

خلاصه

پنجمین برنامه ملی استراتژیک کنترل عفونت HIV

جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۹-۱۴۰۳



کمیته نظارت بر اجرای برنامه - SIP

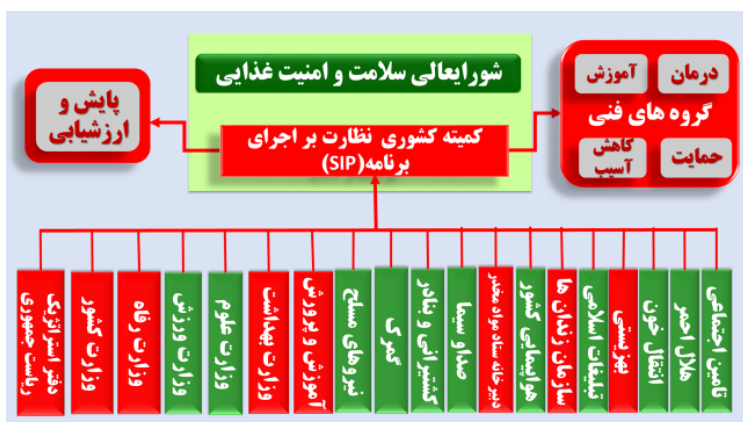
۵	خلاصه مراحل تدوین برنامه
۸	بخش اول: تحلیل وضعیت موجود
۸	۱. تاریخچه و روند کلی اپیدمی در ایران
۸	۲. موارد شناسائی و ثبت شده مبتنی بر نظام ثبت و گزارش دهی روتین
۹	پراکندگی جنسی موارد شناسائی و ثبت شده
۹	پراکندگی سنی موارد شناسائی و ثبت شده
۱۰	درصد راههای انتقال موارد شناسائی و ثبت شده
۱۱	پراکندگی جغرافیایی موارد زنده مطابق گزارش های روتین
۱۱	۳. موارد مورد انتظار (تخمین) مبتنی بر اسپکتروم
۱۱	فراوانی تخمین موارد زنده
۱۲	عفونت های جدید برآورد شده
۱۲	برآورد تعداد مرگ سالیانه ناشی از ایدز
۱۲	۴
۱۲	بخش دوم: بررسی و انتخاب استراتژی
۱۲	چشم انداز برنامه
۱۳	اهداف نهایی برنامه
۱۳	اهداف میان مدت برنامه
۱۴	استراتژیهای برنامه
۱۵	بخش سوم: به اجرا گذاردن استراتژی ها
۱۵	گروه های هدف برنامه
۱۷	شرکاء اصلی برنامه
۱۸	اهداف سالیانه (کوتاه مدت)
۳۳	سازمان دهی اجرای برنامه
۳۳	اهداف سازماندهی
۳۳	سطح کشوری:
۳۴	اعضای کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه ملی کنترل عفونت اچ آی وی (SIP کشوری)
۳۵	اهداف و شرح وظایف SIP کشوری
۳۶	نحوه مشارکت سازمانهای شریک برنامه
۳۷	سطح استانی

- ۳۷ اعضای گروه استانی نظارت بر اجرای برنامه ملی کنترل عفونت اچ آی وی (SIP استانی)
- ۳۸ اهداف و شرح وظایف SIP استانی
- ۳۹ شاخص های پایش و ارزشیابی- شاخص های نتیجه نهایی (Impact indicator)
- ۴۰ شاخص های برآیند (Outcome Indicators)

## پیشگفتار

پنجمین برنامه ملی استراتژیک کنترل عفونت اچ آی وی برای سال های ۱۳۹۹ لغایت ۱۴۰۳ با همکاری نزدیک و همه جانبه ی تمامی سازمان ها و ارگان های ذیربط تدوین گردیده است. این برنامه در ادامه چهارمین برنامه استراتژیک کنترل اچ آی وی تهیه شده است. چهارمین برنامه استراتژیک (۱۳۹۴-۱۳۹۸) به تأیید شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسید و با توشیح ریاست محترم جمهور جهت اجرا به کلیه سازمان ها و ارگانهای ذیربط ابلاغ شد. این برنامه که با مشارکت ۲۳ سازمان و ارگان تدوین شده بود، مشتمل بر ۵ هدف نهایی، ۱۱ هدف بینابینی، ۱۱ استراتژی، ۱۸۷ هدف اختصاصی بود.

پس از تصویب برنامه با توجه به وسعت برنامه و تعدد شرکای برنامه، مسؤلیت نظارت و پیگیری عملیاتی شدن برنامه از سوی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بر عهده «کمیته نظارت بر اجرای برنامه» **Supervising Implementation of the Program (SIP)** قرار گرفت. این کمیته مشتمل بر سازمانها و ارگانهایی است که بیشترین سهم در اجرا و یا بیشترین نقش نظارتی را عهده دار بودند:



۱. وزارت بهداشت - مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
  ۲. وزارت بهداشت - دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
  ۳. وزارت کشور
  ۴. وزارت آموزش و پرورش
  ۵. وزارت رفاه، تعاون، کار و امور اجتماعی
  ۶. سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
  ۷. سازمان بهزیستی
  ۸. دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری
- \*نماینده مرکز بررسی های استراتژیک ریاست جمهوری

این کمیته در دو سطح کلی کشوری و استانی تعریف شده است و

کمیته کشوری که ۵ زیرکمیته (گروه های فنی) را شامل می شد عهده دار وظایف زیر است:

۱. تعیین ساختار، شرح وظایف و اعضاء کمیته های فنی و نظارت بر تشکیل کمیته های فنی و پیگیری صورتجلسات آنها
۲. تعیین الگو و فرمتی واحد برای دستورالعملها و ابلاغ به کمیته های فنی برای تهیه دستورالعمل ها
۳. دریافت گزارش میزان پیشرفت برنامه از کمیته پایش و ارزشیابی و اعلام به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۴. تعیین منابع موجود و مقایسه با منابع پیش بینی شده در برنامه
۵. بازبینی سالیانه "برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز" مبتنی بر پیشنهادات و نتایج پایش و ارزشیابی برنامه
۶. \*آموزش و تشکیل کمیته های استانی SIP

کمیته نظارت بر اجرای برنامه کنترل عفونت اچ آی وی در آخرین سال چهارمین برنامه استراتژیک با توجه به تغییرات در عوامل موثر و الگوی اپیدمی اچ آی وی نسبت به اولویت بندی استراتژیها و اهداف پنجمین برنامه ملی اقدام کرده و همزمان زمینه ارزیابی و تحلیل سیستماتیک وضعیت موجود برای تدوین پنجمین برنامه استراتژیک را فراهم آورد. به این منظور زیرکمیته های فنی SIP مشتمل بر کارشناسان و نمایندگان شرکاء اصلی برنامه ضمن یک مرور اجمالی از وضعیت موجود به ارزیابی تغییرات الگوی اپیدمیولوژیک بیماری در کشور که می تواند در روند اجرایی کنترل عفونت اچ آی وی تاثیر گذار باشد، پرداختند.

مبتنی بر نتیجه این ارزیابی، اولویت هایی که در برنامه کنترل ایدز باید مورد توجه قرار گیرند به شرح زیر در سرلوحه کار تدوین پنجمین برنامه استراتژیک قرار گرفت:

اگرچه به نظر می‌رسد شیوع HIV در ایران در جمعیت عمومی هنوز پایین است، اما بقا این امر در گرو استمرار خدمات پیشگیری در سطح وسیع است.

در چند سال اخیر، شواهدی مبنی بر افزایش تعداد زنان مبتلا به HIV نیز مشاهده شده است. اگرچه با اقدامات تشخیصی به موقع و درمان مادران همچنان تعداد کودکان مبتلاندک است، ولی در صورت عدم گسترش مداخلات مؤثر پیشگیری، انتقال HIV از مادر به کودک می‌تواند مشکل‌ساز شود.

اقدامات درمانی به موقع برای زوجین مبتلا به اچ آی وی، می‌تواند منجر به فرزندآوری سالم در این افراد شود و این یکی از اهداف مهم برنامه استراتژیک پنجم است.

انتقال HIV در ایران از راه انتقال خون، به طور کامل کنترل شده و ضروری است اقدامات کنترلی با قوت بیشتر و بهره‌گیری از روزآمدترین امکانات ادامه یابد.

اگرچه نتایج مطالعات میدانی حاکی از کاهش شیوع اچ آی وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (حدود ۳,۲ درصد) است، این نتیجه در بین تزریق‌کنندگان کنونی مواد است. با توجه به تغییر الگوی مصرف در سال‌های اخیر، بسیاری از موارد مبتلا به اچ آی وی در کشور در بین افرادی هستند که سابقه تزریقی مواد را داشته‌اند. لذا علی‌رغم کاهش شیب رشد همه‌گیری در این گروه جمعیتی هنوز یکی از عمده‌ترین جمعیت‌های کلیدی در برنامه کنترل اچ آی وی در ایران محسوب می‌شوند.

دولت جمهوری اسلامی ایران که متعهد به کنترل عفونت اچ آی وی برای ارتقاء سلامت آحاد جامعه است، با حمایت از رویکردی مشارکت‌جویانه با تدوین برنامه ملی استراتژیک و مشارکت همه شرکای برنامه، حول یک برنامه واحد در قالب یک کمیته هدایت‌کننده متحد و با یک برنامه پایش و ارزشیابی، مداخلات خود را سنجیده و **نقاط اصلی مداخله که علاوه بر اهداف و استراتژیهای برنامه چهارم، در برنامه**

**استراتژیک پنجم باید مورد توجه ویژه قرار گیرند** را به شرح زیر مشخص کرده است:

۱. توجه خاص به ارتقای کیفی همه خدمات (به گونه‌ای که شعار «انقلاب کیفیت»، سرلوحه اقدامات برنامه پنجم قرار دارد)
۲. توجه ویژه و تقویت برنامه‌های پیشگیری، از جمله افزودن راهبرد پیشگیری دارویی به برنامه پنجم
۳. گسترش پوشش خدمات کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و بهبود کیفیت این خدمات
۴. توجه ویژه به تغییر الگوی اپیدمی با توجه به تغییر الگوی مصرف مواد و افزودن اهداف مرتبط با مصرف مواد محرک
۵. ارتقای برنامه‌های پیشگیری در زنان و شناسایی زنان باردار مبتلا به منظور ارائه خدمات پیشگیری از انتقال مادر به کودک
۶. ارتقای کمی و کیفی برنامه‌های شناسایی موارد مبتلا به اچ آی وی
۷. استمرار و تقویت کیفی پوشش درمان ضد رتروویروسی و ارتقای زنجیره تأمین و توزیع دارو، مراقبت و درمان موارد مقاوم به درمان
۸. ارتقای شناسایی سل در مبتلایان به اچ آی وی و شناسایی اچ آی وی در مبتلایان به سل و توجه ویژه به زندان‌ها
۹. ایجاد باور عمومی بر اینکه اچ آی وی یک بیماری عفونی قابل کنترل است
۱۰. تقویت تحقیقات کاربردی به‌ویژه در زمینه پایش درمان و مقاومت‌های دارویی
۱۱. تقویت زیرکمیته‌های تخصصی SIP، به منظور هماهنگی بیشتر درون‌بخشی و برون‌بخشی و پرهیز از موازی‌کاری

همچنان اصلی ترین استراتژی کنترل اپیدمی اچ آی وی، مراقبت و درمان مبتلایان به بیماری است. در صورتی که افراد مبتلا به اچ آی وی تحت درمان استاندارد ضد رتروویروسی قرار گیرند، با کاهش تعداد ویروس در خون و ترشحاتشان (کاهش بار ویروسی) ضمن آنکه با کاهش چشمگیر عوارض بیماری می توانند زندگی سالم تری داشته باشند، احتمال انتقال بیماری به سایرین نیز به حداقل ممکن می رسد. به همین خاطر در حال حاضر "درمان" هم چنان یکی از موثرترین روش های "پیشگیری" نیز شناخته شده می شود و برنامه پنجم نیز مانند برنامه چهارم در راستای تحقق اهداف ۹۰-۹۰-۹۰ تدوین شده است:

**۹۰٪ افراد مبتلا شناسائی شوند.** 📌

**۹۰٪ افراد شناسائی شده تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گیرند.** ✌️

**در ۹۰٪ افراد تحت درمان، بار ویروسی آنقدر کاهش یابد که غیر قابل اندازه گیری شود.** 🙌

بدیهی است این مهم تنها در صورتی میسر می گردد که این افراد از بیماری خود مطلع بوده، برای دریافت خدمات مراقبت و درمان تمایل داشته و به این خدمات دسترسی داشته باشند و خدمات را به صورت مستمر دریافت دارند. اگرچه برنامه چهارم در راستای اهداف دوم (پوشش درمان افراد شناسائی شده) و سوم (کاهش بارویروسی در افراد تحت درمان) موفقیت های چشمگیری داشت اما همچنان تحقق هدف اول (شناسائی موارد مبتلا) با چالش جدی مواجه است. لذا کمیته SIP در قالب یک طرح ملی اقدام به ارزیابی علل و موانع تشخیص اچ آی وی نموده، مبتنی بر نتایج آن محوریت برنامه تشخیص در برنامه پنجم را مبتنی بر اصول **Differentiated Test** در ۵ محور اصلی تعریف نمود.

## خلاصه مراحل تدوین برنامه

در ابتدای سال ۱۳۹۸ وظیفه تدوین "پنجمین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز برای سال های ۱۴۰۳-۱۳۹۹" از طرف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به "**کمیته نظارت بر اجرای برنامه SIP**" محول شد. این برنامه پس از تأیید نهایی "**کمیته کشوری SIP**"، به "**شورای عالی سلامت و امنیت غذایی**" ارائه گردید تا پس از تصویب شورای عالی سلامت، جهت تأیید نهایی به **هیئت دولت** ارائه گردد و با توشیح "**رئیس جمهور محترم**" جهت اقدام، به سازمان ها و ارگانهای ذیربط ابلاغ شود.

### تیم تدوین برنامه استراتژیک:

این تیم متشکل از کارشناسان و صاحب نظران کشوری و در قالب ۵ زیر گروه تخصصی به شرح زیر بود:

۱. آموزش و اطلاع رسانی
۲. پیشگیری (کاهش آسیب - پیشگیری انتقال جنسی - پیشگیری انتقال مادر به کودک)
۳. مراقبت و درمان اچ آی وی و بیماریهای مقاربتی
۴. حمایت
۵. پایش و ارزشیابی

تیم تدوین برنامه استراتژیک مبتنی بر **نتایج تحلیل وضعیت موجود** و **اهداف و استراتژیهای برنامه استراتژیک چهارم** در قالب چندین جلسه رسمی، اقدام به تدوین پنجمین برنامه استراتژیک نمودند. همزمانی اپیدمی کووید مراحل تدوین برنامه پنجم را به تعویق انداخت.

### گام اول تحلیل وضعیت موجود

تحلیل وضعیت موجود در چهار بخش مختلف به شرح زیر انجام شد:

۱. **معرفی شرایط کلی کشور:** در این فصل به معرفی اطلاعات کلی کشور شامل جمعیت، اقتصاد، شاخص توسعه انسانی، سواد، الگوی خانواده و وضعیت تاهل و شاخص های سلامت در ایران پرداخته شده است.

