

PL

PL

PL



KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 26.10.2009
KOM(2009)569 wersja ostateczna

**KOMUNIKAT KOMISJI DLA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO, RADY,
EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO I KOMITETU
REGIONÓW**

Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich w latach 2009-2013

{SEC(2009) 1403}
{SEC(2009) 1404}
{SEC(2009) 1405}

1. WIRUS HIV W EUROPIE

1.1. Wprowadzenie

Państwa członkowskie UE i kraje sąsiednie stoją w obliczu wysokiej liczby nowych zakażeń HIV oraz zakażeń powiązanych, a także wynikających z nich konsekwencji medycznych, społecznych i gospodarczych. O powadze sytuacji świadczy 50 000 zdiagnozowanych w 2007 r. nowych przypadków zakażenia wirusem HIV w samej UE i krajach sąsiednich oraz szacowana liczba 2 mln osób żyjących z HIV/AIDS (*PLWH - people living with HIV/AIDS*)¹.

Komunikat Komisji z 2005 r. w sprawie zwalczania HIV/AIDS² stał się instrumentem polityki rozwiązywania problemu HIV/AIDS na szczeblu europejskim i podstawą działań prowadzonych przez UE w latach 2006 – 2009. Zwalczanie HIV/AIDS jest jednak nadal problemem zdrowia publicznego i priorytetem polityki Unii Europejskiej i krajów sąsiednich. Dostępne są już skuteczne terapie HIV/AIDS, nie zapewniają one jednak wyleczenia. Zintensyfikowanie profilaktyki jest zatem zasadniczym elementem zwalczania HIV/AIDS, a zaniedbywanie jej jest równoznaczne z marnowaniem ludzkiego życia i środków. Komisja jest zdecydowana nadal walczyć z tą chorobą i prezentuje nowy plan działania, który zastąpi wcześniejszy, dobiegający końca w grudniu 2009 r.

Niniejszy komunikat jest uzupełnieniem „Europejskiego programu przeciwdziałania HIV/AIDS, malarii i gruźlicy poprzez działania zewnętrzne (2007-2011)”, który obejmuje działania zewnętrzne prowadzone wobec krajów rozwijających się i krajów o średnim dochodzie³.

Po trzydziestu latach obecności HIV/AIDS nie możemy pozwolić sobie na samozadowolenie. Najlepszą odpowiedzią na epidemię pozostaje połączenie działań w sektorze zdrowia i szerszych działań społecznych. Cierpienie ludzi będzie trwało o ile nie zapewnimy wszystkim potrzebującym intensywniejszej profilaktyki i powszechnego dostępu do leczenia, opieki i pomocy.

1.2. Sytuacja epidemiologiczna i tendencje jej rozwoju

Liczba osób żyjących z HIV/AIDS oraz nowo zdiagnozowanych zakażeń HIV znacząco różni się w zależności od kraju, podobnie jak częstość występowania zakażeń wirusem HIV, wahając się w Europie od 0,1 % do 1,2 %. Liczba przypadków zakażeń HIV i zachorowań na AIDS w Europie Wschodniej wzrasta obecnie w alarmującym tempie. Podstawowe drogi transmisji HIV są różne w zależności od położenia geograficznego. W Unii Europejskiej wirus HIV przenoszony jest głównie drogą kontaktów heteroseksualnych oraz poprzez mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z mężczyznami (*MSM - Men having Sex with Men*), podczas gdy w europejskich krajach sąsiednich zwykle w wyniku dożylnego przyjmowania narkotyków (57 %). W krajach UE/EFTA największy odsetek nowych przypadków zakażenia HIV zanotowano u mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z mężczyznami (39 %). Przenoszenie wirusa HIV drogą kontaktów heteroseksualnych zwiększa się w wielu krajach Europy, a około 40 % takich przypadków zdiagnozowano u osób

¹ ECDC/WHO. Nadzór nad HIV/AIDS w Europie, 2007. Sztokholm 2008; oraz Sprawozdanie UNAIDS z 2008 r.

² COM(2005) 654.

³ COM(2005) 179.

pochodzących z krajów objętych epidemią dotyczącą wszystkie grupy społeczne. Grupą szczególnie narażoną na zakażenie wirusem HIV są kobiety. Inne grupy szczególnie narażone na HIV/AIDS to osoby prostytuujące się i więźniowie. Od 30 % do 50 % osób zarażonych wirusem HIV w UE i nawet do 70 % w europejskich krajach sąsiednich nie wie, że są nosicielami wirusa.

Wczesne diagnozowanie HIV, poradnictwo i rozpoczęte w odpowiednim czasie leczenie odgrywają zasadniczą rolę w zmniejszeniu przenoszenia wirusa, a także zachorowalności i umieralności na HIV/AIDS. Innym poważnym problemem jest wysoka liczba współzakażeń HIV, takich jak gruźlica, zapalenie wątroby i inne zakażenia przenoszone drogą płciową.

