



Agenda Ministra Zdrowia



New ideas - best business

Raport podsumowujący

usługa wykonania badań społecznych dotyczących Ewaluacji
Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV
i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012-2016

Umowa nr 69/2016 zawarta dnia 25.07.2016

dla Krajow

Spis treści

Spis treści	2
Wykaz definicji, skrótów, akronimów i nazw obcych	4
Streszczenie raportu i opis kluczowych wniosków	8
Wprowadzenie	12
1. Cel i przedmiot badania	13
2. Koncepcja badania, opis obszarów problemowych	15
3. Opis zastosowanej metodologii badania – metody i techniki badawcze oraz opis przebiegu badania	18
4. Charakterystyka wskaźników ewaluacji	21
5. Epidemiologia	24
6. Interpretacja wyników badania w kontekście obszarów problemowych	30
6.1. OBSZAR I – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka)	30
6.1.1. Działania informacyjne i edukacyjne realizowane w ramach Krajowego Programu	31
6.1.2. Dostępność do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV dla całego społeczeństwa	39
6.1.3. Docelowe grupy oddziaływania w celu realizacji działań profilaktyki HIV/AIDS	42
6.1.4. Efektywność poszczególnych typów działań profilaktycznych w obszarze profilaktyki pierwszorzędowej	43
6.1.5. Współpraca i integracja działań różnych instytucji i podmiotów mających na celu zapobieganie HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową	44
6.1.6. Finansowanie realizacji celów obszaru I – <i>ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV</i> (profilaktyka pierwszorzędowa)	48
6.2. OBSZAR II – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych	48
6.2.1. Charakterystyka zachowań ryzykownych i osób ryzykujących zakażeniem HIV	49
6.2.2. Rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych	55
6.2.3. Usprawnienie zbierania danych o szerzeniu się zakażeń HIV oraz dostosowanie oferty do potrzeb indywidualnego odbiorcy	58
6.2.4. Poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy	62
6.2.5. Efektywność działań podejmowanych w celu zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych	63
6.2.6. Finansowanie działań profilaktyki drugorzędowej	64
6.3. OBSZAR III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa)	64
6.3.1. Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich	65

6.3.2.	Poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV _____	67
6.3.3.	Zapobieganie zakażeniom wertykalnym _____	71
6.3.4.	Efektywność działań podejmowanych w ramach profilaktyki trzeciorzędowej ____	75
6.4.	OBSZAR IV – Współpraca międzynarodowa _____	76
6.5.	OBSZAR V – Monitoring _____	77
7.	Informacje o środkach finansowych będących w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS, przeznaczanych na zapobieganie i zwalczanie AIDS _____	83
8.	Wnioski i rekomendacje _____	85
8.1.	Wnioski w podziale na obszary _____	85
8.2.	Rekomendacje _____	93

Wykaz definicji, skrótów, akronimów i nazw obcych

Skrót / Oznaczenie	Znaczenie
AIDS	Zespół nabytego niedoboru (rzadziej upośledzenia) odporności – końcowe stadium zakażenia wirusem zespołu nabytego braku odporności (HIV) charakteryzujące się bardzo niskim poziomem limfocytów CD4, a więc wyniszczeniem układu immunologicznego (odpornościowego), co skutkuje zapadalnością na tzw. choroby wskaźnikowe (niektóre formy nowotworów, grzybic, nietypowe zapalenia płuc) mogące zakończyć się śmiercią pacjenta.
Badania ilościowe	Badania prowadzone na licznych – dużych próbach badawczych, najczęściej przy wykorzystaniu standaryzowanych technik i narzędzi badawczych. Badania ilościowe dostarczają danych, które można poddać analizie statystycznej. Jeśli próba dobrana jest w sposób zapewniający reprezentatywność wyników badań to można je uogólniać na całą populację generalną.
Badania jakościowe	Badania stosowane w celu zebrania informacji dotyczących motywów, postaw, preferencji. Pozwalają wyjaśnić i zrozumieć analizowane zjawiska, wejrzeć w głąb pewnych zjawisk, reakcji i postaw. Badań tych nie powinno poddawać analizom statystycznym. Najczęściej prowadzone są na niewielkich i niereprezentatywnych próbach badawczych. Wyników badań jakościowych nie można uogólniać na całą populację generalną. Badania te są często stosowane jako uzupełnienie badań ilościowych.
Badania pierwotne	Badania polegające na gromadzeniu i przetwarzaniu informacji pochodzących z terenu, od respondentów. Zdobyte dane odpowiadają najczęściej specyficznemu problemowi badawczemu są po raz pierwszy zebrane bezpośrednio z rynku.
Badania wtórne	Badania opierające się na wykorzystaniu i analizie istniejących, dostępnych informacji, tzw. źródeł wtórnych, np. opublikowane informacje pochodzące ze statystyk masowych, organizacji rządowych, resortowych, branżowych, banków, instytutów badawczych.
CAWI	Ankieta przeprowadzana techniką internetową (CAWI – Computer-Assisted Web Interview – wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy internetu). W badaniach realizowanych techniką CAWI respondent proszony jest o wypełnienie ankiety w formie elektronicznej.
CZSW	Centralny Zarząd Służby Więziennej
Diada	Wywiad prowadzony jednocześnie z dwojgiem uczestników. Wywiady tego typu są bardziej zobiektywizowane niż wywiady indywidualne. Technika diady w pewnym zakresie uwzględnia zjawisko konfrontacji opinii pomiędzy osobami charakterystyczne dla wywiadów grupowych.
EACS	Organizacja skupiająca wielu europejskich lekarzy klinicystów i naukowców zajmujących się tematyką HIV/AIDS
EAHC	Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów
ECDC	Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób w Sztokholmie

ECOSOC	Rada Społeczno-Gospodarcza
FGI	Wywiad grupowy pogłębiony (FGI – Focus Group Interview) to moderowane dyskusje prowadzone przez moderatora z grupą 6-15 respondentów. Zaliczany jest do grupy metod jakościowych, w których kładzie się nacisk na zebranie informacji dotyczących poznania głębokich motywacji grupy docelowej, postaw i preferencji respondentów. Wywiad grupowy najczęściej prowadzony jest według wcześniej przyjętego scenariusza, który realizowany jest w trakcie trwania wywiadu przez moderatora, a więc osobę przeprowadzającą wywiad. Prowadzone są na niewielkich i niereprezentatywnych próbach badawczych. Wywiady pogłębione pozostawiają respondentowi całkowitą swobodę wypowiedzi.
HAART	Skojarzone leczenie antyretrowirusowe, tzw. wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa
HBV	Wirus powodujący zapalenie wątroby typu B
HCV	Wirus powodujący zapalenie wątroby typu C
HIV	Ludzki wirus niedoboru odporności – wirus z rodzaju lentiwirusów, z rodziny retrowirusów. HIV należy obecnie do najlepiej poznanych wirusów, ale charakteryzuje się dużą zmiennością, która może się objawiać nawet u jednego pacjenta (w różnych okresach rozwoju choroby). Wirus może być przenoszony drogą płciową lub poprzez transfuzję zakażonej krwi, używanie igieł zanieczyszczonych krwią zakażonych osób, przez łożysko lub krew w trakcie porodu (zakażenie okołoporodowe), a także z mlekiem matki. Okres inkubacji wynosi od 0,5 do 3 lub nawet więcej lat.
IDI	Pogłębione wywiady indywidualne (IDI) – podstawowa technika badań jakościowych. Polegają na rozmowie badacza – ankietera z respondentem. Celem IDI jest uzyskanie szerszych i pogłębionych opinii oraz szczegółowych informacji od respondentów.
IDU	Populacja osób stosujących narkotyki drogą dożylną
Krajowe Centrum	Krajowe Centrum ds. AIDS, jednostka budżetowa podległa Ministrowi Zdrowia, utworzona na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 r. w sprawie Krajowego Centrum ds. AIDS, którym nadano jednostce statut i regulamin organizacyjny.
Krajowy Program	Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS przyjęty rozporządzeniem w sprawie Krajowego Programu.
Komórki CD4 (limfocyty CD4)	Rodzaj krwinek białych, posiadających na swej powierzchni receptor powierzchniowy CD4, pomagających zwalczać infekcje; HIV atakuje komórki CD4 powodując zaburzenia ich funkcji lub ich zniszczenie
Metoda badawcza	Nazwy „metoda” używa się do oznaczenia kompleksów dyrektyw i reguł opartych na założeniach ontologicznych, wskazujących pewne sposoby postępowania badawczego. Znaczenie metody odnosi się na przykład do metody dialektycznej, indukcyjnej, introspekcji itp.
MSM	Populacja mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami
MSZ	Ministerstwo Spraw Zagranicznych

MZ	Ministerstwo Zdrowia
NDPHS	Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej
NGO	Organizacje pozarządowe
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
Ośrodek referencyjny	Wydzielona część placówki medycznej spełniającej minimalne wymagania Programu zdrowotnego Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce w latach 2012-2016”, w której realizowane jest leczenie antyretrowirusowe (<i>leczenie ARV</i>). Placówki medyczne, w których funkcjonują ośrodki referencyjne wyłaniane są przez Krajowe Centrum w drodze konkursu.
PCB	Rada Koordynacyjna Programu UNAIDS
PEP	Procedura postępowania poekspozycyjnego
PKD	Punkt konsultacyjno-diagnostyczny, placówka prowadzona przez jednostki wyłonione w trybie konkursowym przez Krajowe Centrum, która winna spełniać wymogi formalno-prawne, fachowe i sanitarne określone w przepisach ustawy o działalności leczniczej (art. 17-22) oraz rozporządzeniach wykonawczych do ww. ustawy. W latach 2012-2013 w Polsce funkcjonowały 32 PKD, których wykaz został zamieszczony w załączniku nr 3 do niniejszej Informacji.
Program ARV	Program zdrowotny Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce w latach 2012-2016”, który został przyjęty przez Ministra Zdrowia w 2011 r. na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.). Program ARV zawiera m.in. wskazanie następujących sześciu celów: (1) zmniejszenie śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV w Polsce, (2) zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji Polaków, (3) zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS, (4) zwiększenie dostępności do leków ARV pacjentów zakażonych HIV w Polsce, (5) zapewnienie leków ARV niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+, (6) zapewnienie leków ARV na postępowania poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe.
Rozporządzenie w sprawie Krajowego Programu lub rozporządzenie Rady Ministrów z 15 lutego 2011 r.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS
STI	Zakażenia przenoszone drogą płciową
Technika badawcza	Technika badań to wariant zastosowanej metody. W przypadku badań ankietowych wariantem takim są techniki przeprowadzenia badań ankietowych, CAWI, CATI, itp. Używanie słowa technika badawcza ma na

	celu ograniczenie wieloznaczności terminu „metoda”. Słowa technika używa się wszędzie tam, gdzie chodzi właśnie o szczegółowe zagadnienia dotyczące sposobu zbierania danych, ich opracowania itp.
Triada	Wywiad prowadzony jednocześnie z dwojgiem uczestników. Wywiady tego typu są bardziej zobiektywizowane niż wywiady indywidualne. Technika triady w pewnym zakresie uwzględnia zjawisko konfrontacji opinii pomiędzy osobami charakterystyczne dla wywiadów grupowych.
UE	Unia Europejska
UNAIDS	Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS
Ustawa o zakażeniach	Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
WSSE	Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne
ZPDP	Zakażenia przenoszone drogą płciową

Streszczenie raportu i opis kluczowych wniosków

Zapobieganie zakażeniom HIV i leczenie osób chorych na AIDS jest zagadnieniem, które rozpatrywać należy zarówno na gruncie szeroko pojętych korzyści społecznych – całego społeczeństwa, na gruncie węższych grup społecznych – rodzin i bliskich osób chorych, zakażonych wirusem HIV, i w największym wymiarze na gruncie każdej osoby zakażonej/chorej. Miarą cywilizacyjnego rozwoju każdego kraju jest wola i umiejętność zapewnienia należytej i godnej opieki dla ludzi dotkniętych chorobą czy niepełnosprawnością.

Problematykę zapobiegania zakażeniom HIV i leczenie osób chorych na AIDS trzeba rozpatrywać również w aspekcie kosztów społecznych, a więc ochrony zdrowych członków społeczeństwa przed zakażeniem, nie tylko przez działania profilaktyczne, ale również poprzez leczenie osób chorych, u których podczas podjęcia leczenia znacząco zmniejsza się możliwość rozprzestrzeniania zakażeń.

Polityka państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczania AIDS została określona w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Poprzednie edycje realizacji Programu obejmowały lata 1996-1998, 1999-2003, 2004-2006 oraz 2007-2011.

Obecnie ewaluowany projekt był już piątą edycją Krajowych Programów zapobiegania HIV i Zwalczania AIDS i obejmował zakres lat 2012-2015. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2012-2016 zakładał podjęcie działań w pięciu obszarach:

1. Zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa,
2. Zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
3. Wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
4. Współpracy międzynarodowej,
5. Monitoringu.

Do każdego z obszarów przyporządkowane były cele ogólne, cele szczegółowe, zadania i wskaźniki. Wybór obszarów i celów Krajowego Programu jest adekwatny do rekomendacji i strategii międzynarodowych w tym zakresie. Pozytywnie należy ocenić również wybór obszarów i celów Krajowego Programu w kontekście tła historycznego jego projektowania, w tym uwzględnienie sytuacji epidemiologicznej oraz trendów otoczenia zewnętrznego w Polsce. Konstrukcja Krajowego Programu jest dostosowana zarówno do wymogów międzynarodowych, jak i dobrze odzwierciedla sytuację w Polsce.

Zaprezentowany raport z badań ewaluacyjnych obejmuje 8 rozdziałów. Pierwsze cztery rozdziały mają charakter metodologiczny:

- w pierwszym zaprezentowano cele i przedmiot badania,
- w drugim koncepcję badania ewaluacyjnego i opis obszarów problemowych,
- w trzecim opis zastosowanej metodologii badania – metody i techniki badawcze oraz opis przebiegu badania,

→ w czwartym charakterystykę wskaźników ewaluacji.

Wnioski z badań ewaluacyjnych zaczynają się od rozdziału piątego, w którym zaprezentowano wyniki wybranych (ograniczonych do minimum) badań epidemiologicznych jako kontekst do tworzenia Krajowego Programu. Głównym celem była tu ocena, na ile twórcy w procesie projektowania uwzględnili uwarunkowania i trendy epidemiologiczne w celu jak najlepszego zaprojektowania adekwatnych do sytuacji celów i zadań.

Jednocześnie zaprezentowane dane traktuje się jako ilościowe mierniki / wskaźniki efektów realizacji i oddziaływania Krajowego Programu. Zakładać bowiem należy, iż wszystkie zaplanowane w ramach Programu cele i zadania służyć mają nie tylko osiągnięciu wskaźników w postaci określonych nakładów ulotek, broszur, plakatów czy publikacji książkowych, liczby zrealizowanych kampanii czy zorganizowanych szkoleń, ale przede wszystkim zatrzymaniu i/lub odwróceniu niekorzystnych trendów w zakresie zakażeń HIV i zachorowań na AIDS.

Rozdział szósty obejmuje wnioski z ewaluacji dotyczące pięciu obszarów problemowych Krajowego Programu. Punkt pierwszy rozdziału szóstego obejmuje wyniki ewaluacji OBSZARU I – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa). W rozdziale zaprezentowano wybrane, zdaniem Wykonawcy najbardziej interesujące z punktu widzenia wniosków i rekomendacji wyniki badań i opinie ekspertów. Podpunkty tego rozdziału nie są zbieżne z treścią celów głównych i zostały zaprezentowane tak, aby zasygnalizować najważniejsze obszary wymagające uwypuklenia w raporcie. Ich celem jest zwrócenie większej uwagi odbiorców na niektóre zagadnienia, jak np. nakładu na finansowanie działań profilaktycznych z tego obszaru.

Treści tego podpunktu zostały podporządkowane odpowiedzi na pytania ewaluacyjne i ocenę podejmowanych działań pod kątem zaproponowanych kryteriów ewaluacyjnych.

Punkt drugi rozdziału szóstego obejmuje wyniki ewaluacji OBSZARU II – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa). Wyniki badań ewaluacyjnych przyniosły bardzo wiele interesujących informacji i wniosków, na których skoncentrowano się prezentując treści tego rozdziału. Z perspektywy oceny ewaluacyjnej, obszar II Krajowego Programu wypadł najslabiej. Wiele działań oceniono jako mniej skuteczne i formułowano do nich wiele zastrzeżeń. Podpunkty i ujęte treści tego rozdziału zostały ukształtowane tak, aby zasygnalizować najważniejsze ujawnione w trakcie badań wnioski.

W punkcie trzecim rozdziału szóstego oceniono OBSZAR III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa). Oczywiście ocena działań podejmowanych w ramach tego obszaru została podporządkowana odpowiedzi na pytania ewaluacyjne i ocenę podejmowanych działań pod kątem zaproponowanych kryteriów ewaluacyjnych. Cel i działania podejmowane w ramach tego obszaru przez Krajowe Centrum ds. AIDS uzyskały najwyższe oceny skuteczności. Tylko do nielicznych działań formułowano ostrożnie zastrzeżenia. Bez wątpienia obszar III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa) jest największym sukcesem Krajowego Programu.

Wnioski dotyczące OBSZARU IV – Współpraca międzynarodowa, zaprezentowano w podpunkcie czwartym rozdziału szóstego Ocena działań podejmowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS w ramach obszaru IV jest bardzo pozytywna. Polska jest na forum

międzynarodowym, dzięki swojej aktywności w zakresie HIV/AIDS, postrzegana jako znaczący partner i ma znaczący udział i wkład merytoryczny w projekty międzynarodowe.

W punkcie piątym rozdziału szóstego zaprezentowano wyniki ewaluacji OBSZARU V – Monitoring. Zaprezentowano liczne działania i starania jakie podejmuje Krajowe Centrum ds. AIDS w budowaniu systemu monitoringu. Ocena tego obszaru wypada słabo. Przy czym podkreślić należy, iż nie dotyczy to jakości zaangażowania Krajowego Centrum, i spowodowane jest przede wszystkim ograniczeniami w finansowaniu tych działań oraz działaniami organizacyjno-prawnymi sprawozdawczości.

Przedostatni rozdział – siódmy poświęcono finansowaniu Krajowego Programu. Zdecydowano się na wyodrębnienie tego aspektu w osobnym rozdziale, z uwagi na fakt jego wpływu na skuteczność realizacji celów i zadań Programu, oraz znaczenie dla realizacji kolejnych Programów. W szczególności podkreślano niekorzystne proporcje w finansowaniu działań profilaktycznych i leczenia ARV, kiedy to zaledwie 2-3% kwoty budżetu Krajowego Programu przeznaczana jest na profilaktykę, co skutkuje ciągłym wzrostem liczby przypadków nowych zakażeń i następnie wzrostem kosztów zakupu leków ponoszonych przez budżet państwa.

Ostatni rozdział – ósmy prezentuje zebrane w trakcie projektu ewaluacyjnego wnioski i rekomendacje, które mogą być pomocne przy projektowaniu kolejnego Krajowego Programu.

Generalna ocena realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS jest pozytywna. Dla właściwej oceny i wyrobienia obiektywnego poglądu dotyczącego skuteczności, efektywności, efektów oddziaływania oraz innych kryteriów ewaluacji konieczne jest właściwe spojrzenie na problematykę, która była przedmiotem ewaluacji.

Po pierwsze, na skuteczność realizacji działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu należy patrzeć przez pryzmat specyfiki obszaru jaki jest w tym Programie podejmowany. Wszystkie kwestie, które dotyczą seksualności człowieka są kwestiami trudnymi i niewygodnymi do dyskusji dla części społeczeństwa. Projektując każde działanie, przekaz czy nawet kanał komunikacji należy uwzględniać, szacować bariery mentalne i ideologiczne jakie mogą się pojawiać w trakcie wdrażania.

Po drugie, analiza efektywności kosztowej celów Krajowego Programu jest trudna do kalkulacji. W ewaluowanych obszarach efekty programu są długofalowe, obejmują one koszty, które trzeba będzie ponieść w przyszłości czy koszty alternatywne nieponoszenia kosztów obecnie. Generalnie efektywność krótkoterminowa jest niewielka, ale znacząco rośnie w czasie.

Po trzecie, na skuteczność realizacji Krajowego Programu wpływ mają aspekty organizacyjno-prawne. Powodzenie Krajowego Programu w istotnym stopniu uzależnione jest od zrozumienia przez poszczególnych realizatorów (podmioty) wagi i znaczenia problematyki HIV/AIDS. Odpowiedzialność zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z 15 lutego 2011 r. nakłada zakres zadań, a zatem i odpowiedzialności tylko na Krajowe Centrum ds. AIDS. Innym podmiotom, choć wymienionym w rozporządzeniu nie przypisano odpowiedzialności.

Założenia Krajowego Programu udało się zrealizować na miarę posiadanych sił i środków. Bezsprzecznie i obiektywnie udało się zrealizować cele związane z poprawą życia osób chorych, objętych leczeniem antyretrowirusowym, dostępnością leczenia i tak dalej. Biorąc pod uwagę ograniczony budżet na działania profilaktyczne stwierdzić należy, iż zrobiono maksymalnie dużo w stosunku do posiadanych zasobów finansowych. Z pewnością jednak

profilaktyka jest obszarem mocno niedofinansowanym i wymagającym wzmożonych wysiłków w kolejnych latach programowania. Bardzo dużo jest do zrobienia w kwestiach edukacji społeczeństwa, edukacji młodzieży, czy też zmiany postaw i świadomości społecznej, jeśli chodzi o nowe kategorie zachowań ryzykownych, które ujawniły się w ostatnich latach, a których rozwój grozi zwiększeniem tempa rozprzestrzeniania się wirusa HIV, na co koniecznie należy zwrócić uwagę w projektowaniu Krajowego Programu na kolejne lata.

Wprowadzenie

Niniejszy dokument stanowi raport końcowy z badania, którego przedmiotem było przeprowadzenie badań społecznych dotyczących ewaluacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012-2016.

Badanie przeprowadzono na podstawie umowy nr 69/2016 zawartej dnia 25.07.2016 r. pomiędzy Wykonawcą badania IBC GROUP Central Europe Holding S.A. a Zamawiającym – Krajowym Centrum ds. AIDS w Warszawie.

Raport został opracowany przez Zespół Konsultantów Sektora Publicznego IBC GROUP Central Europe Holding S.A.

Autorzy raportu

Prof. nadzwyczajny dr hab. Joanna Hołub-Iwan

Dr Marcin Pierzchała

Jerzy Krzywicki

Redaktor techniczny:

Katarzyna Kurowska

1. Cel i przedmiot badania

Cel zamówienia:

Ocena zgodności realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS 2012-2016, zwanego dalej Krajowym Programem z założonymi celami i zadaniami określonymi w Programie oraz ocena ich efektywności i skuteczności.

Cele szczegółowe zamówienia:

- **ocena przebiegu** realizacji Krajowego Programu 2012-2016, w tym: ocena aktywności podmiotów/osób zobowiązanych do realizacji Krajowego Programu, ich współpracy na poziomie krajowym i międzynarodowym, ocena wpływu czynników zewnętrznych i wewnętrznych na realizację Krajowego Programu
- **ocena rezultatów** 2012-2016, w tym: ocena zgodności celów ogólnych i szczegółowych w poszczególnych obszarach działań założonych w Programie z celami osiągniętymi (zrealizowanymi) w poszczególnych grupach docelowych oraz ocena poprawności przyjętych wskaźników
- **ocena skuteczności** realizacji 2012-2016, w tym: osiągnięcie zdefiniowanych celów, ocena korzyści z realizacji Programu i trwałości efektów jego realizacji oraz ocena potrzeb kontynuacji/zmian Programu
- **ocena efektywności** 2012-2016 (poniesionych nakładów i działań w stosunku do uzyskiwanych rezultatów) i ocena mechanizmów finansowania Krajowego Programu).

Wykonawca sformułował następująco brzmiący cel główny badania:

Ewaluację realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS przy uwzględnieniu takich kryteriów ewaluacji, jak: trafność, efektywność, skuteczność, oddziaływanie/wpływ, trwałość efektów, adekwatność doboru instrumentów i działań w dotarciu do wyznaczonych grup docelowych, przebieg projektu, tło realizacji Krajowego Programu.

Do celu głównego opracowano następujące cele szczegółowe badania:

1. Ocena trafności sformułowanych celów ogólnych/ celów szczegółowych Krajowego Programu w kontekście zidentyfikowanych problemów i potrzeb beneficjentów;
2. Ocena trafności wytypowanych do poszczególnych celów szczegółowych zadań;
3. Ocena stopnia osiągnięcia założonych w Krajowym Programie celów – ewaluacja skuteczności. Cele zaplanowane vs osiągnięte;
4. Ocena trafności wytypowania celów ogólnych i szczegółowych w stosunku do potrzeb grup docelowych;
5. Ocena trafności (poprawności) przyjętych wskaźników w stosunku do postawionych celów szczegółowych, zadań, oraz w odniesieniu do grup docelowych;

6. Identyfikacja i ocena korzyści wynikających z realizacji Krajowego Programu – ocena efektów osiągniętych (skuteczność) oraz trwałości tych efektów w kontekście różnych grup docelowych oraz całego społeczeństwa;
7. Identyfikacja celów i zadań wymagających kontynuacji oraz pozyskanie wiedzy/informacji na temat argumentów przemawiających za ich kontynuacją;
8. Ocena ilościowo definiowanej efektywności wybranych (np. mierzalnych) zadań Krajowego Programu;
9. Ocena mechanizmów finansowania Krajowego Programu;
10. Ocena jakościowa efektywności realizacji poszczególnych celów Krajowego Programu, uwzględniającej szeroko pojmowane nakłady, w tym nakłady ludzi, czasu;
11. Identyfikacja potrzeby zmian w obszarze mechanizmu finansowania Krajowego Programu, podziału funduszy oraz realizacji Krajowego Programu;
12. Ocena przebiegu Krajowego Programu i sposobu jego realizacji;
13. Ocena współpracy podmiotów w zakresie realizacji Krajowego Programu;
14. Identyfikacja i ocena zakresu i efektów współpracy podmiotów realizujących Krajowy Program na poziomie krajowym i międzynarodowym;
15. Ocena stopnia integracji działań – sił i środków różnych typów podmiotów;
16. Ocena aktywności poszczególnych typów podmiotów realizujących Krajowy Program;
17. Ocena wpływu czynników zewnętrznych i wewnętrznych na realizację Krajowego Programu;
18. Zabranie opinii na temat potencjalnych efektów rozprzestrzeniania (dyfuzja) się wiedzy/ informacji będących efektem działania Krajowego Programu w grupach docelowych;
19. Ocena adekwatności instrumentów i działań w dodaniu do wyznaczonych grup docelowych, w szczególności grup najwyższego ryzyka;
20. Ocena tła realizacji Krajowego Programu – wpływ czynników zewnętrznych i wewnętrznych na realizację Krajowego Programu;
21. Identyfikacja barier realizacji Krajowego Programu, które mogły mieć wpływ, lub miały wpływ na przebieg realizacji Krajowego Programu;
22. Opracowanie wniosków i rekomendacji dotyczących realizacji podobnego programu, w przyszłości.

Przedmiot badania: efekty i rezultaty Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w lata 2012-2016 w Polsce.

Podmiot badania: podmioty uczestniczące w realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w lata 2012-2016 w Polsce.

2. Koncepcja badania, opis obszarów problemowych

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS zakłada działania w pięciu obszarach:

1. zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa;
2. zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych;
3. wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
4. współpracy międzynarodowej;
5. monitoringu.

Każdy z tych obszarów ma cele ogólne, do których z kolei przypisane są cele szczegółowe.

OBSZAR I – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa)

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cele szczegółowe

- a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiany postaw, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za własne zdrowie i życie;
- b) rozwój i wzmocnienie bazy szkoleniowo-edukacyjnej, skierowanej do różnych grup społecznych i zawodowych.

Cel ogólny

2. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS

Cele szczegółowe

- a) poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy;
- b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży;
- c) zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV;
- d) zwiększenie i integracja działań mających na celu zapobieganie HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową.

Cel ogólny

3. Aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS

Cele szczegółowe

- a) dostosowanie aktualnie obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS do przyjętych przez Polskę zobowiązań wspólnotowych i międzynarodowych;
- b) podejmowanie inicjatyw legislacyjnych zmierzających do stworzenia lub uaktualnienia przepisów prawnych w zakresie HIV/AIDS.

OBSZAR II – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa)

Cel ogólny

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV

Cele szczegółowe

- a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych.

Cel ogólny

2. Rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym

Cele szczegółowe

- a) poprawa jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV;
- b) usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych.

Cel ogólny

3. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS

Cele szczegółowe

- a) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy;
- b) wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych.

OBSZAR III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa)

Cel ogólny

1. Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich

Cele szczegółowe

- a) poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich;
- b) zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.

Cel ogólny

2. Poprawa, jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV

Cele szczegółowe

- a) poprawa istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS;
- b) usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV.

Cel ogólny

3. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym

Cele szczegółowe

- a) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży, i kobiet karmiących piersią;
- b) usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV.

OBSZAR IV – Współpraca międzynarodowa

Cel ogólny

Rozwój współpracy międzynarodowej

Cele szczegółowe

- a) poszerzenie współpracy międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS;
- b) aktywizacja udziału Polski w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS;
- c) aktywizacja udziału Polski w pracach instytucji i organizacji międzynarodowych;
- d) poszerzenie współpracy międzynarodowej na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.

OBSZAR V – Monitoring

Cel ogólny

Usprawnienie monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz działań i zadań w zakresie HIV/AIDS

Cele szczegółowe

- a) usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym ujednolicenie systemu zgłoszeń;
- b) usprawnienie nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS;
- c) wsparcie informacyjne realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS;
- d) wsparcie informacyjne realizacji leczenia antyretrowirusowego.

3. Opis zastosowanej metodologii badania – metody i techniki badawcze oraz opis przebiegu badania

Opis zrealizowanej metodologii badawczej

W ramach badania zastosowano triangulację metodologiczną polegającą na użyciu wielu metod dla zbadania pojedynczego problemu badawczego¹. W ramach niniejszego projektu badawczego, w sposób skoordynowany wykorzystane zostały zarówno analizy danych zastanych (desk research), metody o charakterze ilościowym oraz jakościowym. Dzięki zastosowaniu różnorodnych metod i technik badawczych uzyskany został efekt kumulowania się i wzajemnego uzupełnienia danych pochodzących z różnych źródeł, czyli tzw. triangulacja źródeł danych.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI)

Indywidualny wywiad pogłębiony (ang. *Individual In-depth Interview*) stanowi jedną z bardziej popularnych metod badań jakościowych, polegającą na szczegółowej, wnikliwej rozmowie z informatorem/respondentem, której celem jest dotarcie do precyzyjnych informacji oraz poszerzenie wiedzy związanej z tematem badania. W trakcie wywiadu indywidualnego podejmowane są pytania badawcze o charakterze eksploracyjnym, próby wyjaśniania / zrozumienia zjawisk, motywacji, postaw, zachowań.

