



### W numerze:

#### Warszawa czci pamięć osób zmarłych z powodu AIDS

Robert Piotr Łukasik

str. 1

#### Podróżowanie z HIV

dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska

str. 2-3

#### Akcja społeczna „Leczyć po ludzku”

Igor Grzesiak

str. 4

#### HIV a równość płci

Monika Ksieniewicz

str. 5-6

#### Pomoc dla najuboższych – dodatek mieszkaniowy

Janusz Majchrzak

str. 7

#### Przegląd prasy I-IV 2010

Małgorzata Olczyk

str. 8

### Aspekty

#### Szkoła, małe dzieci a kwestia HIV/AIDS

Magdalena Gwizdak

#### Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448 pn. 9<sup>00</sup> - sob 21<sup>00</sup>

Lekarze specjaliści dyżurują:

we wtorki i czwartki w godz. 17:00-19:00

#### AIDS – Zielona Linia

(+22) 621 33 67

poniedziałki, środy w godz. 13:00-19:00

wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00-16:00

#### Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

info@aids.gov.pl

#### Poradnia Internetowa HIV i AIDS

www.aids.gov.pl

Ewa GG: 8442779

Adam GG: 12452394

w środy godz. 20:00-22:30

## Warszawa czci pamięć osób zmarłych z powodu AIDS



Po raz kolejny Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy” zorganizowało centralne obchody Memorial AIDS Day w Warszawie. W tym roku już po raz 27. w 1900 miastach w 110 krajach świata zostało zapalone symboliczne światełko upamiętniające osoby, które zmarły z powodu AIDS. Od początku epidemii w Polsce 1025 chorych zmarło na AIDS. Dlatego też tyle świeczek zostało zapalonych 16 maja o godz. 12.00 na Placu Zamkowym, by uczcić ich pamięć.

Ważnym elementem tegorocznych obchodów była prezentacja projektu „Patchwork II”, którego ideą było uszycie, wspólnie z organizacjami pozarządowymi i grupami nieformalnymi, dużego patchworku – symbolu jedności i pamięci o osobach zmarłych na AIDS w Polsce. Każda z grup lub osób biorących udział w projekcie uszyła swój własny element patchworku, zaś Zjednoczenie połączyło wszystkie elementy w całość.

Patchwork jako symbol pamięci o osobach zmarłych na AIDS został zapoczątkowany w 1987 roku w USA przez Cleve'a Jonesa, który w ten sposób chciał uczcić pamięć po swoim przyjacielu zmarłym na AIDS, Marvinie Feldmanie. Patchworki przez wiele lat stanowiły i nadal stanowią nieodłączny element wielu obchodów Memorial AIDS Day na całym świecie.

W tym roku do akcji Zjednoczenia przyłączyli się: Fundacja Pomorski Dom Nadziei, Kampania Przeciw Homofobii, Krajowe Centrum ds. AIDS, Kwaciarnia Internetowa, Nieformalna Grupa „RH”, Państwowe Studium Stenotypii i Języków Obcych w Warszawie, Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”, Stowarzyszenie „Plus Minus”, Stowarzyszenie „Serduszko dla Dzieci”, Stowarzyszenie Solidarni „Plus”, Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z Nami”, Środowiskowy Hufiec Pracy, Trans-Fuzja – Fundacja na Rzecz Osób Transpłciowych, Warszawskie Towarzystwo Cyklistów oraz nieformalna

grupa Twenty Two. Więcej informacji o projekcie na [www.patchwork2.pl](http://www.patchwork2.pl). Niestety mimo naszych starań, zabrakło w tym projekcie kilku znaczących organizacji zajmujących się profilaktyką HIV/AIDS – ogromnie żałujemy, że pomimo pierwotnego założenia projektu, mającego na celu jednoczenie środowiska organizacji pozarządowych, nadal tkwimy w Polsce w atmosferze konkurencji i braku współpracy.

Ponadto Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy” przy współpracy z Fundacją Sztuki ARTERIA w ramach obchodów Memorial AIDS Day zaprosiło na spektakl teatralny w reżyserii Michała Sieczkowskiego „Przyjacielowi, który nie uratował mi życia”. Specjalny pokaz z okazji Memorial odbył się 16 maja w OCH-TEATRZE Fundacji na Rzecz Kultury Krystyny Jandy w Warszawie. Spektakl oparty jest na dwóch autobiograficznych powieściach Hervé Guiberta. To zapis prywatnego życia pisarza – jego dramatycznych zmagani z AIDS oraz skomplikowanych, łączących w sobie zarówno humor, jak i grozę, relacji miłosnych. Proza Guiberta, który podniósł swoje własne życie do rangi dzieła sztuki, jest bezustanną grą jawy ze snem, codzienności z mitem. To wyjątkowe połączenie pozwoliło twórcy spektaklu stworzyć poruszający dramat chorego ciała i wrażliwej duszy. Spektakl jest opowieścią o zmaganiu się z nieznanym, o pokonywaniu własnego lęku, godzeniu się ze śmiercią, samym sobą oraz o ostatecznym zwycięstwie, które daje literaturę, przyjaźń i miłość najbliższych.

W rolach głównych wystąpili m.in. Agata Buzek, Maria Seweryn, Ewa Dałkowska, Waldemar Barwiński, Mariusz Drężek oraz Mariusz Zaniewski. Więcej o akcji na stronie: [www.memorial2010.pl](http://www.memorial2010.pl)

W imieniu Zarządu Zjednoczenia „Pozytywni w Tęczy” pragnę serdecznie podziękować wszystkim osobom, dzięki którym było możliwe zorganizowanie tych obchodów. Dziękuję również przedstawicielom innych organizacji za czynny udział w projekcie „Patchwork II” – cieszymy się ogromnie, że w tym roku byliście razem z nami.

Za rok postaramy się równie godnie uczcić pamięć Wszystkich, którzy zmarli z powodu AIDS. Już teraz zapraszamy Państwa do współpracy – więcej o nas i o naszych projektach na: [www.pozytywniwteczy.pl](http://www.pozytywniwteczy.pl)

Robert Piotr Łukasik,  
Prezes Zjednoczenia „Pozytywni w Tęczy”

## Podróżowanie z HIV

Po zakończeniu II Wojny Światowej w 1948 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych opracowała i przyjęła Powszechną Deklarację Praw Człowieka, zgodnie z którą każdy człowiek posiada wszystkie prawa i wolności zawarte w tej Deklaracji bez względu na jakiegokolwiek różnicę rasy, koloru, płci, języka, wyznania, poglądów politycznych i innych, narodowości, pochodzenia społecznego, majątku, urodzenia lub jakiegokolwiek innego stanu. Komisja Praw Człowieka ONZ uznała, że dotyczy to także dyskryminacji związanej z HIV.

W początkach epidemii HIV/AIDS rządy wielu krajów uważały, że najlepszym zabezpieczeniem własnych obywateli będą ograniczenia lub zakazy wjazdu, a także deportacje zakażonych HIV cudzoziemców. W wielu krajach rozważano poddawanie kwarantannie osób zakażonych HIV, jednak jedynym krajem, który wprowadził izolowanie w „sanatoriach” do końca życia osób żyjących z HIV, była Kuba (zrezygnowano z tego w 1994 r.). W początkach epidemii HIV/AIDS w Chinach tworzone też osobne osiedla dla osób zakażonych HIV.

W wielu krajach wprowadzano prawa sprzeczne ze skuteczną polityką zdrowia publicznego, naruszające standardy praw człowieka przeciwko dyskryminacji, w tym zapisy kryminalizujące transmisję HIV, ale też wprowadzające cenzurę rzetelnych informacji o bezpieczniejszych zachowaniach seksualnych i przyjmowaniu narkotyków. Zapisy prawne szczególnie często dotyczyły mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami i imigrantów, postrzeganych jako populacje, które najczęściej przyczyniają się do transmisji zakażeń HIV.

W 1987 r. Światowa Organizacja Zdrowia stwierdziła, że testowanie osób podróżujących nie jest skutecznym sposobem zapobiegania rozprzestrzenianiu się HIV. Restrykcje związane z przekraczaniem granic – podróżami i migracją ludności – przyczyniają się do stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV. Obywatelom kraju zakazującego wjazdu osobom żyjącym z HIV stworzyć to może fałszywe poczucie bezpieczeństwa, sugerując, że tylko imigranci wykazują ryzyko zakażenia, a chronienie granic zabezpiecza przed HIV.

Może się to przyczyniać do zmniejszenia działań profilaktycznych, zmniejszenia liczby wykonywanych testów na HIV przez obywateli tak „chronionego” kraju, co wiąże się z ograniczeniem możliwości wykorzystania istniejącego leczenia antyretrowirusowego. Może także prowadzić do izolacji i marginalizacji osób żyjących z HIV/AIDS. Restrykcje związane z pobytem osób żyjących

z HIV dotyczą często osób migrujących do innych krajów w poszukiwaniu pracy, czyli około 86 milionów ludzi. Często niewykształceni lub słabo wykształceni imigranci poddawani są obowiązkowym testom na HIV, a gdy wynik okaże się dodatni, podlegają deportacji. Związane z HIV restrykcje dotyczące dłuższego pobytu uderzają także w ludzi poszukujących z różnych powodów azylu. W 1991 r. USA odmówiły azylu politycznego 115 zakażonym HIV Haitińczykom, mimo że spełniali wszystkie inne kryteria niezbędne do uzyskania statusu uchodźców. Ludzie ci, wraz z członkami rodzin, byli przetrzymywani w fatalnych warunkach w Zatoce Guantanamo przez ponad 18 miesięcy. W 1994 r. deportowano z USA pływaka pochodzącego z Republiki Południowej Afryki, który starając się o wizę zataił, a po przybyciu do USA ujawnił swoje zakażenie HIV. Podczas Światowej Konferencji AIDS w Genewie przedstawiciele Act-Up protestowali przeciwko deportacji ze Szwajcarii kobiety, która w swoim kraju w Afryce nie miałaby dostępu do leków antyretrowirusowych.

