

PAWEŁ ZIELAZNY<sup>1</sup>, BEATA KARAKIEWICZ<sup>2</sup>,  
IWONA ROTTER<sup>2</sup>, ANNA JURCZAK<sup>3</sup>

## Samorządy terytorialne a profilaktyka HIV/AIDS

### Streszczenie

Mimo znacznego postępu medycznego, jaki dokonał się w zakresie leczenia zakażeń spowodowanych przez wirus HIV, ciągle najskuteczniejszym sposobem walki z wirusem pozostaje profilaktyka zdrowotna połączona z edukacją. Działania prewencyjne powinny być prowadzona przez administrację rządową, ale również przez samorządy terytorialne.

W Polsce polityka zdrowotna dotycząca problematyki HIV/AIDS jest w bardzo słabym stopniu realizowana przez samorządy terytorialne. Przyczyną takiego stanu jest m.in. brak znajomości prawa w zakresie profilaktyki HIV/AIDS, brak zrozumienia potrzeb zdrowotnych lokalnych społeczności a także brak środków finansowych.

Podstawowa rola samorządu terytorialnego w zakresie HIV/AIDS, powinna obejmować działania polegające na zorganizowaniu kompleksowych przedsięwzięć profilaktycznych o charakterze medycznym i społecznym. Działania te powinny uwzględniać lokalne uwarunkowania i obejmować takie elementy jak: stałe monitorowanie zakażeń HIV w terenie, zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń HIV poprzez zorganizowanie odpowiednich działań prewencyjnych, tworzenie lokalnych Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych, w których można bezpłatnie i anonimowo wykonać testy w kierunku HIV, wsparcie finansowe dla organizacji pozarządowych działających w zakresie HIV/AIDS.

W Polsce jest wiele aktów prawnych pozwalających na skuteczne opracowanie i realizację działań prozdrowotnych przez samorządy terytorialne. Podstawowym aktem prawnym jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (Dz. U. z dnia 30 września 2005 r.<sup>1</sup>). W Rozporządzeniu w odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego zrezygnowano ze szczegółowego określenia zadań do realizacji, ograniczając się do zdefiniowania ogólnych kierunków działań. Pozostawiono władzom lokalnym samodzielność w podejmowaniu decyzji.

<sup>1</sup> Od dnia 1 stycznia 2012 r. będzie obowiązywało Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

## Local government and HIV/AIDS prophylaxis

### Abstract

In spite of significant medical progress which has been made in HIV virus infection treatment, still the most efficient way of fighting HIV is health prophylaxis combined with education. The preventive measures should be pursued by the government administration but at the same time by local authorities.

In Poland health policy regarding HIV/AIDS problems has been poorly implemented by local authorities. The reason for that is among others lack of knowledge of law on HIV/AIDS prophylaxis, lack of understanding of the health needs of local communities as well as the lack of financial resources.

The basic role of local authorities on HIV/AIDS should include organising of complex prophylactic actions of medical and social nature. The actions should take into consideration local determinants and include such elements like: permanent monitoring of HIV infections in the local area, prevention of HIV infection spreading by organizing appropriate preventive measures, creation of the local Consulting-Diagnostic Centres where the HIV tests can be made free of charge and anonymously, financial support for non-governmental organizations operating in HIV/AIDS subject.

In Poland there are many legal acts that allow developing effectively and realizing the health-oriented actions by local authorities. The basic legal act in this regard is the Ministerial Ordinance of 13 September 2005 on the National Programme for Combating AIDS and HIV Prevention (Official Journal of 30 September 2005<sup>2</sup>). In the Ordinance, in relation to the units of local authorities the detailed definitions of the actions for realization were resigned of, limited to define the main directions of the actions. Local authorities have been left with autonomy in decision making.

<sup>2</sup> Starting from 1 January 2012 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS will be in force.

**Słowa kluczowe:** HIV, AIDS, samorząd, gmina, powiat, program zdrowotny.

**Keywords:** HIV, AIDS, local government, community, district, health program.

<sup>1</sup> Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, Oddział Szczecin

<sup>2</sup> Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

<sup>3</sup> Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

## Wprowadzenie

Żyjemy w świecie HIV/AIDS, choć z pewnością innym niż jeszcze kilkadziesiąt lat temu. Mimo dużych zmian, jakie dokonały się od roku 1981, kiedy to świat po raz pierwszy usłyszał o wirusie HIV, ciągle najskuteczniejszym środkiem zapobiegania zakażeniom pozostaje efektywna, systematyczna edukacja uwzględniająca zróżnicowane potrzeby społeczne, specyficzne postawy, zachowania i zawody ludzi [1].