W sumie zrealizowano **6 wywiadów IDI z kluczowymi ekspertami Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS 2012-2016**. Wśród nich był konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, przedstawiciel Zakładu Epidemiologii NIZP PZH, przedstawiciel Wydziału Profilaktyki Uzależnień w Urzędzie m. st. Warszawy, przedstawiciel Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS), przedstawiciel kierownictwa Krajowego Centrum ds. AIDS, wojewódzki koordynator ds. AIDS z terenu województwa zachodniopomorskiego.

Diady/Triady

Diada to metoda badań jakościowych polegająca na realizacji wywiadu, który prowadzony jest jednocześnie z dwojgiem uczestników.

W ramach ewaluacji zrealizowane zostały diady/triady z przedstawicielami dwóch grup respondentów. W przypadku pierwszej z nich byli to przedstawiciele najbardziej aktywnych organizacji pozarządowych², z którymi zrealizowano **5 wywiadów typu diada/triada**: 2 z NGO z terenu województwa mazowieckiego (Fundacja Edukacji Społecznej, Zjednoczenie na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS "Pozytywni w Tęczy"), 1 NGO z terenu województwa małopolskiego (Centrum Profilaktyki i Edukacji Społecznej PARASOL), 1 NGO z terenu województwa dolnośląskiego (Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem”) oraz 1 NGO z terenu województwa zachodniopomorskiego

¹ Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (1994). *Introduction. Entering the field of qualitative research*. W: N. K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.) *Handbook of Qualitative Research* (s. 1-7). Thousand Oaks: Sage Publications.

² Patrz: http://www.aids.gov.pl/organizacje_pozarzadowe/prezentacja_organizacji_pozarzadowych/

(Stowarzyszenie wolontariuszy wspierające osoby żyjące z HIV i chore na AIDS "Da Du"). W przypadku drugiej grupy było to **5 wywiadów typu diada/triada z przedstawicielami podmiotów mających bezpośrednie kontakty z pacjentami i realizujących przynajmniej część swoich działań w kontakcie z osobami zakażonymi i potencjalnie zakażonymi HIV**. Zrealizowano je z przedstawicielami wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych – 4 wywiady (Gorzów Wielkopolski, Poznań, Katowice, Szczecin) oraz z przedstawicielem powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej – 1 wywiad (Wrocław).

Zogniskowane wywiady grupowe (FGI)

Metoda zogniskowanych wywiadów grupowych (tzw. grupy fokusowe; FGI) ma formę ustrukturyzowanej dyskusji, prowadzonej przez moderatora.

Zrealizowane zostało 5 wywiadów FGI z przedstawicielami instytucji wchodzących w skład Wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w następujących województwach:

- mazowieckim, śląskim, wielkopolskim (regiony z największą liczbą nowo wykrywanych zakażeń HIV);
- łódzkim (region o wysokim wskaźniku zapadalności na AIDS);
- świętokrzyskim (region o najniższej liczbie zakażeń HIV i najniższej średniej zapadalności na AIDS).

Badanie CAWI

Ankieta przeprowadzana techniką internetową (CAWI – *Computer-Assisted Web Interview* – to wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy Internetu. W badaniach realizowanych techniką CAWI respondent proszony jest o wypełnienie ankiety w formie elektronicznej.

W sumie ankiety CAWI wysłano do 421 instytucji, w tym do:

- 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych;
- 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych;
- 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych;
- 17 organizacji pozarządowych (NGO);
- 28 punktów konsultacyjno-diagnostycznych³;
- 16 urzędów marszałkowskich (departamenty odpowiedzialne za politykę zdrowotną);
- 16 urzędów wojewódzkich (wydziały odpowiedzialne za zagadnienia z obszaru zdrowia).

Zrealizowanych zostało **138 wywiadów CAWI** z podmiotami zaangażowanymi w realizację Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2012-2016. Kwestionariusz wypełniali przedstawiciele wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (10), powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (81), granicznych stacji sanitarno-

³ W trakcie realizacji badania (wrzesień – październik 2016) funkcjonowało 29 punktów konsultacyjno-diagnostycznych. PKD w Rzeszowie nie posiadał adresu mailowego, co uniemożliwiło wysłanie ankiety CAWI.

epidemiologicznych (2), terenowych organów administracji rządowej (urzędy wojewódzkie) (10), jednostek samorządu terytorialnego (urzędy marszałkowskie) (12), aktywnych organizacji pozarządowych działających w obszarze HIV/AIDS (20), punktów konsultacyjno-diagnostycznych (10). Część z ww. podmiotów należała również do Wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (17). Rozkład respondentów w poszczególnych województwach prezentował się następująco:

Tabela 1. Rozkład respondentów w poszczególnych województwach

Lp.	Województwo	Liczba wypełnionych ankiet	% wypełnionych ankiet
1	Dolnośląskie	12	8,7%
2	Kujawsko-pomorskie	8	5,8%
3	Lubelskie	8	5,8%
4	Lubuskie	6	4,3%
5	Łódzkie	9	6,5%
6	Małopolskie	10	7,2%
7	Mazowieckie	17	12,3%
8	Opolskie	3	2,2%
9	Podkarpackie	10	7,2%
10	Podlaskie	5	3,6%
11	Pomorskie	8	5,8%
12	Śląskie	7	5,1%
13	Świętokrzyskie	6	4,3%
14	Warmińsko-mazurskie	10	7,2%
15	Wielkopolskie	10	7,2%
16	Zachodniopomorskie	9	6,5%
	Ogółem	138	100%

Źródło: Opracowanie własne

Wskaźnik responsywności (*response rate*) w badaniu CAWI wyniósł 32,7%. W przypadku poszczególnych rodzajów instytucji prezentował się on następująco:

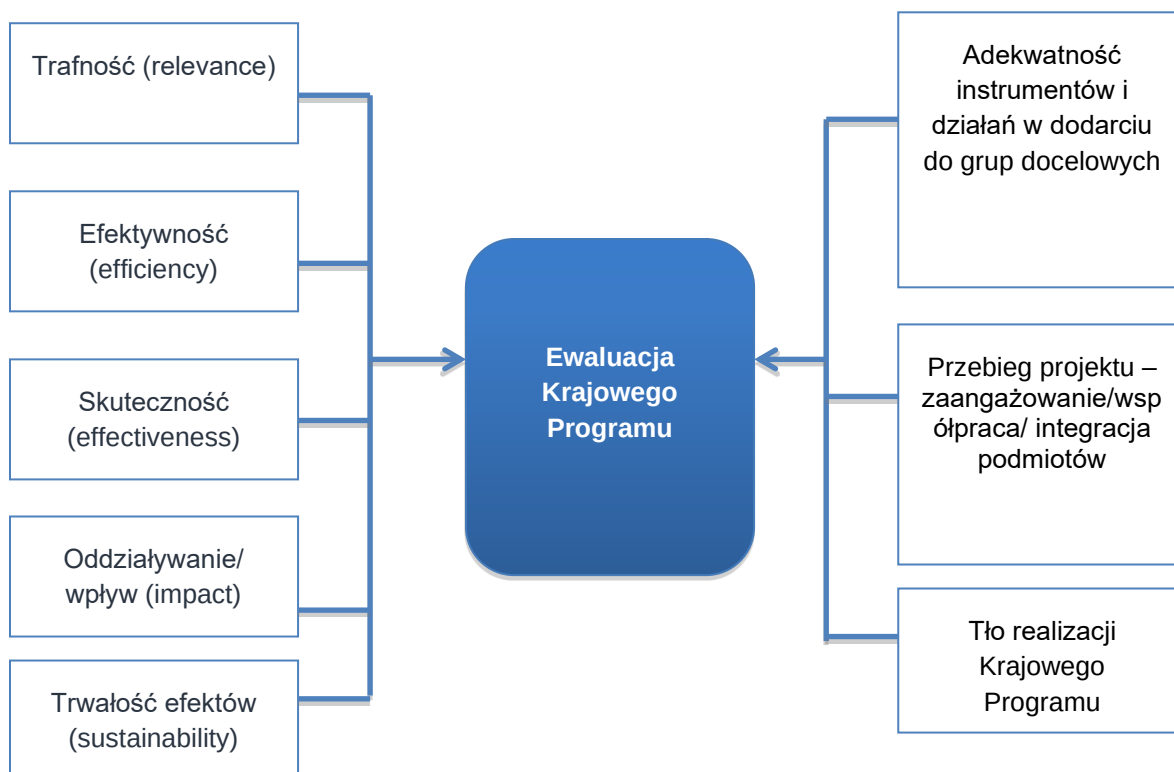
- wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne – 62,5%;
- powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne – 25,4%;
- graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne – 20,0%;
- organizacje pozarządowe (NGO) – 117,6%⁴;
- punkty konsultacyjno-diagnostyczne – 35,7%;
- urzędy marszałkowskie – 75%;
- urzędy wojewódzkie – 62,5%.

⁴ W przypadku części NGO ankietę wypełniła więcej niż jedna osoba.

4. Charakterystyka wskaźników ewaluacji

W celu dokonania ewaluacji Krajowego Programu Wykonawca zastosował 8 kryteriów ewaluacji. Posłużył się w tym celu pięcioma najczęściej stosowanymi kryteriami ewaluacji programów i projektów rekomendowanymi przez Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne oraz trzema dodatkowymi kryteriami, wybranymi w celu pogłębienia jakości oceny, kompatybilnymi z celami i specyfiką ewaluowanego Krajowego Programu.

Rysunek 1. Wykaz planowanych do zastosowania kryteriów ewaluacji



Źródło: Opracowanie własne

Kryteria ewaluacji według Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego⁵:

1. Trafność (*relevance*) – kryterium to pozwala ocenić, w jakim stopniu przyjęte cele odpowiadają zidentyfikowanym problemom w obszarze objętym projektem i/lub realnym potrzebom beneficjentów;
2. Efektywność (*efficiency*) – pozwala ocenić poziom „ekonomiczności” projektu, czyli stosunek poniesionych nakładów do uzyskanych wyników i rezultatów. Nakłady rozumiane tu mogą być bardzo szeroko - jako zasoby: finansowe, ludzkie i czas;
3. Skuteczność (*effectiveness*) – to kryterium pozwala ocenić, w jakim stopniu postawione cele przedsięwzięcia, zdefiniowane na etapie programowania zostały osiągnięte;
4. Oddziaływanie/wpływ (*impact*) – pozwala ocenić dyfuzję korzyści projektu na szersze grupy ludzi w danym sektorze, regionie lub w całym kraju;

⁵ Portal Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego, <http://pte.org.pl/o-ewaluacji/> dn. 8.06.2016.

5. Trwałość efektów (*sustainability*) – to kryterium pozwala ocenić na ile pozytywne efekty projektu są trwałe i trwają jeszcze po zakończeniu projektu, a także czy możliwe jest utrzymanie się wpływu w dłuższym okresie na procesy rozwoju na poziomie sektora, regionu czy kraju.

Dodatkowe kryteria ewaluacji:

1. Adekwatność instrumentów i działań w dotarciu do wyznaczonych grup docelowych, w szczególności grup najwyższego ryzyka;
2. Przebieg projektu – zaangażowanie / współpraca / integracja podmiotów w realizację zadań. Kryterium to ewaluuje sposób realizacji Krajowego Programu w obszarze:
 - a. współpracy podmiotów na poziomie krajowym i międzynarodowym;
 - b. wspólnej integracji realizowanych zadań;
3. Tło realizacji Krajowego Programu – wpływ czynników zewnętrznych i wewnętrznych na realizację Krajowego Programu. Kryterium to identyfikuje bariery realizacji Krajowego Programu, które mogły mieć wpływ, lub miały wpływ na jego skuteczność.

Zgodność planu badań z założonymi kryteriami ewaluacyjnymi

W poniżej zaprezentowanych tabelach Wykonawca wskazał, w jaki sposób poszczególne cele i techniki badawcze pozwalają na dokonanie ewaluacji według wyznaczonych kryteriów.

Tabela 2. Stopień wypełniania celu głównego zlecenia i celów szczegółowych zamówienia przez zaproponowane kryteria ewaluacyjne

Cel główny zamówienia		Kryterium / kryteria ewaluacji
Ocena zgodności realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012-2016, zwanego dalej Krajowym Programem z założonymi celami i zadaniami określonymi w Programie oraz ocena ich efektywności i skuteczności		Trafność (<i>relevance</i>) Skuteczność (<i>effectiveness</i>) Efektywność (<i>efficiency</i>)
Cele szczegółowe zamówienia		
ocena przebiegu realizacji Krajowego Programu w latach 2012-2016	ocena aktywności podmiotów / osób zobowiązanych do realizacji Krajowego Programu	Przebieg projektu – zaangażowanie / współpraca / integracja podmiotów
	ocena współpracy podmiotów na poziomie krajowym i międzynarodowym,	Przebieg projektu – zaangażowanie / współpraca / integracja podmiotów
	ocena wpływu czynników zewnętrznych i wewnętrznych na realizację Krajowego Programu	Tło realizacji Krajowego Programu
ocena rezultatów Krajowego Programu w latach 2012-2016	ocena zgodności celów ogólnych i szczegółowych w poszczególnych obszarach działań założonych w Krajowym	Trafność (<i>relevance</i>), Skuteczność (<i>effectiveness</i>),

	Programie z celami osiągniętymi (zrealizowanymi) w poszczególnych grupach docelowych	Adekwatność instrumentów i działań w dotarciu do wyznaczonych grup docelowych
	ocena poprawności przyjętych wskaźników	Trafność (<i>relevance</i>)
	osiągnięcie zdefiniowanych celów	Skuteczność (<i>effectiveness</i>)
ocena skuteczności realizacji Krajowego Programu w latach 2012-2016	ocena korzyści z realizacji Programu i trwałości efektów jego realizacji	Trwałość efektów (<i>sustainability</i>) i Oddziaływanie/wpływ (<i>impact</i>)
	ocena potrzeb kontynuacji / zmian Programu	Trwałość efektów (<i>sustainability</i>)
	ocena poniesionych nakładów i działań w stosunku do uzyskiwanych rezultatów	Efektywność (<i>efficiency</i>) Adekwatność instrumentów i działań w dotarciu do wyznaczonych grup docelowych
ocena efektywności Krajowego Programu w latach 2012-2016	ocena mechanizmów finansowania Krajowego Programu	Tło realizacji Krajowego Programu

Źródło: Opracowanie własne

W tabeli 2. zobrazowano, w jaki sposób poszczególne techniki badawcze pozwoliły na wypełnienie celów badania ewaluacyjnego czyli pozyskanie danych niezbędnych do oceny Krajowego Programu według zaprojektowanych 8 kryteriów ewaluacyjnych. Tabela pokazuje zgodność zaprojektowanego planu badań z założonymi kryteriami ewaluacji.

5. Epidemiologia

Dane epidemiologiczne traktować można jako ilościowy, mierzalny efekt działania Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Analiza trendów, a w szczególności zmiany ich kierunku pozwalają na wyrażanie opinii na temat skuteczności zarówno wyboru jak i wpływu działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu.

Zasadniczym celem analizy wybranych danych epidemiologicznych w niniejszym raporcie jest:

- ewaluacja skuteczności oddziaływania Krajowego Programu. Dane epidemiologiczne są w tym przypadku traktowane jako obiektywna miara sukcesu Krajowego Programu,
- analiza tła otoczenia, na bazie którego podejmowane były decyzje dotyczące wyboru celów ogólnych, szczegółowych oraz wskaźników Krajowego Programu na lata 2012-2016. W szczególności dotyczy to danych z lat 2010 i 2011, a więc z okresu, w którym planowano działania. Kryterium to pozwala ocenić, w jakim stopniu przyjęte cele odpowiadają zidentyfikowanym problemom w obszarze objętym Programem.

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2012-2016 wszedł w życie z dniem zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia. Planowane w raporcie obszary działań, cele ogólne oraz cele szczegółowe odzwierciedlały obecną sytuację epidemiologiczną. Ponieważ jednym z kryteriów ewaluacji jest *Tło realizacji Krajowego Programu* warto przytoczyć dane i wskaźniki kluczowe dla sytuacji epidemiologicznej w latach przed rokiem 2012.

Według danych REGIONAL FACT SHEET 2012 i GLOBAL FACT SHEET – dokumentów wydanych przez UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS w 2012 r. ⁶:

- w 2011 r. na całym świecie, HIV zakażyło się około 2,5 mln [2,2 mln – 2,8 mln] osób,
- w 26 krajach, na przestrzeni lat 2001-2012, liczba zakażeń spadła o 50%, a w kolejnych 17 krajach o 25-49%. Największy spadek liczby zakażeń zaobserwowano wśród dzieci. Spadek zakażeń został odnotowany również wśród noworodków,
- wzrost zakażeń o ok. 35% zaobserwowano jedynie wśród zamieszkujących obszar Środkowego Wschodu i Afryki Północnej,
- w 2011 r. na świecie były 34 mln [31,4 mln – 35,9 mln] osób żyjących z HIV. W roku 2012 żyło ok. 35,3 mln osób zakażonych HIV. Wzrost tej liczby w porównaniu z latami poprzednimi (np. 33,3 mln w 2009 r. czy 34 mln w 2011 r.) tłumaczy się powszechniejszym dostępem do terapii antyretrowirusowej (ARV) i w konsekwencji dłuższą przeżywalnością osób zakażonych,
- śmiertelność z powodu AIDS na świecie wykazywała tendencję spadkową – 24% mniej niż w 2005 r. Prawdopodobną przyczyną tego stanu była skuteczność terapii ARV.
- W 2011 r. ponad 8 mln osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV. Jednak 7 mln osób kwalifikujących się do włączenia do programu leczenia ciągle nie ma do niego

⁶ Raport UNAIDS dotyczący epidemii AIDS na świecie, UNAIDS 2013.

dostęp. 72% dzieci żyjących z HIV kwalifikujących się do włączenia do programu leczenia nie ma do niego dostępu.

- Obecnie na świecie grupą dominującą, jeśli chodzi o liczbę zakażeń są mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) mieszkający w dużych aglomeracjach.
- Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną na świecie, niepokój budzi fakt, że sytuacja nie ulega poprawie w krajach Europy Wschodniej i Azji Środkowej.

Krajowe Centrum ds. AIDS przystępowało do projektowania Krajowego Programu kierując się tendencjami takimi jak istotny spadek zakażeń HIV w wielu krajach, w tym wśród noworodków i dzieci, istnieniem skutecznych metod leczenia objawów AIDS, coraz bardziej powszechnym dostępem do terapii ARV i wydłużaniem się długości życia ludzi z AIDS, dominowaniem wśród zakażonych grup MSM, oraz zagrożeniem, które istnieje poza granicami Polski: Ukraina i kraje Federacji Rosyjskiej.

Sytuacja epidemiologiczna na świecie jest zbieżna z tym, z czym mamy do czynienia w Polsce.

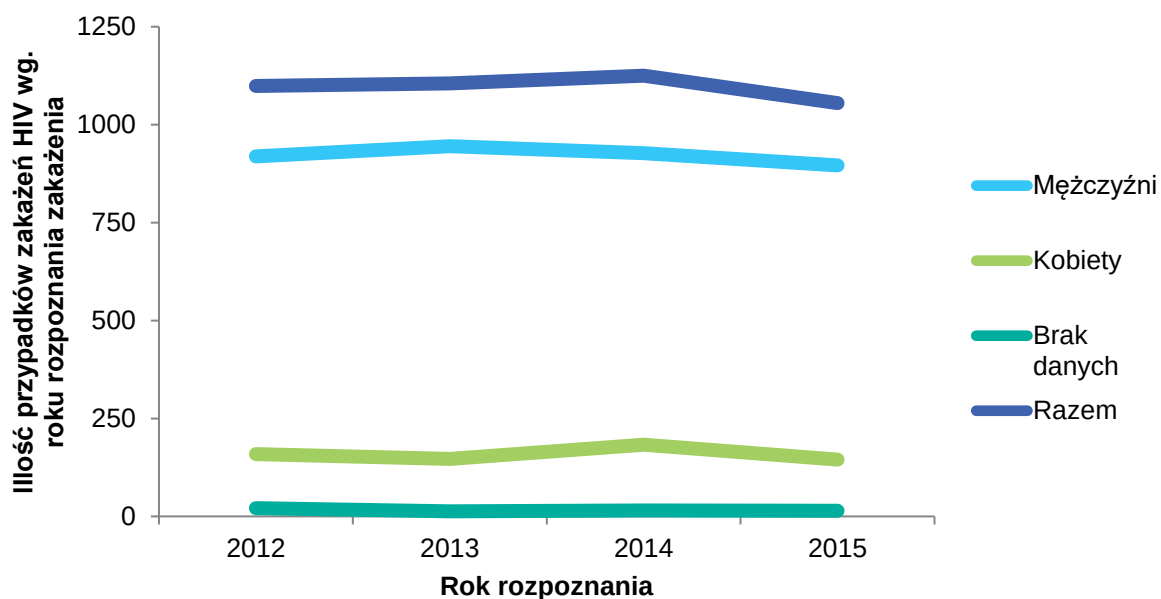
W 2011 w Polsce odnotowano 967 nowo rozpoznanych przypadków zakażeń HIV. Była to liczba większa niż w poprzednich latach.

Tabela 3. Liczba przypadków zakażeń HIV wg roku rozpoznania zakażenia, stan na 31 grudnia

	Mężczyźni	Kobiety	Brak danych	Razem
2012	919	159	21	1099
2013	945	147	13	1105
2014	927	183	15	1125
2015	896	145	14	1055
Razem	7078	1390	432	8900

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

Kilkakrotnie więcej zakażeń odnotowano w populacji mężczyzn niż kobiet. W roku 2015 proporcje się nie zmieniły, jednak wcześniejszy trend wzrostowy liczby zakażonych mężczyzn został przełamany. W roku 2014 liczba przypadków zakażeń HIV wśród mężczyzn zaczęła spadać. Podobnie jak na świecie mężczyźni stanowili więc populację kluczową pod względem zakażeń HIV. Liczba przypadków zakażeń HIV wg roku rozpoznania zakażenia wśród mężczyzn znacząco rosła z roku na rok i zmalała jedynie w 2015 roku. **Fakt ten powinien stanowić kluczowy punkt odniesienia, i w związku z tym wyznaczać kategorie podejmowanych działań oraz podział budżetu.**

Wykres 1. Liczba przypadków zakażeń HIV wg roku rozpoznania zakażenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

Tempo rozprzestrzeniania się wirusa HIV w Polsce jest duże i systematycznie rosło od roku 2007 do 2011. Trend wzrostowy uległ zatrzymaniu w latach 2012-2015. Na wykresie 1. widać wyraźne spłaszczenie się trendu wzrostowego w latach objętych ewaluacją Krajowego Programu.

Liczbę wykrywanych zakażeń należy łączyć z liczbą wykonanych testów. Im więcej wykonywanych testów, tym większa jest liczba identyfikowanych zakażeń HIV. W sytuacji zwiększenia liczby badań uzyskuje się trend wzrostowy liczby nowo wykrywanych zakażeń, co paradoksalnie działa na korzyść zarówno tych, u których wykryto wirusa, jak i całej populacji. W latach 2012-2014 liczba wykonanych testów ogółem (w tym z kobietami ciężarnymi) w każdym roku przekraczała 30 tys. W roku 2013 przekroczyła nawet 33 tys. W roku 2015 liczba wykonywanych testów spadła poniżej 30 tys. i wynosiła 29 333.

Tabela 4. Liczba klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz liczba wykonanych testów na obecność wirusa HIV w latach 2012-2015

	Testy ujemne	Testy dodatnie	Testy ogółem	Odsetek dodatnich	Porady bez testu	Ciężarne	Ogółem
2012	29 729	359	30 088	0,012	1 007	2 735	31 092
2013	31 925	371	32 296	0,011	965	3 108	33 271
2014	30 669	378	31 047	0,012	1 150	2 656	32 197
2015	28 479	428	28 907	0,015	426	1 181	29 333
Suma	120 802	1 536	122 338	0,013	3 548	9 680	125 893

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum ds. AIDS i wyników badań z PKD za lata 2012-2015

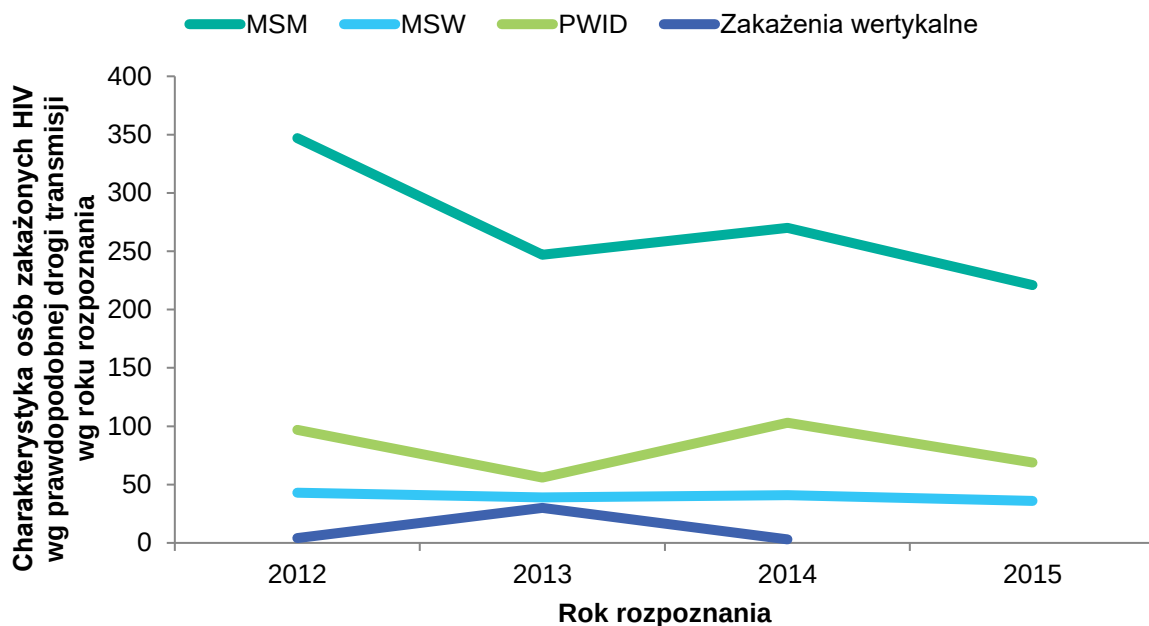
Warto zwrócić uwagę na fakt wzrostu liczby testów dodatnich, a w szczególności na odsetek testów dodatnich w testach ogółem. Analizując dane do trzech miejsc po przecinku widać lekki wzrost liczby testów dodatnich. **W roku 2015 wzrost ten był o 3-4 promile. Warto zwrócić uwagę na te dane epidemiologiczne, przy projektowaniu Krajowego Programu na kolejny okres programowania.**

W kontekście wzrastającej liczby wykrywanych zakażeń HIV działania Krajowego Programu można ocenić z następujących trzech perspektyw:

- jako mniej skuteczne, z uwagi na fakt wzrostu liczby zakażeń,
- jako skuteczne, z uwagi na fakt wzrostu liczby osób testujących się na HIV,
- jako skuteczne w kontekście korzyści i ograniczenia kosztów społecznych – korzyść zarówno tych, u których wykryto wirusa, jak i całej populacji.

Najbardziej prawdopodobną drogą transmisji zakażeń HIV jest seks pomiędzy mężczyznami. Liczba mężczyzn zakażonych HIV wg prawdopodobnej drogi transmisji wg roku rozpoznania wykazywała tendencję wzrostową przed wdrożeniem Krajowego Programu. Jeszcze dynamiczniejszy wzrost nastąpił w ostatnich latach. **Warto podkreślić, iż wyniki danych epidemiologicznych mogą wskazywać na ograniczoną skuteczność działań Krajowego Programu, gdyż w latach 2012-2014 odnotowano znaczący wzrost osób zakażonych HIV w grupie MSM**, tj. 347 osób, 274 osoby, 270 osób. Były to liczby nienotowane dotychczas. W 2012 i 2014 roku wykryto również więcej zakażeń w grupie osób heteroseksualnych. Jednak w grupie tej trend utrzymuje się na stałym poziomie.

Wykres 2. Charakterystyka osób zakażonych HIV według prawdopodobnej drogi transmisji wg roku rozpoznania



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

W 2015 roku nie stwierdzono zakażeń HIV drogą wertykalną.

Analizując tło realizacji Krajowego Programu oraz skuteczność można posłużyć się również danymi w podziale na województwa. Zestawienie liczby przypadków HIV w poszczególnych województwach wg roku rozpoznania zakażenia w roku 2011 i 2015 jest miernikiem skuteczności zaplanowanych i zrealizowanych działań w poszczególnych województwach.