Restrykcje związane z krótkotrwałym pobytem wiążą się z niemożnością podróżowania, turystyki, odwiedzania członków rodzin czy znajomych, dokonywania podróży biznesowych. Kiedy ludzie żyjący z HIV zmuszani są do wypełniania kwestionariuszy wizowych, w których pytani są o zakażenie HIV, wówczas mogą albo skłamać, narażając się na to, że jeśli ich status serologiczny się wyda, nie będą mogli już nigdy wjechać do tego kraju, albo mogą powiedzieć prawdę, napotykać na zakaz przekroczenia granicy. Zatajanie zakażenia przez osoby leczone lekami antyretrowirusowymi może się wiązać z przerwaniem terapii, co ma negatywne konsekwencje zdrowotne.

W późniejszych latach wiele z tych uregulowań prawnych zostało zmienionych. Między innymi w maju 2005 r. Kanada zniosła obowiązek ujawniania statusu serologicznego przez osoby ubiegające się o wizę na krótki pobyt w tym kraju. Jednak w dalszym ciągu wiele państw stosuje restrykcje dotyczące wjazdu, pobytu, zamieszkania w oparciu o dodatni wynik testu na HIV, choć w 2001 r. rządy krajów członkowskich Organizacji Narodów Zjednoczonych przyjęły deklarację o wprowadzeniu aktów prawnych mających na celu eliminację wszelkich form dyskryminacji wobec osób żyjących z HIV. Restrykcje dotyczące podróżowania osób żyjących z HIV dotyczą albo całkowitego zakazu wjazdu do kraju dla osób zakażonych HIV, albo uniemożliwiają dłuższy pobyt w danym kraju, zwykle przekraczający 3 miesiące.

Zakaz przekraczania granic przez osoby żyjące z HIV obowiązuje ciągle w 9 krajach: Brunei, Gwinei Równikowej, Jemenie, Katarze, Papui Nowej Gwinei, Rosji, Singapurze, Sudanie i Zjednoczonych Emiratach Arabskich. Do niedawna na tej liście były także Chiny i USA.

W Chinach w 1985 r. wprowadzono najpierw zakaz importu krwi i środków krwiopochodnych, nieco później wymóg testowania cudzoziemców chcących pozostać w tym kraju dłużej niż 1 rok (osoby, których wynik okazał się dodatni były deportowane), a także obywateli chińskich powracających z zagranicy. Dopiero w kwietniu 2010 r., kilka dni przed rozpoczęciem Expo 2010 w Szanghaju cofnięto zakaz wjazdu do Chin dla osób żyjących z HIV/AIDS.

W USA zakaz przekraczania granicy i możliwość deportacji osób żyjących z HIV/AIDS wprowadziła w 1987 r. administracja Ronalda Reagana. W odpowiedzi na to Międzynarodowe Towarzystwo AIDS (*International AIDS Society – IAS*) zapowiedziało, że dopóki zakaz ten będzie obowiązywał, w USA nie odbędzie się Światowa Konferencja AIDS. Zakaz ten został cofnięty 4 stycznia 2010 r. W reakcji na to IAS potwierdziła, że Światowa Konferencja AIDS w 2012 r. odbędzie się w Waszyngtonie.

Zakaz wjazdu do kraju dla osób żyjących z HIV zniosła też w początkach 2010 r. Korea Południowa, ale w dalszym ciągu cudzoziemcy pracujący w tym kraju muszą wykonywać obowiązkowo testy na HIV.

Informacje dotyczące regulacji prawnych wobec cudzoziemców w poszczególnych krajach są niekiedy trudno dostępne, ciągle ulegają zmianom. Kolekcjonowaniem danych na ten temat zajmuje się tworzona przez Deutsche AIDS-Hilfe, EATG i IAS. Zgromadzone informacje znaleźć można na stronie internetowej [www.hivtravel.org](http://www.hivtravel.org).

Informacje dotyczące Polski są następujące:

- Brak ograniczeń dla turystów przebywających krótkoterminowo, brak kontroli na granicach.
- Testy w kierunku HIV są szczególnie zalecane ciężarnym i niemowlętom podejrzanym o zakażenie oraz osobom, które planują pobyt dłuższy niż 3 miesiące.
- HIV nie stanowi powodu do deportacji.
- Uchodźcy dostają informacje (we własnym języku) nt. potrzeby wykonania serii testów w kierunku chorób zakaźnych (tzw. filtr epidemiologiczny). Decyzja co do wykonania testu w kierunku HIV jest dobrowolna.

dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska

## W tabeli przedstawiono dane dotyczące krajów regionu europejskiego WHO:

KRAJ	Testy na HIV lub zaświadczenie o stanie zdrowia wymagane przed uzyskaniem pozwolenia na zamieszkanie lub pracę	Deportacje/odmowa wydania wizy na dłuższy pobyt, jeśli HIV(+)
ALBANIA	nie	nie
ANDORA	<b>tak</b> <i>Osobom HIV(+) nie zezwala się na zamieszkanie i pracę</i>	<b>tak</b>
ARMENIA	<b>tak</b>	<b>tak</b> (wiza), nie (deportacja nie stosowana od 14.06.2009 r.)
AUSTRIA	nie	nie
AZERBEJDŻAN	nie	nie
BIAŁORUŚ	<b>tak</b> <i>Test na HIV wymagany dla pozostających ponad 3 miesiące</i>	nie
BELGIA	nie	nie
BOŚNIA I HERCEGOWINA	nie	nie
BUŁGARIA	nie	nie
CHORWACJA	nie	nie
CYPR	<b>tak</b> <i>osoby spoza Unii Europejskiej, by móc zamieszkać, studiować, pracować muszą zrobić test</i>	<b>tak</b> jeśli test (+) osobom spoza Unii zakazuje się wjazdu
CZARNOGÓRA	nie	nie
CZECHY	nie	nie
DANIA	nie	nie
ESTONIA	nie	nie
FINLANDIA	nie	nie
FRANCJA	nie	nie
GRUZJA	???	???
GRECJA	nie	nie
HISZPANIA	nie	nie
HOLANDIA	nie	nie
IRLANDIA	nie	nie
ISLANDIA	nie	nie
IZRAEL	<b>tak</b> <i>test na HIV wymagany dla imigrantów z rejonów endemicznych i imigrantów chcących podjąć pracę</i>	???
KAZACHSTAN	<b>tak</b> <i>przy pobycie dłuższym niż 30 dni</i>	<b>tak</b>
KIRGISTAN	nie	nie
LITWA	nie	nie
ŁOTWA	nie	nie
LUKSEMBURG	nie	nie
MACEDONIA	nie	nie
MALTA	nie	nie
MOŁDOWA	<b>tak</b> <i>test wymagany dla wszystkich cudzoziemców chcących pozostać dłużej niż 3 miesiące (zamieszkanie, praca, studia)</i>	<b>tak</b>
MONAKO	nie	nie
NORWEGIA	nie	nie
NIEMCY	<b>tak</b> <i>w Bawarii test na HIV dla osób pozostających dłużej niż 180 dni, w Saksonii i Nowej Brandenburgii – dla ubiegających się o azyl</i>	<b>tak</b> z Saksonii donoszono o zakazie zamieszkania osobom HIV(+)
POLSKA	nie	nie
PORTUGALIA	nie	nie
RUMUNIA	nie	nie
ROSJA	<b>tak</b> <i>test na HIV wymagany dla cudzoziemców chcących pozostać dłużej, niż 3 miesiące, także dla studentów i osób podejmujących pracę – nie dotyczy to mieszkańców Wspólnoty Niepodległych Państw.</i>	<b>tak</b> jeśli zostanie rozpoznane zakażenie HIV cudzoziemiec musi opuścić kraj w ciągu 3 miesięcy
SAN MARINO	nie	nie
SERBIA	nie	nie
SŁOWACJA	<b>tak</b> <i>test na HIV wymagany dla osób chcących zamieszkać lub podjąć pracę</i>	nie
SŁOWENIA	nie	nie
SZWECJA	nie	nie
SZWAJCARIA	nie	nie
TADŻYKISTAN	<b>tak</b> <i>ujemny test na HIV wymagany dla wszystkich cudzoziemców chcących pozostać dłużej niż 3 miesiące</i>	<b>tak</b> osoby z dodatnim testem mogą zostać deportowane
TURCJA	nie	nie
TURKMENISTAN	<b>tak</b> <i>cudzoziemcy chcący pozostać dłużej niż 3 miesiące, studenci i starający się o pozwolenie na pracę muszą pokazać wynik testu</i>	<b>tak</b> cudzoziemcy i bezpieczeństwa odmawiający wykonania testu lub badania profilaktycznego mogą być deportowani; jeśli podróżny okaże się zakażony – możliwa odmowa wizy lub deportacja
UKRAINA	<b>tak</b> <i>cudzoziemcy chcący pozostać ponad 3 miesiące muszą przedstawić ujemny wynik testu na HIV</i>	<b>tak</b> osoba HIV(+) nie dostanie pozwolenia na pobyt dłuższy niż 3 miesiące
UZBEKISTAN	<b>tak</b> <i>ujemny wynik testu na HIV niezbędny do pozostania dłużej niż 3 miesiące</i>	<b>tak</b> deportacja, jeśli wynik testu okaże się (+)
WĘGRY	<b>tak</b> <i>test na HIV wymagany dla chcących pozostać dłużej, niż 1 rok, także dla niektórych pracowników</i>	<b>tak</b> dodatni wynik może być powodem odmowy zamieszkania, miały miejsce deportacje osób HIV(+)
WŁOCHY	nie	nie
WIEKA BRYTANIA	nie	nie

# Akcja społeczna „Leczyć po ludzku”

PORADNIK ŚWIADOMEGO PACJENTA

## Gdzie po pomoc?



- Kiedy iść do przychodni, kiedy na ostry dyżur, a kiedy dzwonić po pogotowie
- Jakie pytania zadać lekarzowi
- Kalendarz badań profilaktycznych

**LECZYĆ PO LUDZKU**  
WWW.WYBORCZA.PL/LECZYC

AKCJA SPOŁECZNA „GAZETY WYBORCZEJ”  
ORAZ INSTYTUTU PRAW PACJENTA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ

sanofi aventis gazeta

30 listopada 2009 Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej zainicjował akcję społeczną „Leczyć po ludzku”. Partnerem kampanii jest Gazeta Wyborcza, która od lat realizuje kampanie poświęcone ważnym problemom społecznym – akcja „Leczyć po ludzku” jest trzecią z cyklu po kampanii „Rodzić po ludzku” i kampanii „Umierać po ludzku”.