Profilaktyka to podstawowe działanie w zapobieganiu zakażeniom HIV. Powinna być ona prowadzona w sposób kompleksowy zarówno przez władze krajowe, jak również przez samorządy terytorialne. Każdego dnia w Polsce dwie osoby dowiadują się o tym, że są zakażone. Coraz bardziej skuteczne leki antyretowirusowe osłabiają czujność, zwłaszcza młodych ludzi. Są to powody, dla których działania profilaktyczne powinny być nie tylko kontynuowane, ale również wzmacniane.

Pierwszy przypadek zakażenia HIV wykryty został w Polsce w roku 1985, natomiast zachorowanie na AIDS zdiagnozowano w roku 1986. Od wdrożenia badań w roku 1985 do 10 marca 2010 r. w Polsce zanotowano: 12.834 zakażeń HIV, 2.348 zachorowań na AIDS, a 1022 osób zmarło [2].

Krajowe Centrum ds. AIDS szacuje, że w Polsce blisko 30 tys. osób nie wie o swoim zakażeniu. Wśród nowo wykrytych zakażeń ok. 50-70% to zakażenia drogą zachowań seksualnych i zdecydowana większość to kontakty heteroseksualne. Mimo to nadal panuje mylne przekonanie, że HIV to problem narkomanów i osób o orientacji homoseksualnej, a osobom spoza tych grup nie grozi ryzyko zakażenia.

Wspólną cechą epidemii na całym świecie jest fakt, że HIV dotyka głównie osób młodych. Prawie 40% osób żyjących z HIV na świecie to osoby w wieku między 15 a 24 lat. W Polsce jest podobnie: 7% wszystkich zakażeń wykryto u osób poniżej 20. roku życia, zaś 46% wszystkich zakażeń HIV dotknęło osoby między 20. a 29. rokiem życia. Dominującą grupę (84%) wśród zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20-49 lat) [3].

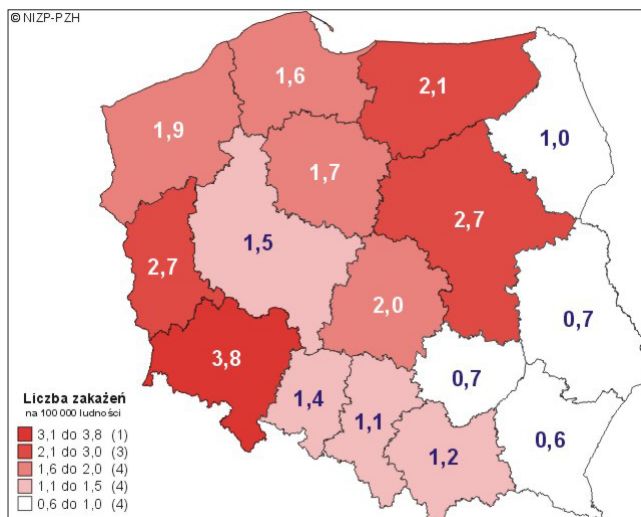
Biorąc pod uwagę podział administracyjny kraju, najwięcej zakażonych wirusem HIV jest na terenach województwa dolnośląskiego oraz w województwach nadmorskich. Zakłada się, że wysoki odsetek nosicieli HIV na terenach województw północnych związany jest m.in. z ryzykownymi kontaktami seksualnymi związanymi z turystyką (przygraniczną, nadmorską), a także – jak np. w przypadku województwa pomorskiego czy warmińsko-mazurskiego – z bliskim położeniem obwodu kaliningradzkiego. Powszechnie uważa się, że ogromna skala prostytucji na terenie Kaliningradu (miasto to nazywane jest rosyjską stolicą HIV) jest zagrożeniem dla całego regionu nadbałtyckiego [4].