Spadek liczby przypadków HIV w poszczególnych województwach wg roku rozpoznania zakażenia dotyczył takich województw jak:

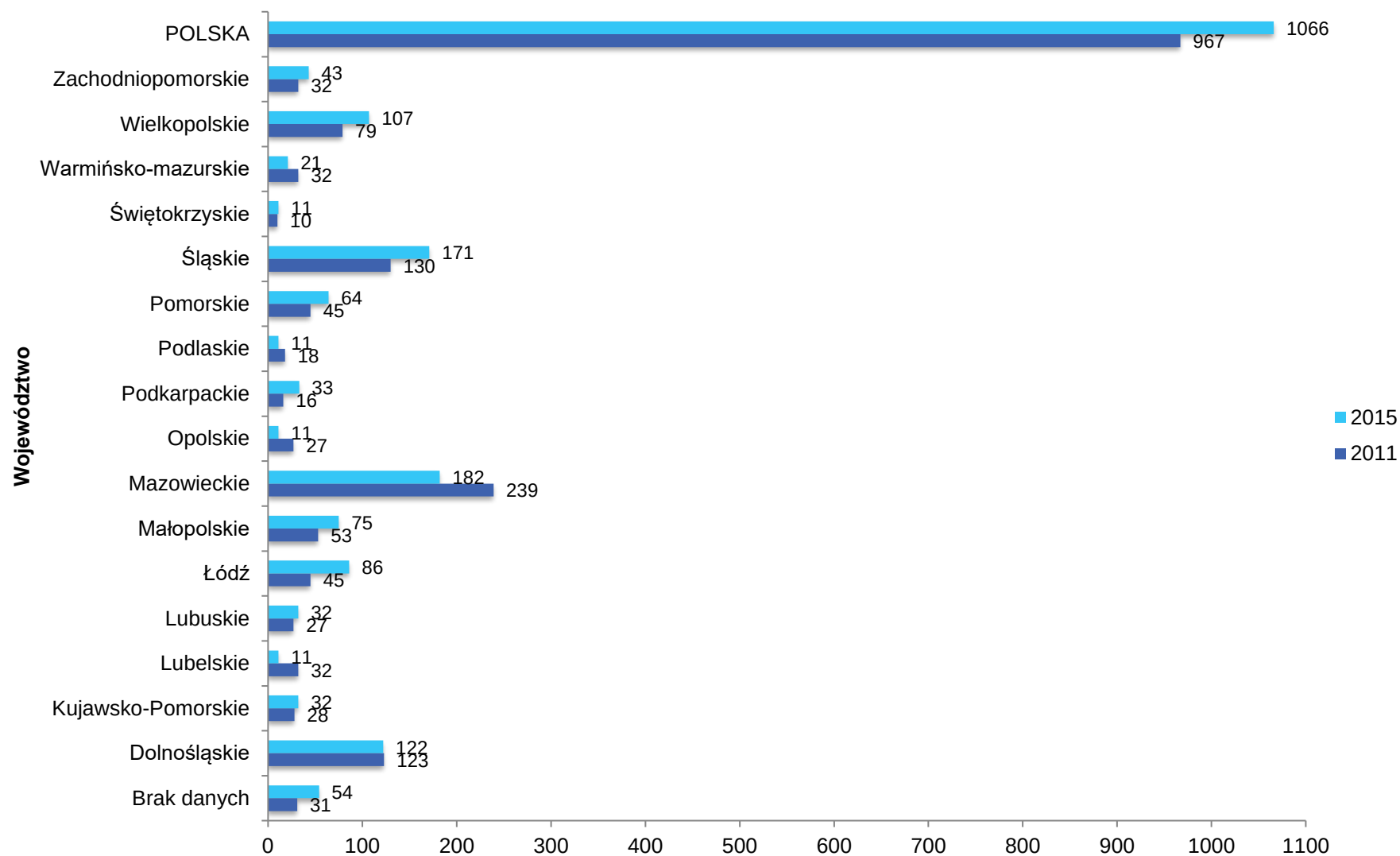
- mazowieckie,
- warmińsko-mazurskie,
- lubelskie,
- opolskie,
- podlaskie.

Wyniki te mogą świadczyć o skuteczności realizacji Krajowego Programu w tych regionach. Z wypowiedzi ekspertów z wojewódzkich zespołów ds. AIDS wiadomo, iż województwo mazowieckie jest szczególnie doreprezentowane, jeśli chodzi o liczbę podejmowanych działań oraz wielkości budżetu. Można zatem wskazać ten region jako przykład skuteczności realizacji Krajowego Programu. W województwie mazowieckim funkcjonuje też 5 Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych wykonujących anonimowo i bezpłatnie testy w kierunku HIV. Obok województwa dolnośląskiego jest to największa liczba PKD w regionach Polski. 30% wszystkich przeprowadzonych testów w PKD było właśnie w województwie mazowieckim. Na tym tle skuteczność działań w województwie mazowieckim określić należy jako wzorcową.

Wzrost liczby przypadków HIV w poszczególnych województwach wg roku rozpoznania zakażenia w roku 2015 w stosunku do roku 2011 dotyczył województw:

- łódzkie,
- małopolskie,
- pomorskie,
- śląskie,
- wielkopolskie,
- zachodniopomorskie.

Wykres 3. Liczba przypadków HIV w poszczególnych województwach wg roku rozpoznania zakażenia, stan na 31 grudnia 2011 i 2015 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

6. Interpretacja wyników badania w kontekście obszarów problemowych

6.1. OBSZAR I – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka)

OBSZAR I – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa) obejmuje następujące cele ogólne i cele szczegółowe:

Cel ogólny	Cele szczegółowe
1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiany postaw, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za własne zdrowie i życie; b) rozwój i wzmocnienie bazy szkoleniowo-edukacyjnej, skierowanej do różnych grup społecznych i zawodowych.
2. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	a) poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy; b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży; c) zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV; d) zwiększenie i integracja działań mających na celu zapobieganie HIV i innym chorobom przenoszonym drogą płciową.
3. Aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS	a) dostosowanie aktualnie obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS do przyjętych przez Polskę zobowiązań wspólnotowych i międzynarodowych; b) podejmowanie inicjatyw legislacyjnych zmierzających do stworzenia lub uaktualnienia przepisów prawnych w zakresie HIV/AIDS.

Źródło: Opracowanie własne

Profilaktyka pierwszorzędowa obejmuje działania profilaktyczne skierowane do ogółu społeczeństwa, a w szczególności tych osób, które nie wykazują podwyższonego ryzyka w zachowaniach seksualnych, takich które mogą przyczyniać się do zakażenia wirusem HIV. Jak wynika z powyższej tabeli są to najczęściej działania zmierzające do zwiększania poziomu wiedzy, przekazywania informacji. Wszystkie te działania realizowane za pośrednictwem kampanii medialnych, materiałów informacyjnych, jak: ulotki, broszury oraz szkolenia mają na celu poszerzenie wiedzy społeczeństwa oraz zmianę postaw społecznych.

Za inne ważne cele szczegółowe realizowane w ramach tego obszaru uznać należy:

- zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV,
- usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży,
- podejmowanie inicjatyw legislacyjnych zmierzających do stworzenia lub uaktualnienia przepisów prawnych w zakresie HIV/AIDS.

Zapobieganie zakażeniom wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa) jest postrzegane jako **kluczowe zadanie**, w ramach Krajowego Programu Zapobiegania

Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS⁷. **Wytypowanie zarówno tego obszaru tematycznego, jak i celów ogólnych w Krajowym Programie należy uznać za trafne.**

6.1.1. Działania informacyjne i edukacyjne realizowane w ramach Krajowego Programu

Wytypowanie w ramach celów szczegółowych Krajowego Programu działań mających na celu podnoszenie poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS ocenić należy jako **trafne**.

Wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS ma realne przełożenie na ograniczenie zakażeń HIV. Wiedza z tego zakresu jest postrzegana jako czynnik wpływający na skalę rozprzestrzeniania się HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Takie opinie wyraża 82,6% ekspertów⁸.

Tabela 5. Na ile wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa przyczynia się do ograniczenia zakażeń HIV

Odpowiedzi respondentów	Częstość odpowiedzi	Procent odpowiedzi (%)	Procent skumulowany odpowiedzi (%)
Zdecydowanie się przyczynia	42	30,4%	30,4%
Raczej się przyczynia	72	52,2%	82,6%
Ani przyczynia się/ani nie przyczynia się	12	8,7%	91,3%
Raczej nie przyczynia się	8	5,8%	97,1%
Zdecydowanie nie przyczynia się	4	2,9%	100,0%
Ogółem	138	100,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016

Działania informacyjno-edukacyjne, podejmowane w ramach Krajowego Programu uznane zostały jako skuteczne. Oferta działań podmiotów w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS mająca na celu poszerzanie wiedzy na temat HIV/AIDS przyczynia się, do zmniejszenia się rozprzestrzeniania się HIV w Polsce. Takie opinie wyraża 84,8% ekspertów⁹.

Tabela 6. Ocena działań oferowanych przez różne podmioty w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, mających na celu poszerzenie wiedzy

⁷ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁸ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁹ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

społeczeństwa na temat HIV/AIDS, pod kątem przyczyniania się do zmniejszania rozprzestrzeniania się HIV

Odpowiedzi respondentów	Częstość odpowiedzi	Procent odpowiedzi (%)	Procent skumulowany odpowiedzi (%)
Zdecydowanie się przyczynia	33	23,9%	23,9%
Raczej się przyczynia	84	60,9%	84,8%
Ani przyczynia się/ani nie przyczynia się	15	10,9%	95,7%
Raczej nie przyczynia się	3	2,2%	97,8%
Zdecydowanie nie przyczynia się	3	2,2%	100,0%
Ogółem	138	100,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

Działania Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012-2016 koncentrowały się na następujących działaniach zmierzających do podnoszenia wiedzy i realizacji polityki informacyjnej:

- Druki i dystrybucja materiałów informacyjnych,
- Kampanie medialne,
- Szkolenia,
- Działania związane z zapewnieniem dostępu do informacji, obejmujące w szczególności dostęp do informacji za pomocą kanałów komunikacji nowych technologii, telefonicznych, internetowych, itp.

Polityka informacyjna i edukacyjna realizowana za pomocą różnych kanałów komunikacji, jak: ulotki, broszury, reklama społeczna, materiały promujące tematykę/profilaktykę HIV/AIDS zwykle podlegają ożywionej dyskusji i zróżnicowanym opiniom. Opinie ekspertów są podzielone, zważywszy na fakt, iż z reguły ocena ta jest subiektywna, poparta tylko ocenami, nie zaś wynikami badań czy faktami.

O ile, jak wskazywano wcześniej, działania informacyjne-edukacyjne oceniane są jako działania pozytywnie wpływające na podnoszenie poziomu wiedzy, świadomości społeczeństw czy zmianę postaw społecznych, o tyle **poszczególne instrumenty, działania, kanały komunikacji informacji czy metody realizacji nie zawsze oceniane są jako skuteczne i/lub efektywne.**

W ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012-2016 w okresie objętym ewaluacją zrealizowano druk i dystrybucję następujących materiałów informacyjnych:

Tabela 7. Druk i dystrybucja materiałów informacyjnych zrealizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS w latach 2012-2015

Rok	Druki i materiały informacyjne
-----	--------------------------------

2012	- o „Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową. Edukacja młodzieży szkolnej” - o „Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2012-2016” - o „Kocham, chcę chronić siebie i innych” - o „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz” - o „Informacja o HIV/AIDS. Zrób test na HIV” - o „Informator. Przepisy dotyczące prawa wjazdu i pobytu osób żyjących z HIV 2012/2013”
2013	- o ulotka <i>Kobieta, sex, zdrowie</i>; - o kolorowanka <i>Zawsze razem</i>; - o ulotka <i>Druga strona wakacji</i>; - o broszura <i>Co musisz wiedzieć HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz</i>; - o ulotka <i>Informacja o HIV/AIDS. Zrób test na HIV</i>; - o broszura, ulotka, plakat w ramach kampanii <i>Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV</i>; - o plakat dotyczący postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV); - o ulotka z motywem walentynkowym (w formie podkładki pod kubek).
2014	- o broszura pt. „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz”, - o ulotka pt. „Informacja o HIV/AIDS. Zrób test na HIV”, - o plakat dotyczący postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV), - o ulotki w formie kartki walentynkowej oraz w formie podkładki pod kubek z motywem walentynkowym, - o broszura pt. „HIV/AIDS?! O co kaman?!”, - o książka pt. „Z doświadczeń wolontariuszki”, - o książka pt. „Zakażenia HIV i AIDS - poradnik dla lekarzy”, - o broszura pt. „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie”, - o broszura pt. „Choroby przenoszone drogą płciową”, - o ulotka pt. „Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™” - skierowana do kobiet w ciąży i planujących macierzyństwo, - o ulotka pt. „Jeden test. Dwa życia™. Wykonanie testu w kierunku HIV u kobiet w ciąży lub planujących macierzyństwo” – skierowana do ginekologów, - o plakat-kalendarz „Jeden test. Dwa życia™. Zanim zostaniesz mamą...”;
2015	- o broszura pt. „Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz” (2015), - o broszura pt. „HIV/AIDS?! O co kaman?!” (2015), - o książka pt. „Z doświadczeń wolontariuszki” (2015), - o książka pt. „Zakażenia HIV i AIDS - poradnik dla lekarzy” (2015), - o broszura pt. „Zakażenia przenoszone drogą płciową, czyli jak dbać o zdrowie” (2015), - o broszura pt. „Choroby przenoszone drogą płciową” (2015), - o ulotka pt. „Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™” - skierowana do kobiet w ciąży i planujących macierzyństwo (2015), - o ulotka pt. „Jeden test. Dwa życia™. Wykonanie testu w kierunku HIV u kobiet w ciąży lub planujących macierzyństwo” – skierowana do ginekologów (2015),

- o ulotka przeznaczona do dystrybucji w punktach konsultacyjno-diagnostycznych pt. „Dodatni wynik testu w kierunku HIV – co dalej?” (2015),
- o ulotka przeznaczona do dystrybucji w punktach konsultacyjno-diagnostycznych pt. „Ujemny wynik testu w kierunku HIV – co dalej?” (2015),
- o ulotka skierowana do krwiodawców pt. „Oddając krew ratujesz życie. Oddawaj ją odpowiedzialnie” (2015),

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań Krajowego Centrum ds. AIDS

Narzędzia i kanał komunikacji jakim jest **druk i dystrybucja materiałów informacyjnych takich jak broszury, ulotki** oceniane są jako **mało skuteczne i mało efektywne**.

Ulotki i broszury uznawane są generalnie jako mało efektywne narzędzie komunikacji społecznej w przypadku profilaktyki HIV. Eksperci twierdzą, iż *„odchodzą od ulotek, od plakatów, gdyż są formy, które dzisiaj nie docierają do nikogo.”* Nieco bardziej efektywne zastosowanie ulotek dotyczy *„informowania o działalności punktu PKD”*. Ulotki, których celem jest edukacja, oceniane są jako bardzo mało efektywne narzędzie dotarcia do grup docelowych – *„Natomiast takie edukacyjne, każdy rzuci w ką.”¹⁰*

W opinii ekspertów brakuje materiałów informacyjnych. Biorąc pod uwagę metody i techniki skutecznego marketingu społecznego, czynników sukcesu szukać należy w następujących aspektach:

- intensywności działań komunikacyjnych (częstotliwość i ilość kanałów komunikacji),
- dopasowaniu narzędzia do docelowych grup odbiorców.

Odrębną kwestią ewaluacyjną jest ilość / nakład, czy też kanał dystrybucji materiałów informacyjno-edukacyjnych. Niską skuteczność tego rodzaju kanału komunikacji jakim są ulotki i broszury potęguje fakt, ich ograniczonej dostępności.

Trzeba podkreślić, iż nawet trafnie dobrany instrument, skuteczny przekaz czy kanał komunikacji, jeśli występuje w ograniczonej ilości to ma **ograniczoną skuteczność i zasięg oddziaływania**. Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku niewystarczającej ilości materiałów informacyjnych. Wiele badanych podmiotów wskazywało na problem bardzo małej ilości materiałów informacyjnych i edukacyjnych, które są im przekazywane. Wskazywano na fakt, iż *„ilość przekazywanych materiałów edukacyjnych wydawana jest w śmiesznych ilościach”*. *„Według tych opinii powiatowa stacja otrzymuje 100 ulotek, i np. 50 kalendarzy na Nowy Rok”¹¹*.

Trzeba podkreślić, iż wpływ na tę sytuację mają przede wszystkim czynniki finansowe – nakłady na działania profilaktyczne, o czym w dalszej części raportu. Zatem problem ten oceniać należy nie z perspektywy małej aktywności Krajowego Centrum ds. AIDS, ale przez pryzmat braku środków finansowych na bardziej skuteczne działania. Aspekt ten został również zauważony i zasygnalizowany w raporcie NIK¹².

¹⁰ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

¹¹ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

¹² Na podstawie raportu NIK.

W ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012-2016, w okresie objętym ewaluacją zrealizowano druk i dystrybucję następujących materiałów informacyjnych:

Tabela 8. Kampanie medialne zrealizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS w latach 2012-2015

Rok	Kampanie medialne
2012	- o „Fair play” - o „Zrób test na HIV”
2013	o Kampania skierowana do środowisk medycznych <i>Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV.</i>
2014	- o <i>Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV</i> – kampania skierowana do środowisk medycznych – w szczególności do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek i położnych, - o <i>Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™</i> – kampania skierowana do kobiet w wieku prokreacyjnym, a także do lekarzy ginekologów, - o <i>Mój Walenty jest the best, idzie ze mną zrobić test</i> – kampania skierowana do młodych, pełnoletnich Polaków, - o <i>Coś Was łączy? Zrób test na HIV</i> – kampania skierowana do młodych, pełnoletnich Polaków;
2015	- o <i>Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™</i> – kampania edukacyjna skierowana do kobiet w wieku prokreacyjnym, a także do lekarzy ginekologów (2015), - o <i>Mój Walenty jest the best, idzie ze mną zrobić test</i> – kampania skierowana do młodych, pełnoletnich Polaków (2015), - o <i>Coś Was łączy? Zrób test na HIV</i> - kampania skierowana do młodych, pełnoletnich Polaków (2015),

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań Krajowego Centrum ds. AIDS

Opinie na temat medialnych kampanii społecznych w telewizji są podzielone.

Wśród ekspertów dominują opinie, iż kampania medialna **to kanał komunikacji mało efektywny**. Co prawda dociera do dużych grup społecznych, jednak jego koszty – np. ROI (jest to stosunek zysków netto do kosztów reklamy) powoduje, iż można wskazać zdecydowanie bardziej atrakcyjne kosztowo działania komunikacyjne. Niska efektywność reklamy medialnej wynika, zdaniem większości ekspertów, z następujących powodów:

- skierowanie do bardzo szerokiej grupy odbiorców i w efekcie **mniejsze dopasowanie do grup docelowych**, które powinny być w polu zainteresowania programów profilaktyki AIDS – „Minusem jest, że taka kampania dociera do bardzo dużej grupy społecznej i tak samo jak reklama, której wszyscy nie lubimy, tych reklam, bo są namolne itd.”¹³,
- skrócowa forma jej przekazu, ograniczona do 20-30 sek. Zdaniem ekspertów brakuje w niej miejsca na przekazywanie treści i edukacji.

¹³ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

Najbardziej typowym działaniem mającym na celu podnoszenie poziomu wiedzy są szkolenia skierowane do różnych grup docelowych. Wykaz szkoleń zrealizowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS w okresie objętym ewaluacją prezentuje poniższa tabela.

Tabela 9. Szkolenia zrealizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS w latach 2012-2015

Rok	Szkolenia
2012	- o szkolenie pn. „Chcę wiedzieć”; - o szkolenie dla studentów, słuchaczy z zakresu profilaktyki i zwiększenia wiedzy o HIV/AIDS; - o szkolenie młodzieżowych liderów; - o szkolenie certyfikacyjne na doradców pracujących w PKD; - o kurs dla doradców oferowany na platformie edukacyjnej; - o szkolenie dla pracowników medycznych; - o szkolenie dla osób, które prowadzą szkolenia;
2013	- o szkolenia dla pracowników medycznych, nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych w kontekście problematyki HIV/AIDS; - o szkolenia certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS; - o szkolenie na prolongatę certyfikatu uprawniającego doradcę do prowadzenia poradnictwa okołotestowego w zakresie HIV/AIDS; - o szkolenie dla osób ubiegających się o prolongatę certyfikatu konsultanta HIV/AIDS upoważniającego do prowadzenia poradnictwa informacyjnego w telefonach zaufania, poradniach, punktach konsultacyjnych, itp.; - o kurs dla doradców oferowany na portalu edukacyjnym Krajowego Centrum ds. AIDS (http://www.hiv-aids.edu.pl);
2014	- o szkolenia dla pracowników medycznych, nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych; - o szkolenia certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS; - o kursy szkoleniowe oferowane na portalu edukacyjnym Krajowego Centrum ds. AIDS - http://www.hiv-aids.edu.pl;
2015	- o szkolenia dla pracowników medycznych, nauczycieli, pedagogów oraz innych grup zawodowych (2015); - o szkolenia certyfikacyjne na doradców prowadzących poradnictwo okołotestowe w zakresie HIV/AIDS (2015); - o kursy szkoleniowe oferowane na portalu edukacyjnym Krajowego Centrum ds. AIDS - http://www.hiv-aids.edu.pl (2015).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań Krajowego Centrum ds. AIDS

Wydaje się, iż badani jako zdecydowanie preferowaną formę komunikacji wskazują taką, która daje możliwości nie tylko zwrócenia uwagi, ale przede wszystkim przekazania treści, wyjaśnienia tematu. **Do takich skutecznych i efektywnych form komunikacji eksperci zaliczają wykłady i szkolenia.** Doskonale oddaje to następująca wypowiedź: „Jest wykład, jest dyskusja. Jest badanie na temat poziomu wiedzy, małą ankietką przed, potem jest wykład, potem jest dyskusja, potem są różne warsztaty, itd. Czyli pewien zaplanowany obszar działań i potem jest ocena wiedzy po. Zadziwiające jest, że zawsze w ankietach po działaniu poziom

wiedzy wzrasta w sposób istotny.... Ten poziom wiedzy diametralnie się zmienia, wzrasta in plus po spotkaniach.”¹⁴

Wykłady i szkolenia mają dodatkową korzyść, patrząc przez pryzmat ewaluacji – **oddziaływanie/wpływ (impact). Pozwalają na osiągnięcie zdecydowanie większej dyfuzji korzyści projektu na szersze grupy ludzi.**

W trakcie badań zwrócono uwagę na **tzw. komunikację rówieśniczą** jako bardzo skuteczną formę przekazywania informacji i edukacji w obszarze zakażeń HIV. Wskazuje się tutaj na takie korzyści jak:

- przekazywanie wiedzy rówieśnikom w sposób adekwatny do słownictwa i metod komunikacji danej grupy,
- szczególnie duże oddziaływanie / wpływ uzyskuje się, gdy na szkolenie „*trafiają uczniowie, którzy sami są żądni wiedzy i chcą coś w tym kierunku robić*”¹⁵, a nie delegowani przez nauczycieli.

Na uzyskanie odpowiedniej skuteczności i oddziaływania szkolenia ma wpływ odpowiednie dobranie i dostosowanie programu oraz treści przekazu do percepcji dzieci. Warto też podkreślić, iż problematyka HIV/AIDS jest problemem natury mentalnej, ideologicznej, do której dorośli rodzice dzieci mogą mieć swój własny stosunek. Dlatego też to aprobata i opinie dorosłych powinny determinować treści przekazów.

Problem przekazywania wiedzy i edukacja dzieci i młodzieży nie jest zatem sprawą łatwą. Większość ekspertów jest zgodna, iż edukację należy zacząć dość wcześnie, na etapie szkoły gimnazjalnej, a niektórzy iż nawet na etapie szkoły podstawowej i sygnalizują, iż **powinno to być działanie systemowe**: „*W związku z tym należałoby się zastanowić nad innym systemem edukacji młodzieży, takim systemowym systemem edukacji, który by może pozwolił na to, że każdy kto opuszcza gimnazjum, a może szkołę podstawową, po prostu miał pewien ugruntowany poziom wiedzy.*”¹⁶

W kontekście szkoleń związanych z problematyką HIV/AIDS, w szczególności tych skierowanych do młodzieży sygnalizuje się brak przygotowania nauczycieli do prowadzenia zajęć profilaktycznych. **Bardzo ważnym celem, poza systemowym działaniem i dostosowaniem programów jest wykształcenie odpowiedniej grupy edukatorów do prowadzenia zajęć profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS.**

Zdaniem ekspertów, dążąc do zwiększenia skuteczności i efektywności działań profilaktycznych informacyjno-edukacyjnych w obszarze HIV/AIDS warto skoncentrować się „*nad takimi formami, które są dostosowane do **dzisiejszej techniki, do różnych technologii***”¹⁷.

¹⁴ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

¹⁵ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

¹⁶ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

¹⁷ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

W ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanego na lata 2012-2016, w okresie objętym ewaluacją realizowano następujące działania związane z zapewnieniem dostępu do informacji dostosowane do współczesnej technologii:

- strona internetowa Krajowego Centrum ds. AIDS (www.aids.gov.pl),
- telefon zaufania HIV/AIDS,
- telefon informacyjny,
- poradnia internetowa,
- portal edukacyjny dla pacjentów (www.edukacja-pacjentow.pl),
- mobilny informator o HIV/AIDS (www.mia.aids.gov.pl),
- broszura online (www.broszura-ids.pl),
- Kontra – biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS,
- e-Kontra – newsletter Krajowego Centrum ds. AIDS (www.ekontra.aids.gov.pl).

Wśród działań w OBSZARZE I – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa) warto zwrócić uwagę również na takie działania podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS jak:

- **podejmowane z okazji obchodów Światowego Dnia AIDS w latach 2012-2015. Organizacja** XIX, XX, XXI, XXII konferencji pod hasłem: „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”,
- **programy profilaktyczne, m.in.:** „Getting to zero – dążymy do zera”, „Już wiem, nie ryzykuję”, „Profilaktyka HIV/AIDS młodzież 2012”, Powiatowa Młodzieżowa Szkoła Liderów Młodzieżowych, konkurs na kartkę walentynkową, promowanie testowania w kierunku HIV, warsztaty profilaktyczne.

W opinii ekspertów **zdecydowanie bardziej efektywnymi instrumentami komunikacji**, które przykują uwagę odbiorcy i zapadną w pamięć są¹⁸:

- materiały promujące tematykę/profilaktykę HIV/AIDS,
- filmy edukacyjne,
- szkolenia,
- reklamy w kinach przed seansem,
- reklamy na biletach do kina.

¹⁸ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

6.1.2. Dostępność do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV dla całego społeczeństwa

Liczba punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym działających w Polsce w latach 2012-2015 kształtowała się na poziomie od 32 w roku 2012 do 30 w roku 2015. W listopadzie 2016 liczba PKD w Polsce wynosiła 29¹⁹.

Dynamikę zmian w tym zakresie prezentuje poniższa tabela.

Tabela 10. Liczba punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) działających w Polsce w latach 2012-2015 oraz liczba zawartych umów na prowadzenie PKD

Rok	Liczba PKD	Liczba zawartych umów na prowadzenie PKD	Dodatkowe umowy ²⁰
2012	32	23	8
2013	30	24	8
2014	31	25	6
2015	30	25	5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań Krajowego Centrum ds. AIDS

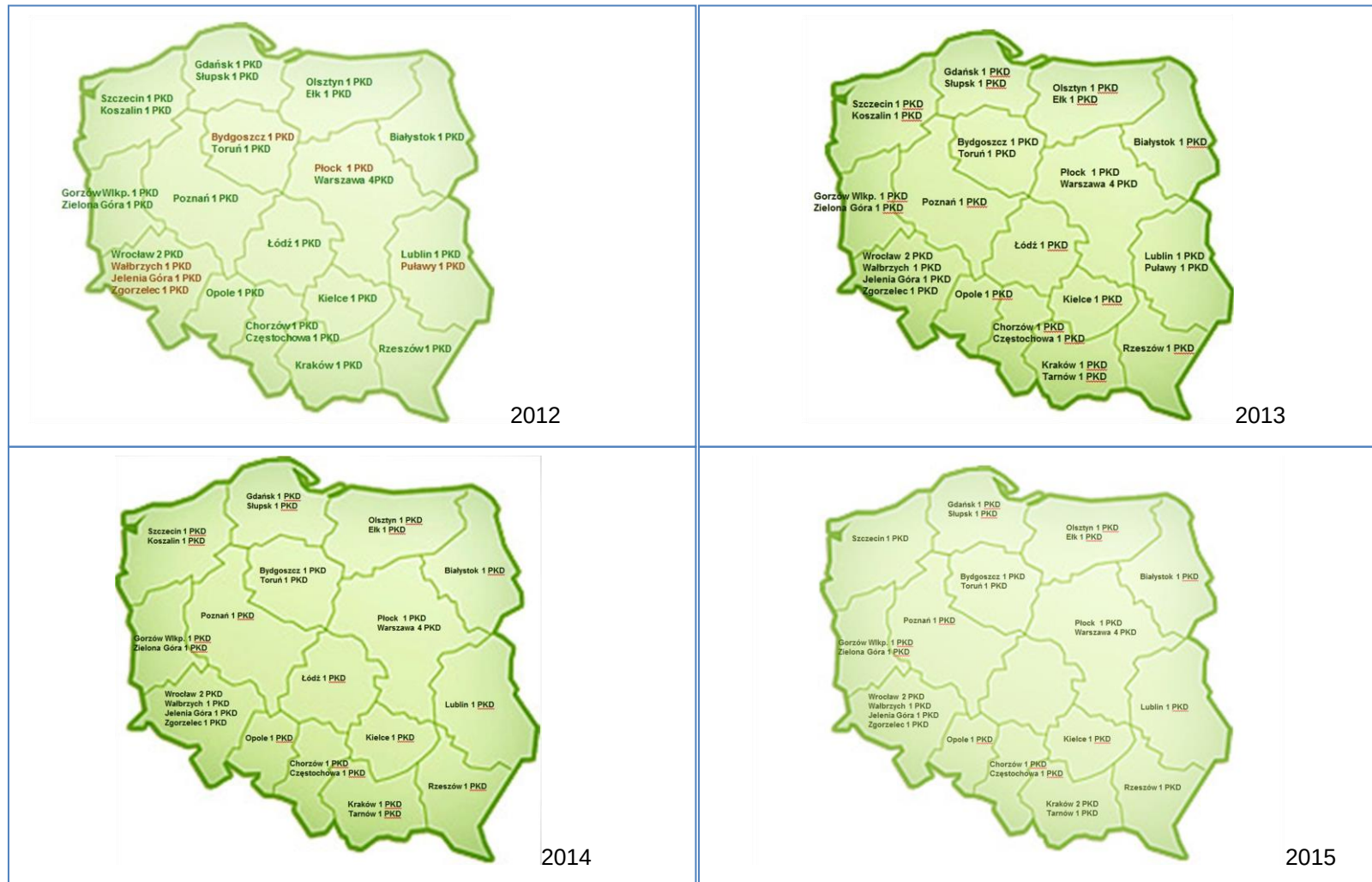
Najwięcej punktów konsultacyjno-diagnostycznych działało w roku 2012. W okresie od 2012 do 2015 roku:

- liczba działających na terenie Polski malała,
- liczba podpisywanych przez Krajowe Centrum umów na prowadzenie PKD wrosła z 23 w roku 2012 do 25 w latach 2014-2015,
- zdecydowanie spadła liczba umów dodatkowych na promocję PKD oraz finansowanie i zaopatrzenie przez Krajowe Centrum ds. AIDS tych punktów w testy przesiewowe wykrywające zakażenie HIV oraz w testy potwierdzenia (PKD finansowane były głównie ze środków będących w budżetach samorządowych), z 8 w latach 2012-2013 do 5 w roku 2015.