۲. **بررسی وضعیت اپیدمی:** این فصل مشتمل بر تاریخچه و روند کلی اپیدمی در ایران، فراوانی کل موارد شناسائی و ثبت شده مبتنی بر نظام ثبت و گزارش دهی روتین و فراوانی موارد مورد انتظار (تخمین) است. در قسمت بعدی همین فصل وضعیت اپیدمی اچ آی وی در زیر گروه های جمعیتی مختلف مانند مصرف کنندگان تزریقی مواد، زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی، مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی و کودکان خیابانی و ... مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفته است.

۳. **بررسی پاسخ به اپیدمی (برنامه های استراتژیک کنترل در کشور):** در این قسمت ضمن ارزیابی کلیه زیرساخت های موجود به تحلیل نتایج حاصل از اجرای برنامه استراتژیک چهارم پرداخته شده است.

۴. **بررسی چالش های موجود:** در این بخش با در نظر گرفتن تغییرات روند اپیدمی و نتیجه شاخص های برنامه سوم به تحلیل مهمترین چالش ها و شکاف در پاسخ ملی پرداخته شده است.

## گام دوم تعیین کلیات برنامه

مبتنی بر نتایج حاصل از تحلیل وضعیت موارد زیر تعیین شد:

۱. تعیین گروه های هدف برنامه: ۲۵ گروه هدف برای برنامه تعیین شد.

۲. تعیین شرکای برنامه

## گام سوم: بررسی و انتخاب استراتژی

مبتنی بر نتایج ارزیابی و تحلیل وضعیت موجود موارد زیر تعیین شد:

۱. تدوین چشم انداز برنامه

۲. تعیین اهداف نهایی برنامه در قالب ۵ هدف اصلی

۳. تعیین اهداف میان مدت در قالب ۱۱ هدف میان مدت

سپس ماتریس گروه های هدف و سطوح پیشگیری تشکیل و مبتنی بر آن استراتژیهای برنامه مشخص شد.

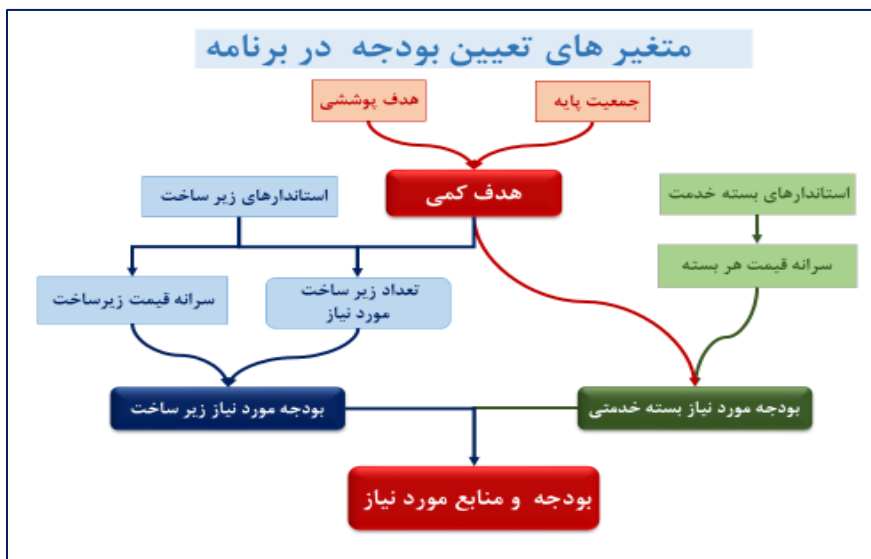
۴. تبیین استراتژیهای برنامه در قالب ۱۲ استراتژی اصلی

## گام چهارم: به اجرا گذاردن استراتژی ها

در این بخش ابتدا اهداف اختصاصی یا سالیانه با تعیین روند ۵ ساله مبتنی بر اعداد پایه تعیین شد و در همین مرحله مسئولیت اجرایی نمودن اهداف بین شرکای برنامه تقسیم شد. اهداف اختصاصی به صورت پوششی و کمی تعیین شدند. سپس رئوس برنامه های اجرایی در قالب ۱۶ برنامه اصلی نوشته شد و سپس سازماندهی برای اجرای برنامه صورت گرفت و ساختار سازمانی و کمیته ها و ترکیب اعضا آنها تعیین گردید.

### گام پنجم: تعیین بودجه

در این مرحله ضمن تعیین مراحل و روش برآورد بودجه، ابتدا سرانه قیمت هر خدمت مبتنی بر استانداردهای تعیین شده خدمت مورد نظر تعیین شده و سپس بودجه سالیانه برنامه برای هر هدف محاسبه شد و جداول بودجه مورد نیاز به تفکیک استراتژیها، گروه های هدف، سازمان های متولی تهیه شده و در انتها با تحلیل بودجه به تفکیک برنامه ها پرداخته شد.



### گام ششم: پایش و ارزشیابی

این بخش توسط کمیته پایش و ارزشیابی کشوری تدوین شد و شامل موارد زیر است:

۱. ساختار و نظام پایش و ارزشیابی

۲. شاخص های نتیجه نهایی Impact

۳. شاخص های برآیند Outcome

۴. شاخص های برونداد Output

۵. شاخص های درونداد Input

### گام هفتم: طراحی برنامه نرم افزاری

در قالب یک برنامه نرم افزاری در محیط اکسل، امکانی فراهم شده که متناسب با اهداف پوششی جمعیت پایه، اهداف کمی توسط برنامه تعیین شود و مبتنی با استانداردهای تعریف شده، زیرساخت های مورد نیاز متناسب با اهداف کمی، توسط برنامه نرم افزاری تعیین می شود. پیش فرض هایی مانند میزان شیوع بیماری در هر جمعیت هدف و یا تخمین سایز های جمعیتی در برنامه تعبیه شده که با کمک آنها، میزان شناسائی افراد جدید متناسب با اهداف تشخیصی توسط برنامه نرم افزاری تعیین می شود.

این برنامه ضمن محاسبه بودجه، منابع مورد نیاز را به تفکیک گروه های هدف، استراتژی ها، حیطه های فعالیت و برنامه ها و شرکای برنامه تعیین می کند و این قابلیت را دارد که متناسب با منابع در دسترس بتوان با تغییر هر یک از متغیرها، بودجه و منابع مورد نیاز اجرای برنامه را تغییر داد.

این برنامه نرم افزاری قابلیت ارائه برنامه استراتژیک (اهداف کمی و پوششی و بودجه مورد نیاز) را به تفکیک زیر دارد:

۱. گروه های هدف

۲. شرکای برنامه

۳. حیطه های پیشگیری و درمان و ...

۴. برنامه های ۱۶ گانه

با تعیین سهم مبتنی بر سازمان مجری، حیطه فعالیت، گروه هدف و ... امکان اولویت بندی و تغییر اولویت ها را متناسب با شرایط و منابع فراهم می کند.



## بخش اول: تحلیل وضعیت موجود

### ۱. تاریخچه و روند کلی اپیدمی در ایران

نخستین مورد گزارش و ثبت شده ابتلا به اچ آی وی در ایران در سال ۱۳۶۵ و در مورد یک کودک شش ساله مبتلا به بیماری هموفیلی بود. از طریق دریافت فرآورده های خونی آلوده مبتلا شده بود. بررسی کلیه افراد هموفیلی در کشور که تعداد آنها در آن زمان حدود ۲۰۰۰ نفر بود و همه آنها از فرآورده های خونی (فاکتور ۸ و فاکتور ۹) وارداتی استفاده کرده بودند، مشخص شد که حدود ۱۵ درصد از این افراد به ویروس ایدز (HIV) مبتلا شده اند. با این ترتیب موج اول همه گیری اچ آی وی و ایدز (انتقال از طریق فرآورده های خونی) در کشور از اوایل دهه ۱۳۶۰ در میان افراد هموفیلی دریافت کننده فرآورده های خونی آلوده آغاز شد.

موج دوم همه گیری از اوایل دهه ۱۳۷۰ در میان معتادان به مواد مخدر تزریقی و به عبارتی مصرف کنندگان تزریقی مواد به علت استفاده از سرنگ و سوزن مشترک و آلوده شروع شد. گسترش این عفونت با روش تزریق مواد به زندان ها نیز کشیده شد، که در بدو امر بیش از ۸۰ درصد از مبتلایان به اچ آی وی را معتادان تزریقی تشکیل می دادند (۱). تعداد موارد ثبت شده ی انتقال از راه تزریق تا سال ۱۳۸۴ به طور مداوم افزایش یافته است و در سال ۱۳۸۵ کاهشی در حدود ۱۶ درصد نسبت به سال قبل داشت و در سال های بعد تا اندازه ای ثابت مانده است. تا ابتدای سال ۱۳۹۹، ۶۰ درصد از کل موارد شناخته شده اچ آی وی در ارتباط با مصرف تزریقی مواد بوده است. با ایجاد مراکز مشاوره بیماری های رفتاری از سال ۱۳۷۹ برنامه پیشگیری و کنترل ایدز با استقبال بیشتری روبرو شد و با ایجاد مراکز مشاوره و تست داوطلبانه (VCT) در اغلب استان ها و شهرستان های کشور همراه با توزیع سرنگ و سوزن یکبار مصرف در بین مصرف کنندگان تزریقی و ترویج برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی، موفقیت بیشتری در کاهش آسیب در معتادان تزریقی و جلوگیری از انتشار وسیع اچ آی وی در جامعه به دست آمد.

در طی چند سال اخیر با توجه به مصرف مواد محرک صنعتی از نوع آمفتامین ها و متامفتامین ها که رفتارهای جنسی ماهر گسیخته را سبب می شوند، درصد موارد ابتلا به علت تماس جنسی رو به افزایش نهاده است. این تغییرات و افزایش بار اچ آی وی منتسب به راه انتقال جنسی می تواند ناشی از افزایش شناسایی زنان مبتلا نیز باشد، هر چند افزایش رفتارهای پرخطر جنسی در گروه های مختلف جامعه و البته زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی نیز بر این افزایش سایه سنگینی زده اند. در هر حال افزایش احتمال انتقال جنسی همچنان توأم با استمرار خطر انتقال تزریقی است و اکنون شاهد تلفیق همزمان موج دوم و سوم در گسترش این ویروس هستیم.

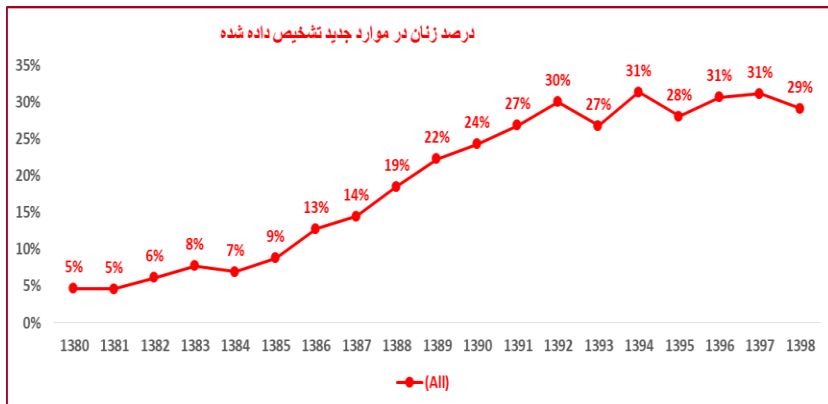
در این بخش به تحلیل وضعیت اپیدمی بر دو مبنای زیر پرداخته خواهد شد:

۱. موارد شناسایی و ثبت شده مبتنی بر نظام ثبت و گزارش دهی

۲. موارد تخمین مبتنی بر اسپکتروم

### ۲. موارد شناسایی و ثبت شده مبتنی بر نظام ثبت و گزارش دهی روتین

بر اساس آمار جمع آوری شده از دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تا تاریخ انتهای ۱۳۹۸ شمسی مجموعاً ۴۱۴۹۴ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی و ثبت شده اند ۱۹۱۶۴ نفر آنها فوت کرده اند و ۲۲۳۳۰ نفر مورد شناسایی شده زنده هستند.

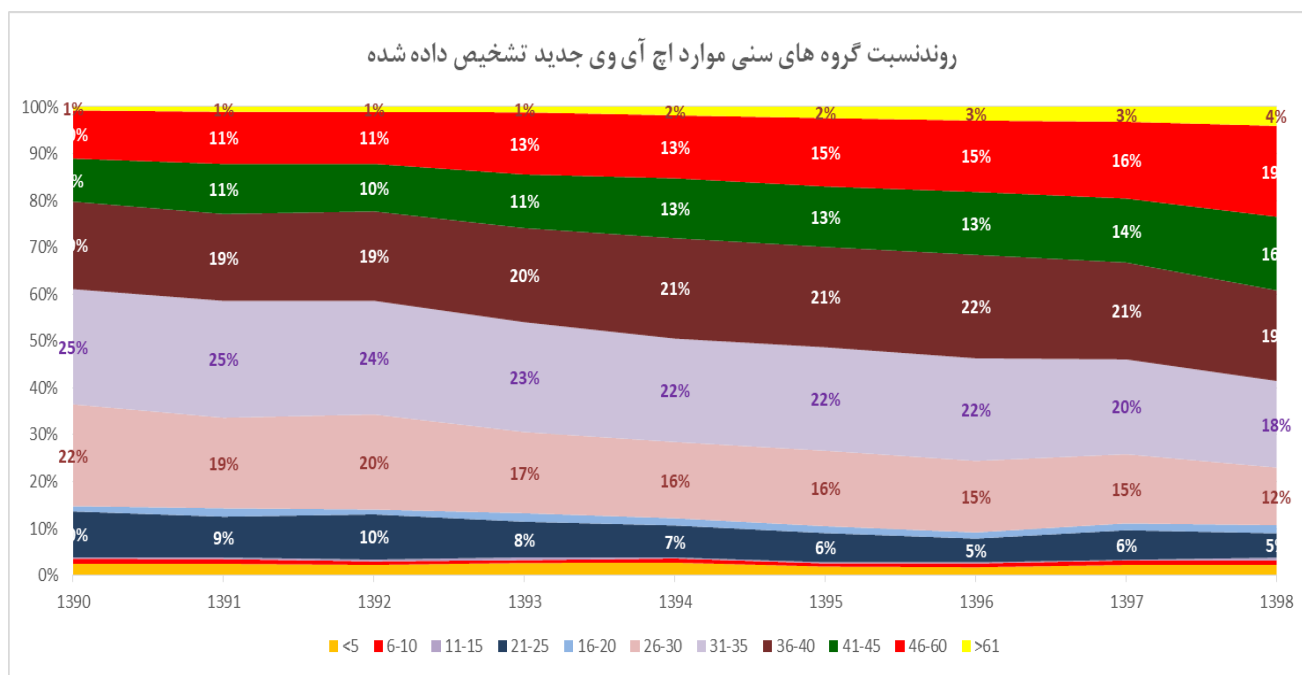


## پراکندگی جنسی موارد شناسایی و ثبت شده

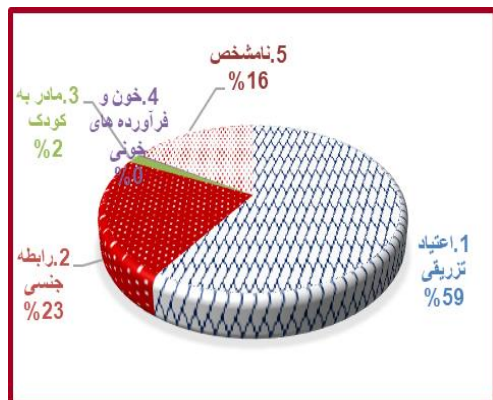
اگرچه در موارد تجمعی ۸۲ درصد موارد شناخته شده را مردان و ۱۸ درصد را زنان تشکیل می دهند؛ اما درصد ابتلای زنان در موارد جدید شناسایی شده از ۵٪ در سال ۱۳۸۰ به ۲۹٪ در سال ۱۳۹۸ رسیده است.