1.3. Stan prawny i sytuacja społeczna – przeszkody i sytuacje szczególne

Ramy prawne oraz standardy obowiązujące w usługach zdrowotnych i społecznych dla osób dotkniętych HIV/AIDS w Europie różnią się znacząco w zależności od kraju. Dostęp do usług medycznych i leczenia, a także do środków profilaktyki lub środków w zakresie zmniejszania szkodliwych skutków często jest ograniczony⁴. Wyłączenie społeczne, dyskryminacja z powodu zakażenia HIV i nieposzanowanie podstawowych praw człowieka w odniesieniu do osób żyjących z HIV/AIDS nadal mają miejsce. W niektórych krajach przeniesienie wirusa HIV drogą płciową może być uznane za przestępstwo.

W krajach UE problem HIV/AIDS jest różnie traktowany w przypadku migrantów. Wiele z nich utrzymuje ograniczenia dotyczące wjazdu, pobytu i zamieszkania osób zakażonych wirusem HIV. Przepisy te mają charakter dyskryminacyjny i nie przyczyniają się do ochrony zdrowia publicznego⁵.

1.4. Sytuacja polityczna – deklaracje i zobowiązania

Deklaracje polityczne na poziomie europejskim oraz inicjatywy światowe⁶ określają zobowiązania i cele, które powinny zostać osiągnięte w ramach reakcji na problem HIV/AIDS. Zawierają one skierowane do UE, rządów krajowych, organizacji międzynarodowych i społeczeństwa obywatelskiego wezwanie do skutecznego działania. Podjęte zobowiązania obejmują zapewnienie powszechnego dostępu do profilaktyki zakażeń HIV, leczenia, opieki i wsparcia, inwestycje w badania naukowe w celu opracowania nowych narzędzi profilaktyki i leczenia, promowanie wsparcia i solidarności z osobami żyjącymi z HIV/AIDS i grupami największego ryzyka, włączenie społeczeństwa obywatelskiego i osób żyjących z HIV/AIDS w proces tworzenia polityki i jej wdrażania oraz stworzenie zapewniającego wsparcie środowiska społecznego.

1.5. Plan działań UE w sprawie zwalczania HIV/AIDS w latach 2006-2009

Plan działań przewiduje około 50 działań, które mają zostać zrealizowane przez najważniejsze zainteresowane strony. Wiele ważnych osiągnięć odnosi się do silniejszego

⁴ Postęp we wprowadzaniu Deklaracji dublińskiej w sprawie partnerstwa na rzecz walki z HIV/AIDS w Europie i Azji Środkowej. Sprawozdanie WHO/UNAIDS z 2008 r.

⁵ Oświadczenie złożone w imieniu Unii Europejskiej na 63 posiedzeniu zgromadzenia ogólnego w sprawie realizacji deklaracji zobowiązań w sprawie HIV/AIDS oraz deklaracji politycznej w sprawie HIV/AIDS, Nowy Jork, 16 czerwca 2009 r.

⁶ Dublin 2004, Wilno 2004, Brema 2007, konkluzje Rady 2005 i 2007, sprawozdania Parlamentu Europejskiego 2007 i 2008, UNGASS 2001/2006/2008, milenijne cele rozwoju 2000, Gleneagles 2005, Heiligendamm 2007.

zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego na poziomie Europy, operacyjnego scentralizowania nadzoru HIV/AIDS przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), wysiłków mających na celu ułatwienie dostępu do leków antyretrowirusowych w przystępnych cenach, finansowania projektów i programów w zakresie profilaktyki, inwestycji w badania naukowe oraz ścisłej współpracy pomiędzy partnerami. Punkt 5.3 i załącznik 4 oceny skutków HIV/AIDS (2009)⁷ zawierają streszczenie rezultatów pierwszego planu działań.

2. PODEJMOWANE DZIAŁANIA

Podjęmowane działania skoncentrowane są na profilaktyce, obszarach priorytetowych, grupach największego ryzyka oraz rozwijaniu zasobów informacji, dzięki lepszej współpracy i wymianie wiedzy pomiędzy zainteresowanymi stronami.

Niniejszy komunikat ma na celu: (i) zmniejszyć do 2013 r. liczbę nowych zakażeń wirusem HIV w całej Europie, (ii) poprawić dostęp do profilaktyki, leczenia, opieki i wsparcia oraz (iii) poprawić jakość życia osób zakażonych, dotkniętych HIV/AIDS lub należących do grup najbardziej narażonych na zakażenie w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich. Wszystkie państwa członkowskie, kraje kandydujące lub potencjalni kandydaci do członkostwa, kraje EFTA, kraje objęte europejską polityką sąsiedztwa, a także Federację Rosyjską zachęca się do wprowadzenia tych celów w życie. Komisja podkreśla znaczenie podjęcia wszystkich niezbędnych wysiłków i mobilizacji wszystkich środków w celu skutecznego zapobiegania przenoszenia wirusa HIV, promowania przestrzegania praw człowieka w odniesieniu do osób żyjących z HIV/AIDS i społeczności dotkniętych chorobą, zapisanych w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej⁸, oraz do zapewnienia wysokiej jakości leczenia HIV i opieki dla wszystkich, którzy jej potrzebują. Najlepszą reakcją na obecną epidemię HIV i oczekiwane przyszłe tendencje jest:

- (i) wprowadzanie w życie strategii w zakresie profilaktyki, które w skuteczny sposób odpowiadają na lokalne problemy i potrzeby, przy równoczesnych wysiłkach na rzecz powszechnego dostępu do profilaktyki, leczenia, opieki i pomocy;
- (ii) wspieranie skutecznej reakcji na HIV/AIDS w regionach priorytetowych, takich jak nowe państwa członkowskie UE w Europie Wschodniej, Federacja Rosyjska i najbardziej dotknięte kraje sąsiednie oraz
- (iii) rozwijanie środków docierania do grup największego ryzyka i najbardziej podatnych na zakażenie HIV/AIDS w całej Europie oraz ich wspieranie.

2.1. Przywództwo polityczne

Przywództwo polityczne jest ważnym atutem Unii Europejskiej w zwalczaniu HIV/AIDS.

HIV/AIDS pozostaje w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich chorobą stygmatyzującą, która dotyka głównie marginalizowanych grup. Brak reakcji na epidemię HIV spowodowałby znaczące szkody dla zdrowia jednostek i zdrowia publicznego oraz zwiększające się koszty dla całego społeczeństwa. Skuteczne przeciwdziałanie HIV wymaga politycznego

⁷ SEC(2009) 1404.

⁸ Dz.U. C 364 z 18.12.2000, s. 1.

przywództwa, które zapewni, że chronione są zdrowie i prawa grup dotkniętych lub należących do najbardziej zagrożonych HIV/AIDS.

Polityczne przywództwo jest ważne także w procesie definiowania i zapewnienia wprowadzenia w życie priorytetów i działań. Jednoznaczne wsparcie polityczne jest niezbędne aby dostosować te priorytety do potrzeb i dostępnych środków.

Komisja

- podkreśla potrzebę połączenia reakcji na HIV/AIDS z priorytetami społeczno-gospodarczymi i strategią polityczną na szczeblu krajowym,
- nadal wspiera działania mające na celu (1) zmniejszenie stygmatyzacji związanej z zakażeniem HIV, (2) promowanie poszanowania praw człowieka w odniesieniu do wszystkich osób żyjących z HIV/AIDS oraz (3) reakcję na wszelkie formy dyskryminacji związanej z HIV oraz wspieranie włączenia społecznego osób żyjących z HIV/AIDS,
- promuje włączenie problemów związanych z HIV/AIDS do głównego nurtu polityki, prawodawstwa i porozumień UE,
- wspiera monitorowanie realizacji zobowiązań międzynarodowych na szczeblach krajowym i europejskim oraz wspiera organizacje międzynarodowe, takie jak UNAIDS, w ich wysiłkach na rzecz zmobilizowania politycznego przywództwa w Europie Wschodniej,
- wzywa ECDC do dalszego monitorowania postępów w wypełnianiu zobowiązań deklaracji z Dublina, Wilna i Bremy.

2.2. Zaangażowanie społeczeństwa obywatelskiego i osób żyjących z HIV/AIDS

Społeczeństwo obywatelskie jest kluczowym uczestnikiem walki z HIV/AIDS na wszystkich poziomach i przyczynia się do utrzymania HIV/AIDS w agendzie politycznej.

Organizacje społeczeństwa obywatelskiego, w tym organizacje reprezentujące osoby żyjące z HIV/AIDS oraz społeczności dotknięte chorobą, przyczyniły się do opracowania praktycznych i politycznych rozwiązań problemu HIV/AIDS. Dlatego też Komisja powołała w 2005 r. Forum Społeczeństwa Obywatelskiego ds. HIV/AIDS (CSF). Społeczeństwo obywatelskie przeszło proces silnego umiędzynarodowienia i profesjonalizacji. Komisja dąży do tego by społeczeństwo obywatelskie nadal angażowało się w opracowywanie i realizację polityki w zakresie HIV/AIDS oraz by pozostało pierwszoplanowym partnerem skoordynowanych działań przyjmującym część odpowiedzialności za realizację zobowiązań. Społeczeństwo obywatelskie musi mieć niezbędną swobodę działania i możliwość udziału w reakcji na HIV/AIDS na wszystkich poziomach, w całej Europie i poza nią.