Celem akcji jest zapoznanie polskiego społeczeństwa z przysługującymi im prawami i obowiązkami oraz dyskusja na temat ich respektowania. Mimo że od czerwca 2009 roku obowiązuje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z badań IPPEZ wynika, że tylko co drugi Polak słyszał, że jako pacjent ma prawa, natomiast tylko 19% z tej grupy zna jakiegokolwiek spośród przysługujących mu praw. Ponad 90% ankietowanych uznało przeprowadzenie akcji informacyjnej z zakresu praw pacjenta za dobry pomysł. 50% Polaków ocenia, że pacjenci w naszym kraju są traktowani jak przedmiot, a tylko 34% uważa, że są traktowani *po ludzku*. Zdaniem większości ankietowanych lekarze traktują pacjentów bezosobowo, nie czują się za nich odpowiedzialni, co najwyżej za los ich chorób. Akcja ma również odpowiedzieć na pytanie, jak są respektowane w Polsce prawa pacjenta. Kampania skierowana jest także do medycznych grup zawodowych, by przypomnieć im, że pacjent powinien być traktowany podmiotowo, jako partner lekarza i pielęgniarki.

Podczas pierwszego cyklu kampanii codziennie przez 2 tygodnie (30.11-12.12) na łamach Gazety publikowaliśmy teksty, w których komentowaliśmy prawo, pokazywaliśmy nowelizację ustaw dotyczących praw pacjenta, przedstawialiśmy ludzkie historie w formie reportaży, rozmów, listów.

W trakcie akcji na łamach Gazety Wyborczej opublikowano w sumie 53 reportaże. Drukowano listy od czytelników, opisujące ich doświadczenia w związku z łamaniem poszczególnych praw pacjenta, jak również opisujące przykłady fantastycznych lekarzy, przychodni czy szpitali. Spojrzano także na pacjenta okiem lekarza. Najczęściej komentowane teksty w internecie, to: „Rodziłam na taśmie”, „Przepraszamy, że żyjemy”, „Nie chcę umrzeć w tej kolejce”, „Nie czuję się winny, że mój rak drenuje budżet”.

W listopadzie zorganizowaliśmy debatę, w której udział wzięli: Minister Zdrowia Ewa Kopacz, Wiceminister Zdrowia Marek Twardowski, Marek Balicki – poseł RP, Barbara Kozłowska – Rzecznik Praw Pacjenta, Aleksandra Piątek – Rzecznik Praw Pacjenta przy NFZ, prof. Jan Hartman – kierownik Zakładu Filozofii i Bioetyki UJ w Krakowie, dr Konstanty Radziwiłł – prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Elżbieta Buczkowska – prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, ks. Arkadiusz Nowak – prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz dr nauk prawnych Dorota Karkowska, ekspert Instytutu. Bezpośrednim powodem debaty była potrzeba omówienia sytuacji polskich pacjentów w kontekście ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która weszła w życie w czerwcu ubiegłego roku. Wnioski uczestników debaty dotyczyły w głównej mierze potrzeby informacji i edukacji pacjentów i środowisk medycznych w zakresie praw pacjenta. Należy zmieniać system ochrony zdrowia w kierunku większej podmiotowości pacjenta w systemie. Trzeba podejmować akcje na rzecz poszanowania praw pacjenta i zwiększania szacunku pomiędzy pacjentami a personelem medycznym. Szeroko poruszony został też temat prawa do świadczeń zdrowotnych, które mówi m.in. o dostępności do innowacyjnych metod leczenia i terapii.

Pod koniec pierwszego cyklu Gazeta Wyborcza opublikowała poradnik „Prawa Pacjenta”, w którym zebrano opisy 7 praw pacjenta opracowanych przez dr nauk prawnych Dorotę Karkowską. W poradniku przedstawiono obowiązki pacjenta oraz zamieszczono ważniejsze adresy i telefony. Jednocześnie w ramach kampanii w nakładzie 20 000 sztuk została wydana bardziej obszerna wersja poradnika zawierająca dokładny opis wszystkich 14 praw pacjenta, dodatkowo zilustrowana satyrycznymi ilustracjami. Poradniki są dystrybuowane do aptek, przychodni, szpitali i organizacji pozarządowych. Wersję elektroniczną poradnika można pobrać ze strony: [http://www.prawapacjenta.eu/?pId=element\\_426\\_2141](http://www.prawapacjenta.eu/?pId=element_426_2141).

Przez cały czas trwania pierwszego cyklu akcji czytelnicy Gazety Wyborczej mieli możliwość skorzystania z „Gorącej linii Gazety”, gdzie dyżurowali eksperci Instytutu Praw Pacjenta. Można ich było spytać czy w danym przypadku zostały złamane prawa pacjenta oraz w jaki sposób można dochodzić swoich praw. Najczęściej poruszane problemy, to: nieadekwatność stanu prawnego do rzeczywistości, kwestia odszkodowań – często za odległe czasowo szkody, problem dostępności do określonych świadczeń i leków.

Kolejna odsłona akcji miała miejsce w lutym br. Codziennie przez tydzień (8-13.02), podpowiadaliśmy czytelnikom Gazety Wyborczej, m.in. jak znaleźć najkrótszą kolejkę na wizytę lub na zabieg, komu zgłaszać napotkane w systemie ochrony zdrowia nieprawidłowości, a także zastanawialiśmy się, czy jedynym wyjściem jest korzystanie z prywatnej opieki medycznej. Na łamach Gazety ukazywały się reportaże, rozmowy z ekspertami i porady związane z prawami pacjenta oraz listy czytelników.

W kwietniu br. (24-30.04), poruszyliśmy temat funkcjonowania ostrego dyżuru i pogotowia. Przyjrzelśmy się także pracy na pierwszej linii służby zdrowia – w rejestracji przychodni i szpitali, a także standardom obsługi pacjentów. Wydaliśmy również „Poradnik świadomego pacjenta. Gdzie po pomoc?”, w którym czytelnicy mogli znaleźć odpowiedzi na pytania: kiedy iść do przychodni, kiedy na ostry dyżur, a kiedy dzwonić po pogotowie, jakie objawy powinny nas zaniepokoić, jak przygotować się do rozmowy z dyspozytorem pogotowia, o co pytać lekarzy, a także kalendarz badań profilaktycznych, ważne telefony, zasady pierwszej pomocy i kilka słów na temat obowiązków pacjenta.

Na potrzeby akcji „Leczyć po ludzku” na portalu [Wyborcza.pl](http://Wyborcza.pl) został stworzony specjalny serwis dedykowany ([wyborcza.pl/leczyc](http://wyborcza.pl/leczyc)), zawierający artykuły redakcyjne, multimedia i forum dyskusyjne. Serwis jest na bieżąco aktualizowany i w miarę potrzeb rozwijany.

Podczas przeprowadzonych trzech cykli kampanii Gazeta Wyborcza otrzymała 2 660 głosów, opinii, informacji nadesłanych przez czytelników w związku z tekstami publikowanymi w ramach cyklu lub samą akcją.

Kolejne odsłony kampanii planowane są na czerwiec, wrzesień oraz październik 2010 r.

Igor Grzesiak  
Instytut Praw Pacjenta  
i Edukacji Zdrowotnej

## HIV a równość płci

### ONZ

Minęło prawie 30 lat odkąd pierwszy raz świat usłyszał o epidemii AIDS. Niestety nierówności między płciami powoduje, że coraz więcej kobiet zakaża się HIV. Według ostatnich szacunków ONZ około 60% ludzi żyjących z HIV na obszarze Afryki Subsaharyjskiej to kobiety i dziewczynki, co daje ogółem 50% osób z HIV na całym świecie!

W marcu br. w Nowym Jorku odbyła się 54. Komisja Statusu Kobiet ONZ. 2010 rok jest szczególnym rokiem jeśli chodzi o prewencję HIV i równych praw kobiet i dziewcząt. Mija nie tylko 15-lecie przyjęcia Pekinńskiej Platformy Działania – jak dotąd najważniejszego na świecie dokumentu mającego na celu poprawę sytuacji kobiet, u którego jeden z najważniejszych punktów to kobiety i zdrowie – lecz także 5-lecie przyjęcia Milenijnych Celów Rozwoju, których realizacja m. in. poprzez promocję równości płci i wzmocnienia statusu kobiet (Cel 3), ma doprowadzić do zatrzymania pandemii HIV/AIDS, malarii i innych chorób do 2015 roku (Cel 6).

