelyekben a HIV-fertőzések koncentráltan jelennek meg

A HIV/AIDS világjárvány kezdetén a fertőzés széles körben történő terjedésére lehetett számítani az általános népesség körében. A világ egyes területein ez így is történt, azonban Magyarországon a HIV/AIDS-járvány az elmúlt több mint 20 év során bizonyos speciális, a HIV-fertőzés szempontjából fokozott kockázatnak kitett csoportokban koncentrálódott a leginkább.

Tény, hogy a népességben belül nem mindenkinél egyforma a HIV-fertőzés kockázata. Ahhoz, hogy a különböző csoportokban a fertőzés kockázatáról teljes képet kapjunk, az adott kockázati csoportba tartozó újonnan megfertőződött személyek számát az adott csoportba tartozók számához kell viszonyítani. A magas kockázatú csoportokba tartozók száma azonban nem ismert, ezért a kockázatot is csak becsülni lehet.

Egy, a teljes népességhez képest viszonylag kis létszámú kockázati csoportból lehet ugyan, hogy csak néhány új HIV-fertőzött kerül ki, azonban a magas fertőzési kockázat miatt gyorsan alakulhatnak ki járványgócok, amelyeknek nagy a terjedési potenciáljuk. Példa erre az intravénás kábítószer-használók köre, akik a népességben belül viszonylag kis létszámú csoportot képeznek, és eddig Magyarországon csak kevés HIV-fertőzött vált ismerté a körükben, azonban a fertőzés továbbadásának kockázata igen magas az esetükben.

A prevencióra fordítandó erőforrásokat éppen ezért a HIV-fertőzés szempontjából magas kockázatú közösségekre, illetve a kockázatos magatartást űző személyek csoportjaira kell a leginkább összpontosítani. Vagyis azokra a csoportokra, ahonnan a legtöbb új fertőzés kerül ki. Ezekre a célcsoportokra koncentrálni érhetjük el ugyanis a legnagyobb csökkenést a populációs szintű HIV-kockázatban.

A HIV-fertőzés szempontjából a legmagasabb kockázattal rendelkező csoportok:

- **Férfiak, akik férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot (MSM):** A rendelkezésre álló adatok szerint a járvány kezdete óta egészen napjainkig Magyarországon a HIV-fertőzés kockázata azon férfiak körében a legmagasabb, akik férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot. Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek több mint 70 %-a kerül ki. Az elkövetkező években nem csökkenthető az új HIV-fertőzések előfordulása Magyarországon, ha az MSM populációban nem sikerül áttörést elérni a HIV-prevenció tekintetében.

2011-ben a Nemzeti Erőforrás Minisztérium által támogatott program keretében 926 MSM személy vérmintájának vizsgálatát végezték el az OEK laboratóriumaiban. A vizsgált magyarországi homo- és biszexuális férfi populációban 4,1 %-os HIV-prevalencia (38 HIV-fertőzött személy), 0,5 %-os HCV- és 1,1 %-os HBV-prevalencia értéket találtak, és a mintát adók 3,1 %-a szenvedett korai fertőző syphilisben.¹⁷

- **Kábítószer-használók:** A kábítószer-használók közül HIV-fertőzés szempontjából kiemelkedő kockázattal bír az intravénás szerhasználók (vérrel való terjedés) és a velük szexuális kapcsolatot létesítők csoportja.

Egy 2010-ben készült felmérés alapján a hazai intravénás kábítószer-fogyasztók becsült száma 5 699 fő.¹⁸ 1985 és 2012 között Magyarországon összesen 22 új HIV-fertőzést regisztráltak intravénás kábítószer-használók körében, a többségük importált eset volt. Nem ismert azonban, hogy mekkora az átszűrtség ebben a kockázati csoportban, valamint az sem, hogy az ismeretlen fertőzési úton megfertőzöttek közül hány fő tartozhatott még ebbe a csoportba.

A nem-intravénás kábítószer-használat is kockázatot jelent a HIV-fertőzés tekintetében: a vírus szexuális úton történő terjedése miatt. Ezért a prevenció szempontjából a kábítószer-

¹⁷ Országos Epidemiológiai Központ: nem publikált adatok

¹⁸ 2010-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára: "MAGYARORSZÁG" Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Nemzeti Drog Fókuszpont. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/nr_10_hu.pdf

használók széles köre célcsoportot képez. A magasabb kockázat nem pusztán a kockázatos magatartásformákból (védekezés nélküli szex), hanem a közösségükben előforduló magasabb számú HIV-fertőzöttről is származik, akikkel szexuális kapcsolatba kerülhetnek.

- *Szexmunkások, továbbá azok a nők, akik a HIV-fertőzés szempontjából magas kockázatú férfikkal létesítenek szexuális kapcsolatot:* A nők esetében különböző biológiai, pszichológiai és kulturális tényezők növelhetik a fertőzés és a betegség progressziójának a kockázatát. Mivel a HIV-fertőzés a nőkre jellemzően szexuális kapcsolat révén terjed, a HIV-kockázatukat alapvetően a férfi partner(ek) kockázata határozza meg. Azok között a nők között, akik fizikai bántalmazásnak, erőszaknak esnek áldozatul, vagy akik érzelmileg, anyagilag kiszolgáltatottak a férfi partnerüknek, a biztonságos szex elterjesztése nagy kihívást jelent. Ebbe a csoportba tartoznak többek között a kábítószer-használók házastársai, élettársai, vagy szexuális partnerei. Szintén fokozott kockázati csoportot képeznek a szexmunkások, nemcsak a partnerek esetleges kockázati csoportba tartozása, hanem a létesített szexuális kapcsolatok magas száma miatt is.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

Az alább bemutatottakon túl az 5.6.4.2. és a 7.6.1.1. pontok alatt szereplő intézkedések szintén hozzájárulnak a HIV-prevenációs tevékenységek azon közösségekben való növeléséhez, amelyekben a HIV-fertőzések koncentráltan jelennek meg.

4.6.1.1. Erőforrások biztosítása a magas kockázattal bíró csoportok HIV-prevenációs programjaira

Végrehajtási feltételek: rendelkezésre áll

Határidő: évente pályázati kiírás

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága

4.6.1.2. Speciális megelőzési programok módszertanának fejlesztése és a programok elterjesztése a magas rizikóval rendelkező csoportokban

Végrehajtási feltételek: szakmai útmutatók és ajánlások összeállítása és elektronikus terjesztése

Határidő: folyamatosan

Felelős: az egészségfejlesztésért felelős országos intézet, ÁNTSZ-OEK, civil szervezetek

4.6.2. A célzott prevenációs tevékenységek eredményességének javítása hatékony, bizonyítékokon alapuló módszerek kombinált alkalmazásával

A HIV/AIDS-járvány korábbi évtizedei során megvalósított intézkedések, beavatkozások tapasztalatai azt mutatják, hogy nincsen egyetlen olyan módszer vagy beavatkozás, amely önmagában képes lenne visszaszorítani a HIV-járványt. Sokan érvelnek egy adott módszer alkalmazása mellett, amely szerintük képes volna alapjaiban kezelni a problémát. Egyesek a gyógyszerkutatásra, az innovációra összpontosítanak az erőforrásokat, mások a szűrővizsgálatok számának növelésében látják a probléma megoldását, megint mások az iskolai primer prevenciót

tartják a legfontosabbnak. Mára egyértelművé vált, hogy a HIV-járvány leküzdésére tett erőfeszítéseket hátráltatta az, hogy eddig csak kevésbé sikerült kihasználni a HIV-prevenációs eszközök kombinált alkalmazásában rejlő lehetőségeket. A potenciálisan bevezetésre kerülő programok kiválasztásakor továbbá következetesen érvényesíteni kell azt az alapelvet, hogy a legeredményesebb, legköltséghatékonyabb, és a hosszabb távon is fenntartható programok kerüljenek előtérbe és részesüljenek központi támogatásban.

A mai ismeretek szerint a HIV megelőzése tekintetében a lehető legjobb eredményeket a tudományos bizonyítékokkal alátámasztott, hatásos és eredményes módszerek kombinált alkalmazásával lehet elérni.¹⁹ Nagy hangsúlyt kell helyezni az egyén felelősségére a megelőzésben. A HIV megelőzésének alapja az, hogy minden HIV-fertőzött ismerje a HIV-státuszát, valamint hogy mindannyian időben részesüljenek a lehető legmagasabb színvonalú kezelésben, gondozásban. Ezért minden magas kockázatú HIV-negatív személynek javasolni kell, hogy legalább évente egyszer vegyen részt HIV- és STD-szűrésen. Valamennyi HIV-fertőzött számára biztosítani kell a szükséges információt azokról a magatartásbeli szabályokról, amelyek révén a HIV-fertőzés vagy más STD terjedésének, terjesztésének a kockázata csökkenthető, és amely segítséget nyújt abban, hogy a szexuális partnereket, vagy kábítószerélvező ismerőseket értesítsék a HIV-szűrés szükségességéről. Biztosítani kell a hozzáférést minden olyan egészségügyi vagy szociális ellátáshoz (pl. családtervezés, mentálhigiéne stb.), amelyek támogatják a fertőzötteket abban, hogy ne adják tovább a fertőzést másoknak.

A HIV-fertőzés valószínűségét csökkentő, tudományos bizonyítékokkal alátámasztott módszerek a következők:

- **Az egyén felelősségének hangsúlyozása: a túl korán elkezdett szexuális élet kerülése, a szexuális élet elkezdését követően pedig monogám kapcsolatban élés; valamint a droghasználat kerülése**

A droghasználat kerülése jelentősen csökkenti a HIV-fertőzés kockázatát. Fiatalkorúak esetén a túl korán elkezdett szexuális élet, illetve a biztonságos szexre vonatkozó ismeretek hiánya minden életkorban növeli a HIV-fertőzés kockázatát. Tizenévesek esetén a túl korán elkezdett szexuális élet kerülendő. A szexuális élet megkezdését követően a monogám kapcsolatban éléssel, felelős szexuális magatartással megelőzhető a HIV-fertőzés, a szexuális partnerek számának csökkentésével pedig csökkenthető a HIV-fertőzés kockázata.

- **HIV-szűrés**

Azok a HIV-fertőzöttek, akik ismerik a HIV-státuszukat, nagyobb valószínűséggel tesznek lépéseket annak érdekében, hogy megelőzzék a vírus másoknak való továbbadását, mint azok a HIV-fertőzöttek, akik a HIV-státuszukat nem ismerik.²⁰ Továbbá a HIV-státuszukat huzamosabb ideig nem ismerő fertőzöttek túl későn részesülhetnek kezelésben, ami szintén növeli a fertőzőképességüket.

- **Óvszer hozzáférhetősége és használata**

¹⁹ UNAIDS. UNAIDS promotes combination HIV prevention towards universal access goals. March 2009. Elérhető: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PressCentre/PressReleases/2009/20090318_ComprehensivePrevention.asp

²⁰ Marks G, Crepaz Nicole, Janssen, RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS.2006;20(10):1447-1450.

Az óvszerhasználat hatásos módszer a HIV-fertőzés szexuális úton való terjedésének megelőzésére. A rendszeresen és megfelelően használt óvszer mintegy 80 %-kal csökkenti a HIV továbbadásának valószínűségét.²¹

- **Hozzáférés steril tűhöz és fecskendőhöz**

Az intravénás droghasználók körében a közös tű- és fecskendőhasználat növeli a HIV-fertőzés kockázatát. Tűcsere programok keretében az egyszer használatos tű és fecskendő biztosítása bizonyítottan csökkenti a HIV-fertőzés kockázatát, és növeli annak a valószínűségét, hogy a droghasználó kezelésre jelentkezzen.²²

A népegészségügyi szempontból is kiemelkedő jelentőségű drogprevenciót, és ezen belül a tűcsere programokat támogatja az állam. Jelenleg Magyarországon mintegy 23 helyen biztosított a tűcsere a szerhasználók számára. A szolgáltatók 2010-ben összesen 422 357 darab fecskendőt osztottak ki, míg visszagyűjtésre 266 961 darab került.²³

2011-ben 24 szervezet nyújtott tűcsere-szolgáltatást hazánkban. Tűcsere-szolgáltatás 16 városban, 12 megyében, illetve mind a hét régióban hozzáférhető volt. A szolgáltatók összesen 648 269 fecskendőt osztottak ki, a hozott és gyűjtött fecskendők száma 469 122 darab volt. A programok 3373 főt értek el, a tárgyévben a kliensek 38 407 alkalommal vettek igénybe tűcsere-szolgáltatást.²⁴

- **HIV-pozitívak gondozása, kezelése**

A gondozásban, kezelésben részesülő HIV-fertőzöttek kisebb valószínűséggel adják tovább a fertőzést másoknak, mint a kezelésben nem részesülő HIV-pozitív személyek.²⁵ Ma már arra is lehetőség van, hogy HIV-expozíciót követően azonnal megkezdett gyógyszeres kezeléssel (posztexpozíciós profilaxis: PEP) a HIV-fertőzés valószínűsége csökkenthető legyen.²⁶ A HIV-fertőzött várandós nők antiretrovirális kezelése pedig jelentősen csökkenti a HIV-átvitelt a terhesség és a szülés során a magzatra, illetve újszülöttre.

Számos egyéb beavatkozás ismert, amelyek indirekt módon csökkentik a HIV-kockázatot, ezért fontos szerepet játszhatnak a HIV megelőzésében:

- **A szexuális úton terjedő betegségek megelőzése, kezelése**

A szexuális úton terjedő fertőzések megelőzésére, és a fertőzöttek korai kiszűrésére és kezelésére irányuló programok alapvetően hozzájárulnak a HIV-fertőzés kockázatának csökkentéséhez az általános népességben.²⁷ Bármilyen STD-vel orvoshoz forduló személynek a HIV-szűrést is fel kell ajánlani, mert a fertőzések hátterében álló kockázatos magatartások megegyeznek.

A HIV-pozitívak STD-gondozása mind a kezeletlen, mind pedig a HAART-kezelt betegek esetében kiemelten fontos tevékenységet képez, mert a HIV-hez társuló STD a HIV-infekció átadásának

²¹ Weller S, Davis, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

²² Vlahov D, Junge B. The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Rep.* 1998;113 (Suppl 1):75-80.

²³ Nemzeti Drog fókuszpont, Tarján, 2011

²⁴ 80/2013. (X. 16.) OGY határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról (2013–2020)

²⁵ Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet.* 2010.

²⁶ Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. *MMWR.* 2005; 54:1-20.

²⁷ Gray RH, Wawer MJ. Reassessing the hypothesis on STI control for Prevention. *Lancet.* 2008; 371(9630): 2064-2065.

valószínűségét minden stádiumban megsokszorozza. Sajnos az országban jelenleg kizárólag az Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumában zajlik a HIV-pozitívak rendszeres STD-szűrése és gondozása.

- Viselkedésre irányuló intervenciók (pl. a monogámia és a felelősségteljes szexuális viselkedés promóciója, családi életre nevelés stb.)

A felelősségteljes szexuális élet propagálása kedvezően befolyásolhatja az egyének viselkedését és döntéseit, amely végső soron valamennyi STD, köztük a HIV-fertőzés kockázatát is csökkentheti.²⁸

E programok között is vannak azonban különbségek a tekintetben, hogy mennyire képesek elérni a célcsoportjaikat, mennyire eredményesek – hosszabb távon is – a gyakorlatban, és megtörténik-e az adott program eredményességének, hatásának értékelése.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

Az alább bemutatottakon túl az 5.6.4.2., 5.6.4.3., 5.6.4.4., 7.6.1.1. és 7.6.1.2. pontok alatt szereplő intézkedések szintén hozzájárulnak a célzott prevenciós tevékenység eredményességének hatékony, bizonyítékokon alapuló módszerek kombinált alkalmazásával történő javításához.

4.6.2.1. Adatbázis kialakítása a különböző HIV-prevenciós módszerek széles körét alkalmazó kombinált, innovatív prevenciós programokról, jó gyakorlatokról, és mindezek közzététele

Végrehajtási feltételek: HIV/AIDS-prevenciós programok értékelési keretrendszerének kialakítása

Határidő: 2015. december 31.

Felelős: az egészségfejlesztésért felelős országos intézet, ÁNTSZ-OEK, OTH HIV/AIDS Fókuszpont

4.6.2.2. A működési engedéllyel rendelkező, HIV-szűrőhelyet működtető egészségügyi szolgáltatók támogatása, működésük biztosítása és a szűrőszám növelése

Végrehajtási feltételek: a HIV/AIDS elleni küzdelem pályázati támogatásán belül elkülönített forrás biztosítása a kockázati csoportokban szűréseket végző civil szervezetek számára; az egészségügyi és a közigazgatási ágazaton belül az erőforrások biztosítása, a meglévő források hatékonyabb kihasználása a szűrőhelyek fenntartása és a tevékenység megfelelő feltételeinek biztosítása érdekében

Határidő: évente folyamatosan

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ-OEK, kormányhivatalok

4.6.2.3. Kábítószer-használók körében végzett ártalomcsökkentő programok – különös tekintettel a tűcsere programokra – folytatása és kiterjesztése, és a szubsztitúciós kezelésekhez történő hozzáférés javítása

Végrehajtási feltételek: rendelkezésre áll

Határidő: folyamatosan, minden évben

²⁸ Coates T, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them better. *Lancet*. 2008;372(9639):669-684.

Felelős: EMMI

4.6.2.4. A HIV-szűrésre jelentkezők, valamint kiemelten a HIV-pozitívak körében végzett prevenciós és tanácsadási tevékenység fejlesztése a counselling tanfolyamot elvégzettek számának növelése által

Végrehajtási feltételek: oktatási anyag továbbfejlesztése, képzések, továbbképzések szervezése

Határidő: 2016-tól minden évben

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK)

4.6.2.5. Kötelező továbbképzések tartása az alapellátásban dolgozó egészségügyi dolgozók, addiktológusok, tüdőgyógyászok, szülész-nőgyógyászok, bőr- és nemibeteg-szakorvosok számára a HIV-prevenciós tevékenységek elősegítése érdekében

Végrehajtási feltételek: továbbképzési oktatási anyag kidolgozása, képzések megszervezése

Határidő: 2015-től folyamatosan

Felelős: GYEMSZI – Egészségügyi Emberi Erőforrás-fejlesztési Főigazgatóság, Országos Alapellátási Intézet

4.6.2.6. A HIV/AIDS-megelőzési programok rendszerének kiépítése országos szinten; a közfinanszírozott prevenciós programok elszámoltathatóságának biztosítása

Végrehajtási feltételek: 2017-től csak előzetes minőségértékelésen átesett megelőzési programok juthatnak közfinanszírozott forrásokhoz

Határidő: 2016.. december 31.

Felelős: Nemzeti Fejlesztési Ügynökség, EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága

4.6.3. A surveillance fejlesztése annak érdekében, hogy széles körű, megbízható adatok álljanak rendelkezésre a HIV-járvány epidemiológiai értékeléséhez

Annak érdekében, hogy minél alaposabb ismeretekkel rendelkezünk a HIV/AIDS-járványról és az abban bekövetkező változásokról, megfelelő járványügyi felügyeleti rendszerre (surveillance-ra) van szükség. A surveillance minőségétől és kiterjedtségétől függ azoknak az adatoknak és információknak a minősége, amelyek a stratégiát, illetve az intézkedéseket megalapozzák. A HIV/AIDS surveillance-nak rugalmasnak kell lennie és folyamatosan fejlődnie kell a változó igényeknek és céloknak megfelelően.

A magyarországi HIV/AIDS járványügyi helyzet értékeléséhez az OEK által működtetett HIV/AIDS surveillance rendszer az elsődleges adatszolgáltató. Az ebből származó alapadatok felhasználásra kerülnek a HIV-prevenciós programok, valamint a HIV kezelésére, gondozására irányuló szolgáltatások célcsoportjainak kiválasztásakor és a programok értékelésekor is.

A fentiek miatt alapvető jelentőségű, hogy a megfelelő adatok hiánytalanul, időben és megbízható módon, valamint széles körben elérhetőek legyenek. Az OEK az Epidemiológiai Információs Hetilapban rendszeresen közzéteszi a HIV/AIDS-re és a szexuális úton terjedő betegségek járványügyi helyzetére vonatkozó adatokat, amely kiadvány az OEK honlapján (www.oek.hu) mindenki számára elérhető.

A HIV/AIDS surveillance komplex jelentési rendszeren alapul, amelyben a szűréseket végző egészségügyi szolgáltatók, laboratóriumok és a kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási

szervei egyaránt részt vesznek. A surveillance rendszernek – számos erőssége mellett – vannak olyan területei is, ahol további fejlesztésekre, illetve az adatminőség javítására van szükség.

Az új fertőzések előfordulásának ismerete azért alapvető fontosságú, mert ez a mutató képes a leggyorsabban jelezni a járvány dinamikájának megváltozását, illetve az egészségügyi ellátórendszerre a jövőben háruló terheket. A HIV-incidenciáról nem rendelkezünk adatokkal, és annak becslésére jelenleg nem állnak rendelkezésre a szükséges módszerek.

Javítani kell a surveillance-ból származó adatok pontosságát is a többszörös bejelentések kiszűrésével, illetve a jelentési fegyelem javításával.

A mai napig kevés adattal rendelkezünk a HIV-fertőzöttek gondozásáról, az AIDS-betegek kezeléséről (pl. HIV-RNS kópiaszám-vizsgálatok és a CD4+ sejtszám-meghatározások eredményei), ezért a surveillance rendszert ezen a téren is meg kell erősíteni.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

4.6.3.1. A HIV-incidencia becslésére vonatkozó módszertan kidolgozása

Végrehajtási feltételek: módszertan-fejlesztés

Határidő: 2015. december 31.

Felelős: OTH HIV/AIDS Fókuszpont, ÁNTSZ-OEK

4.6.3.2. A surveillance kiterjesztése a HIV-fertőzöttek, AIDS-betegek egészségügyi ellátásával kapcsolatos klinikai adatokra és információkra

Végrehajtási feltételek: jogszabálmódosítás

Határidő: 2014. december 31.

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, OTH HIV/AIDS Fókuszpont, ÁNTSZ-OEK

4.6.3.3. A HIV surveillance rendszeren belül egyedi azonosító kód bevezetése a duplikátumok kiszűrése érdekében

Végrehajtási feltételek: módszertan-fejlesztés

Határidő: 2014. június 30.

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK)

4.6.4. Intenzívebb és hatékonyabb ismeretterjesztő és felvilágosító munka a HIV-fertőzés terjedéséről és a megelőzés módozatairól a teljes népességben

A HIV/AIDS-járvány megfékezése szempontjából elengedhetetlenül fontos, hogy mindenkihez eljussanak a HIV/AIDS-megelőzéssel kapcsolatos alapvető tudnivalók: ismerni kell a HIV terjedésének módjait, a kockázatos magatartásformákat és a megelőzés lehetőségeit. Tudatosítani kell a társadalom tagjaiban, hogy a HIV-járvány leküzdése közös ügyünk és érdekünk, ugyanakkor a fertőzés terjedésének a megelőzése végső soron az egyének felelőssége. Mindez célzott prevenciók módszerek alkalmazásával, ismeretterjesztő anyagok propagálásával, iskolai programokkal, médiakampányokkal és a felnőtt lakosság folyamatos tájékoztatásával érhető el, figyelmet fordítva a hátrányos helyzetűekre és az alacsony iskolázottságúakra is.

Az új fertőzések kialakulásának megelőzése szempontjából kiemelt célcsoportként kell kezelni a 15-24 éves korosztályt, ahol világszerte az új fertőzések 40 %-át diagnosztizálják. A HIV/AIDS-járvánnyal kapcsolatos tudnivalókat integrálni kell az iskolai programokba, és az egészségfejlesztés

valamennyi színterébe, az egészségügyi szakképzésben résztvevők oktatási és továbbképzési anyagaiba, a kortárs oktatók programjaiba stb.