¹⁹ www.aids.gov.pl

²⁰ Umowy obejmowały promocję PKD oraz finansowanie i zaopatrzenie przez Krajowe Centrum ds. AIDS tych punktów w testy przesiewowe wykrywające zakażenie HIV oraz w testy potwierdzenia (PKD finansowane były głównie ze środków będących w budżecie samorządowych).

Rysunek 2. Punkty konsultacyjno-diagnostyczne na mapie Polski w latach 2012-2015



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum ds. AIDS

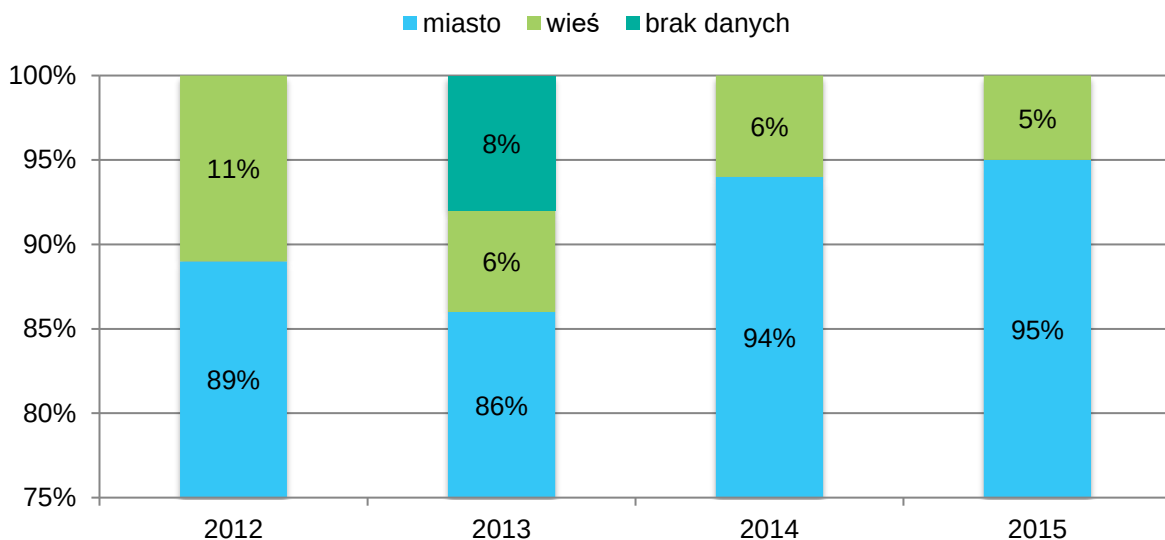
Rozkład punktów konsultacyjno-diagnostycznych wskazuje, iż są one rozmieszczone głównie w dużych miastach Polski. Analiza geograficzna upoważnia do sformułowania następujących wniosków:

- istnieją regiony, w których jest ograniczona dostępność do PKD – Polska centralna. W województwie łódzkim nie ma ani jednego PKD, zaś w Wielkopolsce funkcjonuje tylko jeden w Poznaniu;
- rozkład PKD jest bardzo nierównomierny, w niektórych województwach nie ma PKD, zaś w niektórych regionach jest ich po kilka, jak np. w mazowieckim – 5 PKD i dolnośląskim – 5 PKD.

Biorąc pod uwagę analizę liczby osób z miast i wsi korzystających z PKD, można by odnieść wrażenie, iż ta część społeczeństwa, które mieszka na wsiach czy w mniejszych miastach ma utrudniony dostęp do bezpłatnego i anonimowego testowania na obecność wirusa HIV.

Osoby zgłaszające się do PKD mieszkają głównie w miastach, co stanowi 85-90% wszystkich zgłaszających się do PKD. Ta tendencja nie zmieniła się na przestrzeni ostatnich 10 lat. Miejsce zamieszkania jest powiązane z lokalizacją PKD, a to oznacza, iż osób z terenów wiejskich faktycznie znacznie mniej zgłasza się do PKD. Można by zatem błędnie sądzić, iż powinno się maksymalnie ułatwić dostęp do PKD każdemu członkowi społeczeństwa, w tym w szczególności osobom z terenów wiejskich i małych miast.

Wykres 4. Rozkład miejsca zamieszkania osób zgłaszających się do PKD



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum ds. AIDS i wyników badań z PKD za lata 2012-2015

Stygmatyzacja osób z HIV/AIDS powoduje, iż **maksymalne zbliżenie PKD do potencjalnych odbiorców będzie nieefektywne**. Ekspertki wskazują na brak anonimowości osób uczestniczących w badaniu w PKD w małym mieście - „w małym mieście to zanim wyjdzie z gabinetu to już będzie miasto wiedziało”, „w mniejszych miejscowościach po prostu jest lęk

z utożsamianiem się, że na przykład w tym punkcie będzie pracowała znajoma znajomej...” Z tego też powodu upatruje się sukces w liczbie przeprowadzanych testów na HIV w dużych miastach, a w szczególności w Warszawie, „Warszawa jest miastem bezimiennym”.²¹

Punkty konsultacyjno-diagnostyczne przyczyniają się do zmniejszenia rozprzestrzeniania się HIV w społeczeństwie polskim. O pozytywnym wpływie rozbudowy punktów konsultacyjno-diagnostycznych jest zdecydowanie przekonanych 23,9% ekspertów, a raczej przekonanych 58%²². Szczegółowe dane w tym zakresie zaprezentowane zostały w poniżej tabeli.

Tabela 11. Ocena rozbudowy punktów konsultacyjno-diagnostycznych w kontekście zmniejszenia rozprzestrzeniania się HIV w społeczeństwie

Odpowiedzi respondentów	Częstość odpowiedzi	Procent odpowiedzi (%)	Procent skumulowany odpowiedzi (%)
Zdecydowanie się przyczynia	33	23,9%	23,9%
Raczej się przyczynia	80	58,0%	81,9%
Ani przyczynia się/ani nie przyczynia się	19	13,8%	95,7%
Raczej nie przyczynia się	5	3,6%	99,3%
Zdecydowanie nie przyczynia się	1	0,7%	100,0%
Ogółem	138	100%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016

Według specjalistów nie można być zadowolonym z efektów diagnostyki przesiewowej HIV. W tym obszarze jest jeszcze wiele do zrobienia. Dotyczy to nie tylko zwiększania dostępności do punktów, ale przede wszystkim podniesienia świadomości obywateli, co do znaczenia testowania się na obecność wirusa HIV.

Rozważając zmianę sposobu wyłaniania i finansowania punktów konsultacyjno-diagnostycznych warto uwzględnić czynniki lokalizacyjne tworzenia takich punktów.

6.1.3. Docelowe grupy oddziaływania w celu realizacji działań profilaktyki HIV/AIDS

Trafność wytypowania celów Krajowego Programu można również oceniać przez pryzmat grup docelowych, do których kierowane są działania mające na celu podnoszenie wiedzy i budowanie świadomości w obszarze zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS. Choć w celach i zadaniach Krajowego Programu wymienia się wiele grup docelowych, a niektóre z

²¹ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

²² Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

nich definiuje się bardzo szeroko, jak np. ogół społeczeństwa, to podział działań i środków finansowych na poszczególne grupy jest daleki od optymalnego.

Zdaniem ekspertów **działania profilaktyki pierwszorzędowej powinny być w większym stopniu skierowane do młodzieży**. Zarówno liczba działań, jak i budżet przeznaczony na profilaktykę w tej grupie wydaje się nieadekwatny do rangi jaką powinno się objąć tę grupę docelową.

Na młodzież, kilkunastoletnią młodzież, przed inicjacją seksualną, jako na bardzo ważną grupę społeczną, do której powinno być skierowane najwięcej działań w obszarze profilaktyki zwracali uwagę członkowie wojewódzkich zespołów ds. AIDS. Reasumując, młodzież:

- powinna być grupą kluczową w ramach działań profilaktyki HIV/AIDS,
- działania skierowane do młodzieży są niedofinansowane w budżecie Krajowego Programu.

Jednocześnie wśród grup docelowych zapisanych w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, w przypadku których powinny być przeznaczone największe środki, są:

- **młodzież – 26,39%**²³,
- osoby o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych – 21,12%,
- ogół społeczeństwa – 19,91%,
- osoby zakażone – 18,13%,
- kobiety w ciąży i potencjalne matki – 14,45%.

6.1.4. Efektywność poszczególnych typów działań profilaktycznych w obszarze profilaktyki pierwszorzędowej

Efektywność, czyli stosunek poniesionych nakładów w stosunku do uzyskiwanych rezultatów, traktować należy jako wskaźnik trudny do osiągnięcia w przypadku działań profilaktycznych w obszarze zdrowia publicznego. Z reguły bowiem działania profilaktyczne czy diagnostyczne wymagają określonych nakładów, a ich efektywność oceniać należy w perspektywie długookresowej kalkulując przyszłe, znacznie wyższe od nakładów na profilaktykę, koszty leczenia pacjentów.

Lista działań gdzie nakłady są bardzo duże, a efekty i rezultaty małe przedstawia się zdaniem ekspertów następująco²⁴:

- **Najmniej efektywnym działaniem według ekspertów jest:** poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy (60,1% – uznaje to działanie za mało efektywne).
- **Dość efektywnym działaniem jest** rozwój i wzmocnienie bazy szkoleniowo-edukacyjnej, skierowanej do różnych grup społecznych i zawodowych (tylko 37% – uznaje to działanie za mało efektywne).

²³ W raporcie podawane są wartości średnie.

²⁴ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

- **Efektywnym** działaniem jest zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS (tylko 21% – uznaje to działanie za mało efektywne).
- **Najbardziej efektywnym** jest zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV (tylko 18,1% – uznaje to działanie za mało efektywne).

Zatem zdaniem ekspertów rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy dla ogółu społeczeństwa **oceniana jest jako działanie najbardziej efektywne.**

Nie można się dziwić, iż najmniej efektywnym działaniem profilaktyki HIV/AIDS jest poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy. Działania skierowane do wąskich grup odbiorców – tzw. segmentów rynku są działaniem najbardziej skutecznym, jednak koszty takich działań powodują, iż jest to jednocześnie działanie mało efektywne. Indywidualizacja oferty edukacyjnej niesie za sobą największe koszty i w przypadku takich działań trudno spodziewać się wymiernych korzyści w krótkiej perspektywie czasowej pomimo konieczności poniesienia znacznie większych środków. **Zatem każda indywidualizacja działań będzie bardziej skuteczna, ale jednocześnie może być mniej efektywna, bo bardzo kosztowna.**

6.1.5. Współpraca i integracja działań różnych instytucji i podmiotów mających na celu zapobieganie HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową

Istotnym celem ewaluacji była ocena:

- przebiegu projektu mierzona zaangażowaniem / współpracą / integracją podmiotów realizujących cele Krajowego Programu,
- ocena aktywności podmiotów / osób zobowiązanych do realizacji Krajowego Programu,

W ramach procesu ewaluacji oceniono aktywność i współpracę zbierając opinie przedstawicieli:

- Wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS,
- Kluczowych ekspertów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS,
- Organizacji pozarządowych NGO,
- Wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych,
- Powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych,
- Punktów konsultacyjno-diagnostycznych,
- Urzędów wojewódzkich i marszałkowskich (departamenty odpowiedzialne za politykę zdrowotną).

Na podstawie zebranych opinii oceniono jakość współpracy, komunikacji oraz aspekty organizacyjne będące ważnym elementem tego programu, które decydują o jego powodzeniu lub porażce.

Generalnie, pozytywnie należy ocenić współpracę pomiędzy różnymi instytucjami i organizacjami realizującymi Krajowy Program i działającymi w obszarach zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS.

Jakość współpracy i komunikacji z Krajowym Centrum ds. AIDS oceniana jest pozytywnie przez dość dużą grupę podmiotów i organizacji. Pozytywne opinie o kooperacji deklarowali eksperci reprezentujący instytucje na szczeblu regionalnym – urzędy wojewódzkie (100% ocen zdecydowanie dobrych oraz dobrych), urzędy marszałkowskie (83,4%) oraz wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne (80%)²⁵, bardzo dobre oceny charakteryzowały przedstawiciele punktów konsultacyjno-diagnostycznych (100% odpowiedzi pozytywnych w tym 60% zdecydowanie pozytywnych) zaś najslabiej przedstawiciele Wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS²⁶. Szczegółowe opinie ankietowanych w przypadku poszczególnych obszarów zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 12. Ocena komunikacji / współpracy poszczególnych instytucji w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

Obszar współpracy	Odpowiedzi zdecydowanie dobrze	Odpowiedzi zdecydowanie dobrze i raczej dobrze	Pozostałe odpowiedzi (ani dobrze / ani źle, raczej słabo, zdecydowanie słabo)
Jakość współpracy i komunikacji z Krajowym Centrum ds. AIDS	37,7%	78,3%	21,7%
Współpraca pomiędzy podmiotami realizującymi działania / aktywności w ramach Krajowego Programu	16,7%	67,4%	32,6%
Jakość komunikacji – przepływu informacji pomiędzy podmiotami realizującymi działania / aktywności w ramach Krajowego Programu	18,1%	65,2%	34,8%
Integracja i spójność działań / aktywności realizowanych przez podmioty realizujące działania / aktywności w ramach Krajowego Programu	8,0%	62,3%	37,7%

²⁵ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

²⁶ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

Koordinacja działań wszystkich podmiotów realizujących działania / aktywności w ramach Krajowego Programu przez Krajowe Centrum ds. AIDS i wojewódzkie zespoły ds. AIDS	14,5%	61,6%	38,4%
Współpraca pomiędzy podmiotami publicznymi i organizacjami pozarządowymi realizującymi cele związane z zapobieganiem zakażeniom HIV i zwalczaniem AIDS	9,4%	60,9%	39,1%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016

Słabiej oceniono:

- koordynację działań wszystkich podmiotów realizujących działania / aktywności w ramach Krajowego Programu przez Krajowe Centrum ds. AIDS i wojewódzkie zespoły ds. AIDS,
- współpracę pomiędzy podmiotami publicznymi i organizacjami pozarządowymi realizującymi cele związane z zapobieganiem zakażeniom HIV i zwalczaniem AIDS,
- organizację, koordynację oraz animowanie działań wojewódzkich zespołów ds. AIDS przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Do koordynacji działań wszystkich podmiotów realizujących aktywności w ramach Krajowego Programu przez wojewódzkie zespoły ds. AIDS, najmniejsze zastrzeżenia miały: organy administracji rządowej (100% odpowiedzi pozytywnych), przedstawiciele PKD (70%), przedstawiciele stacji sanitarno-epidemiologicznych (66,6%).

Oceniając aspekt współpracy pomiędzy podmiotami publicznymi a organizacjami pozarządowymi należy zwrócić uwagę na fakt pewnej nieufności jaka może występować we współpracy w instytucjami NGO. Według ekspertów problem polega na tym, iż:

- „nie przez wszystkie instytucje ta współpraca z organizacjami pozarządowymi jest odpowiednio pojmowana”
- „dla niektórych wydaje się, że organizacje pozarządowe są takim złem koniecznym... są, więc trzeba jakoś tam z nimi współpracować”²⁷.

Ocena współpracy **pomiędzy podmiotami publicznymi a organizacjami pozarządowymi** wygląda inaczej z perspektywy NGO i inaczej z perspektywy podmiotów publicznych. Tylko 45% organizacji pozarządowych (NGO) oceniło pozytywnie współpracę z podmiotami publicznymi. Zdecydowanie lepiej współpracę z NGO oceniają przedstawiciele podmiotów publicznych, 90% przedstawicieli podmiotów publicznych – urzędów wojewódzkich, 75% przedstawicieli urzędów marszałkowskich i 80% PKD oceniało współpracę pozytywnie.

²⁷ Na podstawie badań IDI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

Można zatem sformułować wniosek, iż większe zastrzeżenia do współpracy na linii podmioty publiczne – organizacje pozarządowe mają przedstawiciele organizacji pozarządowych.

Wyniki badań i analiz wskazują, iż **jednym z problemów w ramach komunikacji i współpracy jest współpraca pomiędzy Krajowym Centrum ds. AIDS a wojewódzkimi zespołami ds. AIDS. Krajowe Centrum ds. AIDS nie sprawuje ani bezpośredniego nadzoru ani nie ma uprawnień do zarządzania wojewódzkimi zespołami ds. AIDS. Ta „luźna” forma współpracy nie jest dobrze przyjmowana przez członków wojewódzkich zespołów ds. AIDS.** Zastrzeżenia zespołów ds. AIDS budzą aspekty organizacji, harmonogramów, koordynacji pracy oraz animowania działań wojewódzkich zespołów ds. AIDS. Wskazywano na takie elementy działań jak:

- brak konsultowania kluczowych działań i projektów działań przez Krajowe Centrum ds. AIDS z przedstawicielami zespołów wojewódzkich *„Kampanie, które są, są dobre ciekawe, ale nieskonsultowane.”²⁸*. Warto zwrócić uwagę na to, że członkowie wojewódzkich zespołów ds. AIDS chcieliby mieć jakiś wpływ na działania podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS licząc na możliwość konsultowania różnych projektów;
- zbyt późne informowanie zespołów wojewódzkich o konieczności organizacji i realizacji działań;
- brak przejrzystego dla przedstawicieli wojewódzkich zespołów ds. AIDS organizacji systemu działania – *„ale systemu nie ma”, „tak naprawdę to trzeba sobie zadać, czy ktoś tam u góry, po co mu jest taki zespół”²⁹*;
- kalkulacji kosztów działań, które są zobowiązane ponosić inne, niezależne podmioty, urzędy marszałkowskie, czy wojewódzkie. Przedstawiciele zespołów wojewódzkich ds. AIDS rzadko mają takie możliwości wpływu na decydentów i obrony budżetów: *„w kalkulacji kosztów są wskazane nakłady jakie powinny ponosić samorządy województw. Rozumiem, że to jest skalkulowane na podstawie jakichś dotychczasowych dokonań. Jak tak można. To są zupełnie niezależne instytucje, które takie rzeczy określają swój budżet bardzo troskliwie i w pełni autonomicznie.”*, *„te zespoły nie mają żadnych środków od wojewody, czy od marszałka w zależności przy której strukturze działają.”³⁰*.

Trzeba podkreślić, iż zespoły wojewódzkie ds. AIDS działają w oparciu o bardzo zróżnicowane standardy, harmonogramy i budżety. Zespoły te są koordynowane czasami przez marszałków, czasami przez wojewodów, a czasami przez jeszcze inne instytucje, jak np. w Łodzi, Regionalne Centrum Polityki Społecznej³¹. W związku z tym uwidacznia się ich bardzo mała organizacyjna spójność i ramy działania. Brak standaryzacji i unifikacji działań prawdopodobnie wpływa na efektywność działań wojewódzkich zespołów ds. AIDS. Dla dalszego sprawnego działania konieczna jest unifikacja działania zespołów i opracowanie przejrzystych standardów organizacyjnych działania.

²⁸ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

²⁹ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

³⁰ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

³¹ Jednostka organizacyjna samorządu województwa łódzkiego.

„Luźna” forma działalności zespołów bez wątpienia **ogranicza zarówno skuteczność jak i efektywność działania zespołów**. Częsta rotacja członków zespołów powoduje dodatkowe koszty wdrażania nowych członków.

W obszarze współpracy na szczególną uwagę zasługuje współpraca pomiędzy poszczególnymi instytucjami w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS a **środowiskiem lekarskim / medycznym. Jest to współpraca budząca największe niezadowolenie** i jednocześnie wpływa znacząco na wyniki relacji Krajowego Programu.

W opinii ekspertów trudności we współpracy ze środowiskiem lekarskim polegają na:

- docieraniu do lekarzy specjalistów,
- nawiązywaniu współpracy z lekarzami,
- braku woli pochylenia się i poświęcenia należytej uwagi problematyce HIV/AIDS.

6.1.6. Finansowanie realizacji celów obszaru I – **ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV (profilaktyka pierwszorzędowa)**

Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (**profilaktyka pierwszorzędowa**) jest postrzegane jako kluczowe zadanie, w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Poza przytoczonymi już wynikami badań ewaluacyjnych znaczenie tego obszaru podkreślili eksperci wskazując na proporcje podziału budżetu pomiędzy różne obszary realizacji Krajowego Programu. **Zdaniem ekspertów najwięcej, bo prawie 1/3 środków należałoby wydatkować na działania w ramach obszaru I – ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV (profilaktyka pierwszorzędowa)**. 61% przedstawicieli instytucji realizujących Krajowy Program podkreśla, iż większość środków powinna trafić na działania w obszarze profilaktyki pierwszorzędowej³².

Problem realizacji celów obszaru I – ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV (profilaktyka pierwszorzędowa) jest celem bardzo istotnym i niedofinansowanym.

6.2. **OBSZAR II – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych**

OBSZAR II – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa) obejmowało następujące cele ogólne i cele szczegółowe

Cel ogólny	Cele szczegółowe
1. Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	c) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych

³² Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

2. Rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym	e) poprawa jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV; f) usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych
3. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	c) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy; d) wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych.

Źródło: Opracowanie własne

6.2.1. Charakterystyka zachowań ryzykownych i osób ryzykujących zakażeniem HIV

Ekspertki podkreślają, iż nie powinno się mówić o **grupach ryzyka, ale o zachowaniach ryzykownych**. Zakażenie HIV może dotyczyć dziś każdego, kto wykazuje ryzykowne zachowania seksualne, jednocześnie każdy obywatel może mieć do czynienia z zachowaniami ryzykownymi. Na wskazywanie i nazywanie tzw. grup ryzyka można jednak spojrzeć dwojako. Z jednej strony identyfikowanie grup ryzyka niesie ze sobą więcej szkód niż korzyści w kontekście realizacji działań Krajowego Programu, jednak z innego punktu widzenia identyfikowanie takich grup można traktować jako działanie pozytywne, przyczyniające się do wyższej skuteczności oddziaływania na zmianę postaw i zachowań.

Ekspertki wskazują, iż mówienie o grupach ryzyka jest niekorzystne z następujących powodów:

- większe stygmatyzowanie osób z grup ryzyka przez ogół społeczeństwa;
- osoby nienależące do grup ryzyka, nieidentyfikujące się z tymi grupami uważają, iż zakażenie ich nie dotyczy. W efekcie takie osoby narażają się na ryzyko zakażeń, nie badają się a nawet nie są świadome, iż zakażenie może się przytrafić właśnie im. W polskim społeczeństwie istnieje świadomość, iż HIV i zachorowania na AIDS dotyczą tylko grup ryzyka jak narkomani czy osoby prostytutki, takie niejako zwolnione z odpowiedzialności osoby mogą być nieświadome zagrożeń.

Jednocześnie jednak identyfikowanie grup ryzyka, jako grup o wyższym ryzyku wystąpienia zakażeń pozwala na zdecydowanie bardziej skuteczne działania w sferze promocji zdrowia, czy profilaktyki. Odbiór przekazu zależy bowiem od takich charakterystyk jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, itd. Osoby z grup ryzyka to jednostki o zdecydowanie odmiennej percepcji, jeśli chodzi o odbiór przekazów. Często towarzyszą temu również inne kanały komunikacji docierania do tych grup.

Odchodzenie od typowania grup ryzyka spowodowało zakwestionowanie konieczności wyszczególniania OBSZARU II w Krajowym Programie jako odrębnego obszaru. Badani mieli wątpliwości co do trafności i konieczności wydzielania obszaru II tematycznego: Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych. Twierdząc, iż trudno jest w istocie odróżnić grupy docelowe obszaru I i II. Faktycznie, jeśli przyjmujemy, iż zakażenie HIV może dotyczyć dziś każdego, kto wykazuje ryzykowne zachowania seksualne, każdy obywatel może mieć do czynienia z zachowaniami ryzykownymi, po co odróżniać te dwa obszary.

Analiza danych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych oraz WSSE identyfikuje jednak wyraźnie grupy, w których ryzykowne zachowania są częstsze i znacznie częściej dochodzi do zakażeń, np. MSM. **Zatem trafne i uprawnione, w kontekście tła epidemiologicznego wydaje się wskazywanie w Krajowym Programie na wybrane grupy o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.** Również z uwagi na argumenty zaprezentowane wcześniej uznać należy, iż **wytypowanie obszaru II z uwagi na zupełnie odmienny aparat narzędzi i metod oddziaływania na grupy charakteryzujące się większym ryzykiem zachowań uznać należy za trafne.**

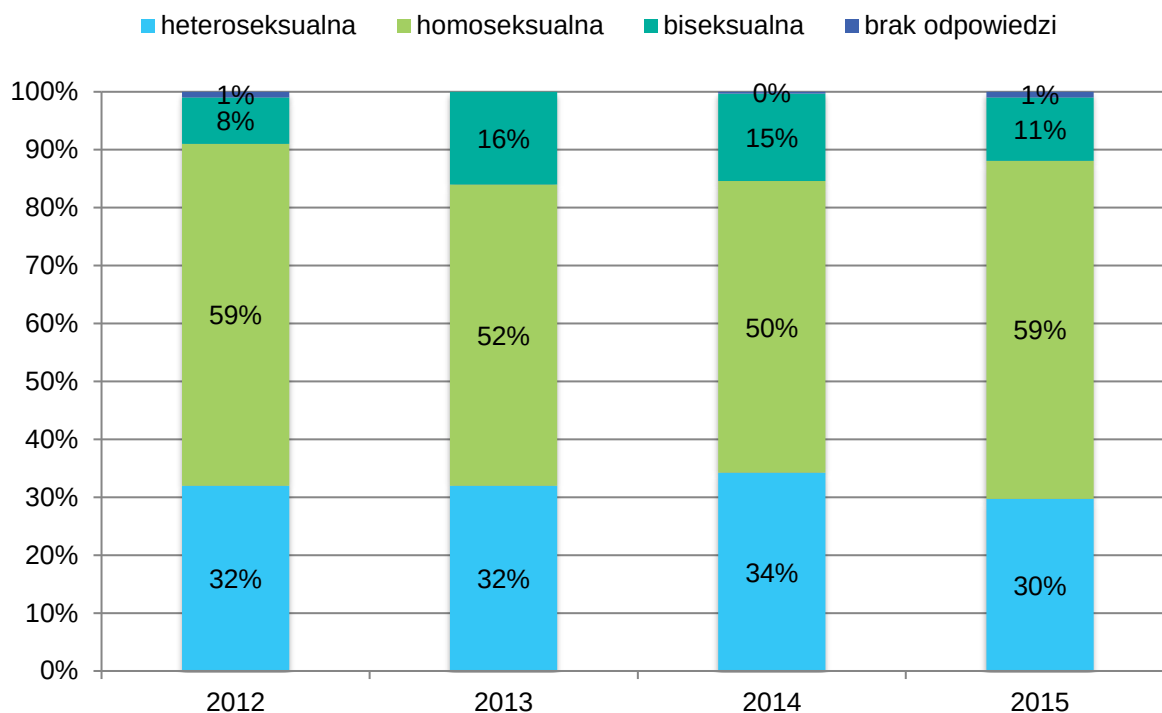
Analiza zachowań osób zgłaszających się do PKD pozwala wyodrębnić potencjalne drogi zakażenia tych osób i tym samym wskazać na kategorie zachowań ryzykownych. Warto je podkreślić, gdyż w ciągu ostatnich lat zmieniły się znacząco kategorie zachowań ryzykownych. Dekadę temu zachowania ryzykowne dotyczyły przede wszystkim stosowania narkotyków drogą iniekcji, często tych samych strzykawek, oraz osób mających kontakty seksualne z osobami prostytuującymi się. Obecnie te kategorie mają marginalne znaczenie. Zrodziły się natomiast nowe kategorie zachowań, które powodują zdecydowanie większe ryzyko zakażenia.

- kontakty homoseksualne,
- brak systematycznego stosowania prezerwatyw,
- kontakty z seropozytywnymi partnerami seksualnymi,
- więcej kontaktów przygodnych (z większą liczbą partnerów),
- brak obaw lub wyraźnie zminimalizowane obawy wielu członków społeczeństwa przed zakażeniem HIV.

W ostatnich latach znacząco większa jest liczba wykrywanych zakażeń w grupie osób homoseksualnych. Jednocześnie spada liczba osób heteroseksualnych, u których wykryto HIV. W toku badań klientów PKD w roku 2013 pozytywnie zweryfikowano hipotezę „*Mężczyźni deklarujący kontakty seksualne z mężczyznami są grupą bardziej narażoną na zakażenie HIV*”. Skala wzrostu zakażeń wykrywanych w grupie MSM jest bardzo duża, z 29% w roku 2003 do 52% w roku 2013, a w trakcie – 59% w roku 2012.

Ekspertki podkreślają, iż z ich obserwacji „*wynika, że największe ryzyko to młodzi mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami*”.³³

³³ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

Wykres 5. Orientacja seksualna osób, u których wykryto HIV

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum ds. AIDS i wyników badań z PKD za lata 2012-2015

Prawdopodobnie przyczyną znacząco większej liczby wykrywanych zakażeń wśród MSM jest nie tylko orientacja seksualna, ale ryzykowne zachowania, które stały się normą, a nawet wartościami w tej grupie społecznej. Dotyczą one takich aspektów jak używanie prezerwatyw, kontakty z partnerami HIV+, czy zmienione postawy wobec zakażeń HIV – brak obaw, ponieważ są metody leczenia.

W grupie MSM prezerwatywy wydają się być *passé*. Osoby, które odczuwają ryzyko i chcą się zabezpieczyć, uważane są przez członków tej społeczności za „słabe”, „bojaźliwe”, za „mięczaków”. Są przez innych członków grupy dyskryminowane i poniżane. Posiadanie prezerwatywy i chęć jej użycia stawia osobę w trudnej sytuacji. Musi ona wybierać pomiędzy przynależnością do grupy i pozycją w grupie, a ryzykiem zakażenia. Często, gdy do tego dochodzi alkohol i/lub środki odurzające, ryzyko staje się dla MSM wyzwaniem, a wręcz wartością.