Komisja

- wspiera zaangażowanie organizacji społeczeństwa obywatelskiego, w tym organizacji reprezentujących osoby żyjące z HIV/AIDS i społeczności dotknięte chorobą, w planowaniu, realizacji i ocenie działań stanowiących odpowiedź na problem HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich,
- nadal traktować będzie Forum Społeczeństwa Obywatelskiego ds. HIV/AIDS jako najważniejszego partnera pełniącego rolę doradcy Komisji i zespołu ekspertów ds. HIV/AIDS.

2.3. Odpowiedzialność całego społeczeństwa

Równe traktowanie i solidarność są kluczowymi atutami tolerancyjnych i otwartych społeczeństw.

Niedopuszczalna jest żadna forma dyskryminacji i stygmatyzacji związanej z HIV/AIDS. Priorytetem polityki krajowej powinno być zwiększenie wiedzy społeczeństwa o HIV/AIDS i o profilaktyce zakażeń HIV. Pozbawione uprzedzeń postawy usuwają bariery na drodze do uzyskania informacji na temat HIV i mogą wspierać zachowania zmniejszające ryzyko.

Stygmatyzacja i dyskryminacja związana z HIV/AIDS są źródłem barier w dostępie do badań na obecność HIV, leczenia i opieki. Komisja w szerszym zakresie podejmie tę kwestię na szczeblu politycznym i w polityce w zakresie równego traktowania⁹.

Komisja

- przypomina o poszanowaniu praw człowieka w odniesieniu do każdej jednostki niezależnie od jej stanu zdrowia, orientacji seksualnej, stylu życia, narodowości i pochodzenia społecznego,
- będzie współpracować ze wszystkimi odpowiednimi zainteresowanymi stronami oraz władzami publicznymi w celu zintensyfikowania wysiłków na rzecz zwiększania świadomości oraz przeprowadzania publicznych kampanii informacyjnych na temat HIV/AIDS,
- zachęca do rozszerzenia szkoleń zawodowych w zakresie HIV/AIDS, w szczególności w sektorach zdrowia i ochrony socjalnej, a także ochrony porządku publicznego i edukacji.

2.4. Powszechny dostęp do profilaktyki, leczenia, opieki i pomocy

Odpowiednie finansowanie oraz wsparcie polityczne są niezbędne, aby umożliwić „powszechny dostęp” w całej Europie.

Zakażeniom HIV można zapobiegać i je leczyć, konieczne jest zatem zapewnienie dostępności efektywnej infrastruktury ochrony zdrowia i informacji. Przywódcy państw G8, głowy państw i szefowie rządów, obecni na specjalnej sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych (UNGASS) w 2005 r. zobowiązali się do „opracowania i realizacji zestawu działań w zakresie profilaktyki, leczenia i opieki nad osobami zakażonymi HIV, których celem jest zapewnienie do 2010 r., o ile to możliwe, powszechnego dostępu do leczenia dla wszystkich, którzy go potrzebują”¹⁰.

Państwa starają się wypełnić zobowiązanie zapewnienia powszechnego dostępu do profilaktyki, leczenia, opieki i pomocy w 2010 r., Komisja natomiast ponawia to zobowiązanie i podkreśla potrzebę zaangażowania na rzecz osiągnięcia i podtrzymania przyjętych celów w roku 2010 i później.

⁹ Dyrektywy antydyskryminacyjne: dyrektywa na rzecz równości rasowej 2000/43/WE i dyrektywa w sprawie równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy 2000/78/WE. Dyrektywa Rady 2000/43/WE z dnia 29 czerwca 2000 r. wprowadzająca w życie zasadę równego traktowania osób bez względu na pochodzenie rasowe lub etniczne oraz dyrektywa Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiająca ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy.

¹⁰ Sprawozdanie WHO z 2008 r.: Ku powszechnemu dostępowi w 2010 r.

Podmioty gospodarcze i władze publiczne powinny współpracować w celu poprawienia dostępu wszystkich potrzebujących osób do bezpiecznych leków antyretrowirusowych w przystępnych cenach. Dostępne leki są niezbędnym warunkiem osiągnięcia tego powszechnego dostępu w całej Europie.

Komisja

- będzie wspierać władze publiczne i zainteresowane strony w działaniach mających na celu wypracowanie skutecznych metod zapewnienia dostępu wszystkim potrzebującym osób do bezpiecznych leków antyretrowirusowych w przystępnych cenach,
- będzie działać u boku organizacji międzynarodowych, takich jak UNAIDS, UNICEF i WHO, wspierając ich wysiłki na rzecz zapewnienia powszechnego dostępu w krajach sąsiednich oraz zachęcać krajowe władze państw członkowskich do oceny możliwości wzmocnienia usług zdrowotnych w zakresie HIV/AIDS poprzez fundusze strukturalne i społeczne i inne instrumenty.

3. PRIORYTETY

Zapobieganie przenoszeniu wirusa HIV jest możliwe i jest najskuteczniejszym sposobem rozwiązywania kwestii HIV/AIDS. Kluczem do sukcesu są ukierunkowane strategie oparte na danych naukowych, dopasowane do lokalnej rzeczywistości i skierowane do priorytetowych grup społecznych. Skuteczne środki profilaktyczne są opłacalną inwestycją przynoszącą długoterminowe korzyści.