A HIV-vel élők egyre hosszabb ideig élnek, ezért a felvilágosítás nemcsak a fiatalok körében fontos. Olyan, széleskörű ismeretterjesztésre és egészségnevelésre is szükség van, amely valamennyi korosztályt képes megszólítani. Különös figyelmet kell fordítani arra, hogy az alapvető információk a társadalom sérülékeny csoportjaihoz is eljussanak.

Az ismeretterjesztés, felvilágosítás, az egészségfejlesztési programok végrehajtása során arra kell összpontosítani, hogy mindenki megismerje a HIV-fertőzés alapvető jellemzőit, a terjedés módjait, a kockázat csökkentésének lehetőségeit, a szűrések és az időben megkezdett egészségügyi ellátás jelentőségét, a szolgáltatások igénybevételének módját, valamint a fertőzöttekre vonatkozó egyéni magatartási szabályok betartásának fontosságát. El kell oszlatni a HIV terjedésével kapcsolatos tévhiteket. Ezeknek a programoknak megfelelő alapot kell képezniük a HIV-vel kapcsolatos stigmatizáció és kirekesztés elleni küzdelemhez is. Továbbá fel kell hívni a figyelmet a testékszerek behelyezése (például piercing, fülbelövés) és tetoválás során a higiénés szabályok betartásának, valamint az egyszer használatos eszközök alkalmazásának fontosságára.

Mivel egyre korábbi életkorra tolódik a szexuális élet kezdete, ezért már az iskoláskorúaknál is elérhetővé kell tenni a prevencióra vonatkozó, az adott korosztálynak megfelelő és közérthető információkat, amelyek magukba foglalják a HIV-vel és az AIDS megbetegedéssel kapcsolatos tudnivalókat is. Az életkornak megfelelő HIV- és STD-prevencióról szóló ismeretterjesztést már kisiskolás kortól kezdődően el kell kezdeni. A fiatalok körében végzett megelőzési tevékenység során el kell érni, hogy lehetőség szerint még a kockázatos magatartásformák megjelenése előtt eljussanak a megfelelő üzenetek a célcsoport minden tagjához.

Fokozott figyelmet kell fordítani a HIV/AIDS-prevencióra a nevelési-oktatási intézmények egészségfejlesztési programjainak kidolgozása során, és mindezek szakmai, módszertani támogatásához útmutatókat kell készíteni. Fontos, hogy a gyermekvédelmi intézményekben élő, illetve egyéb szociális ellátásban részesülő gyermekek, fiatalok – mint különösen veszélyeztetett csoport – számára kidolgozott HIV/AIDS-prevenciós programok az ott élő gyermekek és fiatalok speciális igényeinek megfelelően kerüljenek megtervezésre és kivitelezésre.

A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet szerint a köznevelés intézményeiben bevezetésre került a teljes körű egészségfejlesztés. A nevelési-oktatási intézmény által működtetett teljes körű egészségfejlesztés célja, hogy a pedagógusok úgy befolyásolják a nevelési-oktatási intézményben végzett tevékenységet, a helyi pedagógiai programot és a szervezeti működést, továbbá a gyermek, a tanuló és a szülő részvételét a nevelési-oktatási intézmény életében, hogy az a gyermek, a tanuló egészségi állapotának kedvező irányú változását idézze elő. Az egészség-ismeretek hatékony oktatása többek között magában foglalja a harmonikus családi életre való nevelést is. Az iskolai programok sikeréhez a pedagógusok oktatása és képzése is elengedhetetlen. Ennek keretében felkészítő tréningeket kell tartani a pedagógusok részére, és oktató-programokat kell biztosítani az iskolai munkához.

A kortárs oktatók segítségével közvetített programok jelentősen hozzájárulnak a prevenció sikeréhez, mivel hatékonyan képesek megszólítani a fiatalságot, ezért a jövőben is támogatni kell a kortársoktató-képző tanfolyamok oktatási anyagainak fejlesztését, ilyen típusú oktatások

szervezését. Ehhez az iskolák, civil szervezetek és orvosegyetemek széleskörű együttműködése szükséges.

Vannak olyan speciális csoportok is a társadalomban, amelyek esetében a HIV-prevenció célja, formája, módszere részben különbözik az általános népesség számára készült programokétól. Ilyen például a Magyar Honvédség (a továbbiakban: MH), amelyen belül a HIV/AIDS-prevenció fontosságát egyrészt az egyre nagyobb arányú külföldi szerepvállalás, másrészt az elsősegélynyújtás (pl. harctéri) során vérrel való szennyeződés fokozott kockázata támasztja alá. A másik speciális csoport a büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartottak csoportja. A korábbi években kialakult gyakorlatnak megfelelően továbbra is fontos a komplex HIV/AIDS-megelőzési és drogprevenciós programok folyamatos végrehajtása ezekben a csoportokban.

A HIV/AIDS elleni küzdelem kommunikációja során a népegészségügyi és a kommunikációs szakembereknek szorosan együtt kell működniük. A laikus lakosság, valamint a szakma felé történő HIV/AIDS-kommunikációt tervezetten és koordináltan kell végrehajtani. A különböző célcsoportok más-más kommunikációs csatorna segítségével érhetők el a leghatékonyabban. Szükség van mind a hagyományos médiumok (rádió, televízió, nyomtatott sajtó), mind pedig az elektronikus média, a közösségi média-felületek szélesebb körben történő alkalmazására a prevenció üzeneteinek minél szélesebb körben történő terjesztése érdekében. A kommunikáció során figyelemmel kell lenni a hátrányos helyzetű lakosság elérhetőségére, és az eltérő iskolázottságból eredő szükségletekre, módszerekre.

A Nemzetközi AIDS Világnap (december 1.) mellett javasolt kitűzni a HIV-szűrések napját, illetve egyéb fontos dátumokat az év folyamán, amikor különböző, média-érdeklődésre is számot tartó események kapcsán fel lehet hívni a figyelmet a HIV/AIDS-prevenció fontosságára.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

Az alább bemutatottakon túl a 7.6.1.1. és 7.6.1.2. pontok alatt szereplő intézkedések szintén hozzájárulnak az általános népesség tagjai körében folytatandó, a HIV-fertőzés terjedéséről és a megelőzés módozatairól szóló intenzívebb és hatékonyabb ismeretterjesztő és felvilágosító munkához.

4.6.4.1. A fiatalokat megcélzó, családi életre nevelést támogató, felelős magatartásmintákat terjesztő, a HIV/AIDS és az egyéb STD-k prevencióját is felölelő képzési programok szakmai-módszertani támogatása

Végrehajtási feltételek: a teljes körű iskolai egészségfejlesztésen belül a kerettantervek időszakos áttekintése, szüksége szerint szakmai közreműködés oktatási anyagok kifejlesztésében

Határidő: folyamatosan

Felelős: az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága és Köznevelésért Felelős Államtitkársága, egészségfejlesztésért felelős országos intézet

4.6.4.2. Életkornak és iskolázottságnak megfelelő, HIV- és STD-prevencióról szóló ismeretterjesztés. Infokommunikációs technológiai eszközök használata, médiakommunikáció, internetes felületek, „social marketing” módszerek széles körben

történő alkalmazása. A népegészségügyi kommunikáció fejlesztése, kommunikációs programok indítása az „Egészségkultúra kialakítása a fiatalokban” témakörben.

Végrehajtási feltételek: kapcsolódás a *Nemzeti Ifjúsági Stratégia 2012-2013. évekre vonatkozó cselekvési tervéről* szóló 1590/2012 (XII. 17.) Korm. határozat 3.9. pontjához; szakmai anyagok kidolgozása, kommunikációs szakemberek biztosítása

Határidő: 2014. november 1-től folyamatosan

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK), az egészségfejlesztésért felelős országos intézet

4.6.4.3. A HIV/AIDS témakörhöz kapcsolódó iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlása, a minőségbiztosítás feltételeinek kidolgozása (útmutató készítése mindezek szakmai, módszertani támogatásához)

Végrehajtási feltételek: a programok szakmai értékelésében résztvevő intézmények és szakértők közötti folyamatos együttműködés biztosítása

Határidő: ajánlás: 2012. szeptember 1. óta folyamatosan, minőségbiztosítás: 2016. december 31-ig

Felelős: az egészségfejlesztésért felelős országos intézet, felkért szakértők bevonásával

4.6.4.4. Speciális csoportokat (különös tekintettel a Magyar Honvédség állományára, a büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartottakra és az ott dolgozókra) megcélzó HIV/AIDS-prevenációs programok további működtetése, kiterjesztése, a módszertan fejlesztése

Végrehajtási feltételek: pályáztatás, képzés, továbbképzés

Határidő: folyamatosan

Felelős: Belügyminisztérium, Honvédelmi Minisztérium

5. II. CÉL: JAVULÓ HOZZÁFÉRÉS A SZŰRÉSHEZ, A HIV-FERTŐZÖTTEK TOVÁBBI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁHOZ, VALAMINT A HIV-FERTŐZÖTTEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK, EGÉSZSÉG-KIMENETELÉNEK JAVÍTÁSA

5.1. HÁTTÉR

Ma még nem áll rendelkezésre definitív gyógymód a HIV-fertőzés, illetve az AIDS betegség gyógyítására, azonban az évek során egyre többféle gyógyszeres kezelés vált elérhetővé, amelyek kombinált alkalmazásával lényegesen megnövelhető a fertőzöttek élettartama és javítható az életminőségük. Intenzív kutatások zajlanak továbbra is a HIV-fertőzés és az annak következtében fellépő komplikációk gyógyítása, biztonságosabb és eredményesebb kezelése, és a kezelés mellékhatásainak csökkentése érdekében.

A HIV-vel élők egészségügyi ellátása egyrészt a HIV-fertőzéssel összefüggő, másrészt a HIV-fertőzéssel közvetlenül nem összefüggő kóros állapotok kezeléséből áll. A HIV-fertőzés, illetve az AIDS betegség HAART terápiája nagyon költséges, azonban Magyarországon a társadalombiztosítás ezeket a költségeket a biztosítottak számára fedezi. Vannak azonban egyéb akadályozó tényezők, amelyek következtében nem minden HIV-fertőzött részesül időben megkezdett orvosi ellátásban, és rendszeres gondozásban.

Magyarországon a becslések szerint legalább 3000 főre tehető a HIV-vel élők száma, de közülük átlagosan csak minden második tud a fertőzöttségéről. Az elhúzódtó felismerés következménye a megkésett kezelés, a kedvezőtlenebb életkilátások és rosszabb életminőség, valamint a vírus továbbadásának fokozott kockázata.

A HIV-fertőzés minél korábbi felismerése kulcsfontosságú mind az egyén, mind pedig a környezete szempontjából. A HIV-szűréseket végző szolgáltatók képezik az egészségügynek azt a vonalát, ahol a HIV-fertőzöttek először kapcsolatba kerülnek az egészségügyi ellátórendszerrel, ahol szakember nyújtotta speciális tanácsadásban részesülnek, ezért a szerepük a HIV-fertőzöttek további betegútja szempontjából meghatározó jelentőségű.

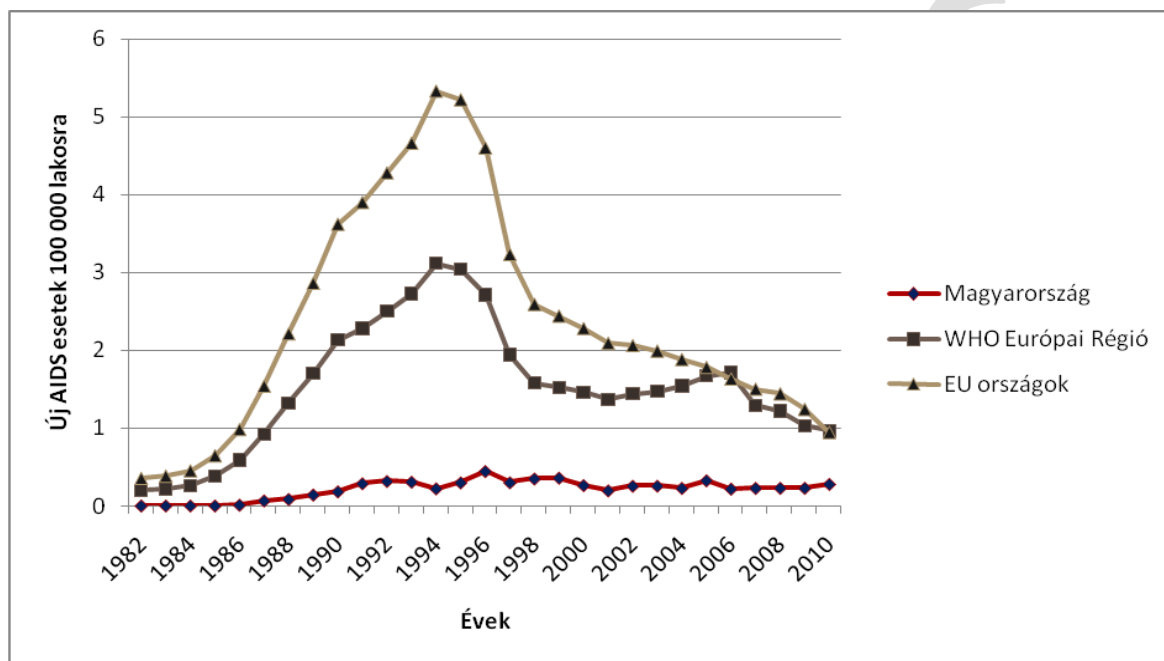
Magyarországon a HIV szűrővizsgálatok száma 2009 óta csökkenő tendenciát mutat. 2011-ben hazánkban összesen 84 464 HIV szűrővizsgálatot végeztek. Ebből az önkéntes, nevesített vizsgálatok száma az összes vizsgálat közel felét tette ki, a vizsgálatok közel 40 %-át pedig diagnosztikus célból kezdeményezték. Az önkéntes, anonim szűrővizsgálatok száma 2011-ben az előző évi vizsgálatok számának (9 805) mindössze 64 %-a volt (6 260). 2011-ben az összes elvégzett HIV-vizsgálatoknak mindössze 7,4 %-át tették ki az önkéntes, anonim vizsgálatok, amely az elmúlt öt évben mind abszolút számban, mind pedig az összes HIV virológiai vizsgálatok számán belüli arányt tekintve a legalacsonyabb volt.

2010-ben az újonnan diagnosztizált HIV-fertőzött személyek negyedénél a HIV-pozitivitást első alkalommal az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet diagnosztizálta, a civil AIDS tanácsadók az esetek 19 %-át, a bőr- és nemibeteg-gondozó hálózat és a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma az esetek 14-14 %-át derítette fel.

1986-2012 között összesen 703 személynél diagnosztizáltak AIDS-et, közülük 336-an haltak meg a tünetegyüttes következtében (30 nő; 306 férfi). 2008 és 2012 között évente átlagosan 31 HIV-

pozitív személynél diagnosztizáltak AIDS megbetegedést (23 és 48 között), ami gyakorlatilag megegyezik a megelőző 20 év átlagával (29).

Az újonnan diagnosztizált AIDS esetek előfordulása a világban összességében csökkenő tendenciát mutat, amely a tünetmentes HIV-fertőzöttek számára mind szélesebb körben rendelkezésre álló, időben megkezdett kezeléseknek tudható be. Az EU-ban a 90-es évek közepéhez képest mintegy ötödére, az EVSZ Európai Régiójában pedig harmadára csökkent az újonnan diagnosztizált AIDS esetek 100 000 lakosra jutó száma. Mindamellett, hogy Magyarországon az új AIDS esetek előfordulása a régión belül stabilan alacsony, kedvezőtlen jelenségnek számít, hogy az Európában tapasztalható csökkenő tendencia nálunk nem érvényesül (4. ábra).



4. ábra: Újonnan diagnosztizált AIDS esetek 100 000 lakosra számítva az EVSZ Európai Régiójában, az EU tagállamaiban, valamint Magyarországon 1982 és 2010 között²⁹

Nem történt előrelépés az elmúlt években a betegség korai felismerésében: az AIDS-betegek több mint felénél az AIDS kórismézését megelőzően nem volt ismert a HIV-pozitivitás. Míg 1986 és 2000 között első 13 évében az AIDS-betegek 64,4 %-a már ismert HIV-pozitív volt az AIDS diagnózist megelőzően is, addig 2001-2012 között a megbetegedettek csupán 40,7 %-ánál volt ismert a HIV-pozitivitás ténye az AIDS kialakulásakor (5. táblázat).

HIV-pozitivitás ismerete az AIDS diagnózist megelőzően			
Év	ismert	nem ismert (%)	összesen
1986-2000	242	134 (35,6 %)	376
2001-2006	62	88 (58,7 %)	150
2007-2012	71	106 (59,9 %)	177
Összesen	375	328 (46,7 %)	703

5. táblázat: A HIV-pozitivitás ismerete az AIDS megbetegedés előtt Magyarországon 1986 és 2012 között³⁰

²⁹ WHO/Europe, European HFA Database, July 2012

³⁰ Forrás: Országos Epidemiológiai Központ

Magyarországon a HIV-fertőzöttek HIV-fertőzéssel összefüggő, valamint az AIDS-betegek teljes körű egészségügyi ellátása 2012-ben is döntő részben az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet magasan képzett szakemberei által történt. Ez a kórház látta el országos hatáskörrel a tünetmentes és tünetes HIV-fertőzötteket és AIDS-betegeket a magyarországi járvány kezdete óta. A kórház HIV/AIDS ambulanciájának tevékenységét további három egység segíti:

- a sejtfelszíni marker laboratórium, mely a betegek sejttes immunállapotát vizsgálja;
- a molekuláris biológiai vizsgálatok laboratóriuma, mely a HIV-RNS mennyiségi meghatározását, és szükség szerint genotípus alapú rezisztencia-vizsgálatokat végez;
- a fogászat, mely a HIV-fertőzött betegek számára fogászati ellátást nyújt.

Az elmúlt időszakban a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centruma is részt vett a HIV-pozitív betegek általános gondozásában, kiegészítve azt az STD gondozással. A rutin laboratóriumi vizsgálatokon túl a klinika megfelelő képességekkel rendelkezik a szükséges sejtfelszíni markerek, valamint kollaborációban a HIV-RNS kópiaszám meghatározásra. Az ellátott betegek egy része a nagy hatékonyságú antiretrovirális terápiát megelőző stádiumban van, másik része az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézetben HAART terápiában részesülő olyan HIV-pozitívakból áll, akiknél egyéb STD-ket szűrnek és kezelnek.

A nemzetközi gyakorlatnak megfelelően az egészségügyi ellátást nyújtó szakemberek korszerűsítették és kibővítették a járóbeteg-ellátás keretei között történő gondozást, az antivirális szerek alkalmazását. A szakmai feladatellátást évente felülvizsgált protokollokban szabályozzák. Az antiretrovirális gyógyszereket a szükséges gyógyszer-kombinációban a kezelőorvos írja fel vényre, melyet a beteg a kórházi gyógyszerárban térítésmentesen válthat ki.

Ahogy az elmúlt években nőtt a HIV-vel élők száma, úgy nőtt az orvosi ellátásban és a kombinált antiretrovirális kezelésben részesülő betegek száma is. Lényegében változatlan maradt azonban a fekvőbetegek száma (250 körül) és mérsékelten csökkent az átlagos ápolási napok száma. A javuló globális AIDS-halálozási mutatók mellett sajnálatos, hogy Magyarországon az utóbbi években lényegében változatlan maradt az évenkénti halálozási arány (2,7-2,9 % között).

Az egészségügyi dolgozók HIV-fertőződési kockázata jól ismert. Fertőzött tűvel vagy éles eszközzel ejtett szúrt, vágott sérülést követően a fertőzés kialakulásának kockázata 0,3 %-ra tehető. A foglalkozási eredetű expozíciót követő HIV-fertőzés kialakulása több tényező függvénye. A legnagyobb fertőzési kockázatot a kontaminált, nagylumenű tűvel létrehozott szúrt sérülés jelenti. A fertőzés bekövetkezésének valószínűségét növeli a látható vérszenyeződés jelenléte a sérülést okozó eszközön. A fertőzés kockázata függ a sérülés mélységétől és az expozíció időtartamától, a vér mennyiségétől, továbbá attól, hogy artériába vagy vénába jutott-e be a fertőzött vér. Növeli a HIV-fertőzés valószínűségét, ha a páciens vérében magas a HIV-RNS kópiaszám (pl. AIDS végstádium). HIV-fertőzés kockázatával járó kiemelt expozíciónak számít a fertőző anyag véletlen befecskendezése, HIV-vel szennyezett eszközzel szúrt seb vagy vágott sérülés, HIV-pozitív beteg artériájába vagy vénájába tartósan bekötött tű vagy kanül általi sérülés, nyálkahártya, vagy nagyobb sérült bőrterület tartós szennyeződése HIV-pozitív személy vérével, véres váladékával.

Nyálkahártyák (szem, orr, száj) vérrel történő szennyeződését követően a fertőzés kockázata alacsonyabb, átlagosan 0,1 %. A fertőzés kockázata annál nagyobb, minél nagyobb mennyiségű fertőzött vérrel került a dolgozó érintkezésbe. Az infekció kialakulásának valószínűségét meghatározza az érintkező felület nagysága és a kontaktus időtartama.

A sérült bőr HIV-fertőzött vérrel való érintkezését követően a fertőzés kockázatát 0,1 %-nál alacsonyabbra becsülik, de ez is függ a vérszennyezés mértékétől. Kis mennyiségű vér érintkezése ép bőrfelülettel nem jelent kockázatot. A kockázat magasabb, ha a bőr sérült (horzsolt, égett, karcolt), ha nagyobb bőrfelület érintkezett vérrel, illetve ha az expozíció hosszabb ideig tartott. Összességében a vér fertőzőképessége a legnagyobb, ezt követi a vérrel láthatóan szennyezett váladékok és testfolyadékok fertőzőképessége. A liquor, a sebváladék, az ízületi folyadék, a pleuralis, a peritonealis, pericardialis folyadék, a magzatvíz és az anyatej potenciálisan fertőzőképes. (A sperma és hüvelyváladék szintén a fertőzőképes váladékok közé tartozik, de az egészségügyi ellátással kapcsolatos HIV-fertőzések kialakulásában csak rendkívüli esetekben játszanak szerepet.) A széklet, a vizelet, az orrváladék, a nyál, a köpet, az izzadság nem tartoznak a potenciálisan fertőzőképes anyagok közé, kivéve, ha vért tartalmaznak.

5.2. HELYZETÉRTÉKELÉS - MI AZ, AMIT MÁR ELÉRTÜNK?

ANONIM, ÖNKÉNTES, NEVESÍTETT (TÉRÍTÉSES, TÉRÍTÉSMENTES), KÖTELEZŐ ÉS DIAGNOSZTIKUS HIV SZŰRŐVIZSGÁLATOK SZÉLES KÖRBE TÖRTÉNŐ RENDELKEZÉSRE ÁLLÁSA: A HIV-szűrést és -diagnosztikát a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet szabályozza. Magyarországon anonim, önkéntes, nevesített (térítéses, térítésmentes), kötelező és diagnosztikus HIV szűrővizsgálatokat különböztetünk meg (6. táblázat). Az anonim szűrési lehetőséget egyre szélesebb körben ismerik és igénybe veszik.

TANÁCSADÁSSAL EGYBEKÖTÖTT SZŰRŐVIZSGÁLATOK: A szűrővizsgálaton megjelenő személyek számára megfelelően képzett szakemberek nyújtanak tájékoztatást, és felhívják a figyelmet a fertőzés továbbadásának megelőzési módjaira és a kezelés, gondozás fontosságára. Tanácsadással egybekötött szűrővizsgálat számos helyen elérhető az országban (lásd a 4.2. pont alatt).