Do głównych problemów związanych z epidemią HIV/AIDS w Polsce oprócz wyżej wymienionych należą:

- zbyt mała wiedza społeczeństwa na temat możliwości zakażenia się wirusem HIV
- społeczne znużenie tematyką HIV/AIDS
- zbyt późna diagnostyka (często w zaawansowanym stadium AIDS)

- brak merytorycznej wiedzy u personelu medycznego
- ograniczone środki finansowe przeznaczone na profilaktykę HIV/AIDS, zarówno ze strony administracji rządowej, jak również ze strony samorządów wojewódzkich i lokalnych (tylko kilka samorządów ma opracowane i finansowane programy w tym zakresie).

Wirus HIV przez wiele lat bytuje w ludzkim organizmie nie dając żadnych objawów, dlatego też, w najbliższych latach należy spodziewać się wzrostu zachorowań na AIDS a także wzrostu wydatków ponoszonych na leczenie (koszt leków, funkcjonowanie nowych poradni i oddziałów). Niezbędne więc jest przeznaczenie na nią odpowiednich środków finansowych.



RYCINA 1. Średnia roczna liczba nowo wykrywanych zakażeń HIV w latach 2006-2010, według województw.

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego [5].

## Rola samorządu terytorialnego w profilaktyce hiv/aids

Aktywność zawodowa skierowana na poprawę zdrowotności własnego środowiska „na miejscu”, należy do najbardziej oczekiwanych społecznie i cenionych inicjatyw władzy terytorialnej. Państwo nie jest w stanie w sposób scentralizowany zadowalająco prowadzić wszystkich akcji profilaktycznych. Samorząd terytorialny, jako podmiot najbliższy socjalnej sytuacji swoich członków ma najlepsze możliwości szerokiego rozwiązywania tych potrzeb [6].

Zgodnie z przepisami prawa do zadań samorządu terytorialnego, należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, a w szczególności zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym działań prozdrowotnych. Władze terytorialne mają dowolność w kwestii kreowania polityki zdrowotnej w swoim regionie, ale zobowiązane są też do realizacji zadań strategicznych dla państwa, a takim zadaniem jest m. in. profilaktyka HIV/AIDS.

Politykę samorządu wobec HIV/AIDS można określić jako zespół środków, których stosowanie ma na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się nowych przypadków zakażeń wirusem HIV, poprawa jakości życia osób z HIV/AIDS oraz ich rodzin.

W Polsce polityka zdrowotna dotycząca problematyki HIV/AIDS jest w bardzo słabym stopniu realizowana przez

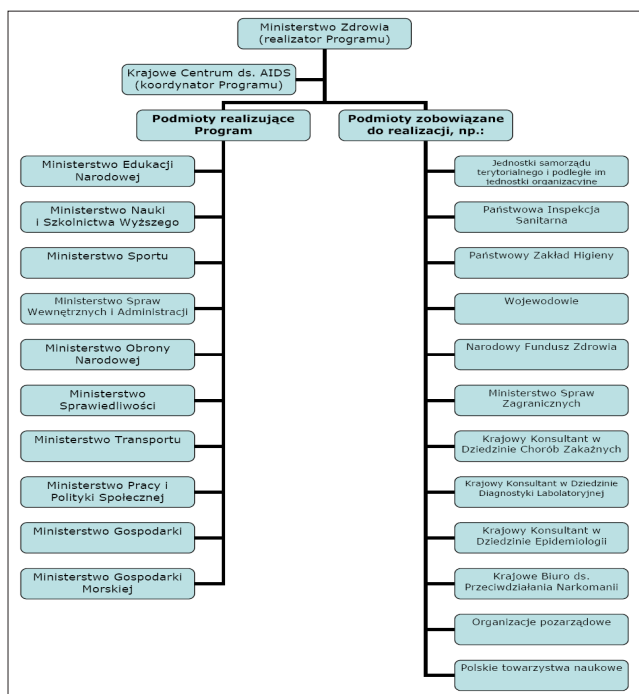
samorządy terytorialne. Na taką sytuację składa się kilka czynników:

- brak znajomości prawa zarówno krajowego jak i unijnego w zakresie profilaktyki HIV/AIDS
- brak zrozumienia potrzeb zdrowotnych lokalnych społeczności
- przekonanie o realizacji tych zadań w sposób centralny np. poprzez działania Ministerstwa Zdrowia
- przekonanie, że problem HIV/AIDS nie dotyczy danej gminy
- upolitycznienie działań prewencyjnych – często działania te mają bardziej charakter ideologiczny niż merytoryczny,
- brak środków finansowych
- brak osób kompetentnych do realizacji zadań z zakresu HIV/AIDS
- bariery psychologiczne (identyfikowanie problemu HIV/AIDS z określonym typem zachowań).