W trakcie debaty generalnej otwierającej obrady Komisji pozytywnie odniesiono się do efektów 5. Światowej Konferencji Kobiet w Pekinie, wskazując na zauważalny postęp we wdrażaniu w życie postanowień przyjętych wówczas przez państwa w niej uczestniczące. Zdaniem tegorocznych panelistów przyczynia się to nie tylko do poprawy sytuacji kobiet, lecz także znajduje przełożenie na inne dziedziny życia, w tym zwłaszcza na sferę gospodarki, ale też na zmniejszenie pandemii HIV/AIDS (co było tematem ubiegłorocznej Komisji ds. Kobiet). Podniesiono także problematykę przemocy i dyskryminacji wobec kobiet, zwłaszcza w zakresie dostępu do zdrowia, edukacji, rynku pracy oraz wymiaru sprawiedliwości. Zwrócono szczególną uwagę na ekonomiczny aspekt równouprawnienia kobiet. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia w okresie obecnego kryzysu finansowo-gospodarczego, który w znacznym stopniu dotyka kobiety. Wskazano na znaczne dysproporcje w wynagrodzeniu na rynku pracy i dyskryminację kobiet w sferze politycznej.

Oceniając efekty realizacji przyjętych na forum ONZ dokumentów dotyczących problematyki kobiet, daje się zauważyć niewielki postęp w dziedzinie ich zdrowia. Śmiertelność powodowana powikłaniami i chorobami towarzyszącymi ciąży wciąż pozostaje bardzo wysoka i jest nie do zaakceptowania. Kobiety pozostają



nadal jedną z największych populacji zagrożonych ryzykiem zakażenia HIV. Wskazano, że o ile społeczność międzynarodowa podejmuje skuteczne i wielostronne działania na rzecz zapobiegania i walki z epidemią HIV i AIDS, o tyle starania państw członkowskich na poziomie narodowym są niewystarczające, zwłaszcza w zakresie edukacji, w szczególności edukacji seksualnej, w tym szerzenia wiedzy na temat dostępności środków zapobiegających zakażeniu.

Tegorocznym obradom Komisji towarzyszyły liczne spotkania wysokiego szczebla oraz panele dyskusyjne z udziałem ekspertów, wśród nich sesja z udziałem Hilary Clinton, Sekretarz Stanu USA. W swoim wystąpieniu zwróciła ona uwagę na zależności pomiędzy rozwojem gospodarczym, redukcją ubóstwa, poprawą dostępności do systemu opieki zdrowotnej a kontynuowaniem działań na rzecz wzmocnienia roli kobiet w społeczeństwie.

Jednym z najbardziej poruszających wydarzeń podczas obrad Komisji była konferencja UNAIDS. Badania wskazują na to, że mimo iż zarówno ONZ, jak i Unia Europejska (największy światowy donator na rzecz pomocy dla krajów rozwijających się) przeznaczają miliony na walkę z pandemią, to jednak bez włączenia programów z zakresu równości płci, są to działania niejednokrotnie skazane na niepowodzenie. Michel Sidibé, dyrektor UNAIDS, wraz z piosenkarką Annie Lennox, która zaangażowała się w pomoc UNAIDS, ogłosili Plan Pracy na rzecz Przyspieszonych Działań na rzecz Kobiet, Dziewcząt, Równości Płci i HIV (2010–2014), który został opracowany, aby zmniejszyć

nierówności pomiędzy kobietami a mężczyznami i przeciwdziałać naruszaniu praw człowieka. Jak przypomniawszy Lennox, w Afryce na HIV wciąż umierają głównie kobiety i dziewczynki. Największa śmiertelność niemowląt panuje w Afryce – podczas Komisji uchwalona została specjalna rezolucja na temat redukcji umieralności niemowląt i poprawy opieki okołoporodowej dla matek. Podczas inauguracji Planu działań głos zabrała młoda dziewczyna zakażona HIV, która opowiedziała o swoim życiowym doświadczeniu i na forum ONZ, gdzie zwykle porusza się sprawy najwyższej sprawy państwowej, można było usłyszeć, że w Afryce seksem płaci się np. za przyniesienie wody, a profilaktyka bezpieczniejszego seksu prawie nie istnieje. W Kamerunie, na przykład, kobiety wychodzą z domu na 8 godzin z żeńskim kondomem na wypadek gwałtu. UNFPA co prawda nie popiera tego w żaden oficjalny sposób, ale promuje akcje typu „Kobiece kondomy dla wszystkich”.

Kolejną inicjatywą ONZ na rzecz ograniczenia pandemii HIV jest *Universal Access for Women and Girls Now!* (UA NOW!) – dwuletni program UNDP, UNIFEM i UNAIDS, na który przeznaczono 1.57 milionów dolarów. Program jest realizowany w Indiach i dziewięciu krajach wschodniej i południowej Afryki (Etiopia, Kenia, Madagaskar, Malawi, Namibia, Rwanda, Tanzania, Zambia i Swaziland).

Dzięki Madonnie głośno jest ostatnio o Malawi – kraju, z którego pochodzi jej synek, David. W Malawi 12% populacji jest zakażone HIV. Jedno na dziesięć dzieci umiera przed ukończeniem

5. roku życia. Większość tych dzieci to sieroty – jest ich ok. pół miliona. Ponad 90 000 dzieci poniżej 15. roku życia żyje z HIV. 24 000 z nich musi zażywać leki antyretrovirusowe – ale dostęp do nich ma tylko ok. 10 000 dzieci. Brak profesjonalnej opieki medycznej, sprzętu i leków to główne powody, dla których te dzieci są skazane na powolną śmierć. W kraju tym dzieci traktowane są jako tania siła robocza. Wykorzystywanie seksualne dzieci też nikogo nie dziwi. Według ONZ brak zrozumienia, że są to rzeczy karygodne, jest największą przeszkodą, w zwalczaniu epidemii AIDS.

HIV dotyka tam kolejne pokolenia dzieci – pozbawione opieki zmarłych z powodu AIDS rodziców – przejmując odpowiedzialność za gospodarstwo domowe i młodsze rodzeństwo, przez co nie kończą szkół, za to trudnią się rozmaitymi pracami, żeby zdobyć pożywienie.

W Malawi około miliona dzieci, których rodzice w większości zmarli na AIDS, przebywa w sierocińcach. Warunki, w jakich żyją, to istne piekło na ziemi. Jeden z najciekawszych projektów to trwająca od 2005 roku systematyczna pomoc dla tych dzieci – UNICEF angażuje w nie tzw. gwiazdy i celebrytów z pierwszych stron gazet, począwszy od Rihanny, a skończywszy na Madonnie czy na córce założyciela firmy Gucci. W ramach projektu budowane są szkoły dla dzieci z HIV, które oprócz edukacji, mają również zapewnioną opiekę psychologa i pracowników socjalnych. Na miejscu są wolontariusze, którzy pracują nie tylko w takich szkołach, lecz także towarzyszą tym dzieciom w życiu ich społeczności, nierzadko na ulicy.

Duża część programu UNICEF jest przeznaczona na przeciwdziałanie przenoszeniu wirusa z matki na dziecko. W Malawi kobiety w ciąży są zachęcane do testowania w kierunku HIV, a jeśli są seropozytywne – do brania leku o nazwie *Nevirapine*, który zwiększa szansę na ochronę dziecka przed zakażeniem. W kraju, w którym 1 na 8 kobiet rodzących swoje pierwsze dziecko między 15. a 24. rokiem życia żyje z HIV, jest to bardzo ważne. Ale tylko 1/3 tych kobiet ma dostęp do szpitala, gdzie może otrzymać profilaktykę wertykalną, nie wspominając o tym, że bardzo mała jest świadomość tego, że takie leki w ogóle istnieją! Brak wiedzy na temat AIDS stanowi ogromną przeszkodę w pokonaniu epidemii. Według szacunków ONZ, tylko 40% afrykańskich dziewczynek wie, że użycie prezerwatywy chroni przed HIV.

#### UNIA EUROPEJSKA

Konkluzje Rady Unii Europejskiej z 2007 roku *Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Euro-*

*pejskiej i w państwach z nią sąsiadujących* podkreślały, że ponad ćwierć wieku po wybuchu pandemii i pomimo różnorodnych starań podejmowanych na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym, HIV/AIDS nadal wyprzedza wysiłki państw członkowskich, szczególnie ciężko doświadczając kobiety, wśród których w wielu regionach świata nastąpił wzrost liczby zakażeń.

Standardem w UE jest propagowanie powszechnego dostępu do profilaktyki opartej na udokumentowanej wiedzy i do kompleksowego zmniejszania szkód, propagowania odpowiednich metod badań przesiewowych i leczenia, aby w największym możliwym stopniu zapobiegać transmisji HIV z matki na dziecko.

W Unii Europejskiej pracodawcy i związki zawodowe namawiane są do prowadzenia w miejscu pracy polityki niedyskryminacyjnej wobec osób zakażonych HIV i osób szczególnie narażonych na zakażenie, jak również do działania na rzecz zmniejszenia obaw związanych z zakażeniem, stygmatyzacją i dyskryminacją wśród pracowników przez dostarczanie obiektywnych, udokumentowanych informacji oraz zapewnienie dostępu do profilaktyki, diagnozowania, leczenia, opieki i wsparcia zgodnie z kodeksem postępowania Międzynarodowej Organizacji Pracy w zakresie HIV/AIDS oraz wskazaniami periodyka *World of Work*.