Skuteczna profilaktyka wymaga solidnych podstaw naukowych i sprawnych systemów nadzoru, w tym wiarygodnych danych behawioralnych, aby móc w odpowiedni sposób podejść do kluczowych czynników odpowiedzialnych za epidemię HIV/AIDS. Pozytywna profilaktyka, zdrowie seksualne i reprodukcyjne oraz prawa osób żyjących z HIV/AIDS są ważnym aspektem planowania krajowej polityki i programów krajowych. Profilaktyka powinna promować bezpieczniejsze zachowania seksualne. Stałe i prawidłowe stosowanie prezerwatyw pozostaje najskuteczniejszym środkiem profilaktyki zakażeń HIV przenoszonych drogą płciową, a dostępność sterylnych igieł i strzykawek oraz leczenia substytucyjnego – najskuteczniejszym środkiem profilaktyki zakażeń HIV przenoszonych na drodze dożylnego przyjmowania narkotyków. Profilaktyka powinna we właściwy sposób uwzględniać sytuację dzieci¹¹ i młodzieży. Istnieją również skuteczne środki zapobiegania przenoszeniu wirusa z matki na dziecko, które powinny być powszechnie stosowane. Profilaktyka powinna być powiązana z dobrowolnymi badaniami na obecność wirusa HIV w połączeniu z poradnictwem, powszechnym dostępem do leczenia, opieki i pomocy.

Przy realizacji tej strategii działania UE będą skierowane przede wszystkim na regiony priorytetowe i grupy największego ryzyka.

3.1. Regiony priorytetowe

Częstość występowania zakażeń HIV w niektórych sąsiednich krajach Europy Wschodniej jest wysoka, liczba nowych zakażeń stale rośnie lub ustabilizowała się na wysokim poziomie, dostęp do leczenia jest ograniczony do zaledwie 10 % wszystkich potrzebujących,

¹¹ Zob. przepisy Konwencji ONZ o Prawach Dziecka, ratyfikowanej przez wszystkie państwa członkowskie UE.

współzakażenia, np. gruźlica i zapalenie wątroby, stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego, a grupy najbardziej zmarginalizowane, takie jak osoby dożylnie przyjmujące narkotyki, migranci oraz mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami, są dotknięte HIV/AIDS w nieproporcjonalnie wysokim stopniu.

Chociaż HIV/AIDS dotyczy większości krajów w Europie, istnieje szczególna potrzeba zwrócenia uwagi na te regiony, w których obciążenie chorobą jest największe. Na taką sytuację wpływ mają następujące czynniki: (i) wielkość i dystrybucja grup największego ryzyka (ii) ubóstwo oraz stopień rozwoju gospodarczego (iii) nierówności społeczne, zdrowotne i ekonomiczne, w tym dyskryminacja.

Komisja widzi potrzebę rozwijania współpracy między państwami członkowskimi, obecnymi i potencjalnymi krajami kandydującymi oraz pozostałymi krajami sąsiednimi, a także potrzebę wspierania tych krajów w opracowywaniu strategii dopasowanych do ich sytuacji. Istnieje potrzeba wprowadzenia skutecznych środków profilaktycznych, w szczególności w zakresie zmniejszania szkodliwych skutków. Polityka zdrowia publicznego i polityka społeczna powinny brać pod uwagę potrzeby mniejszości etnicznych. Należy pokonywać nierówności społeczne i bariery w ochronie zdrowia zarówno na poziomie politycznym, jak i operacyjnym.

Dotyczy to szczególnie krajów Europy Wschodniej objętych europejską polityką sąsiedztwa oraz Federacji Rosyjskiej, gdzie epidemia HIV dotyka grupy największego ryzyka, chociaż istnieje potencjalne ryzyko jej rozprzestrzenienia się na ogół społeczeństwa, ponieważ liczba zakażeń przenoszonych przez kontakty heteroseksualne stale rośnie. Mimo że istnieją środki i strategie opracowane w reakcji na epidemię HIV/AIDS, dostęp do profilaktyki zakażeń HIV, leczenia, opieki i pomocy nadal wymagają poprawy. Wsparcie wysiłków krajów sąsiednich pomoże zapobiec rozprzestrzenianiu się HIV i zakażeń współistniejących, takich jak gruźlica, na terytorium UE i poprawić sytuację osób żyjących z HIV/AIDS w regionie.

Zobowiązania polityczne powinny prowadzić do konstruktywnego dialogu oraz pomagać pokonywać bariery pojawiające się podczas realizacji istniejących lub przyszłych strategii. Opierając się na obecnej współpracy, Komisja jest gotowa ją zacieśnić poprzez istniejące mechanizmy i instrumenty. Mając na celu poprawę nadzoru, Komisja jest gotowa stopniowo promować współpracę między krajami ECDC i krajami sąsiednimi.