Podstawowa rola samorządu terytorialnego w zakresie HIV/AIDS, powinna obejmować działania polegające na zorganizowaniu kompleksowych przedsięwzięć profilaktycznych o charakterze medycznym i społecznym. Działania te powinny uwzględniać lokalne uwarunkowania i obejmować następujące elementy:

- stałe monitorowanie zakażeń HIV w terenie
- określenie potrzeb zdrowotnych ludności w zakresie HIV
- zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń HIV poprzez zorganizowanie odpowiednich działań prewencyjnych
- tworzenie lokalnych Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych, w których można bezpłatnie i anonimowo wykonać testy w kierunku HIV
- promowanie aktywnego współuczestnictwa społeczności lokalnej w działania na rzecz promocji zdrowego stylu życia [6], ze szczególnym uwzględnieniem działań skierowanych do młodzieży szkolnej i studentów
- kształcenie i doskonalenie zawodowe szeroko pojętego personelu medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem szkoleń z zakresu profilaktyki poekspozycyjnej
- identyfikacja w terenie tzw. „grup ryzyka”, objęcie ich badaniami przesiewowymi i czynnym poradnictwem
- działania mające na celu poprawę jakości życia osób zakażonych wirusem HIV i ich rodzin, wsparcie medyczne, psychologiczne i społeczne
- wsparcie finansowe dla organizacji pozarządowych działających w temacie HIV/AIDS
- monitorowanie i ocena wdrażanych działań.

W polskim ustawodawstwie podstawowym aktem prawnym dotyczącym tematyki HIV/AIDS jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (Dz. U. z dnia 30 września 2005 r.). Zgodnie z § 8.2 Rozporządzenia realizatorami Programu oprócz jednostek rządowych są „podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są zobowiązane do opracowania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, polityki prorodzinnej, ochrony zdrowia, programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii, edukacji publicznej w tym jednostki samorządu terytorialnego” [7].



RYCINA 1. Realizatorzy Krajowego Programu Zwalczania AIDS. Źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS [8].

Realizatorzy Programu wskazani w Rozporządzeniu zobowiązani są do powołania w ramach własnych struktur organizacyjnych zespołu ds. realizacji, który odpowiedzialny będzie za przygotowanie rocznego szczegółowego harmonogramu jego realizacji, koordynowanie zadań oraz współpracę z Krajowym Centrum ds. AIDS.

W ww. Rozporządzeniu w odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego zrezygnowano ze szczegółowego określenia zadań do realizacji, ograniczając się do zdefiniowania ogólnych kierunków działań. Pozostawiono władzom lokalnym samodzielność w podejmowaniu decyzji. Jest to o tyle istotne, że określenie uniwersalnego jednego katalogu zadań jest niemożliwe, ponieważ potrzeby i problemy wynikające z HIV/AIDS w różnych jednostkach administracyjnych mogą być bardzo zróżnicowane.

Krajowe Centrum ds. AIDS udziela jedynie dotacji celowych jednostkom niezaliczanym do sektora finansów publicznych na zadania o zasięgu krajowym i wojewódzkim. Zakres lokalnych działań prewencyjnych powinien więc być finansowany ze środków samorządowych.

Wśród działań, które mogą być podejmowane i realizowane przez instytucje samorządowe należy przede wszystkim wymienić możliwość opracowania wieloletniej strategii działań profilaktycznych w postaci programu zdrowotnego i harmonogramu. Przykładem takiego programu jest pomorski „Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007-2011”. Projekt ten jest oddolną inicjatywą samorządu wojewódzkiego. Mimo zbieżnej nazwy z programem krajowym jest to akt niezależny od programu centralnego. Powstał on w wyniku skutecznego monitorowania danych epidemiologicznych oraz w wyniku odpowiedzialności samorządu lokalnego za zdrowie i poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa pomorskiego. Skutecznym rozwiązaniem, które zastosowano w Programie, było powołanie Zespołu ds. Realizacji Programu, czyli powstała koalicja instytucji.