Dyrekcja Generalna ds. Rozwoju Komisji Europejskiej od kilku lat czyni wysiłki na rzecz przyjęcia 5-letniego Planu Działania na rzecz równości płci i wzmocnienia kobiet w rozwoju na lata 2010-2015, przedstawionego przez prezydentkę hiszpańską. Jest wysoce prawdopodobne, że stanie się to w trakcie Szczytu Rady w czerwcu 2010 r. Lady Catherine Ashton, Wysoka Przedstawiciel UE jest osobiście zainteresowana takim planem i miejmy nadzieję, że w końcu zostanie przyjęty. Plan nakłada specjalne zadania na Komisję Europejską w wyznaczonych ramach czasowych, jak np. przeszkolenie personelu medycznego tak, by kwestia równości płci była narzędziem stosowanym w celu ograniczania pandemii AIDS, eliminacji przemocy wobec kobiet czy ich wzmocnienie ekonomiczne.

Genezę planu stanowią Konkluzje Rady UE z kwietnia 2007 r. nt. równości płci i wzmocnienia kobiet w rozwoju, które wypracowane zostały na posiedzeniu grupy ekspertów rządowych ds. równości płci w Dyrekcji Generalnej ds. Rozwoju. Plan Działania ma na celu przede wszyst-

kim wzmocnienie równości płci, a w szczególności poprawę sytuacji kobiet w krajach rozwijających się – jest to również zapisane w Milenijnych Celach Rozwoju ONZ (Cel 3 na temat równości płci i Cel 5 mówiący o zdrowiu kobiet ciężarnych). W roku 2008 Unia Europejska przyjęła Plan Działania w zakresie realizacji Milenijnych Celów Rozwoju, a także Wytoczne Unii Europejskiej na temat zwalczania przemocy i wszelkich form dyskryminacji wobec kobiet i dziewcząt oraz Wytoczne w sprawie implementacji rezolucji ONZ nr 1325 i 1820 w sprawie kobiet, pokoju i bezpieczeństwa. Ponadto, równość płci we współpracy zewnętrznej jest zapisana jako jeden z 6 punktów agendy Mapy drogowej Unii Europejskiej na rzecz równości płci 2006-2010 – znajdzie się również w odnowionej mapie na kolejne lata. Plan działania wskazuje, że najpoważniejszymi problemami do rozwiązania są kwestie zdrowia reprodukcyjnego, pandemia HIV/AIDS oraz przemoc wobec kobiet. Komisja Europejska przygotowała plan działania w zakresie promocji polityki *gender mainstreaming*, jednej z horyzontalnych polityk społecznych Unii oraz specjalnych działań, mających na celu nie tylko równość płci, ale też zwiększenie starań na rzecz wzmocnienia sytuacji kobiet. Bardzo ważny jest również dialog polityczny z partnerami rządów jak najwyższego szczebla w krajach rozwijających się. Przeszkody, które wciąż utrudniają realizację polityki równości płci w krajach rozwijających, wskazane w planie, to przede wszystkim: brak wiedzy na temat równości płci u osób podejmujących decyzje, brak ekspertów i raportów, a także ograniczone zasoby kadrowe i finansowe. Unia Europejska jako największy światowy donator powinna pełnić funkcję nie tylko przewodnika, lecz także fundatora pomocy w zakresie realizacji równości płci. Dokument nie zobowiązuje Komisji Europejskiej do alokacji nowych środków, ale wskazuje jako źródło finansowania już istniejące mechanizmy. Polska od początku popiera starania o przyjęcie planu.

Prezydencja hiszpańska podczas czerwcowej Rady chce przyjąć jeszcze jeden ważny dokument – konkluzje Rady w sprawie światowego zdrowia, gdzie kwestie HIV/AIDS powiązane są z prawami reprodukcyjnymi i równością płci.

*Monika Ksieniewicz*  
główny specjalista w Departamencie Analiz  
Ekonomicznych i Prognoz  
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

## Pomoc dla najuboższych – dodatek mieszkaniowy

### KTO I NA JAKICH ZASADACH MOŻE SKORZYSTAĆ Z OBNIŻKI CZYNISZU

Dodatek mieszkaniowy jest formą pomocy państwa dla osób, które nie są w stanie pokryć kosztów związanych z utrzymaniem mieszkania (np. osób żyjących z HIV/AIDS otrzymujących rentę zdrowotną lub inną formę zasiłku). Informacji o zasadach przyznawania i wypłacania dodatku udzielają wydziały lokalowe w urzędach gmin oraz ośrodki pomocy społecznej w miejscu zamieszkania (gminy lub dzielnicy).

#### Podstawy prawne:

- ustawa z dn. 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych (Dz. U. z 2001 r., Nr 71, poz. 734)
- rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 28 grudnia 2001 r. w sprawie dodatków mieszkaniowych. (Dz. U. z 2001 r., Nr 156, poz. 1817)

Dodatek mieszkaniowy jest świadczeniem pieniężnym wypłacanym przez gminę, mającym na celu dofinansowanie do wydatków mieszkaniowych. Aby go otrzymać, trzeba spełnić określone w przepisach warunki.

### JAKIE KRYTERIA TRZEBA SPEŁNIAĆ PRZY UBIEGANIU SIĘ O DOPLATY DO MIESZKANIA?

Osoba ubiegająca się o dodatek mieszkaniowy powinna złożyć wniosek i dołączyć do niego deklarację o dochodach za trzy pełne miesiące kalendarzowe poprzedzające dzień złożenia wniosku oraz inne niezbędne dokumenty.

Tego rodzaju pomoc przyznaje wójt, burmistrz lub prezydent miasta w drodze decyzji administracyjnej na okres sześciu miesięcy. Liczy się je od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu złożenia wniosku o jego przyznanie.

Aby otrzymać dodatek mieszkaniowy, należy spełniać łącznie trzy warunki dotyczące tytułu zajmowania lokalu, dochodu i powierzchni mieszkania.

Dodatek mieszkaniowy może być przyznany najemcom oraz podnajemcom lokali mieszkalnych, jak również osobom, którym przysługuje spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego. Taka pomoc może być udzielona osobom zajmującym lokale mieszkalne w budynkach stanowiących ich własność i właścicielom lokali mieszkalnych, a także innym osobom mającym tytuł prawny do zajmowanego lokalu mieszkalnego i ponoszącym wydatki związane z jego utrzymaniem. Poza tym dodatek mieszkaniowy mogą otrzymać osoby zajmujące mieszkania bez tytułu

prawnego, oczekujące na przysługujący im lokal zamienny lub socjalny.

### NISKIE DOCHODY

Dodatek mieszkaniowy może być przyznany tylko na podstawie jednego z wymienionych tytułów, pod warunkiem, że średni miesięczny dochód na jednego członka gospodarstwa domowego, za trzy pełne miesiące kalendarzowe poprzedzające datę złożenia wniosku o przyznanie dodatku mieszkaniowego, nie przekroczy progów określonych w ustawie.

Dochód ten nie może przekroczyć 175% kwoty najniższej emerytury w gospodarstwie jednoosobowym. Najniższa wysokość emerytury od 1 marca 2010 r. wynosi 675,10 zł. W przypadku, gdy średni miesięczny dochód na jednego członka gospodarstwa domowego jest nieco wyższy, nie zamyka to możliwości otrzymania dodatku – jeśli kwota nadwyżki nie przekracza wysokości dodatku mieszkaniowego, należy dodatek obniżyć o tę kwotę.

Za dochód uważa się wszelkie przychody po odliczeniu kosztów ich uzyskania i składek na ubezpieczenie chorobowe, chyba że zostały już zaliczone do kosztów uzyskania przychodów.

### MAŁE MIESZKANIE

Aby otrzymać dodatek mieszkaniowy trzeba mieć mieszkanie o odpowiedniej powierzchni. Przepisy określają tak zwaną powierzchnię normatywną, na którą wypłaca się dodatek mieszkaniowy. W przeliczeniu na liczbę członków gospodarstwa domowego, nie może ona przekraczać 35 m<sup>2</sup> na jedną osobę, 40 m<sup>2</sup> na dwie osoby, 45 m<sup>2</sup> na trzy osoby, itd. Dla każdego kolejnego mieszkańca powierzchnię normatywną powiększa się o 5 m<sup>2</sup>.

Powierzchnię normatywną powiększy się o 15 m<sup>2</sup>, jeśli w lokalu mieszkalnym zamieszkuje osoba niepełnosprawna poruszająca się na wózku inwalidzkim lub osoba niepełnosprawna wymagająca oddzielnego pomieszczenia.

### WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Gmina przyznająca dodatek mieszkaniowy ma możliwość przeprowadzenia wywiadu środowiskowego. Robi to po to, by sprawdzić, czy dochody wykazane w złożonej deklaracji są prawdziwe. Wywiad taki jest zawsze przeprowadzany w miejscu zamieszkania wnioskodawcy w ciągu 14 dni od daty złożenia wniosku o przyznanie dodatku mieszkaniowego. W trakcie wywiadu ustala się aktualną sytuację dochodową, zawodową, zdrowotną i rodzinną wnioskodawcy.

Pracownik przeprowadzający wywiad ma prawo żądać od wnioskodawcy i innych członków gospodarstwa domowego złożenia oświadczenia o stanie majątkowym, w którym należy ujawnić między innymi posiadane nieruchomości i ruchomości, zasoby pieniężne oraz przedmioty wartościowe. Odmowa złożenia takiego oświadczenia będzie podstawą do wydania decyzji odmownej w sprawie przyznania dodatku mieszkaniowego.