## پراکندگی سنی موارد شناسایی و ثبت شده

در موارد جدید شناسایی شده بیشترین تعداد مبتلایان در دو گروه سنی ۲۶-۳۵ سال و ۳۶-۴۵ سال است. ۳۵ درصد از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا در گروه سنی ۳۶-۴۵ سال قرار داشته اند که بالاترین نسبت در بین گروه های سنی را به خود اختصاص می دهند. روند گروه های سنی بالای ۶۱ سال در زمان تشخیص رو به تزاید بوده و از ۱ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۴ درصد در سال ۱۳۹۸ رسیده است.

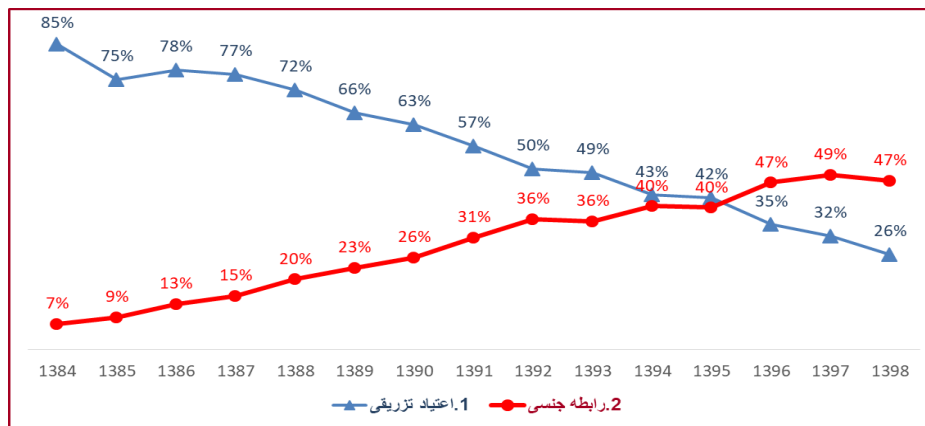


## درصد راههای انتقال موارد شناسایی و ثبت شده

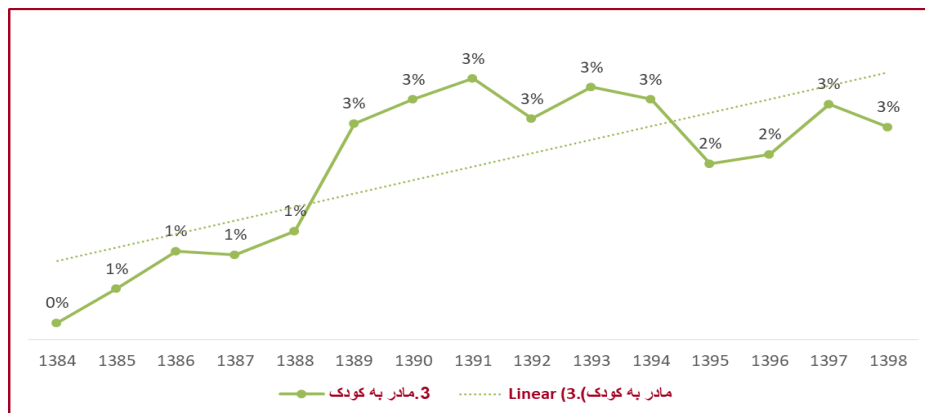


مهمترین راه انتقال عفونت اچ آی وی در ایران از طریق تزریق بوده است. بعد از آن راه انتقال جنسی دومین راه انتقال محسوب می شود. (علل ابتلا به HIV در بین کل مواردی که از سال ۱۳۶۵ تا بحال در کشور به ثبت رسیده اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد (۵۹درصد)، رابطه جنسی (۲۳درصد)، دریافت خون و فرآورده های خونی (۰,۲ درصد) و انتقال از مادر به کودک (۲درصد) بوده است. راه انتقال در ۱۶ درصد از این گروه نامشخص مانده است.

این در حالی است که سالیانه درصد ابتلا از طریق تزریق رو به کاهش بوده و درصد انتقال از طریق جنسی رو به افزایش است به گونه ای که در موارد جدید شناسایی شده در سال ۱۳۹۸ چهل و هفت درصد موارد جدید از طریق راه انتقال جنسی مبتلا شده اند.

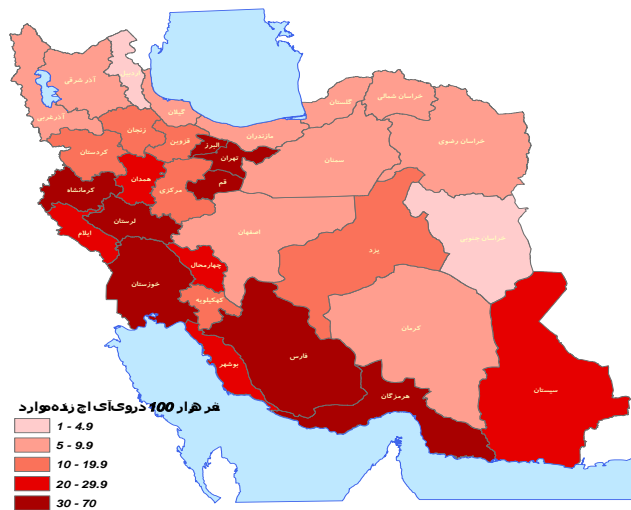


همچنین تعداد موارد شناسایی شده انتقال مادر به کودک نیز در طی سالهای اخیر اندکی افزایش داشته است.



## پراکندگی جغرافیایی موارد زنده مطابق گزارش های روتین

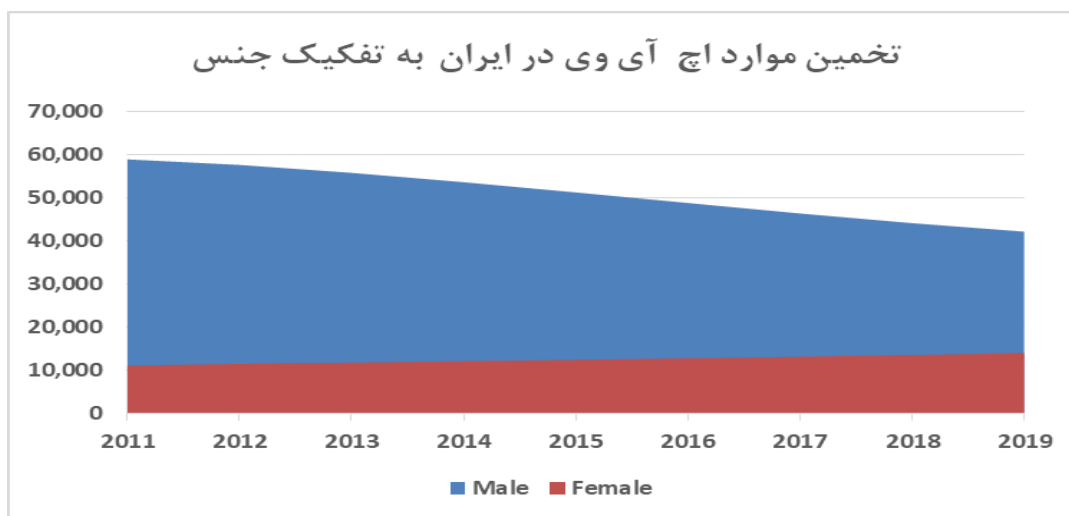
بیشترین موارد اچ آی وی زنده شناسایی شده در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت تا پایان سال ۱۳۹۸ شمسی در استان های تهران، فارس، خوزستان، لرستان، هرمزگان، کرمانشاه، قم، البرز ثبت شده است.



## ۳. موارد مورد انتظار (تخمین) مبتنی بر اسپکتروم

### فراوانی تخمین موارد زنده

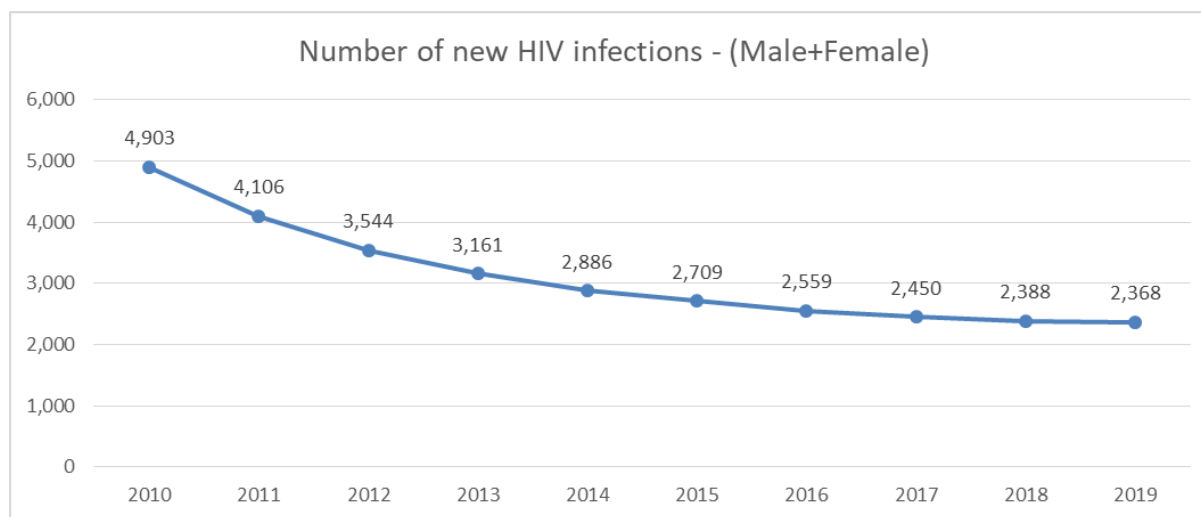
مطالعه تخمین موارد هر ساله با کمک نرم افزار اسپکتروم در کشور انجام می شود. مسلماً دقت این تخمین بسیار وابسته به دقت داده های ورودی نرم افزار از جمله، پوشش درمان ضد رتروویروسی و تخمین جمعیت های کلیدی و مطالعات شیوع در آن جمعیت ها می باشد. تخمین انجام شده در سال ۲۰۲۰ حاکی از کاهش تدریجی کل جمعیت مبتلایان در کشور است، اگر چه در تفکیک جنسی شاهد افزایش نسبی در تخمین جمعیت زنان در مقابل کاهش جمعیت مردان هستیم.



## عفونت های جدید برآورد شده

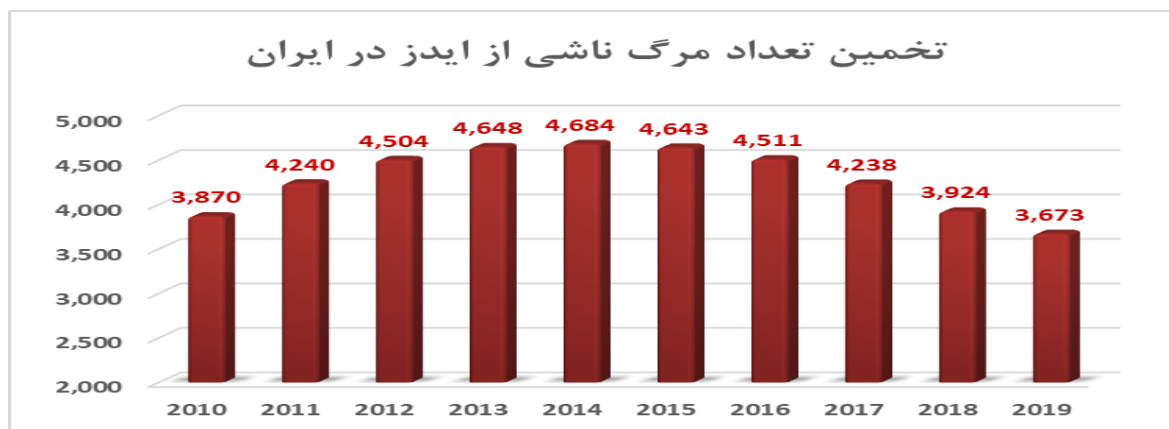
برآورد تعداد عفونت های جدید اچ آی وی در ایران را در دو گروه جنسی مردان و زنان و همچنین به صورت کلی نشان داده است. برای سال ۲۰۱۰، این تعداد در کل برابر ۴۹۰۳ نفر بوده است روند تخمین موارد جدید (احتمالا تحت تاثیر پوشش درمان و خدمات کاهش آسیب) رو به کاهش است به گونه ای که تخمین زده می شود در سال ۲۰۱۹ این عدد ۲۳۶۸ نفر در سال باشد.

## برآورد تعداد مرگ سالیانه ناشی از ایدز



برآورد تعداد مرگ های سالیانه ناشی از ایدز در ایران تا سال ۲۰۱۴ روند افزایشی داشته است. با افزایش پوشش درمان از سال ۲۰۱۴ به بعد روند مرگ ناشی از ایدز رو به کاهش بوده است و تخمین زده می شود در سال ۲۰۱۹ حدود ۳۶۷۳ نفر در سال به دلیل ایدز جان خود را از دست داده اند.

۴



## بخش دوم: بررسی و انتخاب استراتژی

### چشم انداز برنامه

در راستای سیاست های کلان نظام سلامت و با هدف به صفر رساندن موارد جدید ابتلا به عفونت اچ آی وی و مرگ ناشی از آن، کلیه ارگانها و سازمانهای دست اندرکار اعم از دولتی و غیر دولتی با مشارکت و همکاری نهاد های ملی و بین المللی

تلاش می کنند تا ضمن رفع کامل تبعیض و کاهش انگ ناشی از بیماری شرایطی را فراهم آورند تا امکان دسترسی عادلانه و یکسان برای همه اقشار جامعه اعم از زن، مرد و کودک؛ صرف نظر از نژاد، آئین و مذهب به خدمات پیشگیری، تشخیص، مراقبت و درمان فراهم آید.

## اهداف نهایی برنامه

این اهداف مبتنی بر نتایج تحلیل وضعیت اپیدمی و استفاده از نتایج برنامه های قبلی ملی و تجارب بین المللی تبیین شده اند. اهداف نهایی عمدتاً در حیطه کاهش بروز موارد جدید و کاهش مرگ و میر می باشند.

۱. تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از ۰,۱۵٪ باقی بماند.
۲. تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در مصرف کنندگان تزریقی کشور کمتر از ۵٪ باقی بماند.
۳. تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از ۵٪ باقی بماند.
۴. تا پایان سال ۱۴۰۳ میزان بروز عفونت HIV در نوزادان زنده متولد از زنان باردار مبتلا به اچ آی وی به میزان ۹۰٪ کاهش یابد.
۵. تا پایان سال ۱۴۰۳ مرگ منتسب به ایدز در مبتلایان به اچ آی وی به میزان ۲۰٪ کاهش یابد.