3.2. Grupy priorytetowe – grupy największego ryzyka

Chociaż w kategoriach absolutnych największa liczba nowych zakażeń HIV w UE jest wynikiem kontaktów heteroseksualnych, grupy największego ryzyka są dotknięte chorobą w nieproporcjonalnie wysokim stopniu. Pełna integracja mniejszości, grup zmarginalizowanych lub znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej jest kluczowym czynnikiem udanej polityki w zakresie HIV/AIDS. Powszechny dostęp do profilaktyki, leczenia, opieki i pomocy, a także do usług zdrowotnych i socjalnych oraz niedyskryminacyjnego środowiska prawnego powinien być zagwarantowany dla wszystkich grup największego ryzyka. Ukierunkowane programy profilaktyki oraz skuteczne rozwiązania powinny obejmować komunikację dostosowaną do odbiorcy, dostęp do poufnych, anonimowych i najlepiej bezpłatnych badań, oraz jak najwcześniejsze leczenie wysokiej jakości. Ukierunkowana profilaktyka powinna być w szczególności skierowana do młodych ludzi z grup największego ryzyka. Duży odsetek młodych ludzi nie doświadczył rzeczywistości AIDS z przeszłości, przez co są mniej rozważni, jeżeli chodzi o ryzyko zakażenia HIV. Aby przyszłe działania

mające na celu zwalczanie epidemii HIV/AIDS były najbardziej skuteczne, powinny koncentrować się na grupach największego ryzyka:

(i) Mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami to w UE grupa największego ryzyka. Rzeczywisty rozmiar epidemii HIV w tej grupie w europejskich krajach sąsiednich jest nieznany. Stygmatyzacja, dyskryminacja i homofobia są często kojarzone z homoseksualizmem i mogą prowadzić do zafałszowania danych z nadzoru, a tym samym niedoszacowania udziału tej grupy w epidemii HIV/AIDS.

Należy rozszerzyć ukierunkowane programy profilaktyki, aby objąć nimi mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, a dobrowolne badania na obecność wirusa HIV połączone z poradnictwem (przy jednoczesnym skutecznym prowadzeniu badań przesiewowych na obecność chorób przenoszonych drogą płciową i ich leczeniu) powinny zostać zintensyfikowane w tej grupie i w pozostałych grupach ryzyka. Dla tej grupy ogromne znaczenie mają dostępność niedyskryminacyjnego i anonimowego leczenia zakażeń HIV oraz usług opieki i pomocy.

(ii) Dożylne przyjmowanie narkotyków jest podstawowym czynnikiem przenoszenia wirusa HIV w Europie Wschodniej, gdzie odpowiada za 2/3 wszystkich nowych zakażeń. Uzależnienie od narkotyków wymaga zintegrowanego działania o charakterze medycznym i socjalnym. Udowodniono, że dostęp do sterylnych igieł, oparte na dowodach leczenie uzależnień, w tym leczenie substytucyjne i inne środki w zakresie zmniejszania szkodliwych skutków, są bardzo skuteczne także na obszarach o wysokiej częstości występowania zakażeń i w niektórych środowiskach, np. w więzieniach. Inwestycja w kompleksową opiekę zdrowotną dla osób dożylnie przyjmujących narkotyki powinna pomóc zmniejszyć liczbę nowych zakażeń HIV w tej grupie i obniżyć obciążenia związane z uzależnieniem od narkotyków.

(iii) Migranci z krajów o wysokiej częstości występowania zakażeń HIV oraz społeczności mobilne są szczególnie dotknięte HIV/AIDS, chociaż potrzeba więcej danych na temat związków między statusem prawnym i społeczno-ekonomicznym migrantów a dostępem do usług zdrowotnych i ich podatnością na HIV/AIDS. W grupie migrantów przenoszenie wirusa HIV drogą kontaktów heteroseksualnych odpowiada za ok. 40 % wszystkich nowych przypadków zakażeń HIV przenoszonych drogą płciową w UE. Należy promować dostęp do kompleksowych środków profilaktyki, do dobrowolnych i anonimowych badań na obecność wirusa HIV w połączeniu z poradnictwem oraz do usług zdrowotnych i socjalnych. Rozwój usług zdrowia publicznego i usług socjalnych dla migrantów powinien stanowić skuteczny środek profilaktyki zakażeń HIV.