Innym aspektem zachowań ryzykownych, które zaobserwowano w tej grupie jest brak obaw przed zakażeniem. Osoby MSM często wykazują zachowania ryzykowne, następnie często się badają, a w przypadku zakażenia uważają, iż zachorowanie nie jest dużym problemem, gdyż istnieją skuteczne leki, które pozwalają normalnie funkcjonować z HIV. Znamienne w tym kontekście są słowa jednego z ekspertów: „Panowie z tej grupy (MSM) doszli do wniosku, że jest leczenie, więc mogą się zakażać. Zaprzestali jakichkolwiek działań profilaktycznych, które są skądinąd znane. I uważają, że mają być leczeni.”³⁴

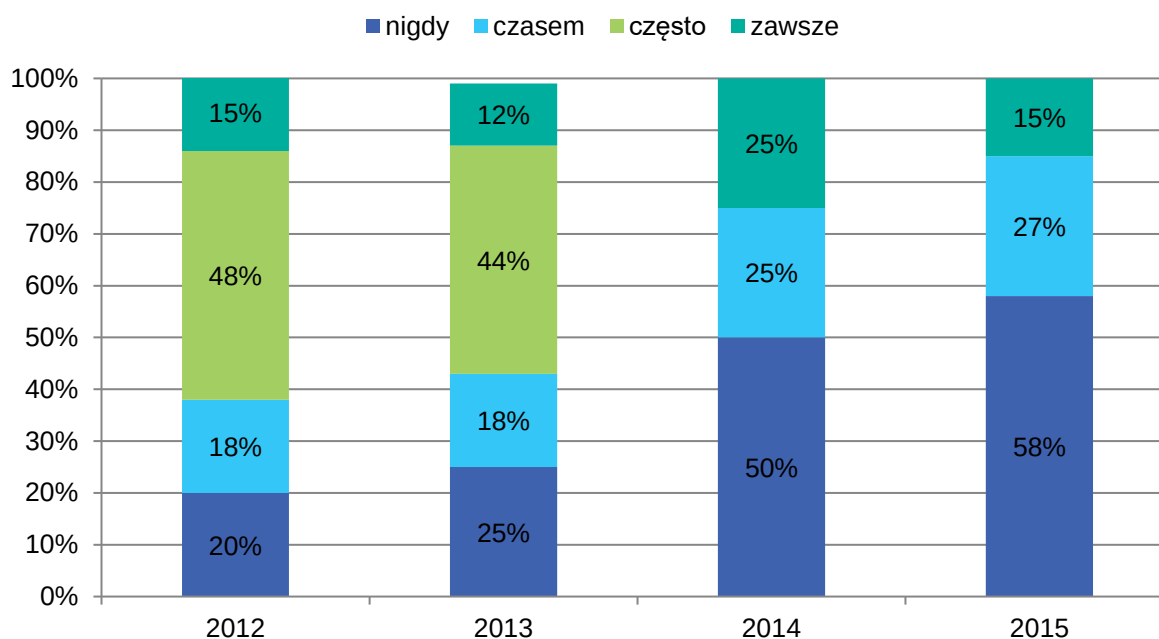
³⁴ Na podstawie badań IDI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

Jednym z istotnych, obserwowanych w ostatnich latach zachowań ryzykownych jest nieznaczny i malejący odsetek osób używających prezerwatyw zarówno w kontaktach ze stałym, jak i innym partnerem. W ostatnich latach można ponadto obserwować mniejszą regularność stosowania prezerwatywy podczas kontaktów ze stałym partnerem oraz zwiększanie się odsetka osób, które w ogóle nie stosują prezerwatywy w tego typu kontaktach: w 2007 roku 30% osób deklaroowało, że zawsze stosuje prezerwatywę w kontaktach seksualnych z innym partnerem, w 2010 było to 35%, zaś w roku 2013 odsetek tych osób spadł do 12%! Jednocześnie 25% osób deklaruje, iż nigdy nie stosuje prezerwatywy w kontaktach z innym partnerem.

Analiza danych statystycznych zwraca uwagę na fakt, iż sytuacja znacząco zmieniła się w roku 2011. Jednocześnie można stwierdzić, iż dane z roku 2013 są bardziej podobne do danych z lat 2003. Mamy do czynienia z sytuacją jakby zachowania osób cofnęły się o kilkanaście lat wstecz.

Dane z 2011 roku powinny stanowić *tło do planowania działań Krajowego Programu* na lata 2012-2015. Trend ten był jednak wtedy słabo widoczny.

Wykres 6. Użycie prezerwatywy z innym partnerem (do 2006 roku – ogólna częstość stosowania prezerwatywy, niezależna od typu partnera) wśród osób zgłaszających się do PKD.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum ds. AIDS i wyników badań z PKD za lata 2012-2015

W przypadku danych (kwestionariusze wypełniane przez klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych) za 2014 i 2015 rok, lista możliwych odpowiedzi w kafeterii zawierała tylko 3 opcje: zawsze, czasami, nigdy. W 2012 i 2013 roku występowała dodatkowo odpowiedź często.

Tak jak w przypadku ogółu osób zgłaszających się do PKD, tak i wśród osób zakażonych coraz częściej deklarowano nieużywanie prezerwatywy. Osoby, u których wykryto zakażenie, stosowały prezerwatywę sporadycznie lub nie stosowały jej w ogóle. Porównanie tych danych zobrazowano w poniższej tabeli.

Tabela 13. Użycie prezerwatywy wśród osób zgłaszających się do PKD i zakażonych HIV w roku 2013

Stosowanie prezerwatyw	Odsetek osób zgłaszających się do PKD używające prezerwatyw w kontaktach z innym partnerem	Odsetek osób zakażonych HIV+
zawsze	12%	6%
często	44%	38%
czasem	18%	24%
nigdy	25%	31%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Centrum ds. AIDS i wyników badań z PKD za lata 2012-2015

W grupie osób zakażonych, więcej jest osób nigdy niestosujących prezerwatyw i osób stosujących prezerwatywy czasem. Najwięcej jest natomiast osób, które stosują prezerwatywy często, a najmniej tych, które zawsze stosują prezerwatywy.

Osoby, u których wykryto zakażenie zdecydowanie częściej, niż ogół zgłaszających się do PKD deklarowały kontakty z osobami HIV+. Odsetek osób zakażonych, które deklarowały kontakty z seropozytywnym partnerem wahał się od 15% (rok 2004 i 2007) do 21% w roku 2013, a wcześniej do 25% w roku 2012.

Osoby, u których wykryto zakażenie relatywnie często deklarowały kontakty z osobami mającymi wielu partnerów. Odsetek osób, które deklarowały takie kontakty wzrastał od 2007 do 2011 roku osiągając wartość 51%. W ostatnich latach był nieco niższy i wynosił 39% w 2013 roku.

W ciągu kilku ostatnich lat objawiły się bardzo niekorzystne postawy i zachowania społeczne w sferze AIDS. Zachowanie to jest efektem skutecznej i dobrze realizowanej polityki leczenia antyretrowirusowego. Zmieniło się nastawienie ludzi do samego wirusa i do chorych. Ludzie przestają się bać AIDS. AIDS nie jest już w opinii części społeczeństwa chorobą śmiertelną. Doskonale oddają to wypowiedzi ekspertów: „*Powiedziałabym, że w dzisiejszych czasach nikt się tego nie obawia, bo system leczenia chorych, osób żyjących z wirusem HIV i chorych na AIDS jest na światowym poziomie. Dostępność do leków jest optymalna. Możliwość funkcjonowania społeczeństwa w miarę dobrej kondycji fizycznej i psychicznej jest dość duża. Jeśli chodzi o system leczenia jest to grupa przywilejowa powiedziałabym, w społeczeństwie, w dzisiejszych czasach.*”³⁵

Częściowo jest to spowodowane tym, że społeczeństwo zakodowało, iż zakażenie HIV i zachorowanie na AIDS dotyczą tzw. grup ryzyka, w szczególności narkomanów, osób prostytuujących się. Ta świadomość powoduje, iż w opinii części społeczeństwa, oni nie muszą się badać, ponieważ nie należą do grup ryzyka.

Bez wątpienia jednak jest to nowe zjawisko, nowy problem i nowe wyzwanie w kontekście realizacji działań profilaktycznych i komunikacji ze społeczeństwem, które powinno być uwzględnione w kolejnym Krajowym Programie.

³⁵ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

Zdecydowanie maleje taki czynnik ryzyka jak stosowanie narkotyków w iniekcji oraz stosowanie wspólnych strzykawek. Obie te czynności odnotowały tendencję spadkową a najwyższe odsetki osób deklarujących dożylne stosowanie narkotyków oraz używanie wspólnych strzykawek odnotowano w 2003 roku (9%). W 2013 roku udział grupy osób deklaruujących przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji, wśród osób zgłaszających się do PKD stanowił zaledwie 2%. Jednocześnie w roku 2013 pozytywnie zweryfikowano hipotezę „*Osoby przyznające się do stosowania środków psychoaktywnych drogą iniekcji są grupą bardziej narażoną na zakażenie HIV*”. Faktycznie stosowanie narkotyków w iniekcji oraz stosowanie wspólnych strzykawek znacząco zwiększa ryzyko zakażenia, ale skala tego zjawiska jest obecnie bardzo mała.

Zdecydowanie zmalał taki czynnik ryzyka jak kontakty seksualne z partnerami świadczącymi usługi seksualne. Odsetek osób zakażonych, które miały kontakty seksualne z partnerami świadczącymi usługi seksualne wynosił w roku 2013 około 5% i był niższy, niż wśród ogółu osób zgłaszających się do PKD.

Z pewnością, działania podejmowane w ramach Krajowych Programów przyczyniły się do sukcesu w kwestii minimalizowania zakażeń w grupie IDU i kontaktów seksualnych z partnerami świadczącymi usługi seksualne.

Na razie niewielkim czynnikiem ryzyka są kontakty seksualne z obcokrajowcami. Osoby, u których wykryto zakażenie deklarowały kontakty seksualne z obcokrajowcami podobnie często, co ogół osób zgłaszających się do PKD. Tak jak w przypadku wszystkich osób zgłaszających się do PKD, tak i wśród osób, u których wykryto zakażenie, udział osób deklaruujących kontakty seksualne z obcokrajowcami, wzrósł na przestrzeni ostatnich 10 lat. Z pewnością jednak należy obserwować to zjawisko w sytuacji, gdy w krajach przygranicznych liczba zakażeń HIV jest znacząco wyższa niż w Polsce oraz ze względu na rosnące okazyje do takich kontaktów – migracje, wyjazdy turystyczne.

Jak widać badania prowadzone wśród klientów PKD dają zdecydowanie większy pogląd na temat charakterystyk osób zakażonych i potencjalnych źródeł zakażeń i czynników ryzyka. Charakterystyki te powinny stanowić punkt wyjścia do wyboru formy przekazu, kanałów komunikacji czy treści przekazu, które będą z pewnością bardziej skuteczne niż przekazy kierowane do ogółu społeczeństwa.

Zagregowane wyniki badań z punktów PKD pozwalają na pokazanie charakterystyk, takich grup jak:

- charakterystyka osób, u których stwierdzono zakażenie HIV,
- kobiety, u których stwierdzono zakażenie HIV,
- mężczyźni, u których stwierdzono zakażenie HIV,
- mężczyźni mający seks z mężczyznami (MSM),
- mężczyźni heteroseksualni,
- kobiety heteroseksualne.

6.2.2. Rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych

Od lat systematycznie tworzona jest sieć punktów anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku zakażenia HIV. Do roku 2014 sieć punktów obejmowała wszystkie województwa. W 2015 sytuacja uległa zmianie, nie udało się otworzyć dwóch planowanych PKD, tym samym brakuje obecnie PKD w Łodzi. Zatem w roku 2015 działało najmniej punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) wykonujących anonimowo i bezpłatnie badanie w kierunku HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym.

Trudności związane z rozbudową sieci PKD upatruje się w procedurze ich wyłaniania. W 2015 roku do ogłoszonego przez Krajowe Centrum ds. AIDS konkursu na zadania pn. „Punkty konsultacyjno-diagnostyczne prowadzące anonimowo i bezpłatnie testowanie w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym” nie przystąpiła żadna organizacja z Łodzi i Koszalina. Krajowe Centrum nawiązało współpracę z nowymi organizacjami, które mogłyby utworzyć PKD w swoich miejscowościach, jednak mimo zaangażowania nie udało się otworzyć dwóch PKD w 2015 roku. Sytuacja ta jest efektem sposobu wyłaniania i finansowania punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Problemy z tworzeniem PKD wynikają między innymi z:

- założenia, iż PKD musi prowadzić organizacja pozarządowa, *„to jest jeden, jakby podstawowy problem, bo można by było prowadzić punkt przyszpitalny, można by prowadzić przy stacji sanitarno-epidemiologicznej, ale musi to być organizacja pozarządowa”*³⁶;
- brakiem zainteresowania organizacji, które mogłyby złożyć wniosek na prowadzenie PKD, który wynika najczęściej z ograniczonych środków finansowych przeznaczanych na prowadzenie takiego punktu: *„brak chętnego czasami podyktowany jest brakiem odpowiednich środków finansowych na otwarcie tego punktu, na uruchomienie, na opłacenie osób fachowych”, „Chęć posiadania punktu, znowu jest pięknie, trafnie, odwrotnie proporcjonalnie do środków finansowych, które na to się przeznacza,”*³⁷
- trudności w znalezieniu lokalu spełniającego wymogi dla punktów konsultacyjno-diagnostycznych,
- trudności w rekrutacji wyszkolonej kadry doradców.

Szczególnie osoby o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych z grup wolą korzystać z punktów PKD zlokalizowanych w miastach, w których będą miały zapewnioną anonimowość. Z tego też powodu upatruje się sukces w liczbie przeprowadzanych testów na HIV w Warszawie, *„Warszawa jest miastem bezimiennym”* i to w Warszawie wykonuje się najwięcej testów na HIV. W okresie 2012-2015 roku na dwóch pierwszych miejscach pod względem liczby wykonywanych testów na HIV znajdują się organizacje z Warszawy: Społeczny Komitet ds. AIDS Warszawa – PKD Warszawa oraz Fundacja Edukacji Społecznej Warszawa. Liczba wykonywanych w tych dwóch podmiotach testów, stanowi ok. 30% wszystkich wykonanych testów na HIV w Polsce.

³⁶ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

³⁷ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

Ilość punktów nie jest jednoznaczna z ich aktywnością mierzoną liczbą wykonywanych testów. Interesujące wnioski można wyciągnąć analizując liczbę wykonanych testów na liczbę poszczególnych PKD. W poniższej tabeli wskazano liczbę przeprowadzonych testów przez PKD w Polsce w latach 2012-2015 oraz wyodrębniono (zaznaczono) 10 punktów, które w ciągu tych 4 lat przeprowadziły największą liczbę testów.

Tabela 14. Wykaz instytucji/organizacji, które prowadzą punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD) i liczba wykonanych przez nie testów

Lp.	Nazwa organizacji	Liczba wykonanych testów				
		2012	2013	2014	2015	Razem
1	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej Oddział Terenowy w Olsztynie	723	704	700	581	2708
2	Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU Szczecin	1458	1344	1133	1028	4963
3	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej Oddział Terenowy w Gorzowie Wielkopolskim	472	507	521	546	2046
4	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej Oddział Terenowy w Słupsku	823	1315	604	722	3464
5	Stowarzyszenie Wolontariuszy „Razem” Toruń	520	482	477	395	1874
6	Towarzystwo Rozwoju Rodziny Oddział w Zielonej Górze	321	332	407	430	1490
7	Towarzystwo Rozwoju Rodziny Oddział w Opolu	484	524	579	422	2009
8	Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii Oddział w Koszalinie	320	293	289	0	902
9	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych I Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem” Wrocław – PKD Wrocław	3102	3314	3456	3347	13219
10	Stowarzyszenie „Nadzieja Rodzinie” Kielce – PKD Kielce	1142	517	690	394	2743
11	Stowarzyszenie „Nadzieja Rodzinie” Kielce – PKD Kraków	788	1457	1454	248	3947
12	Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym „AGAPE” Lublin	608	570	544	414	2136
13	Towarzystwo Rozwoju Inicjatyw Społecznych UNISON Wrocław	969	869	724	0	2562
14	Stowarzyszenie Faros Białystok	738	1013	923	417	3091
15	Stowarzyszenie MONAR Warszawa – PKD Częstochowa	390	403	455	463	1711
16	Górnśląskie Stowarzyszenie „Wspólnota” Chorzów	1623	1579	1360	1342	5904
17	Stowarzyszenie Honorowych Dawców Krwi w Elku	233	257	310	307	1107
18	Społeczny Komitet ds. AIDS Warszawa – PKD Warszawa	4949	5237	4790	5441	20417

19	Stowarzyszenie Pomocy Osobom Zakażonym Wirusami Hepatotropowymi HEPA-HELP Łódź	691	712	702	0	2105
20	Fundacja Edukacji Społecznej Warszawa	3857	4059	4051	4196	16163
21	Fundacja Pomorski Dom Nadziei Gdańsk	1395	1388	1329	1292	5404
22	Fundacja Pomocy Młodzieży im. Jana Pawła II „Wzrastanie” Łopuszka Mała	1352	1288	0	0	2640
23	Fundacja Simontonowski Instytut Zdrowia Lublin	686	1470	1473	1543	5172
24	Górnicza Fundacja Ochrony Zdrowia Wałbrzych	271	0	0	0	271
25	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej Jelenia Góra	912	1031	1128	1082	4153
26	Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy Osobom Uzależnionym SUBSIDIUM Zgorzelec	189	102	71	96	458
27	Stowarzyszenie Wolontariuszy RAZEM Toruń – PKD Bydgoszcz	288	370	454	474	1586
28	Stowarzyszenie MONAR Warszawa – PKD Puławy	205	132	0	0	337
29	Zjednoczenie Na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy” Warszawa	123	385	742	344	1594
30	Fundacja Edukacji Społecznej Warszawa – PKD Warszawa (Żelazna)	1247	1179	1255	662	4343
31	Społeczny Komitet ds. AIDS Warszawa – PKD Płock	213	203	274	314	1004
32	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych I Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem” Wrocław – PKD Wałbrzych	0	115	236	207	558
33	Stowarzyszenie „Nadzieja Rodzinie” Kielce – PKD Tarnów	0	120	129	98	374
34	Stowarzyszenie Pomost Rzeszów	0	0	937	0	937
35	Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w Zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat” – PKD Kraków	0	0	0	1445	1445
36	Towarzystwo Rozwoju Rodziny Oddział we Wrocławiu	0	0	0	485	485
37	Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w Zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat” – PKD Rzeszów	0	0	0	271	271
Suma		31 092	33 271	32 197	29 006	125 566

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Centrum ds. AIDS i wyników badań z PKD za lata 2012-2015

Warto zwrócić uwagę na rozkład geograficzny tych punktów:

- Warszawa – 3 PKD,
- Wrocław,
- Kraków,
- Szczecin,

- Chorzów,
- Gdańsk,
- Lublin,
- Jelenia Góra.

W kolejnych latach programowania Krajowego Programu warto inwestować w te PKD, które wykazują się dużą aktywnością i osiągnięciami w zakresie liczby wykonywanych testów na HIV. Warto zwrócić uwagę na PKD z Krakowa, który na bazie podpisanej tylko w 2015 roku umowy wykonał 1445 testów. Jest to liczba testów przewyższająca 4-letnie działania niektórych PKD.

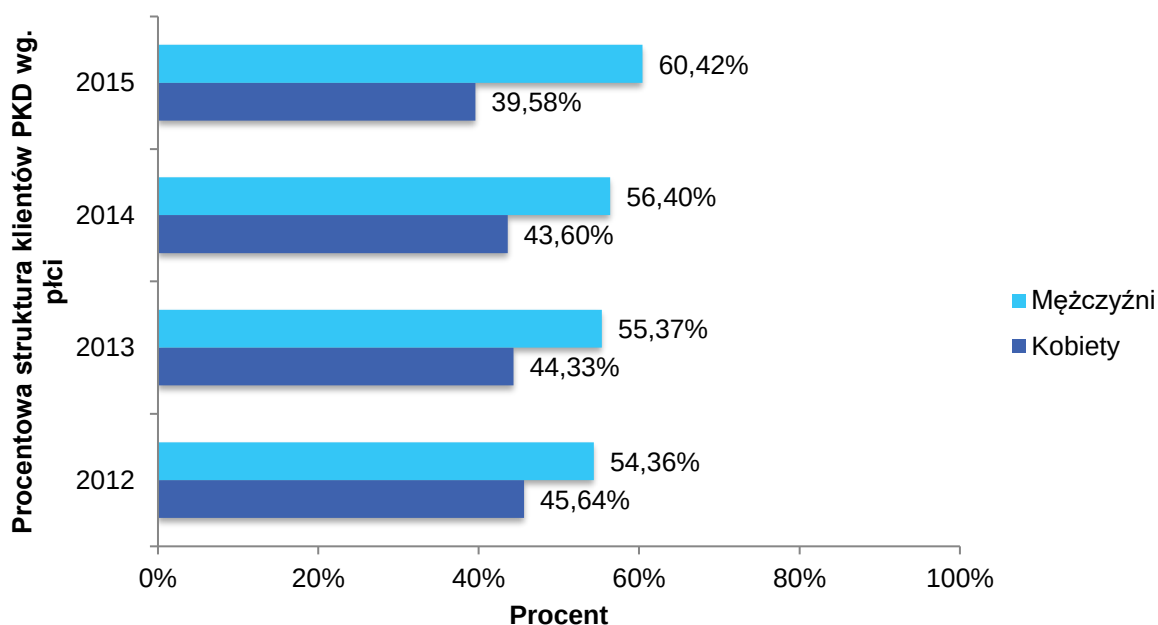
Przedstawiciele podmiotów realizujących Krajowy Program **potwierdzają zasadność (w przypadku grupy o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych) rozbudowy sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych** wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym.

6.2.3. Usprawnienie zbierania danych o szerzeniu się zakażeń HIV oraz dostosowanie oferty do potrzeb indywidualnego odbiorcy

Baza danych epidemiologicznych dotyczących dróg zakażenia wirusem HIV, zbieranych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych czy stacji epidemiologicznych wykazuje bardzo dużo braków danych. Na jej podstawie trudno jest dokładniej charakteryzować zarówno drogi zakażenia jak i zachowania ryzykowne, które najczęściej prowadzą do zakażenia wirusem HIV.

W związku z powyższym Krajowe Centrum ds. AIDS od kilkunastu lat prowadzi badania klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Analiza wyników tych badań pozwala dokonać precyzyjniejszej analizy dróg zakażeń, a także charakterystyki osób i ich zachowań ryzykownych.

Wykres 7. Struktura płci klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2012-2015

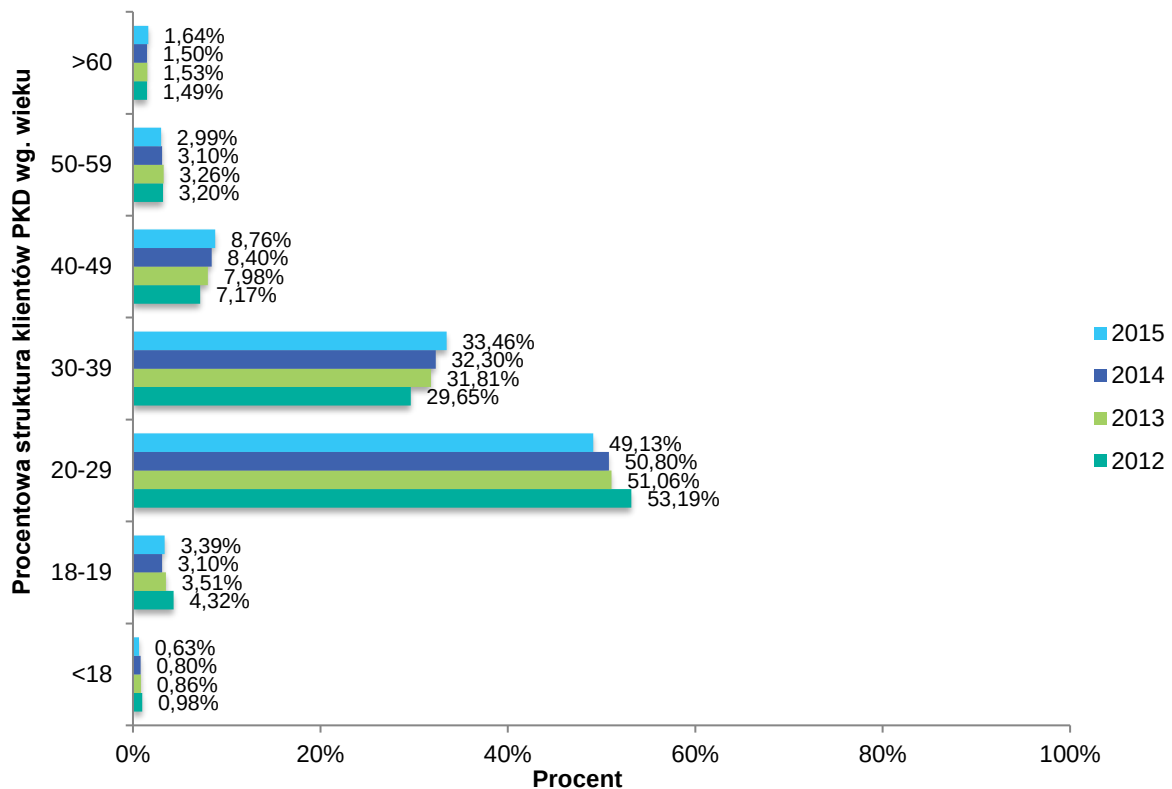


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Centrum ds. AIDS i wyników badań z PKD za lata 2012-2015

Analiza struktury płci klientów PKD w latach 2012-2015 wskazuje na powolny, ale systematyczny wzrost liczby mężczyzn oraz spadek liczby kobiet. W 2015 roku ponad 60% stanowili mężczyźni. Trendy w strukturze wiekowej wskazują na wzrost liczby osób w wieku 30-39 lat oraz 40-49 lat oraz spadek liczby osób młodszych w wieku 20-29 lat i poniżej 20 lat korzystających z PKD.

Najliczniejszą grupę niezmiennie od 2012 roku stanowią osoby w wieku 20-29 lat.

Wykres 8. Struktura wiekowa klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych w latach 2012-2015



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Centrum ds. AIDS i wyników badań z PKD za lata 2012-2015

Osoby zgłaszające się do PKD są zwykle stanu wolnego lub pozostają w nieformalnych związkach – ok. 75% klientów. Udział tej ostatniej grupy wzrósł istotnie na przestrzeni ostatnich lat (z 5% w 2003 roku, do 20% w roku 2013). Klientów PKD cechuje również dobra sytuacja materialna.

Osoby zgłaszające się do PKD w celu wykonania testów, to jednocześnie osoby, które naraziły się na zachowanie ryzykowne faktycznie lub w ich opinii ich zachowanie mogło być ryzykowne i mogło doprowadzić do zakażenia. Niezależnie jednak od tego czy sytuacja była obiektywnie ryzykowna czy tylko subiektywnie tak odbierana przez pacjenta, struktura klientów PKD odzwierciedla te charakterystyki (wiek, płeć, wykształcenie, itd.), i tym samym segmenty populacji, które wykazują zachowania ryzykowne częściej niż w całej populacji Polaków.

Nawet jeśli odejdziemy od nazywania tych osób – grupami ryzyka, to i tak charakterystyki klientów PKD wskazują na pewne wyższe niż całość populacji segmenty, które z powodów określonych zachowań, są de facto grupami, w których ryzyko zakażenia jest większe niż w innych segmentach. Nie oznacza to oczywiście pewności zakażenia, a skala ryzyka zależy od wiedzy, świadomości, postawy i zachowań tych osób, które może ich narazić lub ochronić przed zakażeniem HIV.

Tabela 15. Porównanie charakterystyk klientów zgłaszających się na badanie do PKD oraz osób, u których wykryto zakażenie

Cecha	Charakterystyki osób zgłaszających się do PKD	Charakterystyki osób zakażonych HIV+
Płeć	częściej mężczyźni (ok 60%)	zdecydowanie częściej mężczyźni (90%)
Wiek	osoby młodsze 20-29	
Miejsce zamieszkania	mieszkańcy miast	mieszkańcy miast (89%)
Wykształcenie	Osoby lepiej wykształcone niż ogół populacji	
Sytuacja rodzinna	żyjące w nieformalnych związkach oraz stanu wolnego	osoby stanu wolnego (64%)
Deklarowana orientacja seksualna	heteroseksualni	osoby o deklarowanej orientacji homoseksualnej (59%)
Partnerzy HIV+	Niewielki odsetek (poziom 3%)	Znaczny odsetek zakażonych (25%)
Partnerzy obcokrajowcy	Znaczny odsetek (poziom 16%)	Większy odsetek niż w populacji (22%)
Uprawianie seksu pod wpływem narkotyków	Niewielki odsetek (poziom 4%)	Większy odsetek niż w populacji (10%)
Uprawianie seksu pod wpływem alkoholu	Niewielki odsetek (poziom 1%)	Wysoki odsetek zakażonych (31%)
Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji	Niewielki odsetek (poziom 2%)	Większy odsetek niż w populacji (8%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Centrum ds. AIDS i wyników badań z PKD za lata 2012-2015

Działania profilaktyczne, a w szczególności wybór rodzaju działania, formy przekazu czy kanału komunikacji, będą bardziej skuteczne, jeśli będziemy przynajmniej ogólnie identyfikowali odbiorców tych przekazów. **Badania prowadzone w PKD i identyfikacja charakterystyk osób decydujących się na badania oraz analiza dróg zakażenia jest działaniem bardzo trafnym i przyczynia się do zwiększania skuteczności i efektywności działań profilaktycznych, zarówno w przypadku profilaktyki pierwszorzędowej, jak i drugorzędowej.**

6.2.4. Poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy

W latach 2012-2015 Krajowe Centrum ds. AIDS wskazywało w swoich sprawozdaniach następujące rodzaje działań informacyjnych i edukacyjnych:

Tabela 16. Kategorie działań informacyjnych i edukacyjnych podejmowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS w obszarze II w latach 2012-2015

Rok	Oferta informacyjno-edukacyjna
2012	- o streetworking i partyworking Programu STACJA – działania skierowane do osób o zwiększonym poziomie ryzykownych zachowań - o „Safe Fun” – działania środowiskowe wśród odbiorców masowych imprez muzycznych - o streetworking i partyworking – skierowany do osób świadczących usługi seksualne i osób korzystających z tych usług - o „Live, Love safer, Be! IV” – program zrealizowany podczas Mistrzostw Europy - o „Miłość, młodość, odpowiedzialność” – akcja edukacyjno-profilaktyczna - o „Świadoma w pracy - dbam o zdrowie” – program skierowany do osób o zwiększonym poziomie ryzykownych zachowań - o partyworking – działania środowiskowe w klubach w aglomeracji śląskiej - o „Prezerwatywa przedłuża przyjemność” – broszura skierowana do mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM)
2013	brak
2014	- o opracowanie i wydanie innowacyjnych materiałów służących edukacji z zakresu HIV/AIDS i STI w grupie MSM, - o „Wiem i spoglądam w przyszłość” – kreacja materiałów profilaktycznych z zakresu HIV/AIDS dla osób pozbawionych wolności, - o akcja edukacyjno-profilaktyczna „Miłość, młodość, odpowiedzialność” podczas Przystanku Woodstock 2014;
2015	brak

Źródło: Opracowanie własne

Działania streetworkerów i partyworkerów są bardzo dobrze ocenianym działaniem w obszarze edukacji zdrowotnej i profilaktyki HIV skierowanym do osób o podwyższonym poziomie zachowań ryzykownych. Warto przytoczyć tu opinię eksperta: *„uważam, że tylko takie działania (streetworkerzy i partyworkerzy) mają przyszłość. Do tych ludzi nie można pisać broszur i pisać im „chłopcy bądźcie grzeczni, bo bardzo was o to prosimy”.*³⁸

Realizacja programów profilaktycznych, w szczególności działań informacyjno-edukacyjnych dla osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych napotyka w Polsce na szereg problemów natury mentalnej i ideologicznej.