## اهداف میان مدت برنامه

این اهداف مبتنی بر نتایج تحلیل وضعیت اپیدمی و استفاده از نتایج برنامه های قبلی ملی و تجارب بین المللی تبیین شده اند. برای هدف نهایی بین یک تا چند هدف میان مدت تعیین شده است اهداف میان مدت عمدتاً در حیطه تغییرات نگرشی و یا رفتاری می باشند.

تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از ۰,۱۵٪ باقی بماند.	۱	
تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۳۰٪ در افراد ۱۵ تا ۴۹ ساله بتوانند هم روش های پیش گیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند.	۱	۱
تا پایان سال ۱۴۰۳ انتقال اچ آی وی از طریق دریافت خون صفر باقی بماند.	۱	۲
تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در سوء مصرف کنندگان تزریقی کشور کمتر از ۵٪ باقی بماند.	۲	

تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۴۱٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی موادبتوانند هم روش‌های پیش‌گیری از انتقال اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم درخصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد کنند.	۲	۱
تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۶۰٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین بار از وسائل استریل و غیر مشترک در مصرف مواد استفاده کنند.	۲	۲
<b>تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از ۵٪ باقی بماند.</b>		
تا پایان سال ۱۴۰۳ درصد افراد در معرض خطر انتقال جنسی که می‌توانند هم روش‌های پیش‌گیری از انتقال اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم درخصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد کنند ۲۰٪ نسبت به عدد پایه افزایش یابد.	۳	۱
تا پایان سال ۱۴۰۳ درصد افراد در معرض بیشترین خطر انتقال جنسی که در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم جهت پیگیری از انتقال عفونت استفاده کرده اند ۲۰٪ افزایش یابد.	۳	۲
<b>تا پایان سال ۱۴۰۳ میزان بروز عفونت HIV در نوزادان زنده متولد از زنان باردار مبتلا به اچ آی وی به میزان ۹۰٪ کاهش یابد.</b>		
تا پایان برنامه ۹۰٪ مادران باردار مبتلا به اچ آی وی تخمین زده شده، تحت پوشش درمان استاندارد پیشگیری انتقال مادر به کودک قرار گرفته باشند.	۴	۱
<b>تا پایان سال ۱۴۰۳ مرگ منتسب به ایدز در مبتلایان به اچ آی وی به میزان ۲۰٪ کاهش یابد.</b>		
تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۷۹٪ افراد مبتلا به HIV تخمین زده شده، شناسائی شده باشند.	۵	۱
تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۷۶٪ افراد مبتلا به HIV شناسائی شده، تحت درمان ضد رتروویروسی قرار بگیرند.	۵	۲
تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۹۰٪ از افراد مبتلا به HIV تخمین زده شده، بار ویروسی کمتر از ۱۰۰۰ داشته باشند.	۵	۳
تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۹۲٪ افراد مبتلا به HIV که یک سال از زمان شروع درمان آنها گذشته به درمان ادامه بدهند.	۵	۴

## استراتژیهای برنامه

در بحث تعیین استراتژیهای علاوه بر استراتژیهای مرتبط با هر گروه، استراتژی ایجاد نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و پژوهش‌های کاربردی به منظور تعیین وضعیت موجود و ارزیابی شاخص‌های میزان پیشرفت برنامه و استراتژی تقویت زیرساخت‌های لازم به منظور فراهم آوردن امکان عملیاتی نمودن فعالیتهای مرتبط با اهداف هر استراتژی؛ دو استراتژی مهمی هستند که مد نظر قرار خواهند گرفت.

حیطه	استراتژی
پیشگیری	S01 ۰۱. آموزش و اطلاع رسانی و ارتباطات
پیشگیری	S02 ۰۲. پیشگیری انتقال از راه خون و فراورده های خونی
پیشگیری	S03 ۰۳. پیشگیری از انتقال تزریقی و کاهش آسیب
پیشگیری	S04 ۰۴. پیشگیری از انتقال جنسی و استفاده از کاندوم صرفا به عنوان وسیله پیشگیری از انتقال عفونت
پیشگیری	S05 ۰۵. پیشگیری از طریق انتقال مادر به کودک
پیشگیری	S06 ۰۶. پیشگیری داروئی انتقال اچ آی وی
پیشگیری	S07 ۰۷. تشخیص، مراقبت و درمان STI
تشخیص	S08 ۰۸. مشاوره و آزمایش تشخیصی اچ آی وی
درمان	S09 ۰۹. مراقبت و درمان افراد مبتلا به اچ آی وی
حمایت	S10 ۱۰. توانمند سازی و حمایت افراد متاثر از اچ آی وی
زیرساخت	S11 ۱۱. نظام مراقبت اپیدمیولوژیک
زیرساخت	S12 ۱۲. تقویت زیرساخت ها و مدیریت بحران

## بخش سوم: به اجرا گذاردن استراتژی ها

### گروه های هدف برنامه

گروه هدف	زیر گروه هدف
ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی	ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی
مبتلایان به بیماریهای مقاربتی	مبتلایان به بیماریهای مقاربتی
پناهندگان	پناهندگان
جمعیت حاشیه نشین	جمعیت حاشیه نشین
جوانان	NGO- جوانان
	جوانان پرخطر
	جوانان سخت در دسترس
	دانش آموزان
	دانشجویان
	داوطلبین جمعیت هلال احمر
	سربازان
	ورزشکاران
داوطلبین اهداء خون	پذیرش شدگان اهدا خون
	پذیرش شدگان اهدا خون پرخطر
زنان باردار	زنان باردار



گروه هدف	زیر گروه هدف
زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV	زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV
زندانیان	مبتلایان به بیماریهای مقاربتی
	زندانیان ورودی
	زندانیان با اقامت بیش از 10 روز
	زندانیان واجد شرایط دریافت آگونیست
	مبتلایان به بیماریهای مقاربتی
مصرف کنندگان تزریقی مواد	مصرف کنندگان تزریقی مواد مستمر در 3 ماه گذشته
	مصرف کنندگان تزریقی مواد حداقل 1 بار در سال گذشته
جمعیت عمومی	عموم مردم
	داوطلبین مشاوره
کارگران مراکز کارگری	کارگران پرخطر مراکز کارگری (دور از خانه)
	کودکان کار/خیابان
مبتلایان به HIV	مبتلایان به HIV
	مبتلایان به HIV باردار
	نوزادان متولد از مادر مبتلا به HIV
	مبتلایان به HIV مصرف کننده مواد
مبتلایان به سل	مبتلایان به سل
مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV	مبتلایان به بیماریهای مقاربتی
	مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV
مشاغل متحرک	راننده ترانزیت
	مشاغل متحرک
	ملوان
مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد	مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد
مصرف کنندگان مواد محرک	مصرف کنندگان مواد محرک
شرکاء جنسی افراد کلیدی	همسر زندانی
	شرکاء جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد
	شرکاء جنسی زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV
افراد تراجنسیتی	افراد تراجنسیتی
افرادى که در معرض مواجهه مستقیم با ویروس قرار گرفته اند	افرادى که در معرض مواجهه مستقیم با ویروس قرار گرفته اند
	شرکاء جنسی مبتلایان به ایدز
	شرکاء تزریقی مبتلایان به ایدز
افرادى که در بالقوه در خطر مواجهه با ویروس قرار دارند	مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV
	زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV
	افراد تراجنسیتی
	مصرف کنندگان تزریقی مواد
جمعیت ساکن در مناطق پرخطر	جمعیت ساکن در مناطق پرخطر
افراد مبتلا به نشانگان ایدز	بزرگسالان مبتلا به نشانگان ایدز
	کودکان مبتلا به نشانگان ایدز

## شرکاء اصلی برنامه

نام ادارات و زیر مجموعه ها	شرکاء برنامه
<p>مرکز مدیریت بیماریهای واگیر اداره پیشگیری و کاهش آسیب مصرف مواد و الکل آزمایشگاه مرجع سلامت مرکز مدیریت شبکه دفتر آموزش و ارتقاء سلامت اداره سلامت مادران اداره سلامت کودکان اداره باروری سالم مرکز سلامت محیط و کار معاونت آموزشی معاونت درمان - مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها دانشگاه های علوم پزشکی</p>	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>
<p>سازمان تامین اجتماعی جمعیت هلال احمر سازمان انتقال خون مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان تبلیغات اسلامی اداره بهداشت و درمان سازمان هواپیمایی کشوری سازمان صدا و سیما سازمان بنادر و دریانوردی سازمان راهداری و حمل و نقل جاده ای معاونت کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی ارتش سپاه نیروی انتظامی</p>	<p>سازمان تامین اجتماعی جمعیت هلال احمر سازمان انتقال خون سازمان بهزیستی سازمان تبلیغات اسلامی سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور سازمان هواپیمایی کشوری سازمان صدا و سیما سازمان بنادر و دریانوردی سازمان راهداری و حمل و نقل جاده ای دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ستاد کل نیروهای مسلح</p>
<p>دفتر سلامت و تندرستی دفتر امور آسیب های اجتماعی معاونت آموزشی معاونت آموزشی سازمان امور اجتماعی وزارت ورزش و جوانان</p>	<p>وزارت آموزش و پرورش وزارت رفاه، تعاون، کار و امور اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی وزارت کشور وزارت ورزش و جوانان</p>

## اهداف سالیانه (کوتاه مدت)

این اهداف که عمدتاً اهداف پوششی و سالیانه هستند مبتنی بر نتایج تحلیل وضعیت اپیدمی و استفاده از نتایج برنامه های قبلی ملی و تجارب بین المللی تبیین شده اند. برای هر هدف میانی، بین یک تا چند هدف سالیانه تعیین شده است. مبنای اصلی در تبیین این اهداف، زیر گروه های جمعیتی و نیاز های آنها به بسته های خدمات برای نیل به اهداف میان مدت می باشد. به این ترتیب اجزاء اصلی هر بسته خدمت در اهداف کوتاه مدت، در راستا اهداف میان مدت و نهایی برنامه تعیین شد. علاوه بر این در این بخش از برنامه، مبتنی بر رسالت سازمانی شرکا برنامه، متولی و یا متولیان هر هدف تعیین شدند. در صورتی که برای یک هدف بیش از یک سازمان متولی وجود داشته باشد سهم هر سازمان در پوشش مرتبط با هدف مذکور مشخص شده است.

### ۱. آموزش و اطلاع رسانی و ارتباطات

S01	001	S01
حدافل ۱٪، برنامه های تلویزیونی در سطح ملی و استانی به آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی اختصاص یابد.		
حدافل ۱٪، برنامه های رادیویی در سطح ملی و استانی به آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی اختصاص یابد.		
واحدهای سیاستگزاری و اجرایی سازمانهای شرکا برنامه در کلیه شهرستانها حدافل یک برنامه استاندارد اطلاع رسانی عمومی در خصوص راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی داشته باشند.		
تا پایان برنامه حدافل ۷۰٪ دانش آموزان دوره متوسطه ۱ و ۲ تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی قرار گیرند.		
تا پایان برنامه حدافل ۷۰٪ دانشجویان در طول دوره آموزشی خود تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی قرار گیرند.		
تا پایان برنامه حدافل ۷۰٪ سربازان ( در دوره آموزشی) در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی قرار گیرند.		
تا پایان برنامه حدافل ۷۰٪ داوطلبین جمعیت هلال احمر در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی قرار گیرند.		
تا پایان برنامه های آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، از طریق برنامه های ورزشی در حدافل ۷۰٪ اماکن ورزشی به وسیله مربیان آموزش دیده به جوانان ورزشکار ارائه شود.		
تا پایان برنامه حدافل ۷۰٪ سازمان های مردم نهاد ویژه جوانان، برنامه آموزشی مدون در خصوص آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی را برگزار کنند.		
تا پایان برنامه حدافل ۷۰٪ برنامه های آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، در ازا هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در شهرستانها جهت جوانان سخت در دسترس برگزار شود.		
تا پایان برنامه حدافل ۷۰٪ کودکان کار/خیابان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی قرار گیرند.		
تا پایان برنامه حدافل ۷۰٪ مناطق پرخطر در سال، برنامه های آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، در قالب آموزش اجتماع مدار داشته باشند.		
تا پایان برنامه حدافل ۷۰٪ مساجد و مکانهای مذهبی در سال، برنامه های آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، در قالب آموزش اجتماع مدار داشته باشند.		

تا پایان برنامه در حداقل ۹۵٪ از مراکز سازمان راهداری و حمل و نقل جاده ای در سال برنامه استاندارد اطلاع رسانی در خصوص راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما و مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی به رانندگان ترانزیت ارائه شود.	<b>S01</b>	<b>O14</b>
تا پایان برنامه حداقل ۷۰٪ فرودگاه های کشور در سال، برنامه های آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، در قالب آموزش اجتماع مدار داشته باشند.	<b>S01</b>	<b>O15</b>
تا پایان برنامه حداقل ۷۰٪ ملوانان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O16</b>
تا پایان برنامه حداقل ۲۰٪ از کارگران پرخطر ( دور از خانه ) در سال تحت آموزش استاندارد اطلاع رسانی در خصوص راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O17</b>
تا پایان برنامه حداقل ۸۰٪ ازندانیان با اقامت بیش از ۱۰ روز در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر کاهش استیگما و مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، اصول کاهش آسیب قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O18</b>
تا پایان برنامه حداقل ۴۰٪ از همسرزندانان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، نحوه مراقبت از خود و قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O19</b>
تا پایان برنامه حداقل ۷۰٪ از پناهندگان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O20</b>
تا پایان برنامه حداقل ۴۵٪ ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح و مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی و اصول احتیاطات استاندارد با افزایش پذیرش بیماران قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O21</b>
تا پایان برنامه حداقل ۹۵٪ مبتلایان به سل در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، ارتباط سل و اچ آی وی و نحوه مراقبت از خود قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O22</b>
۱۰۰٪ از اهدا کنندگان خون در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O23</b>
۱۰۰٪ افرادی که به علت رفتار پر خطر در زمینه انتقال HIV از اهداء خون معاف می گردند با راههای انتقال HIV و راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی آشنا گردند.	<b>S01</b>	<b>O24</b>
تا پایان برنامه حداقل ۴۰٪ مصرف کنندگان غیر تزریقی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی و نحوه مراقبت از خود قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O25</b>
تا پایان برنامه حداقل ۶۰٪ مصرف کنندگان مواد تزریقی در سال تحت پوشش آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، راههای کاهش آسیب قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O26</b>
حداقل ۴۰٪ زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی، در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح با مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، راههای کاهش آسیب و استفاده صحیح از وسیله پیشگیری از انتقال عفونت قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O27</b>
حداقل ۵٪ مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی، در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، راههای کاهش آسیب و قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O28</b>
حداقل ۲۵٪ افراد تراجنسیتی، در سال، تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح مبتنی بر اصول رویکرد نوین آموزش اچ آی وی، راههای کاهش آسیب قرار گیرند.	<b>S01</b>	<b>O29</b>