2011-ben az OEK szervezésében lebonyolított, az egészségügyért felelős tárca által támogatott HIV/AIDS counselling tanfolyam megteremtette a lehetőséget arra, hogy a bőr- és nemibeteg-gondozók, a szakellátást végző járóbeteg-rendelések és a civil szervezetek szakemberei frissítsék és elmélyítsék tudásukat a HIV-fertőzésről és a tanácsadás gyakorlatáról. Az országból összesen 43 szakember vett részt a képzésen hét megyéből és Budapestről: 25 fő a fővárosból, 18 fő pedig vidékről érkezett.

BIZTOSÍTOTT A LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKAI HÁTTÉR: A HIV-diagnosztika alapját képezik a laboratóriumi vizsgálatok, és ennek keretében az akkreditált módszerekkel végzett HIV-verifikálás. Magyarországon a Humán Immundeficiencia Vírus Nemzeti Referencia Laboratóriumában akkreditált HIV szerológiai és molekuláris virológiai vizsgálatok folynak. A mikrobiológiai vizsgálatok megfelelő színvonalának, érzékenységének, megbízhatóságának, a gyors módszerek kontrollált alkalmazásának biztosítása megfelelő alapot képez az új esetek felderítéséhez.

Vizsgálati kategória	2007	2008	2009	2010	2011
I. Önkéntes anonim összesen	8702	9622	9250	9805	6260
II. Önkéntes nevesített*	31758	38052	38674	42247	39 861
a. Térítésmentes	21195	26913	34122	24404	28487
HIV fertőzött személyek szexuális partnerei	26	205	741	257	669
A szexuális úton terjedő aktív nemi betegségekben szenvedők és azok szexuális partnerei	9277	8996	10814	10408	9264
HIV fertőzött anya vér szerinti gyermeke	0	3	20	4	0
Intravénás kábítószerélvező	2186	59	117	118	309
BV-i intézetben fogvatartottak	1960	3403	3451	683	492
Mesterséges megtermékenyítés (donor és recipiens)	2656	2938	7368	2917	3469
Menekült táborban élők	39	1650	2154	1099	530
Egyéb	5051	9659	9457	8918	13754
b. Térítéses	10563	11139	4552	17843*	11374*
Családtervezést megelőző vizsgálat	3655	4234	939	781	471
Külföldi országba történő beutazáshoz, az állam által megkövetelt vizsgálat	2628	1846	1216	1401	1119
Szexmunkás által kezdeményezett, a szexuális szolgáltatás nyújtásának feltételeként előírt kötelező szűrővizsgálat	837	125	113	186	257
Egyéb	3443	4934	2284	13032	5823
III. Kötelező összesen	7097	14372	18175	7610	5006
Egészségügyi dolgozók, akik megerősítetten HIV fertőzöttek által nem végezhető invazív beavatkozásokat végeznek	1001	630	583	723	339
Személyi higiénés alkalmassági vizsgálat	935	1217	1359	1911	234
HIV expozíció/sérülés miatt	207	410	348	365	467
Rendőrségi (bűncselekmény miatt)	0	0	17	20	18
Szövet-, szerv-, őssejt-donorok	2960	2690	3257	2268	1683
Tejet adományozó anyák	935	846	916	984	755
Egyéb	1059	8579	11695	1339	1510
IV. Diagnosztikus	19727	21362	25082	29475	33337
Járóbeteg	15808	17727	21617	25083	28521
Fekvőbeteg	3919	3635	3465	4392	4816
Összesen (I-IV.)	67 284	83 408	91 181	89 137	84 464

*Egyes jelentők esetében részletező adat nem, csak az összes vizsgálat száma került bejelentésre.

6. táblázat: A HIV-virológiai vizsgálatok kategóriái és az elvégzett szűrővizsgálatok száma Magyarországon 2007 és 2011 között³¹

STABIL AZ AIDS HALÁLOZÁS: 2008 és 2012 között évente átlagosan kilenc AIDS halálozás fordult elő – lényegesen kevesebb, mint 1994 és 2007 között, amikor a halálozások évi átlagos száma 15 volt. A halálozások számában tapasztalt csökkenés azzal magyarázható, hogy széles körben elérhetővé vált az antivirális terápia, amely megnövelte a betegek élettartamát. Magyarországon

³¹ Forrás: Országos Epidemiológiai Központ

jelenleg minden HIV-pozitív személy, aki kezelésre szorul, ingyenesen juthat antiretrovirális szerekhez.

AZ I. NEMZETI AIDS STRATÉGIA (2004-2010)

Az I. NAS-ban megfogalmazott idevágó célkitűzések az alábbiak voltak:

- A diagnosztizálatlan HIV-fertőzöttek számának csökkentése (szűrővizsgálatok számának, a felderítés hatékonyságának növelése, elsősorban a magas kockázattal rendelkező népességcsoportok körében).
- Az AIDS-betegek számának 20 %-os, a halálozások 25 %-os csökkenése.

Az I. NAS végrehajtása:

- Fokozatosan bővítésre került az önkéntes, térítésmentes, anonim HIV szűrővizsgálatokat nyújtó szolgáltatók köre. Bevezetésre került az ÁNTSZ hálózatában a HIV-szűrés és tanácsadás, és fejlesztették az anonim, tanácsadással egybekötött HIV-szűrővizsgálatok intézményrendszerét.
- 2004-2010 között az évenként diagnosztizált AIDS megbetegedések számában és az AIDS okozta halálozásban nem történt lényeges változás.
- Változatlan maradt a kórházi kezelést igénylő fekvőbetegek száma és mérsékelten csökkent az átlagos ápolási napok száma.

5.3. KIHÍVÁSOK AZ ELKÖVETKEZŐ IDŐSZAKBAN

- A szűrések száma Magyarországon a 2007-2009 között tapasztalt emelkedés ellenére még mindig alacsony, és 2010 óta csökken. A rendelkezésre álló adatok szerint az 1000 lakosra jutó HIV szűrővizsgálatok tekintetében Magyarország a sereghajtók közé tartozik az EVSZ Európai régiójában.³²

Magyarországon stratégiai feladat a szűrővizsgálatok számának növelése, különös tekintettel a kockázatos magatartást folytatókra, azonban ezeknek a csoportoknak az elérése nehéz. K kulcsfontosságú, hogy elérjük őket, mivel a fertőzés terjedése szempontjából ők jelentik a legnagyobb kockázatot, és a fertőzés, illetve a betegség negatív hatásai is e csoportok tagjait érintik a legnagyobb arányban. Az intravénás szerhasználó populáció például jellemzően nem keresi fel a kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szerveinek HIV/AIDS tanácsadóit, ezért számukra a drogambulanciákon, megelőzési és ártalomcsökkentési programok keretében (pl. tűcsere programok) szükséges a helyszínen megvalósítható HIV-szűrési lehetőségeket biztosítani. Az OEK 2010 óta koordinálta a tűcsere programokban és a drogambulanciákon azokat a HIV, HBV, HCV szűrővizsgálatokat, amelyek szolgáltatósszerűen felajánlásra kerültek a klienseknek.

- Magas az ismeretlen HIV-státusszal élő HIV-pozitívak aránya Magyarországon. Sajnos közel sem sikerül valamennyi HIV-fertőzöttet időben kiszűrni. Ennek egyik fő oka az, hogy nem mindenki számára egyformán elérhetőek ezek a vizsgálatok, a szűrőhelyek. A korlátozott elérhetőség egyrészt fizikai tényezőknek tudható be, másrészt az információhiánynak, továbbá a stigmatizációtól, hatóságoktól való félelemnek. Az ismeretlen HIV-státuszú HIV-

³² European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2010. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2011,

fertőzöttek száma sajnos csak becsülhető, ebből kifolyólag nehéz előre megtervezni a HIV-vel élők számára a jövőben nyújtandó egészségügyi szolgáltatások körét és mennyiségét is.

- A későn elkezdett antiretrovirális kezelés jelentős minőségi életév-vesztést okoz Magyarországon. A kombinált HIV-kezelés eredményessége ugyanis akkor a legmagasabb, ha a terápia a tünetmentes HIV-fertőzés idején, a kezelőorvos által meghatározott időpontban megkezdődik. Sajnos nagyon sok HIV-fertőzött csak akkor fordul orvoshoz Magyarországon, amikor az immunrendszerüket a vírusfertőzés már jelentős mértékben károsította, és az AIDS tünetei megjelentek.
- A HIV-vel élők esetén számos tényező nehezítheti az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést: pl. a szegénység, munkanélküliség, hajléktalanság, a közlekedési lehetőség hiánya stb. Az egészségügyi ellátások széles köréhez való hozzáférés vidéken sokkal nehezebb, mint a fővárosban.
- A HIV-fertőzöttek HIV-fertőzéssel nem összefüggő egészségügyi ellátása egyre nagyobb kihívást jelent, mivel a HIV-vel élők megnövekedett élettartama, az idősödés jelensége növekvő egészségügyi szükségletet generál. Az akut ellátási formák mellett az életkor előrehaladtával a HIV-pozitívak is krónikus ellátásra, ápolásra és gondozásra szorulhatnak. A HIV-vel élő népességcsoport idősödése viszonylag új jelenség, így az egészségügyi ellátórendszer eddig csak korlátozottan volt képes adaptálódni az új kihívásokhoz.

5.4. MIT KELL TENNÜNK? – CSELEKVÉSI IRÁNYOK

Annak érdekében, hogy a HIV-vel élők egészség-kimenetelét javítani lehessen, az erőfeszítéseket arra kell összpontosítani, hogy a HIV-fertőzöttek minél korábban felderítésre, ezt követően pedig folyamatos gondozásra és időben megkezdett HAART kezelésre kerüljenek.

- Alapvető feladat a szűrővizsgálatok számának növelése, különös tekintettel a kockázatos magatartásformákat folytató csoportokra.
- Biztosítani kell azt az ellátás-szervezési rendszert, amely összekapcsolja a HIV-szűrésen megjelenő, ott kiszűrt személyeket folyamatos, jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval, amelynek eredményeként a gondozás minden ismertté váló HIV-fertőzött esetén azonnal, a kombinált antiretrovirális kezelés pedig az optimális időben megkezdődhet.
- A HIV-fertőzöttek kezelése és gondozása terén növelni kell a szolgáltatások elérhetőségét a HIV-fertőzöttek kezelését végző egészségügyi ellátóhelyek decentralizálásával.
- Növelni kell azoknak az egészségügyi szolgáltatóknak a számát, illetve az ellátások spektrumát, amelyek segítségével megfelelő egészségügyi ellátást lehet biztosítani a HIV-fertőzéssel élők számára mind a HIV-fertőzéssel összefüggő, mind pedig az azzal nem összefüggő egészségügyi ellátások tekintetében; és e szolgáltatók számára biztosítani kell megfelelően képzett egészségügyi humánerőforrást.
- Csökkenteni kell a HIV-vel élők egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseinek egyéb, nem földrajzi természetű akadályozó tényezőit, mint pl. az egészségügyi dolgozók részéről megnyilvánuló, ismerethiányból fakadó félelmeket, vagy a stigmatizációt.

5.5. ELÉRENDŐ CÉLOK, JÖVŐKÉP 2017 VÉGÉIG ÉS AZ ALKALMAZANDÓ INDIKÁTOROK

Alapvető cél a HIV-vel összefüggő morbiditás és mortalitás csökkentése. A csökkenő HIV-átvitel (fertőzési gyakoriság) mellett legalább 10 %-kal csökkenteni kell az AIDS-megbetegedések előfordulását és 15 %-kal az AIDS-halálozást.

Részcélok:

- Növelni kell a szűrések számát.
- Növelni kell a kockázati csoportba tartozók körében végzett szűrések arányát.
- Növelni kell a HIV-fertőzés korai stádiumában kiszűrtek arányát.
- Növelni kell azoknak az újonnan felderített HIV-fertőzötteknek az arányát, akik a diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelennek.
- Növelni kell a folyamatos gondozásban részesülő, regisztrált HIV-vel élők arányát.
- Növelni kell a folyamatosan antiretrovirális kezelésben részesülő, regisztrált HIV-vel élők arányát azok között, akiknél indokolt az antiretrovirális kezelés.
- Növelni kell a HIV-vel élők számára a HIV-fertőzéssel összefüggésben nyújtott egészségügyi szolgáltatást nyújtó, megfelelően képzett egészségügyi dolgozók számát.

Indikátorok:

- II.1. AIDS morbiditás;
- II.2. AIDS mortalitás;
- II.3. a HIV-szűrések száma;
- II.4. a kockázati csoportokban végzett HIV-szűrések aránya;
- II.5. HIV-státuszukat a tünetmentes HIV-fertőzés késői stádiumában megismerők aránya;
- II.6. HIV-státuszukat az AIDS-stádiumban megismerők aránya;
- II.7. a diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelenő újonnan felderített HIV-fertőzöttek aránya;
- II.8. folyamatos gondozásban részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya;
- II.9. folyamatosan (12/24/60 hónapja) antiretrovirális kezelésben részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya;
- II.10. az HIV-vel élők számára a HIV-fertőzéssel összefüggésben nyújtott egészségügyi szolgáltatást nyújtó, megfelelően képzett egy egészségügyi dolgozóra jutó HIV-vel élők száma.

5.6. CSELEKVÉSI TERV

5.6.1. A szűrővizsgálatok számának növelése, különös tekintettel a kockázatos magatartásformákat folytató csoportokra, és a szolgáltatás minőségének fejlesztése

Alapvető feladat a HIV-szűrővizsgálatok elérhetőségének javítása, az önkéntes, és azon belül is az anonim, tanácsadással egybekötött HIV-szűrővizsgálatok számának növelése, továbbá a tanácsadást nyújtó egészségügyi dolgozók folyamatos képzése. Szükség van a HIV-szűrés és tanácsadás szakmai protokolljának kidolgozására is.

A magas fertőzési kockázatnak kitett közösségekben a szűrővizsgálatok elérhetőségét mozgó/változó helyszínen végzett vizsgálatok végzésével, gyors tesztek elterjedtebb alkalmazásával, egyidejű helyszíni felvilágosítás és tanácsadás biztosításával kell javítani.

Különös figyelmet kell fordítani a kockázati csoportokba tartozók szűrésére, és minden esetben el kell végezni a kockázati csoportok valamelyikébe tartozó várandós nők prenatális szűrővizsgálatát, továbbá biztosítani kell számukra a gondozásba vétel során a speciális HIV-tanácsadást.

Fontos, hogy az önkéntes, térítésmentes vizsgálatok kiszámítható finanszírozása biztosított legyen. Elő kell segíteni továbbá a jogszabályban foglaltaknak megfelelő, HIV-szűrést nyújtó szolgáltatók számának növekedését az országos lefedettség biztosításának igényével. Hálózatos működést kell kialakítani a HIV-szűréseket végző intézmények/szervezetek, a kezelést, gondozást nyújtó egészségügyi szolgáltatók, valamint a járványügyi felügyeletet működtető területi, illetve országos szervek bevonásával.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

A szűrővizsgálatok számának növeléséhez kapcsolódnak a 4.6.2.2., 4.6.2.4., 6.6.1.1., 7.6.1.1., 7.6.1.2. ponttal jelölt intézkedések is.

5.6.1.1. A HIV-szűrés és tanácsadás szakmai protokolljának kidolgozása és elfogadása

Végrehajtási feltételek: együttműködés, szakmai konszenzus kialakítása

Határidő: 2015. december 31.

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK), GYEMSZI, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai

5.6.1.2. A HIV-szűrést végző egészségügyi szolgáltatók személyi és tárgyi minimumfeltételeinek ellenőrzése, valamint cselekvési terv kidolgozása a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének növelése érdekében

Végrehajtási feltételek: adottak

Határidő: ellenőrzés 2014. december 31-ig, cselekvési terv kidolgozása 2016. június 30-ig

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK), kormányhivatalok, GYEMSZI

5.6.2. A HIV-fertőzötteknek a kiszűrésüket követő azonnali összekapcsolása folyamatos, jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval

Az antivirális kezelés elkezdésének időpontja kulcsfontosságú tényező az életminőség és az életkilátások vonatkozásában. Tudományos bizonyítékokkal alátámasztható, hogy a korábban elkezdett kezelés kedvezőbb egészség-kimenetelt eredményez.³³ Mindez akkor lehetséges, ha a HIV-fertőzést követően rövid időn belül megtörténik a kiszűrés, és a kiszűrést követően a pozitív személyek azonnal kapcsolatba kerülnek a kezelést, gondozást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval.

³³ Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *New Engl J Med.* 2009; 360(18):1815-1826.

Szükség van innovatív intervenciók kidolgozására, és a jó gyakorlatok elterjesztése a szűrések és a kezelés összekapcsolásának elősegítése érdekében.

Törekedni kell arra, hogy a szűrővizsgálatban részt vett pozitív személyek konfirmálása három napon belül megtörténjen, és a konfirmáltan HIV-pozitív személy a leletek kézhez kapása után egy héttel jelenjen meg a HIV-fertőzöttek kezelésére kijelölt egészségügyi ellátóhelyen.

Magyarországon a fentiek biztosítása érdekében meg kell erősíteni a HIV-pozitívak ellátásának szervezését, koordinációját. Mindazokat, akiknél HIV-fertőzést diagnosztizálnak, össze kell kapcsolni a megfelelő megelőző, gyógyító és gondozást nyújtó szolgáltatásokkal. Elő kell továbbá segíteni az egészségügyi intézmények, illetve az ellátásban résztvevő szakemberek közötti szoros szakmai kapcsolat kiépítését és működtetését.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

A 4.6.2.5., 7.6.1.1., 7.6.1.2. és 7.6.1.4. pontok alatt szereplő intézkedések szintén hozzájárulnak ahhoz, hogy a HIV-fertőzöttek kiszűrésüket követően azonnal összekapcsolásra kerüljenek folyamatos és jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval.

5.6.2.1. A HIV-szűrésen megjelenő, ott kiszűrt személyek összekapcsolása a megfelelő, jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval, és a HIV-vel élők egészségügyi ellátásának, gondozásának megfelelő koordinációja (betegirányítás, betegút követés)

Végrehajtási feltételek: adatok, információk rendelkezésre állása, és a megfelelő informatikai rendszer biztosítása

Határidő: 2015. december 31.

Felelős: GYEMSZI - térségi egészségügyi szervezési központok

5.6.2.2. A HIV-fertőzöttek egészségügyi ellátásának teljesítményértékelése országos és térségi szinten, a hatékony működés értékelésére irányuló indikátorok meghatározása, alkalmazása és az eredmények közzététele

Végrehajtási feltételek: az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról szóló 36/2013. (V. 24.) EMMI rendelet végrehajtása a HIV-vel és az AIDS-szel kapcsolatos ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók tekintetében

Határidő: 2014. január 1-jétől folyamatosan

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, GYEMSZI

5.6.2.3. A központi és területi szintek, valamint a különböző szolgáltatási típusok (pl. a HIV-szűrőhelyek, laboratóriumok, valamint a HIV-fertőzöttek kezelését, gondozását végző egészségügyi szolgáltatók és a civil szervezetek) közötti hálózatos működés kialakítása, együttműködésük javítása

Végrehajtási feltételek: Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport ülései, a munkacsoport által kidolgozásra kerülő javaslatok felterjesztése

Határidő: folyamatosan

5.6.3. Javítani kell a HIV-fertőzöttek hozzáférését a szükségleteiknek megfelelő, jó minőségű egészségügyi szolgáltatások széles köréhez

A HIV-vel élők növekvő száma mellett is biztosítani kell a HIV-vel élők folyamatos egészségügyi ellátását, és a szükséges gyógyszerekhez való széleskörű hozzáférést. A HIV-vel élők egészségügyi ellátása magában foglalja egyrészt a HIV-fertőzéssel összefüggő, másrészt pedig az azzal nem összefüggő kóros állapotok kezelését. Az ellátás szakaszai egyrészt a tünetmentes HIV-fertőzés időszaka, melynek során a legfontosabb feladat a gondozásba vétel, az egészségi állapot rendszeres ellenőrzése, a prevenció, valamint a megfelelő időben az antivirális kezelés megkezdése, és ami jellemzően ambuláns ellátás keretében zajlik, másrészt pedig az AIDS diagnózis felállítását követő időszak, amelyben a fekvőbeteg-ellátás egyre nagyobb szerepet kap. Az egészségügyi ellátás elérhetőségének növelése érdekében mielőbb meg kell valósítani a HIV-fertőzöttek kezelésének és gondozásának a decentralizációját. Szakmai egyeztetések során ki kell dolgozni és meg kell tervezni a megvalósítás menetét, és el kell végezni a vonatkozó jogszabályok felülvizsgálatát és azok végrehajtását. Felül kell vizsgálni a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében a szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendeletet, valamint *az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendeletet*. A decentrumok felállítását követően felül kell vizsgálni *a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendeletet*.

A decentralizált ellátás központjait úgy kell felállítani, hogy országosan egyenletes lefedettséget biztosítsanak, és *az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 8. §-a* szerint lehetőséget teremtsenek a szabad orvosválasztásra. Biztosítani kell továbbá a decentrumokban megfelelően képzett egészségügyi dolgozók rendelkezésre állását. A gondozási decentrumok vezetőiként olyan infektológus szakorvosokat kell kinevezni, akik korábban minimum három hónapot töltöttek el AIDS-betegek ellátását végző osztályon, ahol megfelelő gyakorlatot szerezhettek.

Az AIDS-betegek egészségügyi ellátása továbbra is Budapesten, az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézetben belül folytatódik. Meg kell vizsgálni azonban az AIDS-betegek ellátása decentralizálásának szükségességét és lehetőségeit is hosszú távon.

A HIV-vel élők idősödése az egészségügyi szolgáltatások iránti igény növekedéséhez vezet a körükben. A magyar egészségügyi munkaerő elöregedése, és az utóbbi időszakban észlelt növekvő külföldi munkavállalási kedv következtében viszont szakemberhiány jelentkezik az egészségügyi ellátás különböző területein, melyet a fokozódó területi egyenlőtlenségek tovább súlyosbítanak. A fertőző betegek ellátását végző szakemberek (pl. infektológusok) körében a hiány az átlagosnál is súlyosabb. Az emberierőforrás-válság veszélyeztetheti a HIV-vel élők egészségügyi ellátását, ezért az annak megoldására tett lépések nagyban elősegítik a jelen szakpolitikai program végrehajtását. A HIV-fertőzöttek számára speciális kezelést nyújtani képes egészségügyi dolgozók alacsony száma, mindeközben pedig a HIV-vel élő népesség növekvő száma miatt azonnali intézkedések

szükségesek a HIV-vel élők egészségügyi ellátására képes robusztus ellátórendszer kialakítása és fenntartása érdekében.

Magyarországon a morbiditást, mortalitást okozó legfőbb tényezők közé tartoznak a krónikus nem fertőző betegségek, közülük is leginkább a szív-érrendszeri, a daganatos betegségek, a depresszió és a cukorbetegség. A HIV-vel élők között is egyre nagyobb arányban fordulnak elő a felsorolt krónikus népbetegségek, és egyéb krónikus kóros állapotok – nemcsak az idősödés miatt, hanem a HIV-terápia mellékhatásainak a következtében is. A HIV-fertőzötteknek a fertőzésükkel nem összefüggő ellátását bármely egészségügyi szolgáltatónak a területi ellátási kötelezettség figyelembe vételével kell végeznie. Az egészségügyi ellátást koordinált, jól szervezett rendszerben kell biztosítani, ugyanakkor ki kell egészíteni nem-egészségügyi szolgáltatások biztosításával is. Ide tartozik pl. a táplálkozási tanácsadás, a mentálhigiénés tanácsadás, az addiktológiai ellátás, az anya-, csecsemő- és gyermekvédelmi ellátás is.