Zdaniem ekspertów kampanie, które mają na celu dotrzeć do osób o zwiększonym poziomie ryzykownych zachowań powinny być:

³⁸ Na podstawie badań IDI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

- innowacyjne,
- czasem szokujące,
- pozostawiające ślad w umyśle i pamięci adresata programu.

Oddaje to wypowiedź eksperta „Człowiek, żeby temat zapadł mu gdzieś tam w pamięci, szczególnie takich ludzi, którzy mają dosyć specyficzną osobowość, temat musi zainteresować, w jakiś sposób zaciekać i wtedy ewentualnie jest szansa, żeby do nich dotrzeć.” Jest zatem dysonans pomiędzy wiedzą i kreatywnością ekspertów od profilaktyki zdrowotnej a tym co jest akceptowane społecznie w Polsce.

6.2.5. Efektywność działań podejmowanych w celu zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

Lista działań, w których nakłady są bardzo duże, a efekty i rezultaty małe przedstawia się zdaniem ekspertów następująco³⁹:

- **Najmniej efektywnym działaniem** według ekspertów jest: usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych (53,6% – uznaje to działanie za mało efektywne).
- **Mało efektywnym działaniem** jest poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy (48,6% – uznaje to działanie za mało efektywne).
- **Znacznie bardziej efektywnym** działaniem jest poprawa jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV (29,0% – uznaje to działanie za mało efektywne).
- **Najbardziej efektywnym** działaniem jest rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym (tylko 18,8% – uznaje to działanie za mało efektywne).

Zatem zadaniem ekspertów rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym **oceniana jest jako działanie najbardziej efektywne w przypadku grupy o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.**

W przypadku grupy o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy jest mało efektywnym działaniem/aktywnością w ramach Krajowego Programu.

Pomimo iż przedstawiciele podmiotów uczestniczących w Krajowym Programie wskazywali na potrzebę podejmowania skutecznych działań informacyjnych i edukacyjnych, to w ich przypadku w grupie osób o zachowaniach ryzykownych trudno jest osiągnąć pozytywny rezultat. Wynika to z następujących trudności:

³⁹ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

- dostosowania odpowiednich kanałów komunikacji do przedstawicieli poszczególnych grup,
- trudność dotarcia do grup ryzyka poza Warszawą i dużymi miastami: „*Jeżeli są środowiska MSM to działania profilaktyczne są praktycznie żadne poza Warszawą,*”
- problemy akceptacji społecznej dla kampanii, które miałyby być skuteczne i efektywne w docieraniu do grup o zachowaniach ryzykownych, wynikających z problemów natury mentalnej i ideologicznej.

6.2.6. Finansowanie działań profilaktyki drugorzędowej

Grupa docelowa charakteryzująca się zwiększonym poziomem zachowań ryzykownych w ramach Krajowego Programu jest wskazywana jako ważny beneficjent, do którego powinny być kierowane znaczące środki z Krajowego Programu. **Zdaniem przedstawicieli instytucji realizujących Krajowy Program środki te powinny wynieść około 20%, a działania skierowane do tej grupy powinny pochłonąć około 25% całości budżetu⁴⁰.**

6.3. OBSZAR III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa)

OBSZAR III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa) obejmowało następujące cele ogólne i cele szczegółowe:

Cel ogólny	Cele szczegółowe
1. Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich	d) poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich, e) zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich
2. Poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV	g) poprawa istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS, h) usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV
3. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym	e) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży, i kobiet karmiących piersią, f) usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV

Źródło: Opracowanie własne

⁴⁰ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

6.3.1. Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich

W ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012-2016 w okresie objętym ewaluacją realizowane były następujące działania w obszarze wsparcia dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS:

Tabela 17. Kategorie działań podejmowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS w obszarze wsparcia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, w latach 2012-2015

Rok	Wsparcie osób żyjących z HIV/AIDS
2012	- o XVI Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS - o program edukacyjny „Pozytywne warsztaty” - o spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich – edukacja osób zakażonych i ich bliskich, obalenie stereotypów dotyczących kontaktów z osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, propagowanie bezpiecznych zachowań seksualnych (organizowane przez <i>Stowarzyszenie SOLIDARNI PLUS</i> z Wandzina) - o grupy wsparcia dla matek seropozytywnych oraz nowo zakażonych - o program „Nic o Nas bez Nas” - o opieka psychologiczna i psychiatryczna dla osób żyjących z HIV/AIDS - o punkt informacyjno-wspierający - o Ośrodek Wsparcia i Informacji dla Osób Żyjących z HIV/AIDS - o program „Razem bezpiecznie”
2013	- o ośrodek wsparcia i informacji z zajęciami edukacyjnymi dla osób żyjących z HIV i ich bliskich – wsparcie grupowe i indywidualne; - o Nic o Nas bez Nas – wsparcie dla osób seropozytywnych; - o Centrum Edukacji i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS dla osób nowo zakażonych „Jeden świat”; - o opieka psychologiczna dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich; - o spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich; - o XVII Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS; - o Turnus rehabilitacyjno-terapeutyczny dla osób seropozytywnych i ich bliskich.
2014	- o Interwencja kryzysowa dla pacjentów zakażonych HIV i ich bliskich, - o Warsztaty dla rodziców/opiekunów wychowujących dzieci żyjące z HIV/AIDS, - o Warsztaty z Małym Księciem, - o Życie na Plus! BIS, - o Ośrodek wsparcia i informacji z zajęciami edukacyjnymi dla osób żyjących z HIV i ich bliskich, - o Opieka psychologiczna dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich, - o Nic o Nas bez Nas – wsparcie dla osób seropozytywnych, - o Spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich, - o Centrum Edukacji i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden świat”, - o Działania skierowane do osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich;
2015	o Wakacje z Małym Księciem,

- Ośrodek wsparcia i informacji z zajęciami edukacyjnymi dla osób żyjących z HIV i ich bliskich,
- Opieka psychologiczna dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
- Spotkania dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich,
- Centrum Edukacji i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden świat”

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań Krajowego Centrum ds. AIDS

W przypadku III obszaru – wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS w ramach 1 celu ogólnego – poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich, eksperci odnosili się do dwóch zagadnień:

- poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich,
- zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV⁴¹.

W przypadku pierwszego zagadnienia, 75% ekspertów twierdziło, że działania podejmowane w ramach Krajowego Programu przyczyniły się do poprawy jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin oraz bliskich. Szczegółowe dane prezentuje poniższa tabela.

Tabela 18. Ocena działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w zakresie poprawy jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin oraz bliskich.

Odpowiedzi respondentów	Częstość odpowiedzi	Procent odpowiedzi (%)	Procent skumulowany odpowiedzi (%)
Zdecydowanie się przyczynia	34	24,6%	24,6%
Raczej się przyczynia	72	52,2%	76,8%
Ani przyczynia się/ani nie przyczynia się	26	18,8%	95,7%
Raczej nie przyczynia się	4	2,9%	98,6%
Zdecydowanie nie przyczynia się	2	1,4%	100,0%
Ogółem	138	100,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016

Stygmatyzacja osób z HIV i AIDS

Efekty działań w zakresie zwiększania poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich jest oceniane bardziej krytycznie. Pozytywne efekty dostrzega tylko około 65% ekspertów. To o 10 punktów procentowych mniej niż w przypadku poprawy

⁴¹ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin oraz bliskich. Jednocześnie kwestia akceptacji społecznej dla osób HIV+ oraz ich rodzin jest jednym z najkrytyczniej ocenianych elementów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Tabela 19. Ocena działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w zakresie zwiększenia poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.

Odpowiedzi respondentów	Częstość odpowiedzi	Procent odpowiedzi (%)	Procent skumulowany odpowiedzi (%)
Zdecydowanie się przyczynia	30	21,7%	21,7%
Raczej się przyczynia	63	45,7%	67,4%
Ani przyczynia się/ani nie przyczynia się	30	21,7%	89,1%
Raczej nie przyczynia się	14	10,1%	99,3%
Zdecydowanie nie przyczynia się	1	0,7%	100,0%
Ogółem	138	100,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016

Ekspertci twierdzą, iż problem stygmatyzacji osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS nie został całkowicie wyeliminowany. Wiele osób nie przyznaje się do stygmatyzowania osób chorych, zachowując jednocześnie swoje opinie i swój stosunek tylko do swojej wiedzy. Stygmatyzacja nie jest obecnie ujawniana, ale jak twierdzą eksperci tkwi w podświadomości wielu Polaków.

6.3.2. Poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV

W okresie objętym ewaluacją Krajowego Programu, Krajowe Centrum ds. AIDS corocznie realizowało program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”, które obejmowało:

- leczenie antyretrowirusowe (ARV) osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
- profilaktykę zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych,
- profilaktykę ARV zakażeń wertykalnych matka – dziecko,
- leczenie antyretrowirusowe dzieci.

Celem głównym programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” jest ograniczenie skutków epidemii

HIV/AIDS przez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego. Nadrzędnym celem Programu leczenia ARV jest zapewnienie jednolitego systemu dostępu do terapii antyretrowirusowej dla wszystkich pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce. Zasady opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV, w tym leczenia antyretrowirusowego, opracowane zostały w formie Rekomendacji (ostatnia aktualizacja czerwiec 2014 r.) przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Rekomendacje są opracowywane przez grupę ekspertów z różnych ośrodków referencyjnych – realizatorów Programu leczenia ARV w Polsce, w oparciu o rekomendacje europejskie (European AIDS Clinical Society – EACS). Również przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS bierze czynny udział w pracach grupy eksperckiej, która opracowuje polskie Rekomendacje.

Realizowany w Polsce Program leczenia ARV jest zgodny z zaleceniami i zobowiązaniami międzynarodowymi podjętymi na szczeblu globalnym i regionalnym, w tym Deklaracją Milenijną, Deklaracją Zobowiązań, zaleceniami Rady Europy, prawem wspólnotowym Unii Europejskiej, zasadą „Trzech Jedności”. Każdego roku w zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) aktualizowane są schematy leczenia antyretrowirusowego, uwzględniające nowe leki ARV, które są na bieżąco rejestrowane w Unii Europejskiej (EMA – Centralny Rejestr Leków).

Specyfika leczenia antyretrowirusowego wymaga zachowania ciągłości. Leczenie ARV jest leczeniem wieloletnim a terapia antyretrowirusowa raz rozpoczęta nie powinna być przerywana i powinna trwać przez całe życie pacjenta. Stąd też skuteczność tego programu oceniać należy przez pryzmat takich mierników / wskaźników jak:

- liczba osób objętych Programem,
- dostępność osób zakażonych HIV do opieki medycznej i leczenia ARV, ilość osób, które nie mają dostępu do leczenia,
- długość życia pacjentów leczonych ARV,
- ciągłość dostawy leków do systemu,
- gospodarka lekiem, w tym farmakoekonomika.

W latach 2012-2014 Program leczenia ARV był realizowany w 21 szpitalach. Od 2015 roku realizowany był w 22 szpitalach / placówkach medycznych, na bazie których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce:

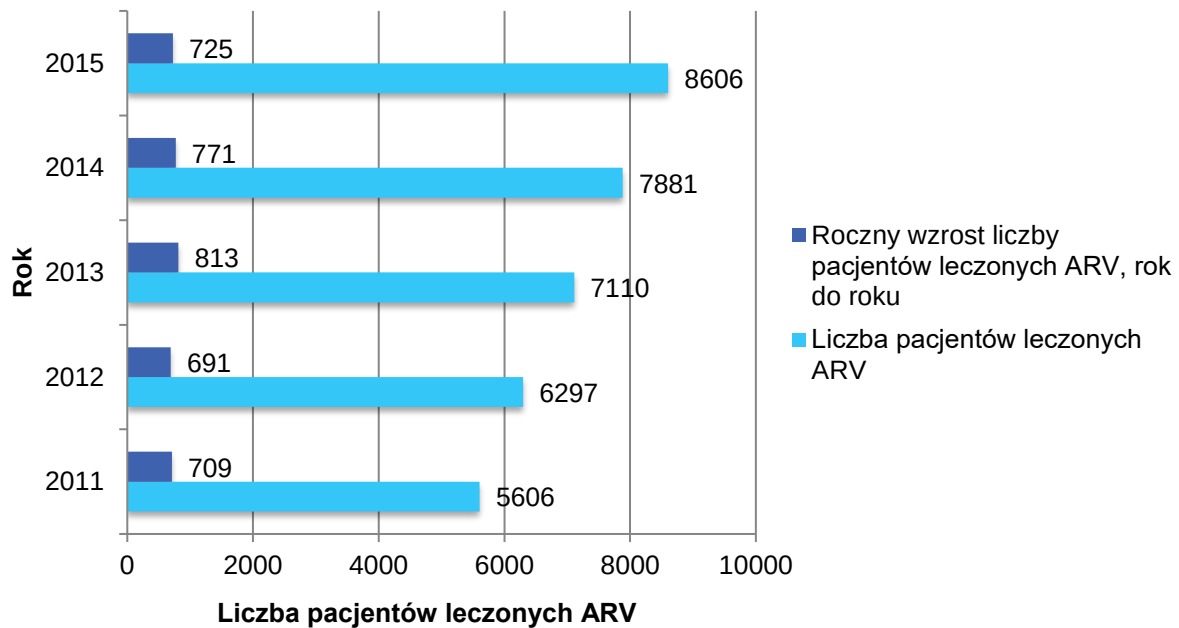
- w 17 szpitalach / placówkach medycznych Program ARV był realizowany w pełnym zakresie (dwa nowe ośrodki leczenia: Lublin i Ostróda),
- w 3 szpitalach realizowany był Program ARV w zakresie postępowania poekspozycyjnego wypadkowego pozazawodowego (Lublin – dzieci, Toruń, Łańcut),
- w 2 ośrodkach prowadzących badania przesiewowe w kierunku zakażenia HIV u kobiet ciężarnych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych HIV – podawania leków antyretrowirusowych kobiecie zakażonej HIV i noworodkowi, czyli: Instytut Matki i Dziecka w Warszawie oraz Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o.

Leczenie antyretrowirusowe było również prowadzone w zakładach penitencjarnych (umowa z Centralnym Zarządem Służby Więziennej), jako kontynuacja leczenia pacjentów

rozpoczętego przed pobytem w zakładzie penitencjarnym lub pacjentów wymagających włączenia do terapii HAART w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności.

Na dzień 31 grudnia 2015 r. objętych leczeniem ARV było 8606 pacjentów, w tym 113 dzieci (do 18. roku życia) zakażonych HIV i chorych na AIDS. Liczba osób poddanych terapii systematycznie rośnie co roku. Oznacza to, że do terapii corocznie włączanych jest średnio 600-800 pacjentów. W latach 2008-2011 liczba leczonych wzrastała o kilkanaście procent rocznie – 10-16%. W latach 2012-2015 liczba leczonych wzrastała o ok. 9-12%. Dynamika wzrostu leczonych ARV w roku 2014 i 2015 była wyraźnie mniejsza niż wcześniej.

Wykres 9. Liczba i roczny przyrost pacjentów leczonych na HIV



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum ds. AIDS na podstawie pisemnych sprawozdań nadesłanych przez ośrodki leczące ARV

Jednocześnie jednak w ramach prowadzonego programu leczenia antyretrowirusowego, terapia ARV została przerwana przez kilkaset osób w 2013 i 2012⁴². Głównymi przyczynami przerwania terapii były:

- zgon pacjenta (100 osób w 2012 i 107 osób w 2013),
- wyłączenia z terapii ARV – rezygnacja, przerwa terapeutyczna, inne (310 osób w 2012 i 515 osób w 2013).

Najwięcej osób objętych terapią ARV leczy się w ośrodkach w Warszawie – 2776 osób, Chorzowie – 941, Wrocławiu – 890 osób, Krakowie – 728 osób.

Krajowy Program obejmuje również profilaktykę zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych. Zgodnie z obowiązującym programem polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia

⁴² Brak danych za lata 2014 i 2015.

„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce na lata 2012-2016”, Krajowe Centrum ds. AIDS w 2015 r. przekazywało tylko leki antyretrowirusowe na zabezpieczenie terapii w postępowaniu poekspozycyjnym pozazawodowym wypadkowym, po narażeniu na zakażenie, do którego doszło w konsekwencji np.: zdarzeń związanych z przemocą seksualną, po kontakcie z materiałem potencjalnie zakaźnym, po narażeniu na zakażenie HIV np. przy zakłuciu igłą nieznanego pochodzenia, czy też po zachlapaniu śluzówek krwią lub materiałem potencjalnie zakaźnym zawierającym krew oraz po zachlapaniu miejsc zawierających świeże rany z naruszeniem ciągłości skóry. Skala zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych wykazuje tendencję malejącą z roku na rok, z pewnością można by było uznać to za zmniejszanie się liczby wypadków i potraktować jako zagadnienie niemające związku z Krajowym Programem. **Jednak zmniejszanie się liczby zakażeń może świadczyć również o sukcesie realizacji Krajowego Programu. Sukcesem w tym zakresie jest poszerzanie wiedzy i świadomości społeczeństwa w kierunku zachowania należytej staranności i zapobiegliwości.**

Tabela 20. Liczba osób, u których wdrożono leczenie antyretrowirusowe w profilaktyce zakażeń poekspozycyjnych pozazawodowych wypadkowych, stan na dzień 31 grudnia

Rok	Liczba leczonych
2012	282
2013	273
2014	242
2015	232
Ogółem	1029

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum ds. AIDS

Poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenia HIV oceniana jest bardzo pozytywnie.

- 76,8% ekspertów uznało, iż działania podejmowane w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS zdecydowanie przyczyniły się lub raczej się przyczyniły do poprawy istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS;
- 77,5% ekspertów uznało, iż działania podejmowane w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS zdecydowanie przyczyniły się lub raczej się przyczyniły do usprawnienia systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV⁴³.

Jednocześnie podkreślić należy znaczące zróżnicowanie ocen ekspertów w kwestii usprawnienia systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV. Jest ono zdecydowanie lepiej oceniane na szczeblu regionalnym – w przypadku ekspertów reprezentujących wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz urzędy wojewódzkie

⁴³ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

(100% – odpowiedzi zdecydowanie i raczej przyczynia się), urzędy marszałkowskie (91,6%). Mniej pozytywne oceny dominują wśród NGO (45% odpowiedzi zdecydowanie i raczej przyczynia się), punktów konsultacyjno-diagnostycznych (70%), powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (77,8%).

Działania podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS w ramach poprawy jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenia HIV uznać należy za absolutnie skuteczne. W zasadzie można powiedzieć, iż nie było zastrzeżeń do realizacji tego celu ogólnego oraz zaplanowanych celów szczegółowych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Podkreślają to wypowiedzi ekspertów:

- „*myślę, że to jest naprawdę duży sukces programu i tu bym powiedziała, że chyba największy jaki można było osiągnąć to jest właśnie opieka medyczna*”,
- „*z punktu widzenia przeciętnego doktora leczącego zakażenia HIV, to żaden nie ma prawa pisać, że jest coś nie tak*”.⁴⁴

Oceniając realizację celu ogólnego: Poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenia HIV w ramach Obszaru III Krajowego Programu podkreślić należy, iż:

- działania Krajowego Programu – właściwie prowadzone leczenie ARV przyczynia się do zmniejszenia zapadalności na HIV i śmiertelności z powodu AIDS oraz zmniejszenia zakaźności osób zakażonych HIV dla populacji osób zdrowych w Polsce,
- nie zanotowano sytuacji, która ze względu na niewłaściwą gospodarkę lekiem doprowadziłaby do przerw w dostawie i podawaniu leków antyretrowirusowych i stanowiła zagrożenie życia i zdrowia pacjentów HIV/AIDS,
- skojarzone leczenie antyretrowirusowe radykalnie poprawiło rokowanie osób żyjących z HIV sprawiło, iż infekcja HIV stała się zakażeniem przewlekłym, dającym się kontrolować. Dzięki terapii pacjenci żyją dłużej, poprawie uległa też jakość ich życia.

6.3.3. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym

Zgodnie z przyjętym w dniu 3 kwietnia 2012 r. przez Radę Ministrów Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanym na lata 2012-2016 wśród działań w zakresie HIV/AIDS są między innymi zagadnienia dotyczące usprawnienia opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży oraz zapobiegania zakażeniom wertykalnym. Na podstawie rozporządzenia⁴⁵ lekarz ma obowiązek zaproponować pacjentce w ciąży badanie w kierunku HIV, które powinno zostać wykonane do 10. tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży. To badanie pozwala

⁴⁴ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100) określa poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej w zakładach opieki zdrowotnej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka.

wcześnie wykryć zakażenie HIV u możliwie jak największej liczby kobiet w ciąży oraz wprowadzić niezbędną terapię.

Podjęcie działań ukierunkowanych na profilaktykę zakażeń wertykalnych jest niezwykle ważne.

Realizacja badań w kierunku zakażeń HIV u kobiet w ciąży w Polsce przebiega opornie. Szacuje się, iż w 2015 roku około 30-33%⁴⁶ kobiet w ciąży wykonywało badanie na obecność wirusa HIV. Na tle Unii Europejskiej Polska wypada bardzo słabo. W Unii Europejskiej badania te są wykonywane średnio u 60% kobiet, a w niektórych państwach takich jak: Anglia, Holandia, Francja – nawet u 98%.

W ponad 90% przypadkach do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu i karmienia piersią.

Tabela 21. Zestawienie liczbowe pacjentów objętych Programem, w tym profilaktyka wertykalna 2013-2015

Rok	Dzieci zakażone HIV – leczone ARV	Liczba ciąż	Liczba noworodków	Liczba poronień / Martwo urodzone
2012	118	78	52	1
2013	113	67	49	3
2014	112	57	47	1
2015	113	55	38	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowego Centrum ds. AIDS

Kobiety ciężarne mogą wykonywać również bezpłatnie i anonimowo testy w punktach konsultacyjno-diagnostycznych. W latach 2013-2015 utrzymywała się tendencja malejąca liczby testów wykonywanych przez kobiety ciężarne w PKD, z 3108 w roku 2013 do zaledwie 1181 w roku 2015.

Tabela 22. Liczba klientek – kobiet ciężarnych punktów konsultacyjno-diagnostycznych wg lat

Rok	Liczba kobiet ciężarnych	Odsetek kobiet ciężarnych	Ogółem liczba wykonanych testów
2012	2 735	0,09	31 092
2013	3 108	0,09	33 271
2014	2 656	0,08	32 197
2015	1 181	0,04	29 333
Suma	9 680	0,08	125 893

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

⁴⁶ Analizy własne prof. dr hab. med. Magdaleny Marczyńskiej.

Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi aktywne działania w celu ograniczenia zakażeń wertykalnych. W większości są to działania edukacyjne i informacyjne skierowane do lekarzy medycyny rodzinnej i ginekologów, neonatologów. Zaproponowano następujące kierunki postępowania:

1. Spowodowanie, aby na wszystkich konferencjach dla lekarzy obecny był temat HIV/AIDS, szczególnie testowanie w kierunku HIV;
2. Rozważenie połączenia testowania w kierunku HIV z prowadzonymi badaniami przesiewowymi u kobiet (cytologia, mammografia);
3. Prowadzenie działań uświadamiających lekarzom, że oferowanie przez nich kobietom w ciąży testu na HIV nie jest zaleceniem, lecz obowiązkiem;
4. Wprowadzenie przez NFZ restrykcji dla lekarzy, którzy nie zlecają testowania na HIV;
5. Spowodowanie, aby wszystkie oddziały położnicze (427) zostały wyposażone (miały dostęp) w szybkie testy na HIV;
6. W związku z dołączeniem testowania na HIV do koszyka świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, spowodowanie aby pacjentki nie były obciążane kosztem wykonania takiego testu;
7. Przygotowanie ulotki dla lekarzy ginekologów z informacją, co zrobić, gdy wynik testu przesiewowego na HIV u kobiety w ciąży jest dodatni;
8. Opracowanie i wdrożenie centralnego programu testowania kobiet w ciąży;
9. Krajowe Centrum ds. AIDS zadeklarowało swój udział w działaniach mających na celu ograniczanie zakażeń HIV u noworodków.

Na uwagę zasługuje fakt, iż Krajowe Centrum ds. AIDS zwróciło się z prośbą do Ministerstwa Zdrowia o wystąpienie do Urzędów Wojewódzkich z propozycją zaplanowania i przeprowadzenia kontroli, zgodnie z uprawnieniami podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie realizacji przepisów rozporządzenia⁴⁷. W wyniku działania Krajowego Centrum ds. AIDS i Ministerstwa Zdrowia część urzędów prowadzi kontrole, a część rozważa ich prowadzenie.

Pomimo nienajlepszych efektów, jeśli chodzi o odsetek kobiet w ciąży poddających się badaniom, zaangażowanie i działania podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS uznać należy za bardzo dobre.

Dzieci wertykalnie zakażone HIV powinny otrzymać leczenie antyretrowirusowe przed ukończeniem 3. miesiąca (im wcześniej tym lepiej), tzn. bezpośrednio po potwierdzeniu badaniami specjalistycznymi zakażenia HIV, ponieważ dynamika choroby, ryzyko rozwoju AIDS i zgonu w pierwszym roku życia przekracza 10%.

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100) określa poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej w zakładach opieki zdrowotnej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka.

Poza lekami antyretrowirusowymi wszystkie dzieci leczone w ramach Programu otrzymały bezpłatnie szczepionki, według indywidualnego kalendarza szczepień, opracowanego na potrzeby dzieci przez Klinikę Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM w Warszawie – zatwierdzonego i finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach Programu leczenia ARV.

Eksperci uważają, że działania podejmowane w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS przyczyniły się do zapobiegania zakażeniom wertykalnym (prawie 90% odpowiedzi pozytywnych). O tym, że zakażenia wirusem HIV przenoszone z matki na dziecko zmniejszyły się:

- zdecydowanie jest przekonanych 28,3%,
- raczej przekonanych – 59,5%⁴⁸.

Eksperci w znakomitej większości są też przekonani, iż Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS przyczynia się do:

- usprawnienia opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży i kobietami karmiącymi piersią (26,1% ekspertów twierdzi, iż zdecydowanie się przyczynia, zaś 52,9% że raczej się przyczynia),
- usprawnienia systemu opieki na dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV (24,6% ekspertów twierdzi, iż zdecydowanie się przyczynia, zaś 55,8%, że raczej się przyczynia)⁴⁹.

Działania podejmowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS w kwestii wyeliminowania zakażeń wertykalnych u kobiet ciężarnych, u których zidentyfikowano zakażenie HIV należy uznać za bardzo skuteczne. Wykonanie testu i diagnoza wyeliminowała do zera przypadki choroby wśród noworodków, co należy uznać za bezwzględny sukces Programu. Jak podkreślają eksperci *„system działa jak w zegarku. I to jest sukces. Na szczęście mimo zawirowań, zmiany NFZ, kas chorych, nie został zdemontowany”*⁵⁰.

Zdecydowanie słabsze, pomimo wielu inicjatyw podejmowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS są efekty w obszarze zwiększenia odsetka kobiet w ciąży testujących się na obecność wirusa HIV. Problemem pozostaje fakt, iż wiele kobiet nie robi testów i nie wie o zakażeniu. W takiej sytuacji nie sposób zapobiegać zakażeniom wertykalnym. Sytuacja w tym obszarze poprawia się stopniowo za sprawą Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100) oraz licznych szkoleń, wykładów, prelekcji i udziału w konferencjach dla lekarzy ginekologów zrealizowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Zgodnie z zapisami w/w rozporządzenia lekarze ginekolodzy mają obowiązek zlecenia kobietom ciężarnym testów na HIV. Badanie takie powinno być wykonane dwukrotnie w trakcie trwania ciąży.

⁴⁸ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁴⁹ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁵⁰ Na podstawie badań IDI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

Warto zwrócić uwagę na następujące czynniki mające wpływ na kształtowanie się niskiego odsetka testujących się na HIV kobiet w ciąży w Polsce:

- opieka ginekologiczno-położnicza jest opieką komercyjną: „w większości zdecydowanej, te panie trafiają zwykle do gabinetów prywatnych”⁵¹;
- korzystanie z usług prywatnych podraża koszty wykonywania badań, bo również badania muszą robić odpłatnie;
- część ciężarnych kobiet nie wie, że istnieją PKD, w których można zrobić badania bezpłatnie i anonimowo;
- część ciężarnych kobiet wstydzi się zapytać o badania lekarza: „skoro ja trafiaam do takiej osoby, doktora, który ma, że tak powiem, czy w okolicy czy czasami w województwie jak jest doskonałym specjalistą, to ja się nie przyznam do tego”⁵².

6.3.4. Efektywność działań podejmowanych w ramach profilaktyki trzeciorzędowej

W OBSZARZE III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa) **działaniem o najmniejszej efektywności, zdaniem przedstawicieli podmiotów realizujących Krajowy Program są działania realizowane w ramach celu: usprawnienie opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV.** Działanie to według przedstawicieli podmiotów realizujących Krajowy Program charakteryzowało się najmniejszą efektywnością. Trudno odtworzyć tok myślenia przedstawicieli podmiotów realizujących Krajowy Program, jednak łatwiej zapobiec zachorowaniu dziecka niż leczyć dziecko, które będzie chore do końca życia i do końca życia będzie musiało brać leki.

Jednocześnie oceniając efektywność działań – usprawnienie opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV należy podkreślić, iż do tego typu działań trudno jest zastosować rachunek ekonomiczny. Jeden z ekspertów podkreślił, iż „*tutaj w ogóle cost effectiveness to nie ten rachunek*”⁵³.

Bardzo trudno jest oceniać efektywność działań, które z natury rzeczy wymagają dużych nakładów w celu utrzymania zdrowia i życia osób zakażonych. W przypadku trzech pozostałych działań efektywność oceniana jest podobnie nisko i przedstawia się następująco:

- usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży i kobietami karmiącymi piersią (34,1% wskazań jako działanie najmniej efektywne),
- poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS (37,7%),
- usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV (38,4%)⁵⁴.