Komisja

- popiera wysiłki w kierunku poszanowania praw człowieka, zwiększania tolerancji i solidarności w celu lepszej integracji w społeczeństwie grup zmarginalizowanych i grup największego ryzyka,
- wspiera skuteczne, ukierunkowane i etyczne środki profilaktyki zakażeń HIV, w tym poprawę dostępu do dobrowolnych i anonimowych badań na obecność wirusa HIV w połączeniu z poradnictwem dla grup największego ryzyka oraz na obszarach o wysokiej częstości występowania zakażeń HIV,

- włączy kwestie związane z HIV/AIDS oraz ze zdrowiem seksualnym w szersze prace w zakresie zdrowia młodzieży, w szczególności w celu promowania większej wiedzy na temat HIV/AIDS,
- zwróci się do ECDC o dostarczenie danych umożliwiających dokładniejsze zrozumienie epidemii zakażeń HIV, w tym prevalencji zakażeń HIV i częstości występowania nowych zakażeń, danych behawioralnych oraz zakażeń niezdiagnozowanych,
- poprzez istniejące programy (głównie w zakresie zdrowia publicznego i badań) dostarczy środków i instrumentów UE w celu poprawy profilaktyki i rozwiązania problemu współzakażeń, takich jak gruźlica i zapalenie wątroby,
- wspiera działania powiązane z HIV/AIDS, realizowane w ramach partnerstwa wymiaru północnego w zakresie zdrowia publicznego i dobrobytu społecznego (NDPHS),
- w razie potrzeby włączy kwestie HIV/AIDS w przyszłe negocjacje dotyczące porozumień dwustronnych i wielostronnych z państwami trzecimi,
- będzie współpracować z ECDC, aby stopniowo, do 2013 r., rozwinąć współpracę między ECDC i krajami sąsiednimi w celu zwalczania epidemii HIV/AIDS i zakażeń współistniejących,
- zachęca państwa członkowskie do dalszego rozwijania i wdrażania horyzontalnej współpracy technicznej i programów wymiany w celu zwiększenia zdolności instytucji rządowych i organizacji społeczeństwa obywatelskiego do opracowywania, realizacji i oceny skuteczności krajowych programów HIV/AIDS.

4. ZWIĘKSZANIE WIEDZY

4.1. Nadzór, monitorowanie i ocena

Wszystkie zainteresowane strony powinny przyczyniać się do silnego systemu nadzoru.

Nadzór w zakresie HIV/AIDS¹² dla Europy jest prowadzony przez ECDC we współpracy z Biurem Regionalnym WHO na Europę oraz przez UNAIDS. Krajowe systemy nadzoru powinny stać się w pełni kompatybilne z międzynarodowymi wymogami, a wszystkie kraje powinny składać regularne sprawozdania na temat swojej sytuacji epidemiologicznej w zakresie HIV/AIDS. Należy zwiększyć nadzór drugiej generacji oraz nadzór behawioralny, aby lepiej zrozumieć dynamikę epidemii HIV/AIDS w Europie. Opracowanie polityki i jej realizacja wymaga solidnej podstawy i wysokiej jakości danych, dlatego potrzebnych jest więcej badań behawioralnych. Decydenci polityczni potrzebują lepszych danych na temat źródeł epidemii. Należy ocenić wpływ chorób przenoszonych drogą płciową na przenoszenie zakażeń HIV, aby sformułować adekwatne polityki i poprawić profilaktykę, diagnostykę, leczenie oraz monitorowanie.

Komisja

- wzywa państwa członkowskie do gromadzenia jeszcze bardziej złożonych i wielowymiarowych danych na temat HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą

¹² Zob. decyzja nr 2119/98/WE.

płciową, w tym współzakażeń, w oparciu o nadzór prowadzony na mocy decyzji 2119/98/WE,

- wzywa ECDC do zacieśnienia współpracy z krajami sąsiednimi i pozostałymi partnerami, takimi jak UNAIDS.

4.2. Badania i medycyna

Potrzebnych jest więcej badań z zakresu biologii, medycyny i nauk społecznych, aby znaleźć odpowiednie rozwiązania.

Komisja nadal zachęca do długoterminowych publicznych i prywatnych inwestycji w badania w celu opracowania nowych i lepszych technologii profilaktyki i leczenia zakażeń HIV oraz zakażeń współwystępujących. Wysoka zapadalność na gruźlicę oraz gruźlicę wielolekooporną jest szczególnie niepokojąca. Należy ją dokładnie monitorować i skutecznie jej przeciwdziałać. Powszechny dostęp do zintegrowanych usług medycznych oraz inwestycje w skuteczną infrastrukturę ochrony zdrowia mają krytyczne znaczenie dla kontroli rozprzestrzeniania się tych zakażeń. Zrozumienie i odpowiednie działanie w obliczu rozprzestrzeniania się zakażeń HIV i zakażeń współwystępujących wymaga większej ilości badań społecznych, behawioralnych i ekonomicznych, a także przekładania wiedzy na skuteczne i oparte na dowodach działania polityczne i programy.