W przypadku gdy okaże się, że istnieje rażąca dysproporcja między niskimi dochodami wykazanymi w deklaracji a faktycznym stanem majątkowym wnioskodawcy lub gdy faktyczna liczba wspólnie stale zamieszkujących i gospodarujących z wnioskodawcą jest mniejsza niż w deklaracji, organ odmawia przyznania dodatku.

### PODSTAWA DO ODEBRANIA DODATKU

Istnieją sytuacje, kiedy należy się liczyć z obowiązkiem zwrotu dodatku mieszkaniowego. Zgodnie z obowiązującymi przepisami wypłata dodatku może być wstrzymana, gdy w wyniku wznowienia postępowania stwierdzi się, że dodatek mieszkaniowy przyznano na podstawie fałszywych danych zawartych w deklaracji lub wniosku. Osoba, której przyznano dodatek, zobowiązana jest wtedy do jego zwrotu w podwójnej wysokości.

W przypadku gdy osoba, której przyznano dodatek, nie opłaca na bieżąco należności za lokal mieszkalny, wypłatę dodatku wstrzymuje się także w drodze decyzji administracyjnej do czasu uregulowania zaległości. Gdy zaległość zostanie uregulowana w terminie trzech miesięcy od wydania decyzji wstrzymującej wypłatę dodatku, dodatek mieszkaniowy zostanie wypłacony za okres, w którym wypłata była wstrzymana. Jeśli uregulowanie zaległości nie nastąpi w terminie, decyzja o przyznaniu dodatku mieszkaniowego wygasa z mocy prawa. Ponowne wystąpienie o przyznanie dodatku mieszkaniowego jest wtedy możliwe jedynie pod warunkiem uregulowania zaległości powstałych w okresie obowiązywania decyzji przyznającej dodatek.

**Dodatkowe informacje o składaniu wniosków uzyskają Państwo w swojej dzielnicy w punkcie informacyjnym urzędu miasta (wydział obsługi mieszkańców) oraz w każdym ośrodku pomocy społecznej.**

*Janusz Majchrzak*

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: [kontra@centrum.aids.gov.pl](mailto:kontra@centrum.aids.gov.pl)

Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. informacje o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze proszę przelać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”

## Przegląd prasy I-IV 2010

### WCZESNE WYKRYCIE HIV BĘDZIE ŁATWIEJSZE

Naukowiec z Centrum Palo Alto Research Center w Kalifornii skonstruował urządzenie wielkości iPoda, które pozwala na wczesne wykrywanie HIV u pacjentów. Do tej pory urządzenia laboratoryjne były duże i można je było stosować tylko w dobrze wyposażonych szpitalach. Peter Kiesel, twórca przenośnego detektora twierdzi, że już dawno dostrzegł potrzebę stworzenia takiego urządzenia, które lekarz mógłby zabrać ze sobą gdy wybiera się do afrykańskich i azjatyckich wiosek. Urządzenie, zasilane bateriami, pobiera małą próbkę krwi, a następnie oświetla ją laserem i bada spektrum odbitego światła. Obecność HIV można stwierdzić w 10 minut.

### SZPIK KRYJÓWKĄ DLA HIV

Dzięki lekom hamującym rozwój wirusa osoby zakażone HIV i chore na AIDS mogą żyć wiele lat. Warunkiem jest stosowanie terapii antyretrowirusowej. Jej przerwanie oznacza nawrót choroby. Świadczy to o tym, że HIV ukrywa się gdzieś w organizmie i jest gotów do nowego ataku.

Już wcześniej naukowcy znaleźli takie kryjówki – to m.in. komórki układu odpornościowego. Teraz specjaliści z Uniwersytetu w Michigan dodali nowy rezerwuar HIV: komórki szpiku kostnego. Osiągnięcie zespołu dr Kathleen Collins pozwoli w przyszłości na skuteczne leczenie AIDS. Badaczka w rozmowie z agencją AP powiedziała, że choć znacznie został zmniejszony wskaźnik śmiertelności z powodu AIDS, jednak do pokonania tej choroby pozostała jeszcze długa droga. Dodała, że jeżeli kiedykolwiek mamy znaleźć sposób na pozbycie się HIV z komórek, to pierwszym krokiem jest zrozumienie, gdzie trwa utajona infekcja.

### PREZERWATYWY NOWEJ GENERACJI DLA KOBIEC

Washington Post donosi, że Waszyngton będzie pierwszym amerykańskim miastem dysponującym prezerwatywami nowej generacji (FC2) dla kobiet. Władze miasta nabyły pół miliona prezerwatyw dla kobiet dzięki pomocy w postaci grantu, który otrzymały od MAC AIDS Fund.

Prezerwatywy te – jak podaje dziennik – miały być dostępne pod koniec marca lub na początku kwietnia w salonach piękności, sklepikach przy stacjach benzynowych i szkołach średnich w tych częściach miasta, gdzie według badań następuje największa koncentracja heteroseksualnej populacji angażującej się w ryzykowne zachowania seksualne. Wszystkie działania podejmowane są w ramach walki z HIV. Na to posunięcie zdecydowano się m.in. dlatego, że poleganie tylko na prezerwatywach dla mężczyzn rozdawanych w Waszyngtonie od dziesięciu lat nie przyniosło oczekiwanego rezultatu.

Prezerwatywy dla kobiet w starej wersji, zwane FC1, są dostępne w Europie od 20 lat, a w USA otrzymały atest Food and Drug Administration w 1993 roku. Ich użycie w USA było ograniczone i nieefektywne. Kobiety skarżyły się, że pierwsza wersja była zbyt droga (17\$ za pięć sztuk) i „niezadowolająca”. W 2009 roku FDA zatwierdziła do użytku drugą wersję prezerwatywy pod nazwą FC2, używaną szeroko w Republice Południowej Afryki oraz w Brazylii i Indonezji.

### W USA I CHINACH ZNIESIONO ZAKAZ WJAZDU OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIV/AIDS\*

Stany Zjednoczone zniosły obowiązujący od 22 lat zakaz wjazdu osób zakażonych HIV. Nowe przepisy obowiązują od 4 stycznia. Prezydent Barack Obama oznajmił przy tym, że zakaz był sprzeczny z planami USA, by

stać się liderem w walce z tą chorobą. W 2012 roku Stany Zjednoczone mają być gospodarzem odbywającej się co dwa lata konferencji poświęconej HIV/AIDS. Prace nad likwidacją przepisu rozpoczął jeszcze George W. Bush. Obecny prezydent ostatecznie zatwierdził nowe prawo.

Także chińskie władze zniosły, obowiązujący od ponad 20 lat zakaz wjazdu do tego kraju dla żyjących z HIV/AIDS. Pekin ogłosił tę decyzję na kilka dni przed otwarciem EXPO w Szanghaju, na które mają przyjechać miliony cudzoziemców. Chiński parlament uznał, że zakaz niedostatecznie zapobiegał rozprzestrzenianiu się chorób. Wcześniej kilkakrotnie znoszono ten zakaz (tymczasowo), gdyż stwarzał wiele problemów, zwłaszcza podczas międzynarodowych wydarzeń sportowych.

### ZABIŁ Z MIŁOŚCI

Brytyjczycy są poruszeni wyznaniem Raya Goslinga, legendarnego dziennikarza BBC, znanego autora setki filmów dokumentalnych i reportaży radiowych, znanego także z obrony praw homoseksualistów, o które zaciekle walczył. W publicznym wystąpieniu podczas telewizyjnej relacji przyznał się do zabójstwa swojego kochanka chorującego na AIDS. Powiedział, że zrobił to, aby partner dłużej nie cierpiał. Przyznał, że kiedy lekarze oświadczyli, iż nic już nie mogą zrobić dla chorego, po ich wyjściu, uduł go poduszką.

Gosling broni się, przekonując, że miał czyste i szlachetne intencje. Mówi, że zawarł z kochankiem umowę, w której dziennikarz obiecał, iż nie pozwoli mu cierpieć. Jego partner – twierdzi – bardzo bał się cierpienia. On sam natomiast, podejmując taką decyzję, kierował się jedynie miłością do przyjaciela.

*Małgorzata Olczyk*

\* Więcej informacji w artykule ze str. 2-3 „Podróżowanie z HIV”

**kontra** 

Redakcja:  
Redaktor naczelna – Katarzyna Gajewska  
Zastępca redaktor naczelnej – Iwona Kłapińska  
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz  
Wydawca:  
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:  
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa  
tel. (+22) 331 77 77, fax (+22) 331 77 76  
e-mail: [kontra@aids.gov.pl](mailto:kontra@aids.gov.pl)  
[www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl)

**Egzemplarz bezpłatny**  
Redakcja zastrzega sobie prawo  
adjustacji i skracania artykułów.





## Szkoła, małe dzieci a kwestia HIV/AIDS

*Kilka najczęściej spotykanych pytań/problemów oraz propozycje ich rozwiązania.*



**N**a wstępie konieczne jest wyjaśnienie: „HIV można zakażać się tylko wówczas, kiedy do naszego organizmu przedostanie się zakażona krew i płyny ustrojowe takie, jak nasienie i wydzielina z pochwy. Nie zakażymy się HIV przez kichnięcie, kaszel, używanie tych samych sprzętów codziennego użytku, od ugryzienia komara, czy przez pływanie w tym samym basenie co osoba zakażona HIV. Nie ma również dowodów na zakażenie się przez kontakt ze śliną, łzami, potem, moczem lub kałem chorego. Jednakże pojawienie się nawet niewielkiej ilości krwi w tych bezpiecznych płynach ustrojowych może przenieść zakażenie. Jeśli zakażona krew pojawi się w ślinie, to zakażenie może przenieść się na inną osobę podczas całowania lub seksu oralnego. (...) Żeby kogoś zakażać, wirus musi pokonać naturalne ochronne bariery ciała, do których należą skóra i śluzówki. Możliwości do zakażenia stwarzają skaleczenia, otarcia, uszkodzenie śluzówek. Istnieją trzy główne drogi zakażenia HIV: podczas stosunków seksualnych

z penetracją bez stosowania prezerwatywy, poprzez dostanie się zakażonej krwi do naszego krwioobiegu (...), w czasie ciąży, podczas porodu lub karmienia piersią przez matkę zakażoną HIV”<sup>1</sup>.