A javuló hozzáférhetőség másik feltétele, hogy intézkedések történjenek a HIV-vel élők adekvát egészségügyi ellátását biztosítani képes egészségügyi dolgozók számának növelése érdekében. Mindez magában foglalja a megfelelő oktatás, képzés, továbbképzés rendszerét, a HIV-vel élők kezelésére vonatkozó, a tudomány állásának megfelelő szakmai ismeretek átadását, és az alapvető infekciókontroll ismereteket. Minden egészségügyi dolgozónak ismernie kell a HIV-surveillance rendszer jelentőségét, működését, és az ezzel kapcsolatos feladatait. A speciális HIV-gondozásnak a részét kell, hogy képezze a széleskörű prevenció is, beleértve a HIV-fertőzés továbbadásának, egyéb fertőzések (pl. STD) megelőzését, valamint az egészségfejlesztést. A szakemberek képzésekor a szakmai és technikai ismereteken túl ki kell térni az előítéletektől, stigmatizációtól mentes bánásmódra az ellátás nyújtása során, és az orvos-beteg bizalom kiépítésének fontosságára, amely megalapozza a hosszú távú gyógyszeres kezelésben való részvételt és elősegíti a terápiahűséget. A beteg és az őt ellátó egészségügyi dolgozó (orvos, ápoló) közötti együttműködés, így a beteg részéről kialakult bizalom, illetve az egészségügyi dolgozó részéről a betegút teljes ismerete, fontos szerepet játszik, és záloga lehet a sikeres terápiának.

Az egészségügyi ágazatban dolgozó szakemberek megfelelő száma, képzettsége, valamint elkötelezettsége, teljesítménye és elégedettsége az egészségügyi rendszer megfelelő működésének, jó teljesítményének a kulcsa. Sajnos Magyarországon az egészségügyi humánerőforrás-krízis megnehezíti a kitűzött célok elérését.

Különböző stratégiai irányvonalak léteznek a HIV-vel élők egészségügyi ellátásába bevont egészségügyi dolgozók számának növelésére. Ennek egyik alapvető eleme a nem a HIV-fertőzés kezelésére specializálódott egészségügyi dolgozóknak a megelőzésbe és a HIV-vel élők egészségügyi ellátásába való szélesebb körű bevonása. Például széles körben bevonhatók a HIV-megelőzésbe az addiktológusok, akik az intravénás droghasználók kockázatos magatartásait jól ismerik, vagy a mentálhigiénikus szakemberek. A HIV-fertőzés első tünetei gyakran a szájüregben jelentkeznek, ezért pl. a fogorvosok mint első ellátási vonalban dolgozó egészségügyi dolgozók továbbküldhetik HIV szűrővizsgálatra a HIV-fertőzésre gyanús pácienseket. A nőgyógyászok fontos szereplői lehetnek a nők körében végzett HIV-prevenciónak. A HIV-fertőzésről, és annak megelőzéséről szóló ismeretek megszerzése nemcsak az általános orvosok, hanem valamennyi egészségügyi dolgozó számára kritikus jelentőséggel bír; fogorvosok, nővérek, asszisztensek, védőnők, gyógyszerészek számára egyaránt.

Integrált programok támogatásával tovább javítható a hozzáférés a HIV-fertőzöttek számára szükséges szolgáltatásokhoz. Az STD kiszűrése és kezelése a HIV terjedésének egyik legfontosabb megelőzési módja, miután minden nemű STD társulása megsokszorozza a HIV-pozitívak fertőzőképességét és a HIV terjedésének kockázatát. Az STD-szűrést, -gondozást végző egészségügyi szolgáltatók tevékenységének HIV-szűréssel, tanácsadással történő kibővítése jó példa a szinergiák kihasználására.

Fontos feladat, hogy a vidéken élő HIV-fertőzöttek prevenció, szűrési, kezelési és gondozási szükségleteit helyben minél jobban ki lehessen elégíteni. Figyelmet kell fordítani arra, hogy a kezelésbe, gondozásba vételt követően megfelelő legyen a páciensek adherenciája a gyógyszeres kezeléshez.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

A HIV-fertőzöttek szükségleteiknek megfelelő, jó minőségű egészségügyi szolgáltatások széles köréhez való hozzáféréseinek növeléséhez kapcsolódnak a 4.6.2.4., 4.6.2.5., 6.6.1.1., 7.6.1.1., 7.6.1.2. és 7.6.1.4. ponttal jelölt intézkedések is.

5.6.3.1. Területi hozzáférés javítása a HIV-fertőzéssel összefüggő állapotok egészségügyi ellátásához HIV decentrumok kialakításával

Végrehajtási feltételek: jogszabályok felülvizsgálata, módosítása, decentrumok kijelölése

Határidő: 2014. július 01.

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai

5.6.3.2. A decentrumokban rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek felmérése, ellenőrzése, értékelése és cselekvési terv készítése

Végrehajtási feltételek: kapcsolatfelvétel és egyeztetés az érintett egészségügyi szolgáltatókkal

Határidő: 2014. július 01.

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ-OTH, GYEMSZI, Egészségügyi Szakmai Kollégiumok érintett tagozatai

5.6.3.3. Elő kell segíteni a HIV-pozitívak HIV-fertőzéssel összefüggő, valamint az azzal nem összefüggő egészségügyi ellátásában résztvevő egészségügyi szolgáltatók, intézmények közötti együttműködést

Végrehajtási feltételek: az ismeretátadás elősegítése érdekében konferenciák, fórumok, workshop-ok szervezése, jó gyakorlatok azonosítása

Határidő: 2014. szeptember 1-től folyamatosan

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, GYEMSZI, érintett egészségügyi szolgáltatók, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai

5.6.4. Oktatni, képezni kell az egészségügyi dolgozókat a HIV-vel élők egészségügyi ellátására, az általános infekciókontroll ismeretekre és a HIV/AIDS-megelőzésre

HIV-vel élők egészségügyi ellátása

A HIV-fertőzéssel összefüggésbe hozható klinikai állapotok és komplikációk, továbbá a hosszantartó antiretrovirális kezelés következményeinek kijelölt decentrumokban történő egészségügyi ellátása során a tudomány állása szerinti legjobb módszereket kell követni. Meg kell erősíteni a jelenlegi egészségügyi humánerőforrást annak érdekében, hogy javuljon a HIV-vel élők egészségügyi ellátásának minősége, ezért folyamatosan oktatni, képezni kell a decentrumok egészségügyi dolgozóit.

A HIV-fertőzöttek fertőzésükkel nem összefüggő ellátását viszont bármely egészségügyi szolgáltatónak a területi ellátási kötelezettség figyelembe vételével el kell végeznie. Valamennyi egészségügyi dolgozónak rendelkeznie kell a HIV/AIDS-prevencióra vonatkozó ismeretekkel, és azzal a képességgel, hogy a szükséges ismereteket a pácienseknek át tudják adni. A HIV/AIDS-prevenció területén speciális tudásra van szükség, éppen ezért a prevenciós szakemberek ez irányú képzése és továbbképzése fontos feladatot jelent.

Általános infekciókontroll

A HIV-fertőzés akvirálásának kockázata jelen van minden egészségügyi dolgozó munkája során, ezért alapelv, hogy az egészségügyi ellátás során minden páciens potenciálisan fertőzöttnek kell tekinteni. Ebben a vonatkozásban potenciálisan a fertőzés kockázatának kitett személy az egészségügyi intézményben mindenki, aki a betegellátásban részt vesz – alkalmazottak, vállalkozók, rezidensek, tanuló nővérek, egyetemi hallgatók, önkéntesek, takarítók stb., – és aki munkája során közvetlen kapcsolatba kerül betegekkel vagy azok vérével, illetve testváladékaival.

Alapvető, hogy minden az egészségügyi dolgozó rendelkezzen azokkal az ismeretekkel, amelyekre szüksége van a saját és mások egészségének védelme érdekében, ezért folyamatosan naprakész infekciókontroll ismeretekkel kell rendelkezniük. Az egészségügyi szolgáltatónak a fertőzés kockázatának minimalizálása érdekében alkalmazniuk kell – egyebek mellett – az OEK-nek „A betegellátás során a vérrel és testváladékokkal terjedő vírusfertőzések megelőzéséről” szóló módszertani levélben foglaltakat, valamint *az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelményekről* szóló 51/2013. (VII. 15.) EMMI rendeletet.

Az infekciókontroll ismereteket az orvosok és szakdolgozók valamennyi kötelező, szinten tartó továbbképzésének kötelező elemévé kell tenni. Az egészségügyi dolgozók oktatásának ki kell terjednie a következőkre: a HIV-fertőzés kockázata, a foglalkozási HIV expozíció, az expozícióban szerepet játszó közeg fertőzőképessége, a HIV-fertőzés kockázatának minimalizálására szolgáló egyéni védőeszközök alkalmazása, a fokozott expozíciós kockázattal járó munkakörökben a biológiai kockázat csökkentésére szolgáló biztonsági előírások betartása, a fertőző hulladék kezelése.

Bár a foglalkozási eredetű, vér és testváladék által közvetített HIV-fertőzések megelőzésében az elsődleges védekezési stratégia az expozíció megelőzése, expozíció ennek ellenére bekövetkezhet.

Ennél fogva az egészségügyi intézmények számára létfontosságú a posztexpozíciós profilaktikus előírások ismerete is, amelyek magukba foglalják a dokumentációval, kockázatbecsléssel, tanácsadással, kezeléssel, az expozíciós esetek követésével kapcsolatos teendőket.³⁴ A *biológiai tényezők hatásának kitett munkavállalók egészségének védelméről* szóló 61/1999. (XII. 1.) EüM rendelet értelmében a munkáltató kötelessége a megelőző kezelés költségeinek megtérítése.

A vér és testváladékok útján terjedő fertőzések kialakulása kockázatának felméréséhez elengedhetetlen a fertőző forrásnak minősülő személy (akinek a vérével, testváladékával történt a baleset) fertőzöttséget jelző szerológiai státuszának a megismerése. Amennyiben a fertőző forrás szerológiai státusza nem ismert, megfelelő tájékoztatást követően mielőbb el kell végezni a diagnosztikus vizsgálatokat (anti-HIV ellenanyag-meghatározás). Amennyiben nincs lehetőség a vizsgálatok azonnali elvégzésére, a kockázatbecslésnek a részletes epidemiológiai anamnézis alapján kell megtörténnie.

Az infekció kockázatát befolyásolja az expozíció során érintett testváladék típusa, az expozíció időtartama, a testváladékkal érintkezett bőr- vagy nyálkahártya-felület nagysága, a testváladékban található vírus koncentrációja, az expozíció körülményei (pl. percutan sérülés, bőr- vagy nyálkahártya-kontaktus). Az expozíció minél pontosabb becslésének fontos szerepe van a megfelelő posztexpozíciós profilaxis alkalmazásában, ezért a kockázatbecslés alapelvét, lényegét és lépéseit valamennyi egészségügyi dolgozónak ismernie kell.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

Az egészségügyi dolgozóknak a HIV-vel élők egészségügyi ellátására, általános infekciókontroll ismeretekre és HIV/AIDS-megelőzésre való oktatását, képzését segítik elő a 4.6.2.4., 4.6.2.5., és a 7.6.1.2. pontok alatt szereplő intézkedések is.

5.6.4.1. Az egészségügyi humán erőforrás tudásának és ismereteinek fejlesztése, bővítése a HIV-vel élők egészségügyi ellátásának minősége és egészségi állapotuk javítása érdekében

Végrehajtási feltételek: akkreditált továbbképző tanfolyamok szervezése orvosok és egészségügyi szakdolgozók részére

Határidő: 2015-től folyamatosan

Felelős: GYEMSZI - Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai, érintett egészségügyi szolgáltatók, ÁNTSZ (OTH, OALI és OEK)

5.6.4.2. Az infekciókontrollal kapcsolatos módszertani levelek, szakmai irányelvek, szakmai protokollok felülvizsgálata, átdolgozása

Végrehajtási feltételek: a vonatkozó módszertani levelek és szakmai irányelvek nemzetközi szakirodalomban található evidenciák szerinti átdolgozása, szakmai konszenzus kialakítása

³⁴ *Epinfo 2003, 10. évfolyam 2. különszám: Az OEK Tájékoztatója a betegellátás során a vérrel és testváladékokkal terjedő vírusfertőzések megelőzéséről*

Határidő: 2015. december 31.

Felelős: Az infekciókontrollal kapcsolatos módszertani levelek átdolgozásának szakmai felelőse az ÁNTSZ (OTH és OEK). A szakmai irányelvek felülvizsgálata és kidolgozása a GYEMSZI koordinációjában, az Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatainak bevonásával történik, elfogadásáról az egészségügyért felelős miniszter dönt.

5.6.4.3. Infekciókontroll ismeretek oktatása mind a graduális képzés, mind a folyamatos kötelező posztgraduális tanfolyamok keretében

Végrehajtási feltételek: az orvosok és egészségügyi szakdolgozók részére meghirdetett továbbképző tanfolyamok kurrikulumának kötelező elemévé kell tenni az infekciókontroll ismereteknek az oktatását

Határidő: 2015-től folyamatosan

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai, egészségügyi felsőoktatási intézmények, GYEMSZI - Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság, ÁNTSZ (OTH és OEK)

5.6.4.4. A vágásos/szúrásos munkahelyi balesetek megelőzését szolgáló biztonságos munkakörülmények megteremtése és azzal kapcsolatos ismeretek oktatása

Végrehajtási feltételek: adottak

Határidő: folyamatosan

Felelős: a foglalkozás-egészségügyért felelős országos intézet, egészségügyi szolgáltatók, EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága

5.6.4.5. Az orvosok és egészségügyi szakdolgozók képzési kurrikulumainak tartalomfejlesztése HIV/AIDS témakörben

Végrehajtási feltételek: az orvosok és egészségügyi szakdolgozók képzési, továbbképzési kurrikulumainak rendszeres felülvizsgálata

Határidő: 2015-től folyamatosan

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, GYEMSZI - Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság, egészségügyi felsőoktatási intézmények

6.1. HÁTÉR

A HIV-fertőzés kockázata magasabb egyes szociálisan marginalizált (pl. migránsok, szexmunkások), társadalmilag stigmatizált (pl. MSM), illetve illegális tevékenységet folytató (pl. intravénás droghasználók) csoportokban. A különbségek megmutatkoznak a HIV-fertőzés incidenciájában, az AIDS-morbiditásban és az életkilátásokban is.

Foglalkozni kell a migrációból fakadó HIV/AIDS problémákkal is. A HIV-fertőzöttség szempontjából magas kockázatú országokból érkező migránsok problémakörét önálló egységként kell kezelni. Ezeknek a csoportoknak az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférése különösen nehéz, s a társadalmi-kulturális különbségek, a nyelvi nehézségek még nehezebbé teszik az elérésüket.

A sérülékeny csoportok esetén számos problémával kell szembenézni: például a megelőzéssel kapcsolatos attitűddel, a mindennapi életvitelre vonatkozó nehéz döntésekkel, a preventív ellátásokhoz való hozzáférés esetleges akadályozottságával, a diszkriminációval.

A HIV/AIDS-járvány leküzdése terén nemcsak az egészségügyi ellátórendszernek van dolga. A célok eléréséhez széles körű társadalmi összefogás szükséges – és emellett az egyén saját egészségéért fennálló felelősségének tudatosítása.

A prevenció szolgáltatásokhoz, szűrésekhez és egyéb egészségügyi ellátásokhoz való széleskörű hozzáférés biztosításával, az erőforrásoknak a magas kockázatú csoportokra történő összpontosításával megteremthetők a HIV-vel összefüggésbe hozható egyenlőtlenségek csökkentésének feltételei. Tovább javítható a célok elérése érdekében tett erőfeszítések eredményessége közösségi szintér alapú, illetve alacsony küszöbű, mindenki számára elérhető, ingyenes programok széles körű elterjesztésével.

A HIV/AIDS-járvány terjedése akkor fékezhető meg, ha sikerül elérni a legvesélyeztetettebb népességcsoportokat. Ide tartoznak pl. a férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő férfiak, a magas HIV-prevalenciájú területekről érkező bevándorlók, az intravénás kábítószer-használók, a szexmunkások, valamint az előbbiek szexpartnerai, továbbá mindazok, akik a szexuális életük során nem követik a biztonságos szex szabályait. E csoportok, illetve személyek esetében kettős indoka van a kiemelt figyelemnek: egyrészt ők a fertőzés szempontjából leginkább veszélyeztetettek, másrészt a legnagyobb veszélyt is ők maguk jelentik a HIV továbbadása tekintetében. Ezen kívül elérni is jóval nehezebb őket, mint az átlag népesség tagjait vagy az egészségügyi dolgozókat, hiszen sokszor „rejtőzködő életmódot” folytatnak, így nehéz körülhatárolni a tervezett beavatkozások célcsoportjait. A programok végrehajtása során segíteni kell leküzdeni az ezekbe a kockázati csoportba tartozók félelmeit.

A veszélyeztetett népességcsoportokba tartozók ellátása erre felkészült szakembereket, speciális módszereket, eszközöket és kommunikációt igényel az ellátás egyes területein.

6.2. HELYZETÉRTÉKELÉS - MI AZ, AMIT MÁR ELÉRTÜNK?

INTRAVÉNÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ PREVAENCIA-VIZSGÁLATOK: Az egészségügyért felelős minisztérium 2006 és 2011 között biztosította a hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések előfordulása évenkénti felmérésének, a HIV, HBV és

HCV szűrővizsgálatoknak az anyagi fedezetét. A szűrővizsgálatokat és az azzal összefüggő adatgyűjtést az OEK szervezte meg, és a szűrések a programban résztvevő drogambulanciákon egész évben elérhetőek voltak. 2011. január 1. és május 31. között Budapesten öt tűcsere program és két kezelőhely, vidéken nyolc tűcsere program és három kezelőhely szolgáltatott adatokat. A vizsgálati mintába 666 személy került, mindegyikük HIV-negatívnak bizonyult. 157 főnél (24 %) hepatitis C, három esetben (0,5 %) hepatitis B fertőzöttséget mutattak ki.

ORVOSI IGAZOLÁS A PROSTITUÁLTAK RÉSZÉRE: Magyarországon a szervezett bűnözés, valamint az azzal összefüggő egyes jelenségek elleni fellépés szabályairól és az ehhez kapcsolódó törvénymódosításokról szóló 1999. évi LXXV. törvény 9. § (3) bekezdése rendelkezik arról, hogy „a prostituált szexuális szolgáltatásra akkor ajánlkozhat fel, ha rendelkezik az egészségügyért felelős miniszter rendeletében előírt orvosi igazolással.” Magyarországon a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet szabályozza az önkéntesen kezdeményezett, a szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására irányuló orvosi vizsgálat elvégzését, valamint az erről szóló orvosi igazolás kiadásának menetét. Az igazolás kiadásának többek között feltétele a negatív HIV szűrővizsgálati eredmény. A vizsgálat térítési díját a vizsgálatot igénybe vevő fizeti. A szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002 (XII. 28.) ESzCsM rendeletben foglaltak szerint „A vérvételért és tanácsadásért felelős személy a fertőzött személyt, illetve törvényes képviselőjét tájékoztatja a vizsgálati eredményről és az ezzel kapcsolatos tudnivalókról. Egyidejűleg átadja a fertőzés terjedésének körülményeiről, a terjedés megakadályozása érdekében betartandó magatartási, életmódbeli szabályokról, a rendszeres orvosi ellenőrzés szükségességéről szóló írásos tájékoztatót, valamint a HIV fertőzöttség tényét bizonyító orvosi igazolást. A tájékoztató és az orvosi igazolás átvételét a gondozásba vett személy, illetőleg törvényes képviselője aláírásával igazolja.” A kiadott orvosi igazolás személyazonosságot igazoló okmánnyal együtt érvényes és 3 hónapig használható fel.

ANONYM HIV-SZÜRŐVIZSGÁLAT: A szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet szabályozza az anonym HIV-szűrővizsgálatok elvégzésének rendjét, és a szűrővizsgálatra, valamint az ezzel összefüggő tanácsadásra jogosult egészségügyi szolgáltatókkal szemben támasztott követelményeket.

6.3. KIHÍVÁSOK AZ ELKÖVETKEZŐ IDŐSZAKBAN

- A gazdasági válság következtében növekszik a sérülékeny társadalmi csoportokba tartozó száma. A szociálisan marginalizált vagy illegális tevékenységet folytatók közé tartozók számának növekedése kedvezőtlen következményekkel járhat a HIV/AIDS járványügyi helyzetére.
- A prevenció során különös figyelmet kell fordítani a hátrányos helyzetű csoportokra, az alacsony iskolázottságúakra. A programok intenzitásának növelése nemcsak mennyiségi kérdés, hanem minőségi is: a tartalom és a védekezési módszerek hatékony átadását is jelenti ezekben a csoportokban.
- Széleskörű állampolgári összefogás nélkül nem érhető el jelentős eredmények a HIV-elleni küzdelemben. Valamennyi szereplő munkáját el kell ismerni és támogatni kell, hogy

erőfeszítéseiket fontosnak érezzék. Össze kell fogni a járványügyi felügyeletet ellátó szervezetek, az egészségügyi ellátásban résztvevő intézmények, civil szervezetek, iskolák, szociális ellátást nyújtó intézmények és a média munkáját, meg kell határozni a felelősségüket, továbbá meg kell erősíteni az állami felelősségvállalást a HIV/AIDS elleni küzdelemben annak érdekében, hogy a sérülékeny csoportokhoz is el lehessen érni.

- Javítani kell a HIV-szűrővizsgálatok hozzáférhetőségét főként azon sérülékeny csoportok számára, amelyek tagjai körében elterjedtek a HIV-fertőzés szempontjából fokozott kockázattal járó magatartásformák. A HIV-fertőzés szempontjából magas kockázatú csoportok nehezen érhetők el, ugyanakkor tovább kell növelni körükben az önkéntes, személyre szabott tanácsadással egybekötött vizsgálatok számát. El kell érni, hogy minden kockázatos magatartást folytató személy fontosnak tartsa a rendszeres szűrővizsgálaton való megjelenést és ismerje a fertőzés továbbadásának megelőzésével kapcsolatos felelősségét.
- A fertőzés terjedése szempontjából kiemelkedő kockázattal bíró csoportok körében hatékonyabb megelőzésre van szükség, amely magában foglalja a HIV-fertőzés kockázatairól és a terjedésről, a fertőzöttek korai kiszűrésének fontosságáról, továbbá a kezelésbe és gondozásba vétel lehetőségeiről szóló rendszeres tájékoztatást.
- A szexmunkásoknak a jogszabályban meghatározott gyakorisággal kötelező egészségügyi vizsgálaton kell részt venni, melynek része a HIV-szűrés is. A jogszabályban foglaltak betartása azonban kevésbé ismert, mivel az egészségügyi vizsgálatokon való részvétel és az orvosi igazolások meglétének az ellenőrzése nehezen megoldható.
- Kevés speciális HIV-megelőzési program áll rendelkezésre jelenleg Magyarországon a magas rizikóval rendelkező csoportok számára. Éppen ezért nagy szükség van a kockázati csoportokat megcélzó innovatív, közösségi szintér alapú prevenciós programok módszertanának fejlesztésére és a jó gyakorlatok elterjesztésére.
- Meg kell erősíteni az ártalomcsökkentő programokat, növelni kell az ország lefedettségét komplex alacsony küszöbű szolgáltatásokkal és tűcsere programokkal, és könnyen elérhetővé kell tenni ezeket a programokat, szolgáltatásokat a marginalizált csoportok számára is (pl. büntetés-végrehajtási intézményekben fogvatartottak, drogfogyasztók körében).

6.4. MIT KELL MÉG TENNÜNK? – CSELEKVÉSI IRÁNYOK

Annak érdekében, hogy a HIV-fertőzöttséggel összefüggő egyenlőtlenségek csökkenjenek:

- csökkenteni kell az AIDS-halálozást a HIV-fertőzés szempontjából magas kockázatú, illetve marginalizált közösségekben, csoportokban;
- közösségi alapú programok segítségével csökkenteni kell az újonnan bekövetkező HIV-fertőzések előfordulását a magas kockázatú csoportokban;
- csökkenteni kell a HIV-vel élőkkel szembeni stigmatizációt és diszkriminációt.