**S02** ۰۲.پیشگیری انتقال از راه خون و فرآورده های خونی

**S02** 001 حفظ ۱۰۰٪ پوشش غربالگری خون و فرآورده های خونی اهداء شده

**S03** ۰۳.پیشگیری ازانتقال تزریقی و کاهش آسیب

تا پایان برنامه ۶۵٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد به خدمات رایگان سرنگ و سوزن دسترسی داشته باشند.	001	S03
حداقل ۴۵٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد تا پایان برنامه به صورت هفتگی سرنگ و سوزن رایگان را دریافت کنند.	002	S03
حداقل ۲۲٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین از برنامه کاهش آسیب قرار گیرند.	003	S03
حداقل ۹۰٪ زندانیان واجد شرایط دریافت آگونیست تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده جایگزین قرار گیرند.	005	S03
حداقل ۹۰٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مبتلا به HIV شناخته شده تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند.	006	S03
<b>۰۴. پیشگیری از انتقال جنسی و استفاده از کاندوم صرفا به عنوان وسیله پیشگیری از انتقال عفونت</b>		
صد در صد افراد در معرض بیشترین خطر انتقال عفونت اچ آی وی به کاندوم صرفا به عنوان وسیله پیشگیری از انتقال عفونت به گونه ایی که با فرزند آوری سالم منافاتی نداشته باشد دسترسی داشته باشند .	001	S04
تا پایان برنامه ۵۰٪ از زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند.	002	S04
تا پایان برنامه ۳۵٪ از زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی هر ماه کاندوم (به عنوان وسیله پیشگیری از عفونت ) دریافت کرده باشند.	003	S04
تا پایان برنامه ۳۰٪ از مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی به بسته خدمات استاندارد دسترسی داشته باشند.	004	S04
تا پایان برنامه ۲۵٪ از مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی هر ماه کاندوم (به عنوان وسیله پیشگیری از عفونت ) دریافت کرده باشند.	005	S04
تا پایان برنامه ۲۵٪ از شریک جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و هر ماه مطابق استاندارد کاندوم (به عنوان وسیله پیشگیری از عفونت ) دریافت کرده باشند.	006	S04
تا پایان برنامه ۶۵٪ از همسرمتلابان به اچ آی وی تحت پوشش بسته خدمات استاندارد قرار گرفته و هر ماه مطابق استاندارد کاندوم (به عنوان وسیله پیشگیری از عفونت ) دریافت کرده باشند.	007	S04
صد در صد زندان ها امکان دسترسی به کاندوم صرفا جهت پیشگیری از انتقال عفونت در ملاقاتهای شرعی برای زندانیان وجود داشته باشد.	008	S04
حداقل ۳۰٪ مصرف کنندگان مواد محرک تا پایان برنامه تحت پوشش بسته استاندارد کاهش آسیب مواد محرک قرار گیرند.	009	S04
حداقل ۶۰٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه به کاندوم (به عنوان وسیله پیشگیری از عفونت ) دسترسی داشته باشند.	010	S04
حداقل ۲۵٪ افراد تراجنسیتی تا پایان برنامه تحت پوشش بسته استاندارد کاهش آسیب قرار گیرند.	011	S04
<b>۰۵. پیشگیری از طریق انتقال مادر به کودک</b>		
حداقل ۹۰٪ زنان مبتلا به HIV شناسائی شده تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات استاندارد برای فرزند آوری سالم قرار گیرند.	001	S05

۱۰۰٪ زنان باردار مبتلا به HIV شناسائی شده تا پایان برنامه تحت درمان پیشگیرانه ضد رتروویروسی مطابق استانداردهای کشوری قرار گیرند.	S05	O02
۱۰۰٪ نوزادان متولد زنان باردار مبتلا به HIV شناسائی آنها تا پایان برنامه تحت درمان پیشگیرانه ضد رتروویروسی مطابق استانداردهای کشوری قرار گیرند.	S05	O03
۱۰۰٪ نوزادان متولد زنان باردار مبتلا به HIV شناسائی شده آنها تا پایان برنامه از شیر مادر تغذیه نکنند.	S05	O04
وضعیت ابتلا ۱۰۰٪ نوزادان متولد زنان باردار مبتلا به HIV شناسائی شده در زمان مقرر مطابق دستورالعمل استاندارد کشوری مشخص شده باشد.	S05	O05
<b>۰۶. پیشگیری داروئی انتقال اچ آی وی</b>		
تا پایان برنامه ۹۰٪ از افرادی که در معرض مواجهه با ویروس اچ آی وی قرار گرفته اند (شغلی و غیر شغلی)، بسته استاندارد پیشگیری از انتقال پس از مواجهه را دریافت کنند.	S06	O01
تا پایان برنامه ۶٪ از مردان در معرض بیشترین خطر واجد شرایط، بسته استاندارد پیشگیری از انتقال قبل از مواجهه را دریافت کنند.	S06	O02
تا پایان برنامه ۱۵٪ از زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی واجد شرایط، بسته استاندارد داروهای پیشگیری از انتقال قبل از مواجهه را دریافت کنند.	S06	O03
تا پایان برنامه ۱۵٪ از افراد تراجنسیتی واجد شرایط، بسته استاندارد پیشگیری از انتقال قبل از مواجهه را دریافت کنند.	S06	O04
تا پایان برنامه ۹۰٪ همسر افراد مبتلا به اچ آی وی واجد شرایط، بسته استاندارد پیشگیری از انتقال قبل از مواجهه را دریافت کنند.	S06	O05
<b>۰۷. تشخیص، مراقبت و درمان STI</b>		
تا پایان برنامه ۴۰٪ از زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی تحت غربالگری بیماریهای آمیزشی قرار گرفته و درمان استاندارد قرار گیرند.	S07	O01
تا پایان برنامه ۵٪ از مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی تحت غربالگری بیماریهای آمیزشی قرار گرفته و درمان استاندارد قرار گیرند.	S07	O02
تا پایان برنامه ۵٪ از زندانیان تحت غربالگری بیماریهای آمیزشی قرار گرفته و درمان استاندارد قرار گیرند.	S07	O03
حداقل ۶۰٪ بیماران آمیزشی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی وزارت بهداشت تا پایان برنامه مطابق استاندارد تحت پوشش استفاده از کاندوم قرار گیرند.	S07	O04
<b>۰۸. مشاوره و آزمایش تشخیصی اچ آی وی</b>		
جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال بر اساس (استانداردهای تعیین شده) تا پایان برنامه به خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV دسترسی داشته باشند.	S08	O01
صد درصد افراد بالای ۱۵ ساله داوطلب مراجعه کننده به مراکز مشاوره تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی اولیه HIV قرار گیرند.	S08	O02
صد درصد افراد بالای ۱۵ ساله داوطلب مراجعه کننده به مراکز مشاوره دارای تست اولیه مثبت تحت آزمایش تائیدی HIV قرار گیرند.	S08	O03
حداقل ۶۵٪ همسر(شرکاء جنسی) افراد مبتلا به اچ آی وی پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	S08	O04

حدافل ۹۵٪ همسر (شرکاء جنسی) افراد مبتلا به اچ آی وی دارای تست مثبت اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O05</b>	<b>S08</b>
حدافل ۶۵٪ شرکاء تزریقی افراد مبتلا به اچ آی وی پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O06</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ شرکاء تزریقی افراد مبتلا به اچ آی وی دارای تست مثبت اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O07</b>	<b>S08</b>
حدافل ۸۵٪ مادران باردار در سه ماهه اول بارداری پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O08</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۸٪ مادران باردار با تست اولیه مثبت تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش تشخیص نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O09</b>	<b>S08</b>
حدافل ۵۸٪ زندانیان در بدو ورود پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O10</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ زندانیان دارای تست مثبت اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O11</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۰٪ مبتلایان به سل ثبت شده در هر سال در ۴ هفته اول شروع درمان پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O12</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ مبتلایان به سل دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش تشخیص نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O13</b>	<b>S08</b>
حدافل ۸۰٪ کودکان خیابانی /کار پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O14</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ کودکان خیابانی /کار دارای نتیجه مثبت در تست اولیه، تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار بگیرند.	<b>O15</b>	<b>S08</b>
حدافل ۴۰٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O16</b>	<b>S08</b>
حدافل ۶۵٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد که تحت پوشش برنامه سرنگ و سوزن هستند پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O16.1</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ مصرف کنندگان تزریقی موارد دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O17</b>	<b>S08</b>
حدافل ۳۰٪ مصرف کنندگان مواد محرک پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O18</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ مصرف کنندگان مواد محرک دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O19</b>	<b>S08</b>
حدافل ۲۵٪ شرکاء جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار گیرند.	<b>O20</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ شرکاء جنسی مصرف کنندگان تزریقی دارای تست مثبت اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O21</b>	<b>S08</b>

حدافل ۵۰٪ زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O22</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O23</b>	<b>S08</b>
حدافل ۲۵٪ شرکاء جنسی زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار گیرند.	<b>O24</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ شرکاء جنسی زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی دارای تست مثبت اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O25</b>	<b>S08</b>
حدافل ۲۰٪ مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O26</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O27</b>	<b>S08</b>
حدافل ۲۵٪ موارد تراجنسیتی پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O28</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ موارد تراجنسیتی دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O29</b>	<b>S08</b>
حدافل ۳۵٪ مبتلایان به بیماریهای مقاربتی پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O30</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ مبتلایان به بیماریهای مقاربتی دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O31</b>	<b>S08</b>
حدافل ۶۰٪ بزرگسالان مبتلا به نشانگان ایدز پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O32</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ بزرگسالان مبتلا به نشانگان ایدز دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O33</b>	<b>S08</b>
حدافل ۳۰٪ کودکان مبتلا به نشانگان ایدز پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O34</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ کودکان مبتلا به نشانگان ایدز دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O35</b>	<b>S08</b>
حدافل ۱۰٪ جوانان پرخطر پس از توصیه به انجام تست اچ آی وی مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O36</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ جوانان پرخطر دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O37</b>	<b>S08</b>
حدافل ۳۰٪ داوطلبین پرخطر جمعیت هلال احمر که داوطلب انجام تست اچ آی وی هستند پس از مشاوره مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O38</b>	<b>S08</b>
حدافل ۹۵٪ داوطلبین جمعیت هلال احمر دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	<b>O39</b>	<b>S08</b>



حدافل ۶۰٪ ملوانان داوطلب پس از ترغیب و مشاوره مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	O40	S08
حدافل ۹۵٪ ملوانان دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	O41	S08
حدافل ۳۵٪ کارکنان پرخطر پس از ترغیب و مشاوره مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	O42	S08
حدافل ۹۵٪ کارکنان مراکز کارگری دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	O43	S08
حدافل ۳۰٪ سربازان پرخطر پس از ترغیب و مشاوره مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	O44	S08
حدافل ۹۵٪ سربازان دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	O45	S08
حدافل ۵۰٪ جمعیت واجد شرایط ساکن در مناطق پرخطر پس از ترغیب و مشاوره مطابق استاندارد مورد آزمایش تشخیصی اولیه اچ آی وی قرار گیرند.	O46	S08
حدافل ۹۵٪ جمعیت واجد شرایط در مناطق پرخطر دارای نتیجه مثبت در تست اولیه تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	O47	S08
۵۰٪ افرادی که جهت انجام آزمایش HIV مبادرت به اهدا خون می کنند، امکان انجام آزمایش رایگان داشته باشند.	O48	S08
۹۵٪ افرادی که جهت انجام آزمایش HIV مبادرت به اهدا خون می کنند و دارای تست اولیه مثبت هستند، تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی نهایی اچ آی وی قرار گیرند.	O49	S08
<b>۰۹. مراقبت و درمان افراد مبتلا به اچ آی وی</b>	<b>S09</b>	
۱۰۰٪ مبتلایان به HIV شناسائی شده زنده طی یک سال اخیر حداقل یکبار برای دریافت خدمات مراقبت و درمان اچ آی وی مراجعه کنند.	O01	S09
حدافل ۹۰٪ مبتلایان به HIV تحت پوشش تا پایان برنامه تحت پوشش واکسیناسیون مطابق دستورالعمل استاندارد قرار گیرند.	O02	S09
۱۰۰٪ مبتلایان به HIV تحت پوشش خدمات ارزیابی های دوره ای، درمان سرپایی و در صورت لزوم ارجاع های تخصصی مطابق استاندارد دریافت کنند.	O03	S09
نتیجه شمارش CD4 صد درصد مبتلایان HIV شناسائی شده تحت پوشش مطابق استاندارد تعیین شده باشد.	O04	S09
حدافل ۹۰٪ مبتلایان به اچ آی وی که واجد شرایط پروفیلاکسی PCP هستند، دوره درمان پروفیلاکسی استاندارد PCP را دریافت کرده باشند.	O05	S09
وضعیت ابتلا به سل ۹۰٪ مبتلایان به HIV شناسائی شده تحت پوشش مطابق استاندارد به صورت سالیانه مشخص شده باشد.	O06	S09
حدافل ۹۰٪ مبتلایان به اچ آی وی شناسائی شده تحت پوشش که واجد شرایط پروفیلاکسی سل هستند. دوره درمان پروفیلاکسی استاندارد سل را دریافت کرده باشند.	O07	S09
حدافل ۹۵٪ افراد اچ آی وی شناسائی شده تحت پوشش، تحت درمان خط اول درمان ضد رتروویروسی را مطابق استاندارد دریافت کنند.	O08	S09

۹۵٪ موارد مقاوم به درمان تا پایان برنامه دوره استاندارد درمان مقاومت دارویی را دریافت کرده باشند.	S09	O09
۷۵٪ مبتلایان به عفونت توام سل فعال و اچ آی وی شناسائی شده تا پایان برنامه دوره استاندارد درمان همزمان سل و داروهای رتروویروسی را دریافت کرده باشند.	S09	O10
۲۵٪ مبتلایان به عفونت توام هیپاتیت C و اچ آی وی شناسائی شده تا پایان برنامه دوره استاندارد درمان همزمان هیپاتیت C و داروهای ضد رتروویروسی را دریافت کرده باشند.	S09	O11
تا پایان سال ۱۴۰۳ بار ویروسی در ۹۵٪ افراد ی که تحت درمان ضد رتروویروسی هستند سالی یکبار تعیین شود.	S09	O12
<b>۱۰. توانمند سازی و حمایت افراد متأثر از اچ آی وی</b>		
حداقل ۶۰٪ مبتلایان واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش بیمه درمان قرار گیرند.	S10	O01
حداقل ۲۰٪ مبتلایان واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش حمایت معیشتی قرار گیرند.	S10	O02
۵۰٪ از یتیمان بازمانده از بیماری ایدز تحت پوشش برنامه های حمایتی نگهداری قرار گیرند.	S10	O03
حداقل ۴۵٪ مبتلایان واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش آموزش های فنی حرفه ای قرار گیرند.	S10	O04
حداقل ۳۰٪ مبتلایان واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات اشتغال زایی قرار گیرند.	S10	O05
حداقل ۹۰٪ مبتلایان واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات حمایت روانی اجتماعی قرار گیرند.	S10	O06
<b>۱۱. نظام مراقبت اپیدمیولوژیک</b>		
صد در صد داده های مورد نیاز برنامه در قالب یک نظام منسجم و یکپارچه جمع آوری، ثبت، آنالیز گردند و انتشار یابد.	S11	O01
صد در صد گروههای هدف مورد انتظار تحت دیده وری سرولوژیک قرار گیرند.	S11	O02
صد درصد گروههای هدف مورد انتظار تحت دیده وری رفتاری قرار گیرند.	S11	O03
۱۰۰٪ تحقیقات کاربردی در خصوص تعیین جمعیت و اهداف پایه و اثر بخشی فرآیندهای پیشگیری، مراقبت و درمان پیش بینی شده در برنامه انجام شود.	S11	O04
صد درصد شاخصهای برون داد برنامه در زمان تعیین شده محاسبه؛ آنالیز و مطابق استانداردهای تعیین شده انتشار یابد.	S11	O06
شاخص های ارزیابی فرآیند برنامه های اجرایی تشخیص و کاهش آسیب در هر سال در حداقل ۲۵٪ مراکز مرتبط محاسبه؛ آنالیز و مطابق استانداردهای تعیین شده انتشار یابد.	S11	O07
صد درصد شاخص های ارزیابی فرآیند برنامه های اجرایی مراقبت و درمان در هر سال در حداقل ۲۵٪ مراکز مرتبط محاسبه؛ آنالیز و مطابق استانداردهای تعیین شده انتشار یابد.	S11	O08