Program koordynuje Urząd Marszałkowski ale zadania realizowane i finansowane są przez kilka podmiotów [4].

Zgodnie z zaleceniami Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) programy zdrowotne powinny być tworzone jako programy wieloletnie. Takie kilkuletnie planowanie pozwala nie tylko na zabezpieczenie finansowe programu, ale również jest bardziej efektywne z epidemiologicznego punktu widzenia. Często dopiero po wielu latach możemy oszacować skuteczność przeprowadzonych działań prewencyjnych.

Na podstawie Krajowego Programu samorząd może utworzyć tylko harmonogramy działań. Harmonogramy takie mogą być zarówno wieloletnie jak i jednoroczne. Przykładem takiego działania są zadania realizowane przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego. Powołując się na Krajowy Program utworzono harmonogram działań dla województwa. Corocznie ogłaszane są konkursy ofert na realizację najbardziej priorytetowych zadań.

By aktywnie działać w zakresie profilaktyki HIV/AIDS samorząd terytorialny może rozszerzyć tylko zakres zadań już realizowanych, bez konieczności tworzenia programów zdrowotnych i harmonogramów. Większość samorządów ogłasza konkursy ofert dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia. Konkursy te kierowane są zarówno do organizacji pozarządowych jak również do innych podmiotów (np. zakłady opieki zdrowotnej). Zadania te mogą być realizowane na podstawie Ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie czy też Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przykładem działań tego typu są zadania, które finansuje Urząd Miejski w Gdańsku.

Innym, ale również bardzo skutecznym rozwiązaniem jest włączenie się samorządu w działania o charakterze międzynarodowym. Przykładem współpracy między krajami jest projekt BORDERNET, w którym uczestniczą m. in. województwo zachodniopomorskie, lubuskie czy podkarpackie.

### Inne podstawy prawne i możliwości realizacji zadań

Polskie ustawodawstwo w zakresie możliwości prowadzenia działań prozdrowotnych jest rozbudowane i elastyczne. Do najważniejszych aktów prawnych należą:

1. Konstytucja – w polskiej konstytucji, zgodnie z art. 68, władze publiczne zobowiązane są do zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [9].
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 – w Programie szczególnie nacisk położony został na aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego do działań na rzecz zdrowia. Społeczności lokalne muszą być świadome, że ich polityka i decyzje mają istotny wpływ na zdrowie ludzi. Konieczności prowadzenia profilaktyki w celu zapobiegania zakażeniom HIV znajduje się w celu strategicznym nr 7 pkt. 2 Narodowego Programu i dotyczy zmniejszenia zapadalności na choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek, w tym wirus HIV [10].
3. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027) – zgodnie z ustawą (rozdział 2, art. 7,8,9) do zadań zarówno samorządu województwa, powiatu jak i gminy należy „opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających

z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa” „a także „podejmowanie innych działań wynikających z potrzeb zdrowotnych” [11]. Oznacza to, że władze lokalne zobowiązane są do zapewnienia swoim mieszkańcom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w postaci programów zdrowotnych i profilaktycznych. Warto również zwrócić uwagę na zadania powiatu i samorządu wojewódzkiego w zakresie koordynacji działań na swoim terenie. Organy te, tworząc własne programy zdrowotne, powinny wcześniej konsultować się w tej sprawie z podległymi gminami (w przypadku powiatów) oraz powiatami (w przypadku samorządu wojewódzkiego) [12]. Ważnym zadaniem – szczególnie dla władz wojewódzkich – powinna być koordynacja działań. Powstające programy powinny być właściwie monitorowane by nie dublować istniejących już programów ministerialnych czy prowadzonych przez NFZ.

4. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) – problematyka zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS mieści się w szerokim nurcie promocji zdrowia definiowanej przez ustawodawcę, jako działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (art. 18d ust.1 pkt 2). W nauce zdrowia publicznego pojęcie promocji zdrowia określone jest w różny sposób, niemniej praktycznie w każdym ujęciu podkreśla się znaczenie edukacji, jako środka służącego poprawie zdrowia publicznego [13].
5. Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2003 r. Nr 96, poz. 873) – jak wykazały wieloletnie doświadczenia z walką z epidemią HIV organizację pozarządowe są najskuteczniejszymi instytucjami w tym zakresie. W 2010 r. Ustawa została znowelizowana. Istotnym rozwiązaniem, które wprowadzono jest możliwość wspierania organizacji pozarządowych z pominięciem procedury konkursowej w ramach tzw. trybu małych zleceń. W odniesieniu do zadań z zakresu profilaktyki HIV/AIDS ma to duże znaczenie, gdyż wiele zadań (np. zorganizowanie Światowego Dnia AIDS czy akcji „Tydzień testowania”) może odbyć się bez konieczności ogłaszania konkursów ofert i uciążliwej procedury ich przeprowadzania.

Każdy program zdrowotny czy profilaktyczny ma na celu ograniczenie lub zapobieganie rozwojowi niekorzystnych zjawisk dla danej społeczności [13]. Przy tworzeniu każdego programu warto pamiętać o pięciu ważnych zasadach.

Pierwsza z nich to zasada realizmu. Ważne jest by wyznaczać tylko takie cele, które są rzeczywiście możliwe do osiągnięcia. Stawianie szlachetnych i ambitnych celów, ale niemożliwych do realizacji buduje przekonanie, że w tej dziedzinie społeczeństwo jest bezradne. Zasada komplementarności mówi o tym, że bardzo ważna jest wiedza na temat tego, jakie działania realizowane są w danej społeczności w ramach innych programów. Wymiana informacji między twórcami może wzmocnić skuteczność całej polityki zdrowotnej oraz zapobiec powielaniu błędów. Zasada partycypacji oznacza wymóg włączenia do planowania i realizacji jak

największej liczby partnerów. Zasada spójności to wymóg takiego łączenia zadań realizowanych przez różne instytucje, aby możliwa była stała koordynacja i współpraca. I wreszcie zasada społecznej akceptacji, która mówi o tym, że program powinien być w społeczności upowszechniony. Społeczność powinna być na bieżąco informowana o osiągnięciach i problemach w czasie realizacji programu [14].

Podsumowując należy stwierdzić, że sukces programu będzie zależał również od tego czy uda się stworzyć koalicję instytucji, organizacji i osób gotowych uczestniczyć w jego przygotowaniu i realizacji. Wymogiem minimalnym jest zaproszenie do współpracy wszystkich kluczowych instytucji, które zajmują się tym problemem. Każda ze stron wnosi swój wkład i zaangażowanie, które nie musi być jednakowe, gdyż często wynika to z posiadanych zasobów. Ale partnerstwo umożliwia sięgnięcie po znacznie większe środki finansowe.

## PIŚMIENNICTWO

1. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004–2006. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa; 2004.
2. Strona internetowa [www.aids.gov.pl/epidemiologia](http://www.aids.gov.pl/epidemiologia)
3. Dane wewnętrzne Krajowego Centrum ds. AIDS.
4. Uchwała Nr 941/77/07 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 27 listopada 2007 roku w sprawie Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007–2011.
5. Strona internetowa [www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)
6. Karski Jerzy B. Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu; 2009.
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (Dz. U. z dnia 30 września 2005 r.).
8. Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007–2011. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa; 2006.
9. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Tekst z dnia 2 kwietnia 1997 r.
10. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity z 2008 roku Dz. U. Nr 164, poz. 1027).
12. Baka K, Machaluk K. Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Komentarz. Warszawa: Wolters Kluwer; 2000.
13. Słońska Z, Woynarowska B. Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej. Warszawa: Instytut Kardiologii; 2007.
14. Hejda A, Okulicz-Kozaryn K. Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2007.

## Informacje o Autorach

Mgr PAWEŁ ZIELAZNY – Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, Oddział Szczecin; dr hab. n. med. BEATA KARAKIEWICZ – kierownik, Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; dr n. med. IWONA ROTTER – adiunkt, Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; dr n. med. ANNA JURCZAK – adiunkt, Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie.

## Adres do korespondencji

Paweł Zielazny  
Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego  
Tel. 534010335  
E-mail: [zpablo@op.pl](mailto:zpablo@op.pl)