Komisja

- będzie nadal dostarczać środki zwiększające badania nad HIV i współwystępującymi zakażeniami oportunistycznymi poprzez ramowe programy badań i programy w zakresie zdrowia,
- podkreśla potrzebę zwiększenia wysiłków w zakresie szczepień, w tym badań i rozwoju nowych technologii dla szczepionek, środków zwalczających mikroorganizmy oraz nowych leków,
- nadal będzie wspierać inwestycje w opracowanie i wdrożenie innowacyjnych środków profilaktyki i leczenia,
- będzie współpracować ze wszystkimi zainteresowanymi stronami, aby skoncentrować wysiłki na badaniach z zakresu nauk społecznych dotyczących HIV/AIDS.

5. OCZEKIWANE REZULTATY

Komisja oczekuje, że działania realizowane we współpracy z państwami członkowskimi, krajami sąsiednimi oraz wszystkimi zainteresowanymi stronami z całej Europy zgodnie z wyżej nakreślonymi priorytetami doprowadzą do:

- **zmniejszenia liczby zakażeń HIV**, zwiększenia dostępu do badań na obecność wirusa HIV dla wszystkich grup ryzyka oraz powszechnego dostępu do leczenia, opieki i pomocy poprzez poprawę współpracy transgranicznej, ukierunkowanych środków profilaktyki, środków w zakresie zmniejszania szkodliwych skutków, informacji w zakresie zmniejszania ryzyka, powszechnego dostępu do bezpiecznych i przystępnych cenowo leków oraz zintegrowanych usług medycznych i socjalnych. Aby uniknąć przenoszenia zakażeń HIV należy zminimalizować indywidualne ryzykowne zachowania;

- **rzeczywistej poprawy jakości życia osób żyjących z HIV oraz grup największego ryzyka.** Osoby żyjące z HIV/AIDS oraz grupy największego ryzyka powinny mieć powszechny dostęp do badań, profilaktyki, leczenia i opieki, do środków w zakresie zmniejszania szkodliwych skutków, do wtórnej profilaktyki oraz usług socjalnych i psychologicznych. Unia Europejska wspiera szeroką integrację osób żyjących z HIV/AIDS w rynek pracy i społeczeństwo, a także opracowywanie, realizację i ocenę polityki w zakresie HIV/AIDS;
- **zwiększenia solidarności na rzecz podejmowania konkretnych działań w reakcji na epidemię HIV/AIDS.** Należy poruszyć kwestie dyskryminacji i stygmatyzacji towarzyszące HIV/AIDS w Europie we wszystkich warstwach społecznych. Powinno to doprowadzić do realizacji opartych na danych naukowych działań zwalczających epidemię HIV/AIDS, do poprawy infrastruktury i lepszego dostępu do informacji, badań, leczenia, opieki i pomocy;
- **poprawy edukacji, zwiększenia wiedzy i świadomości w zakresie HIV/AIDS.** Włączenie edukacji na temat zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego do programów nauczania w szkołach byłoby korzystne dla profilaktyki zakażeń HIV i chorób przenoszonych drogą płciową i powinno otrzymać szerokie wsparcie polityczne. Należy włączyć w ten proces również młodych ludzi i zaangażować ich w kształtowanie informacji, które ich dotyczą. Należy opracować informacje dostosowane do tej grupy, w szczególności do młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym. Ograniczona wiedza i brak znajomości faktów dotyczących HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową prowadzi do zwiększenia odsetka zakażeń. Wiedza ta powinna być regularnie oceniana w celu ustalenia priorytetów różnych kwestii i ukierunkowania wysiłków edukacyjnych na potrzeby grup docelowych.

6. PLAN DZIAŁANIA, MONITOROWANIE I OCENA

Uzupełnieniem niniejszego komunikatu Komisji jest operacyjny plan działania przeznaczony do dalszego rozwijania we współpracy z zespołem ekspertów ds. HIV/AIDS, Forum Społeczeństwa Obywatelskiego oraz zewnętrznymi zainteresowanymi stronami zgodnie z przedstawionymi powyżej wytycznymi działań politycznych.

Działania UE będą finansowane poprzez Program Zdrowie na lata 2008-2013, a kwalifikujące się kraje mogą korzystać z funduszy strukturalnych. Finansowanie będzie dostępne również poprzez 7 Ramowy Program Badań.

Niezależna ocena ogólnego wkładu UE w zwalczanie epidemii HIV/AIDS w Europie zostanie przeprowadzona w 2012 r., aby pokazać rezultaty i znaczenie zastosowanych działań. Przy wsparciu ECDC, zespołu ekspertów ds. HIV/AIDS, Forum Społeczeństwa Obywatelskiego oraz wybranych organizacji międzynarodowych Komisja określi adekwatne wskaźniki monitorowania i oceny realizacji niniejszego komunikatu oraz planu działania. Komisja i zainteresowane strony określą organizacje odpowiedzialne za realizację działań przypisanych im podczas procesu wdrażania.

ODPIS UWIERZYTELNIONY
W imieniu Sekretarza Generalnego

Jordi AYET PUIGARNAU
Dyrektor Kancelarii