صد درصد شاخص های ارزیابی فرآیند برنامه های اجرایی حمایت در هر سال در حداقل ۲۵٪ مراکز مرتبط محاسبه، آنالیز و مطابق استانداردهای تعیین شده انتشار یابد.	009	S11
<b>۱۲. تقویت زیرساخت ها و مدیریت بحران</b>		<b>S12</b>
<b>۱۲.۱. قوانین، دستورالعمل ها و برنامه ریزی و مدیریت</b>		<b>S12</b>
مسئولین کلیدی (مراجع تقلید، ائمه جمعه، روسای سه قوه، وزار وزارت خانه های مرتبط) تا پایان برنامه در فواصل زمانی مناسب حمایت خود را از برنامه های کنترل ایدز اعلام دارند.	001	S12
قوانین و دستورالعمل های مرتبط با گروه های هدف برنامه های کنترل اچ آی وی مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت لزوم اصلاح شوند.	002	S12
قانون عدم اخراج و عدم ممنوعیت ورود افراد در کشور به دلیل ابتلا به اچ آی وی تصویب و ابلاغ شود.	003	S12
منابع مالی مورد نیاز جهت اجرا برنامه کنترل ایدز تامین گردد.	004	S12
کمیته های فنی ساختار اجرایی تعریف شده در سطح کشوری و ۱۰۰٪ استانها از سال اول برنامه تشکیل و تا پایان برنامه باقی بماند.	005	S12
برنامه استراتژیک مبتنی بر نتایج شاخص های پایش و ارزشیابی و تغییرات الگوی اپیدمیولوژیک هر سال مورد بازبینی قرار گیرد.	006	S12
دستورالعمل های نحوه آموزش و اطلاع رسانی و محتوای آموزشی استاندارد آموزش ماهیت بیماری راههای پیشگیری با تمرکز بر کاهش استیگما به تفکیک گروه های هدف برنامه تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	007	S12
دستورالعمل های نحوه آموزش و اطلاع رسانی و محتوای آموزشی استاندارد آموزش ماهیت بیماری راههای پیشگیری با تمرکز بر کاهش استیگما دانش آموزان تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	008	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ آی وی ویژه نوجوانان و جوانان پرخطر تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	009	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ آی وی ویژه سربازان تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	010	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ آی وی ویژه کودکان خیابانی تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	011	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ آی وی ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	012	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ آی وی ویژه مصرف کنندگان مواد محرک تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	013	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ آی وی ویژه زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	014	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ آی وی ویژه مردان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی تهیه و سالیانه مورد بازبینی قرار گیرد.	015	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، کاهش آسیب و تست تشخیصی اچ آی وی ویژه افراد تراجنسیتی تهیه و سالیانه مورد بازبینی قرار گیرد.	016	S12

بسته جامع دستورالعمل های خدمات مراقبت، تست تشخیصی اچ آی وی و پیشگیری انتقال مادر به کودک تهیه دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O17	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات تشخیص، مراقبت و درمان همزمان سل و اچ آی وی تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O18	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات تشخیص، مراقبت و درمان اچ آی وی در مناطق پرخطر تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O19	S12
بسته جامع دستورالعمل های نحوه آموزش و ارائه خدمات پیشگیری و تشخیص در محیط های کارگری تدوین و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O20	S12
بسته جامع دستورالعمل مشاوره و توصیه به انجام تست تدوین و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O21	S12
بسته جامع دستورالعمل نحوه دسترسی و مراقبت و تشخیص شرکاء جنسی افراد کلیدی تدوین و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O22	S12
دستورالعمل های بسته جامع خدمات مراقبت و درمان موارد مبتلا به اچ آی وی دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O23	S12
بسته جامع دستورالعمل های خدمات باشگاه های مثبت و خدمات مراقبت در منزل تدوین و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O24	S12
بسته جامع دستورالعمل های نحوه ادغام خدمت ارائه داروهای ضد رتروویروسی در سایر خدمات مراکز دولتی / غیر دولتی (Other setting) تهیه و هر دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O25	S12
بسته جامع دستورالعمل های نحوه ارائه خدمات حمایتی با هدف ارتقا کمی و کیفی مراقبت و درمان تدوین و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O26	S12
دستورالعمل نحوه استفاده از وسائل و تجهیزات آزمایشگاهی مورد استفاده در نظام مراقبت و درمان اچ آی وی تهیه و دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O27	S12
دستورالعمل های بسته جامع خدمات پیشگیری، تشخیص، مراقبت و درمان بیمارههای مقاربتی دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O28	S12
دستورالعمل نحوه انجام تهیه نقشه پراکندگی مناطق پرخطر (Risk Map) تهیه و سالی یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.	O29	S12
دستورالعمل جامع مراقبت اپیدمیولوژیک شامل سرولوژیک و رفتاری تدوین و سالیانه یکبار بازبینی قرار گیرد.	O30	S12
دستورالعمل جامع نحوه پایش و ارزشیابی و ارزیابی فرآیندهای برنامه استراتژیک تدوین و سالیانه یکبار بازبینی قرار گیرد.	O31	S12
<b>۱۲,۲. فراهم آوردن امکان ارائه خدمات در مراکز و تیم های سیار</b>	<b>S12</b>	
صد در صد مراکز گذری (DIC) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم تجهیز و نگهداری گردند.	O32	S12
صد در صد مراکز گذری (DIC) جدید مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه اندازی گردند.	O33	S12
صد در صد مراکز سیار جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم تجهیز و نگهداری گردند.	O34	S12

صد در صد مراکز سیار جدید جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه اندازی گردند.	O35	S12
صد در صد مراکز نگهداری شبانه جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم تجهیز و نگهداری گردند.	O36	S12
صد در صد مراکز نگهداری شبانه جدید جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه اندازی گردند.	O37	S12
صد در صد تیم های یاری رسان (Outreach) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند.	O38	S12
صد درصد ایستگاه های کاهش آسیب جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم تجهیز و نگهداری گردند.	O39	S12
صد در صد ایستگاه های کاهش آسیب جدید جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب، تشخیص و مراقبت ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی سوم راه اندازی گردند.	O40	S12
صد در صد مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز و نگهداری گردند.	O41	S12
صد در صد مراکز مشاوره و مراقبت زنان جدید در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند.	O42	S12
صد درصد تیم های سیار جهت ارائه خدمت به زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی گردند.	O43	S12
صد در صد مراکز سیار مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز و نگهداری گردند.	O44	S12
صد در صد مراکز سیار مشاوره و مراقبت زنان جدید در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند.	O45	S12
صد در صد ایستگاه مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز و نگهداری گردند.	O46	S12
صد درصد ایستگاه مشاوره و مراقبت زنان جدید در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند.	O47	S12
صد در صد مراکز نگهداری شبانه زنان جهت ارائه خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان به زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز و نگهداری گردند.	O48	S12
صد درصد مراکز نگهداری شبانه زنان جدید جهت ارائه خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان به زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی گردند.	O49	S12
صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت افراد تراجنسیتی در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز و نگهداری گردند.	O50	S12
صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت افراد تراجنسیتی جدید در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند.	O51	S12
صد درصد تیم های سیار جهت ارائه خدمت به افراد تراجنسیتی در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی گردند.	O52	S12

صد درصد مراکز سیار مشاوره و مراقبت افراد تراجنسیتی در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز و نگهداری گردند.	<b>O53</b>	<b>S12</b>
صد درصد مراکز سیار مشاوره و مراقبت افراد تراجنسیتی جدید در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند.	<b>O54</b>	<b>S12</b>
صد درصد مراکز حمایتی کودکان خیابانی جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب و تشخیص و مراقبت اچ آی وی؛ مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز گردند.	<b>O55</b>	<b>S12</b>
صد درصد مراکز سیار جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب و تشخیص و مراقبت ویژه کودکان خیابانی، مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم تجهیز و نگهداری گردند.	<b>O56</b>	<b>S12</b>
صد در صد مراکز سیار جدید جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب و تشخیص و مراقبت ویژه کودکان خیابانی، مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی چهارم راه اندازی گردند.	<b>O57</b>	<b>S12</b>
خدمات آموزش رویکرد نوین و خدمات تشخیصی اولیه اچ آی وی مطابق استاندارد در ۱۰۰٪ پایگاه های سلامت و مراکز جامع سلامت شهری و روستایی ادغام شود.	<b>O58</b>	<b>S12</b>
صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت و درمان سازمان زندانها مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی ۸ و ۶ تجهیز و نگهداری گردند.	<b>O59</b>	<b>S12</b>
صد در صد مراکز جدید مشاوره و مراقبت و درمان سازمان زندانها مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی ۸ و ۶ راه اندازی، گردند.	<b>O60</b>	<b>S12</b>
۱۰۰٪ مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی هشتم مطابق استاندارد های لازم تجهیز و نگهداری گردند.	<b>O61</b>	<b>S12</b>
۱۰۰٪ مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری جدید مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی هشتم مطابق استاندارد های لازم راه اندازی گردند	<b>O62</b>	<b>S12</b>
تا پایان برنامه حداقل ۱۰٪ بیماران تحت درمان ضد رتروویروسی امکان دسترسی و دریافت دارو از طریق خدمات تمایز یافته (Differentiated) را در خارج از مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری داشته باشند.	<b>O63</b>	<b>S12</b>
۱۰۰٪ مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری و سایر مراکز ارائه دهنده داروهای ضد رتروویروسی تحت پوشش آن مراکز در سال با فقدان هیچیک از داروهای ضد رتروویروسی مورد نیاز مواجه نشوند.	<b>O64</b>	<b>S12</b>
صد درصد باشگاههای مثبت مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی نهم تجهیز و نگهداری گردند.	<b>O65</b>	<b>S12</b>
صد درصد باشگاههای مثبت جدید مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف مرتبط در استراتژی نهم راه اندازی گردند	<b>O66</b>	<b>S12</b>
در ۳۰٪ محیط های کارگری، امکان دسترسی به خدمات پیشگیری و تشخیصی راهم آوردن فراهم گردد.	<b>O67</b>	<b>S12</b>
امکان دسترسی اندازه گیری بار ویروسی حداقل در مرکز هر دانشگاه علوم پزشکی وجود داشته باشد.	<b>O68</b>	<b>S12</b>
در ۱۰۰٪ مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبت و درمان اچ آی وی در استانها، امکان اندازه گیری CD4 فراهم آید.	<b>O69</b>	<b>S12</b>
امکان دسترسی تعیین مقاومت دارویی حداقل در مرکز هر ادانشگاه علوم پزشکی وجود داشته باشد.	<b>O70</b>	<b>S12</b>

امکان دسترسی آزمایش تشخیص مولکولی سل حداقل در مرکز هر دانشگاه علوم پزشکی وجود داشته باشد.	071	S12
نقشه پراکندگی مناطق پرخطر (Risk Map) در هر استان سالی یکبار تهیه شود.	072	S12
<b>۱۲,۲. توانمند سازی نیروهای انسانی</b>		<b>S12</b>
صد در صد مشاورین مورد نیاز مراکز مشاوره و مراقبت سازمان زندانها مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	073	S12
صد در صد مشاورین مورد نیاز مراکز مشاوره و آزمایش داوطلبانه مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	074	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز DIC مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	075	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز سیار ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	076	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز نگهداری شبانه ویژه سوء مصرف کنندگان تزریقی مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	077	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت در پایگاه های کاهش آسیب سوء مصرف کنندگان تزریقی مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	078	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت تیم های یاری رسان مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	079	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	080	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت تیم های یاری رسان وابسته به مراکز زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	081	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت سرپناه های شبانه زنان در معرض بیشترین خطر ابتلا به اچ آی وی مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	082	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز سیار جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب و تشخیص و مراقبت ویژه کودکان خیابانی مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	083	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت در مراکز حمایتی کودکان خیابانی جهت ارائه خدمات پیشگیری، کاهش آسیب و تشخیص و مراقبت اچ آی وی مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	084	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت باشگاههای مثبت مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	085	S12
صد در صد پزشکان درمانگر اچ آی وی مورد نیاز مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری مطابق استاندارد تحت آموزش قرار گیرند.	086	S12
صد در صد مشاورین و مراقبین مورد نیاز مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری مطابق استاندارد تحت آموزش قرار گیرند.	087	S12
صد در صد نیروهای ارائه دهنده خدمت در مناطق پرخطر مطابق استاندارد تحت آموزش / بازآموزی قرار گیرند.	088	S12

صد در صد مربیان مورد نیاز برای آموزش مشاغل متحرک مطابق استاندارد تحت آموزش/ بازآموزی قرار گیرند.	O89	S12
صد در صد مربیان مورد نیاز جهت آموزش دانش آموزان مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O90	S12
صد در صد مربیان مورد نیاز جهت آموزش و تست دانشجویان مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O91	S12
صد در صد مربیان مورد نیاز جهت آموزش و تست سربازان مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O92	S12
صد در صد مربیان مورد نیاز جهت آموزش و تست داوطلبین جمعیت هلال احمر مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O93	S12
صد در صد مربیان مورد نیاز جهت آموزش پناهندگان مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O94	S12
صد در صد مربیان مورد نیاز جهت آموزش ورزشکاران مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O95	S12
صد در صد مربیان NGO های فعال در آموزش جوانان مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O96	S12
صد در صد مربیان NGO های فعال در خصوص کودکان خیابانی مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O97	S12
صد در صد مربیان مورد نیاز جهت آموزش مبلغین مذهبی مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O98	S12
۸۰٪ پرسنل بهداشتی درمانی دخیل در امر تشخیص و درمان STI مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O99	S12
صد درصد اعضاء کمیته های استانی پایش و ارزشیابی استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O100	S12
۸۰٪ پرسنل بهداشتی درمانی دخیل در امر مراقبت های دوران بارداری مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O101	S12
۹۰٪ پرسنل بهداشتی درمانی دخیل در امر مراقبت و درمان سل مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.	O102	S12
۱۰۰٪ پزشکان بخش خصوصی ، همکار در برنامه مراقبت و درمان، دوره مدون آموزشی "پزشکان درمانگر ایدز" را گذرانده باشند.	O103	S12
مربیان ۳۰٪ از محیط های کارگری در خصوص اقدامات پیشگیری و تشخیصی مرتبط با اچ آی وی آموزش دیده باشند.	O104	S12
۱۰۰٪ پزشکان زندان شاغل در برنامه مراقبت و درمان اچ آی وی، دوره مدون آموزشی "پزشکان درمانگر ایدز" را گذرانده باشند و در شبکه پزشکان درمانگر ایدز عضو گردند.	O105	S12
۱۰۰٪ نیروهای آزمایشگاهی در آزمایشگاههای منطقه ای برنامه مراقبت و درمان اچ آی وی، دوره مدون آموزشی نحوه انجام تست های پاراکلینیک مرتبط با اچ آی وی را گذرانده باشند.	O106	S12