⁵¹ Na podstawie badań IDI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁵² Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁵³ Na podstawie badań IDI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁵⁴ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

6.4. OBSZAR IV – Współpraca międzynarodowa

OBSZAR IV – Współpraca międzynarodowa obejmował następujące cele szczegółowe:

Cel ogólny	Cele szczegółowe
Rozwój współpracy międzynarodowej	a) poszerzenie współpracy międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS, b) aktywizacja udziału Polski w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS, c) aktywizacja udziału Polski w pracach instytucji i organizacji międzynarodowych, d) poszerzenie współpracy międzynarodowej na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich

Źródło: Opracowanie własne

W ramach współpracy międzynarodowej Krajowe Centrum ds. AIDS podejmuje corocznie działania w obszarze sprawozdawczości międzynarodowej:

- UNAIDS,
- ECDC,
- WHO.

W obszarze polityki międzynarodowej do działań Krajowego Centrum ds. AIDS w latach 2013-2015 należało:

- przewodnictwo Polski w PCB UNAIDS (rok 2012),
- kadencja członkowska Polski w PCB UNAIDS (w latach 2013-2015),
- XIX Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”,
- Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej Northern Dimension Partnership In Public Health and Social Well-being-NDPHS,
- Grupa Think Tank przy Komisji Europejskiej.

Tabela 23. Kategorie działań podejmowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS w obszarze współpracy międzynarodowej w latach 2012-2015

Rok	Wsparcie osób żyjących z HIV/AIDS
2012	o projekt DG SANCO: COBATEST
2013	- o projekt HATBAI; - o projekt DG SANCO: JOINT ACTION; - o projekt DG SANCO: COBATEST; - o projekt <i>Szkolenie diagnostów ukraińskich w zakresie najnowszych technik laboratoryjnych HIV/AIDS w polskich laboratoriach referencyjnych – podwyższenie standardów opieki nad osobami Żyjącymi z HIV/AIDS na Ukrainie</i>
2014	- o projekt HATBAI, - o projekt JOINT ACTION, - o projekt EURO HIV EDAT
2015	o projekt JOINT ACTION

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań Krajowego Centrum ds. AIDS

W opinii ekspertów Polska zajmuje znaczące miejsce na arenie międzynarodowej i jest liczącym się partnerem dla wielu organizacji europejskich i światowych. Wiele działań, jeśli chodzi o współpracę międzynarodową, odbywa się niezależnie od realizacji Krajowego Programu. Współpraca międzynarodowa odbywa się na dwóch płaszczyznach: profilaktycznej i medycznej. Oba obszary są odpowiednio dobrze reprezentowane na arenie międzynarodowej.

6.5. OBSZAR V – Monitoring

OBSZAR V – Monitoring

Cel ogólny	Cele szczegółowe
Usprawnienie monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz działań i zadań w zakresie	e) usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym ujednolicenie systemu zgłoszeń, f) usprawnienie nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS, g) wsparcie informacyjne realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS, h) wsparcie informacyjne realizacji leczenia antyretrowirusowego

Źródło: Opracowanie własne

Na system monitorowania realizacji Krajowego Programu składają się:

- nadzór epidemiologiczny;
- wewnętrzny system kontroli zarządczej (obowiązkowe analizy ryzyka oraz miesięczne i kwartalne zestawienia rzeczowo-finansowe dla każdego obszaru Krajowego Programu);
- Elektroniczna Baza Monitoringowa (katalogowanie i przegląd zadań planowanych i realizowanych w ramach Krajowego Programu);
- Internetowa Baza Leków umożliwiająca nadzór nad kolejnymi etapami procesu zakupu i dystrybucji leków ARV, od zawarcia umowy z dystrybutorem leku lub testu, poprzez ich magazynowanie i dystrybucję, aż do przepisania ich konkretnemu pacjentowi;
- coroczne badania klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych;
- zlecane realizowane *ad hoc* badania społeczne;
- monitorowanie prasy pod kątem występowania tematów związanych z HIV/AIDS;
- coroczne szkolenia dla podmiotów zobowiązanych do realizacji Krajowego Programu (możliwość wymiany doświadczeń oraz uzgadniania trybu i zakresu działań).

W ramach projektu ewaluacyjnego Krajowego Programu dokonano eksperckiej oceny usprawnienia nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS.

- 24,6% ekspertów oceniło, iż działania Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS zdecydowanie przyczyniły się do usprawnienia nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS,
- 55,8% uznało, iż działania Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS raczej przyczyniły się do usprawnienia nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS.⁵⁵

Tabela 24. Ocena działań w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w zakresie usprawnienia nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS

Odpowiedzi respondentów	Częstość odpowiedzi	Procent odpowiedzi (%)	Procent skumulowany odpowiedzi (%)
Zdecydowanie się przyczynia	34	24,6%	24,6%
Raczej się przyczynia	77	55,8%	80,4%
Ani przyczynia się/ani nie przyczynia się	22	15,9%	96,4%
Raczej nie przyczynia się	4	2,9%	99,3%
Zdecydowanie nie przyczynia się	1	0,7%	100,0%
Ogółem	138	100,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016

Najmniej pozytywne opinie w zakresie usprawnienia nadzoru epidemiologicznego wyrażali przedstawiciele NGO (tylko 50,0% odpowiedzi zdecydowanie przyczynia się i raczej przyczynia się) oraz wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (tylko 60% odpowiedzi zdecydowanie przyczynia się i raczej przyczynia się).

Zdecydowana większość ekspertów wyraża niezadowolenie z monitorowania sytuacji epidemiologicznej w Polsce. W ich opinii w ostatnich latach **nie udało się usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową**, w tym ujednolicenie systemu zgłoszeń. Wśród wyrażanych ocen warto zwrócić uwagę na takie aspekty jak:

- monitoring, w znacznej części „papierowy” (sprawozdawczość na papierze), wynikający ze słabej cyfryzacji w sektorze ochrony zdrowia;
- forma monitorowania nie budzi pełnego zaufania do danych. Dane mogą być nie do końca rzetelne;

⁵⁵ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

- przepływ informacji z dołu do góry, sprawozdawczość oddolna, czyli od gmin idąc w górę, co znacząco wydłuża czas dotarcia informacji i może generować błędy;
- dużo braków danych epidemiologicznych;
- liczba wykrytych zakażeń HIV nie równa się liczbie zakażonych osób. Zgłoszenia są od laboratoriów i od lekarzy, okazuje się, że lekarze zgłaszają dużo mniej przypadków *„nie wiemy z jakiego to powodu, bo czy oni po prostu nie zgłaszają, no bo nie mają czasu, to jest możliwe, czy np. nie zgłaszają, bo tych ludzi po prostu nie ma u nich, ci ludzie gdzieś po prostu nikną i nie wiadomo gdzie”*⁵⁶;
- nadal zachodzi ryzyko podwójnego liczenia osoby zakażonej;
- bardzo słabo oceniany jest monitoring zakażeń przenoszonych drogą płciową – *„jeżeli chodzi o zakażenia przenoszone drogą płciową nie mamy w ogóle w Polsce statystyk, żadnych. Bo te, które są, są po prostu fragmentaryczne i do nich w żaden sposób nie można się odnieść.”*⁵⁷;
- punkty konsultacyjno-diagnostyczne są bardzo pożądanym rozwiązaniem, jednak mają również słabe strony (a) anonimowość testowania powoduje, że występują pewne trudności w identyfikacji osób, prawdopodobnie jednak ich anonimowość jest większą korzyścią niż słabością, (b) punkty skierowane są do specyficznej klienteli i nie dają faktycznego obrazu rzeczywistości;
- monitorowanie osób w terapii również jest niedoskonałe. Chodzi o monitorowanie osób w terapii – czy osoba jest objęta terapią, czyli moment od rozpoznania do zgłoszenia się do lekarza i do wdrożenia terapii antyretrowirusowej, a następnie czy osoba utrzymuje się w terapii czy z jakichś względów wypadła z terapii. W opinii ekspertów ocena wygląda tak: *„my tych zmiennych na razie w ogóle nie mamy w formularzu i nie mamy chyba takiej dość sklarowanej koncepcji, jak można byłoby to robić”*⁵⁸;
- w systemie monitorowania zdrowia publicznego w Polsce problemem jest istnienie wielu prowadzonych przez różne instytucje baz danych;
- brak koordynacji zbierania danych przez różne instytucje. Nie ma instytucji, która jest wyznaczona ewidentnie do zbierania danych i informacji na poziomie na przykład województwa. Brakuje też standardów monitoringu, ujednoliconych zasad dla wszystkich instytucji, w różnych województwach mogą funkcjonować nieco inne standardy;
- brakuje wyedukowanych pracowników, którzy zajmują się sprawozdawczością i raportowaniem.

Jak widać z zaprezentowanych wypowiedzi w obszarze monitoringu istnieje wiele problemów do rozwiązania. Najczęściej sygnalizowanym problemem jest jednak brak dokładnej wiedzy na temat liczby zakażonych wirusem HIV w Polsce. Główną barierą jest anonimowość zgłoszeń pacjentów, *„pacjent kilkakrotnie się testując bywa w systemie rozpoznawany jako kilku pacjentów, a połączenie zgłoszenia z laboratorium ze zgłoszeniem od lekarza niestety*

⁵⁶ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁵⁷ Na podstawie badań IDI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁵⁸ Na podstawie badań IDI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

powoduje pewne utrudnienia".⁵⁹ W efekcie nie jesteśmy w stanie identyfikować czy dany pacjent występuje w systemie raz czy kilka razy. Eksperci podkreślają również, że działanie kilkakrotnego testowania się przez pacjentów, jest działaniem zamierzonym: „*Oni (pacjenci zakażeni HIV) nie wierzą, często się testują co roku. Są dodatni i się znowu testują.*”⁶⁰

Badania społeczne:

- Postawy i potrzeby informacyjno-edukacyjne osób w wieku 50+ w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), w tym HIV/AIDS, 2015;
- Postawy i potrzeby informacyjno-edukacyjne osób w wieku 18-65 lat, mieszkańców wsi i małych miast w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), w tym HIV/AIDS, 2015;
- Diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) oraz zachowania seksualne, 2014;
- Diagnoza dotycząca potrzeb edukacyjnych w zakresie HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), 2014;

W latach objętych ewaluacją tj. 2012-2015, Krajowe Centrum ds. AIDS kontynuowało, we współpracy z wyspecjalizowaną firmą, codzienny monitoring prasy drukowanej w zakresie tematyki HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową. Od roku 2013 monitoringiem objęte były 803 tytuły oraz portale prasowe w internecie. Baza monitoringowa prasy identyfikuje coraz więcej artykułów:

- 2012 rok: 269 artykułów,
- 2013 rok: 249 artykułów,
- 2014 rok: 468 artykułów,
- 2015 rok: 743 artykuły.

Wszystkie raporty od 2005 r. są dostępne na stronie internetowej Centrum.

Elektroniczna Baza Monitoringowa (EBM) służy do katalogowania i przeglądania zadań, które są planowane i realizowane w ramach *Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS*.

W latach 2012-2015 znacząco poprawiło się funkcjonowanie bazy, co bez wątpienia można uznać za sukces Krajowego Programu. Jednocześnie możliwości uzyskania z niej wszystkich oczekiwanych informacji czy też dokonywania na jej podstawie analiz wskazują na niedoskonałości. Operacje kodowania, jak również później podjęte operacje analityczne wykazały na szereg problemów, które wymagają poprawy, aby baza monitoringowa mogła spełniać stawiane przed nią cele i służyć Krajowemu Centrum ds. AIDS oraz podmiotom realizującym Krajowy Program.

Główne problemy:

⁵⁹ Na podstawie badań FGI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

⁶⁰ Na podstawie badań IDI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

- instytucje w różny sposób kodują te same typy działań, kodują w różnych rubrykach, a ze sprawozdawanych danych wynika też, że w inny sposób rozumieją stosowane w bazie pojęcia;
- te same kategorie działań różne instytucje kodują pod różnymi wskaźnikami, czasem tworzą wskaźniki dodatkowe dla już istniejących w bazie wskaźników;
- istnieją braki danych. W przypadku niektórych instytucji wydaje się to być efektem braku systematyczności i staranności w wypełnianiu. Widać bowiem jak dokładnie kodują dane jedne instytucje i jaką nonszalancją wykazują się inne.

Monitorowanie gospodarki lekowej odbywa się za pośrednictwem narzędzia, jakim jest Internetowa Baza Leków (IBL). Baza została utworzona w celu usprawnienia kontroli systemu dystrybucji leków i stanów magazynowych. Głównym celem powstania internetowej bazy lekowej jest bieżące monitorowanie gospodarki lekami ARV, testami i szczepionkami poprzez analizę, bieżącą kontrolę, nadzór nad rozliczaniem ilościowym i wartościowym leków ARV, testów diagnostycznych i szczepionek przez ośrodki prowadzące terapię ARV w ramach realizacji Programu oraz zebranie podstawowych danych statystycznych na temat leczenia, analiz merytorycznych i finansowych.

Krajowe Centrum ds. AIDS dzięki stworzonemu systemowi monitorowania **posiadało wystarczająco duży zasób danych i informacji niezbędnych do wyznaczenia obszarów, celów ogólnych oraz celów szczegółowych Krajowego Programu oraz do bieżącej oceny** stopnia realizacji poszczególnych celów i zadań przez wszystkie podmioty uczestniczące w Krajowym Programie.

Istniejące bazy nie dają możliwości oceny efektywności realizowanych działań. Na ten aspekt zwrócił również uwagę NIK. Według oceny NIK pomiar ilościowy nie daje możliwości dokonania oceny efektywności i skuteczności (rezultatów i oddziaływania) działań. Możliwość oceny efektów uzyskanych dzięki realizacji Krajowego Programu w takich kluczowych zakresach jak: wzrost poziomu akceptacji społecznej dla osób żyjących z HIV/AIDS, wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS wśród ogółu społeczeństwa oraz w grupach o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich dają tylko wskaźniki jakościowe. **Dokładna ocena efektów podejmowanych działań w ramach Krajowego Programu wymaga zastosowania wskaźników jakościowych. W ramach badań ewaluacyjnych do oceny tych działań zastosowano szereg metod i technik badań jakościowych.**

Dokonując ewaluacji warto podkreślić jednak, iż brak mierników jakościowych umożliwiających ocenę skuteczności podejmowanych działań, nie jest wynikiem zaniedbań Krajowego Centrum ds. AIDS tylko braku środków na realizację⁶¹.

Profilaktyka powinna być oparta na dowodach i faktach, których brakuje. Ideałem w obszarze zdrowia publicznego powinien być system wspomagania podejmowania decyzji oparty o fakty – *Evidence Based Medicine*. Działania podejmowane w ramach Krajowego

⁶¹ Krajowe Centrum ds. AIDS ujęło środki na badania społeczne oraz opracowanie wskaźników jakościowych w projekcie wydatków na zadania Krajowego Programu w latach 2012-2016, ale nie uzyskało akceptacji Ministra Zdrowia w tym zakresie.

Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, powinny być konstruowane w oparciu o naukową wiedzę dotyczącą skuteczności i efektywności oddziaływań.

7. Informacje o środkach finansowych będących w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS, przeznaczanych na zapobieganie i zwalczanie AIDS

Wydatki na realizację Krajowego Programu wykazują tendencję rosnącą. Na przestrzeni ostatnich 7-8 lat kwota wydatków Krajowego Centrum ds. AIDS związana z finansowaniem Krajowego Programu wzrosła niemal trzykrotnie, z 99 mln w roku 2007 do 282 mln w roku 2015.

Okolo 97-99% budżetu Krajowego Centrum ds. AIDS na Krajowy Program przeznaczane jest na finansowanie leczenia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Warto podkreślić, iż udział wydatków na profilaktykę był nieco większy w latach poprzednich, np. w 2007 roku wynosił on 3,5% ogólnego budżetu.

Niedofinansowanie działań w obszarze profilaktyki jest bez wątpienia powodem niższej skuteczności realizacji wielu działań Krajowego Programu. W szczególności działań:

- informacyjno-edukacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa,
- szkoleń skierowanych do wyodrębnionych grup docelowych,
- kampanii społecznych,
- doskonalenia systemu monitoringu zakażeń HIV czy realizacji Krajowego Programu.

Odsetek wydatków Krajowego Programu przeznaczany na leczenie wskazuje, iż na realizację wszystkich innych celów Krajowego Programu przeznacza się mniej niż 3% budżetu. Zestawienie wydatków Krajowego Programu w podziale na miejsce powstawania kosztów prezentuje tabela 26.

Tabela 25. Środki finansowe wydatkowane w latach 2012-2015 r.

Rok	Biuro	Wydatki majątkowe	Zadania zlecane	Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce	Projekt ukraiński i projekt PCB	Ogółem	Udział wydatków na leczenie w ogólnej kwocie wydatków
2012	2 932 561,97	64 349,79	2 780 741,74	265 368 413,52	228 983,03	271 375 050,05	97,79%
2013	2 924 380,86	7 687,50	2 886 796,01	280 076 743,74	149 980,00	286 045 588,11	97,91%
2014	2 956 088,02	29 003,40	2 809 864,55	272 780 910,57	-	278 575 866,54	97,92%
2015	2 966 516,66	59 000,00	2 804 061,51	289 785 060,90	-	295 614 639,07	98,03%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum ds. AIDS

Z danych przedstawianych przez Krajowe Centrum ds. AIDS również wynika, że udział środków finansowanych przeznaczonych na leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce systematycznie rośnie. W roku 2015 wynosił już 98,03%.

W opinii ekspertów na działania profilaktyczne powinny być kierowane największe środki finansowe. Przyporządkowanie środków przez ekspertów w ramach tzw. „optymalnego budżetu” do poszczególnych obszarów zostało zaprezentowane poniżej:

- Obszar I – Ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV – 30,28%⁶²,
- Obszar II – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa) – 24,80%,
- Obszar III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa) – 27,09%,
- Obszar V – Monitoring sytuacji epidemiologicznej – 9,30%,
- Obszar IV – Współpraca międzynarodowa – 8,54%.⁶³

Powyższe proporcje wskazują, że większość środków powinna, zdaniem przedstawicieli instytucji realizujących Krajowy Program, trafić na działania realizowane w obszarze profilaktyki pierwszorzędowej – czyli prawie 61% budżetu Krajowego Programu. W dalszej kolejności powinny to być aktywności w ramach profilaktyki drugorzędowej (21,12% budżetu Krajowego Programu), a najmniej środków na działania w zakresie profilaktyki trzeciorzędowej (18,13% budżetu Krajowego Programu).

W praktyce sytuacja wygląda zupełnie inaczej. Ok 98% budżetu na Krajowy Program przeznaczane jest na Obszar III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa).

⁶² W raporcie podawane są wartości średnie.

⁶³ Na podstawie badań CAWI przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji Krajowego Programu, 2016.

8. Wnioski i rekomendacje

8.1. Wnioski w podziale na obszary

Wnioski ogólne

- Wybór celów Krajowego Programu jest trafny. Cele są optymalne i zbieżne z rekomendacjami międzynarodowymi. Takie opinie wyrażają zgodnie przedstawiciele poszczególnych podmiotów realizujących Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012-2016. Bez wątpienia jest to jeden z kluczowych czynników wpływających pozytywnie na realizację samego Programu. Zaproponowane w dokumencie cele są również adekwatne do tych realizowanych w innych państwach, a także zapisanych w strategiach międzynarodowych.
- Biorąc pod uwagę ogólną sytuację epidemiologiczną na świecie oraz w Polsce, a także warunki otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego, wybór obszarów koncentracji działań w ramach Krajowego Programu należy uznać za trafny i uzasadniony. Pojawiające się wśród ekspertów zastrzeżenia dotyczyły tylko wyodrębnienia OBSZARU II. Biorąc pod uwagę tendencję, iż odchodzi się od grup zwiększonego ryzyka i traktuje zachowania ryzykowne jako takie, które dotyczą ogółu społeczeństwa, wyodrębnienie takiego obszaru wydaje się niezasadne. Z drugiej jednak strony wyniki badań czy dane epidemiologiczne ukazują istnienie takich segmentów w populacji, które wykazują więcej zachowań ryzykownych niż pozostałe.
- W kontekście trafności Krajowego Programu warto zwrócić uwagę na fakt, iż termin „Zwalczanie AIDS” jest nietrafny i nie powinno się go używać. Nie można bowiem zwalczyć AIDS, da się go leczyć, ale nie zwalczyć.
- Wysoko ocenić należy trafność wyznaczenia celów ogólnych i celów szczegółowych Krajowego Programu. Większość z nich przyczynia się znacząco do realizacji założonych efektów, które były zaplanowane np. podnoszenia poziomu wiedzy, zwiększenia wykrywalności HIV, itd.
- Krajowe Centrum ds. AIDS trafnie wytypowało cele do obszaru tematycznego I – profilaktyki pierwszorzędowej polegające na podnoszeniu poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS.
- Trafność wytypowania grup docelowych do realizacji celów Krajowego Programu jest daleka od optymalnej w okresie podlegającemu ewaluacji. Zastrzeżenia budzi wskazywanie przy celach bardzo wielu grup docelowych, jak również często zbyt szerokie definiowanie beneficjentów programu np. ogół społeczeństwa. Zgodnie z założeniami marketingu, w tym marketingu społecznego, przekazy kierowane do wszystkich, nie docierają w istocie do nikogo z wymaganą skutecznością. Działania te mogły przyczynić się do mniejszej skuteczności oddziaływania kampanii czy szkoleń na najistotniejsze / kluczowe grupy, np. na młodzież (15-29 lat), osoby 50+⁶⁴.

⁶⁴ W 2015 roku wśród klientów PKD powyżej 50 roku życia 1,61% osób było zakażonych wirusem HIV, podczas gdy wśród klientów PKD poniżej 50 roku wskaźnik ten wynosił 1,43%.

- Wydaje się, iż w planowaniu działań profilaktycznych Krajowego Programu na lata 2012-2015 powinien zostać uwzględniony zauważalny trend związany ze zmniejszaniem się liczby osób używających prezerwatyw. W latach 2010-2011 tendencja ta była jeszcze słabo widoczna, ale już zauważalna, co ujawniały wyniki badań z PKD.
- Działania skierowane do przedstawicieli grupy MSM realizowane w ramach Krajowego Programu uznać należy za umiarkowanie skuteczne, biorąc pod uwagę dynamiczny przyrost wykrywanych przypadków zakażeń w tej grupie. Sytuacja epidemiologiczna w roku planowania Krajowego Programu wskazywała już na bardzo istotne zagrożenie zakażeń wśród tej społeczności. W takich okolicznościach zdecydowanie więcej działań Krajowego Programu powinno być ukierunkowanych na ww. populację. Wyniki badań wskazują na stały dynamiczny wzrost wykrywalności zakażeń HIV w tej grupie.
- Pomimo niedostatków nadzoru epidemiologicznego czy elektronicznej bazy monitoringowej stwierdzić należy, że Krajowe Centrum dzięki utworzonemu systemowi monitorowania posiadało wystarczająco duży zasób danych i informacji niezbędnych do wyznaczenia obszarów, celów ogólnych oraz celów szczegółowych Krajowego Programu. Narzędzia ta pozwoliły także na bieżącą ocenę stopnia realizacji poszczególnych celów i zadań przez wszystkie podmioty uczestniczące w Krajowym Programie.
- Generalnie, realizację Krajowego Programu ocenić należy pozytywnie. Jednocześnie należy podkreślić konieczność jego kontynuowania. To nie jest etap, w którym można by zaprzestać realizacji programu i nie prowadzić dalszej działalności profilaktycznej.
- Dokonanie rzetelnej oceny efektów realizacji Krajowego Programu w latach 2012-2015 wymaga uwzględnienia uwarunkowań medycznych i społecznych oraz przede wszystkim finansowych jego realizacji. Uwzględnienie tych warunków upoważnia do sformułowania opinii, iż podjęte działania są optymalne do warunków, w jakich program był realizowany.
- Na skuteczność czy oddziaływanie / dyfuzję efektów realizacji działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu należy patrzeć przez pryzmat specyfiki obszaru jaki jest w tym programie podejmowany. Wszystkie kwestie, które dotyczą seksualności człowieka są kwestiami trudnymi i niewygodnymi do dyskusji dla części społeczeństwa. Projektując każde działanie, przekaz czy nawet kanał komunikacji należy uwzględniać, szacować bariery mentalne i ideologiczne jakie mogą się pojawiać w trakcie wdrażania. W pierwszej kolejności konieczne jest jednak uwzględnienie przewidywanej skuteczności tych programów (np. poprzez wykorzystanie doświadczeń z innych krajów, jeżeli takie kampanie informacyjne były wcześniej realizowane w innych państwach) i zapewnienie Krajowemu Centrum ds. AIDS autonomii w zakresie wyboru kanałów oraz treści, które są komunikowane.
- Do dokonania oceny ważne jest uwzględnienie postanowień rozporządzenia Rady Ministrów z 15 lutego 2011 r. W/w. rozporządzenie wskazuje bowiem podmioty zobowiązane do udziału w realizacji Programu, ale tylko Krajowemu Centrum określono zakres zadań, a zatem i odpowiedzialności. Oznacza to, że powodzenie Krajowego Programu w istotnym stopniu uzależnione jest od zrozumienia przez

poszczególnych realizatorów wagi i znaczenia problematyki HIV/AIDS.

- Trudno jest oceniać efektywności poszczególnych działań podejmowanych w sferze leczenia czy profilaktyki. W ewaluowanych obszarach efekty programu są długofalowe, obejmują one koszty, które trzeba będzie ponosić w przyszłości czy koszty alternatywne nieponoszenia kosztów obecnie. Ekspercka ocena efektywności jest zróżnicowana pomiędzy obszarami czy celami ogólnymi Krajowego Programu. Generalnie to efektywność krótkoterminowa jest niewielka. Znacząco jednak rośnie w czasie.
- Pomimo obiektywnie niekorzystnych czynników zewnętrznych (problemy kulturowe i ideologiczne, niedostateczne zrozumienie działań prowadzonych w ramach obszarów I-II i IV-V przez środowiska medyczne, oraz ograniczenia finansowe) należy podkreślić, że osiągnięto przyjęte na lata 2012-2015 wskaźniki wykonania zadań w każdym z pięciu obszarów Krajowego Programu.
- Wszystkie wskaźniki założone w ramach Krajowego Programu udało się zrealizować na miarę posiadanych sił i środków. Bezsprzecznie i obiektywnie udało się zrealizować cele związane z poprawą życia osób chorych, objętych leczeniem antyretrowirusowym oraz dostępnością leczenia. Biorąc pod uwagę jak ograniczony jest budżet na działania profilaktyczne stwierdzić należy, iż zrobiono maksymalnie dużo w stosunku do posiadanych zasobów finansowych. Z pewnością jednak profilaktyka jest obszarem mocno niedoszacowanym i wymaga wzmoczonych wysiłków w kolejnych latach. Bardzo dużo jest do zrobienia w kwestiach edukacji społeczeństwa, młodzieży, czy też zmian postaw i świadomości społecznej, jeśli chodzi o nowe kategorie zachowań ryzykownych, które ujawniły się w ostatnich latach, a których rozwój grozi zwiększeniem tempa rozprzestrzeniania się wirusa HIV.

OBSZAR I – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa)

- Zapobieganie zakażeniom wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa) jest postrzegane jako kluczowe zadanie, w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Zdecydowanie więcej środków finansowych ok. 1/3, powinno być kierowane na działania w ramach obszaru I – *ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV* (profilaktyka pierwszorzędowa).
- Za skuteczne, uważane są działania podejmowane przez podmioty w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Oferta działań mająca na celu poszerzanie wiedzy na temat HIV/AIDS ma realne przełożenie na ograniczenie zakażeń HIV.
- Działania w sferze profilaktyki, choć trudne do oceny, są zdecydowanie wyżej oceniane przez ekspertów jako bardziej efektywne niż działania w obszarze leczenia już zdiagnozowanych przypadków HIV/AIDS.
- Realizowane cele Krajowego Programu należy przede wszystkim oceniać przez pryzmat środków finansowych przeznaczonych na ich realizację. Problem realizacji celów obszaru I – *ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV* (profilaktyka pierwszorzędowa) jest celem bardzo istotnym i niedofinansowanym. Powoduje to, że

działania prowadzone są punktowo, a niedostateczne finanse ograniczają realizowanie długofalowych i jednocześnie szerokich działań informacyjnych.

- Młodzież (15-29 lat) jest bardzo ważnym segmentem w obszarze działań profilaktycznych. W Krajowym Programie (2012-2016) jej znaczenie wydaje się być jednak niedostatecznie akcentowane. Dotyczy to zwłaszcza liczby działań w ramach profilaktyki pierwszorzędowej. Ponadto, budżet przeznaczony na profilaktykę w tym segmencie beneficjentów wydaje się nieadekwatny do rangi tej grupy docelowej.
- Niedoszacowanie młodzieży jako istotnej grupy docelowej powoduje również brak wypracowanych treści programowych, co skutkuje mało skutecznym przekazem oraz odpowiednio przygotowanych edukatorów. Koniecznością wydaje się opracowanie adekwatnych, dostosowanych do poziomu mentalnego i percepcyjnego młodzieży, ale i akceptowanych przez rodziców, treści programowych do przekazywania wiedzy na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI).
- Zaproponowane w Krajowym Programie instrumenty, działania, kanały komunikacji informacji czy metody realizacji nie zawsze oceniane są jako skuteczne lub efektywne. Dotyczy to w szczególności dostosowania treści i formy przekazu do poszczególnych, często bardzo odmiennych grup odbiorców komunikatów (młodzież, osoby 50+, osoby z dużych miast i terenów wiejskich). Narzędzia i kanały komunikacji, jakimi są druk i dystrybucja materiałów informacyjnych, takich jak broszury, ulotki, plakaty oceniane są jako mało skuteczne i mało efektywne. Jako mało skuteczne i efektywne oceniane są również kampanie medialne skierowane do ogółu społeczeństwa. W opinii ekspertów zdecydowanie bardziej efektywnymi instrumentami komunikacji, które przykują uwagę odbiorcy i zapadną w pamięć są:
 - materiały promujące tematykę/profilaktykę HIV/AIDS,
 - szkolenia
 - filmy edukacyjne,
 - reklamy w kinach przed seansem,
 - reklamy na biletach do kina.
- Skuteczna realizacja celu strategicznego OBSZARU I polegającego na zapobieganiu zakażeniom HIV będzie możliwa wyłącznie w przypadku zapewnienia finansowania na odpowiednim poziomie wydatków na szeroko rozumianą profilaktykę. Obecnie słabsza skuteczność działań w tym obszarze wynika przede wszystkim z faktu niskich nakładów finansowych.
- Krajowy Program w swoich założeniach był dobrze ukierunkowany i osadzony na tle otoczenia i sytuacji epidemiologicznej, w której powstawał. Ma swoje niedostatki, ale zdecydowanie jest więcej pozytywnych aspektów niż negatywnych.
- Dobrze oceniana jest współpraca pomiędzy podmiotami realizującymi działania Krajowego Programu. Nie stwierdzono jakichś typów instytucji czy podmiotów, z którymi współpraca byłaby utrudniona. Nieco mniej ufnie podchodzi się do współpracy z organizacjami pozarządowymi, jednak również ta współpraca była oceniana dobrze.