6.5. ELÉRENDŐ CÉLOK, JÖVŐKÉP 2017 VÉGÉIG ÉS AZ ALKALMAZANDÓ INDIKÁTOROK

- Növelni kell a kockázati csoportokban végzett HIV-szűrések arányát.
- Növelni kell a HIV-fertőzés korai stádiumában kiszűrtek arányát az egyes kockázati csoportokban (pl. MSM, intravénás droghasználók).

Indikátorok:

- III.1. az egyes kockázati csoportokban végzett HIV-szűrések aránya;
- III.2. az egyes kockázati csoportokba tartozó újonnan diagnosztizált/regisztrált HIV-fertőzött személyek számának változása;
- III.3. HIV-státuszukat a tünetmentes HIV-fertőzés késői stádiumában megismerők aránya az egyes kockázati csoportokban;
- III.4. az egyes kockázati csoportokban a HIV-státuszukat az AIDS stádiumban megismerők aránya;
- III.5. az egyes kockázati csoportokban a diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozásba vétel céljából megjelenő újonnan felderített HIV-fertőzöttek aránya;
- III.6. az egyes kockázati csoportokban folyamatos gondozásban részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya;
- III.7. az egyes kockázati csoportokban folyamatosan (12/24/60 hónapja) antiretrovirális kezelésben részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya.

6.6. CSELEKVÉSI TERV

6.6.1. A HIV-vel összefüggő mortalitás csökkentése a magas kockázatú népességben

A HIV-fertőzés kockázata tekintetében jelentős egyenlőtlenségek tapasztalhatók a népességben belül. Az egyenlőtlenségek az AIDS-morbiditásban és -mortalitásban is megmutatkoznak. Az egyenlőtlenségek a HIV-járvány kezdete óta nem változtak lényegesen, amelynek a hátterében leginkább a kockázati csoportokba tartozók körében végzett megelőzésnek és a HIV-pozitivitás felderítésének elégtelensége, valamint az időben megkezdett kezelés és gondozás elmaradása áll. Alapelv, hogy minden HIV-pozitív személy számára biztosítani kell a hozzáférést a megfelelő időben megkezdendő, rendszeres orvosi kezeléshez, gondozáshoz. A magas kockázatú, illetve sérülékeny csoportok esetén még több figyelmet kell fordítani ezen alapelv érvényesítésére. Az időben megkezdett, és folyamatos terápiahűség mellett folytatott kombinált antivirális kezelés eredményeként csökken a vérben kimutatható vírusszám, csökken a fertőzőképesség,³⁵ és javul a HIV-vel élők életminősége és életkilátása.³⁶

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

A HIV-vel összefüggő mortalitás magas kockázatú népesség tagjainak körében történő csökkentéséhez a 4.6.2.5., 4.6.2.6., 5.6.2.1. és az 5.6.3.1. pont alatt szereplő intézkedések is hozzájárulnak.

6.6.1.1. Biztosítani kell, hogy valamennyi HIV-fertőzött esetében rendszeresen megtörténjenek a HIV-RNS kópiaszám-vizsgálatok és/vagy a CD4+ sejtszám-

³⁵ Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010;375(9731):2092-8.

³⁶ Sterling TR, Vlahov D, Astemborski J, et al. Initial Plasma HIV-1 RNA levels and progression to AIDS in women and men. *New Engl J Med* 2001; 344(10):720-725.

meghatározások, és eredményeik regisztrálásra kerüljenek, különös tekintettel a magas kockázatú, illetve a sérülékeny társadalmi csoportba tartozó HIV-fertőzöttekre

Végrehajtási feltételek: a kockázati csoportba tartozók jobb elérése, az ellátáshoz való hozzáférésük javítása, cselekvési terv készítése a szűrés és a gondozásbavétel között eltelt idő csökkentésére, az OEP finanszírozási és módszertani szabályozóinak felülvizsgálata

Határidő: 2015. június 30.

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, OEP, GYEMSZI

6.6.2. Az új HIV-fertőzések magas kockázatú csoportok körében való előfordulásának csökkentése a helyi közösségek és a társas támogatások erősítésével, színtereken megvalósuló programok segítségével

Egy közösség meghatározó jellemzője, hogy erősítheti vagy gyengítheti a társadalom normáit. A közösségeknek (pl. család, barátok, munkahelyi közösségek stb.) meghatározó szerepe van az egészséggel, életmóddal kapcsolatos döntések meghozatalában. A HIV-fertőzöttek egészségének megőrzésében, életminőségük javításában rendkívül jelentős szerepet játszanak a közösségek, ezért befolyásolásuk, segítségük, erősítésük hatékony eszköze a HIV/AIDS elleni küzdelemnek.

Az egyéni értékek, attitűdök és az életvitelről szóló egyéni döntések megvalósítása nehéz a közösség támogatása nélkül. A közösségi színtereken folyó egészségfejlesztési programokhoz ezért támogató társadalmi háttér kialakítása szükséges.

Azokban a közösségekben, ahol magas a HIV-prevalencia, az egyének akkor is magasabb fertőzési kockázatnak vannak kitéve, ha egyébként nem folytatnak kockázatosabb életvitelt, mint az átlagnépességbe tartozók. A HIV-fertőzöttek vizsgálati mintáiból laboratóriumi vizsgálattal mérhető HIV-RNS kópiaszám pedig összefüggést mutat a fertőzőképesség mértékével. Közösségi szinten a HIV-vel élők körében mért átlagos HIV-RNS kópiaszám erős összefüggést mutat a közösség tagjai körében fellépő új HIV-fertőzésekkel.^{37 38} A magasan átfertőzött, magas átlagos HIV-RNS kópiaszámmal rendelkező közösségekben a HIV-fertőzés kockázata is jóval nagyobb, mint az alacsonyan átfertőzött, alacsony átlagos HIV-RNS kópiaszámmal rendelkező közösségekben.

A HIV terjedése szempontjából magas kockázatú csoportok esetében a közösségi szintű kockázatcsökkentés leghatékonyabb módja az, ha csökken a HIV-vel élők aránya az adott közösségben, amely végső soron az új HIV-fertőzések csökkenését is maga után vonja. Az innovatív, közösségi kockázat-csökkentésre irányuló módszerek segítségével a HIV-fertőzés egyéni szintű kockázat-csökkentése mellett kellő hangsúlyt kaphatnak a közösségi szintű kockázat-csökkentés szempontjai és céljai, amely végső soron eredményesen csökkentheti a HIV-incidenciát az adott közösségben.

A szexmunkások mint az egyik kiemelt kockázati csoport körében biztosítani kell a teljes körű tájékoztatást a HIV-fertőzés kockázati tényezőivel és terjedésével, a fertőzöttek korai kiszűrésének fontosságával, a szűrés, valamint a kezelésbe és a gondozásba vétel lehetőségeivel kapcsolatban,

³⁷ Das M, Chu PL, Santos G-M, Scheer S, Vittinghoff E, et al. 2010 Decreases in Community Viral Load Are Accompanied by Reductions in New HIV Infections in San Francisco. *PLoS ONE* 5(6): e11068. doi:10.1371/journal.pone.0011068.

³⁸ Wood E, Kerr T, Marshall BDL, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ*. 2009;338:b1649.

továbbá a fertőzés továbbadásának elkerülésében játszott lehetséges szerepükkel és felelősségükkel kapcsolatosan. Az MSM csoport – mint kiemelten fontos kockázati csoport – tagjai körében támogatni kell új, innovatív prevenciós programok indítását, valamint folytatni kell a naprakész információkkal frissített felvilágosító anyagok készítését és terjesztését. Kiemelt feladat a körükben az óvszer használatának és a szűrés fontosságának hangsúlyozása.

Az intravénás kábítószer-használók számára a felvilágosító, tanácsadó programokon túl fel kell hívni a figyelmet az anonim szűrési programban való részvétel lehetőségére és a szűrés fontosságára. A szűrési programokat megfelelő intervenciónak (pre és poszt tanácsadás), kivizsgálásnak, szükség szerint kezelésnek kell követnie. Annak érdekében, hogy a hazai intravénás kábítószer-használók körében a HIV-fertőzöttség az eddigi alacsony szinten maradjon, szükség van az ártalomcsökkentő szolgáltatások széleskörű hozzáférhetőségének biztosítására, különös tekintettel a tűcsere programok elérhetőségének javítására. A tűcsere programok keretében célszerű olyan fecskendők beszerzésének támogatása, melyek technikailag is kizárólag egyszer használhatóak fel.

A büntetés-végrehajtási intézetekben élők körében végzendő megelőzési tevékenység fejlesztése érdekében speciális programokra és antidiszkriminációs tanfolyamokra van szükség a fogvatartottak és a személyzet részére egyaránt. A komplex prevenciós és ártalomcsökkentő programok elérhetővé tétele, és a tűcsere programok lefedettségének növelése elősegíti a további fertőzések megelőzését a büntetés-végrehajtási intézetekben.

A heteroszexuális úton fertőződött HIV-pozitív személyek egyharmada nem az Európai Unió területén fertőződött. A migrációból fakadó HIV/AIDS-problémák önálló egységként történő megjelenítése és kezelése nagy kihívást jelent. A magas HIV-prevalenciájú országokból érkező személyekre és migránsokra vonatkozó népegészségügyi intézkedések, intervenciók megtervezése, kidolgozása és végrehajtása a hazai járványügyi biztonság szempontjából alapvető feladatnak minősül.

Többféle kritikus tényező is szerepet játszhat a magas fertőzési kockázatban, illetve a rosszabb életkilátásokban: pl. egyéb STD megléte, drogfüggőség, szegénység, munkanélküliség, egészségtelen táplálkozás stb. A HIV-fertőzés specifikus kockázati tényezői mellett fellépő egyéb kockázati tényezők miatt a holisztikus szemléletű megelőzési és kezelési programok bizonyulnak a legeredményesebbek. Ezeknek az a lényege, hogy nemcsak az egyéni HIV-kockázatot közvetlenül befolyásoló tényezőkre terjednek ki, hanem pl. a mentális egészségre, munkanélküliségre, szegénységre, drogfüggőségre; vagyis mindazon tényezőkre, amelyek egyrészt növelik az egyén HIV-kockázatát, másrészt csökkentik az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférést.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

Az új HIV-fertőzések magas kockázatú csoportok körében történő előfordulásának közösségi szintereken alapuló programok segítségével történő csökkentéséhez hozzájárulnak a 4.6.1.1., 4.6.1.2., 4.6.2.1., 4.6.2.3., 4.6.2.6., 4.6.4.4., 5.6.3.1., 7.6.1.1. és a 7.6.1.2. pont alatt szereplő intézkedések is.

6.6.2.1. Évente HIV prevalencia-vizsgálat végzése az intravénás kábítószer-használók és az MSM populáció körében, és az eredmények publikálása

Végrehajtási feltételek: laboratóriumi vizsgálati háttér és vérévételi helyek rendelkezésre állása, megfelelő epidemiológiai módszertan alkalmazása, együttműködés civil szervezetekkel

Határidő: 2015-től évente

Felelős: EMMI, ÁNTSZ-OEK, civil szervezetek

6.6.2.2. Színtér alapú – az egyéni és a közösségi kockázatcsökkentésre irányuló – HIV/AIDS-prevenációs modellprogramok módszertanának fejlesztése, elektronikus alapon történő terjesztése

Végrehajtási feltételek: jó gyakorlatok azonosítása, módszertan fejlesztése, kapcsolattartás

Határidő: köznevelési intézményekben folyamatosan, egyéb színtereken 2016-tól folyamatosan

Felelős: köznevelési intézményekben az egészségfejlesztésért felelős országos intézet; egyéb színtereken OTH HIV/AIDS Fókuszpont, civil szervezetek

6.6.3. A HIV-vel élőkkel szembeni stigmatizáció és diszkrimináció csökkentése

A HIV/AIDS-járvány kezdetén világszerte – főképp a félelem, tudatlanság és a probléma tagadása következtében – gyakran kiközösítés és negatív diszkrimináció vette körül a HIV-fertőzötteket. Sajnos a HIV-fertőzöttekre irányuló stigmatizáció és diszkrimináció még ma sem ritka. A hátrányos megkülönböztetés az élet minden területén megmutatkozhat: így a munkahelyen vagy az egészségügyi ellátás során.

A szakpolitikai program sikeressége nagyban függ attól, hogy a célcsoportokat mennyire sikerül elérni, megszólítani és megnyerni a programban való részvételre. Nehéz elvárni a kockázatos magatartásformákat űző emberektől azt, hogy működjenek együtt és vegyenek részt a felkínált programokban, ha a prevenációs programok, szűrések, kezelés és gondozás során diszkriminációval találkoznak. A stigma és a diszkriminációtól való félelem eltántoríthat embereket attól, hogy a HIV-státuszuk megismerése érdekében szűrésre jelentkezzenek vagy HIV-fertőzöttségüket mások előtt bevallják.

A társadalom egyes tagjai diszkriminációra és stigmatizációra hajló attitűdjének megváltoztatása fontos törekvés a HIV-járvány kezdete óta. Sokat tehetnek az ügyért azok a HIV-vel élők, akik a fertőzést nyíltan felvállalják, és akikkel a társadalom különböző tagjai találkozhatnak, beszélgethetnek. Miközben arra kell bátorítani a HIV-fertőzötteket, hogy ne rejtőzködjének, és ne titkolózzanak, arra is figyelemmel kell lenni, hogy amennyire csak lehetséges, óvjuk meg őket a stigmatizációtól és a kiközösítéstől.

Valamennyi HIV-prevenációs, oktatási, képzési program megtervezése, az oktatási anyagok kidolgozása, kommunikációs üzenetek megfogalmazása, kommunikációs eszközök megválasztása során figyelmet kell fordítani a HIV/AIDS-hez kapcsolódó diszkrimináció és stigmatizáció csökkentésére is. A diszkrimináció elleni küzdelem eredményességét növelheti, ha HIV-vel élők is részt vesznek, szót kapnak a programokon, rendezvényeken.

A civil szervezetek, illetve az emberi jogok védelme érdekében tevékenykedő egyéb szervezetek a kulcsszereplői a diszkrimináció elleni küzdelemnek, közreműködésük meghatározó jelentőségű a HIV/AIDS-megelőzés sikerében. Az államigazgatási szerveknek továbbra is törekedniük kell a civil

szervezetekkel való minél szorosabb együttműködésre, és biztosítani kell a civil szervezetek részvételét a HIV/AIDS-szel kapcsolatos döntések előkészítésében és a döntéshozatalban.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

A HIV-vel élőkkel szembeni stigmatizáció és diszkrimináció csökkentésére irányulnak a 4.6.2.4., 4.6.2.5., 4.6.2.6., 4.6.4.1., 4.6.4.2., 5.6.4.1. és 7.6.1.1. pontok alatt felsorolt intézkedések.



MUNKANYAG

7.1. HÁTTÉR

A kormányzatnak nem feladata, hogy minden egyes népegészségügyi tevékenységet közvetlenül maga irányítson és felügyeljen. A kormányzatnak kell azonban meghatározni és priorizálni az átfogó nemzeti célokat és a stratégiai irányvonalakat, biztosítani a megvalósításhoz szükséges állami intézményrendszert és a szükséges erőforrásokat, megkövetelni és elősegíteni a közfinanszírozott programok hatékonyságának, eredményességének az értékelését, és az állami források elosztása során biztosítani a lehető legnagyobb egészségnyereség elérését.

A 2014-től 2017-ig tartó időszakban a HIV/AIDS visszaszorítása érdekében az állami források felhasználása során azokat a programokat kell támogatni, amelyek hatékony és eredményes módszereket alkalmaznak, illetve összhangban állnak a jelen Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Programban foglalt célokkal és cselekvési tervvel. Gondoskodni kell továbbá a szükséges információk partnerek közötti áramlásának feltételeiről.

Szükség van arra, hogy javuljon a népegészségügyi intézményrendszer és az egészségügyi ellátórendszer valamennyi szintje, a nem egészségügyi kormányzati szereplők, az oktatási intézmények, a média és a további partnerek közötti koordináció. A koordináció javításában a meghatározó irányító szerepet az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárságának kell felvállalnia. A programokat összehangolt ágazatközi koordinációban kell kidolgozni és megvalósítani, amely az egészségügy, az oktatásügy, az ifjúságügy, a szociális szféra, a társadalmi felzárkózás programjai, a helyi önkormányzatok, a nemzetiségi önkormányzatok és a civil szféra szoros együttműködését feltételezi.

Mivel a felelősség nem egyetlen szereplőt terhel, hanem a partnerek mindegyikét, ezért egyértelművé kell tenni a feladatokat és a felelősségeket, azok határait, törekedni kell a jobb együttműködésre és partnerségek kialakítására, továbbá nagyobb hangsúlyt kell helyezni a teljesítmények értékelésére és az elszámoltathatóságra. Nem lehet sikereket elérni anélkül, hogy a közvélemény ne ismerné és támogatná a tervezett és megtett erőfeszítéseket, ezért az előttünk álló kihívások, az intézkedések és az eredmények hatékonyabb kommunikációjára van szükség.

7.2. HELYZETÉRTÉKELÉS – MI AZ, AMIT MÁR ELÉRTÜNK?

Magyarországon a '80-as évek második felétől kezdődően nagyon sokféle beavatkozás történt a HIV/AIDS-járvány leküzdésére. Többek között a HIV-surveillance működése, a széles körben elérhetővé tett szűrővizsgálatok, a HIV-fertőzöttek egészségügyi ellátása mind-mind jelentősen hozzájárult az eddigi eredményekhez. Vannak tapasztalatok, jó gyakorlatok a magas kockázatú csoportok elérése és a stigmatizáció és a diszkrimináció elleni küzdelem terén is. A civil szervezetek HIV/AIDS területén tanúsított elhivatottsága, munkája és teljesítménye szintén megkérdőjelezhetetlen. Magyarország már eddig is jelentős erőforrásokat mozgósított és invesztált a HIV/AIDS elleni küzdelembe, bár mindez önmagában nem jelenti azt, hogy ezek az erőforrások elegendők is voltak, mint ahogy azt sem, hogy felhasználásuk minden esetben a leghatékonyabb módon történt meg.

A 2010. évben, valamint azt megelőzően az Országos Egészségfejlesztési Intézet koordinálásában valósult meg a magas HIV-fertőzési rizikócsoporthoz tartozó személyek érdekeit képviselő civil közösségek számára szóló pályázatok kiírása és monitorozása, amelyek segítségével:

- támogatták a lakosságnak szóló rendszeres, a HIV-fertőzés megelőzéséről, az AIDS betegségről szóló tájékoztatást;
- igyekeztek csökkenteni a fertőzöttekkel szembeni diszkriminációt, szegregációjukat;
- támogatták a magas rizikójú magatartást követők körében az önkéntes szűrővizsgálatok számának növelését és a megelőzési programokat;
- előmozdították az iskolai szexuális felvilágosítást, a pedagógusok prevenciós munkáját, a fiatalok biztonságos szexuális magatartásának kialakítását.

A pályázati lehetőségekkel számos civil közösség élt. A rendszeresen aktív civil szervezetek közül az alábbiak vesznek részt a legaktívabban a pályázati kiírásokban szereplő feladatok megvalósításában:

- Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat,
- Háttér Társaság a Melegekért,
- PLUSS, Magyarországi HIV-pozitívokat és AIDS-Betegeket Segélyező Alapítvány,
- PLUSS, a Magyarországi HIV-pozitívokat Segítő Egyesület,
- Sex Educatio Kiemelten Közhasznú Alapítvány,
- Magyarországi Szexmunkások Érdekvédelmi Egyesülete, valamint a
- Belvárosi Tanoda Alapítvány.

7.3. KIHÍVÁSOK AZ ELKÖVETKEZŐ IDŐSZAKBAN

- **TERVEZÉS:** a különböző tevékenységek, programok gyakran egymástól elkülönülten kerülnek kidolgozásra és bevezetésre. A tervezés során nagyobb hangsúlyt kell helyezni a stratégiai céloknak való megfelelésre, pl. a megfelelő, mérhető célok kitűzésére, a célok eléréséhez szükséges tevékenységek szisztematikus és következetes kidolgozására, a források tevékenységekhez történő hozzárendelésére, valamint az értékelésre. A programok monitoring-rendszerét és értékelését már a program kidolgozásának fázisában meg kell tervezni.
- **TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉS:** nagyobb figyelmet kell fordítani a népegészségügyi programok teljesítmény-értékelésére, amelyet egyrészt az egészségügyi költségrobbanás következtében egyre szigorodó fiskális korlátok, másrészt pedig a hatékonyság növelésére irányuló törekvések is indokolnak. A teljesítmény-értékelés célja annak vizsgálata, hogy egy adott program milyen mértékben képes a kitűzött céljait elérni. Nem elegendő a folyamatokat monitorozni, hanem ezeket le kell fordítani az egészségi állapot változását bemutató indikátorokra, azaz valós eredményekre. A különböző programok részét kell, hogy képezze nemcsak az eredmények bemutatása, hanem a programokhoz közpénzekből nyújtott támogatás felhasználásáról való elszámolás is.
- **FENNTARTHATÓ FINANSZÍROZÁS:** a HIV/AIDS elleni küzdelem során a korábbi években meghirdetett és beindított programok kiszámítható finanszírozásának hiánya esetenként a programok felfüggesztéséhez, ellehetetlenüléséhez vezetett. A kiszámítható finanszírozás biztosítása a szakpolitikai program megvalósításának kulcsa. Az allokációs döntések során a

programok finanszírozhatósága mellett a fenntarthatóságukat is körültekintően meg kell vizsgálni.

- **A KOORDINÁCIÓ MEGERŐSÍTÉSE:** az első lépés a feladatok és a felelősségek meghatározása és elosztása, a második lépés a szakmai feladatok különböző szintjei és a megvalósításban résztvevő szereplők közötti információáramlás biztosítása, a harmadik lépés pedig szoros együttműködés kialakítása, amelynek során a párhuzamosságok kiküszöbölhetővé, a szinergiák pedig jól kihasználhatóvá válnak.

7.4. MIT KELL TENNÜNK – CSELEKVÉSI IRÁNYOK

Annak érdekében, hogy a HIV/AIDS-járvány terjedése elleni küzdelem sikeres legyen

- biztosítani kell a szakpolitikai programban szereplő cselekvési terv végrehajtásának kiszámítható, fenntartható finanszírozását;
- meg kell nyerni és be kell vonni az összes érintett partnert (kormányzati, önkormányzati szervek, civil szervezetek, gazdasági szféra, média) a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) végrehajtásába;
- nagy hangsúlyt kell helyezni a különböző ágazatok, helyi önkormányzatok, nemzetiségi önkormányzatok, az ÁNTSZ, a civil szervezetek, az egészségügyi ellátórendszer, az oktatási intézmények, a társadalmi felzárkózási programok és a média együttműködésére, és a feladatok ellátásának nemzeti szintű összehangolására,
- monitorozni kell a szakpolitikai program végrehajtását, a célok megvalósítását; ehhez meg kell teremteni a szakpolitikai program monitorozásának átfogó rendszerét és annak feltételeit, hogy a szükséges indikátorokhoz rendelkezésre álljanak a megfelelő adatok.

7.5. ELÉRENDŐ CÉLOK, JÖVŐKÉP 2017 VÉGÉIG ÉS AZ ALKALMAZANDÓ INDIKÁTOROK

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) sikeres végrehajtása, valamint a célok megvalósítása érdekében szükséges tevékenységeket összehangoltan kell végrehajtani.

- Javítani kell a HIV-programok közötti koordinációt a program végrehajtásában résztvevő valamennyi szereplő között.
- Biztosítani kell a HIV/AIDS Szakpolitikai Program végrehajtásának pénzügyi hátterét és a programok elszámoltathatóságát.
- Monitorozni kell a program végrehajtását, rendszeresen jelentést kell készíteni a célok elérésének érdekében megtett lépésekről és az elért eredményekről.