آموزش / بازآموزی هسته های منطقه ایی برای تهیه نقشه پراکندگی مناطق پرخطر (Risk Map) سالی یکبار انجام شود.	<b>O107</b>	<b>S12</b>
آموزش / بازآموزی اعضای SIP استانی برای نحوه نظارت بر اجرای برنامه سالی یکبار انجام شود.	<b>O108</b>	<b>S12</b>
آموزش / بازآموزی هسته های آموزشی دانشگاهی " رویکرد نوین آموزش-کاهش آسیب- تشخیص " سالی یکبار انجام شود.	<b>O109</b>	<b>S12</b>
آموزش / بازآموزی هسته های آموزشی دانشگاهی " حمایت " سالی یکبار انجام شود.	<b>O110</b>	<b>S12</b>
آموزش / بازآموزی هسته های آموزشی دانشگاهی " مشاورین مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری " سالی یکبار انجام شود.	<b>O111</b>	<b>S12</b>

## بخش چهارم:

### سازمان دهی اجرای برنامه

#### اهداف سازماندهی

اهداف سازماندهی برنامه ملی کنترل ایدز عبارت است از:

- سیاست‌گذاری روند اجرا و اعمال تغییرات مورد نیاز در طول برنامه
- هماهنگی جهت تسهیل دسترسی به منابع مورد نیاز برای اجرای برنامه
- هماهنگی‌های لازم بین بخشی با توجه به تعدد سازمانها و ارگانهای مشارکت‌کننده در برنامه
- نظارت و کنترل روند پیشرفت برنامه بر اساس پیش‌بینی‌های به عمل آمده
- رفع و رجوع موانع احتمالی
- پایش و ارزشیابی میزان اثربخشی و کارایی برنامه

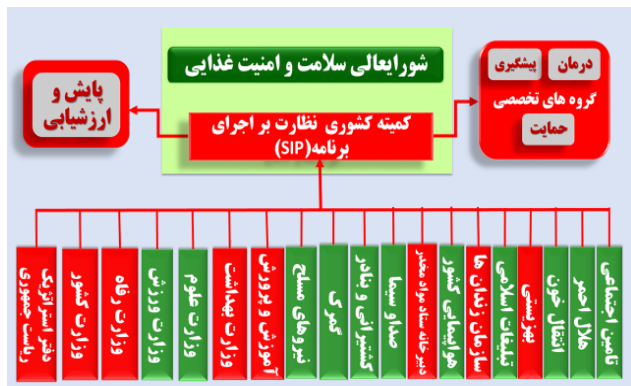
#### سطح کشوری:

کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه کمیته‌ای کارشناسی است که شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مأموریت نظارت بر اجرای برنامه را به آن محول نموده است. این کمیته دارای ۴ گروه فنی است که در این بخش به تعاریف، ساختار و شرح وظایف اجزاء این کمیته پرداخته می‌شود.

کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه (SIP<sup>۱</sup> کشوری)

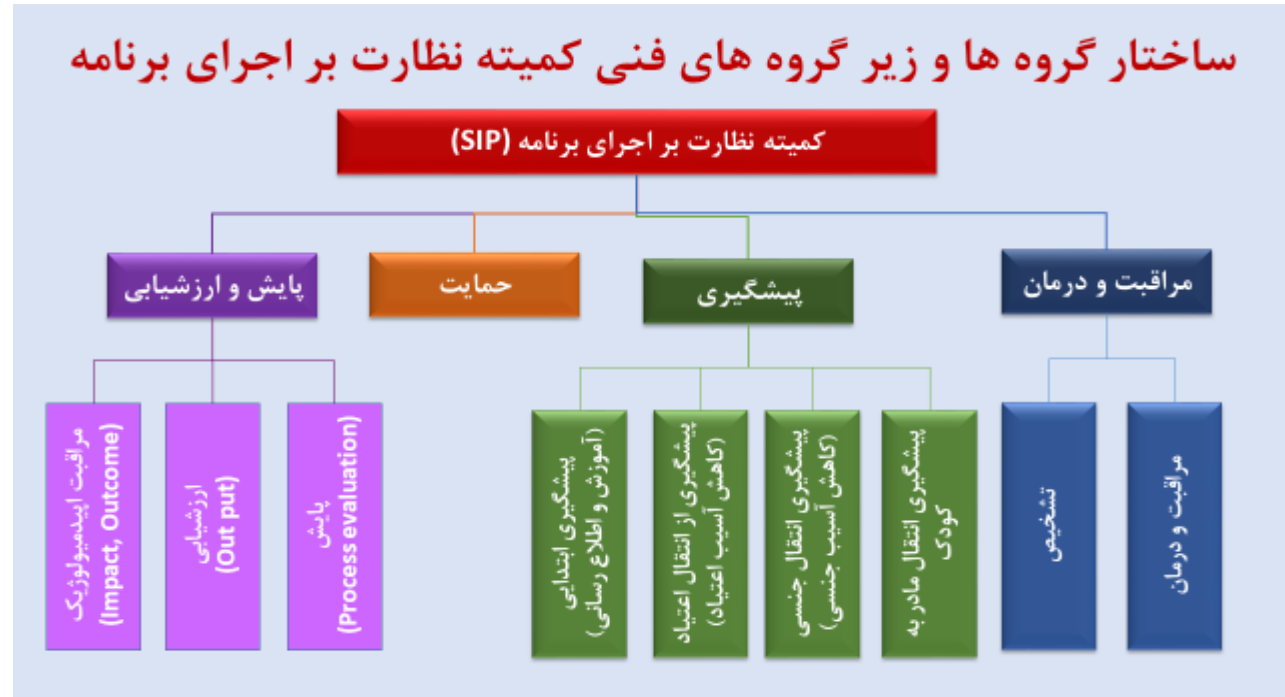
کمیته مذکور که در این دستورالعمل کمیته کشوری نام برده می‌شود کمیته‌ای فنی متشکل از نمایندگان و کارشناسان ثابت حقیقی یا حقوقی شرکای اصلی برنامه می‌باشد که از معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ دریافت کرده‌اند.

#### گروه‌های تخصصی



<sup>۱</sup> SIP = Supervising of Implementation of the Program

گروه‌هایی هستند که وظیفه اصلی استاندارد سازی فرآیندها و تدوین دستورالعمل‌های اجرایی برنامه استراتژیک، ارزیابی نتایج فعالیت‌های اجرایی و بازبینی اهداف برنامه را برعهده دارند. گروه‌های تخصصی چهارگانه، متشکل از کارشناسان شرکای اصلی برنامه بوده و زیر نظر کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه فعالیت می‌کنند.



#### اعضای کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه ملی کنترل عفونت اچ آی وی (SIP کشوری)

نمایندگان و کارشناسان ثابت حقیقی یا حقوقی شرکای اصلی به شرح زیر می‌باشند:

۱. نماینده/ نمایندگان اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت
۲. نماینده/ نمایندگان اداره پیشگیری و کاهش آسیب مصرف مواد و الکل وزارت بهداشت
۳. نماینده/ نمایندگان وزارت کشور
۴. نماینده/ نمایندگان وزارت آموزش و پرورش
۵. نماینده/ نمایندگان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۶. نماینده/نمایندگان سازمان بهزیستی کشور
  ۷. نماینده/نمایندگان دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر
  ۸. نماینده/نمایندگان سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
  ۹. نماینده مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریهای معاونت درمان وزارت بهداشت
- تبصره ۱: مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت، دبیرخانه کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه بوده و رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، با عنوان رئیس دبیرخانه کمیته منصوب می شود.
- تبصره ۲: دبیری کمیته کشوری با نماینده اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت است و حکم وی توسط معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صادر می شود.
- تبصره ۳: احکام اعضای گروه SIP کشوری از سوی معاونت بهداشتی صادر و ابلاغ می گردد.
- تبصره ۴: در صورت لزوم و بنا به پیشنهاد اعضا کمیته کشوری، افراد حقیقی به عنوان کارشناس و صاحب نظر می توانند به عنوان عضو ثابت / موقت کمیته معرفی شده و احکام مربوطه از سوی معاونت بهداشتی صادر و ابلاغ گردد.

## اهداف و شرح وظایف SIP کشوری

رئوس شرح وظایف SIP کشوری عبارت است از :

۱. تعیین ساختار، شرح وظایف و اعضاء گروه های تخصصی چهارگانه و نظارت بر تشکیل گروه های تخصصی و پیگیری صورتجلسات آنها
  ۲. تعیین الگو و فرمتی واحد برای دستورالعملها و ابلاغ به کمیته های فنی برای تهیه دستورالعمل ها
  ۳. دریافت گزارش میزان پیشرفت برنامه از کمیته پایش و ارزشیابی و اعلام به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
  ۴. تعیین منابع موجود برای اجرای برنامه و مقایسه با منابع پیش بینی شده در برنامه
  ۵. بازبینی سالیانه " برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز " مبتنی بر پیشنهادات و نتایج پایش و ارزشیابی برنامه "
  ۶. آموزش و تشکیل گروه های استانی نظارت بر اجرای برنامه
  ۷. تهیه برش سازمانی برنامه و ابلاغ به شرکای برنامه
- تبصره ۱: مکاتبات SIP های کشوری، از طریق مرکز مدیریت بیماریهای واگیر با عنوان دبیرخانه کمیته نظارت بر اجرای برنامه انجام خواهد شد.
- تبصره ۲: جلسات کمیته کشوری SIP تا زمان تشکیل گروه های تخصصی چهارگانه و گروه های استانی به صورت ماهیانه و پس از آن حداکثر هر سه ماه یکبار خواهد بود.
- تبصره ۳: مطابق مصوبه شماره ۳ جلسه ششم کارگروه کاهش عوامل تهدید کننده سلامت مورخه ۱۳۹۵/۸/۱۹، کلیه مصوبات و دستورالعمل های کمیته کشوری SIP برای کلیه شرکای برنامه در سطح ملی و استانی لازم الاجراست.
- تهیه برش های تخصصی برنامه استراتژیک (NSP)**

در گام نخست کمیته کشوری SIP اهداف سالانه برنامه استراتژیک بر حسب موضوع به چهار دسته فنی پیشگیری، مراقبت و درمان، حمایت و توانمندسازی و پایش و ارزشیابی تقسیم می کنند.

## تعیین اعضاء گروه های فنی

از آنجا که در برنامه استراتژیک سهم هر یک از شرکای برنامه برای هر یک از اهداف اختصاصی تعیین شده است، بدیهی است در هر گروه فنی نماینده تام الاختیار سازمان های مسئول برای اهداف اختصاصی مربوط به آن گروه، از اعضا ثابت گروه فنی هستند. هر گروه فنی بنا به صلاحدید و ضرورت می توانند علاوه بر اعضاء اصلی، برای عضویت ثابت و یا موقت افراد حقیقی و یا حقوقی به SIP کشوری پیشنهاد داده و در صورت تصویب، به اعضاء گروه فنی اضافه خواهند شد.

## اهداف و شرح وظایف گروه های فنی

- ۱- تهیه راهنمای عمل جهت اجرائی نمودن اهداف اختصاصی مطابق فرمت استاندارد ارائه شده توسط کمیته نظارت بر اجرای برنامه (SIP)
  - ۲- تهیه محتوای آموزشی مرتبط با گروه های هدف و ارائه دهندگان خدمت مطابق اهداف اختصاصی برنامه
  - ۳- جمع آوری و یا تهیه پیشنهاد جهت تغییر در اهداف و فعالیتهای اصلی برنامه استراتژیک در حین اجرای برنامه و ارائه به کمیته نظارت بر اجرای برنامه (SIP)
  - ۴- مشارکت با گروه تخصصی پایش و ارزشیابی در تعیین شاخص های پایش و ارزشیابی و روش ها و ابزارهای جمع آوری داده های مورد نیاز برای هر شاخص
  - ۵- همکاری با گروه فنی پایش و ارزشیابی در محاسبه شاخص های پایش و ارزشیابی مرتبط با هر یک از اهداف اختصاصی هر سه ماه یکبار و گزارش تحلیل به عمل آمده شاخص ها به کمیته نظارت بر اجرای برنامه (SIP)
- تبصره: برنامه زمان بندی تشکیل جلسات فنی و زیر گروه های تخصصی مربوطه و کلیه مصوبات گروه های فنی به کمیته نظارت بر اجرای برنامه (SIP) ارائه شده و پس از تصویب نهایی توسط آن کمیته به صورت دستورالعمل و بخشنامه های اجرائی لازم الاجرا به کلیه سازمانها و ارگانها و گروه های نظارت بر اجرای برنامه استانی ابلاغ می گردد.

## نحوه مشارکت سازمانهای شریک برنامه

در برنامه ملی استراتژیک نقش و سهم هر سازمان به صورت دقیق مشخص شده است، کارشناسان سازمانها در سطح ملی بر حسب اهداف در گروه های تخصصی عضو هستند و در قالب گروه های تخصصی در تدوین دستورالعمل ها و استاندارد شدن خدمات و نظام های ثبت و گزارش دهی مشارکت دارند.

### سازمانها موظف هستند:

۱. دستورالعمل های ابلاغ شده توسط SIP کشوری را به سطوح اجرایی و استانی سازمان متبوع ابلاغ کنند.
۲. بر روند اجرایی فرآیندهای مرتبط مطابق با سهم خود در اهداف اختصاصی برنامه در سطوح اجرایی نظارت داشته باشد.
۳. گزارش عملکرد سه ماهه را به صورت سه ماهه جمع بندی و به کمیته SIP کشوری تحویل دهند.