- Gorzej oceniana jest współpraca ze środowiskiem lekarskim medycznym. Pomimo licznych kontaktów i udogodnień wprowadzanych celem usprawnienia współpracy ze środowiskiem lekarskim działania te są mało efektywne. Tam gdzie efekty realizacji Krajowego Programu wymagają współpracy z lekarzami, tam te obszary, cele lub działania charakteryzowały się mniejszą skutecznością w realizacji. Przykładem może być opieka nad kobietami w ciąży.

OBSZAR II – Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa)

- Wyniki danych epidemiologicznych mogą wskazywać na ograniczoną skuteczność działań Krajowego Programu, jeśli chodzi o profilaktykę drugorzędową. W latach 2012-2015 odnotowano znaczący wzrost osób zakażonych HIV w grupie MSM.
- Analiza danych w PKD wskazuje na wzrost liczby testów dodatnich, przy jednoczesnym spadku liczby testów wykonanych ogółem. Udział testów dodatnich w ogólnej liczbie testów wykonanych w PKD, w 2015 roku był o około 4 promile wyższy niż w latach poprzednich. Zjawisko to może być zapowiedzią wzrostu zakażeń HIV. Ważne jest więc monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w tym względzie.
- Wciąż na niezadowalającym poziomie jest liczba osób testujących się na HIV. W 2014 roku było to ok. 9 na 1 000 rocznie, co jest nadal niezadowalającym odsetkiem osób, które kiedykolwiek w życiu testowały się w kierunku HIV.
- Niekorzystnym efektem jest wzrastająca liczba zakażeń HIV, co świadczyć może o niedostatecznej skali i intensywności prowadzonych działań. Jednocześnie w 2015 roku liczba wykonywanych testów przez punkty PKD spadła poniżej 30 tys. Nastąpiło to przy jednoczesnym wzroście wykrytych testów dodatnich.
- W ostatnich latach nastąpiła istotna transformacja kategorii zachowań ryzykownych. Pojawiają się one w społeczeństwie i dotyczą takich kwestii jak coraz rzadsze stosowanie prezerwatyw czy ignorowanie (brak obaw) zakażeń HIV. Świadczą o tym zarówno wyniki badanych zachowań, jak i opinie ekspertów. Za najważniejsze czynniki ryzyka uważa się:
 - Kontakty homoseksualne,
 - Brak systematycznego stosowania prezerwatyw,
 - Kontakty z seropozytywnymi partnerami seksualnymi,
 - Więcej kontaktów przygodnych (z większą liczbą partnerów),
 - Brak obaw lub wyrażnie zminimalizowane obawy wielu członków społeczeństwa przed zakażeniem HIV.
- W ciągu kilku ostatnich lat objawiły się bardzo niekorzystne postawy i zachowania społeczne w sferze AIDS. Zachowanie to, paradoksalnie, jest efektem skutecznej i dobrze realizowanej polityki leczenia antyretrowirusowego. Zmieniło się nastawienie ludzi do samego wirusa i do chorych. Ludzie przestają się bać AIDS. AIDS nie jest już w opinii części społeczeństwa chorobą śmiertelną.

- Stosowanie prezerwatyw jakoś środka zabezpieczającego przez zakażeniem zdecydowanie zmalało w ostatnich latach. Dane z roku 2013 są zbliżone w tym zakresie do statystyk z 2003 roku. Mamy więc do czynienia z sytuacją gdy praktyka społeczna przypomina tę sprzed kilkunastu lat. Sytuacja w tym względzie na niekorzyść znacząco zmieniła się już w roku 2011.
- Szczególnego znaczenia nabierają zidentyfikowane zachowania ryzykowne (stosowanie prezerwatyw) w grupie MSM. Osoby, które odczuwają ryzyko i chcą się zabezpieczyć uważane są przez członków tej społeczności za „słabe”, „bojaźliwe”, za „mięczaków”. Są przez innych członków grupy dyskryminowane i poniżane. Posiadanie prezerwatywy i chęć jej użycia stawia osobę w trudnej sytuacji. Osoba taka musi wybierać pomiędzy przynależnością do grupy i swoją pozycją w niej, a minimalizowaniem ryzyka zakażenia.
- Realizacja programów profilaktycznych, w szczególności działań informacyjno-edukacyjnych dla osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych nadal napotyka w Polsce na szereg problemów natury kulturowej i ideologicznej. Mamy tu zatem dysonans pomiędzy wiedzą i kreatywnością ekspertów od profilaktyki zdrowotnej a tym co jest akceptowane społecznie w Polsce.
- Pozytywnym efektem Krajowego Programu jest powolna pozytywna zmiana postaw wobec osób zakażonych HIV czy chorych na AIDS. Nadal jednak pozostaje wiele do zrobienia w tym obszarze w kolejnym Krajowym Programie.

OBSZAR III – Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa)

- Wysoko należy ocenić skuteczność działań Krajowego Centrum ds. AIDS w obszarze leczenia już zdiagnozowanych przypadków HIV/AIDS. Można odnieść wrażenie, iż skuteczność w tym obszarze znacząco przewyższa skuteczność w obszarze działań profilaktycznych. Opieka medyczna i leczenie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS jest traktowane jako największy sukces Krajowego Programu.
- Bardzo wysoko należy ocenić skuteczność realizacji opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS. Pacjenci zakażeni HIV i chorzy na AIDS, wymagający ze wskazań klinicznych objęcia leczeniem antyretrowirusowym, mieli zapewniony dostęp do ogólnopolskiego ujednoliconego systemu opieki medycznej, w szczególności nowoczesnej terapii HAART z pełną dostępnością leków ARV (zgodnie z *Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS oraz WHO i ECDC*). Pacjenci korzystają – bez oczekiwania w kolejce – z diagnostyki oraz bezpłatnej, wysokospecjalistycznej terapii ARV, finansowanej przez Ministra Zdrowia.
- Na pozytywną ocenę zasługuje również zapewnienie przez Krajowe Centrum dostępu do leków ARV i testów na nosicielstwo HIV.
- Dzięki szerokiej dostępności bezpłatnej dla pacjentów terapii ARV znacząco spadła śmiertelność z przyczyn związanych z AIDS. Przebieg zakażenia HIV stał się porównywalny do choroby przewlekłej, poddającej się kontroli w przebiegu terapii. Dzięki leczeniu pacjenci żyją dłużej, a jakość ich życia uległa znaczącej poprawie.

- Pomimo aktywności Krajowego Centrum ds. AIDS w zakresie zapobiegania zakażeniom wertykalnym, odsetek kobiet w ciąży wykonujących testy na obecność wirusa HIV utrzymuje się stale na niskim poziomie ok 30-33%. Spadająca liczba kobiet w ciąży, które wykonują testy w PKD (z 3108 w roku 2013 do 1181 w roku 2015) świadczyć może z jednej strony o tym, iż kobiety zgodnie z przepisami kierowane są na badania przez ginekologów, ale z drugiej strony, iż w ogóle takich badań nie wykonują.
- Rośnie skala wydatków ponoszonych ze środków publicznych na działania związane ze zjawiskiem HIV/AIDS. Jednocześnie trudno jest oszacować średni roczny koszt leczenia ARV w przypadku pojedynczego pacjenta. Koszt ten wahał się od 32,5 tys. zł w 2009 r. do 42,2 tys. zł w 2012 r. i nie był związany z liczbą leczonych, ale najbardziej zależał od aktualnych cen dostępnych na rynku leków.
- Bardzo wysoką skutecznością i efektywnością wykazało się prowadzenie profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV. Spowodowało to spadek odsetka zakażeń w grupie noworodków z 23% przed rokiem 1989, do niemal 0% zakażeń wśród noworodków objętych profilaktyką. Brak zakażeń wśród noworodków to jednocześnie oszczędność dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, a także ograniczenie kosztów społecznych występowania tego zjawiska.

OBSZAR IV – Współpraca międzynarodowa

- Wysoko należy ocenić aktywność Krajowego Centrum ds. AIDS na forum międzynarodowym (udział w sympozjach, konferencjach, szkoleniach, grupach eksperckich, projektach badawczych).
- Na forum międzynarodowym Polska (w tym Krajowe Centrum ds. AIDS), dzięki swojej aktywności w zakresie HIV/AIDS, jest postrzegana jako równorzędny i znaczący partner. Działania i doświadczenia Polski w kontekście zapobiegania HIV/AIDS (m.in. działanie punktów konsultacyjno-diagnostycznych, leczenie ARV) stanowią podstawę do wymiany najlepszych praktyk z partnerami międzynarodowymi. Polska ma znaczący udział i wkład merytoryczny w projekty międzynarodowe.
- Pozytywnie należy ocenić angażowanie Polski za pośrednictwem Krajowego Centrum ds. AIDS we współpracę i pomoc na terenie państw Europy Wschodniej (Ukraina). Działanie to ocenić należy jako działanie o charakterze profilaktycznym korzystne dla społeczeństwa polskiego. Związane jest to ze stałą obecnością kilkuset tysięcy Ukraińców (jako stałych lub cyrkulacyjnych imigrantów) w Polsce głównie w oparciu o tzw. oświadczenia pracodawcy czyli wprowadzoną w 2007 r. „procedurę oświadczeniową”, która w 2014 r. obejmowała obywateli 6 państw: Ukrainy, Białorusi, Rosji, Mołdowy, Gruzji oraz Armenii⁶⁵.

OBSZAR V – Monitoring

- Nie udało się usprawnić działań w sferze monitoringu oraz metodologii zbierania informacji na temat nowo wykrywanych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS. Zarówno

⁶⁵ Patrz: (<http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/cudzoziemcy-pracujacy-w-polsce-statystyki/>).

procedura wykluczania powtórnych zgłoszeń jak i możliwość uzupełnienia istotnych z punktu widzenia oceny sytuacji danych epidemiologicznych – w tym domniemanej drogi transmisji – nadal pozostaje ograniczona. Wpływ na to mają również uregulowania prawne. Ze względu na ochronę pacjentów ustawodawstwo dopuszcza możliwość zgłoszeń anonimowych, bez identyfikatora. W tej sytuacji nie ma możliwości uzupełnienia braków danych w zgłoszeniu. W efekcie tej sytuacji dokładne rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej czy dróg transmisji jest utrudnione.

- System monitorowania zakażeń działa na tyle mało skutecznie, że utrudnia odróżnienie czy wzrost nowo rozpoznanych zakażeń jest spowodowany zwiększającą się liczbą osób badanych w kierunku HIV czy też większą liczbą nowo wykrytych zakażeń.
- Badania prowadzone corocznie w PKD oraz prowadzona identyfikacja charakterystyk osób decydujących się na badania, analiza dróg zakażenia jest działaniem bardzo trafnym i przyczynia się do zwiększania skuteczności i efektywności działań profilaktycznych, zarówno w przypadku profilaktyki pierwszorzędowej, jak i drugorzędowej. Obecnie badania te stanowią bardzo ważny, wręcz niezastąpiony zasób informacji.
- Raport NIK wykazał istnienie przypadków zaniechania zgłaszania nowych zakażeń służbom sanitarnym. Takie przypadki wskazują na istnienie ryzyka wystąpienia analogicznych zaniechań i błędów w działalności placówek, nieobjętych niniejszą kontrolą, co może mieć wpływ na skuteczność zapobiegania rozprzestrzeniania się wirusa HIV w Polsce. Działania takie znacząco obniżają skuteczność działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu.
- Wysoką skutecznością i również efektywnością wykazuje się system monitorowania gospodarki lekowej. Dzięki systemowi nie doszło do przeterminowania żadnych leków antyretrowirusowych zakupionych w ramach Programu. Zapewniony został optymalny system zakupu leków, ich sprawna redystrybucja pomiędzy ośrodkami oraz stałe, bieżące monitorowanie i nadzór ich zużycia.

Finansowanie

- Istnieją niekorzystne proporcje działań profilaktycznych zmierzających do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa HIV w Polsce. W strukturze wydatków na realizację Programu mniej niż 2% służyło finansowaniu profilaktyki, a ponad 98% przeznaczano na prowadzenie leczenia ARV. Skutkuje to ciągłym wzrostem liczby przypadków nowych zakażeń i następnie wzrostem kosztów zakupu leków ponoszonych przez budżet Państwa.
- Tendencja corocznego zmniejszania udziału wydatków Krajowego Centrum na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków Krajowego Programu wpływa negatywnie na długoterminową skuteczność i efektywność całego Programu. Wydaje się, iż dalsze utrzymywanie się tej tendencji, z uwagi na wskaźniki epidemiologiczne może w ciągu kolejnych lat grozić zaprzepaszczeniem dotychczasowych sukcesów i osiągnięć z kilkunastu ostatnich lat.
- Dalsze ograniczenia finansowania działalności profilaktycznej w zakresie HIV/AIDS spowodują wzrost rozprzestrzeniania się zakażeń HIV oraz znacznie większą liczbę

nowych zakażeń, a w konsekwencji wzrost liczby osób, które będą wymagać leczenia antyretrowirusowego (ARV).

8.2. Rekomendacje

1. Rekomenduje się, pomimo ustabilizowania się sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce dalsze kontynuowanie Krajowego Programu obejmującego działania profilaktyczne i organizację leczenia dla osób zakażonych HIV. Obecne sukcesy związane z opanowaniem epidemii AIDS w Polsce są wynikiem wieloletnich działań. AIDS nie jest dziś w Polsce epidemią, ale problematyka tej choroby wydaje się być marginalizowana ze względu na opanowanie i ustabilizowanie sytuacji dzięki Krajowym Programom profilaktycznym. Jednakże zmieniające się zachowania społeczne w sferze seksualnej i pojawiające się nowe realne ryzyka w krótkim czasie spowodują wzrost liczby zakażeń.
2. Realne ograniczenie występowania i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych może nastąpić dopiero w przypadku wynalezienia szczepionki. Dopóki to nie nastąpi konieczne jest kontynuowanie realizacji Krajowych Programów, gdyż jego działania mniej lub bardziej skutecznie (w zależności od obszaru) przyczyniają się do ograniczania występowania zakażeń/zachorowań oraz leczenia osób chorych na AIDS.
3. Rekomenduje się kontynuowanie i doskonalenie działań z zakresu profilaktyki HIV/AIDS. W szczególności:
 - działań edukacyjnych skierowanych do młodzieży;
 - działań informacyjno-edukacyjnych i kampanii medialnych adresowanych do precyzyjnie wyselekcjonowanych grup docelowych;
 - działań informacyjnych w celu zwiększenia liczby klientów PKD.
4. Rekomenduje się zdecydowanie większe ukierunkowanie podejmowanych działań w obszarze profilaktyki pierwszorzędowej i drugorzędowej na kluczowe grupy docelowe, zgodnie z zasadami marketingu, w tym marketingu społecznego. Jednocześnie jednak trzeba mieć świadomość, iż takie działania będą bardziej skuteczne, ale niekoniecznie efektywne w krótkim okresie. Ich oddziaływanie i efekty obserwowane będą dopiero w dłuższej perspektywie czasowej i dopiero wówczas okażą się zdecydowanie korzystniejsze.
5. Rekomenduje się położenie w kolejnym Krajowym Programie zdecydowanie większego nacisku na ilość jak i finansowanie działań, skierowanych do młodzieży. W opinii ekspertów, grupa ta jest mocno niedoszacowana, jeśli chodzi o podejmowane inicjatywy, a jej świadomość niska.
6. Rekomenduje się zaplanowanie w kolejnym Krajowym Programie działań związanych z opracowaniem programów szkoleniowych dla młodzieży w różnym wieku budujących świadomość i rozszerzających wiedzę na temat HIV/AIDS. Z uwagi na grupę docelową – młodzież (15-29 lat), oraz zróżnicowane podejście rodziców do spraw edukacji

seksualnej ich dzieci, opracowanie takich programów powinno być poddane szczególnym wymogom jakościowym i powstawać w ramach szerokich konsultacji eksperckich. Poza opracowaniem programów istotnym celem powinno być szkolenie nauczycieli / osób, które mogłyby prowadzić takie kursy. Obecnie działalność nauczycieli w obszarze profilaktyki HIV/AIDS budzi daleko idące zastrzeżenie nie tylko rodziców, ale również ekspertów.

7. Rekomenduje się znacznie szersze wykorzystywanie nowych technologii w promocji korzystnych postaw wobec zdrowia oraz w ramach edukacji społecznej. Warto zastanowić się nad formami takimi, które są dostosowane do dzisiejszych kanałów komunikacji w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii. Takie formy będą zdecydowanie bardziej skuteczne w dotarciu do takich grup, jak: młodzież, kobiety w wieku prokreacyjnym, czy MSM.
8. Konieczne jest wypracowanie w kolejnym Krajowym Programie koncepcji zapobiegania rozprzestrzenianiu się nowym, niekorzystnym, ryzykownym zachowaniom jakie pojawiły się w społeczeństwie w ostatnich latach, tj.: rzadkie i bardzo rzadkie stosowanie prezerwatywy oraz malejący respekt społeczeństwa przed zakażeniem (ludzie przestali się bać AIDS z uwagi na fakt, iż można leczyć osoby HIV+). To nowy problem i nowe wyzwanie w kontekście realizacji działań profilaktycznych i komunikacji ze społeczeństwem, które powinno być uwzględnione w kolejnym Krajowym Programie.
9. Rekomenduje się stosowanie w ramach działań profilaktycznych takich działań, które oceniane są przez ekspertów jako bardziej skuteczne i mające znacznie większy efekt dyfuzji. Do działań takich zaliczyć należy szkolenia, wykłady i pogadanki. Efekt dyfuzji polega na edukacja rówieśniczej, lub specyficznej dla określonych grup docelowych np. osób wykazujących zwiększone zachowania ryzykowne. W opinii ekspertów zdecydowanie bardziej efektywnymi instrumentami komunikacji, które przykują uwagę odbiorcy i zapadną w pamięć są:
 - materiały promujące tematykę / profilaktykę HIV/AIDS,
 - szkolenia,
 - filmy edukacyjne (zwłaszcza w internecie),
 - reklamy w kinach przed seansem,
 - reklamy na biletach do kina.
10. Rekomenduje się zwiększenie skuteczności działań w obszarze profilaktyki i zmiany postaw i zachowań ludzkich wobec HIV/AIDS. Wzrost skuteczności będzie wymagał dokładnej diagnozy problemu, skierowania działań prewencyjnych do konkretnych populacji, opracowania skutecznych przekazów, wybór odpowiednich kanałów komunikacji.
11. Praktyka działalności marketingowej pokazuje, iż skuteczność kanału komunikacji maleje po jakimś czasie i tym samym skuteczność oddziaływania komunikatów przekazywanych za pomocą tych kanałów jest znacznie mniej skuteczna.

12. Rekomenduje się dalszy rozwój sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), a w szczególności zapewnienie równomiernego pokrycia Polski siecią takich punktów w przypadku dużych ośrodków miejskich, które ich jeszcze nie posiadają – powyżej 200.000 mieszkańców (Łódź, Radom) oraz 100.000 mieszkańców (Gliwice, Zabrze, Bielsko-Biała, Bytom, Dąbrowa Górnicza, Chorzów, Elbląg, Ruda Śląska, Kalisz, Rybnik, Tychy, Tarnów, Włocławek, Legnica). Szczególne niedostatki widoczne są w tym zakresie w przypadku województwa śląskiego liczącego 4,5 mln mieszkańców, w którym zlokalizowano tylko 2 PKD. Istotne jest również wydłużenie bardzo ograniczonych godzin pracy w już istniejących PKD zwłaszcza w dużych miastach. Przykładem jest Kraków, gdzie taki punkt dostępny jest dla klientów tylko przez 6 godzin w tygodniu. Nie rekomenduje się natomiast tworzenia PKD w małych miastach, które nie zapewniają anonimowości korzystania z PKD i nie mają dostatecznego uzasadnienia ekonomicznego zwłaszcza w kontekście ograniczonych zasobów finansowych.
13. Rekomenduje się podejmowanie dalszych działań związanych z prowadzeniem bezpłatnego testowania na obecność wirusa HIV w ramach punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Działanie to uznawane jest jako wysoce skuteczne. Pozytywnie również należy ocenić skutki ich oddziaływania. Wykryte zakażenia można skutecznie leczyć, a identyfikacja osób i leczenie ich znacząco ograniczają zakażenie innych i rozprzestrzenianie się wirusa. Rekomendacja ta wynika również z faktu, iż pomimo wrastającego odsetka osób testujących się na obecność wirusa HIV liczba ta pozostaje na dość niskim poziomie.
14. Rekomenduje się zmianę metod działania, form przekazów oraz kanałów komunikacji skierowanych do populacji mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Obecnie podejmowane działania z uwagi na znaczący przyrost zakażeń w tej grupie wydają się mało skuteczne. Należy opracować całościową i kompleksową strategię komunikacji z tą grupą. Ważne jest korzystanie w tym zakresie z doświadczeń NGO zajmujących się taką problematyką.
15. Rekomenduje się w kolejnych latach programowania Krajowego Programu inwestowanie w te PKD, które wykazują się dużą aktywnością i osiągnięciami w zakresie ilości wykonywanych testów na HIV. Warto rozważyć motywowanie tych PKD, które przyciągają większą liczbę klientów i realizują większą liczbę testów. Skuteczność działania takich punktów wynika z ich aktywności i promowania się w regionie.
16. Rekomenduje się, aby w trakcie projektowania działań profilaktycznych, treści przekazów i kanałów komunikacji uwzględniać wytypowane na podstawie badań segmenty rynku, w których mamy do czynienia ze zdecydowanie większym ryzykiem. Odbiór przekazu zależy od takich charakterystyk jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, itd. Osoby z grup ryzyka to jednostki o zdecydowanie odmiennej percepcji, jeśli chodzi o odbiór przekazów. Często towarzyszyć temu powinny inne kanały komunikacji docierania do różnych grup.
17. Rekomenduje się podjęcie w kolejnym Krajowym Programie działań informacyjno-edukacyjnych uświadamiających konsekwencje ryzykownych zachowań w przypadku grupy MSM. Bardzo ważne jest odwrócenie trendu negatywnych zachowań, które

zaobserwowano w całej okazałości w ciągu ostatnich 4-6 lat. Ważne jest budowanie właściwych postaw społecznych wobec zdrowia i życia.

18. Rekomenduje się wprowadzenie bardziej skutecznych działań promujących wykonywanie badań na obecność wirusa HIV u kobiet ciężarnych. Będzie to wymagało włączenia działań informacyjno-edukacyjnych kierowanych kanałem komunikacji bezpośrednio do kobiet ciężarnych, informujących je również o możliwości wykonania takich badań bezpłatnie i anonimowo.
19. Z uwagi na fakt pojawienia się nowych ryzykownych zachowań społecznych wskazana jest dalsza diagnoza problemu, systematyczne prowadzenie badań społecznych zachowań, które umożliwiłyby identyfikację zagrożeń i zjawisk, oraz pozwoliłyby na podjęcie adekwatnych działań w tym zakresie i odpowiednią reakcję na trendy.
20. Rekomenduje się dalsze sprawne (jak dotychczas) realizowanie leczenia ARV. Poza wszelkimi korzyściami dla osób objętych tym leczeniem należy uwzględnić również fakt, iż leczenie antyretrowirusowe traktować również należy jako ważny element profilaktyki zakażeń HIV w populacji ogółu społeczeństwa – zakaźność pacjentów leczonych antyretrowirusowo znacząco się zmniejsza.
21. Rekomenduje się kontynuowanie i rozwój działań w obszarze współpracy międzynarodowej.
22. Rekomenduje się, aby Krajowe Centrum ds. AIDS bazując na swoich dokonaniach na arenie międzynarodowej i eksperckości wzorem lat ubiegłych angażowało się w projekty dla krajów Europy Wschodniej w tym Ukrainy. Z uwagi na fakt, wysokich wskaźników zakażeń HIV i sytuacji epidemiologicznej w tych krajach, coraz intensywniejszego przepływu ludzi sprawia, że jest to coraz istotniejszy problem. Zaangażowanie to może przyczynić się do minimalizowania zagrożeń w Polsce, i można je traktować jako działanie o charakterze profilaktycznym.
23. Rekomenduje się, usprawnienie systemu raportowania, gromadzenia i przetwarzania danych epidemiologicznych na poziomie krajowym. W szczególności istotne z tego punktu widzenia jest:
 - przestrzeganie przez lekarzy oraz kierowników laboratoriów obowiązków wynikających z art. 27 oraz art. 29 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tj. zgłaszanie zakażeń HIV i zachorowań na AIDS oraz dodatnich wyników badań w kierunku HIV,
 - rzetelne i dokładne wypełnianie obowiązujących formularzy zgłoszeń, co ułatwiłoby pozyskiwanie danych epidemiologicznych, takich jak: droga transmisji, stadium kliniczne choroby wywoływanej przez HIV, w tym liczba komórek CD4, oraz numer badania potwierdzającego, który umożliwi identyfikację pacjenta przez lekarza, na potrzeby uzupełnienia danych w przypadku zastrzeżenia danych osobowych przez pacjenta.
24. Rekomenduje się w ramach usprawnienia nadzoru epidemiologicznego podjęcie działań mających na celu sprawdzenie w skali kraju sposobu realizacji przez lekarzy

obowiązków dotyczących zgłaszania zakażeń wirusem HIV wynikających z art. 27 ust. 1 ustawy o zakażeniach.

25. Wykonawca przychyliła się ponadto do następujących rekomendacji wykazanych w raporcie NIK: Ze względu na słabą skuteczność funkcjonowania nadzoru epidemiologicznego rekomenduje się wprowadzenie ustawowego obowiązku dokonania zgłoszenia przez lekarza przypadku ujawnionego zakażenia HIV / zachorowania na AIDS niezależnie od tego czy dokonał tego wcześniej kierownik laboratorium diagnostycznego.
26. Wykonawca przychyliła się ponadto do następujących rekomendacji wykazanych w raporcie NIK: Zasadne jest usprawnienie systemu raportowania danych epidemiologicznych:
- istotne z tego punktu widzenia wydają się art. 27 ust. 9 oraz art. 29 ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570), stanowiące podstawę do wydania aktów wykonawczych. Regulowałyby one zgłoszenia zakażeń i chorób zakaźnych,
 - odpowiedni formularz ułatwiałby pozyskiwanie danych epidemiologicznych, takich jak: droga transmisji, stadium kliniczne choroby wywoływanej przez wirus HIV, w tym liczba komórek CD4, oraz numer badania potwierdzającego, który umożliwi identyfikację pacjenta przez lekarza, na potrzeby uzupełnienia danych w przypadku zastrzeżenia danych osobowych przez pacjenta,
 - wprowadzenie elektronicznego formularza: aktualnie utrudnienie stanowi również, podobnie jak w przypadku nadzoru nad innymi chorobami zakaźnymi funkcjonowanie systemu w oparciu o papierowe formularze. Generuje to zwiększone koszty (praca osób wypełniających zgłoszenia, koszty przesyłki pocztowej), obniża jakość danych (większa możliwość pomyłki) oraz powoduje opóźnienia w dostępności danych.
27. Dążeniem w obszarze zdrowia publicznego powinno być planowanie i programowanie celów i działań profilaktycznych w oparciu o system wspomagania podejmowania decyzji oparty o fakty – Evidence Based Medicine. Rekomenduje się położenie znacznego nacisku na doskonalenie systemów ewidencji i baz danych tak, aby stanowiły one skutecznie działające źródło informacji do podejmowania decyzji. Działania profilaktyczne Krajowego Centrum, powinny być konstruowane w oparciu o naukową wiedzę dotyczącą skuteczności i efektywności oddziaływań. Profilaktyka powinna być oparta na dowodach i faktach.
28. Rekomenduje się usprawnienie funkcjonalności Elektronicznej Bazy Monitoringowej (EBM) w celu usprawnienia pomiaru skuteczności osiągniętych rezultatów, czy efektywności poszczególnych działań. Umożliwi to określenie, w jakim stopniu wydatkowane środki publiczne wpływają na rozwiązanie danego problemu społecznego lub zdrowotnego. Usprawnienia powinny dotyczyć:
- ustalenia standardów sprawozdawania,
 - ujednolicenia informacji kodowanych w bazie,

- eliminacji braków danych,
 - zmotywowania niektórych instytucji do rzetelnego wypełniania bazy,
 - przeszkolenia osób w zakresie sprawozdawania do bazy.
29. Rekomenduje się wypracowanie i wdrożenie metod umożliwiających także jakościowy pomiar efektów uzyskiwanych w toku realizacji poszczególnych celów Krajowego Programu.
30. Rekomenduje się usprawnienie systemu monitorowania przez wprowadzenie jednolitego i spójnego standardu badawczego i wprowadzenie stosownych rozwiązań systemowych w tym zakresie. Celem takiego działania jest zapewnienie porównywalności wyników badań realizowanych przez różne instytucje w tym badań społecznych z zakresu problematyki HIV/AIDS.
31. Rekomenduje się wdrożenie platformy wymiany doświadczeń i dobrych praktyk pomiędzy wojewódzkimi zespołami a także instytucjami realizującymi projekt.
32. Rekomenduje się usprawnienie koordynacji i przepływu informacji w obszarze realizacji kampanii ogólnopolskich, tak aby lokalne instytucje mogły przygotować działania i zwiększyć skuteczność na czas realizacji kampanii.
33. Rekomenduje się zwiększanie w budżecie Krajowego Programu na kolejne lata udziału nakładów na działania profilaktyczne w ogólnej kwocie wydatków ponoszonych na zadania Krajowego Programu. Zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym jest tańsze niż leczenie. *Współczynnik rentowności* profilaktyki HIV/AIDS w stosunku do kosztów leczenia wynosi 2,62, co oznacza, że 1 zł wydana na profilaktykę pozwala zaoszczędzić 2,62 zł w wydatkach na leczenie⁶⁶.

⁶⁶ Na podstawie wyników badań zleconych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, 2004.