7.6. CSELEKVÉSI TERV

7.6.1. Javítani kell a koordinációt a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) végrehajtása során

A HIV/AIDS elleni küzdelemre biztosított erőforrások különböző szervezetek és intézmények között oszlanak meg. Az erőforrások és felelősségek megosztása szükséges, mivel valamennyi résztvevő szervezetnek, intézménynek, szolgáltatónak megvan a saját profilja és az ennek megfelelő szakértelme. A szereplők, programok, szolgáltatók sokfélesége a program sikerének egyik kulcsa, ugyanakkor kihívást is jelent oly módon kialakítani a különböző tevékenységek

megfelelő arányát és a szereplők összetételét, hogy azáltal a lehető legjobb eredményt lehessen biztosítani. Meg kell határozni azon szolgáltatások, ellátások körét, amelyeket mindenki számára elérhetővé kell tenni, és azokat a programokat is, amelyek célzottan a kockázati csoportokba tartozók számára kell nyújtani.

A különböző szervezeteknél, intézményeknél gyakran nagyon sok adat és információ halmozódik fel, azonban ezek szisztematikus gyűjtése, más szereplők számára történő elérhetővé tétele eddig csak korlátozottan valósult meg. Az adatgyűjtések és jelentések központi koordinációjára ezért nagyobb hangsúlyt kell fektetni.

Az intézményeknek és a civil szervezeteknek egyre több lehetősége nyílik nemzetközi programokban konzorciumi tagként, programvezetőként részt venni. Az itt szerzett tapasztalataik felhasználása a hazai programok kidolgozásában is hasznos, s a legjobb gyakorlatok megismerése mellett a fenntartható finanszírozás területén is előrelépést jelenthet.

A forráselosztás során a támogatások nem mindig jutnak el azokhoz, akiknek erre a legnagyobb szüksége lenne, és a támogatás mértéke sem áll minden esetben arányban a járványügyi érdekekkel, illetve az elérhető egészségnyereséggel. A finanszírozási döntések meghozatala során a jövőben jobban szem előtt kell tartani a járványügyi érdek súlyát és az elérhető egészségnyereség maximálását. A döntések megalapozásához pedig naprakész, a járványügyi helyzetről minél pontosabb adatokat szolgáltatni képes, robusztus surveillance rendszerre van szükség. A Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport szerepét hangsúlyosabbá kell tenni az ágazati döntéshozatal minél szélesebb körű szakmai támogatása céljából.

Az egyes programokat és szolgáltatásokat együtt kell látni és kezelni annak érdekében, hogy a felesleges átfedéseket, párhuzamosságokat ki lehessen szűrni, és jobban ki lehessen használni a sinergiákat és az együttműködésben rejlő egyéb előnyöket, lehetőségeket. Mindez elengedhetetlen feltétele a hatékonyabb működésnek.

A HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) megvalósításának érdekében fel kell állítani az OTH HIV/AIDS Fókuszpontot az alábbi feladatok ellátására:

- a koordináció elősegítése és javítása;
- jó gyakorlatok terjesztése;
- a jelen Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program végrehajtásának monitorozása és az eredmények értékelése, valamint
- összefoglaló jelentések elkészítése.

JAVASOLT INTÉZKEDÉSEK, BEAVATKOZÁSOK

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) koordinált végrehajtását segítik elő a 4.6.2.1., 4.6.2.6., 4.6.3.1., 4.6.3.2., 4.6.3.3., 4.6.4.3., 5.6.2.1., 5.6.2.2., 5.6.2.3., és a 6.6.2.2. pontok alatt szereplő intézkedések is.

7.6.1.1. A HIV/AIDS programok, szolgáltatások szakmai tervezése, az erőforrások hatékony elosztása

Végrehajtási feltételek: a szakmai irányítás megerősítése, a koordinációs feladatok ellátása a Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport által

Határidő: folyamatosan

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, országos tisztifőorvos

7.6.1.2. OTH HIV/AIDS Fókuszpont felállítása

Végrehajtási feltételek: a Fókuszpont létrehozásához szükséges jogi, szervezeti, személyi és költségvetési feltételek megteremtése és a Fókuszpont megfelelő hatáskörrel való felruházása

Határidő: 2014. december 31.

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ-OTH

7.6.1.3. A Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport miniszteri tanácsadó szervként történő folyamatos működése

Végrehajtási feltételek: a munkacsoport rendszeres időközönként történő összehívása, a munkacsoport javaslatainak becsatornázása a döntéshozatalba

Határidő: folyamatosan

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ-OTH

7.6.1.4. A szűrővizsgálatokra és a kezelésre vonatkozó adatok központilag történő gyűjtése és folyamatos értékelése, valamint nemzetközi adatszolgáltatási kötelezettségeink maradéktalan teljesítése

Végrehajtási feltételek: jogszabálymódosítás, az adatgyűjtési rendszerek szakmai és informatikai fejlesztése

Határidő: 2014. december 31.

Felelős: EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK)

8. CÉL-ESZKÖZ MÁTRIX

CÉLOK	Az érintett cselekvési tervrész száma	ESZKÖZÖK	I. CÉL: AZ ÚJ HIV-FERTŐZÉSEK SZÁMÁNAK CSÖKKENTÉSE	II. CÉL: JAVULÓ HOZZÁFÉRÉS A SZŰRÉSHEZ, A HIV-FERTŐZÖTTÉK TOVÁBBI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁHOZ, VALAMINT A HIV-FERTŐZÖTTÉK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK, EGÉSZSÉG-KIMENETELÉNEK JAVÍTÁSA	III. CÉL: A HIV-FERTŐZÖTTSÉGGEL KAPCSOLATOS EGYENLŐTLENSÉGEK CSÖKKENTÉSE	IV. CÉL: A NEMZETI KOORDINÁCIÓ JAVÍTÁSA A HIV/AIDS MEGELŐZÉSÉRE, KEZELÉSÉRE IRÁNYULÓ TEVÉKENYSÉGEK, INTÉZKEDÉSEK TEKINTETÉBEN
I. CÉL	4.6.1.	A HIV-prevenációs tevékenységek intenzitásának növelése azokban a közösségekben, amelyekben a HIV-fertőzések koncentráltan jelennek meg				
	4.6.1.1.	Erőforrások biztosítása a magas kockázattal bíró csoportok HIV-prevenációs programjaira	X	X	X	
	4.6.1.2.	Speciális megelőzési programok módszertanának fejlesztése és a programok elterjesztése a magas rizikóval rendelkező csoportokban	X	X	X	
	4.6.2.	A célzott prevenációs tevékenységek eredményességének javítása hatékony, bizonyítékokon alapuló módszerek kombinált alkalmazásával				
	4.6.2.1.	Adatbázis kialakítása a különböző HIV-prevenációs módszerek széles körét alkalmazó kombinált, innovatív prevenációs programokról, jó gyakorlatokról, és mindezek közzététele	X		X	X
	4.6.2.2.	A működési engedéllyel rendelkező, HIV-szűrőhelyet működtető egészségügyi szolgáltatók támogatása, működésük biztosítása és a szűrőszám növelése	X	X	X	
	4.6.2.3.	Kábítószer-használók körében végzett ártalomcsökkentő programok – különös tekintettel a tűcsere programokra – folytatása és kiterjesztése, és a szubsztitúciós kezelésekhez történő hozzáférés javítása	X		X	

4.6.2.4.	A HIV-szűrésre jelentkezők, valamint kiemelten a HIV-pozitívak körében végzett prevenció és tanácsadási tevékenység fejlesztése a counselling tanfolyamot elvégzettek számának növelése által	X	X	X	
4.6.2.5.	Kötelező továbbképzések tartása az alapellátásban dolgozó egészségügyi dolgozók, addiktológusok, tüdőgyógyászok, szülésznőgyógyászok, bőr- és nemibeteg-szakorvosok számára a HIV-prevenció tevékenységek elősegítése érdekében	X	X	X	
4.6.2.6.	A HIV/AIDS-megelőzési programok rendszerének kiépítése országos szinten; a közfinanszírozott prevenció programok elszámoltathatóságának biztosítása	X		X	X
4.6.3.	A surveillance fejlesztése annak érdekében, hogy széles körű, megbízható adatok álljanak rendelkezésre a HIV-járvány epidemiológiai értékeléséhez				
4.6.3.1.	A HIV-incidencia becslésére vonatkozó módszertan kidolgozása	X			X
4.6.3.2.	A surveillance kiterjesztése a HIV-fertőzöttek, AIDS-betegek egészségügyi ellátásával kapcsolatos klinikai adatokra és információkra	X			X
4.6.3.3.	A HIV surveillance rendszeren belül egyedi azonosító kód bevezetése a duplikátumok kiszűrése érdekében	X			X
4.6.4.	Intenzívebb és hatékonyabb ismeretterjesztő és felvilágosító munka a HIV-fertőzés terjedéséről, és a megelőzés módjaitól a teljes népességben				
4.6.4.1.	A fiatalokat megcélzó, családi életre nevelést támogató, felelős magatartásmintákat terjesztő, a HIV/AIDS és az egyéb STD-k prevencióját is felölelő képzési programok szakmai-módszertani támogatása	X		X	

	4.6.4.2.	Életkornak és iskolázottságnak megfelelő, HIV- és STD-prevenzióról szóló ismeretterjesztés. Infokommunikációs technológiai eszközök használata, médiakommunikáció, internetes felületek, a „social marketing” módszerek széles körben történő alkalmazása. A népegészségügyi kommunikáció fejlesztése, kommunikációs programok indítása az „Egészségkultúra kialakítása a fiatalokban” témakörben.	X		X	
	4.6.4.3.	A HIV/AIDS témakörhöz kapcsolódó iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlása, a minőségbiztosítás feltételeinek kidolgozása (útmutató készítése mindezek szakmai, módszertani támogatásához)	X			X
	4.6.4.4.	Speciális csoportokat (különös tekintettel a Magyar Honvédség állományára, a büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartottakra és az ott dolgozóakra) megcélzó HIV/AIDS-prevenziós programok további működtetése, kiterjesztése, a módszertan fejlesztése	X		X	
II. CÉL	5.6.1.	A szűrővizsgálatok számának növelése, különös tekintettel a kockázatos magatartásformákat folytató csoportokra, és a szolgáltatás minőségének fejlesztése				
	5.6.1.1.	A HIV-szűrés és tanácsadás szakmai protokolljának kidolgozása és elfogadása		X		
	5.6.1.2.	A HIV-szűrést végző egészségügyi szolgáltatók személyi és tárgyi minimumfeltételeinek ellenőrzése, valamint cselekvési terv kidolgozása a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének növelése érdekében		X		
	5.6.2.	A HIV-fertőzötteknek a kiszűrésüket követő azonnali összekapcsolása a folyamatos, jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval				
	5.6.2.1.	A HIV-szűrésen megjelenő, ott kiszűrt személyek összekapcsolása a megfelelő, jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval, és a HIV-vel élők egészségügyi ellátásának, gondozásának megfelelő koordinációja (betegirányítás, betegút-követés)		X	X	X

5.6.2.2.	A HIV-fertőzöttek egészségügyi ellátásának teljesítményértékelése országos és térségi szinten, a hatékony működés értékelésére irányuló indikátorok meghatározása, alkalmazása és az eredmények közzététele		X		X
5.6.2.3.	A központi és területi szintek, valamint a különböző szolgáltatási típusok (pl. a HIV-szűrőhelyek, laboratóriumok, valamint a HIV-fertőzöttek kezelését, gondozását végző egészségügyi szolgáltatók és a civil szervezetek) közötti hálózatos működés kialakítása, együttműködésük javítása		X		X
5.6.3.	Javítani kell a HIV-fertőzöttek hozzáférését a szükségleteiknek megfelelő, jó minőségű egészségügyi szolgáltatások széles köréhez				
5.6.3.1.	Területi hozzáférés javítása a HIV-fertőzéssel összefüggő állapotok egészségügyi ellátásához HIV decentrumok kialakításával		X	X	
5.6.3.2.	A decentrumokban rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek felmérése, ellenőrzése, értékelése és cselekvési terv készítése		X		
5.6.3.3.	Elő kell segíteni a HIV-pozitívak HIV-fertőzéssel összefüggő, valamint az azzal nem összefüggő egészségügyi ellátásában résztvevő egészségügyi szolgáltatók, intézmények közötti együttműködést		X		
5.6.4.	Oktatni, képezni kell az egészségügyi dolgozókat a HIV-vel élők egészségügyi ellátására, az általános infekciókontroll ismeretekre, és a HIV/AIDS megelőzésre				
5.6.4.1.	Az egészségügyi humán erőforrás tudásának és ismereteinek fejlesztése, bővítése a HIV-vel élők egészségügyi ellátásának minősége és egészségi állapotuk javítása érdekében		X	X	
5.6.4.2.	Az infekciókontrollal kapcsolatos módszertani levelek, szakmai irányelvek, szakmai protokollok felülvizsgálata, átdolgozása	X	X		

	5.6.4.3.	Infekciókontroll ismeretek oktatása mind a graduális képzés, mind a folyamatos kötelező posztgraduális tanfolyamok keretében	X	X		
	5.6.4.4.	A vágásos/szúrásos munkahelyi balesetek megelőzését szolgáló biztonságos munkakörülmények megteremtése és azzal kapcsolatos ismeretek oktatása	X	X		
	5.6.4.5.	Az orvosok és egészségügyi szakdolgozók képzési kurrikulumainak tartalomfejlesztése HIV/AIDS témakörben		X		
III. CÉL	6.6.1.	A HIV-vel összefüggő mortalitás csökkentése a magas kockázatú népességben				
	6.6.1.1.	Biztosítani kell, hogy valamennyi HIV-fertőzött esetében rendszeresen megtörténjenek a HIV-RNS kópiaszám-vizsgálatok és/vagy a CD4+ sejtszám-meghatározások, és eredményeik regisztrálásra kerüljenek, különös tekintettel a magas kockázatú, illetve a sérülékeny társadalmi csoportba tartozó HIV-fertőzöttekre		X	X	
	6.6.2.	Az új HIV-fertőzések magas kockázatú csoportok körében való előfordulásának csökkentése a helyi közösségek és a társas támogatások erősítésével, színtereken megvalósuló programok segítségével				
	6.6.2.1.	Évente HIV prevalencia-vizsgálat végzése az intravénás kábítószer-használók és az MSM populáció körében, és az eredmények publikálása			X	
	6.6.2.2.	Szintér alapú - az egyéni és a közösségi kockázatcsökkentésre irányuló - HIV/AIDS-prevenációs modellprogramok módszertanának fejlesztése, elektronikus alapon történő terjesztése			X	X
	6.6.3.	A HIV-vel élőkkel szembeni stigmatizáció és diszkrimináció csökkentése				

IV. CÉL	7.6.1.	Javítani kell a koordinációt a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) végrehajtása során				
	7.6.1.1.	A HIV/AIDS programok, szolgáltatások szakmai tervezése, az erőforrások hatékony elosztása	X	X	X	X
	7.6.1.2.	OTH HIV/AIDS Fókuszpont felállítása	X	X	X	X
	7.6.1.3.	A Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport miniszteri tanácsadó szervként történő folyamatos működése				X
	7.6.1.4.	A szűrővizsgálatokra és a kezelésre vonatkozó adatok központilag történő gyűjtése és folyamatos értékelése, valamint a nemzetközi adatszolgáltatási kötelezettségek maradéktalan teljesítése		X		X

9.1. ALAPELVEK

Az I. NAS végrehajtása során jelentős előrelépést sikerült tenni bizonyos területeken, azonban az új fertőzések számának emelkedése rámutat arra, hogy a munkát folytatni kell. Vannak területek, ahol változtatni szükséges. Ahhoz, hogy megalapozott döntések szülessenek, objektív módszerekkel értékelni kell azt, hogy melyek azok a tevékenységek, amelyek révén jelentős kedvező hatásokat lehet elérni, és melyek a kevésbé eredményesek.

Az eredmények objektív értékeléséhez egységes szempont- és keretrendszerre van szükség, amelynek alapján megállapítható, hogy mi az, ami jól működik és a célok elérését szolgálja, és melyek azok a pontok, ahol változtatni szükséges.

Az objektív kritériumok alapján történő értékeléshez egy országos szintű monitoring rendszer kialakítása és működtetése szükséges, amely képes figyelemmel kísérni a program végrehajtásának és a célok elérésének állását. A szisztematikusan gyűjtött, elemzett és értékelt adatok megfelelő alapot képeznek az indikátorok kialakításához és méréséhez, valamint a folyamatos jelentésekhez, amelyek elengedhetetlenül fontosak végső soron mind a döntéshozók, mind pedig a közvélemény tájékoztatása, érdeklődésének fenntartása, és az elszámoltathatóság biztosítása szempontjából.

Az értékelések megalapozzák azokat a döntéseket, amelyek eredményeként a támogatások elnyeréséhez priorizálni lehet a programokat aszerint, hogy bizonyítható-e az eredményességük, eredményeik fenntartható módon biztosíthatók-e, és a program maga költséghatékony-e.

9.2. CÉLOK

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) által kitűzött célok megvalósításának folyamatos monitorozása és rendszeres értékelése tervezett módon fog történni. A szakpolitikai program végrehajtásáról és eredményeiről évente jelentés készül.

A teljesítményértékelés célja annak vizsgálata, hogy a program milyen mértékben képes a céljait elérni. A teljesítmény attól is függ, hogy a rendszer egyes komponensei milyen kapcsolatban állnak egymással, segítik vagy hátráltatják-e egymást a célok elérésében. Egy adott rendszer (humán, pénzügyi, infrastrukturális és információs) kapacitásai és erőforrásai segítségével látja el az alapvető feladatait. A folyamatok eredménye a rendszer kimeneti pontjain megjelenő teljesítmény (lásd: indikátorok), amely végeredményben a társadalmi szinten is értelmezhető célok eléréséhez járul hozzá, pl. az egészségben eltöltött életevek számának növekedéséhez.

A monitorozás és az értékelés alapvető célkitűzései:

- monitorozni a program céljainak megvalósítása irányába tett lépéseket;
- meghatározni, hogy a különböző programkomponensek a kívánt irányban befolyásolják-e a program kimenetelét;
- lehetővé tenni a kockázati csoportok közötti összehasonlító elemzéseket, különös tekintettel az egyenlőtlenségekre;
- megalapozni a további finanszírozásról, támogatásról szóló döntéseket;

- meghatározni azokat a beavatkozási pontokat, ahol a minőség és az eredményesség tovább javítható;
- biztosítani a hatékony programok fenntarthatóságát és az ineffektív beavatkozások, programok kisselektálását.

9.3. AZ ÉRTÉKELÉS MENETE

Az értékelés többféle kérdésre irányulhat attól függően, hogy például milyen nézőpontból készül az értékelés, vagy mióta fut a program. Általánosságban az értékelés az alábbi témakörök és kérdések köré fog épülni.

1. Megvalósítás: a program megvalósítása az eredeti terv szerint történt?
2. Eredményesség: a program eléri-e az eredetileg kitűzött célokat?
3. Hatékonyság: a program keretében végzett programok végrehajtása az erőforrások legjobb felhasználásával történik-e?
4. Költség-hatékonyság: a program során elért eredmények értéke meghaladja-e a ráfordításokat, illetve minőségi életv-nyereségért nem fizetünk-e többet, mint amennyi az előre meghatározott küszöbérték?
5. Hozzáadott érték: a célok megvalósításának irányába történő előrehaladás valóban az adott programnak tudható-e be, és nem valamely egyéb, azonos időben ható tényezőnek?

Az értékelés fontosabb lépései az alábbiak:

- a. partnerek, résztvevők, egyéb érintett felek bevonása;
- b. a program, programelemek vagy az értékelendő részlet ismertetése, bemutatása;
- c. az értékelés céljának, kereteinek, főbb szempontjainak ismertetése;
- d. megfelelő adatok, információk, tények összegyűjtése;
- e. elemzés és értékelés;
- f. az eredmények bemutatása, értékelése, konklúziók levonása;
- g. az értékelés eredményeinek, konklúzióinak hasznosítása, visszacsatolása, döntéselőkészítés.

A fenti kérdések megválaszolásához nélkülözhetetlen egy eredményalapú monitoring- és értékelési rendszer kidolgozása és bevezetése. A rendszer kiépítése tíz lépésben történik:

1. Azon eredmény (outcome) indikátoroknak a kiválasztása, amelyeket a program megvalósítása során monitorozni és értékelni szükséges.
2. Az eredmények monitorozására alkalmas folyamat (process) indikátorok kiválasztása.
3. A kiválasztott indikátorok kiindulási értékének meghatározása.
4. A teljesítmény javításának megtervezése: eredménycélok meghatározása.
5. Az eredmények monitorozása.
6. Értékelés.
7. Az eredmények, megállapítások összefoglalása, jelentése.
8. Az eredmények, megállapítások felhasználása.
9. A teljesítményértékelési rendszer fenntartása a program időszaka alatt, és az azt követő egy évben.

A nyomon követést és az értékelést meghatározott szervezet végzi. Ennek elősegítése érdekében megtörténik a HIV/AIDS Fókuszpont létrehozása, amely az Országos Tisztifőorvosi Hivatal

szervezeti keretein belül fog működni. Elsődleges feladata a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) végrehajtásának monitorozása, az eredmények értékelése és a jelentések megírása.

9.4. JELENTÉSI RENDSZEREK

Az értékelés alapját képező indikátorokhoz szükséges input adatok a meglévő surveillance rendszerből, valamint az újonnan elindított monitoring rendszer keretében megvalósított adatgyűjtésekből származnak.

A jelenleg létező jelentési kötelezettségek

A fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet alapján HIV-fertőzés, AIDS megbetegedés, valamint ezek gyanújának észlelése esetén a betegellátó köteles erről bejelentést tenni a fővárosi és megyei kormányhivatal járási (fővárosi kerületi) hivatala járási (fővárosi kerületi) népegészségügyi intézetéhez. Az NM rendelet és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény szerint ezen egészségügyi adatok személyazonosító adatok nélkül jelentendők, kivéve, ha a járási népegészségügyi intézet közegészségügyi vagy járványügyi közérdekre hivatkozva kéri az érintett személyazonosító adatait is. Ezt azonban anonim szűrővizsgálat keretében vizsgált HIV-fertőzött és AIDS-beteg esetében nem teheti meg. A jelentés – a beteg személyazonosító adatain kívül – a beteg állampolgárságát, foglalkozását, az általa látogatott közösség megjelölését, a tünetegyüttes, betegség megnevezését, a megbetegedés időpontját, helyét és az ápolás helyének meghatározását tartalmazza.

A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet tartalmazza a bejelentésre kötelezett megerősített eset definícióját, vagyis a HIV-fertőzés laboratóriumi és az AIDS megbetegedés klinikai kritériumait. A HIV-fertőzöttség megállapítása, illetve az AIDS diagnózisának felállítása csak verifikált HIV-pozitív eredmény alapján lehetséges. A szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet tartalmazza a hazai HIV klinikai mikrobiológiai diagnosztikai és járványügyi érdekből végzett mikrobiológiai szűrővizsgálati lehetőségeket és szabályokat.

Megbízható surveillance, egységes adatfeldolgozás

Az OEK a fenti adatok felhasználásával működteti a magyarországi HIV/AIDS surveillance rendszert: 1985 óta vezeti a bejelentett HIV-fertőzöttek és AIDS-betegek adatainak nyilvántartását, negyedévente elemzi a hazai HIV/AIDS helyzetet és az erről szóló jelentéseit közzéteszi epidemiológiai információs hetilapjában (Epinfo), továbbá évenként jelenti az adatokat az ECDC-nek.