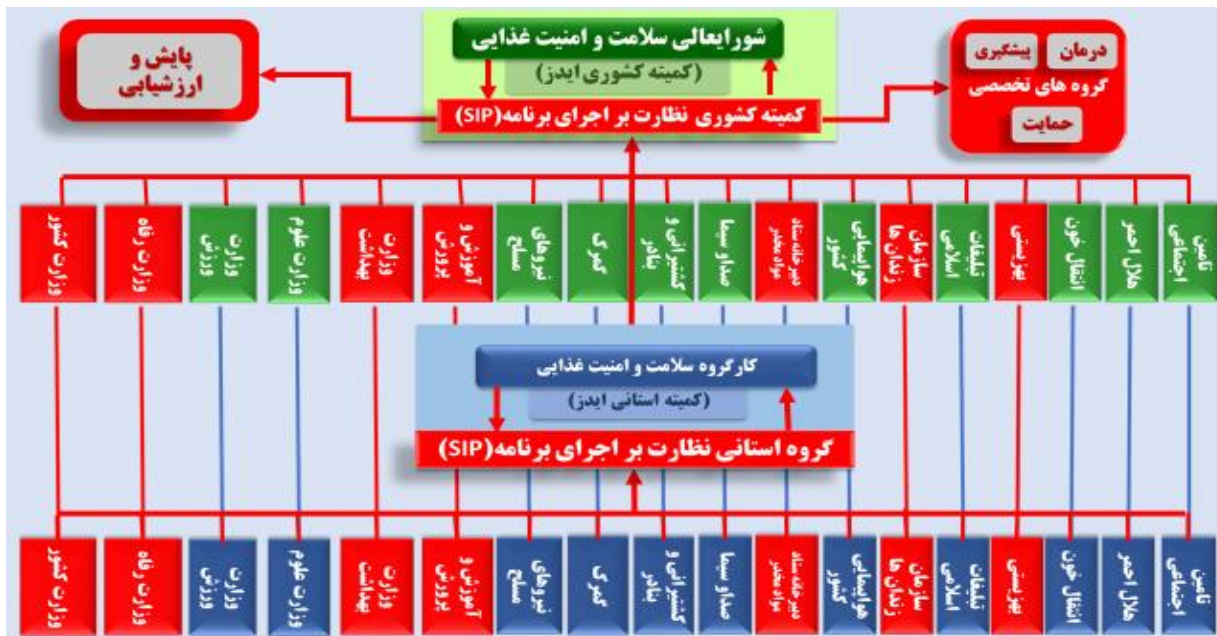
## سطح استانی

در سطوح استانی، گروهی متناظر با کمیته نظارت بر اجرای برنامه کشوری تشکیل می شود که در این بخش به شرح وظائف و ساختار این گروه پرداخته می شود:

## اعضای گروه استانی نظارت بر اجرای برنامه ملی کنترل عفونت اچ آی وی (SIP استانی)

اعضای SIP استانی عبارتند از:

۱. نماینده دفتر امور اجتماعی و فرهنگی استانداری
۲. نماینده اداره ایدز معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان
۳. نماینده اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان
۴. نماینده اداره مرکز پیوند و مدیریت بیماریهای معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان
۵. نماینده اداره کل آموزش و پرورش استان
۶. نماینده اداره بهداشت و درمان اداره کل زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان
۷. نماینده اداره کل بهزیستی استان
۸. نماینده دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان



۹. نماینده اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان
۱۰. دبیر SIP های فرعی استانی شهرستان های دارای دانشگاه علوم پزشکی تبصره ۱: دبیری گروه استانی برعهده معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان است که با حکم از سوی رئیس کارگروه سلامت و امنیت غذایی انتصاب می گردد و قابل تفویض به یکی از اعضای دوره دیده گروه SIP استانی می باشد.
- تبصره ۲: احکام اعضای گروه SIP استانی از سوی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی صادر و ابلاغ می گردد.
- تبصره ۳: اعضای SIP استانی می بایست دوره آموزشی مدون سه روزه «نحوه اجرایی نمودن و پایش و ارزشیابی برنامه استراتژیک» را با موفقیت گذرانده باشند. در صورت تغییر اعضاء دوره دیده، مسئولیت آموزش نیروی جدید بر عهده عضو متناظر در SIP کشوری است.
- تبصره ۴: در استانهایی که دارای بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی هستند لازم است در هر شهرستان که دارای دانشگاه علوم پزشکی می باشد اقدام به تشکیل SIP های فرعی نمایند.

## اهداف و شرح وظایف SIP استانی

رئوس شرح وظایف SIP استانی عبارت است از:

۱. تهیه برش استانی برنامه استراتژیک منطبق بر برنامه استراتژیک کشوری و ابلاغ به SIP کشوری
  ۲. تعیین سهم هر سازمان در برنامه استراتژیک استانی و ارائه به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان جهت ابلاغ به سازمانهای شریک برنامه
  ۳. جمع آوری و ارائه پیشنهادهای اصلاحی در راستای بازبینی برنامه و اعلام به SIP کشوری
  ۴. بررسی ظرفیت و زیرساخت های موجود در استان برای تأمین منابع اجرای برنامه
  ۵. بررسی و تبیین راهکار برای رفع موانع و مشکلات اجرای برنامه در استان
  ۶. انعکاس موانع و مشکلات اجرایی برنامه و راهکارهای کارشناسی به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
  ۷. انعکاس مشکلات و موانع لاینحل اجرای برنامه در استان به SIP کشوری و پیگیری تا وصول نتیجه
  ۸. تهیه و ارسال مصوبات SIP استانی و گزارش ادواری از روند اجرای برنامه به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و SIP کشوری
  ۹. جمع آوری سه ماهه داده های پایش و ارزشیابی، محاسبه، تجزیه و تحلیل شاخص های استانی و ارائه گزارش به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و SIP کشوری
  ۱۰. آموزش و نظارت بر عملکرد SIP های فرعی استانی (آموزش سایر اعضاء SIP های فرعی برعهده سازمان متبوع خود در SIP استانی است)
- تبصره: مکاتبات SIP های استانی، از طریق معاونت بهداشتی با دبیرخانه SIP کشوری در مرکز مدیریت بیماریهای واگیر وزارت بهداشت انجام خواهد شد. بدیهی است مکاتبات SIP های فرعی استانی از طریق معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه با دبیرخانه SIP استانی (معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان) انجام خواهد شد.

## شاخص های پایش و ارزشیابی - شاخص های نتیجه نهایی (Impact indicator)

تفکیک	تواتر زمانی محاسبه	مخرج			صورت			عنوان شاخص	عنوان هدف	Main Objective	Goal	شماره شاخص	سطح شاخص
		روش جمع آوری	منبع	تعریف	روش جمع آوری	منبع	تعریف						
جنس- سن	دو سال یکبار	سرشماری	آمار رسمی اداره آمار کشور	جمعیت کشور	(Spectrum)	تخمین	تعداد کل افراد مبتلا به اچ آی وی	HIV شیوع در کل جامعه	تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از ۰.۱۵٪ باقی بماند.	۰	۱	In01	Impact
جنس- سن	دو سال یکبار	تحقیق	IBBSS	تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق	تحقیق	IBBSS	تعداد مصرف کننده تزریقی مواد مبتلا به اچ آی وی	HIV شیوع در مصرف کنندگان تزریقی	تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در سوء مصرف کنندگان تزریقی کشور کمتر از ۵٪ باقی بماند.	۰	۲	In02	Impact
سن	دو سال یکبار	تحقیق	IBBSS	تعداد FSWs در تحقیق	تحقیق	IBBSS	تعداد مبتلا به اچ آی وی و FSWs	HIV شیوع در FSWs	تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از ۵٪ باقی بماند.	۰	۳	In03	Impact
سن	دو سال یکبار	تحقیق	IBBSS	تعداد MSMs در تحقیق	تحقیق	IBBSS	تعداد مبتلا به اچ آی وی و MSMs	HIV شیوع در MSMs	تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از ۵٪ باقی بماند.		۳	In04	Impact
سن	دو سال یکبار	تحقیق	IBBSS	تعداد افراد تراجنسیتی در تحقیق	تحقیق	IBBSS	تعداد افراد تراجنسیتی مبتلا به اچ آی وی	HIV شیوع در افراد تراجنسیتی	تا پایان سال ۱۴۰۳ شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از ۵٪ باقی بماند.		۳	In05	Impact
جنس	دو سال یکبار	(Spectrum)	تخمین	تعداد زایمان زنده مبتلایان به اچ آی وی	(Spectrum)	تخمین	تعداد کودک مبتلا متولد از مادر اچ آی وی	HIV شیوع در نوزادان متولد از مادر HIV	تا پایان سال ۱۴۰۳ میزان بروز عفونت HIV در نوزادان زنده متولد از زنان باردار مبتلا به اچ آی وی به میزان ۹۰٪ کاهش یابد.	۰	۴	In06	Impact
جنس- سن	دو سال یکبار				(Spectrum)	تخمین	تعداد مرگ منتسب به ایدز	مرگ منتسب به ایدز	تا پایان سال ۱۴۰۳ مرگ منتسب به ایدز در مبتلایان به اچ آی وی به میزان ۲۰٪ کاهش یابد.	۰	۵	In07	Impact



## شاخص های برآیند (Outcome Indicators)

تفکیک	تواتر زمانی محاسبه	مخرج			صورت			عنوان شاخص	عنوان هدف	Main Objective	Goal	شماره شاخص	سطح شاخص
		روش جمع آوری	منبع	تعریف	روش جمع آوری	منبع	تعریف						
جنس	ابتدا و انتهای برنامه	تحقیق	پرسشنامه استاندارد تحقیق	تعداد کل افراد شرکت کننده در تحقیق	تحقیق	پرسشنامه استاندارد تحقیق	تعداد افراد ۱۵ تا ۴۹ سال که ۳ راه انتقال صحیح را بدانند و دو راه انتقال غلط را رد کنند	آگاهی و نگرش جامعه عمومی	تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۳۰٪ در افراد ۱۵ تا ۴۹ ساله بتوانند هم روش های پیش گیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند	۱	۱	In01	Outcome
	ابتدا و انتهای برنامه	تحقیق	مطالعه شیوع	تعداد کل گیرندگان مستمر خون	تحقیق	مطالعه شیوع	تعداد گیرندگان مستمر خون مبتلا به اچ آی وی	شیوع اچ آی وی در گیرندگان مستمر خون	تا پایان سال ۱۴۰۳ انتقال اچ آی وی از طریق دریافت خون صفر باقی بماند.	۳	۱	In03	Outcome
جنس - سن	ابتدا و انتهای برنامه	تحقیق	IBBSS	تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق	تحقیق	IBBSS	تعداد مصرف کننده تزریقی مواد که ۳ راه انتقال صحیح را بدانند و دو راه انتقال غلط را رد کنند	آگاهی و نگرش مصرف کننده تزریقی مواد	تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۴۱٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد بتوانند هم روش های پیش گیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند.	۱	۲	In04	Outcome
جنس - سن	دو سال یکبار	تحقیق	IBBSS	تعداد مصرف کننده تزریقی مواد در تحقیق	تحقیق	IBBSS	تعداد مصرف کننده تزریقی مواد که در آخرین مصرف از وسایل استریل و غیر مشترک استفاده کرده است	درصد مصرف کننده مواد استفاده کننده از وسایل استریل	تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۶۰٪ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین بار از وسایل استریل و غیر مشترک در مصرف مواد استفاده کنند.	۲	۲	In05	Outcome

تفکیک	تواتر زمانی محاسبه	مخرج			صورت			عنوان شاخص	عنوان هدف	Main Objective	Goal	شماره شاخص	سطح شاخص
		روش جمع آوری	منبع	تعریف	روش جمع آوری	منبع	تعریف						
سن	دو سال یکبار	تحقیق	IBBSS	تعداد افراد در معرض خطر انتقال جنسی در تحقیق	تحقیق	IBBSS	تعداد در معرض خطر انتقال جنسی افراد که ۳ راه انتقال صحیح را بدانند و دو راه انتقال غلط را رد کنند.	آگاهی و نگرش افراد تراجنسی	تا پایان سال ۱۴۰۳ درصد افراد در معرض خطر انتقال جنسی که می توانند هم روش های پیشگیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند ۲۰٪ نسبت به عدد پایه افزایش یابد	۱	۳	In08	Outcome
سن	دو سال یکبار	تحقیق	IBBSS	تعداد افراد در معرض خطر انتقال جنسی در تحقیق	تحقیق	IBBSS	تعداد افراد در معرض خطر ی که در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده کرده است	استفاده از وسیله پیشگیری از انتقال عفونت در افراد در معرض خطر	تا پایان سال ۱۴۰۳ درصد افراد در معرض بیشترین خطر انتقال جنسی که در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم به عنوان وسیله پیشگیری از انتقال عفونت استفاده کرده اند ۲۰٪ افزایش یابد	۲	۳	In12	Outcome
	سالانه	(Spectrum)	Estimation	تعداد کل مادر مبتلا به اچ ای وی	گزارش گیری روتین	نرم افزار مراقبت و درمان اچ ای وی	تعداد مادر باردار تحت پوشش درمان	پوشش درمان مادران	تا پایان برنامه ۹۰٪ مادران باردار مبتلا به اچ آی وی تخمین زده شده، تحت پوشش درمان استاندارد پیشگیری انتقال مادر به کودک قرار گرفته باشند.	۱	۴	In14	Outcome
جنس - سن	سالانه	(Spectrum)	تخمین	تعداد کل موارد اچ ای وی	گزارش گیری روتین	نرم افزار مراقبت و درمان اچ ای وی	تعداد موارد اچ ای وی شناسایی شده	شناسایی موارد مبتلا	تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۶۴٪ افراد مبتلای تخمین زده شده، شناسایی شده باشند.	۱	۵	In15	Outcome
جنس	سالانه	گزارش گیری روتین	نرم افزار مراقبت و درمان اچ ای وی	تعداد کل موارد اچ ای وی شناخته شده زنده	گزارش گیری روتین	نرم افزار مراقبت و درمان اچ ای وی	تعداد افراد مبتلا به اچ ای وی که تحت درمان قرار دارند	پوشش درمان	تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۷۶٪ افراد مبتلا شناسایی شده، تحت درمان ضد رتروویروسی قرار بگیرند.	۲	۵	In16	Outcome

تفکیک	تواتر زمانی محاسبه	مخرج			صورت			عنوان شاخص	عنوان هدف	Main Objective	Goal	شماره شاخص	سطح شاخص
		روش جمع آوری	منبع	تعریف	روش جمع آوری	منبع	تعریف						
جنس	سالانه	گزارش گیری روتین	نرم افزار مراقبت و درمان اچ آی وی	تعداد افرادی که تحت درمان ضد رتروویروسی	گزارش گیری روتین	نرم افزار مراقبت و درمان اچ آی وی	تعداد افرادی که تحت درمان ضد رتروویروسی هستند و بار ویروسی کمتر از ۱۰۰۰ دارند	بار ویروسی افراد تحت درمان	تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۹۰٪ از افراد مبتلای تخمین زده شده، بار ویروسی کمتر از ۱۰۰۰ داشته باشند.	۳	۵	In17	Outcome
سن - جنس	سالانه	گزارش گیری روتین	نرم افزار مراقبت و درمان اچ آی وی	تعداد افرادی که بیش از یکسال از شروع درمان ضد رتروویروسی آنها گذشته است	گزارش گیری روتین	نرم افزار مراقبت و درمان اچ آی وی	تعداد افرادی که بیش از یکسال از شروع درمان ضد رتروویروسی آنها گذشته و هنوز تحت درمان هستند	بقاء بر درمان ARV	تا پایان سال ۱۴۰۳ حداقل ۹۲٪ افراد مبتلا که یک سال از زمان شروع درمان آنها گذشته به درمان ادامه بدهند.	۴	۵	In18	Outcome