W związku z praktycznym brakiem możliwości zakażenia HIV podczas zwykłych kontaktów międzyludzkich, fundamentalne znaczenie ma ochrona podstawowych praw człowieka w stosunku do osób żyjących z HIV, przede wszystkim dzieci. Wielu ekspertów twierdzi, że „właśnie respektowanie praw człowieka wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS jest jednym z podstawowych warunków opanowania tej epidemii. Prawa te odnoszą się do wszystkich dziedzin naszego życia: zdrowia, nauki, pracy (...). Nie istnieją odrębne zapisy prawa i etyki odnoszące się wyłącznie do osób zakażonych HIV. Wszystkie wynikają z ogólnie obowiązującego prawa”<sup>2</sup>. Na podstawie przepisów Konstytucji, każdy (w tym oczywiście dzieci żyjące z HIV) ma prawo do nauki, która do 18. roku życia jest obowiązkowa<sup>3</sup>. W innej części Konstytucja mówi, że wszyscy są wobec prawa równi, wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny (oczywiście przyczyną dyskryminacji nie powinno być zakażenie HIV)<sup>4</sup>. Ponadto, zgodnie z ustawą o systemie oświaty,

oświata w Rzeczypospolitej Polskiej stanowi wspólne dobro całego społeczeństwa; kieruje się zasadami zawartymi w Konstytucji RP, a także wskazaniami zawartymi w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Konwencji o Prawach Dziecka (...). Szkoła winna zapewnić każdemu (!) uczniowi warunki niezbędne do jego rozwoju, przygotować go do wypełniania obowiązków rodzinnych i obywatelskich w oparciu o zasady solidarności, demokracji, tolerancji, sprawiedliwości i wolności<sup>5</sup>. Dzieci żyjące z HIV mają te same prawa, co wszystkie inne dzieci, „nie istnieją żadne przepisy zakazujące im nauki, studiowania, uprawiania sportu, pływania z innymi w jednym basenie, uczęszczania do kina, teatru itp. Osoby zakażone HIV mogą w pełni uczestniczyć w życiu publicznym i realizować swoje zainteresowania”<sup>6</sup>. Dziecko z HIV w szkole musi być traktowane na równi z wszystkimi innymi uczniami.



## WYMAGANIA WZGLĘDEM PLACÓWKI EDUKACYJNEJ, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO Z HIV

Ustawa o systemie oświaty określa warunki, jakie spełnić muszą poszczególne placówki edukacyjne w określonych sytuacjach. Na jej podstawie powstało rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, które określa ogólne przepisy bezpieczeństwa i higieny obowiązujące w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, z uwzględnieniem w szczególności warunków pracy i nauki w czasie pobytu w szkole, w tym w warsztatach, laboratoriach i pracowniach szkolnych, oraz zajęć z wychowania fizycznego, zawodów sportowych i wycieczek turystycznych oraz postępowanie przy wypadkach uczniów. Jest to jedyne szczegółowe rozporządzenie wykonawcze w sprawie bezpieczeństwa i higieny w szkołach. W żadnym miejscu nie wspomina ono o jakichkolwiek szczególnych wymaganiach w stosunku do tych szkół, w których uczą się dzieci z HIV. Również w żadnym innym akcie prawnym nie ma przepisów nakładających na takie szkoły dodatkowe wymagania. Szkoła, w której uczy się dziecko zakażone HIV lub chore na AIDS, nie podlega żadnym specjalnym przepisom prawnym z tego powodu. Musi oczywiście spełniać wszystkie nałożone na nią, m.in. wyżej wymienione rozporządzeniem ogólnej zasady, które jeśli oczywiście są stosowane, w pełni wystarczą, aby zapobiec przeniesieniu zakażenia na inne osoby podczas zwykłych szkolnych kontaktów. Praktyką jest, że w szkołach, których władze wiedzą, że uczęszcza do nich dziecko żyjące z HIV, wydaje się ogólne zarządzenie o konieczności stosowania podstawowych środków zabezpieczających typu rękawiczki medyczne zawsze, kiedy udziela się pierwszej pomocy (np. opatrunek skaleczenia itp.) każdemu dziecku. Powyższe oczywiście powinno być normą w każdej szkole czy placówce edukacyjnej.

## INFORMOWANIE WŁADZ SZKOŁY PRZEZ OPIEKUNÓW PRAWNYCH DZIECKA O JEGO ZAKAŻENIU HIV – OBOWIĄZEK CZY DOBROWOLNA DECYZJA

Na mocy Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym<sup>7</sup>. Ponadto, nikt nie może być obowiązany do ujawniania informacji dotyczących jego osoby inaczej niż na podstawie ustawy<sup>8</sup>. Nie ma ustawy, która nakazywałaby informowanie władz szkoły czy też grona pedagogicznego o tym, że określone dziecko żyje z HIV lub jest chore na AIDS. Nie ma też ku temu przesłanek medycznych.

Zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem dziecko pozostaje aż do pełnoletności pod władzą rodzicielską, a jego rodzice lub opiekunowie prawni do czasu osiągnięcia przez nie pełnoletności podejmują bądź wyrażają zgodę w jego imieniu na określone czynności prawne. Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, jednakże powinna być wykonywana tak, jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny<sup>9</sup>. Jak słusznie twierdzą autorzy *Najważniejszych pytań o HIV/AIDS*, rodzice lub opiekunowie prawni dziecka są „upoważnieni do zachowania w tajemnicy faktu zakażenia ich dziecka i nie są zobowiązani do informowania o tym personelu przedszkola, szkoły lub innego zakładu lub środowiska, w którym dziecko przebywa. Wydaje się jednak, że dla dobra dziecka ktoś powinien wiedzieć o jego zakażeniu, na przykład wychowawca w przedszkolu czy szkole, gdyż umożliwia to objęcie dziecka wymaganą w niektórych przypadkach szczególną opieką. Wychowawcy i inni pracownicy są zobowiązani do zachowania w tajemnicy faktu zakażenia dziecka”<sup>10</sup>.

Decyzja o ewentualnym poinformowaniu dyrektora szkoły (lub/oraz innych jej pracowników) o zakażeniu

dziecka należy do rodziców (opiekunów prawnych). Jest to ich dobrowolna decyzja, obowiązujące prawo nie nakłada na nich takiego obowiązku. Obowiązek informowania o zakażeniu spoczywa przede wszystkim na osobie żyjącej z HIV i dotyczy tylko partnera seksualnego osoby zakażonej. Zarówno władze szkoły, jak i wszyscy jej pracownicy, którzy uzyskali informację o zakażeniu HIV ich podopiecznego, są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej.

## SPOSÓB POSTĘPOWANIA WŁADZ SZKOŁY LUB INNYCH PRACOWNIKÓW PO OTRZYMANIU INFORMACJI O ZAKAŻENIU HIV ICH PODOPIECZNEGO

Władze szkoły, które poinformowano, że określone dziecko żyje z HIV, nie mogą przekazywać tej informacji ani nauczycielowi prowadzącemu to dziecko, ani gronu pedagogicznemu, ani tym bardziej rodzicom pozostałych dzieci, chyba że rodzice (lub opiekunowie prawni) zakażonego dziecka wyraźnie wyrażą na to zgodę. Wszyscy pracownicy szkoły, którzy uzyskali takie informacje, są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej.

Tajemnica zawodowa to tajemnica poznana w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową<sup>11</sup>, a jej przestrzeganie to jeden z głównych obowiązków pracownika wynikający bezpośrednio z kodeksu pracy<sup>12</sup>.

Przyjąć należy, że zachowanie tajemnicy o zakażeniu dziecka obejmować będzie również informacje uzyskane drogą nieoficjalną (niesprawdzone informacje często okazują się nieprawdziwe, a rozpowszechnianie plotek o tym, że jakieś dziecko żyje z HIV, może mieć dla niego daleko idące konsekwencje). Decyzja czy poinformować szkołę, nauczycieli bądź wychowawców dziecka o jego zakażeniu HIV należy bezpośrednio do jego rodziców lub opiekunów. Decyzja ta powinna być podyktowana przede wszystkim dobrem dziecka. Wszystkie osoby (zwłaszcza pracownicy medyczni,

sojalni, nauczyciele), które w ramach wykonywania obowiązków zawodowych uzyskały informacje o tym, że jakieś dziecko żyje z HIV, są zobowiązane do zachowania tajemnicy zawodowej.

#### **DZIAŁANIA SZKOŁY W SYTUACJI, GDY UCZEŃ INFORMUJE NAUCZYCIELA I/LUB KOLEŻANKI/ KOLEGÓW O KONTAKTACH SEKSUALNYCH Z OSOBĄ ZAKAŻONĄ HIV**

Sposób postępowania nauczyciela oraz szkoły w stosunku do ucznia, który informuje o kontaktach seksualnych z osobą zakażoną HIV, będzie w dużej części uzależniony od wieku ucznia. Wyróżnić należy kilka przedziałów wiekowych, które dzieli granica ukończenia 15., 16. i 18. roku życia.