A surveillance-ból származó adatok pontosságát rontja, hogy előfordulnak többszörös jelentések. Ezt a problémát küszöböli ki egy, a HIV/AIDS surveillance rendszeren belüli egyedi azonosító kód bevezetése.

A hazai HIV/AIDS járványügyi helyzet átfogó ismeretéhez a kötelező bejelentés fentebb említett adatain túl szükség van a HIV-fertőzöttek gondozására és az AIDS-betegek kezelése vonatkozó adatokra (pl. HIV-RNS kópiaszám-vizsgálatok és/vagy a CD4+ sejtszám-meghatározások

eredményei, gondozáson történő megjelenések dátuma, antiretrovirális terápia időtartama) is, ezért a surveillance-t ki kell terjeszteni a HIV-fertőzöttek és az AIDS-betegek egészségügyi ellátásával kapcsolatos klinikai adatokra.

9.5. INDIKÁTOROK

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) eredményalapú teljesítményértékelése során nem elégedhetünk meg a folyamatok monitorozásával, ezeket ugyanis le kell fordítani eredményekre, azaz outcome indikátorokra. A megfelelő eredményindikátorok kiválasztása többféle elvárás mentén történt: az indikátoroknak informatívnak kell lenniük a döntéshozók, az adott szolgáltató vagy intézmény menedzsmentje és minden releváns érdekelt fél (pl. partner intézmények) számára, és végső soron a közvélemény számára is. Nagyszámú indikátorok kiválasztása és monitorozása ugyanakkor nagyon költségessé és időigényessé teheti a teljesítményértékelési rendszer működtetését, ami a fenntarthatóságot veszélyezteti. Ezért a teljesítményértékelési rendszer kialakításakor korlátozott számú teljesítményindikátor meghatározása volt a cél, amely a jelen HIV/AIDS Szakpolitikai Program vonatkozásában 21 indikátort jelent.

Az indikátorok kiválasztása az alábbi kritériumok szerint történt.

Az indikátor:

1. legyen egyértelműen, precízen meghatározott,
2. legyen releváns a program céljai és kulcstevékenységei szempontjából,
3. logikusan illeszkedjen a program cél- és teljesítményértékelési keretrendszerébe,
4. legyen költséghatékony az előállítása tekintetében,
5. segítségével megfelelően legyen értékelhető a teljesítmény,
6. tekintetében álljanak rendelkezésre a monitorozás feltételei és megbízható adatforrások; a szükséges adatok legyenek elérhetők és jól dokumentálhatók,
7. legyen egyértelmű és könnyen interpretálható.

Az indikátorok kiválasztásakor felhasználásra került az EVSZ „European Action Plan for HIV/AIDS 2012-15” megnevezésű dokumentuma, mivel az abban javasolt indikátorok jó kiindulási pontot képeztek a tervezéshez. Az egységes indikátorok alkalmazásának előnye, hogy lehetővé teszi különböző országok eredményeinek összehasonlítását. Egy adott ország saját indikátorrendszerének kifejlesztése ugyan költségesebb és időigényesebb, ám mégis az a tapasztalat, hogy az adott ország specifikus adottságainak és céljainak általában jobban megfelelnek a saját fejlesztésű indikátorok, és így módon biztosítható a rendszer finomhangolása, fejlesztése is. Hosszabb távon ezért a nemzetközi indikátorok adaptálása és saját indikátorrendszer kifejlesztése támogatandó.

A jelen szakpolitikai program végrehajtásának értékeléséhez felhasználandó indikátorokat a következő táblázat mutatja be.

Célkitűzés	Azonosító	Indikátor neve	Indikátor háttér	Számláló	Nevező	Alapérték	Céltérték 2016-ra	Adatszolgáltató (S=Surveillance központ; D=Decentrum)
I. AZ ÚJ HIV FERTŐZÉSEK SZÁMÁNAK CSÖKKENTÉSE	I.1.	újonnan diagnosztizált/registrtált HIV-fertőzött személyek számának változása	Alapvető cél, hogy legalább negyedével csökkenjen az újonnan diagnosztizált/registrtált HIV-fertőzések száma 2013 és 2017 között (a szűréseken résztvevők számának és/vagy a kockázati csoportba tartozók körében végzett szűrések arányának változatlanlaga, vagy növekvő tendenciája mellett).	Az újonnan diagnosztizált és registrtált HIV-fertőzött személyek száma 2017-ben.	Az újonnan diagnosztizált és registrtált HIV-fertőzött személyek száma 2013-ban.	-	0,75	S
	I.2.	a HIV-fertőzés átvitelének becsült valószínűsége	Az 1. főcél első részéje a HIV-fertőzés átvitelének legalább negyedével történő csökkentése 2013 és 2017 között. A HIV-fertőzés valószínűsége a tényleges HIV incidencia és prevalencia hányadosával becsülhető. A HIV incidencia az újonnan diagnosztizált/registrtált HIV fertőzések számával becsülhető.	Az adott évben újonnan diagnosztizált és registrtált HIV-fertőzött személyek száma.	Az adott év végéig Magyarországon registrtált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma.	A 2013-ban újonnan diagnosztizált és registrtált HIV-fertőzött személyek száma osztva a 2013. év végéig Magyarországon registrtált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív számával.	A 2017-ben újonnan diagnosztizált és registrtált HIV-fertőzött személyek száma osztva a 2017. év végéig Magyarországon registrtált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív számával az alapérték maximum 75%-a legyen.	S
	I.3.	HIV-fertőzött anyától született HIV fertőzött újszülöttek, illetve csecsemők száma	Az 1. főcél 2. részéje az újszülöttek, illetve a csecsemők körében előforduló HIV-fertőzések teljes mértékben történő megelőzése.	Az adott évben HIV-fertőzött anyától született HIV fertőzött újszülöttek, illetve csecsemők száma.	-	2013-ban HIV-fertőzött anyától született HIV fertőzött újszülöttek, illetve csecsemők száma.	Nulla.	S
	I.4.	HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerők aránya	Az 1. főcél 3. részéje a HIV-fertőzöttek csoportján belül a HIV-státuszukat ismerők arányának a növekedése, illetve a HIV-státuszukat az AIDS diagnózist megelőzően nem ismerők arányának csökkentése.	Az adott évben újonnan diagnosztizált azon AIDS megbetegedések száma Magyarországon, akik a HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerték.	Az adott évben újonnan diagnosztizált AIDS megbetegedések száma Magyarországon.	A HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerők aránya 2013-ban.	A HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerők aránya 2017-ben az alapérték maximum 75%-a legyen.	S
II. JAVULÓ HOZZÁFÉRÉS A SZŰRÉSEZ, A HIV-FERTŐZÖTTEK TOVÁBBI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ, VALAMINT A HIV-FERTŐZÖTTEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK, EGÉSZSÉG-KIMENETELÉNEK JAVÍTÁSA	II.1.	AIDS morbiditás	Alapvető cél a HIV-vel összefüggő morbiditás és mortalitás csökkentése. A csökkenő HIV-átvitel (fertőzési gyakoriság) mellett legalább 10%-kal csökkenteni kell az AIDS-megbetegedések előfordulását és 15%-kal az AIDS-halálozást.	Az adott évben újonnan diagnosztizált AIDS betegek száma.	Magyarország lakosságszáma az adott évben (/100000).	Az AIDS morbiditás 100 000 lakosra számított értéke 2013-ban.	Az AIDS morbiditás 100 000 lakosra számított értéke 2017-ben az alapérték maximum 90%-a legyen.	S
	II.2.	AIDS mortalitás	Alapvető cél a HIV-vel összefüggő morbiditás és mortalitás csökkentése. A csökkenő HIV-átvitel (fertőzési gyakoriság) mellett legalább 10%-kal csökkenteni kell az AIDS-megbetegedések előfordulását és 15%-kal az AIDS-halálozást.	Az adott évben AIDS következtében meghalt AIDS betegek száma.	Magyarország lakosságszáma az adott évben (/100000).	Az AIDS mortalitás 100 000 lakosra számított értéke 2013-ban.	Az AIDS mortalitás 100 000 lakosra számított értéke 2017-ben az alapérték maximum 85%-a legyen.	S

Célkitűzés	Azonosító	Indikátor neve	Indikátor háttere	Számláló	Nevező	Alapérték	Célérték 2016-ra	Adatszolgáltató (S=Surveillance központ; D=Decentrum)
II. JAVULÓ HOZZÁFÉRÉS A SZŰRÉSHEZ, A HIV-FERTŐZÖTTÉK TOVÁBBI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ, VALAMINT A HIV-FERTŐZÖTTÉK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK, EGÉSZSÉG-KIMENETELÉNEK JAVÍTÁSA	II.3.	HIV-szűrések száma	A 2. főcél első rész célja a szűrések számának növelése.	Az adott évben végzett HIV-szűrések száma Magyarországon.	-	2013-ban végzett HIV-szűrések száma Magyarországon.	A 2017-ben végzett HIV-szűrések száma Magyarországon az alapérték minimum 120%-a legyen.	S
	II.4.	a kockázati csoportokban végzett HIV-szűrések aránya	A 2. főcél 2. rész célja a kockázati csoportba tartozók körében végzett szűrések arányának növelése.	Az adott évben a kockázati csoportokban végzett célzott HIV-szűrővizsgálatok száma Magyarországon.	Az adott évben végzett HIV-szűrések száma Magyarországon.	A kockázati csoportokban végzett HIV-szűrések aránya Magyarországon 2013-ban.	2014-ben meghatározandó érték.	S
	II.5.	HIV-státuszukat a tünetmentes HIV fertőzés késői stádiumában megismerők aránya	A 2. főcél 3. rész célja a HIV-fertőzés korai stádiumában kiszűrtek arányának növelése.	Az adott évben újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek száma, akiknek a CD4+ sejtszáma a diagnózis felállításakor kevesebb mint 350/μl.	Az adott évben újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek száma.	A 2014-ben újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek aránya, akiknek a CD4+ sejtszáma a diagnózis felállításakor kevesebb mint 350/μl.	A 2017-ben újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek aránya, akiknek a CD4+ sejtszáma a diagnózis felállításakor kevesebb mint 350/μl az alapérték maximum 75%-a legyen.	S
	II.6.	HIV-státuszukat az AIDS stádiumban megismerők aránya	A 2. főcél 3. rész célja a HIV-fertőzés korai stádiumában kiszűrtek arányának növelése.	Az adott évben újonnan diagnosztizált azon AIDS megbetegedések száma Magyarországon, akik a HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerték.	Az adott évben újonnan diagnosztizált AIDS megbetegedések száma Magyarországon.	A HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerők aránya 2013-ban.	A HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerők aránya 2017-ben az alapérték maximum 75%-a legyen.	S
	II.7.	a diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelenő újonnan felderített HIV-fertőzöttek aránya	A 2. főcél 4. rész célja az újonnan felderített HIV-fertőzöttek arányának a növelése, akik a diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelennek.	A diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelenő, az adott évben újonnan felderített HIV-fertőzöttek száma.	Az adott évben újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek száma.	A diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelenő, 2014-ben újonnan felderített HIV-fertőzöttek aránya. (2015. március végén meghatározható érték)	2015-ben meghatározandó érték.	D
	II.8.	folyamatos gondozásban részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya	A 2. főcél 5. rész célja a folyamatos gondozásban részesülő, regisztrált HIV-vel élők arányának a növelése.	Az adott év végéig Magyarországon regisztrált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma, akik a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából történő első megjelenést követő 12 hónapon belül legalább kétszer - 3 hónap különbséggel - megjelentek gondozáson, és legalább az utolsó megjelenés az adott évben történt.	Az adott év végéig Magyarországon regisztrált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma, akik a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából már legalább egyszer megjelentek.	A folyamatos gondozásban részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya 2014-ben.	2015-ben meghatározandó érték.	D
	II.9.	folyamatosan (12/24/60 hónapja) antiretrovirális kezelésben részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya	A 2. főcél 6. rész célja a folyamatosan antiretrovirális kezelésben részesülő, regisztrált HIV-vel élők arányának a növelése, akiknél indokolt az antiretrovirális kezelés.	Az adott év végéig Magyarországon regisztrált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma, akik antiretrovirális kezelésben részesülnek az antiretrovirális kezelés megkezdését követő 12/24/60 hónap múlva is.	Az adott év végéig Magyarországon regisztrált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma, akik a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából már legalább egyszer megjelentek és indokolt az antiretrovirális kezelés.	A folyamatosan (12/24/60 hónapja) antiretrovirális kezelésben részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya 2014-ben, akiknél indokolt az antiretrovirális kezelés.	2015-ben meghatározandó érték.	D
	II.10.	HIV-vel élők számára, a HIV-fertőzéssel összefüggésben nyújtott egészségügyi szolgáltatást nyújtó, megfelelően képzett egy egészségügyi dolgozóra jutó HIV-vel élők száma	A 2. főcél 7. rész célja a HIV-vel élők számára, a HIV-fertőzéssel összefüggésben nyújtott egészségügyi szolgáltatást nyújtó, megfelelően képzett egészségügyi dolgozók számának növelése.	Az adott év végéig Magyarországon regisztrált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma.	A HIV-vel élők számára, a HIV-fertőzéssel összefüggésben nyújtott egészségügyi szolgáltatást nyújtó, megfelelően képzett egészségügyi dolgozók száma Magyarországon.	A HIV-vel élők számára, a HIV-fertőzéssel összefüggésben nyújtott egészségügyi szolgáltatást nyújtó, megfelelően képzett egy egészségügyi dolgozóra jutó HIV-vel élők száma 2014-ben.	2015-ben meghatározandó érték.	D

Célkitűzés	Azonosító	Indikátor neve	Indikátor háttére	Számláló	Nevező	Alapérték	Céltérték 2016-ra	Adatszolgáltató (S=Surveillance központ; D=Decentrum)
III. A HIV FERTŐZÖTTSÉGGEL KAPCSOLATOS EGYENLŐTLENSÉGEK CSÖKKENTÉSE	III.1.	az egyes kockázati csoportokban végzett HIV-szűrések aránya	A 3. főcél első rész célja a kockázati csoportokban végzett HIV-szűrések arányának növelése (pl. MSM, IV droghasználók).	Lásd II.4.	Lásd II.4.	Lásd II.4.	Lásd II.4.	S
	III.2.	az egyes kockázati csoportokba tartozó újonnan diagnosztizált/registrált HIV-fertőzött személyek számának változása	Alapvető cél, hogy legalább negyedével csökkenjen az újonnan diagnosztizált/registrált HIV-fertőzések száma 2013 és 2017 között (a szűréseken résztvevők számának vagy a kockázati csoportba tartozók körében végzett szűrések arányának változatlanlaga, vagy növekvő tendenciája mellett).	Az adott kockázati csoportokba tartozó, újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek száma 2017-ben.	Az adott kockázati csoportokba tartozó, újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek száma 2013-ban.	-	0,75	S
	III.3.	HIV-státuszukat a tünetmentes HIV fertőzés késői stádiumában megismerők aránya az egyes kockázati csoportokban	A 3. főcél második rész célja a HIV-fertőzés korai stádiumában kiszűrtek arányának növelése az egyes kockázati csoportokban (pl. MSM, IV droghasználók).	Az adott évben, az adott kockázati csoportban újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek száma, akiknek a CD4+ sejttszáma a diagnózis felállításakor kevesebb mint 350/μl.	Az adott évben, az adott kockázati csoportban újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek száma.	A 2014-ben újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek aránya az adott kockázati csoportban, akiknek a CD4+ sejttszáma a diagnózis felállításakor kevesebb mint 350/μl.	A 2017-ben újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek aránya az adott kockázati csoportokban, akiknek a CD4+ sejttszáma a diagnózis felállításakor kevesebb mint 350/μl az alapérték maximum 75%-a legyen.	S
	III.4.	az egyes kockázati csoportokban a HIV-státuszukat az AIDS stádiumban megismerők aránya	A 3. főcél második rész célja a HIV-fertőzés korai stádiumában kiszűrtek arányának növelése az egyes kockázati csoportokban (pl. MSM, IV droghasználók).	Az adott évben, az adott kockázati csoportban újonnan diagnosztizált azon AIDS megbetegedések száma Magyarországon, akik a HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerték.	Az adott évben, az adott kockázati csoportban újonnan diagnosztizált AIDS megbetegedések száma Magyarországon.	A HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerők aránya az adott kockázati csoportban 2013-ban.	A HIV-státuszukat az AIDS diagnózisukat megelőzően nem ismerők aránya az adott kockázati csoportban 2017-ben az alapérték maximum 75%-a legyen.	S
	III.5.	az egyes kockázati csoportokban a diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelenő újonnan felderített HIV-fertőzöttek aránya	Alapvető cél a HIV fertőzöttséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek csökkentése. A 2. főcél 4. rész célja az újonnan felderített HIV-fertőzöttek arányának a növelése, akik a diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelennek.	A diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelenő, az adott évben, az adott kockázati csoportban újonnan felderített HIV-fertőzöttek száma.	Az adott évben, az adott kockázati csoportban újonnan diagnosztizált és regisztrált HIV-fertőzött személyek száma.	A diagnózist követő három hónapon belül a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából megjelenő, 2014-ben, az adott kockázati csoportban újonnan felderített HIV-fertőzöttek aránya. (2015. március végén meghatározható érték)	2015-ben meghatározandó érték.	D
	III.6.	az egyes kockázati csoportokban folyamatos gondozásban részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya	Alapvető cél a HIV fertőzöttséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek csökkentése. A 2. főcél 5. rész célja a folyamatos gondozásban részesülő, regisztrált HIV-vel élők arányának a növelése.	Az adott év végéig, az adott kockázati csoportban Magyarországon regisztrált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma, akik a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából történő első megjelenést követő 12 hónapon belül legalább kétszer - 3 hónap különbséggel - megjelentek gondozáson, és legalább az utolsó megjelenés az adott évben történt.	Az adott év végéig, az adott kockázati csoportban Magyarországon regisztrált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma, akik a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából már legalább egyszer megjelentek.	A folyamatos gondozásban részesülő, az adott kockázati csoportban regisztrált HIV-vel élők aránya 2014-ben.	2015-ben meghatározandó érték.	D
	III.7.	az egyes kockázati csoportokban folyamatosan (12/24/60 hónapja) antiretrovirális kezelésben részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya	Alapvető cél a HIV fertőzöttséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek csökkentése. A 2. főcél 6. rész célja a folyamatosan antiretrovirális kezelésben részesülő, regisztrált HIV-vel élők arányának a növelése, akiknél indokolt az antiretrovirális kezelés.	Az adott év végéig, az adott kockázati csoportban Magyarországon regisztrált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma, akik antiretrovirális kezelésben részesülnek az antiretrovirális kezelés megkezdését követő 12/24/60 hónap múlva is.	Az adott év végéig, az adott kockázati csoportban Magyarországon regisztrált életben lévő HIV-pozitív személyek kumulatív száma, akik a megfelelő ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál gondozás céljából már legalább egyszer megjelentek és indokolt az antiretrovirális kezelés.	A folyamatosan (12/24/60 hónapja) antiretrovirális kezelésben részesülő, regisztrált HIV-vel élők aránya 2014-ben, az adott kockázati csoportban, akiknél indokolt az antiretrovirális kezelés.	2015-ben meghatározandó érték.	D

10.1. HAZAI EGYÜTTMŰKÖDÉS, INTÉZMÉNYRENDSZEREK

10.1.1. Háttér

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) sikeressége érdekében a program végrehajtásában résztvevő valamennyi szereplő közötti koordinált együttműködésre van szükség. Az ágazati szintű együttműködés koordinációjában vezető szerepet játszik az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, az ágazati végrehajtás kulcsszereplői pedig az ÁNTSZ, a kormányhivatalok megyei népegészségügyi szakigazgatási szervei és a járási (fővárosi kerületi) népegészségügyi intézetek, az egészségügyi ellátórendszer, valamint az egészségügyi tervezésért és ellátás-szervezésért felelős intézmények.

A más ágazatokkal és tárcákkal való együttműködés és az érintett hazai – kormányzati, egyéb közigazgatási és önkormányzati szervek, civil szervezetek, gazdasági szféra, média – partnerek tevékenységének összehangolása és koordinálása szintén kiemelt jelentőségű, amely feladatokat az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága látja el.

10.1.2. Államigazgatási szervek, szervezetek

- **EMMI**
 - Egészségügyért Felelős Államtitkársága
 - Köznevelésért Felelős Államtitkársága
 - Szociális és Családügyért Felelős Államtitkársága
 - Sportért és Ifjúságért Felelős Államtitkársága
 - Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkársága
- **Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport**

A Munkacsoport feladata a HIV-fertőzés és az AIDS megbetegedés elleni küzdelem szakmai irányításának koordinálása – különös tekintettel a hazai HIV/AIDS stratégia, illetve a cselekvési programok kialakítására –, valamint az ezekhez kapcsolódó általános javaslatok kidolgozása, döntések előkészítése, illetve véleményezése.
- **Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat**
 - Országos Tisztifőorvosi Hivatal HIV/AIDS Fókuszpont
 - Országos Epidemiológiai Központ
 - az egészségfejlesztésért felelős országos intézet
- Népegészségügyi szakigazgatási szervek, járási (fővárosi kerületi) népegészségügyi intézetek

10.1.3. Az egészségügyi tervezésért és ellátás-szervezésért felelős intézmények

- Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
- Térségi egészségszervezési központok

10.1.4. Egészségügyi ellátórendszer

Az egészségügyi ellátórendszer szerepe a HIV-szűrővizsgálatok végzése, majd a konfirmáltan HIV-pozitív személyek gondozásba, kezelésbe vétele a HIV-fertőzöttek kezelésére kijelölt egészségügyi ellátóhelyen.

- Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet
- HIV centrumok (miután felállításra kerülnek)
- Bőr- és nemibeteg-gondozó hálózat
- Országos STD Centrum (Semmelweis Egyetem)
- Országos Vérellátó Szolgálat
- ÁNTSZ - Országos Epidemiológiai Központ, és a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervezetekben működő HIV/AIDS tanácsadó és szűrőhelyek

10.1.5. Egészségügyi szakmai szervezetek

- Magyar Orvosi Kamara
- Magyar Gyógyszerész Kamara
- Megyer Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
- Magyar Kórházszövetség
- Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
- Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

10.1.6. Civil szervezetek

A HIV/AIDS elleni küzdelem minden területén biztosítani kell az együttműködést a HIV/AIDS megelőzésével foglalkozó, abban érdekelt civil szervezetekkel, valamint azon civil szerveződésekkel, amelyek az egészséges életmód, a biztonságos szexuális élet elterjesztését tűzték ki célul.

10.1.7. Kábítószerügy

Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság

A Kormány legfőbb kábítószerügyi tanácsadó testületként működő Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság lehetőséget biztosít a szakmai és ágazatközi egyeztetésre az államigazgatási szereplők számára.

Kábítószerügyi Tanács

A Kormány a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos problémák kezelése, a célzott, közösségi alapú beavatkozások előmozdítása, illetve a civil szervezetekkel történő együttműködés erősítése érdekében hozta létre és működteti a Kábítószerügyi Tanácsot, amely javaslattevő, véleményező és tanácsadói tevékenységet végez a Kormány és a kábítószer-megelőzésért és kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős miniszter számára.

Nemzeti Drogmegelőzési Koordinációs Osztály (EMMI Sportért Felelős Államtitkárság)

A HIV/AIDS-prevenció és a kábítószer-fogyasztás elleni küzdelem egymástól elválaszthatatlan, egymást kölcsönösen segítő, informáló programok. A Kábítószer-probléma kezelése érdekében

készített Nemzeti Drogellenes Stratégia (2013-2020) és a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) végrehajtása során a kölcsönösen előnyös együttműködés alapját a szinergiák minél teljesebb kihasználása érdekében a szoros kapcsolattartás, az információ, eredmények, jó gyakorlatok rendszeres megosztása képezi.