Na podstawie kodeksu karnego prawna granica wieku dla kontaktów seksualnych wynosi 15 lat. Zgodnie z art. 200 k.k. kontakt seksualny lub inna czynność seksualna z małoletnim poniżej 15. roku życia podlega karze pozbawienia wolności do lat 5. Ewentualna zgoda lub przyzwolenie małoletniego nie ma znaczenia<sup>13</sup>. Podobnej karze podlega nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie krytycznego położenia małoletniego i doprowadzenie go do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej, albo do wykonania takiej czynności<sup>14</sup>. Sytuacja, gdy wyżej wymieniony czyn popełniają w stosunku do siebie nawzajem małoletni przed ukończeniem 15. roku życia, tzn. oboje dopuszczają się czynu zabronionego (kontakt seksualny z dzieckiem poniżej 15. roku życia zawsze jest przestępstwem) – paradoksalnie będąc jednocześnie jego ofiarami – będzie podlegać ocenie właściwego sądu orzekającego na podstawie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich<sup>15</sup>. Natomiast zgodnie z przepisami kodeksu postępowania karnego każdy, kto dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu (do takich należy kontakt seksualny z małoletnim), ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję,

zaś instytucje państwowe i samorządowe (w tym szkoły), które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane do takiego zawiadomienia<sup>16</sup>. W związku z powyższym, dowiadując się o możliwości popełnienia przestępstwa z art. 199 lub 200 k.k. (zwłaszcza gdy istnieje możliwość ewentualnego zakażenia małoletniego HIV), nauczyciel jako osoba prywatna ma społeczny obowiązek, zaś szkoła jako instytucja ma obowiązek prawny powiadomić o tym prokuratora lub policję. Oczywiście w takiej sytuacji należy przede wszystkim niezwłocznie powiadomić przedstawicieli ustawowych dziecka (rodzice lub opiekunowie prawni).

W przypadku uzyskania informacji o kontaktach małoletniego pomiędzy 15. a 16. rokiem życia z osobą zakażoną (podobnie, jak w przypadku dzieci, które nie ukończyły 15 lat) należy powiadomić przedstawicieli ustawowych dziecka oraz poinformować ich o konieczności zgłoszenia się z dzieckiem do lekarza celem przeprowadzenia niezbędnych badań. W stosunku do małoletniego poniżej 16. roku życia na wszelkie interwencje medyczne (w tym również na wykonanie testu na HIV oraz podjęcie ewentualnego leczenia) konieczna jest zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka (jest to zgoda zastępcza – nie wymaga się zgody samego pacjenta). Kontakt seksualny z małoletnim, który ukończył 15 lat, nie jest przestępstwem, w związku z tym nie dokonuje się zawiadomienia policji lub prokuratury (chyba że nie był on dobrowolny).

Dziecko do ukończenia pełnoletności pozostaje pod opieką rodziców. Małoletni pomiędzy 16. a 18. rokiem życia współdecydują o własnym leczeniu. Do podjęcia czynności medycznych dotyczących zarówno badań, jak i udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, oprócz zgody przedstawiciela prawnego lub opiekuna faktycznego, konieczna jest zgoda samego małoletniego<sup>17</sup>. W związku z powyższym przyjąć należy, że przedstawiciele prawni dziecka po-

winni zostać poinformowani o jego kontaktach z osobą zakażoną tak, aby wspólnie mogli podjąć decyzję co do dalszego postępowania. Zdrowie dziecka jest znacznie ważniejsze od ewentualnego naruszenia jego prywatności. Ponadto zarówno dziecko, jak i jego opiekunów prawnych należy poinformować o konieczności zgłoszenia się do lekarza oraz przeprowadzenia testu na HIV. Taki test, za zgodą przedstawiciela ustawowego, małoletni może zrobić w jednym z punktów testowania.

Zarówno nauczyciele, wychowawcy, jak i inni pracownicy szkoły (medycy i socjali), których pełnoletni uczeń poinformował o swoich kontaktach z osobą zakażoną HIV powinni zachować pełną dyskrecję i nie ujawniać tych informacji innym, w tym rodzicom dorosłego ucznia. Uczeń powinien zostać poinformowany o zagrożeniu zakażeniem, jego możliwych konsekwencjach, a zwłaszcza o możliwości wykonania testu w kierunku HIV.

Każda osoba dorosła (ukończone 18 lat) ma możliwość wykonania testu na HIV bez skierowania, bezpłatnie i anonimowo, w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych na terenie całego kraju. Wykonanie testu oraz jego odbiór poprzedzone są spotkaniem ze specjalistą, który zapewnia nie tylko uzyskanie niezbędnej wiedzy, ale również wsparcie emocjonalne. Pełną listę punktów wraz z adresami i godzinami otwarcia można znaleźć na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS<sup>18</sup>. Młodzież (a nie tylko osoby, które mogły mieć kontakty z osobami zakażonymi) powinna być informowana o takiej możliwości, a szkoła i nauczyciele mają ku temu doskonałe możliwości. Nauczyciel nie ma natomiast prawnych możliwości, aby zmusić ucznia do wykonania testu na HIV, gdyż co do zasady konieczna jest wyraźna zgoda osoby badanej (lub przedstawiciela ustawowego, albo też obu – w zależności od wieku badanego). Sytuacje, w których można pobrać i zbadać krew w kierunku HIV bez wyraźnej zgody badanego lub nawet

wbrew jego woli, są wyjątkiem. Ucznia powinno się również poinformować o odpowiedzialności wynikającej z art. 161 k.k. Osoba seropozytywna ponosi odpowiedzialność (kara pozbawienia wolności do lat 3) za świadome bezpośrednie narażenie innej osoby na zarażenie<sup>19</sup>. Bezpośrednio narażony na zakażenie jest przede wszystkim partner seksualny osoby zakażonej. Jest to przestępstwo ścigane na wniosek pokrzywdzonego. Uczeń powinien wiedzieć, że ma możliwość złożenia wniosku o ściganie, należy również pamiętać o odpowiedzialności cywilnej.

Natomiast każdy, kto stwierdzi istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego, w szczególności naruszanie zasad współżycia społecznego, popełnienie czynu zabronionego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego lub kształcenia zawodowego, używanie alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, uprawianie nierządu, włóczęgostwo, udział w grupach przestępczych, ma społeczny obowiązek odpowiedniego przeciwdziałania temu, a przede wszystkim zawiadomienia o tym rodziców lub opiekuna nieletniego, szkoły, sądu rodzinnego, policji lub innego właściwego organu. Każdy dowiedziawszy się o popełnieniu czynu karalnego przez nieletniego, ma



społeczny obowiązek zawiadomić o tym sąd rodzinny lub policję. Instytucje państwowe i organizacje społeczne, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przez nieletniego czynu karalnego ściganego z urzędu, są zobowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym sąd rodzinny lub policję oraz przedsięwziąć czynności niecierpiące zwłoki, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów popełnienia czynu<sup>20</sup>.

Szukając rozwiązań licznych problemów pojawiających się na linii dziecko żyjące z HIV – szkoła, należy pamiętać, że podstawowymi punktami odnie-

sienia powinny być dobro dziecka oraz poszanowanie praw człowieka i praw dziecka.

Dzieci zakażone HIV mają prawo do równego traktowania; do wolności od dyskryminacji; do nauki, zabawy, realizowania swoich zainteresowań i uczestnictwa w życiu społecznym na równi z wszystkimi innymi.

*Magdalena Gwizdak  
prawnik współpracujący  
z Krajowym Centrum ds. AIDS  
udzielający bezpłatnych porad prawnych  
w zakresie HIV/AIDS  
m.gwizdak@centrum.aids.gov.pl*

1. Najważniejsze pytania o HIV/AIDS. Wydanie drugie uaktualnione. Wydawnictwo Poznańskie, 2007, str. 24 - 25.
2. Najważniejsze pytania o HIV/AIDS. Wydanie drugie uaktualnione. Wydawnictwo Poznańskie, 2007, str. 114.
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U.97.78.483), art. 70.1.
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U.97.78.483), art. 32.
5. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U.04.256.2572 j.t.), preambuła.
6. Najważniejsze pytania o HIV/AIDS. Wydanie drugie uaktualnione. Wydawnictwo Poznańskie, 2007, str. 122-123.
7. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U.97.78.483), art. 47.
8. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U.97.78.483), art. 51.1.
9. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. (Dz.U.64.9.59), art. 92 i art. 95.
10. Najważniejsze pytania o HIV/AIDS. Wydanie drugie uaktualnione. Wydawnictwo Poznańskie, 2007, str. 121.
11. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. (Dz.U.97.88.553), art. 266.
12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. (Dz.U.97.88.553), art. 100 § 2.
13. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. (Dz.U.97.88.553), art. 200.
14. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. (Dz.U.97.88.553), art. 199.
15. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. (Dz.U.97.88.553), art. 10.
16. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego. (Dz. U. 97.), art. 304.
17. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 32.
18. <http://www.aids.gov.pl/?page=testy>
19. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. (Dz.U.97.88.553), art. 161.
20. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich. (Dz.U.02.11.109), art. 4.

**kontra** 

Redakcja:  
Redaktor naczelna – Katarzyna Gajewska  
Zastępca redaktor naczelnej – Iwona Kłapińska  
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz  
Wydawca:  
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:  
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa  
tel. (+22) 331 77 77, fax (+22) 331 77 76  
e-mail: kontra@aids.gov.pl  
www.aids.gov.pl

**Egzemplarz bezpłatny**  
Redakcja zastrzega sobie prawo  
adjustacji i skracania artykułów.