Nemzeti Drog Fókuszpont

A nemzeti kábítószeradat-gyűjtő és kapcsolattartó központ a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos adatok, információ gyűjtésével, trendek előrejelzésével, összefoglaló statisztikai elemzések készítésével és értékelésével, valamint éves jelentések készítésével foglalkozik. Hozzájárul a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja által végzett európai szintű helyzetértékelések elkészítéséhez, valamint közreműködik az európai szinten rendelkezésre álló információk hazai terjesztésében.

Helyi együttműködések koordinációja

A kábítószerügyi egyeztető fórumok feladata az, hogy helyi szinten összehangolják a közösség érdekében végzett tevékenységeket, és fórumot biztosítsanak az együttműködésre. Összehangolják a megelőzés és a gyógyítás, a rehabilitáció és a kínálatcsökkentés szervezeteinek és intézményeinek munkáját. Egységes szakmai és módszertani szemlélet megvalósításával, a helyi szükségletek feltárásával és az ezekre épülő stratégiák kimunkálásával irányítják, ésszerűsítik a helyi szinten megvalósuló kábítószer-megelőző és -kezelő tevékenységet. Alapvetően nem programok megvalósítását végző szervezetek, hanem a szakmai együttműködést segítő fórumokként értelmezhetők. A fórumok működésében a helyi önkormányzatok, nemzeti és önkormányzatok, a helyi társadalmi szervezetek és a kormányhivatalok által felügyelt szervezetek egyaránt fontos szereplők.

10.1.8. Piaci szereplők, társadalmi felelősségvállalás

A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) törekvéseinek megvalósítása során szükség van a szociális partnerek aktív, elkötelezett részvételére is, a felelős, fenntartható gazdasági tevékenységet folytató vállalkozók, befektetők hozzájárulására. A piaci szereplők elsősorban a HIV-prevenációs programokhoz szükséges erőforrások biztosításának támogatásával járulhatnak hozzá a Program célkitűzéseinek megvalósításához, valamint azzal, hogy munkáltatóként felelősen betartják és betartatják a munkahelyi egészségvédelmi szabályokat, és támogató közeget biztosítanak munkahelyi egészségfejlesztési programok számára.

A hazai és multinacionális vállalatok, valamint az emberi jogok védelme érdekében tevékenykedő szervezetek a társadalmi felelősségvállalás vonatkozásában (például prevenciós programokon, szűréseken való részvétel propagálása, a diszkrimináció elleni küzdelem támogatása által) jelentősen hozzájárulnak a Program célkitűzéseinek sikeres megvalósításához.

10.1.9. Média

A Program kommunikációs tervének végrehajtásához elengedhetetlen az együttműködés valamennyi médiummal. A különböző médiacsatornákat működtető intézményekkel, piaci szereplőkkel való partnerség és a kölcsönös bizalom kialakítása azért is fontos, mert a különböző célcsoportok más-más kommunikációs csatorna segítségével érhetők el a leghatékonyabban.

10.2. NEMZETKÖZI KAPCSOLATOK

A HIV/AIDS-szel kapcsolatos problémák és feladatok határokon átnyúlóak, ezért azokat nemzetközi kontextusban kell kezelni. Magyarország aktív szakmai kapcsolatot tart fenn az Egyesült Nemzetek Szervezetével, az Európai Unió különböző intézményeivel, és az EVSZ Európai Regionális Irodájával. Kétoldalú kapcsolatai keretében nemzetközi és regionális szakmai együttműködésre törekszik, és a legjobb gyakorlatok cseréjére. A nemzetközi szervezetek felé a HIV/AIDS surveillance adatokról szóló, évente esedékes adatszolgáltatást az OEK teljesíti. A civil szervezetek nagy része évek óta komoly szakmai kapcsolatot tart fenn nemzetközi szervezetekkel, ezeket a kapcsolatrendszereket a jelen szakpolitikai program végrehajtása során támogatni és továbbfejleszteni kell.

A nemzetközi, elsősorban európai uniós kutatási programokban, szakmai fejlesztési együttműködésekben történő aktív részvétel biztosítja Magyarország számára a feltételeket a megelőzés és kezelés/gondozás vonatkozásában az innovatív, új módszerek és kezdeményezések támogatásához és gyors elterjesztéséhez.

Nemzetközi partner intézmények és szervezetek:

- Egyesült Nemzetek Szervezete
- EVSZ
- ECDC
- Európai Unió Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (angol nevén European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA).

11. HATÁRIDŐK, FELELŐSÖK

CÉLOK	Az érintett cselekvési tervrész száma	ESZKÖZÖK	Végrehajtási feltételek	ÜTEMEZÉS	FELELŐS
I. CÉL	4.6.1.	A HIV-prevenációs tevékenységek intenzitásának növelése azokban a közösségekben, amelyekben a HIV-fertőzések koncentráltan jelennek meg			
	Az alább bemutatottakon túl az 5.6.4.2. és a 7.6.1.1. pontok alatt szereplő intézkedések szintén hozzájárulnak a HIV-prevenációs tevékenységek azon közösségekben való növeléséhez, amelyekben a HIV-fertőzések koncentráltan jelennek meg.				
	4.6.1.1.	Erőforrások biztosítása a magas kockázattal bíró csoportok HIV-prevenációs programjaira	rendelkezésre áll	évente pályázati kiírás	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága
	4.6.1.2.	Speciális megelőzési programok módszertanának fejlesztése és a programok elterjesztése a magas rizikóval rendelkező csoportokban	szakmai útmutatók és ajánlások összeállítása és elektronikus terjesztése	folyamatosan	az egészségfejlesztésért felelős országos intézet, ÁNTSZ-OEK, civil szervezetek
	4.6.2.	A célzott prevenációs tevékenységek eredményességének javítása hatékony, bizonyítékokon alapuló módszerek kombinált alkalmazásával			
	Az alább bemutatottakon túl az 5.6.4.2., 5.6.4.3., 5.6.4.4., 7.6.1.1. és 7.6.1.2. pontok alatt szereplő intézkedések szintén hozzájárulnak a célzott prevenációs tevékenység eredményességének hatékony, bizonyítékokon alapuló módszerek kombinált alkalmazásával történő javításához.				
	4.6.2.1.	Adatbázis kialakítása a különböző HIV-prevenációs módszerek széles körét alkalmazó kombinált, innovatív prevenációs programokról, jó gyakorlatokról, és mindezek közzététele	HIV/AIDS-prevenációs programok értékelési keretrendszerének kialakítása	2015. december 31.	az egészségfejlesztésért felelős országos intézet, ÁNTSZ-OEK, OTH HIV/AIDS Fókuszpont
4.6.2.2.	A működési engedéllyel rendelkező, HIV-szűrőhelyet működtető egészségügyi szolgáltatók támogatása, működésük biztosítása és a szűrőszám növelése	a HIV/AIDS elleni küzdelem pályázati támogatásán belül elkülönített forrás biztosítása a kockázati csoportokban szűréseket végző civil szervezetek számára; az egészségügyi és a közigazgatási ágazaton belül az erőforrások biztosítása, a meglévő források hatékonyabb kihasználása a szűrőhelyek fenntartása és a	évente folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ-OEK, kormányhivatalok	

			tevékenység megfelelő feltételeinek biztosítása érdekében		
	4.6.2.3.	Kábítószer-használók körében végzett ártalomcsökkentő programok – különös tekintettel a túcsere programokra – folytatása és kiterjesztése, és a szubsztitúciós kezelésekhez történő hozzáférés javítása	rendelkezésre áll	folyamatosan, minden évben	EMMI
	4.6.2.4.	A HIV-szűrésre jelentkezők, valamint kiemelten a HIV-pozitívak körében végzett prevenciók és tanácsadási tevékenység fejlesztése a counselling tanfolyamot elvégzettek számának növelése által	oktatási anyag továbbfejlesztése, képzések, továbbképzések szervezése	2016-től minden évben	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK)
	4.6.2.5.	Kötelező továbbképzések tartása az alapellátásban dolgozó egészségügyi dolgozók, addiktológusok, tüdőgyógyászok, szülésznőgyógyászok, bőr- és nemibeteg-szakorvosok számára a HIV-prevenciók tevékenységei elősegítése érdekében	továbbképzési oktatási anyag kidolgozása, képzések megszervezése	2015-től folyamatosan	GYEMSZI- Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság, Országos Alapellátási Intézet
	4.6.2.6.	A HIV/AIDS-megelőzési programok rendszerének kiépítése országos szinten; a közfinanszírozott prevenciók programok elszámoltathatóságának biztosítása	2017-től csak előzetes minőségértékelésen átesett megelőzési programok juthatnak közfinanszírozott forrásokhoz	2016. december 31.	Nemzeti Fejlesztési Ügynökség, EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága
	4.6.3.	A surveillance fejlesztése annak érdekében, hogy széles körű, megbízható adatok álljanak rendelkezésre a HIV-járvány epidemiológiai értékeléséhez			
	4.6.3.1.	A HIV-incidencia becslésére vonatkozó módszertan kidolgozása	módszertan-fejlesztés	2015. december 31.	OTH HIV/AIDS Fókuszpont, ÁNTSZ-OEK
	4.6.3.2.	A surveillance kiterjesztése a HIV-fertőzöttek, AIDS-betegek egészségügyi ellátásával kapcsolatos klinikai adatokra és információkra	jogszabálmódosítás	2014. december 31.	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, OTH HIV/AIDS Fókuszpont, ÁNTSZ-OEK
	4.6.3.3.	A HIV surveillance rendszeren belül egyedi azonosító kód bevezetése a duplikátumok kiszűrése érdekében	módszertan-fejlesztés	2014. június 30.	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK)

	4.6.4.	Intenzívebb és hatékonyabb ismeretterjesztő és felvilágosító munka a HIV-fertőzés terjedéséről, és a megelőzés módozatairól a teljes népességben			
	4.6.4.1.	A fiatalokat megcélzó, családi életre nevelést támogató, felelős magatartásmintákat terjesztő, a HIV/AIDS és az egyéb STD-k prevencióját is felölelő képzési programok szakmai-módszertani támogatása	a teljes körű iskolai egészségfejlesztésen belül a kerettantervek időszakos áttekintése, szükség szerinti szakmai közreműködés oktatási anyagok kifejlesztésében	folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága és Köznevelésért Felelős Államtitkársága, az egészségfejlesztésért felelős országos intézet
	4.6.4.2.	Életkornak és iskolázottságnak megfelelő, HIV- és STD-prevencióról szóló ismeretterjesztés. Infokommunikációs technológiai eszközök használata, médiakommunikáció, internetes felületek, a „social marketing” módszerek széles körben történő alkalmazása. A népegészségügyi kommunikáció fejlesztése, kommunikációs programok indítása az „Egészségkultúra kialakítása a fiatalokban” témakörben.	kapcsolódás a Nemzeti Ifjúsági Stratégia 2012-2013. évekre vonatkozó cselekvési tervéről szóló 1590/2012 (XII. 17.) Korm. határozat 3.9. pontjához; szakmai anyagok kidolgozása, kommunikációs szakemberek biztosítása	2014. november 1-től folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK), az egészségfejlesztésért felelős országos intézet
	4.6.4.3.	A HIV/AIDS témakörhöz kapcsolódó iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlása, a minőségbiztosítás feltételeinek kidolgozása (útmutató készítése mindezek szakmai, módszertani támogatásához)	a programok szakmai értékelésében részt vevő intézmények és szakértők közötti folyamatos együttműködés biztosítása	ajánlás: 2012. szeptember 1. óta folyamatosan, minőségbiztosítás: 2016. december 31-ig	az egészségfejlesztésért felelős országos intézet, felkért szakértők bevonásával
	4.6.4.4.	Speciális csoportokat (különös tekintettel a Magyar Honvédség állományára, a büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartottakra és az ott dolgozókra) megcélzó HIV/AIDS-prevenció programok további működtetése, kiterjesztése, a módszertan fejlesztése	pályáztatás, képzés, továbbképzés	folyamatosan	Belügyminisztérium, Honvédelmi Minisztérium
II. CÉL	5.6.1.	A szűrővizsgálatok számának növelése, különös tekintettel a kockázatos magatartásformákat folytató csoportokra, és a szolgáltatás minőségének fejlesztése			
	A szűrővizsgálatok számának növeléséhez kapcsolódnak a 4.6.2.2., 4.6.2.4., 6.6.1.1., 7.6.1.1., 7.6.1.2. ponttal jelölt intézkedések is.				
	5.6.1.1.	A HIV-szűrés és tanácsadás szakmai protokolljának kidolgozása és elfogadása	együttműködés, szakmai konszenzus kialakítása	2015. december 31.	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK), GYEMSZI, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai

5.6.1.2.	A HIV-szűrést végző egészségügyi szolgáltatók személyi és tárgyi minimumfeltételeinek ellenőrzése, valamint cselekvési terv kidolgozása a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének növelése érdekében	-	ellenőrzés 2014. december 31-ig, cselekvési terv kidolgozása 2016. június 30-ig	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK), kormányhivatalok, GYEMSZI
5.6.2.	A HIV-fertőzötteknek a kiszűrésüket követő azonnali összekapcsolása a folyamatos, jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval			
A 4.6.2.5., 7.6.1.1., 7.6.1.2. és 7.6.1.4. pontok alatt szereplő intézkedések szintén hozzájárulnak ahhoz, hogy a HIV-fertőzöttek kiszűrésüket követően azonnal összekapcsolásra kerüljenek folyamatos és jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval.				
5.6.2.1.	A HIV-szűrésen megjelenő, ott kiszűrt személyek összekapcsolása a megfelelő, jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatóval, és a HIV-vel élők egészségügyi ellátásának, gondozásának megfelelő koordinációja (betegirányítás, betegűtkövetés)	adatok, információk rendelkezésre állása, és a megfelelő informatikai rendszer biztosítása	2015. december 31.	GYEMSZI - térségi egészségsszervezési központok
5.6.2.2.	A HIV-fertőzöttek egészségügyi ellátásának teljesítményértékelése országos és térségi szinten, a hatékony működés értékelésére irányuló indikátorok meghatározása, alkalmazása és az eredmények közzététele	az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról szóló 36/2013. (V. 24.) EMMI rendelet végrehajtása a HIV-vel és az AIDS-szel kapcsolatos ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók tekintetében	2014. január 1-jétől folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, GYEMSZI
5.6.2.3.	A központi és területi szintek, valamint a különböző szolgáltatási típusok (pl. a HIV-szűrőhelyek, laboratóriumok, valamint a HIV-fertőzöttek kezelését, gondozását végző egészségügyi szolgáltatók és a civil szervezetek) közötti hálózatos működés kialakítása, együttműködésük javítása	Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport ülései, a munkacsoport által kidolgozásra kerülő javaslatok felterjesztése	folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ-OTH
5.6.3.	Javítani kell a HIV-fertőzöttek hozzáférését a szükségleteiknek megfelelő, jó minőségű egészségügyi szolgáltatások széles köréhez			

A HIV-fertőzöttek szükségleteiknek megfelelő, jó minőségű egészségügyi szolgáltatások széles köréhez való hozzáféréseinek növeléséhez kapcsolódnak a 4.6.2.4., 4.6.2.5., 6.6.1.1., 7.6.1.1., 7.6.1.2. és 7.6.1.4. ponttal jelölt intézkedések is.

5.6.3.1.	Területi hozzáférés javítása a HIV-fertőzéssel összefüggő állapotok egészségügyi ellátásához HIV decentrumok kialakításával	jogszabályok felülvizsgálata, módosítása, decentrumok kijelölése	2014. július 01.	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai
5.6.3.2.	A decentrumokban rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek felmérése, ellenőrzése, értékelése és cselekvési terv készítése	kapcsolatfelvétel és egyeztetés az érintett egészségügyi szolgáltatókkal	2014. július 01..	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ-OTH, GYEMSZI, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai
5.6.3.3.	Elő kell segíteni a HIV-pozitívak HIV-fertőzéssel összefüggő, valamint az azzal nem összefüggő egészségügyi ellátásában résztvevő egészségügyi szolgáltatók, intézmények közötti együttműködést	ismeretátadás elősegítése érdekében konferenciák, fórumok, workshopok szervezése, jó gyakorlatok azonosítása	2014. szeptember 1-től folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, GYEMSZI, érintett egészségügyi szolgáltatók, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai

5.6.4. Oktatni, képezni kell az egészségügyi dolgozókat a HIV-vel élők egészségügyi ellátására, az általános infekciókontroll ismeretekre, és a HIV/AIDS megelőzésre

Az egészségügyi dolgozóknak a HIV-vel élők egészségügyi ellátására, általános infekciókontroll-ismeretekre és HIV/AIDS-megelőzésre való oktatását, képzését segítik elő a 4.6.2.4., 4.6.2.5., és a 7.6.1.2. pontok alatt szereplő intézkedések is.

5.6.4.1.	Az egészségügyi humánerőforrás tudásának és ismereteinek fejlesztése, bővítése a HIV-vel élők egészségügyi ellátásának minősége és egészségi állapotuk javítása érdekében	akkreditált továbbképző tanfolyamok szervezése orvosok és egészségügyi szakdolgozók részére	2015-től folyamatosan	GYEMSZI- Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai, érintett egészségügyi szolgáltatók, ÁNTSZ (OTH, OALI és OEK),
-----------------	---	---	-----------------------	--

	5.6.4.2.	Az infekciókontrollal kapcsolatos módszertani levelek, szakmai irányelvek, szakmai protollok felülvizsgálata, átdolgozása	a vonatkozó módszertani levelek és szakmai irányelvek nemzetközi szakirodalomban található evidenciák szerinti átdolgozása, szakmai konszenzus kialakítása	2015. december 31.	Az infekciókontrollal kapcsolatos módszertani levelek átdolgozásának szakmai felelőse az ÁNTSZ (OTH és OEK). A szakmai irányelvek felülvizsgálata és kidolgozása a GYEMSZI koordinációjában, az Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatainak bevonásával történik, elfogadásáról az egészségügyért felelős miniszter dönt.
	5.6.4.3.	Infekciókontroll ismeretek oktatása mind a graduális képzés, mind a folyamatos kötelező posztgraduális tanfolyamok keretében	az orvosok és egészségügyi szakdolgozók részére meghirdetett továbbképző tanfolyamok kurrikulumban kötelező elemévé kell tenni az infekciókontroll ismereteknek az oktatását	2015-től folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatai, egészségügyi felsőoktatási intézmények, GYEMSZI- Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság, ÁNTSZ (OTH és OEK)
	5.6.4.4.	A vágásos/szúrásos munkahelyi balesetek megelőzését szolgáló biztonságos munkakörülmények megteremtése és azzal kapcsolatos ismeretek oktatása	-	folyamatosan	a foglalkozás-egészségügyért felelős országos intézet, egészségügyi szolgáltatók, EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság
	5.6.4.5.	Az orvosok és egészségügyi szakdolgozók képzési kurrikulumban tartalomfejlesztése HIV/AIDS témakörben	az orvosok és egészségügyi szakdolgozók képzési, továbbképzési kurrikulumban rendszeres felülvizsgálata	2015-től folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság, GYEMSZI- Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság, egészségügyi felsőoktatási intézmények
III. CÉL	6.6.1.	A HIV-vel összefüggő mortalitás csökkentése a magas kockázatú népességben			

		A HIV-vel összefüggő mortalitás magas kockázatú népesség tagjainak körében történő csökkentéséhez a 4.6.2.5., 4.6.2.6., 5.6.2.1. és az 5.6.3.1. pont alatt szereplő intézkedések is hozzájárulnak.			
	6.6.1.1.	Biztosítani kell, hogy valamennyi HIV-fertőzött esetében rendszeresen megtörténjenek a HIV-RNS kópiaszám-vizsgálatok és/vagy a CD4+ sejtszám-meghatározások, és eredményeik regisztrálásra kerüljenek, különös tekintettel a magas kockázatú, illetve a sérülékeny társadalmi csoportba tartozó HIV-fertőzöttekre	a kockázati csoportba tartozók jobb elérése, az ellátáshoz történő hozzáférésük javítása, cselekvési terv készítése a szűrés és a gondozásba vétel között eltelt idő csökkentésére, az OEP finanszírozási és módszertani szabályozóinak felülvizsgálata	2015. június 30.	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, OEP, GYEMSZI
	6.6.2.	Az új HIV-fertőzések magas kockázatú csoportok körében való előfordulásának csökkentése a helyi közösségek és a társas támogatások erősítésével, színtereken megvalósuló programok segítségével			
		Az új HIV-fertőzések magas kockázatú csoportok körében történő előfordulásának közösségi színtereken alapuló programok segítségével történő csökkentéséhez hozzájárulnak a 4.6.1.1., 4.6.1.2., 4.6.2.1., 4.6.2.3., 4.6.2.6., 4.6.4.4., 5.6.3.1., 7.6.1.1. és a 7.6.1.2. pont alatt szereplő intézkedések is.			
	6.6.2.1.	Évente HIV prevalencia-vizsgálat végzése az intravénás kábítószer-használók és az MSM populáció körében, és az eredmények publikálása	laboratóriumi vizsgálati háttér és vérvételi helyek rendelkezésre állása, megfelelő epidemiológiai módszertan alkalmazása, együttműködés civil szervezetekkel	2015-től évente	EMMI, ÁNTSZ-OEK, civil szervezetek
	6.6.2.2.	Színtér alapú – az egyéni és a közösségi kockázatcsökkentésre irányuló – HIV/AIDS-prevenációs modellprogramok módszertanának fejlesztése, elektronikus alapon történő terjesztése	jó gyakorlatok azonosítása, módszertan fejlesztése, kapcsolattartás	köznevelési intézményekben folyamatosan, egyéb színtereken 2016-tól folyamatosan	köznevelési intézményekben az egészségfejlesztésért felelős országos intézet; egyéb színtereken OTH HIV/AIDS Fókuszpont, civil szervezetek
	6.6.3.	A HIV-vel élőkkal szembeni stigmatizáció és diszkrimináció csökkentése			
		A HIV-vel élőkkal szembeni stigmatizáció és diszkrimináció csökkentésére irányulnak a 4.6.2.4., 4.6.2.5., 4.6.2.6., 4.6.4.1., 4.6.4.2., 5.6.4.1. és 7.6.1.1. pontok alatt felsorolt intézkedések.			

IV. CÉL	7.6.1.	Javítani kell a koordinációt a Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) végrehajtása során			
	A Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program (2014-2017) koordinált végrehajtását segítik elő a 4.6.2.1., 4.6.2.6., 4.6.3.1., 4.6.3.2., 4.6.3.3., 4.6.4.3., 5.6.2.2., 5.6.2.3., 5.6.2.1. és a 6.6.2.2. pontok alatt szereplő intézkedések is.				
	7.6.1.1.	A HIV/AIDS programok, szolgáltatások szakmai tervezése, az erőforrások hatékony elosztása	a szakmai irányítás megerősítése, a koordinációs feladatok ellátása a Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport által	folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, országos tisztifőorvos
	7.6.1.2.	OTH HIV/AIDS Fókuszpont felállítása	a Fókuszpont létrehozásához szükséges jogi, szervezeti, személyi és költségvetési feltételek megteremtése és a Fókuszpont megfelelő hatáskörrel való felruházása	2014. december 31.	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ-OTH
	7.6.1.3.	A Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport miniszteri tanácsadó szervként történő folyamatos működése	A munkacsoport rendszeres időközönként történő összehívása, a munkacsoport javaslatainak becsatornázása a döntéshozatalba	folyamatosan	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ-OTH
	7.6.1.4.	A szűrővizsgálatokra és a kezelésre vonatkozó adatok központilag történő gyűjtése és folyamatos értékelése, valamint a nemzetközi adatszolgáltatási kötelezettségek maradéktalan teljesítése	jogszabálmódosítás, az adatgyűjtési rendszerek szakmai és informatikai fejlesztése	2014. december 31.	EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, ÁNTSZ (OTH és OEK)
